Các điểm mới trong chẩn đoán và điều trị suy tim cấp theo khuyến cáo của ESC 2021

BS. Văn Đức Hạnh

Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai

Sáu điểm mới

1. Khái niệm **mới** về suy tim cấp
2. Lược đồ điều trị **nhấn mạnh ở nhóm sung huyết**
3. Nguyên nhân suy tim cấp CHAMP**IT**
4. Chẩn đoán và điều trị **theo các mốc thời gian**
5. **Giảm mức độ khuyến cáo** sử dụng lợi tiểu, giãn mạch, morphin
6. Đưa ra các **lược đồ điều trị theo 4 nhóm bệnh cảnh lâm sàng**

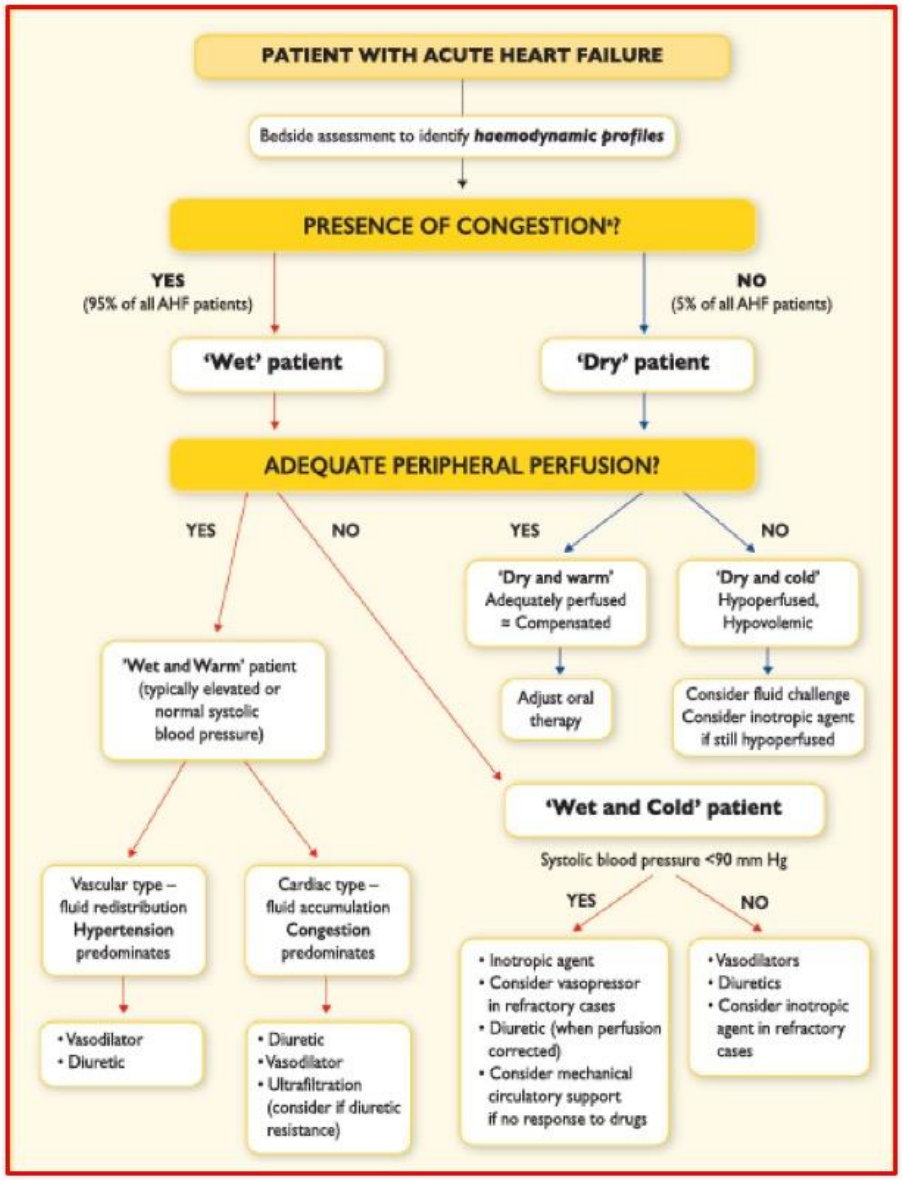
#1: Khái niệm suy tim cấp

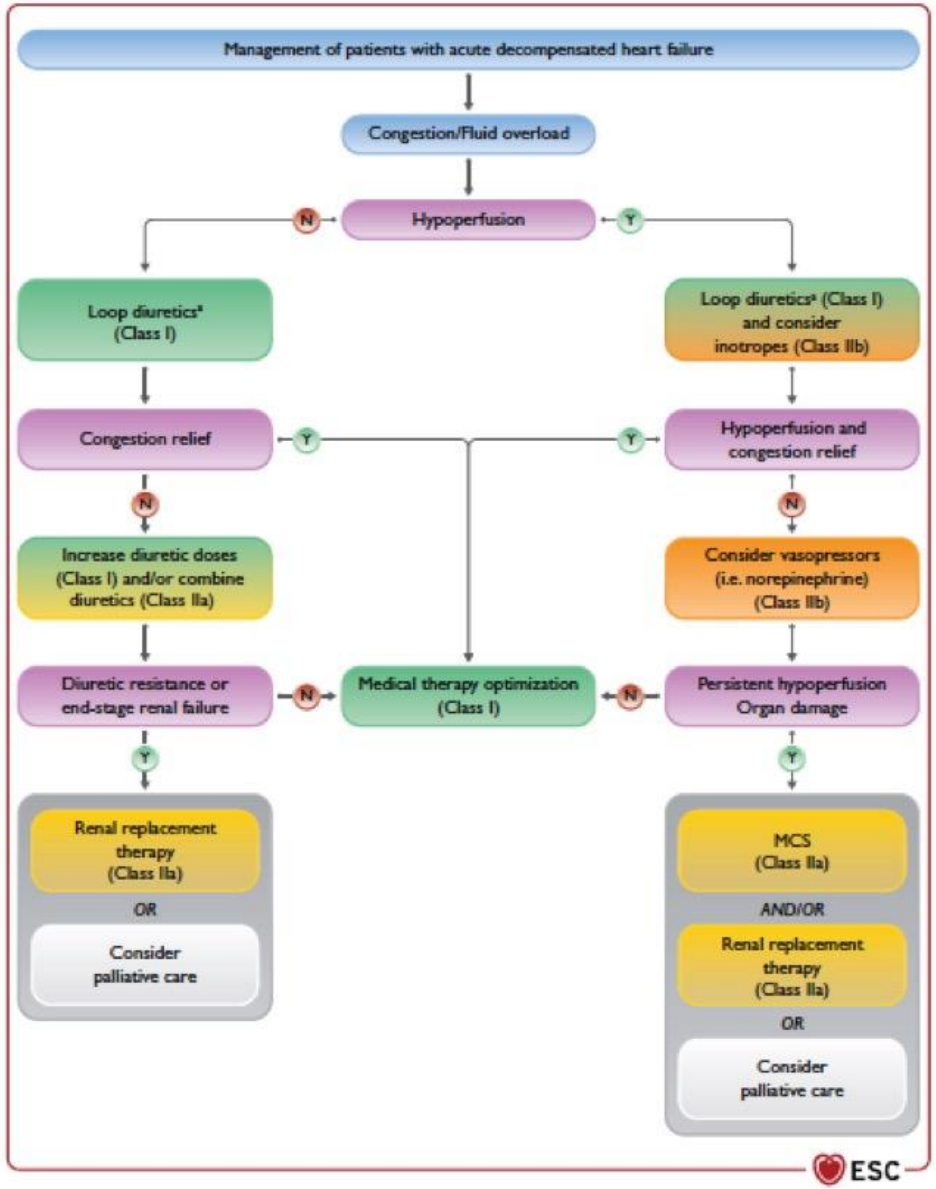
- **ESC 2016:** tình trạng khởi phát **nhanh** hoặc xấu đi **nhanh** của các dấu hiệu và/hoặc triệu chứng suy tim. Đe doạ tử vong.
- **ESC 2021:** dấu hiệu và/hoặc triệu chứng suy tim tiến triển **nhanh hoặc từ từ** khiến BN phải cần hỗ trợ y tế khẩn cấp, nhập viện không có kế hoạch hoặc khám bệnh cấp

European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200;
European Heart Journal (2021) 00, 1128; doi:10.1093/eurheartj/ehab368

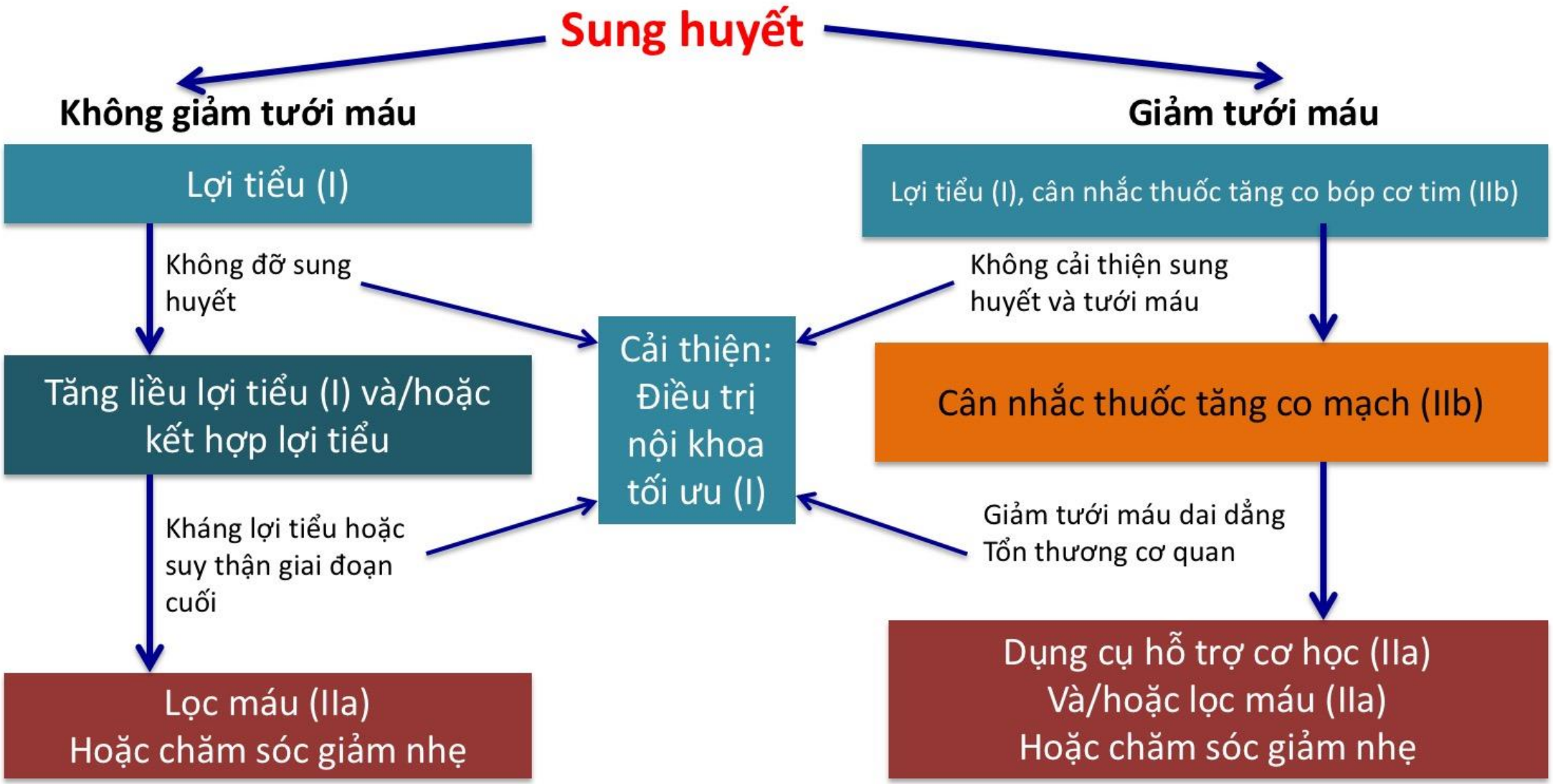
#2: Lược đồ điều trị suy tim cấp nhấn mạnh ở nhóm suy tim sung huyết

- Đánh giá lâm sàng: sung huyết (ẩm), giảm tưới máu (lạnh)
- Chia 4 nhóm theo lâm sàng (ẩm ấm, ẩm lạnh, khô ấm, khô lạnh)
- ESC 2016: lược đồ điều trị theo 4 nhóm
- ESC EORP HF Heart Failure Long-Term Registry (21 quốc gia, 211 trung tâm) (**2019**): 89,7% BN suy tim cấp nhập viện có sung huyết
- ESC 2021: lược đồ điều trị chú trọng ở nhóm sung huyết





BS. Văn Đức Hạnh, Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai



European Heart Journal (2021) 00, 1128; doi:10.1093/eurheartj/ehab368

BS. Văn Đức Hạnh, Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai

#3: Nguyên nhân suy tim cấp

CHAMP (2016)

↓

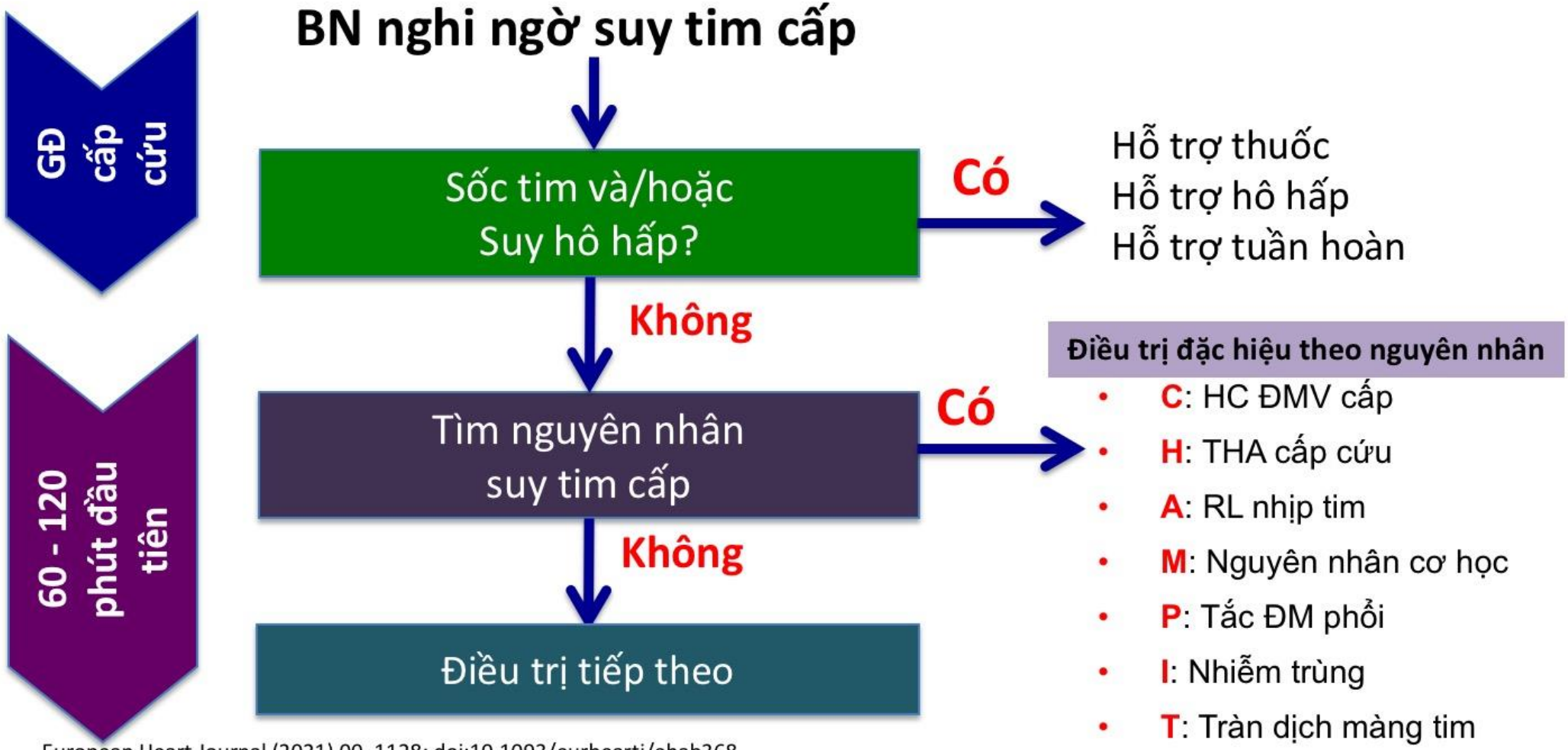
CHAMPIT (2021)

- **C**: HC ĐMV cấp
- **H**: THA cấp cứu
- **A**: RL nhịp tim
- **M**: Nguyên nhân cơ học
- **P**: Tắc ĐM phổi
- **I**: Nhiễm trùng
- **T**: Tràn dịch màng tim

#4. Theo dõi chẩn đoán và điều trị theo các mốc thời gian

- ESC đề cao vai trò của thực hành lâm sàng trong việc theo dõi chẩn đoán và điều trị theo các mốc thời gian
- Chẩn đoán
  - Giai đoạn cấp cứu ban đầu
  - Giai đoạn 60 – 120 phút đầu tiên
- Điều trị:
  - Các mốc 2h, 6h

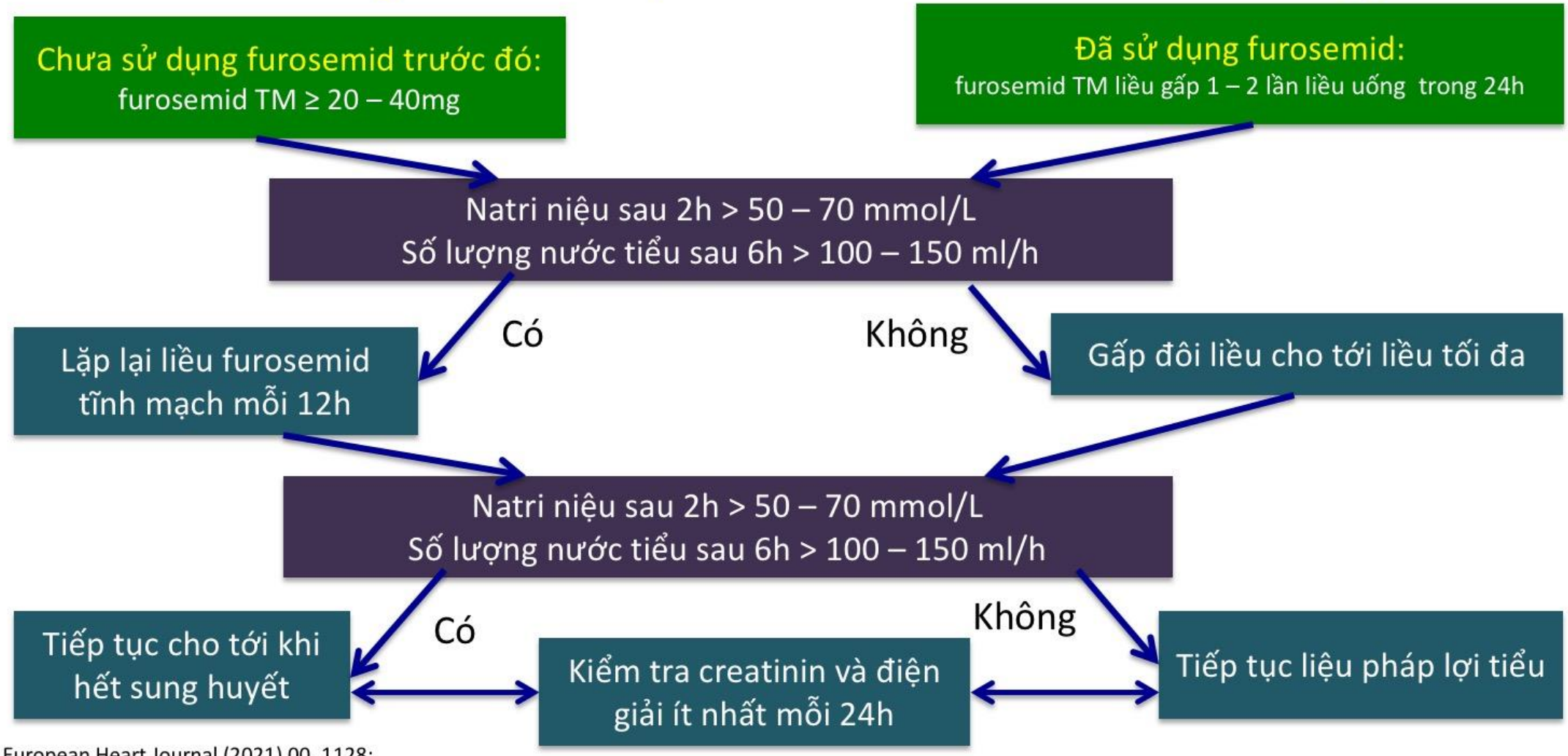
Xử trí suy tim cấp cần khẩn trương



European Heart Journal (2021) 00, 1128; doi:10.1093/eurheartj/ehab368

BS. Văn Đức Hạnh, Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai

Xử trí suy tim cấp theo các mốc thời gian



European Heart Journal (2021) 00, 1128;
doi:10.1093/eurheartj/ehab368

BS. Văn Đức Hạnh, Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai

#5. Vai trò các thuốc trong suy tim cấp

	ACC 2013	ESC 2016	ESC 2021
Lợi tiểu Cho BN quá tải thể tích	I B	I B	I C
Giãn mạch Cho BN khó thở	IIb A	IIa B	IIb B
Tăng co bóp cơ tim Thời gian ngắn	IIb B	IIb C	IIb C
Morphin		IIa C (ESC 2012)	III C

ESC 2021 đã giảm vai trò của các thuốc giãn mạch, lợi tiểu và Morphin so với khuyến cáo 2016

Yancy et al. JACC 2013, Vol. 62, No. 16, e147–239; European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200; European Heart Journal (2021) 00, 1128; doi:10.1093/eurheartj/ehab368

BS. Văn Đức Hạnh, Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai

Khuyến cáo về sử dụng giãn mạch

- **ACC/AHA 2013:** thuốc giãn mạch nitroglycerin, nitroprusside hoặc nesiritide có thể được cân nhắc **thêm vào với thuốc lợi tiểu (IIb-A)**
- **ESC 2016:** Thuốc giãn mạch đường truyền tĩnh mạch nên được cân nhắc chỉ định để làm **giảm triệu chứng cho BN suy tim cấp có HA tâm thu > 90mmHg** (không có triệu chứng tụt huyết áp) **(IIa-B)**
- **ESC 2016:** Ở những **BN suy tim cấp do cơn tăng huyết áp,** truyền tĩnh mạch thuốc giãn mạch cân được cân nhắc như là liệu pháp ban đầu để cải thiện triệu chứng và giảm sung huyết **(IIa-B)**
- **ESC 2021**: Ở BN suy tim cấp có **HA tâm thu >110 mmHg, cân nhắc truyền giãn mạch để cải thiện triệu chứng và sung huyết (IIb-B)**

Yancy et al. JACC 2013, Vol. 62, No. 16, e147–239; European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200; European Heart Journal (2021) 00, 1128; doi:10.1093/eurheartj/ehab368

Thử nghiệm GALACTIC

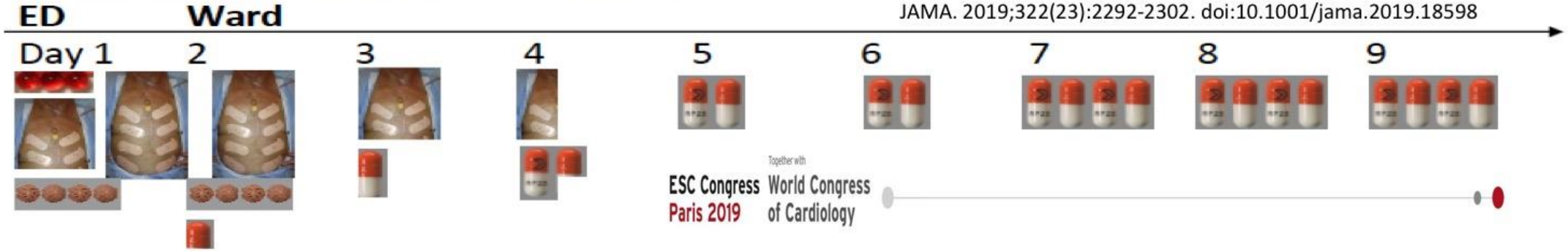
Intervention group	day 1 at hospital admission		day 1 6 h after admission		
systolic blood pressure [mm Hg]	< 130	> 130	90 - 110	111 - 130	> 130
per oral Glyceryl trinitrate capsule (i e. Nitroglycerin Streuli®) 0.8 mg or Spray (i.e. Corangin Nitrospray®)0.4mg	3 or 6 applic.	3 or 6 applic.			
transdermal Glyceryl trinitrate (i.e. Nitroderm® TTS) [mg / 24 h]	40 - 60	60 - 80	+ 0	+ 20 - 40	+ 20 - 60
Hydralazine (i. e. Hydrapres®) 25 mg	1 - 1 - 1 - 1	1 - 1 - 1 - 1	1 - 1 - 1 - 1	1 - 1 - 1 - 1	1 - 1 - 1 - 1
ACE-inhibitor, ARB, or ARNI					

Intervention group continuation	day 2 24 h till 48 h after admission				day 3 48 h till 72 h after admission			
systolic blood pressure [mm Hg]	90 - 110	111 - 130	131 - 150	> 150	90 - 110	111 - 130	131 - 150	> 150
transdermal Glyceryl trinitrate (i.e. Nitroderm® TTS) [mg / 12 h]	+ 20 - 40	+ 20 - 60	+ 40 - 80	+ 40 - 80	50% of day 2	50% of day 2	75% of day 2	100% of day 2
Hydralazine (i. e. Hydrapres®) 25 mg	1 - 1 - 1 - 1	1 - 1 - 1 - 1	1 - 1 - 1 - 1	1 - 1 - 1 - 1				
Ramipril (i. e. Triatec®) [mg/d][3]	1.25	1.25	2.5	2.5	2.5 - 3.75	2.5 - 3.75	2.5 - 5	2.5 - 5
Lisinopril (i. e. Zestril®) [mg/d][3]	2.5	2.5	5	5	2.5 - 5	5 - 7.5	10- 15	10 - 20
Enalapril (i. e. Reniten®) [mg/d][3]	5	5	10	10	5 - 10	5 - 10	10 - 15	10 - 20
Captopril (i. e. Capoten®) [mg/d][3]	37.5	37.5	50	50	37.5 - 50	37.5 - 50	50 - 75	50 - 75
Candesartan (i. e. Atacand®) [mg/d][4]	4	4	8	8	8 - 16	8 - 16	16 - 24	16 - 24

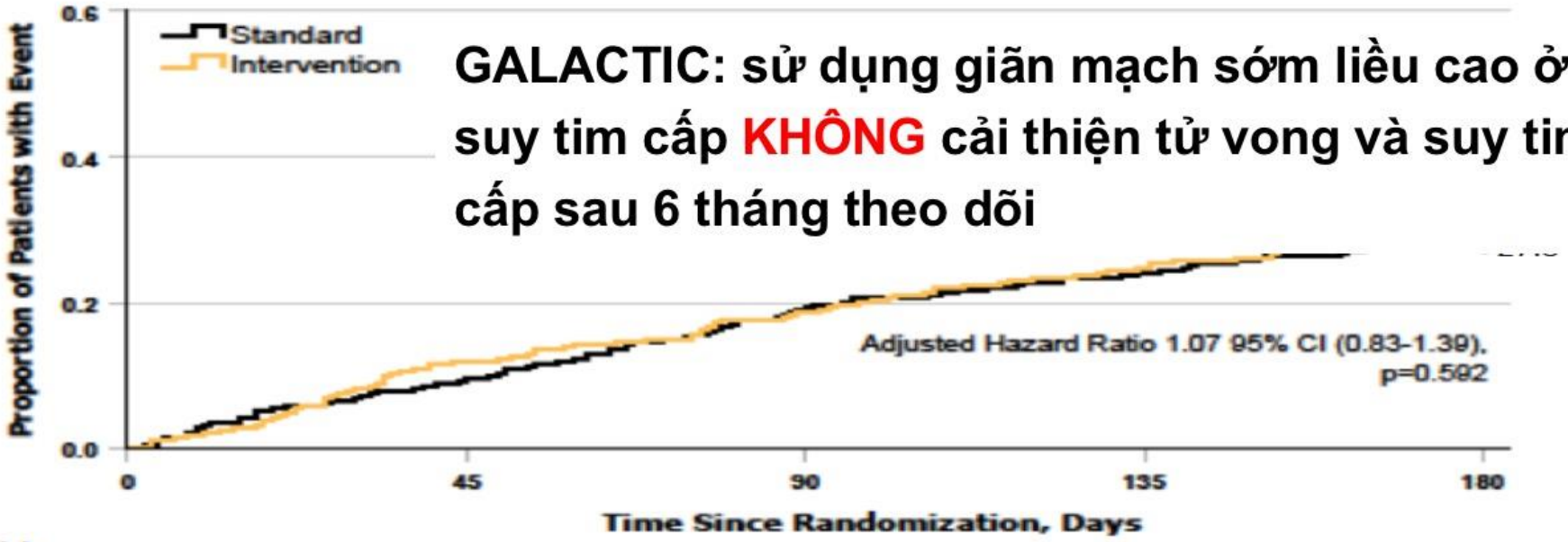
Intervention group continuation	day 4 72 h till 96 h after admission				day 5 96 h till 120 h after admission			
systolic blood pressure [mm Hg]	90 - 110	111 - 130	131 - 150	> 150	90 - 110	111 - 130	131 - 150	> 150
transdermal Glyceryl trinitrate (i.e. Nitroderm® TTS) [mg / 12 h]	25% of day 2	25% of day 2	50% of day 2	75% of day 2			25% of day 2	50% of day 2
Ramipril (i. e. Triatec®) [mg/d][3]	3.75 - 5	3.75 - 5	5 - 7.5	5 - 7.5	5 - 7.5	5 - 7.5	7.5 - 10	7.5 - 10
Lisinopril (i. e. Zestril®) [mg/d][3]	5 - 10	10 - 15	15 - 20	15 - 25	10 - 15	15 - 20	20 - 30	20 - 30
Enalapril (i. e. Reniten®) [mg/d][3]	10 - 15	10 - 15	15 - 20	20 - 30	15 - 20	15 - 20	20 - 30	30 - 40
Captopril (i. e. Capoten®) [mg/d][3]	50 - 75	50 - 75	75 - 100	75 - 100	75 - 100	75 - 100	100 - 150	100 - 150
Candesartan (i. e. Atacand®) [mg/d][4]	12 - 24	12 - 24	16 - 24	16 - 24	16 - 24	24 - 32	24 - 32	24 - 32
Losartan (i. e. Cozaar®) [mg/d][4]	50 - 75	50 - 75	75 - 100	75 - 100	75 - 100	75 - 100	75 - 100	75 - 100

- Thử nghiệm ngẫu nhiên, nhãn mở
- N = 788 BN suy tim cấp
- Sử dụng thuốc giãn mạch sớm, liều cao tăng dần theo phác đồ (n = 386) so với nhóm điều trị thường quy (n = 402)

JAMA. 2019;322(23):2292-2302. doi:10.1001/jama.2019.18598



Thử nghiệm GALACTIC:
Tử vong hoặc tái nhập viện vì suy tim cấp sau 6 tháng

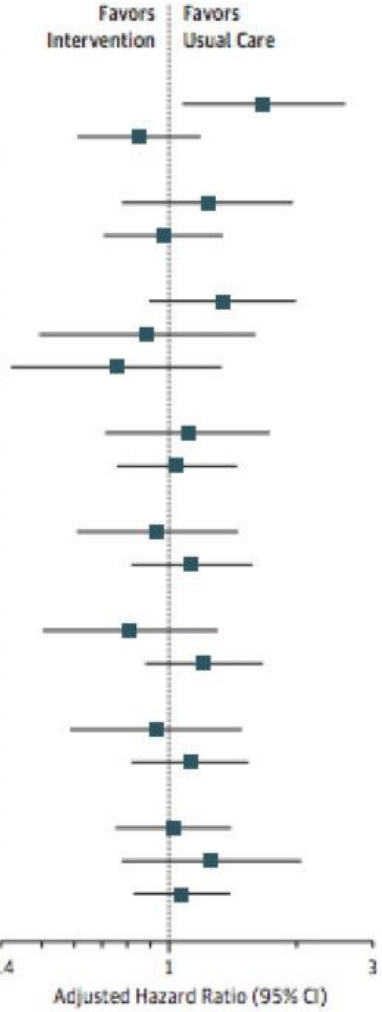


No at risk					
Standard	399	361	322	303	288
Intervention	382	337	311	287	265

GALACTIC: sử dụng giãn mạch sớm liều cao ở BN suy tim cấp KHÔNG cải thiện tử vong và suy tim cấp sau 6 tháng theo dõi

JAMA. 2019;322(23):2292-2302. doi:10.1001/jama.2019.18598

Prespecified Subgroups	No. of Primary Composite End-Point Events/Total No.		Adjusted Hazard Ratio (95% CI)	P Value	P Value for Interaction
	Early Intensive and Sustained Vasodilation (n = 382)	Usual Care (n = 399)			
Sex					
Female	53/140	34/148	1.67 (1.08-2.59)	.02	.02
Male	64/242	77/251	0.85 (0.61-1.19)	.35	
Age, y					
<75	43/144	34/159	1.23 (0.78-1.95)		.29
≥75	74/238	77/240	0.97 (0.70-1.34)		
LVEF, %					
<40	56/175	44/191	1.34 (0.90-1.99)		
40-49	23/63	23/59	0.89 (0.50-1.60)		.21
≥50	22/96	29/102	0.76 (0.43-1.33)		
Systolic blood pressure at randomization, mm Hg					
<120	43/107	37/103	1.11 (0.71-1.72)		.72
≥120	74/275	74/296	1.05 (0.76-1.45)		
Known coronary artery disease					
No	41/162	43/166	0.94 (0.61-1.45)		.57
Yes	76/220	68/233	1.13 (0.82-1.57)		
History of heart failure					
No	31/151	41/170	0.81 (0.51-1.30)		.17
Yes	86/231	70/229	1.21 (0.88-1.66)		
BNP concentration at randomization, ng/L					
<1000	36/145	37/158	0.93 (0.59-1.48)		.61
≥1000	81/237	74/241	1.12 (0.82-1.54)		
eGFR at randomization, mL/min/1.73 m^2					
<60	82/248	79/244	1.03 (0.75-1.40)		
≥60	35/134	32/155	1.26 (0.78-2.04)		.47
Total	117/382	111/399	1.07 (0.83-1.39)	.59	



Tử vong hoặc tái nhập viện vì suy tim cấp sau 6 tháng theo phân nhóm

Không khác biệt!

JAMA. 2019;322(23):2292-2302. doi:10.1001/jama.2019.18598

Research

Thử nghiệm ELISABETH

JAMA | Original Investigation

Effect of an Emergency Department Care Bundle on 30-Day Hospital Discharge and Survival Among Elderly Patients With Acute Heart Failure

The ELISABETH Randomized Clinical Trial

- N = 503, tuổi trung vị 87
- So sánh hiệu quả của nhóm truyền nitrat với nhóm dùng furosemid
- Tiêu chí chính: số ngày sống và ra viện ở ngày thứ 30
- Tiêu chí phụ: tử vong do mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày, tử vong tim mạch trong vòng 30 ngày, nhập viện không có kế hoạch, thời gian nằm viện, tổn thương thận

JAMA. 2020;324(19):1948-1956. doi:10.1001/jama.2020.19378

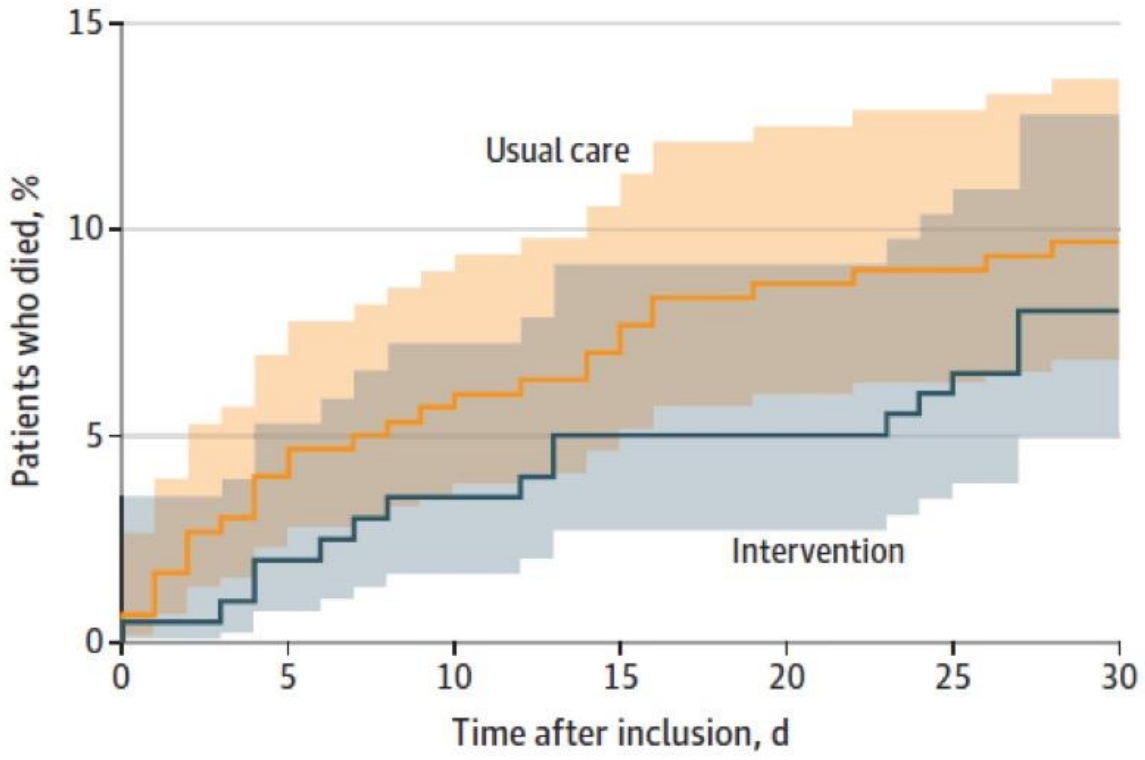
Điều trị ban đầu ở 2 nhóm

Variable	Intervention (n = 199)	Usual care (n = 303)	Adjusted difference (95% CI), %[a]
Treatment in the emergency department, No. (%)			
Furosemide[b]	195 (98.0)	274 (90.4)	6.8 (0.5 to 13.0)
Dose, median (IQR), mg	40.0 (40.0 to 80.0) (n = 195)	60.0 (40.0 to 80.0) (n = 273)	-13.1 mg (-25.4 to -0.9)
IV nitrates[c]	191 (96.0)	74 (24.5) (n = 302)	71.0 (61.6 to 80.3)
Cumulative dosing at hour 1, median (IQR), mg	18.0 (9.0-30.0) (n = 187)	3.0 (2.0-4.0) (n = 54)	14.9 mg (8.9 to 20.8)
Cumulative dosing at hour 4, median (IQR), mg	27.0 (9.0-53.5) (n = 188)	4.0 (2.0-6.0) (n = 73)	23.8 mg (13.5 to 34.1)
Antibiotics	39 (19.6)	38 (12.5)	10.8 (1.6 to 19.9)
Antiplatelet agents	15 (7.5)	23 (7.6)	0.2 (-7.9 to 8.4)
Dual antiplatelet agents[d]	4 (2.0)	3 (1.0)	
Antiarrhythmics	22 (11.1)	23 (7.6)	2.6 (-5.7 to 10.8)
Noninvasive ventilation	29 (14.6)	29 (9.6)	6.0 (-4.6 to 16.6)
ED discharge disposition, No. (%)			
Home	3 (1.5)	15 (5.0)	-3.1 (-9.4 to 3.2)
ED observation unit	96 (48.2)	137 (45.2)	-2.9 (-16.3 to 10.6)
Hospital ward	60 (30.2)	111 (36.6)	3.2 (-9.7 to 16.2)
Intensive care unit[e]	40 (20.1)	38 (12.5)	9.2 (-1.6 to 20.0)

- **Nhóm can thiệp:** nitrat trung vị tại giờ 1: 18 mg, trung vị tại giờ 4: 27 mg
- **Nhóm thường quy:** nitrat trung vị tại giờ 1: 3 mg, trung vị tại giờ 4: 4 mg

JAMA. 2020;324(19):1948-1956. doi:10.1001/jama.2020.19378

Tử vong do mọi nguyên nhân



No. of patients at risk							
Intervention	199	195	192	189	189	187	183
Usual care	299	287	282	278	273	272	270

JAMA. 2020;324(19):1948-1956. doi:10.1001/jama.2020.19378

BS. Văn Đức Hạnh, Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai

Kết quả thử nghiệm ELISABETH

End point	Intervention (n = 199)	Usual care (n = 303)	Difference (95% CI)		Adjusted ratio (95% CI)	Adjusted risk ratio (95% CI)
			Unadjusted	Adjusted[a]		
Primary, median (IQR)						
Time alive and out of hospital at 30 d, d	19.0 (0.0 to 24.0)	19.0 (0.0 to 24.0)	0.0 (-4.0 to 4.0)	-1.9 (-6.6 to 2.8)	0.88 (0.64 to 1.21)	
Secondary, No. (%)						
30-day all-cause mortality	16 (8.0)	29 (9.7) (n = 299)	-1.7% (-7.1% to 3.8%)	4.1% (-17.2% to 25.3%)		1.17 (0.53 to 2.57)
30-day cardiovascular mortality	10 (5.0)	22 (7.4) (n = 299)	-2.3% (-7.0% to 2.3%)	2.1% (-15.5% to 19.8%)		1.12 (0.45 to 2.82)
30-day hospital readmission	22 (14.3) (n = 154)	37 (15.7) (n = 235)	-1.5% (-9.2% to 6.3%)	-1.3% (-26.3% to 23.7%)		0.96 (0.48 to 1.95)
Length of hospital stay, median (IQR), d	8.0 (5.0 to 21.0) (n = 182)	8.0 (5 to 16.0) (n = 269)	0.0 (-1.8 to 1.8)	2.5 (-0.9 to 5.8)	1.22 (0.94 to 1.59)	
2-fold rise in creatinine level[b]	2 (1.0) (n = 192)	4 (1.4) (n = 287)				

Không có sự khác biệt về tiêu chí chính và tiêu chí phụ

JAMA. 2020;324(19):1948-1956. doi:10.1001/jama.2020.19378

BS. Văn Đức Hạnh, Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai

Sử dụng thuốc giãn mạch như thế nào cho hợp lý?

- Thuốc giãn mạch được chỉ định tốt nhất khi BN **có cơn tăng huyết áp**
- Trong trường hợp **không có tăng huyết áp**, sử dụng thuốc giãn mạch sớm và liều cao ở BN suy tim cấp do quá tải dịch **không mang lại lợi ích hơn so với điều trị thường quy** có thuốc lợi tiểu
- **Cải thiện sung huyết bằng giãn mạch sau khi ra viện** đóng vai trò quan trọng

Gregory Curfman, JAMA 2019;322, Number 23: 2289

Khuyến cáo của ESC về sử dụng morphin trong suy tim cấp theo thời gian

ESC 2012

Cân nhắc cho BN lo lắng, kích thích để cải thiện triệu chứng và mức độ khó thở. Cần theo dõi nguy cơ gây suy hô hấp

IIa - C

ESC 2016

Opiate cải thiện khó thở và lo lắng. Không nên sử dụng thường quy opiate, chỉ nên cân nhắc sử dụng ở BN khó thở nhiều hầu hết do phù phổi cấp.

ESC 2020

Không khuyến cáo sử dụng thường quy opiate trừ một số BN nhất bị bị đau hoặc lo lắng mức độ nhiều/khó cải thiện hoặc trong trường hợp chăm sóc giảm nhẹ

III - C

European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847; European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200; European Heart Journal (2021) 00, 1128

BS. Văn Đức Hạnh, Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai

Tác dụng tốt và xấu của Morphin

Tác động có lợi trên huyết động - Giảm tiền gánh - Giảm hậu gánh	**Tác động xấu trên huyết động** - Tụt huyết áp (đặc biệt ở người bệnh giảm thể tích trước đó)
Tác động có lợi trên hoạt động giao cảm - Giảm lo lắng - Giảm khó thở - Cải thiện kích thích - Giảm đau ngực	**Tác động có hại trên hoạt động giao cảm** - Giảm hiện tượng kích thích hô hấp - Giảm thông khí - Hiện tượng u ám (obnubilation)
	Tác dụng phụ trên hệ tiêu hoá - Buồn nôn và nôn

Current Heart Failure Reports 2019; https://doi.org/10.1007/s11897-019-00427-0

Morphin tăng các biến cố tim mạch trong bệnh viện

Study	Study Year	Patients (n)	Morphine-treated Patients (n)	PSM Pairs	Primary Outcomes, HR [95% CI]*,†	Secondary Outcomes HR [95% CI]*,†
Peacock et al.[9]	2008	147,362	20,782	NA	In-hospital mortality 4.84 [4.52–5.18]	
Gray et al.[57]	2010	1,052	541	NA	7-day mortality 1.2 [0.79–1.81]	
Iakobishvili et al.[10]	2011	2,336	218	218	In-hospital mortality 1.2 [0.6–2.5]	
Miro et al.[58]	2017	6,516	416	275	30-day mortality: 1.66 [0.97–2.82]	
Caspi et al.[12]	2019	13,788	761	672	Invasive ventilation: 2.13 [1.30–3.50] In-hospital mortality: 1.43 [1.05–1.96]	Non-invasive ventilation: 2.78 [1.95–3.96] Inotropes use: 3.50 [2.10–5.82] Acute kidney injury: 1.81 [1.39–2.36]

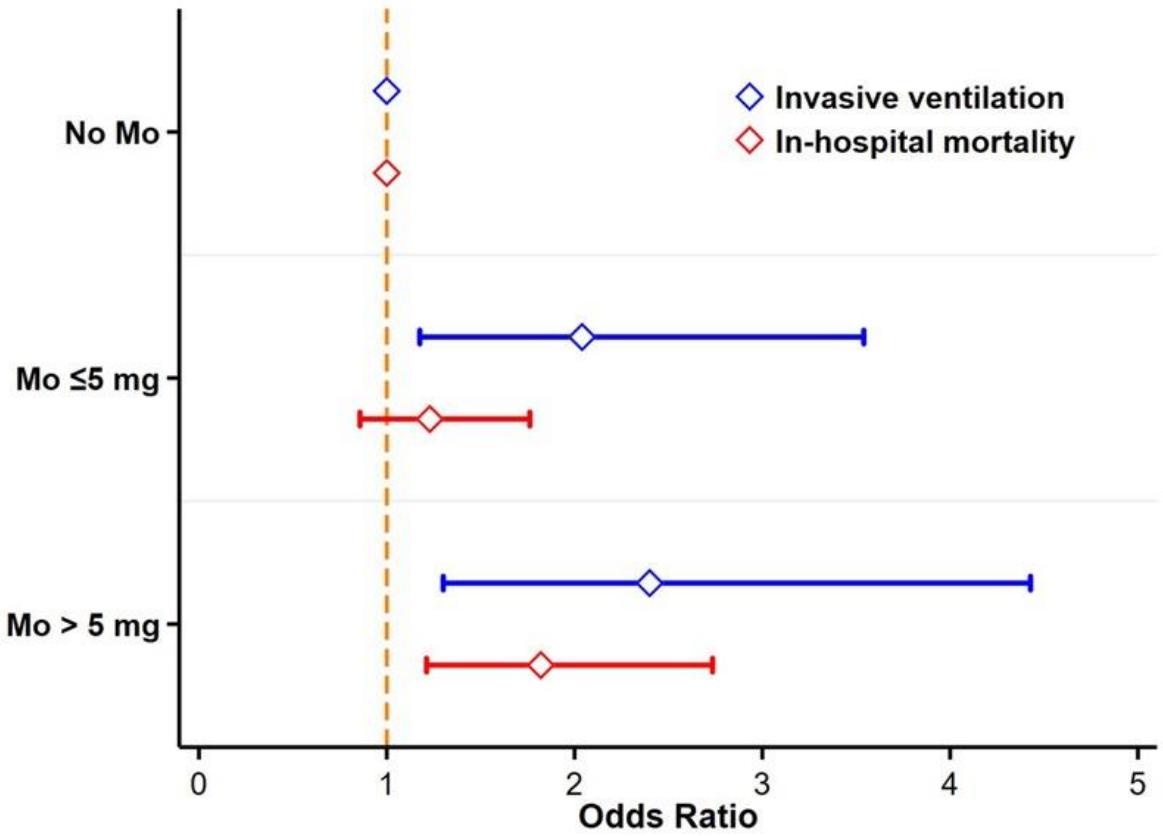
**Outcomes are separated into primary and secondary if predefined, otherwise the outcomes field was merged. †Adjusted values. NA = not available; PSM = propensity score matching.*

Tăng tử vong trong viện
Tăng tử vong trong vòng 7 ngày
Tăng tử vong trong vòng 30 ngày

Tăng thở máy xâm nhập
Tăng thở máy không xâm nhập
Tăng nhu cầu dùng tăng co cơ tim
Tăng nguy cơ tổn thương thận cấp

Cardiac Failure Review 2020;6:e20

Tác động của morphin theo liều lượng



Thuần tập 13.788 BN suy tim cấp

761 BN sử dụng Morphin ngày đầu

➔ Ghép 672 cặp so sánh

International Journal of Cardiology 2019; DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.06.015

International Journal of Cardiology 293 (2019) 176–178

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Cardiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijcard

Editorial

Morphine in acute heart failure: Feeling better or living longer?

Ovidiu Chioncel [a,b,*], Oscar Miro [c,d]

[a] Emergency Institute for Cardiovascular Diseases "Prof. C.C. Iliescu", Bucharest, Romania
[b] University of Medicine Carol Davila, Bucharest, Romania
[c] Emergency Department, Hospital Clinic, Institut d'Investigació Biomèdica August Pi iSunyer (IDIBAPS), Spain
[d] University of Barcelona, Barcelona, Spain

Letter to the Editor

Morphin cải thiện triệu chứng nhưng làm xấu tiên lượng!

Morphine in acute heart failure: good in relieving symptoms, bad in improving outcomes

Òscar Miró[1,2,3], Víctor Gil[1], W. Frank Peacock[3,4]

J Thorac Dis 2017;9(9):E871-E874 ; International Journal of Cardiology 293 (2019) 176–178

BS. Văn Đức Hạnh, Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai

REVIEW

CLINICAL CARDIOLOGY WILEY

The safety of morphine in patients with acute heart failure: A systematic review and meta-analysis

Dandan Zhang MD[1] | Wei Lai MD[1] | Xiao Liu PhD[1] | Yang Shen MD, PhD[1,2,3] | Kui Hong MD, PhD[1,3]

- Meta-analysis trên 7 nghiên cứu, 172.226 BN
- Đánh giá an toàn của Morphin ở người bệnh suy tim cấp

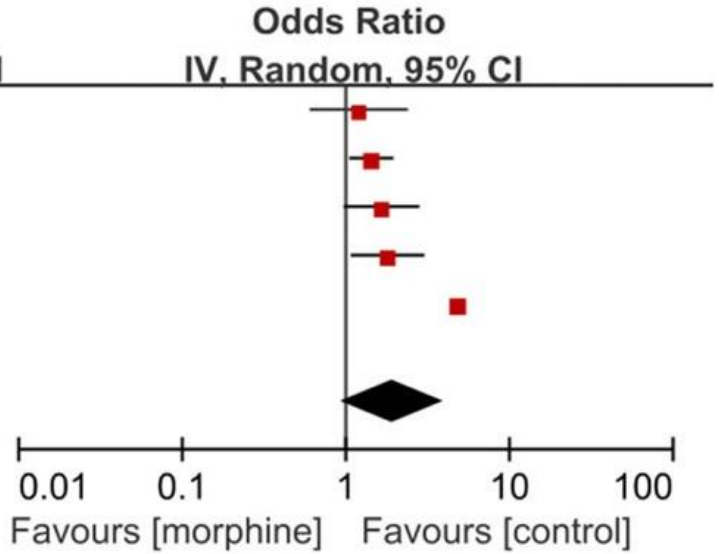
Cardiol. 2021;44:1216–1224.

Morphin có xu hướng tăng tử vong tại viện

Study or Subgroup	log[Odds Ratio]	SE	Weight	Odds Ratio IV, Random, 95% CI
Iakobishvill, 2011	0.18232156	0.35364652	18.2%	1.2000 [0.6000, 2.4000]
Oren, 2019	0.35767444	0.15922304	20.9%	1.4300 [1.0467, 1.9537]
Òscar, 2017	0.50077529	0.2722439	19.5%	1.6500 [0.9677, 2.8133]
Dominguez, 2017	0.58778666	0.26430917	19.6%	1.8000 [1.0722, 3.0217]
Peacock, 2010	1.57484647	0.03476864	21.7%	4.8300 [4.5118, 5.1706]
Total (95% CI)			**100.0%**	**1.9411 [0.9339, 4.0346]**

Heterogeneity: Tau² = 0.64; Chi² = 94.92, df = 4 (P < 0.00001); I² = 96%

Test for overall effect: Z = 1.78 (P = 0.08)



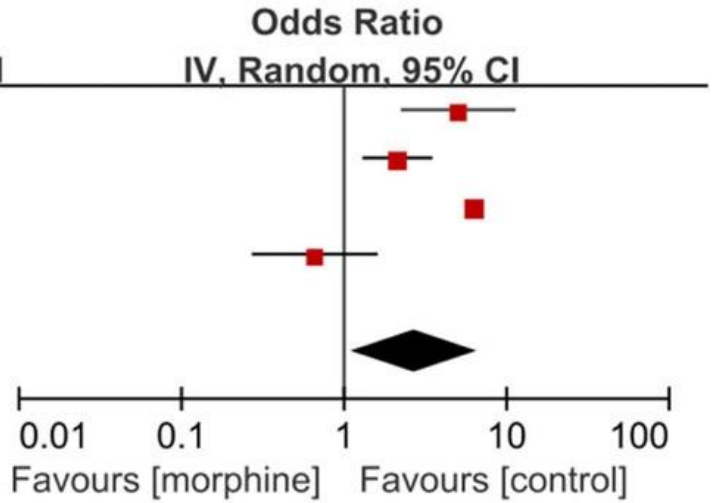
Cardiol. 2021;44:1216–1224.

Morphin tăng nguy cơ thở máy xâm nhập

Study or Subgroup	log[Odds Ratio]	SE	Weight	Odds Ratio IV, Random, 95% CI
Oren, 2019	1.617406	0.415167	23.2%	5.0400 [2.2338, 11.3716]
Peacock, 2010	0.756122	0.252653	26.2%	2.1300 [1.2981, 3.4949]
Sacchetti A, 1999	1.843719	0.02543	28.3%	6.3200 [6.0127, 6.6430]
Òscar, 2017	-0.41551544	0.45503374	22.3%	0.6600 [0.2705, 1.6102]
Total (95% CI)			**100.0%**	**2.7237 [1.0910, 6.7998]**

Heterogeneity: Tau² = 0.77; Chi² = 42.93, df = 3 (P < 0.00001); I² = 93%

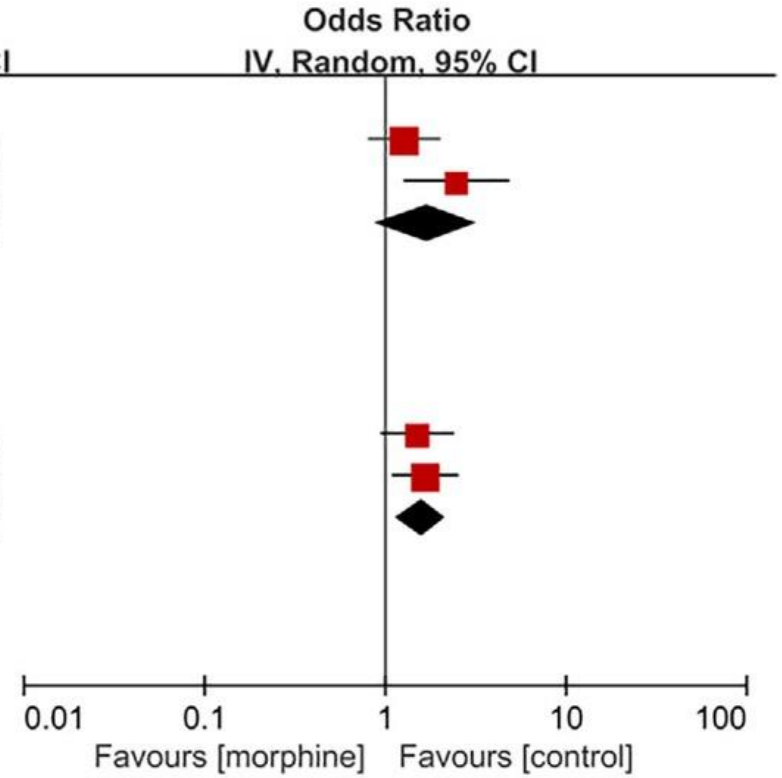
Test for overall effect: Z = 2.15 (P = 0.03)



Cardiol. 2021;44:1216–1224.

Morphin tăng nguy cở tử vong do mọi nguyên nhân

Study or Subgroup	log[Odds Ratio]	SE	Weight	Odds Ratio IV, Random, 95% CI
3.3.1 7-day all-cause mortality				
Gray, 2010	0.2390169	0.23628598	57.1%	1.27 [0.80, 2.02]
Òscar, 2017	0.90421815	0.34384362	42.9%	2.47 [1.26, 4.85]
Subtotal (95% CI)			**100.0%**	**1.69 [0.89, 3.22]**
Heterogeneity: Tau² = 0.13; Chi² = 2.54, df = 1 (P = 0.11); I² = 61%				
Test for overall effect: Z = 1.59 (P = 0.11)				
3.3.2 30-day all-cause mortality				
Iakobishvill, 2011	0.40546511	0.2393545	44.8%	1.50 [0.94, 2.40]
Òscar, 2017	0.5068176	0.21581285	55.2%	1.66 [1.09, 2.53]
Subtotal (95% CI)			**100.0%**	**1.59 [1.16, 2.17]**
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 0.10, df = 1 (P = 0.75); I² = 0%				
Test for overall effect: Z = 2.88 (P = 0.004)				



Test for subgroup differences: Chi² = 0.03, df = 1 (P = 0.86), I² = 0%

Cardiol. 2021;44:1216–1224.

Nhận xét

- **Chưa có nghiên cứu được thiết kế tốt** để đánh giá đánh hiệu quả và an toàn của Morphin trên người bệnh suy tim cấp
- Các bằng chứng thu được từ các nghiên cứu quan sát và các meta-analysis tuy nhiên có sự không đồng nhất giữa các nghiên cứu thành phần nên giá trị nghiên cứu cộng gộp chưa cao
- Tuy vậy, **các nghiên cứu nhận đều thấy có xu hướng gia tăng các biến cố tim mạch tại viện**
- **ESC 2021: giảm vai trò Morphin**

Sử dụng Morphin như thế nào hợp lý?

- Morphin: cải thiện triệu chứng tốt nhưng làm xấu tiên lượng cho người bệnh suy tim cấp
- 2021 ESC guideline không khuyến cáo sử dụng thường quy Morphin trong xử trí suy tim cấp
- Chỉ cân nhắc sử dụng Morphin trong một số trường hợp nhất định khi BN đau/lo lắng nhiều hoặc khó cải thiện hoặc trong trường hợp chăm sóc giảm nhẹ

#6. Lược đồ điều trị theo từng bệnh cảnh lâm sàng

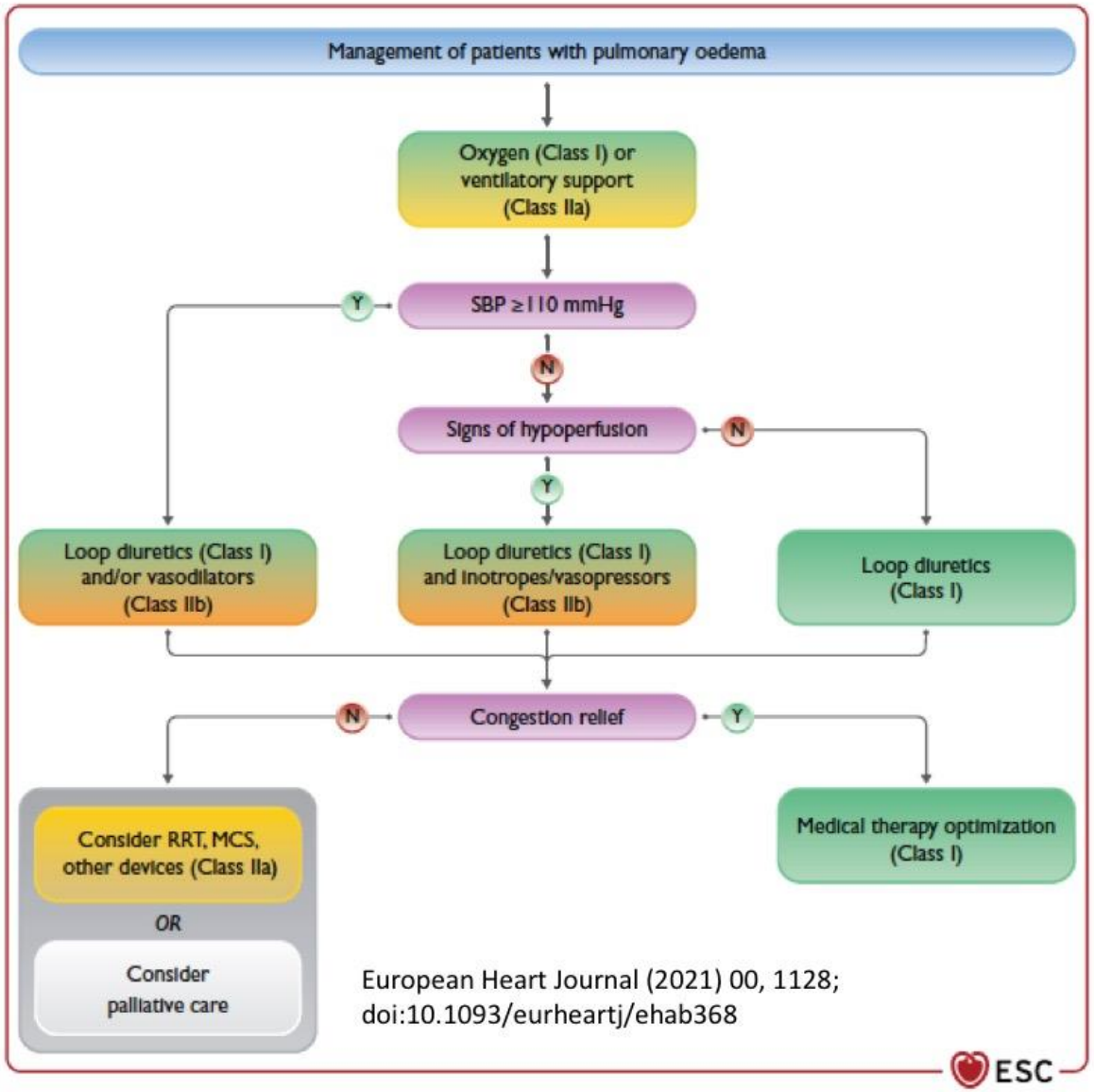
4 bệnh cảnh lâm sàng của suy tim cấp

	Suy tim mất bù đợt cấp	Phù phổi cấp	Suy thất phải đơn thuần	Sốc tim
Cơ chế chính	RL thất trái Giữ muối và nước	Tăng tiền gánh và/hoặc rối loạn chức năng tâm trương thất trái Bệnh van tim	Rối loạn chức năng thất phải và/hoặc tăng áp lực ĐMP	Rối loạn tim nặng
Nguyên nhân chính gây triệu chứng	Tích nước, tăng áp lực trong thất	Phân bố lại dịch ở phổi và suy hô hấp cấp	Tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm và giảm tưới máu hệ thống	Giảm tưới máu hệ thống
Khởi phát	Từ từ (nhiều ngày)	Nhanh (giờ)	Từ từ hoặc nhanh	Từ từ hoặc nhanh
Biểu hiện chính trên lâm sàng	Ẩm và Ấm, hoặc Ẩm và Lạnh	Ẩm và Ấm	Ẩm và Lạnh	Ẩm và Lạnh
Điều trị chính	Lợi tiểu Tăng co bóp cơ tim, tăng co mạch Hỗ trợ cơ học, thay thế thận khi cần	Lợi tiểu Giãn mạch	Lợi tiểu khi sung huyết Tăng co bóp cơ tim, tăng co mạch Hỗ trợ cơ học, thay thế thận khi cần	Tăng co bóp cơ tim/tăng co mạch Hộ trợ cơ học Thay thế thận

European Heart Journal (2021) 00, 1128; doi:10.1093/eurheartj/ehab368

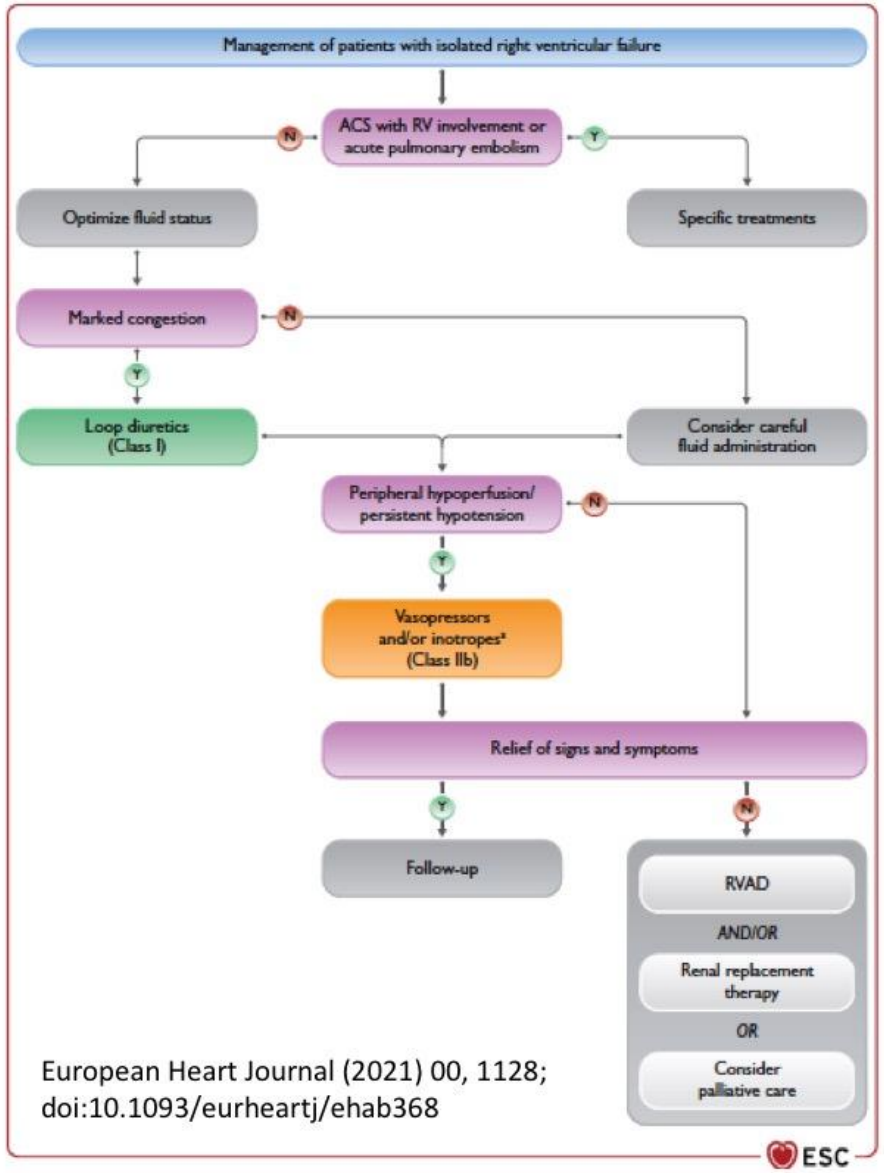
BS. Văn Đức Hạnh, Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai

Phác đồ xử trí phù phổi cấp



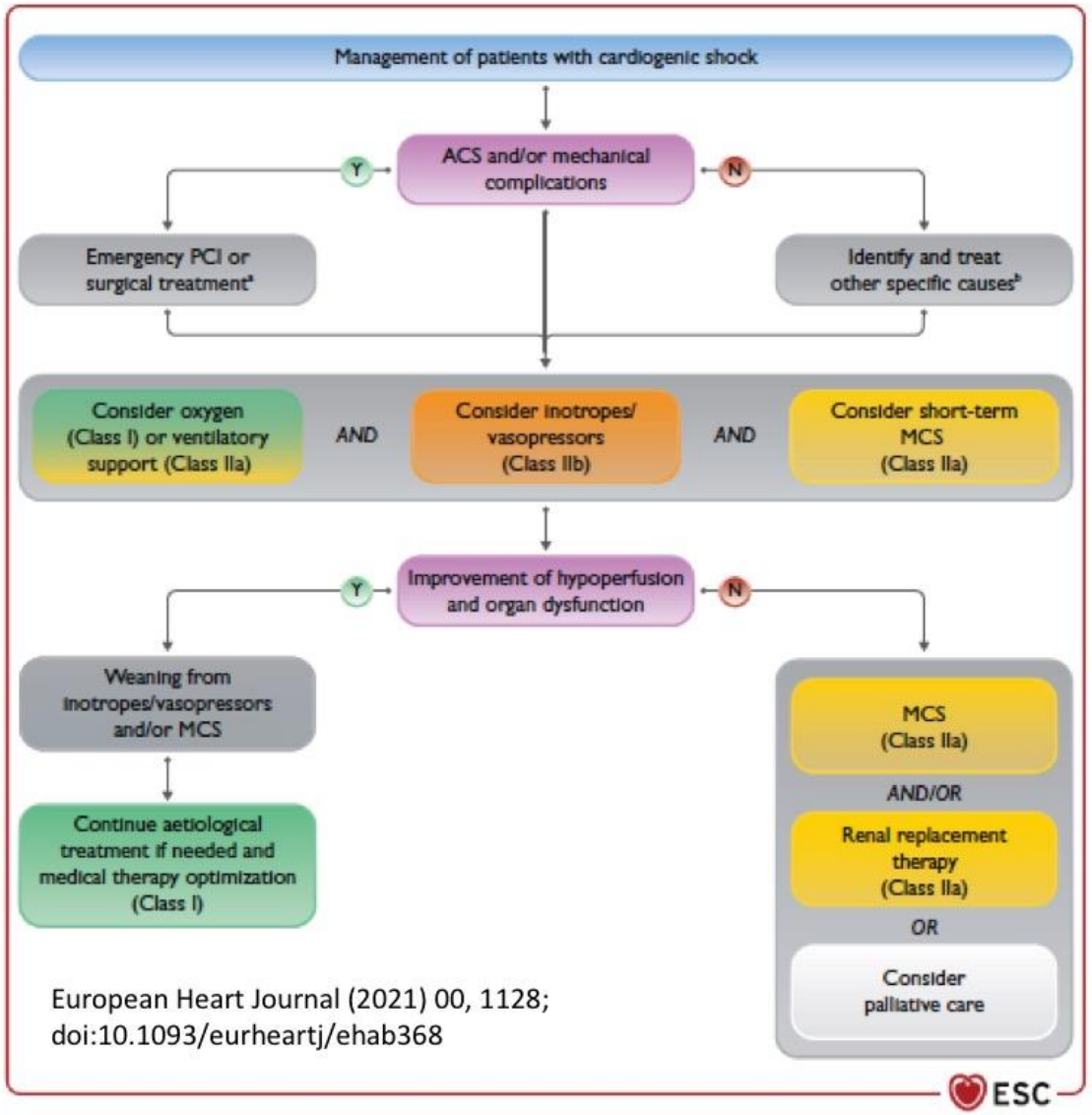
European Heart Journal (2021) 00, 1128;
doi:10.1093/eurheartj/ehab368

Phác đồ xử trí suy thất phải đơn độc



European Heart Journal (2021) 00, 1128; doi:10.1093/eurheartj/ehab368

Phác đồ xử trí sốc tim



European Heart Journal (2021) 00, 1128; doi:10.1093/eurheartj/ehab368

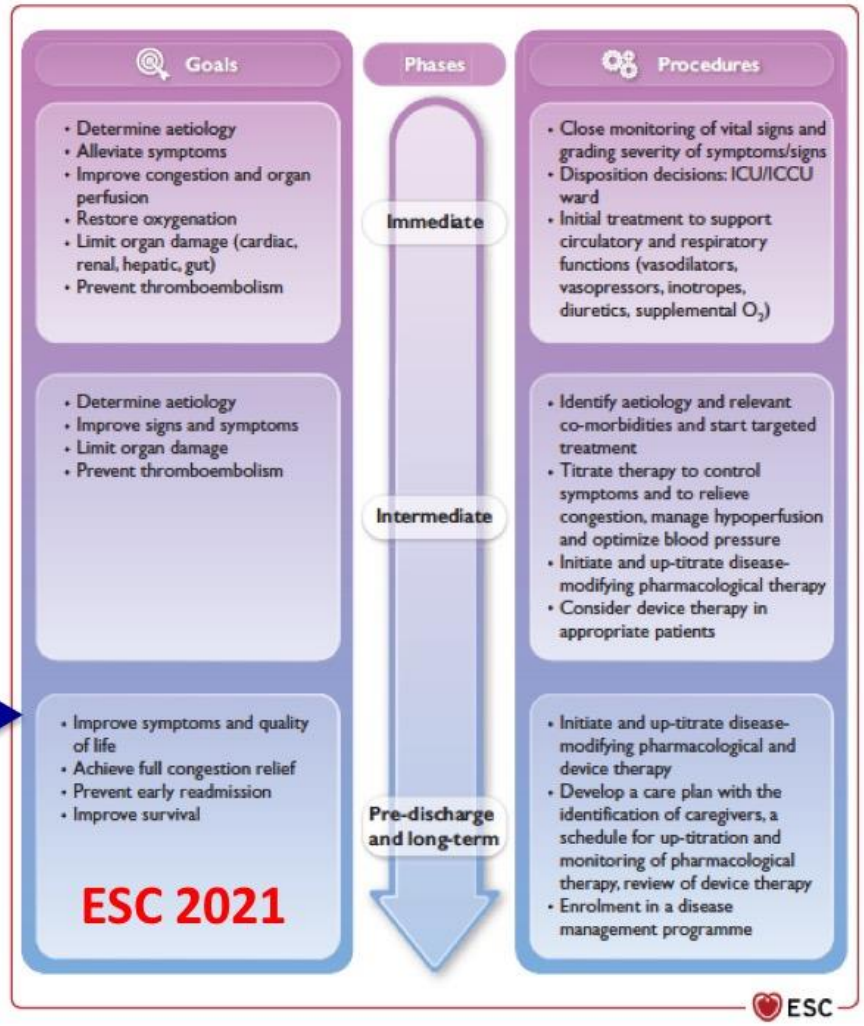
Mục tiêu và các biện pháp cần làm

ESC 2021: Nhấn mạnh tìm nguyên nhân suy tim cấp

Table 31 Treatment goals and strategies during the course of the patient's journey

Phase	Diagnostic strategy	Action	Goals	Players
Acute	Assess clinical status Identify cause of symptoms	Treat and stabilize Initiate monitoring Plan required interventions	Stabilize, admit, and triage to appropriate department	Paramedics Primary care/ER physicians Intensivists Nurses Cardiologists
Subacute	Assess cardiac function Identify aetiology and co-morbidities	Initiate chronic medical treatment Perform additional diagnostics Perform indicated procedures	Shorten hospitalization Plan post-discharge follow-up	Hospital physicians Cardiologists CV nurses HF Management team
Chronic	Target symptoms, adherence, and prognosis Identify decompensation early	Optimize pharmacological and device treatment Support self-care behaviour Remote monitoring	Reduce morbidity and mortality	Primary care physicians HF Management team Cardiologists
End of life	Identify patient concerns and symptoms	Symptomatic treatment Plan for long-term care	Palliation Provide support for patients and family	Palliative care team

ESC 2008



European Heart Journal (2021) 00, 1128; doi:10.1093/eurheartj/ehab368

KẾT LUẬN: Sáu điểm mới

1. Khái niệm suy tim cấp **mới:** nhanh và từ từ đòi hỏi chăm sóc y tế
2. Lược đồ điều trị **nhấn mạnh ở nhóm sung huyết:** sung huyết kèm/không kèm giải tưới máu
3. Nguyên nhân suy tim cấp CHAMP**IT:** thêm nhiễm trùng và tràn dịch màng ngoài tim
4. Nhấn mạnh việc theo dõi BN sát **theo các mốc thời gian:** mốc thời gian chẩn đoán, mốc thời gian điều trị
5. **Giảm mức độ khuyến cáo** sử dụng lợi tiểu, giãn mạch, morphin
6. Đưa ra các **lược đồ điều trị 4 bệnh cảnh lâm sàng:** suy tim mất bù đợt cấp, phù phổi cấp, suy thất phải đơn độc, sốc tim

Xin chân thành cảm ơn sự chú ý lắng nghe!