

Bs Trần ng Duy Nghĩa -

1. Trong trường hợp không có chứng chỉ định, bệnh nhân suy tim EF giảm nên được điều trị bằng liệu pháp kết hợp, bao gồm các loại thuốc sau:

a. ARNI (hoặc ACEI / ARB)

b. Chẹn β

c. MRA (thuốc đái kháng thụ thể corticoid khoáng)

d. Thuốc ức chế SGLT2.

(Khuyến cáo mạnh; mức chứng cứ trung bình)

2. Ưu tiên sử dụng thuốc liều tối ưu đã được chứng minh là có lợi trên lâm sàng. Nếu những liều này không thể đạt được thì sử dụng liều tối đa có thể dung nạp được.

(Khuyến cáo mạnh; mức chứng cứ cao)

3. Nên sử dụng ARNI (Angiotensin Receptor–Neprilysin Inhibitor) thay cho ACEI (thuốc ức chế men chuyển) hoặc ARB (thuốc chẹn thụ thể angiotensin) cho bệnh nhân suy tim EF giảm, bệnh nhân vẫn còn triệu chứng mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu, nhằm làm giảm triệu chứng, tử vong do bệnh tim mạch và số lần nhập viện do suy tim.

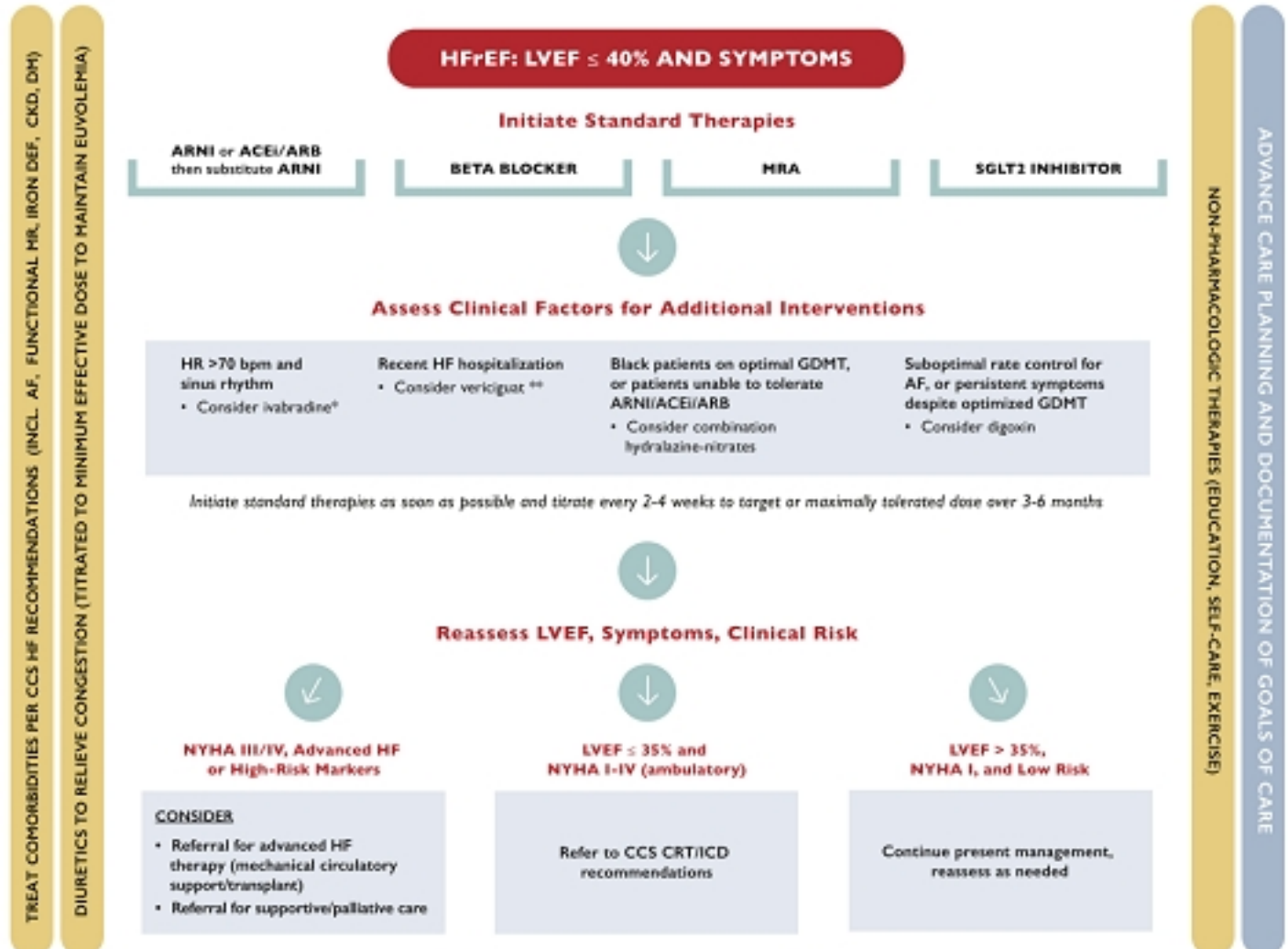
Tóm tắt khuyến cáo điều trị suy tim EF giảm mức Hội tim mạch Canada 2021 (CCS 2021)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 24 Tháng 6 2021 15:30 - Lần cập nhật cuối Thứ năm, 24 Tháng 6 2021 15:37

(Khuyến cáo mức nh; mức chứng cấp cao)

CCS/CHFS Heart Failure Guidelines Update



4. Bệnh nhân nhập viện do suy tim mất bù cấp với EF giảm nên chuyển từ ACEI hoặc ARB sang ARNI, khi nào ổn định và trở lại khi xuất viện.

(Khuyến cáo mức nh; mức chứng cấp trung bình)

5. Bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán mới của suy tim EF giảm nên được điều trị bằng ARNI

nhận liệu pháp điều trị, thay thế cho ACEI hoặc ARB

(Khuyến cáo yếu; mức chứng cứ trung bình)

6. Sử dụng càng sớm càng tốt một cách an toàn có thể ACEI hoặc ARB (cho những người không dung nạp ACEI) ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp với suy tim hoặc phân suất tống máu thất trái (LVEF) < 40%.

(Khuyến cáo mạnh; mức chứng cứ cao)

7. Nên khởi trị chẹn β ngay khi có thể sau khi chẩn đoán suy tim, ngay trong lần chẩn đoán đầu tiên, với điều kiện bệnh nhân ổn định và huyết áp đủ. Bác sĩ lâm sàng không nên trì hoãn cho đến khi xuất hiện bất ổn định để điều trị bằng thuốc chẹn β ở bệnh nhân đã ổn định.

(Khuyến cáo mạnh; mức chứng cứ cao)

8. Bệnh nhân có các triệu chứng suy tim NYHA độ IV nên được điều trị ổn định trước khi bắt đầu điều trị bằng thuốc chẹn β .

(Khuyến cáo mạnh; mức chứng cứ cao)

9. Thuốc chẹn β nên được bắt đầu ở tất cả bệnh nhân có LVEF < 40% với nồng độ muối cơ tim thấp ở đó.

(Khuyến cáo mạnh; mức chứng cứ trung bình)

15. Nên sử dụng ivabradine cho bệnh nhân suy tim EF giảm và vẫn còn triệu chứng mức độ điều trị nội khoa tối ưu, nhịp tim lúc nghỉ là nhịp xoang > 70 l/p để ngăn ngừa tử vong do bệnh cơ tim mạch và nhịp viên do suy tim.

(Khuyến cáo mạnh mẽ; mức chứng cứ cao)

16. Nên xem xét bổ sung vericiguat, một chất kích thích guanylate cyclase hòa tan (sGC) để tăng cường, vào các liệu pháp suy tim tối ưu cho bệnh nhân suy tim EF giảm có các triệu chứng tiến triển và nhịp viên do suy tim trong 6 tháng qua, để giảm nguy cơ nhịp viên do suy tim tiếp theo.

(Khuyến cáo có điều kiện; mức chứng cứ trung bình)

17. Sử dụng digoxin ở bệnh nhân bệnh nhân suy tim EF giảm và rung nhĩ, kiểm soát nhịp thất kém và / hoặc các triệu chứng dài dòng mức độ điều trị tối ưu pháp chế natri β tối ưu, hoặc khi thuốc chế natri β không dung nạp, trong giai đoạn suy tim mạn tính, suy tim mức độ khi phát hiện suy tim phải nhịp viên.

(Khuyến cáo yếu; mức chứng cứ thấp)

18. Sử dụng digoxin ở bệnh nhân bệnh nhân nhịp suy tim EF giảm và nhịp xoang, tiếp tục có các triệu chứng tiến triển trung bình đến nặng mức độ điều trị tối ưu pháp nội khoa tối ưu để làm giảm các triệu chứng và giảm số lần nhịp viên.

(Khuyến cáo yếu, mức chứng cứ trung bình)

19. Hydralazine và isosorbide dinitrate được xem xét điều trị cho bệnh nhân bệnh nhân suy tim EF giảm không thể dung nạp ACEI, ARB, hoặc ARNI vì tăng kali máu, rời loạn chức năng thận

họ có các chứng chỉ khác, trong các tình huống sau:

- i. Suy tim mãn tính (*Khuyến cáo mạnh mẽ, mức chứng cứ trung bình*)
- ii. Suy tim mới khởi phát (*Khuyến cáo yếu; mức chứng cứ thấp*)
- iii. Nhịp viển do suy tim (*Khuyến cáo yếu; mức chứng cứ thấp*)

20. Việc điều trị Hydralazine và isosorbide dinitrate nên được xem xét bổ sung cho điều trị nền khoa học khi thích hợp cho bệnh nhân da đen mắc suy tim EF giảm và các triệu chứng tim mạch.

(*Khuyến cáo mạnh mẽ, mức chứng cứ trung bình*)

21. Sau khi chẩn đoán suy tim EF giảm, liệu pháp điều trị chuẩn nên được bắt đầu và chuẩn độ dựa trên mức triệu chứng hoặc triệu chứng đa có thể dùng để đánh giá LVEF trước khi cân nhắc cấy ICD hoặc CRT.

(*Khuyến cáo mạnh mẽ, mức chứng cứ trung bình*)

Table 2. Standard therapies and their initial and optimal dose targets for patients with HFrEF

Drug class	Specific agent	Start dose	Target dose
ARNI	Sacubitril-valsartan	50-100 mg BID (dose rounded)	200 mg BID (dose rounded)
ACEI	Enalapril	1.25-2.5 mg BID	10 mg BID/20 mg BID (NYHA IV)
	Lisinopril	2.5-5 mg daily	20-35 mg daily
	Perindopril	2-4 mg daily	4-8 mg daily
	Ramipril	1.25-2.5 mg BID	5 mg BID
	Trandolapril	1-2 mg daily	4 mg daily
ARB	Candesartan	4-8 mg daily	32 mg daily
	Valsartan	40 mg BID	160 mg BID
β-Blocker	Carvedilol	3.125 mg BID	25 mg BID/50 mg BID (> 85 kg)
	Bisoprolol	1.25 mg daily	10 mg daily
	Metoprolol (CR/XL)	12.2-25 mg daily	200 mg daily
MRA	Spirolactone	12.5 mg daily	25-50 mg daily
	Eplerenone	25 mg daily	50 mg daily
SGLT2 inhibitor	Dapagliflozin	10 mg daily	10 mg daily
	Empagliflozin	10 mg daily	10-25 mg daily
	Canagliflozin	100 mg daily	100-300 mg daily
Sinus node inhibitor	Ivabradine	2.5-5 mg BID	7.5 mg BID
sGC stimulator	Vericiguat	2.5 mg daily	10 mg daily
Vasodilator	Hydralazine and isosorbide dinitrate	10-37.5 mg TID/10-20 mg TID	75-100 mg TID or QID/40 mg TID
Cardiac glycosides	Digoxin	0.0625-0.125 mg daily	Not applicable: monitor for toxicity