

SUY TIM

1. Định nghĩa

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp, là hậu quả của tổn thương thực thể hay rối loạn chức năng của tim; dẫn đến tâm thất không đủ khả năng tiếp nhận máu (suy tim tâm trương) hoặc tổng máu (suy tim tâm thu).

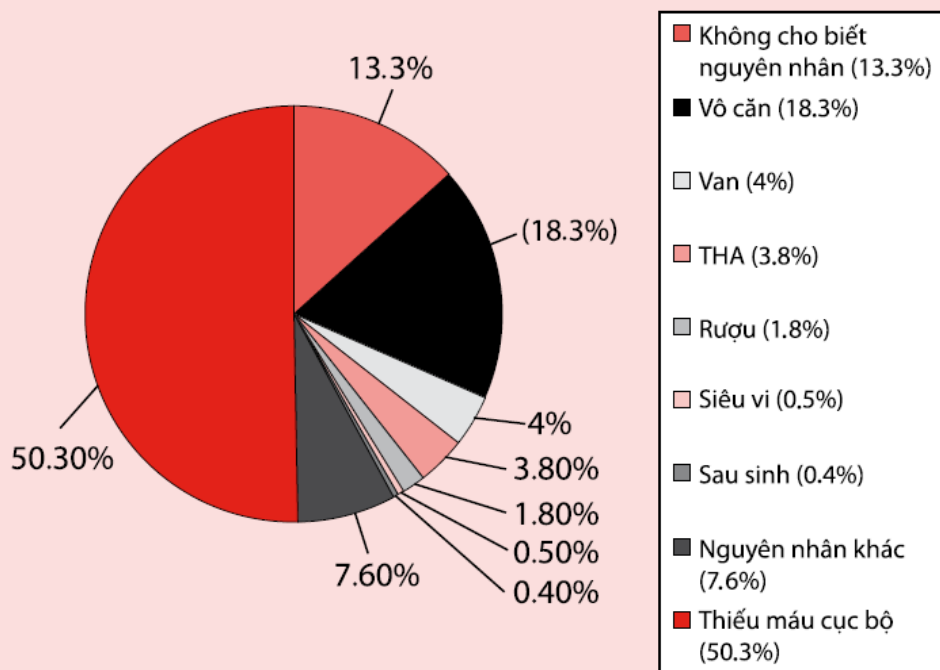
2. Nguyên nhân suy tim và các yếu tố thúc đẩy suy tim

Trước một bệnh nhân suy tim, cần tìm các nguyên nhân dẫn đến tình trạng hiện tại của bệnh:

- Nguyên nhân nền (underlying cause)
- Nguyên nhân hay yếu tố làm nặng (Precipitating cause)

Tại phương Tây, nguyên nhân chính của suy tim là bệnh động mạch vành và tăng huyết áp. Tại Việt Nam, bệnh van tim hậu thấp còn cao, do đó nguyên nhân chính của suy tim ở người trẻ dưới 40 tuổi thường là bệnh van tim; khi tuổi lớn hơn, bệnh động mạch vành và tăng huyết áp sẽ là nguyên nhân chính của suy tim.

Hình 1: Nguyên nhân suy tim



TL: Am. Heart J. 121: 1852-1853, 1991

Ở bệnh nhân suy tim tâm trương (có triệu chứng suy tim sung huyết nhưng phân suất tống máu $\geq 45\%$), nguyên nhân chính cũng thường là bệnh động mạch vành và tăng huyết áp; các nguyên nhân khác gồm: hẹp van động mạch chủ, bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim hạn chế.

Các yếu tố thúc đẩy làm nặng suy tim bao gồm:

- Sự không tuân thủ điều trị (thuốc, dinh dưỡng)
- Sử dụng thuốc không phù hợp (Thí dụ: Kháng viêm, ức chế calci...)
- Thiếu máu cục bộ cơ tim hay nhồi máu cơ tim
- Bệnh hệ thống (thiếu máu, tuyến giáp, nhiễm trùng)
- Thuyên tắc phổi

Trong một nghiên cứu dựa trên 101 trường hợp bệnh suy tim nặng hơn cần nhập viện, có 93% trường hợp phát hiện được yếu tố làm nặng (Bảng)

YẾU TỐ LÀM NẶNG	SỐ BỆNH NHÂN
Không tuân thủ điều trị	64
Dinh dưỡng	22
Thuốc	6
Cả hai	37
THA không kiểm soát được	44
Loạn Nhịp tim	29
Rung nhĩ	20
Cuồng nhĩ	7
Nhịp nhanh nhĩ đa ổ	1
Nhịp nhanh thất	1
Yếu tố môi trường	19
Điều trị không đủ	17
Nhiễm trùng phổi	12
Stress tinh cảm	7
Sử dụng thuốc không phù hợp hoặc quá tải dịch	4
Nhồi máu cơ tim	6
Rối loạn nội tiết (TD: Cường giáp)	1

TL: Arch. Intern Med 148: 2013,1988

3. Chẩn đoán suy tim

Trước một bệnh nhân, có thể có 1 hay nhiều triệu chứng cơ năng hoặc thực thể nằm trong hội chứng suy tim; cần trả lời các vấn đề sau:

- Lượng định ban đầu giúp xác định chẩn đoán suy tim và đánh giá độ nặng.

- Lượng định nguyên nhân suy tim.
- Tìm yếu tố làm nặng và tiên lượng bệnh.
- Hỏi bệnh sử và khám thực thể kỹ lưỡng giúp có hướng chẩn đoán suy tim.
- Tiêu chuẩn Framingham và tiêu chuẩn châu Âu giúp chẩn đoán suy tim được dùng phổ biến.

Tiêu chuẩn Framingham chẩn đoán suy tim

- Tiêu chuẩn chính:

- Cơ khó thở kịch phát về đêm hoặc khó thở phải ngồi
- Phồng TM cổ
- Ran
- Tim lớn
- Phù phổi cấp
- T3
- Áp lực TM hệ thống > 16 cm H₂O
- Thời gian tuần hoàn > 25 giây
- Phản hồi gan TM cổ

- Tiêu chuẩn phụ

- Phù cổ chân
- Ho về đêm
- Khó thở gắng sức
- Gan lớn
- Tràn dịch màng phổi
- Dung tích sống giảm 1/3 so với tối đa
- Tim nhanh (> 120 /phút)

- Tiêu chuẩn chính hay phụ: Giảm 4,5 kg/ 5 ngày điều trị suy tim

Chẩn đoán xác định suy tim:

2 tiêu chuẩn chính hoặc 1 tiêu chuẩn chính kèm 2 tiêu chuẩn phụ

Các tiêu chuẩn xác định suy tim (Theo Hội Tim mạch Châu Âu)

1. Có triệu chứng cơ năng suy tim (*khó thở lúc gắng sức hay khi nghỉ, mệt mỏi*), và
2. Triệu chứng thực thể đặc thù của suy tim (*tim nhanh, thở nhanh, ran ở phổi, tràn dịch màng phổi, tăng áp lực tĩnh mạch cổ, phù ngoại vi, gan lớn*), và
3. Chứng cứ khách quan của bất thường chức năng hay cấu trúc tim lúc nghỉ (*tim lớn, T3, âm thổi tim, bất thường ECG, tăng peplide bài niệu (NT- proBNP)*)

Các phương tiện cận lâm sàng như định lượngBNP hoặc NT - pro BNP trong huyết tương, siêu âm tim góp phần xác định chẩn đoán suy tim trong hầu hết trường hợp.

- ECG và phim ngực thẳng sau trước cũng cần thiết trong mọi trường hợp nghi ngờ suy tim. ECG, phim ngực và siêu âm tim giúp lượng định độ nặng và nguyên nhân suy tim.
- Siêu âm tim 2D và Doppler là phương tiện cận lâm sàng thuận tiện giúp chẩn đoán rối loạn chức năng tâm thu, rối loạn chức năng tâm trương, xác định nguyên nhân suy tim và lượng định độ nặng. Các bất thường ở van tim, cơ tim và màng ngoài tim giúp có hướng chẩn đoán nguyên nhân suy tim. Siêu âm tim cũng giúp theo dõi hiệu quả điều trị; áp lực động mạch phổi tăng hay bình thường đo được bằng siêu âm giúp có hướng lựa chọn thuốc điều trị hay chỉ định phẫu thuật.
- ECG và phim ngực bình thường trên bệnh nhân nghi ngờ suy tim giúp tìm hướng khác trong chẩn đoán. Tuần hoàn mạch máu phổi và các dấu hiệu trên nhu mô phổi phát hiện qua phim ngực giúp ước lượng độ nặng của suy tim.
- Đo nồng độ peptide bài niệu kiểu B (BNP) hoặc NT - proBNP có thể hữu ích trong trường hợp cấp cứu khi chẩn đoán suy tim chưa chắc chắn. BNP gia tăng trong các trường hợp: giảm phân xuất tổng máu, phình đại thất trái, nhồi máu cơ tim cấp, thiếu máu cục bộ, thuyên tắc phổi và bệnh phổi mạn tắc nghẽn.
- Không dùng nồng độ BNP tăng đơn độc để xác định hay loại trừ chẩn đoán suy tim. Cần kết hợp thêm với lâm sàng và cận lâm sàng khác. Trong cấp cứu, kết hợp với lâm sàng NT-pro BNP hoặc BNP giúp phân biệt khó thở do suy tim với khó thở do suy tim với khó thở do nguyên nhân khác.

4. Phân độ suy tim

Cần phân biệt giữa rối loạn chức năng tim và khả năng đáp ứng với gắng sức của suy tim. Một bệnh nhân bệnh cơ tim dẫn nhĩ có thể có phân xuất tổng máu (PXTM) khoảng 20% nhưng không có triệu chứng cơ năng. Phân độ chức năng của suy tim theo Hội Tim New

York (NYHA) được sử dụng từ lâu, dựa vào triệu chứng cơ năng và khả năng gắng sức. Mặc dù phân độ này có nhược điểm là chủ quan, nhưng đơn giản và tiện dụng nên được chấp nhận và phổ biến nhất.

Phân độ chức năng suy tim theo NYHA

- **Độ I:** Vận động thể lực thông thường không gây mệt, khó thở hoặc hồi hộp.
- **Độ II:** Hạn chế nhẹ vận động thể lực. Bệnh nhân khỏe khi nghỉ ngơi. Vận động thể lực thông thường dẫn đến mệt, hồi hộp, khó thở hoặc đau ngực.
- **Độ III:** Hạn chế nhiều vận động thể lực. Mặc dù bệnh nhân khỏe khi nghỉ ngơi, nhưng chỉ vận động nhẹ đã có triệu chứng cơ năng.
- **Độ IV:** Không vận động thể lực nào mà không gây khó chịu. Triệu chứng cơ năng của suy tim xảy ra ngay khi nghỉ ngơi.

Suy tim là một hội chứng của nhiều nguyên nhân khác nhau, có thể tiến triển không ngừng. Điều trị suy tim cũng thay đổi theo giai đoạn tiến triển của bệnh. Do đó từ năm 2001, Hunt SA và c/s phân suy tim ra nhiều giai đoạn: A, B, C và D.

Phân chia suy tim theo các giai đoạn

- **Giai đoạn A:** bao gồm những BN có nguy cơ suy tim (td: THA, đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa...) nhưng chưa có tổn thương thực thể trên tim và chưa có triệu chứng cơ năng suy tim.
- **Giai đoạn B:** là mức tiến triển của GD A, BN đã có tổn thương thực thể của tim nhưng chưa có triệu chứng cơ năng hay triệu chứng thực thể của suy tim (dày thất trái trong bệnh THA, NMCT cũ, ...)
- **Giai đoạn C:** nặng hơn, BN có tổn thương thực thể tim, hiện tại hay tiền sử có triệu chứng cơ năng suy tim.
- **Giai đoạn D:** là nặng nhất, suy tim kháng trị, khó thở khi nghỉ dù uống thuốc tối đa, cần những biện pháp điều trị đặc biệt như máy trợ tim, ghép tim...

5. Điều trị suy tim

Các vấn đề trong điều trị suy tim

- 1. Điều trị nguyên nhân suy tim**
- 2. Điều trị các yếu tố thúc đẩy suy tim**
- 3. Tập luyện thể lực và phục hồi chức năng tim.**
- 4. Điều trị triệu chứng suy tim theo cơ chế sinh lý bệnh, theo các giai đoạn suy tim (a, b, c hay d)**

Đã có một số quan điểm mới trong hiểu biết về cơ chế sinh lý bệnh của suy tim. Sự hiểu biết sâu hơn về cơ chế suy tim này đã dẫn đến tiến bộ trong điều trị: không chỉ dùng các thuốc tăng co cơ tim, giảm ứ dịch, giảm tiền tải hậu tải và chẹn beta, còn dùng các biện pháp cơ học tạo đồng bộ tâm thất, giảm dẫn thất (phẫu thuật Dor, sửa van tim...).

CÁC GIẢ THUYẾT VỀ CƠ CHẾ SINH LÝ BỆNH SUY TIM THEO THỜI GIAN

- Mô hình tim thận (cardiorenal model): suy tim do ứ nước và muối
- Mô hình huyết động (hemodynamic model): suy tim do suy bơm và co mạch ngoại vi
- Mô hình thần kinh hormone (neurohormonal model): tăng hoạt thần kinh và nội tiết/ suy tim (cuối 80s và đầu 90s)
- Hiện nay: mô hình cơ sinh học (biomechanical model): suy tim do biến đổi phân tử, tái cấu trúc

(Theo Mann DL, Bristow MR. *Mechanisms and models in Heart Failure. Circulation* 2005; 111: 2837 – 2849)

Có thể chia điều trị suy tim ra 4 mức độ theo các giai đoạn của suy tim:

- Điều trị BN có nguy cơ cao dẫn đến suy tim (GĐ A)
- Điều trị BN có bất thường thực thể hoặc cấu trúc tim, nhưng chưa có triệu chứng cơ năng suy tim (GĐ B)
- Điều trị BN trước kia hay hiện tại có triệu chứng cơ năng suy tim (GĐ C)
- Điều trị suy tim kháng trị (giai đoạn cuối của suy tim - GĐ D)

5.1. Điều trị BN có nguy cơ cao suy tim (GĐ A)

• Chỉ định loại Ia:

- BN có nguy cơ cao suy tim (*THA, rối loạn lipid máu, đái tháo đường*) cần được điều trị theo đúng các mục tiêu của khuyến cáo liên quan.
- Bệnh nhân có nguy cơ cao suy tim, cần được khuyên tránh các chất làm tăng suy tim. Td: *thuốc lá, uống rượu quá mức, ma túy.*
- Nhịp thất cần được kiểm soát hoặc phục hồi nhịp xoang trên BN có nhịp nhanh trên thất.
- Điều trị bệnh lý tuyến giáp theo đúng các khuyến cáo.
- BN cần được chỉ định cận lâm sàng không xâm nhập (td: đo PXTM bằng siêu âm tim) trên người bệnh có tiền sử gia đình bị bệnh cơ tim hoặc trên người sử dụng được chất độc cho tim.

- **Chỉ định loại IIa:**Ức chế men chuyển hoặc Chẹn thụ thể angiotensin II có thể hữu ích phòng ngừa suy tim trên bệnh nhân có tiền sử bệnh do xơ vữa động mạch hoặc đái tháo đường hoặc THA

5.2. Điều trị BN có tổn thương thực thể tim nhưng chưa có triệu chứng cơ năng suy tim (GD B)

- **Chỉ định nhóm I:** Tất cả các biện - pháp của giai đoạn A cần được áp dụng cho BN có tổn thương thực thể tim dù chưa triệu chứng cơ năng.
 - Chẹn beta và ƯCMC: mọi BN sau NMCT bất kể PXTM hay triệu chứng cơ năng của suy tim.
 - Chẹn beta và ƯCMC: mọi BN giảm PXTM dù không có tiền sử NMCT và không suy tim.
 - Chẹn thụ thể angiotensin II: mọi BN sau NMCT có PXTM giảm, dù không suy tim, các bệnh nhân này không dung nạp được ƯCMC.
 - Tái lưu thông động mạch vành (ĐMV), Sửa van hay thay van: chỉ định theo đúng khuyến cáo dù không triệu chứng suy tim.
- **Chỉ định nhóm IIa:** ƯCMC hoặc chẹn - thụ thể angiotensin II: có thể có lợi ở bệnh nhân THA kèm dày thất trái và không triệu chứng cơ năng suy tim.
 - Chẹn thụ thể angiotensin II: có thể có lợi ở bệnh nhân PXTM thấp và không triệu chứng suy tim, khi các bệnh nhân này không dung nạp được ƯCMC.
 - Đặt máy chuyển nhịp phá rung trên bệnh nhân bệnh cơ tim/TMCB có ít nhất 40 ngày sau NMCT cấp, PXTM < 30%, NYHA I dưới điều trị nội tối đa và có hy vọng sống trên 1 năm.
- **Chỉ định nhóm IIb:** Đặt ICD cho BN bệnh cơ tim không TMCB có PXTM < 30%, có NYHA 1 dưới điều trị nội tối đa và có hy vọng sống > 1 năm

5.3. Điều trị BN suy tim, trước kia hoặc hiện tại có triệu chứng cơ năng (GD C)

- **Chỉ định nhóm I:** Tất cả các biện pháp của giai đoạn A và B cần được áp dụng cho BN suy tim, trước kia hoặc hiện tại có triệu chứng cơ năng (GD C)
 - Lợi tiểu và hạn chế muối: khi có dấu ứ dịch
 - Chẹn beta (bisoprolol, carvedilol, metoprolol succinate): mọi trường hợp ngoại trừ chống chỉ định
 - ƯCMC, chẹn thụ thể angiotensin II đơn độc hoặc phối hợp

- Tránh thuốc chống loạn nhịp, kháng viêm không steroid hoặc ức chế COX –2, ức chế calci
- Luyện tập thể lực theo chương trình
- Thuốc đối kháng aldosterone: spironolactone, eplerenone
- Tái đồng bộ thất: tạo nhịp 2 buồng thất
- Tạo nhịp phá rung cấy được (ICD)

• **Chỉ định nhóm IIa:**

- Digitalis (loại IIa)
- Ivabradine (Procoralan ®), ức chế trực tiếp nút xoang, so sánh với placebo chứng minh hiệu quả giảm tử vong tim mạch và nhập viện trên bệnh nhân suy tim tâm thu có triệu chứng cơ năng, nhịp xoang, tần số tim ≥ 70 /ph. Ivabradine được chỉ định khi đã đạt liều đầy đủ chẹn beta (TD: bisoprolol 10 mg, carvedilol 100mg, nebivolol 5 mg, Metoprolol succinate 200 mg), tần số tim vẫn còn ≥ 70 /ph.

• **Chỉ định nhóm III:**

- Không nên phối hợp thường qui UCMC, chẹn thụ thể AII với thuốc đối kháng aldosterone.
- Không nên dùng thường qui ức chế calci.
- Truyền lâu dài thuốc tăng co cơ tim có thể có hại, ngoại trừ khi BN bị suy tim giai đoạn cuối.
- Điều trị bằng hormone có thể có hại, ngoại trừ trường hợp dùng hormone thay thế.

Một số vấn đề mới: Điều trị bằng dụng cụ trong suy tim (Device therapy)

Các phương tiện điều trị cơ học giúp giảm tái cấu trúc thất trái và tăng hiệu quả tổng máu của tim, bao gồm:

- Máy chuyển nhịp phá rung cấy được (Implantable Cardioverter – Defibrillators) ICD
- Tái đồng bộ tim hay tạo nhịp 2 buồng thất (Cardiac Resynchronization Therapy or Biventricular Pacing)
- Dụng cụ trợ thất (Ventricular Assist Devices)

Máy chuyển nhịp phá rung cấy được (ICD)

Nguyên lý : Máy ICD cấu tạo bởi 1 cấu trúc vòng điện tử, 1 nguồn năng lượng và 1 bộ nhớ. Có 1 microprocessor sẽ giúp phối hợp các cấu trúc trên. Khả năng của máy bao gồm tạo nhịp chống nhịp nhanh (antitachycardia pacing – ATP), tạo nhịp thất

khí chậm, tạo nhịp 2 buồng có thay đổi tần số (65). Một vài loại còn có chức năng phá rung nhĩ và tái đồng bộ tim (CRT). Đời sống của máy ICD tùy thuộc số lần sốc phá rung, trung bình từ 5 – 9 năm. Hiện nay các máy ICD đều tạo sóng sốc điện 2 pha.

Các chỉ định chính của ICD :

- Bệnh nhân rối loạn chức năng thất trái, sóng sót sau đột tử.
- Nhịp nhanh thất kéo dài có triệu chứng cơ năng
- Nhịp nhanh thất không kéo dài, không triệu chứng cơ năng nhưng kích hoạt được.
- Bệnh cơ tim TMCB có PXTM < 30%
- Bệnh cơ tim không TMCB có PXTM < 35% (đặt ICD có thêm chức năng tạo nhịp 2 buồng thất).

(Theo Nghiên cứu MADIT II và Nghiên cứu COMPANION)

Tái đồng bộ tim hay tạo nhịp 2 buồng thất

Nguyên lý: Tái đồng bộ tim (CRT) là kỹ thuật sử dụng máy tạo nhịp nhằm tạo sự co cơ đồng thời giữa vách tự do thất trái và vách liên thất nhằm tăng hiệu quả tổng máu thất trái. Thông thường máy tạo nhịp này sẽ nối với 3 điện cực: một vào nhĩ phải, một vào thất phải và một vào thất trái. Điện cực vào thất trái sẽ qua xoang vành, tới tận tĩnh mạch sát vách tự do thất trái.

Khuyến cáo điều trị bệnh nhân suy tim có NYHA III/IV

Khuyến cáo	Tiêu chuẩn bệnh nhân	Loại	Mức chứng cứ
CRT-P/ CRT-D giúp giảm tỷ lệ bệnh và tử vong	NYHA III/IV PXTM \leq 35% QRS \geq 120 ms, nhịp xoang Điều trị nội khoa tối ưu Bệnh nhân NYHA loại IV phải là bệnh nhân không nằm viện	I	A

Khuyến cáo điều trị bệnh nhân suy tim có NYHA II

Khuyến cáo	Quần thể bệnh nhân	Loại	Mức chứng cứ
CRT hoặc tốt hơn CRT-D nhằm giảm tạt bệnh và giảm tiến triển bệnh	NHYA độ II PXTM $\leq 35\%$ QRS ≥ 150 ms, nhịp xoang Điều trị nội tối ưu	I	A

(Theo Nghiên cứu MADIT-CRT, COMPANION, MUSTIC, PATH – CHF, MIRACLE, CARE-HF, REVERSE)

Dụng cụ trợ thất trong điều trị suy tim nặng

Nhiều kiểu dụng cụ trợ thất đã được thực hành trong điều trị suy tim nặng: Abiomed biventricular system (BVS), Heartmate, Novacor và Thoratec.

Chỉ định đặt dụng cụ trợ thất:

- Sốc sau mổ tim, Sốc tim sau NMCT
- Suy tim bất hồi phục, có thể ghép tim. Suy tim bất hồi phục, không thể ghép tim
- Viêm cơ tim cấp, Loạn nhịp thất nặng

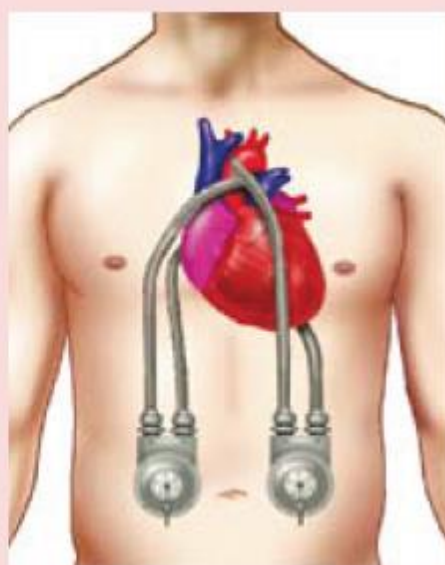
Khuyến cáo điều trị bệnh nhân suy tim nặng không thể ghép tim

Khuyến cáo	Quần thể bệnh nhân	Loại	Mức chứng cứ
Dụng cụ trợ thất trái (LVAD) đặt vĩnh viễn để giảm tử vong	NHYA độ III B/TV PXTM $\leq 25\%$ Tiêu thụ oxy tối đa < 14 ml/kg/phút	IIb	B

Dụng cụ trợ thất HeartMate



Dụng cụ trợ thất Thoratec



5.4. Điều trị suy tim giai đoạn cuối (suy tim kháng trị – GĐ D)

- Điểm cơ bản và quan trọng trong điều trị suy tim giai đoạn cuối là lượng định và xử trí cẩn thận tình trạng ứ dịch. Cần chú ý là khi dùng lợi tiểu mạnh quá, tình trạng bệnh nhân cũng có thể nặng thêm do thiếu dịch.
- Tại các nước có ghép tim, đây là chỉ định của ghép tim.
- Các biện pháp còn lại là truyền TM liên tục thuốc dẫn mạch ngoại vi và thuốc tăng co cơ tim.

Chỉ định nhóm I:

- Khám cẩn thận và điều trị ứ dịch
- Chuyển bệnh nhân đến nơi có chương trình ghép tim
- Chuyển bệnh nhân đến chuyên gia điều trị suy tim giai đoạn cuối.
- Bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối, đã được đặt máy chuyển nhịp phá rung, cần biết thông tin về khả năng ngưng chế độ phá rung.

Chỉ định nhóm IIa:

- Xét khả năng đặt dụng cụ trợ thất trái trên một nhóm chọn lọc bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối, có trên 50% khả năng sống còn 1 năm dưới điều trị nội.

Chỉ định nhóm IIb:

- Truyền liên tục thuốc tăng co cơ tim có thể giảm triệu chứng cơ năng năm 2011

Chỉ định nhóm III: Không nên - truyền thường qui và từng đợt thuốc tăng co cơ tim.

CÁC CHỈ ĐỊNH GHEP TIM

Chỉ định tuyệt đối:

- Do tổn thương huyết động vì suy tim
 - *Sốc tim kháng trị*
 - *Lệ thuộc truyền TM Dobutamin để duy trì tưới máu cơ quan*
 - *Đỉnh tiêu thụ oxy (VO_2) < 10ml/kg/phút kèm chuyển hóa kỵ khí.*
- Hạn chế hoạt động thường ngày do triệu chứng TMCB nặng trên bệnh nhân không thể phẫu thuật BC/ĐMV hoặc can thiệp ĐMV
- Loạn nhịp thất có triệu chứng tái phát, kháng với mọi điều trị

Chỉ định tương đối:

- Đỉnh tiêu thụ oxy (VO_2) từ 11- 14 ml/kg/phút (hoặc 55% dự trữ) kèm giảm nặng hoạt động hằng ngày

- TMCB không ổn định tái diễn, không dùng biện pháp khác được
- Chức năng thận/ cân bằng dịch không ổn định thường xuyên, không do thiếu tuân thủ điều trị.

Chỉ định không đủ :

- PXTM thất trái thấp
- Bệnh sử suy tim có NYHA độ III hoặc IV
- Tiêu thụ oxy đỉnh (VO_2) > 15ml/kg/phút (và trên 55% dự trữ) không kèm chỉ định khác

5.5. Điều trị suy tim tâm trương (suy tim với PXTM thất trái bình thường)

Suy tim tâm trương (STTT) xảy ra ở khoảng 30% bệnh nhân suy tim. Hội chứng này thường xảy ra ở phụ nữ cao tuổi, hầu hết có THA, ĐTĐ hoặc bệnh ĐMV hay rung nhĩ.

Trong thực hành, chẩn đoán STTT dựa vào triệu chứng cơ năng và thực thể của suy tim kèm siêu âm tim cho thấy PXTM bảo tồn và không có bệnh van tim hay bệnh tim bẩm sinh. Chẩn đoán xác định dựa vào phát hiện áp lực đổ đầy thất trái cao trên bệnh nhân có thể tích và co bóp thất trái bình thường.

CÁC CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ SUY TIM TÂM TRƯƠNG

Chỉ định nhóm I:

- Kiểm soát tốt huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương theo khuyến cáo.
- Kiểm soát tần số thất ở bệnh nhân có rung nhĩ.
- Lợi tiêu: điều trị sung huyết phổi và phù ngoại vi.

Chỉ định nhóm II a:

- Tái lưu thông động mạch vành ở bệnh nhân ĐMV có triệu chứng cơ năng hoặc thiếu máu cục bộ được chứng minh là có thể ảnh hưởng xấu lên chức năng tim.

Chỉ định nhóm II b:

- Phục hồi và duy trì nhịp xoang trên bệnh nhân rung nhĩ.
- Sử dụng chẹn beta, ức chế men chuyển, chẹn thụ thể angiotensin II hoặc đối kháng calci có thể giảm phần nào triệu chứng cơ năng suy tim.
- Sử dụng digoxin để giảm nhẹ triệu chứng cơ năng chưa được chứng minh.

5.6. Chăm sóc cuối đời bệnh nhân suy tim.

Khoảng 50% bệnh nhân suy tim sẽ chết 5 năm sau chẩn đoán. Vào giai đoạn cuối đời của người bệnh, các biện pháp nhằm chấm dứt sự sống cần được đặt ra với gia đình và với bệnh nhân lúc người bệnh còn có thể tham gia ý kiến.

CÁC CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ - CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI BN SUY TIM

Chỉ định nhóm I:

- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình về tiên lượng bệnh, khả năng sống
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình về khả năng điều trị, chăm sóc tại nhà vào cuối đời
- Thảo luận với gia đình về khả năng tắt máy phá rung cấy được (ICD) nếu có đặt
- Điều trị giảm nhẹ vào cuối đời bao gồm nhiều biện pháp kể cả ma túy, nhưng các biện pháp này không được đối kháng với thuốc lợi tiểu TTM và thuốc tăng co cơ tim

Chỉ định nhóm III (chống chỉ định):

- Các biện pháp tích cực (bao gồm đặt nội khí quản và cấy máy phá rung ICD) trên bệnh nhân có triệu chứng NYHA IV không khả năng cải thiện lâm sàng bằng các biện pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Khuyến cáo của Hội tim mạch Quốc gia Việt Nam về **“chẩn đoán và điều trị Suy tim”** – cập nhật năm 2011.
2. Hunt SA, Baker DW. ACC/ AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. J Am Coll Cardiol 2001; 104: 2996- 3007.
3. Cleland JGF et al. The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. N. Engl J Med 2005; 352: 1539 – 1549.
4. Swartz MT, Lowdermilk GA. Refractory ventricular tachycardia as an indication for ventricular assist device support. J Thorac Cardiovasc Surg 1999; 118: 1119

