**Suy tim**

 Suy tim là một hội chứng lâm sàng do biến đổi cấu trúc và/hoặc chức năng của tim do nhiều nguyên nhân và bệnh học khác nhau. Hậu quả là tăng áp lực trong buồng tim và/hoặc giảm cung lượng tim khi gắng sức hay khi nghỉ.

 Suy tim được chia thành hai thể: suy tim mạn và suy tim cấp. Suy tim mạn đề cập đến những bệnh nhân đã được chẩn đoán và đang điều trị suy tim ổn định hoặc những người bệnh có triệu chứng suy tim khởi phát từ từ. Khi suy tim diễn biến nặng lên còn gọi là suy tim “mất bù” thường khiến bệnh nhân phải nhập viện và sử dụng các thuốc đường tĩnh mạch, giai đoạn này người ta định nghĩa là suy tim cấp.

**I. Suy tim mạn**

**1. Triệu chứng lâm sàng**

|  |  |
| --- | --- |
| Các triệu chứng cơ năng của suy tim | Các triệu chứng thực thể của suy tim |
| Điển hình | Đặc hiệu |
| - Khó thở- Cơn khó thở kịch phát về đêm- Giảm khả năng gắng sức- Mệt mỏi- Tăng thời gian nghỉ hồi phục giữa hai lần gắng sức- Phù mắt cá chân | - Tĩnh mạch cổ nổi- Phản hồi gan - tĩnh mạch cổ dương tính- Tiếng ngựa phi- Tăng diện đập của mỏm tim |
| Ít điển hình | Kém đặc hiệu |
| - Ho về đêm- Thở rít- Cảm giác chướng bụng- Mất cảm giác ngon miệng- Lú lẫn (đặc biệt ở người già)- Trầm cảm- Hồi hộp, đánh trống ngực- Chóng mặt- Ngất- Cảm giác khó thở khi cúi người | - Tăng cân (> 2kg/tuần)- Sụt cân (trong suy tim nặng)- Teo cơ (suy kiệt)- Có tiếng thổi ở tim- Phù ngoại vi (mắt cá chân, cẳng chân, bìu)- Ran ở phổi- Tràn dịch màng phổi- Nhịp tim nhanh- Loạn nhịp tim- Thở nhanh- Thở Cheyne - Stokes- Gan to- Cổ chướng- Đầu chi lạnh- Thiểu niệu- Mạch nhanh, nhỏ. |

**2. Triệu chứng cận lâm sàng**

* Các peptide bài niệu:
* Nên chỉ định ở cơ sở có thể thực hiện.
* Ngưỡng giá trị để chẩn đoán **loại trừ suy tim.**
* B-type natriuretic peptide (BNP) < 35 pg/mL.
* N-terminal pro-B-type natriuretic peptide (NT pro-BNP) < 125 pg/mL.
* Điện tim 12 chuyển đạo:
* Hình ảnh điện tâm đồ bình thường: ít khả năng suy tim.
* Hình ảnh điện tâm đồ bất thường (rung nhĩ, có sóng Q bệnh lý, tăng gánh thất trái, phức bộ QRS giãn rộng): tăng khả năng chẩn đoán suy tim.
* Siêu âm tim:
* Biện pháp thăm dò chính khảo sát chức năng tim.
* Các thông tin chính: phân suất tống máu thất trái, kích thước các buồng tim, vận động các thành tim, tính chất các van tim, chức năng tâm trương, chức năng thất phải, áp lực động mạch phổi.
* Chụp X-quang tim phổi: dấu hiệu ứ huyết phổi, bóng tim to, cung động mạch phổi nổi.
* Các xét nghiệm máu thường quy:
* Giúp chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán loại trừ, tiên lượng và hỗ trợ quá trình điều trị.
* Gồm: công thức máu, urê, creatinine, điện giải đồ, bilan đánh giá chức năng gan, lipid máu, tuyến giáp...
* Nghiệm pháp gắng sức (thuốc, thể lực): Giúp phát hiện triệu chứng cơ năng của suy tim trong trường hợp không khai thác được rõ ràng từ người bệnh.
* **Cộng hưởng từ tim:** cho phép đánh giá được mức độ xơ hóa/ sẹo cơ tim dưới nội tâm mạc, điển hình với trường hợp thiếu máu cục bộ cơ tim trái ngược với hình ảnh tổn thương sẹo ở lớp giữa thành tim trong bệnh cơ tim dãn nở (giãn), ngoài ra còn cho phép phân biệt các tình trạng tổn thương cơ tim đặc trưng như viêm cơ tim, bệnh cơ tim thâm nhiễm amyloid (amyloidosis), sarcoidosis, bệnh Chagas, bệnh Fabry, bệnh cơ tim xốp, bệnh cơ tim do ứ đọng sắt và bệnh loạn sản cơ tim gây rối loạn nhịp.
* **Chụp xạ hình SPECT (single-photon emission CT)**: đánh giá tình trạng thiếu máu và sống còn cơ tim, tình trạng viêm hay thâm nhiễm cơ tim.
* **Chụp cắt lớp đa dãy động mạch vành hoặc Chụp động mạch vành qua da:** chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ tổn thương động mạch vành.

**3. Điều trị:**

3.1 Điều trị suy tim mạn với phân suất tống máu giảm (EF ≤ 40%)

* Điều trị nội khoa:
* Các nhóm thuốc nền tảng (còn gọi là các nhóm thuốc “trụ cột”), bao gồm:

 (1) Nhóm thuốc ức chế hệ renin-angiotensin bao gồm ức chế men chuyển (ACE-I) hoặc ức chế thụ thể angiotensin (ARB) hoặc ức chế kép neprilysin và angiotensin (ARNI)

 (2) Thuốc chẹn β giao cảm: hiện nay có 4 loại thuốc chẹn beta giao cảm có thể dùng trong điều trị suy tim là carvedilol, metoprolol, bisoprolol và nebivolol

 (3) Thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid hay kháng aldosterone (MRA)

 (4) Thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển Natri-glucose 2 tại ống thận (ức chế SGLT2)

* Một số nhóm thuốc khác:

 (1) Thuốc lợi tiểu (ngoài nhóm kháng aldosterone): gồm nhóm thuốc lợi tiểu quai và lợi tiểu thiazide, có tác dụng giảm tình trạng ứ huyết do suy tim

 (2) Thuốc glucosid trợ tim

 (3) Thuốc chẹn kênh f (Ivabradine)

 (4) Thuốc kết hợp Hydralazine và isosorbide dinitrate

* Điều trị bằng thiết bị:
* Tạo nhịp tái đồng bộ cơ tim (CRT): chỉ định tốt nhất ở những bệnh nhân suy
tim với EF ≤ 35%, nhịp xoang kèm phức bộ QRS ≥ 130 ms và có dạng block nhánh trái, còn triệu chứng (NYHA II-IV) mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu.
* Máy phá rung tự động cấy vào cơ thể (ICD): dự phòng đột tử tiên phát và thứ phát do tim.
* Thay (ghép) tim: chỉ định ở những bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối, đã kháng lại với tất cả các biện pháp điều trị nội, ngoại khoa thông thường, dưới 65 tuổi và có khả năng tuân thủ điều trị chặt chẽ.

3.1 Điều trị suy tim mạn với phân suất tống máu giảm nhẹ (EF: 41-49%)

* Điều trị nội khoa:
* Thuốc lợi tiểu
* Thuốc ức chế SGLT2
* Chất ức chế thụ thể angiotensin-neprilysin
* Thuốc ức chế men chuyển (ACE-I)
* Thuốc ức chế thụ thể angiotensin II (ARB)
* Thuốc chẹn beta giao cảm
* Thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA)
* Điều trị bằng thiết bị:
* ICD: chỉ cân nhắc ICD khi có chỉ định dựphòng thứ phát đột tử do tim.
* CRT: hiện tại cũng không đủ bằng chứng ủng hộ điều trị CRT cho bệnh nhân suy tim PSTM giảm nhẹ.

3.3 Điều trị suy tim phân suất tống máu bảo tồn (EF ≥ 50%)

* Thuốc ức chế thụ thể SGLT2 nên được chỉ định ở bệnh nhân suy tim PSTM bảo tồn nhằm làm giảm nguy cơ nhập viện và tử vong tim mạch.
* Các thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, chẹn beta giao cảm, MRA, ARNI có thể được cân nhắc chỉ định ở những người bệnh phù hợp.
* Lợi tiểu.

**II. Suy tim cấp**

**1. Nguyên nhân và các yếu tố thúc đẩy suy tim cấp**

* Nguyên nhân: bảy nguyên nhân hay gặp gây suy tim cấp gồm
* Hội chứng động mạch vành cấp
* Tăng huyết áp cấp cứu
* Rối loạn nhịp tim (rối loạn nhịp nhanh và rối loạn nhịp chậm)
* Nguyên nhân cơ học (hở van tim cấp, thủng thành tim…)
* Tắc động mạch phổi
* Nhiễm trùng
* Chèn ép tim
* Các yếu tố thúc đẩy: gồm các bệnh lí tại tim (viêm cơ tim cấp, lóc tách thành

động mạch chủ…), các bệnh lí ngoài tim (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy thận cấp, thiếu máu, bệnh chuyển hoá như cường giáp,…) và các yếu tố khác (chế độ ăn mặn, không tuân thủ điều trị,…).

**2. Triệu chứng lâm sàng**

 Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của suy tim cấp thường gặp gồm: khó thở, mệt mӓi, ăn kém, sụt hoặc tăng cân và tiểu ít. Người bệnh cần được đánh giá lâm sàng theo các triệu chứng sung huyết và tình trạng giảm tưới máu như sau:

* Các triệu chứng sung huyết: khó thở khi nằm, phù phổi, phù ngoại biên, tĩnh mạch cổ nổi, gan to, cổ trướng và phản hồi gan – tĩnh mạch cổ dương tính.
* Tình trạng giảm tưới máu: thay đổi tri giác, đầu chi lạnh và ẩm, tụt huyết áp, thiểu niệu và giảm chức năng thận.

**3. Triệu chứng cận lâm sàng**

 Các xét nghiệm cận lâm sàng góp phần chẩn đoán xác định, tìm hiểu nguyên nhân và tiên lượng suy tim cấp. Các xét nghiệm bao gồm:

* Các xét nghiệm nên làm: điện tim, siêu âm tim, troponin, peptide bài niệu (BNP hoặc NT-proBNP), creatinin, điện giải đồ và tình trạng sắt huyết thanh.
* Các xét nghiệm cân nhắc chỉ định gồm: X-quang tim phổi thẳng, siêu âm phổi.
* Các xét nghiệm khác được chỉ định tuỳ theo bệnh cảnh lâm sàng: D-dimer, TSH, procalcitonin, lactat, bão hoà Oxy, khí máu.

**4. Điều trị**

4.1 Nguyên tắc chung

* Điều trị càng sớm càng tốt: tại thời điểm nhập viện, xử trí ngay nếu người bệnh cần hỗ trợ thông khí, tuần hoàn hoặc tiêm/truyền thuốc cấp cứu. Sau đó người bệnh được bắt đầu điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân hoặc các biện pháp điều trị chuyên biệt theo các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau.
* Xác định sớm nguyên nhân và các yếu tố thúc đẩy suy tim cấp: tốt nhất trong vòng 60 – 120 phút kể từ khi người bệnh nhập viện.
* Điều trị dựa theo các dấu hiệu/triệu chứng lâm sàng và bệnh cảnh lâm sàng.
* Theo dõi sát tình trạng lâm sàng và xét nghiệm trong quá trình điều trị để thay đổi phác đồ xử trí kịp thời.

4.2 Các biện pháp điều trị cụ thể

* Oxy liệu pháp: thở oxy, thông khí nhân tạo không xâm nhập hoặc đặt ống nội khí quản và thở máy xâm nhập nếu suy hô hấp tiến triển.
* Thuốc lợi tiểu: thuốc lợi tiểu quai furosemid là nền tảng trong điều trị suy tim sung huyết, nên được sử dụng đường tĩnh mạch càng sớm càng tốt sau khi có chẩn đoán suy tim.
* Thuốc dãn mạch: chỉ nên được chỉ định trong trường hợp suy tim cấp do cơn tăng huyết áp hoặc suy tim cấp có huyết áp tâm thu ≥ 110 mmHg.
* Thuốc tăng co bóp cơ tim và thuốc tăng co mạch: không chỉ định thường quy các thuốc tăng co bóp cơ tim và thuốc tăng co mạch, chỉ nên chỉ định khi người bệnh có tụt huyết áp hoặc có dấu hiệu giảm tưới máu mô trong khi đủ khối lượng tuần hoàn.
* Digoxin: chỉ định khi bệnh nhân suy tim cấp có rung nhĩ đáp ứng tần số thất nhanh.
* Morphin: chỉ nên cân nhắc chỉ định trong trường hợp người bệnh khó thở hoặc đau
nhiều và không cải thiện bằng các phương pháp điều trị khác.
* Hỗ trợ tuần hoàn cơ học ngắn ngày: ECMO, IABP, LVAD… được chỉ định trong trường hợp sốc tim hoặc suy tim nặng kém đáp ứng với các biện pháp điều trị nội khoa thường quy như là biện pháp bắc cầu nối chờ các can thiệp tích cực hơn hoặc chờ cơ tim hồi phục.
* Thay thế thận: Siêu lọc thận không khuyến cáo thường quy, thường được chỉ định khi không đáp ứng với điều trị lợi tiểu, tăng kali máu nặng (> 6,5 mmol/L), toan máu nặng (pH < 7,2), urea > 25 mmol/L và creatinine máu > 300 umol/L.
* Phòng ngừa thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch:
* Điều trị phẫu thuật hoặc can thiệp: nên được xem xét trong các trường hợp Hội chứng động mạch vành cấp có biến chứng cơ học (bắc cầu mạch vành đồng thời sửa chữa biến chứng cơ học), hẹp hoặc hở van tim nặng (sửa hoặc thay van tim), rối loạn nhịp chậm (đặt máy tạo nhịp tạm thời),
* Đánh giá trước khi ra viện và kế hoạch điều trị sau khi ra viện:
* Điều trị nội khoa tối ưu đóng vai trò quan trọng trong cải thiện tiên lượng gần ở người bệnh suy tim cấp, khởi trị càng sờm càng tốt các thuốc “trụ cột” trong điều trị suy tim.
* Có kế hoạch hẹn khám lại sớm (sau 1- 2 tuần) đối với bệnh nhân suy tim cấp sau khi ra viện để đánh giá lại.