

KHUYẾN CÁO CỦA HỘI TIM MẠCH QUỐC GIA VIỆT NAM VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY TIM: CẬP NHẬT 2015

Trưởng tiêu ban: PGS.TS Phạm Nguyễn Vinh

Ủy viên:

GS.TS Phạm Gia Khải

GS.TS Đặng Văn Phước

GS.TS Huỳnh Văn Minh

PGS.TS Nguyễn Quang Tuấn

PGS. TS Nguyễn Văn Trí

PGS. TS Đỗ Doãn Lợi

PGS.TS Nguyễn Thị Dung

TS.BS Hồ Huỳnh Quang Trí

GS.TS Nguyễn Lâm Việt

GS Thạch Nguyễn

PGS.TS Châu Ngọc Hoa

GS.TS Nguyễn Đức Công

PGS. TS Võ Thành Nhân

PGS.TS Phạm Mạnh Hùng

TS. BS Đỗ Quang Huân

BSCKII. Nguyễn Thanh Hiền



Phân loại suy tim

Phân loại	PSTM	Mô tả
1. Suy tim với PSTM giảm	$\leq 40\%$	Còn gọi là suy tim tâm thu. Những nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên chính thu nhận những bệnh nhân có PSTM giảm và chỉ có những bệnh nhân này những phương pháp điều trị có hiệu quả được chứng minh đến hôm nay.
2. Suy tim với PSTM bảo tồn	$\geq 50\%$	Còn gọi là suy tim tâm trương. Có vài tiêu chuẩn khác nhau được sử dụng để định nghĩa suy tim PSTM bảo tồn. Chẩn đoán suy tim tâm trương là một thử thách bởi vì phần lớn là chẩn đoán loại trừ những nguyên nhân không do tim khác gây triệu chứng giống suy tim. Đến nay, những phương pháp điều trị hiệu quả chưa được xác nhận.
a. PSTM bảo tồn, giới hạn	41% đến 49%	Những bệnh nhân này rơi vào giới hạn, hoặc ở nhóm trung gian. Đặc điểm lâm sàng, điều trị và dự hậu tương tự như bệnh nhân suy tim PSTM bảo tồn.
b. PSTM bảo tồn, cải thiện	$> 40\%$	Người ta nhận thấy có một số ít bệnh nhân suy tim PSTM bảo tồn mà trước đó có PSTM giảm. Những bệnh nhân này có PSTM cải thiện hoặc hồi phục có thể có đặc điểm lâm sàng khác biệt với bệnh nhân suy tim PSTM bảo tồn hay PSTM giảm. Cần có thêm nhiều nghiên cứu hơn cho những bệnh nhân này.

Nguyên nhân suy tim tâm thu mạn tính (1)

1. Bệnh động mạch vành
 - Nhồi máu cơ tim*
 - Thiếu máu cục bộ cơ tim*
2. Tăng tải áp lực mạn
 - Tăng huyết áp*
 - Bệnh van tim gây nghẽn*
3. Tăng tải thể tích mạn
 - Bệnh hở van
 - Dòng chảy thông trong tim (trái qua phải)
 - Dòng chảy thông ngoài tim
4. Bệnh cơ tim dẫn nở không TMCB
 - Rối loạn di truyền hoặc gia đình
 - Rối loạn do thâm nhiễm*
 - Tổn thương do thuốc hoặc nhiễm độc
 - Bệnh chuyển hóa*
 - Virus hoặc các tác nhân nhiễm trùng khác

Nguyên nhân suy tim tâm thu mạn tính (2)

5. Rối loạn nhịp và tần số tim

- Loạn nhịp chậm mạn tính
- Loạn nhịp nhanh mạn tính

6. Bệnh tim do phổi

- Tâm phế
- Rối loạn mạch máu phổi

7. Các tình trạng cung lượng cao

8. Rối loạn chuyển hóa

- Cường giáp
- Rối loạn dinh dưỡng (Td: beriberi)

9. Nhu cầu dòng máu thái quá (excessive blood flow requirement)

- Dòng chảy thông động tĩnh mạch hệ thống
- Thiếu máu mạn

- Các trường hợp này còn có thể đưa đến suy tim PXTM bảo tồn.
Dòng chảy thông (shunt); TMCB: thiếu máu cục bộ

Nguyên nhân suy tim tâm trương

- Bệnh động mạch vành
- Tăng huyết áp
- Hẹp van động mạch chủ
- Bệnh cơ tim phì đại
- Bệnh cơ tim hạn chế

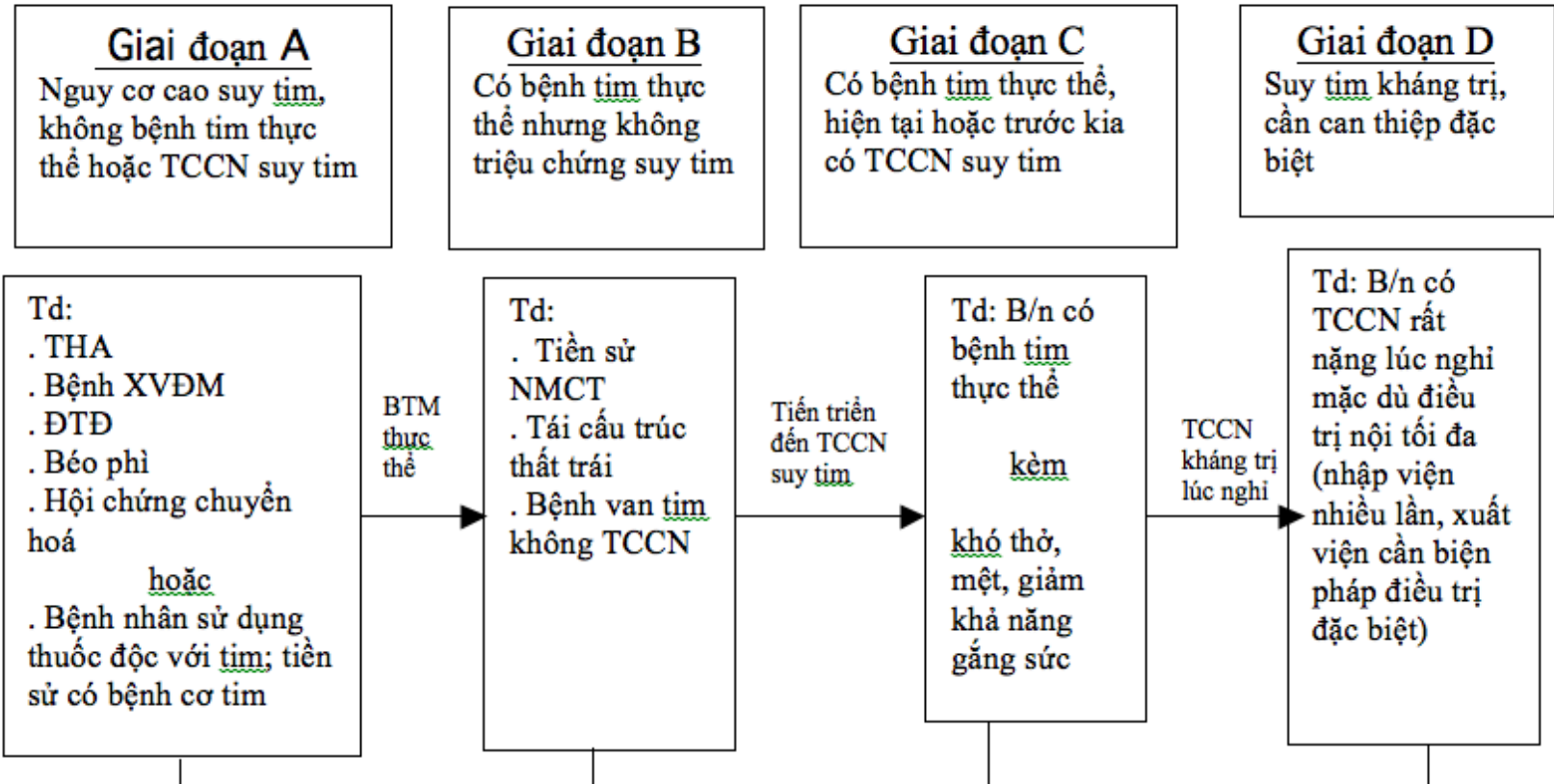
Phân độ chức năng suy tim theo NYHA

-
- Độ I: Không hạn chế - Vận động thể lực thông thường không gây mệt, khó thở hay hồi hộp
- Độ II: Hạn chế nhẹ vận động thể lực. Bệnh nhân khoẻ khi nghỉ ngơi, vận động thể lực thông thường dẫn đến mệt, hồi hộp, khó thở hay đau ngực
- Độ III: Hạn chế nhiều vận động thể lực. Mặc dù bệnh nhân khoẻ khi nghỉ ngơi nhưng chỉ cần 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, chỉ một vận động thể lực, triệu chứng cơ năng gia tăng.
-

Các giai đoạn trong sự tiến triển của suy tim cùng biện pháp điều trị (1)

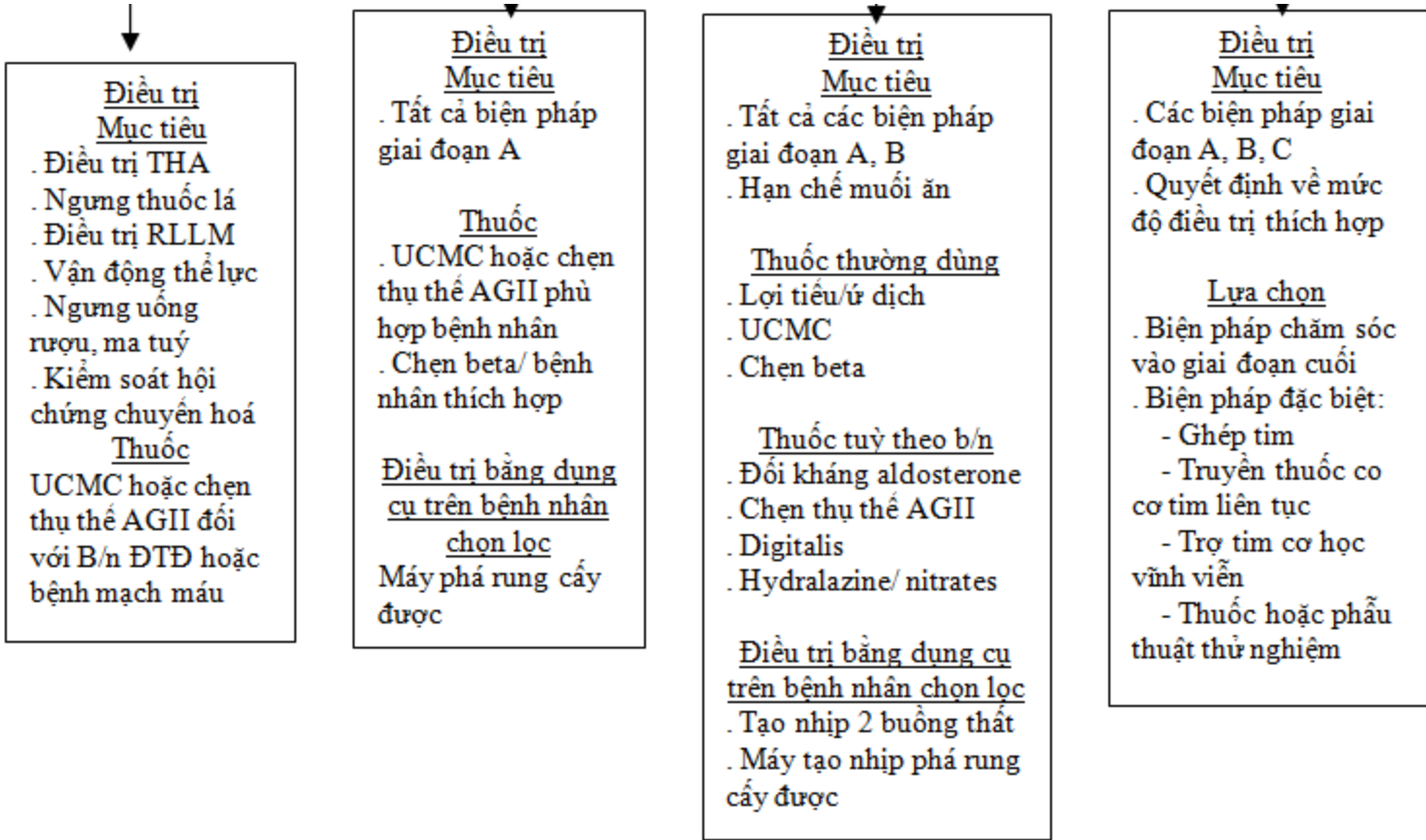
Có nguy cơ suy tim

Suy tim



BTM: bệnh tim mạch; TCCN: triệu chứng cơ năng; ĐTĐ: đái tháo đường; THA: tăng huyết áp; XVĐM: xơ vữa động mạch; RLLM: rối loạn lipid máu; NMCT: nhồi máu cơ tim; UCMC: ức chế men chuyển; AGII: angiotensin II.

Các giai đoạn trong sự tiến triển của suy tim cùng biện pháp điều trị (2)



BTM: bệnh tim mạch; TCCN: triệu chứng cơ năng; ĐTĐ: đái tháo đường; THA: tăng huyết áp; XVĐM: xơ vữa động mạch; RLLM: rối loạn lipid máu; NMCT: nhồi máu cơ tim; UCMC: ức chế men chuyển; AGII: angiotensin II.

Các tiêu chuẩn xác định suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Châu Âu 2012 (1)

Chẩn đoán suy tim tâm thu: 3 điều kiện

- Triệu chứng cơ năng
- Triệu chứng thực thể
- Giảm phân suất tổng máu

Các tiêu chuẩn xác định suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Châu Âu 2012 (2)

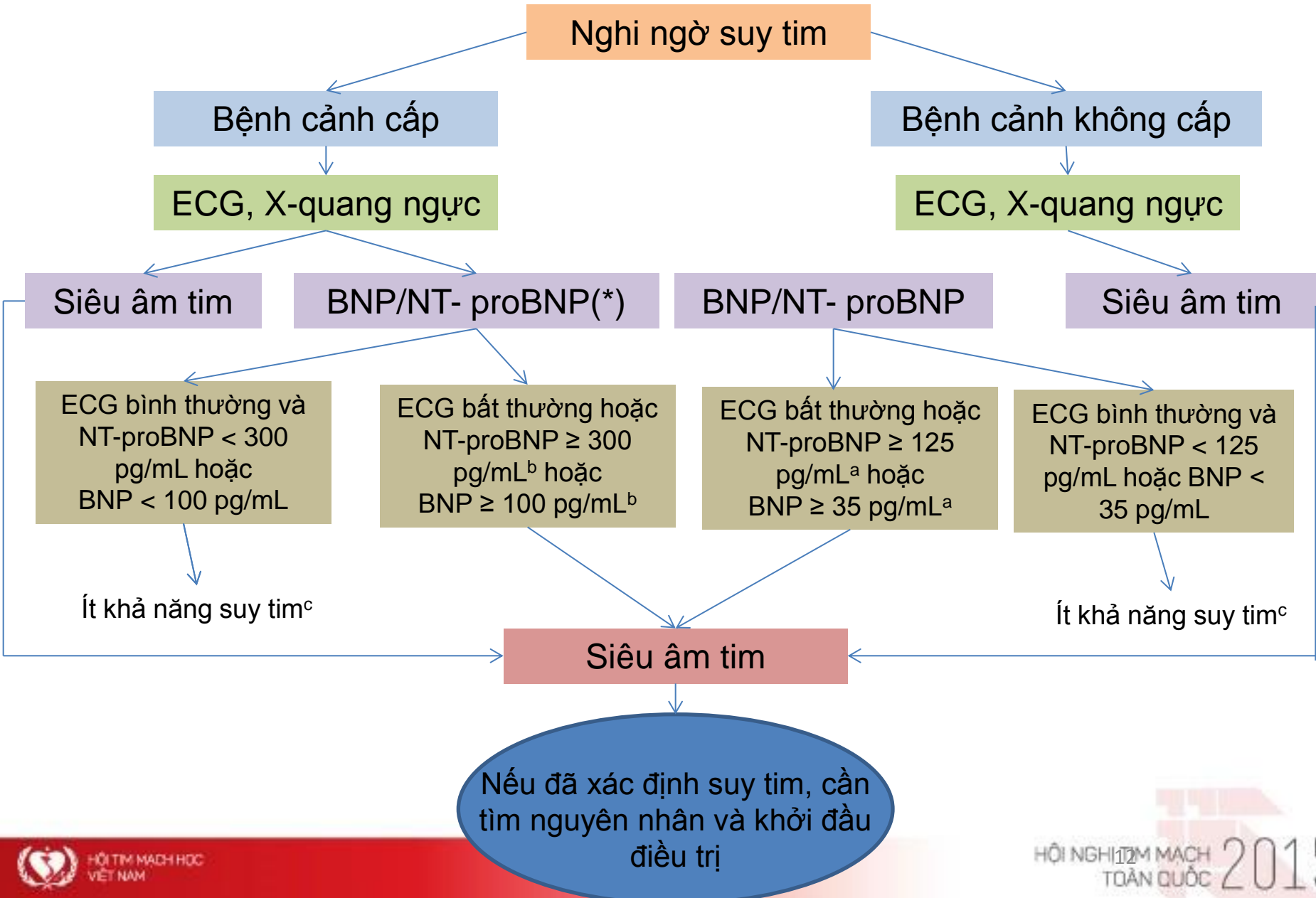
Chẩn đoán suy tim tâm trương: 4 điều kiện

- Triệu chứng cơ năng
- Triệu chứng thực thể
- Phân suất tổng máu bảo tồn
- Chứng cứ bệnh cấu trúc cơ tim (dày thất trái, dẫn nhĩ trái) và/ hoặc rối loạn chức năng tâm trương

Các chất chỉ điểm sinh học giúp chẩn đoán, theo dõi điều trị và tiên lượng suy tim

Chất chỉ điểm	Giai đoạn	Loại chỉ định	Mức chứng cứ
BNP, NT-ProBNP <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chẩn đoán hoặc loại trừ suy tim ▪ Tiên lượng suy tim ▪ Thực hiện điều trị theo khuyến cáo ▪ Hướng dẫn điều trị suy tim cấp 	Cấp, bệnh ngoại trú Cấp, bệnh ngoại trú Ngoại trú Cấp	I I IIa IIb	A A B C
Chỉ điểm sinh học về tổn thương cơ tim (Troponin)	Ngoại trú	IIb	B
Chỉ điểm sinh học về sợi hoá cơ tim (ST2, Galectin 3)	Cấp	IIb	A

Quy trình chẩn đoán suy tim



Cận lâm sàng cần thực hiện giúp chẩn đoán, phát hiện yếu tố làm nặng và tiên lượng bệnh nhân suy tim

- ECG; phim X-quang ngực thẳng; siêu âm tim
- Huyết đồ; tổng phân tích nước tiểu; điện giải đồ (bao gồm cả canxi và magnesium)
- Đường máu lúc đói, lipid máu (cholesterol toàn phần, triglyceride, HDL -C, LDL -C)
- Creatinine máu; men gan, bilirubin, sắt huyết thanh
- TSH; FT4
- BNP hoặc NT-proBNP, ST₂, Galectin 3
- Trắc nghiệm tưới máu cơ tim bằng hình ảnh (bằng siêu âm tim, cộng hưởng từ tim, SPECT hoặc PET)
- MSCT động mạch vành có cản quang hoặc chụp ĐMV qua thông tim

Chỉ định điều trị suy tim giai đoạn A

Chỉ định loại I:

- Các bệnh nhân có nguy cơ cao suy tim (THA, rối loạn lipid máu, ĐTĐ) 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**: thuốc lá, uống rượu lượng nhiều, ma túy.
- **Nhịp thất** cần được kiểm soát hoặc phục hồi nhịp xoang trên bệnh nhân có nhịp nhanh trên thất.
- Điều trị bệnh lý tuyến giáp theo đúng khuyến cáo.
- Thầy thuốc cần chỉ định cận lâm sàng không xâm nhập (vd đo PSTM bằng siêu âm tim) trên bệnh nhân có **tiền sử gia đình bị bệnh cơ tim** hoặc trên người sử dụng được chất độc cho tim.

Biện pháp điều trị bệnh nhân có tổn thương thực thể nhưng chưa có triệu chứng cơ năng suy tim

- Tất cả các biện pháp áp dụng trong giai đoạn A
- Chẹn beta và UCMC: mọi bệnh nhân sau NMCT bất kể PSTM
- Chẹn beta và UCMC hoặc chẹn thụ thể angiotensin II: mọi bệnh nhân có giảm PSTM
- Tái lưu thông động mạch vành
- Phẫu thuật sửa van hay thay van
- UCMC cho mọi bệnh nhân THA kèm dày thất trái
- Đặt máy tạo nhịp phá rung (ICD) cho bệnh nhân bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ có $\text{PSTM} \leq 30\%$, ít nhất 40 ngày sau NMCT cấp, có NYHA I với điều trị nội khoa và có hy vọng sống trên 1 năm

Biện pháp điều trị suy tim, trước kia hoặc hiện tại có triệu chứng cơ năng (GĐ C)

- Tất cả các biện pháp của giai đoạn A và B
- Lợi tiểu và hạn chế muối: khi có dấu ứ dịch (loại I)
- Chẹn beta (bisoprolol, carvedilol, metoprolol succinate nebivolol): mọi trường hợp ngoại trừ chống chỉ định (loại I).
- Ivabradine đơn độc hoặc kết hợp với chẹn beta khi tần số tim > 70 lần/ph (loại IIa)
- UCMC, chẹn thụ thể angiotensin II đơn độc hoặc phối hợp (loại I)
- Digitalis (loại IIa)
- Tránh thuốc chống loạn nhịp, kháng viêm không steroid hoặc ức chế COX-2, ức chế calci (loại I)
- Phối hợp UCMC, chẹn beta với hydralazine kèm nitrates (loại IIa)
- Luyện tập thể lực theo chương trình (loại I)
- Thuốc đối kháng aldosterone: spironolactone, eplerenone (loại I)
- Tái đồng bộ thất: tạo nhịp 2 buồng thất (loại I)
- Tạo nhịp phá rung cấy được (ICD) (loại I)

Các thuốc được chứng minh kéo dài đời sống bệnh nhân suy tim

	Liều khởi đầu (mg)	Liều mục tiêu (mg)
UCMC		
Captopril ^a	6.25 mg, ngày 3 lần	50 mg, ngày 3 lần
Enalapril	2.5 mg, ngày 2 lần	10-20 mg, ngày 2 lần
Lisinopril ^b	2.5-5.0 mg, ngày 1 lần	20-35 mg, ngày 1 lần
Ramipril	2.5 mg, ngày 1 lần	5 mg, ngày 2 lần
Trandolapril ^a	0.5 mg, ngày 1 lần	4 mg, ngày 1 lần
Chẹn beta		
Bisoprolol	1.25 mg, ngày 1 lần	10 mg, ngày 1 lần
Carvedilol	3.125 mg, ngày 2 lần	25-50 mg, ngày 2 lần
Metoprolol succinate (CR/XL)	12.5/25 mg, ngày 1 lần	200 mg, ngày 1 lần
Nebivolol ^c	1.25 mg, ngày 1 lần	10 mg, ngày 1 lần
Chẹn thụ thể angiotensin		
Candesartan	4 hoặc 8 mg, ngày 1 lần	32 mg, ngày 1 lần
Valsartan	40 mg, ngày 2 lần	160 mg, ngày 2 lần
Losartan ^{b,c}	50 mg, ngày 1 lần	150 mg, ngày 1 lần
Kháng thụ thể mineralocorticoid		
Eplerenone	25 mg, ngày 1 lần	50 mg, ngày 1 lần
Spirolactone	25 mg, ngày 1 lần	25-50 mg, ngày 1 lần
Thuốc tác động trên kênh If		
Ivabradine	5 mg, ngày 2 lần	7.5 mg, ngày 2 lần

a: UCMC với liều mục tiêu trong thử nghiệm lâm sàng sau nhồi máu cơ tim

b: Những thuốc này khi dùng liều cao hơn được chứng minh giảm tử vong và bệnh tật so với liều thấp, nhưng không có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có kiểm chứng với placebo và liều tối ưu không biết chắc chắn.

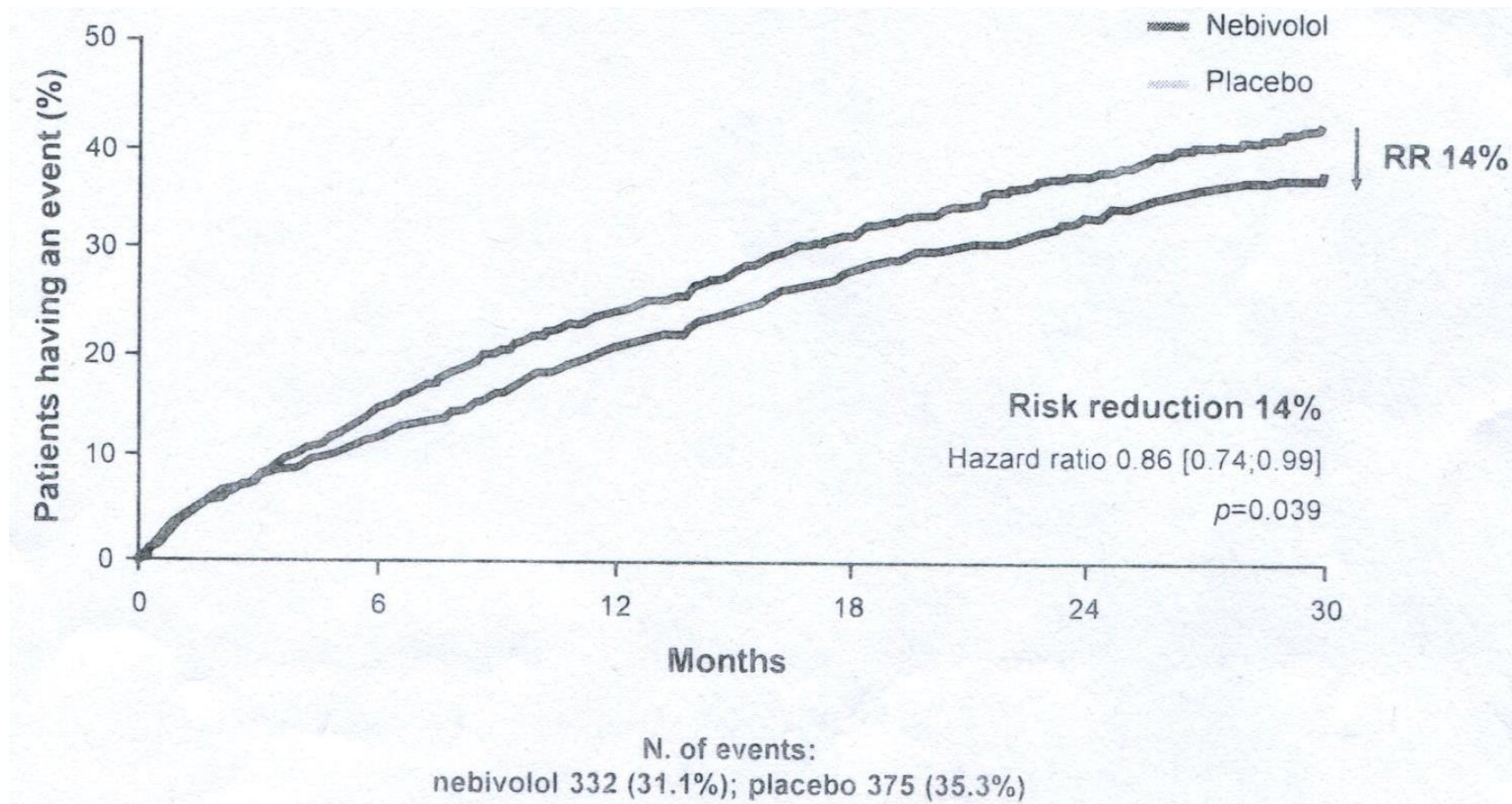
c: Điều trị này không chứng minh giảm tử vong tim mạch hay tử vong do mọi nguyên nhân ở bệnh nhân suy tim hoặc sau NMCT.



Nghiên cứu SENIORS

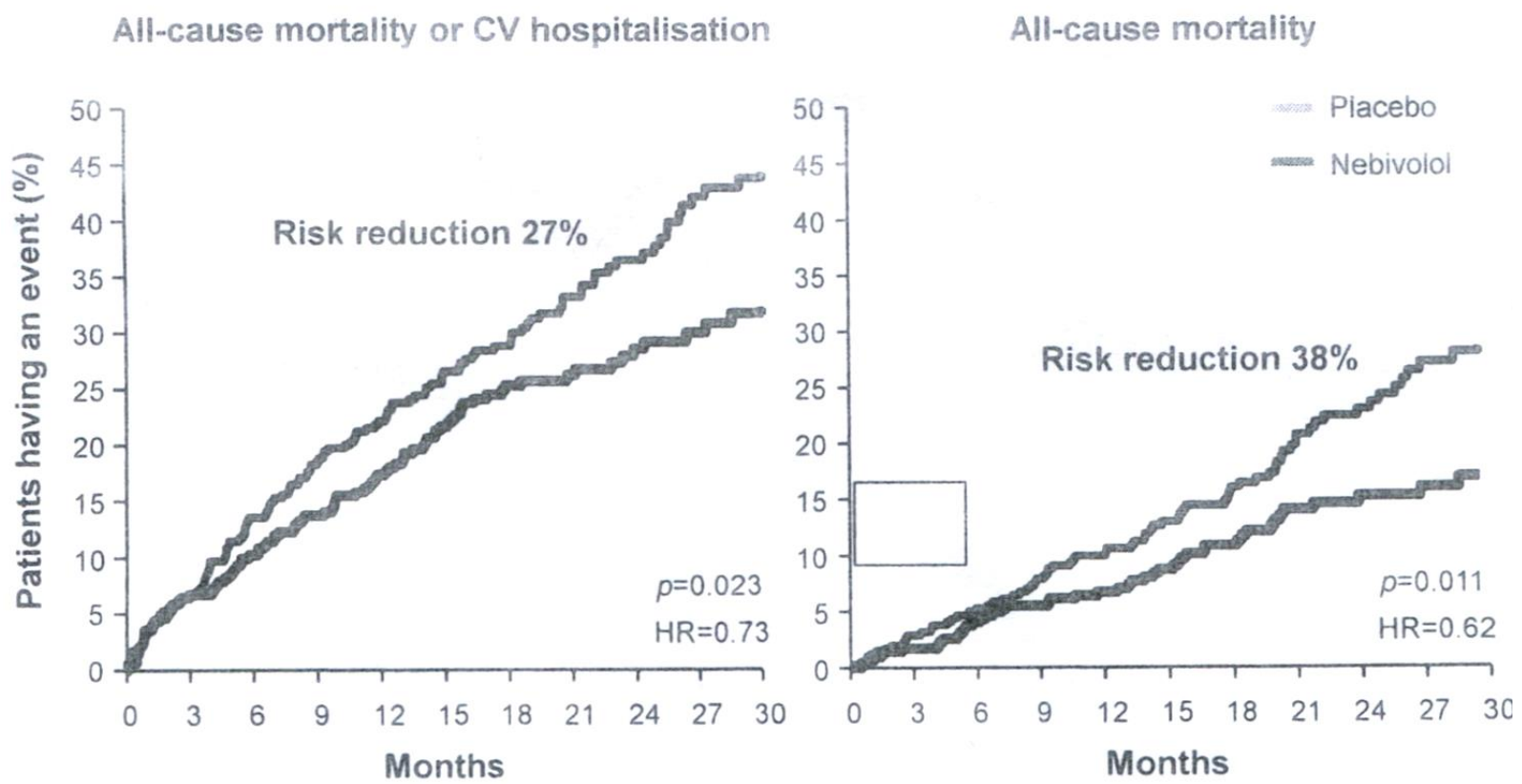
- Study of Effects of Nebivolol Intervention on Outcomes and Rehospitalisation in Seniors with Heart Failure
- Double- blind, centrally randomised, placebo controlled, multicentre, international trial
- 2135 patients: mean age 76.1 years; HF/EF $\leq 35\%$
- Follow-up: mean 21 months

Kết quả n/c SENIORS: tử vong mọi nguyên nhân và nhập viện vì tim mạch



Flather MD, et al. Eur Heart J 2005; 26: 215-25

Phân tích dưới nhóm n/c SENIORS: tuổi < 75.2 t và PXTM ≤ 35%



Adapted from Flather MD, et al. *Eur Heart J* 2005;26:215-25.
Moen MD et al. *Drugs* 2006; 66:1389-409.

Điều trị bằng dụng cụ

- Điều trị bằng dụng cụ 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)

Khuyến cáo điều trị bằng dụng cụ suy tim tâm thu giai đoạn C

Khuyến cáo	Loại	Mức chứng cứ
ICD giúp phòng ngừa tiên phát đột tử/ PSTM $\leq 35\%$, 40 ngày sau NMCT và NYHA II- III; khả năng sống 1 năm	I	A
CRT/ b/n có PSTM $\leq 35\%$, nhịp xoang, block nhánh trái với QRS ≥ 150 ms, NYHA II, III hoặc NYHA IV ngoại trừ	I	A (NYHA III/IV)
		B (NYHA II)
ICD giúp phòng ngừa tiên phát đột tử/ b/n có PSTM $\leq 30\%$, 40 ngày sau NMCT, NYHA I với điều trị kèm khả năng sống > 1 năm	I	B
CRT/ b/n có PSTM $\leq 35\%$, nhịp xoang, QRS ≥ 150 ms không kèm block nhánh trái, NYHA III hoặc NYHA IV ngoại trừ	IIa	A
CRT/ b/n PSTM $\leq 35\%$, nhịp xoang, block nhánh trái có QRS 120 – 149 ms, NYHA II, III hoặc IV ngoại trừ	IIa	B
CRT/ b/n rung nhĩ kèm PSTM $\leq 35\%$, tạo nhịp thất 100% sau hủy nút nhĩ thất	IIa	B
ICD có lợi điểm không chắc chắn trên b/n thường nhập viện, thể chất xấu hoặc có bệnh nặng kèm theo	IIb	B

Bệnh nhân có tiêu chuẩn phù hợp đặt dụng cụ hỗ trợ thất

Bệnh nhân có triệu chứng nặng > 2 tháng dù đã điều trị nội khoa tối ưu và điều trị bằng dụng cụ và có <u>≥ 2 tiêu chuẩn</u> sau:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PSTM thất trái <u>< 25%</u> và nếu đo lượng tiêu thụ oxy (VO_2) tối đa < 12 mL/kg/phút ▪ <u>≥ 3 lần</u> nhập viện vì suy tim trong vòng 12 tháng trước mà không có yếu tố thúc đẩy rõ ràng ▪ <u>Phụ thuộc vào</u> thuốc tăng co bóp cơ tim truyền tĩnh mạch ▪ Rối loạn chức năng cơ quan đích tiến triển (chức năng thận và/hoặc chức năng gan xấu đi) do tình trạng giảm tưới máu và không phải do áp lực đổ đầy thất không đủ ($PCWP \geq 20$ mmHg và huyết áp tâm thu $\leq 80 - 90$ mmHg hoặc chỉ số tim ≤ 2 L/phut/m^2) ▪ Chức năng thất phải xấu đi

Ghép tim: chỉ định và chống chỉ định

Xem xét chỉ định ghép tim	Suy tim giai đoạn cuối với triệu chứng nặng, tiên lượng xấu và không còn phương pháp trị liệu nào khác thay thế.
	Năng động, giao tiếp tốt và cảm xúc ổn định
	Có khả năng tuân thủ những điều trị tích cực đòi hỏi sau ghép tim
Chống chỉ định	Nhiễm trùng tiến triển
	Bệnh động mạch ngoại biên và mạch máu não nặng
	Đang nghiện rượu hoặc thuốc gây nghiện
	Điều trị ung thư trong vòng 5 năm trước
	Loét dạ dày tá tràng không chữa lành được
	Huyết khô thuyên tắc gần đây
	Suy thận nặng (độ lọc cầu thận < 50 mL/ph)
	Bệnh gan nặng
	Bệnh hệ thống với tổn thương nhiều cơ quan
	Bệnh nặng khác đi kèm, có tiên lượng xấu
	Cảm xúc không ổn định hoặc bệnh tâm thần chưa điều trị
	Kháng lực mạch máu phổi cao, cố định (> 4-5 đơn vị Wood và chênh áp trung bình > 15 mmHg)

Chiến lược điều trị tối ưu suy tim mạn

1. Tăng liều nhỏ đến liều cao nhất bệnh nhân dung nạp được
2. Một số bệnh nhân (vd: cao tuổi, bệnh thận mạn) cần thăm khám thường xuyên, tăng liều chậm
3. Theo dõi dấu sinh tồn chặt chẽ trước và trong khi tăng liều [HA tư thế đứng, tần số tim, triệu chứng cơ năng khi đứng, tim chậm, Hatth thấp (80-100mmHg)]
4. Lần lượt chỉnh liều từng nhóm thuốc
5. Theo dõi chức năng thận, điện giải đồ
6. Bệnh nhân có thể có cảm giác mệt hay yếu khi tăng liều. Nếu dấu sinh tồn tốt, triệu chứng sẽ hết sau vài ngày.
7. Bệnh nhân không ngưng đột ngột điều trị
8. Xem xét lại cẩn thận liều lượng thuốc điều trị suy tim chỉ để giảm triệu chứng (vd: lợi tiểu, nitrates) trong khi tăng liều.
9. Chỉnh liều tạm thời khi có bệnh không phải ở tim hết hợp (vd: nhiễm trùng phổi, nguy cơ thiếu nước)
10. Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình về lợi điểm của điều trị theo khuyến cáo.

Điều trị suy tim phân suất tổng máu bảo tồn

- Các biện pháp điều trị suy tim tâm trương bao gồm:
- Kiểm soát tốt huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương.
- Kiểm soát tốt tần số thất bệnh nhân rung nhĩ có suy tim tâm trương
- Lợi tiểu rất hiệu quả để chống phù và giảm sung huyết phổi.
- Tái lưu thông ĐMV cần thiết ở bệnh nhân suy tim tâm trương có kèm BĐMV
- Các thuốc chẹn beta, UCMC, chẹn thụ thể angiotensin II hoặc ức chế canxi có thể giảm triệu chứng cơ năng ở bệnh nhân suy tim tâm trương

Chăm sóc cuối đời bệnh nhân suy tim

- Chỉ định điều trị cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối cuộc đời:
- *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

Giáo dục cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối (1)

Nội dung	Hướng dẫn bệnh nhân kỹ năng tự chăm sóc
Định nghĩa và nguyên nhân	<ul style="list-style-type: none">Hiểu được nguyên nhân gây suy tim và tại sao triệu chứng suy tim xuất hiện
Tiên lượng	<ul style="list-style-type: none">Hiểu được các yếu tố tiên lượng quan trọng và có quyết định đúng đắn
Theo dõi triệu chứng suy tim và tự chăm sóc	<ul style="list-style-type: none">Theo dõi và nhận biết các triệu chứng cơ năng và thực thể của suy timGhi lại cân nặng hàng ngày, phát hiện tăng cân nhanhBiết được cách nào và khi nào cần thông báo với nhân viên y tếTrong trường hợp khó thở tăng lên, phù hoặc tăng cân đột ngột không giải thích được > 2kg trong 3 ngày, bệnh nhân có thể tăng liều lợi tiểu và/hoặc thông báo cho nhân viên chăm sóc y tế của mình.Sử dụng thuốc lợi tiểu linh hoạt nếu thấy phù hợp và được khuyến cáo sau khi đã được hướng dẫn và giám sát chặt chẽ
Điều trị bằng thuốc	<ul style="list-style-type: none">Hiểu được chỉ định, liều dùng và hiệu quả của thuốcNhận biết các tác dụng phụ thường gặp của các thuốc sử dụng

Giáo dục cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối (2)

Tuân thủ điều trị	<ul style="list-style-type: none"> Hiểu được tầm quan trọng của việc tuân thủ các điều trị theo khuyến cáo và duy trì động lực giúp bệnh nhân theo đuổi kế hoạch điều trị. Hạn chế muối có thể giúp kiểm soát triệu chứng sung huyết ở bệnh nhân suy tim độ III/IV có triệu chứng.
Chế độ ăn kiêng	<ul style="list-style-type: none"> Tránh uống nhiều nước: hạn chế dịch 1.5 – 2 lít/ngày ở bệnh nhân suy tim nặng để giảm triệu chứng. Hạn chế dung dịch nhược trương để giảm hạ natri máu. Không cần thiết hạn chế dịch thường quy ở tất cả bệnh nhân suy tim có triệu chứng nhẹ đến vừa. Hạn chế dịch dựa vào cân nặng (30 mL/kg cân nặng, 35 mL/kg nếu cân nặng > 85 kg) có thể ít gây khát nước. Theo dõi và phòng ngừa suy dinh dưỡng Chế độ ăn lành mạnh và duy trì cân nặng lý tưởng
Rượu	<ul style="list-style-type: none"> Giảm uống rượu: không uống rượu ở bệnh nhân có bệnh cơ tim do rượu. Ngoài ra, hạn chế rượu theo các hướng dẫn thông thường (2 đơn vị/ngày ở nam, hoặc 1 đơn vị/ngày ở nữ). 1 đơn vị = 10 mL cồn nguyên chất (1 ly rượu vang, ½ lon bia, 1 cốc rượu mạnh).

Giáo dục cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối (3)

Thuốc lá và chất gây nghiện	<ul style="list-style-type: none"> Bỏ thuốc lá và/hoặc không dùng thuốc gây nghiện
Tập thể dục	<ul style="list-style-type: none"> Hiểu được lợi ích của tập thể dục Tập luyện đều đặn có người hướng dẫn Hoạt động thể lực thoải mái và an toàn
Du lịch và giải trí	<ul style="list-style-type: none"> Đi du lịch hoặc tham gia các hoạt động giải trí tùy theo tình trạng sức khỏe Khi đi du lịch, cần mang theo bảng tóm tắt bệnh sử, thuốc đang điều trị và các thuốc dự phòng khi cần khác. Theo dõi và cân bằng lượng dịch nhập mỗi ngày, đặc biệt trong chuyến bay và ở nơi có khí hậu nóng. Lưu ý phản ứng phụ của thuốc khi tiếp xúc nhiều với ánh nắng ở một số thuốc (Vd, amiodarone)
Hoạt động tình dục	<ul style="list-style-type: none"> Thảo luận với nhân viên y tế và đảm bảo an toàn khi sinh hoạt tình dục. Bệnh nhân ổn định có thể sinh hoạt tình dục bình thường mà không làm nặng lên triệu chứng suy tim. Cần lưu ý khi sử dụng thuốc điều trị rối loạn cương dương.

Giáo dục cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối (4)

Tiêm ngừa	▪ Tiêm ngừa cúm và viêm phổi phế cầu theo hướng dẫn thực hành
Các rối loạn thở và ngủ	▪ Có hướng phòng ngừa như giảm cân ở bệnh nhân béo phì, bỏ thuốc lá, và hạn chế rượu bia ▪ Hiểu biết để chọn lựa cách điều trị thích hợp
Khía cạnh tâm lý xã hội	▪ Biết là những triệu chứng trầm cảm và suy giảm nhận thức thường gặp ở bệnh nhân suy tim và sự quan trọng từ trợ giúp của xã hội ▪ Hiểu biết để chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp

Nghiên cứu PARADIGM-HF

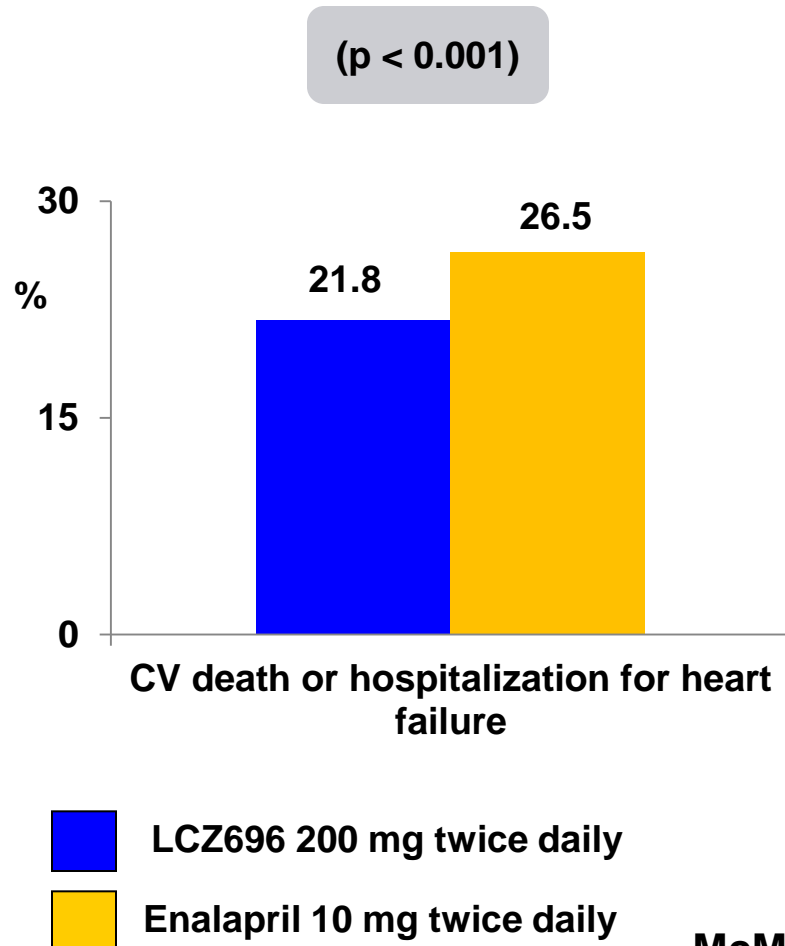
(Prospective comparison of ARNI with ACEI to Determine Impact on Global Mortality and Morbidity in Heart Failure)

- Ngẫu nhiên, mù đôi, song song
- So sánh LCZ 696 (Valsartan/ Neprilysin inhibitor sacubitril) với enalapril/ bệnh nhân ST tâm thu
- 8442 b/n, ≥ 18 tuổi – ST tâm thu kèm BNP ≥ 150 pg/ml hoặc NT-proBNP ≥ 600 pg/ml
- Tuổi trung bình 64t; nữ 21%; PXTM: 30%
- Tiêu chí chính: tử vong tim mạch hoặc nhập viện vì suy tim

TL: Packer M, Mc Murray JJ et al. Circulation 2014; Nov 17 & N Engl J Med 2014; 371: 993-1004

PARADIGM-HF

Trial design: Participants with NYHA class II-IV and LVEF $\leq 40\%$ were randomized to LCZ696 200 mg twice daily (n = 4,187) vs. enalapril 10 mg twice daily (n = 4,212).



Results

- CV death or hospitalization for heart failure: 21.8% of LCZ696 group vs. 26.5% of the enalapril group (p < 0.001)
- CV death: 13.3% vs. 16.5% (p < 0.001), respectively
- Hospitalization for HF: 12.8% vs. 15.6% (p < 0.001), respectively

Conclusions

- Among participants with reduced EF and NYHA class II-IV symptoms, the use of LCZ696 was beneficial compared with enalapril
- LCZ696 was associated with a reduction in CV death or hospitalization for heart failure

McMurray JJ, et al. N Engl J Med 2014;371:993-1004

FDA chấp thuận Entresto điều trị suy tim mạn 07/07/2015

- Entresto (sacubitril/ valsartan): sử dụng thay thế UCMC hoặc chẹn thụ thể AG II
- 1/2015: Hội Tim mạch Canada đưa sacubitril/ valsartan và khuyến cáo mới điều trị suy tim
- Giá cả: có thể tương đương thuốc kháng đông mới (12.5 USD/ngày)

Kết luận

- Chẩn đoán và tiên lượng: tầm quan trọng của chất chỉ điểm sinh học (NT proBNP, BNP, ST2, Galectin 3)
- Điều trị kéo dài đời sống:
 - Thay đổi lối sống
 - Các thuốc kéo dài đời sống: UCMC; chẹn thụ thể AG II; ISDN-Hydralazine, chẹn beta; Ivabradine, sacubitril and valsartan
 - Phẫu thuật; can thiệp: ĐMV, van tim
 - Điều trị bằng dụng cụ: CRT, ICD, máy trợ tim
 - Ghép tim
- Hướng tương lai:
 - Điều trị theo gen, tế bào gốc
 - Tim nhân tạo