



1



2




NHỮNG TRANH LUẬN TRONG QUẢN LÝ SUY TIM HIỆN ĐẠI

Ths. BSCKII Lý Văn Chiêu
Giám đốc Trung tâm tim mạch, BV Chợ Rẫy

SERV30-HCMC-CARD-15-03-2024-A

3



Phân loại Suy tim

4

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

5

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

6

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 HFnEF
71% đồng thuận bởi ban soạn thảo cập nhật khuyến cáo



Professor Roy Gardner – presented at ESC 2023

7

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

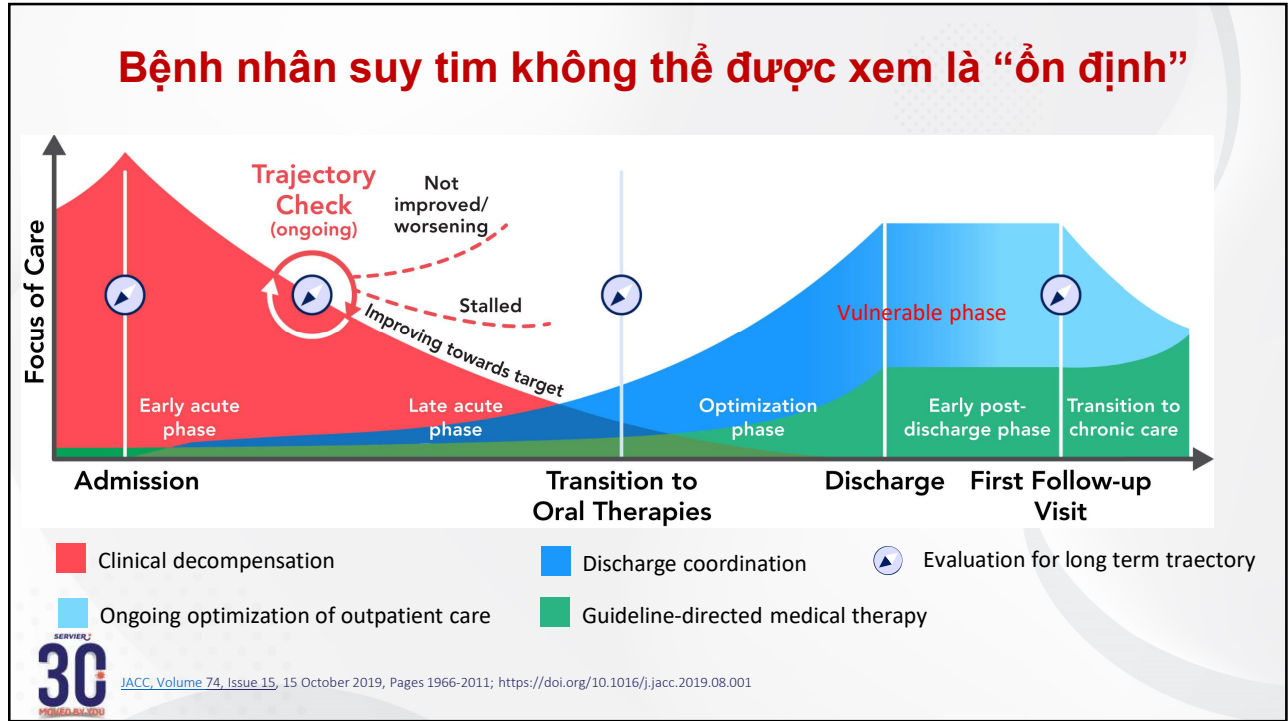
Based upon the results of STRONG-HF, high-intensity care for initiation and rapid up-titration of oral HF therapies and close follow-up in the first 6 weeks after discharge for an acute HF hospitalization is recommended to reduce HF readmission or all-cause death. **During the follow-up visits, particular 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**

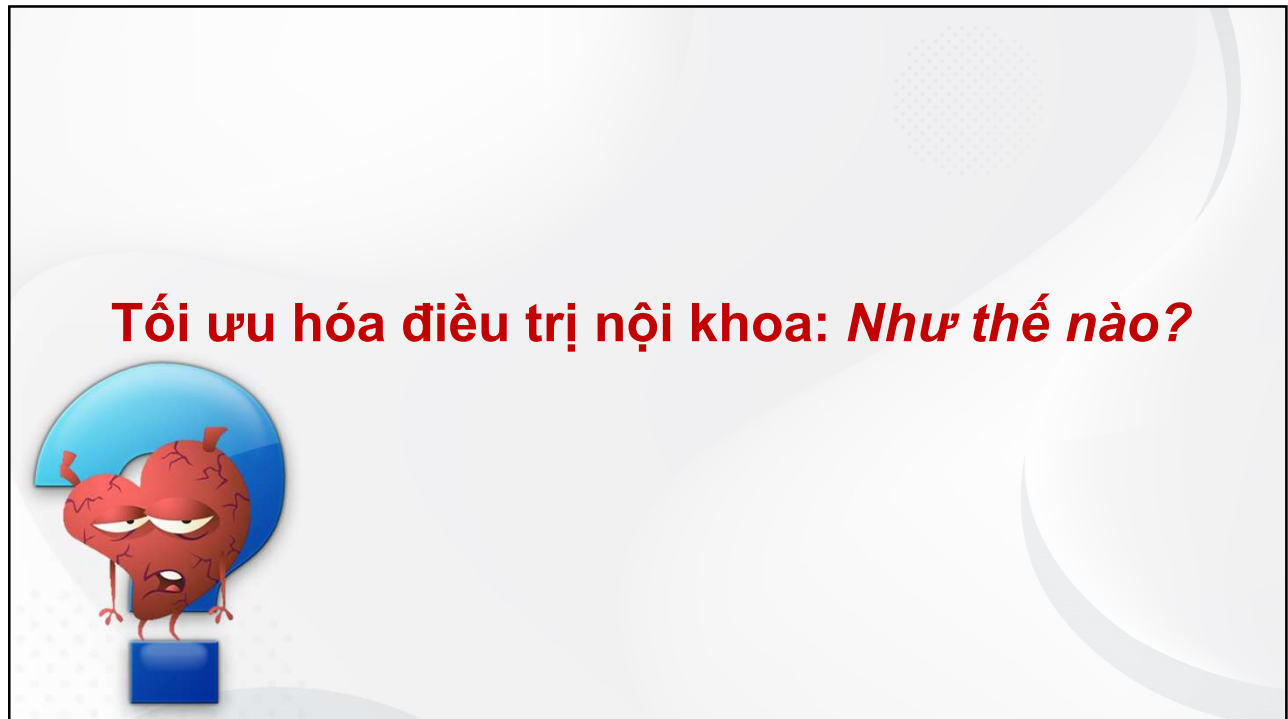


2023 Focused update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (European Heart Journal; 2023 – doi:10.1093/eurheartj/ehad195)

8

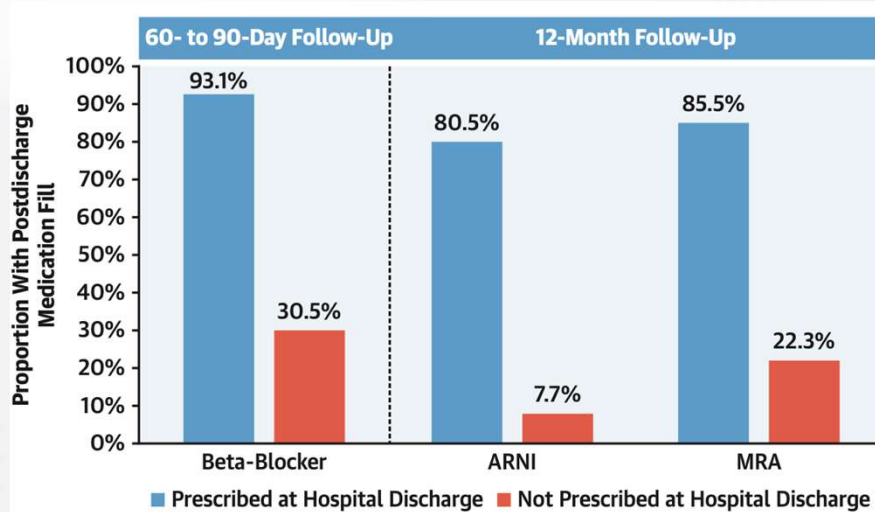


9



10

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.

11

Tăng nguy cơ khi trì hoãn hoặc bỏ qua các GDMT

Suy tim EF ≤ 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



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



MRA:

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



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

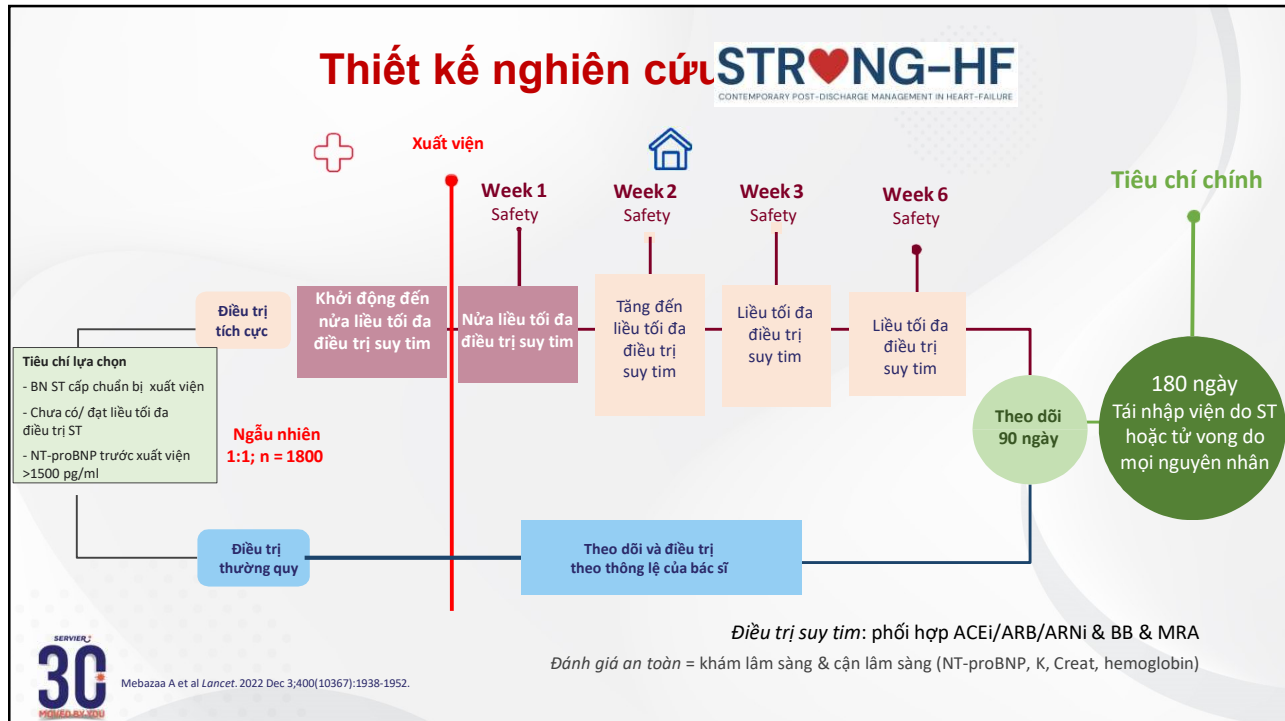
Vấn đề trì hoãn hoặc bỏ qua điều trị nội khoa tối ưu ở những bệnh nhân thường liên quan tới:

- 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

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 thuốc uống như ACEi/ARB/ARNi, BB và MRA

Kết quả

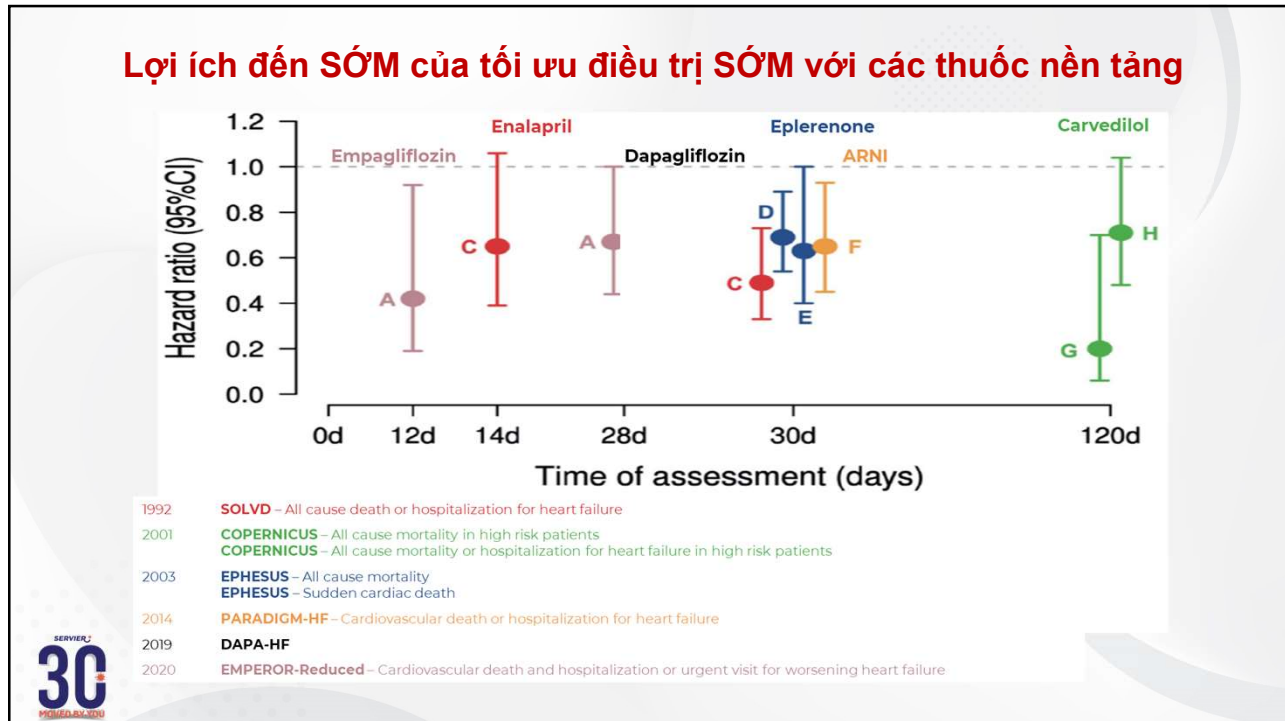
Tỷ lệ BN đạt liều tối đa của các thuốc uống. **HIC vs UC**

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

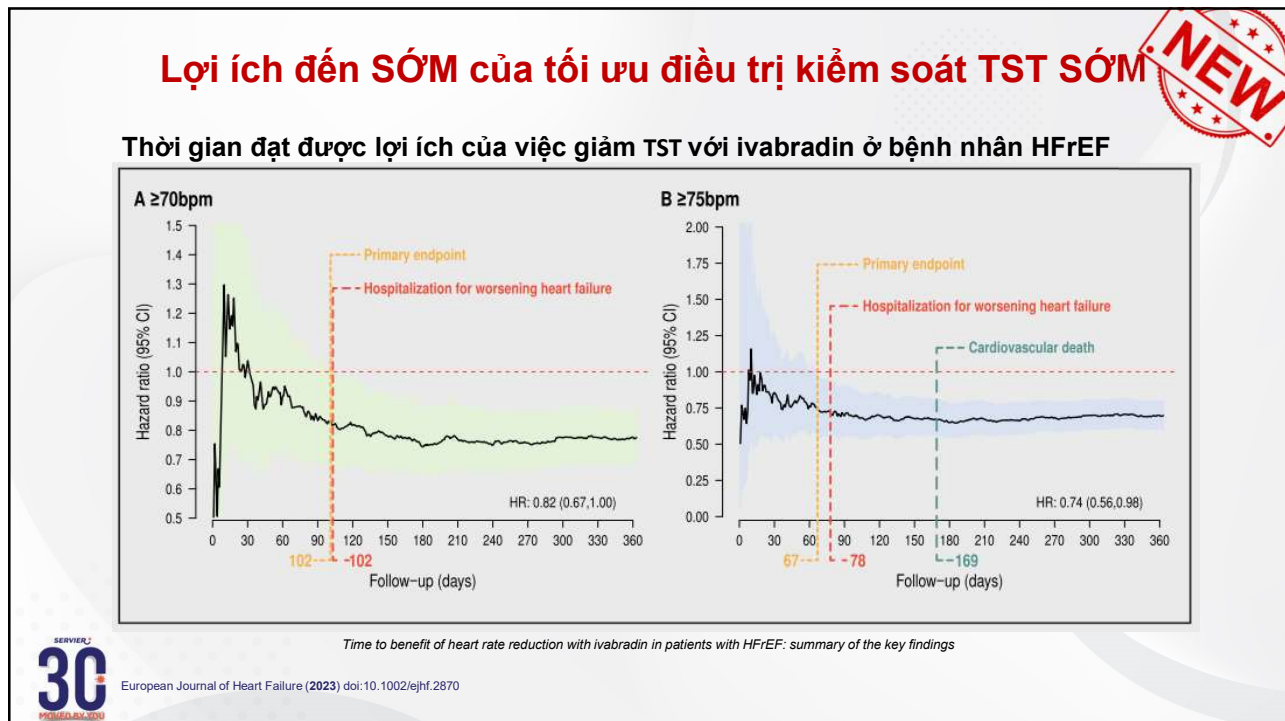
Time (days)	Usual care group	High-intensity care group
0	502	506
15	494	497
30	474	484
45	454	466
60	439	449
75	423	440
90	410	430
105	394	419
120	381	415
135	373	408
150	366	397
165	353	384
180	329	345

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

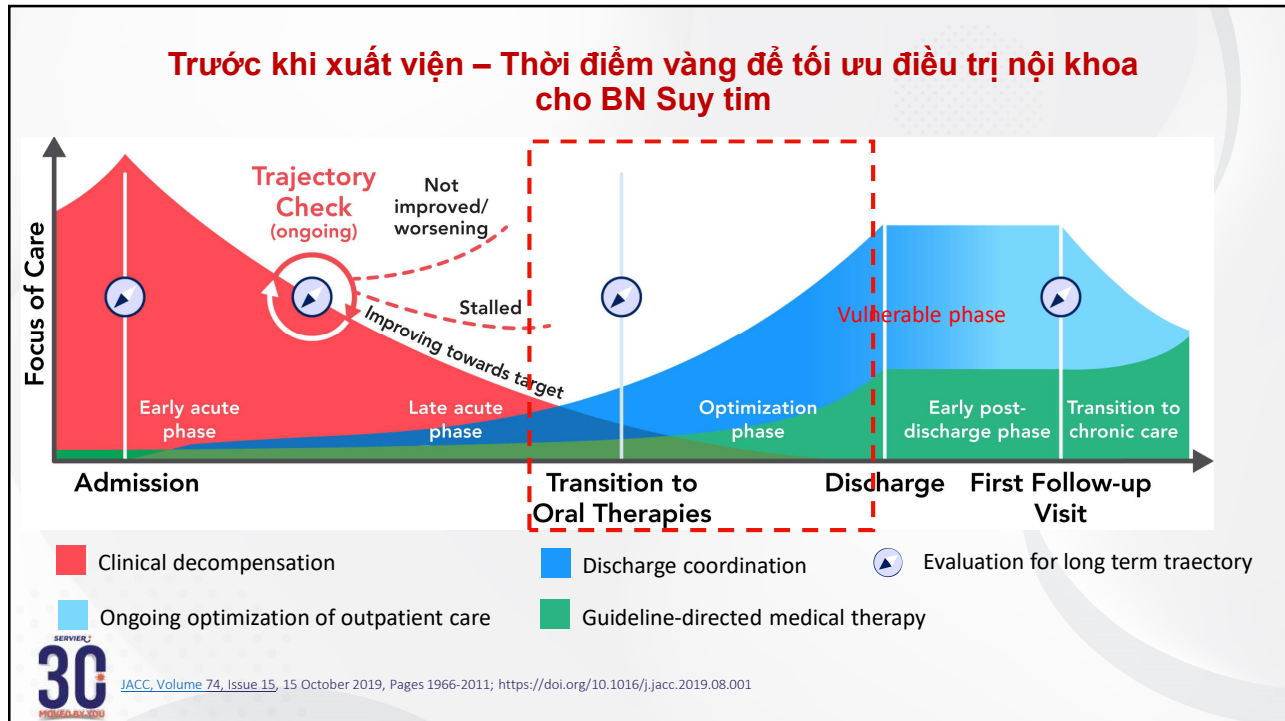
14



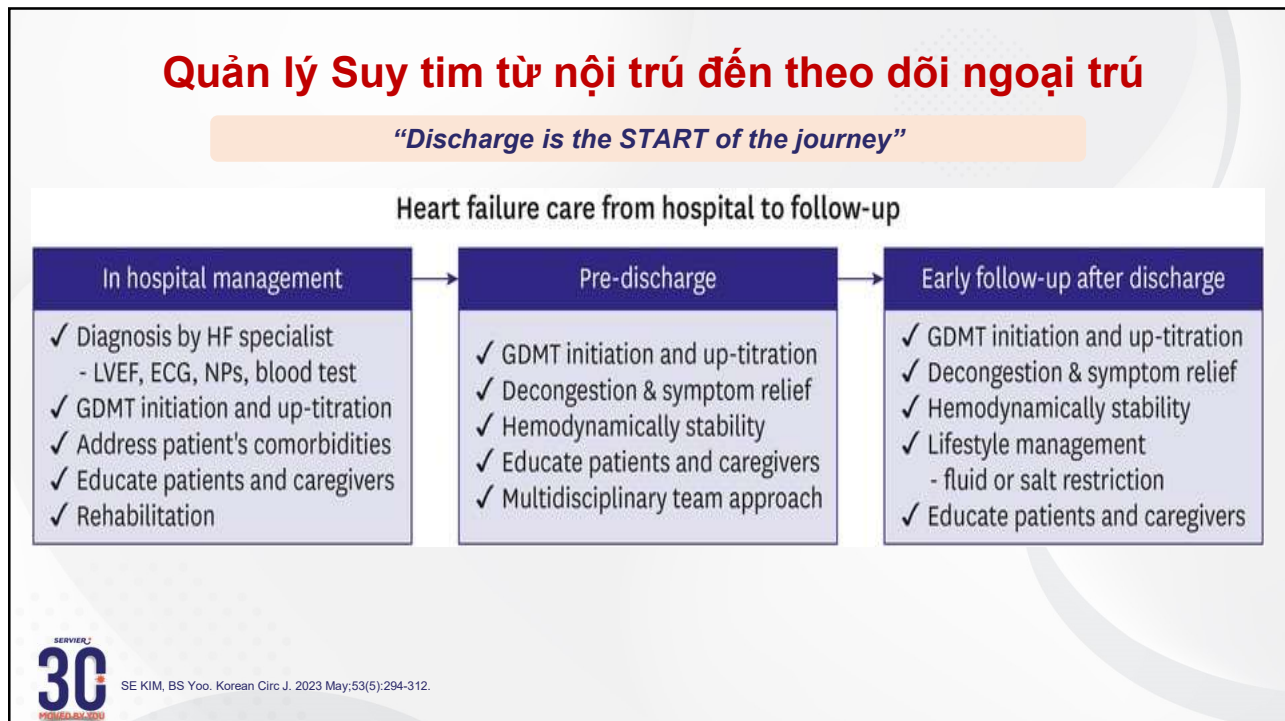
15



16

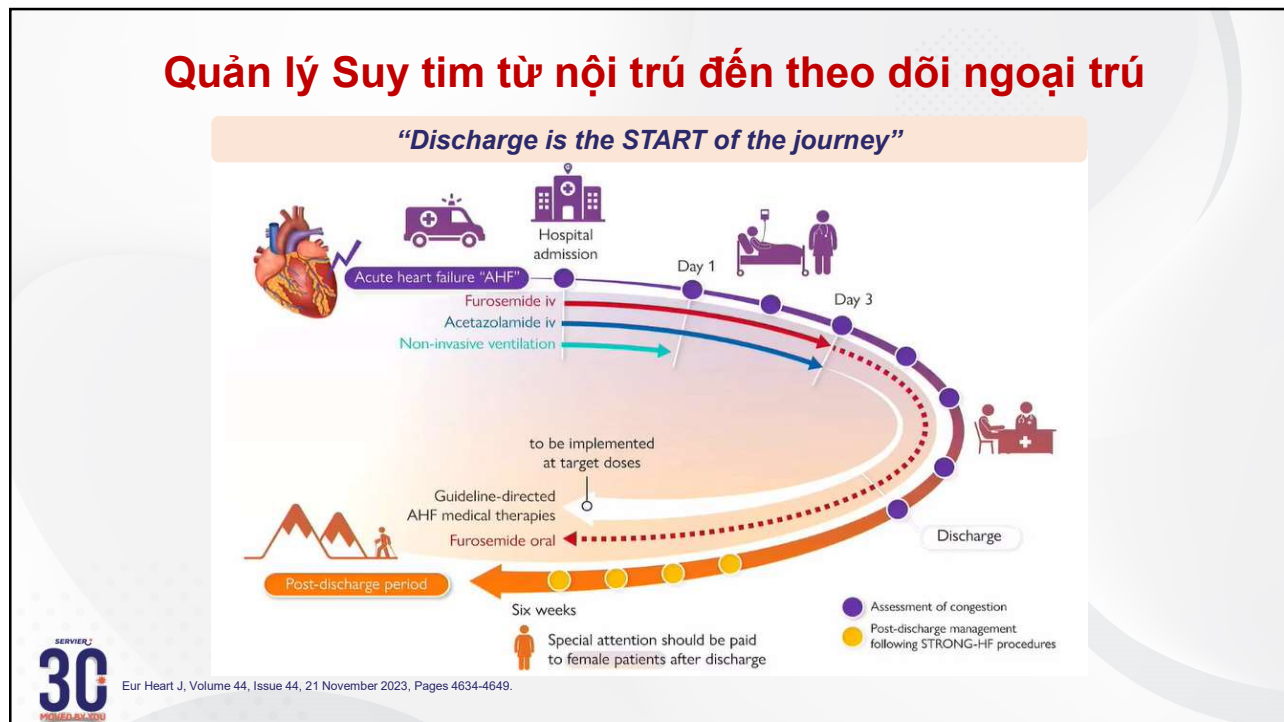


17



18

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



19

Bài học rút ra: Tối ưu hóa điều trị nội khoa càng SỚM càng tốt



30 SERVICI
MEMORABILIO

20

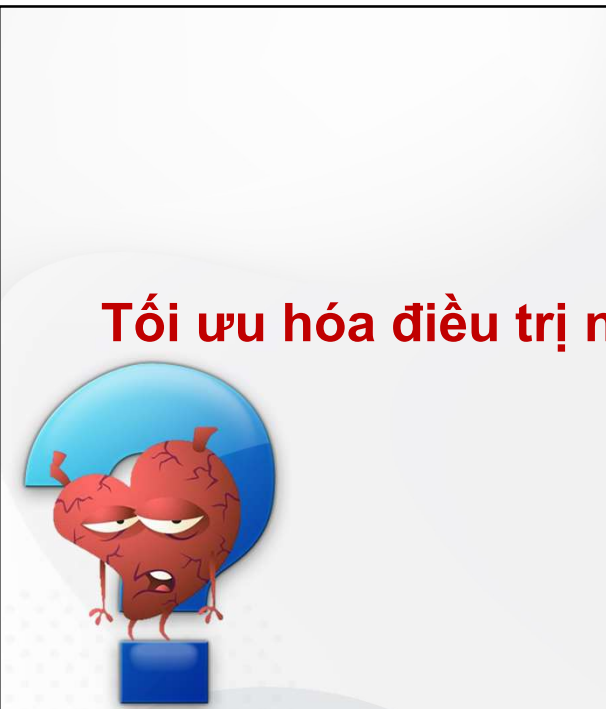


NHỮNG TRANH LUẬN TRONG QUẢN LÝ SUY TIM HIỆN ĐẠI

ThS. BSCKII Trần Quang Khánh
Khoa TMCT, Bệnh viện Chợ Rẫy

SERV30-HCMC-CARD-15-03-2024-B

21

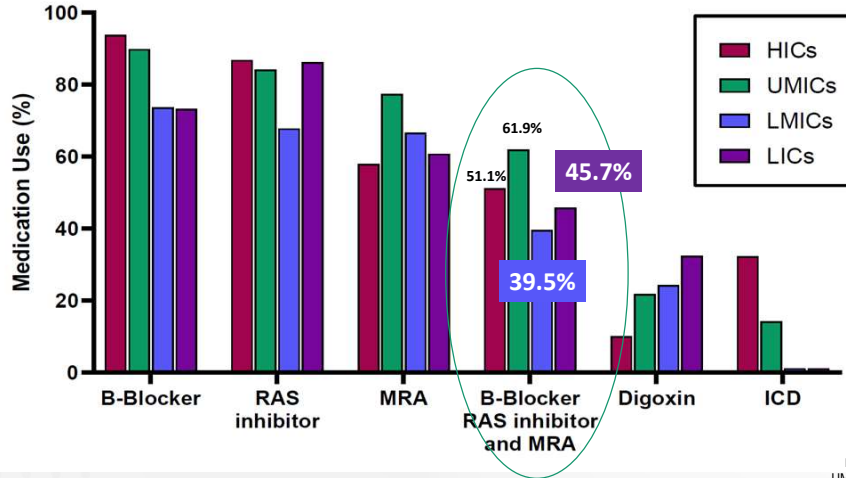


Tối ưu hóa điều trị nội khoa: *Như thế nào?*

22

Thực tế, điều trị nội khoa ở BN suy tim PSTMG...

Multinational HF registry of 23 341 participants in 40 high-income (HICs), upper-middle-income (UMICs), lower-middle-income (LMICs), and low-income countries (LICs), followed up for a median period of 2.0 years.

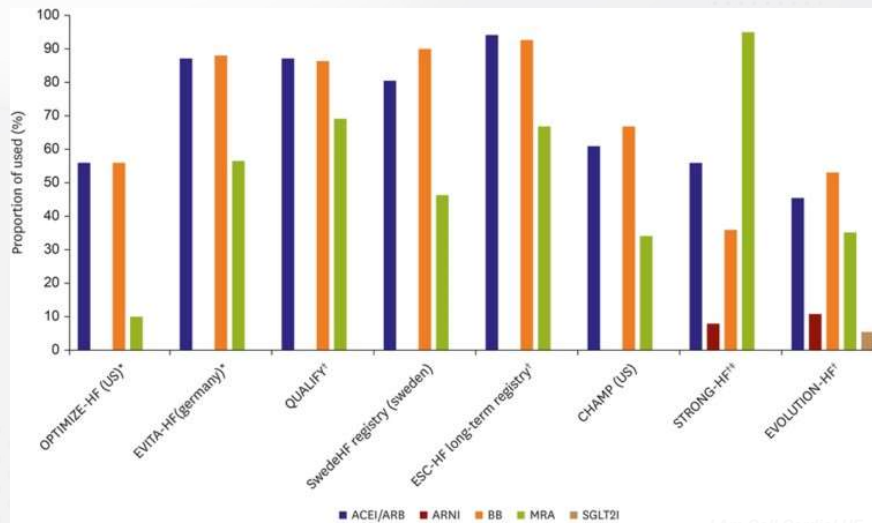


Joseph P. JAMA. (2023);329:1650-1661

HICs: các nước thu nhập cao
 UMICs: thu nhập trung bình cao
 LMICs: thu nhập trung bình thấp
 LICs: thu nhập thấp

23

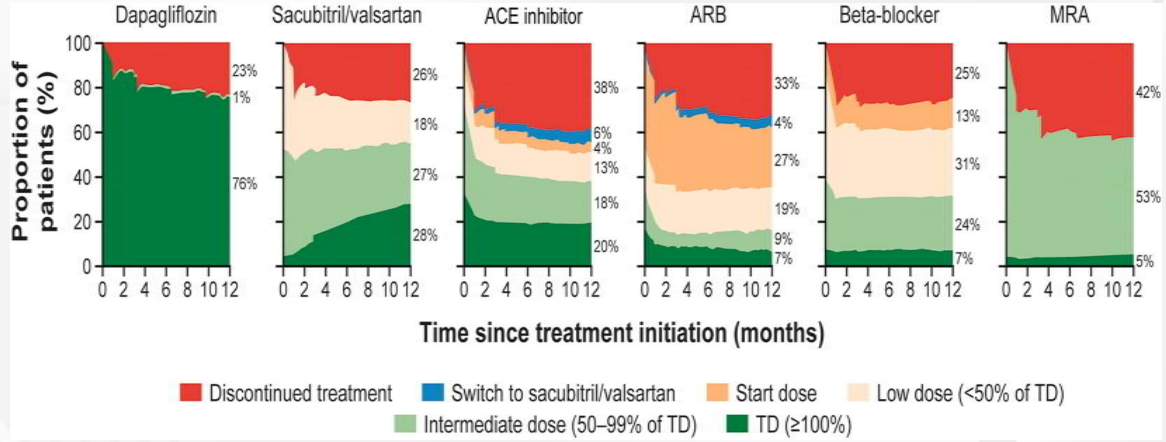
Tỷ lệ sử dụng điều trị nội khoa theo hướng dẫn (GDMT) còn thấp, ngay cả trong các nghiên cứu RCT



J Am Coll Cardiol HF 2023 Jan, 11 (1) 1-14

24

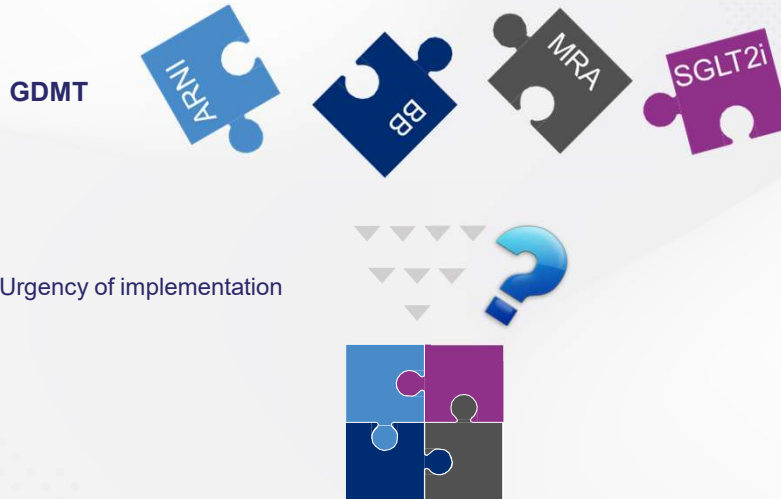
Tỷ lệ sử dụng GDMT đến liều đích thấp – cần thời gian



J Am Coll Cardiol HF 2023 Jan, 11 (1) 1-14

25

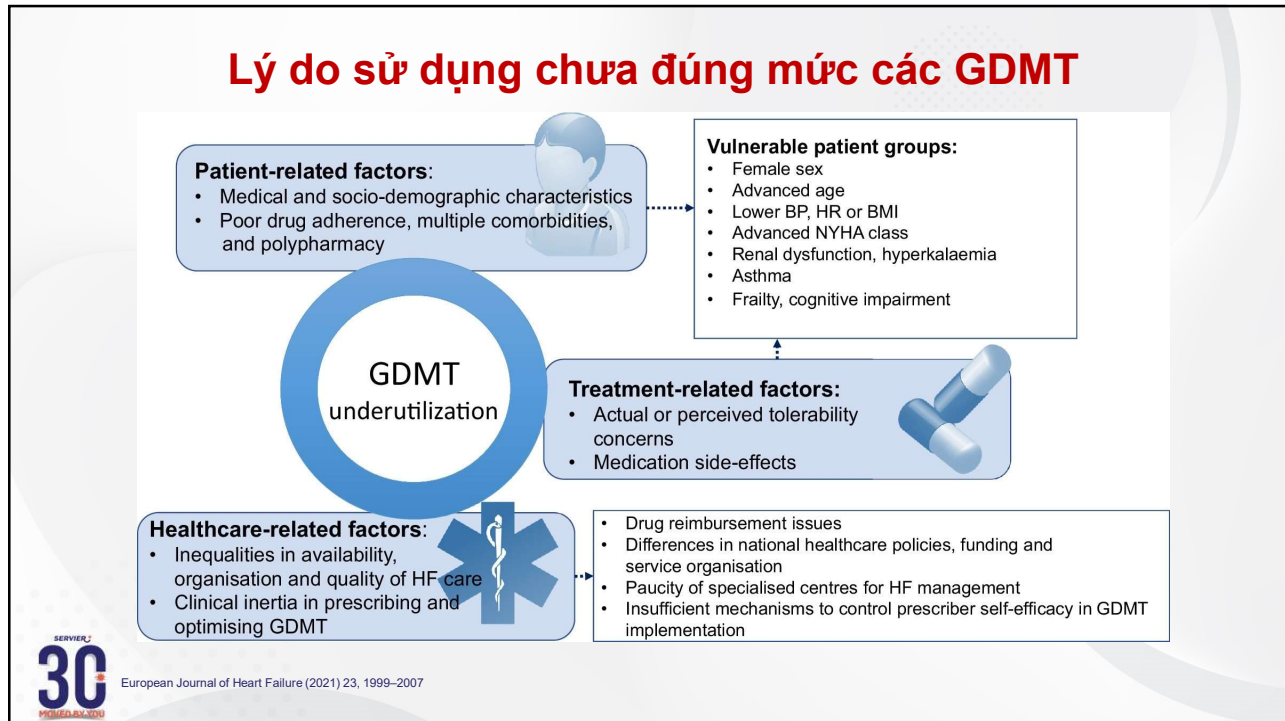
Guidelines tell us WHAT to do, but not HOW to do it



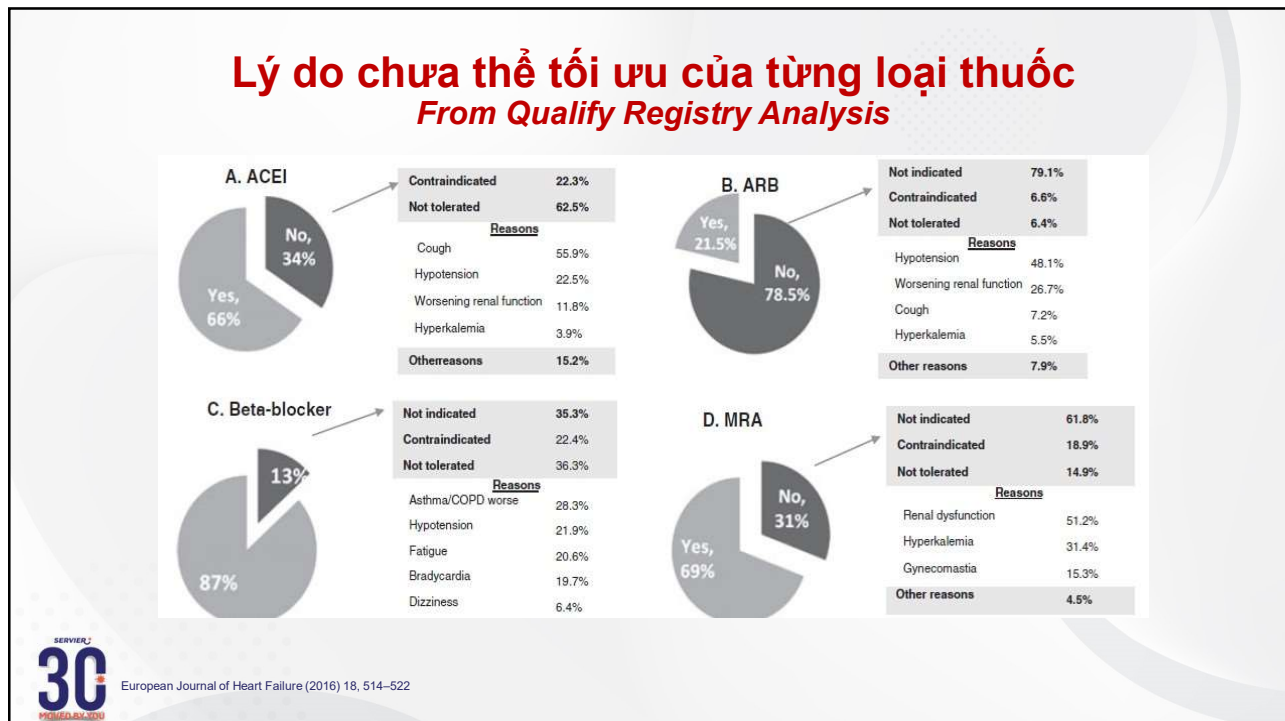
ACEI, angiotensin-converting enzyme inhibitor; AF, atrial fibrillation; ARB, angiotensin receptor blocker; ARNI, angiotensin receptor-neprilysin inhibitor; BB, beta blocker; BP, blood pressure; bpm, beats per minute; CKD, chronic kidney disease; GDMT, guideline-directed medical therapy; HK, hyperkalaemia; HR, heart rate; MRA, mineralocorticoid receptor antagonist; SGLT2i, sodium-glucose co-transporter-2 inhibitor. Adapted from Mälgie J et al. Heart Fail Rev. 2023;28:1221. References cited: Rosano GMC et al. Eur J Heart Fail. 2021;23:972; Packer M, McMurray JJV. Eur J Heart Fail. 2021;23:882; Greene SJ et al. JAMA Cardiol. 2021;16:743.

21

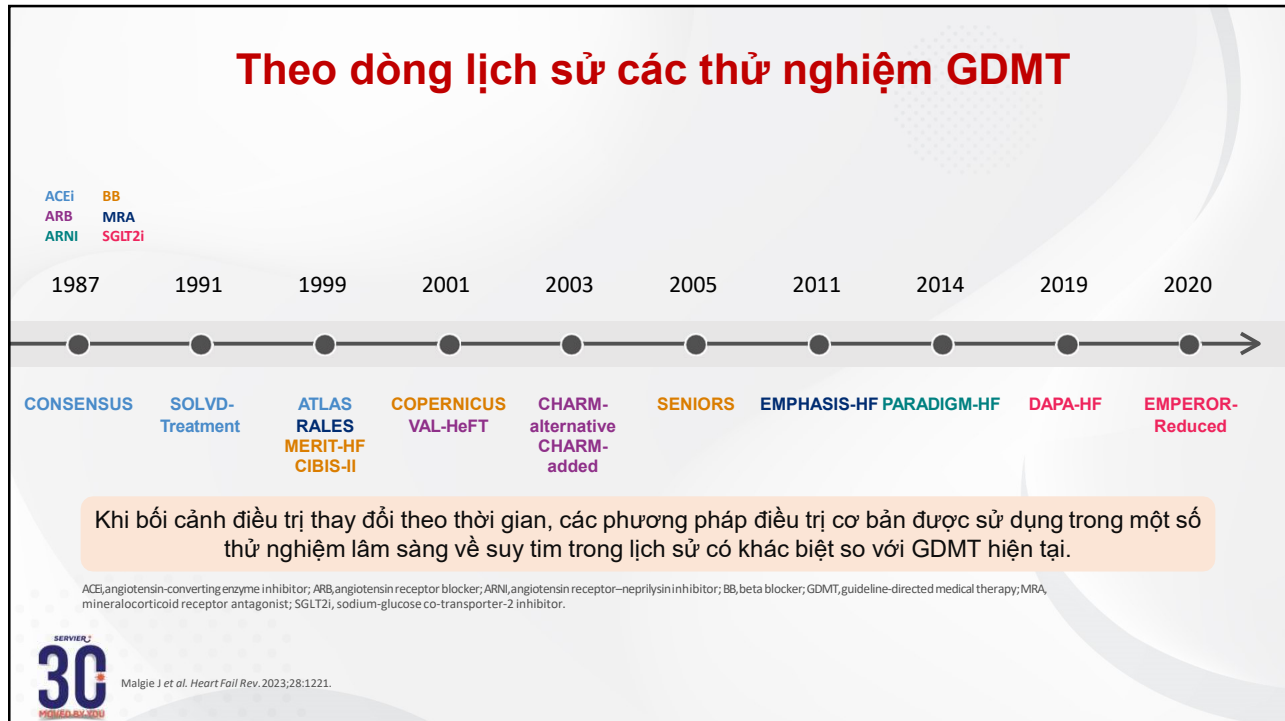
26



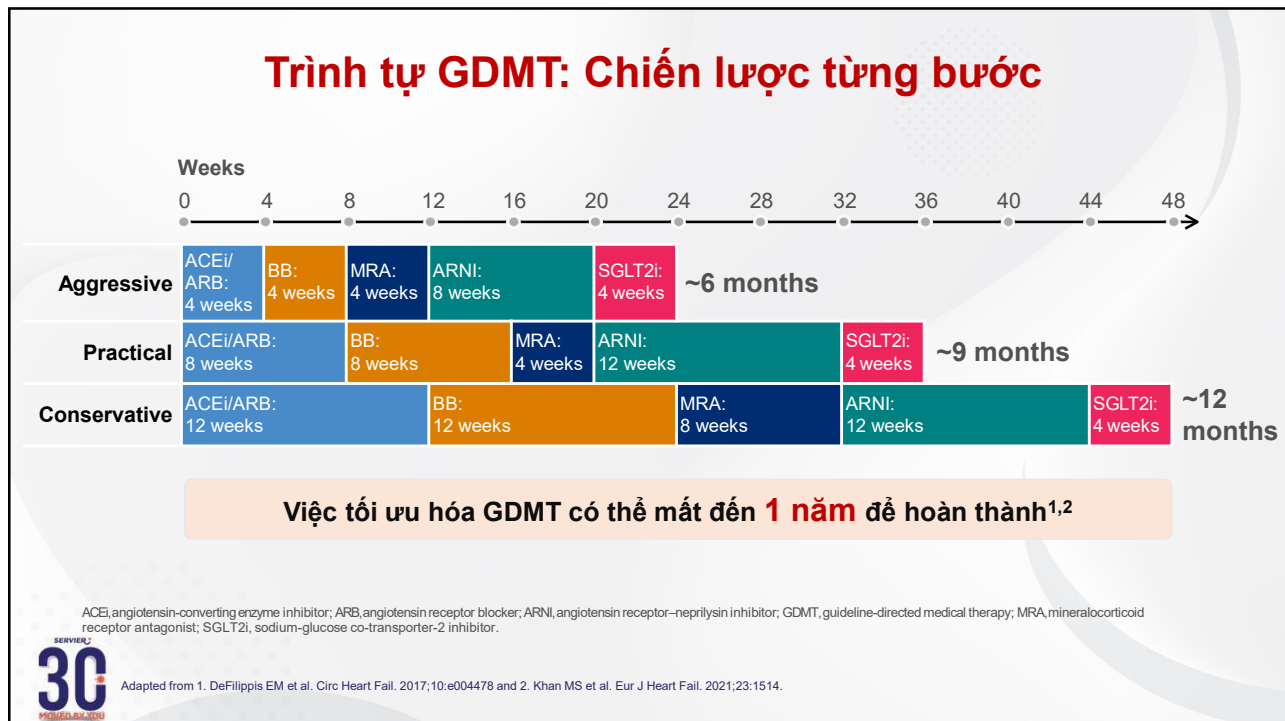
27



28



29



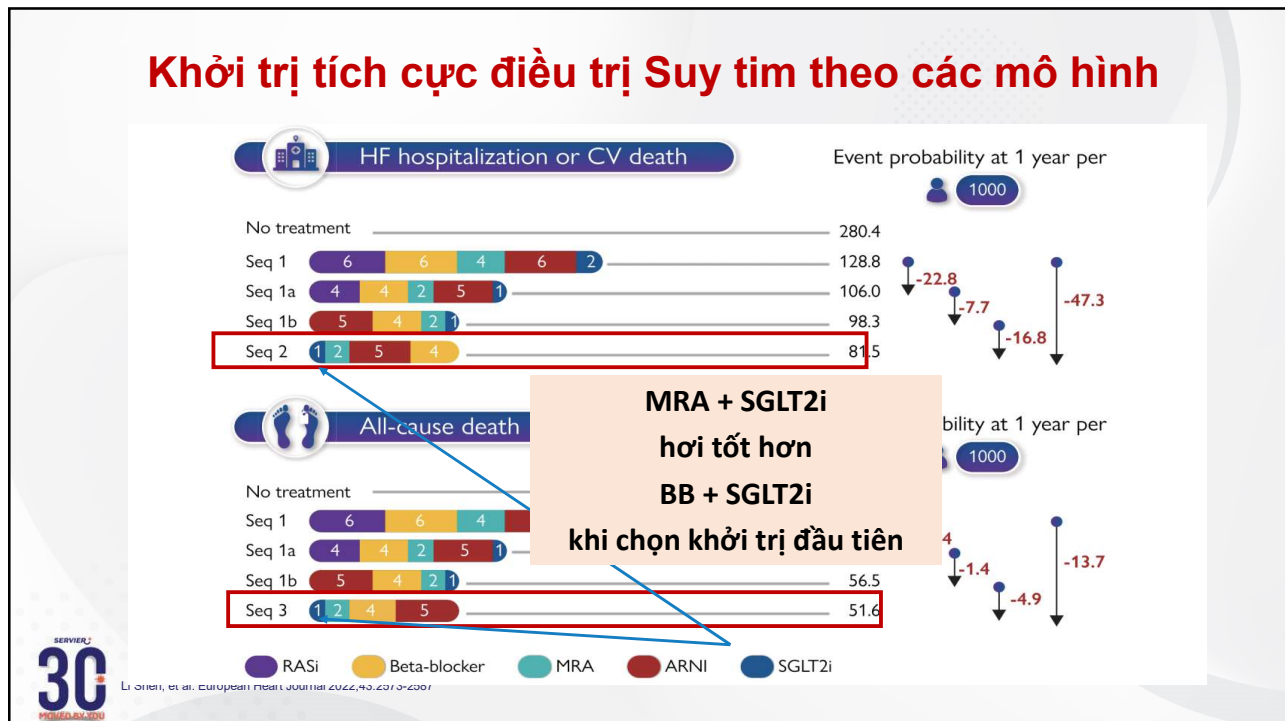
30

Đồng thuận 2023 của Hội Tim mạch Taiwan về điều trị thuốc Suy tim mạn



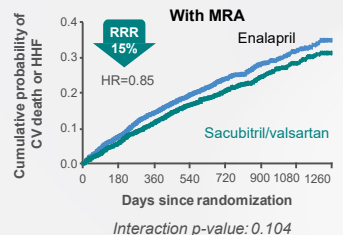
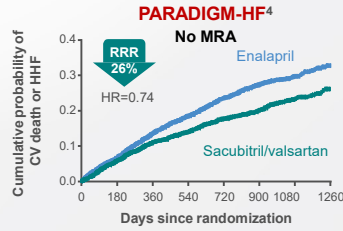
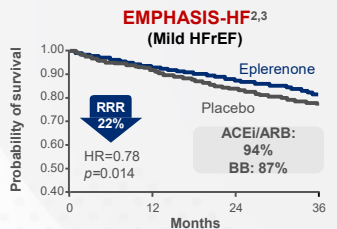
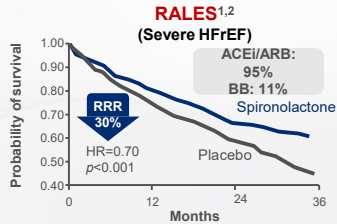
31

Khởi trị tích cực điều trị Suy tim theo các mô hình



32

Hiệu quả các nhóm thuốc nền tảng KHÔNG phụ thuộc thuốc sử dụng ban đầu



Interaction p-value: 0.104

Adding SGLT2 inhibitor to ARNI⁵ Meta-analysis of DAPA-HF and EMPEROR-Reduced

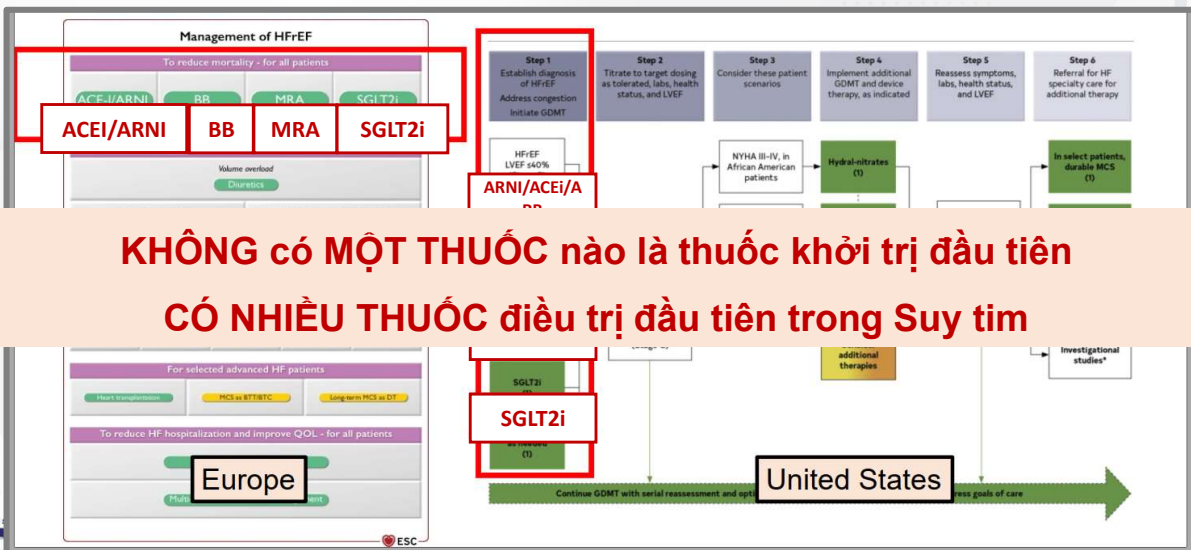
Trial	HR (95% CI)
CV death or first HFrEF	
Receiving ARNI	
EMP-R	0.64 (0.45, 0.89)
DAPA-HF	0.75 (0.50, 1.13)
Subtotal	0.68 (0.53, 0.89)
<i>Test for overall treatment effect</i>	
<i>Test for heterogeneity of effect</i>	
Not receiving ARNI	
EMP-R	0.77 (0.66, 0.90)
DAPA-HF	0.74 (0.65, 0.86)
Subtotal	0.75 (0.68, 0.84)
<i>Test for overall treatment effect</i>	
<i>Test for heterogeneity of effect</i>	
<i>Test for treatment by subgroup interaction</i>	

ACEI, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; ARNI, angiotensin receptor-neprilysin inhibitor; BB, beta blocker; CI, confidence interval; CV, cardiovascular; EMP-R, EMPEROR-Reduced; GDMT, guideline-directed medical therapy; HFrEF, heart failure with reduced ejection fraction; HFrEF, hospitalization for heart failure; HR, hazard ratio; MRA, mineralocorticoid receptor antagonist; RRR, relative risk reduction; SGLT2, sodium-glucose co-transporter-2. *Trial results cannot be directly compared because of differences in endpoint definitions, the populations studied, trial design and general methodology*

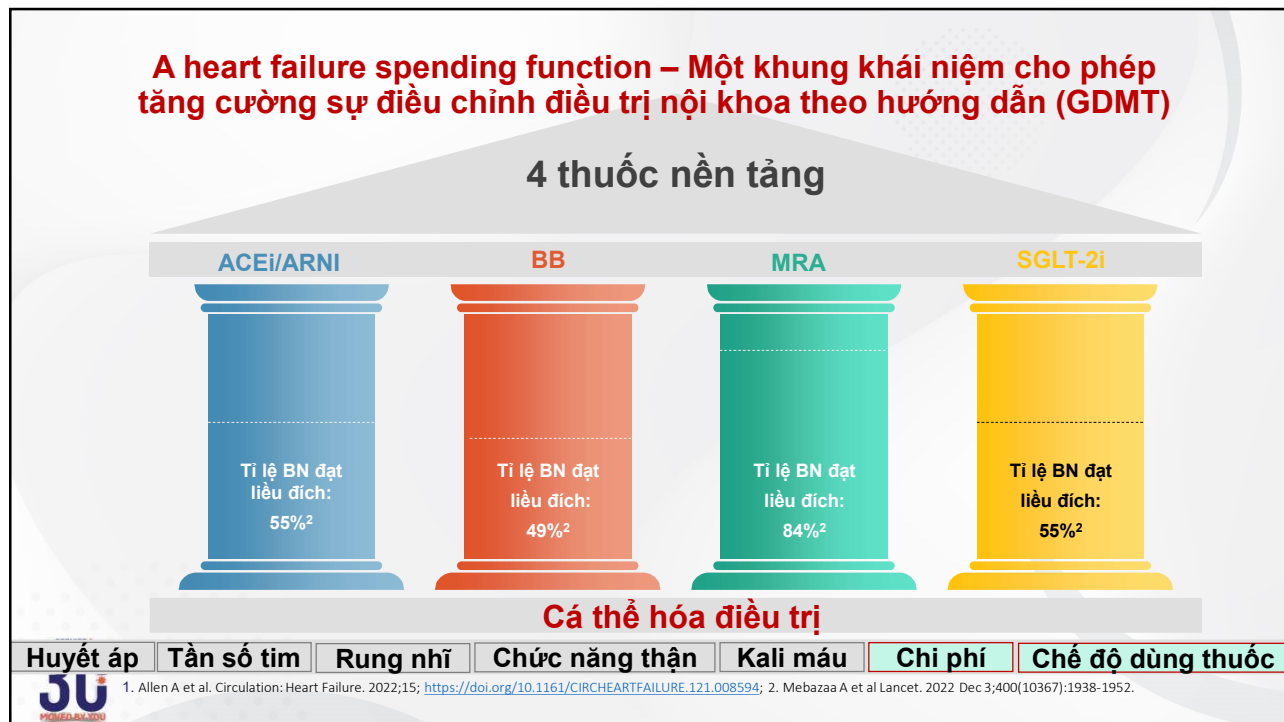
1. Pitt B et al. N Engl J Med. (1999);341:709; 2. McMurray JJ. Eur J Heart Fail. (2011); 3. Zannad F et al. N Engl J Med. (2011);364:11; 4. Okumura N et al. Circulation. (2016);9:e003212; 5. Zannad F et al. Lancet. (2020);396:819.

33

Khuyến cáo về Suy tim trong Bước 1




34



35

THỰC TẾ



BN: Lưu Văn T. SN 1958. Giới tính: nam

CD: Suy tim NYHA III (LVEF 30%).
Nhồi máu cơ tim cũ thành trước đã đặt stent LAD I (DES, 4/11/2022).
Tăng huyết áp.
Bệnh thận mạn giai đoạn 3 (eGFR 54 ml/phút/1.73 m² da).
Tăng cholesterol máu.

Điều trị sau xuất viện (2/2/2024):

Aspirin 81mg	1 viên uống
Sacubitril/Valsartan 24.3/25.7mg	1/2 viên x 2 uống
Carvedilol 6.25mg	1/4 viên x 2 uống
Spironolacton 25mg	1 viên uống
Furosemide 40mg	1 viên uống
Empagliflozin 10mg	1 viên uống
Rosuvastatin 20mg	1 viên uống

SERVIER
30
PHARMAX-30

36

THỰC TẾ



Khám (16/2/2024): bệnh tình, khó thở khi gắng sức (NYHA II), không đau ngực.

Không phù. Mạch 84 lần/phút, Huyết áp 90/50 mmHg. Tim đều. Phổi không ran.

Xét nghiệm:

B.U.N 15 mg/dl, Creatinin 1.5 mg/dl, eGFR (CKD-EPI) 52 ml/phút/1.73 m² da,

Na⁺ 140 mmol/l, K⁺ 4.0 mmol/l

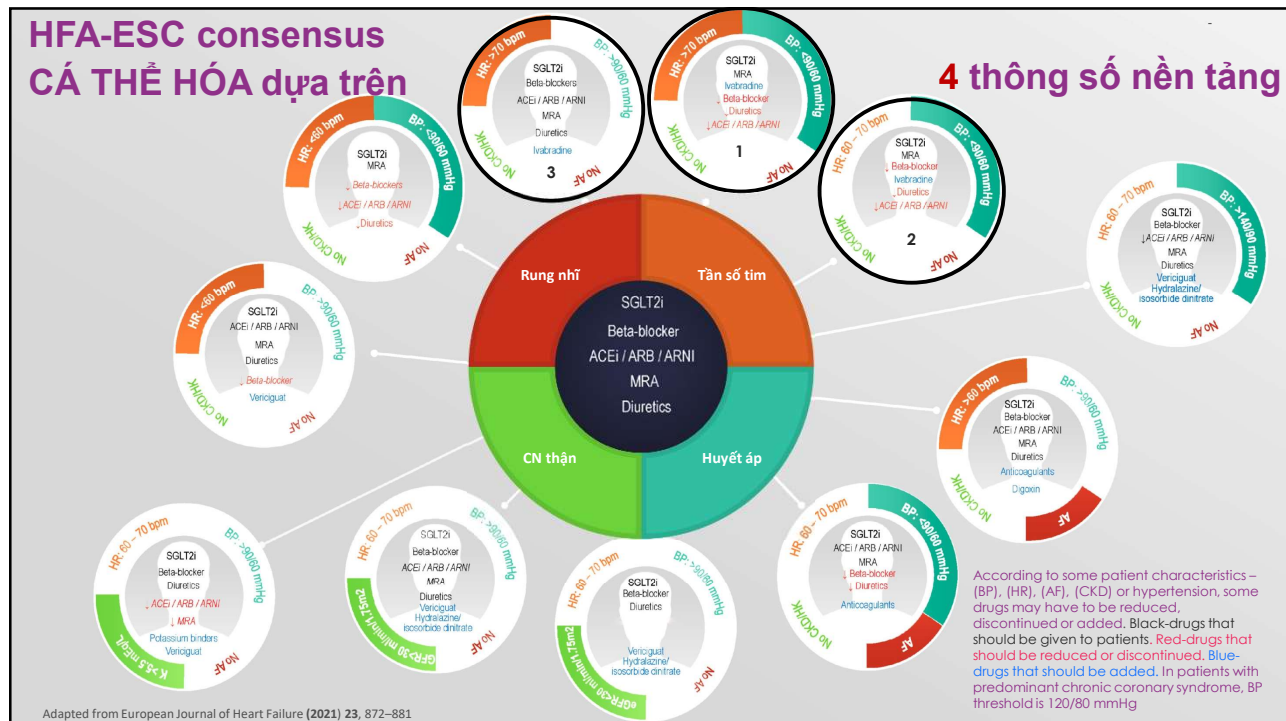
NT pro BNP 512 pmol/l

Điều trị (16/2/2024):

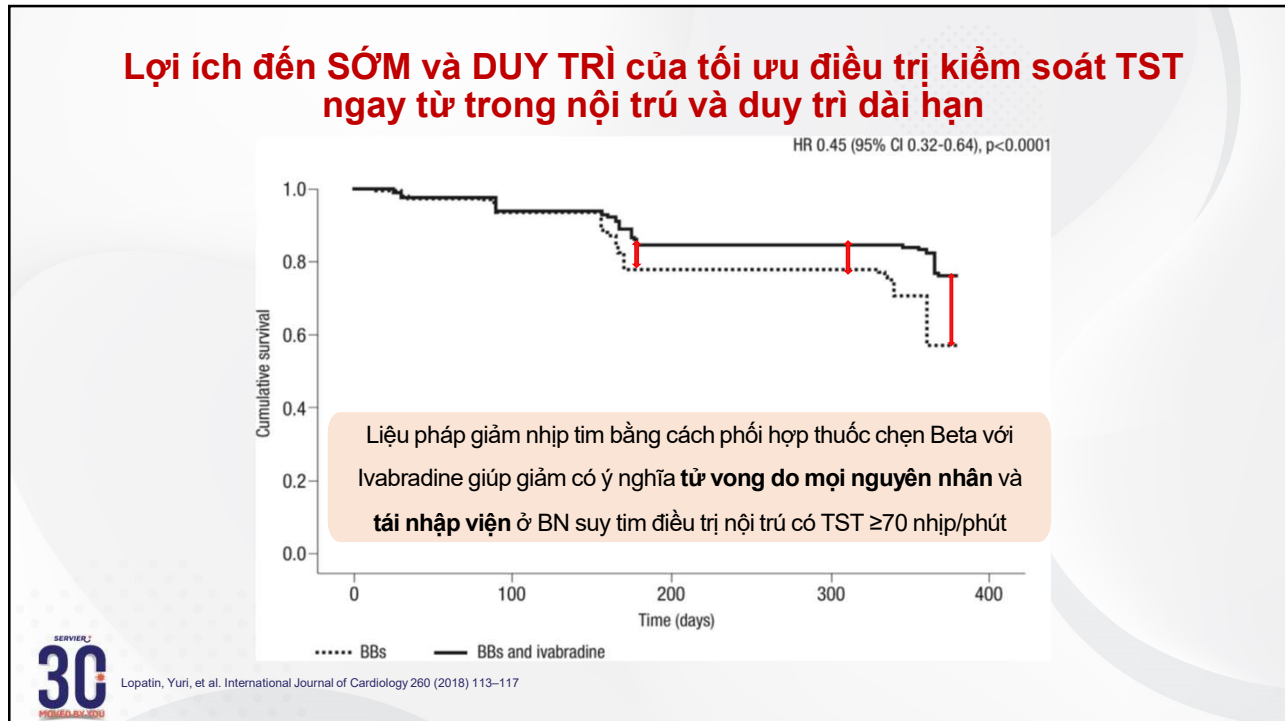
- | | |
|----------------------------------|------------------------|
| Aspirin 81mg | 1 viên uống |
| Sacubitril/Valsartan 24.3/25.7mg | 1/2 viên x 2 uống |
| Carvedilol 6.25 mg | 1/4 viên x 2 uống |
| Spironolacton 50 mg | 1 viên uống |
| Empagliflozin 10mg | 1 viên uống |
| Rosuvastatin 20mg | 1 viên uống |
| Ivabradin 5mg | 1 viên x 2 uống |
- => Hẹn tái khám sau 1 tháng



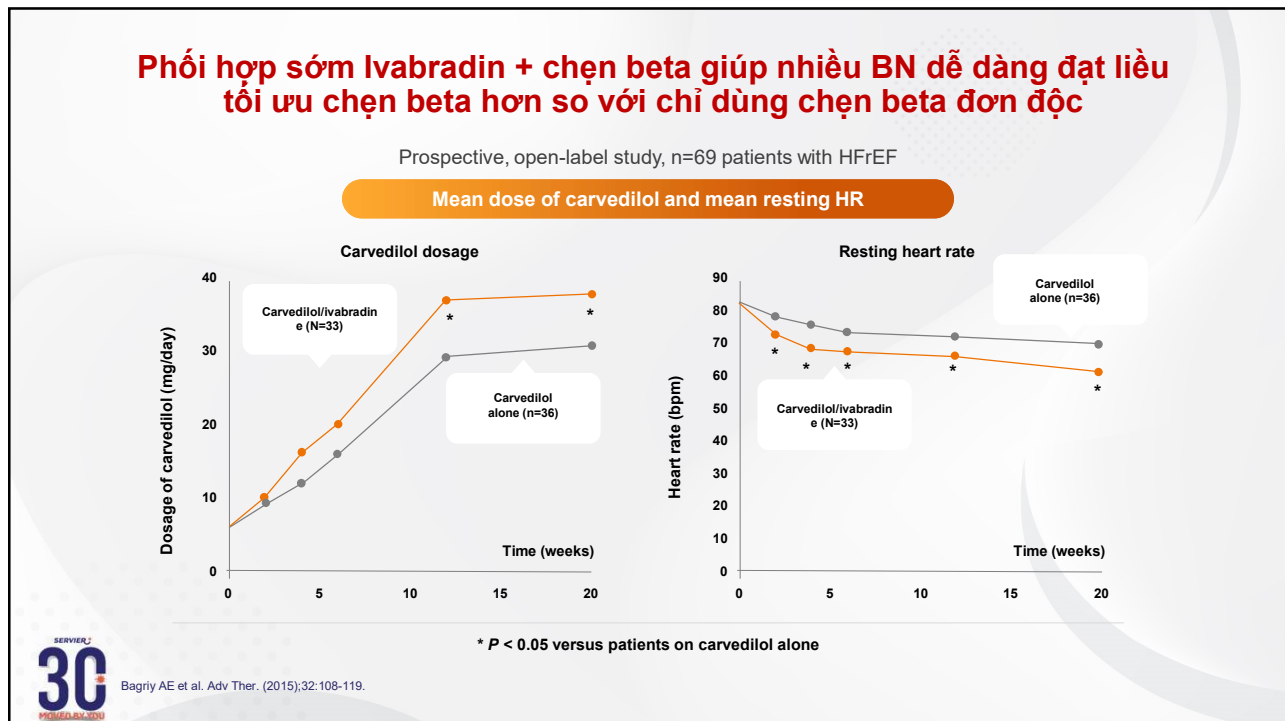
37



38



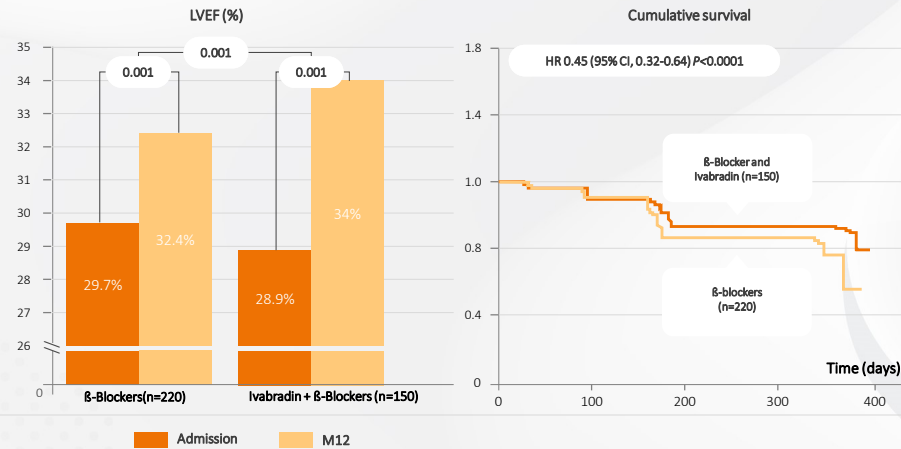
39



40

Dữ liệu đời thực cho thấy phối hợp sớm Ivabradin + chẹn beta giúp cải thiện chức năng thất trái và dự hậu tốt hơn chỉ dùng chẹn beta

A retrospective analysis in 370 hospitalized HF patients with heart rate ≥ 70 bpm in the Optimize Heart Failure Care Program in Armenia, Azerbaijan, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Russia, Ukraine, and Uzbekistan



Lopatin YM et al. Int J Cardiol. 2018;260:113-117.

41

Quản lý Suy tim hiện đại



42

Hợp tác với bệnh nhân để nhanh chóng tối ưu GDMT



Richard Mindham - ESC PatientForum www.escandio.org/Guidelines/Guidelines-for-Patients

43

High tech and high touch approach

Các phòng khám chuyên khoa và y tá thăm khám tại nhà cải thiện đáng kể kết cục của bệnh nhân suy tim

Comparative effectiveness of transitional care services following HFH in a large network meta-analysis (N=12,356)


Treatment	All-cause death	RR (95% CI)	All-cause readmission	IRR (95% CI)
Disease management clinics		0.80 (0.67–0.97)		0.80 (0.66–0.97)
Education alone		0.99 (0.40–2.46)		
Nurse case management		0.86 (0.71–1.05)		0.77 (0.63–0.95)
Nurse home visits		0.78 (0.62–0.98)		0.65 (0.49–0.86)
Pharmacist interventions		0.82 (0.56–1.20)		0.90 (0.68–1.20)
Standard care		1.00 (reference)		1.00 (reference)
Telemonitoring		0.90 (0.68–1.19)		0.82 (0.62–1.08)
Telephone support		0.82 (0.62–1.08)		0.86 (0.64–1.15)

0.5 1 2

Treatment ← Favours → Standard care

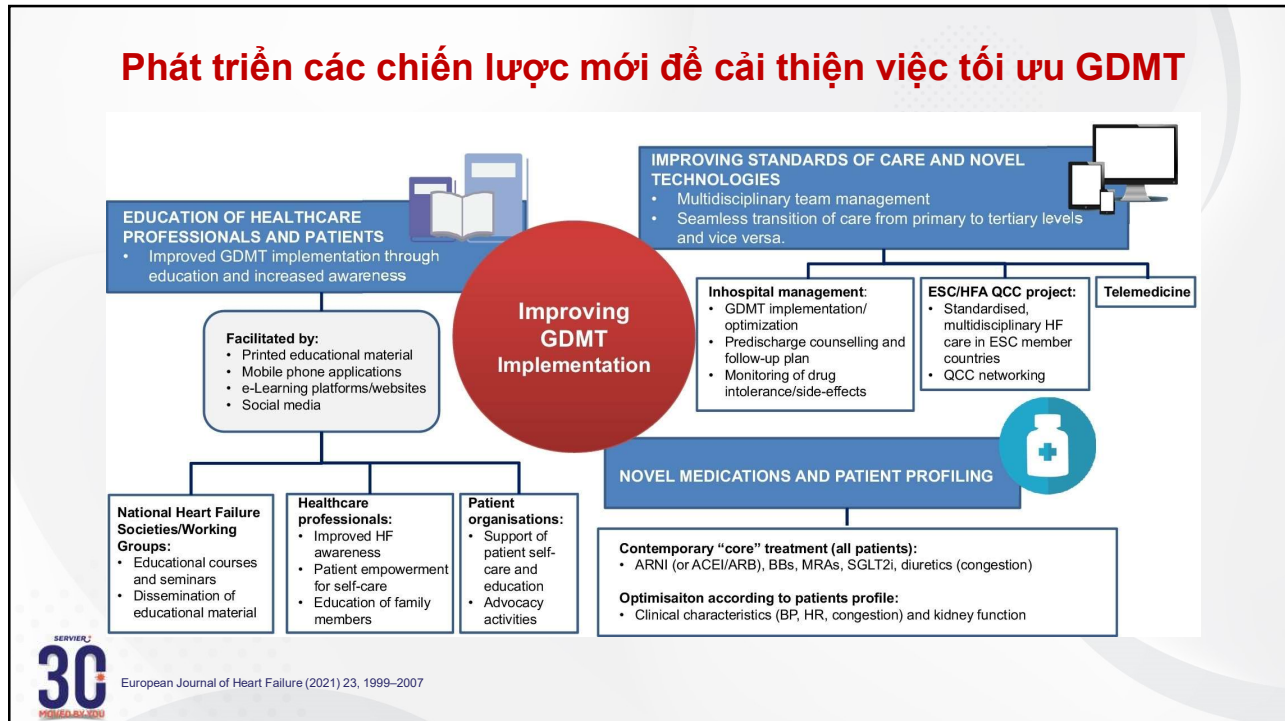
0.5 1 2

Treatment ← Favours → Standard care

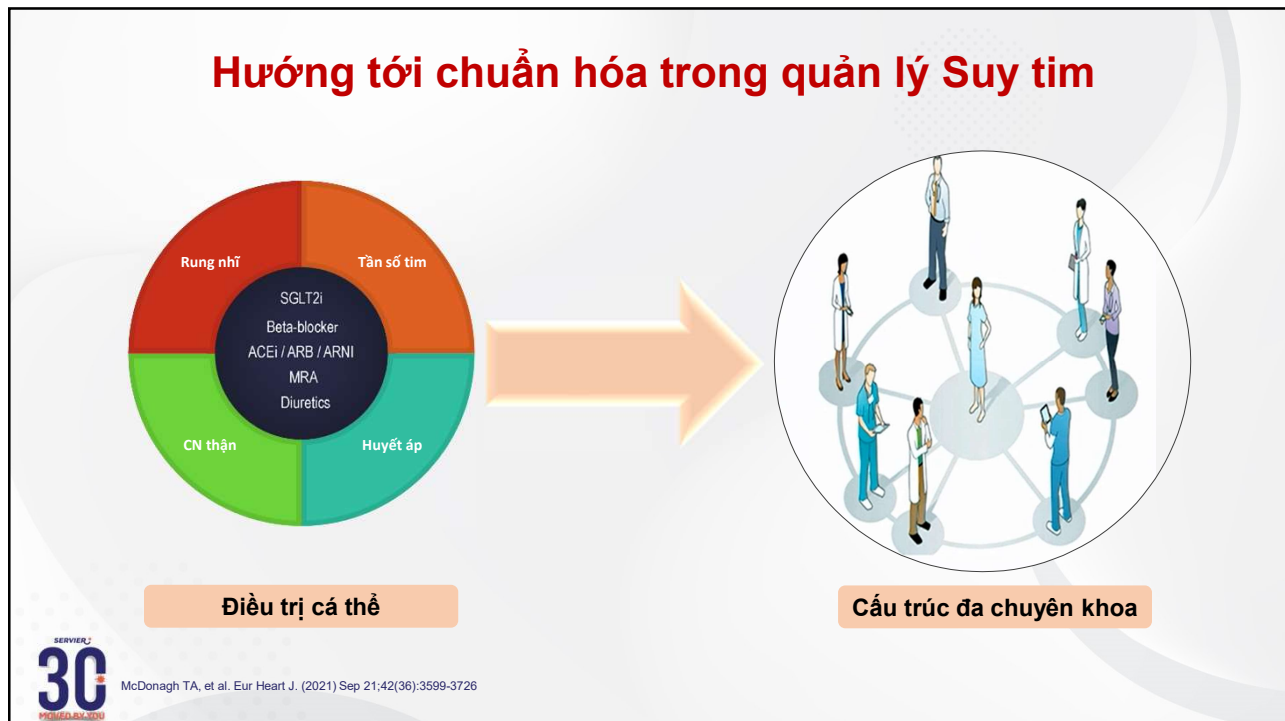


Eur J Heart Fail. 2017 Nov;19(11):1427-1443. doi: 10.1002/ehf.765. Epub 2017 Feb 24.

44



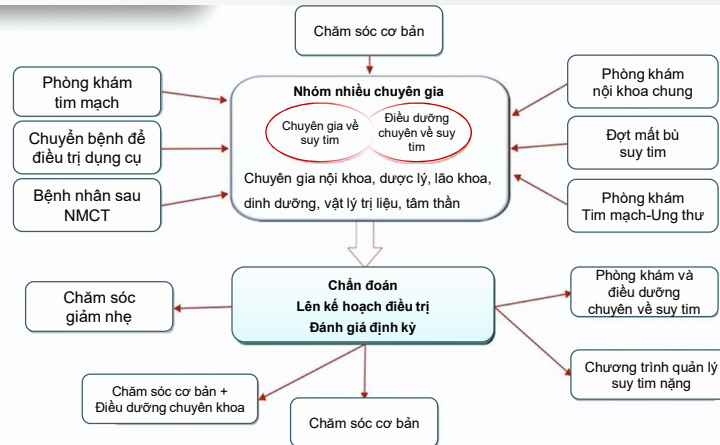
45



46

Hợp tác đa ngành là cần thiết để nâng cao chất lượng quản lý Suy tim

Mạng lưới chăm sóc bệnh nhân Suy tim



European Journal of Heart Failure (2011)13, 235–241

47

THÔNG điệp MANG VỀ

- **Từ khuyến cáo:** Tối ưu hóa điều trị nội khoa cho bệnh nhân Suy tim càng **SỚM** càng tốt
- **Đến thực hành lâm sàng:** Tối ưu hóa điều trị cần **SỚM – NHANH – AN TOÀN** vì vậy phải **CÁ THỂ HÓA** tùy thuộc vào kiểu hình bệnh nhân. Cần đánh giá các **thông số nền tảng** để có định hướng lựa chọn điều trị phù hợp.
- Hướng tới **chuẩn hóa trong quản lý Suy tim hiện đại:** **Gắn kết với bệnh nhân** – Cải thiện/ phát triển các chiến lược mới – **Hợp tác đa ngành là cần thiết**



48