

TS Phan Đắ ng Bắ o Linh - Khoa Nắ i TM

GIắ I THIỂU

Rung nhắ là rắ i loắ n nhắ p bên biắ phắ biắ n nhắ tắ nh hắ ng đắ n 1,5-2 % dân số chung, tắ lắ này tăng lên đắ n 10%ắ tuắ i 80 và 18%ắ tuắ i 85. Ngoài lão hóa, mắ t sắ bắ nh tim mắ ch nhắ tăng huyắ t áp, suy tim, bắ nh van tim và còn có tình traắ ng không do tim mắ ch chắ ng hắ n nhắ bắ nh phắ i mãn tính, đắi tháo đắ ng, bắ t thắ ng đắ n giắ i, rắ i loắ n chắ c năng tuyắ n giáp và bắ nh thắ n mãn tính làm phát sinh rung nhắ. Cùng vắ i sắ biể u hiể n ngày càng tăng cắ a khắ i u ác tínhắ ngắ i già và cùng vắ i sắ tắ n tắ i cắ a các đắ u kiể n khác làm dễ mắc rung nhắắ bắ nh nhân ung thắ , mắ i liên kết giắ a hai đắ u kiể n đắ c đắ kiể nắ . Mắ t khác, rung nhắ tăng nguy cắ biắ n chắ ng tim mắ ch, bao gắ m cắ nguy cắ gắ p năm lắ n đắ t quắ và nguy cắ gắ p ba lắ n suy tim cũng nhắ tắ lắ tắ vong tăng gắ p đôi. Vì vắ y, rung nhắ biể u hiể n nhắ mắ t yắ u tắ bắ sungắ nh hắ ng đắ n tiên lắ ng cắ a bắ nh ác tính và là mắ t thách thắ c cho viắ c quắ n lý đắ u trắ bắ nh nhân ung thắ .

Table 1 Epidemiological Evidence of AF in Patients With Cancer

First Author, Year (Ref. #)	No. of Patients	Condition	AF Prevalence
Hu et al., 2012 (3)	24,125	Various types of cancer	2.4% at cancer diagnosis plus 1.8% after cancer diagnosis (new onset)
Erichsen et al., 2012 (4)	28,333 with AF and 28,3260 without AF	Colorectal cancer	Colorectal cancer: 0.59% in AF vs. 0.05% in non-AF
Guzzetti et al., 2008 (5)	1,317	Colorectal or breast cancer	3.6%
Guzzetti et al., 2002 (6)	456	Colorectal cancer	5.2%
Onalitis et al., 2010 (8)	13,906	Pulmonary resection for lung cancer	12.6%
Imperatorii et al., 2012 (9)	454	Pulmonary resection for lung cancer	9.9%
Cardinale et al., 2007 (10)	400	Pulmonary resection for lung cancer	18%
Roselli et al., 2005 (11)	604	Pulmonary resection for lung cancer	19%
Nojiri et al., 2011 (13)	553	Pulmonary resection for lung cancer	5.6%
Salvatici et al., 2010 (14)	400	Pulmonary resection for lung cancer	18%
Cardinale et al., 1999 (15)	233	Pulmonary resection for lung cancer	12%
Nojiri et al., 2010 (16)	126	Pulmonary resection for lung cancer	23%
Nojiri et al., 2010 (50)	80	Pulmonary resection for lung cancer	28%
Ciszewski et al., 2013 (65)	117	Pulmonary resection for lung cancer	16%
Siu et al., 2005 (18)	563	Colectomy for colorectal cancer	4.4%
Walsh et al., 2004 (24)	174	Colectomy for colorectal cancer	5.4% (pre- and post-operatively)
Ojima et al., 2013 (66)	207	Esophagectomy for esophageal cancer	9.2%
Erichsen et al., 2011 (28)	11,887	Cancer ± bisphosphonates	3.2% in bisphosphonate group vs. 2.4% in controls
Wilkinson et al., 2010 (29)	20,571	Cancer ± bisphosphonates	18.0% in bisphosphonate group vs. 12.7% in controls
Anslan et al., 2011 (67)	124	Cancer + bisphosphonate	0%
Abonowara et al., 2012 (68)	136	TSH suppression for thyroid cancer	10.3%

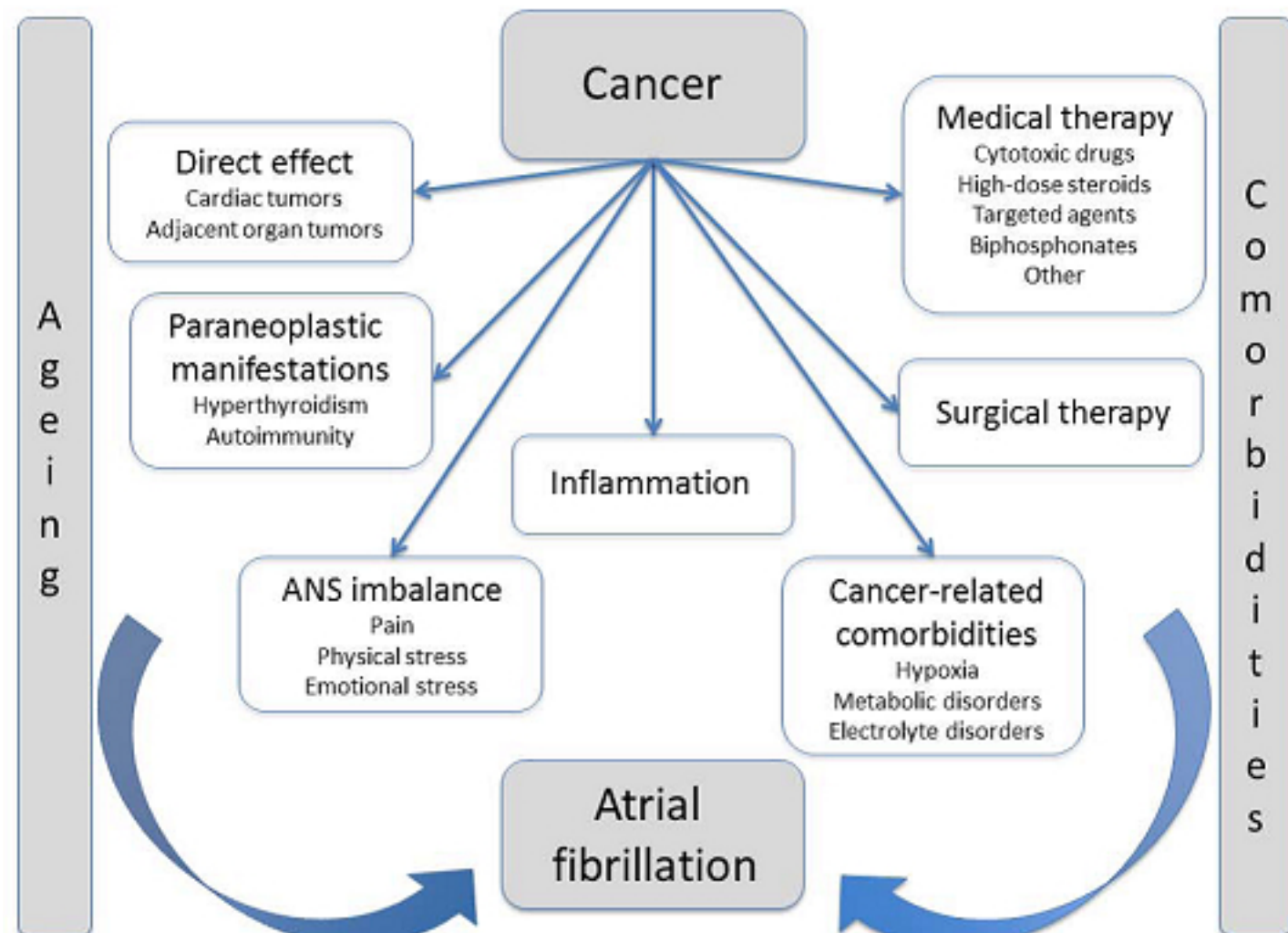
AF = atrial fibrillation; TSH = thyroid-stimulating hormone.

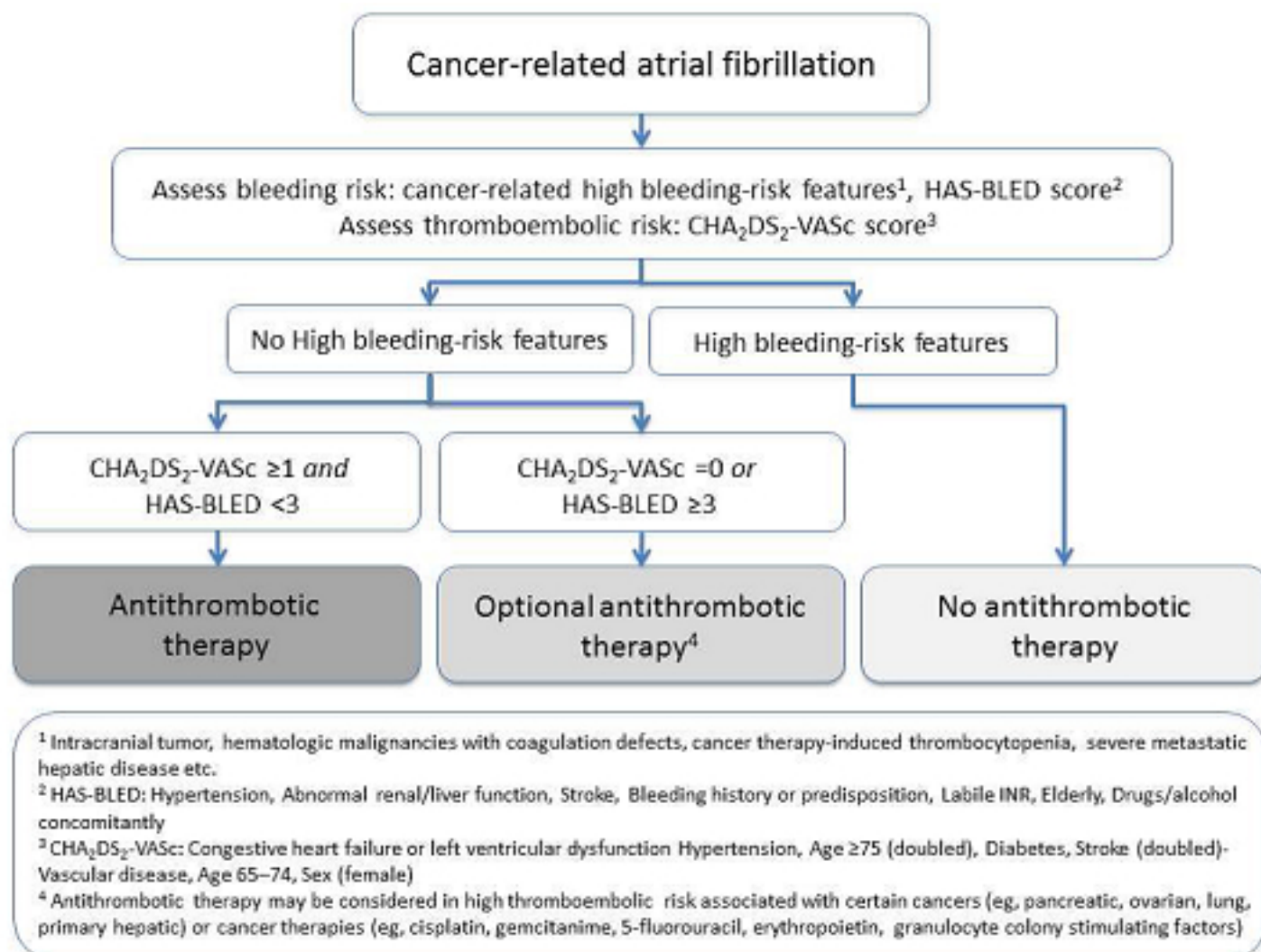
SINH LÝ BÊ NH

Rung nhĩ b nh nhân ung th biêm u hiêm n cho m t tình tra ng kết h p, khi b nh nhân cùng chia s m t s y u t nh h ng đ n rung nhĩ nh tu i cao, b t th ng đi n gi i, thi u oxy máu và r i lo n chuy n hóa. Mất cân b ng h th ng thân kinh t đ ng do hoa t đ ng giao c m tăng b i đau ho c các hình th c khác c a căng th ng th ch t ho c xúc c m cũng nh h ng đ n rung nhĩ. Rung nhĩ h n n a có th là k t qu c a tình tra ng câ n u (paraneoplastic) bao g m c ng c n giáp và các đáp ng t mi n ch ng c u trúc tâm nhĩ.

Rung nhĩ cũng là đ i di n cho bi u hi n tr c ti p c a các kh i u tim nguyên phát ho c di căn ho c kh i u c a các mô lân c n nh ph i, th c qu n xâm lấn vào tim. H n n a, rung nhĩ còn có th là m t bi n ch ng c a đi u tr ung th . Nh đã nói, rung nhĩ h u ph u x y ra th ng xuyên, đ c bi t là trong tr ng h p c t b ph i. Ngoài ra, nhi u thu c s đ ng đi u tr ung th cũng gây rung nhĩ. Các lo i thu c này bao g m h u h t các lo i thuốc gây đ c t bào nh cisplatin, 5-fluorouracil, doxorubicin, paclitaxel/ docetaxel, ifosfamide, gemcitabine và mitoxantrone, corticoid li u cao, các thuốc ch ng nôn nh ondansetron, tri li u m c tiêu và bisphosphonates.

Viêm có th là m u s chung c a c hai tình tra ng. Có ý ki n cho r ng rung nhĩ th c s có th là đ i di n cho bi n ch ng viêm c a b nh ung th . M t nghiên c u đ a vào cô ng đồng trên 5806 đ i t ng đ c theo dõi th i gian trung bình 7,8 năm, protein ph n ng C (CRP) tăng liên quan c v i s hi n di n rung nhĩ ban đ u (OR là 1.8 so t phân v th t v i t phân v đ u cu a CRP) và phát tri n rung nhĩ t ng lai (HR là 1,3 khi so t phân v CRP th t v i đ u tiên). Tăng CRP và chi điêm viêm khác nh y u t ho i t u α , interleukin-2, interleukin-6 và interleukin-8 đã đ c tìm th y trong rung nhĩ, trong khi b ch c u trung tính cao liên quan s xu t hi n rung nhĩ h u ph u nh ng b nh nhân chi u ph u thu t ung th đ i tr c tràng.





Bảng 2: Khuyến nghị thực tiễn cho việc sàng lọc và quản lý rung nhĩ liên quan đến ung thư, dựa trên các hướng dẫn hiện hành ở những bệnh nhân không ung thư và các chứng cứ hiện có, nếu có ở bệnh nhân ung thư.

Tầm soát	Khi nào - Sau khi chẩn đoán ung thư - Chu phẫu; bằng chứng mạnh mẽ hỗ trợ tăng xảy ra, đặc biệt ở những bệnh nhân có cắt bỏ phổi. - Trước và sau khi hóa trị liệu và phương pháp điều trị bệnh ung thư khác; một số bằng chứng hỗ trợ có kết hợp giữa rung nhĩ và liệu pháp điều trị ung thư, chẳng hạn như chất gây độc tế bào và phương pháp điều trị hỗ trợ như bisphosphonates. - Có các triệu chứng (đánh trống ngực liên tục, rối loạn nhịp) Làm sao - Theo dõi mạch bằng ECG
----------	--

Phòng ngừa tắc mạch huyết khối	Khi - Sau khi chẩn đoán rung nhĩ, bất kể loại (kích phát hoặc dai dẳng / vĩnh viễn) Ước tính nguy cơ tắc mạch huyết khối (TER) - TER cao trong sự hiện diện của huyết khối thuyên tắc trước; TER vừa phải khi hiện diện của ≥ 75 tuổi, tăng huyết áp, suy tim hoặc EF thất trái $\leq 35\%$ và đái tháo đường; - Công cụ đánh giá TER nhanh như điểm CHA₂DS₂-VASc¹ có thể được sử dụng. - Xem xét điều trị chống huyết khối ngay cả bệnh nhân TER thấp (ví dụ, CHA₂DS₂-VASc = 0) nguy cơ thuyên tắc huyết khối bổ sung liên quan với một số bệnh ung thư nhất định (ví dụ, tuyến tụy, buồng trứng, phổi, gan nguyên phát) hoặc liệu pháp điều trị ung thư (ví dụ, cisplatin, gemcitabine, 5-fluorouracil, erythropoietin, yếu tố kích thích dòng bạch cầu hạt) Ước tính nguy cơ chảy máu - Đặc trưng nguy cơ chảy máu cao liên quan đến ung thư như khối u nội sọ, khối u ác tính huyết học với khuyết điểm đông máu, giảm tiểu cầu liên quan các liệu pháp ung thư, bệnh gan di căn nặng ...vv có thể là chống chỉ định điều trị chống huyết khối bất kể TER. - Công cụ đánh giá nguy cơ chảy máu nhanh như điểm HAS-BLED² có thể được sử dụng. Thuốc - Heparins trọng lượng phân tử thấp: bằng chứng còn yếu có hiệu quả có lợi cho bệnh nhân ung thư - Thuốc kháng vitamin K: xem xét sự tương tác với liệu pháp điều trị ung thư đồng thời - Aspirin: chống chỉ định vì giảm tiểu cầu - Thuốc chống đông đường uống mới: chưa có dữ liệu ở bệnh nhân ung thư
--	---

Sốc điện	Bệnh nhân huyết động không ổn định - Sốc điện Bệnh nhân huyết động ổn định - Chu phẫu: chứng cứ yếu ủng hộ dùng amiodarone, landiolol - Không chu phẫu: tùy theo biểu hiện và mức độ nặng của bệnh tim cấu trúc; chứng cứ yếu nên dùng ibutilide
Thuốc duy trì nhịp xoang	- Xem xét điều trị dự phòng chu phẫu đặc biệt trong ở bệnh nhân phẫu thuật cắt phổi; chứng cứ yếu ủng hộ dùng amiodarone và landiolol - Xem xét những bệnh nhân với con kịch phát tái diễn, tuổi cao, bệnh tim mạch đi kèm ...v.v. - Xem xét các tương tác tiềm tàng với các liệu pháp ung thư đồng thời.
Kiểm soát tần số	- Phương thức chính ở bệnh di căn giai đoạn cuối cho chăm sóc giảm nhẹ - Chưa có bằng chứng về các thuốc cụ thể ở bệnh nhân ung thư - Xem xét tương tác tiềm tàng với liệu pháp điều trị ung thư đồng thời
Cắt đốt bằng Catheter	- Chưa có bằng chứng nào ở bệnh nhân ung thư - Có thể là một sự lựa chọn ở những bệnh nhân có triệu chứng rung nhĩ kịch phát mặc dù điều trị thuốc chống loạn nhịp - Xem xét ý muốn của bệnh nhân - Xem xét sự hiện diện của bệnh tim cấu trúc - Xem xét chẩn đoán ung thư (tuổi thọ) - Xem xét nguy cơ xuất huyết/ huyết khối cá nhân
Đóng/ nút tiền nhĩ trái	- Chưa có bằng chứng nào ở bệnh nhân ung thư - Có thể là một lựa chọn ở những bệnh nhân nguy cơ huyết khối tắc mạch và chảy máu cao - Xem xét ý muốn của bệnh nhân - Xem xét chẩn đoán ung thư (tuổi thọ)
1 CHA2DS2-VASc: Suy tim sung huyết hoặc tăng huyết áp rối loạn chức năng thất trái, tuổi ≥ 75 (tăng gấp đôi), đái tháo đường, đột quy (tăng gấp đôi), bệnh mạch máu, tuổi 65-74, giới (nữ). 2 HAS-BLED: Tăng huyết áp, bất thường chức năng thận/ gan, đột quy, tiền sử xuất huyết, INR không ổn định, người cao tuổi, thuốc/ rượu đồng thời.	