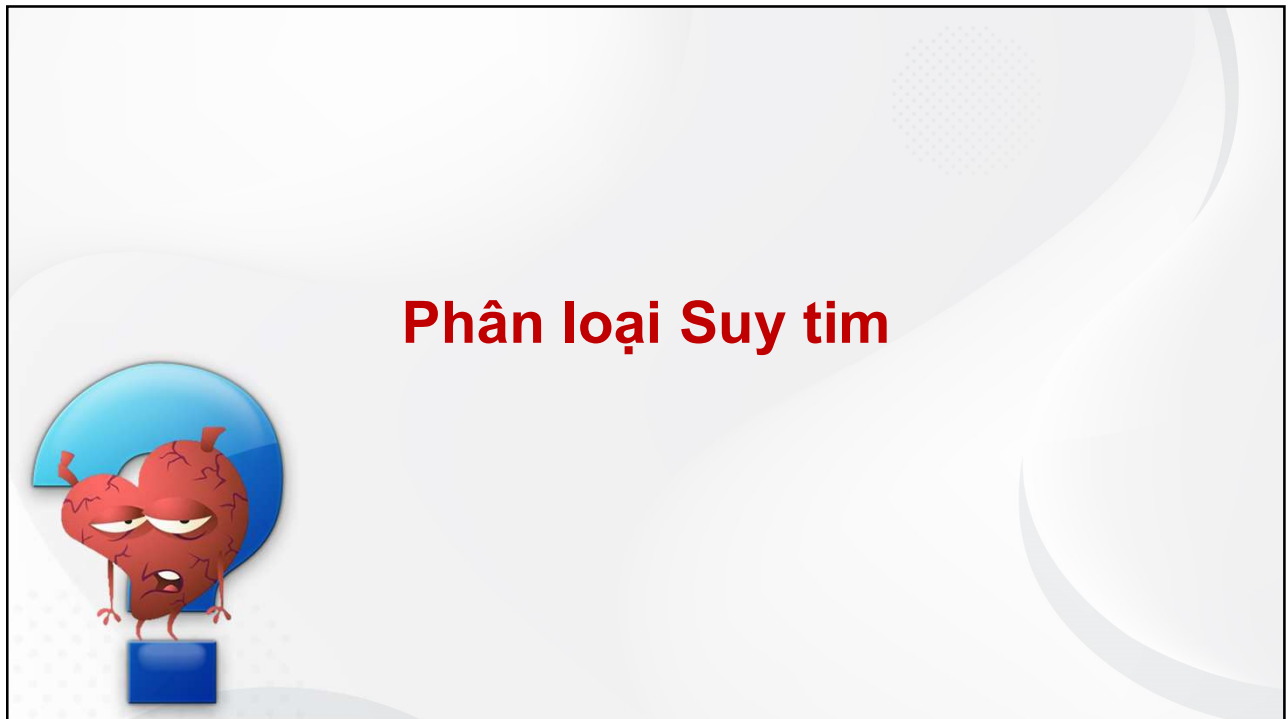




1



2

Cập nhật ESC 2023 về điều trị Suy tim PSTM giảm nhẹ/ bảo tồn

NEW

Management of patients with HFmrEF

- Diuretics for fluid retention (Class I)
- Dapagliflozin/ Empagliflozin (Class I)
- ACEI/ARNI/ARB (Class IIb)
- MRA (Class IIb)
- Beta-blocker (Class IIb)

Management of patients with HFpEF

- Diuretics for fluid retention (Class I)
- Dapagliflozin/ Empagliflozin (Class I)
- Treatment for aetiology, CV and non-CV comorbidities (Class I)

SGLT2i được khuyến cáo sử dụng cho bệnh nhân suy tim PSTM giảm nhẹ/ bảo tồn nhằm giảm nguy cơ nhập viện so suy tim và tử vong tim mạch (Class I, A)

McDonagh TA et al. Eur Heart J. 2023; 10.1093

3

Khuyến cáo điều trị Suy tim PSTM giảm

To reduce mortality – for all patients				
ACEi/ARNI	BB	MRA	SGLT2i	
To reduce HF hospitalization/mortality – for selected patients				
Volume overload				
Diuretics				
SR with LBBB ≥150 ms CRT-D/-P		SR with LBBB 130–149 ms or non-LBBB ≥150 ms CRT-D/-P		
Ischaemic aetiology ICD		Non-ischaemic aetiology ICD		
AF Anticoagulation	AF Digoxin	PVI	Coronary artery disease CABG	Iron deficiency Ferric carboxymaltose
Aortic stenosis SAVR/TAVI	Mitral regurgitation TEE MV repair	Heart rate SR >70 bpm Ivabradine	Black race Hydralazine/ISDN	ACEi/ARNI intolerance ARB
For selected patients with advanced HF				
Heart transplantation		MCS as BTT/BTC		Long-term MCS as DT
To reduce HF hospitalization and improve QoL – for all patients				
Exercise rehabilitation		Multiprofessional disease management		

ACEi, angiotensin converting enzyme inhibitor; Af, atrial fibrillation; ARB, angiotensin receptor blocker; ARNI, angiotensin receptor–neprilysin inhibitor; BB, beta blocker; bpm, beats per minute; BTC, bridge to candidacy; BTT, bridge to transplantation; CABG, coronary artery bypass graft; CRT-D/-P, cardiac resynchronization therapy with defibrillator/pacemaker; DT, destination therapy; ESC, European Society of Cardiology; HF, heart failure; ICD, implantable cardioverter defibrillator; ISDN, isosorbide dinitrate; LBBB, left bundle branch block; MCS, mechanical circulatory support; MRA, mineralocorticoid receptor antagonist; MV, mitral valve; PVI, pulmonary vein isolation; QoL, quality of life; SAVR, surgical aortic valve replacement; SGLT2i, sodium-glucose co-transporter-2 inhibitor; SR, sinus rhythm; TAVI, transcatheter aortic valve implantation; TEE, transoesophageal echocardiogram.

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

Class 1 recommendation

Class 2a recommendation

4

2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure



Table 3 Definition of heart failure with reduced ejection fraction, mildly reduced ejection fraction, and preserved ejection fraction

Type of HF	HFrEF	HFmrEF	HFpEF
Criteria	1 Symptoms ± signs ^a	1 Symptoms ± signs ^a	1 Symptoms ± signs ^a
	2 LVEF ≤40%	2 LVEF 41–49% ^b	2 LVEF ≥50%
	3 –	3 –	3 Objective evidence of cardiac structural and/or functional abnormalities consistent with the presence of LV diastolic dysfunction/raised LV filling pressures, including raised natriuretic peptides ^c

© ESC 2023

Cần nhắc thay đổi HFrEF, HFmrEF và HFpEF thành HFrEF và HFpEF 71% đồng thuận bởi ban soạn thảo cập nhật khuyến cáo



Professor Roy Gardner – presented at ESC 2023

5

Cập nhật ESC 2023 về theo dõi bệnh nhân suy tim cấp chuẩn bị xuất viện hoặc mới xuất viện



Recommendation Table 3 — Recommendation for pre-discharge and early post-discharge follow-up of patients hospitalized for acute heart failure

Recommendation	Class ^a	Level ^b
An intensive strategy of initiation and rapid up-titration of evidence-based treatment before discharge and during frequent and careful follow-up visits in the first 6 weeks following a HF hospitalization is recommended to reduce the risk of HF rehospitalization or death. ^{c,d,e 16}	I	B

© ESC 2023

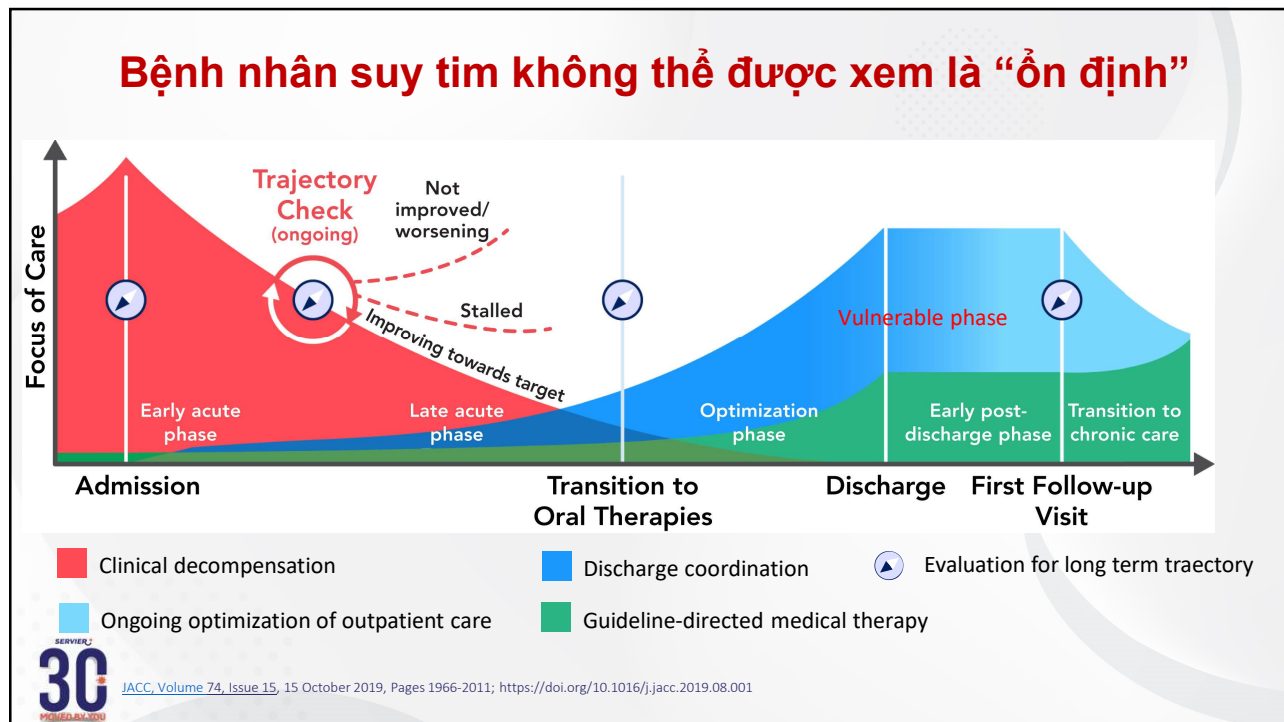
Based upon the results of STRONG-HF, high-intensity care for initiation and rapid up-titration of oral HF therapies and close follow-up in the first 6 weeks after discharge for an acute HF hospitalization is recommended to reduce HF readmission or all-cause death. During the follow-up visits, particular attention should be paid to symptoms and signs of congestion, blood pressure, heart rate, NT-proBNP values, potassium concentrations, and eGFR.

Chiến lược điều trị tích cực cho các bệnh nhân chuẩn bị xuất viện và trong khoảng 6 tuần sau khi xuất viện được khuyến cáo **mức độ IB**
 Tái khám: Cần tập trung chú ý kiểm soát triệu chứng, dấu hiệu sung huyết, huyết áp, tần số tim, NT-proBNP, nồng độ kali máu và eGFR

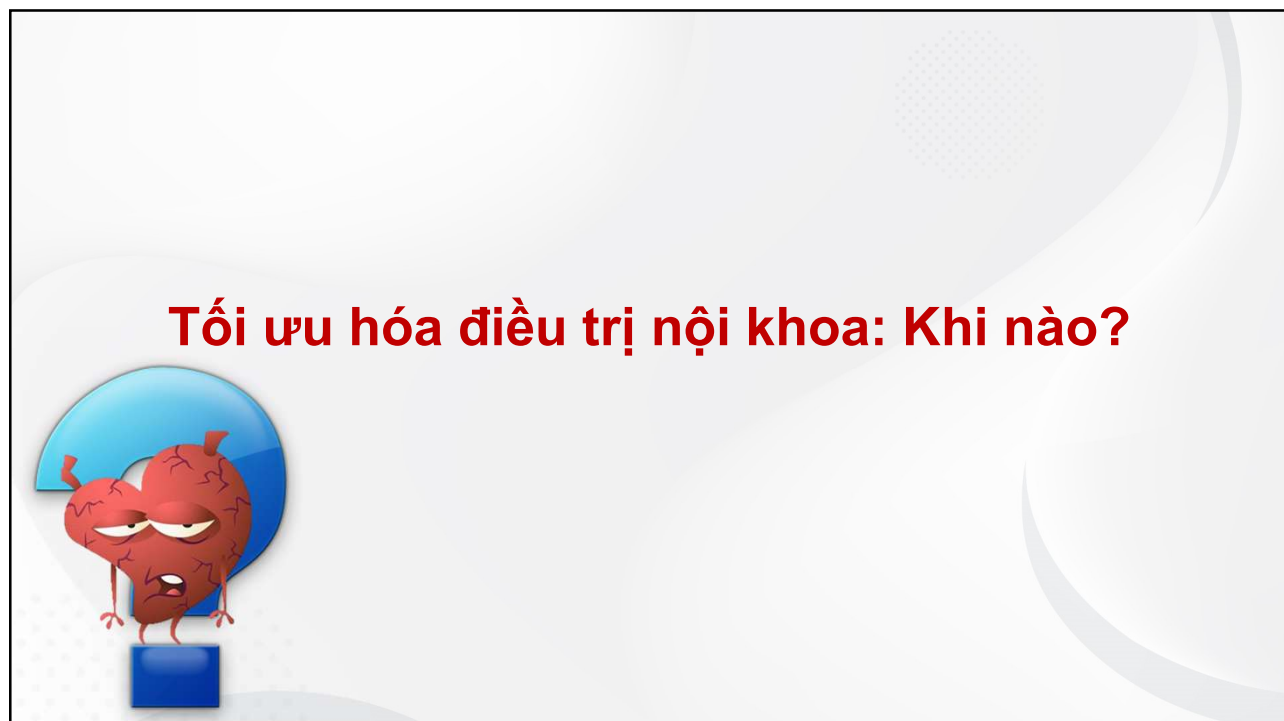


2023 Focused update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (European Heart Journal; 2023 – doi:10.1093/eurheartj/ehad195)

6



7

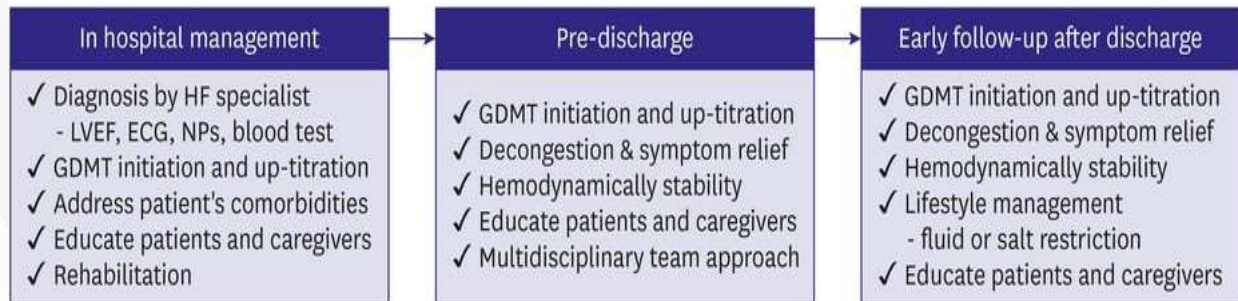


8

Quản lý Suy tim từ nội trú đến theo dõi ngoại trú

"Discharge is the START of the journey"

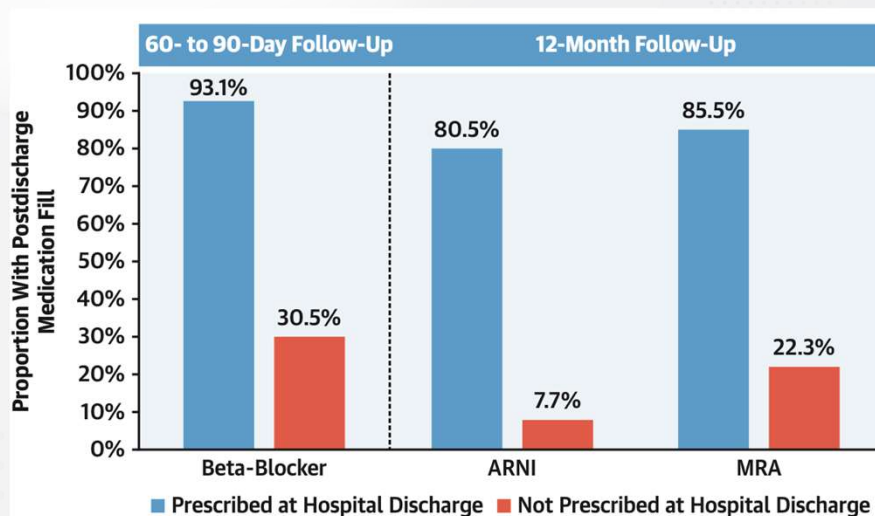
Heart failure care from hospital to follow-up



SE KIM, BS Yoo. Korean Circ J. 2023 May;53(5):294-312.

9

Thực trạng GDMT sau khi xuất viện (post discharge) phụ thuộc vào việc sử dụng thuốc ngay khi xuất viện (discharge)



Patolia H, et al. J Am Coll Cardiol. 2023;82(6):529-543.

10

Tăng nguy cơ khi trì hoãn hoặc bỏ qua các GDMT

Suy tim EF \leq 40%

Không sử dụng, không tăng liều hoặc không duy trì:



Chẹn Beta:

Tăng 34-35% nguy cơ tương đối tử vong do mọi nguyên nhân
Tăng 19-24% nguy cơ tương đối tử vong do mọi nguyên nhân hoặc nhập viện



MRA:

Tăng 24-35% nguy cơ tương đối tử vong do mọi nguyên nhân
Tăng 35-42% nguy cơ nhập viện do suy tim



ARNI:

Tăng ~ 25% nguy cơ tương đối tử vong do mọi nguyên nhân so với giả dược
Tăng ~ 30% nguy cơ tương đối tử vong tim mạch hoặc nhập viện do suy tim so với giả dược



SGLT2i:

Tăng 13% nguy cơ tương đối tử vong do mọi nguyên nhân
Tăng 31% nguy cơ tương đối nhập viện do suy tim

Suy tim EF $>$ 40%

Không sử dụng hoặc không duy trì:

SGLT2i:

Tăng 20% nguy cơ tương đối tử vong tim mạch hoặc nhập viện do suy tim
Tăng 26% nguy cơ tương đối nhập viện do suy tim

Vấn đề trì hoãn hoặc bỏ qua điều trị nội khoa tối ưu ở những bệnh nhân thường liên quan tới:

- Bệnh nhân chưa bao giờ bắt đầu điều trị nội khoa tối ưu hoặc trì hoãn quá lâu
- Chất lượng cuộc sống và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân diễn tiến xấu
- Nguy cơ tiến triển bệnh quá giới hạn
- Có thể phòng ngừa được tử vong và nhập viện



JACC VOL. 81, NO. 22, 2023: 2145-48

11

“Nhập viện” là thời điểm vàng để tối ưu hóa điều trị nhằm ngăn ngừa tử vong sau xuất viện và tái nhập viện

Phòng ngừa các kết quả bất lợi ở bệnh nhân suy tim nhập viện dựa vào việc ngăn ngừa tiến triển suy tim bằng cách:

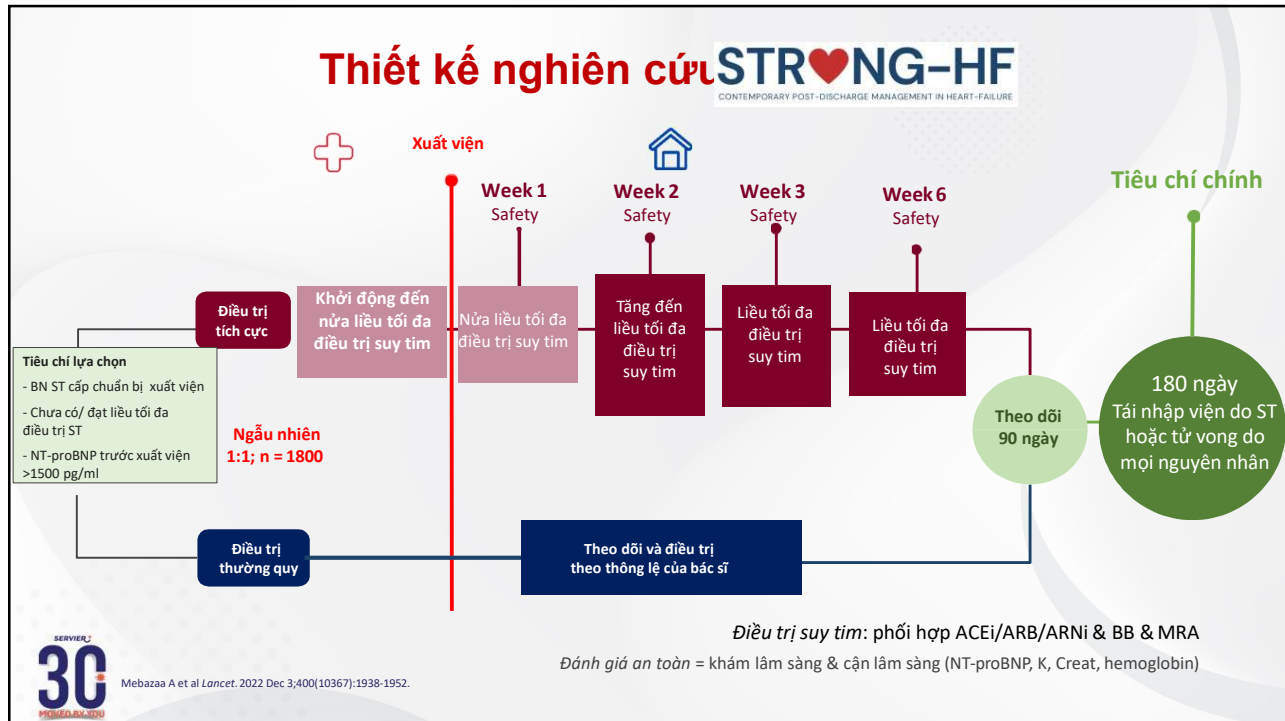
- Khởi trị và chỉnh liều các điều trị nền tảng
- Đảm bảo duy trì/ tuân thủ điều trị
- Đánh giá lại sớm sau khi xuất viện

Cần tối ưu GDMT trước khi xuất viện



Psotka MA. Heart Failure Clin. 2013;9:303-320.

12



13

Can thiệp tích cực trước khi xuất viện

STRONG-HF
CONTEMPORARY POST-DISCHARGE MANAGEMENT IN HEART-FAILURE

Bệnh nhân

- 1078 bệnh nhân nhập viện vì suy tim cấp
- Chưa sử dụng liều đầy đủ của GDMT trước đó
- Ổn định về huyết động học
- NT-proBNP >2500 pg/mL tại thời điểm sàng lọc và giảm >10% từ thời điểm sàng lọc đến can thiệp (vẫn > 1500 pg/ml)

So sánh

Can thiệp tích cực VS điều trị thường quy (HIC vs UC)

Can thiệp tích cực

Sớm (2 ngày trước khi xuất viện) và nhanh chóng tối ưu liều các thuốc uống như ACEi/ARB/ARNi, BB và MRA

Kết quả

Tỷ lệ BN đạt liều tối đa của các thuốc uống. **HIC vs UC**

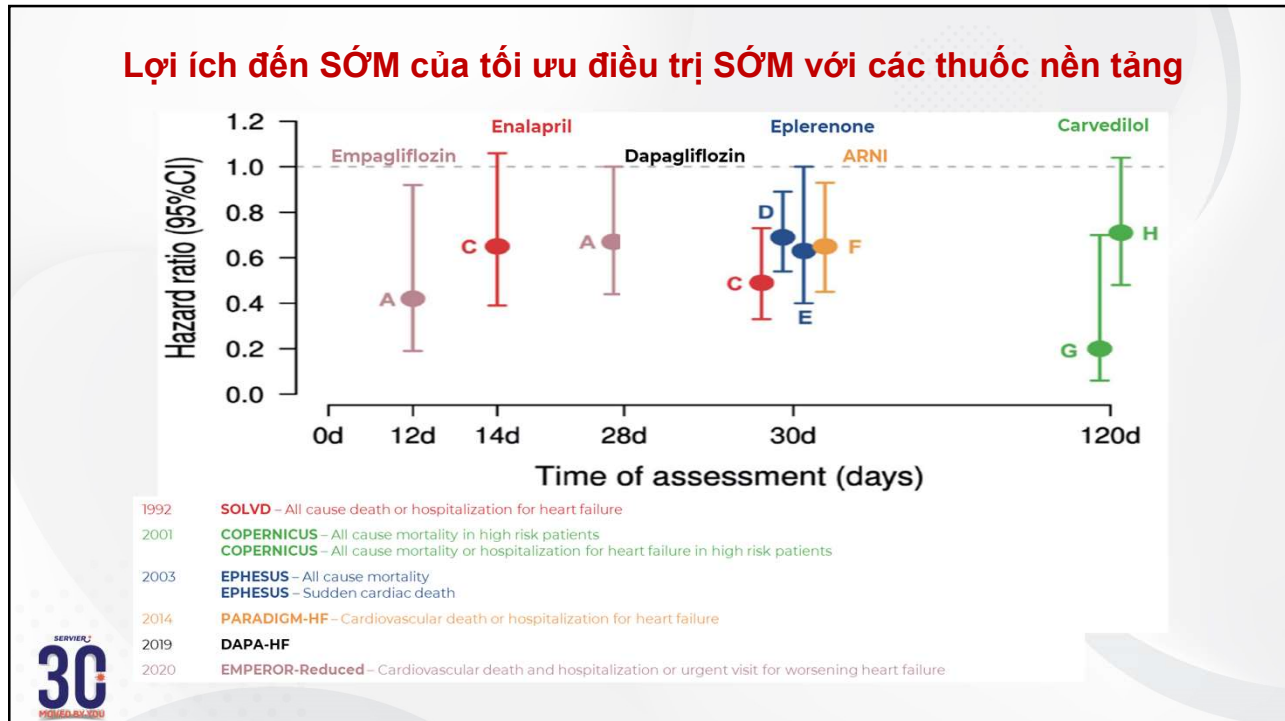
- **ACEi/ARB/ARNi 55%** vs. 2%,
- **Beta-blockers 49%** vs. 4%
- **MRA 84%** vs. 46%

Number at risk

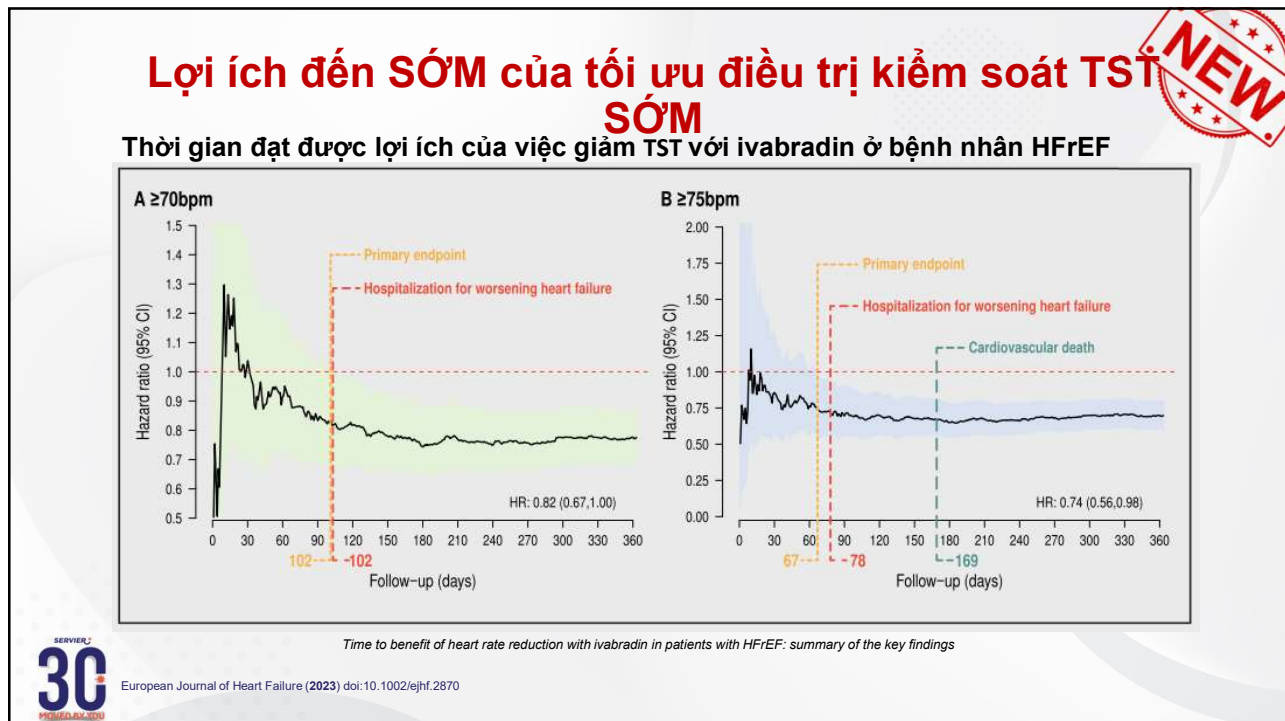
Time (days)	Usual care group	High-intensity care group
0	502	506
15	494	497
30	474	484
45	454	466
60	439	449
75	423	440
90	410	430
105	394	419
120	381	415
135	373	408
150	366	397
165	353	384
180	329	345

SERVIER 30
Mebazaa A et al Lancet. 2022 Dec 3;400(10367):1938-1952.

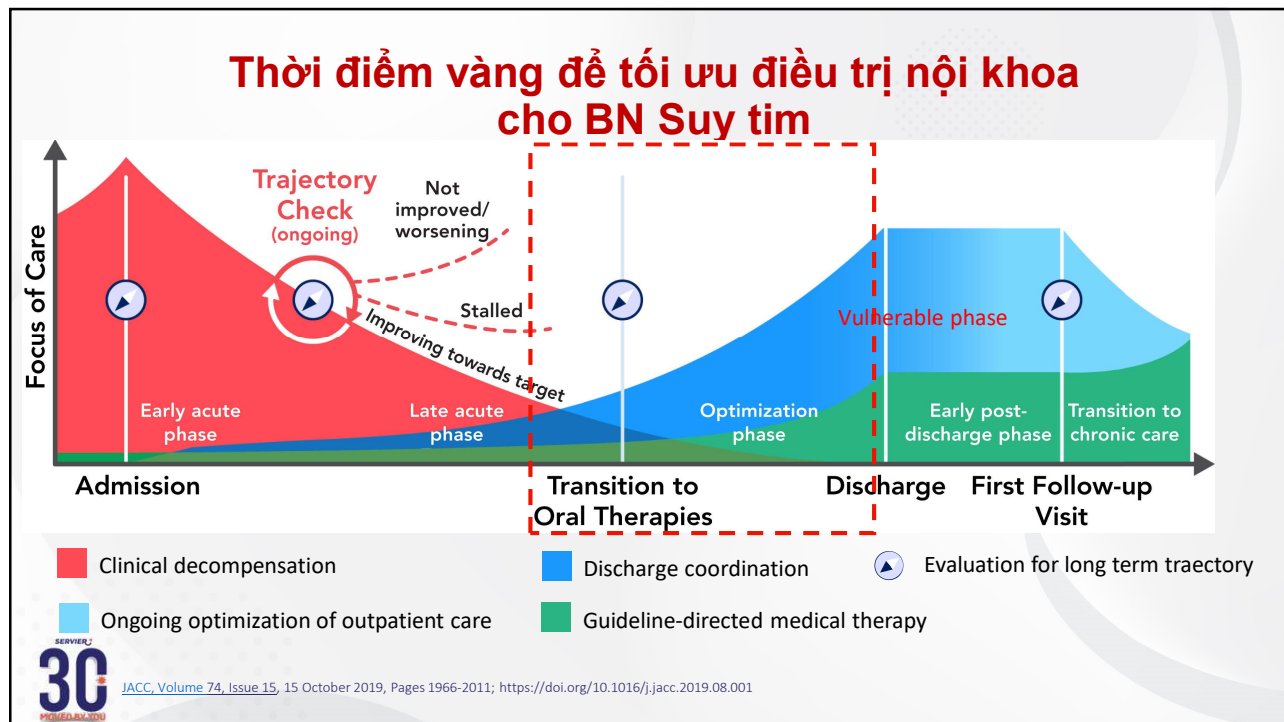
14



15



16



17



18




NHỮNG TRANH LUẬN TRONG QUẢN LÝ SUY TIM HIỆN ĐẠI

BSCKII Nguyễn Anh Quân
Viện tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai
Email: anhquan.dr@gmail.com

SERV30-HANOI-CARD-15-03-2024

19




QUẢN LÝ SUY TIM HIỆN ĐẠI: Từ khuyến cáo đến thực hành


20


Guidelines tell us WHAT to do, but not HOW to do it

GDMT



Urgency of implementation





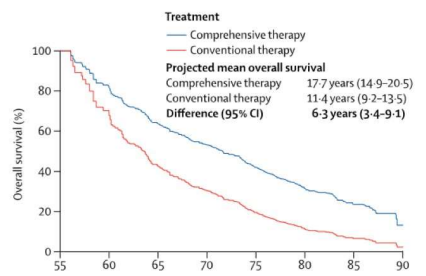
21

Điều trị nền tảng toàn diện giúp cải thiện tiên lượng người bệnh suy tim

Comprehensive Disease-Modifying Treatment Improves Outcomes Compared With Conventional Therapy

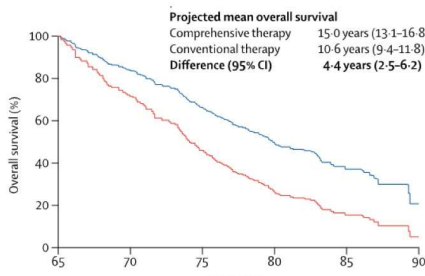
Long-Term OS With Comprehensive Disease-Modifying Therapy vs Conventional Therapy*

Patients starting therapy at age 55 y




Projected mean overall survival	
Comprehensive therapy	17.7 years (14.9-20.5)
Conventional therapy	11.4 years (9.2-13.5)
Difference (95% CI)	6.3 years (3.4-9.1)

Patients starting therapy at age 65 y



Projected mean overall survival	
Comprehensive therapy	15.0 years (13.1-16.8)
Conventional therapy	10.6 years (9.4-11.8)
Difference (95% CI)	4.4 years (2.5-6.2)

*Conventional therapy = ACE inhibitor/ARB + β -blocker; comprehensive therapy = β -blocker + MRA + ARNI + SGLT2 inhibitor.
Vaduganathan M, et al. *Lancet*. 2020;396:121-128.



22

Tác động độc lập của các nhóm thuốc điều trị nền tảng đến tiên lượng người bệnh suy tim

Drug Class	Trial	Distinguishing feature	Endpoint reported	Hazard Ratio (95% CI)
Beta-blockade following acute myocardial infarction (with or without ACE inhibitors)	BHAT	None receiving ACE inhibitors	All-cause mortality	~0.73
	CAPRICORN (carvedilol)	Most receiving ACE inhibitors		0.77 (0.60-0.98)
ACE inhibitors (with or without beta-blockade)	SAVE (captopril)	Post-infarction patients with LV systolic dysfunction, 35-40% on beta-blockers	All-cause mortality	0.81 (0.68-0.97)
	SOLVD Treatment (enalapril)	Heart failure with LV systolic dysfunction, no use of beta-blockers		0.84 (0.74-0.95)
ACE inhibitors (with or without mineralocorticoid receptor antagonists)	CONSENSUS (enalapril)	>50% receiving mineralocorticoid receptor antagonist	All-cause mortality	~0.73
	SOLVD Treatment (enalapril)	No recorded use of mineralocorticoid receptor antagonist		0.84 (0.74-0.95)
Mineralocorticoid receptor antagonists (with or without beta-blockade)	RALES (spironolactone)	~10% on a beta-blocker	All-cause mortality	0.70 (0.60-0.82)
	EMPHASIS-HF (eplerenone)	>85% on a beta-blocker		0.76 (0.62-0.93)
Sacubitril/valsartan (with or without mineralocorticoid receptor antagonists)	PARADIGM-HF	Receiving mineralocorticoid receptor antagonist	Cardiovascular death	0.84 (0.73-0.98)
		Not receiving mineralocorticoid receptor antagonist		0.75 (0.63-0.89)
SGLT2 inhibitors (with or without neprilysin inhibitors)	DAPA-HF and EMPEROR-Reduced	Receiving neprilysin inhibitor	Cardiovascular death or hospitalization for heart failure	0.68 (0.53-0.89)
		Not receiving neprilysin inhibitor		0.75 (0.65-0.84)

• Bằng chứng từ những RCT cho thấy rõ ràng điều trị nền không ảnh hưởng đến đáp ứng với từng nhóm thuốc điều trị nền tảng.

• Hai ý nghĩa quan trọng:

- Mỗi nhóm thuốc tác động lên tiến triển của bệnh lý cơ tim theo 1 cơ chế sinh bệnh học riêng biệt.

- Quyết định thứ tự ưu tiên dùng thuốc không phụ thuộc vào thứ tự trong các thử nghiệm lâm sàng.



Milton Packer and John J.V. McMurray. *European Journal of Heart Failure* (2021) doi:10.1002/ejhf.2149

23

Hiệu quả của các điều trị nền tảng đến sớm

Trial	Study drug; starting and target doses	Endpoint reported	Time of assessment	Dose at time of assessment	Hazard ratio (95% CI)	Comments
SOLVD Treatment	Enalapril Starting dose: 2.5-5 mg BID Target dose: 10 mg BID	All-cause mortality or hospitalization for heart failure	Effect at 14 days	Enalapril 2.5-5 mg BID	0.66 (0.39-1.06)	Effect size with starting dose at 14 days comparable to overall trial
			Effect at 30 days	Mixture of starting and target doses	0.49 (0.33-0.73)	
			Effect in overall trial (mean follow-up, ~1 months)	Mean: 18.6 mg daily overall	0.74 (0.66-0.82)	
COPERNICUS	Carvedilol Starting dose: 3.125 mg BID Target dose: 25 mg BID	All-cause mortality in high-risk patients	Effect at 8 weeks	Mean: 6.5 mg BID at 4 weeks and 11.5 mg BID at 6 weeks	0.20 (0.06-0.70)	Major separation of Kaplan-Meier curves at 4 weeks
			Effect in overall trial (mean follow-up, 10.5 months)	Mean: 18.5 mg BID at 4 months	0.61 (0.41-0.89)	
			Effect at 8 weeks	Mean: 8.5 mg BID at 4 weeks and 11.6 mg BID at 6 weeks	0.71 (0.48-1.04)	
EPHESUS	Eplerenone Starting dose: 25 mg QD Target dose: 50 mg QD	All-cause mortality	Effect at 30 days	25 mg QD by study design	0.69 (0.54, 0.89)	Significant effect with starting dose at 30 days
			Overall effect (mean follow-up 16 months)	42.6 mg QD overall	0.66 (0.75, 0.96)	
			Sudden cardiac death	Effect at 30 days	25 mg QD by study design	
PARADIGM-HF	Sacubitril/valsartan 97/103 mg BID (randomized at target dose)	Cardiovascular death or hospitalization for heart failure	Effect at 30 days	Most patients maintained at target dose	0.66 (0.46-0.93)	Significant effect at 30 days
			Effect in overall trial (median follow-up, 27 months)		0.60 (0.73, 0.87)	
			Effect at 12 days	10 mg QD	0.62 (0.19-0.92)	
EMPEROR-Reduced	Empagliflozin Starting dose: 10 mg daily Target dose: 10 mg daily	Cardiovascular death and hospitalization or urgent visit for worsening heart failure	Effect at 28 days	10 mg QD	0.67 (0.44-1.00)	Significant effect with starting dose within 28 days
			Effect in overall trial (median follow-up, 6 months)	10 mg QD	0.76 (0.67-0.87)	
			Effect at 28 days	10 mg QD	0.51 (0.28-0.84)	
DAPA-HF	Dapagliflozin Starting dose: 10 mg daily Target dose: 10 mg daily	Cardiovascular death and hospitalization or urgent visit for worsening heart failure	Effect at 28 days	10 mg QD	0.51 (0.28-0.84)	Significant effect with starting dose within 28 days
			Effect in overall trial (median follow-up, 18 months)	10 mg QD	0.74 (0.65-0.85)	

Trung bình từ 2 – 4 tuần



Milton Packer and John J.V. McMurray. *European Journal of Heart Failure* (2021) doi:10.1002/ejhf.2149

24

Nguy cơ của việc chậm hoặc không điều trị nền tảng

HF with EF ≤40%
Lack of Initiation, Titration, or Persistence of:

Beta-Blocker
↑ 34%-35% relative risk of all-cause mortality
↑ 19%-24% relative risk of all-cause mortality or hospitalization

ARNI
↑ ~25% relative risk of all-cause mortality vs putative placebo
↑ ~30% relative risk of CV mortality or HF hospitalization vs putative placebo

MRA
↑ 24%-35% relative risk of all-cause mortality
↑ 35%-42% relative risk of HF hospitalization

SGLT2i
↑ 13% relative risk of all-cause mortality
↑ 31% relative risk of HF hospitalization

HF with EF >40%
Lack of Initiation or Persistence of:

SGLT2i
↑ 20% relative risk of CV mortality or HF hospitalization
↑ 26% relative risk of HF hospitalization

Delaying or Omitting GDMT in Eligible Patients With Heart Failure Associated With:

- Patient never being initiated on GDMT, or substantial delay
- Worse quality of life and health status
- Excess risk of disease progression
- Preventable deaths and hospitalizations



Fonarow and Greene. J Am Coll Cardiol. 2023;2145-2148

Bảng chứng của việc khởi trị nền tảng trong viện ở người bệnh suy tim nhập viện

Author	Study Design	Intervention	Comparison	Key Findings
Gattis et al. ¹⁶ (IMPACT-HF)	Randomized (n = 353)	Predischarge initiation of carvedilol (postdischarge initiation)	Patients with HF/EF hospitalized for HF	<ul style="list-style-type: none"> Number of patients treated with beta-blockade 60 d after randomization Percent of patients in predischarge group on BB: 165/185 (91.2%) Percent of patients in postdischarge group on BB: 130/178 (73.4%) Pearson chi-square test: P < 0.0001
Voors et al. ²¹ (EMPULSE)	Randomized (n = 530)	Predischarge initiation of empagliflozin (placebo)	Patients with HF/EF hospitalized for HF	<ul style="list-style-type: none"> Composite of death from any cause, number of heart failure events, time to first heart failure event, and KCCQ score at 90 d (% wins) Primary endpoint among patients in empagliflozin group: 33.8% Primary endpoint among patients in placebo group: 39.7% Win ratio 1.36 (95% CI: 1.09-1.68)
Wachter et al. ²³ (TRANSITION)	Randomized (n = 1,002)	Predischarge initiation of sacubitril/valsartan (postdischarge initiation)	Patients with HF/EF hospitalized for HF	<ul style="list-style-type: none"> Proportion of patients reaching target dose 10 wks postdischarge Percent of patients reaching target sacubitril/valsartan dose in predischarge group: 45.5% Percent of patients reaching target sacubitril/valsartan dose in postdischarge group: 50.7% Risk ratio: 0.90 (95% CI: 0.79-1.02)
Bhatt et al. ²⁴ (SOLOIST-HF)	Randomized (n = 1,222)	Perdischarge initiation of sotagliflozin (placebo)	Patients hospitalized for HF	<ul style="list-style-type: none"> Composite of number of deaths or admissions for acute heart failure up to 18 mo after randomization Composite event rate in sotagliflozin group (events/100 patient-y): 51.0% Composite event rate in placebo group (events/100 patient-y): 76.3% HR: 0.67 (95% CI: 0.52-0.85)
Velázquez et al. ²² (PIONEER-HF)	Randomized (n = 881)	Predischarge initiation of sacubitril/valsartan (predischarge initiation of enalapril)	Patients with HF/EF hospitalized for HF	<ul style="list-style-type: none"> Proportional change in NT-proBNP from baseline through wks 4 and 8 Percent change in NT-proBNP for sacubitril/valsartan: -46.7% Percent change in NT-proBNP for enalapril: -25.3% Ratio of change: 0.71 (95% CI: 0.63-0.81)
Mebazaa et al. ²⁵ (STRONG-HF)	Randomized (n = 1,078)	In-hospital simultaneous initiation of multiple GDMTs with early postdischarge reinitiation and close follow-up (usual care)	Patients hospitalized for heart failure	<ul style="list-style-type: none"> 180-d readmission to hospital caused by heart failure or all-cause death Primary endpoint in intervention group: 15.2% Primary endpoint in usual care group: 23.3% Risk ratio: 0.66 (95% CI: 0.50-0.86) Adjusted treated effect: 3.49 (95% CI: 1.74-5.24)



Patolia et al. J Am Coll Cardiol 2023;82:529-543

Cập nhật khuyến cáo suy tim của ESC 2023

Recommendation	Class ^a	Level ^b
An intensive strategy of initiation and rapid up-titration of evidence-based treatment before discharge and during frequent and careful follow-up visits in the first 6 weeks following a HF hospitalization is recommended to reduce the risk of HF rehospitalization or death. ^{c,d,e 16}	I	B

Chiến lược **khởi trị tích cực** và **tăng liều nhanh** những điều trị dựa trên bằng chứng **trước khi xuất viện** và **giữa các lần khám theo dõi cẩn thận, thường xuyên trong vòng 6 tuần** kể từ khi nhập viện vì suy tim được khuyến cáo để giảm nguy cơ tái nhập viện vì suy tim hoặc tử vong **(I-B)**.

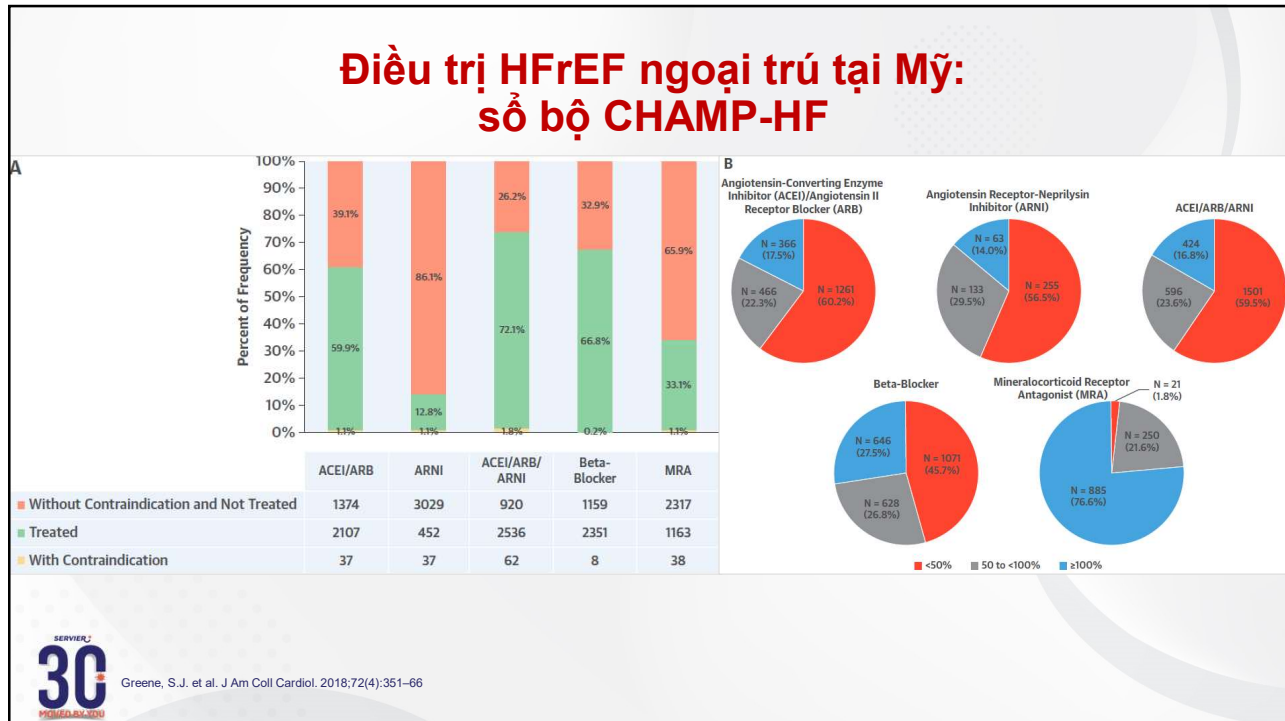


European Heart Journal (2023) 00, 1–13 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>

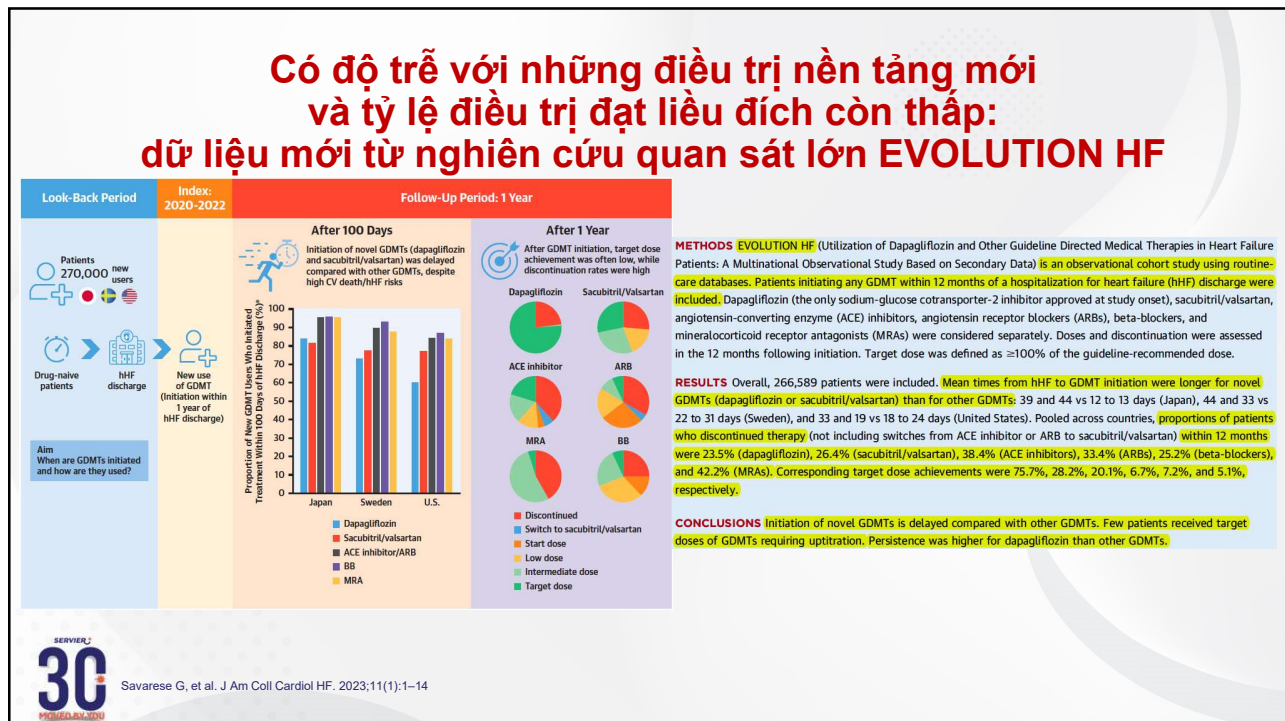
27



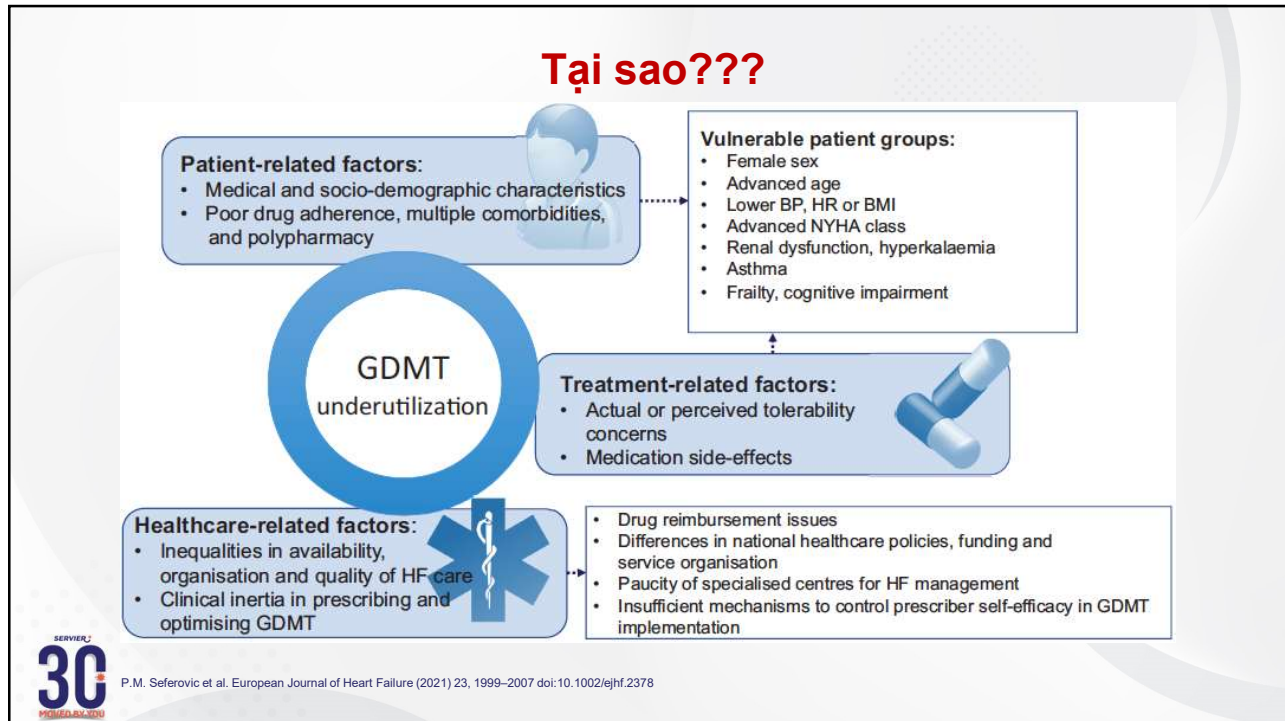
28



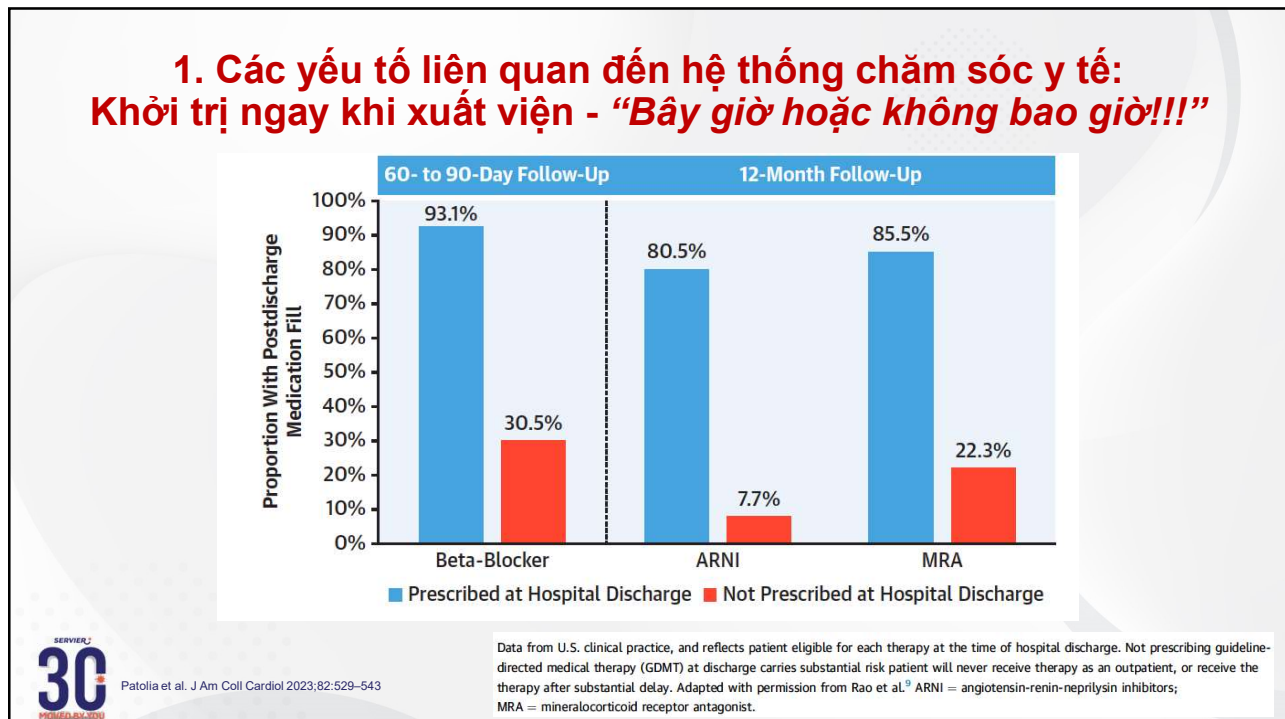
29



30



31



32

2. Các yếu tố liên quan đến người bệnh



G.M.C. Rosano et al. European Journal of Heart Failure (2021) 23, 872–881 doi:10.1002/ehfj.2206

33

Các bệnh lý đồng mắc thường gặp ở người bệnh suy tim & ảnh hưởng đến điều trị

Comorbidity	GDMT	Precaution	Comment
Coronary artery disease and angina	✓		Beta-blockers and ivabradine may help control symptoms
Diabetes	✓		GDMT have shown similar benefits in diabetic patients
Lung disease		Asthma is a relative contraindication to beta-blocker; starting with low doses of cardio-selective beta-blocker may allow its use	Beta-blockers can be given in COPD
Depression	✓		Depression is associated with low adherence to medication
Erectile dysfunction	✓		Thiazides, spironolactone and beta-blockers (nebivolol preferred) may aggravate erectile dysfunction
Iron deficiency/anaemia	✓		
Kidney dysfunction		ACEi, ARB, ARNI, MRA may have some limitations (see text)	Diuretics may need higher doses to be effective
Cachexia		ACEi, ARB, ARNI should be up-titrated carefully because of orthostatic hypotension	



G.M.C. Rosano et al. European Journal of Heart Failure (2021) 23, 872–881 doi:10.1002/ehfj.2206

34

3. Các yếu tố liên quan đến điều trị: Tác dụng phụ của các nhóm thuốc

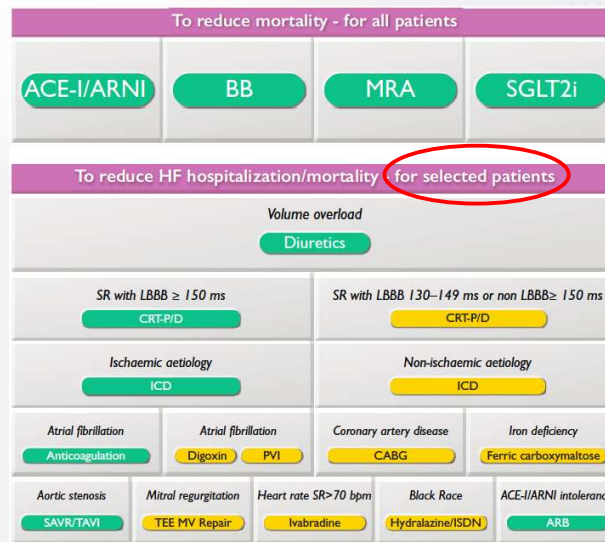
Drug	Common side effects
Diuretics	Hypotension; hypokalaemia; hypomagnesaemia; hyponatraemia; hyperuricemia; hypovolaemia/dehydration; rise in creatinine, urea
ACEi/ARB	Cough; hypotension; rise in urea, creatinine, potassium
ARNI	Hypotension; rise in creatinine, potassium; angioedema
Beta-blockers	Worsening HF; low heart rate; hypotension
Ivabradine	Low heart rate; visual phenomena
MRA	Rise in creatinine, potassium; breast discomfort or gynaecomastia
SGLT2i	Genital infection (in diabetic patients)



G.M.C. Rosano et al. European Journal of Heart Failure (2021) 23, 872–881 doi:10.1002/ehf.2206

35

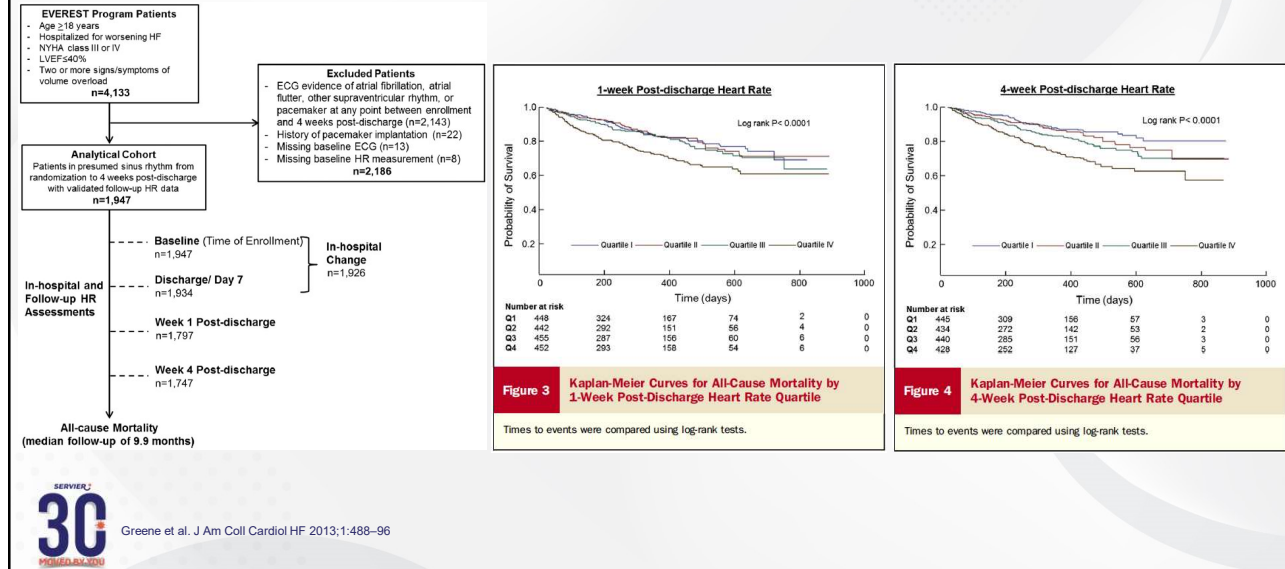
Cá thể hoá và an toàn khi điều trị là cần thiết!



European Heart Journal (2021) doi:10.1093/eurheartj/ehab368

36

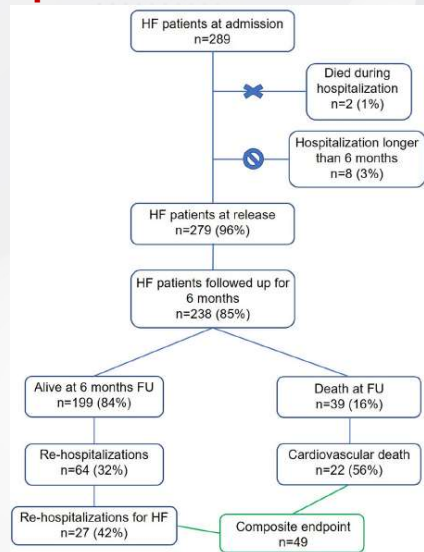
Tần số tim sau khi xuất viện & kết cục tim mạch ở BN HFrEF nhập viện vì suy tim tăng nặng



37

Vai trò của tần số tim và dùng sớm các thuốc điều hoà nhịp tim lúc ra viện với kết cục tim mạch ở BN ADHF?

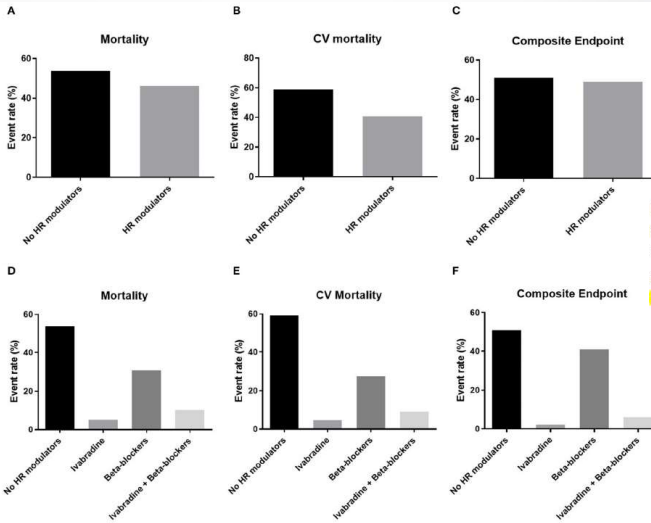
Nghiên cứu quan sát tiến cứu, tuyển 289 BN nhập viện vì ADHF ra viện ở 10 trung tâm ở miền bắc Italy (4/2017-1/2018) nhằm đánh giá mối liên quan giữa tần số tim và việc dùng các thuốc điều hoà nhịp tim (chẹn beta, ivabradine hoặc phối hợp 2 thuốc) tại thời điểm ra viện với kết cục tử vong tim mạch và tái nhập viện vì suy tim sau 6 tháng.



Front. Cardiovasc. Med. 2021; 8:665202

38

Vai trò của tần số tim và dùng sớm các thuốc điều hoà nhịp tim lúc ra viện với kết cục tim mạch ở BN ADHF?



Conclusions: Heart rate at discharge ≥ 90 bpm predicts cardiovascular mortality, while therapy with beta blockers is negatively associated with the composite endpoint of cardiovascular mortality and hospitalization at 6 months in acutely decompensated HF patients. Patients receiving a HR modulation therapy at hospital discharge showed the lowest rate of cardiovascular mortality and re-hospitalization.



Front. Cardiovasc. Med. 2021; 8:665202.

39

Nghiên cứu ETHIC-AHF

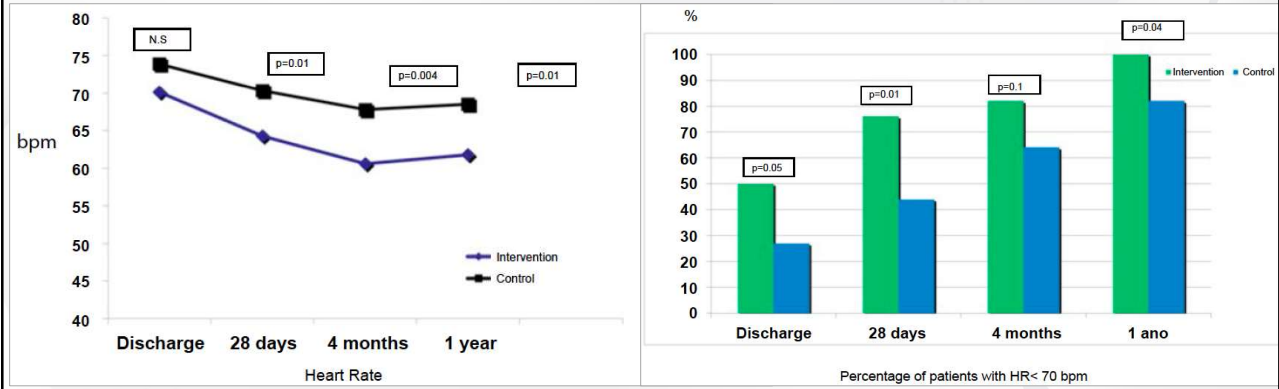
- Nghiên cứu tiền cứu, so sánh, phân nhóm ngẫu nhiên trên **72 BN HFREF phải nhập viện vì suy tim, so sánh chiến lược dùng chẹn beta “truyền thống”,** chỉ thêm Ivabradine sau khi đạt liều tối ưu hoặc liều tối đa BN có thể dung nạp mà nhịp tim vẫn > 70 CK/phút (nhóm chứng) **và chiến lược khởi đầu sớm (24-48h sau khi nhập viện), đồng thời cả chẹn beta và Ivabradine** (nhóm can thiệp).
- Sau khi ra viện, liều chẹn beta được điều chỉnh ở những lần thăm khám vào ngày thứ 14, 28, tháng thứ 4, thứ 8 và sau 1 năm ở cả 2 nhóm với mục tiêu tần số tim < 70 CK/phút và khoảng 60 CK/phút. Liều Ivabradine ban đầu 5 mg/mỗi 12 giờ, có thể tăng lên 7,5 mg/mỗi 12h ở mỗi lần thăm khám ở nhóm can thiệp và có thể thêm vào ở nhóm chứng sau 28 ngày theo dõi nếu tần số tim vẫn hơn 70 CK/phút dù đã dùng liều tối ưu hoặc liều chẹn beta tối đa BN có thể dung nạp.
- **Tiêu chí chính là tần số tim 28 ngày sau khi xuất viện. Các tiêu chí phụ bao gồm tần số tim sau 4 tháng và 1 năm, EF, nồng độ BNP, độ NYHA, tính an toàn và MACEs (tử vong tim và tái nhập viện vì suy tim sau 1 năm).**



Hidalgo et al. Int J Clin Cardiol 2017; 4:093

40

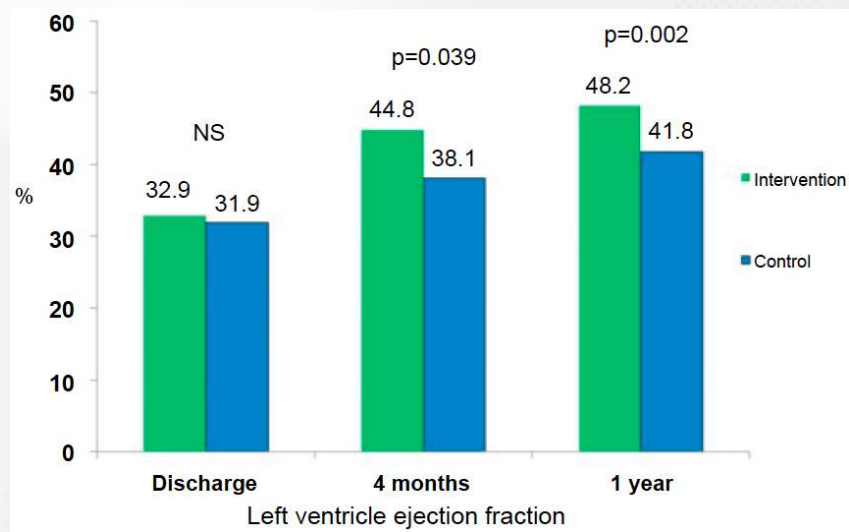
Phối hợp sớm giúp kiểm soát nhịp tim tốt hơn



Hidalgo et al. Int J Clin Cardiol 2017, 4:093

41

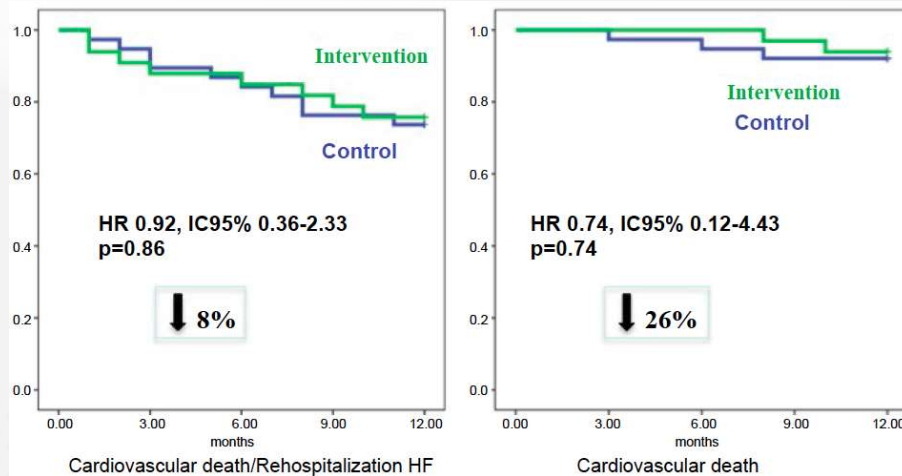
Phối hợp sớm giúp cải thiện EF tốt hơn



Hidalgo et al. Int J Clin Cardiol 2017, 4:093

42

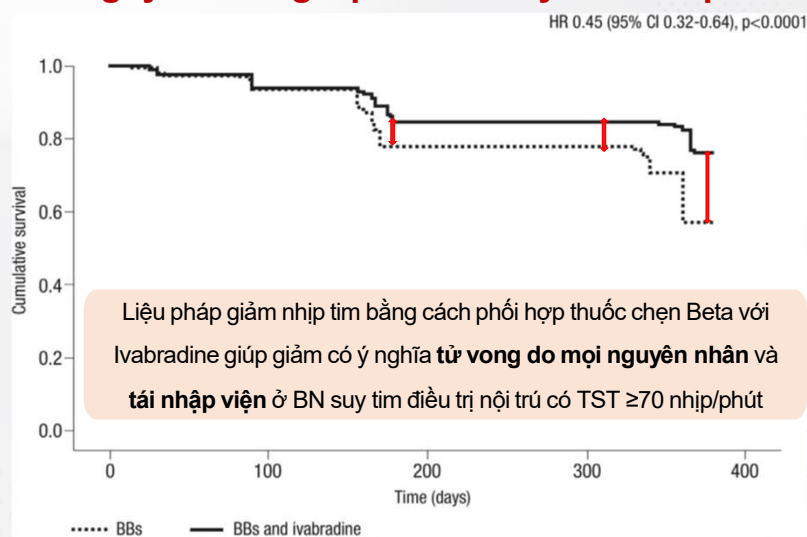
Phối hợp sớm giúp làm giảm biến cố tim mạch nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê



Hidalgo et al. Int J Clin Cardiol 2017, 4:093

43

Lợi ích đến SỚM và DUY TRÌ của tối ưu điều trị kiểm soát TST ngay từ trong nội trú và duy trì dài hạn



Lopatin, Yuri, et al. International Journal of Cardiology 260 (2018) 113-117

44

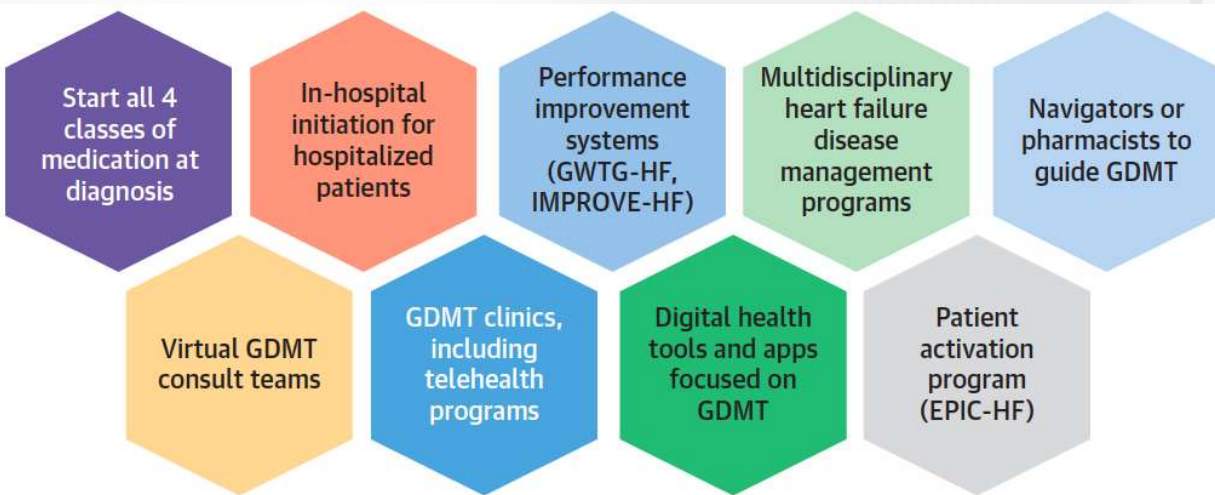
Cá thể hoá điều trị suy tim theo đặc điểm của người bệnh



G. M.C. Rosano et al. European Journal of Heart Failure (2021) 23, 872–881 doi:10.1002/ehfj.2206

45

Các chiến lược cải thiện điều trị suy tim



Patolia et al. J Am Coll Cardiol 2023;82:529–543

46

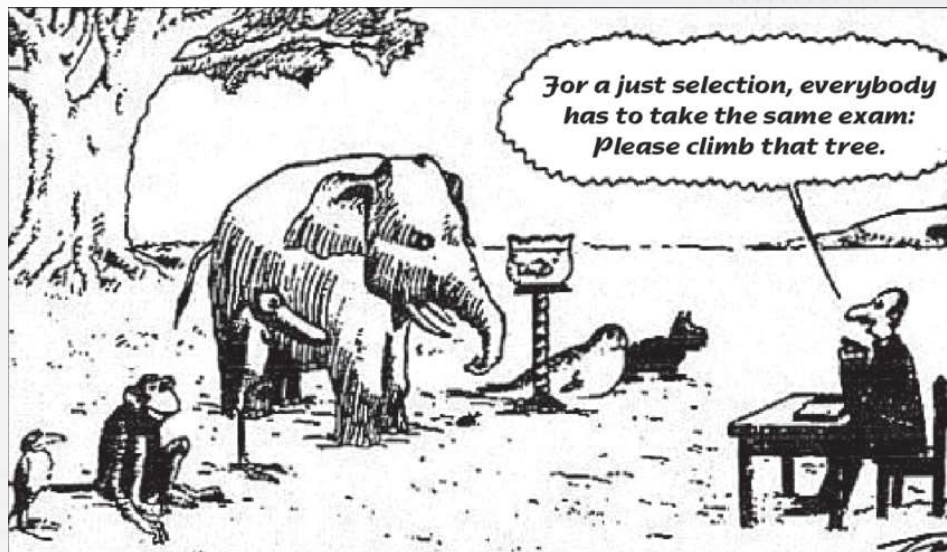
KẾT LUẬN

- Các khuyến cáo về suy tim nhân mạnh vai trò của việc **điều trị sớm và tích cực với các thuốc điều trị nền tảng.**
- Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng có những “khoảng xám” đòi hỏi người thầy thuốc **cần cá thể hoá điều trị** cho từng người bệnh dựa trên tình trạng lâm sàng, huyết áp, nhịp tim và tần số tim, xét nghiệm (chức năng thận, điện giải, NT-proBNP)...
- **Quản lý suy tim hiện đại: toàn diện & đa chuyên khoa!**



47

XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!



48