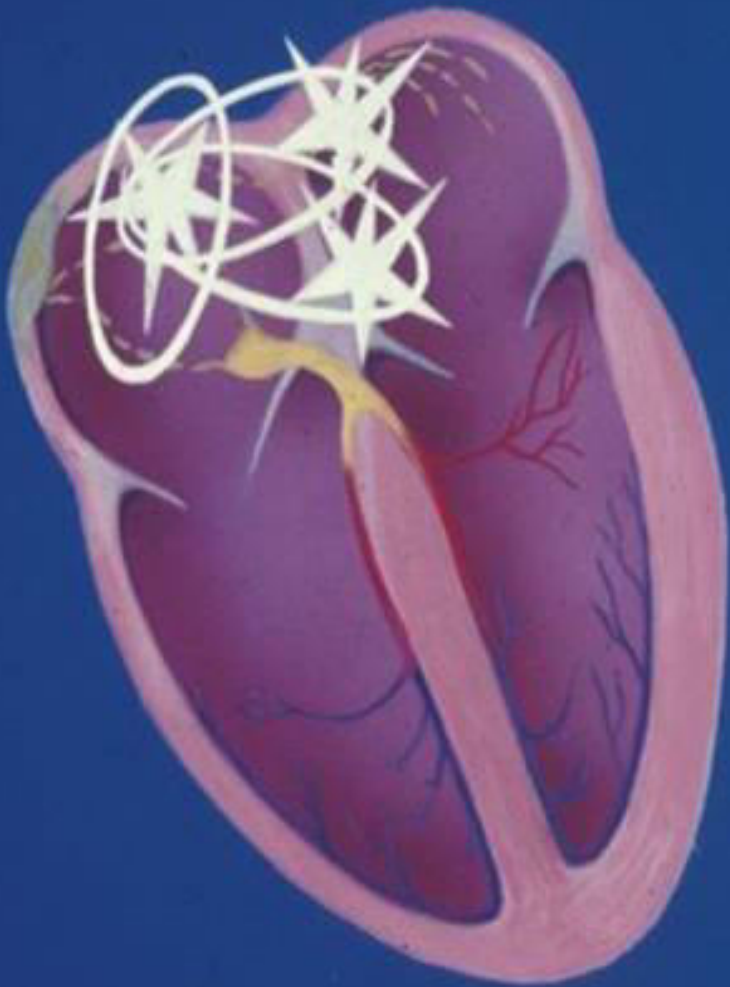


RUNG NHĨ



BS Trần Vũ Minh Thư

Mục tiêu

1. Tâm quan trọng của rung nhĩ
2. Phân loại rung nhĩ
3. Tiêu chuẩn chẩn đoán
4. Block nhĩ thất trong rung nhĩ
5. Ngoại tâm thu trong rung nhĩ
6. Nhịp nhanh kịch phát trong rung nhĩ
7. Điều trị

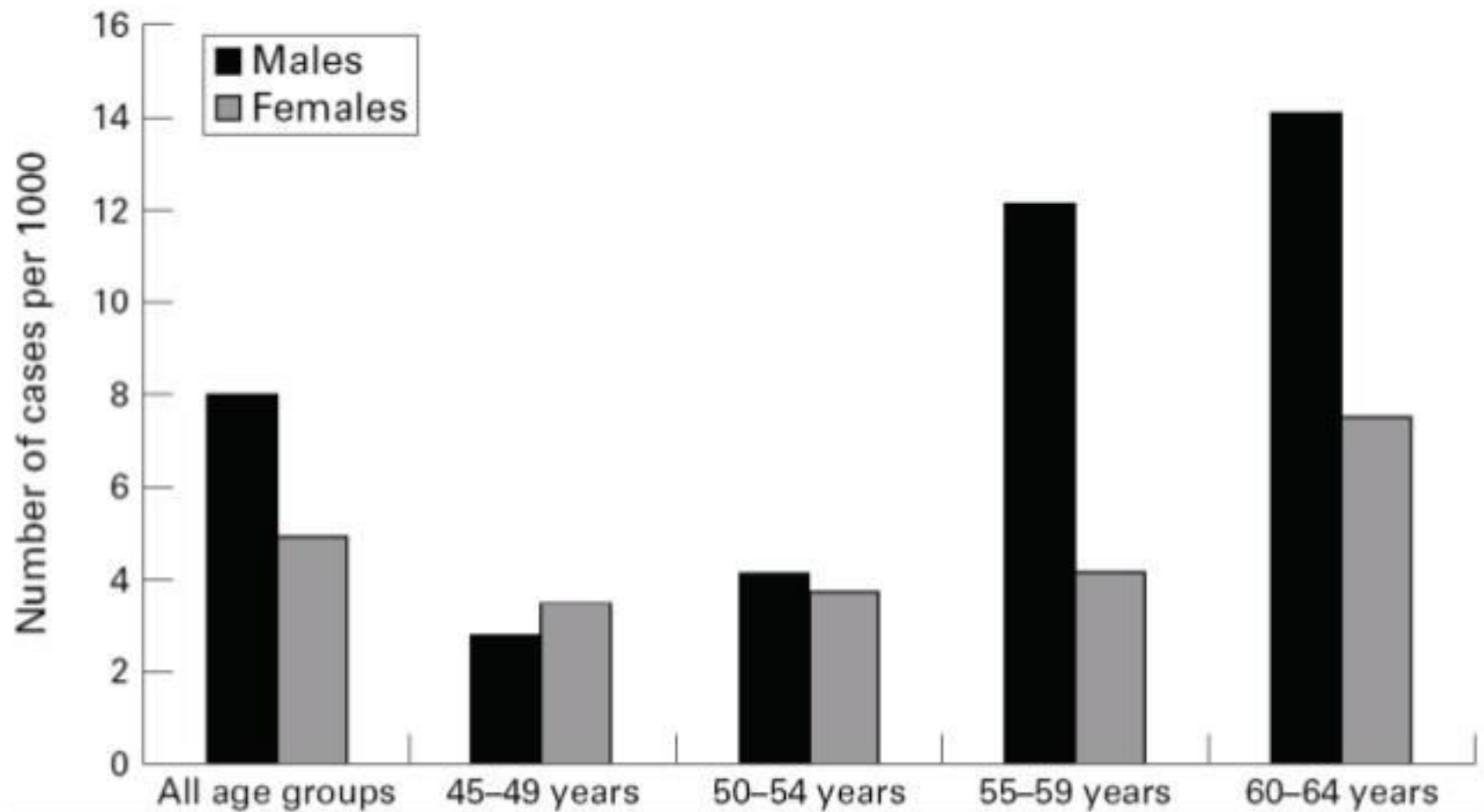
Định nghĩa

Hoạt động nhĩ không đều với tần số cao có dẫn truyền không đều đến thất

Tần suất

- 2,3-5 triệu người Mỹ
- <40 tuổi: 0,1%/năm
- >80 tuổi: >2%/năm
- 23-26% xuất hiện rung nhĩ ở tuổi 40

Prevalence of AF in the Renfrew-Paisley study



Cohort of men and women aged 45-64 years (n = 15,406)

Reproduced with permission of the BMJ Publishing Group from Stewart S et al, Heart 2001; 86:516-21

Hậu quả lâm sàng

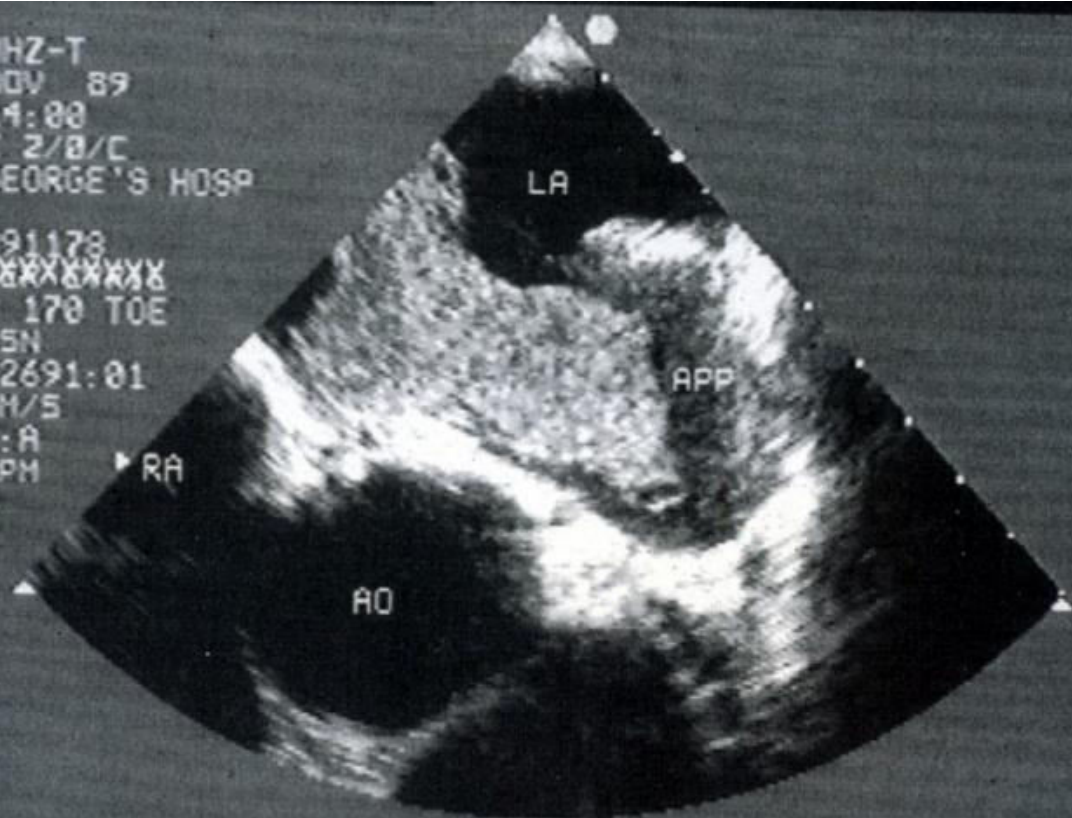
- Tăng 5 lần nguy cơ đột quỵ
- Tăng 2 lần nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân
- Suy tim
- Nhập viện
- Chất lượng cuộc sống và khả năng gắng sức

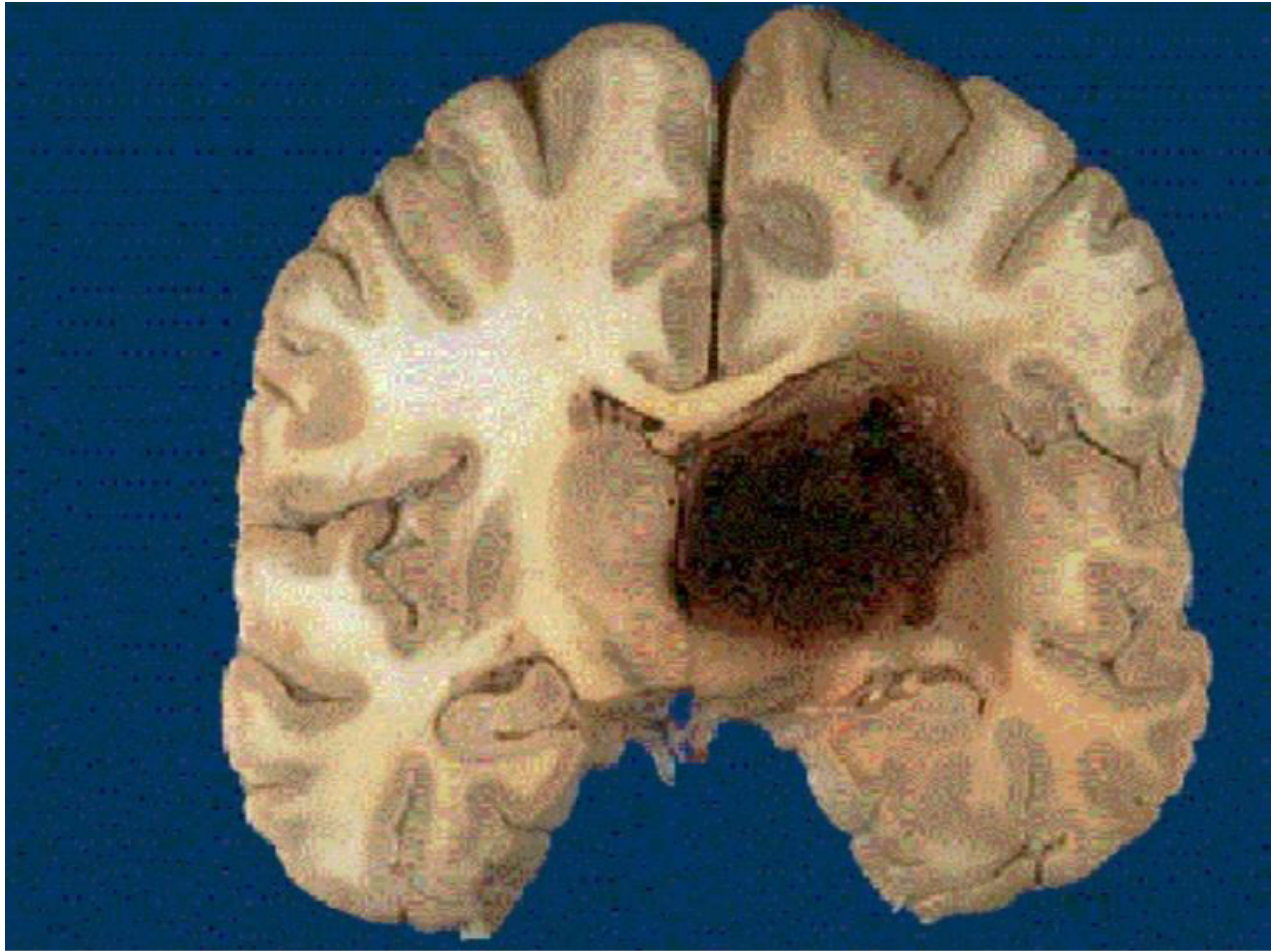
Tầm quan trọng của rung nhĩ

- Thường gặp
- Có triệu chứng
- Hậu quả
 - Thuyên tắc
 - Giảm cung lượng tim
 - Tăng tỷ lệ tử vong

S. 0MHZ-T
30 NOV 89
9:14:00
PROC 2/0/C
ST GEORGE'S HOSP

ID: H91173
XXXXXXXXXXXX
1169 170 TOE
HDB/5N
02691:01
50MM/5
XMIT: A
728PM
10CM
30HZ

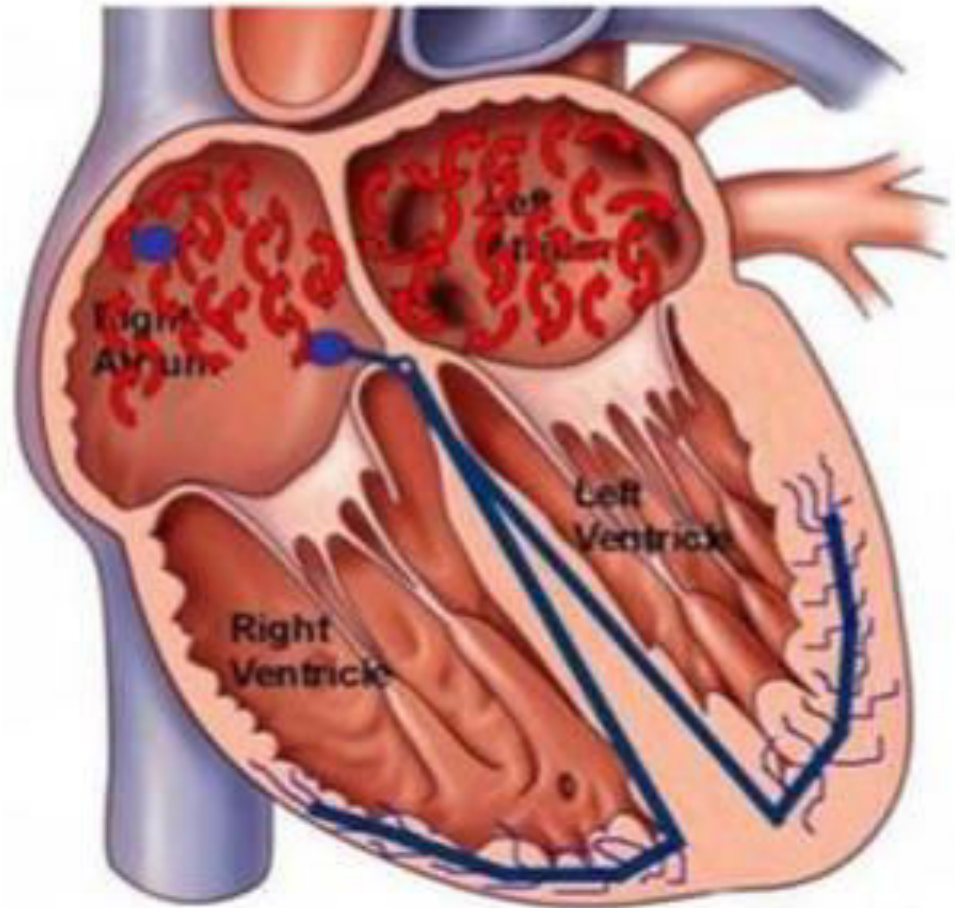
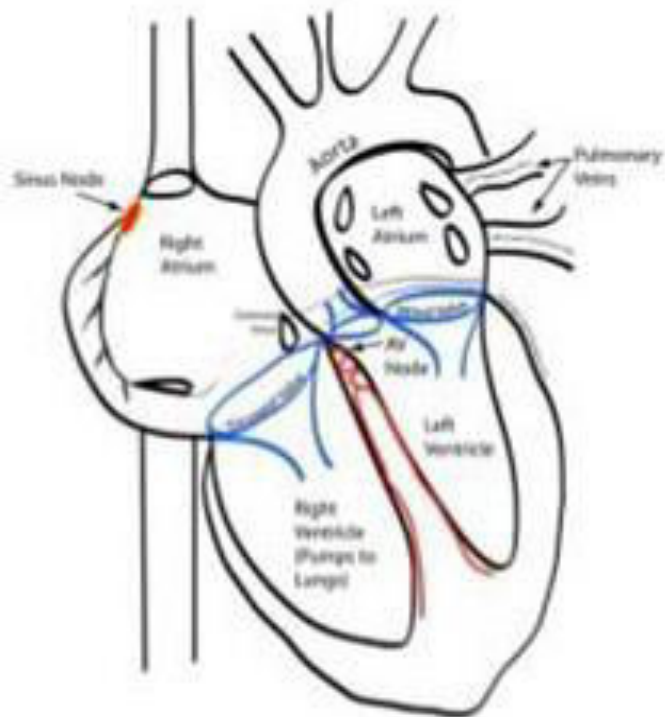




Phân loại rung nhĩ

Thuật ngữ	Đặc điểm
Kịch phát	Tự kết thúc trong vòng 7 ngày
Dai dẳng	Kéo dài > 7 ngày
Mãn tính	Không kết thúc được dù chuyển nhịp

Cơ chế

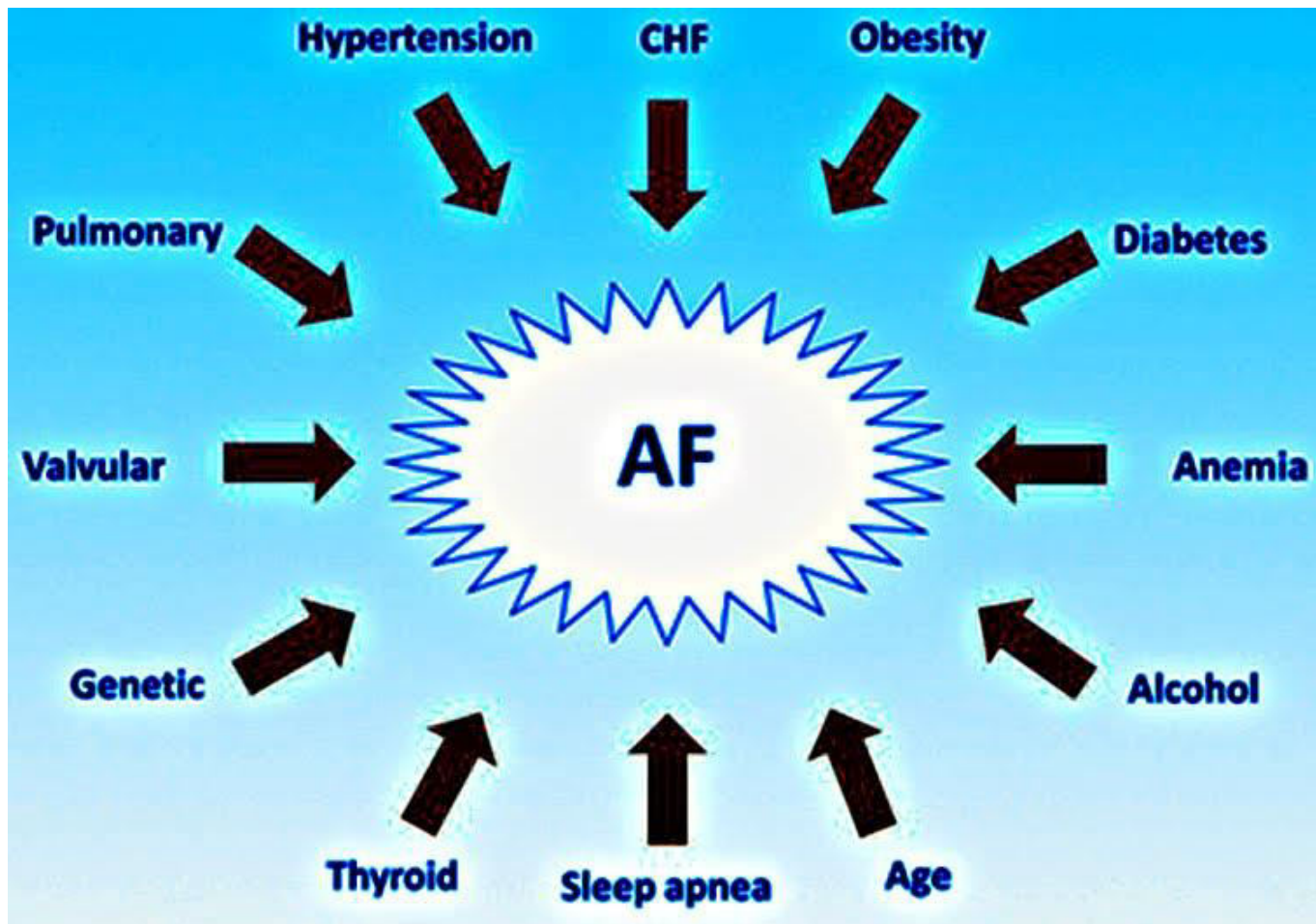


Nguyên nhân

- Bệnh tim do tăng huyết áp
- Bệnh tim thiếu máu cục bộ
- Bệnh van tim
- Bệnh cơ tim
- Viêm màng ngoài tim

Nguyên nhân

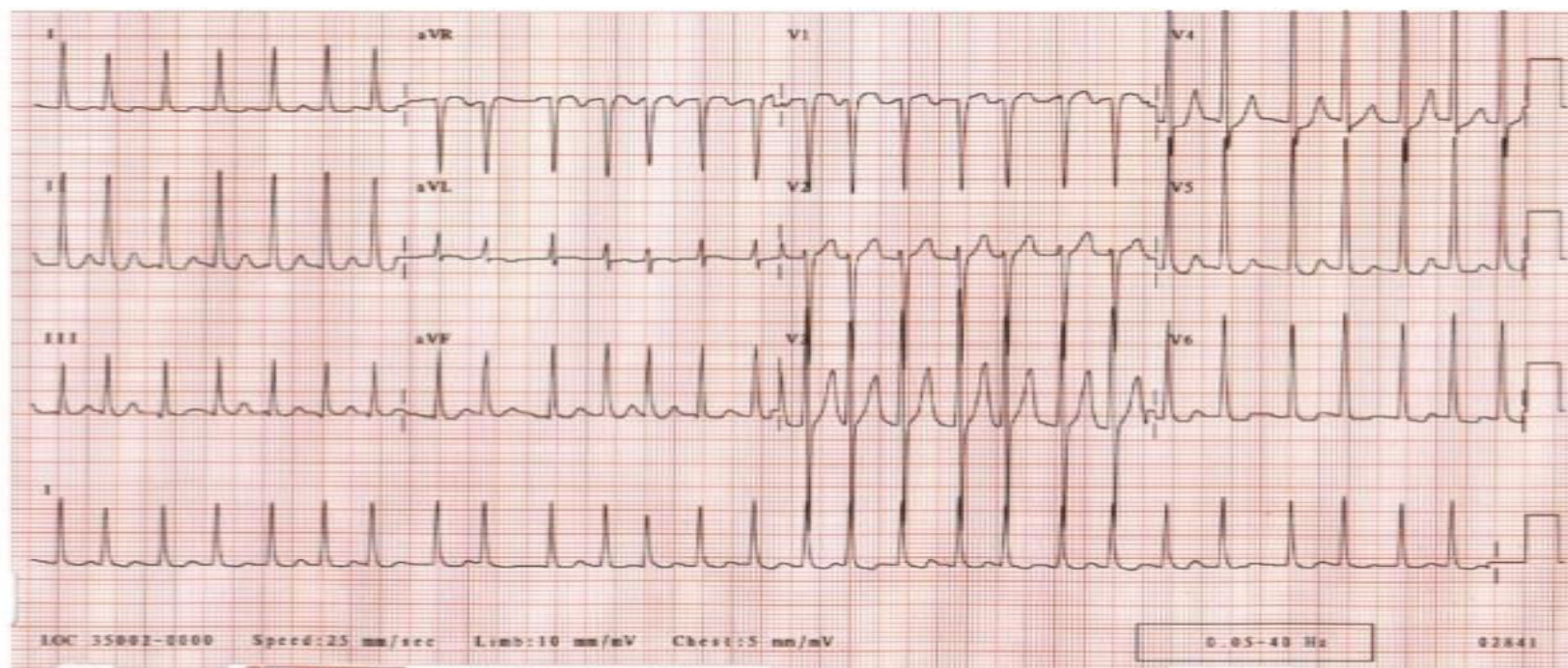
- Tăng áp ĐMP
- Cường giáp
- Tăng tiết Catecholamin quá mức
- Rượu
- Rối loạn điện giải nặng



Chẩn đoán

Tiêu chuẩn

- Không thấy sóng P, được thay bằng nhiều sóng f không đều (hoặc không thấy dấu hiệu hoạt động của nhĩ), f: 350-600l/p
- Tần số thất: 90-170l/p.
 - <60l/p: bệnh lý nút nhĩ thất, thuốc, tăng trương lực phó giao cảm(VĐV)
 - >200l/p: tăng tiết catecholamin, giảm hoạt động phó giao cảm, đường phụ.



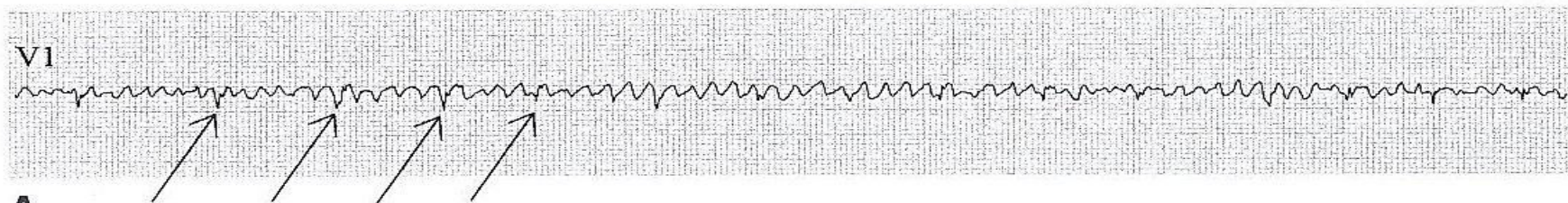


Đặc điểm sóng f

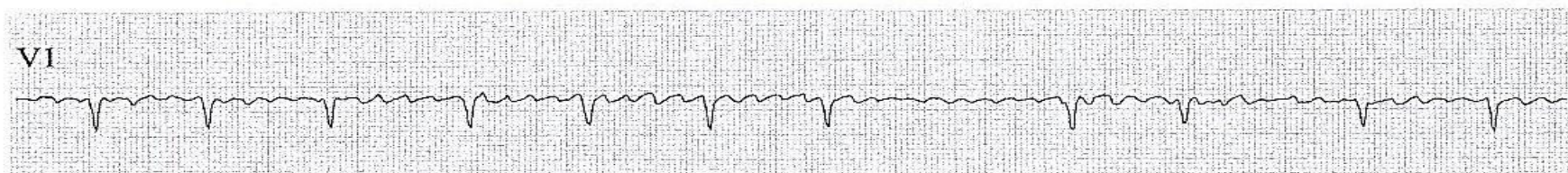
- Rung nhĩ sóng nhỏ ($f < 0.5\text{mm}$).
- Rung nhĩ sóng vừa
- Rung nhĩ sóng lớn ($f > 5\text{mm}$)

Biên độ sóng f

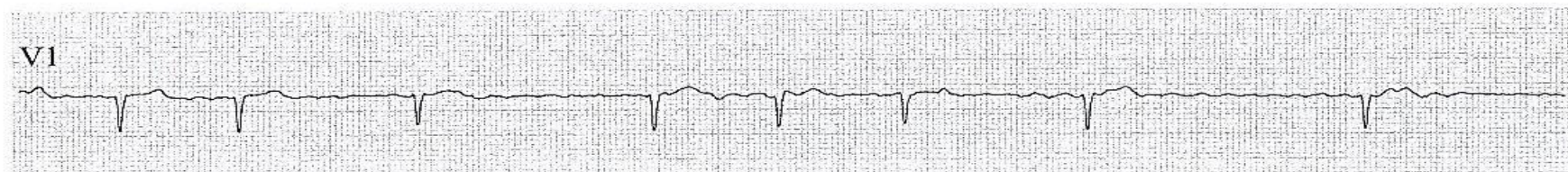
- Không phụ thuộc kích thước nhĩ, loại bệnh lý tim.
- Phụ thuộc vào thời gian rung nhĩ.



A

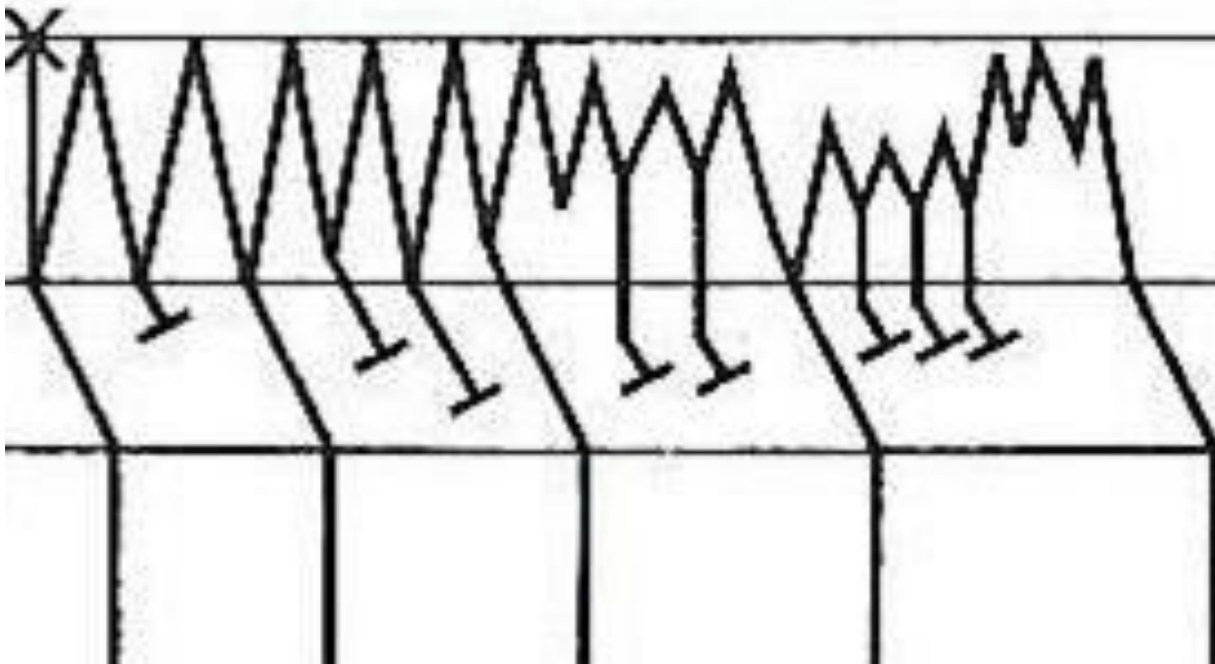


B

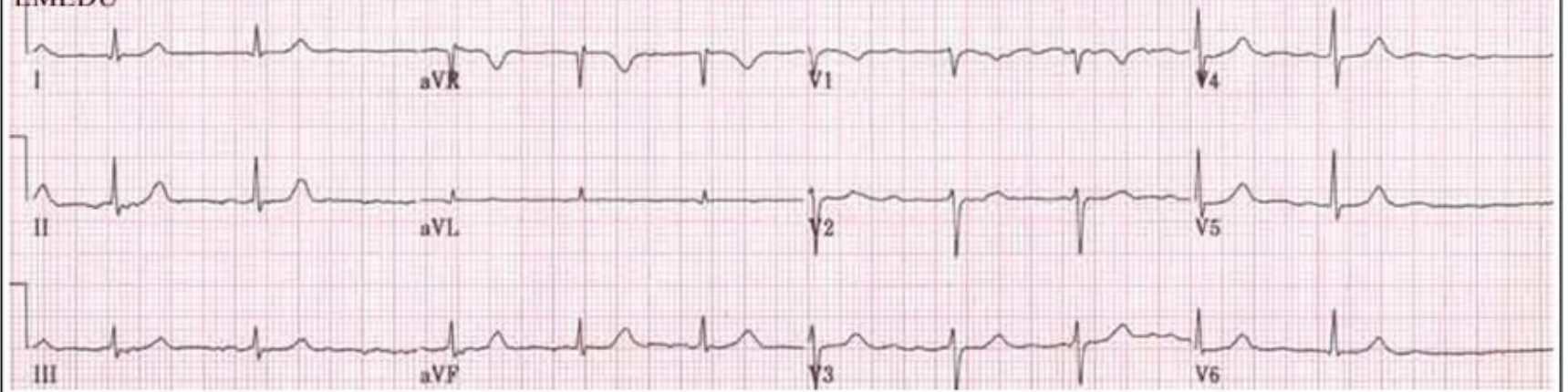


C

Dẫn truyền



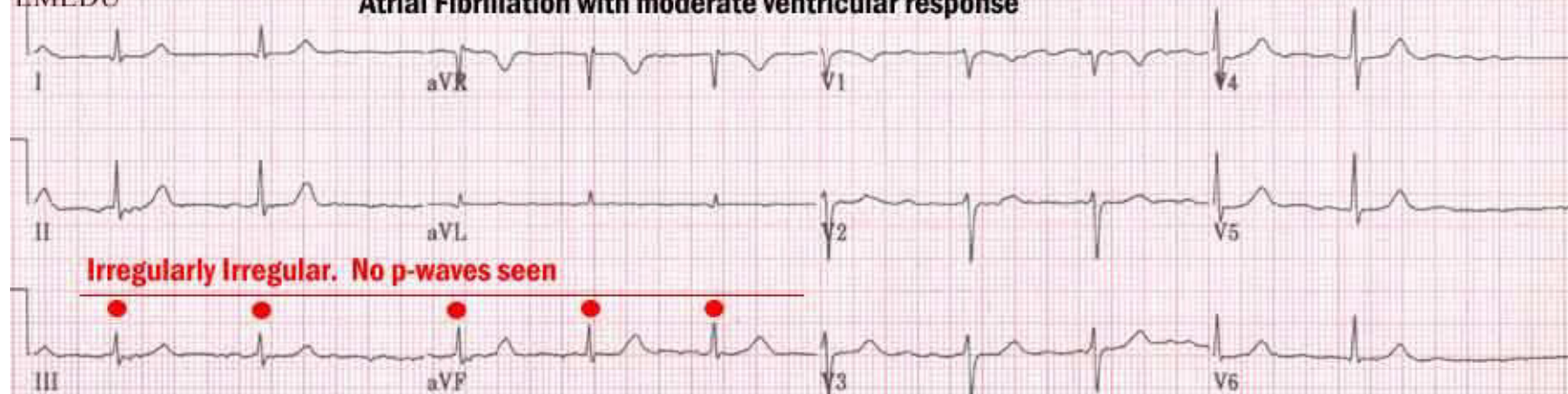
EMEDU



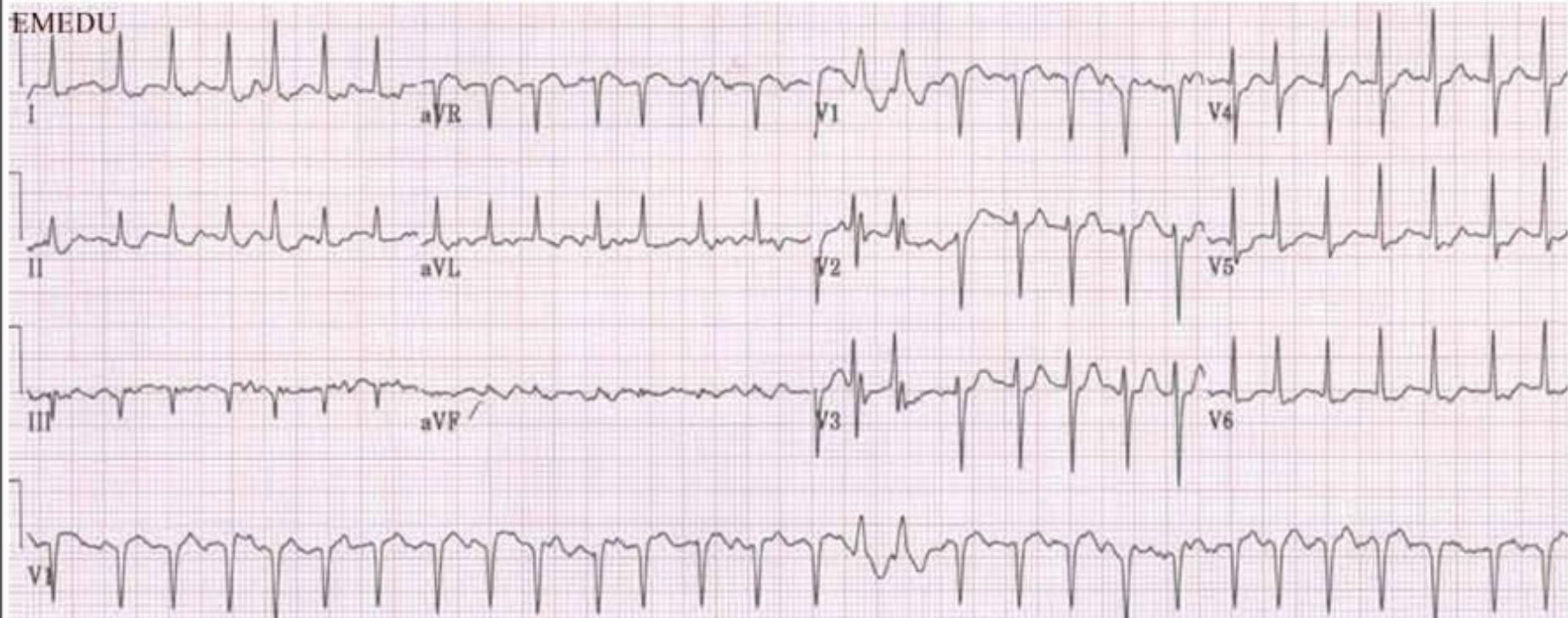
Hover cursor over image for markup

EMEDU

Atrial Fibrillation with moderate ventricular response



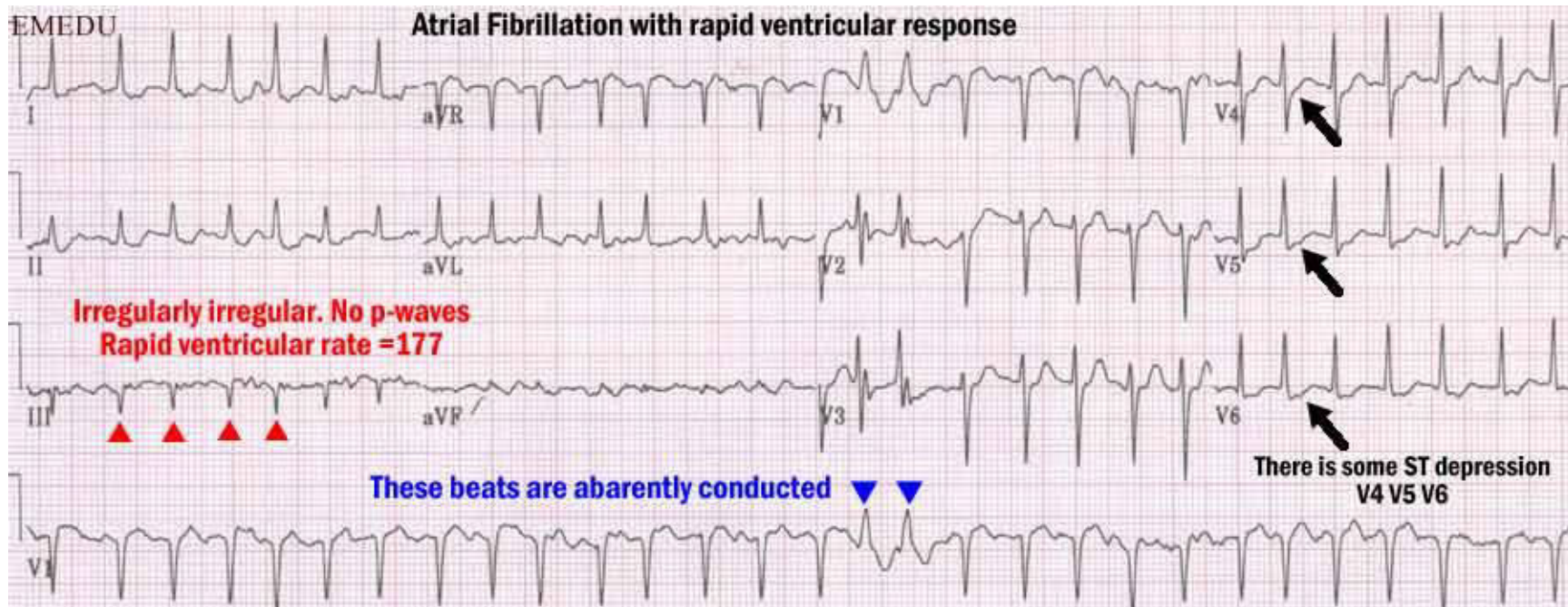
EMEDU



Hover cursor over image for markup

EMEDU

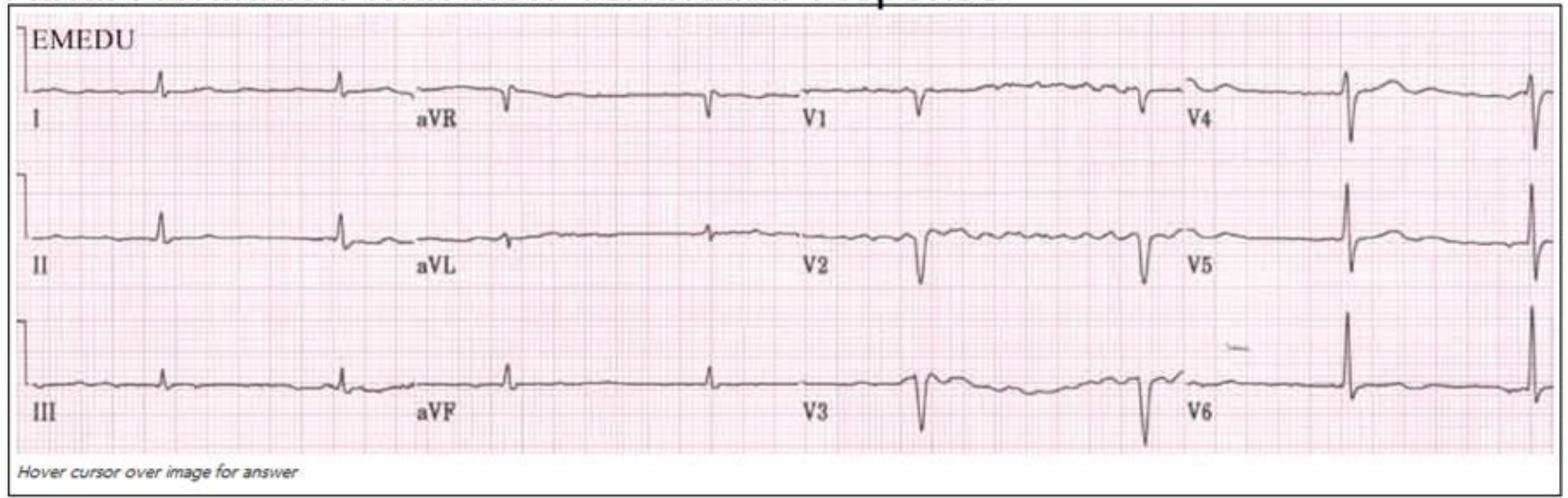
Atrial Fibrillation with rapid ventricular response

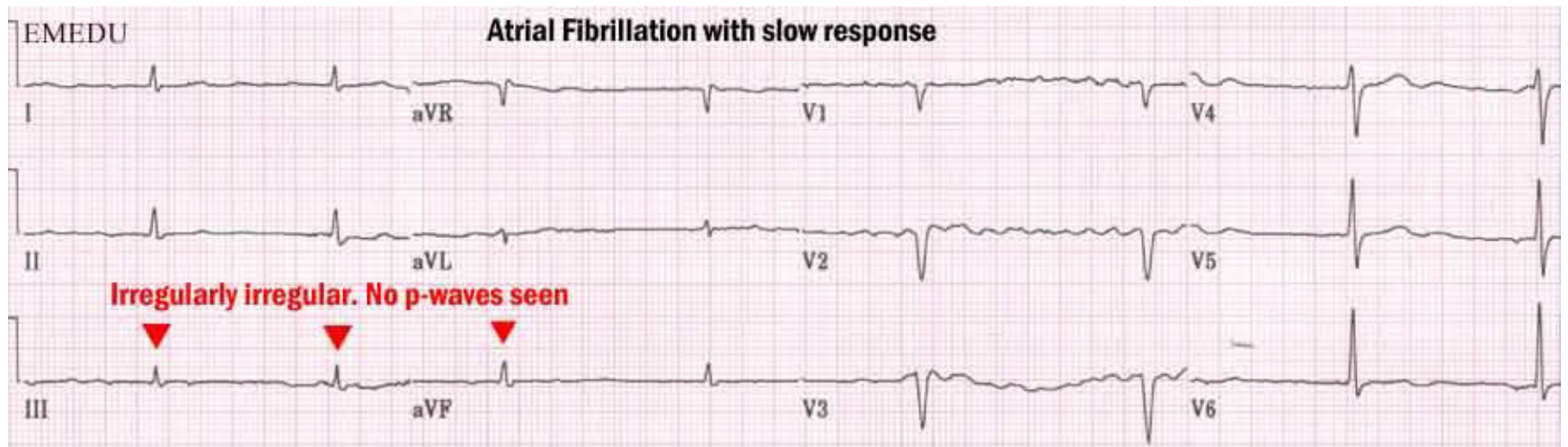


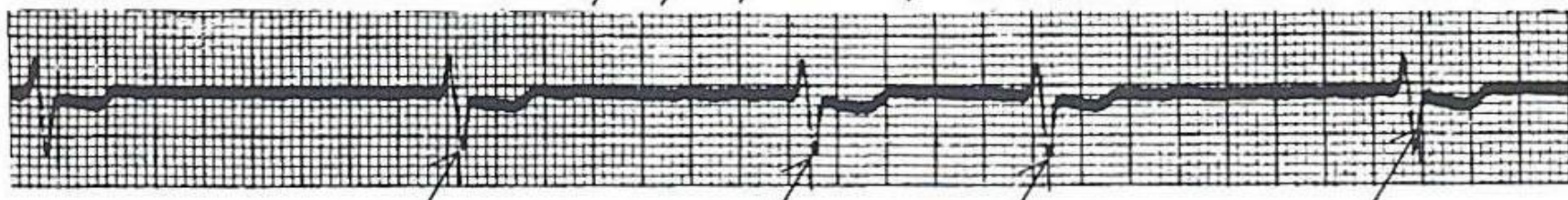
Block nhĩ thất trong rung nhĩ

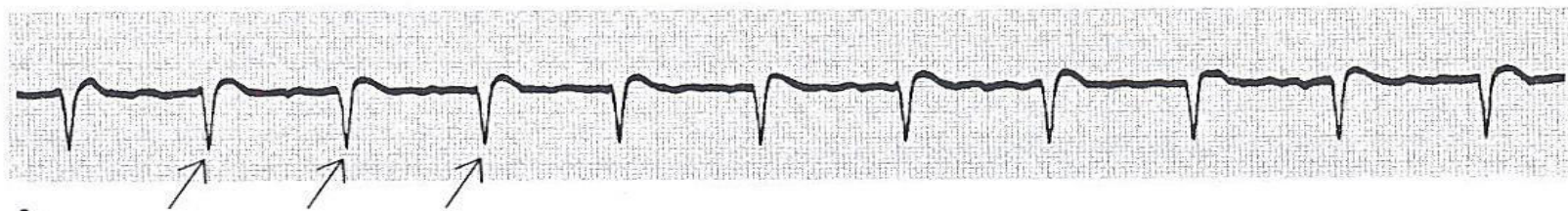
- Tần số thất chậm, không đều
- Phân ly nhĩ thất với tần số thất 55-65l/p
- Phân ly nhĩ thất hoàn toàn với tần số thất <45l/p, đều.

What is the most likely diagnosis?

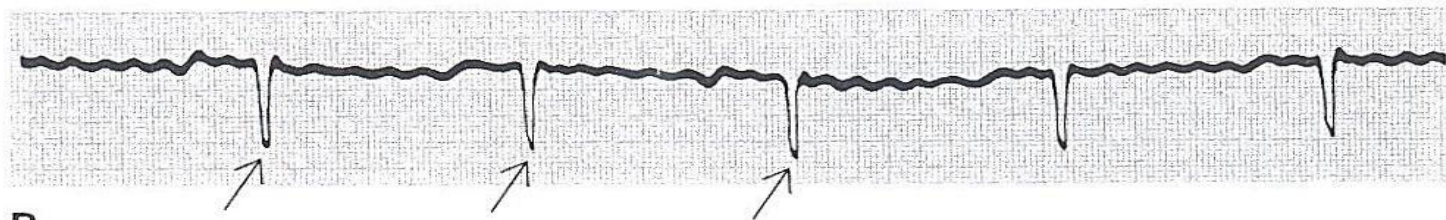




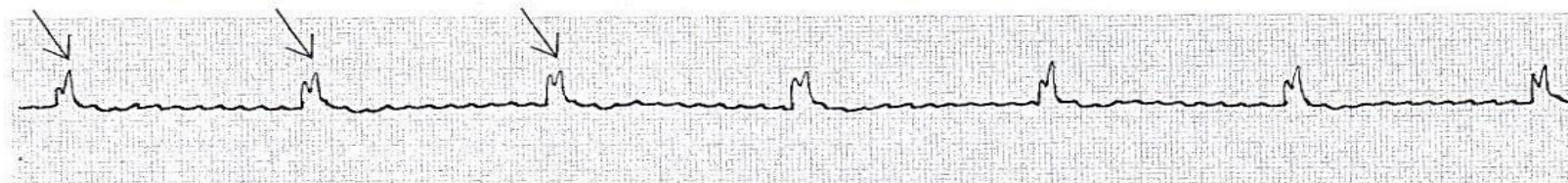




A



B

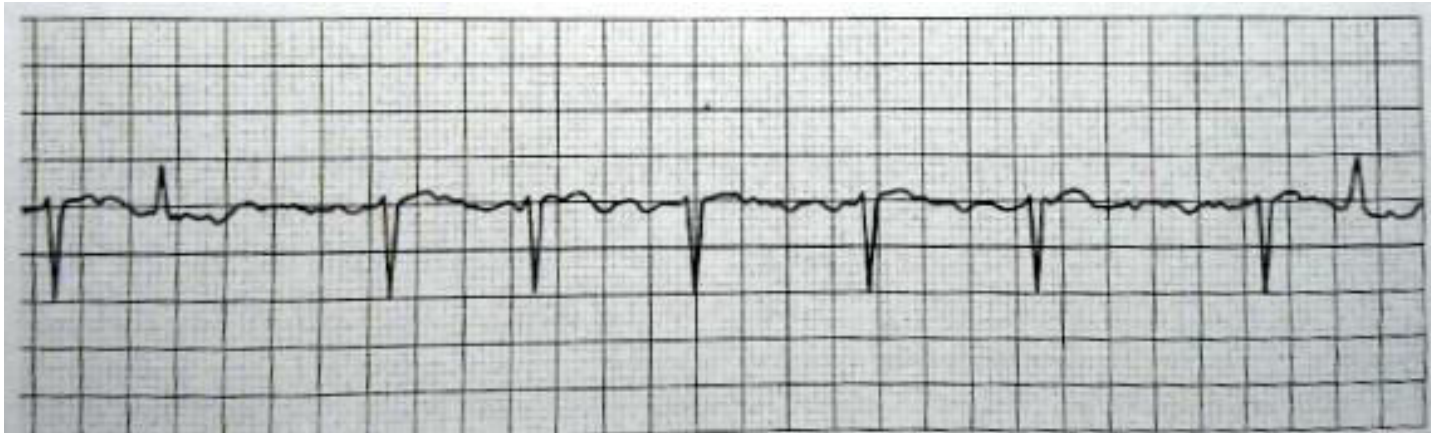


C

Ngoại tâm thu trong rung nhĩ

- Khó nhận ra khi nhịp thất không đều
- Khó nhận biết ngoại tâm thu nhĩ, bộ nổi

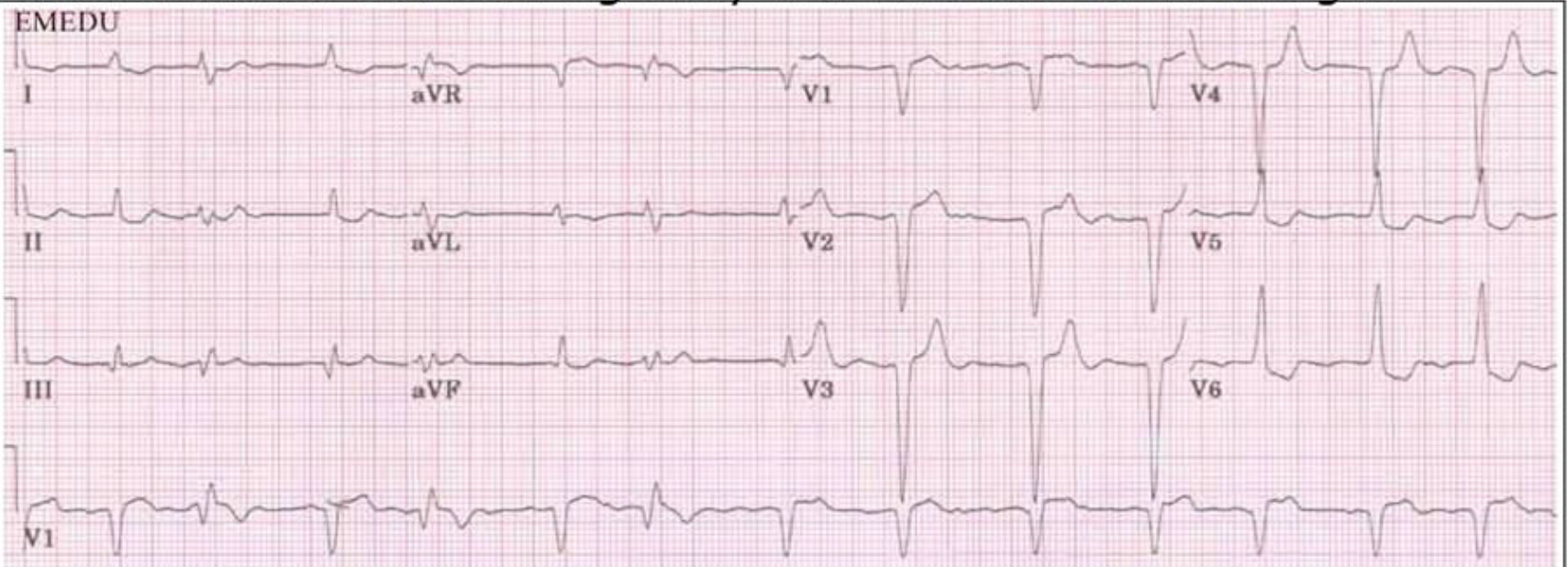
Ngoại tâm thu bộ nối dẫn truyền lệch hướng



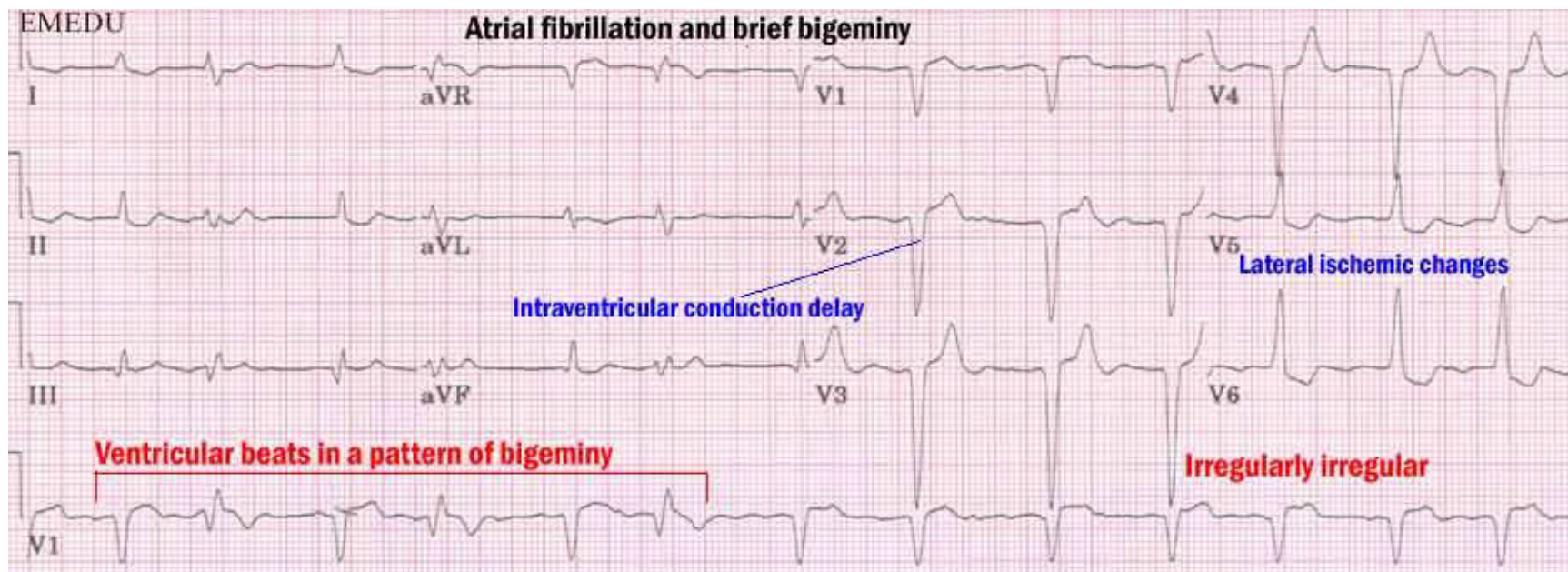
Ngoại tâm thu thất

- Quan trọng trong nhồi máu cơ tim cấp
- Dấu hiệu sớm của ngộ độc digoxin
- Chú ý: khoảng cặp cố định

lateral T formation and other changes, with lateral ischemic changes



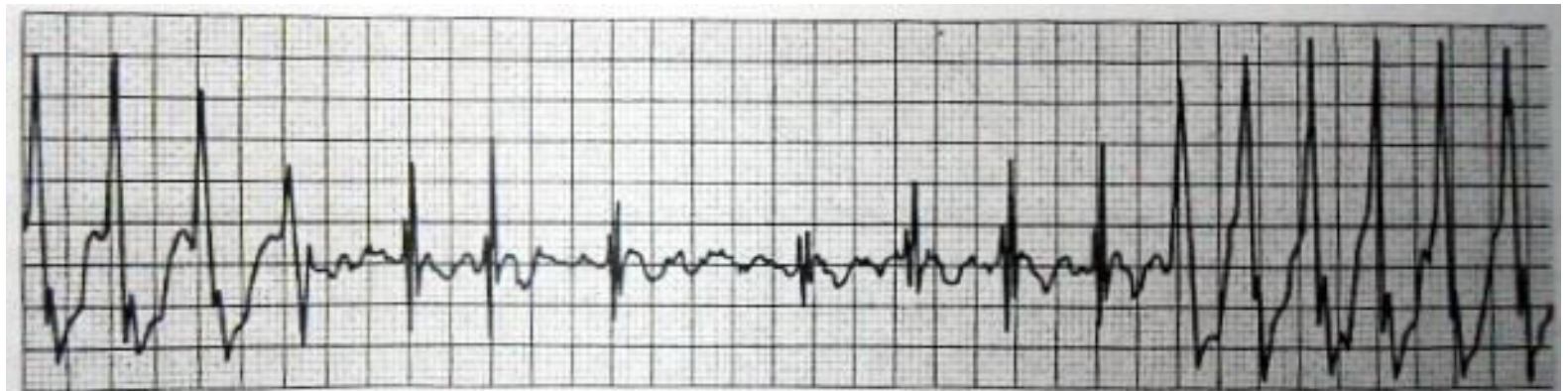
Hover cursor over image for answer



Rung nhĩ và nhịp nhanh kịch phát

- Khi nhịp nhanh và đều, 140-240l/p, nhịp nhanh kịch phát ngắt ngang rung nhĩ → nhịp nhanh bộ nối hoặc thất
- Khi nhịp nhanh có phức bộ rộng, cần phân biệt nhịp nhanh thất hay nhịp nhanh bộ nối DTLH
 - Nhát hỗn hợp
 - Không xuất hiện phức bộ rộng khi nhịp nhanh và biến mất khi nhịp chậm

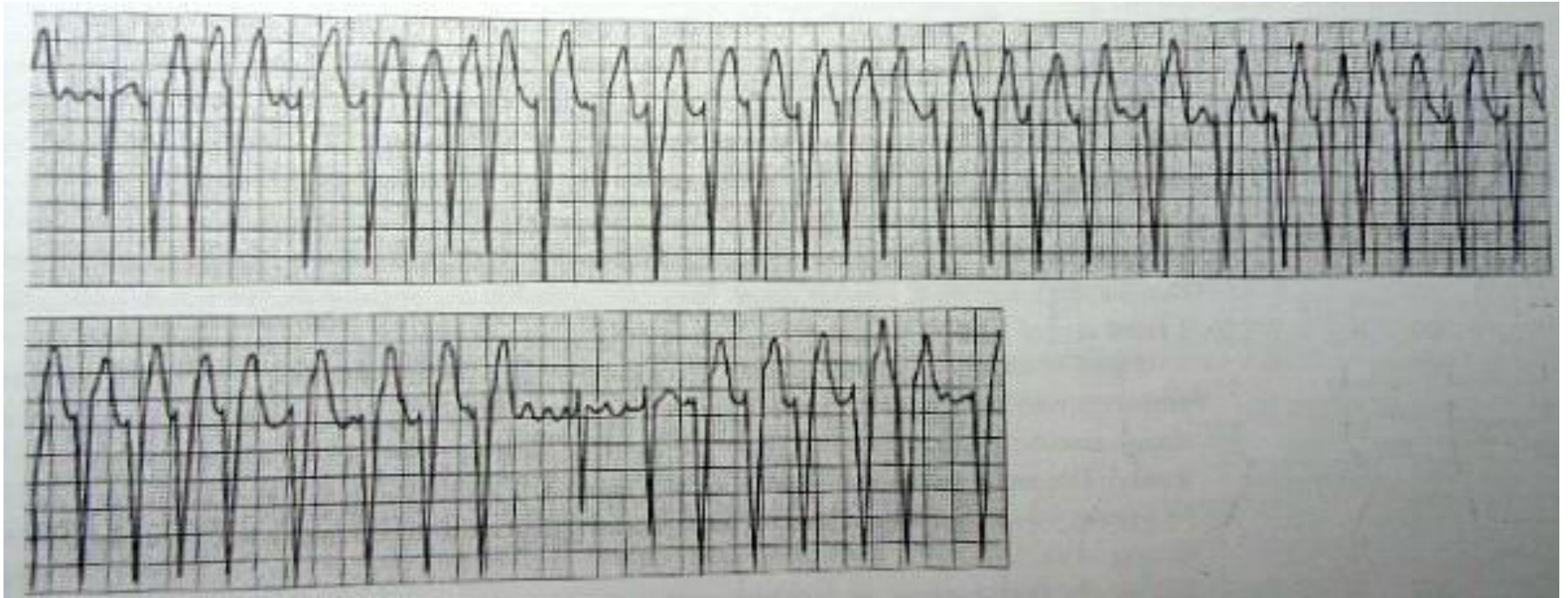
Rung nhĩ và nhịp nhanh kịch phát



Rung nhĩ với block nhánh phụ thuộc nhịp

- Có thể nhầm lẫn với cơn nhịp nhanh thất
- Khi nhịp chậm, QRS hẹp. Các khoảng RR thay đổi nhiều.

Rung nhĩ với block nhánh phụ thuộc nhịp



Điều trị

Rung nhĩ cấp (<48 giờ)

- Huyết động không ổn:
 - Shock điện
- Huyết động ổn:
 - Kiểm soát tần số: nhịp quá nhanh
 - Kiểm soát nhịp: Flecainide, propafenone, amiodarone, sotalol
- Kháng đông: LMWH

Điều trị

Rung nhĩ mạn

- Kiểm soát tần số tim: giảm triệu chứng, ngừa bệnh cơ tim do nhịp tim nhanh
- Kháng đông
- Cắt đốt

Nên chuyển nhịp

- Cơn RN đầu tiên
- Nguyên nhân có thể loại trừ: rượu
- Có triệu chứng dù đã kiểm soát tần số tim
- Không sử dụng được thuốc kháng đông
- Suy tim nặng lên do RN

Kiểm soát tần số tim

- Tuổi ≥ 65 , ít triệu chứng, tăng huyết áp
- RN tái phát
- Đã từng thất bại với thuốc chống loạn nhịp
- Không có khả năng duy trì nhịp xoang (nhĩ trái lớn)

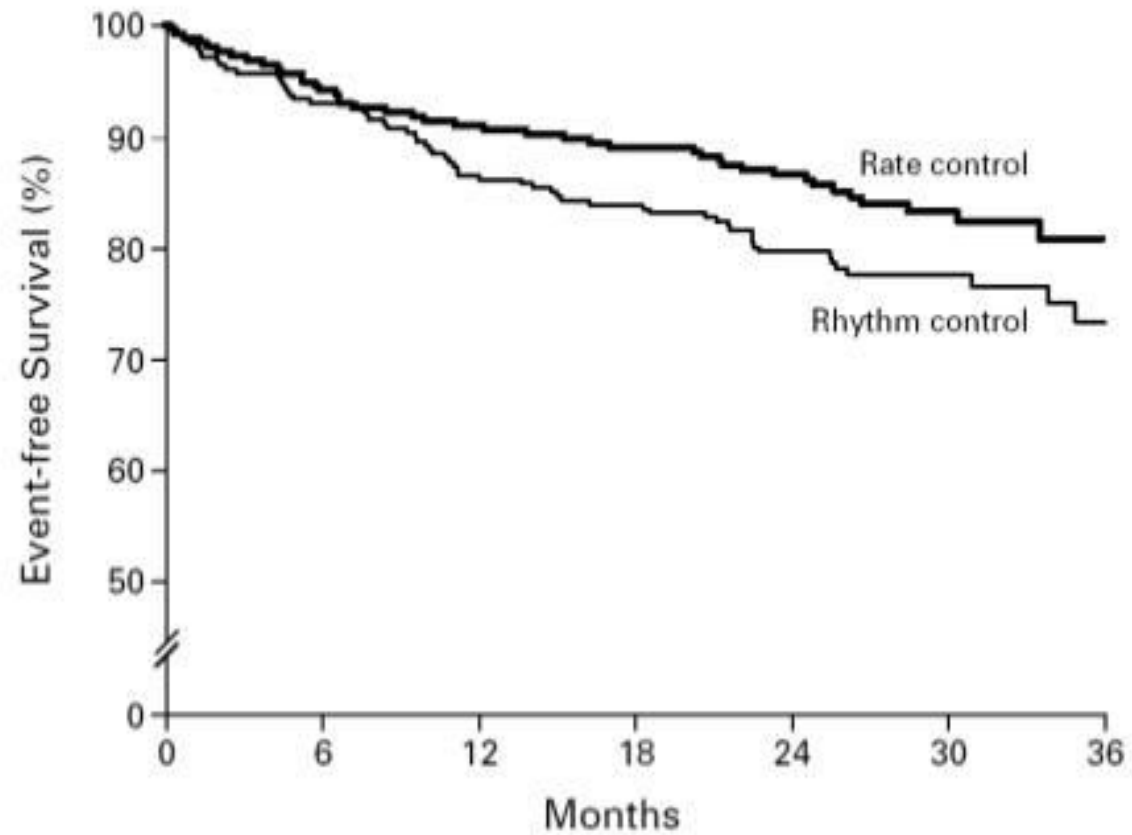


Figure 2. Kaplan-Meier Curves for Event-free Survival in the Rate-Control and Rhythm-Control Groups.

Điều trị

- Chuyển nhịp
 - Thuốc, shock điện
- Kiểm soát tần số tim
 - Ức chế bê-ta
 - Ức chế kênh canxi
 - Digoxin
 - Đốt nút nhĩ thất kèm đặt máy tạo nhịp
- Kháng đông
 - Warfarin, dabigatran, rivaroxaban

**Table 2—The 2009 Birmingham Schema Expressed
as a Point-Based Scoring System, With the Acronym
*CHA₂DS₂-VASc***

Risk Factor	Score
<u>C</u> ongestive heart failure/LV dysfunction	1
<u>H</u> ypertension	1
<u>A</u> ge ≥ 75 y	2
<u>D</u> iabetes mellitus	1
<u>S</u> troke/TIA/TE	2
<u>V</u> ascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease, or aortic plaque)	1
<u>A</u> ge 65-74 y	1
<u>S</u> ex <u>c</u> ategory (ie female gender)	1

Nguy cơ đột quy.

- 0 đ – nguy cơ thấp (1,2-3 biến cố/100 bn mỗi năm)
- 1-2 đ – nguy cơ vừa (2,8-4 biến cố/100 bn mỗi năm)
- ≥ 3 đ – nguy cơ cao (5,9-18,2 biến cố/100 bn mỗi năm)

Kết luận

- Rối loạn nhịp thường gặp nhất
- Tần suất cao
- Đột quỵ là biến chứng nguy hiểm
- Nhiều chiến lược điều trị



Thank you