https://trungtamthuoc.com/

Hồi Sức Cấp Cứu 4.0

https://vip.hscc.vn/qr.asp?id=26.1869

KHUYẾN CÁO

Hướng dẫn ESC 2026 về quản lý suy tim — ESC/HFA/EACTS

2026 ESC Guidelines for the management of heart failure ESC/ HFA/ EACTS

Cập nhật lần cuối: 20/9/2026 bởi: BSCKI. TRẦN QUỐC VĨNH

GIỚI THIỆU

Mức độ mạnh của từng khuyến cáo và mức chứng cứ hỗ trợ được cân nhắc và phân loại theo các tiêu chí định trước. Tiêu chí phân loại mức độ mạnh của khuyến cáo được trình bày trong **Bảng phân loại mức khuyến cáo**. Một hệ thống mới để phân loại mức chứng cứ cho Hướng dẫn ESC đã được công bố và được áp dụng lần đầu trong các Hướng dẫn ESC năm 2026. Đối với điều trị và dự phòng, hệ thống này xem xét loại nghiên cứu, số lượng nghiên cứu hỗ trợ cho một khuyến cáo, đồng thời đánh giá liệu nghiên cứu có đủ công suất thống kê, có bằng chứng đủ mạnh để loại trừ khả năng kết quả xảy ra do ngẫu nhiên hay không, và có tránh được các nguồn sai lệch lớn hay không. Nội dung này được trình bày trong **Bảng mức chứng cứ - điều trị và dự phòng**. Một hệ thống phân loại riêng cũng đã được xây dựng cho các xét nghiệm chẩn đoán và mô hình dự đoán, được trình bày trong **Bảng Mức chứng cứ — xét nghiệm chẩn đoán và mô hình dự đoán**. Các thước đo kết cục do người bệnh báo cáo (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs) và thước đo trải nghiệm do người bệnh báo cáo (Patient-Reported Experience Measures, PREMs) cũng được đánh giá khi có dữ liệu, nhằm làm cơ sở cho các khuyến cáo và/hoặc phần thảo luận trong hướng dẫn.

Phân loại Mức khuyến cáo		
Mức khuyến cáo	**Định nghĩa**	**Cách diễn đạt nên dùng**
I	Có bằng chứng và/hoặc sự đồng thuận chung rằng một phương pháp điều trị hoặc thủ thuật nhất định có lợi, hữu ích và hiệu quả.	"được khuyến cáo" hoặc "được chỉ định"
II	Có bằng chứng còn mâu thuẫn và/hoặc khác biệt về quan điểm liên quan đến tính hữu ích/hiệu quả của phương pháp điều trị hoặc thủ thuật.	

https://trungtamthuoc.com/

IIa	Trọng lượng bằng chứng/ý kiến nghiêng về tính hữu ích hoặc hiệu quả.	“nên được cân nhắc”
IIb	Tính hữu ích/hiệu quả chưa được xác lập chắc chắn bởi bằng chứng hoặc ý kiến chuyên gia.	“có thể cân nhắc”
III	Có bằng chứng hoặc sự đồng thuận chung rằng phương pháp điều trị hoặc thủ thuật không hữu ích/không hiệu quả, và trong một số trường hợp có thể gây hại.	“không được khuyến cáo”

Mức chứng cứ — điều trị và dự phòng	
Mức chứng cứ	**Định nghĩa**
A	Bằng chứng kết luận, thường từ ít nhất hai thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng có đủ công suất thống kê[a], không có các nguồn sai lệch lớn, với bằng chứng mạnh chống lại khả năng kết quả xảy ra do ngẫu nhiên khi được kết hợp trong phân tích gộp (ví dụ: P <0,005 đối với tính ưu việt).[b]
B1	Bằng chứng gợi ý từ ít nhất một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng có đủ công suất thống kê, không có các nguồn sai lệch lớn, hoặc từ phân tích gộp của các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng như vậy, với một mức bằng chứng chống lại khả năng kết quả xảy ra do ngẫu nhiên (ví dụ: P <0,05 đối với tính ưu việt).[c]
B2	Bằng chứng còn hạn chế từ ít nhất hai nghiên cứu không ngẫu nhiên có đủ công suất thống kê, với kiểm soát chặt chẽ các nguồn sai lệch lớn và có bằng chứng mạnh chống lại khả năng kết quả xảy ra do ngẫu nhiên (ví dụ: P <0,005 đối với tính ưu việt),[b] hoặc từ phân tích gộp của các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng quy mô nhỏ, không đủ công suất thống kê, với một mức bằng chứng chống lại khả năng kết quả xảy ra do ngẫu nhiên (ví dụ: P <0,05 đối với tính ưu việt).[c]
C	Bằng chứng sơ bộ từ các nghiên cứu không ngẫu nhiên nhưng không kiểm soát chặt chẽ các nguồn sai lệch lớn, từ một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đơn lẻ với quy mô nhỏ và không đủ công suất thống kê, hoặc từ đồng thuận chuyên gia.

[a] Trong những trường hợp ngoại lệ, có thể xem xét xếp mức chứng cứ A nếu: (1) có một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đơn lẻ nhưng quy mô rất lớn, cung cấp bằng chứng thuyết phục trên nhiều nhóm bệnh nhân và đã được phần lớn bác sĩ thực hành chấp nhận rộng rãi; hoặc (2) hiệu quả của can thiệp rõ ràng về mặt lâm sàng. Trong cả hai trường hợp, trên 90% thành viên Nhóm chuyên trách xây dựng hướng dẫn tham gia bỏ phiếu phải đồng thuận với mức chứng cứ A.

https://trungtamthuoc.com/

[b] Các nghiên cứu riêng lẻ không nhất thiết phải tự chứng minh bằng chứng mạnh chống lại khả năng kết quả xảy ra do ngẫu nhiên (ví dụ: P <0,005 đối với tính ưu việt), nếu phân tích gộp của các nghiên cứu này cung cấp được bằng chứng đó.

[c] Các nghiên cứu riêng lẻ không nhất thiết phải tự chứng minh một mức bằng chứng chống lại khả năng kết quả xảy ra do ngẫu nhiên (ví dụ: P <0,05 đối với tính ưu việt), nếu phân tích gộp của các nghiên cứu này cung cấp được bằng chứng đó.

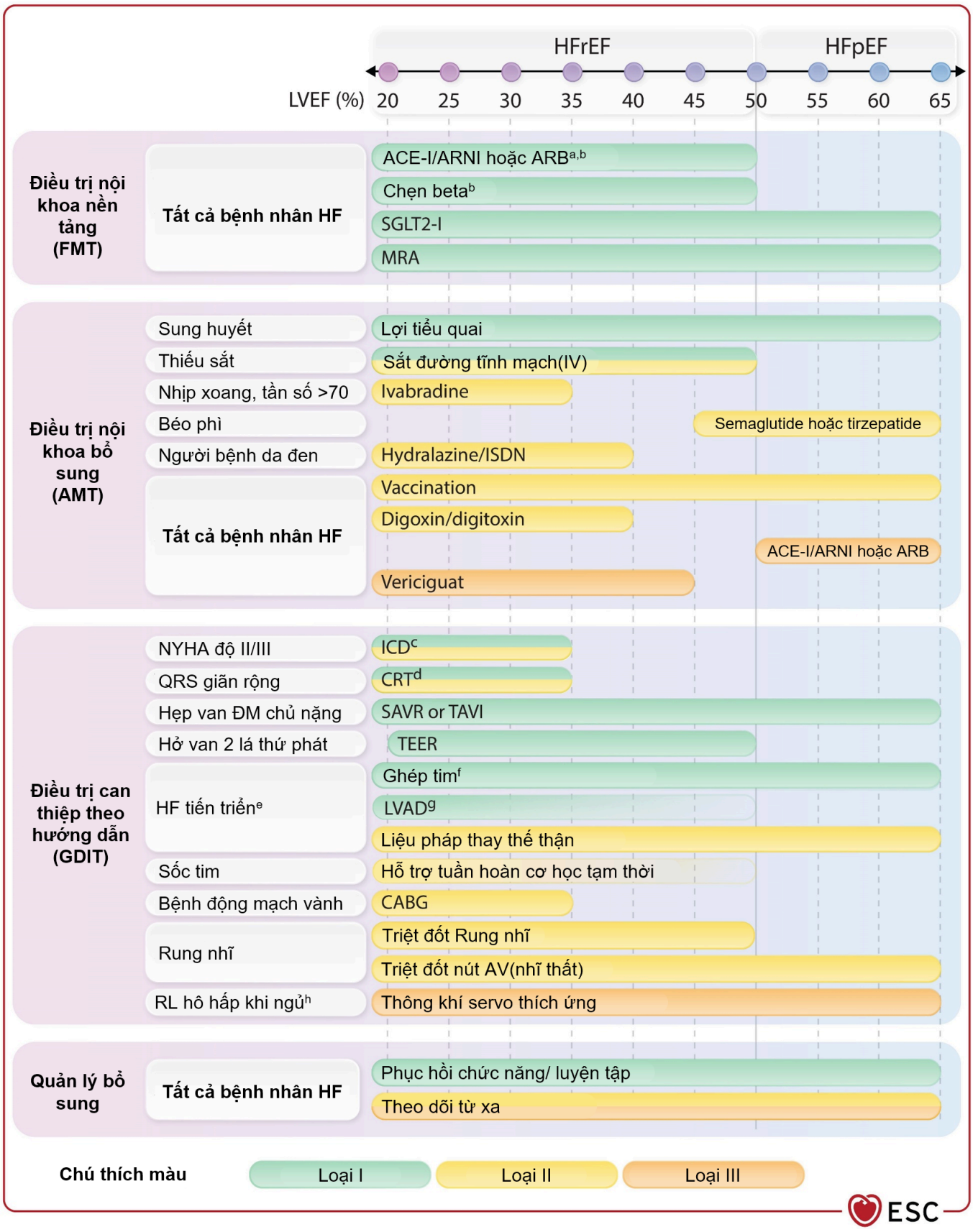
Mức chứng cứ — xét nghiệm chẩn đoán và mô hình dự đoán		
Mức chứng cứ	**Xét nghiệm chẩn đoán**	**Mô hình dự đoán (bao gồm mô hình chẩn đoán và tiên lượng)**
A	Bằng chứng kết luận về khả năng chẩn đoán đầy đủ từ ít nhất hai nghiên cứu chất lượng cao.	Bằng chứng kết luận về khả năng dự đoán đầy đủ từ ít nhất một nghiên cứu xây dựng mô hình chất lượng cao và từ hai nghiên cứu thẩm định ngoại bộ trở lên có chất lượng ít nhất ở mức trung bình.
B	Bằng chứng gợi ý về khả năng chẩn đoán đầy đủ từ một nghiên cứu chất lượng cao hoặc ít nhất hai nghiên cứu chất lượng trung bình.	Bằng chứng gợi ý về khả năng dự đoán đầy đủ từ một hoặc nhiều nghiên cứu xây dựng mô hình và một hoặc nhiều nghiên cứu thẩm định ngoại bộ có chất lượng ít nhất ở mức trung bình.
C	Bằng chứng sơ bộ về khả năng chẩn đoán đầy đủ từ một nghiên cứu chất lượng trung bình, bất kỳ số lượng nghiên cứu chất lượng thấp nào, hoặc đồng thuận chuyên gia.	Bằng chứng sơ bộ về khả năng dự đoán đầy đủ từ một nghiên cứu xây dựng mô hình có chất lượng ít nhất ở mức trung bình nhưng không có thẩm định ngoại bộ hoặc thẩm định ngoại bộ được thực hiện trong một nghiên cứu chất lượng thấp; hoặc từ một nghiên cứu xây dựng mô hình chất lượng thấp, bất kể có hay không có thẩm định ngoại bộ.

Trong các hướng dẫn này, chúng tôi đã định nghĩa lại cách phân loại suy tim (HF) so với định nghĩa được sử dụng trong Hướng dẫn ESC 2021 về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn, đồng thời đưa ra một định nghĩa đơn giản hơn mà chúng tôi tin rằng có thể áp dụng thuận lợi trong thực hành lâm sàng hằng ngày. Do việc phát hiện sớm suy tim ngày càng trở nên quan trọng, và phù hợp với Hướng dẫn AHA/ACC/HFSA 2022 về quản lý suy tim, chúng tôi cũng đã đưa các yếu tố nguy cơ và những dấu hiệu sớm của suy tim vào hệ thống phân giai đoạn suy tim. Một phân loại cập nhật về điều trị suy tim cũng đã được bổ sung, trong đó nhấn mạnh: liệu pháp điều trị nội khoa nền tảng (FMT), liệu pháp điều trị nội khoa bổ sung, và các liệu pháp can thiệp. **Hình 1** cung cấp cái nhìn tổng quan về các khuyến cáo hiện hành trong quản lý suy tim. Kể từ khi công bố Hướng dẫn ESC 2021 về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp

https://trungtamthuoc.com/

và mạn và Bản cập nhật trọng tâm năm 2023 của Hướng dẫn ESC 2021, ESC đã ban hành hướng dẫn mới về cách diễn giải bằng chứng. Vì vậy, tất cả các khuyến cáo, cả mới và trước đây, đều đã được phân loại lại để phù hợp với hệ thống phân mức chứng cứ mới của ESC. Đối với các khuyến cáo có nhiều hơn một kết cục, ví dụ tử vong tim mạch (CV death) và nhập viện do suy tim (HFH), cách diễn đạt được lựa chọn tùy theo ý nghĩa thống kê của các kết cục: sử dụng "VÀ" (AND) khi từng kết cục riêng lẻ đều đạt ý nghĩa thống kê; sử dụng "HOẶC" (OR) khi kết cục được đánh giá dưới dạng kết cục gộp.

https://trungtamthuoc.com/



Hình 1. Tổng quan về các khuyến cáo hiện hành trong quản lý suy tim.

Hình 1. Tổng quan về các khuyến cáo hiện hành trong quản lý suy tim.

ACE-I: thuốc ức chế men chuyển angiotensin; **AF**: rung nhĩ; **ARB**: thuốc chẹn thụ thể angiotensin II; **ARNI**: thuốc ức chế neprilysin kết hợp chẹn thụ thể angiotensin; **AS**: hẹp van động mạch chủ; **AV**: nhĩ–thất; **CABG**: phẫu thuật bắc cầu động mạch vành; **CRT**: liệu pháp tái đồng bộ tim; **HF**: suy tim; **HFpEF**: suy tim phân suất tống máu bảo tồn; **HFrEF**: suy tim phân suất tống máu giảm; **HR**: tần số tim; **ICD**: máy phá rung tim cấy được; **ISDN**: isosorbide dinitrate; IV: đường tĩnh mạch; **LVAD**: thiết bị hỗ trợ thất trái; **LVEF**: phân suất tống máu thất trái; **MCS**: hỗ trợ tuần hoàn cơ học; **MR**: hở van hai lá; **MRA**: thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid; **TEER**:

https://trungtamthuoc.com/

sửa van hai lá qua ống thông kiểu kẹp mép–mép; **NYHA**: Hội Tim New York; **SAVR**: thay van động mạch chủ phẫu thuật; **SGLT2-I**: thuốc ức chế đồng vận chuyển natri–glucose 2; **SR**: nhịp xoang; **TAVI**: thay van động mạch chủ qua ống thông.

Mã màu:

- Màu xanh lá: khuyến cáo Loại I
- Màu vàng: khuyến cáo Loại IIa
- Màu cam: khuyến cáo Loại IIb

Chú thích:

- **a**. Khuyến cáo dùng ARB ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng nếu không dung nạp ACE-I hoặc ARNI.
- **b**. Chưa có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, tiến cứu, quy mô lớn nào được thực hiện riêng biệt để đánh giá beta-blocker, ACE-I/ARNI/ARB ở bệnh nhân có LVEF 41%–49%.
- **c**. Mức độ khuyến cáo đối với ICD khác nhau tùy căn nguyên thiếu máu cục bộ hay không thiếu máu cục bộ.
- **d**. Mức độ khuyến cáo đối với CRT khác nhau tùy theo thời gian QRS và hình thái QRS.
- **e**. Xem phần Chẩn đoán và đánh giá suy tim tiến triển.
- **f**. Chỉ định và chống chỉ định ghép tim được liệt kê trong Bảng 4.
- **g**. Chỉ định và chống chỉ định cấy LVAD được liệt kê trong Bảng 3.
- **h**. Chủ yếu là hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn.

Đối với từng chủ đề, chúng tôi cũng đã xem xét sự khác biệt theo tuổi và giới tính, và đưa các yếu tố này vào khuyến cáo khi được đánh giá là có ý nghĩa lâm sàng.

Kể từ khi Hướng dẫn ESC 2021 về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn được công bố, một số hướng dẫn quan trọng liên quan đến các chủ đề chuyên biệt cũng đã được ban hành, bao gồm: tim mạch–ung thư, thai kỳ, viêm cơ tim, bệnh van tim, và hội chứng vành mạn. Trong hướng dẫn hiện tại, các chủ đề này không được trình bày chi tiết, và người đọc được khuyến nghị tham khảo các hướng dẫn chuyên biệt tương ứng cho từng lĩnh vực.

Trong Hướng dẫn ESC 2026 về quản lý suy tim, ngoài các khuyến cáo được trình bày bên dưới, một số khái niệm mới đã được đưa vào so với phiên bản năm 2021. Những thay đổi này sẽ ảnh hưởng đến một số khuyến cáo, đặc biệt là các khuyến cáo liên quan đến điều trị suy tim theo hướng dẫn, do ESC đã thay đổi cách phân loại suy tim dựa trên phân suất tống máu thất trái (LVEF).

Các khái niệm mới

Khái niệm mới

- HFrEF(suy tim phân suất tống máu giảm) được mở rộng để bao gồm bệnh nhân có LVEF(phân suất tống máu thất trái) đến 50%.
- HFmrEF(suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ) đã được loại bỏ khỏi hệ thống phân loại.
- HFpEF(suy tim phân suất tống máu bảo tồn) bao gồm bệnh nhân có LVEF từ 50% trở lên.
- Thuật ngữ suy tim mất bù (decompensated HF) thay thế cho suy tim cấp (acute HF).

https://trungtamthuoc.com/

- Hệ thống phân giai đoạn suy tim A–D, từ giai đoạn có yếu tố nguy cơ đến suy tim tiến triển, đã được áp dụng.
- Đã đưa vào các phân loại mới cho điều trị nội khoa và điều trị can thiệp.

Trong chủ đề này, tổng hợp tất cả các khuyến cáo, bao gồm các khuyến cáo mới và khuyến cáo thay đổi (cập nhật).

https://trungtamthuoc.com/

KHUYẾN CÁO

Dự phòng suy tim

Tư vấn lựa chọn lối sống lành mạnh, bao gồm duy trì cân nặng hợp lý, chế độ ăn cân đối, tránh lối sống ít vận động, không hút thuốc, hạn chế uống nhiều rượu, đồng thời tư vấn tránh sử dụng các chất như cocaine, amphetamine và steroid đồng hóa, được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân suy tim giai đoạn A hoặc B nhằm giảm nguy cơ tiến triển suy tim.

I C

Thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 (GLP-1 RA) nên được cân nhắc ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có thêm ít nhất một yếu tố nguy cơ tim mạch nhằm giảm nguy cơ suy tim hoặc tử vong tim mạch.

IIa A

Thuốc ức chế men chuyển (ACE-I) hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin (ARB) nếu không dung nạp ACE-I, được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim giai đoạn B có LVEF ≤40% nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong.

I A

Thuốc chẹn beta được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim giai đoạn B có LVEF <50% nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong.

I B1

Eplerenone được khuyến cáo ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim có LVEF ≤40%, kèm dấu hiệu suy tim hoặc đái tháo đường, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong.

I B1

Kiểm soát huyết áp chặt chẽ, với mục tiêu huyết áp tâm thu <130 mmHg, được khuyến cáo ở bệnh nhân tăng huyết áp hoặc suy tim giai đoạn B nhằm giảm nguy cơ suy tim.

I A

Thuốc ức chế SGLT2 (SGLT2-I) được khuyến cáo ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có nguy cơ suy tim, bao gồm có nhiều yếu tố nguy cơ ASCVD hoặc đã có ASCVD, nhằm giảm nguy cơ suy tim và tử vong tim mạch.

I A

https://trungtamthuoc.com/

Thuốc ức chế SGLT2 (SGLT2-I) được khuyến cáo ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và bệnh thận mạn[1] nhằm giảm nguy cơ suy tim hoặc tử vong tim mạch.

I A

1. Bệnh thận mạn (CKD) được định nghĩa trong các thử nghiệm như sau:

- DAPA-CKD: eGFR 25–75 mL/phút/1,73 m^2 và tỷ số albumin/creatinin niệu (UACR) ≥200–5000 mg/g.
- EMPA-KIDNEY: eGFR 20–45 mL/phút/1,73 m^2, hoặc eGFR 45–90 mL/phút/1,73 m^2 kèm UACR ≥200 mg/g.
- CREDENCE: eGFR 30–<90 mL/phút/1,73 m^2 kèm UACR >300 đến ≤5000 mg/g.

Finerenone được khuyến cáo ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và bệnh thận mạn[2] nhằm giảm nguy cơ suy tim.

I A

2. Bệnh thận mạn (CKD) được định nghĩa trong các thử nghiệm như sau:

- FIDELIO-DKD:
  - eGFR 25–60 mL/phút/1,73 m^2, UACR 30–300 mg/g và có bệnh võng mạc do đái tháo đường; hoặc
  - eGFR 25–75 mL/phút/1,73 m^2 và UACR 300–5000 mg/g.
- FIGARO-DKD:
  - eGFR 25–90 mL/phút/1,73 m^2 và UACR 30 đến <300 mg/g; hoặc
  - eGFR >60 mL/phút/1,73 m^2 và UACR 300–5000 mg/g.

Viết tắt: **ASCVD**: bệnh tim mạch do xơ vữa; **CKD**: bệnh thận mạn; **CV**: tim mạch; **eGFR**: mức lọc cầu thận ước tính; **GLP-1 RA**: thuốc đồng vận thụ thể GLP-1; **SGLT2-I**: thuốc ức chế SGLT2; **T2DM**: đái tháo đường típ 2; **UACR**: tỷ số albumin/creatinin niệu.

https://trungtamthuoc.com/

Thăm dò chẩn đoán ở tất cả bệnh nhân nghi ngờ suy tim

Ở bệnh nhân nghi ngờ suy tim, các xét nghiệm sau được khuyến cáo để sàng lọc bệnh đồng mắc: công thức máu, chức năng thận (eGFR và UACR), điện giải đồ, chức năng gan, chức năng tuyến giáp, HbA1c, lipid máu và tình trạng sắt (TSAT và ferritin).

I C

Định lượng peptide lợi niệu được khuyến cáo ở bệnh nhân nghi ngờ suy tim; kết quả cần được diễn giải có xét đến tuổi, béo phì và các yếu tố khác đã biết có ảnh hưởng đến nồng độ peptide lợi niệu[3].

I C

3. Xem các ngưỡng NT-proBNP hiệu chỉnh theo tuổi và Bảng 1 về các yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ peptide lợi niệu.

Các ngưỡng peptide lợi niệu để loại trừ suy tim mất bù, hiện được khuyến cáo và không hiệu chỉnh theo tuổi, gồm:

- NT-proBNP <300 pg/mL, hoặc
- BNP <100 ng/mL, hoặc
- MR-proANP <120 pg/mL.

Việc kết hợp với các ngưỡng "nhiều khả năng" để xác lập chẩn đoán, điều chỉnh theo tuổi có thể giúp giảm các thăm dò không cần thiết:

- NT-proBNP >450 pg/mL ở người <50 tuổi
- NT-proBNP >900 pg/mL ở người 50–74 tuổi
- NT-proBNP >1800 pg/mL ở người >74 tuổi

Bảng 1. Các nguyên nhân làm tăng hoặc giảm nồng độ peptide lợi niệu

Nguyên nhân làm tăng nồng độ peptide lợi niệu
• Hội chứng vành cấp • Tuổi cao[a] • Rung nhĩ • Chấn thương tim • Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) • Bệnh lý nguy kịch • Giới nữ • Rối loạn chức năng thận • Phì đại thất trái • Viêm cơ tim • Ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn • Hội chứng cận u • Thuyên tắc phổi

https://trungtamthuoc.com/

- Tăng áp phổi
- Tạo nhịp thất phải
- Thiếu máu nặng
- Rối loạn chức năng nội tiết nặng
- Nhiễm trùng nặng (bao gồm viêm phổi và nhiễm khuẩn huyết)
- Bệnh gan nặng
- Toan chuyển hóa nặng và nhiễm toan ceton do đái tháo đường
- Xuất huyết dưới nhện
- Tăng huyết áp hệ thống
- Bệnh van tim

Nguyên nhân làm giảm nồng độ peptide lợi niệu

- Tổ tiên người châu Phi
- ARNI[b]/ACE-I/ARB
- Thuốc chẹn beta
- Viêm màng ngoài tim co thắt
- MRA
- Béo phì
- SGLT2-I

ACE-I: thuốc ức chế men chuyển angiotensin (angiotensin-converting enzyme inhibitor);
ARB: thuốc chẹn thụ thể angiotensin II (angiotensin II receptor blocker);
ARNI: thuốc ức chế thụ thể angiotensin–neprilysin (angiotensin receptor–neprilysin inhibitor);
BNP: peptide lợi niệu type B (B-type natriuretic peptide);
COPD: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (chronic obstructive pulmonary disease);
LV: thất trái (left ventricular);
MRA: thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (mineralocorticoid receptor antagonist);
RV: thất phải (right ventricular);
SGLT2-I: thuốc ức chế đồng vận chuyển natri–glucose type 2 (sodium–glucose co-transporter 2 inhibitor).

[a] Xem các ngưỡng điều chỉnh theo độ tuổi ở trên.
[b] ARNI có thể làm tăng nồng độ BNP.

Điện tâm đồ 12 chuyển đạo được khuyến cáo ở bệnh nhân nghi ngờ suy tim.

I C

X-quang ngực được khuyến cáo ở bệnh nhân nghi ngờ suy tim.

I C

https://trungtamthuoc.com/

Siêu âm tim qua thành ngực được khuyến cáo ở bệnh nhân nghi ngờ suy tim nhằm xác nhận chẩn đoán, phân biệt các kiểu hình suy tim và hỗ trợ xác định căn nguyên nền của suy tim.

I C

https://trungtamthuoc.com/

Thăm dò tìm căn nguyên nền ở bệnh nhân HFpEF hoặc HFrEF

HFpEF: Suy tim phân suất tống máu bảo tồn; **HFrEF**: Suy tim phân suất tống máu giảm.

CMR(cộng hưởng từ tim) có tiêm thuốc tương phản được khuyến cáo ở bệnh nhân nghi ngờ bệnh cơ tim, hoặc khi căn nguyên nền của suy tim chưa rõ và việc đánh giá đặc điểm mô cơ tim thêm có khả năng mang lại giá trị cho chăm sóc người bệnh.

I C

Ở bệnh nhân suy tim nghi ngờ amyloidosis tim, được khuyến cáo thực hiện xét nghiệm chẩn đoán ban đầu gồm điện di miễn dịch cố định huyết thanh và nước tiểu, định lượng chuỗi nhẹ tự do huyết thanh và xạ hình xương bằng DPD/PYP/HMDP.

I B

DPD: 3,3-diphosphono-1,2-propanodicarboxylic acid; **PYP**: pyrophosphate; **HMDP**: hydroxymethylene diphosphonate.

Xét nghiệm di truyền được khuyến cáo ở bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh cơ tim khi kết quả có thể giúp xác lập chẩn đoán, đánh giá tiên lượng, phân tầng điều trị hoặc hỗ trợ quản lý sinh sản; hoặc khi cho phép thực hiện đánh giá di truyền theo chuỗi ở người thân, những người nếu không xét nghiệm sẽ phải được theo dõi lâu dài.

I C

Chụp động mạch vành xâm lấn được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim có đau thắt ngực và xác suất cao mắc bệnh động mạch vành tắc nghẽn[4], nếu là ứng viên tiềm năng cho tái thông mạch vành[5].

I C

4. Dựa trên các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh sử lâm sàng.

5. Loại trừ các trường hợp có tình trạng suy yếu, nhiều bệnh đồng mắc nặng hoặc kỳ vọng sống hạn chế.

PET với 18F-FDG nên được cân nhắc trong quy trình chẩn đoán ở bệnh nhân bệnh cơ tim khi nghi ngờ sarcoidosis tim.

IIa C

18F-FDG-PET: chụp cắt lớp phát xạ positron với 18F-fluorodeoxyglucose.

Sinh thiết nội tâm mạc–cơ tim nên được cân nhắc để hỗ trợ chẩn đoán và xử trí ở bệnh nhân suy tim tiến triển nhanh mặc dù đã điều trị chuẩn, hoặc khi các thăm dò lâm sàng khác gợi ý viêm cơ tim, bệnh thâm nhiễm hoặc bệnh tích trữ mà không thể xác định bằng các phương pháp khác.

IIa C

https://trungtamthuoc.com/

Thông tim phải[6] nên được cân nhắc ở bệnh nhân được cho là suy tim do viêm màng ngoài tim co thắt hoặc bệnh tim bẩm sinh.

IIa C

6. Cần thông tim phải và trái để chẩn đoán phân biệt giữa viêm màng ngoài tim co thắt và bệnh cơ tim hạn chế.

Thông tim phải[7] có thể được cân nhắc ở một số bệnh nhân chọn lọc nghi ngờ HFpEF hoặc bệnh tim cấu trúc nhằm xác nhận chẩn đoán, hoặc khi khám lâm sàng và các thăm dò không xâm lấn chưa đủ để đánh giá tình trạng huyết động.

IIb C

7. Có thể bao gồm thông tim phải khi gắng sức.

https://trungtamthuoc.com/

Thăm dò ở bệnh nhân HFrEF

Chụp động mạch vành xâm lấn nên được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có xác suất trước xét nghiệm cao[4] mắc bệnh động mạch vành tắc nghẽn, có cân nhắc tỷ lệ lợi ích–nguy cơ của thủ thuật và các chiến lược tái thông mạch vành tiềm năng.

IIa C

4. Dựa trên các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh sử lâm sàng.

Chụp CT động mạch vành (CTCA) nên được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có xác suất trước xét nghiệm thấp đến trung bình[4] mắc bệnh động mạch vành tắc nghẽn.

IIa C

4. Dựa trên các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh sử lâm sàng.

Nên cân nhắc đánh giá tỷ lệ tạo nhịp thất phải ở tất cả bệnh nhân có thiết bị điện tử cấy ghép tim (CIED) và HFrEF mới xuất hiện hoặc nặng lên.

IIa C

Chuyển nhịp điện như một công cụ chẩn đoán có thể được cân nhắc ở bệnh nhân rung nhĩ dai dẳng khi chưa rõ việc phục hồi nhịp xoang có cải thiện triệu chứng hay không, hoặc để đánh giá khả năng cải thiện chức năng thất trái.

IIb C

https://trungtamthuoc.com/

Điều trị thuốc trong suy tim mạn: Tất cả bệnh nhân suy tim, không phụ thuộc LVEF

Thuốc ức chế SGLT2 (dapagliflozin hoặc empagliflozin) được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim có triệu chứng, không phụ thuộc LVEF, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong tim mạch.

I A

Thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA; sMRA đối với HFrEF và sMRA/nsMRA đối với HFpEF) được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim có triệu chứng, không phụ thuộc LVEF, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong tim mạch.[8]

I A

8. Bằng chứng về sử dụng MRA ở bệnh nhân HFrEF dựa trên các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng sử dụng sMRA gồm spironolactone và eplerenone. Trong khi đó, bằng chứng ở bệnh nhân HFpEF đến từ phân tích gộp các thử nghiệm ngẫu nhiên sử dụng cả MRA steroid (spironolactone) và MRA không steroid (finerenone).

Điều chỉnh liều thuốc lợi tiểu quai một cách linh hoạt và cá thể hóa theo tình trạng thể tích được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim có dấu hiệu và/hoặc triệu chứng sung huyết nhằm giảm triệu chứng suy tim, cải thiện khả năng gắng sức và giảm nguy cơ nhập viện do suy tim.[9]

I A

9. Nhóm chuyên trách xếp khuyến cáo này ở mức chứng cứ A do hiệu quả lâm sàng rõ ràng. Việc điều chỉnh linh hoạt liều thuốc lợi tiểu quai đã được chấp nhận rộng rãi là có hiệu quả; vì vậy, vì lý do đạo đức, chưa từng có và cũng khó có khả năng tiến hành các thử nghiệm ngẫu nhiên đủ công suất để đánh giá vấn đề này.

Tăng liều liệu pháp điều trị nội khoa nền tảng (FMT) ít nhất mỗi 1–2 tuần, dựa trên triệu chứng, dấu hiệu sinh tồn và kết quả xét nghiệm, nhằm đạt liều đích tối ưu đã chứng minh hiệu quả trong các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, được khuyến cáo để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong.

I C

Tiếp tục FMT(liệu pháp điều trị nội khoa nền tảng) ở liều cao nhất dung nạp được được khuyến cáo ở tất cả bệnh nhân suy tim, kể cả khi bệnh nhân trở nên không triệu chứng hoặc LVEF cải thiện, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong.

I C

https://trungtamthuoc.com/

Điều trị thuốc trong suy tim mạn: HFrEF

Thuốc chẹn beta được khuyến cáo ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng và tình trạng lâm sàng ổn định nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong.[10]

I A

Thuốc ức chế men chuyển (ACE-I) hoặc thuốc ức chế thụ thể angiotensin–neprilysin (ARNI) được khuyến cáo ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong.[10]

I A

Chuyển từ ACE-I hoặc ARB sang ARNI được khuyến cáo ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong.[10]

I B1

Thuốc chẹn thụ thể angiotensin II (ARB) được khuyến cáo ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng nếu không dung nạp ACE-I hoặc ARNI, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong tim mạch.[10]

I A

Glycoside trợ tim (digoxin hoặc digitoxin) nên được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng, LVEF ≤40%, mặc dù đã được điều trị FMT tối ưu, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim.

IIa B1

Ivabradine nên được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng, LVEF ≤35%, nhịp xoang, tần số tim lúc nghỉ >70 lần/phút, đang dùng ACE-I/ARNI, MRA, SGLT2-I và chẹn beta ở liều cao nhất dung nạp được, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong tim mạch.

IIa B1

Ivabradine nên được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng, LVEF ≤35%, nhịp xoang, không dung nạp thuốc chẹn beta, đang dùng ACE-I/ARNI và MRA ở liều cao nhất dung nạp được, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong tim mạch.

IIa C

10. Chưa có thử nghiệm ngẫu nhiên tiến cứu quy mô lớn nào đánh giá riêng việc sử dụng chẹn beta, ACE-I/ARNI/ARB ở nhóm bệnh nhân có LVEF 41%–49%.

https://trungtamthuoc.com/

Hydralazine kết hợp isosorbide dinitrate nên được cân nhắc ở bệnh nhân tự xác định là người da đen, có HFrEF triệu chứng, LVEF ≤40%, đang được điều trị FMT tối ưu, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong.

IIa B2

Hydralazine kết hợp isosorbide dinitrate có thể cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng, LVEF ≤40%, không dung nạp ARNI, ACE-I hoặc ARB, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong.

IIb C

Vericiguat có thể cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng và LVEF <45% mặc dù đã điều trị FMT tối ưu, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong tim mạch.

IIb B1

Có thể cân nhắc giảm dần và ngừng FMT dưới sự theo dõi thường xuyên bằng lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh học ở một số rất ít bệnh nhân được chọn lọc kỹ, không còn triệu chứng, chức năng và thể tích thất trái đã hoàn toàn trở về bình thường, đồng thời nồng độ peptide lợi niệu cũng bình thường hóa sau khi điều trị đặc hiệu nguyên nhân suy tim có thể hồi phục, nhằm đáp ứng nguyện vọng của người bệnh.

IIb C

https://trungtamthuoc.com/

Điều trị thuốc trong suy tim mạn: HFpEF

ACE-I/ARB/ARNI có thể cân nhắc ở bệnh nhân HFpEF có triệu chứng nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim.

IIb C

https://trungtamthuoc.com/

Cấy máy khử rung tim cấy ghép (ICD)

ICD(máy khử rung tim cấy ghép) được khuyến cáo ở bệnh nhân đã hồi phục sau một rối loạn nhịp thất gây mất ổn định huyết động (dự phòng thứ phát), có kỳ vọng sống >1 năm với tình trạng chức năng tốt, khi không có nguyên nhân có thể hồi phục, hoặc trừ trường hợp rối loạn nhịp thất xảy ra <48 giờ sau nhồi máu cơ tim, nhằm giảm nguy cơ đột tử và tử vong do mọi nguyên nhân.

I A

ICD được khuyến cáo ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng (NYHA[11] II–III) do nguyên nhân thiếu máu cục bộ, trừ khi đã bị nhồi máu cơ tim trong 40 ngày trước đó, có LVEF ≤35% mặc dù đã điều trị FMT tối ưu trong ≥3 tháng, với điều kiện kỳ vọng sống >1 năm và tình trạng chức năng tốt, nhằm giảm nguy cơ đột tử và tử vong do mọi nguyên nhân.

I B1

11. Xem bảng 2.

Bảng 2. Phân loại chức năng theo Hội Tim New York (NYHA) dựa trên mức độ triệu chứng và khả năng hoạt động thể lực

Phân độ NYHA	Mức độ triệu chứng và hoạt động thể lực
Độ I	Không hạn chế hoạt động thể lực. Hoạt động thể lực thông thường không gây khó thở quá mức, mệt mỏi hoặc hồi hộp.
Độ II	Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực. Bệnh nhân thoải mái khi nghỉ, nhưng hoạt động thể lực thông thường gây khó thở quá mức, mệt mỏi hoặc hồi hộp.
Độ III	Hạn chế rõ rệt hoạt động thể lực. Bệnh nhân thoải mái khi nghỉ, nhưng hoạt động thể lực nhẹ hơn mức thông thường đã gây khó thở quá mức, mệt mỏi hoặc hồi hộp.
Độ IV	Không thể thực hiện bất kỳ hoạt động thể lực nào mà không xuất hiện khó chịu. Có thể có triệu chứng ngay cả khi nghỉ. Khi thực hiện bất kỳ hoạt động thể lực nào, các triệu chứng hoặc cảm giác khó chịu sẽ tăng lên.

NYHA: New York Heart Association – Hội Tim New York.

https://trungtamthuoc.com/

Nên cân nhắc ICD ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng (NYHA[11] II–III) do nguyên nhân không thiếu máu cục bộ, có LVEF ≤35% mặc dù đã điều trị FMT tối ưu trong ≥3 tháng, với điều kiện kỳ vọng sống >1 năm và tình trạng chức năng tốt, nhằm giảm nguy cơ đột tử và tử vong do mọi nguyên nhân.

IIa B1

Trước khi thay máy phát của CIED(thiết bị điện tử cấy ghép tim), nên cân nhắc thực hiện quy trình ra quyết định chung giữa người bệnh và bác sĩ tim mạch có kinh nghiệm về CIED và suy tim, nhằm bảo đảm rằng cân bằng lợi ích–nguy cơ vẫn còn nghiêng về việc tiếp tục sử dụng CIED.

IIa C

Máy khử rung tim đeo ngoài cơ thể có thể được cân nhắc ở bệnh nhân suy tim có nguy cơ đột tử do tim trong một khoảng thời gian giới hạn, nhằm tăng khả năng sống còn như một cầu nối đến quyết định cấy ICD vĩnh viễn hoặc trong thời gian chờ ghép tim.

IIb C

Không khuyến cáo cấy ICD để dự phòng tiên phát trong vòng 40 ngày sau nhồi máu cơ tim, vì cấy ICD trong giai đoạn này không cải thiện tiên lượng.

III B1

Không khuyến cáo cấy ICD ở bệnh nhân NYHA IV có triệu chứng nặng kháng trị với điều trị thuốc, trừ khi người bệnh là ứng viên cho CRT, thiết bị hỗ trợ thất hoặc ghép tim.

III C

https://trungtamthuoc.com/

Cấy thiết bị tái đồng bộ tim (CRT)

CRT được khuyến cáo ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng, LVEF ≤35%, mặc dù đã điều trị FMT(liệu pháp điều trị nội khoa nền tảng) tối ưu, có nhịp xoang, block nhánh trái (LBBB) và QRS ≥150 ms, nhằm cải thiện triệu chứng và giảm nguy cơ nhập viện và tử vong.

I A

Nâng cấp lên CRT nên được cân nhắc ở bệnh nhân có LVEF ≤35%, đã được cấy máy tạo nhịp thông thường hoặc ICD, sau đó xuất hiện suy tim nặng lên mặc dù đã điều trị FMT tối ưu, và có tỷ lệ tạo nhịp thất phải đáng kể, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong.

IIa B1

CRT thay vì tạo nhịp thất phải nên được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF, không phụ thuộc phân độ NYHA hoặc độ rộng QRS, khi có chỉ định tạo nhịp thất do block nhĩ–thất mức độ cao, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong.

IIa B1

CRT nên được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng, LVEF ≤35%, mặc dù đã điều trị FMT tối ưu, có nhịp xoang, hình thái QRS không phải LBBB và QRS ≥150 ms, nhằm cải thiện triệu chứng và giảm bệnh suất và tử vong.

IIa C

CRT nên được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng, LVEF ≤35%, mặc dù đã điều trị FMT tối ưu, có nhịp xoang, hình thái QRS LBBB và QRS 130–149 ms, nhằm cải thiện triệu chứng và giảm bệnh suất và tử vong.

IIa C

CRT có thể cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng, LVEF ≤35%, mặc dù đã điều trị FMT tối ưu, có nhịp xoang, hình thái QRS không phải LBBB và QRS 130–149 ms, nhằm cải thiện triệu chứng và giảm bệnh suất và tử vong.

IIb C

Có thể cân nhắc khởi trị FMT đồng thời với lập kế hoạch cấy CRT ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng, LBBB với QRS ≥150 ms và LVEF ≤35%, nhằm cải thiện triệu chứng và giảm bệnh suất và tử vong; tuy nhiên, cần đánh giá lại LVEF trước khi cấy CRT.

IIb C

https://trungtamthuoc.com/

CRT không được khuyến cáo ở bệnh nhân có QRS < 130 ms và không có chỉ định tạo nhịp do block nhĩ–thất mức độ cao.

III A

https://trungtamthuoc.com/

Đánh giá trước xuất viện và theo dõi sớm sau xuất viện ở bệnh nhân nhập viện vì suy tim mất bù

Đánh giá cẩn thận trước khi xuất viện[12] được khuyến cáo ở bệnh nhân nhập viện vì suy tim mất bù (DHF) nhằm bảo đảm không còn các dấu hiệu sung huyết tồn lưu.

I A

12. Đánh giá bao gồm: khám lâm sàng, nồng độ peptide lợi niệu(xem bảng 1), chức năng thận và điện giải, cùng các thăm dò hình ảnh học.

Chiến lược điều trị tích cực với khởi trị sớm và tăng liều nhanh FMT(liệu pháp điều trị nội khoa nền tảng) trước khi xuất viện, đồng thời tiếp tục trong các lần tái khám thường xuyên trong 6 tuần đầu sau một đợt nhập viện vì suy tim(HFH - heart failure hospitalization), được khuyến cáo nhằm giảm nguy cơ tái nhập viện do suy tim hoặc tử vong.

I B2

https://trungtamthuoc.com/

Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Oxy và hỗ trợ thông khí

Thở oxy được khuyến cáo ở bệnh nhân có SpO_2 <90% hoặc PaO_2 <60 mmHg nhằm điều chỉnh tình trạng thiếu oxy máu.

I C

Đặt nội khí quản được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim mất bù có suy hô hấp dai dẳng và tiến triển mặc dù đã thở oxy hoặc thông khí không xâm lấn, nhằm điều chỉnh thiếu oxy máu[13].

I C

13. Các tiêu chí đặt nội khí quản ở bệnh nhân suy tim mất bù gồm: ngừng tim hoặc ngừng hô hấp; rối loạn tri giác tiến triển nặng dần; suy hô hấp kèm thiếu oxy máu tiến triển mặc dù đã NIV (PaO_2 <60 mmHg, $PaCO_2$ >50 mmHg và pH <7,35) hoặc không dung nạp NIV; mất ổn định huyết động dai dẳng; hoặc cần bảo vệ đường thở.

Thông khí áp lực dương không xâm lấn nên được cân nhắc ở bệnh nhân có suy hô hấp với nhịp thở >25 lần/phút, SpO_2 <90%, và nên được khởi trị càng sớm càng tốt nhằm giảm khó thở và giảm nguy cơ phải đặt nội khí quản.

IIa B2

https://trungtamthuoc.com/

Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Thuốc lợi tiểu

Thuốc lợi tiểu quai đường tĩnh mạch được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân suy tim mất bù nhập viện có quá tải dịch, nhằm cải thiện triệu chứng[14].

I A

14. Nhóm chuyên trách xếp khuyến cáo này ở mức chứng cứ A do lợi ích lâm sàng rõ ràng. Điều trị suy tim mất bù bằng thuốc lợi tiểu quai đã được chấp nhận rộng rãi là có hiệu quả; do đó, vì lý do đạo đức, chưa từng có và cũng khó có khả năng tiến hành các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đủ công suất để đánh giá vấn đề này.

Nên cân nhắc bổ sung acetazolamide đường tĩnh mạch ngắn hạn hoặc hydrochlorothiazide đường uống ở bệnh nhân quá tải dịch đã được điều trị trước đó bằng lợi tiểu quai, nhằm giảm sung huyết.

IIa B1

Có thể cân nhắc điều trị lợi tiểu theo hướng dẫn của natri niệu trong những ngày đầu điều trị bệnh nhân suy tim mất bù nhằm cải thiện bài xuất natri và tăng bài niệu.

IIb B1

https://trungtamthuoc.com/

Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Thuốc ức chế SGLT2

Khởi trị SGLT2-I trong thời gian nằm viện được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim mất bù sau khi đã ổn định ban đầu, nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm triệu chứng sung huyết và giảm nguy cơ nhập viện do suy tim.

I B1

https://trungtamthuoc.com/

Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Thuốc giãn mạch

Thuốc giãn mạch đường tĩnh mạch có thể được cân nhắc như điều trị ban đầu ở bệnh nhân suy tim mất bù có huyết áp tâm thu >110 mmHg, nhằm cải thiện triệu chứng và giảm sung huyết.

IIb | C

https://trungtamthuoc.com/

Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Thuốc tăng co bóp cơ tim

Thuốc tăng co bóp cơ tim có thể được cân nhắc ở bệnh nhân có huyết áp tâm thu <90 mmHg kèm bằng chứng giảm tưới máu và không đáp ứng với điều trị chuẩn, bao gồm cả nghiệm pháp bù dịch, nhằm cải thiện tưới máu.

IIb C

https://trungtamthuoc.com/

Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Thuốc vận mạch

Thuốc vận mạch, ưu tiên norepinephrine, có thể được cân nhắc ở bệnh nhân sốc tim nhằm làm tăng huyết áp và cải thiện tưới máu các cơ quan sống còn.

IIb C

https://trungtamthuoc.com/

Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Opioid

Không khuyến cáo sử dụng opioid thường quy ở bệnh nhân suy tim mất bù, trừ khi có đau nặng/khó kiểm soát hoặc lo âu nặng, do nguy cơ gây hại.

III C

https://trungtamthuoc.com/

Sử dụng hỗ trợ tuần hoàn cơ học tạm thời ở bệnh nhân sốc tim

Nhóm Sốc (Shock Team) đa chuyên khoa được khuyến cáo ở những bệnh nhân có khả năng là ứng viên của hỗ trợ tuần hoàn cơ học tạm thời (MCS) nhằm hướng dẫn lựa chọn thiết bị về phương thức và loại thiết bị, dựa trên đặc điểm của người bệnh và tình trạng suy tim.

I C

https://trungtamthuoc.com/

Sử dụng hỗ trợ tuần hoàn cơ học tạm thời ở bệnh nhân sốc tim: Sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp

MCS(hỗ trợ tuần hoàn cơ học) tạm thời bằng bơm dòng chảy vi trục (microaxial flow pump) nên được cân nhắc ở một số bệnh nhân được lựa chọn bị sốc tim do nhồi máu cơ tim ST chênh lên, có rối loạn chức năng tâm thu thất trái và không có nguy cơ tổn thương não do thiếu oxy[15], nhằm giảm nguy cơ tử vong.

IIa B1

15. Không có nguy cơ tổn thương não do thiếu oxy được định nghĩa là:

- Không có ngừng tim ngoại viện kèm điểm Glasgow <8 kéo dài sau khi tái lập tuần hoàn tự nhiên; và
- Không cần hồi sức tim phổi hoặc thời gian hồi sức <10 phút.

Không khuyến cáo MCS tạm thời ở những bệnh nhân không được chọn lọc bị sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp, do nguy cơ gây hại.

III B1

Không khuyến cáo IABP(bóng đối xung động mạch chủ) ở những bệnh nhân sốc tim không được chọn lọc, do không chứng minh được hiệu quả.

III B1

https://trungtamthuoc.com/

Sử dụng hỗ trợ tuần hoàn cơ học tạm thời ở bệnh nhân sốc tim: Biến chứng cơ học liên quan nhồi máu cơ tim

MCS tạm thời nên được cân nhắc[16] ở bệnh nhân có biến chứng cơ học liên quan nhồi máu cơ tim[17] như một cầu nối đến điều trị dứt điểm.

IIa C

16. Việc lựa chọn IABP thụ động hay MCS qua da chủ động nên dựa trên mức độ nặng của sốc tim, được đánh giá bởi Shock Team.

17. Trong trường hợp thông liên thất lớn, cần sử dụng MCS tạm thời thận trọng do có thể: làm tăng luồng thông trái–phải qua vách liên thất khi sử dụng VA-ECLS; hoặc gây đảo chiều luồng thông khi sử dụng bơm dòng chảy vi trục. Trong trường hợp vỡ thành tự do thất, nên tránh sử dụng MCS tạm thời. Tuy nhiên, có thể cân nhắc VA-ECLS để tạo điều kiện cho phẫu thuật tim cấp cứu ở bệnh nhân có sốc tim rất nặng và/hoặc ngừng tim, nếu không có dấu hiệu tổn thương não không hồi phục.

https://trungtamthuoc.com/

Sử dụng hỗ trợ tuần hoàn cơ học tạm thời ở bệnh nhân sốc tim: Sốc tim trong suy tim tiến triển

MCS tạm thời nên được cân nhắc ở một số bệnh nhân được lựa chọn có mất ổn định huyết động liên quan suy tim, với mục tiêu làm cầu nối đến hồi phục (BTR), cầu nối đến quyết định (BTD), cầu nối sang phương thức hỗ trợ khác (BTB), cầu nối đến khi đủ điều kiện điều trị/ghép tim (BTC), hoặc cầu nối đến ghép tim (BTT).

IIa | C

https://trungtamthuoc.com/

Chẩn đoán và đánh giá suy tim tiến triển

Tiêu chuẩn định nghĩa suy tim tiến triển
Tất cả các tiêu chí sau phải hiện diện mặc dù đã điều trị FMT, AMT và GDIT:
1. Triệu chứng suy tim nặng và dai dẳng — NYHA III hoặc IV.
2. Rối loạn chức năng tim nặng, được xác định khi có ít nhất một trong các tiêu chí sau: • LVEF ≤30%. • Suy thất phải đơn độc, ví dụ bệnh cơ tim thất phải gây loạn nhịp (ARVC). • Bất thường van tim nặng không thể phẫu thuật. • Bất thường tim bẩm sinh nặng không thể phẫu thuật. • BNP hoặc NT-proBNP tăng cao kéo dài hoặc tiếp tục tăng, kèm rối loạn chức năng tâm trương thất trái nặng hoặc bất thường cấu trúc tim, ví dụ HFpEF[a], bệnh cơ tim phì đại hoặc bệnh cơ tim hạn chế.
3. Có các đợt sung huyết phổi hoặc sung huyết hệ thống cần điều trị bằng lợi tiểu tĩnh mạch liều cao hoặc phối hợp nhiều thuốc lợi tiểu; hoặc loạn nhịp ác tính gây ≥2 lần khám cấp cứu không theo kế hoạch hoặc nhập viện trong 12 tháng qua; hoặc ≥1 đợt cung lượng tim thấp cần sử dụng thuốc tăng co bóp cơ tim hoặc thuốc vận mạch.
4. Khả năng gắng sức suy giảm nặng, biểu hiện bằng không thể gắng sức, hoặc quãng đường đi bộ 6 phút <300 m, hoặc pVO_2 <12–14 mL/kg/phút[b], hoặc <50% giá trị dự đoán, và được xác định chủ yếu do nguyên nhân tim.

AMT: liệu pháp điều trị nội khoa bổ sung; **ARVC**: bệnh cơ tim thất phải gây loạn nhịp; **BNP**: peptide lợi niệu type B; **FMT**: liệu pháp điều trị nội khoa nền tảng; **GDIT**: liệu pháp can thiệp theo hướng dẫn; **HF**: suy tim; **HFpEF**: suy tim phân suất tống máu bảo tồn; **i.v.**: đường tĩnh mạch; **LV**: thất trái; **LVEF**: phân suất tống máu thất trái; **NT-proBNP**: phân đoạn N tận cùng của tiền peptide lợi niệu type B; **NYHA**: Hội Tim New York; **pVO** : mức tiêu thụ oxy đỉnh; **RV**: thất phải.
br> **a** Xem Bảng Tiêu chí siêu âm tim đơn giản hỗ trợ bằng chứng khách quan cho chẩn đoán suy tim phân suất tống máu bảo tồn(bên dưới).
b Ngưỡng 12 mL/kg/phút áp dụng cho bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc chẹn beta.

Tiêu chí siêu âm tim đơn giản hỗ trợ bằng chứng khách quan cho chẩn đoán suy tim phân suất tống máu bảo tồn	
Tiêu chí	**Ngưỡng siêu âm tim**
Phì đại thất trái	Chỉ số khối cơ thất trái (LV mass index) ≥95 g/m² ở nữ hoặc

https://trungtamthuoc.com/

	≥115 g/m² ở nam HOẶC bề dày thành tương đối >0,42
Giãn nhĩ trái (thể tích nhĩ trái hiệu chỉnh theo diện tích bề mặt cơ thể[BSA])	>34 mL/m² khi nhịp xoang; >40 mL/m² khi rung nhĩ
Tăng khả năng có tăng áp lực đổ đầy thất trái	E/e′ >9 khi nghỉ[a]
Tăng áp lực động mạch phổi tâm thu ước tính	>35 mmHg HOẶC vận tốc dòng hở van ba lá khi nghỉ >2,8 m/s

a Giá trị E/e′ ≥15 có độ đặc hiệu cao hơn nhưng độ nhạy thấp hơn đối với chẩn đoán HFpEF.

Tham vấn sớm với trung tâm suy tim tiến triển[18] được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim tiến triển hoặc có nguy cơ tiến triển thành suy tim tiến triển, có nguyện vọng điều trị và không có chống chỉ định tuyệt đối với ghép tim hoặc hỗ trợ tuần hoàn cơ học dài hạn[19], nhằm đánh giá khả năng phù hợp với các liệu pháp này.[20]

I A

18. Trung tâm có thực hiện cấy LVAD và/hoặc ghép tim.
19. Tiêu chuẩn đủ điều kiện được trình bày trong Bảng 3 và 4.
20. Nhóm chuyên trách xếp khuyến cáo này ở mức chứng cứ A do hiệu quả lâm sàng rõ ràng.

Bảng 3. Chỉ định và chống chỉ định cấy thiết bị hỗ trợ thất trái (LVAD)

Chỉ định[a]

Suy tim với LVEF giảm nặng và có một trong các tình trạng sau:

- INTERMACS(hệ thống phân loại của Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support) 1–2, chức năng thần kinh và các cơ quan đích khác đã hồi phục nhưng chức năng tim không hồi phục khi đang được hỗ trợ tuần hoàn cơ học tạm thời.

HOẶC

- INTERMACS 2–4.

HOẶC
Triệu chứng và dấu hiệu nặng (NYHA III/IV; INTERMACS >4) mặc dù đã được điều trị FMT và GDIT tối ưu, kèm ít nhất một trong các tiêu chí sau:

https://trungtamthuoc.com/

- Không thể gắng sức do suy tim; hoặc nếu có thể thực hiện Nghiệm pháp gắng sức tim phổi (CPET), pVO_2(mức tiêu thụ oxy đỉnh) <12–14 mL/kg/phút và/hoặc <50% giá trị dự đoán.
- Rối loạn chức năng cơ quan đích do giảm tưới máu, bao gồm chức năng thận và/hoặc gan xấu đi, tăng áp phổi nhóm 2 hoặc suy mòn do tim, được biểu hiện bởi chỉ số tim ≤2 L/phút/m^2 mặc dù bệnh nhân ở trạng thái bình thể tích hoặc còn quá tải thể tích kháng trị.
- Nhập viện do suy tim tái diễn trong 12 tháng trước đó mà không có yếu tố thúc đẩy rõ ràng.

Chống chỉ định

Chống chỉ định tuyệt đối

- Rối loạn chức năng thất phải nặng mặc dù đã đạt trạng thái bình thể tích.
- Bệnh cơ quan đích không hồi phục nặng, bao gồm bệnh thận và/hoặc gan.
- Bệnh thần kinh nặng không hồi phục.
- Bệnh phổi nặng.
- Chống chỉ định với điều trị chống đông đường uống dài hạn.
- Không tuân thủ điều trị và/hoặc các hạn chế tâm lý–xã hội khác.
- Thiếu sự hỗ trợ xã hội cần thiết để bảo đảm tuân thủ điều trị và chăm sóc ngoại trú.
- Tình trạng tâm lý không ổn định, làm ảnh hưởng đến khả năng theo dõi thích hợp và tuân thủ chế độ điều trị tích cực sau cấy thiết bị.

Chống chỉ định tương đối

- Béo phì hoặc suy dinh dưỡng.
- Bệnh cơ xương khớp làm hạn chế khả năng phục hồi chức năng.
- Bệnh ác tính, tùy theo loại ung thư và tiên lượng.
- Bệnh động mạch ngoại biên nặng.
- Nhiễm trùng toàn thân.
- Lạm dụng rượu hoặc các chất gây nghiện trong vòng 6 tháng gần đây, hoặc đang hút thuốc.
- Suy giảm chức năng nhận thức.
- Tình trạng suy yếu (frailty).

a. Chỉ định do trung tâm ghép tim xác lập, bao gồm đánh giá mức độ nặng của suy tim bằng Thông tim phải(RHC) và/hoặc Nghiệm pháp gắng sức tim phổi(CPECT).

Bảng 4. Chỉ định và chống chỉ định ghép tim

https://trungtamthuoc.com/

Chỉ định[b]

- Suy tim tiến triển và không còn lựa chọn điều trị thích hợp nào khác, ngoại trừ hỗ trợ tuần hoàn cơ học dài hạn như một cầu nối đến ghép tim (BTT).

Chống chỉ định tuyệt đối

- Không có khả năng tuân thủ chế độ điều trị, ví dụ sa sút trí tuệ.
- Bệnh đồng mắc nghiêm trọng với tiên lượng xấu, không thể cải thiện hoặc đảo ngược bằng ghép tim.

Chống chỉ định khác

- Nhiễm trùng đang hoạt động[c.]
- Bệnh động mạch ngoại biên hoặc bệnh mạch máu não nặng.
- Tăng sức cản mạch phổi, nếu không hồi phục bằng điều trị thuốc[d.]
- Ung thư[e.]
- Rối loạn chức năng gan không hồi phục như xơ gan, hoặc rối loạn chức năng thận không hồi phục[f.]
- Bệnh hệ thống có tổn thương đa cơ quan.
- BMI >35 kg/m² hoặc suy mòn nặng.
- Lạm dụng rượu hoặc chất gây nghiện, hoặc đang hút thuốc trong vòng 6 tháng gần đây.
- Tình trạng tâm lý không ổn định.
- Thiếu sự hỗ trợ xã hội cần thiết để bảo đảm tuân thủ điều trị và chăm sóc ngoại trú.

b. Chỉ định ghép tim do trung tâm ghép tim xác lập, bao gồm đánh giá mức độ nặng của suy tim bằng thông tim phải và/hoặc nghiệm pháp gắng sức tim phổi.
c. Nhiễm trùng đang hoạt động là một chống chỉ định tương đối của ghép tim; tuy nhiên, LVAD(thiết bị hỗ trợ thất trái) bị nhiễm trùng có thể lại là một chỉ định ghép tim.
d. Nên cân nhắc LVAD như một cầu nối đến khi đủ điều kiện ghép tim.
e. Một số trường hợp được lựa chọn rất kỹ vẫn có thể đủ điều kiện ghép tim và cần được thảo luận cùng bác sĩ ung bướu.
f. Có thể cân nhắc ghép tim–gan kết hợp hoặc ghép tim–thận kết hợp.

Nghiệm pháp gắng sức tim phổi được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim tiến triển như một phần của quá trình đánh giá trước ghép tim và hỗ trợ tuần hoàn cơ học dài hạn.

I C

https://trungtamthuoc.com/

Thông tim phải được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim tiến triển như một phần của quá trình đánh giá trước ghép tim và hỗ trợ tuần hoàn cơ học dài hạn.

I C

https://trungtamthuoc.com/

Điều trị nội khoa ở bệnh nhân suy tim tiến triển

Nên cân nhắc giảm liều hoặc ngừng thuốc chẹn beta hoặc ivabradine ở một số bệnh nhân HFrEF tiến triển có bằng chứng giảm tưới máu cơ quan mặc dù đã được điều trị ban đầu, nhằm tăng cung lượng tim và cải thiện triệu chứng.

IIa C

Nên cân nhắc truyền liên tục thuốc tăng co bóp cơ tim ở bệnh nhân HFrEF tiến triển có cung lượng tim thấp kèm bằng chứng giảm tưới máu hoặc rối loạn chức năng cơ quan đích, như một cầu nối đến quyết định (BTD), cầu nối đến ghép tim (BTT) hoặc cầu nối đến hỗ trợ tuần hoàn cơ học dài hạn, nhằm tăng cung lượng tim và cải thiện triệu chứng.

IIa C

Nên cân nhắc liệu pháp thay thế thận ở bệnh nhân có quá tải thể tích kháng trị và suy thận giai đoạn cuối, nhằm cải thiện triệu chứng.

IIa C

Có thể cân nhắc siêu lọc ở bệnh nhân có quá tải thể tích kháng trị, không đáp ứng với tăng cường điều trị lợi tiểu, nhằm giảm nguy cơ tái nhập viện.

IIb C

https://trungtamthuoc.com/

Hỗ trợ tuần hoàn cơ học dài hạn ở bệnh nhân suy tim tiến triển

Hỗ trợ tuần hoàn cơ học dài hạn bằng thiết bị hỗ trợ thất trái (LVAD) được khuyến cáo ở một số bệnh nhân được lựa chọn[21] bị HFrEF tiến triển, mặc dù đã điều trị FMT và GDIT, với mục tiêu làm cầu nối đến ghép tim (BTT), cầu nối đến khi đủ điều kiện điều trị/ghép tim (BTC), cầu nối đến hồi phục (BTR), hoặc điều trị đích lâu dài (destination therapy), nhằm cải thiện triệu chứng và giảm nguy cơ tử vong.

I C

21. Tiêu chuẩn đủ điều kiện được trình bày trong Bảng 3.

Nên cân nhắc xét nghiệm mô bệnh học mô tim được lấy ra trong phẫu thuật cấy LVAD hoặc ghép tim ở bệnh nhân suy tim không do thiếu máu cục bộ, nhằm xác định căn nguyên có thể điều trị được hoặc hỗ trợ sàng lọc người thân trong gia đình.

IIa C

https://trungtamthuoc.com/

Ghép tim

Ghép tim được khuyến cáo ở một số bệnh nhân được lựa chọn[22] bị suy tim tiến triển kháng trị với FMT(liệu pháp điều trị nội khoa nền tảng) và GDIT(liệu pháp can thiệp theo hướng dẫn), không có chống chỉ định, nhằm cải thiện Chất lượng cuộc sống(QoL) và kéo dài thời gian sống.

I C

22. Tiêu chuẩn đủ điều kiện được trình bày trong Bảng 4.

https://trungtamthuoc.com/

Xử trí rung nhĩ ở bệnh nhân suy tim: Khuyến cáo về điều trị chống đông

Thuốc chống đông đường uống được khuyến cáo ở bệnh nhân rung nhĩ lâm sàng có nguy cơ huyết khối thuyên tắc tăng, được xác định bằng thang điểm CHA_2DS_2-VA[23], nhằm phòng ngừa đột quỵ thiếu máu cục bộ và huyết khối thuyên tắc.

I A

23. Xem công cụ CHA_2DS_2-VA.

DOAC được khuyến cáo ưu tiên hơn VKA ở bệnh nhân suy tim[24] nhằm phòng ngừa đột quỵ và huyết khối thuyên tắc.

I B1

24. Ngoại trừ bệnh nhân hẹp van hai lá mức độ vừa hoặc nặng và bệnh nhân có van tim cơ học, trong đó VKA được khuyến cáo.

https://trungtamthuoc.com/

Xử trí rung nhĩ ở bệnh nhân suy tim: Kiểm soát tần số thất

Thuốc chẹn beta được khuyến cáo là điều trị hàng đầu để kiểm soát tần số thất ngắn hạn và dài hạn ở bệnh nhân HFrEF và rung nhĩ có tình trạng lâm sàng ổn định.

I C

Digoxin nên được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF và rung nhĩ có tình trạng ổn định khi tần số thất vẫn còn cao mặc dù đã dùng chẹn beta, hoặc khi chẹn beta chống chỉ định/không dung nạp, nhằm kiểm soát tần số thất ngắn hạn và dài hạn.

IIa C

Đốt nút nhĩ–thất kết hợp CRT nên được cân nhắc ở bệnh nhân rung nhĩ vĩnh viễn có triệu chứng nặng, kiểm soát tần số thất kém mặc dù đã điều trị nội khoa và có ít nhất một lần nhập viện do suy tim, nhằm giảm triệu chứng, hạn chế hoạt động thể lực, tái nhập viện do suy tim và tử vong.

IIa B1

Amiodarone hoặc digoxin đường tĩnh mạch có thể được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF và rung nhĩ có mất ổn định huyết động, nhằm ổn định bệnh nhân và kiểm soát cấp thời tần số tim.

IIb C

https://trungtamthuoc.com/

Xử trí rung nhĩ ở bệnh nhân suy tim: Chuyển nhịp

Chuyển nhịp cấp cứu được khuyến cáo trong bối cảnh suy tim mất bù ở bệnh nhân có đáp ứng thất nhanh và mất ổn định huyết động, nhằm khôi phục nhịp xoang.

I C

https://trungtamthuoc.com/

Xử trí rung nhĩ ở bệnh nhân suy tim: Đốt rung nhĩ qua catheter

Đốt rung nhĩ qua catheter nên được cân nhắc ở một số bệnh nhân được lựa chọn[25] có rung nhĩ triệu chứng và HFrEF nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong.

IIa C

25. Cần có đồng thời tất cả các tiêu chí sau: gánh nặng rung nhĩ cao, thời gian rung nhĩ dai dẳng liên tục <1 năm, và có mối liên hệ nhân quả rõ ràng giữa rung nhĩ và suy tim.

https://trungtamthuoc.com/

Tái thông mạch vành trong hội chứng vành mạn ở bệnh nhân suy tim: Tái thông mạch vành nhằm cải thiện triệu chứng (HFpEF và HFrEF)

Tái thông mạch vành được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim có bệnh động mạch vành tắc nghẽn và đau thắt ngực dai dẳng mặc dù đã điều trị FMT cho suy tim và thuốc chống đau thắt ngực, nhằm giảm triệu chứng.

I C

https://trungtamthuoc.com/

Tái thông mạch vành trong hội chứng vành mạn ở bệnh nhân suy tim: Tái thông mạch vành nhằm cải thiện tiên lượng (HFrEF)

Nếu đã có kế hoạch tái thông mạch vành sau khi được Heart Team đánh giá, CABG(phẫu thuật bắc cầu động mạch vành) nên được cân nhắc là chiến lược tái thông mạch vành ưu tiên ở bệnh nhân có LVEF ≤35% và bệnh động mạch vành(CAD) nhiều nhánh phù hợp với phẫu thuật, nhằm cải thiện sống còn lâu dài.

IIa B1

https://trungtamthuoc.com/

Bệnh van tim ở bệnh nhân suy tim: Hẹp van động mạch chủ

Can thiệp van động mạch chủ bằng SAVR(thay van động mạch chủ bằng phẫu thuật) hoặc TAVI(thay van động mạch chủ qua ống thông) được khuyến cáo ở bệnh nhân hẹp van động mạch chủ nặng kèm suy tim[26] nhằm cải thiện triệu chứng và giảm nguy cơ tử vong.

I B1

26. Khuyến cáo này áp dụng cho bệnh nhân hẹp van động mạch chủ nặng chênh áp cao, không phụ thuộc LVEF, và bệnh nhân hẹp van động mạch chủ lưu lượng thấp–chênh áp thấp kèm HFrEF. Đối với hẹp van động mạch chủ lưu lượng thấp–chênh áp thấp ở bệnh nhân HFpEF, xem Hướng dẫn ESC/EACTS 2025 về quản lý bệnh van tim.

https://trungtamthuoc.com/

Bệnh van tim ở bệnh nhân suy tim: Hở van hai lá thứ phát

Sửa van hai lá qua ống thông kiểu áp sát hai mép van (M-TEER) được khuyến cáo ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng, huyết động ổn định và hở van hai lá thứ phát nặng dai dẳng mặc dù đã tối ưu FMT và CRT nếu có chỉ định, đồng thời đáp ứng các tiêu chí lâm sàng và siêu âm tim cụ thể[27], nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và cải thiện chất lượng cuộc sống.

I B1

27. Tiêu chí lâm sàng và siêu âm tim được trình bày trong Bảng 5.

Bảng 5. Tiêu chí lựa chọn bệnh nhân để sửa van hai lá qua ống thông kiểu áp sát hai mép van (M-TEER) ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm

Tiêu chí lâm sàng và siêu âm tim
• Đã được tối ưu liệu pháp điều trị nội khoa nền tảng (FMT) và các liệu pháp can thiệp theo hướng dẫn (GDIT) khác, bao gồm CRT nếu có chỉ định. • NYHA ≥ II. • Có ít nhất một lần nhập viện do suy tim trong vòng 1 năm qua HOẶC tăng nồng độ peptide lợi niệu: BNP ≥300 pg/mL hoặc NT-proBNP ≥1000 pg/mL. • Không có suy tim giai đoạn D (suy tim tiến triển). • Không có bệnh động mạch vành cần tái thông mạch vành. • Không có bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim hạn chế hoặc bệnh cơ tim thâm nhiễm. • LVEF 20%–50%. • Đường kính cuối tâm thu thất trái (LVESD) ≤70 mm. • Giải phẫu van hai lá phù hợp để thực hiện TEER. • Áp lực động mạch phổi tâm thu (sPAP) ≤70 mmHg. • Không có rối loạn chức năng thất phải nặng. • Không có bệnh van động mạch chủ và/hoặc van ba lá nặng.

M-TEER có thể được cân nhắc ở một số bệnh nhân HFrEF có triệu chứng, hở van hai lá thứ phát nặng dai dẳng mặc dù đã tối ưu FMT và CRT nếu có chỉ định, sau khi đã loại trừ lựa chọn LVAD hoặc ghép tim, nhưng không đáp ứng các tiêu chí lâm sàng và siêu âm tim liên quan đến cải thiện tiên lượng[d], nhằm cải thiện triệu chứng.

IIb C

https://trungtamthuoc.com/

Béo phì ở bệnh nhân suy tim

Semaglutide hoặc tirzepatide nên được cân nhắc ở bệnh nhân suy tim có triệu chứng, LVEF ≥45% và BMI ≥30 kg/m², không phụ thuộc tình trạng đái tháo đường, nhằm giảm cân, cải thiện khả năng gắng sức và chất lượng cuộc sống.

IIa B1

Phẫu thuật giảm cân có thể được cân nhắc ở bệnh nhân suy tim kèm béo phì và BMI ≥35 kg/m² nhằm giảm cân, khi các biện pháp thay đổi lối sống có cấu trúc, lặp lại nhiều lần kết hợp với thuốc giảm cân không giúp duy trì giảm cân lâu dài.

IIb C

https://trungtamthuoc.com/

Thiếu sắt ở bệnh nhân suy tim

Bổ sung sắt đường tĩnh mạch được khuyến cáo ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng và thiếu sắt nhằm giảm triệu chứng suy tim và cải thiện chất lượng cuộc sống.

I B1

Bổ sung sắt đường tĩnh mạch nên được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có triệu chứng và thiếu sắt nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim.

IIa B1

https://trungtamthuoc.com/

Bệnh phổi và rối loạn hô hấp khi ngủ

Thông khí servo thích nghi (adaptive servo-ventilation, ASV) có thể được cân nhắc ở bệnh nhân HFrEF có rối loạn hô hấp khi ngủ với ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn chiếm ưu thế, nhằm cải thiện chất lượng giấc ngủ, chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe và triệu chứng.

IIb C

Không khuyến cáo ASV(thông khí servo thích nghi) ở bệnh nhân HFrEF có rối loạn hô hấp khi ngủ với ngưng thở khi ngủ trung ương chiếm ưu thế, do làm tăng nguy cơ tử vong tim mạch(CV) và tử vong do mọi nguyên nhân.

III A

https://trungtamthuoc.com/

Lo âu, trầm cảm và tình trạng suy yếu

Nên cân nhắc đánh giá lo âu, trầm cảm và tình trạng suy yếu (frailty) ở bệnh nhân suy tim nhằm hỗ trợ xây dựng kế hoạch chăm sóc cá thể hóa và xác định các yếu tố có thể góp phần làm tăng nguy cơ kết cục bất lợi.

IIa C

https://trungtamthuoc.com/

Các bệnh đồng mắc ngoài tim mạch khác

Nên cân nhắc tiêm vắc xin cúm và phế cầu ở bệnh nhân suy tim nhằm giảm nguy cơ biến chứng viêm phổi, nhập viện và tử vong.

IIa C

Không khuyến cáo sử dụng NSAID(thuốc chống viêm không steroid) và thuốc ức chế COX-2(cyclooxygenase-2) ở bệnh nhân suy tim vì làm tăng nguy cơ suy tim nặng lên và nhập viện do suy tim(HFH).

III B2

https://trungtamthuoc.com/

Quản lý suy tim theo mô hình đa chuyên khoa

Chương trình quản lý suy tim đa chuyên khoa được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong.

I B1

Giáo dục về suy tim và các chiến lược tự quản lý bệnh được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong.

I A

Các can thiệp đa chuyên khoa nhằm cải thiện tuân thủ điều trị, bao gồm đánh giá hiểu biết sức khỏe và rà soát đa thuốc, được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim nhằm giảm nguy cơ nhập viện và tử vong.

I B2

https://trungtamthuoc.com/

Luyện tập thể lực và phục hồi chức năng tim mạch

Chương trình luyện tập thể lực cá thể hóa trong khuôn khổ phục hồi chức năng tim mạch đa chuyên khoa dựa trên vận động được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân ổn định, trừ khi có chống chỉ định cụ thể, nhằm cải thiện khả năng gắng sức và chất lượng cuộc sống, đồng thời giảm nguy cơ nhập viện do mọi nguyên nhân.

I B1

Luyện tập thể lực cá thể hóa ngoài chương trình phục hồi chức năng tim mạch dựa trên vận động được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân ổn định về lâu dài, trừ khi có chống chỉ định cụ thể, nhằm cải thiện khả năng gắng sức và chất lượng cuộc sống, đồng thời giảm nguy cơ nhập viện do mọi nguyên nhân.

I B2

Phục hồi chức năng tim mạch[28] được khuyến cáo ở bệnh nhân có LVAD nhằm cải thiện khả năng hoạt động chức năng và chất lượng cuộc sống.

I B1

28. Có thể là phục hồi chức năng tim mạch toàn diện hoặc phục hồi chức năng tim mạch dựa trên luyện tập thể lực.

Phục hồi chức năng tim mạch[28] nên được cân nhắc ở bệnh nhân suy tim mất bù (DHF) ngay khi có thể thực hiện an toàn, nhằm cải thiện khả năng hoạt động chức năng và chất lượng cuộc sống.

IIa B1

28. Có thể là phục hồi chức năng tim mạch toàn diện hoặc phục hồi chức năng tim mạch dựa trên luyện tập thể lực.

https://trungtamthuoc.com/

Theo dõi từ xa xâm lấn và không xâm lấn

Theo dõi huyết động từ xa bằng áp lực động mạch phổi(PA) nên được cân nhắc ở bệnh nhân suy tim có triệu chứng, NYHA III, và đã có ít nhất một lần nhập viện do suy tim trong 12 tháng qua, nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim(HFH).

IIa B1

Các phương thức theo dõi từ xa không xâm lấn có thể được cân nhắc ở bệnh nhân suy tim nhằm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim.

IIb B1

https://trungtamthuoc.com/

Theo dõi lâu dài

Chủ động trao đổi về diễn tiến suy tim, mục tiêu chăm sóc và lập kế hoạch chăm sóc trước được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim tiến triển nhằm hỗ trợ trao đổi về chăm sóc cuối đời và chất lượng cuộc sống.

I B1

Tiếp cận đội chăm sóc giảm nhẹ suy tim đa chuyên khoa tích hợp được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim giai đoạn tiến triển nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm gánh nặng triệu chứng.

I B2

https://trungtamthuoc.com/

Suy tim và thai kỳ

Chăm sóc và tư vấn trước khi mang thai được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim nhằm hỗ trợ ra quyết định liên quan đến điều trị suy tim, mang thai, biện pháp tránh thai, sàng lọc di truyền trước làm tổ và các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

I C

Ở phụ nữ mang thai bị HFrEF, được khuyến cáo chuyển từ thuốc chẹn beta không chọn lọc sang thuốc chẹn beta1 chọn lọc như metoprolol hoặc bisoprolol, đồng thời theo dõi chặt chẽ mẹ và thai nhi, nhằm giảm nguy cơ biến cố bất lợi trên thai và giảm nguy cơ trẻ nhẹ cân khi sinh.

I C

ACE-I(thuốc ức chế men chuyển), ARB(thuốc chẹn thụ thể angiotensin II), ARNI(thuốc ức chế thụ thể angiotensin–neprilysin), MRA(thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid), ivabradine và SGLT2-I(thuốc ức chế SGLT2) không được khuyến cáo trong thai kỳ do nguy cơ độc tính đối với thai nhi hoặc gây dị tật thai.

III C

https://trungtamthuoc.com/

Amyloidosis tim

Điều trị bằng thuốc làm giảm biểu hiện transthyretin TTR(transthyretin) silencer (vutrisiran) hoặc thuốc ổn định transthyretin (tafamidis hoặc acoramidis) được khuyến cáo ở bệnh nhân amyloidosis tim do transthyretin thể di truyền hoặc thể hoang dại, NYHA I–III, nhằm làm chậm tiến triển triệu chứng và giảm nguy cơ nhập viện do nguyên nhân tim mạch cũng như tử vong do mọi nguyên nhân.

I A

https://trungtamthuoc.com/

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure: Developed by the task force for the management of heart failure of ESC with HFA and EACTS

https://trungtamthuoc.com/

MỤC LỤC

1. GIỚI THIỆU

2. KHUYẾN CÁO

2.1 Dự phòng suy tim

2.2 Thăm dò chẩn đoán ở tất cả bệnh nhân nghi ngờ suy tim

2.3 Thăm dò tìm căn nguyên nền ở bệnh nhân HFpEF hoặc HFrEF

2.4 Thăm dò ở bệnh nhân HFrEF

2.5 Điều trị thuốc trong suy tim mạn: Tất cả bệnh nhân suy tim, không phụ thuộc LVEF

2.6 Điều trị thuốc trong suy tim mạn: HFrEF

2.7 Điều trị thuốc trong suy tim mạn: HFpEF

2.8 Cấy máy khử rung tim cấy ghép (ICD)

2.9 Cấy thiết bị tái đồng bộ tim (CRT)

2.10 Đánh giá trước xuất viện và theo dõi sớm sau xuất viện ở bệnh nhân nhập viện vì suy tim mất bù

2.11 Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Oxy và hỗ trợ thông khí

2.12 Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Thuốc lợi tiểu

2.13 Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Thuốc ức chế SGLT2

2.14 Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Thuốc giãn mạch

2.15 Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Thuốc tăng co bóp cơ tim

2.16 Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Thuốc vận mạch

2.17 Điều trị tức thời và giai đoạn trung gian của suy tim mất bù: Opioid

2.18 Sử dụng hỗ trợ tuần hoàn cơ học tạm thời ở bệnh nhân sốc tim

https://trungtamthuoc.com/

2.19 Sử dụng hỗ trợ tuần hoàn cơ học tạm thời ở bệnh nhân sốc tim: Sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp

2.20 Sử dụng hỗ trợ tuần hoàn cơ học tạm thời ở bệnh nhân sốc tim: Biến chứng cơ học liên quan nhồi máu cơ tim

2.21 Sử dụng hỗ trợ tuần hoàn cơ học tạm thời ở bệnh nhân sốc tim: Sốc tim trong suy tim tiến triển

2.22 Chẩn đoán và đánh giá suy tim tiến triển

2.23 Điều trị nội khoa ở bệnh nhân suy tim tiến triển

2.24 Hỗ trợ tuần hoàn cơ học dài hạn ở bệnh nhân suy tim tiến triển

2.25 Ghép tim

2.26 Xử trí rung nhĩ ở bệnh nhân suy tim: Khuyến cáo về điều trị chống đông

2.27 Xử trí rung nhĩ ở bệnh nhân suy tim: Kiểm soát tần số thất

2.28 Xử trí rung nhĩ ở bệnh nhân suy tim: Chuyển nhịp

2.29 Xử trí rung nhĩ ở bệnh nhân suy tim: Đốt rung nhĩ qua catheter

2.30 Tái thông mạch vành trong hội chứng vành mạn ở bệnh nhân suy tim: Tái thông mạch vành nhằm cải thiện triệu chứng (HFpEF và HFrEF)

2.31 Tái thông mạch vành trong hội chứng vành mạn ở bệnh nhân suy tim: Tái thông mạch vành nhằm cải thiện tiên lượng (HFrEF)

2.32 Bệnh van tim ở bệnh nhân suy tim: Hẹp van động mạch chủ

2.33 Bệnh van tim ở bệnh nhân suy tim: Hở van hai lá thứ phát

2.34 Béo phì ở bệnh nhân suy tim

2.35 Thiếu sắt ở bệnh nhân suy tim

2.36 Bệnh phổi và rối loạn hô hấp khi ngủ

2.37 Lo âu, trầm cảm và tình trạng suy yếu

2.38 Các bệnh đồng mắc ngoài tim mạch khác

2.39 Quản lý suy tim theo mô hình đa chuyên khoa

https://trungtamthuoc.com/

2.40 Luyện tập thể lực và phục hồi chức năng tim mạch

2.41 Theo dõi từ xa xâm lấn và không xâm lấn

2.42 Theo dõi lâu dài

2.43 Suy tim và thai kỳ

2.44 Amyloidosis tim

3. TÀI LIỆU THAM KHẢO

https://trungtamthuoc.com/

Tài liệu được chia sẻ từ HSCC.VN

at 22: 21 date 20/9/2026