

## SUY TIM V I CH C N NG TÂM THU TH T TRÁI B O T N

### I. CH N OÁN

- LS: có tri u ch ng suy tim (khó th ...) th ng x y ra sau g ng s c ho c quá t i d ch, c n THA n ng, TMCT c p... C ng có th x y ra lúc ngh khi b nh ti n tri n.
- CLS: có b ng ch ng ch c n ng tâm thu th t trái b o t n ho c bình th ng (EF 50%) và ch c n ng tâm tr ng th t trái b r i lo n d a trên siêu âm ho c thông tim.

### II. I U TR

- Các nghiên c u g n ây cho th y t l tái nh p vi n bn ST v i CNTTTT b o t n và ST v i CNTTTT gi m là nh nhau. Khác v i ST v i CNTTTT gi m, nh ng tr li u b nh nhâ n ST v i CNTTTT b o t n cho n hi n nay ch a cho th y c i thi n t l t vong, ch y u là gi m tri u ch ng và nâng cao ch t l ng cu c s ng.
- M c tiêu i u tr bao g m:
  - + Gi m quá t i d ch v i thu c l i ti u. Dùng ng TM ho c u ng tùy n ng tri u ch ng LS.
  - + Ki m soát HA
  - + Ki m soát t n s tim:
    - ✓ bn nh p xoang: gi TS tim < 70/ph: UC beta, UC canxi, Ivabradine
    - ✓ bn rung nh : gi TS th t # 80-110/ph v i UC bêta, UC canxi, digoxin ho c chuy n nh p b ng thu c (amiodarone, dronedarone) ho c s c i n.
  - + T m soát và t i u hóa i u tr b nh n n nh : T ng huy t áp, Thi u máu c tim, T , B nh th n m n, BPTNM, Thi u máu thi u s t, H i ch ng ng ng th khi ng .
  - + Hi n nay trong các guidelines, các thu c nh UCMC, UCTT, UC canxi, UC beta không c khuy n cáo nh là tr li u chính bn ST v i CNTTTT b o t n mà có vai trò trong vi c t i u hóa i u tr b nh n n nhóm bn này.
  - + Thu c kháng aldosteron (spironolacton 25 mg/ngày) bn ST v i CNTTTT b o t n có th làm gi m t l tái nh p vi n (theo nghiên c u TOPCAT)
  - + Thu c c ch kênh If (Ivabradine 5mg x2/ngày) hi n cho th y có c i thi n áp l c y th t trái và kh n ng g ng s c.

- + Thu c c ch phosphodiesterase-5 (Sildenafil) có hi u qu bn ST v i CNTTTT b o t n có t ng áp ph i.
- + Statin bn b nh m ch vành có th ng n ch n xu t hi n suy tim nh ng bn ch a t ng suy tim. Có th c i thi n t vong m i nguyên nhân
- + LCZ696 là m t tr li u h a h n trong t ng lai nhóm bn này (ngiên c u PARAMOUNT...)
- + Ngoài ra c n thay i l i s ng: h n ch mu i, gi m cân, ho t ng th l c có ki m soát.

### III. TÀI LI U THAM KH O

1. Roberto Ferrari et al. Heart failure with preserved ejection fraction: uncertainties and dilemmas. *European Journal of Heart Failure* (2015) 17, 665–671
2. [Vazir A](#), [Solomon SD](#). Management strategies for heart failure with Preserved Ejection Fraction, *Heart Failure Clin* 10 2014, 591-598
3. Pitt B et al. Spironolactone for heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2014;**370**:1383–1392
4. Pfeffer MA et al. regional variation in patients and outcomes in the Treatment of Preserved Cardiac Function Heart Failure With an Aldosterone Antagonist (TOPCAT) Trial. *Circulation* 2015;**131**:34–42.
5. Kjeksus J, Pedersen TR, Olsson AG, Faergeman O, Pyorala K. The effects of simvastatin on the incidence of heart failure in patients with coronary heart disease. *J Card Fail* 1997;**3**:249–254
6. [Nativi-Nicolau J](#), [Ryan JJ](#), [Fang JC](#). Current Theurapeutic Approach in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction, *Heart Failure Clin* 10 2014, 525-538
7. Effect of If channel Inhibition on Hemodynamic status and exercise tolerance in Heart Failure with Preserve Eject Fraction, a randomized trial, *JACC*, vol.62, No. 15, 2013.
8. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehs104
9. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. *Circulation* 2013;128:e240-e327