

TIẾP CẬN TOÀN DIỆN BỆNH NHÂN RUNG NHĨ

Bác sĩ. Lương Cao Sơn

Trung tâm tim mạch- BV ĐHYD TP.HCM

Rung nhĩ không chỉ là một rối loạn nhịp

- RN là “tiếng chuông báo thức”
- RN hầu như không đi đơn độc
- RN là bệnh lý tiến triển theo thời gian
- RN là bệnh lý phức tạp, cho nên việc điều trị không hề đơn giản

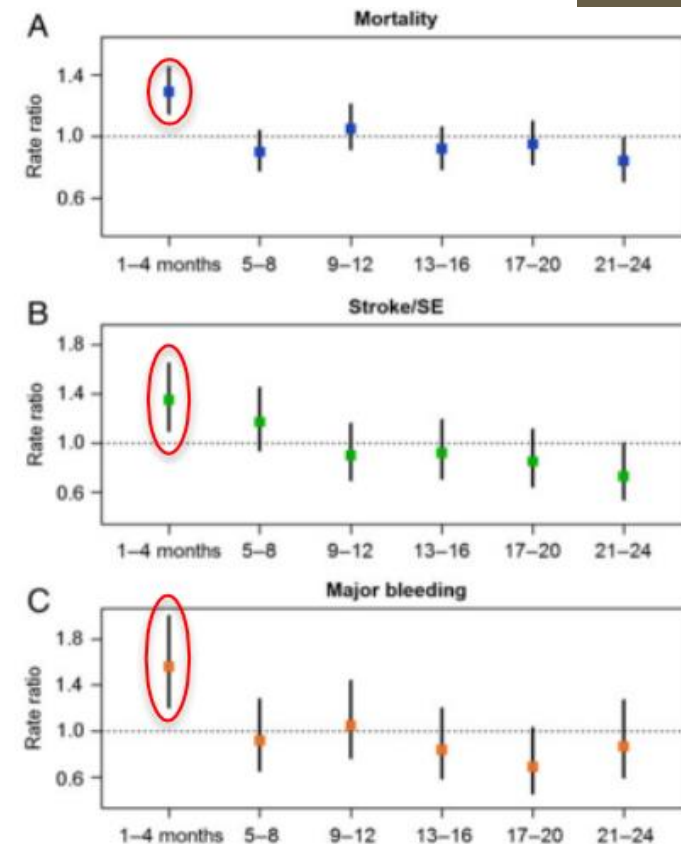


RN là tiếng chuông báo thức



- Thường bắt đầu với các triệu chứng như đánh trống ngực, giảm khả năng gắng sức, mau mệt
- Nó chỉ “ báo thức”, chứ không “báo động”, RN không đe dọa tính mạng tức thời
- Tuy vậy, RN không lành tính

sau khởi
N



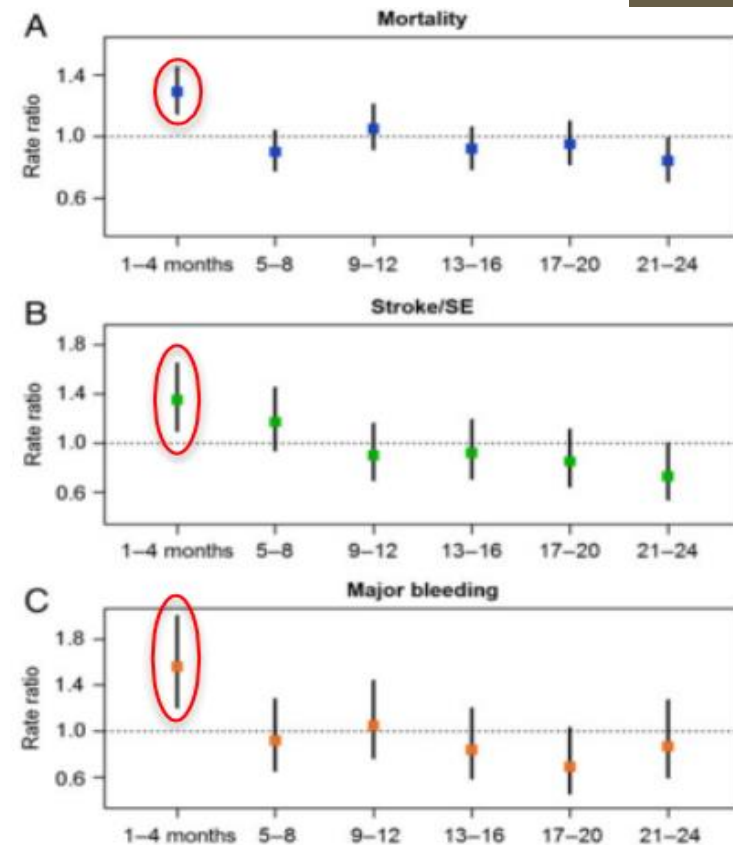
RN là tiếng chuông báo thức



- Thường bắt đầu với các triệu chứng như đánh trống ngực, giảm khả năng gắng sức, mau mệt
- Nó chỉ “ báo thức”, chứ không “báo động”, RN không đe dọa tính mạng ngay tức thời
- RN không lành tính

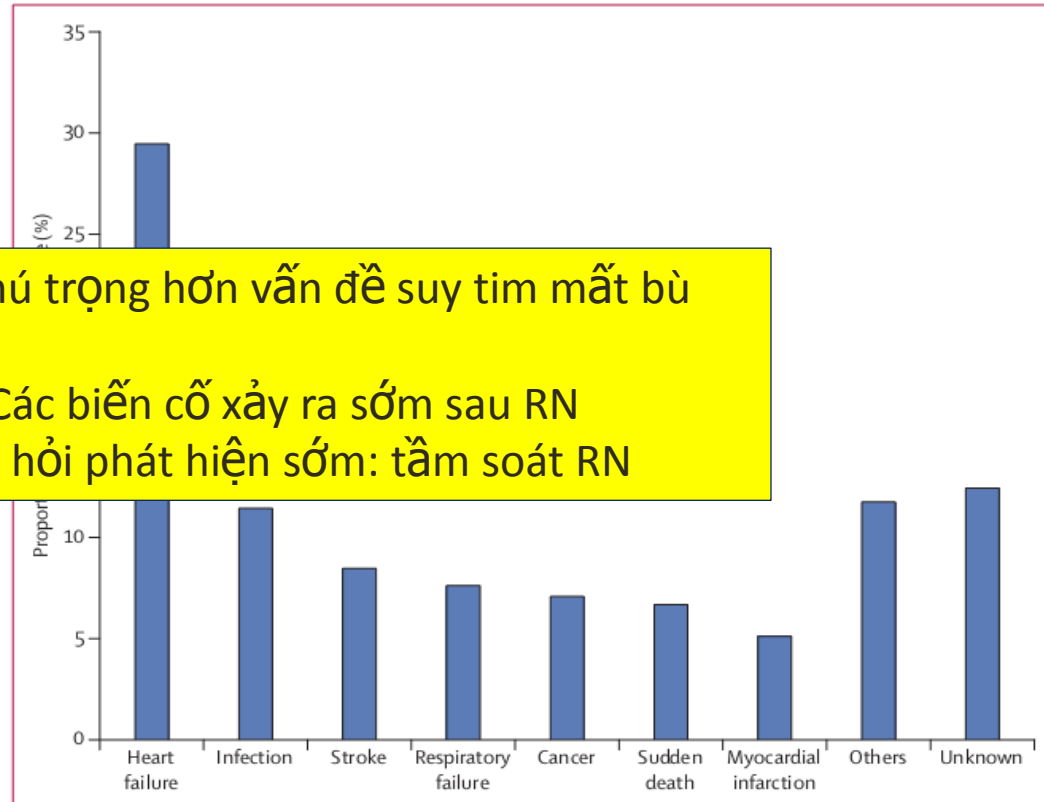
Table 2 Event rates (per 100 person-years) for selected clinical outcomes at 2 years of follow-up^a

	Rate (95% CI)
Death	3.83 (3.62; 4.05)
Cardiovascular death	1.55 (1.42; 1.70)
Non-cardiovascular death	1.37 (1.25; 1.51)
Undetermined cause	0.91 (0.81; 1.02)
Stroke/SE	1.25 (1.13; 1.38)
Major bleeding	0.70 (0.62; 0.81)
Acute coronary syndromes	0.63 (0.55; 0.73)
Congestive heart failure ^b	2.41 (2.24; 2.59)



Nguyên nhân tử vong trong NC sổ bộ RELY-AF

- Sổ bộ RELY-AF
- 15.400 BN
- AF tại phòng cấp cứu
- 47 nước
- Theo dõi 1 năm
- Tuổi 65.9; 53% nữ
- 1758 (11%) chết trong 1 năm
- 519 chết do suy tim: 30%



Tầm soát rung nhĩ

- RN có thể mới bắt đầu mà không được để ý
- Hoặc triệu chứng không đáng kể, dễ bị bỏ qua
- Cho đến khi đột ngột xuất hiện:
 - Khó thở do suy tim
 - Dấu hiệu TK khu trú: đột quỵ
- Khuyến cáo tầm soát RN ở BN nguy cơ cao

Opportunistic screening for AF is recommended by pulse taking or ECG rhythm strip in patients >65 years of age.	I	B
In patients with TIA or ischaemic stroke, screening for AF is recommended by short-term ECG recording followed by continuous ECG monitoring for at least 72 hours.	I	B
It is recommended to interrogate pacemakers and ICDs on a regular basis for atrial high rate episodes (AHRE). Patients with AHRE should undergo further ECG monitoring to document AF before initiating AF therapy.	I	B

Phương tiện tầm soát rung nhĩ



Patient initiated (or medical professional) oscillometric blood pressure cuff



Pulse palpation, auscultation



Patient initiated (or medical professional) intermittent ECG rhythm strip using smartphone or dedicated connectable device



Patient initiated photoplethysmogram on smartphone



Semi-continuous photoplethysmogram on a smartwatch or wearable



Intermittent smartwatch ECG initiated by semi-continuous photoplethysmogram with prompt or symptoms



Wearable belts for continuous recordings



Stroke unit/in-hospital telemetry monitoring



Long-term Holter



1-2 week continuous ECG patches



Implantable cardiac monitors

Ngày càng nhiều yếu tố nguy cơ gây rung nhĩ

Non-modifiable

- Advancing age
- Male gender
- Ethnicity
- Genetic background
- Height

Modifiable

Ngày càng nhiều yếu tố nguy cơ gây rung nhĩ

Non-modifiable demographic factors

- Advancing age
- Male gender
- Ethnicity
- Genetic background
- Height

Others

- Air pollution
- Non CV surgery

Modifiable

Endothelial dysfunction

- Coronary artery disease
- Hypertension
- High-normal blood pressure
- (Pre-)diabetes
- High BMI. Obesity
- Physical inactivity
- Renal dysfunction/CKD
- Smoking

Vagal and adrenergic stimuli

- Psychosocial stress
- Alcohol
- Caffeine
- Drugs

Inflammation

- CRP, IL-6, WBC
- Sepsis
- Inflammatory diseases

Atrial stretch

- HFpEF and HFrEF
- Valvular disease
- Excessive exercise
- Chronic obstructive pulmonary disease
- Obstructive sleep apnea syndrome
- (Subclinical) hyperthyroidism

Ngày càng nhiều yếu tố nguy cơ gây rung nhĩ

Non-modifiable demographic factors

- Advancing age
- Male gender
- Ethnicity
- Genetic background
- Height

Others

- Air pollution
- Non CV surgery

Modifiable

Endothelial dysfunction

- Coronary artery disease
- Hypertension
- High-normal blood pressure
- (Pre-) diabetes mellitus
- High BMI, Obesity
- Physical inactivity
- Renal dysfunction/ CKD
- Smoking

Lone AF rất khó gặp trong thực tế hằng ngày !

Vagal and adrenergic stimuli

- Psychosocial stress
- Alcohol
- Caffeine
- Drugs

Inflammation

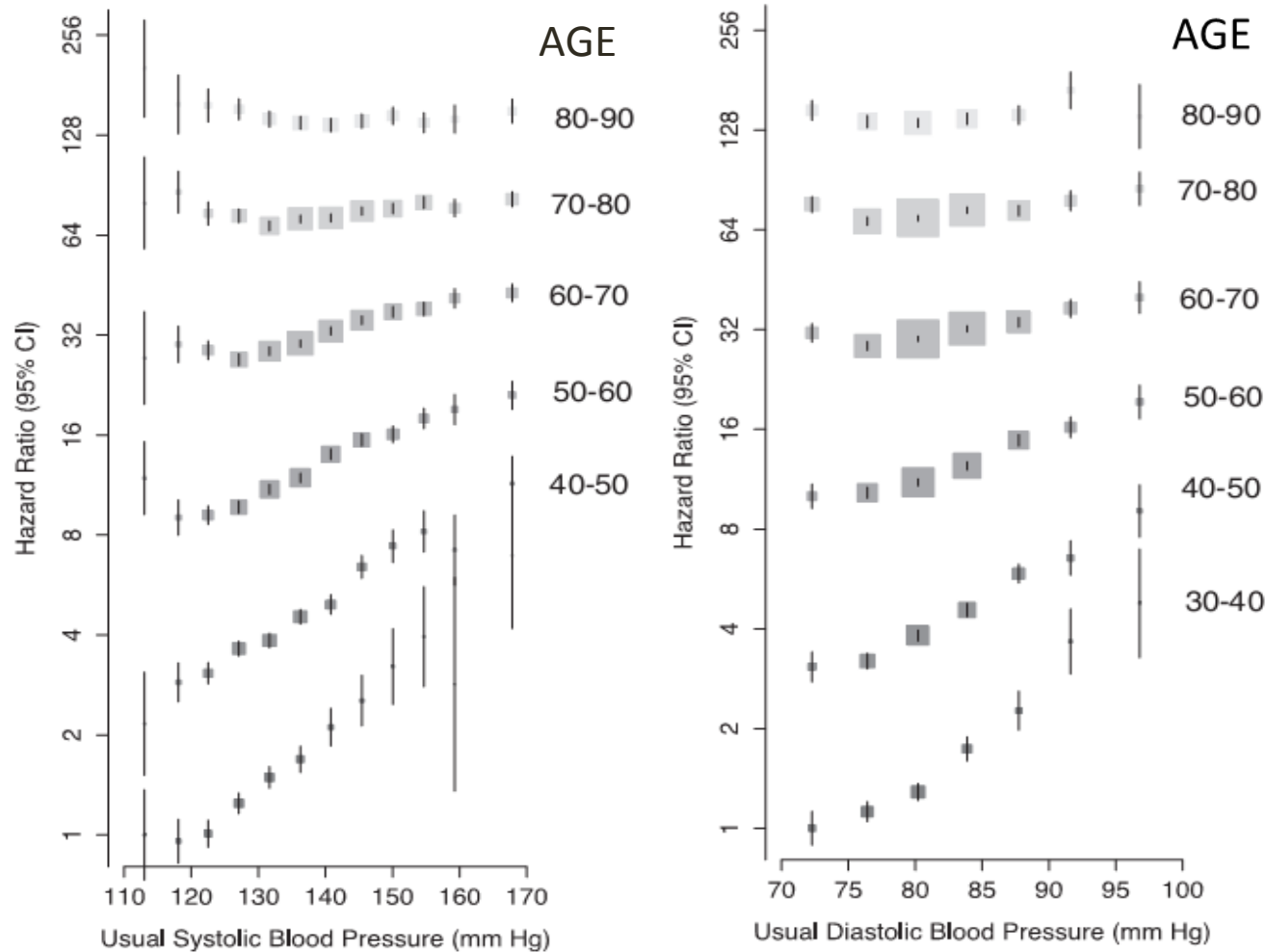
- CRP, IL-6, WBC
- Sepsis
- Inflammatory diseases

Atrial stretch

- HFpEF and HFrEF
- Valvular disease
- Excessive exercise
- Chronic obstructive pulmonary disease
- Obstructive sleep apnea syndrome
- (Subclinical) hyperthyroidism

Vai trò của tăng huyết áp trên nguy cơ rung nhĩ

Primary care research database, UK population (87% white)
Linked with secondary care data and cause-specific mortality data
4.3 million adults, included at standard GP with 1 RR 1990-2013 FU 7 yrs

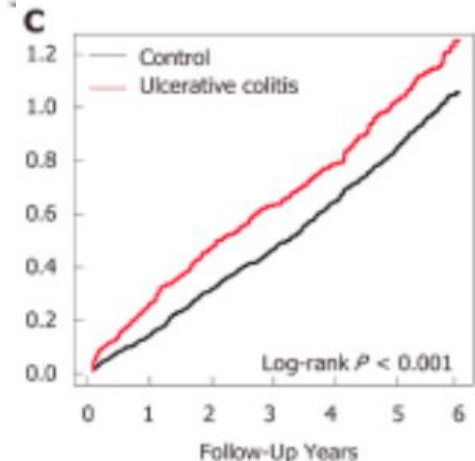
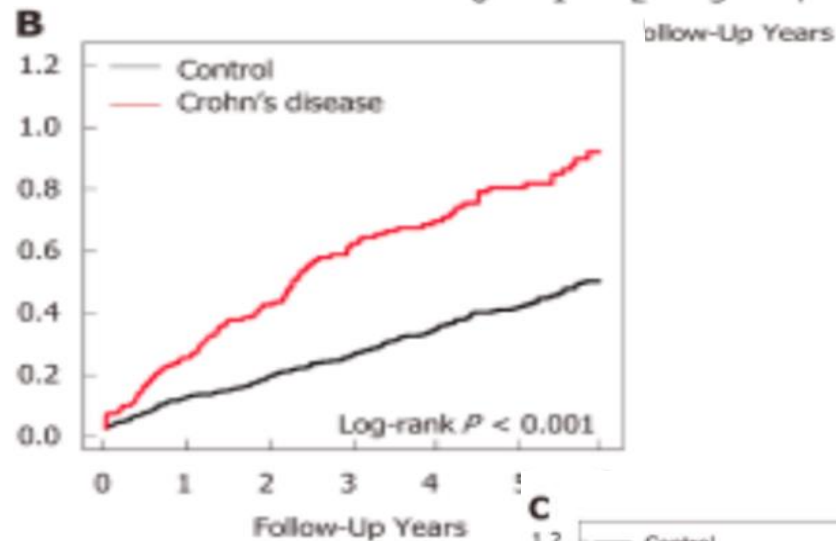
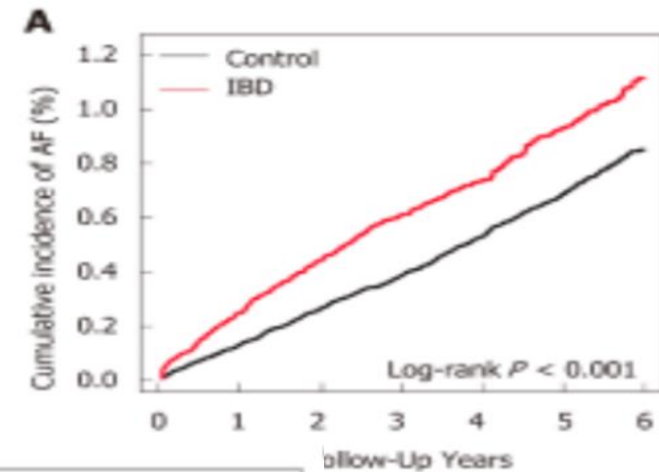


HA bình thường
cao cũng quan
trọng, trên cả BN
tuổi trẻ

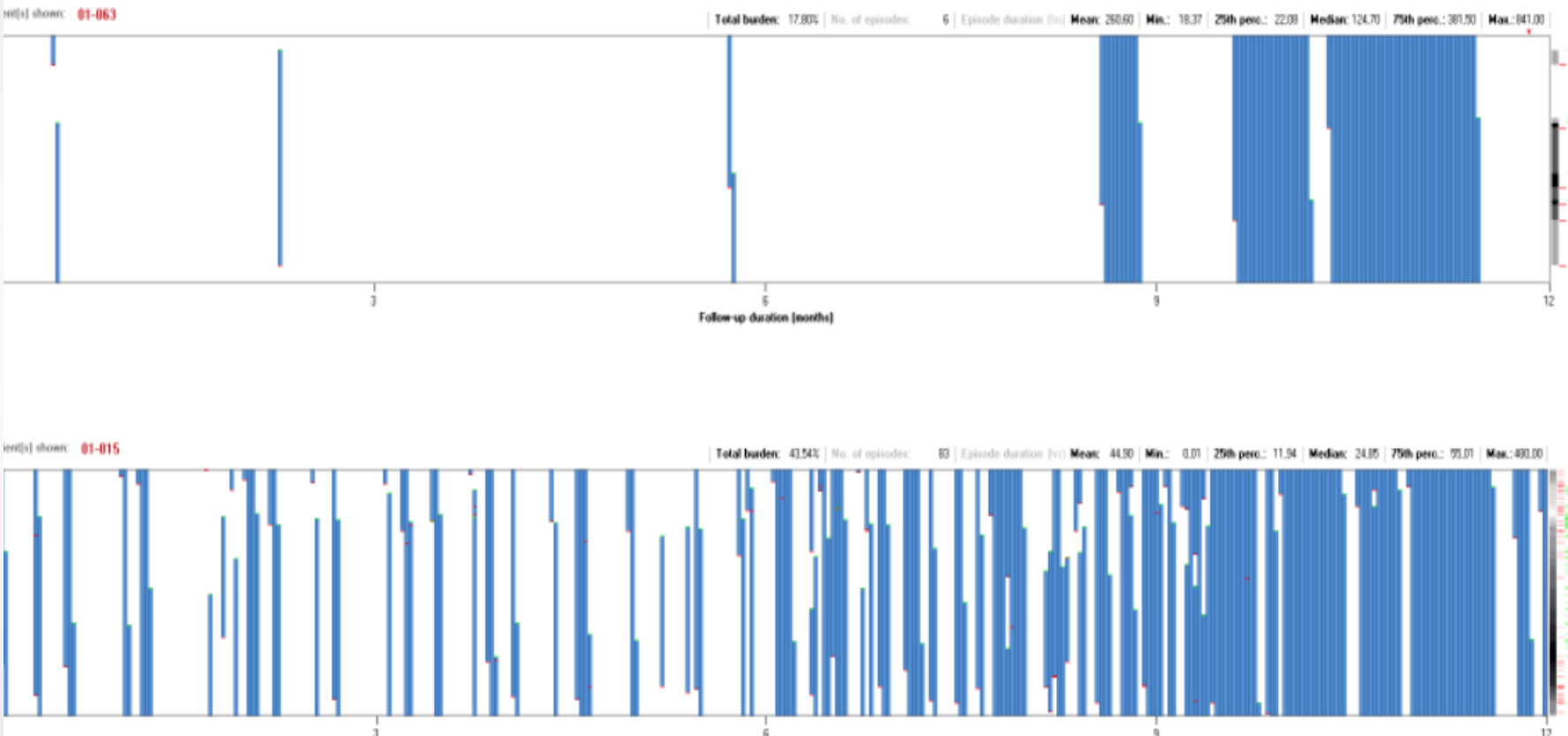
HR so với
nhóm chứng:
30-40T, SBP
<115mmHg

Vai trò của viêm

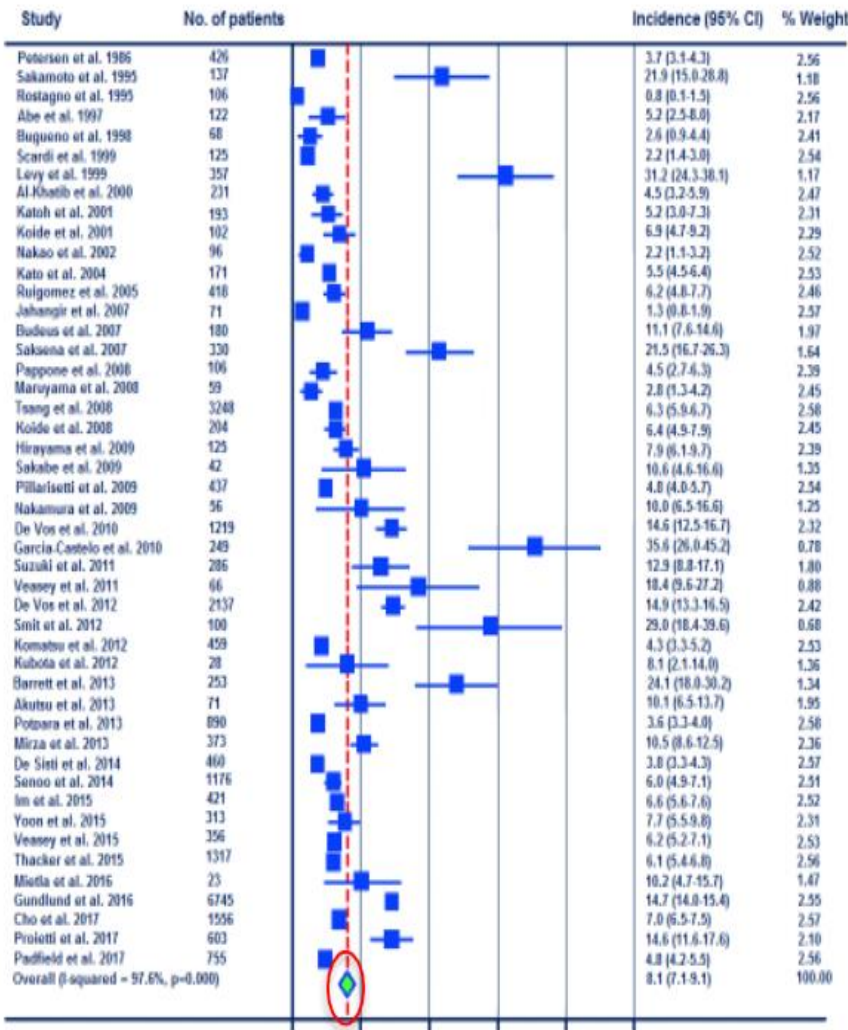
- Cohort dân số Hàn Quốc
- Dữ liệu NHI 2010-2014
- 37.676 BN có bệnh IBD
 - 12.349 Crohn
 - 25.397 viêm loét ĐT
- So sánh theo tuổi-giới
- Theo dõi 4.9 năm
- Tăng 36% nguy cơ RN mới (95% CI 20-54%)



Tiến triển rung nhĩ khi theo dõi 12 tháng với ILR



Tiến triển rung nhĩ: các yếu tố dự đoán trong phân tích gộp



AF progression: 8.1% per 100 patient years FU

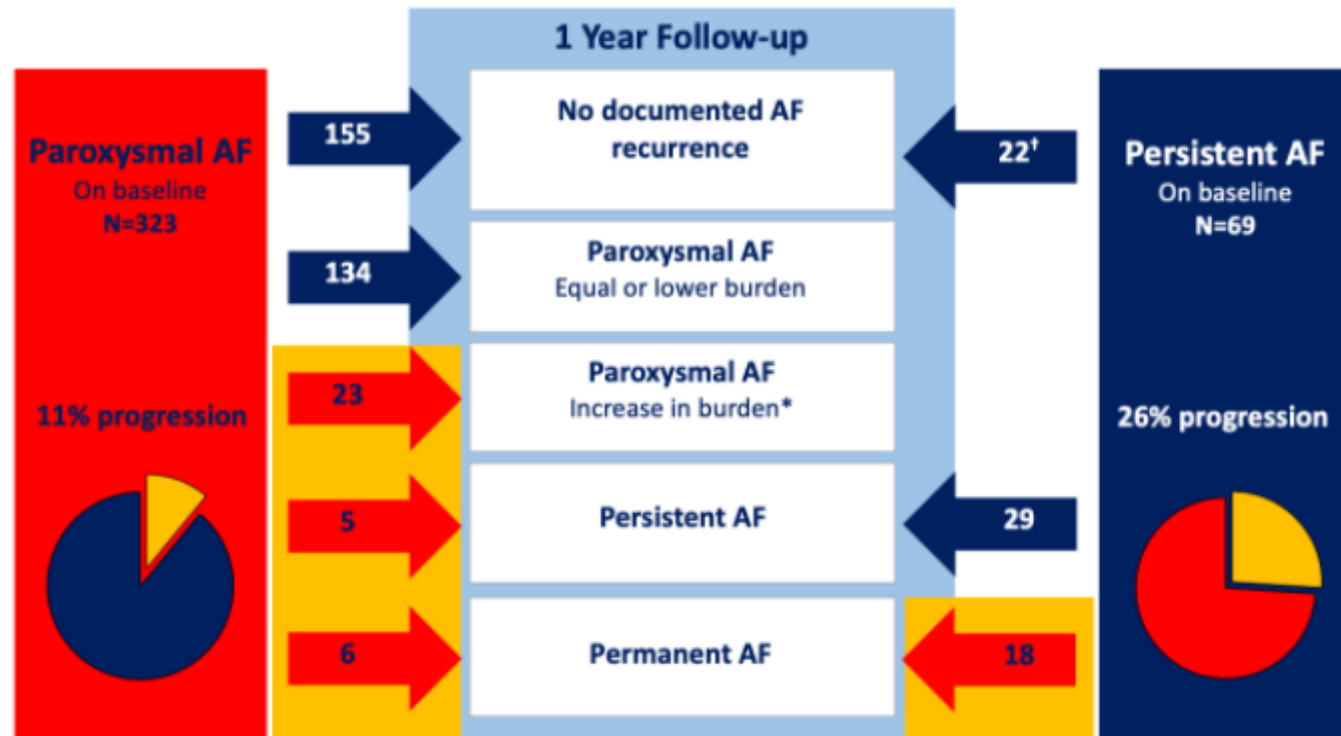
Predictors

	Beta	95% CI	P
History hypertension	5.2	1.0 - 9.4	0.02
History of heart failure	7.9	1.4 – 14.5	0.02
Age	5.4	1.4 – 9.4	0.01

Blum et al. HRS 2019

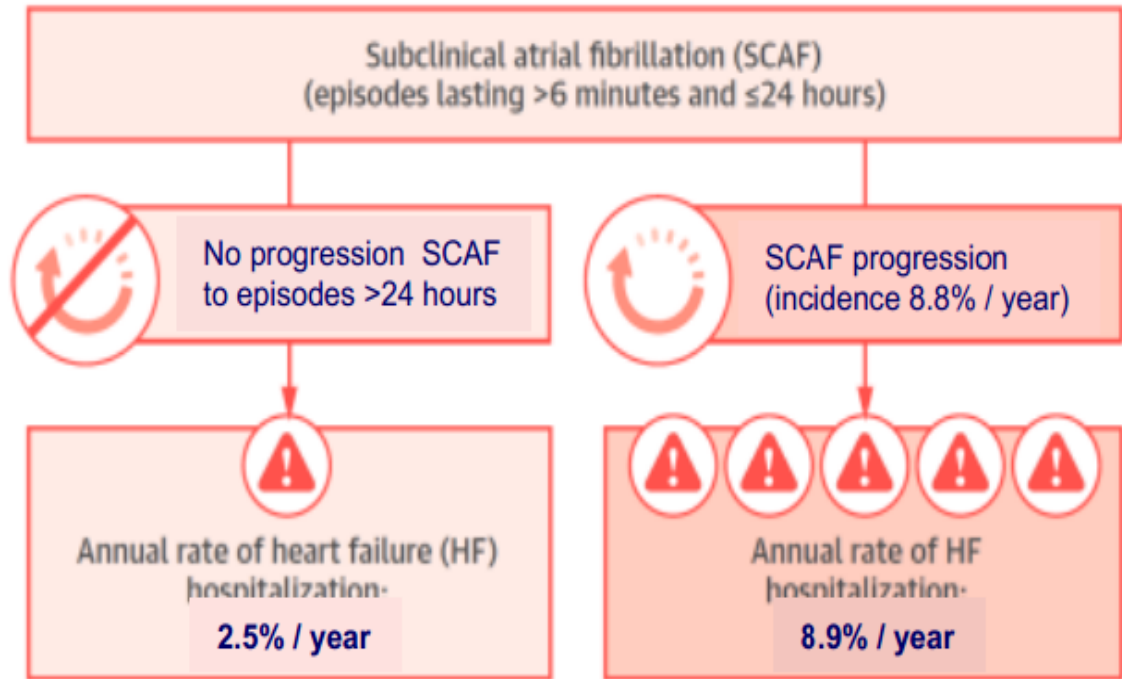
Tiến triển rung nhĩ: BN nguy cơ thấp

- 393 BN RN kịch phát và RN kéo dài
- Tuổi TB: 60
- 62% nam
- Theo dõi 1.9 năm
- CHA2DS2-VASc 1.7
- Số lượng YTNC và bệnh phối hợp: 1.9



Tiến triển SCAF liên quan đến các biến cố

- 2580 BN THA, >65t
- Không AF
- Đặt PM hoặc ICD
- Theo dõi: 2.5 năm
- Subclinical AF: >6min >190 bpm
- Tiến triển SCAF:
SCAF > 24h hoặc clinical AF ở BN có SCAF 6 min-24hrs trong 1 năm theo dõi

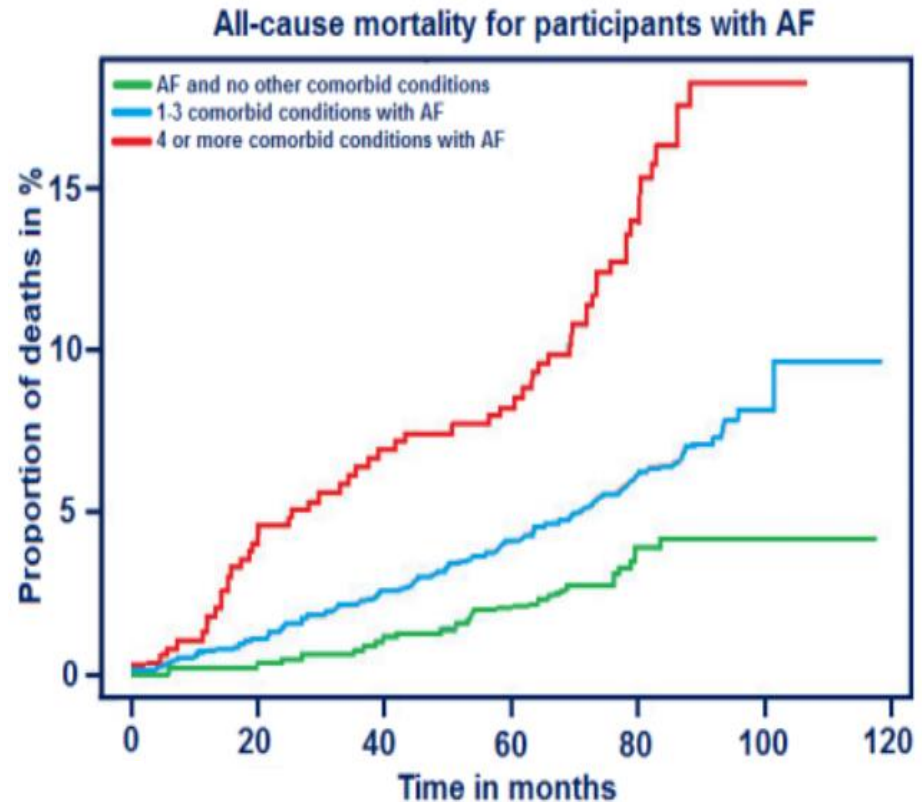


SCAF progression associated with increased risk of HF hospitalizations
HR: 4.6; 95% CI: 1.6 – 12.8; p = 0.004

Những không chỉ là RN

Các yếu tố nguy cơ ngoài rung nhĩ cũng quan trọng

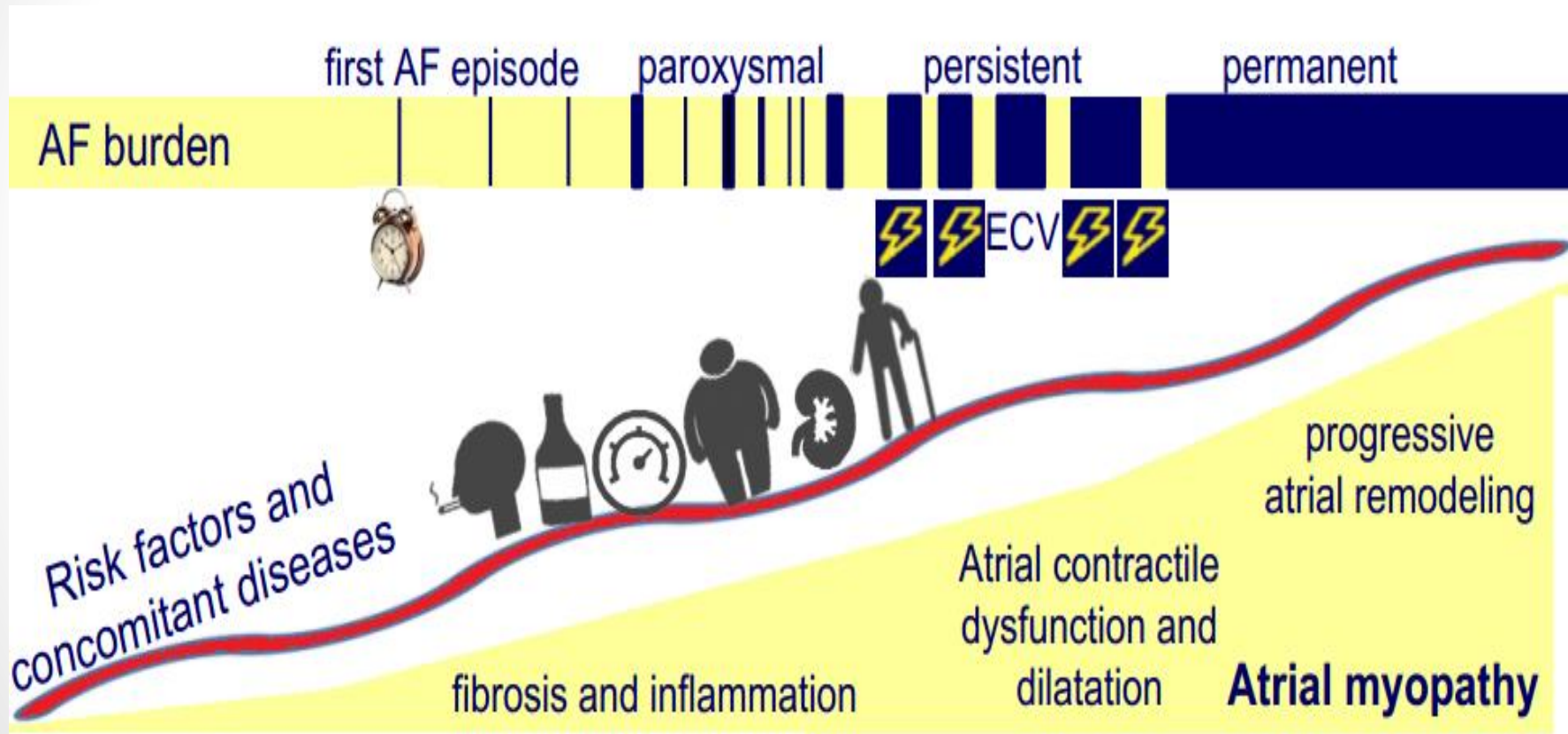
- NC Cohort tại Anh
- 502.637 người (2006-2010)
- 37-73 tuổi, 32% nữ
- Theo dõi 7 năm
- 3651 (0.7%) xuất hiện RN
- Tử vong do mọi NN 6.7%
- RN + > 4 YTNC: tăng 6 lần nguy cơ tử vong do mọi NN



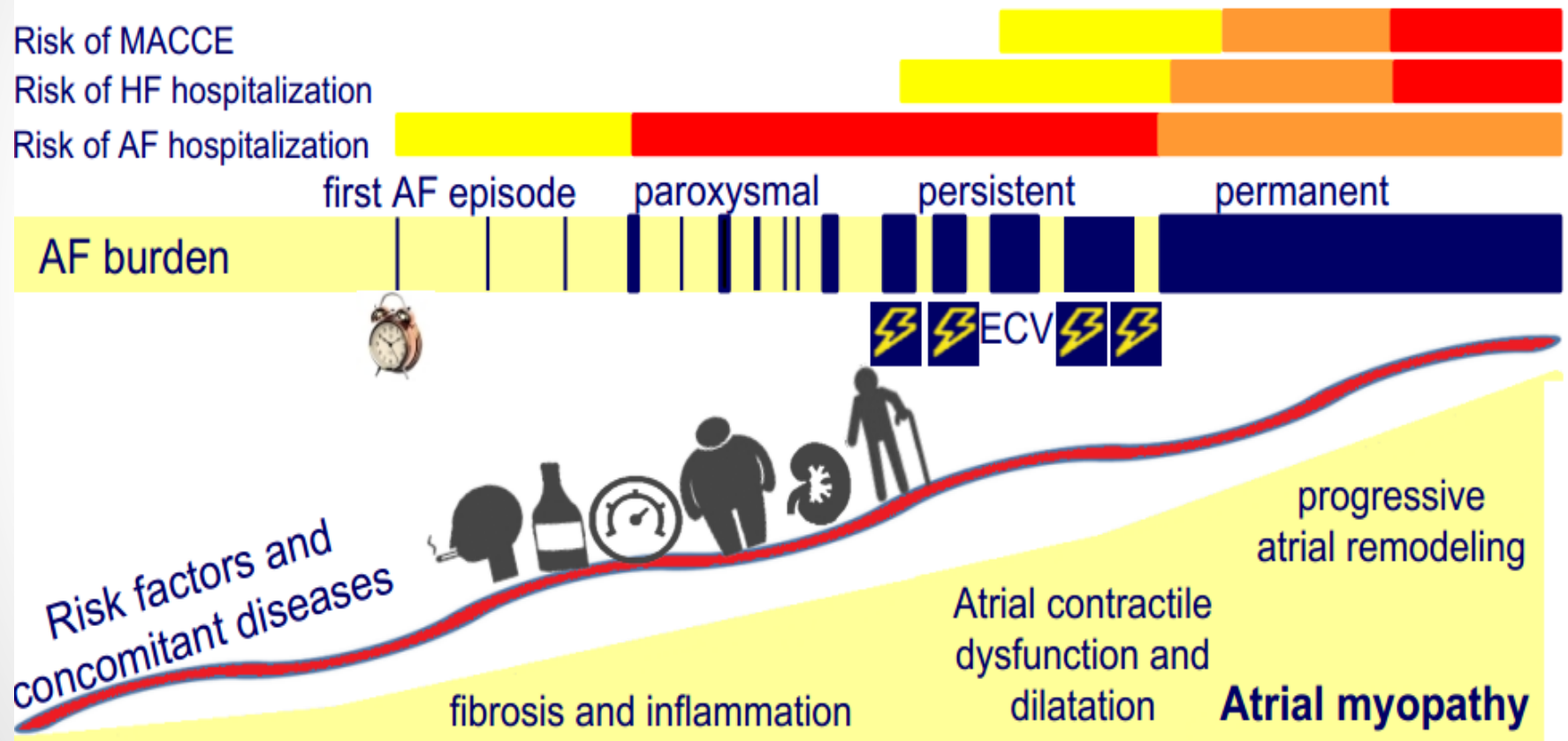
Cả rung nhĩ lẫn các yếu tố nguy cơ đều ảnh hưởng đến sự tiến triển của rung nhĩ



Cả rung nhĩ lần các yếu tố nguy cơ đều ảnh hưởng đến sự tiến triển của rung nhĩ



Cả rung nhĩ lần các yếu tố nguy cơ đều ảnh hưởng đến sự tiến triển của rung nhĩ

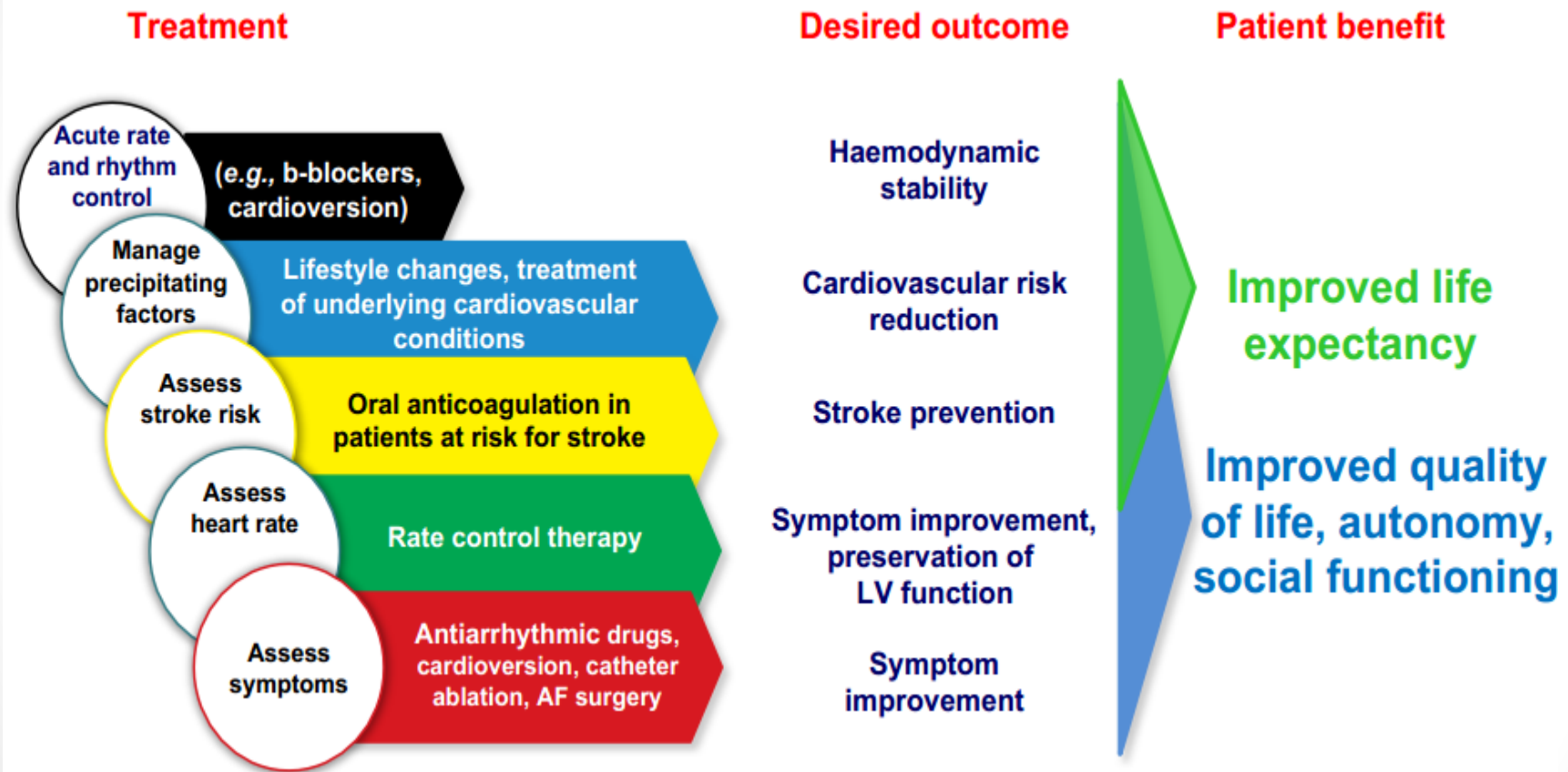


Điều trị rung nhĩ không đơn giản

- Gánh nặng bệnh tật được xác định bởi:
 - Rung nhĩ
 - Các yếu tố nguy cơ
 - Bệnh đồng mắc
 - Lối sống
 - Tình trạng stress
 - Lo lắng...

Phối hợp chăm sóc toàn diện rõ ràng là cần thiết trên BN rung nhĩ

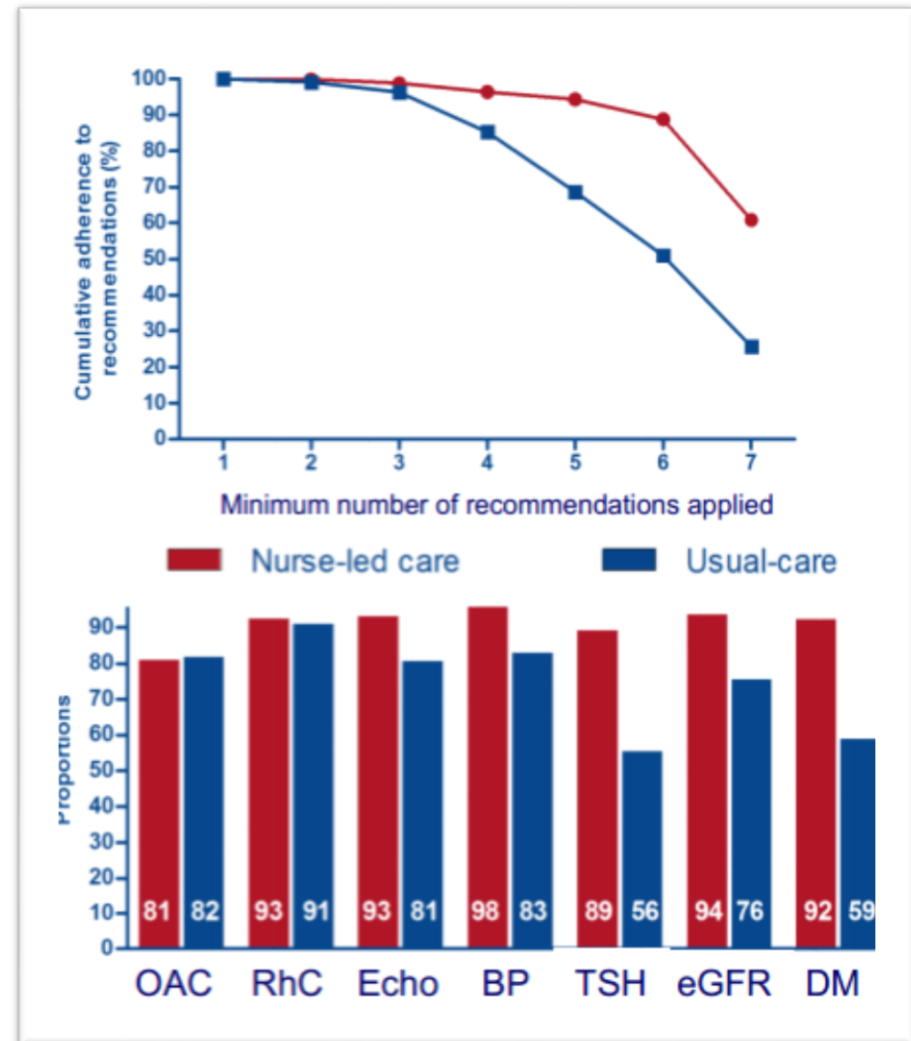
Tất cả đều có trong guidelines!



Tuân thủ điều trị theo khuyến cáo

- Chăm sóc có hướng dẫn của ĐD sv thường qui (2012-2017)
- 1354 BN rung nhĩ mới phát hiện
- Tuổi trung bình 64
- 34% nữ
- CHA2DS2- VASc >1 (57%)
- Theo dõi 3.1 năm

Các khuyến cáo về xử trí yếu tố nguy cơ tim mạch tốt hơn khi có hướng dẫn của điều dưỡng

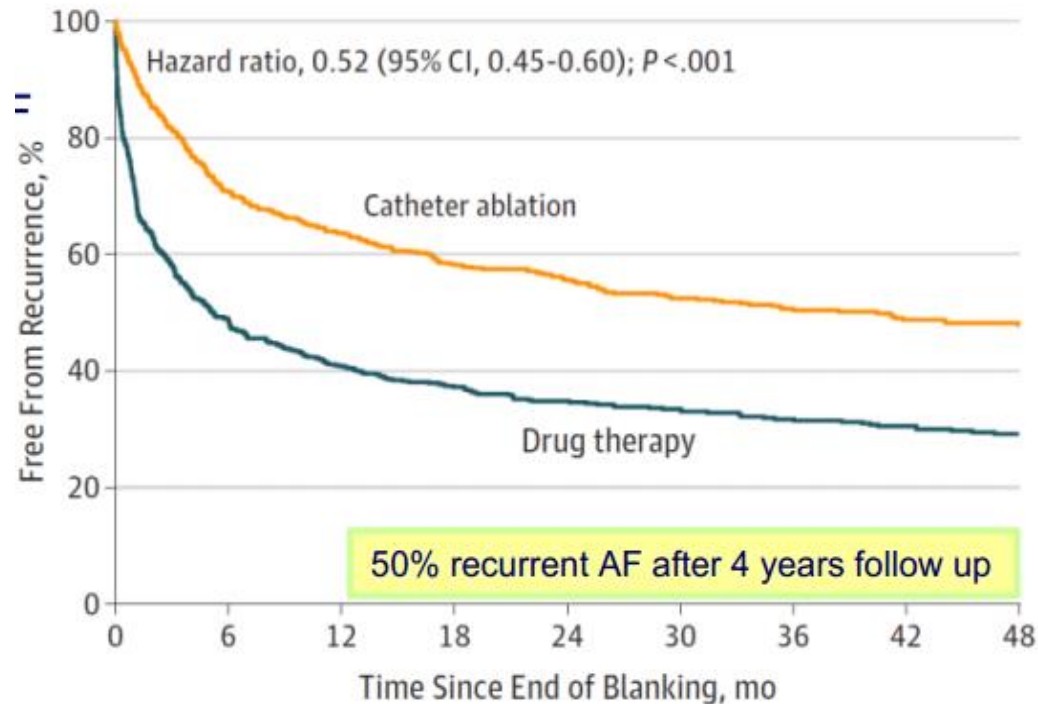


Thành công trong chiến lược kiểm soát nhịp

- Vai trò của chăm sóc toàn diện trong việc phục hồi nhịp xoang

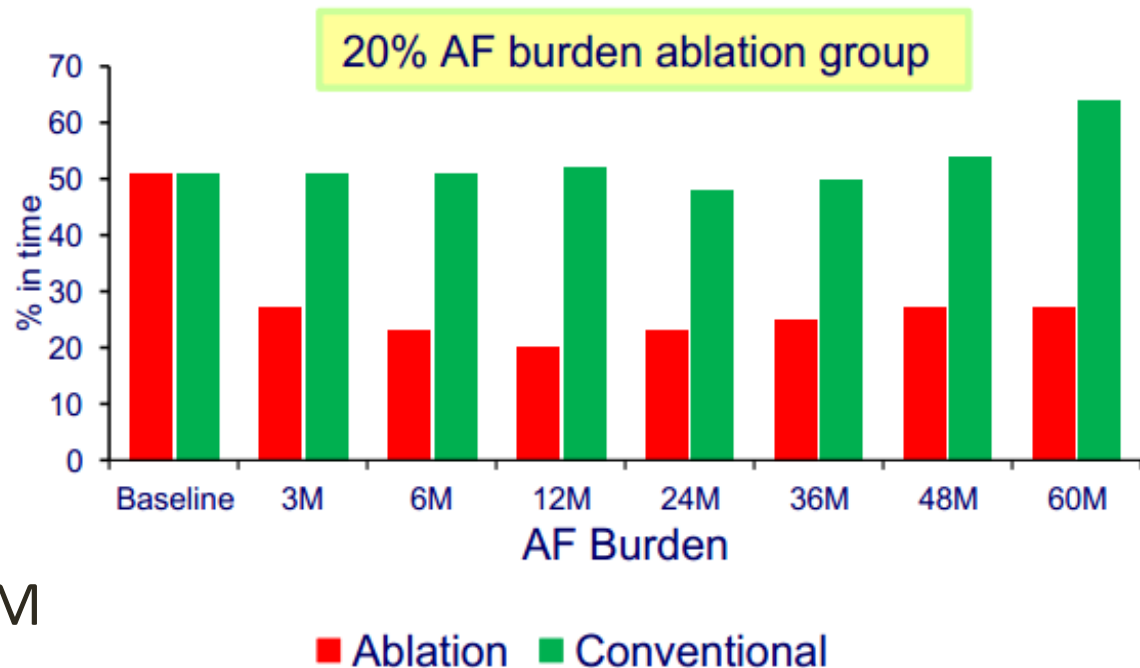
Triệt phá mà không chăm sóc toàn diện

- CABANA: Triệt phá sv thuốc
- 2204 RN kịch phát & kéo dài
- Tuổi trung bình 68
- 27% là nữ
- Theo dõi 4 năm
- CHA2DS2- VASc: 3
- Tăng huyết áp: 85%
- NYHA II và III: 35%
- Suy tim 15%



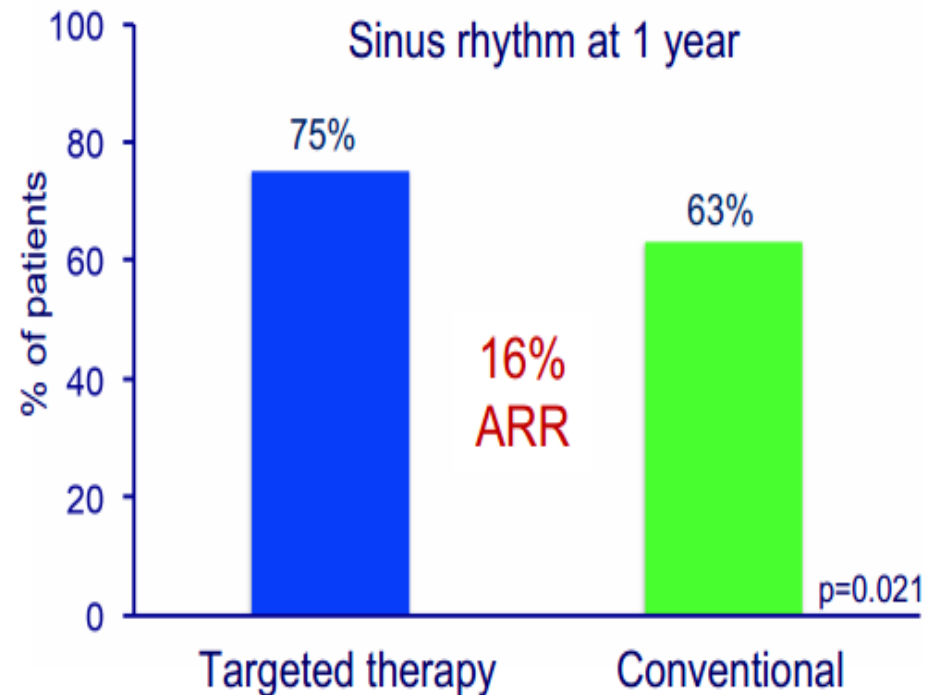
Triệt phá kèm điều trị suy tim, không chăm sóc toàn diện

- CASTLE AF
- 363 bệnh nhân AF
 - 30% PAF
 - 70% persistent AF
- Tuổi trung bình 64
- 87% nam
- Theo dõi 4 năm
- LVEF 32.5%; 60% NICM



Chăm sóc toàn diện kết hợp thay đổi lối sống

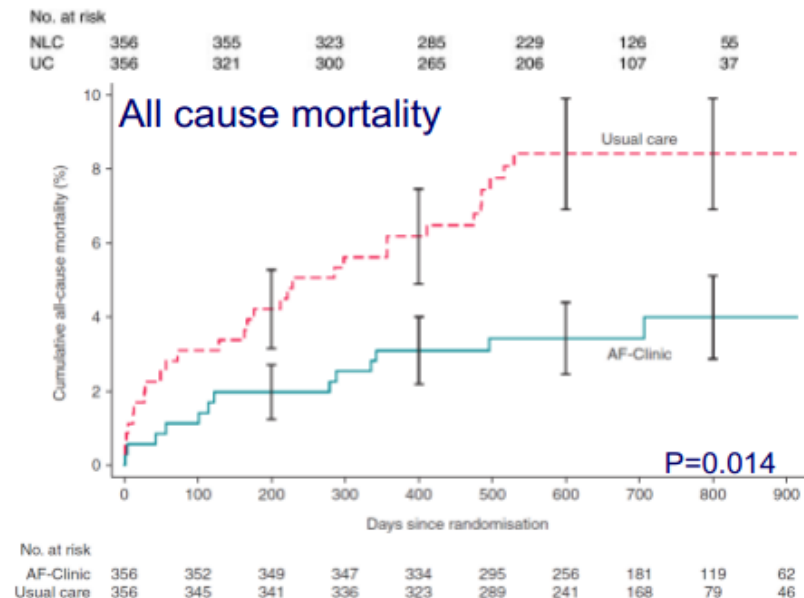
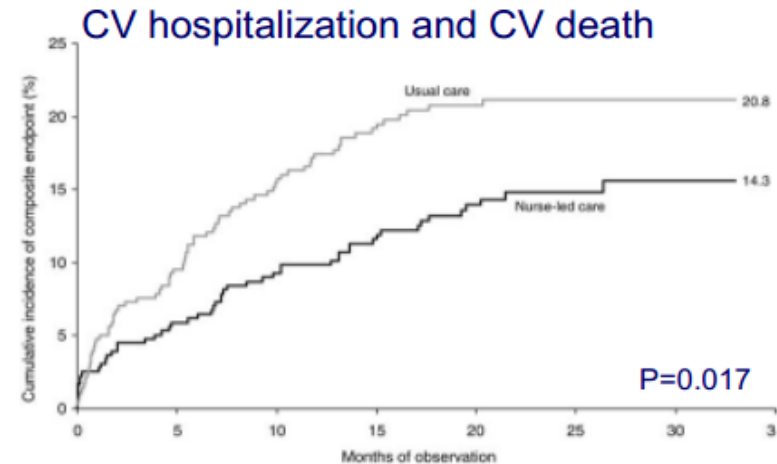
- RACE 3
- Điều trị theo mục tiêu so sánh với ĐT thông thường
- RN dai dẳng có triệu chứng sớm kèm suy tim
- 4 điều trị mục tiêu của nhóm can thiệp:
 - Kháng Aldosterone
 - Statin
 - UCMC và/hoặc chẹn thụ thể AII
 - Phục hồi chức năng tim mạch
 - Vận động
 - Dinh dưỡng
 - Tư vấn mỗi 6 tuần



Chăm sóc toàn diện có hướng dẫn của điều dưỡng tại trung tâm có kinh nghiệm

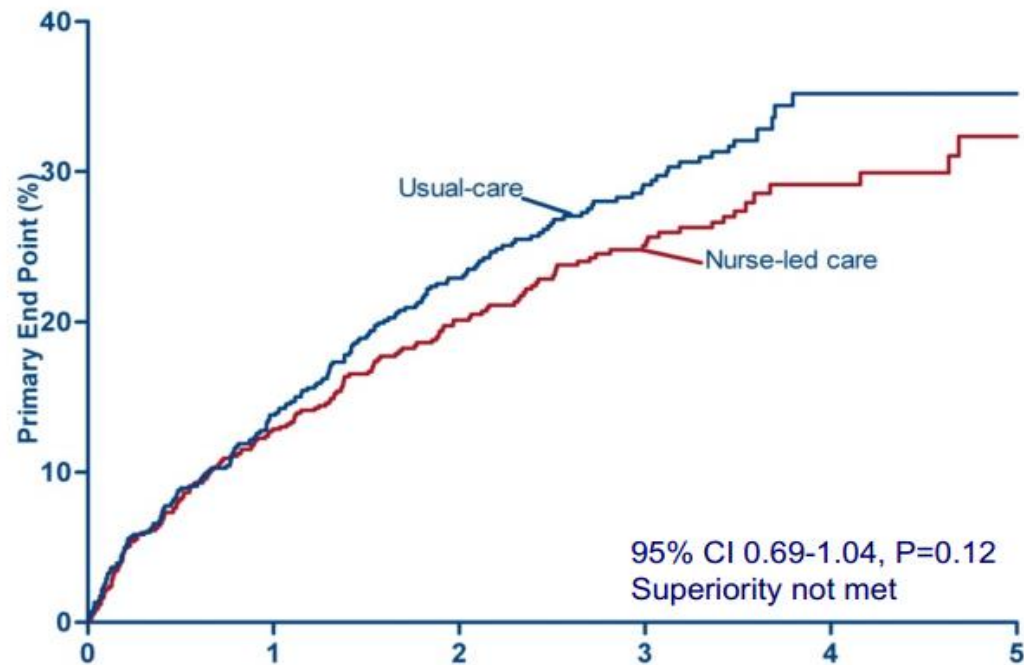
- Chăm sóc có hướng dẫn của điều dưỡng so với CS thông thường
- 712 BN ngoại trú
- NC trên một trung tâm
- Không tập trung vào lối sống
- Tuổi 67; 41% là nữ
- Theo dõi 1.9 năm
- Tiêu chí chính: nhập viện và tử vong do tim mạch
- Tiêu chí phụ: Tử vong do mọi nguyên nhân

Hendriks Eur Heart J 2012 and Hendriks Europace 2019



Chăm sóc toàn diện có hướng dẫn điều dưỡng: NC đa trung tâm

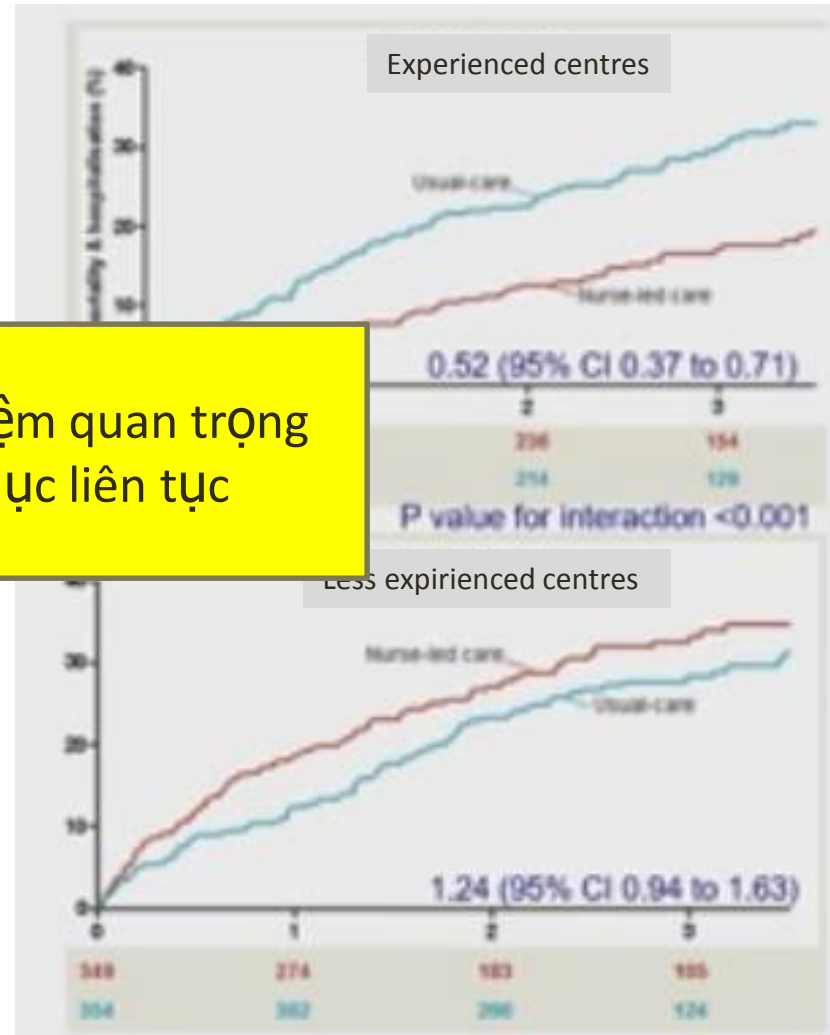
- Chăm sóc có hướng dẫn của điều dưỡng so với CS thông thường
- 1354 BN RN mới phát hiện
- Đa trung tâm
- Không tập trung vào lối sống
- Tuổi 64; 34% là nữ
- Theo dõi 3.1 năm
- Tiêu chí chính: nhập viện hoặc tử vong do tim mạch



Chăm sóc toàn diện có hướng dẫn điều dưỡng: NC đa trung tâm

- Chăm sóc có hướng dẫn của điều dưỡng so với CS thông thường
- 1354 BN rung nhĩ mới phát hiện
- Đa trung tâm
- Không tập trung vào I
- Tuổi 64; 34% là nữ
- Theo dõi 3.1 năm
- Tiêu chí chính: nhập viện hoặc tử vong do tim mạch

Kinh nghiệm quan trọng
Giáo dục liên tục



Thông điệp mang về

- RN không chỉ là RL nhịp, mà là một bệnh lý phức tạp
- RN thường kết hợp cũng như do nhiều yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc gây ra
- Các yếu tố này liên quan đến gánh nặng RL nhịp và ảnh hưởng tiên lượng bệnh
- Để có tiên lượng sớm tốt, cần chẩn đoán và điều trị toàn diện
- Giáo dục liên tục nhân viên y tế và BN giữ vai trò quan trọng