

Rung tâm nhĩ

CHẨN ĐOÁN KHÁC NHAU CÁC CHỈ TIÊU

★ PPP ★

VẬT LÝ (trạng thái đầu ra cao) —nhiễm,
mang thai, sốt, tập thể dục, căng thẳng

PATHOLOGIC ★ CDE ★

- CARDIAC — loạn nhịp tim (xem nhịp tim nhanh bên dưới), cơ tim (bệnh cơ tim, myxoma tâm nhĩ, shunts), van tim, tim cấy ghép

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

CÁC CHỈ TIÊU CỦA GCONT'DF

- THUỐC - thuốc cường giao cảm, thuốc giãn mạch, thuốc kháng cholinergic, thuốc chẹn β

rút tiền, bất hợp pháp (cocaine, amphetamine)

- ENDOCRINE — hạ đường huyết, cường giáp, ung thư tế bào sắc tố

PSYCHIATRIC — rối loạn / tấn công hoảng sợ, rối loạn lo âu tổng quát, rối loạn hòa nhập

CHẨN ĐOÁN KHÁC BIỆT CỦA NARROW COMPLEX TACHYCARDIA

THƯỜNG XUYỀN: nhịp nhanh xoang, vùi nhĩ

với khối dxed, nhịp tim nhanh trên thất
(nhịp tim nhanh tâm nhĩ, thử lại nút AV, chỉnh hình
AV reentrant / WPW), chức năng tăng tốc
nhịp tim nhanh
IRREGULAR: nhịp nhanh xoang / loạn nhịp tim,
co bóp tâm nhĩ sớm, tâm nhĩ đa ổ
nhịp tim nhanh, vùi nhĩ có khối thay đổi, nhĩ
nhịp tim nhanh với khối thay đổi, rung tâm nhĩ

CHẨN ĐOÁN KHÁC BIỆT CỦA RHYTHM SẮT

ATRIAL — rối loạn nhịp xoang (tỷ lệ 60–100), máy tạo nhịp lang thang (tỷ lệ
60–100), tâm nhĩ sớm
nhịp / nhịp, nhịp nhanh nhĩ đa tiêu điểm (tỷ lệ
> 100), loạn nhịp nhanh nhĩ ngoài tử cung với khối thay đổi, vùi nhĩ với khối thay
đổi, tâm nhĩ
rung tim
VENTRICULAR — co thất sớm, nhịp nhanh thất đa hình, rung thất

SINH LÝ HỌC

NGUYÊN NHÂN CỦA VIỆC CỐ ĐỊNH ATRIAL

- TIM MẠCH - cơ tim (tăng huyết áp,

CAD, HF, bệnh cơ tim phì đại, giãn nở

bệnh cơ tim, viêm cơ tim, thoái hóa [amyloidosis, sarcoidosis, hemochromatosis], ASD),

van tim (thấp khớp, mắc phải, viêm nội tâm mạc),

loạn nhịp tim (WPW), màng ngoài tim (viêm màng ngoài tim), phẫu thuật tim

- VIÊM PHỔI — COPD, thuyên tắc phổi,

tràn máu màng phổi, tăng áp động mạch phổi,

khó thở khi ngủ

- METABOLIC — nhiễm độc giáp, béo phì

- THUỐC — theophylline, adenosine, digitalis,

β -agonists, rượu, caffeine, cocaine

- IDIOPATHIC (10%)

PHÂN LOẠI VIỆC CỐ ĐỊNH GIÁ RẺ

- CỐ ĐỊNH CỐ ĐỊNH XƯƠNG KHỚP - các tập AF

kéo dài <7 ngày (thường <24 h). Chấm dứt một cách tự nhiên hoặc có sự can thiệp. Có thể tái diễn

- FIBRILLATION ATRIAL PERSISTENT — AF liên tục

duy trì > 7 ngày

- LẮP RÁP THEO DÕI TRÊN ĐỊA NGỤC LÂU DÀI—

AF liên tục > 12 tháng

- FIBRILLATION ATRIAL PERMANENT — một phân loại

được bác sĩ lâm sàng và bệnh nhân xác định để ngừng các nỗ lực tiếp tục để phục hồi và / hoặc duy trì xoang

nhịp. Một thái độ trị liệu hơn là

thuộc tính sinh lý bệnh vốn có của AF

- CỐ ĐỊNH HƯỚNG DẪN KHÔNG THƯỜNG XUYÊN — AF trong

không có bệnh thấp khớp vừa hoặc nặng

hẹp van hai lá, cơ học hoặc chất cảm sinh học

van tim, hoặc sửa van hai lá

- XOAY CHIỀU XOAY CHIỀU - AF ở bệnh nhân <60

nhiều năm, không có bệnh tim cấu trúc hoặc các yếu tố nguy cơ,

bao gồm tăng huyết áp

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

LỊCH SỬ — đánh trống ngực, đau ngực, khó thở,

chóng mặt, ngất, tiền sử y tế (AF, SVT,

WPW, CAD, HF, tăng huyết áp, tiểu đường, đột quỵ, TIA,

rối loạn chức năng tuyến giáp), thuốc (thuốc điều trị cao huyết áp, thuốc chống loạn nhịp tim), các yếu tố nguy cơ DVT / PE

VẬT LÝ — chỉ số quan trọng (nhịp và nhịp mạch, HA),

khám tim và phổi cho

suy tim

CAROTID SINUS MASSAGE, VALSALVA, HOẶC

ADENOSINE — SVT có thể chấm dứt một cách tự nhiên, trong khi đáp ứng của tâm thất trong AF hoặc tâm nhĩ

utter có thể chậm lại cho phép phân tích tốt hơn

nhịp tâm nhĩ. Tránh dùng adenosine nếu nghi ngờ có hội chứng tiền kích thích (rung nhĩ hoặc tâm nhĩ

cutter với WPW)

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiềm, urê, Cr, Mg, TSH, INR, PTT,

D-dimer, troponin

- HÌNH ẢNH — X-quang, siêu âm tim (phóng to tâm nhĩ trái)

- Điện tâm đồ

- HÚT GIỜ 24 GIỜ

- THỰC HIỆN BÀI KIỂM TRA STRESS

ĐẶC BIỆT

- NGHIÊN CỨU SINH LÝ ĐIỆN TỬ

- URINARY OR PLASMA METANEPHRINES — nếu nghi ngờ u pheochromocytoma

QUẢN LÝ VIỆC LÀM

ABC — O₂ để duy trì bão hòa > 95%, IV

TIM MẠCH TỔNG HỢP — điều trị trước nếu có thể với midazolam 1–2 mg IV

q2–3 phút, fentanyl 50–150 µg IV × 1, sốc 50,
100, 200, 300, 360 J, chuẩn bị đặt nội khí quản và cho
Thuốc chống loạn nhịp IV PRN

CÁC ĐẠI LÝ KHỐI AV NODAL ★ ABCD ★

- AMIODARONE — amiodarone 150 mg tiêm tĩnh mạch
trên 10 phút, q10–15 phút. Ngoài ra, infusion 60 mg / h trong 6 giờ, sau đó 30 mg
/ h trong 18 giờ.

Tối đa 2,2 g / ngày

- β-BLOCKERS — metoprolol 5 mg IV trong 1 phút
q5 phút × 3 PRN, esmolol 500 µg / kg IV trên 1
tối thiểu, liều duy trì 50–200 µg / kg / phút IV

- BỘ CHẶN KÊNH CALCIUM — diltiazem
15–20 mg IV trong 2 phút, lặp lại sau 15 phút ở
20–25 mg PRN, liều duy trì 5–20 mg / h

IV; verapamil 2,5–5,0 mg IV trong 1–2 phút, tiếp theo là 5–10 mg trong 15–30
phút PRN với

tối đa là 30 mg, liều duy trì

0,05–0,2 mg / phút IV

- DIGITALIS — digoxin 0,25–0,5 mg IV mỗi 6 giờ đến
tổng liều 1 mg, liều duy trì
0,125–0,25 mg PO / IV mỗi ngày

CÁCH TIẾP CẬN TỔNG THỂ

- NÂNG NGỰC KHUẨN LỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH — thực hiện chuyển nhịp tim
ngay lập tức

- ỔN ĐỊNH CỔ ĐÌNH ATRIAL <48 H — kiểm soát tốc độ

(thuốc chẹn β , thuốc chẹn kênh canxi, digoxin)

và cân nhắc kiểm soát nhịp (DC cardioversion, amiodarone, propafenone, eecainide);

bắt chước bắt đầu chống đông máu trước

để tim mạch được ưu tiên và chống đông máu ở

ít nhất $\times 4$ tuần sau khi giảm nhịp tim.

Chống đông máu trong 3 tuần trước khi giảm nhịp tim được khuyến cáo cho những bệnh nhân bị

đột quỵ hoặc TIA ngay cả khi thời gian AF <48 giờ

- CỔ ĐÌNH ATRIAL ỔN ĐỊNH > 48 H HOẶC KHÔNG BIẾT

DURATION — kiểm soát tốc độ (thuốc chẹn β , canxi

chẹn kênh, digoxin) và xem xét

kiểm soát nhịp điệu. Heparin không phân đoạn IV $\rightarrow$ TEE để loại trừ huyết khối tâm nhĩ $\rightarrow$ chuyển nhịp tim trong vòng 24 giờ $\rightarrow$ kháng đông $\times 4$ tuần;

ALTERNATIVELY chống đông máu $\times 3$ tuần $\rightarrow$ chuyển nhịp tim $\rightarrow$ chống đông máu ít nhất $\times 4$ tuần

- ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN HIỂU / CHÍNH XÁC — nhiễm trùng,

nhồi máu cơ tim, thiếu máu cục bộ, ma túy, thuyên tắc phổi, nhiễm độc giáp

QUẢN LÝ DÀI HẠN

KIỂM SOÁT TỶ LỆ — mục tiêu HR đang nghỉ ngơi <80 và

tập thể dục HR <110 ở bệnh nhân có significant

triệu chứng. (Xem xét mục tiêu khi nghỉ ngơi HR <110 in
bệnh nhân không triệu chứng với LVEF được bảo tồn).

thuốc chẹn β (metoprolol tartrate [tức thì
phát hành] 50–100 mg PO BID, metoprolol succinate
[giải phóng kéo dài] 100–200 mg PO mỗi ngày,
carvedilol 6,25–50 mg PO BID, bisoprolol
5–10 mg PO mỗi ngày). Thuốc chặn canxi
(diltiazem CD 120–480 mg uống mỗi ngày, verapamil
ER 180-540 mg PO mỗi ngày). Digitalis (digoxin
0,5 mg PO $\times$ 1 liều, sau đó 0,25 mg $\times$ 2 liều mỗi 6–12
h, sau đó 0,0625–0,25 mg mỗi ngày)

KIỂM SOÁT RHYTHM — giảm nhịp tim tự chọn (chỉ sau liệu trình điều trị 3
tuần

chống đông máu hoặc huyết khối tâm nhĩ được loại trừ bằng

TEE. Chuyển đổi tim mạch nên được theo sau 4 tuần

chống đông máu). Thuốc chống loạn nhịp (amiodarone 200–400 mg PO mỗi ngày,
sotalol 40–160 mg PO

BID, đặc biệt nếu CAD; ? ecainide 50 mg PO q12 giờ,

đặc biệt nếu không có bệnh tim cấu trúc; propafenone 150 mg PO mỗi 8 giờ, đặc
biệt nếu không có cấu trúc

bệnh tim)

NGĂN NGỪA

- RỦI RO THẤP NHẤT (ví dụ: bệnh không ung thư,

CHADS₆₅ = 0 và không có CAD hoặc động mạch

bệnh mạch máu) —không có liệu pháp chống huyết khối

- RỦI RO THẤP (ví dụ: bệnh không ung thư, CHADS65 = 0,

và sự hiện diện của CAD hoặc mạch máu động mạch

bệnh) —ASA 81 mg mỗi ngày

- ĐIỀU KHIỂN ĐẾN RỦI RO CAO — chống đông máu

(warfarin 5 mg PO mỗi ngày để nhắm mục tiêu INR giữa

2–3, dabigatran 110–150 mg PO BID, rivaroxaban 15–20 mg PO mỗi ngày, apixaban 2,5–5 mg

PO giá thầu, hoặc edoxaban 60 mg PO mỗi ngày). Trực tiếp

thuốc chống đông máu đường uống (DOAC) được ưu tiên hơn

warfarin ngoại trừ AF van tim (ví dụ: vừa phải

hẹp van hai lá nặng) hoặc bệnh nhân bị

van cơ khí. Ở những bệnh nhân vừa phải

đến CKD nặng, giảm liều dabigatran,

nên dùng rivaroxaban, apixaban, hoặc edoxaban; ở bệnh nhân CKD giai đoạn cuối hoặc trên

lọc máu, sử dụng dabigatran, rivaroxaban, hoặc

edoxaban không được khuyến khích. Bệnh nhân tại

nguy cơ chảy máu cao hơn có thể yêu cầu thấp hơn

liều lượng. Bắt đầu chống đông máu (để bắt đầu /

gián đoạn liệu pháp warfarin) không thường xuyên

bắt buộc nhưng cần được xem xét ở những

nguy cơ cao bị huyết khối cấp tính (ví dụ cơ học

van tim). Tắc phần phụ nhĩ trái qua da có thể được xem xét ở những bệnh nhân có chống chỉ định chống đông máu nhưng ai sẽ không bị đột quỵ

CÁC THỦ TỤC — cắt bỏ tần số vô tuyến

đối với AF bao gồm cô lập các tĩnh mạch phổi

cùng với các phương pháp cắt bỏ phức tạp khác. Nếu

cách tiếp cận này không thành công, tần số vô tuyến

cắt bỏ nút nhĩ thất bằng cách đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn để kích hoạt tâm thất có thể

coi như là một phương sách cuối cùng. Cắt bỏ AF là chủ yếu

liên quan đến cải thiện triệu chứng. Ở trong

bệnh nhân cũng có rối loạn chức năng tim và tâm thu thất trái, có thể có thêm tử vong. Dài hạn

chống đông máu dựa trên nguy cơ đột quỵ cần được

được xem xét ở tất cả các bệnh nhân bất kể tỷ lệ hoặc

chiến lược nhịp điệu được sử dụng. Phẫu thuật (các thủ tục hành lang và mê cung có thể được xem xét nhưng thành công lâu dài không rõ ràng)

CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

DUYỆT CÁC YẾU TỐ RỦI RO Ở BỆNH NHÂN VỚI RUNG TÂM NHĨ

★ CHADS65 ★

- CHF (bất kỳ kỳ lịch sử, 1 điểm)

- HYPERTENSION (mọi lịch sử, 1 điểm)
- TUỔI ≥ 65 (1 điểm)
- BỆNH TIỂU ĐƯỜNG (1 điểm)
- STROKE HOẶC TIA (2 điểm)

★ CHADS2 ★

- CHF (bất kỳ lịch sử, 1 điểm)
- HYPERTENSION (mọi lịch sử, 1 điểm)
- TUỔI ≥ 75 (1 điểm)
- BỆNH TIỂU ĐƯỜNG (1 điểm)
- STROKE HOẶC TIA (2 điểm)
- RỦI RO LỬA ĐẢO (NEU KHÔNG ĐƯỢC XẢY RA) —0 điểm = 1,9% / năm, 1 = 2,8%, 2 = 4,0%, 3 = 5,9%, 4 = 8,5%, 5 = 12,5%, 6 = 18,2%

★ CHA2DS2-VASc ★

- CHF (bất kỳ lịch sử, 1 điểm)
- HYPERTENSION (mọi lịch sử, 1 điểm)
- TUỔI ≥ 75 (2 điểm)
- BỆNH TIỂU ĐƯỜNG (1 điểm)
- STROKE HOẶC TIA (2 điểm)
- BỆNH VASCULAR (mạch vành, động mạch chủ, hoặc ngoại vi) (1 điểm)
- TUỔI 65–74 (1 điểm)

- GIỚI TÍNH, nữ (1 điểm)

- RỦI RO LỪA ĐẢO (NẾU KHÔNG ĐƯỢC XỬ LÝ) — 0 điểm = 0% /

năm, 1 = 1,3%, 2 = 2,2%, 3 = 3,2%, 4 = 4,0%,

5 = 6,7%, 6 = 9,8%, 7 = 9,6%, 8 = 6,7%,

9 = 15,2%

- CHỈ ĐỊNH CHÍNH ĐỂ CHỐNG NHIỆT ĐỘ — CHADS2

điểm ≥ 1 , điểm CHADS65 ≥ 1 , CHA2DS2-VASc

điểm ≥ 2 ở nam hoặc điểm CHA2DS2-VASc

≥ 3 ở phụ nữ

- CÁC YẾU TỐ RỦI RO KHÁC — CAD, siêu âm tim

bất thường (kích thước tâm nhĩ > 5 cm, rối loạn chức năng LV), nhiễm độc giáp, bệnh van thấp khớp (RR 17). Tất cả các bệnh van hai lá từ trung bình đến nặng

bệnh nhân hẹp và HOCM có AF nên

bị mất tính đông máu (bất kể

Điểm CHADS2, CHADS65 hoặc CHA2DS2-VASc)

- GIẢM RỦI RO — kháng đông làm giảm nguy cơ

đột quỵ $\sim 60\%$

QUẢN LÝ DÀI HẠN VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ GCONT'DF GCONT'DF

- CÁC YẾU TỐ LÀM TĂNG RỦI RO KHI SỬ DỤNG WARFARIN - tuổi cao, giới tính nữ, tiểu đường,

xuất huyết trước, tăng huyết áp không kiểm soát được,

nghiện rượu hoặc bệnh gan, ung thư, chảy máu

rối loạn, bệnh thận mãn tính, ASA / clopidogrel / NSAID (bao gồm cả chất ức chế COX-2). Ghi chú

nguy cơ té ngã tự nó không phải là chống chỉ định

sử dụng warfarin

- RỦI RO KHI CHỐNG LÃO HÓA - như

Điểm CHADS2 tăng do đó nguy cơ chính

chảy máu (nhưng nguy cơ đột quỵ thường vẫn còn

cao hơn nguy cơ chảy máu). Benedt-to-risk

tỷ lệ chống đông máu nói chung trở thành

thậm chí còn thuận lợi hơn vì các yếu tố nguy cơ của đột quỵ

tích trữ. Tính toán nguy cơ chảy máu thường không cần thiết. Các mô hình rủi ro hiện tại không

dự đoán rủi ro cá nhân một cách đáng tin cậy. Sử dụng lâm sàng

sự phán xét

★ ĐÃ LÀM ĐƯỢC ★

- HYPERTENSION, HATT > 160 mmHg (1 điểm)

- KĨ NĂNG SỐNG THƯỜNG GẶP (1 điểm)

- CHỨC NĂNG THƯỜNG GẶP (1 điểm)

- STROKE (1 điểm)

- TIỀN ĐỘ VỆ SINH / DỰ ÁN (1 điểm)

- INR LABILE TRÊN WARFARIN (1 điểm)

- TUỔI THỌ, tuổi > 65 (1 điểm)

- THUỐC (ASA, clopidogrel, NSAIDS) (1 điểm)

- THUỐC (lạm dụng rượu) (1 điểm)

• RỦI RO KHI CHẾT — 0 = 1,13 lần chảy máu / 100 năm bệnh, 1 = 1,02, 2 = 1,88, 3 = 3,74, 4 = 8,70,

5 = 12,50, dữ liệu thiếu khoa học cho điểm ≥ 6

ĐỘC TÍNH QUAN TRỌNG CỦA AMIODARONE

• CARDIAC (5%) - nhịp tim chậm xoang và nút nhĩ thất

khởi. QT kéo dài dẫn đến xoắn đỉnh

điểm có thể hiếm khi xảy ra

• THYROID — nhiễm độc giáp do amiodarone

(3%). Loại 1 do tăng hormone tuyến giáp

tổng hợp từ iốt dư thừa (thường với

bệnh bướu cổ nhiều nốt cơ bản hoặc bệnh Graves). Loại 2 do viêm tuyến giáp phá hủy và

giải phóng hormone tuyến giáp. Doppler US hiển thị

bướu cổ và $\uparrow$ hệ mạch ủng hộ loại 1 (cường giáp), nhưng tuyến có kích thước bình thường và / $\downarrow$ mạch máu bình thường ủng hộ loại 2 (viêm tuyến giáp).

Sự hiện diện của (bất kỳ) hỗ trợ hấp thu radioiodine

cường giáp (loại 1), nhưng không có

sự hấp thu không khác nhau một cách đáng tin cậy giữa

loại 1 hoặc loại 2. Bệnh nhân dùng amiodarone có thể

không phát triển các triệu chứng cổ điển của nhiễm độc giáp. Điều trị bằng thuốc kháng giáp (đối với

loại 1) và steroid (đối với loại 2).

Suy giáp cũng phổ biến (20%)

VIÊM XOANG (<3%) - viêm phổi kẽ mãn tính (phổ biến nhất), viêm phổi tổ chức do mật mả, ARDS và phổi đơn độc

nốt sần. Đặc trưng về mặt mô học là có bọt

đại thực bào trong không gian. DLCO thường

giảm đi. CT ngực có thể thấy mờ / mờ khu trú kẽ hoặc phế nang. Đối xử với

steroid và ngừng amiodarone

- VIÊM GAN (15%) - viêm gan nhiễm mỡ không do rượu

trong trường hợp nghiêm trọng có thể dẫn đến xơ gan

- NEUROLOGIC (30%) - mất điều hòa, run, ngoại vi

bệnh viêm đa dây thần kinh, mất ngủ và

suy giảm trí nhớ

- TẦM NHÌN (100%) - vi mô giác mạc có thể

dẫn đến nhìn thấy quầng sáng, sợ ánh sáng và mờ

tầm nhìn. Tổn thương dây thần kinh thị giác (1–2%) có thể gây ra

mù lòa

CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ GCONT'DF VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ GCONT'DF

- DERMATOLOGIC (25–75%) - độ nhạy sáng,

đổi màu xám xanh (hội chứng người xanh) và rụng tóc. Điều này có thể hoàn nguyên khi

ngừng amiodarone, nhưng có thể dùng một

vài năm

- THEO DÕI — TSH, LFT, PFT và

X-quang. TSH và LFTs 6 tháng một lần, CXR hàng năm,

và PFT khi cần thiết