ĐIỀU TRỊ RUNG NHĨ Ở BỆNH NHÂN BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI

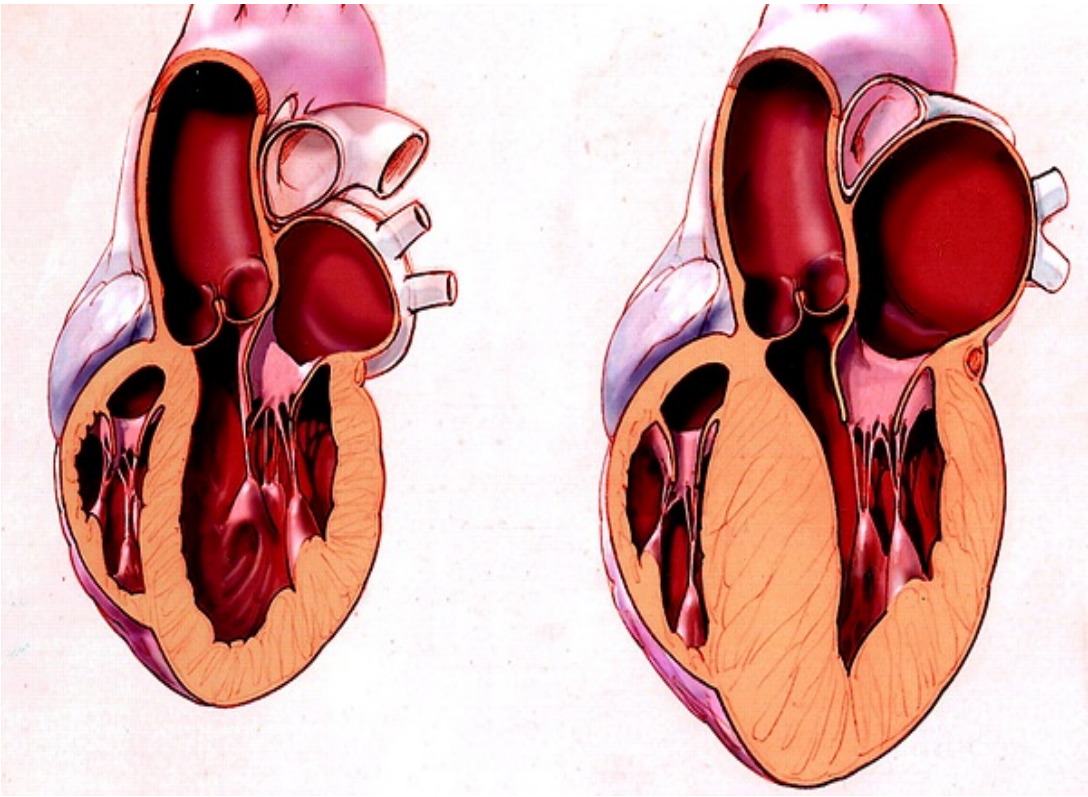
BS. Nguyễn Thị Thu Hương
Phòng C1 – Viện Tim Mạch

NỘI DUNG

1. Tần suất mắc rung nhĩ ở nhóm bệnh nhân BCTPĐ và các yếu tố nguy cơ
2. Rung nhĩ ảnh hưởng như thế nào đến tiên lượng bệnh nhân
3. Điều trị chống đông ở BN rung nhĩ có BCTPĐ
4. Điều trị kiểm soát nhịp ở BN BCTPĐ có rung nhĩ
5. Điều trị kiểm soát tần số ở BN BCTPĐ có rung nhĩ và thay đổi lối sống

TỔNG QUAN VỀ BCTPĐ

- Là bệnh lý di truyền trội trên NST thường, do đột biến gen mã hóa đơn vị co cơ cơ tim -> cơ tim phì đại, sợi hóa
- Phát hiện lần đầu năm 1958, tần suất mắc bệnh khá cao, ở người lớn là 1/200-1/500.
- Là nguyên nhân gây đột tử hang đầu ở người trẻ dưới 35 tuổi
- Chẩn đoán lâm sàng dựa vào các phương tiện hình ảnh học cho thấy bề dày thành tim cuối tâm trương ≥ 15mm hoặc ≥ 13mm với người có mang gen BCTPĐ hay có tiền sử gia đình có BCTPĐ



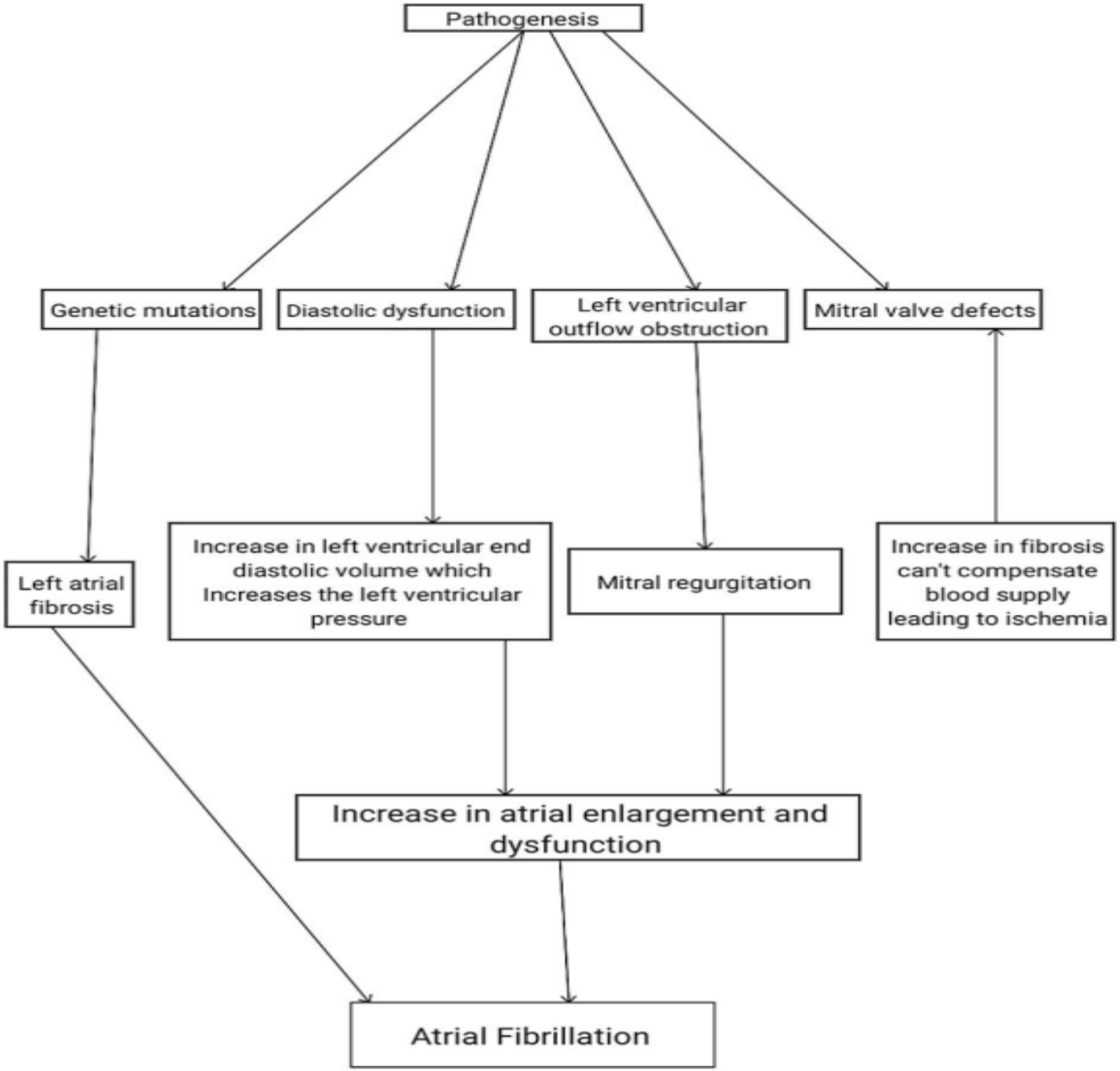
TẦN SUẤT MẮC RUNG NHĨ

1. RN là rối loạn nhịp tim hay gặp ở BCTPĐ với tỉ lệ 10-30% theo các nghiên cứu dịch tễ học. Nghiên cứu tổng quan hệ thống phân tích 7381 bn chỉ ra tỉ lệ mắc RN ở BCTPĐ 22.5%[1]
2. RN dưới lâm sàng có tỉ lệ đáng kể trong nhóm BCTPĐ. Kawasaki tiến hành theo dõi holter 24h các bn BCTPĐ mà chưa có RN trước đó, hơn 3% BN có RN kịch phát > 30 giây. N/c 44bn có cấy ICD, MTNVV hoặc thiết bị theo dõi, 88% BN có tiến triển RN mà không có triệu chứng[2]. Phân tích tổng hợp 11n/c ở các BN BCTPĐ có cấy ICD, MTNVV hoặc thiết bị theo dõi thấy 35% BN có RN dưới lâm sàng[3]

1. Du et al. Journal of Cardiothoracic Surgery (2023) 18:196
2. C Fielder Camm1 and A John Camm. Arrhythmia & Electrophysiology Review 2017;6(2):63–8
3. Mahajan R et al. Eur Heart J (2018);39:1407–15

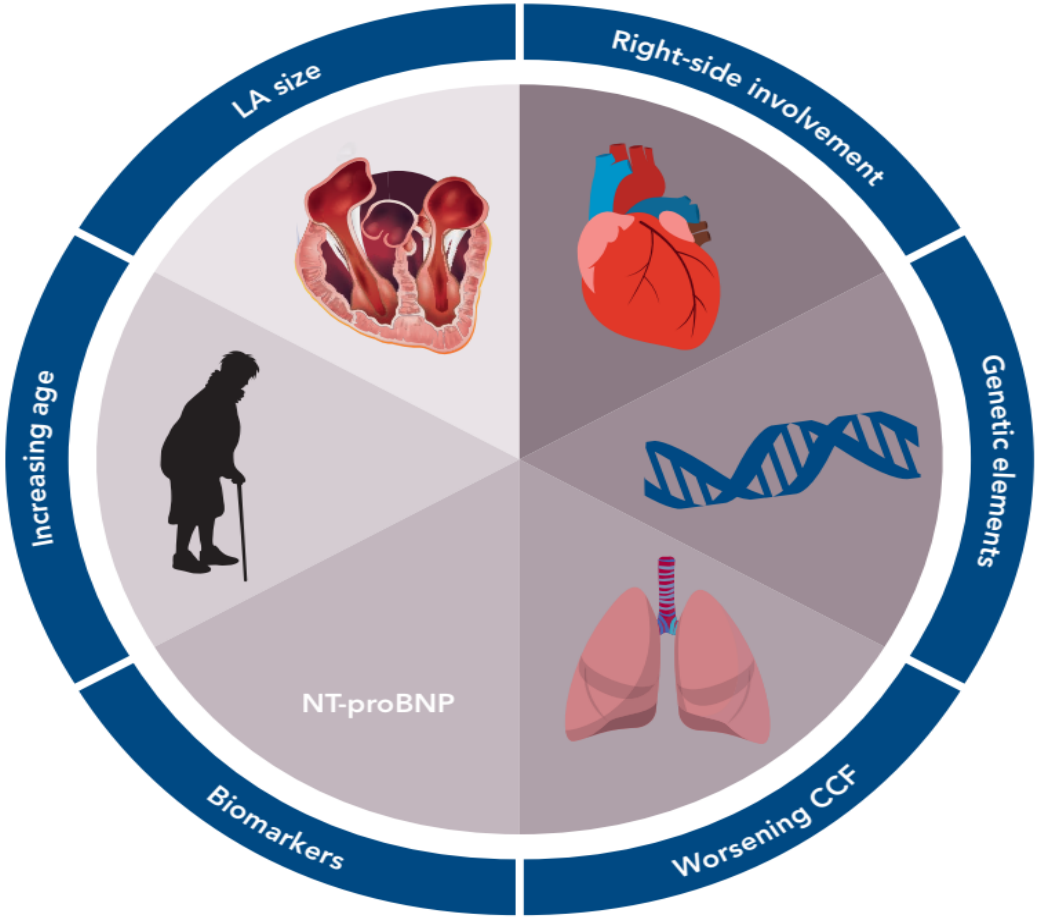
Cơ chế bệnh sinh của rung nhĩ trong BCTPĐ

Palyam V et al. (January 11, 2022) Hypertrophic Cardiomyopathy and Atrial Fibrillation: A Review. Cureus 14(1): e21101.



Các yếu tố nguy cơ xuất hiện rung nhĩ ở BCTPĐ

- Đường kính nhĩ trái, tuổi và mức độ suy tim là những yếu tố dự báo độc lập mạnh mẽ nhất
- Kích thước nhĩ trái là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất (đường kính, thể tích, chỉ số thể tích). Guttmann OP et al (2013), phân tích 7381 bệnh nhân thấy đường kính nhĩ trái lần lượt là 45 mm và 38 mm ở bệnh nhân rung nhĩ và nhịp xoang
- Trong một nghiên cứu được thực hiện bởi Tani T et al. ở 141 bệnh nhân HCM, LAVI >40 mL/m2 được coi là công cụ tiên lượng quan trọng trong việc xác định sự phát triển của AF ở những bệnh nhân này



CCF = congestive cardiac failure; HCM = hypertrophic cardiomyopathy; LA = left atrial; NT-proBNP = N-terminal pro-brain natriuretic peptide.

C Fielder Camm1 and A John Camm. Arrhythmia & Electrophysiology Review 2017;6(2):63–8

Các yếu tố nguy cơ xuất hiện rung nhĩ ở BCTPĐ

- Tuổi <30 hiếm khi có RN
- EF <50%, NYHA III-IV, HoHL vừa – nhiều có nguy cơ cao xuất hiện RN
- Độ phân tán sóng P (PWD) là chỉ điểm cho dẫn truyền nhĩ không đồng nhất, dự báo RN. Theo Ozdernir O và cs (2004) n/c trên 30BN, PWD > 52,5 ms có độ nhạy 96% và độ đặc hiệu 91% trong phát hiện RN ở BN BCTPĐ[1]. Đánh giá sớm PWD và kích thước nhĩ trái có thể giúp phát hiện sớm bn có nguy cơ cao RN.
- Đột biến Arg663His (rs371898076) trên MYH7 đã được chứng minh là có tương quan với tỷ lệ mắc RN cao (46%) ở một n/c thuần tập 24 bn trong thời gian theo dõi 7 năm[2]. Ngoài ra, các đb gen khác nhau tạo ra kiểu hình khác nhau và tắc nghẽn ĐRTT làm tăng nguy cơ tiến triển RN.

1. Ozdemir O et al. Int J Cardiol. 2004, 94:163-6
2. Gruver EJ et al. Am J Cardiol 1999;83:13–18H.

Các yếu tố nguy cơ xuất hiện rung nhĩ ở BCTPĐ

- Điểm HCM-AF là một điểm mới sử dụng đường kính nhĩ trái, tuổi, tuổi lúc chẩn đoán BCTPĐ và sự hiện diện của các triệu chứng suy tim làm yếu tố dự đoán để ước tính nguy cơ phát triển AF ở BCTPĐ.
- Điểm từ 18 đến 21 dự đoán tỷ lệ AF từ 1,0% đến 2,0%/năm, trong khi điểm ≥22 dự đoán tỷ lệ AF >2,0%/năm.
- Ngược lại, điểm 17 có liên quan đến giá trị tiên đoán âm là 97% khi xuất hiện rung nhĩ sau 5 năm
- Các bn BCTPĐ có RN có ĐK nhĩ trái ≥ 45mm nên theo dõi ECG liên tục 48h mỗi 6-12 tháng để phát hiện sớm RN không triệu chứng

Carrick RT et al. Circ. Arrhythm. Electrophysiol. 2021, 14, e009796

Tác động của RN đến tiên lượng BCTPĐ

Prognostic impact of atrial fibrillation in hypertrophic cardiomyopathy: a systematic review

Patricia Alphonse[1] · Sohaib Virk[1] · Jhonna Collins[2] · Timothy Campbell[1,3] · Stuart P. Thomas[1,3] · Christopher Semsarian[4] · Saurabh Kumar[1,3]

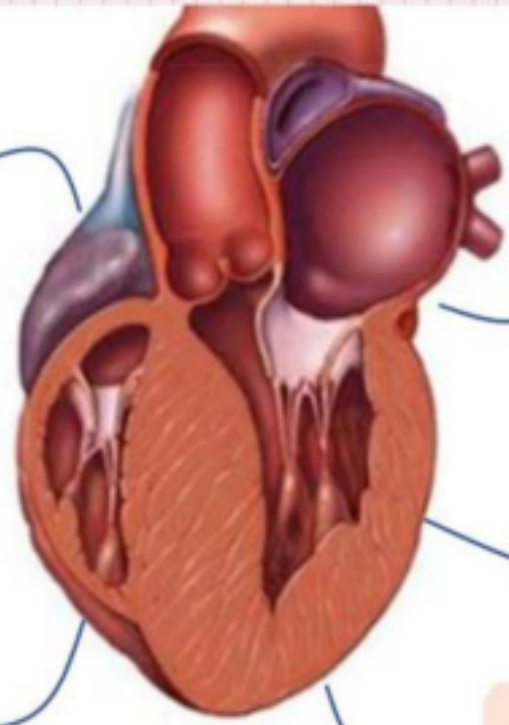
Phương pháp nghiên cứu: tìm kiếm tất cả các cơ sở dữ liệu chính (Pubmed, MEDLINE, Embase, Cochrane, Scopus, Web of Science) đã được thực hiện đến tháng 4 năm 2020 bằng cách sử dụng cụm từ tìm kiếm “rung nhĩ” VÀ/HOẶC “bệnh cơ tim phì đại” trong tiêu đề hoặc tóm tắt.

51 trong số 1.565 trích dẫn đáp ứng các tiêu chí được đưa vào phân tích.

https://doi.org/10.1007/s00392-020-01730-w

Atrial Fibrillation in Hypertrophic Cardiomyopathy: A systematic Review

21,887 (incidence, prevalence)
15,444 patients (outcomes)



Prevalence 22.3%
Incidence: 2.5 cases per-person years

7 fold ↑ risk of thromboembolism

2.8 fold ↑ risk of heart failure

2.5 fold ↑ risk of all cause mortality

1.7 fold ↑ risk of sudden death

https://doi.org/10.1007/s00392-020-01730-w

RN kịch phát và RN dai dẳng có ảnh hưởng khác nhau đến tiên lượng BN?

Journal of Cardiology 63 (2014) 432–437

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Cardiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jjcc

Original article

Prognostic difference between paroxysmal and non-paroxysmal atrial fibrillation in patients with hypertrophic cardiomyopathy

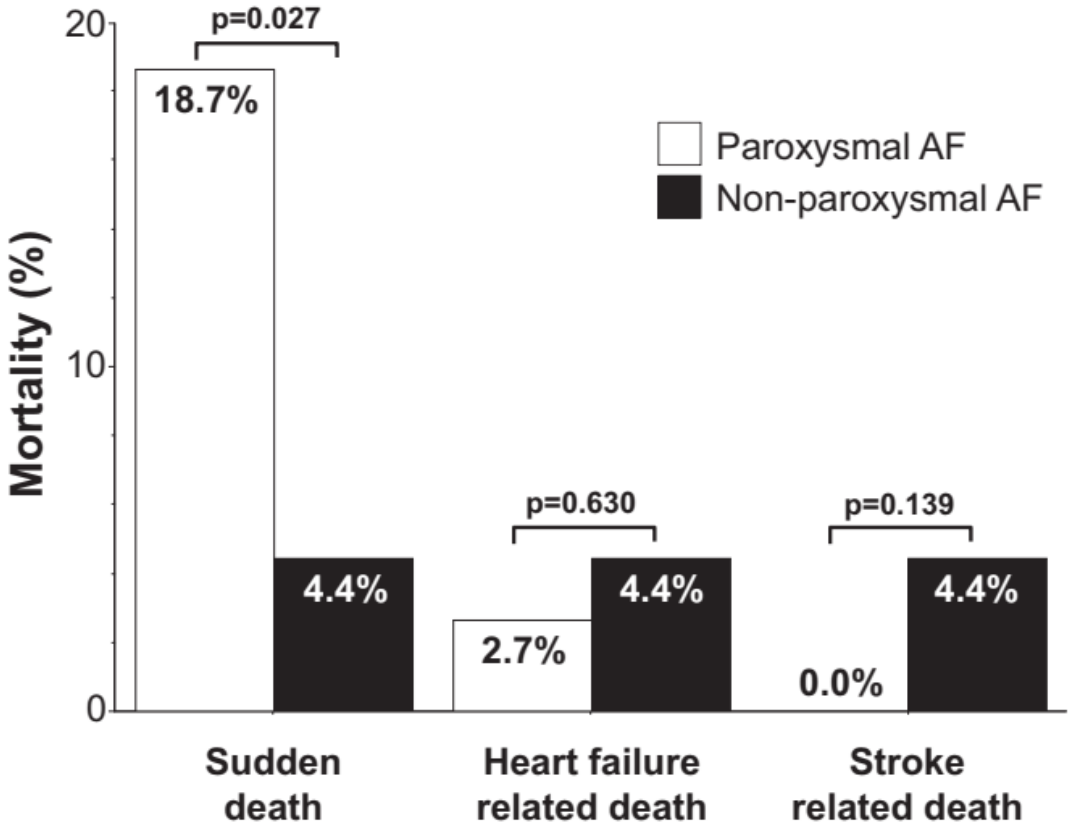
Bun Yashiro (MD), Yuichiro Minami (MD)*,
Yutaka Terajima (MD), Nobuhisa Hagiwara (MD, FJCC)

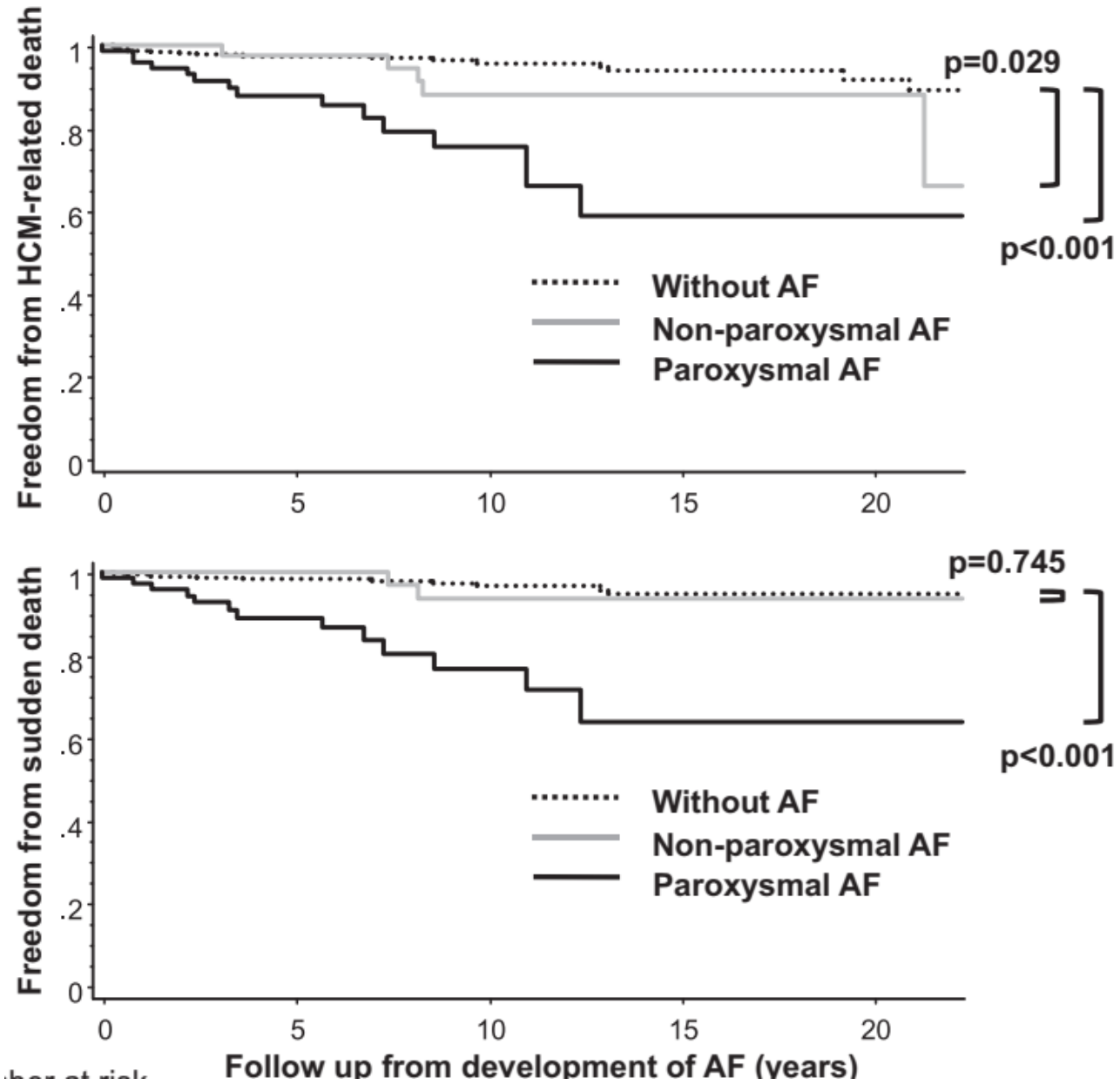
Department of Cardiology, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan

- N/c 430 bn BCTPĐ có 120 bn RN (27,9%). Ở những bn RN, ngất và nhịp nhanh thất không bền bỉ thường xuyên hơn và kích thước nhĩ trái lớn hơn. Thời gian theo dõi 12±7,3năm. Phân tích đa biến thấy AF là yếu tố quyết định độc lập đến kết quả bao gồm nguy cơ tử vong liên quan đến BCTPĐ (HR 3,57, $p < 0,001$) và đột tử (HR 2,61, $p = 0,038$).
- Trong 120 bn RN: 75 bn RN kịch phát (n = 75) và 45 bn RN không kịch phát. Phân tích đa biến thấy chỉ RN kịch phát được xác định là yếu tố quyết định độc lập đến kết cục, bao gồm nguy cơ tử vong liên quan đến BCTPĐ (HR 5,24, $p < 0,001$) và đột tử (HR 4,67, $p = 0,002$)

Đặc điểm LS của nhóm RN kịch phát và RN không kịch phát

	Paroxysmal AF	Non-paroxysmal AF	*p* value
Number of patients, *n* (%)	75 (62.5)	45 (37.5)	
Age at diagnosis of HCM (years)	51.8 ± 14.5	53.3 ± 10.0	0.535
Age at onset of AF (years)	56.5 ± 13.3	55.7 ± 12.5	0.744
Male, *n* (%)	51 (68.0)	35 (77.8)	0.346
Duration of follow-up (years)	11.0 ± 7.7	13.8 ± 6.2	0.042
Family history of sudden death, *n* (%)	10 (13.3)	6 (13.3)	>0.999
Syncope, *n* (%)	25 (33.3)	10 (22.2)	0.276
Non-sustained ventricular tachycardia, *n* (%)	40 (53.3)	30 (66.7)	0.214
Echocardiographic findings			
Outflow tract gradient ≥30 mm Hg, *n* (%)	16 (21.3)	1 (2.2)	0.008
Maximum wall thickness (mm)	19.8 ± 4.1	19.9 ± 4.1	0.899
Left atrial dimension (mm)	40.5 ± 7.9	43.9 ± 9.6	0.040


Mortality (%)
20
10
0
p=0.027
18.7%
4.4%
p=0.630
2.7%
4.4%
p=0.139
0.0%
4.4%
Paroxysmal AF
Non-paroxysmal AF
Sudden death
Heart failure related death
Stroke related death


Freedom from HCM-related death
p=0.029
p<0.001
Without AF
Non-paroxysmal AF
Paroxysmal AF
Freedom from sudden death
p=0.745
p<0.001
Without AF
Non-paroxysmal AF
Paroxysmal AF
0
.2
.4
.6
.8
1
0
5
10
15
20
Follow up from development of AF (years)

Tác động của RN đến tiên lượng BCTPĐ

Du *et al. Journal of Cardiothoracic Surgery* (2023) 18:196
https://doi.org/10.1186/s13019-023-02299-x

Journal of Cardiothoracic Surgery

RESEARCH Open Access

Prognostic effect of atrial fibrillation on survival in patients with hypertrophic cardiomyopathy: a meta-analysis

- **PPNC**: Cơ sở dữ liệu tiếng Trung và tiếng Anh (PubMed, EMBASE, Thư viện Cochrane, Cơ sở hạ tầng tri thức quốc gia Trung Quốc và cơ sở dữ liệu Wanfang) đã được tìm kiếm một cách có hệ thống bao gồm các nghiên cứu quan sát về tiên lượng AF trong các biến cố tim mạch hoặc tử vong ở BCTPĐ; được đánh giá bằng Revman 5.3

Kết quả phân tích:

- Sau khi tìm kiếm và sàng lọc có hệ thống, tổng cộng 11 n/c có chất lượng n/c cao đã được chọn.
- bn BCTPĐ kèm theo RN có nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân cao hơn (OR = 2,75; khoảng tin cậy 95% [CI]: 2,18–3,47; P<0,001), tử vong liên quan đến tim (OR=2,62; 95%CI: 2,02–3,40; P<0,001), đột tử do tim (OR=7,09; 95%CI: 5,77– 8,70; P<0,001), tử vong do suy tim (OR=2,04; 95%CI: 1,24–3,36; P=0,005) và tử vong do đột quỵ (OR=17,05; 95%CI: 6,99–41,58; P<0,001) so với BN BCTPĐ không có RN.

Tác động của RN đến tiên lượng BCTPĐ

- Các biện pháp can thiệp điều trị mới như thuốc chống loạn nhịp tim, thuốc chống đông đường uống, phẫu thuật làm giảm dày VLT, đốt cồn VLT, thủ thuật MAZE trong phẫu thuật, cấy ICD, đốt RN qua đường ống thông có thể có tác động khác nhau đến kết quả liên quan trực tiếp đến AF -> thay đổi kết cục
- Trong phân tích này chưa đánh giá tác động của các điều trị trên ảnh hưởng của RN đến kết cục do tính không đồng nhất của các nghiên cứu đưa vào và phân tích đánh giá trong khoảng thời gian dài.
- Các n/c đều là n/c quan sát, chưa có n/c thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng nào

Tác động của RN đến tiên lượng BCTPĐ

Circulation
Volume 136, Issue 25, 19 December 2017; Pages 2437-2439
https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031743

American Heart Association.

EDITORIAL

Atrial Fibrillation in Hypertrophic Cardiomyopathy

New Light on an Old Problem

Circulation
Volume 136, Issue 25, 19 December 2017; Pages 2420-2436
https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029267

American Heart Association.

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Clinical Profile and Consequences of Atrial Fibrillation in Hypertrophic Cardiomyopathy

Editorial, see p 2437

Ethan J. Rowin, MD, Anais Hausvater, MD, Mark S. Link, MD, Patrick Abt, MD, William Gionfriddo, MD, Wendy Wang, MPH, Hassan Rastegar, MD, N. A. Mark Estes, MD, Martin S. Maron, MD, and Barry J. Maron, MD

PPNC: Hồ sơ của 1558 BN được TD tại Viện BCTPĐ của Trung tâm Y tế Tufts trong 4,8±3,4 năm (từ 2004 đến 2014) đã được truy cập.

- **KQ**: 304 bn (20%) có RN trong đó 74% RN kịch phát. KQ cho thấy không có sự khác biệt nào giữa nhóm RN với bn BCTPĐ cùng giới tính, cùng lứa tuổi mà không mắc RN khi đánh giá các biến cố tử vong liên quan đến BCTPĐ, đột tử, suy tim.
- Các bn RN trong n/c này được điều trị chống đông, thuốc chống loạn nhịp (181 bn), điều trị RN qua đường ông thông (49 bn), phẫu thuật Maze (72 bn) trong phẫu thuật giảm dày VLT.

Điều trị chống đông ở BCTPĐ có RN

- RN làm tăng biến cố thuyên tắc huyết khối cao rõ rệt ở BCTPĐ
- BN BCTPĐ có trẻ tuổi chưa có các bệnh lý XVMM thì thang điểm CHA2DS2-VASc thấp, chưa phản ánh được nguy cơ thuyên tắc huyết khối. Tỉ lệ 10% biến cố thuyên tắc huyết khối[1] ở BN BCTPĐ có CHA2DS2-VASc =0
- Có một số yếu tố được chứng minh là nguy cơ cao RN ở BCTPĐ nhưng hiện vẫn chưa có n/c thử nghiệm dùng thuốc chống đông dự phòng cho nhóm đối tượng-> cần n/c thêm
- Chưa có n/c ngẫu nhiên đối chứng nào so sánh hiệu quả giữa NOAC và thuốc chống đông kháng VTM K ở BCTPĐ có RN. Kết quả rút ra từ 1 số n/c quan sát cho thấy nhóm NOAC giảm biến cố đột quỵ hơn[2]

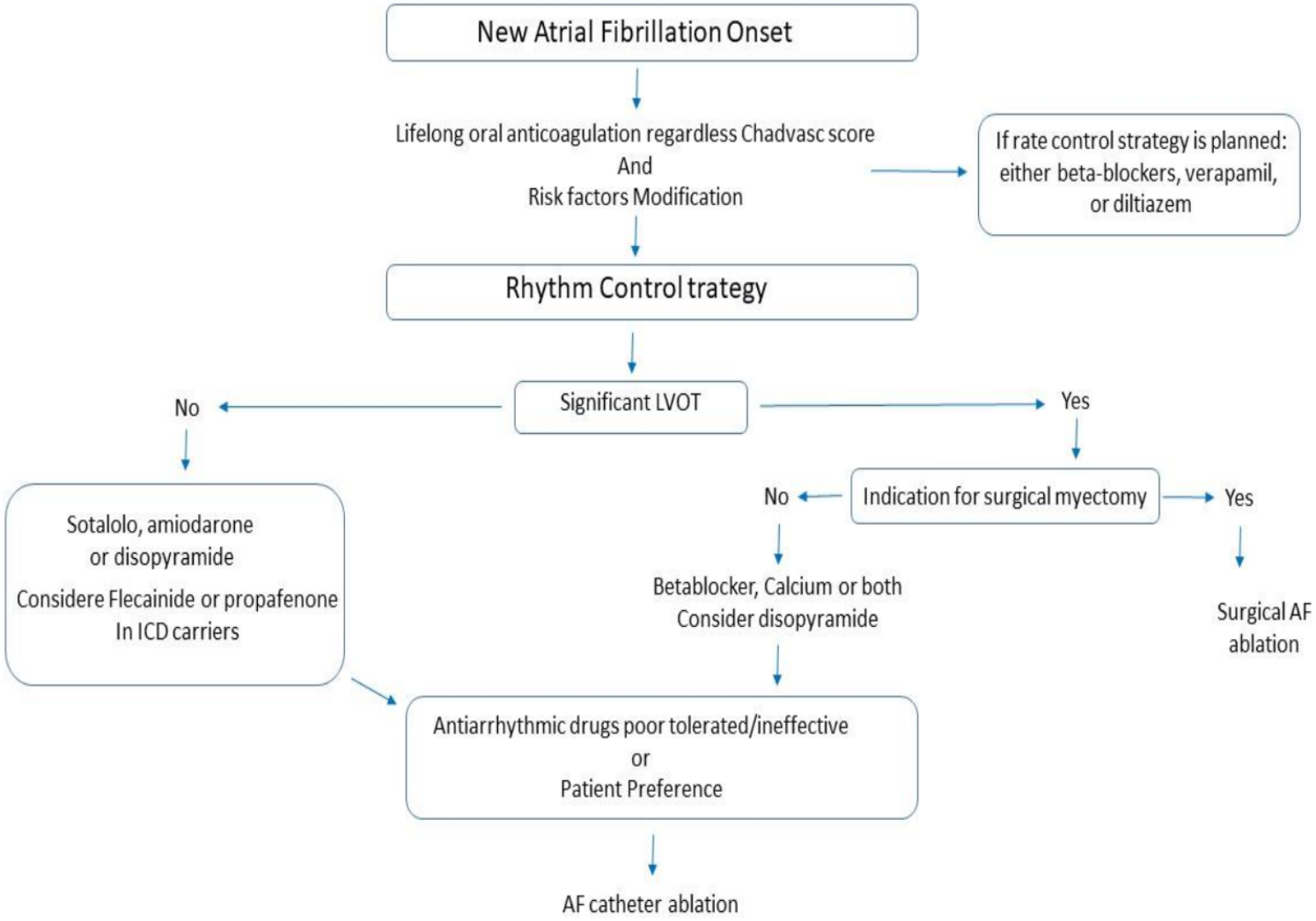
1. Guttmann OP et al. Prediction of thrombo-embolic risk in patients with hypertrophic cardiomyopathy. Eur. J. Hear. Fail. 2015, 17, 837–845
2. Lee HJ et al. Novel Oral Anticoagulants for Primary Stroke Prevention in Hypertrophic Cardiomyopathy Patients with Atrial Fibrillation. Stroke 2019, 50, 2582–2586

AHA/ACC 2020 và Hội tim mạch Việt Nam 2022

Loại	MCC	Khuyến cáo về điều trị rung nhĩ
1	B	1. Ở bệnh nhân BCTPĐ có rung nhĩ lâm sàng, kháng đông được khuyên dùng với thuốc kháng đông uống tác dụng trực tiếp (DOAC) là chọn lựa hàng đầu và kháng vitamin K là chọn lựa hàng thứ hai, không phụ thuộc vào điểm CHA_2DS_2-VASC.
1	C	2. Ở bệnh nhân BCTPĐ có rung nhĩ dưới lâm sàng được phát hiện qua dụng cụ đặt trong hoặc ngoài tim hoặc trên màn hình với cơn kéo dài trên 24 giờ, thuốc kháng đông uống tác dụng trực tiếp (DOAC) là chọn lựa hàng đầu và kháng vitamin K là chọn lựa hàng thứ hai, không phụ thuộc vào điểm CHA_2DS_2-VASC.
2a	B	4. Ở bệnh nhân BCTPĐ có rung nhĩ dưới lâm sàng, được phát hiện qua dụng cụ đặt trong hoặc ngoài tim hoặc trên màn hình với cơn kéo dài trên 5 phút nhưng dưới 24 giờ, thuốc kháng đông uống tác dụng trực tiếp (DOAC) là chọn lựa hàng đầu và kháng vitamin K là chọn lựa hàng thứ hai có thể có lợi, cần tính đến các thời gian của các các cơn rung nhĩ, tổng gánh nặng rung nhĩ, các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn và nguy cơ xuất huyết.

Điều trị kiểm soát nhịp ở BCTPĐ có RN

- Kiểm soát nhịp ở BCTPĐ là cần thiết và quan trọng
- Điều trị RN bằng thuốc chống loạn nhịp ở BCTPĐ kém hiệu quả hơn ở RN không có BCTPĐ
- Chưa có thử nghiệm LS ngẫu nhiên nào đánh giá hiệu quả của các thuốc chông loạn nhịp khác nhau
- Amiodarone và Sotalol được sử dụng phổ biến nhất, Sotalol dung nạp tốt hơn và thường dc lựa chọn cho BN trẻ tuổi



J. Clin. Med. 2021, 10, 3025. https://doi.org/10.3390/jcm10143025

Điều trị kiểm soát nhịp ở BCTPĐ có RN

- Báo cáo chùm ca bệnh của Moore JC (2018) thấy dofetilide cũng dung nạp tốt ở bn BCTPĐ có RN, tạo điều kiện thuận lợi cho việc quản lý RN ở 84% số bệnh nhân được chọn. Ngay cả khi quan sát thấy kéo dài khoảng QT khi điều trị , không có tác dụng gây loạn nhịp đe dọa tính mạng nào được báo cáo trong loạt bài này.
- Disopyramide đã được chứng minh là làm giảm chênh áp ĐRTT ở 2/3 bn bị tắc nghẽn ĐRTT mà không làm tăng đáng kể các biến cố loạn nhịp thất -> disopyramide có thể được CĐ ở những bn BCTPĐ có tắc nghẽn có triệu chứng với RN.
- Nhóm IC (Flecainide và propafenone) không phải là lựa chọn chính ở BCTPĐ do lo ngại về tác dụng thúc đẩy rối loạn nhịp tim. Tuy nhiên, một tỷ lệ đáng kể bn BCTPĐ có cấy ICD để phòng ngừa tiên phát hoặc thứ phát dữ liệu ban đầu cho thấy sử dụng nhóm IC an toàn.

Điều trị kiểm soát nhịp ở BCTPĐ có RN bằng can thiệp qua đường ống thông

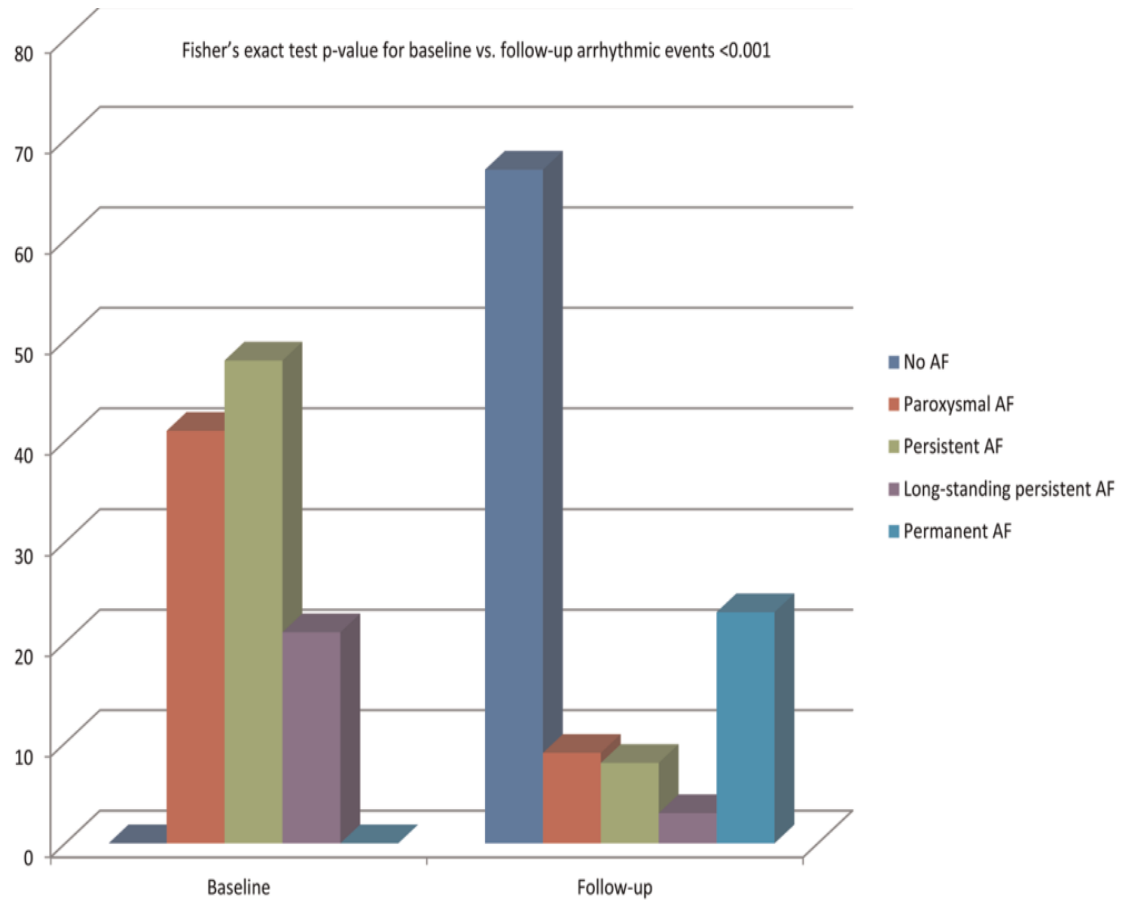
Kém hiệu quả hơn RN không có BCTPĐ do:

- phì đại tế bào cơ tâm nhĩ làm tăng độ dày thành nhĩ trái, do đó làm giảm khả năng tạo ra các tổn thương xuyên thành bền vững
- thường liên quan đến giãn nhĩ trái, tái cấu trúc và xơ hóa mô kẽ lan tỏa, do đó làm tăng nguy cơ kích hoạt từ các ổ ngoài tĩnh mạch phổi

-> Bằng chứng về hiệu quả của việc triệt phá qua ống thông ở bn BCTPĐ đang ngày càng tăng

Điều trị kiểm soát nhịp ở BCTPĐ có RN bằng can thiệp qua đường ống thông

Castagno và cộng sự (2021) đã công bố kết quả của n/c đoàn hệ đa trung tâm 116 bn trải qua 1,6 thủ thuật và được theo dõi trong suốt 6 năm. Ở lần theo dõi cuối cùng, 61% bn có nhịp xoang -> KL: hầu hết bn đều cần thực hiện lại thủ thuật, hiệu quả đạt được khi sử dụng đồng thời với thuốc kiểm soát nhịp ở hầu hết bn



Castagno D et al. J. Cardiovasc. Electrophysiol. 2021, 32, 657–666

Điều trị kiểm soát nhịp ở BCTPĐ có RN bằng can thiệp qua đường ống thông

Table 1. Characteristics of the 3 meta-analyses published untill now on catheter ablation of AF in patients with HCM.

First Author, Year	Inclusion of Controls *	Number of Patients Included	Median Age or Mean Age or Range (Year-Old)	Duration of AF (Years)	LVEF ** (%)	Left Atrial Size (mm) ***	Length of Mean Follow-Up (Range or Mean, Months)	Single Procedure Efficacy of Catheter Ablation (Range, %)	Multiple Procedure Efficacy of Catheter Ablation (Range, %)
Zhao DS, 2015	No	531	48.7–65	3–7.3	56.1–65	45.1–52	11.4–54	29–70	41–92
Ha HSK, 2015	No	241	48.7–63	3–8	55–71	46–52	5.8–29	53–75	49–77
Providencia, 2016	Yes	532 (139 HCM patients)	57	5.9	N/A	47	21.6	N/A	N/A

* Definition of controls: Patients undergoing catheter ablation of AF but not affected by HCM, ** LVEF: Left ventricular ejection fraction, *** Left atrial size: Left anterior diameter assessed in parasternal longitudinal view with echocardiography.

- Xác suất tái phát RL nhịp nhĩ sau đốt RN cao hơn gấp 2 lần ở BCTPĐ so với nhóm chứng, sau một hoặc nhiều thủ thuật.
- Thuốc kiểm soát nhịp có vai trò tối quan trọng trong việc duy trì nhịp xoang, được thể hiện qua xác suất sử dụng thuốc cao gấp 5 lần sau khi đốt RN ở BCTPĐ.

Điều trị kiểm soát nhịp ở BCTPĐ có RN bằng can thiệp qua đường ống thông

- N/c quan sát đa trung tâm gần đây bao gồm 137 bn BCTPĐ đã được đốt RN cho thấy không có sự khác biệt về hiệu quả giữa đốt bằng cryo và RF[1].
- Rung nhĩ dai dẳng và đường kính nhĩ trái là yếu tố dự báo quan trọng nhất của tái phát RN -> Kết quả cho thấy thời điểm tối ưu để đốt RN là giai đoạn sớm của bệnh, khi mới là RN kịch phát.

1. Creta A.et al. Catheter ablation of atrial fibrillation in patients with hypertrophic cardiomyopathy: A European observational multicentre study. Europace 2021

Điều trị RN ở BCTPĐ có tắc nghẽn ĐRTT

- Điều trị giảm tắc nghẽn ĐRTT nên được ưu tiên
- Dùng thuốc chẹn beta không giãn mạch hoặc kênh canxi không dihydropyridine. Nếu triệu chứng vẫn còn tồn tại nên kết hợp với disopyramid
- Nếu vẫn không kiểm soát được triệu chứng -> điều trị giảm dày vách thất
- Phẫu thuật làm mỏng VLT kết hợp thủ thuật Maze giúp loại bỏ RN ở 64% sau 5 năm theo dõi[1]
- Tái phát RN sau phẫu thuật là yếu tố tiên lượng nặng của bệnh

1. Boll G et al. Am. J. Cardiol. 2020, 125, 120–126

Điều trị kiểm soát tần số ở BCTPĐ có RN

- BN thất bại nhiều lần với kiểm soát nhịp hay không phù hợp với đốt RN
- Lựa chọn đầu tiên khi BN có RN dai dẳng kéo dài, giãn nhĩ trái, khả năng thấp chuyển được nhịp xoang
- Thuốc: chẹn beta giao cảm, kênh canxi không dihydropyridine.
- Digoxin có thể dùng nếu BCTPĐ không có tắc nghẽn ĐRTT

Điều chỉnh lối sống, giảm các yếu tố nguy cơ RN

- Giống như BN RN không có BCTPĐ
- RN có liên quan đến thừa cân béo phì, tiểu đường, tăng huyết áp, tăng cholesterol máu, ngừng thở khi ngủ
- Tập thể dục mức độ từ nhẹ đến trung bình để giảm sự xuất hiện các yếu tố nguy cơ tim mạch cổ điển
- Hút thuốc lá và uống rượu tăng nguy cơ xuất hiện rung nhĩ

KẾT LUẬN

- RN là RL nhịp hay gặp ở BN BCTPĐ. Đường kính nhĩ trái, tuổi và tình trạng suy tim là các yếu tố mạnh mẽ dự báo nguy cơ tiến triển RN
- RN làm xấu đi tình trạng lâm sàng, tăng các biến cố thuyên tắc mạch, tử vong do tim, đột tử nhưng các tác động này giảm đi khi RN được điều trị tích cực sớm
- BCTPĐ xuất hiện RN luôn cần điều trị thuốc chống đông bất kể điểm CHA2DS2-VASc
- Kiểm soát nhịp bằng triệt đốt RN qua đường ống thông tuy hiệu quả kém hơn nhưng nên điều trị sớm khi mới RN kịch phát, tình trạng nhĩ trái chưa còn chưa tái cấu trúc nặng và kết hợp với thuốc uống chống loạn nhịp sẽ duy trì được nhịp xoang hiệu quả hơn.
- Bên cạnh đó, thay đổi lối sống và điều trị các bệnh lý béo phì, tiểu đường, tăng huyết áp, RL lipid máu, ngừng thở khi ngủ.