

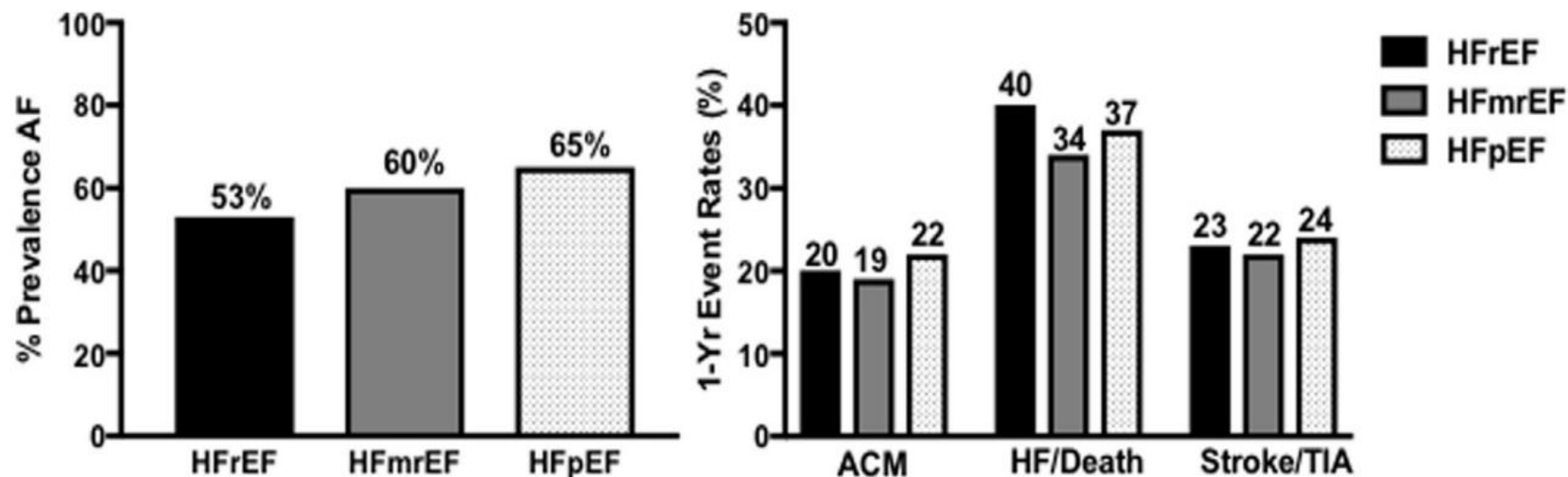
Điều trị nội khoa BN suy tim kèm rung nhĩ: Những điểm mới cần lưu ý

TS.BS. Bùi Thế Dũng
BV Đại học Y Dược TP.HCM



Rung nhĩ trong phổ rộng các loại suy tim làm gia tăng các biến cố bất lợi

Patients from 2000 to 2012 in the Swede HF (Swedish Heart Failure Registry) registry . A total of Of **41,446 HF** patients, 23% had HFpEF, 22% had HFmrEF, and 55% had HFrEF,



Heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF), <39%

Heart failure with mid-range ejection fraction (HFmrEF), 40% to 49%

Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF), >50%.

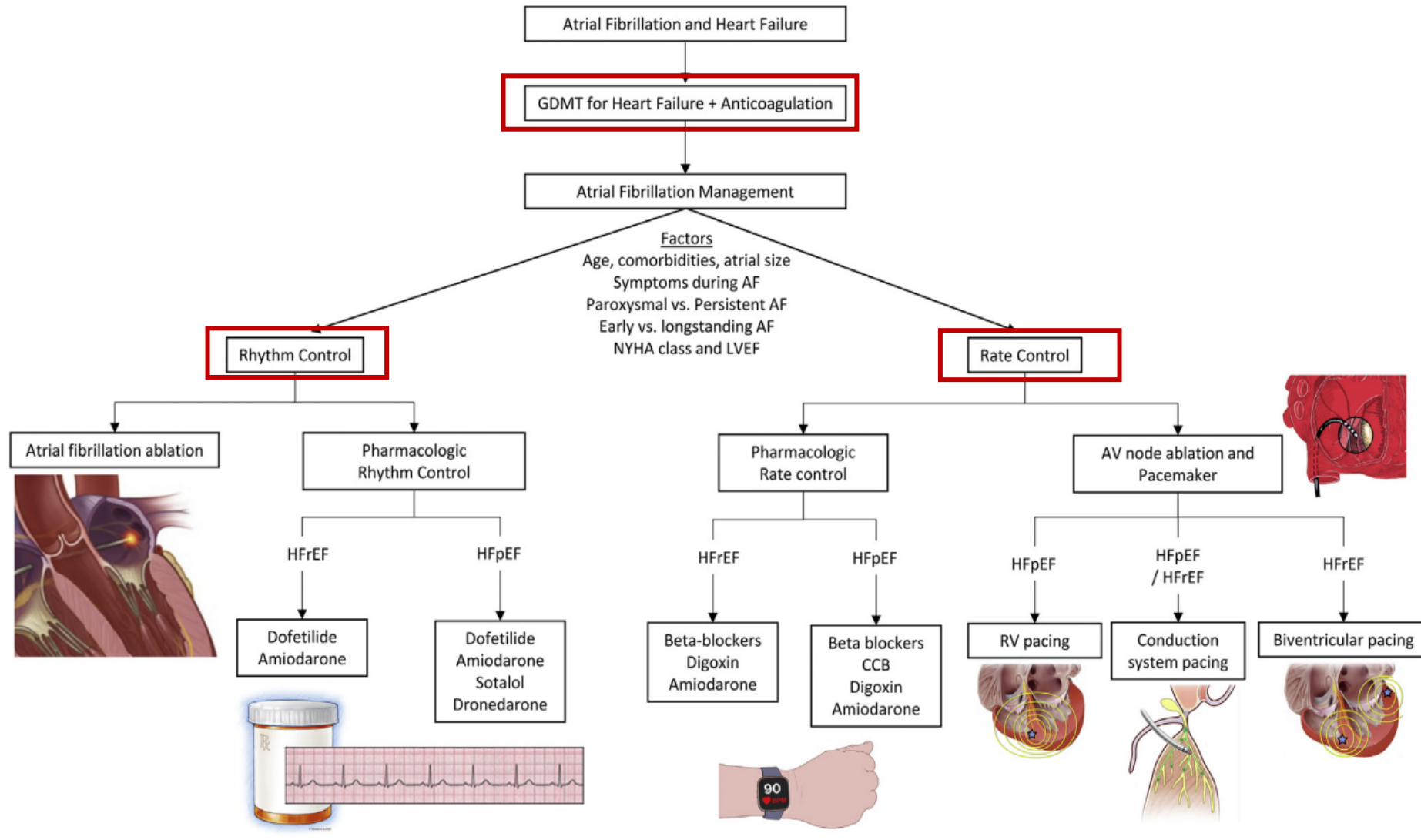
Heart Failure and Atrial Fibrillation, Like Fire and Fury



Matthew A. Carlisle, MD,^a Marat Fudim, MD,^{a,b} Adam D. DeVore, MD, MHS,^{a,b} Jonathan P. Piccini, MD, MHS^{a,b}

- ❑ Việc tối ưu hóa chiến lược điều trị cho bệnh nhân đồng mắc suy tim và rung nhĩ vẫn chưa rõ ràng
- ❑ Vẫn còn những thách thức trong kiểm soát tần số và nhịp tim bằng thuốc
- ❑ Những NC ngẫu nhiên về cắt đốt hiện nay có rất nhiều hứa hẹn

Các cách tiếp cận trong điều trị BN HF và AF



Kiểm soát tần số AF kèm HF

Rate control		
Beta-blockers should be considered for short- and long-term rate control in patients with HF and AF. ⁵³⁵	Ila	B
Digoxin should be considered when the ventricular rate remains high, despite beta-blockers, or when beta-blockers are contraindicated or not tolerated. ⁵³⁶	Ila	C

Kiểm soát nhịp AF kèm HF

- Điều trị YTNC, bệnh đồng mắc
- Điều trị nội khoa suy tim theo khuyến cáo
- Thuốc chống loạn nhịp hay cắt đốt?

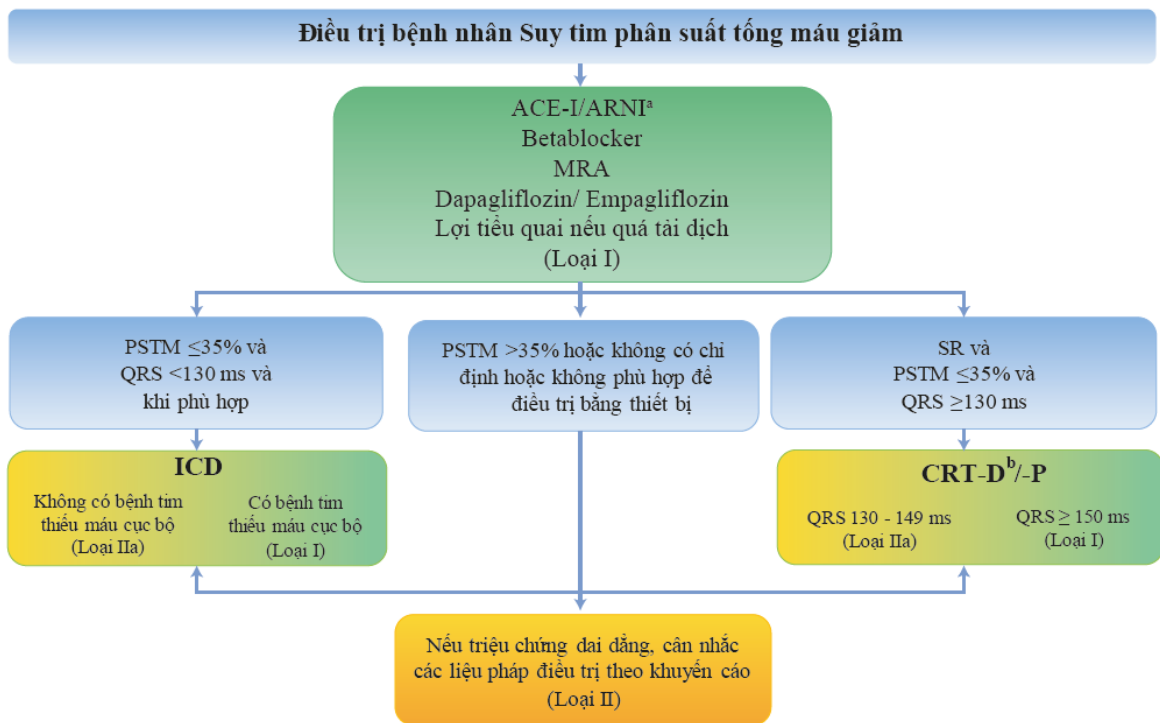


↔
Re-assess if
recurrence of AF



	HFrEF	HFpEF	Catheter ablation	HFrEF	HFpEF	TCM
Amiodarone	IA	IA	First line	IIa	IIa	IA
Dronedaron		IA	After failure of drug therapy	IA	IA	
Sotalol		IIbA				

VNHA 2022: Điều trị suy tim phân suất tổng máu giảm



Hình 4. Quy trình điều trị suy tim phân suất tổng máu giảm⁽²⁾

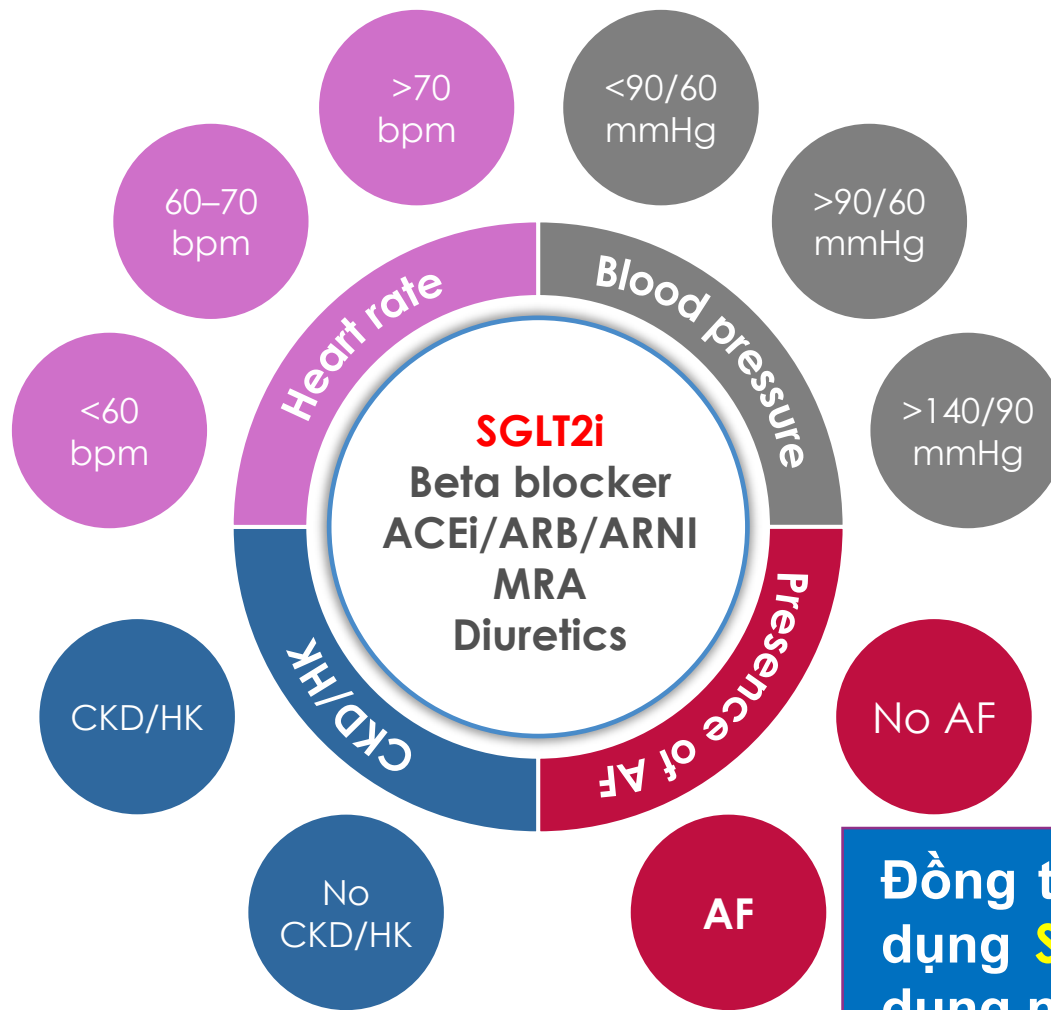
^a: Thay thế cho ACE-I; ^b: Khi phù hợp

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ức chế men chuyển được khuyến cáo bệnh nhân STPSTM giảm để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong	I	A
Chẹn beta giao cảm được khuyến cáo bệnh nhân STPSTM giảm ổn định để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong	I	A
Thuốc đối kháng thụ thể mineralcorticoid (MRA) được khuyến cáo cho bệnh nhân STPSTM giảm để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong	I	A
Dapagliflozin hoặc Empagliflozin được khuyến cáo cho bệnh nhân STPSTM giảm để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong	I	A
Sacubitril/valsartan được khuyến cáo thay thế cho ức chế men chuyển ở bệnh nhân STPSTM giảm để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong	I	B

Thiết kế và đặc điểm dân số NC EMPEROR-Reduced và DAPA-HF

	EMPEROR-Reduced N=3730	DAPA-HF N=4744
Median follow-up (mo)	≈16	≈18
Inclusion criteria	<ul style="list-style-type: none"> • LVEF ≤30% and NT-proBNP ≥600 pg/mL (without AF) and ≥1200 pg/mL (with AF) • LVEF 31%–35% and NT-proBNP ≥1000 pg/mL (without AF) and ≥2000 pg/mL (with AF) • LVEF 36%–40% and NT-proBNP ≥2500 pg/mL (without AF) and ≥5000 pg/mL (with AF) • LVEF ≤40% and HHF in past 12 mo and NT-proBNP ≥600 pg/mL (without AF) and ≥1200 pg/mL (with AF) • eGFR ≥20 mL·min⁻¹·1.73 m⁻² 	<ul style="list-style-type: none"> • LVEF ≤40% and NT-proBNP ≥600 pg/mL (without AF) or ≥900 pg/mL (with AF) • LVEF ≤40% and HHF in past 12 mo and NT-proBNP ≥400 pg/mL (without AF) or ≥900 pg/mL (with AF) • eGFR ≥30 mL·min⁻¹·1.73 m⁻²
Demographics and key clinical history of the placebo groups*		
Age, y	66.5	66.5
Women, %	24.4	23.0
Body mass index, kg/m ²	27.8	28.1
eGFR, mL·min ⁻¹ ·1.73 m ⁻²	62.2	65.5
Diabetes, %	49.8	41.8
Atrial fibrillation, %	37.8	38.0

SGLT2i an toàn và dung nạp tốt trong nhiều bệnh cảnh lâm sàng



Đồng thuận của HFA-ESC lưu ý rằng nên sử dụng **SGLT2i** cho tất cả các kiểu hình, do dễ dung nạp và không cần chỉnh liều

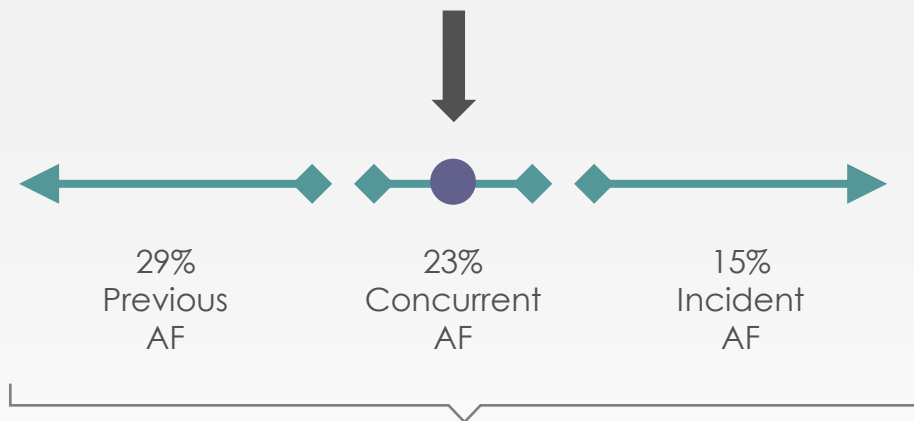
Đặt bệnh nhân làm trung tâm trong điều trị suy tim

SGLT2i có thể dễ dàng sử dụng trong kết hợp điều trị suy tim phức tạp

	Patient Profile	Drugs that Should be Given	Drugs to be ↓ or Suspended	Drugs that Need to be Added
1	Patient with ↓ BP and ↑ HR	SGLT2i , MRA	BB, ACEi/ARB/ARNi, Diuretic	Ivabradine
2	Patient with ↓ BP and ↓ HR	SGLT2i , MRA	BB, ACEi/ARB/ARNi, Diuretic	
3	Patient with Normal BP and ↓ HR	SGLT2i , ACEi/ARB/ARNi, MRA, Diuretic	BB	Vericiguat
4	Patient with Normal BP and ↑ HR	SGLT2i , ACEi/ARB/ARNi, BB, MRA, Diuretic		Ivabradine
5	Patient with AF and Normal BP	SGLT2i , ACEi/ARB/ARNi, BB, MRA, Diuretic		Anticoagulant, Digoxin
6	Patient with AF and ↓ BP	SGLT2i , ACEi/ARB/ARNi, MRA	BB, diuretic	Anticoagulant
7	*Patient with CKD / ↑ K ⁺	SGLT2i , BB, Diuretic	ACEi/ARB/ARNi, MRA (based on eGFR, ↑ K ⁺)*	Vericiguat; Hydralazine / ISDN (CKD); Potassium binder (↑ K ⁺)
8	Pre-discharge Patient	SGLT2i , MRA, ACEi (SBP >90) / ARNi (SBP >100), BB	BB (in residual congestion) ARNi (SBP <100); ACEi (SBP <90)	Omecamtiv mecarbil, Vericiguat (in selected patients)
9	Patient with HT despite GDMT	SGLT2i , ACEi/ARB/ARNi, BB, MRA, Diuretic		Vericiguat, Hydralazine / ISDN

HFpEF và AF

936 Patients with Incident HFpEF



Nhìn chung, AF chiếm khoảng 67% bệnh nhân HFpEF

Diagnosis of Atrial Fibrillation and HFpEF

		HFpEF	AF	Combined
Symptoms	Breathlessness	+	+	++
	Fatigue	+	+	++
	Orthopnea	+	-	+
	Nocturnal Dyspnea	+	-	+
Signs	Increased venous pressure	+	-	+
	Rales / third heart sound	+	-	+
	Irregular pulse	-	+	+
Investigations	AF on ECG or device	-	+	+
	Left atrial enlargement	+	+	++
	Increased E/e' ratio on echo*	+	-	+
	Increased natriuretic peptides ⁺	+	+	++
Clinical Response to Diuretics		+	-	+



VNHA 2022: Điều trị Suy tim EF giảm nhẹ và bảo tồn

Phương pháp điều trị bằng thuốc được xem xét ở bệnh nhân suy tim (NYHA độ II – IV) với phân suất tống máu giảm nhẹ

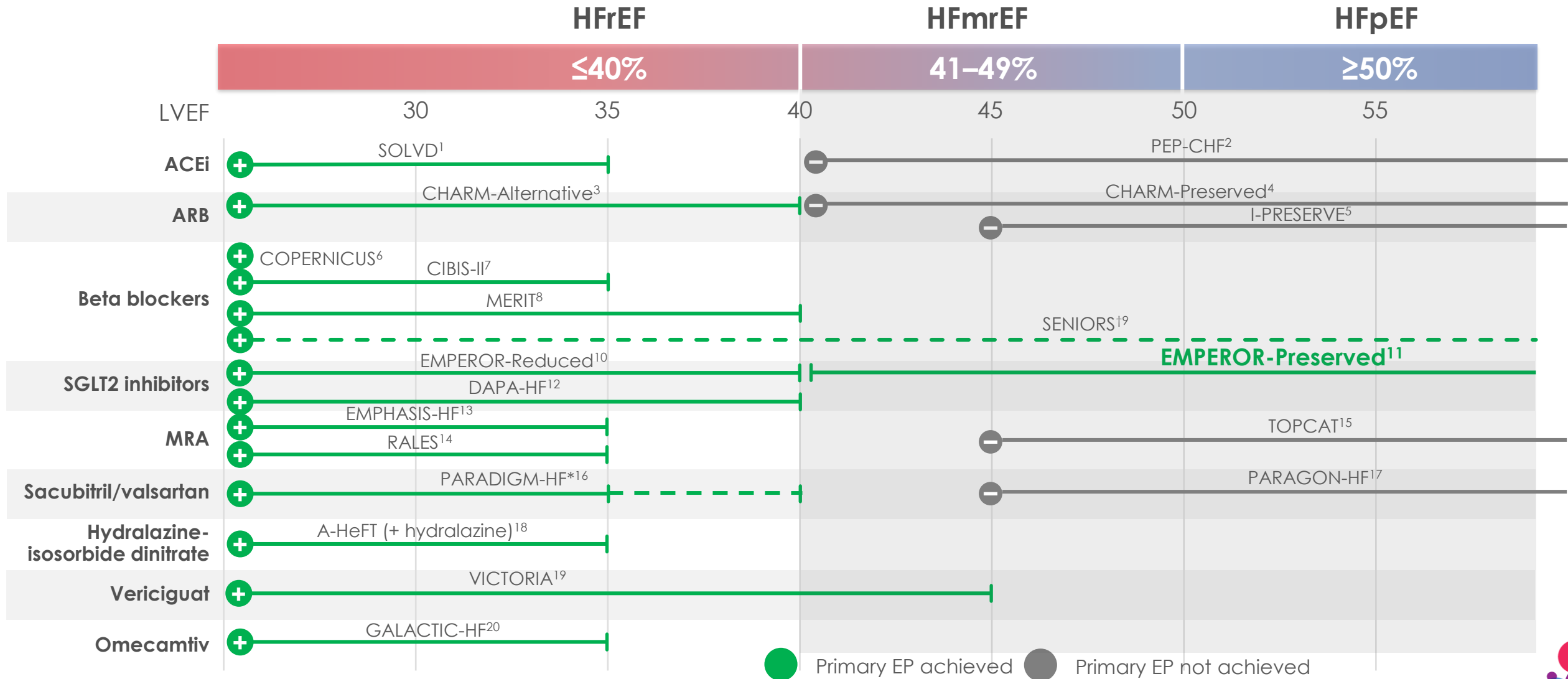
Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức chứng cứ
Empagliflozin nên được sử dụng giúp giảm nhập viện và tử vong tim mạch ở bệnh nhân STPSTMG nhẹ.	I	B
Thuốc lợi tiểu được khuyến cáo ở những bệnh nhân STPSTMG nhẹ có sung huyết để giảm bớt các triệu chứng và dấu hiệu.	I	C
ACE-I có thể được xem xét cho bệnh nhân STPSTMG nhẹ để giảm nguy cơ nhập viện và tử vong do suy tim.	IIb	C
ARB có thể được xem xét cho bệnh nhân STPSTMG nhẹ để giảm nguy cơ nhập viện và tử vong do suy tim.	IIb	C
Thuốc chẹn beta có thể được xem xét cho bệnh nhân STPSTMG nhẹ để giảm nguy cơ nhập viện và tử vong do suy tim.	IIb	C
MRA có thể được xem xét cho bệnh nhân STPSTMG nhẹ để giảm nguy cơ nhập viện và tử vong do suy tim.	IIb	C
Sacubitril/valsartan có thể được xem xét cho bệnh nhân STPSTMG nhẹ để giảm nguy cơ nhập viện và tử vong do suy tim.	IIb	C

ACE-I: thuốc ức chế men chuyển; ARB: thuốc chẹn thụ thể angiotensin; STPSTMG nhẹ: suy tim với phân suất tống máu giảm nhẹ; MRA: chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid; NYHA: Hiệp hội Tim mạch New York.

Khuyến cáo điều trị bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn⁽⁴⁰⁾

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ức chế thụ thể SGLT2 (empagliflozin) được khuyến cáo ở bệnh nhân STPSTM bảo tồn nhằm làm giảm nguy cơ nhập viện và tử vong tim mạch	I	B
Tầm soát, điều trị nguyên nhân và các bệnh đồng mắc tim mạch và không tim mạch được khuyến cáo ở bệnh nhân STPSTM bảo tồn	I	C
Lợi tiểu được khuyến dùng ở bệnh nhân STPSTM bảo tồn có triệu chứng sung huyết để làm giảm triệu chứng. ⁽⁴⁵⁾	I	C

EMPEROR-Preserved là NC thành công đầu tiên và duy nhất đối với HFpEF



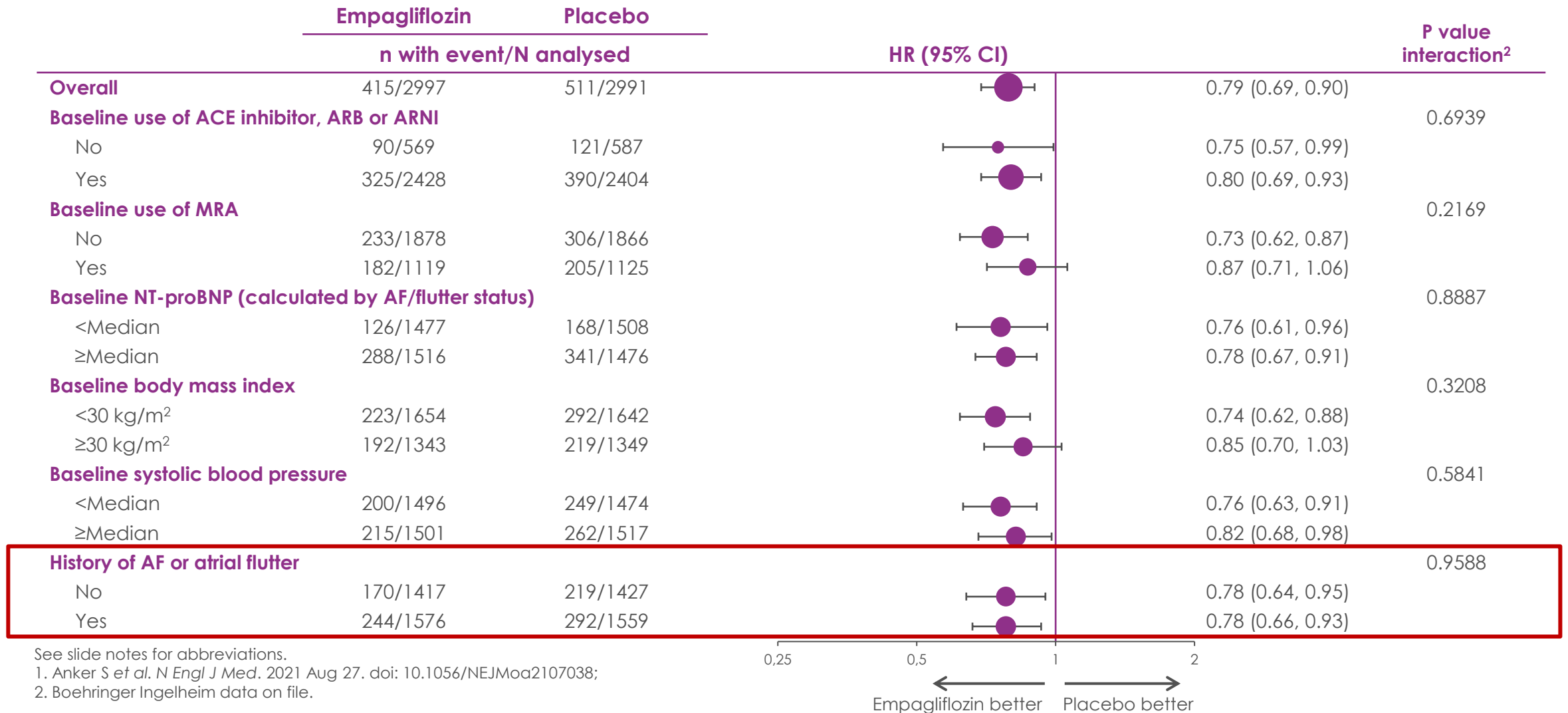
NC EMPEROR-Preserved: Đặc điểm dân số NC

	Empagliflozin (n=2997)	Placebo (n=2991)
NT-proBNP, median (IQR), pg/mL	994 (501, 1740)	946 (498, 1725)
Aetiology of HF, n (%)		
Ischaemic	1079 (36.0)	1038 (34.7)
Non-ischaemic	1917 (64.0)	1953 (65.3)
CV history, n (%)		
HHF <12 months	699 (23.3)	670 (22.4)
Atrial fibrillation	1543 (51.5)	1514 (50.6)
Diabetes mellitus	1466 (48.9)	1472 (49.2)
Hypertension	2721 (90.8)	2703 (90.4)

CV, cardiovascular; HF, heart failure; HHF, hospitalization for heart failure; IQR, interquartile range; NT-proBNP, N-terminal prohormone of brain natriuretic peptide.
Anker S et al. *N Engl J Med*. 2021 Aug 27. doi: 10.1056/NEJMoa2107038.

EMPEROR-Preserved:

Phân tích dưới nhóm các kết cục chính












See slide notes for abbreviations.

1. Anker S et al. *N Engl J Med*. 2021 Aug 27. doi: 10.1056/NEJMoa2107038;

2. Boehringer Ingelheim data on file.

SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

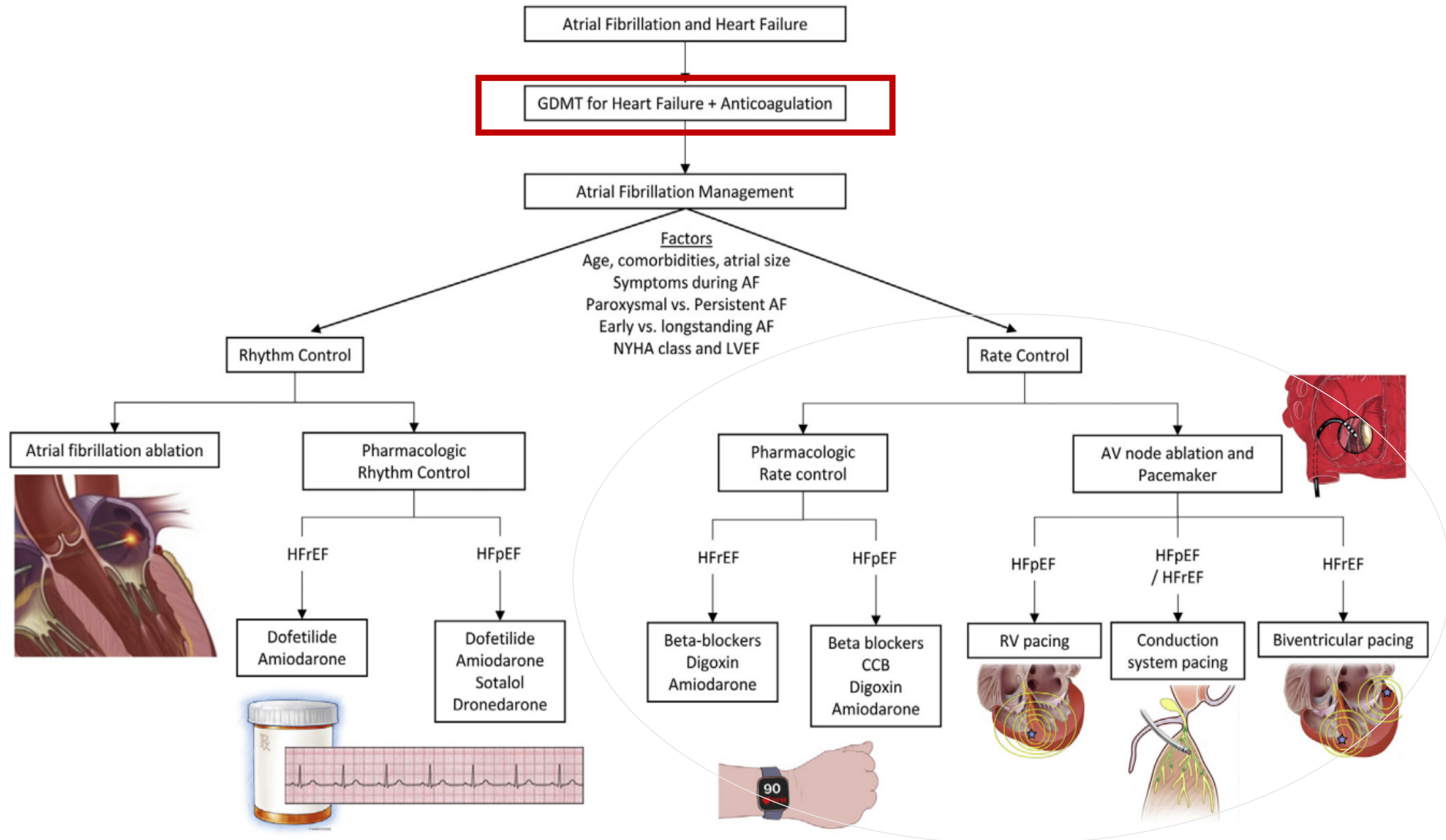
Sodium-Glucose Co-Transporter Inhibitors and Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

Arjun K. Pandey , BHSc; Iva Okaj , BSc; Hargun Kaur ; Emilie P. Belley-Cote, MD, PhD; Jia Wang, MSc; Alireza Oraii , MD; Alexander P. Benz , MD; Linda S. B. Johnson , MD, PhD; Jack Young , MLIS; Jorge A. Wong , MD, MPH; Subodh Verma , MD, PhD; David Conen , MD, MPH; Hertzell Gerstein, MD, MSc; Jeff S. Healey , MD, MSc; William F. McIntyre , MD, PhD

- SGLTi có thể làm giảm tỷ lệ mắc AF hoặc tái phát AF/AFL
- SGLTi làm giảm 25% nguy cơ tương đối các biến cố AF nghiêm trọng
- SGLTi làm giảm kết cục tim mạch ở những BN có và không có AF/AFL



Các cách tiếp cận trong điều trị BN HF và AF



ESC Guideline 2021 – Điều trị BN HF kèm AF

Anticoagulation		
Long-term treatment with an oral anticoagulant is recommended in all patients with AF, HF, and CHA ₂ DS ₂ -VASc score ≥ 2 in men or ≥ 3 in women. ⁷	I	A
DOACs are recommended in preference to VKAs in patients with HF, except in those with moderate or severe mitral stenosis or mechanical prosthetic heart valves. ^{528,558}	I	A
Long-term treatment with an oral anticoagulant should be considered for stroke prevention in AF patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 1 in men or 2 in women. ^{7,559}	IIa	B

NGHIÊN CỨU NGẪU NHIÊN SO SÁNH NOAC VÀ WARFARIN

	Dabigatran 150 mg	Dabigatran 110 mg	Rivaroxaban	Apixaban
Số lần dùng/ngày	2 lần/ngày	2 lần/ngày	1 lần/ngày	2 lần/ngày
So với warfarin về chảy máu nặng		20%		31%
So với warfarin về xuất huyết nội sọ	59%	70%	33%	58%
So với warfarin về đột quy/TTHT	35%			21%
So với warfarin về đột quy thiếu máu	24%			
Chất đối kháng chuyên biệt	✓	✓		

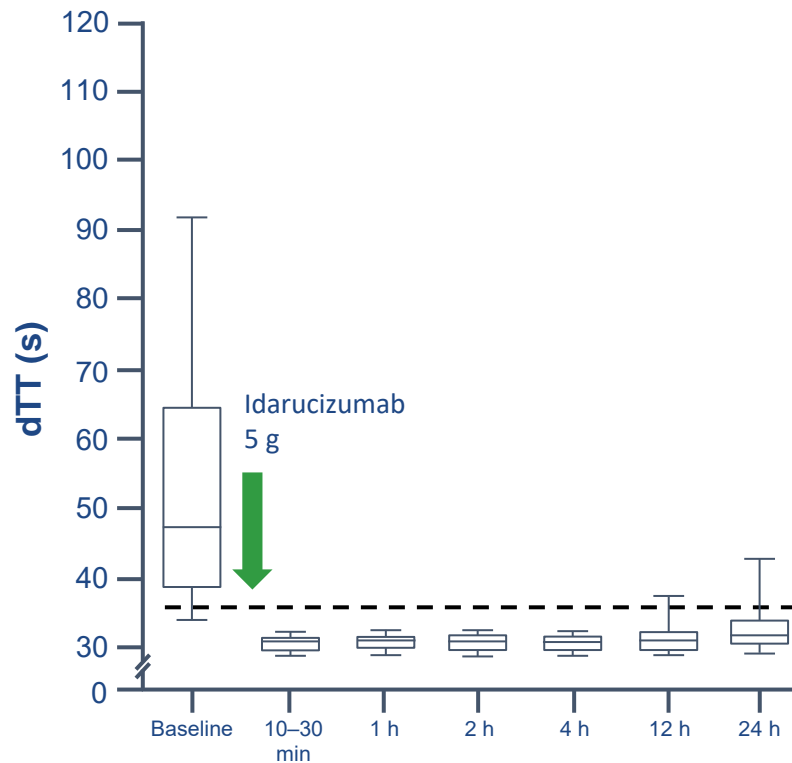
No head-to-head RCT comparison. ICH intracranial haemorrhage; SE, systemic embolism

1. Connolly et al. N Engl J Med 2014; 2. Granger et al. N Engl J Med 2011; 3. Patel et al. N Engl J Med 2011; 4. Giugliano et al. N Engl J Med 2013;

5. Dabigatran®: EU SPC, 2016; 6. Lopes et al. Lancet 2012; 7. Connolly et al. N Engl J Med 2010; 8. Graham et al Circulation 2015

Khi cần thiết, dabigatran có thể được hóa giải dễ dàng nhờ Idarucizumab

Nhóm A: Chảy máu không kiểm soát (n=293)



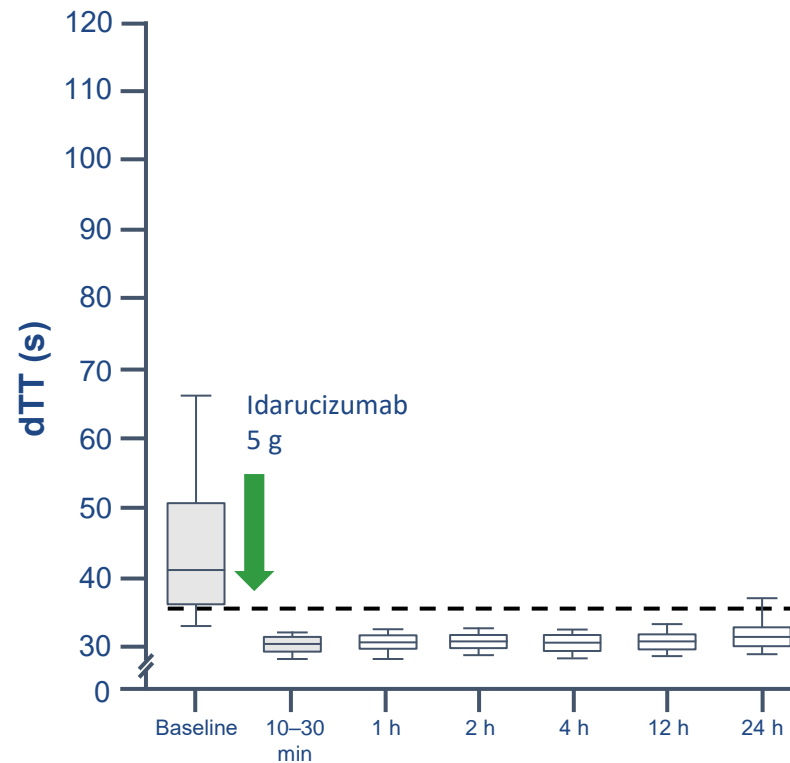
Thời gian sau khi tiêm idarucizumab

□ Trung vị và bách phân vị 25th/75th

└─┘ Bách phân vị 10th/90th

- - - - - Giới hạn trên bình thường

Nhóm B: Phẫu thuật hoặc thủ thuật khẩn (n=195)



Thời gian sau khi tiêm idarucizumab



KẾT LUẬN

- Rung nhĩ cùng suy tim đang là một vấn đề tim mạch nổi bật do sự có mặt hai nhóm bệnh lý này làm gia tăng tỷ lệ các biến cố bất lợi
- Empagliflozin chứng minh hiệu quả trong điều trị suy tim bất kể phân suất tổng máu và có/ không có rung nhĩ
- Vai trò chống đông được khẳng định trên BN rung nhĩ kèm suy tim với mức khuyến cáo cao nhất (NOACs ưu thế hơn hẳn VKAs)
- Dabigatran có chất hóa giải là một ưu điểm khi lựa chọn NOACs