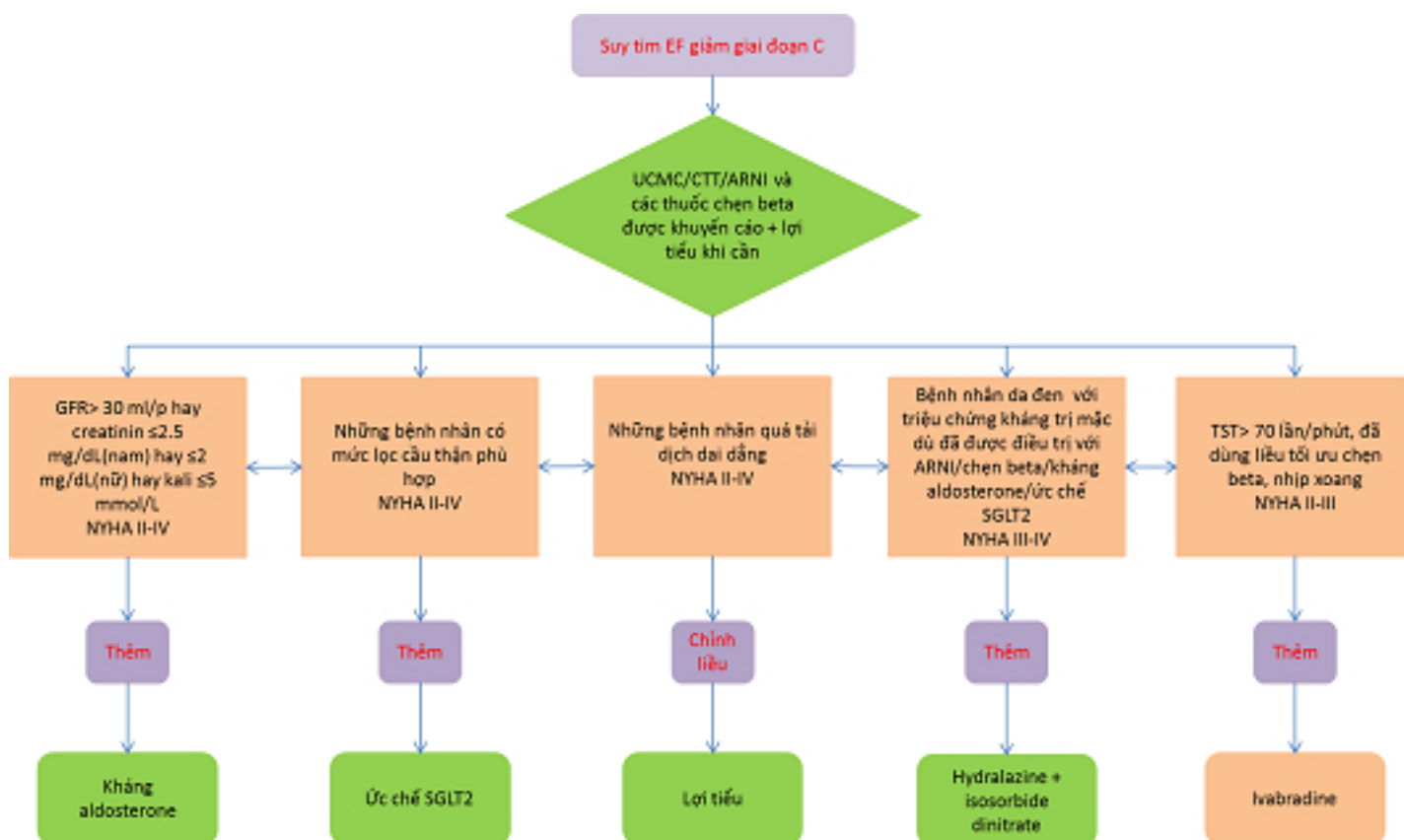


Bs Nguyễn Thị Hồng Nhung

Suy tim là một bệnh lý thường gặp và có tỉ lệ tử vong cao ngày càng tăng. Việc điều trị suy tim làm tiêu tốn nhiều nguồn lực cho ngành y tế, vì vậy việc nghiên cứu và phát triển các thuốc mới là vô cùng cần thiết. Tuy nhiên, cùng với sự tiến bộ của y học, ngày càng có nhiều liệu pháp điều trị suy tim được nghiên cứu và phát triển, làm thay đổi diện mạo của bệnh, cải thiện hiệu quả điều trị.



Hình 1. Lưu ý điều trị suy tim EF giảm

Màu xanh: khuyến cáo nhóm I, màu hồng: khuyến cáo nhóm II

Đầu năm 2021, các chuyên gia tim mạch Hoa Kỳ đã đưa ra những cập nhật mới nhằm mục đích tối ưu hóa trong điều trị bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm (EFrHF) dựa trên những bằng chứng mới nhất từ những nghiên cứu lâm sàng hiện nay. Bài viết sau đây sẽ tóm tắt những điểm chính cần ghi nhớ của bản cập nhật mới này:

1. Những bệnh nhân mới được chẩn đoán suy tim giai đoạn C với phân suất tống máu giảm, các thuốc chuyển beta, các chế men chuyển / chế ức chế angiotensine (UCMC/CTT) hoặc Angiotensin Receptor–Neprilysin Inhibition (ARNI) nên được bắt đầu sớm mà không cần bệnh nhân không có chứng chống chỉ định. Những thuốc này nên được điều chỉnh liều cho đến khi đã có thể dung nạp được hay liều đích. Khi bắt đầu các thuốc chuyển beta thì nên dùng liều thấp nhất những bệnh nhân suy tim thể “khô”, và các thuốc UCMC/CTT/ARNI thì nên dùng liều tối thiểu những bệnh nhân suy tim thể “ướt”.

2. Những thuốc chuyển beta được khuyến cáo trong điều trị suy tim với EF giảm bao gồm: carvedilol, metoprolol succinate hay bisoprolol. Lợi ích của ARNI đã được chứng minh qua các nghiên cứu PROVE-HF, PIONEER-HF, có thể được ưu tiên khi bắt đầu sớm ban đầu cho bệnh nhân suy tim mà không cần được điều trị trước đó với các thuốc UCMC/CTT. Chú ý rằng thionin và kali máu nên được theo dõi sau khi bắt đầu 1-2 tuần hay khi cần tăng liều UCMC/CTT.

3. Các thuốc lợi tiểu nên được sử dụng khi cần thiết và chỉnh liều phù hợp để đạt được hiệu quả giảm sung huyết. Nếu liều lợi tiểu quai (lasix) cần sử dụng > 80 mg x 2 lần/ngày, cần cân nhắc sử dụng các thuốc lợi tiểu quai khác hay cân nhắc thêm lợi tiểu thiazid.

4. Sau khi khởi đầu với các thuốc chuyển beta và UCMC/CTT/ARNI, nhóm thuốc kháng Aldosterone nên được cân nhắc thêm vào với việc theo dõi sát điện giải. Nhóm thuốc ức chế đồng vận chuyển natri-glucose 2 (Sodium-Glucose co-Transporter 2: SGLT2) được cân nhắc ở bệnh nhân suy tim EF giảm NYHA II-IV. Vai trò của nhóm thuốc ức chế SGLT2 trong điều trị suy tim đã được chứng minh qua các nghiên cứu như DAPA-HF, EMPEROR-Reduced trial hay DEFINE-HF. Nhìn chung, các thuốc này có lợi ích trong việc làm giảm các biến chứng tim mạch chính như tử vong do tim mạch, giảm tử vong nhập viện, cải thiện chức năng thận ở bệnh nhân có hay không có đái tháo đường type 2.

5. Những bệnh nhân người da đen có triệu chứng mức độ đã được điều trị đầy đủ với các thuốc trên, Hydralazine và Isorbide dinitrate nên được cân nhắc. Ngoài ra, Ivabradine cũng có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân đã dùng liều tối ưu chế chuyển beta nhưng vẫn có tần số tim khi nghỉ >70 lần/phút.

6. Thời gian lý tưởng để tối ưu hóa điều trị là thời gian ngắn nhất. Những bệnh nhân ngoại trú, cân nhắc điều chỉnh liều cho đến 2 tuần để đạt được liều điều trị tối ưu trong vòng 3-6 tháng sau khi bắt đầu. Siêu âm tim nên được kiểm tra mới 3-6 tháng sau khi đạt được liều điều trị đích để cân nhắc cấy thiết bị khử rung chuyển nhịp (ICD) hay tái đồng bộ tim (CRT).

7. Phẫu thuật được khuyến cáo ở bệnh nhân hở van 2 lá tiên phát mức độ nặng. Những bệnh nhân hở van 2 lá thứ phát nên được tối ưu hóa điều trị nội khoa được khuyến cáo trước khi cân nhắc can thiệp sửa van 2 lá bằng đường ngoại thông nếu bệnh nhân vẫn còn triệu chứng.

8. Chức năng thận bắt đầu giảm và tăng kali máu là những rào cản phổ biến khi bắt đầu khởi đầu và chỉnh liều thuốc. Khi tốc độ lọc cầu thận (GFR) > 30ml/phút, không cần giảm liều khi khởi đầu ARNI; với GFR < 30 ml/phút, bắt đầu ARNI liều thấp và tăng dần liều. Các thuốc UCMC/CTT nhìn chung an toàn ở bệnh nhân suy thận nặng, các thuốc kháng Aldosterone chống chỉ định khi GFR < 30 ml/phút hay Kali máu > 5 mmol/L.

9. Bệnh nhân bệnh nhân có chỉ số EF thấp < 40%, liệu pháp điều trị nên được tiếp tục nếu không có nguyên nhân xác định có thể đảo ngược gây suy tim.

10. Siêu âm tim kinh nghiệm nên được thực hiện khi bệnh nhân có thay đổi triệu chứng lâm sàng hay có những biểu hiện nguy cơ cao trong quá trình điều trị. NT-pro BNP hay BNP được sử dụng để đánh giá nguy cơ, quyết định việc tiếp tục điều trị bệnh nhân đến các chuyên gia tim mạch hay đánh giá số cần thiết cho các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác. Nếu điều BNP có thể gia tăng khi điều trị với ARNI hoặc NT-pro BNP không biến đổi.

11. Thông tin phải nên được cân nhắc khi triệu chứng vẫn tồn tại mặc dù đã sử dụng liều tối ưu đầy đủ, sự xuất hiện của các năng lực khi dùng liều điều trị cao hơn bao gồm các thuốc lợi tiểu, hay bệnh nhân nhân tái nhập viện nhiều lần với triệu chứng suy tim mất bù. Một số nhóm bệnh nhân cần liều điều trị cao hơn để đạt được hiệu quả điều trị.

12. Nên cân nhắc tiếp tục điều trị các chuyên gia tim mạch khi bệnh nhân cần dùng thuốc vận mạch, suy tim triệu chứng NYHA IIIB/IV, gia tăng peptides lợi niệu dài ngày, rối loạn chức năng quan trọng, EF < 35%, ICD phóng xạ, tái nhập viện nhiều lần, sung huyết mức độ đã gia tăng liều lợi tiểu, huyết áp thấp và/hoặc tần số tim nhanh và triệu chứng không dung nạp với điều trị nội khoa cần thiết phải giảm liều thuốc.

13. Sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân nên được đánh giá thường xuyên. Các phương pháp giáo dục, quản lý sử dụng thuốc, điều chỉnh hành vi - thói quen, hoặc ngừng thuốc, khuyến khích, đồng viên bệnh nhân có thể cần thiết tuân thủ điều trị.

Nguồn: 2021 Expert Decision Pathway for HFrEF Treatment Optimization. Jan 11, 2021