

RUNG NHĨ

I- ĐẠI CƯƠNG

1) Phân loại

- Dựa vào lâm sàng tiến triển của rung nhĩ:
 - ◊ Rung nhĩ lần đầu
 - ◊ Rung nhĩ kịch phát (paroxysmal): những đợt AF < 7 ngày (thường < 48h)
 - ◊ Rung nhĩ dai dẳng (persistent): những đợt AF > 7 ngày hoặc cần “chuyển nhịp – electrical cardioversion” để kết thúc cơn.
 - ◊ Rung nhĩ kéo dài (permanent): Rung nhĩ đã kéo dài, thất bại với chuyển nhịp và điều trị thuốc, hoặc có chống chỉ định của chuyển nhịp
- Dựa vào đáp ứng của thất: Tần số thất là < 60 lần/phút (AF đáp ứng thất chậm); 60-120 lần/phút (AF đáp ứng thất trung bình); >120 lần/phút (AF đáp ứng thất nhanh).
- Dựa vào các nhóm nguyên nhân: Rung nhĩ không do bệnh van tim, rung nhĩ thứ phát, rung nhĩ im lặng...

2) Dịch tễ - yếu tố nguy cơ

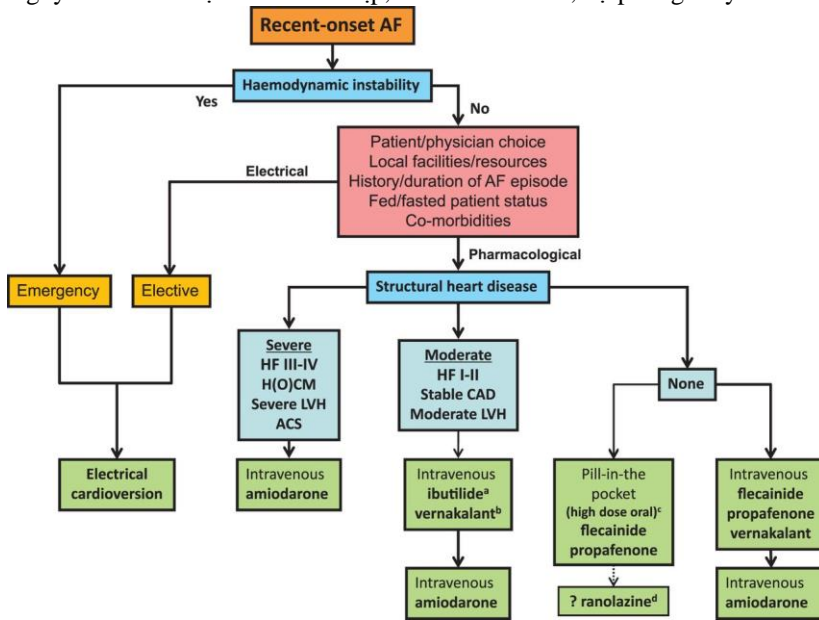
- Nguy cơ rung nhĩ tăng theo tuổi, ở người > 75 tuổi có > 10% rung nhĩ.
- Yếu tố nguy cơ độc lập: Nam, đái tháo đường, bệnh tim mạch (CHF, bệnh van tim, tăng HA, tiền căn MI). Ở người < 65 tuổi, béo phì và ngưng thở khi ngủ là những RF quan trọng cho “rung nhĩ mới khởi phát – new onset AF”.

3) Nguyên nhân:

Nhiều nguyên nhân, các nguyên nhân thường gặp: Hẹp van 2 lá, Nhồi máu cơ tim, COPD (đặc biệt là có tâm phế), suy tim, cường giáp, ngộ độc digoxin...

II- ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị: kiểm soát nhịp, kiểm soát tần số, dự phòng thuyên tắc huyết khối



1) Chuyển nhịp:

- Chỉ định:
 - ◊ Huyết động không ổn định
 - ◊ Cơn rung nhĩ đầu tiên
 - ◊ Chọn kiểm soát nhịp dài hạn.
 - ◊ Rung nhĩ dai dẳng có triệu chứng.
 - ◊ Rung nhĩ cơn kèm triệu chứng không thường xuyên (infrequent symptomatic episodes)
 - ◊ Rung nhĩ với NN có thể đảo ngược được (potentially reversible causes).
- Chống chỉ định:
 - ◊ Rung nhĩ không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ, kèm bệnh kết hợp, cao tuổi (>80), tổng trạng chung kém.
 - ◊ Khả năng chuyển nhịp thành công thấp hoặc duy trì nhịp xoang khó
 - ° Rung nhĩ kéo dài > 1 năm.

Nguyễn Phi Tùng, Y11-E, tungydakhoa@gmail.com

- Nhĩ T lớn (>5 cm hoặc V >40ml/m²).
- Rung nhĩ tái phát dù uống thuốc duy trì thích hợp.
- Mới chuyển nhịp
- Chưa điều trị khỏi nguyên nhân gây rung nhĩ.

2) Dự phòng thuyên tắc huyết khối

- Biện pháp: ASA, thuốc kháng vitamin K (wafarin, acenocoumarol); Dabigatran (tác động lên thrombin); Fondaparinux, rivaroxaban và apixaban (tác động lên yếu tố Xa)
- Hướng dẫn nguy cơ đột quỵ ở BN rung nhĩ không do bệnh van tim và không đang điều trị với kháng đông =>Thang điểm CHADS₂ (CHF, Hypertension, Age > 75 tuổi, Diabetes mellitus, Prior stroke or TIA)
 - ◊ Nếu 0 điểm → Nguy cơ thấp, dự phòng với ASA 81-325mg uống mỗi ngày.
 - ◊ Nếu 1 điểm → Nguy cơ trung bình, dự phòng bằng ASA hoặc Wafarin.
 - ◊ Nếu 2 điểm → Nguy cơ trung bình, đánh giá tiếp BN có tiền căn tai biến mạch máu não/TIA/ embolism?
 - Có: Wafarin
 - Không: ASA
 - ◊ Nếu >= 3 điểm → Nguy cơ cao, dự phòng bằng wafarin (INR 2.0 – 3.0)