



ESC

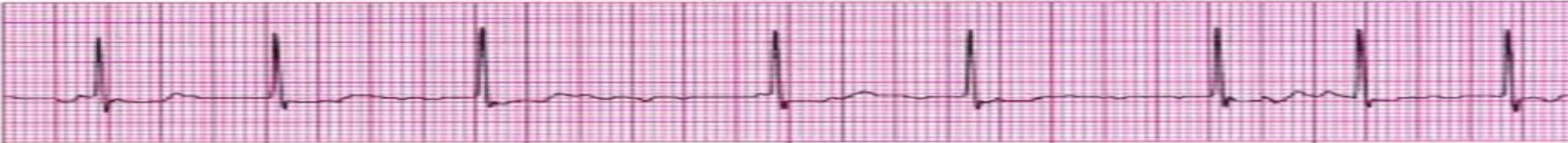
European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2020) **00**, 1–125

doi:10.1093/eurheartj/ehaa612

ESC GUIDELINES

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)



RUNG NHĨ

KHOA KHÁM BỆNH

BS.CK1 TRẦN QUANG KHẢI



HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM
PHÂN HỘI NHỊP TIM VIỆT NAM

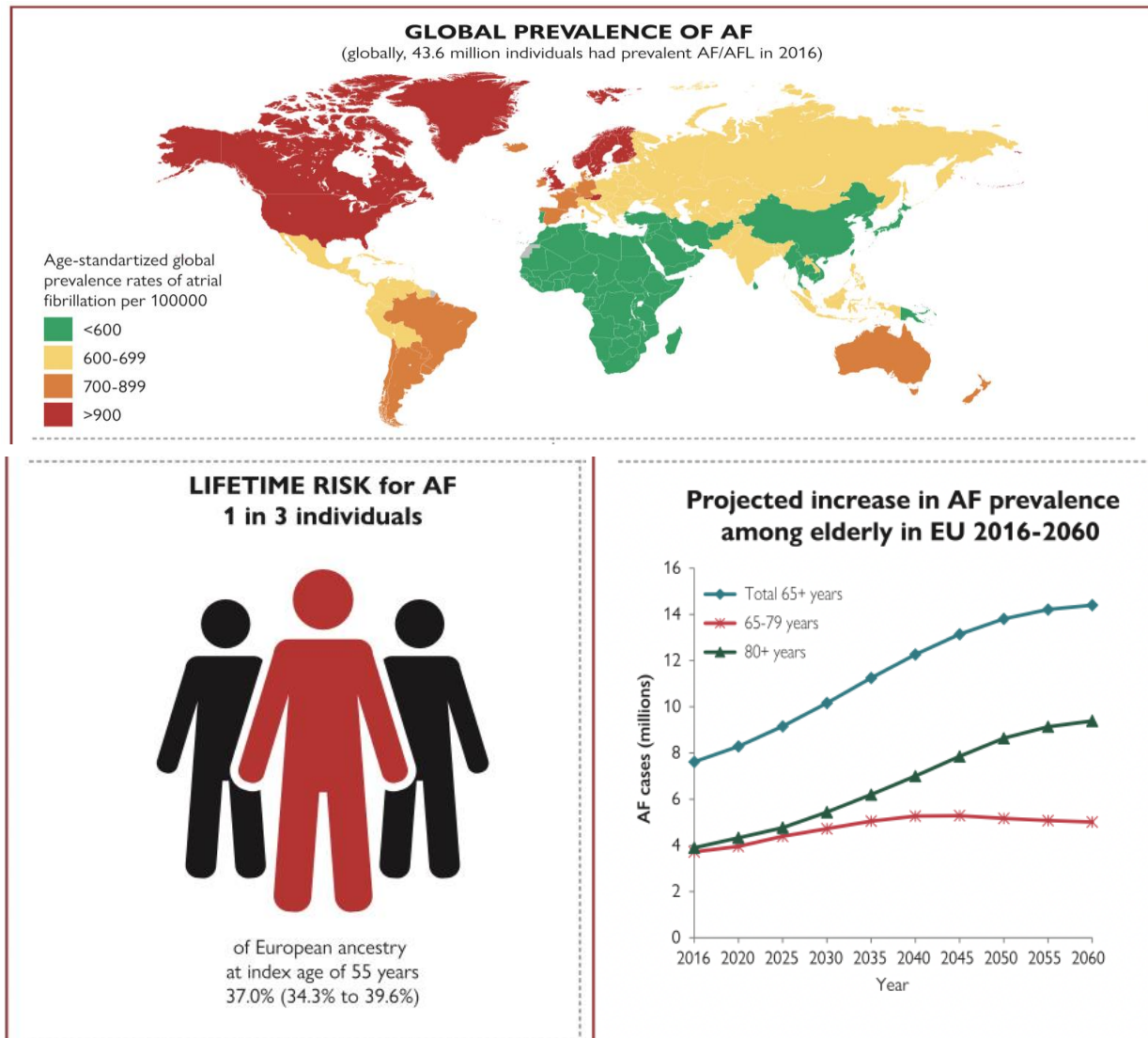


KHUYẾN CÁO CỦA
PHÂN HỘI NHỊP TIM VIỆT NAM,
HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM (VNHR/VNHA)
VỀ CHẨN ĐOÁN & XỬ TRÍ RUNG NHĨ
2022
(TÓM TẮT)

www.vnha.org.vn

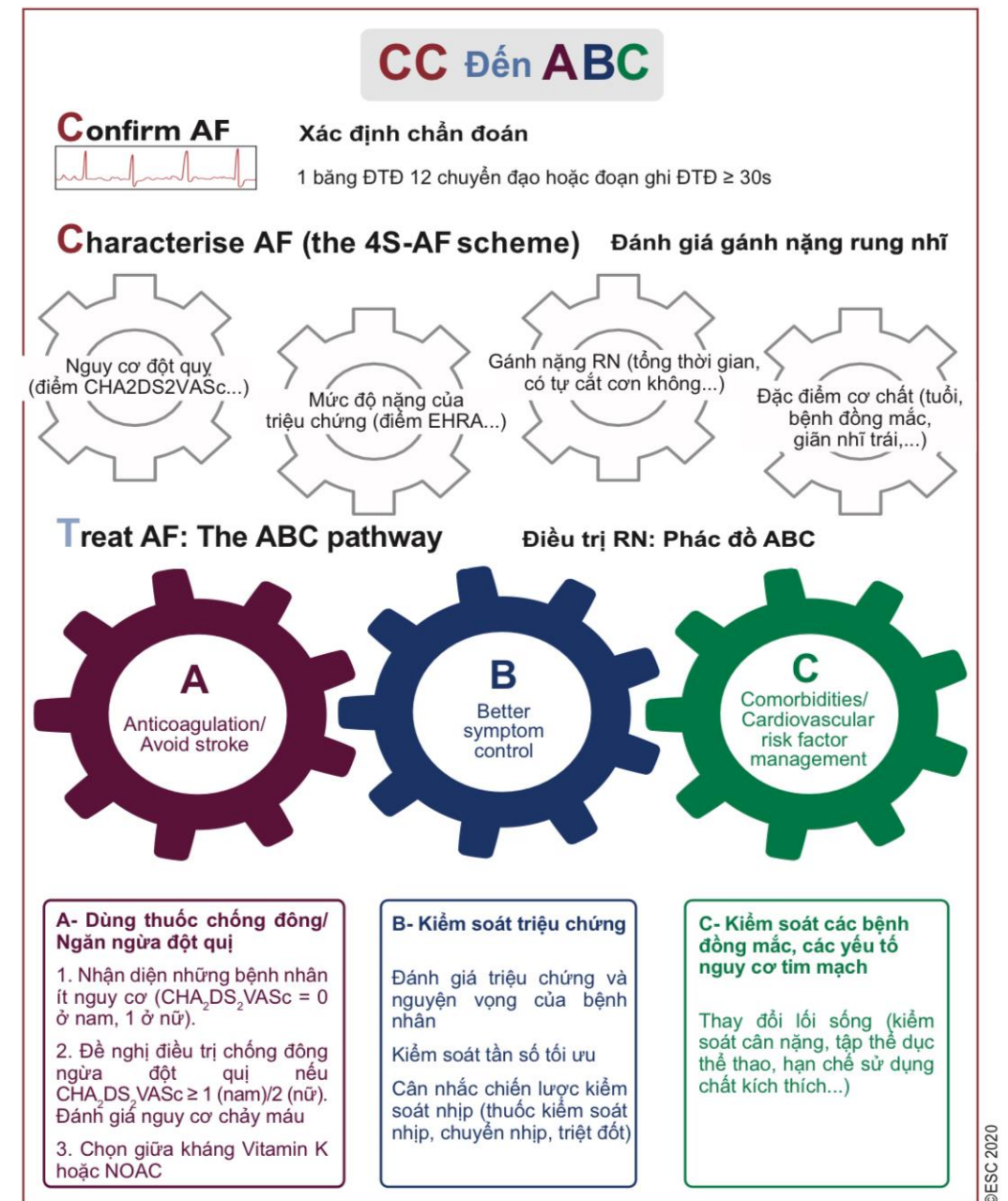
DỊCH TỄ HỌC

- Tỷ lệ hiện mắc
- Tỷ lệ mới mắc
- Nguy cơ suốt đời:
 - ✓ RN Gia tăng 5 lần NC đột quỵ, 3 lần NC suy tim, 2 lần NC tử vong



TIẾP CẬN RUNG NHĨ CC to ABC

- **Confirm AF - Xác định rung nhĩ**
- **Characterise AF - Đánh giá toàn diện 4S-AF**
- **Treat AF: Mô hình ABC**



Mô hình CC - ABC (xác định chẩn đoán, đánh giá gánh nặng rung nhĩ - tiến tới điều trị) (theo ESC 2020)

TIẾP CẬN RUNG NHĨ CC to ABC

- **Confirm AF - Xác định rung nhĩ**

Confirm AF



CC Đến **ABC**

Xác định chẩn đoán

1 băng ĐTĐ 12 chuyển đạo hoặc đoạn ghi ĐTĐ $\geq 30s$

XÁC ĐỊNH RUNG NHĨ

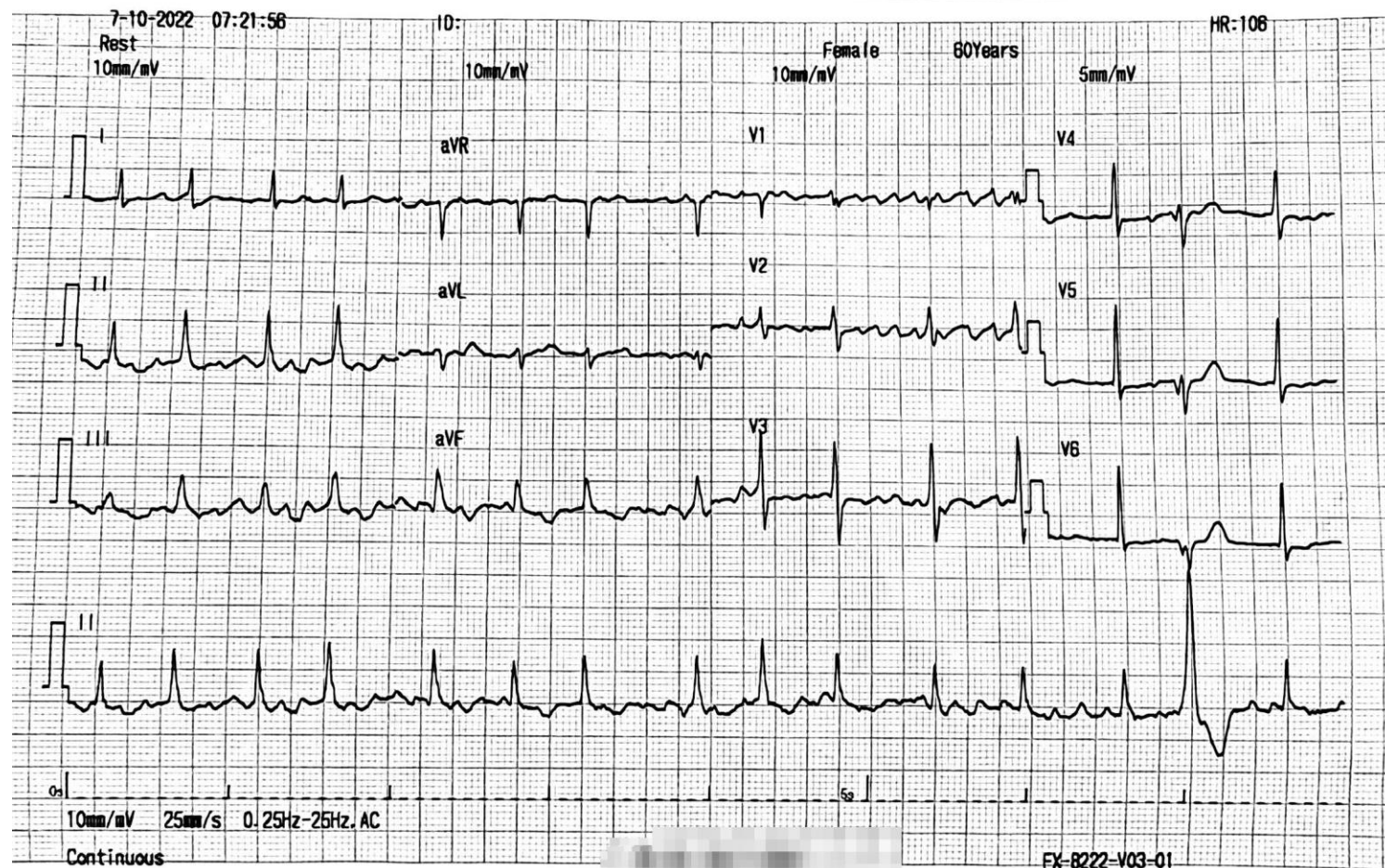
DỰA VÀO ecg

Định nghĩa rung nhĩ:

Là một rối loạn nhịp nhanh trên thất với hoạt động điện hỗn loạn tại tâm nhĩ, dẫn tới co bóp tâm nhĩ không hiệu quả.

Các đặc điểm điện tâm đồ của RN:

- Khoảng R-R không đều hay loạn nhịp hoàn toàn (nếu vẫn còn dẫn truyền nhĩ thất).
- Không có hình thái sóng P lặp lại rõ ràng, và
- Hoạt động nhĩ không đều



XÁC ĐỊNH RUNG NHĨ

DỰA VÀO ecg

- Bằng chứng ghi nhận điện tâm đồ rung nhĩ là cần thiết để thiết lập chẩn đoán rung nhĩ AF.
- ECG 12 chuyển đạo hoặc 1 chuyển đạo ≥ 30 giây cho thấy nhịp tim mà không có sóng P lặp lại rõ ràng và khoảng thời gian RR không đều (khi dẫn truyền nhĩ thất không bị tổn thương) là đủ để chẩn đoán rung nhĩ trên lâm sàng

Confirm AF



A 12-lead ECG or a rhythm strip showing AF pattern for ≥ 30 s

Recommendations	Class ^a	Level ^b
ECG documentation is required to establish the diagnosis of AF. <ul style="list-style-type: none">• A standard 12-lead ECG recording or a single-lead ECG tracing of ≥ 30 s showing heart rhythm with no discernible repeating P waves and irregular RR intervals (when atrioventricular conduction is not impaired) is diagnostic of clinical AF.⁶	I	B

XÁC ĐỊNH RUNG NHĨ

Các công cụ và công nghệ mới

- Đồng hồ, điện thoại thông minh, thiết bị ghi ECG lưu động, thiết bị cấy ghép vào cơ thể....
- Để nâng cao khả năng tầm soát AF ở BN có nguy cơ
- Tuy nhiên, các quy trình xử trí AF được phát hiện dựa trên các công cụ này vẫn chưa được thống nhất



I. Các hệ công cụ để sàng lọc rung nhĩ. Bắt mạch, máy đo huyết áp tự động, các thiết bị ghi điện tâm đồ một chuyển đạo, các thiết bị dùng cảm biến quang học (PPG), các loại cảm biến khác ứng dụng trong điện thoại thông minh, vòng đeo tay, đồng hồ thông minh (theo ESC 2020)

XÁC ĐỊNH RUNG NHĨ

ai nên tầm soát

❖ **Sàng lọc nguy cơ** ❖ **Sàng lọc bằng (bắt mạch, nghe tim, smartphone):**

- ≥ 65 tuổi
- THA
- OSA

ECG:

- ≥ 75 tuổi
- Nguy cơ đột quy cao

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Cấp độ bằng chứng
Sàng lọc cơ hội RN bằng phương pháp bắt mạch hoặc bản ghi điện tâm đồ một chuyển đạo trên bệnh nhân ≥ 65 tuổi.	I	B
Kiểm tra định kỳ máy tạo nhịp và máy phá rung tự động để phát hiện AHRE	I	B
Khuyến cáo khi sàng lọc RN: <ul style="list-style-type: none">- Đối tượng sàng lọc được giải thích về tầm quan trọng của phát hiện RN và các tiếp cận điều trị.- Có phương án chuyển bệnh nhân sàng lọc dương tính tới các cơ sở chuyên khoa để khẳng định chẩn đoán và xử trí tối ưu.- Chẩn đoán xác định RN chỉ khi bác sỹ đọc bản ghi điện tâm đồ một chuyển đạo ≥ 30 giây hoặc điện tâm đồ 12 chuyển đạo và khẳng định là RN.	I	B
Cân nhắc sàng lọc hệ thống RN ở người ≥ 75 tuổi hoặc có nguy cơ đột quy cao	IIa	B

XÁC ĐỊNH RUNG NHĨ

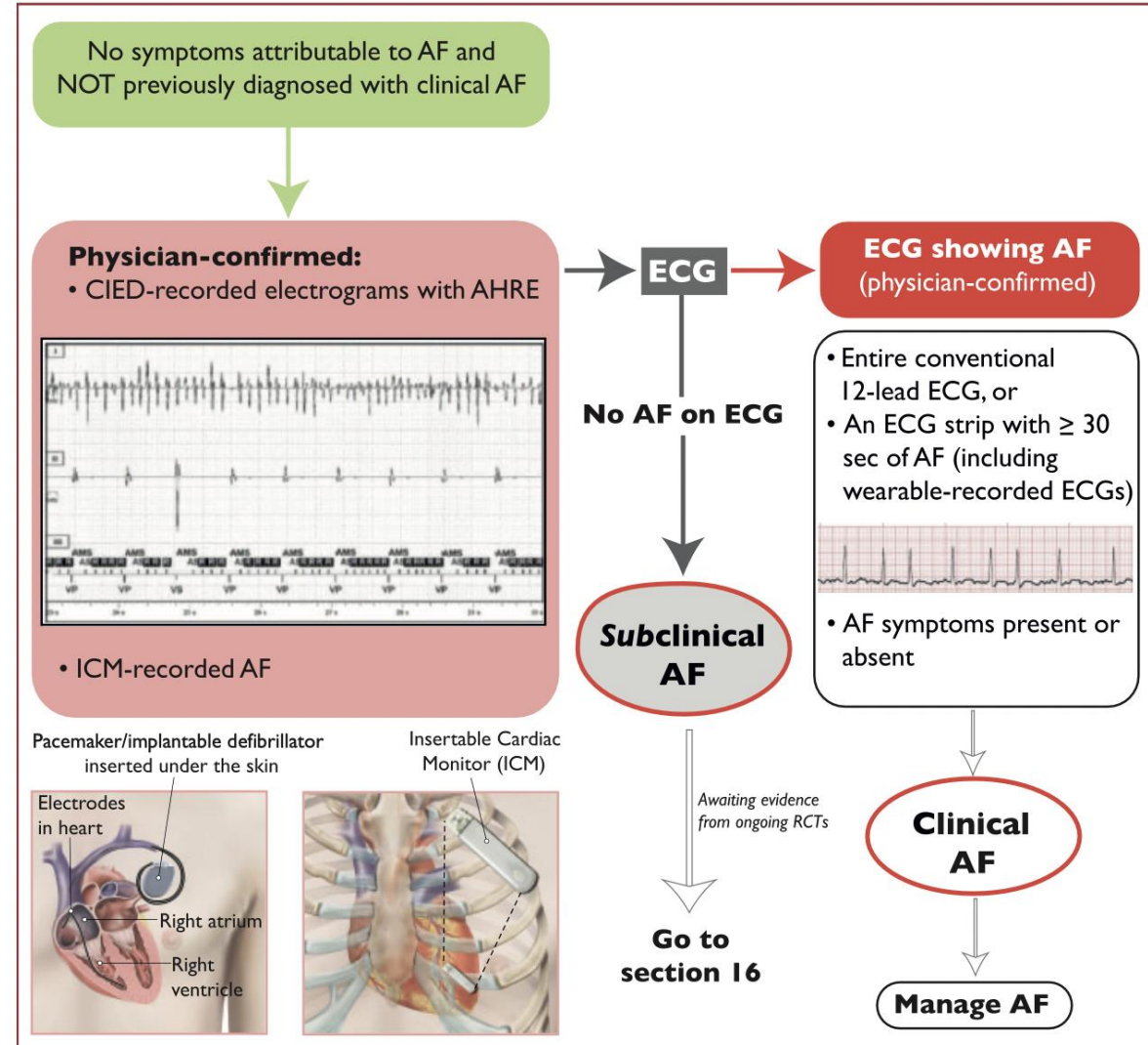
DẠNG RUNG NHĨ

❖ RN lâm sàng:

Khi có bằng chứng RN trên ECG bề mặt +/- triệu chứng

❖ RN dưới lâm sàng:

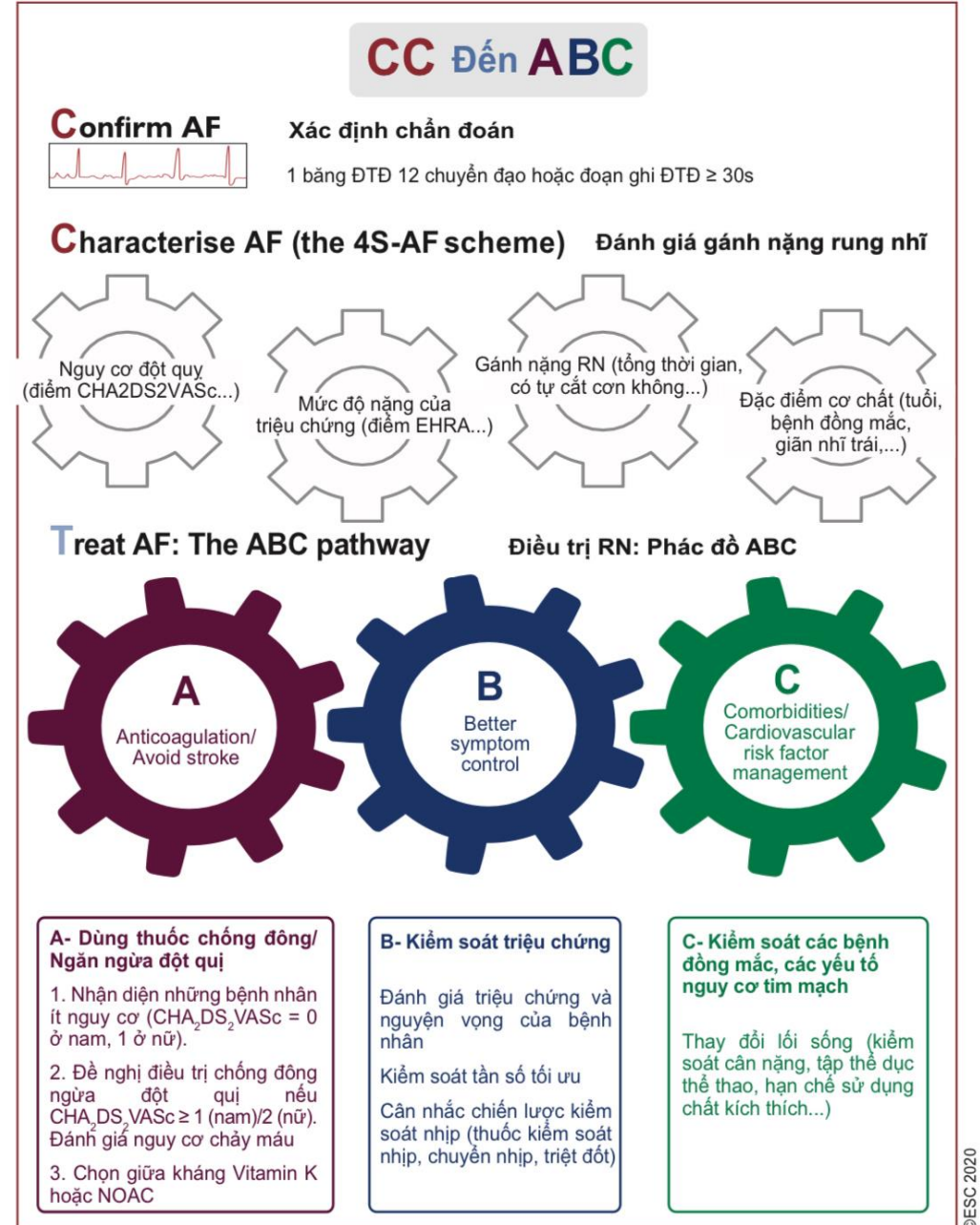
- Không triệu chứng lâm sàng
- Không có rung nhĩ trên ECG bề mặt
- Bằng chứng cơn nhịp nhanh nhĩ (AHRE) trên máy tạo nhịp/ICM



TIẾP CẬN RUNG NHĨ

Cc to abc

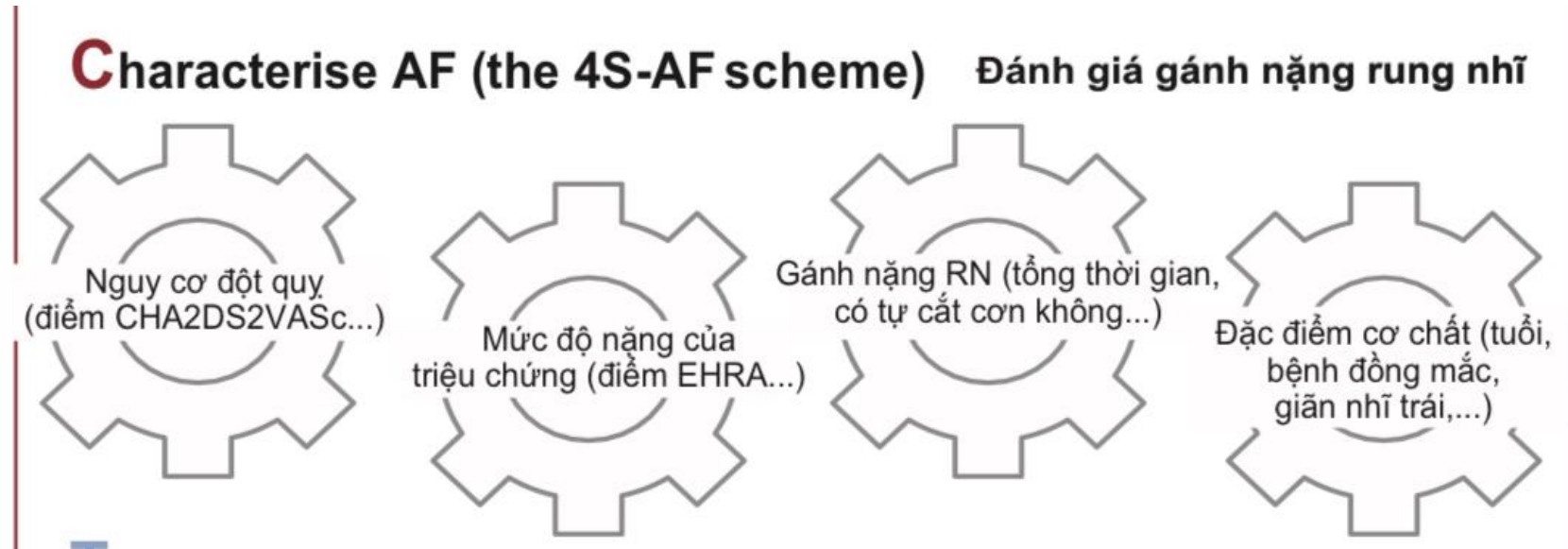
- **Confirm AF - Xác định rung nhĩ**
- **Characterise AF - Đánh giá toàn diện 4S-AF**
- **Treat AF: Mô hình ABC**



Mô hình CC - ABC (xác định chẩn đoán, đánh giá gánh nặng rung nhĩ - tiến tới điều trị) (theo ESC 2020)

TIẾP CẬN RUNG NHĨ

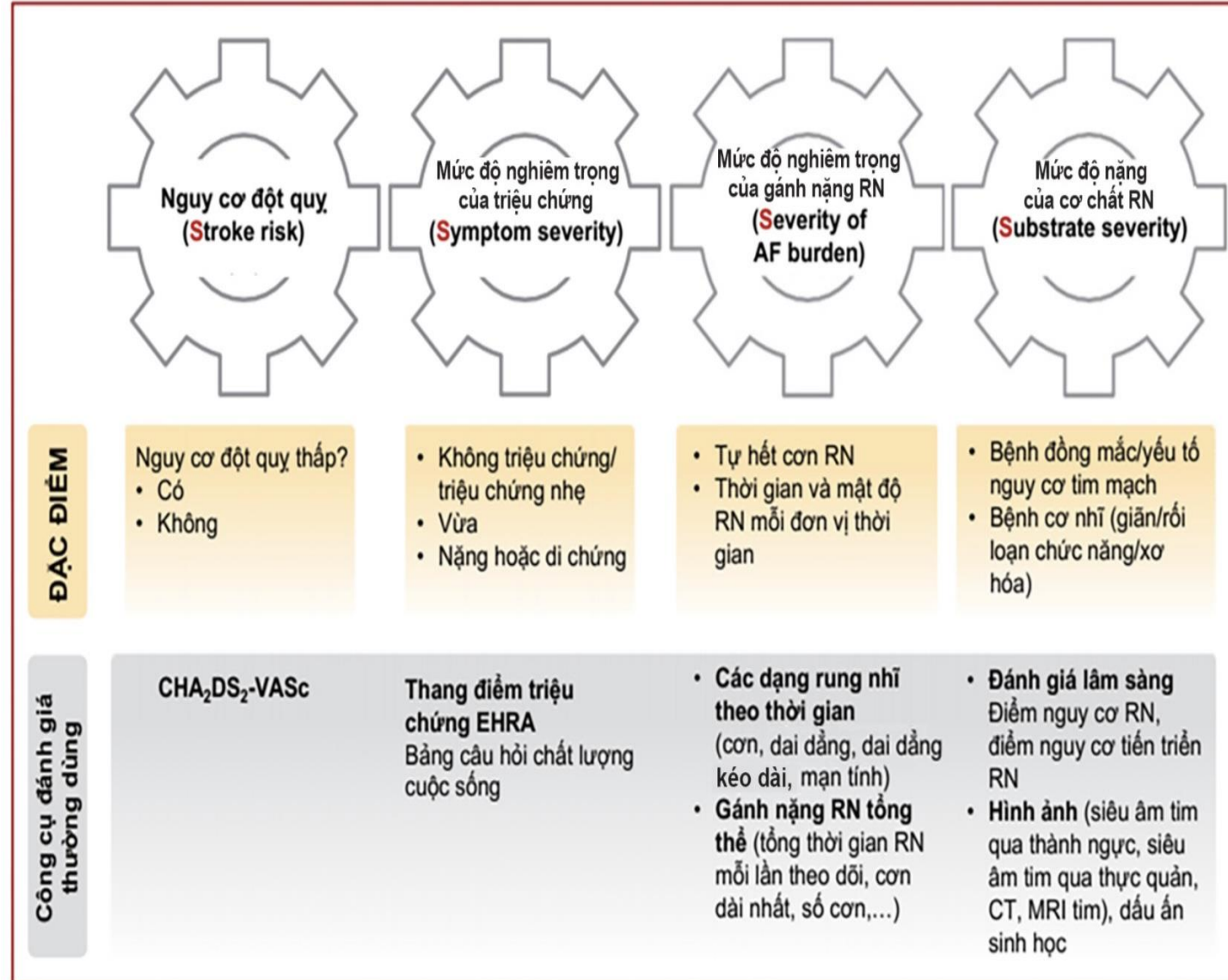
Cc to abc



- **Characterise AF - Đánh giá toàn diện 4S-AF**

ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN 4S - AF

- Nguy cơ đột quỵ (**S**troke risk)
- Mức độ nghiêm trọng của triệu chứng (**S**everity of Symptoms)
- Gánh nặng của rung nhĩ (**S**everity of atrial fibrillation burden)
- Ytnc/ bệnh đi kèm (**S**ubstrate Severity)



ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN

S1 - Nguy cơ đột quy.

- Đánh giá bằng thang điểm **CHA2DS2-VASc**
- Thay đổi -> phải đánh giá thường xuyên
- Xác định BN nguy cơ thấp

ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN

S2 - Triệu chứng

- Phân độ theo EHRA

❖ Rung nhĩ lâm sàng:

- Huyết động ổn và không triệu chứng
- 6 triệu chứng: hồi hộp trống ngực, mệt mỏi, chóng mặt, khó thở, tức ngực, lo lắng khi RN
- RL huyết động: Ngất, tụt HA có triệu chứng, suy tim cấp, Phù phổi cấp, NMCT tiên triển, choáng tim

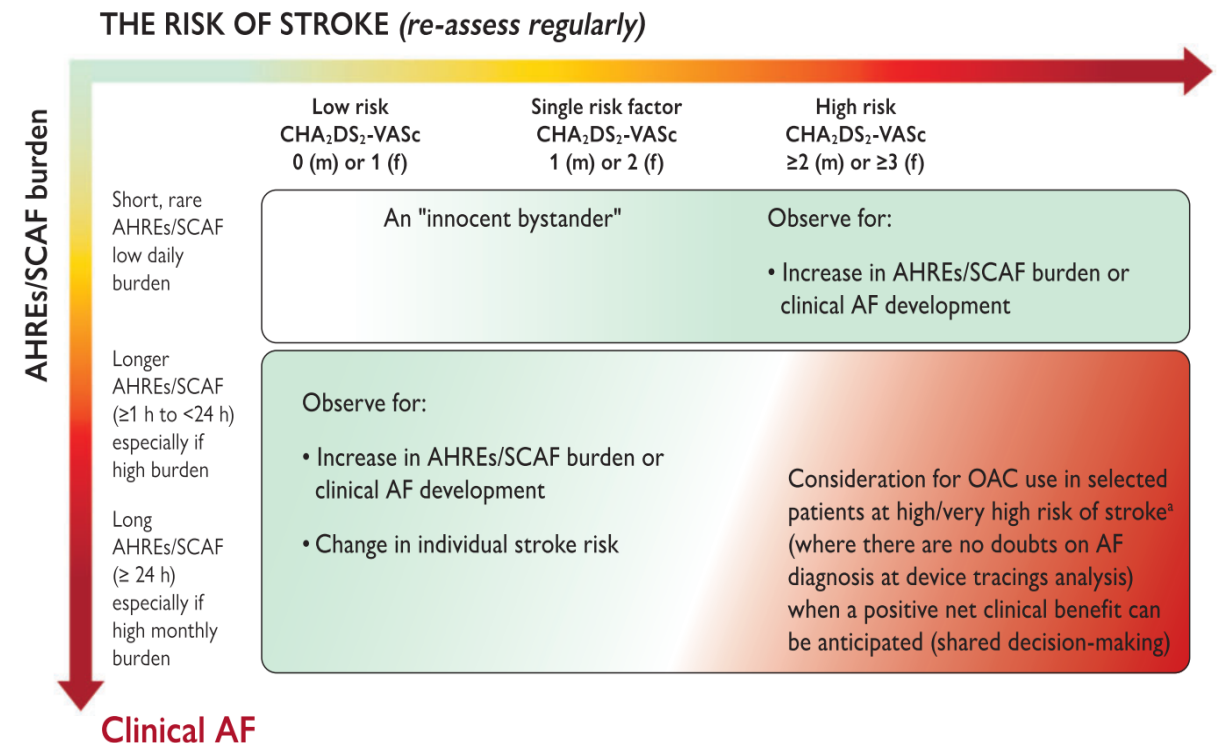
Điểm triệu chứng	
1 (Không)	Không triệu chứng
2a (Nhẹ)	Hoạt động thường ngày không bị ảnh hưởng
2b (Trung bình)	Hoạt động thường ngày không bị ảnh hưởng, nhưng bệnh nhân khó chịu vì triệu chứng
3 (Nặng)	Hoạt động thường ngày bị ảnh hưởng
4 (Rất nặng)	Không thể duy trì hoạt động thường ngày

ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN

S2 - Triệu chứng

❖ **Rung nhĩ dưới lâm sàng:** không triệu chứng

- Cơn RL nhịp nhĩ nhanh (AHRE) cần theo dõi sát nhằm phát hiện khả năng tiến triển thành rung nhĩ lâm sàng, cũng như đánh giá thường xuyên nguy cơ tắc mạch
- AHRE (đặc biệt >24h) và CHA₂DS₂-VAsc cao, có thể cân nhắc điều trị OAC sau khi trao đổi với người bệnh về lợi ích > nguy cơ



Proposed management of AHRE/subclinical AF.

ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN

S3 - Gánh nặng rung nhĩ

Phân loại Rung nhĩ:

<i>RN được chẩn đoán lần đầu</i>	RN chưa từng được chẩn đoán trước đó, bất kể thời gian diễn biến, mức độ/sự tồn tại triệu chứng liên quan đến RN
<i>RN cơn</i>	RN tự kết thúc hoặc được chuyển nhịp xoang trong vòng 7 ngày từ khi xuất hiện.
<i>RN dai dẳng</i>	RN kéo dài liên tục hơn 7 ngày, bao gồm những cơn chuyển về nhịp xoang (bằng thuốc hoặc shock điện) sau ≥ 7 ngày
<i>RN dai dẳng kéo dài</i>	RN kéo dài liên tục > 12 tháng tính đến thời điểm lựa chọn chiến lược kiểm soát nhịp
<i>RN vĩnh viễn</i>	RN được chấp nhận bởi bệnh nhân và bác sỹ, không còn phù hợp cho các nỗ lực chuyển nhịp xoang hoặc duy trì nhịp xoang. RN vĩnh viễn phản ánh thái độ tiếp cận của bệnh nhân và bác sỹ hơn là đặc điểm sinh lý bệnh, và do đó thuật ngữ này không nên sử dụng trong các trường hợp quyết định kiểm soát nhịp bằng thuốc hay triệt đốt. Nếu vẫn cân nhắc kiểm soát nhịp, RN sẽ được phân loại là “RN dai dẳng kéo dài”.

ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN

S3 - gánh nặng rung nhĩ

Phân loại Rung nhĩ: **Các thuật ngữ cần loại bỏ**

RN đơn độc

Thuật ngữ có tính lịch sử. Hiểu biết hiện nay cho thấy RN trong mọi trường hợp đều có nguyên nhân

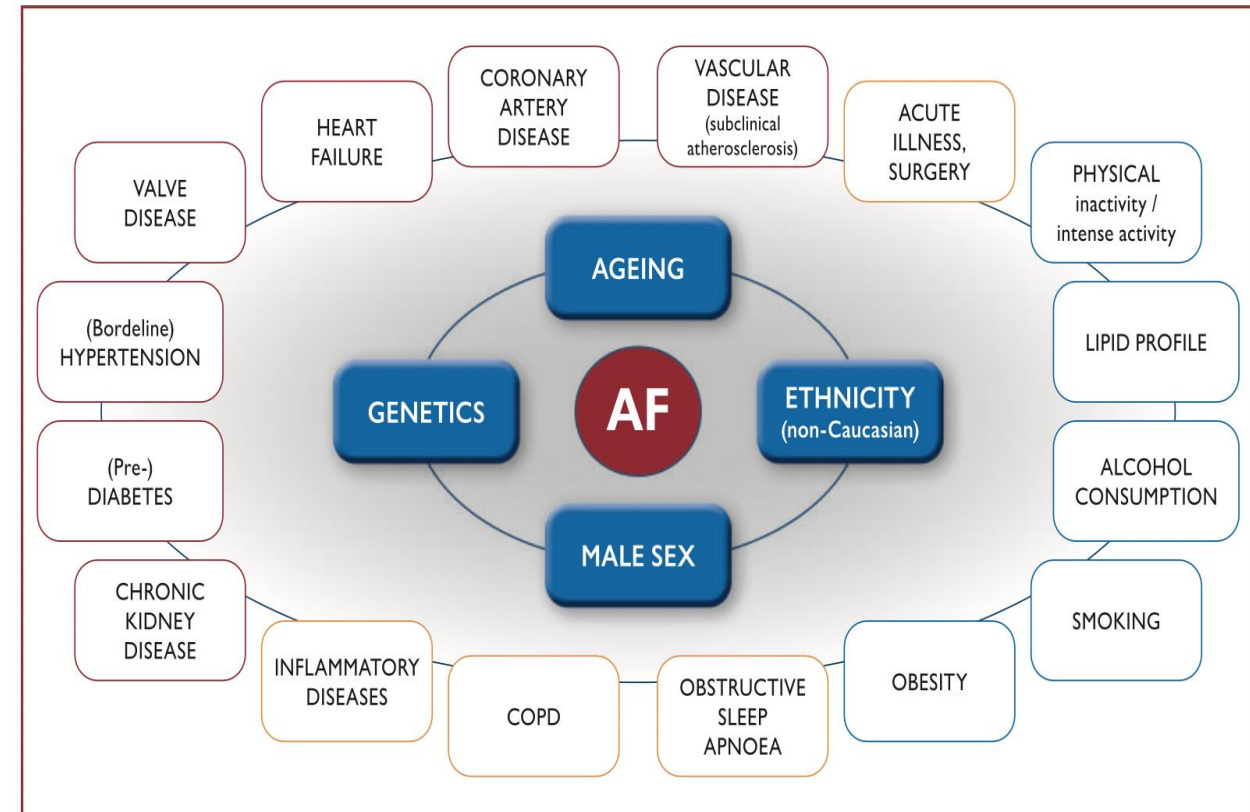
RN mạn tính

Đã có nhiều định nghĩa mới thay thế

ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN

S4 - yếu tố nguy cơ/ bệnh đồng mắc

- **Không thay đổi được:** Tuổi, Di truyền, Nam giới, Chủng tộc
- **Thay đổi được:** Hạn chế hoạt động thể lực, RL lipid, Lạm dụng rượu, Hút thuốc lá, Béo phì, OSA, COPD, THA, Bệnh thận mạn, ĐTĐ, Bệnh van tim, Suy tim, Bệnh mạch vành, Bệnh mạch máu, Nhiễm trùng,..



ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN

trong thực hành lâm sàng

Tất cả bệnh nhân RN

Khai thác bệnh sử

- Các triệu chứng liên quan đến RN
- Phân loại RN
- Các bệnh đồng mắc
- Điểm CHA_2DS_2VASc

ĐTĐ 12 chuyển đạo

Thăm dò chức năng tuyến giáp, thận, điện giải đồ, công thức máu

Siêu âm tim qua thành ngực

Những bệnh nhân RN chọn lọc

Theo dõi ĐTĐ lưu động:

- Hiệu quả của kiểm soát tần số
- Mối quan hệ giữa triệu chứng lâm sàng và RN tái phát

Siêu âm tim qua thực quản

- Bệnh van tim
- Huyết khối tiểu nhĩ trái

Troponin T-hs, BNP/NT-proBNP Đánh giá chức năng nhận thức

Chụp động mạch vành:

- Ở những bệnh nhân nghi ngờ có bệnh mạch vành

CLVT/CHT sọ não:

- Ở những bệnh nhân nghi ngờ đột quỵ

CHT nhĩ trái ngấm thuốc muện:

- Giúp đưa ra quyết định trong điều trị RN

Theo dõi có kế hoạch

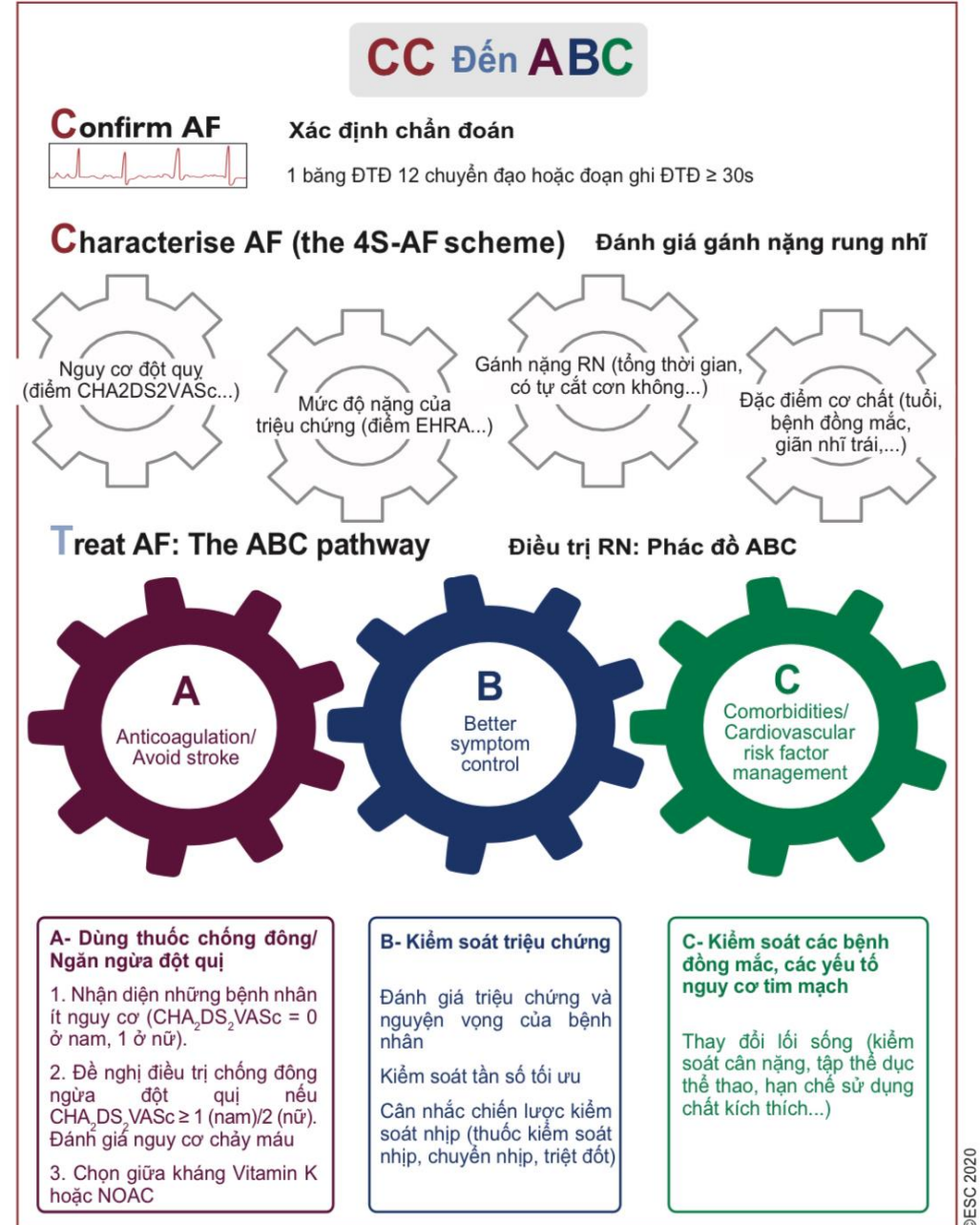
- Đảm bảo bệnh nhân được quản lý tối ưu

- Bác sĩ tim mạch/ chuyên gia về RN phối hợp trong quá trình theo dõi cùng với điều dưỡng được đào tạo chuyên sâu

TIẾP CẬN RUNG NHĨ

Cc to abc

- **Confirm AF - Xác định rung nhĩ**
- **Characterise AF - Đánh giá toàn diện 4S-AF**
- **Treat AF: Mô hình ABC**



Mô hình CC - ABC (xác định chẩn đoán, đánh giá gánh nặng rung nhĩ - tiến tới điều trị) (theo ESC 2020)

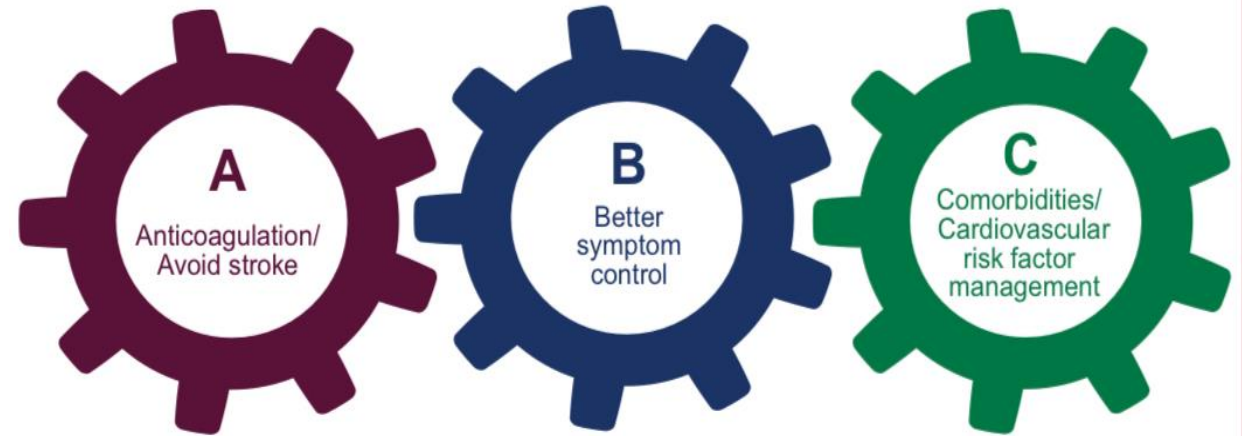
TIẾP CẬN RUNG NHĨ

Cc to abc

- **Treat AF: Mô hình ABC**

Treat AF: The ABC pathway

Điều trị RN: Phác đồ ABC



**A- Dùng thuốc chống đông/
Ngăn ngừa đột quỵ**

1. Nhận diện những bệnh nhân ít nguy cơ ($CHA_2DS_2VASc = 0$ ở nam, 1 ở nữ).
2. Đề nghị điều trị chống đông ngừa đột quỵ nếu $CHA_2DS_2VASc \geq 1$ (nam)/2 (nữ).
Đánh giá nguy cơ chảy máu
3. Chọn giữa kháng Vitamin K hoặc NOAC

B- Kiểm soát triệu chứng

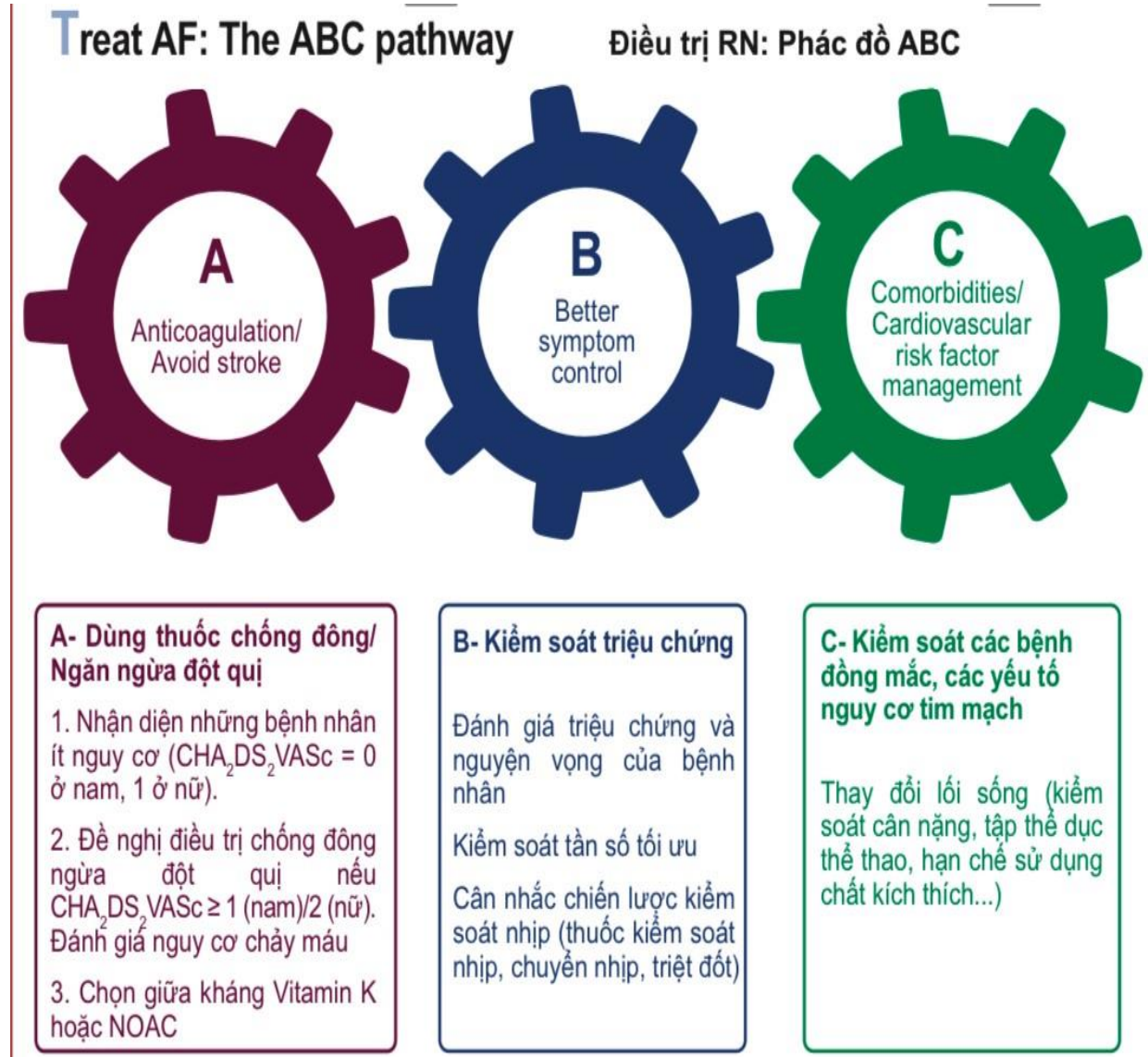
- Đánh giá triệu chứng và nguyện vọng của bệnh nhân
- Kiểm soát tần số tối ưu
- Cân nhắc chiến lược kiểm soát nhịp (thuốc kiểm soát nhịp, chuyển nhịp, triệt đốt)

C- Kiểm soát các bệnh đồng mắc, các yếu tố nguy cơ tim mạch

Thay đổi lối sống (kiểm soát cân nặng, tập thể dục thể thao, hạn chế sử dụng chất kích thích...)

Mô hình ABC

- Chống đông/Ngừa đột quỵ (**A** – Anticoagulation/Avoid stroke)
- Kiểm soát triệu chứng tốt hơn (**B** – Better symptom control)
- Tối ưu hóa kiểm soát bệnh kèm hay các yếu tố nguy cơ tim mạch (**C** – Comorbidity/Cardiovascular risk factor optimization)



Mô hình ABC

- **Chống đông/Ngừa đột quỵ** (A – Anticoagulation/Avoid stroke)
- Kiểm soát triệu chứng tốt hơn (B – Better symptom control)
- Tối ưu hóa kiểm soát bệnh kèm hay các yếu tố nguy cơ tim mạch (C – Comorbidity/Cardiovascular risk factor optimization)

Treat AF: The ABC part



**A- Dùng thuốc chống đông/
Ngăn ngừa đột quỵ**

1. Nhận diện những bệnh nhân ít nguy cơ ($CHA_2DS_2VASc = 0$ ở nam, 1 ở nữ).

2. Đề nghị điều trị chống đông ngừa đột quỵ nếu $CHA_2DS_2VASc \geq 1$ (nam)/2 (nữ).
Đánh giá nguy cơ chảy máu

3. Chọn giữa kháng Vitamin K hoặc NOAC

A. Chống đông/Ngừa đột quy

TIẾP CẬN CHUNG

❖ **Đánh giá NC đột quy:**

- Thang điểm **CHA2DS2-VASc**
- Cần đánh giá định kỳ mỗi 4 - 6 tháng ở BN nguy cơ ĐQ thấp
- Loại rung nhĩ không ảnh hưởng đến chỉ định kháng đông

❖ **Đánh giá NC chảy máu:**

- Thang điểm **HAS-BLED** có thêm nhiều bằng chứng
- Không là phương tiện để trì hoãn kháng đông
- Cần đánh giá định kỳ

❖ **Lựa chọn thuốc kháng đông:**

- Vai trò của NOAC vẫn ưu thế
- Lựa chọn VKA với SAME-TT2R2 (tiên đoán bệnh nhân khó đạt INR)

❖ **Thủ thuật/ phẫu thuật trên tiểu nhĩ**

A. Chống đông/ Ngừa đột quỵ

NGUY CƠ THUYỀN TẮC ĐỘT QUỴ

CHA2DS2-VASc Score		
Yếu tố nguy cơ và định nghĩa		Điểm
C Congestive heart failure	Suy tim sung huyết Lâm sàng suy tim, hoặc bằng chứng về RL chức năng thất trái trung bình đến nặng, hoặc Bệnh cơ tim phì đại	1
H Hypertension	Tăng huyết áp Hoặc đang điều trị tăng huyết áp	1
A Age	Tuổi ≥ 75	2
D Diabetes mellitus	Đái tháo đường Điều trị bằng thuốc hạ đường huyết và/hoặc insulin hoặc đường huyết đói >125mg/dL (7 mmol/L)	1
S Stroke	Đột quỵ Tiền sử đột quỵ, TIA hoặc thuyên tắc huyết khối	2
V Vascular disease	Bệnh mạch máu: bệnh ĐM vành (hẹp đáng kể trên phim chụp mạch), tiền sử nhồi máu cơ tim, bệnh ĐM ngoại vi, mảng xơ vữa ĐM chủ	1
A Age	Tuổi 65 - 74	1
Sc Sex category	Giới tính Nữ	1
Tổng điểm		9

A. Chống đông / Ngừa đột quy

NGUY CƠ CHẢY MÁU

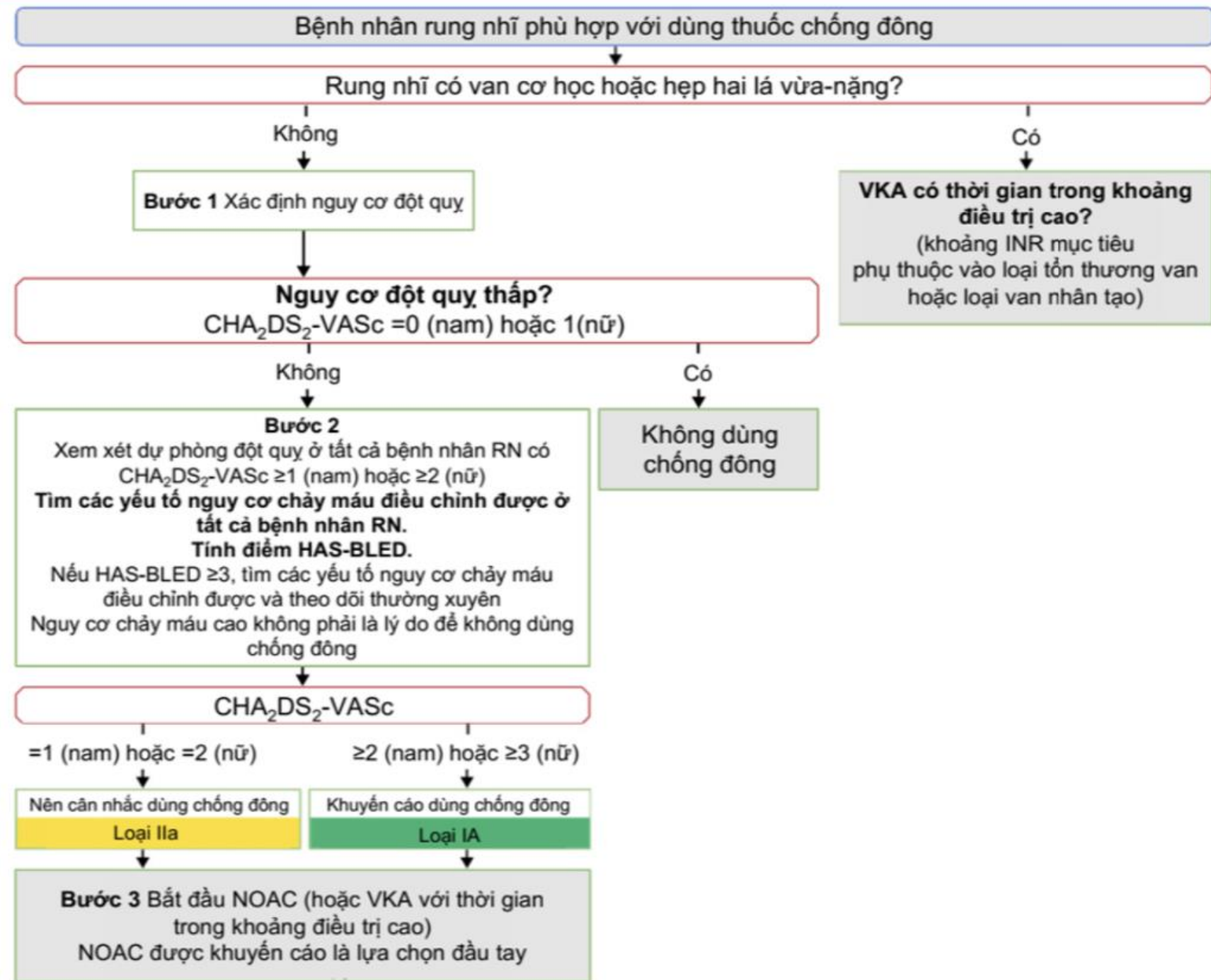
- **Thang điểm HAS-BLED**
- Rất nhiều yếu tố có thể kiểm soát được: THA, CN gan thận, dùng thuốc/ rượu...

Thang điểm HAS-BLED		
Yếu tố nguy cơ và định nghĩa		Điểm
H Uncontrolled hypertension	HA không được kiểm soát HA tâm thu > 160 mmHg	1
A Abnormal renal and/or hepatic function	Chức năng thận và/hoặc gan bất thường Lọc máu, cấy ghép, creatinin huyết thanh > 200 mmol/L, xơ gan, bilirubin > 2 lần giới hạn bình thường trên, AST/ALT/ALP > 3 lần giới hạn bình thường trên	1 điểm cho từng tiêu chí
S Stroke	Đột quy Thiếu máu cục bộ hoặc đột quy xuất huyết trước đó	1
B Bleeding history	Có tiền sử chảy máu Xuất huyết nặng trước đó hoặc thiếu máu hoặc giảm tiểu cầu nghiêm trọng.	1
L Labile INR	INR không ổn định Thời gian trong phạm vi điều trị (TTR) < 60% ở bệnh nhân dùng VKA	1
E Elderly	Người cao tuổi Tuổi trên 65 hoặc sức khỏe rất yếu	1
D Drug or excessive alcohol drinking	Nghiện chất hoặc sử dụng rượu quá mức Sử dụng đồng thời với thuốc kháng tiểu cầu hoặc NSAIDs, và/hoặc uống rượu quá mức mỗi tuần (>14 đơn vị/tuần)	1 điểm cho từng tiêu chí
Tổng điểm tối đa		9

A. Chống đông/ Ngừa đột quỵ

Tiếp cận điều trị kháng đông:

- Tiếp cận 3 bước



A. Chống đông/Ngừa đột quy

khuyến cáo ngăn ngừa thuyên tắc huyết khối ở BN rung nhĩ

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Bằng chứng
Trong dự phòng đột quy trên bệnh nhân rung nhĩ bằng chống đông đường uống, ưu tiên sử dụng NOAC hơn là VKA (trừ trường hợp bệnh nhân có van tim nhân tạo hoặc hẹp vừa/khít van hai lá).	I	A
Khuyến cáo tiếp cận dựa theo yếu tố nguy cơ khi đánh giá nguy cơ đột quy, sử dụng thang điểm CHA2DS2-VASc để xác định các bệnh nhân nguy cơ thấp (0 điểm ở nam và 1 điểm ở nữ) không nên dùng các biện pháp chống huyết khối.	I	A
Khuyến cáo dự phòng đột quy bằng thuốc chống đông đường uống ở bệnh nhân RN có điểm CHA 2DS2-VASc ≥ 2 ở nam và ≥ 3 ở nữ.	I	A
Cân nhắc dùng chống đông ở bệnh nhân RN có CHA 2DS2-VASc bằng 1 ở nam hoặc bằng 2 ở nữ để dự phòng đột quy. Quyết định điều trị cần cá thể hóa theo tổng lợi ích lâm sàng và giá trị cũng như ưu tiên của bệnh nhân.	IIa	B

A. Chống đông/Ngừa đột quy

khuyến cáo ngăn ngừa thuyên tắc huyết khối ở BN rung nhĩ

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Bằng chứng
Để đánh giá nguy cơ xuất huyết dựa theo thang điểm HAS-BLED để xác định các yếu tố nguy cơ thay đổi được và các bệnh nhân nguy cơ chảy máu cao (HAS-BLED \geq 3 điểm) cần phải thăm khám thường xuyên hơn.	IIa	B
Cần đánh giá nguy cơ đột quy và xuất huyết định kỳ để định hướng quyết định điều trị (ví dụ khởi trị chống đông nếu bệnh nhân không còn thuộc nhóm nguy cơ thấp) và xác định các yếu tố nguy cơ xuất huyết thay đổi được.	I	B
Ở bệnh nhân RN có nguy cơ đột quy ban đầu thấp, nên đánh giá lại nguy cơ đột quy sau 4-6 tháng.	IIa	B
Đích INR là 2,0 – 3,0 nếu sử dụng VKA, với thời gian trong khoảng điều trị (TTR) \geq 70%.	I	B

A. Chống đông/Ngừa đột quy

khuyến cáo ngăn ngừa thuyên tắc huyết khối ở BN rung nhĩ

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Bằng chứng
Ở bệnh nhân dùng VKA mà thời gian INR trong khoảng điều trị thấp (TTR < 70%), khuyến cáo:		
Chuyển sang NOAC, nhưng cần đảm bảo tuân thủ và duy trì điều trị.	I	B
Thực hiện các biện pháp cải thiện TTR (ví dụ giáo dục/tư vấn, xét nghiệm INR thường xuyên hơn).	IIa	B
Không khuyến khích dùng kháng tiểu cầu đơn thuần (aspirin đơn trị liệu hoặc kết hợp với clopidogrel) để dự phòng đột quy trên bệnh nhân RN.	III	A

A. Chống đông/Ngừa đột quỵ

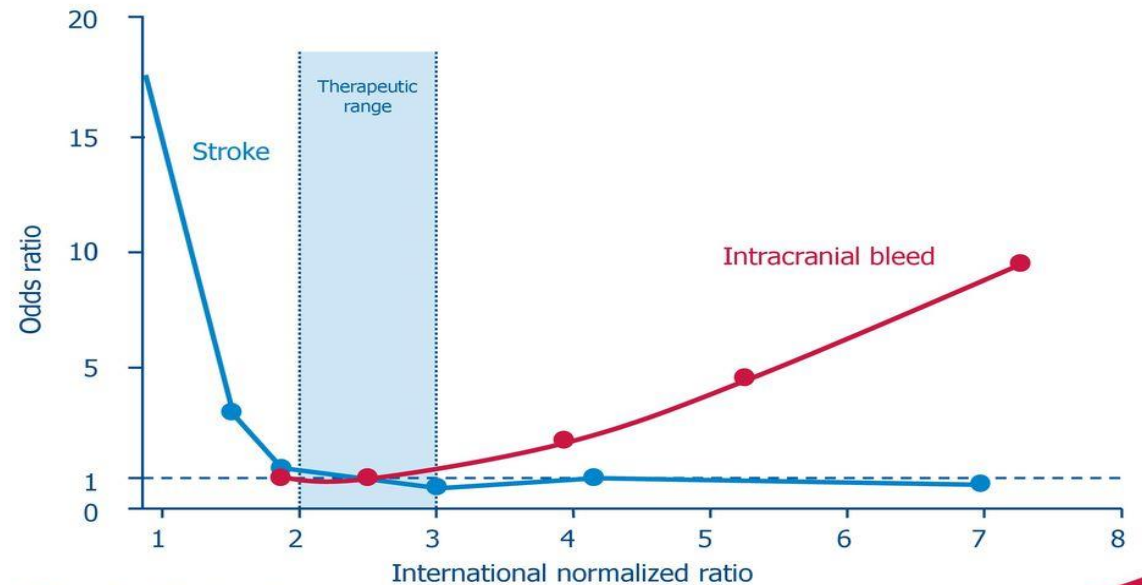
Lựa chọn thuốc Kháng đông

❖ VKA:

- Cần duy trì cửa sổ điều trị INR 2-3
- Nhược điểm của VKA
 - Bắt đầu TD chậm
 - Tương tác thức ăn và thuốc
 - Hiệu quả chống đông không dự báo được
 - Phải theo dõi INR định kỳ

- Cửa sổ trị liệu hẹp:

VKAs have a narrow therapeutic window

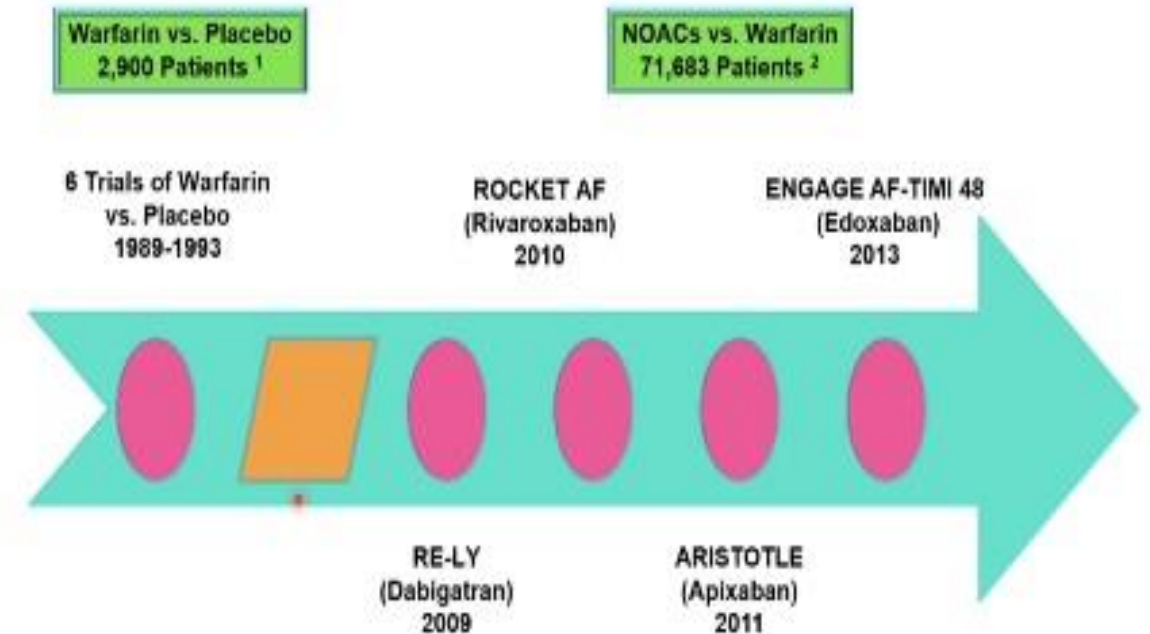


VKAs = vitamin K antagonists
ACC/AHA/ESC guidelines: Fuster V et al. Circulation 2006;114:e257-354
& Eur Heart J 2006;27:1979-2030

A. Chống đông/Ngừa đột quỵ

Lựa chọn thuốc Kháng đông

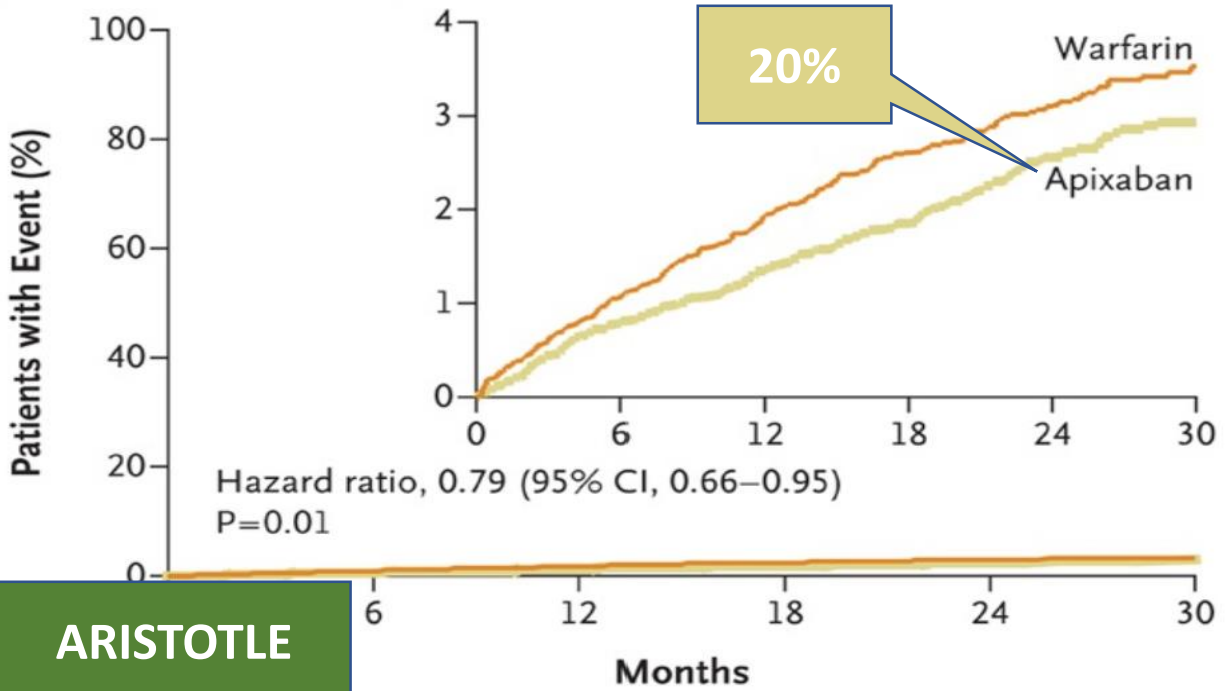
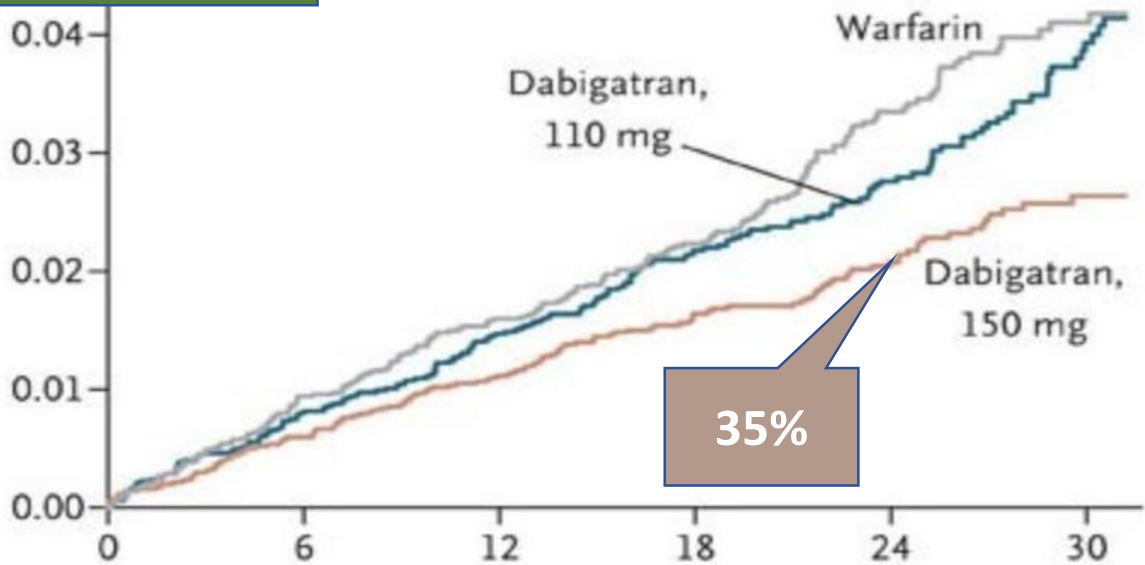
- Ưu tiên NOAC hơn VKA ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim
 - Dabigatran: RE-LY
 - Rivaroxaban: ROCKET-AF
 - Apixaban: ARISTOTLE
 - Edoxaban: ENGAGE AF-TIMI 48



1. Hart R, et al. Ann Intern Med. 2007;146:857-867

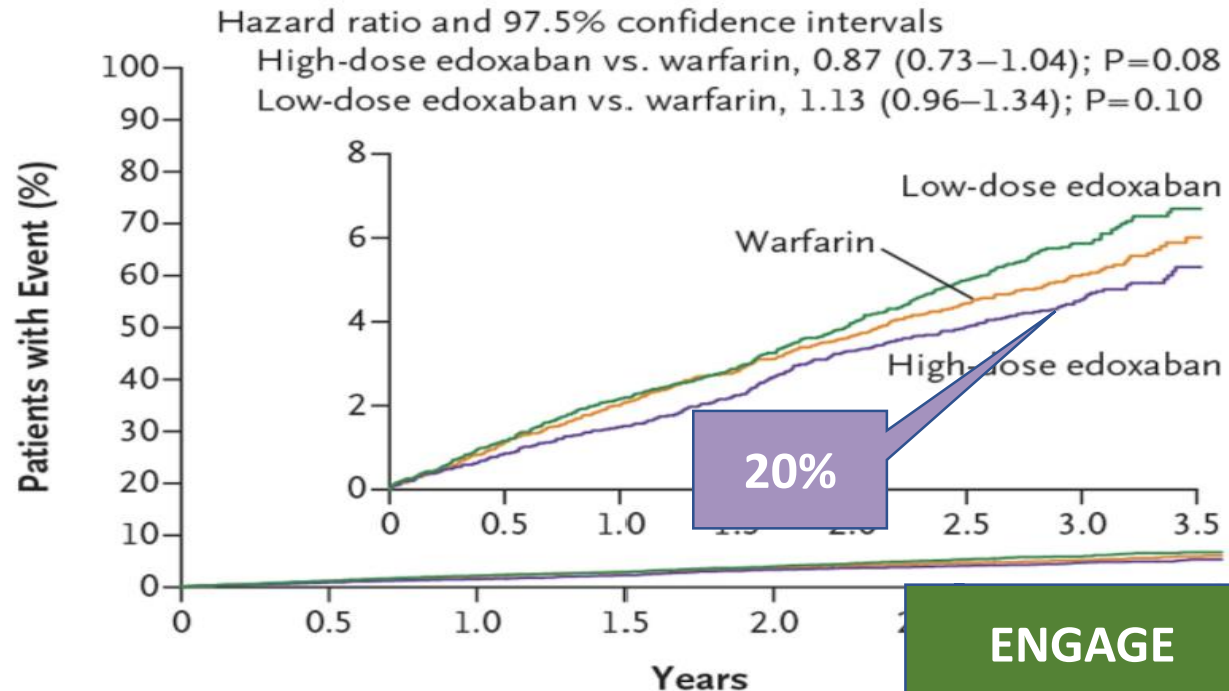
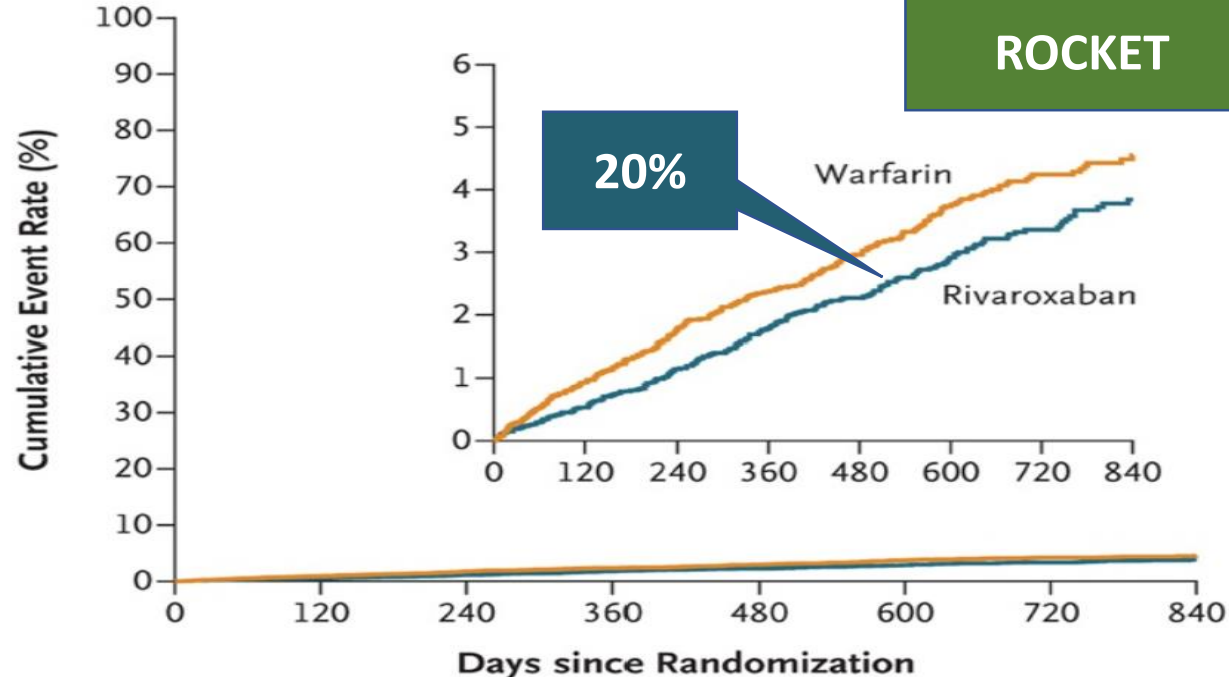
2. Ruff C, et al. Lancet. 2014;383:955-962.

RE-LY



ARISTOTLE

ROCKET



ENGAGE

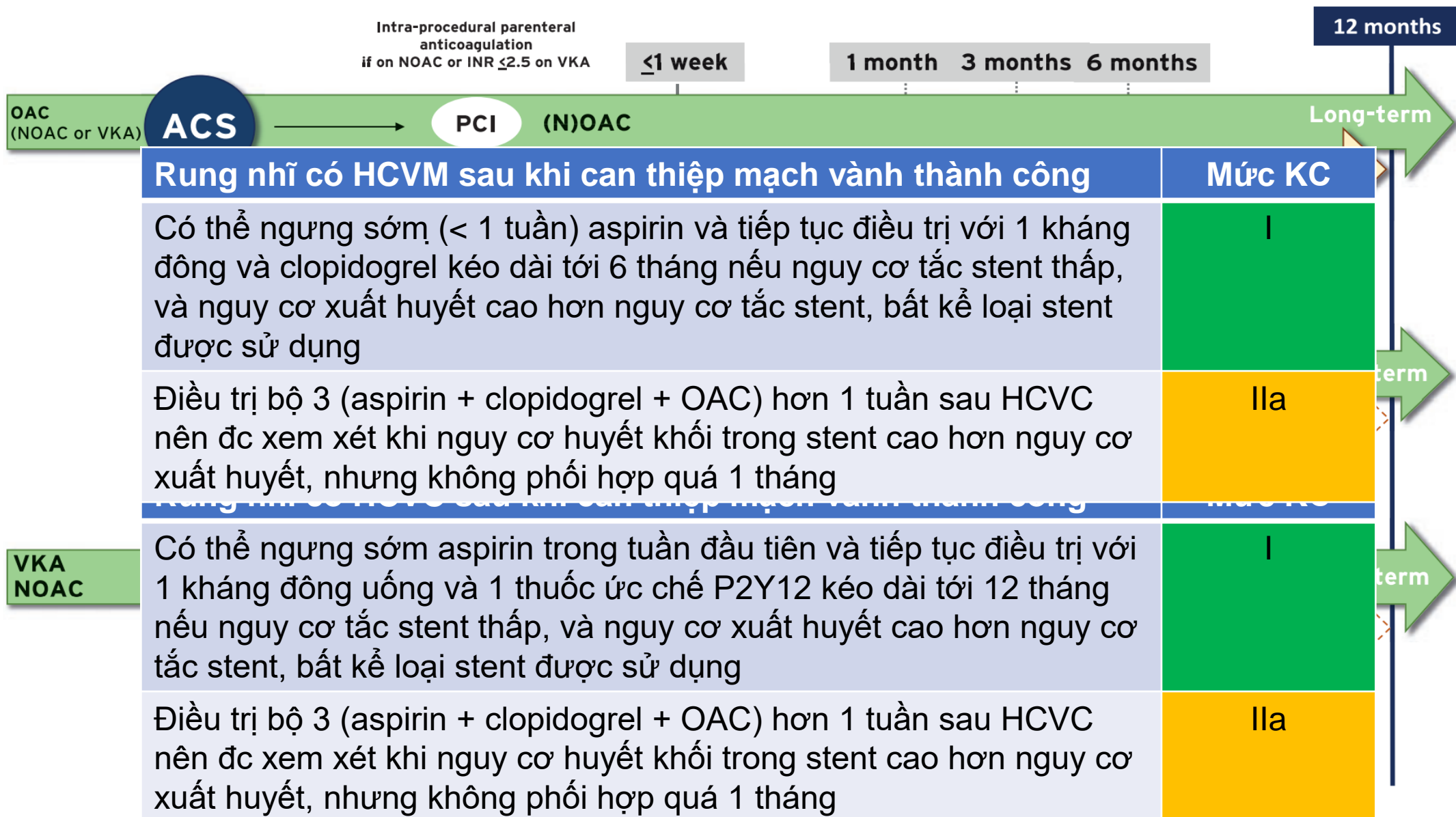
A. Chống đông/Ngừa đột quy

Lựa chọn thuốc Kháng đông

- NOAC (Non-vitamin K antagonist Oral Anticoagulant) :

Liều NOACs	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
Liều cơ bản	150 mg (2 lần/ngày)	20 mg (1 lần/ngày)	5 mg (2 lần/ngày)	60 mg (1 lần/ngày)
Liều thấp hơn	110 mg (2 lần/ngày)			30 mg (1 lần/ngày)
Giảm liều		15 mg (1 lần/ngày)	2.5 mg (2 lần/ngày)	30 mg (1 lần/ngày) Hoặc 15 mg (1 lần/ngày)
Tiêu chí giảm liều	Liều 110 mg (2 lần/ngày) đối với các BN: <ul style="list-style-type: none">- Tuổi ≥ 80- Sử dụng đồng thời Verapamil, hoặc- Nguy cơ chảy máu gia tăng	CrCl 15–49 mL/phút	Ít nhất 2 trong 3 tiêu chí: <ul style="list-style-type: none">- Tuổi ≥ 80 tuổi- Cân nặng ≤ 60kg, hoặc- Creatinin huyết thanh ≥ 1.5 mg/dL (133μmol/L)	Một trong số các tiêu chí dưới đây: <ul style="list-style-type: none">- CrCl 30–50 mL/phút- Cân nặng ≤ 60kg- Sử dụng đồng thời với dronedarone, ciclosporine, erythromycin, ketoconazole

Rung nhĩ kèm hội chứng vành cấp, can thiệp mạch vành qua da hoặc hội chứng vành mạn



Rung nhĩ kèm đột quỵ thiếu máu não

- ❖ Không đưa ra thời gian cụ thể:
 - Nếu sử dụng sớm KĐ < 48h làm tăng nguy cơ chảy máu
 - Nếu trì hoãn sử dụng KĐ > 14 ngày sẽ tăng nguy cơ thuyên tắc
 - Do đó khởi đầu điều trị KĐ trong 4-14 ngày
- ❖ Ưu tiên NOAC hơn VKA

Rung nhĩ kèm suy tim

- Suy tim và Rung nhĩ là 2 bệnh đồng mắc của nhau, do đó việc kiểm soát tốt suy tim cũng sẽ kiểm soát Rung nhĩ tốt và ngược lại.
- Kiểm soát nhịp ở bệnh nhân Suy tim rung nhĩ cần nghiêm ngặt hơn, tốt nhất nên chọn mục tiêu 110l/p, đặc biệt là ở bệnh nhân suy tim EF giảm.
- Chọn Beta và Digoxin là 2 lựa chọn tốt cho BN suy tim rung nhĩ. Aminodaron chỉ nên dùng trong trường hợp cấp cứu.
- Nếu suy tim nặng lên do rung nhĩ, cân nhắc lựa chọn chuyển nhịp sớm cho BN là có lợi.

Rung nhĩ kèm bệnh thận mạn

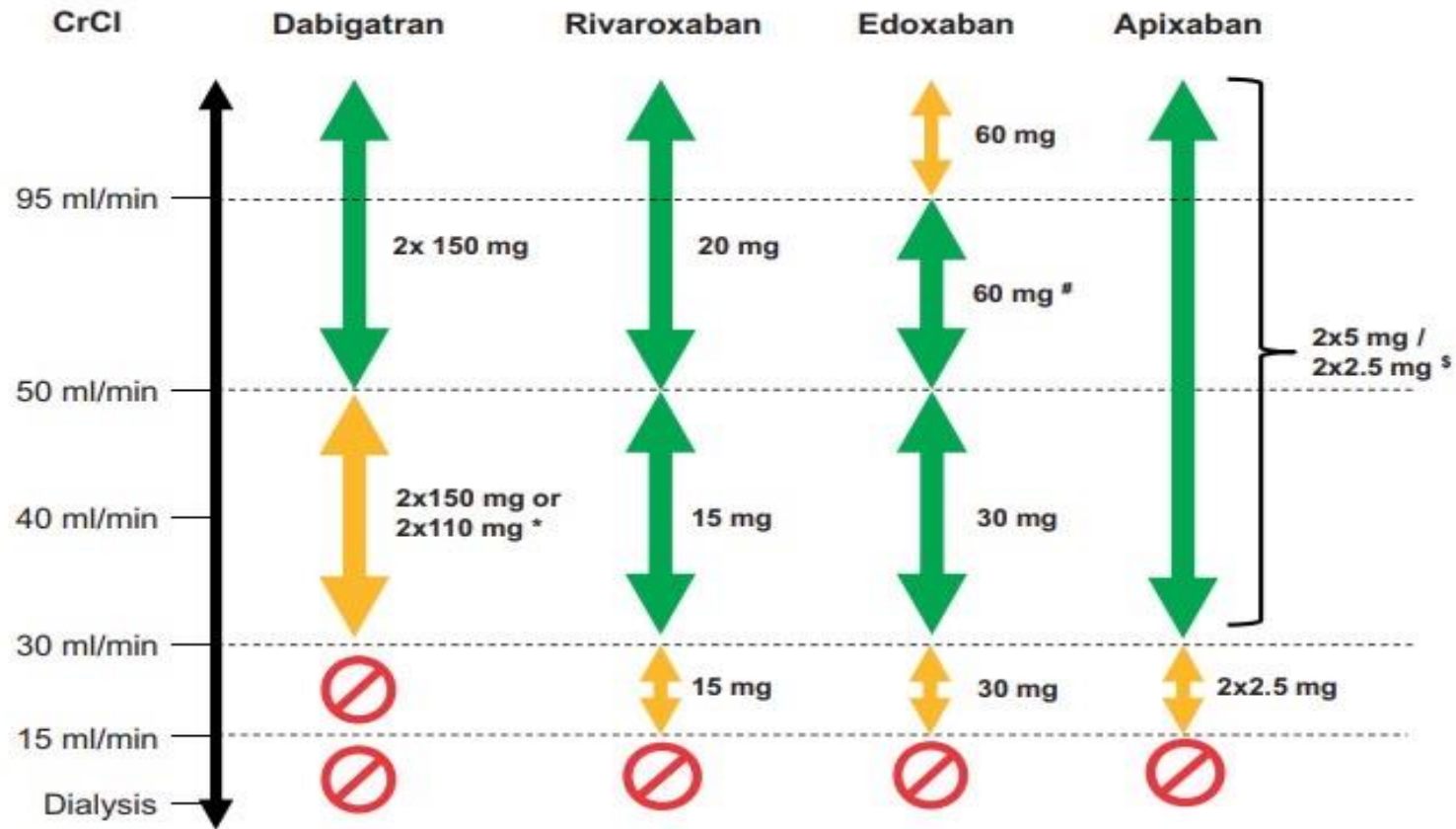


Figure 4 Use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants according to renal function. *2 × 110 mg in patients at high risk of bleeding (per SmPc). [#]Other dose reduction criteria may apply (weight ≤60 kg, concomitant potent P-Gp inhibitor therapy). [§]2 × 2.5 mg only if at least two out of three fulfilled: age ≥80 years, body weight ≤60 kg, creatinine ≥1.5 mg/dL (133 μmol/L). **Orange arrows indicate cautionary use** (dabigatran in moderate renal insufficiency, FXa inhibitors in severe renal insufficiency, edoxaban in 'supranormal' renal function); see text for details.

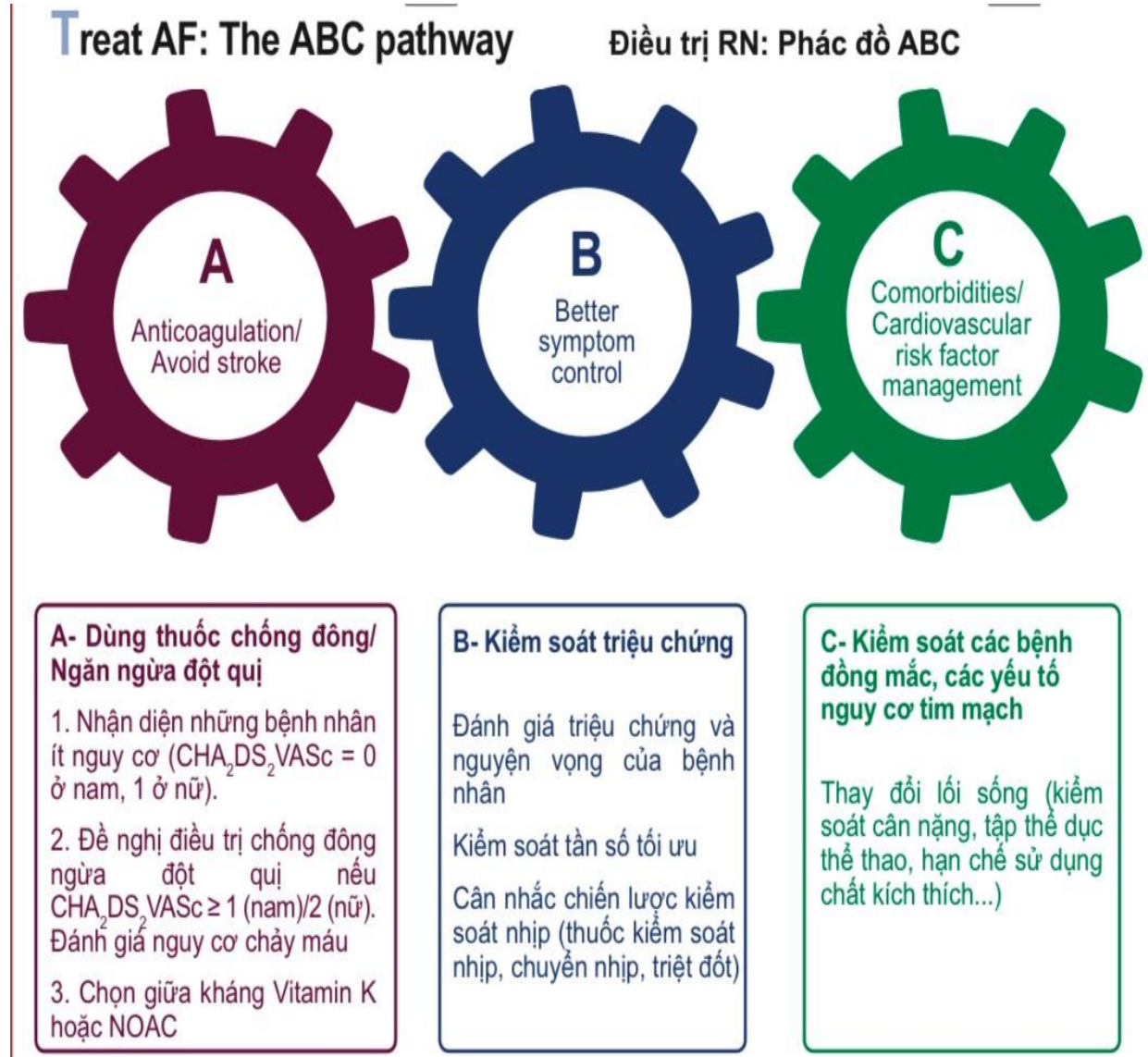
Rung nhĩ kèm xơ gan

Table 8 Calculation of the Child-Turcotte-Pugh score and use of NOACs in hepatic insufficiency

Parameters	1 point	2 points	3 points	
Encephalopathy	No	Grade 1–2 (suppressed with medication)	Grade 3–4 (refractory/chronic)	
Ascites	No	Mild (diuretic-responsive)	Moderate–severe (diuretic-refractory)	
Bilirubin	<2mg/dL	2–3 mg/dL	>3 mg/dL	
	<34 μmol/L	34–50 μmol/L	>50 μmol/L	
Albumin	>3.5g/dL	2.8–3.5 g/dL	<2.8 g/dL	
	>35 g/L	28–35 g/L	<28g/dL	
INR	<1.7	1.71–2.30	>2.30	
Child-Pugh category	Dabigatran	Apixaban	Edoxaban	Rivaroxaban
A (5–6 points)	No dose reduction	No dose reduction	No dose reduction	No dose reduction
B (7–9 points)	Use with caution	Use cautiously	Use cautiously	Do not use
C (10–15 points)	Do not use	Do not use	Do not use	Do not use

Mô hình ABC

- Chống đông/Ngừa đột quỵ (**A** – Anticoagulation/Avoid stroke)
- Kiểm soát triệu chứng tốt hơn (**B** – Better symptom control)
- Tối ưu hóa kiểm soát bệnh kèm hay các yếu tố nguy cơ tim mạch (**C** – Comorbidity/Cardiovascular risk factor optimization)



Mô hình ABC

- Kiểm soát triệu chứng tốt hơn (B – Better symptom control)



B- Kiểm soát triệu chứng

Đánh giá triệu chứng và nguyện vọng của bệnh nhân

Kiểm soát tần số tối ưu

Cân nhắc chiến lược kiểm soát nhịp (thuốc kiểm soát nhịp, chuyển nhịp, triệt đốt)

B - Kiểm soát triệu chứng

Tiếp cận chung

❖ Kiểm soát tần số:

- Thường đủ để kiểm soát triệu chứng
- Tần số tim <110
- Cân nhắc chọn lựa thuốc tùy theo bệnh nền

❖ Kiểm soát nhịp:

- Giảm triệu chứng và tăng chất lượng cuộc sống: nhưng không thay đổi tiên lượng, cần sự chọn lựa của BN
- Thuốc chống rối loạn nhịp
- Thủ thuật/ phẫu thuật

B - Kiểm soát triệu chứng

KIỂM SOÁT NHỊP HAY KIỂM SOÁT TẦN SỐ

The New England
Journal of Medicine

Copyright © 2002 by the Massachusetts Medical Society

VOLUME 347

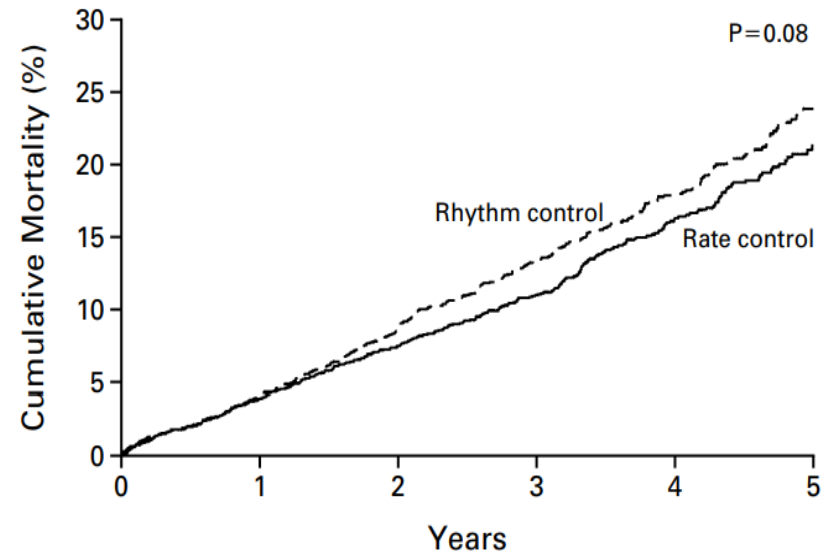
DECEMBER 5, 2002

NUMBER 23



A COMPARISON OF RATE CONTROL AND RHYTHM CONTROL IN PATIENTS
WITH ATRIAL FIBRILLATION

THE ATRIAL FIBRILLATION FOLLOW-UP INVESTIGATION OF RHYTHM MANAGEMENT (AFFIRM) INVESTIGATORS*



NO. OF DEATHS	number (percent)					
Rhythm control	0	80 (4)	175 (9)	257 (13)	314 (18)	352 (24)
Rate control	0	78 (4)	148 (7)	210 (11)	275 (16)	306 (21)

Figure 1. Cumulative Mortality from Any Cause in the Rhythm-Control Group and the Rate-Control Group.

Time zero is the day of randomization. Data have been truncated at five years.

B - Kiểm soát triệu chứng

chọn kiểm soát tần số hay kiểm soát nhịp

❖ Kiểm soát tần số:

- Kiểm soát triệu chứng kém hơn
- Chi phí thấp
- Dễ thực hiện
- Dùng cho BN Rung nhĩ dai dẳng (trên 1 năm)
- Dùng cho Rung nhĩ không triệu chứng
- Lựa chọn cho BN lớn tuổi

❖ Kiểm soát nhịp:

- Kiểm soát triệu chứng tốt
- Khó thực hiện
- Chi phí cao
- Giảm tiên lượng tử vong BN
- Dùng cho BN mới chẩn đoán (<1 năm)
- Dùng cho Rung nhĩ có triệu chứng
- Nên cân nhắc dùng cho Bn có tiên lượng sống dài

B - Kiểm soát triệu chứng

kiểm soát tần số

❖ Mục tiêu điều trị:

- Không có sự khác biệt về kết cục của việc điều trị kiểm soát chặt chẽ tần số đáp ứng thất ở mức < 80 và < 110 nhịp/phút.
- Vì vậy với các bằng chứng hiện tại cho phép duy trì đáp ứng thất ở mức < 110 lần/phút

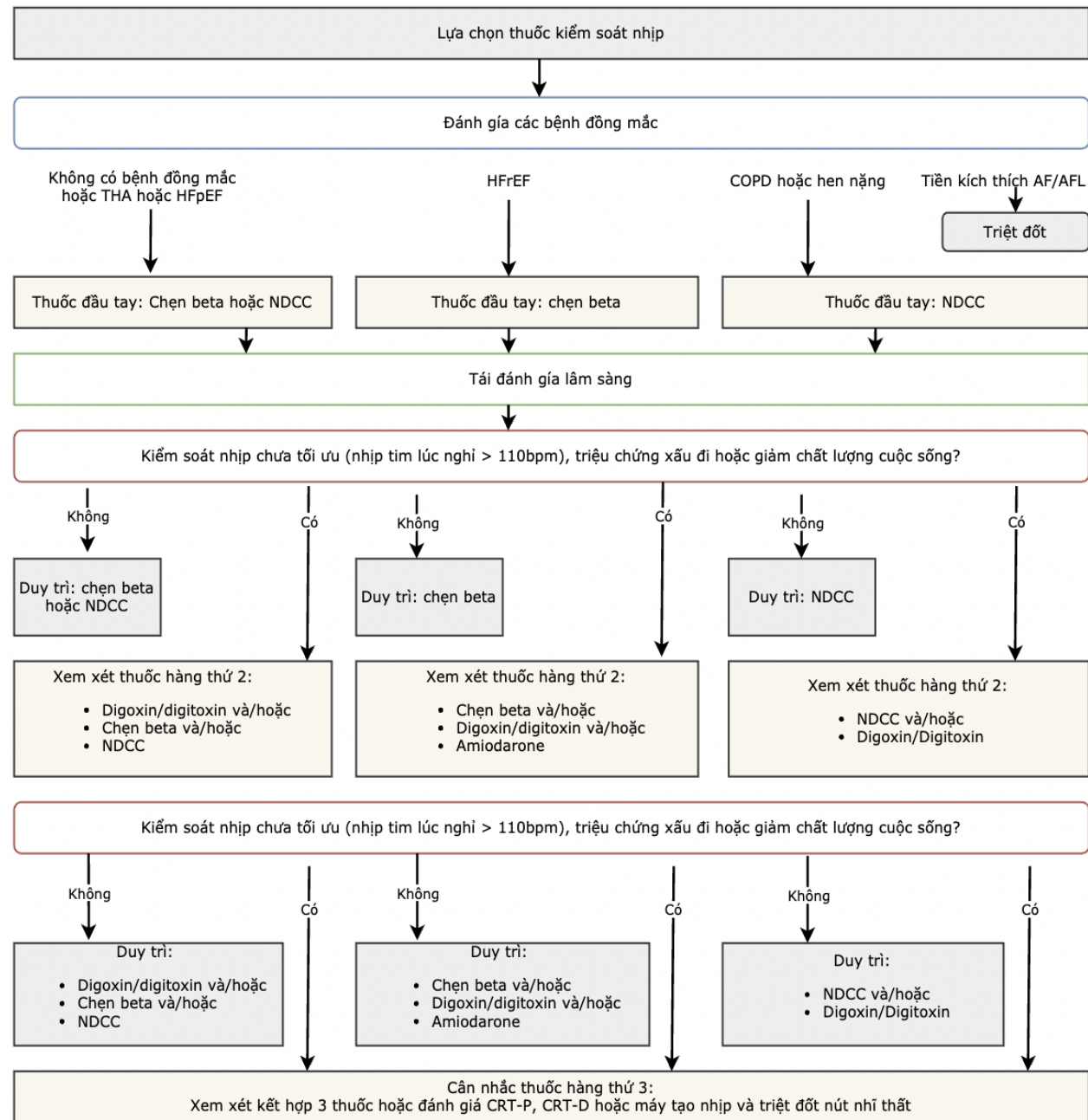
B - Kiểm soát triệu chứng

kiểm soát tần số

❖ Lựa chọn thuốc KS tần số:

- Ức chế beta
- Ức chế kênh calci Non-DHP
- Digoxin
- Amiodarone

❖ Đặt máy tạo nhịp/CRT/Cắt đốt



B - Kiểm soát triệu chứng

kiểm soát tần số

Chẹn Beta	Liều tiêm TM	Liều duy trì đường uống	Chống chỉ định
Metoprolol tartrate	2.5 – 5 mg bolus iv Tối đa 4 liều	25 – 100 mg x 2 lần/ngày	Dùng chẹn beta-1 trong trường hợp hen suyễn CCĐ trong TH suy tim cấp và có tiền sử co thắt phế quản nghiêm trọng.
Metoprolol XL (succinate)	Chưa rõ	50 – 400 mg x 1 lần/ngày	
Bisoprolol	Chưa rõ	1.25 – 20 mg x 1 lần/ngày	
Atenolol	Chưa rõ	25 – 100 mg x 1 lần/ngày	
Esmolol	50 µg/kg bolus iv trong 1 phút, sau đó tiêm 50 - 300 µg/kg/phút	Chưa rõ	
Landiolol	100 µg/kg bolus iv trong 1 phút, sau đó tiêm 10 – 40 µg/kg/phút	Chưa rõ	
Nebivolol	Chưa rõ	2.5 -10 mg x 1 lần/ngày	
Carvedilol	Chưa rõ	3.125 – 50 mg x 2 lần/ngày	

B - Kiểm soát triệu chứng

kiểm soát tần số

	Liều tiêm TM	Liều duy trì đường uống	Chống chỉ định
Chẹn kênh calci non-DHP			
Verapamil	2.5 – 10 mg bolus iv trong 5 phút	40 mg x 2 lần/ngày đến 480 mg x 1 lần/ngày (dạng phóng thích kéo dài)	CCĐ ở người suy tim EF giảm Chỉnh liều ở người suy gan và suy thận
Diltiazem	0.25 mg bolus iv trong 5 phút, sau đó 5 – 15 mg/giờ	60 mg x 3 lần/ngày đến 360 mg x 1 lần/ngày (dạng phóng thích kéo dài)	
Glycoside tim			
Digoxin	0.5 mg bolus iv (chia 0.75 – 1.5 mg thành nhiều liều trong vòng 24h)	0.0625 – 0.25 mg x 1 lần/ngày	Nồng độ thuốc trong huyết tương cao có liên quan đến tăng tỉ lệ tử vong Kiểm tra chức năng thận trước khi bắt đầu điều trị và chỉnh liều ở người bệnh thận mạn
Digitoxin	0.4 – 0.6 mg	0.05 - 0.1 mg x 1 lần/ngày	Nồng độ thuốc trong huyết tương cao có liên quan đến tăng tỉ lệ tử vong

B - Kiểm soát triệu chứng

kiểm soát tần số

	Liều tiêm TM	Liều duy trì đường uống	Chống chỉ định
Aminodarone	Tiêm iv 300 mg pha loãng trong 250 ml glucose 5% trong vòng 30 – 60 phút (ưu tiên qua đường tĩnh mạch trung tâm), sau đó tiêm iv 900 – 1200 mg pha loãng trong 500 - 1000 ml qua đường tĩnh mạch trung tâm trong vòng 24 giờ	200 mg x 1 lần/ngày sau liều nạp 3 x 200 mg/ngày trong 4 tuần, sau đó là 200 mg/ngày (giảm các thuốc kiểm soát nhịp khác dựa vào nhịp tim)	Trong TH có bệnh tuyến giáp, chỉ dùng khi không có các lựa chọn khác.

B - Kiểm soát triệu chứng

kiểm soát nhịp

- Chiến lược kiểm soát nhịp dùng để chỉ các phương pháp điều trị nhằm phục hồi và duy trì nhịp xoang.
 - Cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân rung nhĩ có triệu chứng
- ❖ **Phối hợp của nhiều phương pháp:**
 - Chuyển nhịp bằng sốc điện
 - Điều trị thuốc chống loạn nhịp
 - Cắt đốt điện sinh lý
 - Điều trị phòng ngừa

B - Kiểm soát triệu chứng kiểm soát nhịp

- Chuyển nhịp có thể tiến hành cấp cứu hoặc theo chương trình tùy vào tình trạng huyết động của bệnh nhân.
- ❖ **Chuyển nhịp có thể tiến hành bằng:**
 - Shock điện: tiến hành tiên mê bệnh nhân sau đó shock điện để chuyển nhịp
 - Chuyển nhịp bằng thuốc: tùy theo bệnh lý đồng mắc của bệnh nhân mà có thể tiến hành chuyển nhịp bằng các nhóm thuốc khác nhau

B - Kiểm soát triệu chứng

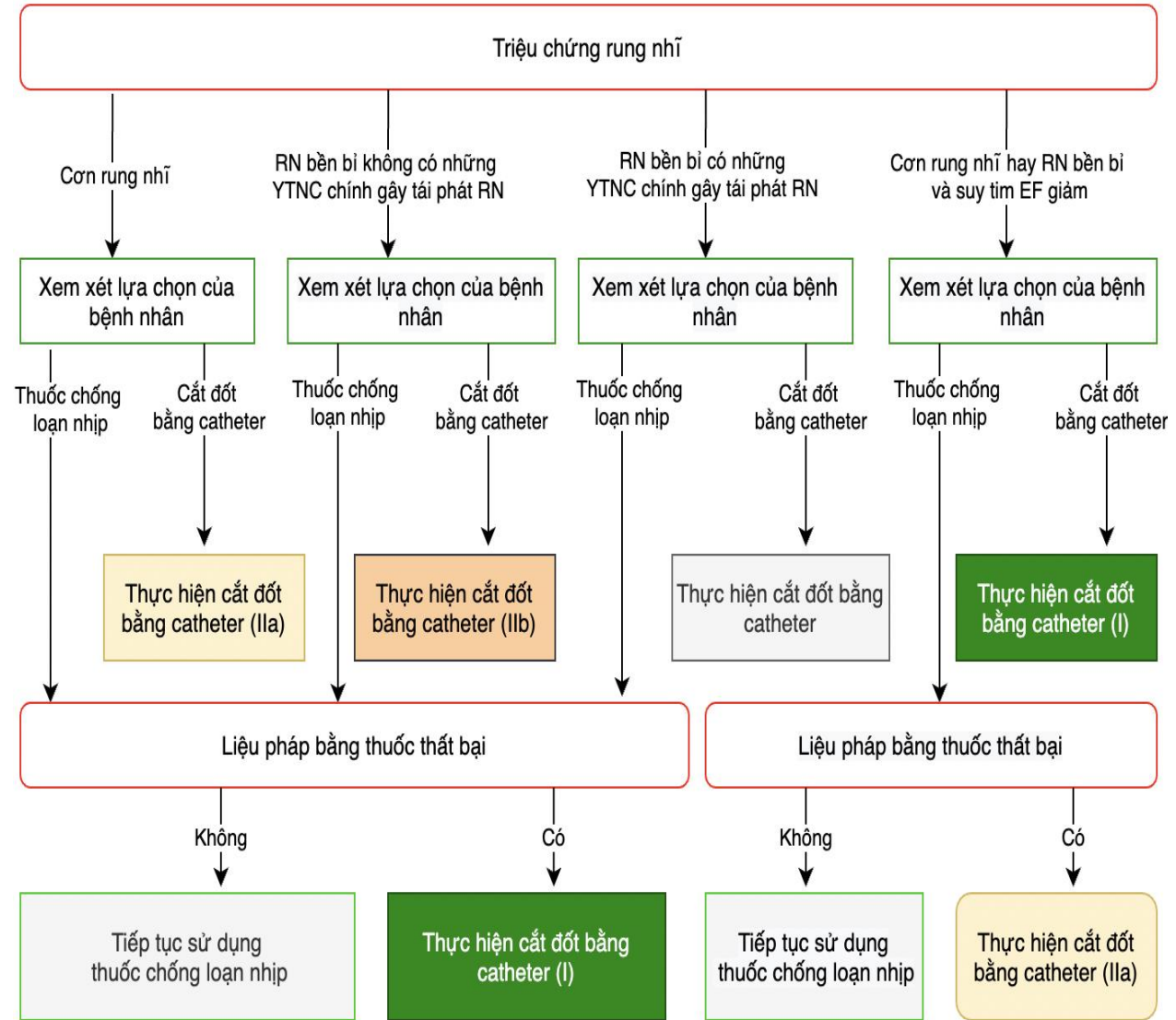
kiểm soát nhịp

Chuyển nhịp bằng thuốc:

Thuốc	Liều khởi đầu	Liều duy trì	Chống chỉ định/thận trọng
Flecainide	200 – 300 mg uống 2 mg/kg iv trong 10 phút	-	- Không nên dùng ở người BTTMCB, bệnh tim cấu trúc nghiêm trọng - Có thể gây tụt HA, cường nhĩ dẫn truyền 1:1
Propafenone	450 – 600mg uống 1.5 – 2 mg/kg iv trong 10 phút	-	- Fleicainide có thể gây QRS rộng - KHÔNG dùng cho chuyển nhịp trong cường nhĩ
Vernakalant	3mg/kg iv trong 10 phút	2mg/kg iv trong 10 phút (10 – 15 phút sau liều khởi đầu)	- Không nên dùng cho bệnh nhân bị hạ huyết áp (HATT <100 mmHg), ACS gần đây (trong vòng 1 tháng), suy tim NYHA III hoặc IV, QT kéo dài, hoặc hẹp van động mạch chủ nặng - Có thể gây hạ huyết áp động mạch, kéo dài QT, QRS rộng, hoặc nhịp nhanh thất không bền bỉ
Amiodaron	5 – 7 mg/kg iv trong 1-2 giờ	50 mg/giờ iv (tối đa 1.2 mg trong 24 giờ)	- Có thể gây viêm tĩnh mạch (tránh dùng đường tĩnh mạch > 24h) - Có thể gây hạ HA, nhịp tim chậm, bloc AV, QT kéo dài - Ở người cường giáp, chỉ dung khi không có lựa chọn khác
Ibutilide	1 mg iv trong 10 phút 0.01 mg/kg iv nếu nặng < 60 kg	1 mg iv trong 10 phút (10 – 20 phút sau liều khởi đầu)	- Hiệu quả trong chuyển nhịp ở cường nhĩ - Không nên dùng ở người QT dài, phì đại thất trái nghiêm trọng, EF thấp - Có thể gây QT dài, nhịp nhanh thất đa hình (xoắn đỉnh)

B - Kiểm soát triệu chứng kiểm soát nhịp

- **Cắt đốt bằng catheter:**
- Ở BN rung nhĩ có EF bình thường: cắt đốt không làm giảm tử vong do mọi nguyên nhân hay đột quỵ.
- Ở BN rung nhĩ có bệnh cơ tim do nhịp nhanh: cắt đốt giúp cải thiện chức năng thất trái



B - Kiểm soát triệu chứng kiểm soát nhịp

❖ Kiểm soát YTNC tái phát sau can thiệp:

- Béo phì, OSA Là YTNC chính
- Kiểm soát tích cực các YTNC giúp cải thiện đáng kể gánh nặng RN, đặc biệt: Béo phì, RL Lipid, OSA, THA, ĐTĐ, hút thuốc lá, rượu bia..

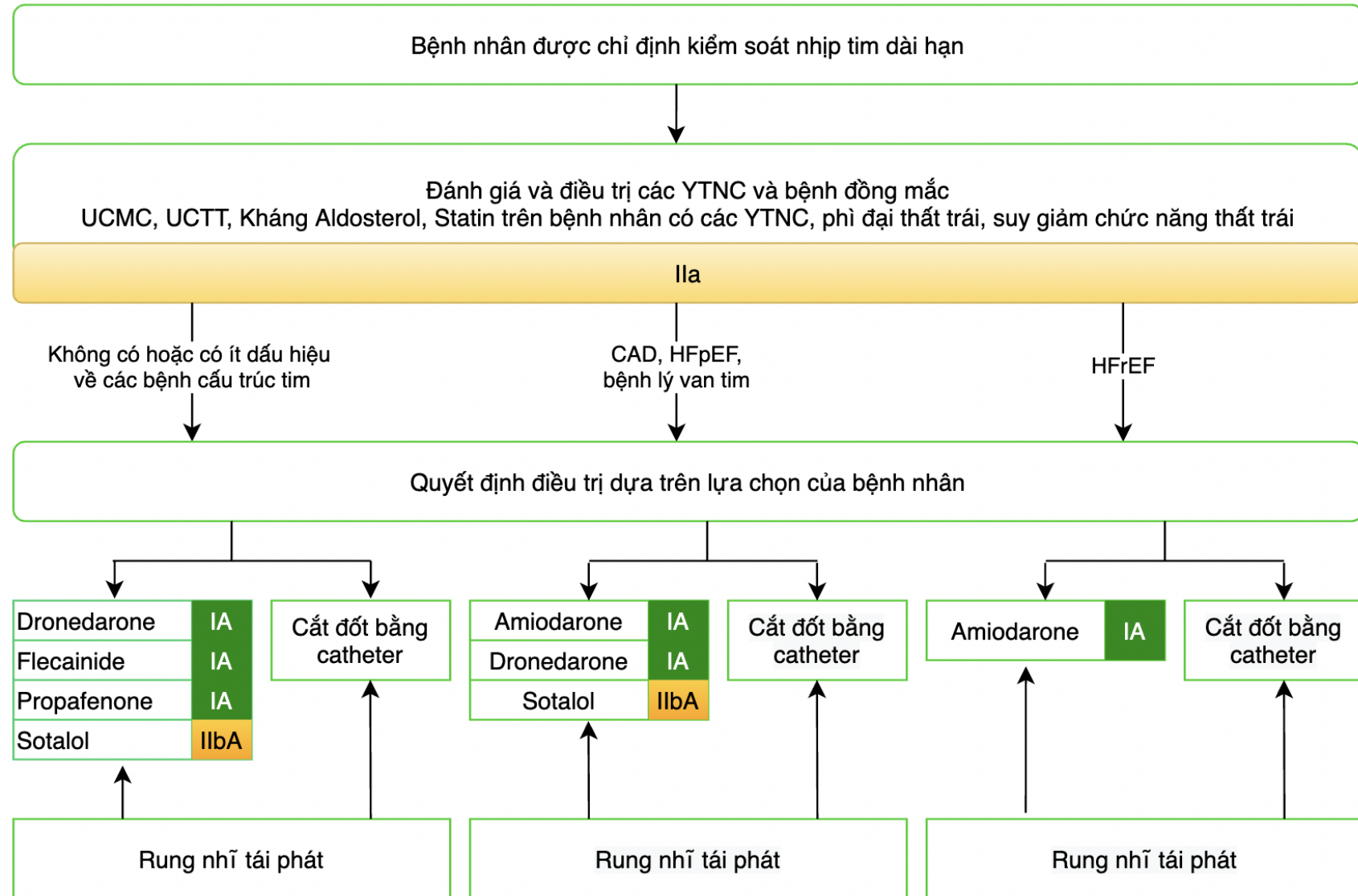


B - Kiểm soát triệu chứng

Kiểm soát nhịp dài hạn

❖ Thuốc chống loạn nhịp:

- Amiodarone
- Flacainide
- Propanfenone
- Dronedarone
- Sotalol
- Disopyramide



B - Kiểm soát triệu chứng

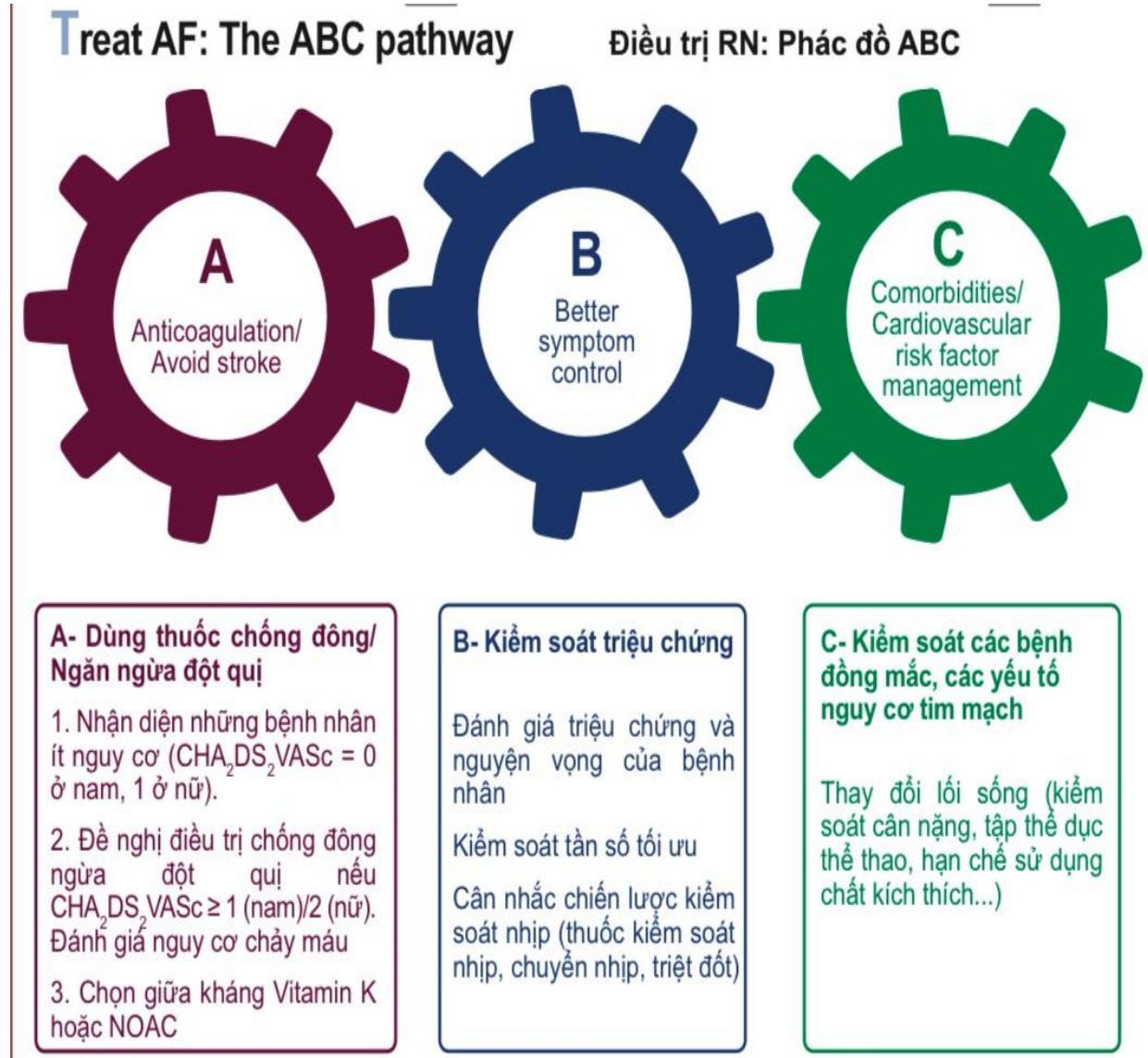
kiểm soát nhịp dài hạn

Liều dùng thuốc chống loạn nhịp dài hạn:

Thuốc	Đường dùng	Liều dùng
Aminodarone	Uống	3 x 200 mg trong 4 tuần, sau đó duy trì 200 mg/ ngày
Flecainide Flecainide SR	Uống	100– 200 mg x 2 lần/ngày hoặc 200 mg x 1 lần/ngày với dạng SR
Propafenone Propafenone SR	Uống	150 - 300 mg x 3 lần/ngày hoặc 225 – 425 mg x 2 lần/ngày với dạng SR
Dronedarone	Uống	400 mg x 2 lần/ngày
Sotalol	Uống	80 – 160 mg x 2 lần/ngày
Disopyramide	Uống	100 – 400 mg x 2-3 lần/ngày (tối đa 800 mg/24h)

Mô hình ABC

- Chống đông/Ngừa đột quỵ (**A** – Anticoagulation/Avoid stroke)
- Kiểm soát triệu chứng tốt hơn (**B** – Better symptom control)
- Tối ưu hóa kiểm soát bệnh kèm hay các yếu tố nguy cơ tim mạch (**C** – Comorbidity/Cardiovascular risk factor optimization)



Mô hình ABC

- Tối ưu hóa kiểm soát bệnh kèm hay các yếu tố nguy cơ tim mạch (C – Comorbidity/Cardiovascular risk factor optimization)

I: Phác đồ ABC



C- Kiểm soát các bệnh đồng mắc, các yếu tố nguy cơ tim mạch

Thay đổi lối sống (kiểm soát cân nặng, tập thể dục thể thao, hạn chế sử dụng chất kích thích...)

C - BỆNH ĐỒNG MẮC/YTNC

tiếp cận chung

- ❖ Thay đổi lối sống
- ❖ Tìm và kiểm soát bệnh đồng mắc/ YTNC tim mạch
- ❖ Mức khuyến cáo mạnh:
 - Giảm gánh nặng RN và cải thiện triệu chứng
 - Giảm nguy cơ đột quỵ

CÁC THÔNG ĐIỆN CHÍNH

- Chẩn đoán RN cần được xác nhận trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo thông thường hoặc bản ghi điện tim 1 chuyển đạo kéo dài ≥ 30 giây.
- Các thiết bị và công nghệ mới giúp sàng lọc và phát hiện RN như thiết bị cấy ghép, thiết bị đeo được giúp cải thiện đáng kể khả năng chẩn đoán RN trên các bệnh nhân có nguy cơ. Tuy nhiên phác đồ quản lý phù hợp dựa trên các công cụ trên vẫn chưa hoàn thiện.
- Đánh giá nguy cơ huyết khối - tắc mạch trên lâm sàng bằng thang điểm CHA2DS2-VASc là bước đầu tiên trong dự phòng huyết khối – tắc mạch của bệnh nhân RN.
- Dự phòng đột quỵ trên bệnh nhân rung nhĩ bằng chống đông đường uống, *ưu tiên sử dụng NOAC hơn là VKA (trừ trường hợp bệnh nhân có van tim nhân tạo hoặc hẹp vừa/khít van hai lá).*
- Đánh giá nguy cơ xuất huyết bằng thang điểm nguy cơ (ví dụ HAS-BLED) giúp xác định các yếu tố nguy cơ xuất huyết thay đổi và không thay đổi được trên bệnh nhân RN.

CÁC THÔNG ĐIỆP CHÍNH

- Nguy cơ xuất huyết cao không phải là chống chỉ định của điều trị chống đông. Thay vào đó cần giải quyết các yếu tố nguy cơ xuất huyết thay đổi được, có kế hoạch tái khám sớm và thường xuyên hơn với những bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết cao.
- Kiểm soát tần số thất là một chiến lược trong điều trị RN, và trong nhiều trường hợp đủ để cải thiện triệu chứng liên quan RN.
- Chỉ định chính của kiểm soát nhịp bằng chuyển nhịp, dùng thuốc chống loạn nhịp và/hoặc triệt đốt qua đường ống thông là nhằm giảm triệu chứng liên quan đến RN và cải thiện chất lượng cuộc sống
- Xác định, xử trí các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc là một phần quan trọng trong điều trị RN.
- Với bệnh nhân RN có hội chứng mạch vành cấp (HCVC) đã được can thiệp ĐM vành qua da không biến chứng, nên cân nhắc dùng sớm aspirin và chuyển sang chiến lược kháng tiểu cầu hai thuốc gồm một chống đông đường uống và một thuốc ức chế P2Y12.

**CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG NGHIỆP
ĐÃ LẮNG NGHE**