SUY TIM

**Louis Nguyễn**

|  |
| --- |
| *“Break through the silence, I can feel the energy rising.*  *Turn up the sirens, we were never meant to be quiet.”*  Martin Garrix |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Các nội dung cần chẩn đoán ở bệnh nhân suy tim**

Chẩn đoán xác định – chẩn đoán nguyên nhân – chẩn đoán thể/giai đoạn – chẩn đoán mức độ

1. **Tóm tắt hỏi bệnh trên BN suy tim**

- Hỏi các triệu chứng lâm sàng để đưa đến các hội chứng lâm sàng

- Hỏi các nguyên nhân gây suy tim (tim bẩm sinh, hẹp/hở van hai lá), chế độ ăn uống, sinh hoạt

- Hỏi các bệnh lý mạn tính (tăng huyết áp, đái tháo đường, phổi mạn tính)

1. **Bức tranh lâm sàng**

|  |  |
| --- | --- |
| Hội chứng | Đặc điểm |
| Hội chứng suy tim trái (ứ máu ngược lại phổi) | - Khó thở cơn, liên quan đến gắng sức. Lúc đầu khó thở về đêm sau xuất hiện nhiều hơn.  - Ho khan, ran ẩm phổi  - Giảm tưới máu ngực, tiểu ít, huyết áp thấp, kẹt, mạch nhanh nhỏ, da lạnh  - Mỏm tim đập lệch (T), diện đập rộng, tiếng ngựa phi và tiếng thổi tâm trương  - Hình tim (T) to trên X-quang, phì đại nhĩ thất trên điện tim  - Hình ảnh dày thành thất (T), giãn nhĩ (T), suy chức năng, hở 2 lá trên siêu âm  - Có nguyên nhân |
| Hội chứng suy tim phải (ứ máu ngoại vi) | - Khó thở liên tục phân biệt với khó thở cơn suy tim (T)  - Phù chi dưới, gan to, tĩnh mạch cổ nổi. Lách to, vàng da. Tam chứng Galliard.  - Tím môi, đầu chi, ngón tay dùi trống  - Dấu Hazer (+), tiếng thổi tâm thu, tiếng ngựa phi  - Phì đại thất (P), nhĩ (P) trên Xquang và điện tim  - Giãn thất (P), giảm chức năng, hở van 3 lá và tăng áp động mạch phổi trên siêu âm  - Có nguyên nhân |
| Hội chứng thiếu máu | Định hướng tới suy giảm chức năng thận |
| Hội chứng nhiễm trùng | Hay gặp trong giai đoạn cấp |

1. **Các xét nghiệm cần làm ở BN suy tim**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Xét nghiệm | Giá trị bình thường | Đặc điểm và ý nghĩa |
| BNP | <125 pg/ml | - BNP là viết tắt của Brain Natriuretic Peptide hay B-type Natriuretic Peptide, gọi chung với tên là peptide lợi niệu hay peptide nội tiết tim mạch được sản xuất bởi tâm thất trái của tim. BNP hiện diện ở não và tâm thất trái của tim, với dạng tiền chất gồm 108 acid amin phân chia, PrePro–BNP có 134 acid amin, khi ở dạng Pro–BNP bị loại bỏ acid amin. Pro–BNP gồm 2 phần là NT–ProBNP và BNP, phân tách thành BNP hoạt động và NT-proBNP không hoạt động.  - Nồng độ BNP giúp đánh giá sự suy giảm chức năng tim và tiên lượng đột tử ở bệnh nhân suy tim. |
| Điện tim | Nhĩ (T) | Giãn khi P rộng > 0.12s (3 ô) |
| Thất (T) | Giãn khi SV1+RV5 >= 35 mm |
| Nhĩ (P) | Giãn khi P cao > 2.5 mm (2.5 ô) |
| Thất (P) | Giãn khi RV1+SV5 > 11mm |
| Siêu âm tim | Nhĩ (T) | Giãn khi đường kính > 35 mm |
| Thất (T) | Dd – đường kính tâm trương, giãn khi > 50 mm  Ds – đường kính tâm thu, giãn khi > 35 mm |
| Nhĩ (P) |  |
| Thất (P) | Giãn khi đường kính > 20 mm |
| EF | Phân số tống máu:  Giảm khi EF < 40%  EF > 50 % là bảo tồn  EF 41-49% là trung bình  Đo bằng phương pháp Simpson có giá trị cao hơn |
| TAPSE | Biên độ dịch chuyển của vòng van ba lá. Đánh giá suy chức năng tâm thu thất (P) bình thường ≥ 16 mm |
| Bề dày vách liên thất | Bình thường < 8 mm |
| Bề dày thành sau thất trái | Bình thường < 8 mm |
| Tình trạng các van tim | Dựa vào đặc điểm đánh giá biến chứng suy tim hay nguyên nhân suy tim |
| Xquang |  | Bóng tim to, chỉ số tim ngực tăng  Mỏm tim tròn, chếch xuống trong suy tim (T). Mỏm tim nhọn, chếch lên trong suy tim (P) |

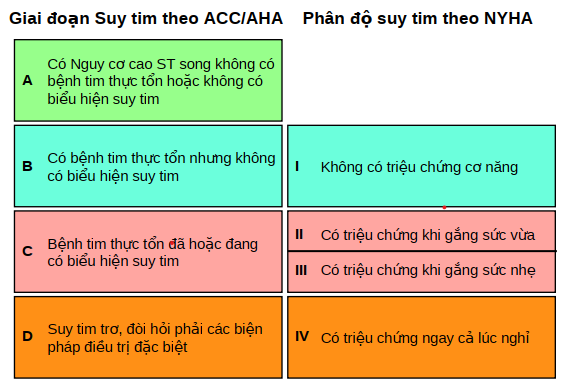
1. **Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim theo lâm sàng**

- Để chẩn đoán cần có hội chứng suy tim trái/phải (lâm sàng và cận lâm sàng), nguyên nhân gây suy tim

1. **Chẩn đoán giai đoạn và mức độ của suy tim**

- Chẩn đoán giai đoạn theo A-D của ACC/AHA

- Chẩn đoán mức độ NYHA



1. **Các nguyên nhân gây suy tim**

|  |  |
| --- | --- |
| Bệnh cơ tim | - Bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim  - Tăng huyết áp hay gây suy tim (T)  - Bệnh cơ tim gia đình  - Viêm cơ tim do thấp  - Do thuốc chẹn beta, chẹn calxi, thuốc loạn nhịp, thuốc độc  - Độc tố  - Nguyên nhân nội tiết  - Dinh dưỡng  - Thâm nhiễm  - Nguyên nhân khác |
| Rối loạn nhịp và dẫn truyền | - Rung nhĩ, cuồng nhĩ, nhịp nhanh thất gây suy tim (T) |
| Bệnh van tim | - Hở van 2 lá, hở/hẹp van động mạch chủ gây suy tim (T)  - Hẹp 2 lá gây suy tim (P) |
| Bệnh tim bẩm sinh | - Hẹp eo động mạch chủ, còn ống động mạch, ống nhĩ thất chung gây suy tim (T)  - Hẹp van động mạch chủ giai đoạn đảo shunt (P) => (T) gây suy tim (P) |
| Bệnh màng ngoài tim | - COPD, nhồi máu phổi, tăng áp động mạch phổi gây suy tim (P) |

1. **Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim mạn tính theo Framingham**

- Tiêu chuẩn Framingham, chẩn đoán xác định suy tim được thiết lập khi bệnh nhân có 2 tiêu chuẩn chính hoặc 1 tiêu chuẩn chính kèm 2 tiêu chuẩn phụ.

|  |  |
| --- | --- |
| - Tiêu chuẩn chính  + Xuất hiện cơn khó thở kịch phát về đêm. Khó thở đến mức phải ngồi dậy để thở  + Tĩnh mạch cổ nổi  + Ran ở phổi  + Các buồng tim bị giãn  + Phù phổi cấp  + Tiếng T3  + Thời gian tuần hoàn > 25 giây  + Áp lực tĩnh mạch hệ thống > 16cmH2O  + Phản hồi gan – tĩnh mạch cổ dương tính | - Tiêu chuẩn phụ  + Ho nhiều về đêm  + Khó thở khi gắng sức  + Phù cổ chân  + Siêu âm thấy gan to  + Tràn dịch màng phổi  + Dung tích sống giảm 1/3 so với chỉ số tối đa  + Nhịp tim nhanh (> 120 chu kì/phút)  - Tiêu chuẩn chính hoặc phụ:  + Giảm 4,5 kg/ 5 ngày điều trị suy tim |

1. **Điều trị suy tim**

a. Nguyên tắc

- Điều trị triệu chứng (khó thở, phù)

- Điều trị tiên lượng Làm giảm gánh nặng cho tim để tăng hoạt động của tim (gồm các nhóm thuốc chính Ức chế men chuyển/chẹn AT1, giảm nhịp chẹn beta hoặc Ivabradine, lợi tiểu kháng Aldosteron, SGLT-2 và Digoxin)

- Điều trị yếu tố nguy cơ

b. Điều trị thuốc cụ thể

- Điều trị theo giai đoạn đã lỗi thời:

+ Chế độ ăn nhạt tương đối/tuyệt đối, sinh hoạt vận động theo tình trạng hiện tại. Hạn chế đưa nước vào cơ thể dựa trên nước tiểu của BN (bilan vào – bilan ra).

+ Giai đoạn A điều chỉnh các yếu tố nguy cơ

+ Giai đoạn B điều trị giống giai đoạn A và cân nhắc dùng ức chế men chuyển, chẹn beta giao cảm

+ Giai đoạn C điều trị giống giai đoạn A-B và cân nhắc lợi tiểu nếu cần (kháng aldosterone), giải quyết nguyên nhân. Lisinopril 10mg có nhiều bằng chứng hỗ trợ BN suy tim bắt đầu với liều thấp 5-10mg/ngày và tăng lên tối đa 20mg/ngày. Dùng lợi tiểu quai (furosemid) khi ứ dịch nhiều, khó thở nhiều. Điều chỉnh lợi tiểu căn cứ vào lượng nước tiểu.

- Điều trị theo nguyên tắc và phác đồ của Bộ Y tế.

c. Mục tiêu

- Đưa tần số tim về 60-70 ck/ph

- Huyết áp 130-140/80-90 mmHg

1. **Làm thế nào để phân biệt suy tim gây hẹp/hở van hai lá hay hẹp/hở van hai lá gây suy tim?**

- Trên lâm sàng không thể phân biệt được

- Dựa vào siêu âm để quan sát tình trạng van tim:

+ Hở van hai lá cơ năng van thanh mảnh, không có tổn thương tại chỗ

+ Tổn thương tại chỗ là tổn thương thực thể

+ Van hai lá dày, vôi hóa ủng hộ hẹp hở van hai lá là nguyên nhân suy tim

+ Hở van hai lá dẫn tới suy tim. Suy tim lại càng làm hở van hai lá tạo thành vòng xoắn bệnh lý.

1. **Tiên lượng BN**

- Dựa vào quá trình điều trị

- Tiên lượng xa cần giải quyết nguyên nhân

**Tài liệu tham khảo**

1. [1857\_Huong\_dan\_suy\_tim\_signed\_8e519ed3f9.pdf (kcb.vn)](https://kcb.vn/upload/2005611/20220722/1857_Huong_dan_suy_tim_signed_8e519ed3f9.pdf)