

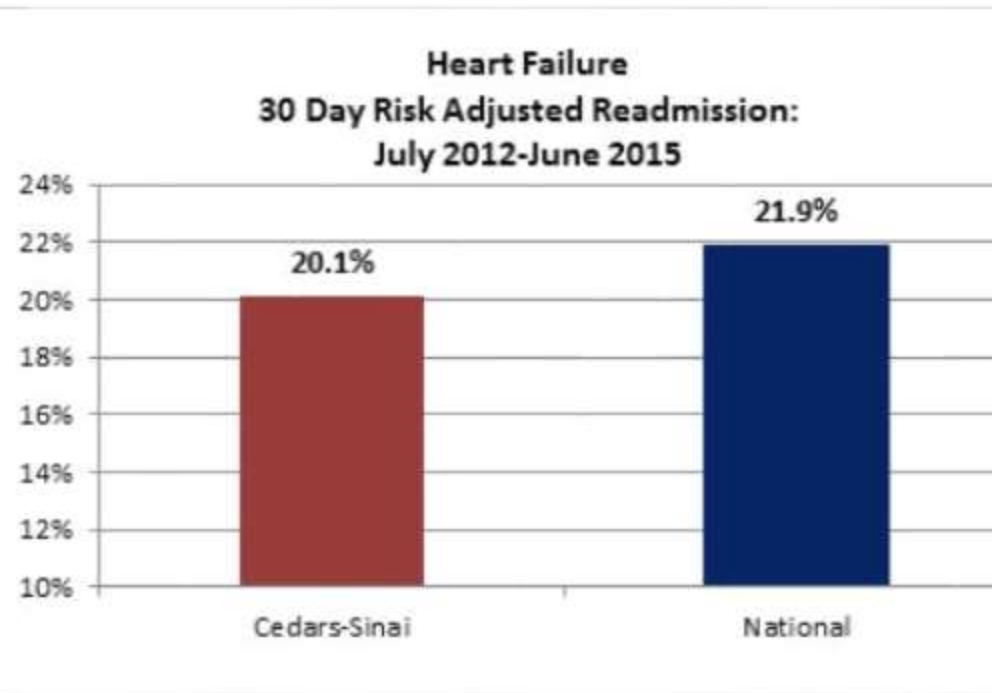
QUẢN LÝ BỆNH NHÂN SUY TIM NGOẠI VIỆN

TS. BS. NGUYỄN THỊ HẬU

Đặc điểm bệnh nhân tim mạch

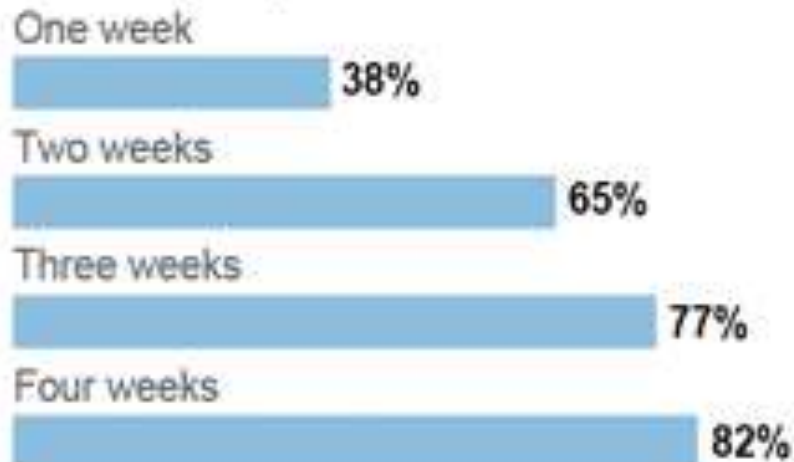
- Ước tính tại VN có đến 1,6 triệu người bị ST và 50% số BN sẽ tử vong trong vòng 5 năm sau khi được chẩn đoán.
- BN ST do bệnh van tim, cơ tim, mạch vành, tim bẩm sinh... sau khi được điều trị nội khoa (thuốc) hoặc ngoại khoa (can thiệp mạch, phẫu thuật, điện sinh lý...) vẫn là người có bệnh tim.
- Việc quản lý BN ST đến nay vẫn chưa có quy trình, đặc biệt là việc phục hồi chức năng tim để họ phục hồi tốt hơn, nhanh hơn sau phẫu thuật, can thiệp... → nâng cao chất lượng cuộc sống.

Vì sao cần quản lý BN suy tim ngoại viện



A study found that many heart failure patients don't see any doctor for days after they're released from the hospital.

Percentage of patients who see a doctor after:



Source: The Journal of the American Medical Association

→ theo dõi và can thiệp sau xuất viện giúp **giảm tái nhập viện**

NỘI DUNG CHÍNH

- MỘT SỐ KHÁI NIỆM VỀ SUY TIM
 - ❖ Định nghĩa
 - ❖ Phân loại - Phân độ - Giai đoạn ST
 - ❖ Phác đồ điều trị suy tim mạn
- CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ BN SUY TIM NGOẠI VIỆN
 - ❖ Phục hồi chức năng
 - ❖ Thuốc - Theo dõi đáp ứng với điều trị
 - ❖ Một số điểm cần lưu ý

MỘT SỐ KHÁI NIỆM VỀ SUY TIM

ĐỊNH NGHĨA

Theo **ESC 2016**:

“Suy tim (ST) là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi các triệu chứng điển hình (khó thở, phù chân, mệt mỏi...), có thể đi kèm với các dấu hiệu (TM cổ nổi, ran phổi, phù ngoại vi..) gây ra bởi bất thường cấu trúc và/hoặc chức năng tim mạch, dẫn đến cung lượng tim giảm và/hoặc áp lực trong tim cao lúc nghỉ hoặc khi gắng sức/stress.”

PHÂN LOẠI SUY TIM

- Theo diễn tiến: ST cấp – ST mạn
- ST cung lượng cao – ST cung lượng thấp
- ST trái – ST phải
- Theo phân suất tổng máu EF (siêu âm tim):
 - Suy tim EF giảm (HFrEF) $< 40\%$
 - Suy tim EF khoảng giữa (HFmrEF) 40-49%
 - Suy tim EF bảo tồn (HFpEF) $\geq 50\%$

PHÂN ĐỘ SUY TIM THEO NYHA

NYHA I- không giới hạn hoạt động thể lực, hoạt động thông thường không gây khó thở, mệt hoặc hồi hộp

NYHA II- giới hạn nhẹ hoạt động thể lực, dễ chịu khi nghỉ nhưng hoạt động thể lực thông thường có thể gây khó thở, mệt hoặc hồi hộp

NYHA III- giới hạn đáng kể hoạt động thể lực, dễ chịu khi nghỉ nhưng hoạt động thể lực nhẹ có thể gây khó thở, mệt hoặc hồi hộp

NYHA IV- không thể làm bất kỳ hoạt động thể lực nào, triệu chứng xảy ra cả khi nghỉ, bất kỳ hoạt động nào cũng gây khó chịu.

Các giai đoạn trong sự tiến triển của suy tim

Còn nguy cơ suy tim

Suy tim

Giai đoạn A

Nguy cơ cao ST, không bệnh tim thối thẽ hoặc triệu chứng cô năng ST

Giai đoạn B

Còn bệnh tim thối thẽ nhưng không triệu chứng ST

Giai đoạn C

Còn bệnh tim thối thẽ rõ rệt hoặc hiện tại có triệu chứng cô năng ST

Giai đoạn D

STkhủng trở, cần can thiệp đặc biệt

. THA
. bệnh XVDM
. NTN
. beò phì
. HCCH
. sử dụng thuốc ñoác vôùi tim; tiền sử còu bệnh cô tim

Beãnhtim
thoĩctheã

. Tiềnsử
NMCT
. Tàùicaáustruùc
thaáttrauì
. Beãnhtim
khoaĩngtrieãuchòũngcô
naĩng

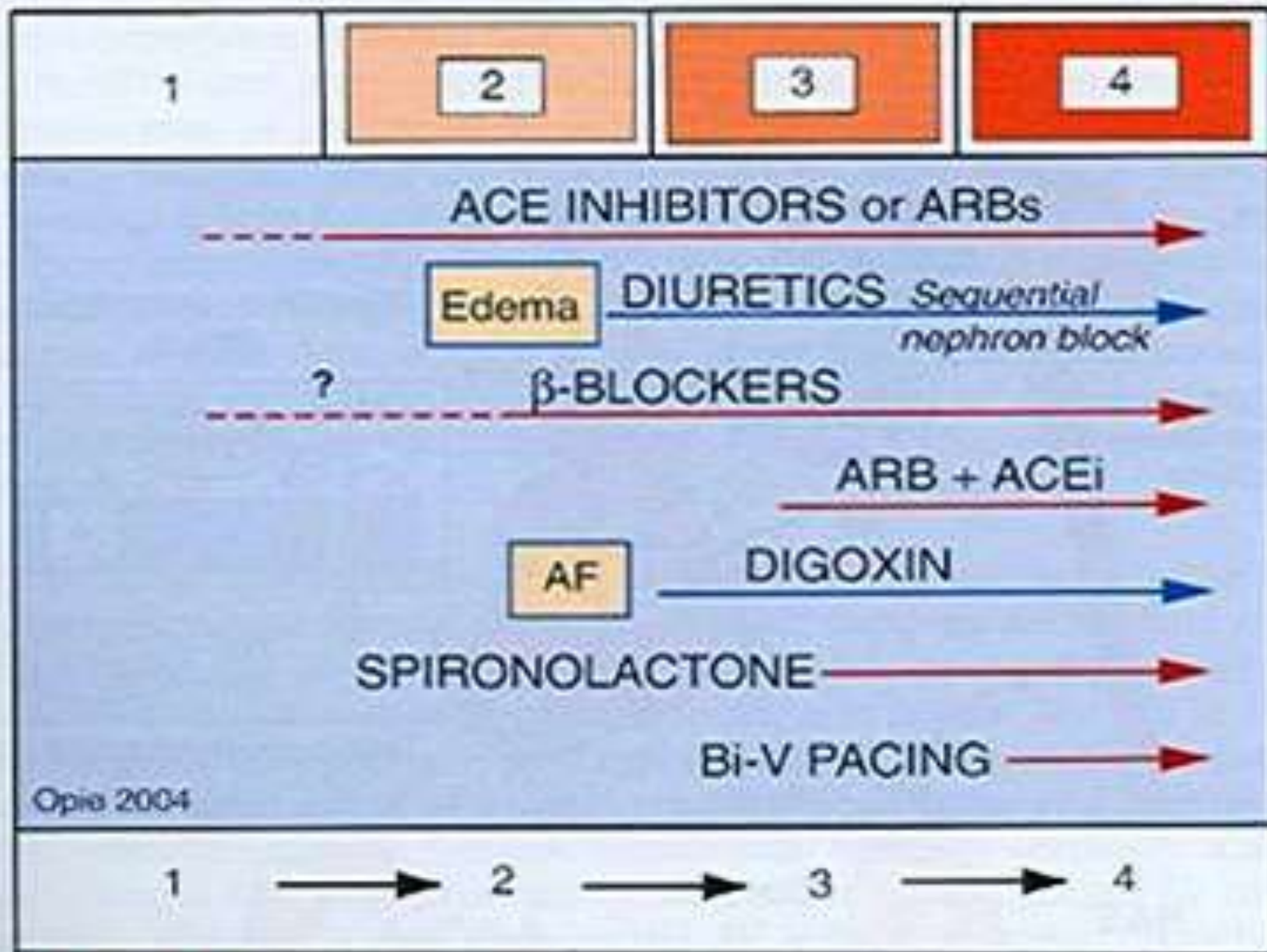
Tiềantriềanniềantriềauchòũngcônaĩngsuytim

BN còu beãnhtim
thoĩctheã
keøm
khouĩthở, meãt
khi gaĩngsòuc

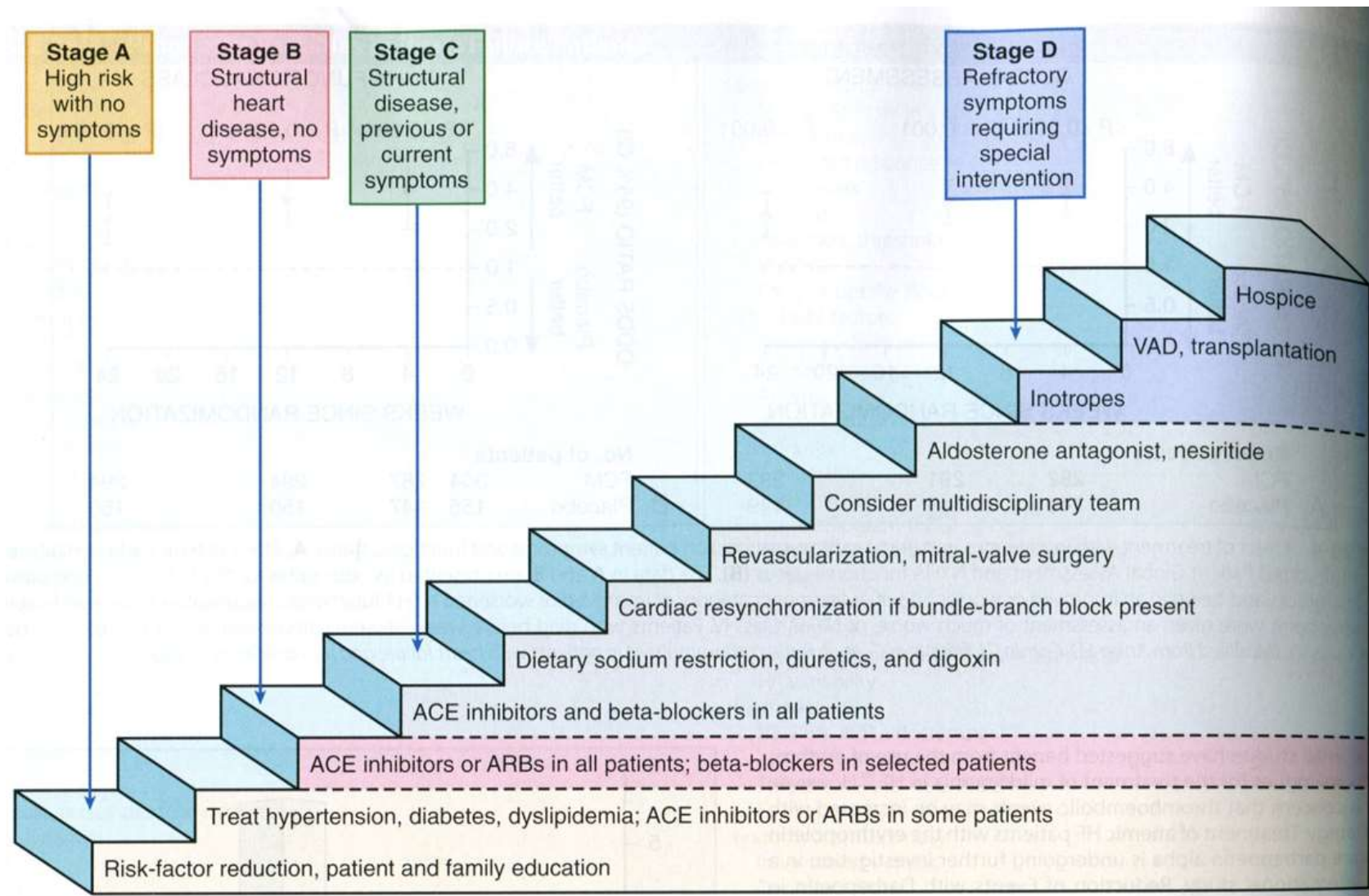
Triềauchòũngcônaĩngkhaũngtròluùcnghæ

BN còu triềauchòũngcônaĩng
raát nặng luùcnghæ
mặcdườñiềustrò
noãitoáĩña (nhaĩpvieãn
nhiềulaàn)

Progressive heart failure, NYHA classes



Các **biện pháp điều trị** / giai đoạn của suy tim



Lợi tiểu nếu có triệu chứng sung huyết

Bệnh nhân suy tim tâm thu mạn NYHA II-IV

Ức chế men chuyển (chẹn thụ thể angiotensin) + chẹn beta (chỉnh đến liều dựa trên chứng cứ tối đa dung nạp được)

Vẫn còn triệu chứng và PSTM thất trái $\leq 35\%$

Thêm một thuốc đối kháng aldosterone (chỉnh đến liều dựa trên chứng cứ tối đa dung nạp được)

Vẫn còn triệu chứng và PSTM thất trái $\leq 35\%$

Dung nạp được
ức chế men chuyển

Thay thế ức chế men chuyển bằng valsartan/sacubitril

Nhịp xoang
QRS ≥ 130 msec

Đánh giá nhu cầu
đặt máy
tái đồng bộ tim

Nhịp xoang
TST ≥ 70 /phút

Ivabradine

Quy trình điều trị suy tim tâm thu mạn có triệu chứng theo ESC 2016

PSTM = phân suất tống máu; TST = tần số tim.

CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ BN SUY TIM NGOẠI VIỆN

- Mục tiêu quan trọng trong chiến lược điều trị ST là phục hồi chức năng tim nhằm cải thiện chất lượng sống, tăng khả năng hoạt động thể chất và làm chậm lại tiến trình bệnh.
- Phục hồi chức năng tim là một giải pháp đồng bộ bao gồm: tập thể dục, giảm căng thẳng, thay đổi lối sống theo chiều hướng tích cực, chế độ dinh dưỡng khoa học và sử dụng thuốc điều trị đúng theo chỉ dẫn

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIM MẠCH

- Mục tiêu: giúp BN tim mạch ngoại trú đạt được các điều kiện tốt nhất về thể chất, tinh thần và xã hội
- Có thể giảm 50% nguy cơ tử vong.
- BN được tư vấn những kiến thức liên quan đến bệnh tim mạch của mình, tự theo dõi một số dấu hiệu bất thường.
- Hướng dẫn tập vận động an toàn, phù hợp.
- Đòi hỏi hợp tác chặt chẽ thầy thuốc – BN – gia đình.

Hoạt động thể lực: lợi ích

- BN hồi phục tốt hơn sau NMCT hay các bệnh tim khác.
- Ít tái phát cơn NMCT hay các bệnh tim khác.
- Cải thiện sức khỏe, cảm thấy tự tin, thư giãn hơn.
- Kiểm soát được cân nặng.
- Có nồng độ cholesterol máu, đường huyết tốt hơn.
- Có tần số tim và HA ổn định hơn.

Hoạt động thể lực: phù hợp mức độ ST

- ST **độ I**: tránh các lao động gắng sức mạnh như gánh nặng, chạy việt dã...
- ST **độ II**: tránh các lao động GS vừa như đi bộ xa trên 50 m, mang xách các vật nặng, tránh thể thao phải GS nhiều...
- ST **độ III**: chỉ cho phép thực hiện các hoạt động tự chăm sóc bản thân.
- ST **độ IV**: phải nghỉ ngơi trên giường. Thời gian nằm nghỉ tuyệt đối cần được hạn chế đến mức tối thiểu để tránh các biến chứng: viêm phổi do ứ đọng, nghẽn tắc tĩnh mạch, nhồi máu phổi...

Biện pháp dễ làm nhất và có hiệu quả là đi bộ, bắt đầu từ từ và tăng dần từng tí một. Dừng ngay nếu hơi khó thở, đau ngực hoặc hoa mắt.

Chế độ ăn uống - sinh hoạt ở BN suy tim

- Ăn uống đủ dinh dưỡng, đủ vitamin.
- Cần hạn chế muối, nhất là khi suy tim nặng lên, chỉ nên cho 2 - 4g muối/ngày vì ứ natri gây ứ nước → tăng tiền gánh → ST nặng lên (ăn mặn, đồ khô, đồ hộp...)
- Lượng nước uống theo nhu cầu của bệnh nhân và độ ST, tránh truyền dịch nếu không cần thiết.

Chế độ ăn uống - sinh hoạt ở BN suy tim (tt)

- Hạn chế các thức ăn có chứa nhiều chất béo bão hòa.
- Giảm cân nếu thừa cân. Tăng cân là dấu hiệu sớm cho biết tình trạng ứ nước trong cơ thể, suy tim nặng lên.
- Không uống rượu, bỏ thuốc lá.
- Tâm lý trị liệu người bệnh: Chế độ chăm sóc hợp lý, tránh các lo âu căng thẳng kéo dài.

THUỐC VÀ THEO DÕI ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ

- ❑ Các thuốc thường dùng điều trị suy tim
- ❑ Hướng dẫn dùng thuốc và đáp ứng của BN

Ức chế men chuyển / chọn thụ thể AGII

ST tâm thu (Loại I, MCC: A)

- Tất cả bệnh nhân có **PXTM \leq 40%**
- **Chống chỉ định:**
 - Tiền sử phù mạch
 - Hẹp ĐM thận 2 bên
 - $K^+ > 5$ mmol/L
 - Creatinine máu > 220 mmol/L ($\sim 2,5$ mg/L)
 - Hẹp van ĐMC nặng
- Liều từ thấp đến cao. Thử lại creatinine 2 tuần sau.
- Ngưng UCMC nếu creatinine tăng $\geq 50\%$ trị số ban đầu (hoặc $K^+ > 5.5$ mmol/L).

Theo dõi:

- Creatinin máu
- Kali máu

Chẹn beta

ST tâm thu (Loại I, MCC: A)

- Tất cả bệnh nhân có **PXTM \leq 40%**, **NYHA II \rightarrow IV**
- Đã được dùng liều đầy đủ UCMC hoặc chẹn thụ thể AG II \pm đối kháng aldosterone
- **Lâm sàng đang ổn định**
- Không bị:
 - Suyễn
 - Blocc NT II,III, hội chứng suy nút xoang, nhịp xoang chậm (< 50/phút)

Theo dõi:

- Nhịp tim
- Tình trạng ST trên lâm sàng

Thuốc đối kháng aldosterone

ST tâm thu (Loại I, MCC: B)

- Chỉ định (spironolactone, eplerenone) đối với tất cả bn suy tim đã sử dụng liều tốt nhất chẹn beta và UCMC mà vẫn còn triệu chứng cơ năng
- **Chống chỉ định:**
 - $K^+ > 5$ mmol/L
 - Creatinine máu > 220 Mmol/L (~ 2.5 mg/dL)
 - Dùng chung viên Kali
 - Phối hợp với UCMC và chẹn thụ thể angiotensin II

Theo dõi:

- tăng Kali máu (đặc biệt BN suy thận)

Digoxin

ST tâm thu

- **Loại I, MCC C:**

- **PXTM $\leq 40\%$** , có triệu chứng cơ năng kèm rung nhĩ

- **Loại IIa, MCC B:**

- **PXTM $\leq 40\%$** , có triệu chứng cơ năng, nhịp xoang

- Có thể dùng sớm ở BN rung nhĩ kèm với chẹn β

Theo dõi ngộ độc:

- triệu chứng: chán ăn, nôn, tiêu chảy...
- ECG: NTT thất, bloc AV...

Lợi tiểu

ST tâm thu (Loại I, MCC: B)

- Suy tim kèm triệu chứng cơ năng của sung huyết
- Liều lượng: thay đổi theo từng bệnh nhân và tình trạng lâm sàng
- **Lợi tiểu quai**: rất hiệu quả
- Lợi tiểu: hoạt hoá hệ RAA → nên phối hợp với UCMC hoặc chẹn thụ thể AG II

Theo dõi:

- Rối loạn điện giải: giảm natri, kali.
- Tăng acid uric

Ivabradine

Suy tim

- Ức chế kênh **If** ở nút xoang → chậm tần số tim ở nhịp xoang
- Chỉ định: BN nhịp xoang, tần số tim >75/ph (đã dùng hoặc không dùng nạp chẹn β) - **ESC 2012**
- Liều lượng: 5mg x 2 → 7.5mg x 2

Tác dụng phụ:

mờ mắt, chóng mặt, nhiều hình ảnh, hồi hộp...

HƯỚNG DẪN DÙNG THUỐC

- **Tuân thủ điều trị:** uống thuốc đều theo đơn. Không tự ý ngừng thuốc hoặc thay đổi liều lượng nếu không có chỉ dẫn của BS. Nên uống thuốc vào các giờ nhất định tùy theo công việc hay hoạt động để tránh quên thuốc.
- **Tái khám ngay** nếu có các biểu hiện bất thường hoặc khi các dấu hiệu ST nặng lên (mệt, phù, tiểu ít..). Đối với ST, điều trị càng sớm càng dễ dàng và càng hiệu quả.

THEO DÕI và TÁI KHÁM

- Đánh giá lâm sàng khả năng thực hiện các công việc hằng ngày và gắng sức.
- Tình trạng ứ dịch và cân nặng.
- Tình trạng dinh dưỡng, ăn mặn, thuốc lá, hóa trị và các biện pháp điều trị khác.
- Siêu âm tim nhằm khảo sát phân suất tống máu, tình trạng tái cấu trúc tâm thất, mới bị biến cố lâm sàng hoặc đã có điều trị có thể ảnh hưởng đến chức năng tim.
- Kiểm soát HA và tần số tim, đường huyết, các chỉ số lipid máu.

THEO DÕI và TÁI KHÁM: các **yếu tố thúc đẩy suy tim**

- Không tuân thủ chế độ ăn, thuốc
- TMCT hoặc NMCT
- HA tăng cao
- RL nhịp tim
- Nhiễm trùng hệ thống
- Viêm, nhiễm trùng tim: viêm cơ tim, VNTMNT...
- Độc tố (rượu, hóa trị K)
- Thuốc giữ muối NSAIDS, giảm co cơ tim (chẹn β , chẹn calci...)
- Thuyên tắc phổi
- Tăng cung lượng tim: thai, cường giáp, thiếu máu...
- Sự tiến triển của bệnh kết hợp: thận, phổi, tuyến giáp...

MỘT SỐ ĐIỂM CẦN LƯU Ý

Những điều BN cần biết khi uống thuốc **kháng đông**

- Các loại kháng đông:
 - **Kháng vitamin K:** Sintrom (Acenocoumarol) và Coumadin (Warfarin)
 - **Kháng đông uống mới:** Pradaxa (Dabigatran) và Xarelto (Rivaroxaban), không dùng cho van cơ học và hẹp van 2 lá
- Chỉ định:
 - Van tim cơ học
 - Rung nhĩ
 - Huyết khối TM chân
 - Thuyên tắc phổi, tăng áp ĐMP tiên phát

Những điều BN cần biết khi uống thuốc kháng vitamin K

- Theo dõi INR (International Normalized Ratio)
 - INR mục tiêu:
 - Van ĐMC cơ học: 2 -3
 - Van 2 lá cơ học: 2,5 = 3,5
 - Rung nhĩ, HKTM sâu, thuyên tắc phổi: 2 – 3
 - Già, nhẹ cân: 2
 - Khi ổn định, thử INR mỗi 2-4 tuần một lần.
- Tương tác thuốc:
 - **Tăng:** ASA, Paracetamol, NSAIDS, Amiodarone, Bactrim, Corticosteroid...
 - **Giảm:** Girseofulvin, Rifampicin, thuốc ngừa thai
- Chế độ ăn:
 - Nên ổn định, ít thay đổi.
 - Hạn chế loại có nhiều vit K: rau xanh, bắp cải, rau muống, gan heo, đậu nành, bơ thực vật...

Hướng dẫn và theo dõi sử dụng kháng đông uống

- Tư vấn cho BN **tự theo dõi**, đặc biệt khi có các **dấu hiệu chảy máu** (các nốt thâm tím bất thường, đi ngoài phân đen, tiểu ra máu, chảy máu cam, chảy máu lợi khi đánh răng, chảy máu ở kết mạc, đờm hoặc chất nôn có máu), → phải đến gặp BS.
- Hạn chế các **hoạt động rủi ro** như tập thể thao mạnh, hoặc làm các công việc như sửa chữa/ làm vườn mà không có phương tiện bảo vệ.
- Sử dụng một **tấm thẻ** ghi rõ đang dùng thuốc kháng đông, xuất trình cho nhân viên y tế khi xảy ra tai nạn, tránh tiêm bắp do có thể gây các vết thâm tím.

Suy tim mạn ở người cao tuổi

- ST là một bệnh chính ở người cao tuổi, chiếm ít nhất 20% số NV nhập viện > 65 tuổi. Khoảng 85% tử vong vì ST xảy ra ở bệnh nhân trên 65 tuổi.
- Tần suất ST PSTM bảo tồn gia tăng ở người cao tuổi, có thể đến 80%, do đó chẩn đoán xác định dễ bỏ sót (SÂT, BNP).

ST mạn người cao tuổi: **điều trị**

- Các thuốc chính: LT, Ư'CMC/Ư'CTT, chẹn beta
- Lưu ý:
 - ❖ **Lợi tiểu:** t/d cân nặng, ion đồ. Chú ý hạ HA tư thế, tăng a.uric.
 - ❖ **Ư'CMC:** cần lựa chọn liều đầu, tránh tụt HA.
 - ❖ **Digoxin:** hạ kali máu làm tăng nguy cơ ngộ độc, nhất là BN có dùng LT. Cần chỉnh liều theo eGFR. BN > 70 tuổi, dù không bệnh thận, liều duy trì nên là 0,0625 mg/ngày.
 - ❖ **Ức chế calci:** hạn chế dùng. Diltiazem và Verapamil không được dùng.

Kết luận

- Quản lý BN suy tim ngoại viện rất cần thiết để giảm tỷ lệ tái nhập viện vì đợt ST cấp, cải thiện chất lượng cuộc sống của BN.
- Tùy từng giai đoạn bệnh, mức độ trầm trọng của từng BN mà BS có kế hoạch chăm sóc cụ thể khác nhau.
- Cần có sự hợp tác chặt chẽ giữa thầy thuốc - BN – gia đình → kết quả tốt hơn.

CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý CỦA QUÝ VỊ

