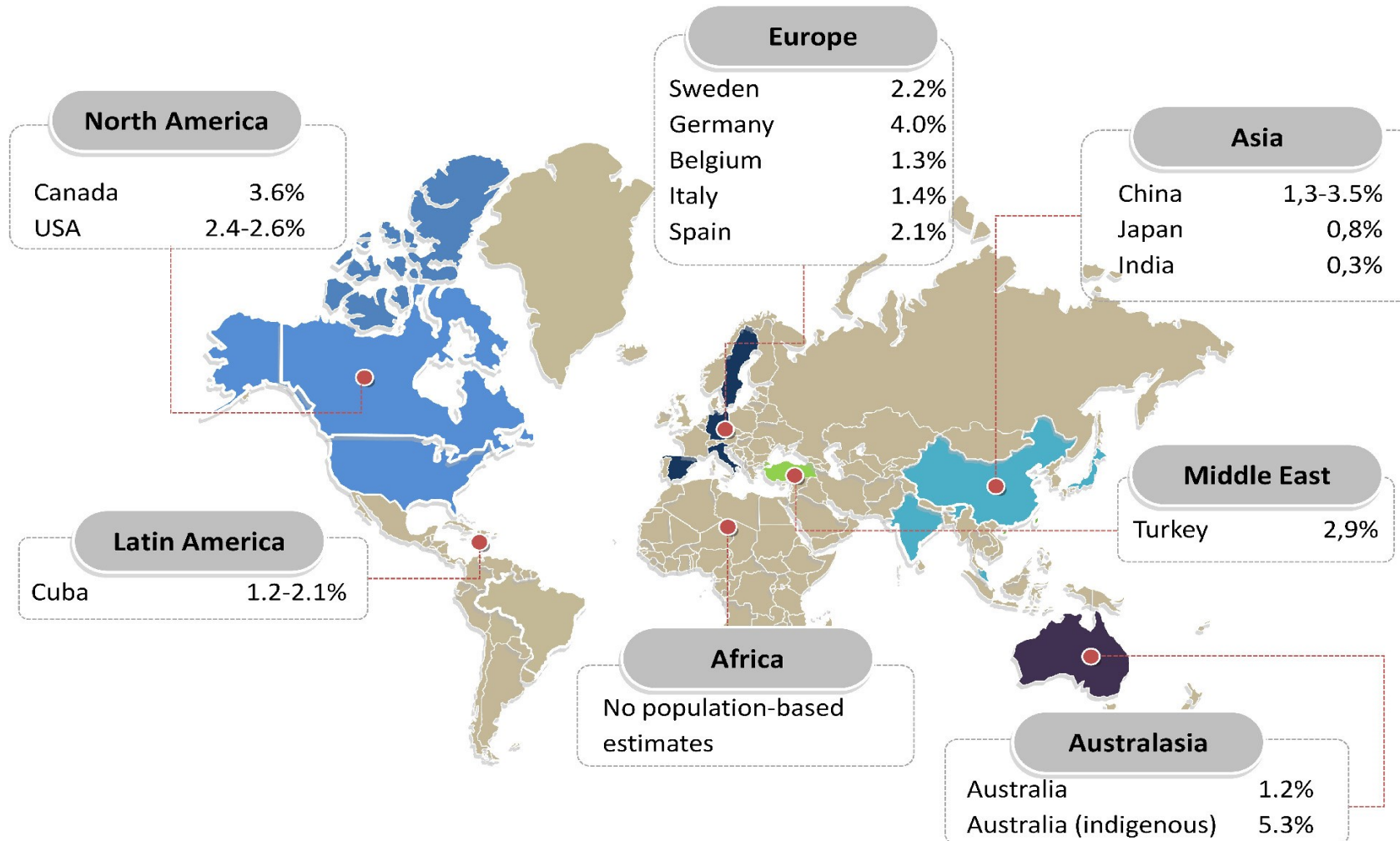


CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO SUY TIM 2022 CỦA HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM MỘT SỐ ĐIỂM CHÍNH

Ths. BS. Nguyễn Đức Khánh
Giảng viên Bộ môn Nội - Đại học Y Dược TP. HCM

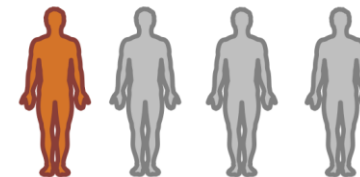
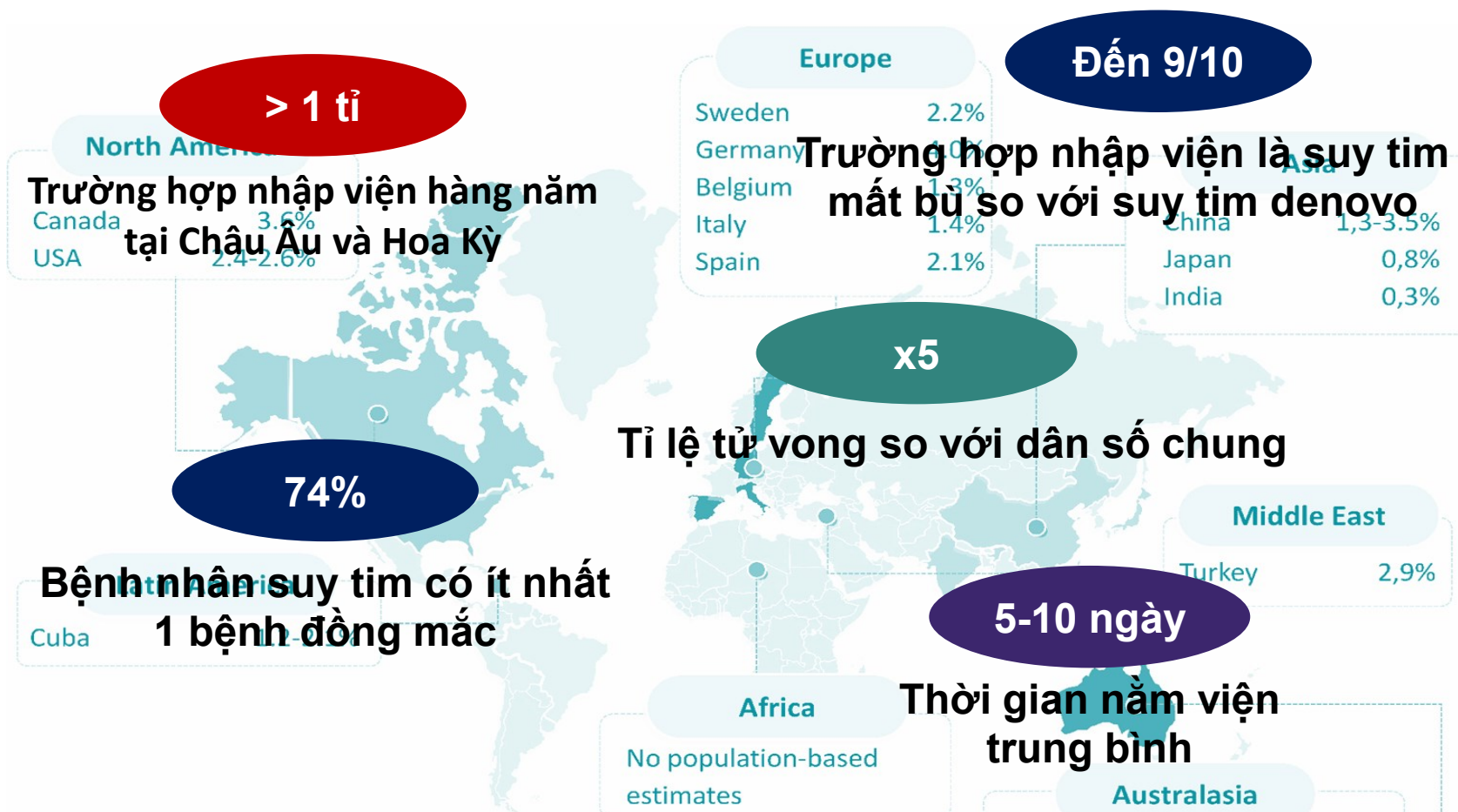
Dịch tễ học suy tim mạn



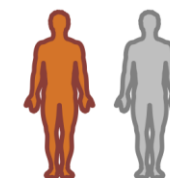
Tại khu vực châu Á:

- Tần suất suy tim mạn không khác biệt nhiều so với các nước phương Tây
- Bệnh nhân suy tim mạn trẻ hơn 10 tuổi so với châu Âu và Bắc Mỹ
- Gánh nặng bệnh đi kèm tương đương

Thách thức điều trị suy tim mạn



Xấp xỉ 1 trong 4 bệnh nhân (24%) tái nhập viện vì suy tim trong vòng **30 ngày sau xuất viện**



Xấp xỉ 1 trong 2 bệnh nhân (46%) tái nhập viện vì suy tim trong vòng **60 ngày sau xuất viện**

1. Ambrosy PA et al. The Global Health and Economic Burden of Hospitalizations for Heart Failure. Lessons Learned From Hospitalized Heart Failure Registries. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63:1123-1133 2. Cowie MR et al. Improving care for patients with acute heart failure. 2014. Oxford PharmaGenesis. ISBN 978-1-903539-12-5. Available online at: <http://www.oxfordhealthpolicyforum.org/reports/acute-heart-failure/improving-care-for-patients-with-acute-heart-failure> . 3. Butler J, Braunwald E, Gheorghiade M. Recognizing worsening chronic heart failure as an entity and an end point in clinical trials. *JAMA*. 2014;312(8):789-90. 4. O'Connor CM et al. Causes of death and rehospitalization in patients hospitalized with worsening heart failure and reduce left ventricular ejection fraction: results from efficacy of vasopressin antagonism in heart failure outcome study with tolvaptan (EVEREST) program

Sự ra đời các khuyến cáo điều trị suy tim

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology



INE

ne for the Management of Heart

Cardiology Foundation/American Heart Association Guidelines

American College of Chest Physicians, Heart Rhythm Society, and American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Endorsed by the American College of Cardiology/American Heart Association and Pulmonary Rehabilitation

ENTS AND GUIDELINES

ACC/HFSA Focused Update of the 2013 ACC/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America

ACC/HFSA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

Định nghĩa toàn cầu và phân loại suy tim

Định nghĩa

Suy tim là một **hội chứng lâm sàng**, hiện tại hay tiền căn bệnh nhân có

- Triệu chứng và dấu hiệu do bất thường cấu trúc và/hoặc chức năng tim

Đi kèm ít nhất một trong các tiêu chí:

- Tăng nồng độ BNP/NT-proBNP
- Dấu hiệu khách quan sung huyết phổi hay hệ thống

Giai đoạn

Nguy cơ (Giai đoạn A)

Bệnh nhân có nguy cơ suy tim, nhưng hiện tại và tiền căn không có triệu chứng/dấu hiệu suy tim, không thay đổi cấu trúc, không tăng các chỉ điểm sinh học bệnh tim

Tiền suy tim (Giai đoạn B)

Hiện tại hay tiền căn bệnh nhân không có triệu chứng/dấu hiệu suy tim, nhưng có một trong các bằng chứng:

- Bệnh tim cấu trúc
- Bất thường chức năng tim
- Tăng peptide lợi niệu natri hay troponin tim

Suy tim (Giai đoạn C)

Hiện tại hay tiền căn bệnh nhân có triệu chứng/dấu hiệu suy tim gây ra bởi bất thường cấu trúc tim và/hoặc chức năng tim

Suy tim nặng (Giai đoạn D)

Triệu chứng/dấu hiệu suy tim nặng lúc nghỉ, tái nhập viện mặc dù điều trị tối ưu, không dung nạp hay kháng trị điều trị tối ưu theo khuyến cáo, cần điều trị chuyên sâu: ghép tim, hỗ trợ tuần hoàn cơ học, chăm sóc giảm nhẹ

Phân loại bằng EF

Suy tim phân suất tổng máu giảm (HFrEF)

Suy tim với LVEF $\leq 40\%$

Suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ (HFmrEF)

Suy tim với LVEF 41 - 49%

Suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (HFpEF)

Suy tim với LVEF $\geq 50\%$

Suy tim phân suất tổng máu cải thiện (HFimpEF)

Suy tim với LVEF ban đầu $< 40\%$, sau đó cải thiện LVEF hơn 10% với lần đo LVEF sau $> 40\%$

Thuật ngữ:

“stable HF” → **persistent HF**

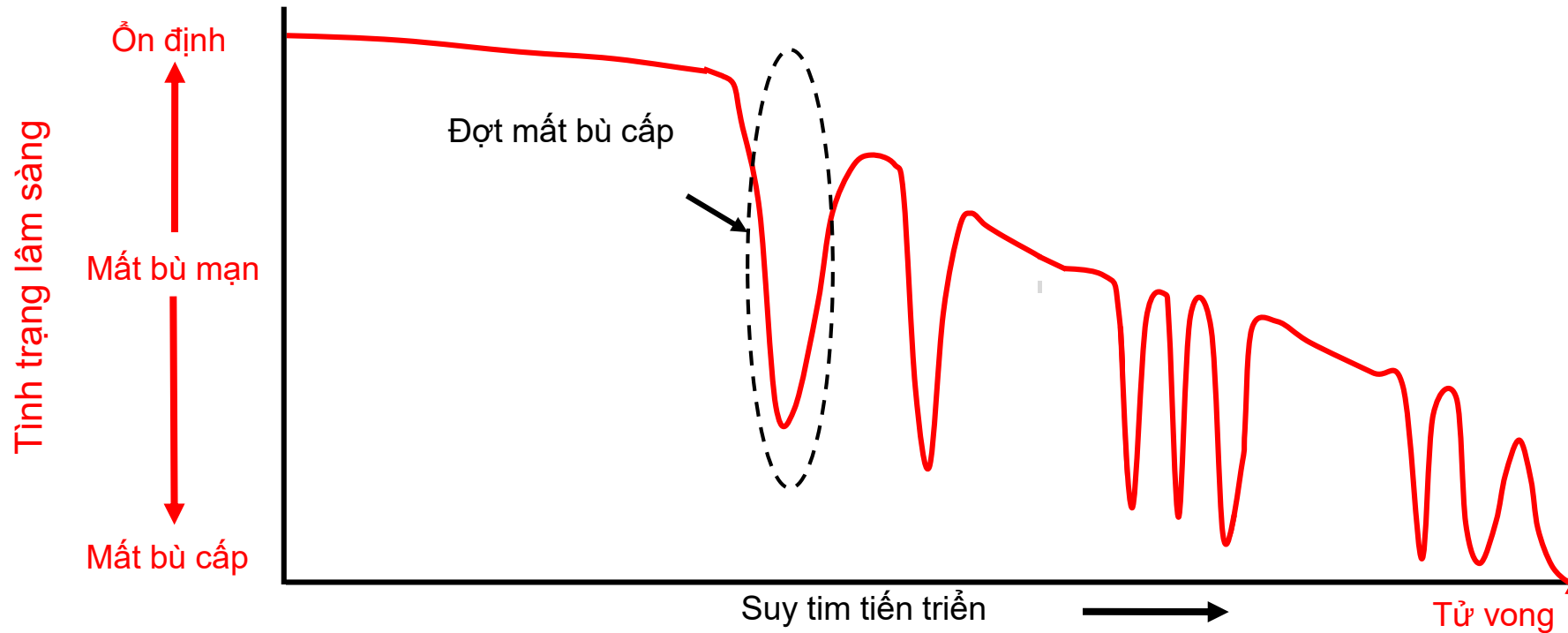
“recovered HF” → **HF in remission**

Ý nghĩa tiên lượng của các giai đoạn suy tim

Giai đoạn suy tim	Tỷ lệ sống còn 5 năm, % (95% CI)
O	98.9 (98.0-99.0)
A	97.0 (94.3-98.8)
B	95.7 (94.2-97.3)
C1: giai đoạn sớm	78.0 (72.0-84.0)
C2: giai đoạn tiến triển	60.0 (40.0-75.0)
D	20.0 (15.0-55.0)

Suy tim có tính chất “động học”

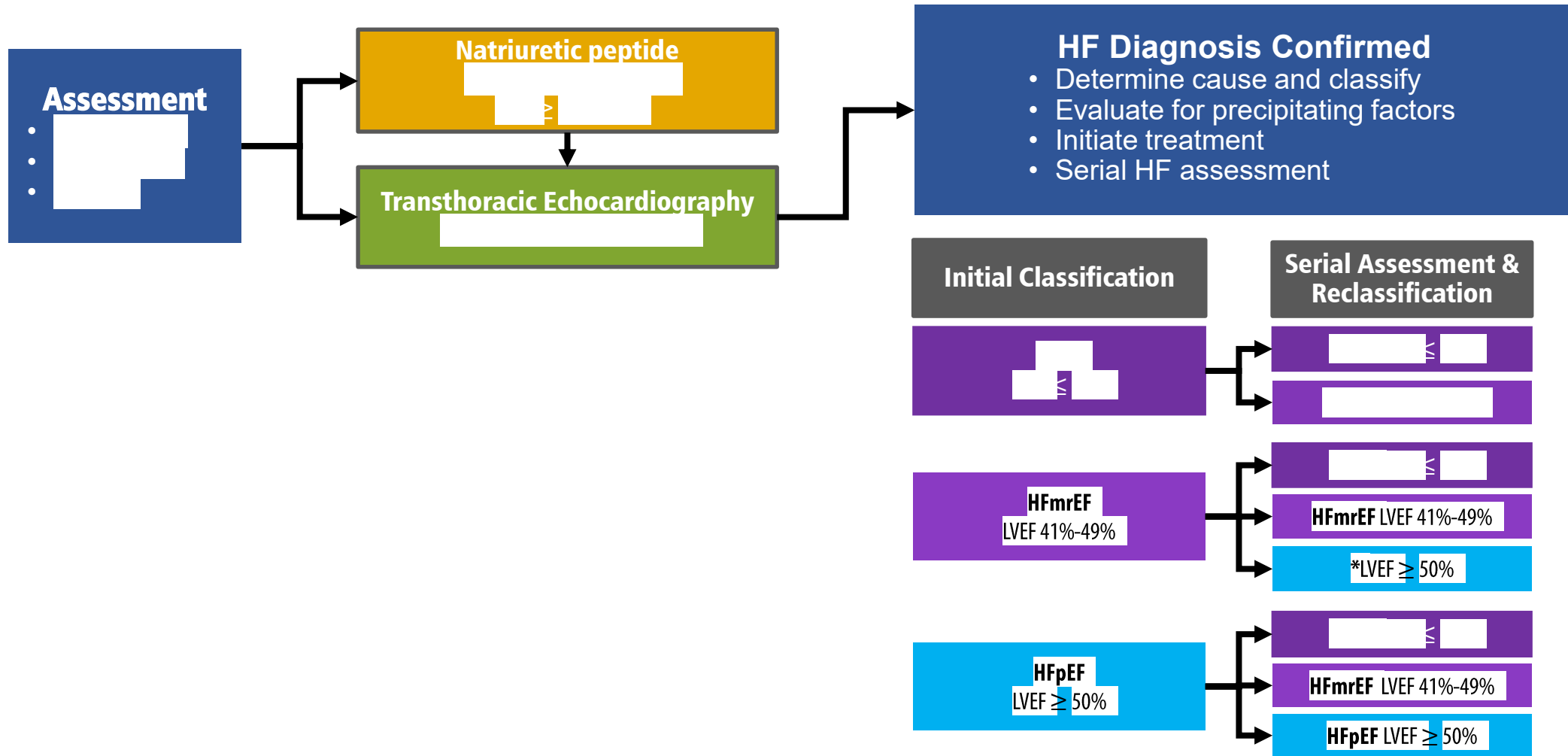
- Các đợt suy tim cấp/mất bù sẽ thúc đẩy suy tim tiến triển ngày càng nặng ¹⁻⁷



Adapted from Gheorghiade et al. 2005²

1. Ahmed et al. Am Heart J 2006;151:444–50; 2. Gheorghiade et al. Am J Cardiol 2005;96:11G–17G 3. Gheorghiade, Pang. J Am Coll Cardiol 2009;53:557–73; 4. Holland et al. J Card Fail 2010;16:150–6; 5. Muntwyler et al. Eur Heart J 2002;23:1861–6; 6. McCullough et al. J Am Coll Cardiol 2002;39:60–9; 7. McMurray JJ. et al. Eur Heart J. 2012;33(14):1787–1847

Lưu đồ chẩn đoán theo hướng dẫn của AHA/ACC/HFSA 2022



* There is limited evidence to guide treatment for patients who improve their LVEF from mildly reduced (41-49%) to $\geq 50\%$. It is unclear whether to treat these patients as HFpEF or HFmrEF.

Abbreviations: BNP indicates B-type natriuretic peptide; ECG, electrocardiogram; HF, heart failure; HFimpEF, heart failure with improved ejection fraction; HFmrEF, heart failure with mildly reduced ejection fraction; HFpEF, heart failure with preserved ejection fraction; HFReEF, heart failure with reduced ejection fraction; LV, left ventricle; LVEF, left ventricular ejection fraction; and NT-proBNP, N-terminal pro-B type natriuretic peptide.

Các mục tiêu chính trong điều trị suy tim



HF treatment



Prevent hospital admission



Reduce mortality



Improve clinical status*



Improve quality of life and functional capacity

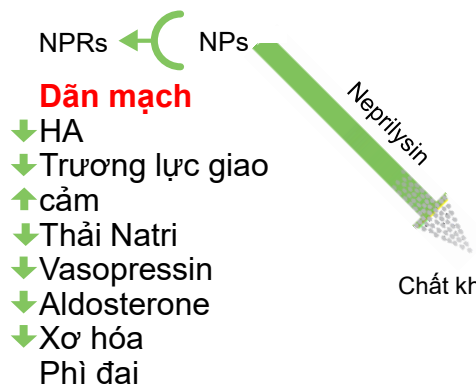
*Clinical status includes (but is not limited to) heart rate, heart rhythm, respiratory rate, oxygen saturation, blood pressure, weight, fluid balance, HF symptoms and renal function¹

1. Ponikowski P *et al. Eur J Heart Fail.* 2016;18:891; 2. Yancy CW *et al. J Am Coll Cardiol.* 2017;70:776.

Điều trị suy tim theo sinh lý bệnh

ARNI: ức chế neprilysin

NP system



HF SYMPTOMS & PROGRESSION

SNS

Epinephrine
Norepinephrine → $\alpha_1, \beta_1, \beta_2$ receptors

Co mạch

RAAS hoạt hóa ↑
Vasopressin ↑
Tần số tim ↑
Khả năng co bóp của tim ↑

RAAS

Ang II → AT_1R

Co mạch

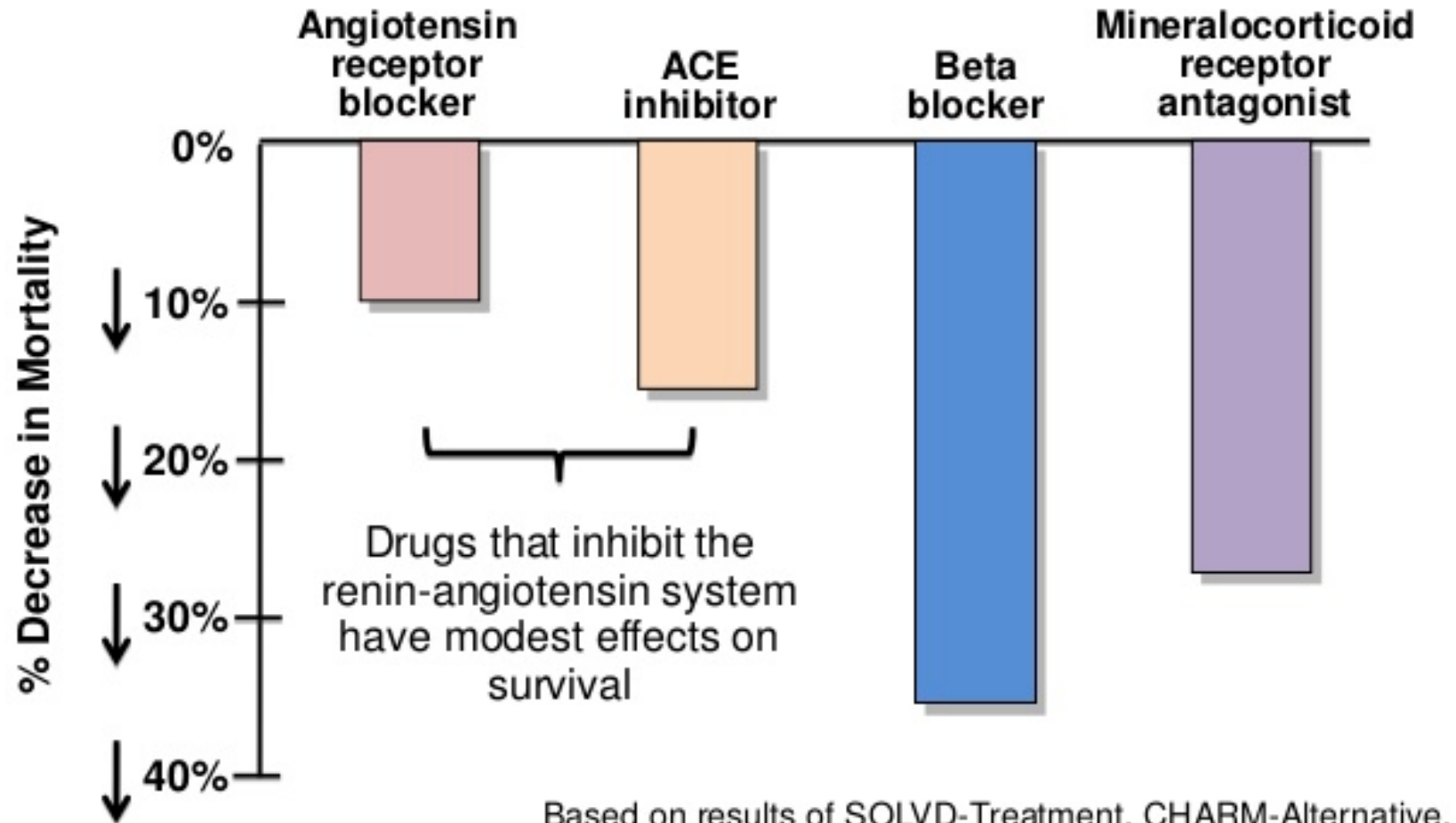
Tăng HA ↑
Tăng trương lực giao cảm ↑
Tiết Aldosterone ↑
Phì đại ↑
Xơ hóa ↑

β -blockers: vai trò ức chế SNS¹

ACEIs, ARBs and MRAs¹ đóng vai trò quan trọng ức chế RAAS

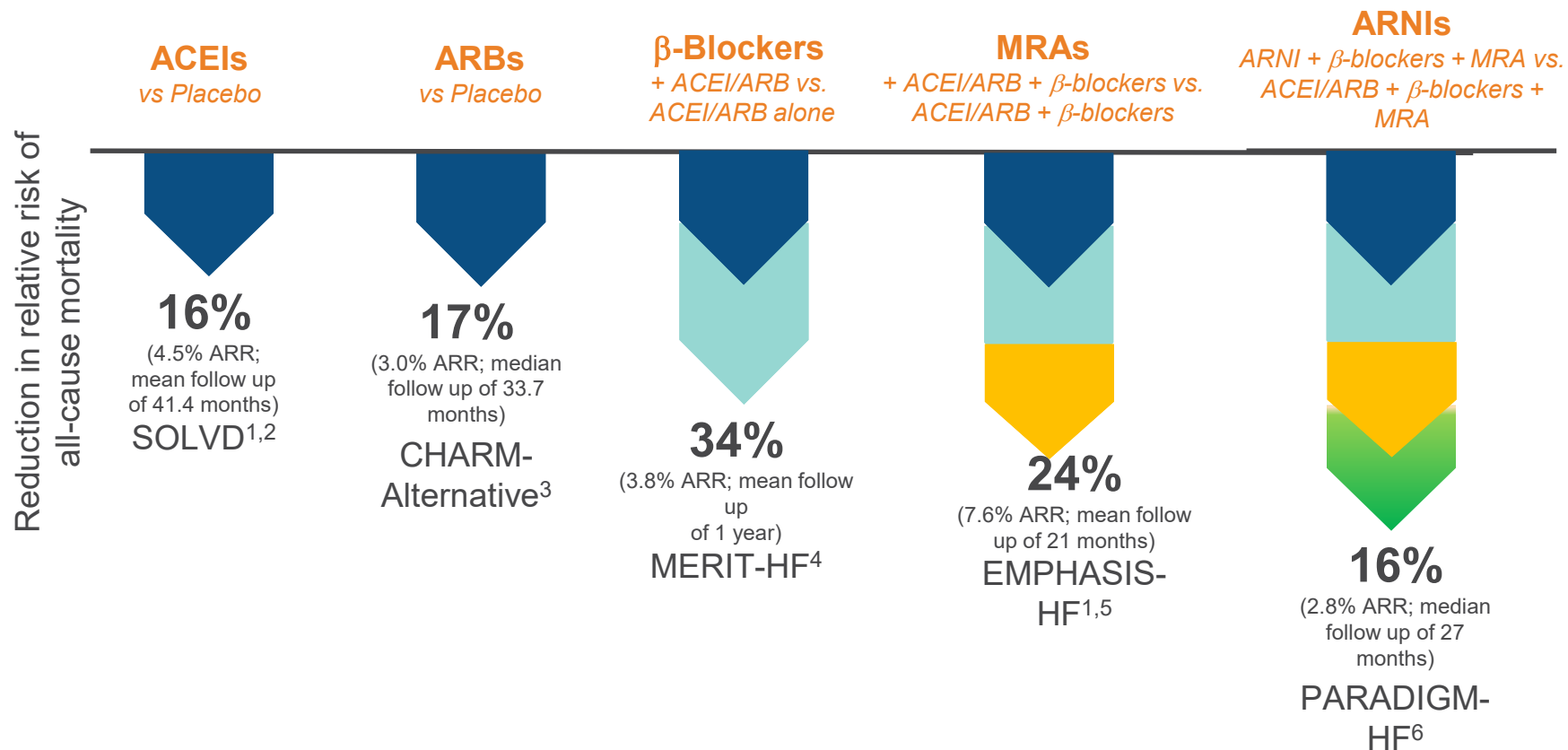
HF=heart failure; NP=natriuretic peptide;
NPRs=natriuretic peptide receptors

Những thuốc làm giảm tỷ lệ tử vong ở BN HFrEF



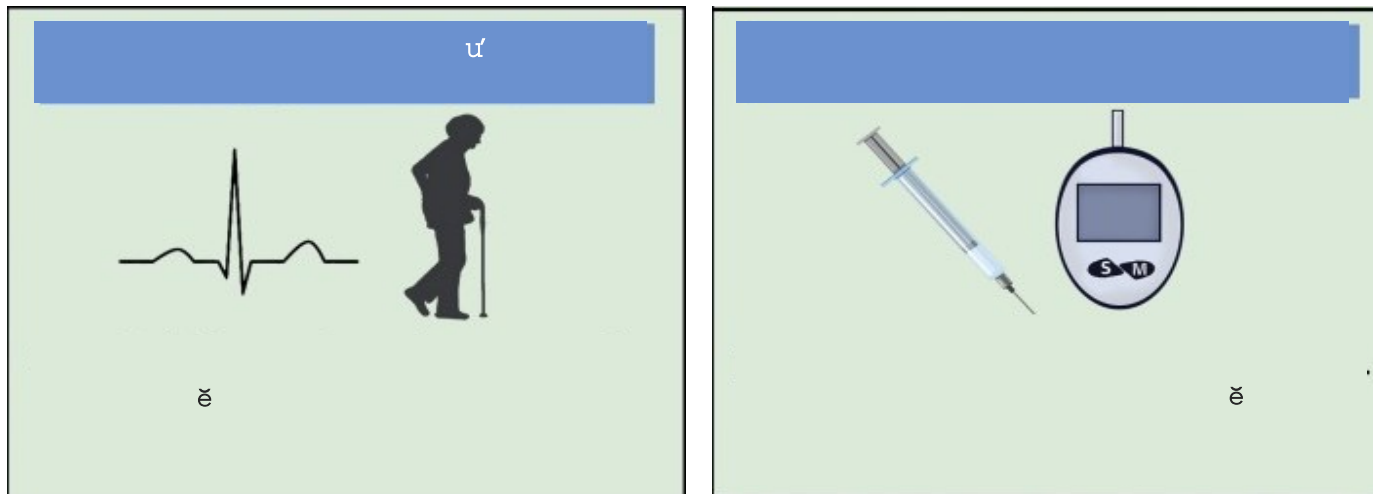
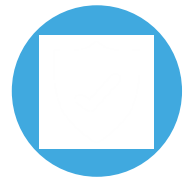
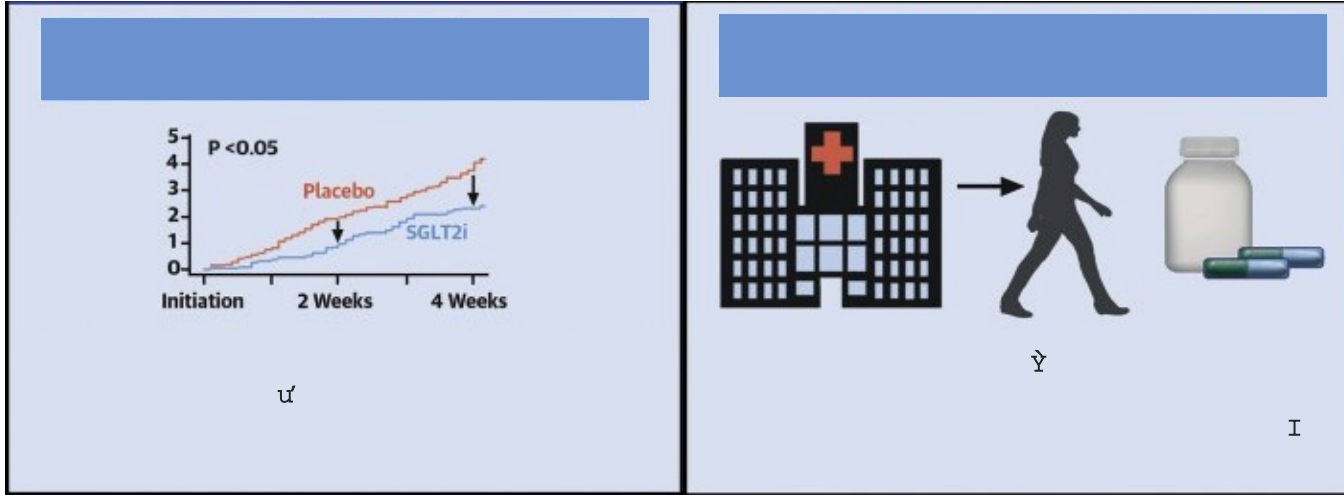
Based on results of SOLVD-Treatment, CHARM-Alternative, COPERNICUS, MERIT-HF, CIBIS II, RALES and EMPHASIS-HF

Hiệu quả thuốc trên tử vong tim mạch ở BN suy tim EF giảm

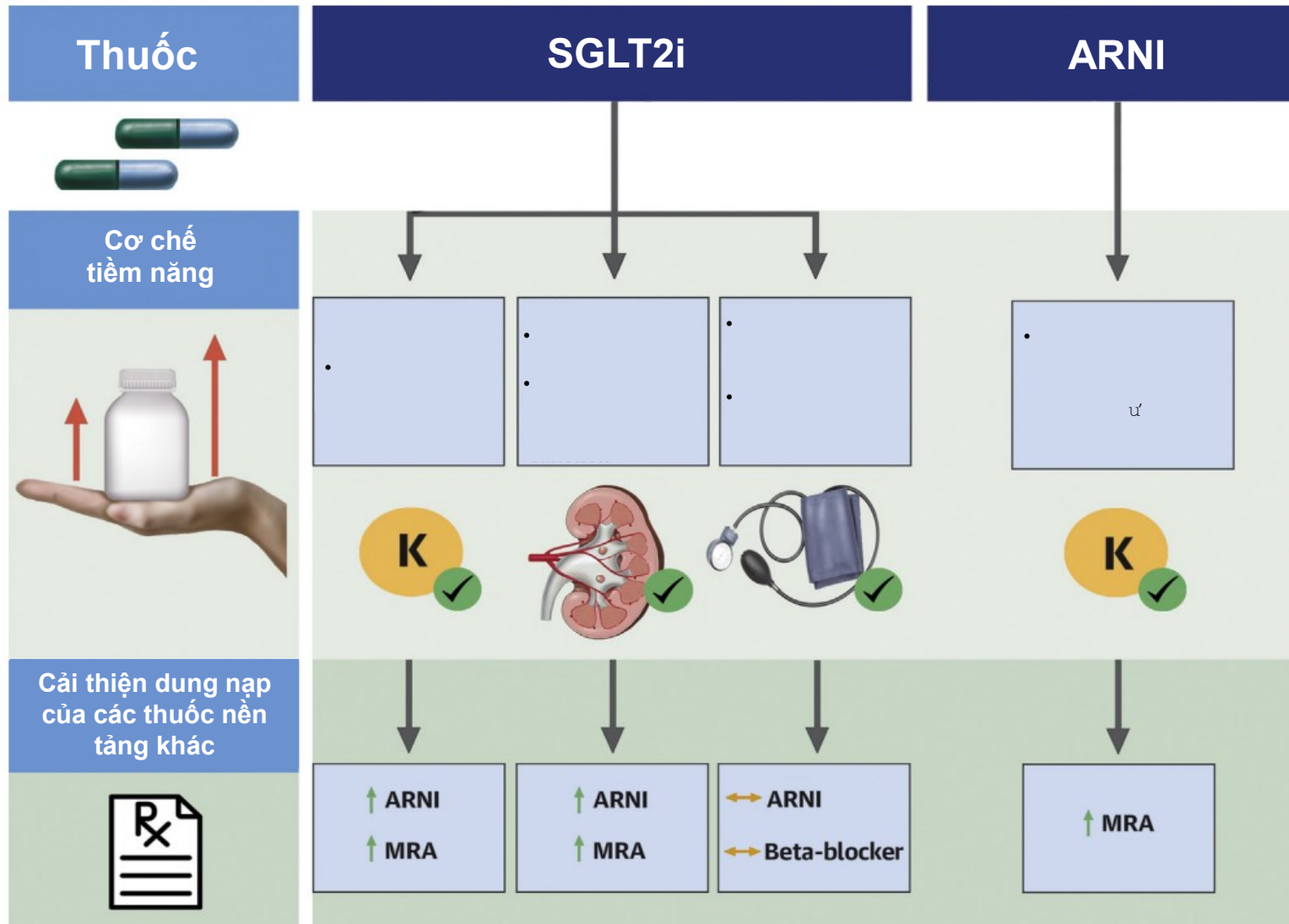


1. McMurray et al. Eur Heart J 2012;33:1787–847; 2. SOLVD Investigators. N Engl J Med 1991;325:293–302; 3. Granger et al. Lancet 2003;362:772–66; 4. MERIT-HF study group. Lancet 1999;353: 2001-7 5. Pitt et al. N Engl J Med 1999;341:709-17; 6. McMurray et al., N.

ACC 2021: LÝ DO NÊN BẮT ĐẦU SGLT2I SỚM



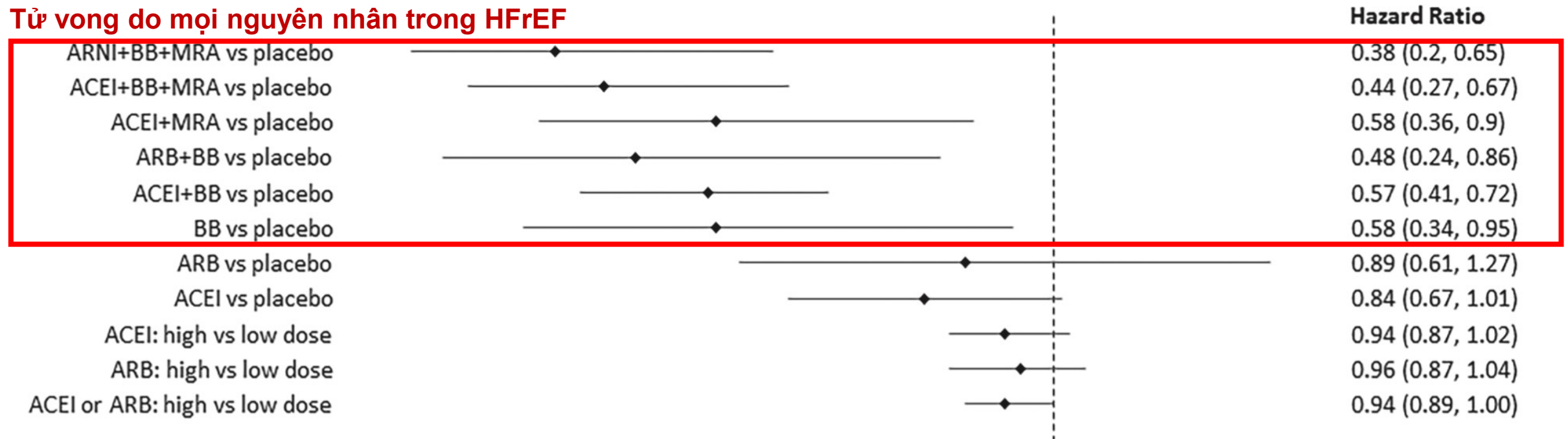
SGLT2i giúp cải thiện dung nạp các thuốc nền tảng



- ✓ **Giảm nguy cơ tăng kali máu:**
tăng khả năng sử dụng MRA, RAAS
- ✓ **Làm chậm tiến triển suy thận:**
tăng cơ hội sử dụng MRA, RAAS
- ✓ **Chỉ giảm nhẹ huyết áp:** thuận lợi
phối hợp chẹn beta, RAAS

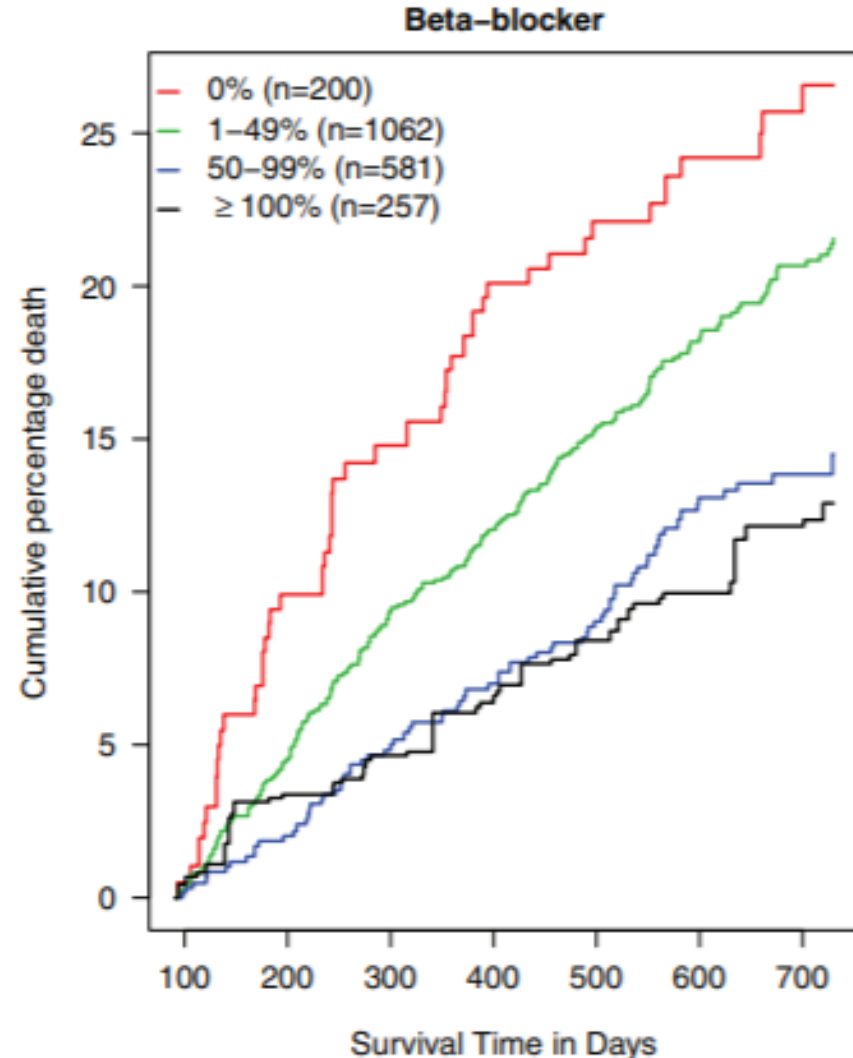
Lợi ích tăng liều của các nhóm trong phối hợp thuốc

Tử vong do mọi nguyên nhân trong HFrEF



Hiệu quả theo liều của chẹn beta trên tử vong

Bệnh nhân HFrEF điều trị thuốc chẹn beta < 50% liều khuyến cáo **có nguy cơ tử vong và / hoặc nhập viện suy tim** cao hơn bệnh nhân đạt $\geq 50\%$ liều khuyến cáo.





Lợi ích cộng gộp khi phối hợp đủ 4 “trụ cột”

ARNI

Beta
Blocker

MRA

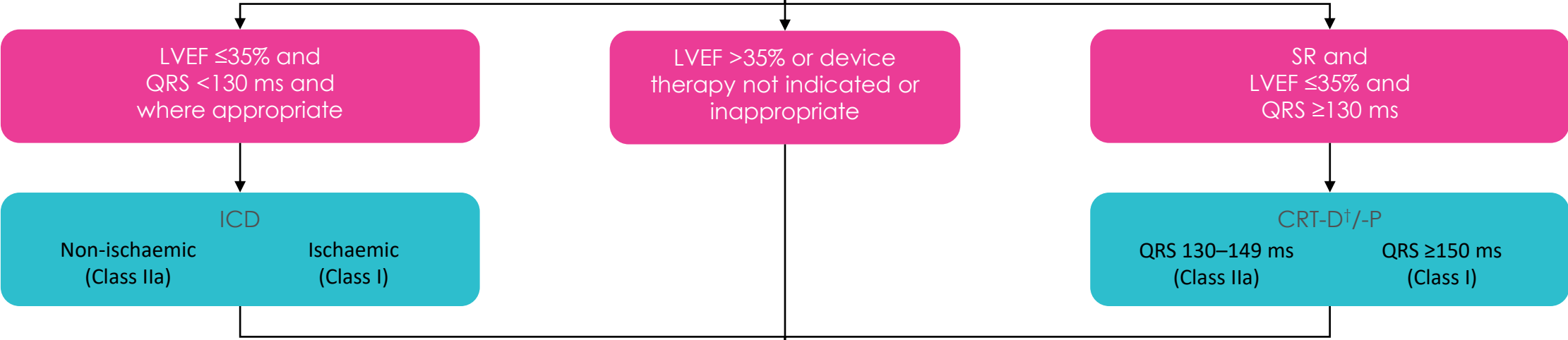
SGLT2i

Giảm **72,9%** tử vong do mọi nguyên nhân
NNT = 3.9 trong 24 tháng

KHUYẾN CÁO ESC 2021

Management of patients with HFrEF

- ACEi/ARNI*
 - Beta blocker
 - MRA
 - Dapagliflozin/empagliflozin
 - Loop diuretic for fluid retention
- (Class I)



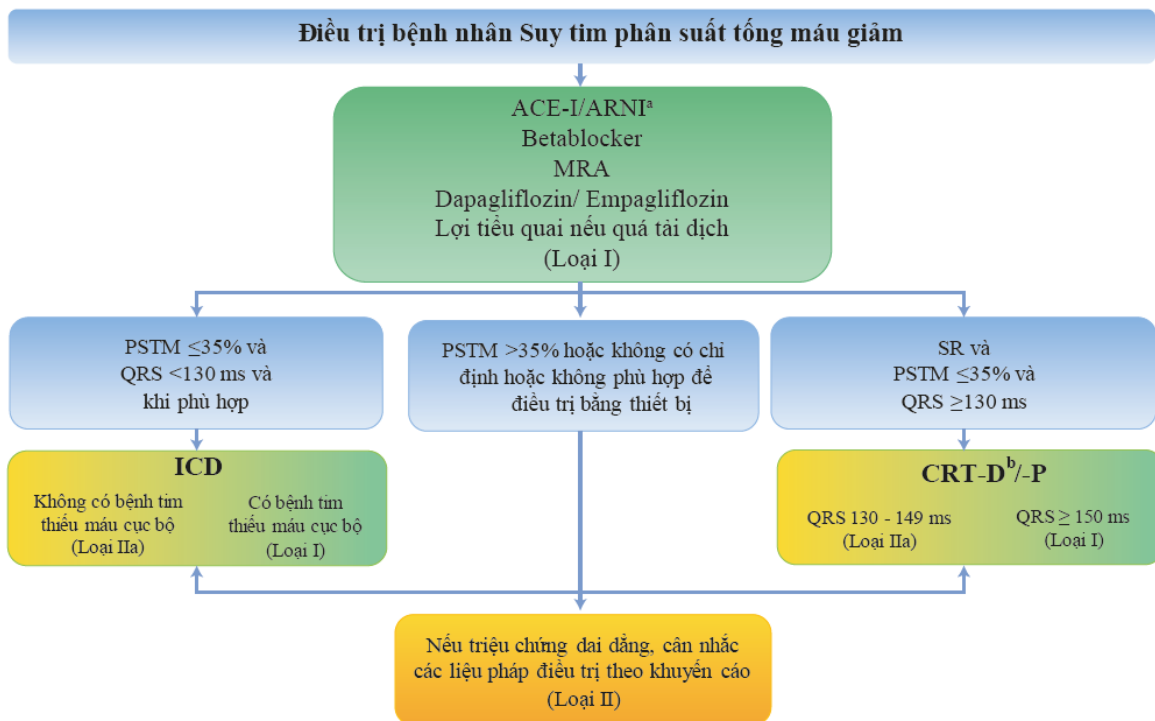
*As a replacement of ACEi; † where appropriate.
 ACEi, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARNI, angiotensin receptor–neprilysin inhibitor; CRT-D/-P, cardiac resynchronization therapy with defibrillator/pacemaker; HFrEF, heart failure with reduced ejection fraction; ICD, implantable cardioverter-defibrillator; LVEF, left ventricular ejection fraction; MRA, mineralocorticoid receptor antagonist; QRS, Q, R, and S waves; SR, sinus rhythm.

McDonagh TA, et al. *Eur Heart J.* 2021;42:3599



KHUYẾN CÁO CỦA HỘI TIM MẠCH QUỐC GIA VIỆT NAM

Điều trị bằng thuốc cho BN suy tim phân suất tống máu giảm

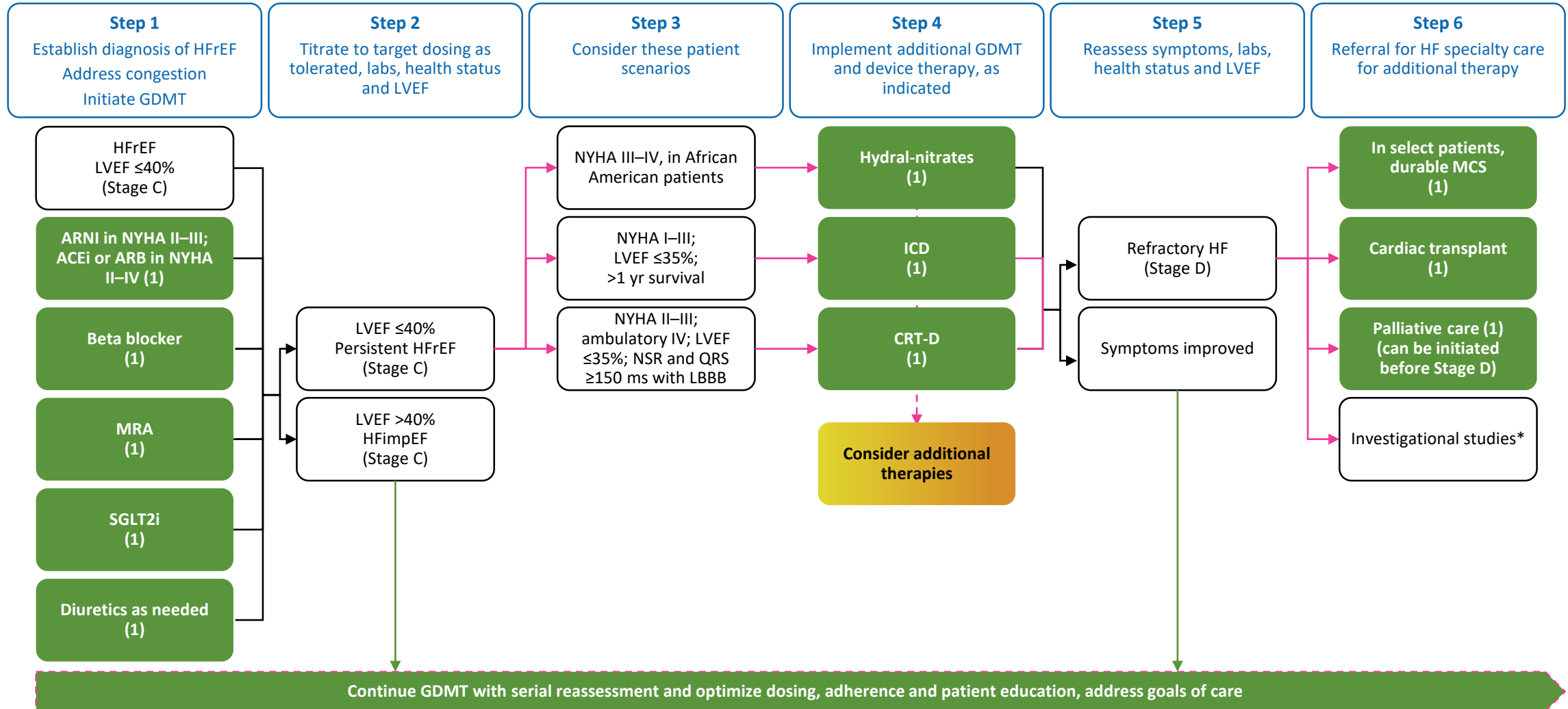


Hình 4. Quy trình điều trị suy tim phân suất tống máu giảm⁽²⁾

^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

KHUYẾN CÁO AHA/ACC/HFSA 2022



*Participation in investigational studies is appropriate for stage C, NYHA class II and III HF. See slide notes for abbreviations and definitions of classes of recommendation (COR) and levels of evidence (LOE). Heidenreich PA et al. *J Am Coll Cardiol.* 2022; doi:10.1016/j.jacc.2021.12.012.

Phác đồ điều trị BYT 2022

BỘ Y TẾ **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 1857/QĐ-BYT Hà Nội, ngày 05 tháng 7 năm 2022

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“**Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn**”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ
Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;
Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;
Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh.

QUYẾT ĐỊNH:


Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “**Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn**”.

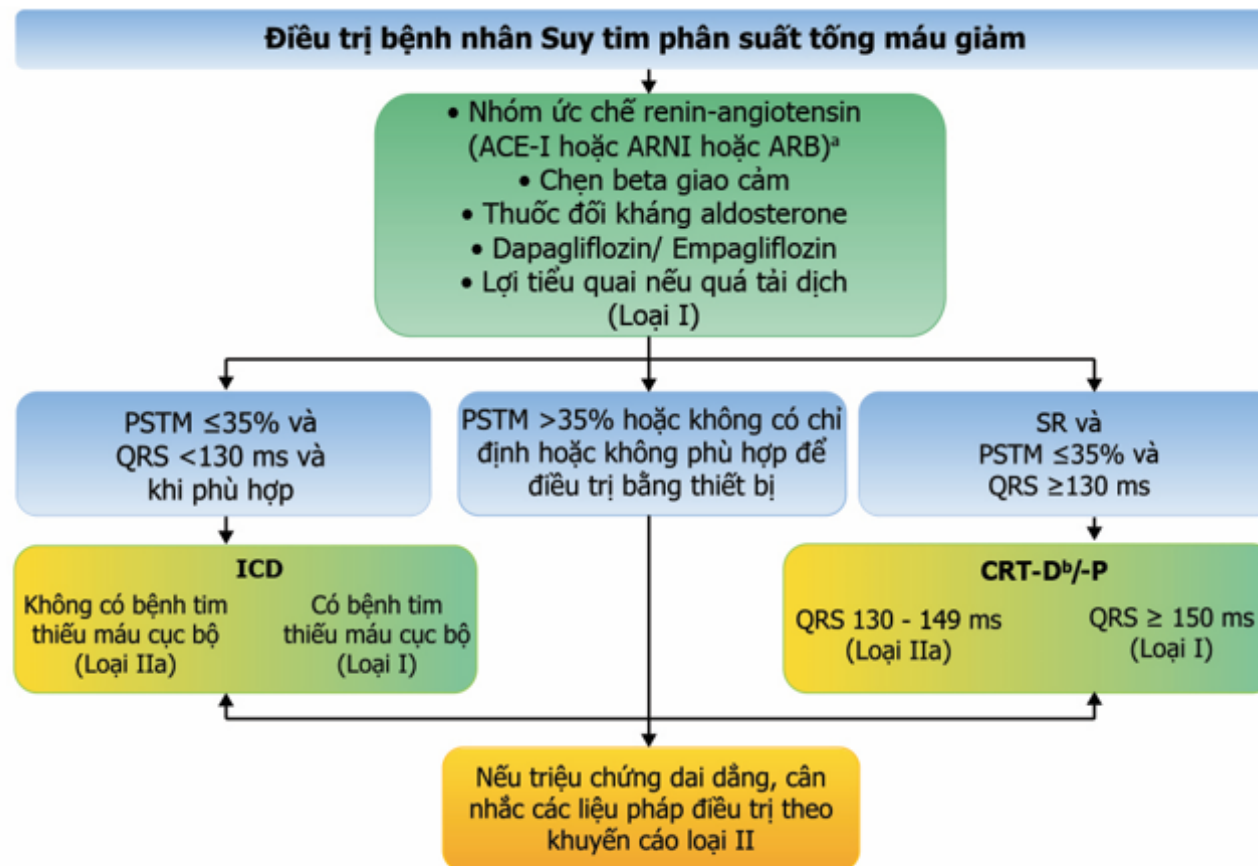
Điều 2. Tài liệu chuyên môn “**Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn**” được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành và thay thế Quyết định số 1762/QĐ-BYT ngày 17 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “**Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn tính**”.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng và Vụ trưởng các Tổng cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Giám đốc các Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này././.

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- Thủ trưởng phụ trách Đỗ Xuân Tuyên (dề b/c);
- Các Thủ trưởng;
- Công thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỦ TRƯỞNG

Nguyễn Trường Sơn

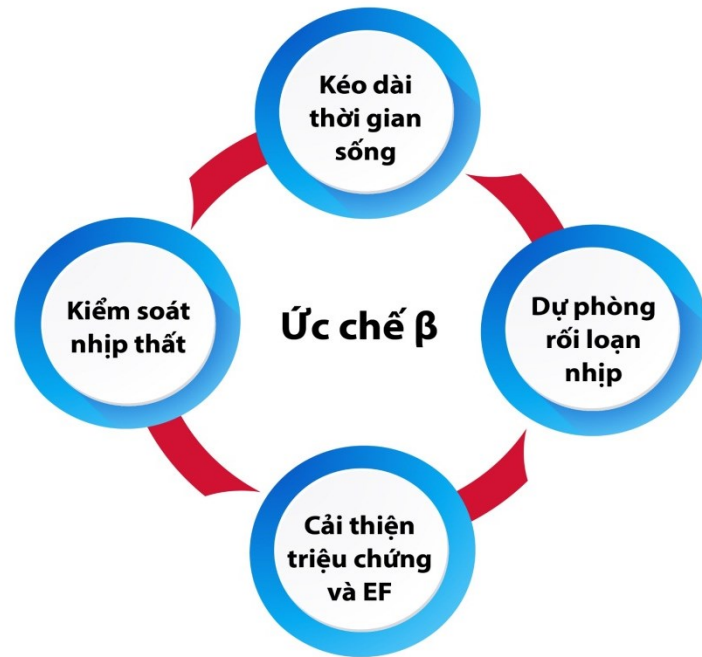


Hình 4. Phác đồ điều trị suy tim phân suất tống máu giảm

Theo “**Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn**” –BYT 2022 – Quyết định số 1857/QĐ-BYT 05/07/2022

Vui lòng tham khảo Thông tin kê toa chi tiết được BYT phê duyệt của các thuốc li

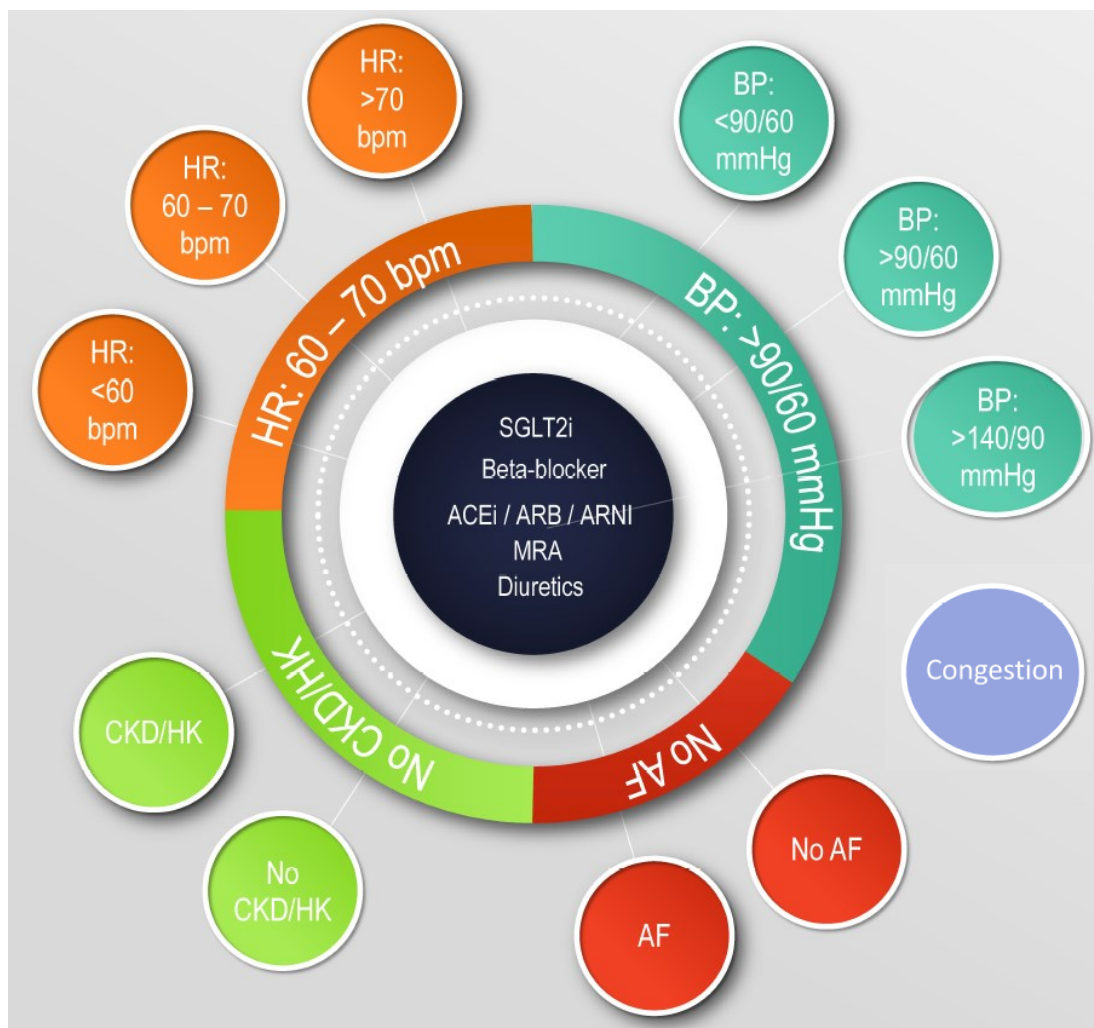
Tâm quan trọng của chẹn beta ở BN HFrEF



Chẹn beta là một trong các thuốc điều trị nền tảng vì khả năng đảo ngược tác dụng thần kinh-thể dịch của SNS.

Đồng thời với các lợi ích trong việc cải thiện tiên lượng tử vong cũng như cải thiện triệu chứng nên đã được đưa vào các khuyến cáo như là một trong các thuốc nền tảng trong điều trị suy tim.

Các đặc điểm của bệnh nhân suy tim ảnh hưởng tới điều trị nội khoa tối ưu



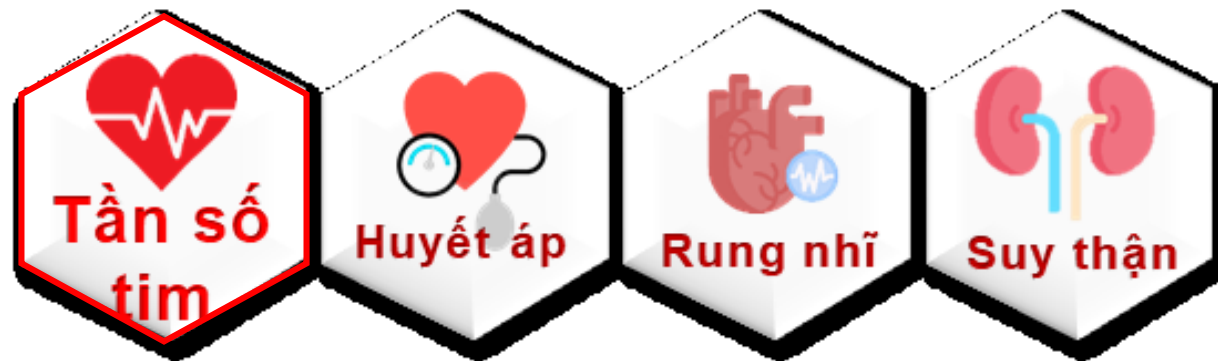
European Journal of Heart Failure (2021)
doi:10.1002/ejhf.2206

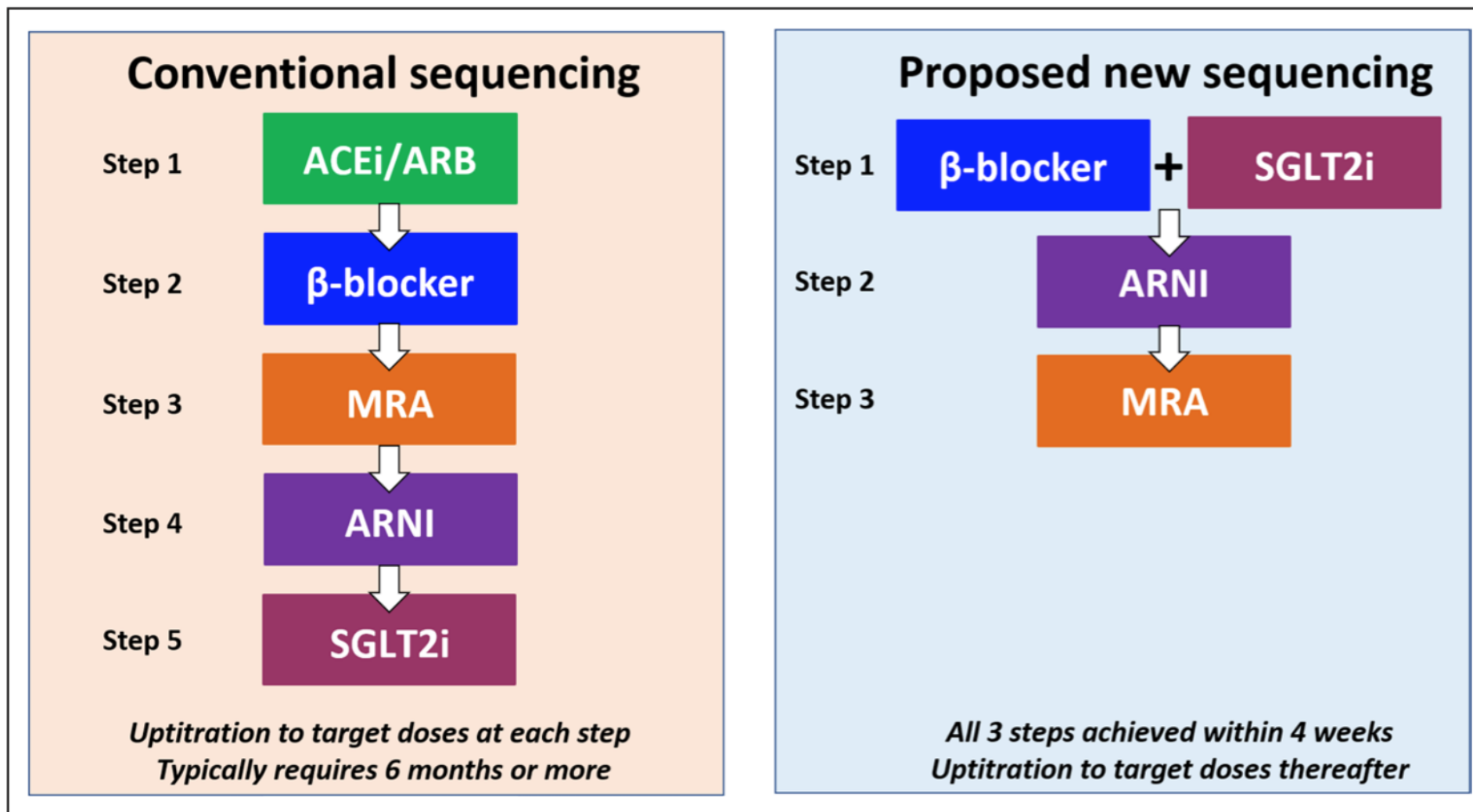
POSITION PAPER

Patient profiling in heart failure for tailoring medical therapy. A consensus document of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology

Giuseppe M.C. Rosano^{1†}, Brenda Moura^{2,3*†}, Marco Metra⁴, Michael Böhm⁵.

Dựa trên 4 thông số nền tảng





McMurray and Packer, Circulation 2021

Chẹn beta và Tần số tim

23 trials in 19 209 HF patients with beta-blocker (mean EF=17%-36%)

Results of 13 univariable meta-regressions evaluating the effect of individual covariates on mortality benefits of beta-blockers in heart failure

Potential Modifier	Trials, <i>n</i>	Patients, <i>n</i>	Ratio of Relative Risks (95% CI)	<i>P</i> Value
Percentage of men	21	18 773	0.93 (0.79–1.10) per 10% increment	0.38
Mean age	21	18 773	1.04 (0.86–1.24) per decade	0.69
Percentage with an ischemic cause	21	18 773	0.99 (0.86–1.14) per 20% increment	0.88
Mean baseline LVEF	20	18 392	1.04 (0.92–1.18) per 5% increment	0.54
Percentage with NYHA class III or IV symptoms	21	18 773	1.00 (0.96–1.05) per 10% increment	0.84
Percentage with atrial fibrillation	8	8915	1.00 (0.91–1.09) per 5% increment	0.95
Percentage of digoxin use	19	18 336	1.01 (0.96–1.06) per 10% increment	0.64
Baseline heart rate	19	17 981	1.07 (0.88–1.32) per 5 beats/min	0.47
Heart rate reduction*	17	17 831	0.82 (0.71–0.94) per 5 beats/min	0.006
β-Blocker dose	17	17 660	1.02 (0.93–1.10) per increment	0.69
Mean baseline SBP	17	17 516	1.00 (0.73–1.35) per 20 mm Hg	0.99
Mean SBP reduction	10	5462	1.02 (0.87–1.20) per 2 mm Hg	0.78
Agent	21	18 773	–	–
Carvedilol	–	–	Reference	–
Bisoprolol	–	–	1.05 (0.82–1.35)	0.68
Metoprolol	–	–	1.03 (0.77–1.38)	0.85
Atenolol	–	–	0.89 (0.29–2.76)	0.83
Bucindolol	–	–	1.36 (1.09–1.69)	0.009
Nebivolol	–	–	1.30 (0.99–1.71)	0.056

Kết luận

- Khuyến cáo suy tim 2022 của Hội Tim Mạch Việt Nam, tương tự như các khuyến cáo của Hiệp Hội lớn trên thế giới, đề nghị phối hợp tứ trụ: ARNI, chẹn beta, ức chế SGLT2 và MRA, an toàn và sớm nhất có thể để mang lại lợi ích cho bệnh nhân suy tim EF giảm
- Mặc dù nhiều khuyến cáo ra đời, dựa trên nhiều công trình nghiên cứu mới, tuy nhiên chẹn beta vẫn giữ vai trò nền tảng quan trọng trong điều trị suy tim
- Chẹn beta bên cạnh làm giảm tần số tim, còn mang lại lợi ích tiên lượng trong việc giảm tỷ lệ tử vong so mọi nguyên nhân ở bệnh nhân suy tim → tối ưu hóa tới liều tối đa bệnh nhân có thể dung nạp được