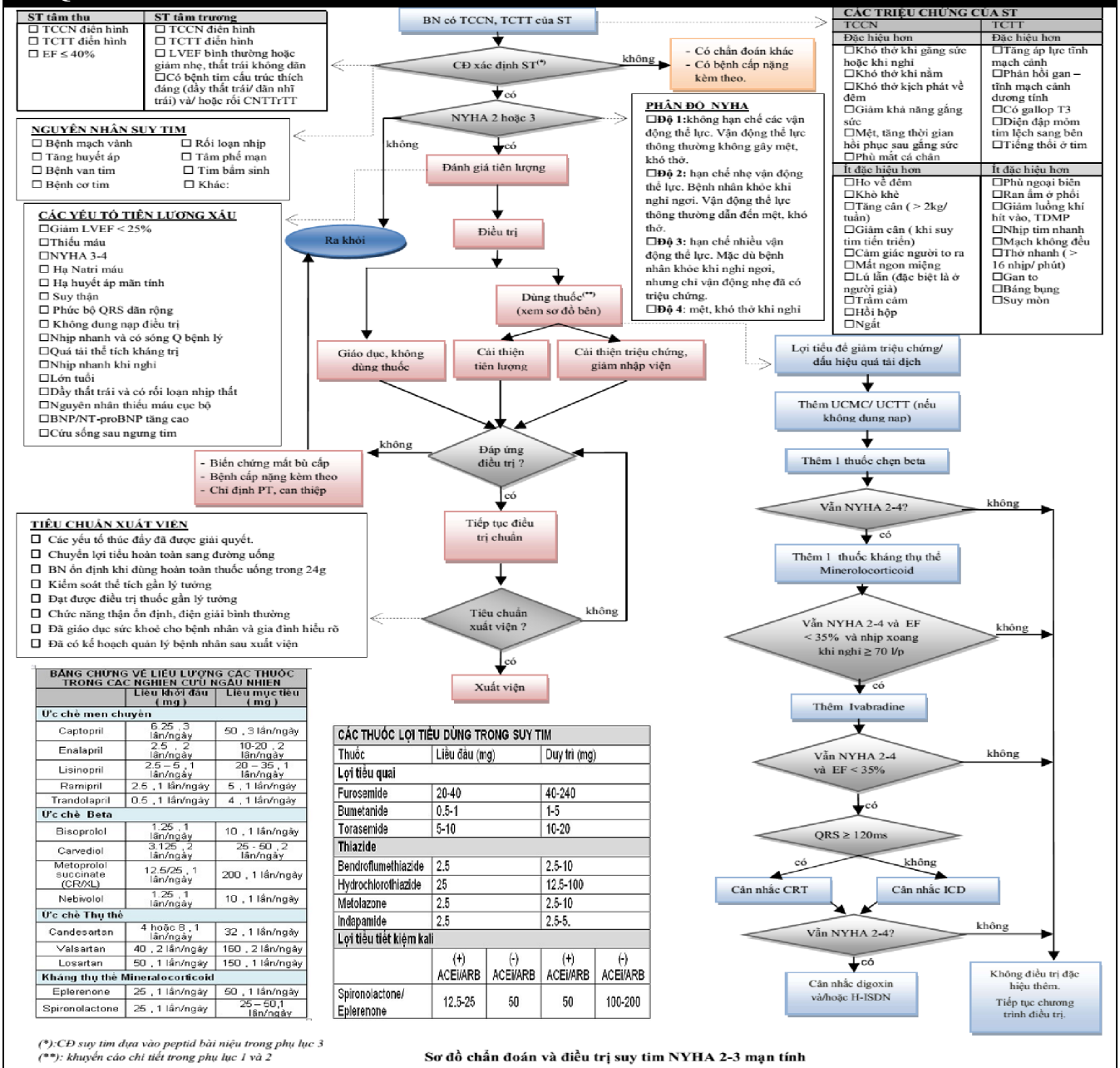
Logo **QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY TIM MẠN, NYHA 2-3**	Họ và tên BN: ..... Ngày sinh: ..... Giới: ..... Địa chỉ: ..... Số phòng:..... Số giường:..... Mã BN/Số HSBA: .....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn ("✓" : có/ "X" : không) vào ô ☐. Khoang tròn ○ nếu lựa chọn nội dung; (x) xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Suy tim mạn ☐ NYHA 2-3
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Suy tim cấp ☐ Bệnh ngoại khoa kèm theo cần phẫu thuật ☐ Bệnh cấp, nặng kèm theo
Tiền sử:	☐ Tiền sử dị ứng Ghi rõ:.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



BẰNG CHỨNG VỀ LIỀU LƯỢNG CÁC THUỐC TRONG CÁC NGHIÊN CỨU NGẪU NHIÊN

	Liều khởi đầu (mg)	Liều mục tiêu (mg)
Ức chế men chuyển		
Captopril	6.25 , 3 lần/ngày	50 , 3 lần/ngày
Enalapril	2.5 , 2 lần/ngày	10-20 , 2 lần/ngày
Lisinopril	2.5 – 5 , 1 lần/ngày	20 – 35 , 1 lần/ngày
Ramipril	2.5 , 1 lần/ngày	5 , 1 lần/ngày
Trandolapril	0.5 , 1 lần/ngày	4 , 1 lần/ngày
Ức chế Beta		
Bisoprolol	1.25 , 1 lần/ngày	10 , 1 lần/ngày
Carvediol	3.125 , 2 lần/ngày	25 - 50 , 2 lần/ngày
Metoprolol succinate (CR/XL)	12.5/25 , 1 lần/ngày	200 , 1 lần/ngày
Nebivolol	1.25 , 1 lần/ngày	10 , 1 lần/ngày
Ức chế Thụ thể		
Candesartan	4 hoặc 8 , 1 lần/ngày	32 , 1 lần/ngày
Valsartan	40 , 2 lần/ngày	160 , 2 lần/ngày
Losartan	50 , 1 lần/ngày	150 , 1 lần/ngày
Kháng thụ thể Mineralocorticoid		
Eplerenone	25 , 1 lần/ngày	50 , 1 lần/ngày
Spironolactone	25 , 1 lần/ngày	25 – 50,1 lần/ngày

CÁC THUỐC LỢI TIỂU DÙNG TRONG SUY TIM

Thuốc	Liều đầu (mg)	Duy trì (mg)
Lợi tiểu quai		
Furosemide	20-40	40-240
Bumetanide	0.5-1	1-5
Torasemide	5-10	10-20
Thiazide		
Bendroflumethiazide	2.5	2.5-10
Hydrochlorothiazide	25	12.5-100
Metolazone	2.5	2.5-10
Indapamide	2.5	2.5-5.
Lợi tiểu tiết kiệm kali		

	(+) ACEI/ARB	(-) ACEI/ARB	(+) ACEI/ARB	(-) ACEI/ARB
Spironolactone/ Eplerenone	12.5-25	50	50	100-200

(*):CĐ suy tim dựa vào peptid bài niệu trong phụ lục 3
(**): khuyến cáo chi tiết trong phụ lục 1 và 2

Sơ đồ chẩn đoán và điều trị suy tim NYHA 2-3 mạn tính

3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ			
NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ			
Nguyên tắc chung	☐ Điều trị theo y học chứng cứ ☐ Bắt đầu liều thấp, tăng liều từ từ đến liều tối ưu nếu bệnh nhân dung nạp được	☐ Điều trị nguyên nhân và các yếu tố thúc đẩy. ☐ Kết hợp với điều trị không dùng thuốc	☐ Theo dõi chức năng thận, điện giải định kỳ. ☐ Chỉ định can thiệp kịp thời
Điều trị triệu chứng, giảm nhập viện	☐ Lợi tiểu ☐ Nitrate	☐ Digoxin ☐ Hydralazine	☐ Ivabradine ☐ Khác: ……..
Điều trị cải thiện tiên lượng	☐ UCMC ☐ UCTT (nếu có CCĐ hoặc không dung nạp UCMC) ☐ H-ISDN liều cố định (khi không dụng nạp UCMC và UCTT)		☐ Chẹn beta ☐ Kháng Aldosterone ☐ Điều trị bằng dụng cụ
Điều trị bệnh căn nguyên, yếu tố thúc đẩy và bệnh kèm theo	☐ Aspirin ☐ Ức chế ADP tiểu cầu ☐ Kháng vitamin K	☐ Thuốc kháng đông thế hệ mới ☐ Ức chế Canxi loại DHP ☐ Thuốc chống loạn nhịp	☐ Statin ☐ Can thiệp ☐ Điều trị khác:

XỬ TRÍ CẤP CỨU	**■ CÓ (Ra khỏi quy trình)**	**■ KHÔNG**
Các dạng	**Triệu chứng, dấu hiệu cơ bản**	**Điều trị**
BN có quá tải thể tích	☐ Khó thở ☐ Phù ngoại vi ☐ Sung huyết phổi ☐ Khác:	☐ Xem quy trình điều trị suy tim cấp
BN có suy bơm chủ yếu	☐ Khó thở ☐ Hạ huyết áp ☐ Tiểu ít ☐ Gallop T3 ☐ Rối loạn tri giác ☐ Hội chứng sốc ☐ Khác:	☐ Xem quy trình điều trị suy tim cấp
BN vừa quá tải thể tích vừa tụt huyết áp	☐ Lâm sàng phối hợp của 2 dạng trên	☐ Xem quy trình điều trị suy tim cấp

4. DIỄN TIẾN BỆNH, XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC					
DẤU HIỆU	**N1**	**N2**	**N3**	**……**	**Nn**
1. LÂM SÀNG	**Đánh dấu (✓)vào ô vuông nếu có, mô tả**				
SH (M, HA, T^0, NT, SpO2)	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Khó thở (khi nằm, GS, KPVĐ)	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Ho	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Đau thắt ngực	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Phù	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Tĩnh mạch cổ nổi	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Gan to, phản hồi gan – TMC	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Gallop T3	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Âm thổi	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Loạn nhịp tim	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Cọ màng tim	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Rales ở phổi	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Lượng nước tiểu (ml/24h)	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Cân nặng (Kg)	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Chế độ ăn uống	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Vận động	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Đại tiện, tiểu tiện	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Khác :……..	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
2. CẬN LÂM SÀNG					
Công thức máu	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
PT/aPTT	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Urê / Creatinine máu	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
GOT/ GPT	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Ion đồ (Na^+, K^+, Cl^-, Ca^{++})	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Glucose máu	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Bộ mỡ máu	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Acid Uric máu	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Troponin I/T	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
BNP/ NT-proBNP	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Nồng độ Digoxin máu	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Nước tiểu 10 thông số	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
ECG	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Siêu âm tim	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
X-Q tim phổi thẳng	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Khác:……..	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
3. ĐIỀU TRỊ					
Nghỉ ngơi	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Nằm đầu cao	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Thở oxy	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Ăn lạt	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Lợi tiểu (HC,LD, ĐD)	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
UCMC (HC,LD, ĐD)	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
UCTT (HC,LD, ĐD)	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……
Chẹn beta (HC,LD, ĐD)	☐……	☐……	☐……	☐……	☐……

DẤU HIỆU	N1	N2	N3	……	Nn
Spironolactone	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Ivabradine	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Digoxin	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
H - ISDN	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
…	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Tái tưới máu mạch vành	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Phẫu thuật	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Điều trị bằng dụng cụ	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
4. CHĂM SÓC					
Cấp chăm sóc	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Đo DHST	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Mắc monitor	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Đo ECG	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Cho BN thở Oxy	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Lấy bệnh phẩm và gửi XN	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Tiêm truyền theo chỉ định	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Đưa BN đi làm CĐHA	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Cho BN uống thuốc tận miệng	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Đo lượng nước tiểu	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Hướng dẫn người nhà và BN chế độ ăn và chăm sóc	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Giải thích cho người nhà về tình trạng BN	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Tìm hiểu các băn khoăn từ BN và người nhà	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..
Các công việc hành chính	☐……	☐……	☐…..……..	☐…….....	☐…..……..

5. XUẤT VIỆN

Tình trạng xuất viện	**Lâm sàng**	☐ Sinh hiệu: M …… l/ph, HA……mmHg, spO2…..…%, nước tiểu…...…….ml/24h ☐ Khó thở (phân loại theo NYHA): ……..……... ☐ Đau thắt ngực (phân độ theo CCS): ..…… ☐ Phù: (có – không) ……... ☐ Tĩnh mạch cổ nổi (có – không) …..…… ☐ Ran ở phổi (có – không) …..……. ☐ Gallop T3 (có – không) ……... ☐ Khác (ghi rõ): ……...
	Cận lâm sàng	☐ EF : …….. % ☐ ECG: ……...……. ☐ Creatinin : …….. mg/dl, Na+: ……mmol/l, K+: ……..mmol/l ☐ Nồng độ digoxin: ……ng/ml ☐ BNP/NT-proBNP: ……..ng/L ☐ Khác: ……..……..
	Thuốc	☐ Lợi tiểu (hoạt chất, liều lượng): …..……. ☐ Ức chế men chuyển (hoạt chất, liều lượng): ……. ☐ Chẹn thụ thể Angiotensin II (hoạt chất, liều lượng): …..…….. ☐ Chẹn beta (hoạt chất, liều lượng): …… ☐ Kháng Aldosterol (hoạt chất, liều lượng): …… ☐ Ivabradin (hoạt chất, liều lượng): ……..…… ☐ Digoxin (hoạt chất, liều lượng): …..……. ☐ Nitrate (hoạt chất, liều lượng): ……..… ☐ Chẹn kênh canxi (hoạt chất, liều lượng): …..…… ☐ Chống loạn nhịp (hoạt chất, liều lượng): …..…… ☐ Chống kết tập tiểu cầu (hoạt chất, liều lượng): …… ☐ Chống đông (hoạt chất, liều lượng): …… ☐ Hạ lipid máu (hoạt chất, liều lượng): …..…….. ☐ Thuốc khác (hoạt chất, liều lượng): ……
	Quy trình	☐ Kết thúc quy trình ☐ Ra khỏi quy trình
Tổng kết ra viện	☐ Bệnh đỡ, giảm ☐ Bệnh nặng xin về	☐ Chuyển viện ☐ Tử vong
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Tiếp tục điều trị nội khoa tối ưu ☐ Giảm các yếu tố nguy cơ	☐ Phục hồi chức năng tim ☐ Can thiệp, phẫu thuật

6. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

CHỦ ĐỀ GIÁO DỤC	KỸ NĂNG CỦA BỆNH NHÂN VÀ HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC
Định nghĩa và nguyên nhân	Hiểu được nguyên nhân gây suy tim và tại sao các triệu chứng suy tim xảy ra
Tiên lượng	Hiểu được các yếu tố tiên lượng quan trọng để đưa ra quyết định phù hợp
Theo dõi triệu chứng và tự chăm sóc bản thân	- Theo dõi và nhận biết được các dấu hiệu và triệu chứng - Ghi lại cân nặng hàng ngày và nhận ra sự tăng cân nhanh chóng - Biết làm thế nào và khi nào để thông báo cho cơ quan chăm sóc y tế - Trong trường hợp tăng khó thở hoặc phù hoặc tăng cân bất ngờ đột ngột trên 2kg trong 3 ngày, bệnh nhân có thể tăng liều thuốc lợi tiểu và/ hoặc thông báo cho ekip chăm sóc sức khỏe của họ. - Sử dụng liệu pháp lợi tiểu linh hoạt nếu phù hợp và được khuyến cáo sau khi đã giáo dục và cung cấp chỉ dẫn chi tiết phù hợp cho bệnh nhân.
Điều trị thuốc và sự tuân trị	- Hiểu được chỉ định, liều dùng và tác dụng phụ của các thuốc đang uống - Hiểu được tầm quan trọng của việc điều trị và lý do phải tuân thủ điều trị lâu dài - Tránh dùng các thuốc kháng viêm non-steroid

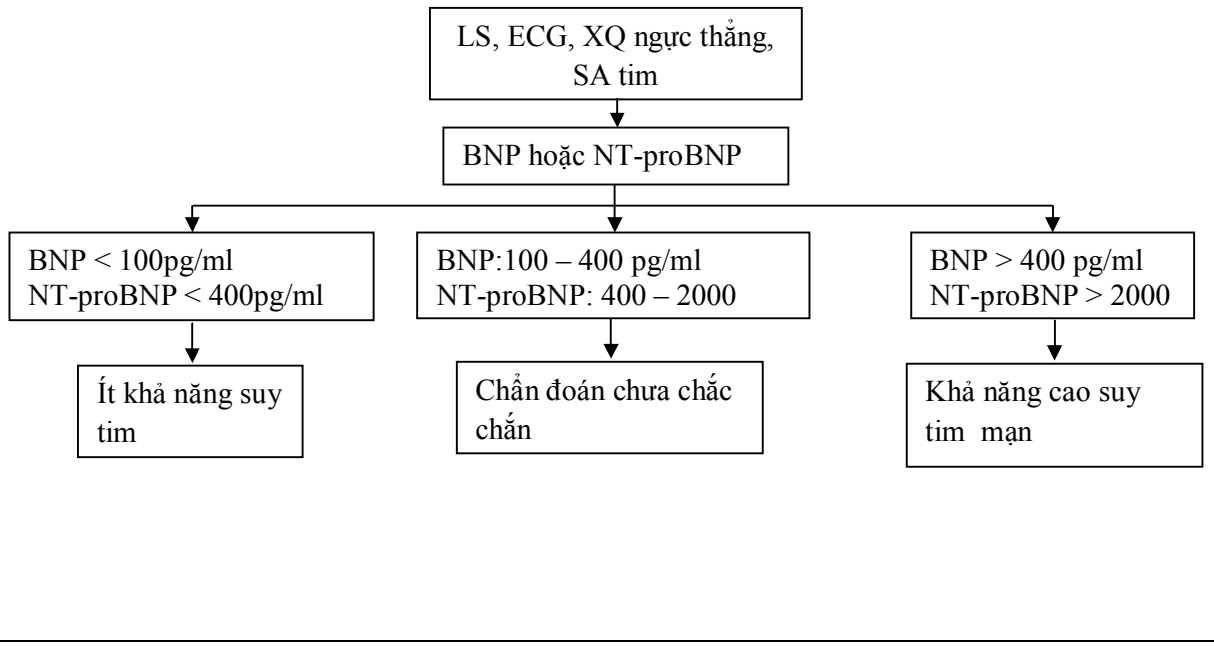
CHỦ ĐỀ GIÁO DỤC	KỸ NĂNG CỦA BỆNH NHÂN VÀ HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC
Chế độ ăn	- Tránh nhập lượng dịch quá mức - Không cần hạn chế dịch thường quy ở bệnh nhân suy tim độ 2,3 - Hạn chế muối ăn vào < 2g/ ngày (khoảng ¼ muỗng cà phê) - Hạn chế ăn chất béo bão hoà - Hạn chế uống cà phê, uống quá mức có thể làm tăng nhị tim, tăng huyết áp và khởi phát rối loạn nhịp - Bổ sung thêm Omega -3 - Ăn nhiều chất xơ, tránh táo bón (dễ gây đau thắt ngực, khó thở hay rối loạn nhịp) - Nên ăn làm nhiều bữa nhỏ
Rượu, thuốc lá và các chất cấm	- Rượu gây độc trực tiếp lên tim, có thể làm giảm co bóp cơ tim và làm tăng rối loạn nhịp - Hạn chế uông rượu bia. Kiêng rượu bia nếu bệnh nhân bị bệnh cơ tin do rượu. Giới hạn lượng rượu mỗi ngày: 2 đơn vị cho nam giới và 1 đơn vị cho nữ (1đơn vị tương đương 10ml rượu nguyên chất hay 1 ly rượu vang hoặc 0.5 lít bia) - Bỏ thuốc lá và/ hoặc các chất cấm, tránh hút thuốc lá thụ động - Tư vấn và điều trị cai thuốc lá
Hoạt động tập luyện	- Hiểu được lợi ích của tập thể dục - Mức độ và hình thức tập luyện dựa trên từng bệnh nhân cụ thể - Khuyến khích tập luyện khoảng 30 phút / ngày, từ 5 – 7 ngày trong tuần với cách tăng cường độ từ từ lúc khởi đầu và giảm dần cường độ lúc cuối buổi tập. - Khi lâm sàng ổn định, khuyến khích bệnh nhân thực hiện các công việc hàng ngày và các hoạt động lúc nhàn rỗi mà không gây ra triệu chứng
Hoạt động tình dục	- Quan hệ tình dục có vẻ an toàn ở bệnh nhân có khả năng hoạt động > 6 METs (tương đương leo lên được 2 tầng lầu mà không mệt khó thở hay đau ngực) - Bệnh nhân có thể dùng nitroglycerin dưới lưỡi để ngừa đau ngực và khó thở trong quá trình giao hợp - Bệnh nhân có thể dùng thuốc điều trị rối loạn cương (Tadalafil, Sildenafil…) nhưng phải nhớ chống chỉ định dùng nitrate sau đó (chỉ cho Nitrate sau khi uống Tadalafil ≥ 48 giờ và Sildenafil ≥ 24 giờ) hoặc có hạ huyết áp, rối loạn nhịp hay đau thắt ngực.
Mang thai và uống thuốc tránh thai	- Uống thuốc tránh thai liều thấp có nguy cơ (nhưng ít) gây tăng huyết áp và sinh huyết khối - Mang thai và uống thuốc tránh thai nên cân nhắc nguy cơ và lợi ích mang lại
Tiêm chủng	- Nếu không có chống chỉ định, tất cả bệnh nhân suy tim nên được tiêm ngừa phế cầu và cúm hàng năm - Sung huyết phổi và tăng áp phổi làm tăng nguy cơ viêm phổi (1 trong những nguyên nhân chính gây suy tim mất bù cấp, đặc biệt là ở người lớn tuổi)
Du lịch	- Cần phải thảo luận kế hoạch trước với bác sĩ điều trị - Đi máy bay sẽ tốt hơn các phương tiện khác, đặc biệt nếu đi đường dài. Mặc dù vậy nếu ngồi máy bay lâu, bệnh nhân vẫn có nguy cơ huyết khối tĩnh mạch chi dưới, phù chân - Tránh du lịch lên những nơi độ cao > 1500m vì không khí loãng giảm oxy - Mang theo thuốc uống hàng ngày và hồ sơ bệnh tật
Các rối loạn thở trong khi ngủ	- Bệnh nhân suy tim có triệu chứng thường có rối loạn thở trong lúc ngủ (ngưng thở khi ngủ do trung ương hoặc do tắc nghẽn) - Để giảm nguy cơ trên cần phải bỏ thuốc lá, rượu bia và giảm cân nếu có béo phì - Tìm hiểu các biện pháp điều trị nếu có rối loạn thở trong lúc ngủ
Lĩnh vực tâm lý xã hội	- Hiểu được triệu chứng trầm cảm và rối loạn nhận thức là khá phổ biến ở những bệnh nhân bị suy tim và quan trọng cần sự giúp đỡ từ xã hội. - Tìm hiểu thêm về các biện pháp điều trị

7. PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1: KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ SUY TIM BẰNG DỤNG CỤ

KHUYẾN CÁO	NHÓM	CHỨNG CỨ
Liệu pháp ICD được khuyến cáo nhằm phòng ngừa tiên phát đột tử do tim ở nhóm bệnh nhân chọn lọc cósuy tim giảm EF sau nhồi máu cơ tim ít nhất 40 ngày với LVEF ≤ 35% vẫn còn triệu chứngNYHA 2 hoặc 3 dù đã điều trị nội khoa theo khuyến cáo và khả năng sống còn hơn 1 năm	I	A
CRT được chỉ định cho những bệnh nhân có EF ≤ 35%, nhịp xoang, LBBB với QRS ≥ 150ms, và có triệu chứng **suy tim NYHA 2, 3, hoặc 4 còn đi lại được mặc dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo .**	I	A (NYHA 3 hoặc 4) B (NYHA 2)
Liệu pháp ICD được khuyến cáo để phòng ngừa tiên phát đột tử do tim ở nhóm bệnh nhân chọn lọc có suy tim giảm EF sau nhồi máu cơ tim ít nhất 40 ngày với LVEF ≤ 30%, có triệu chứng suy tim NYHA 1 mặc dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo, khả năng sống còn lớn hơn 1 năm.	I	B
CRT có thể có ích cho những bệnh nhân có LVEF ≤ 35%, nhịp xoang, không- LBBB với QRS≥ 150ms, còn triệu chứng suy tim NYHA 3 hoặc 4 còn đi lại được mặc dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo	IIa	A
CRT có thể có ích cho những bệnh nhân có LVEF ≤ 35%, nhịp xoang, LBBB với QRS 125-149ms, còn triệu chứng suy tim NYHA 2, 3 hoặc 4 còn đi lại được dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo .	IIa	B
CRT có thể hữu ích ở bệnh nhân rung nhĩ và LVEF ≤35% dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo nếu a) bệnh nhân cần tạo nhịp thất hoặc có tiêu chuẩn CRT và b) Triệt đối nút nhĩ thất hoặc kiểm soát tần số cho phép gần 100% tạo nhịp thất với CRT	IIa	B
CRT có thể hữu ích ở bệnh nhân có LVEF ≤35% dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo, được cấy thiết bị mới hoặc thiết bị thay thế với tạo nhịp thất mong muốn (>40%)	IIa	C
ICD có lợi ích không chắc chắn để kéo dài sự sống có ý nghĩa ở những bệnh nhân có nguy cơ cao đột tử: nhập viện thường xuyên, suy kiệt, hoặc các bệnh phối hợp nặng.	IIb	B
CRT có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có LVEF ≤ 35%, nhịp xoang, không LBBB với QRS 120- 149ms, và NYHA 3 hoặc 4 còn đi lại được dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo.	IIb	B
CRT có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có LVEF ≤ 35%, nhịp xoang, không LBBB với QRS ≥ 150ms, và triệu chứng suy tim NYHA 2 dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo.	IIb	B
CRT có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có LVEF ≤ 30%, suy tim do thiếu máu cục bộ, nhịp xoang, LBBB với QRS ≥ 150ms, và triệu chứng suy tim NYHA 1 dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo.	IIb	C
CRT không được khuyến cáo cho bệnh nhân suy tim NYHA 1 hoặc 2, không LBBB và có QRS < 150ms	III: không có lợi	B
CRT không được chỉ định cho những bệnh nhân có nhiều bệnh phối hợp và/ hoặc suy kiệt với kỳ vọng sống dưới 1 năm	III: không có lợi	C

PHỤ LỤC 2: KHUYẾN CÁO CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ SUY TIM

KHUYẾN CÁO	NHÓM	CHỨNG CỨ
***Thuốc lợi tiểu**		
- Thuốc lợi tiểu được khuyến cáo ở những bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu có quá tải dịch.	I	C
***Thuốc ức chế men chuyển**		
- Thuốc ức chế men chuyển được khuyến cáo ở tất cả các bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu.	I	A
***Thuốc ức chế thụ thể Angiotensin (ARBs)**		
- ARBs được khuyến cáo ở những bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu không dung nạp thuốc ức chế men chuyển.	I	A
- ARBs là hợp lý nhằm thay thế các thuốc ức chế men chuyển như là lựa chọn điều trị đầu tiên trong suy tim giảm phân suất tống máu.	IIa	A
- Xem xét bổ sung 1 thuốc ARB cho những bệnh nhân suy tim EF giảm vẫn còn triệu chứng dai dẳng khi đã điều trị theo khuyến cáo	IIb	A
- Kết hợp thường quy thuốc ức chế men chuyển, ARB và lợi tiểu kháng Aldosterone có thể gây hại.	III: có hại	C
***Thuốc chẹn β giao cảm**		
- Sử dụng 1 trong 3 thuốc chẹn β đã được chứng minh để làm giảm tỉ lệ tử vong được khuyến cáo ở tất cả bệnh nhân ổn định	I	A
***Thuốc kháng Aldosterone**		
- Thuốc kháng Aldosterone được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim NYHA 2-4 có phân suất tống máu ≤ 35%.	I	A
- Thuốc kháng Aldosterone được khuyến cáo ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp có triệu chứng suy tim EF≤40% hoặcđái tháođường	I	B
- Sử dụng không phù hợp thuốc kháng Aldosterone có thể gây hại	III:có hại	B
***Hydralazine vàisosorbide dinitrate**		
- Sự kết hợp Hydralazine vàisosorbide dinitrate được khuyến cáo cho người Mỹ gốc Phi có suy tim giảm phân số tống máu NYHA 3-4	I	A
- Kết hợp Hydralazine vàisosorbide dinitrate có thể hữuíchở những bệnh nhân không sử dụngđược thuốcức chế men chuyển hoặc ARBs	IIa	B
***Digoxin**		
- Digoxin có thể có lợiở bệnh nhân suy tim giảm phân tống máu	IIa	B
***Thuốc khángđông**		
- Bệnh nhân suy tim mạn tính córung nhĩ (kịch phát/dai dẳng/ vĩnh viễn) vàcó thêm 1 yếu tố nguy cơ lấp mạch não nên được điều trị kháng đông lâu dài	I	A
- Việc lựa chọn thuốc chốngđông nên được cáthể hóa từng bệnh nhân	I	C
- Bệnh nhân suy tim mạn tính córung nhĩ (kịch phát/dai dẳng/ vĩnh viễn) vàkhông có thêmyếu tố nguy cơ lấp mạch não khác, được điều trị kháng đông lâu dài là hợp lý	IIa	B
- Thuốc chốngđông không được khuyến cáoở bệnh nhân suy tim mạn giảm phân số tống máu mà không rung nhĩ, hoặcthuyên tắc huyết khốitrước đó hoặc huyết khối có nguồn gốc từ tim	III:không có lợi	B
***Statins**		
- Statin không có lợi như một liệu phápthêm vào khi chỉ điều trị cho suy tim	III:không có lợi	A
***Acid béo omega-3**		
- Bổ sung *Acid béo không bão hòađa nối đôi*là hợp lý như liệu phápthêm vào trong điều trị suy tim (EF giảm hoặc không)	IIa	B
***Các thuốc khác:**		
- Không khuyến cáo bổ sung chất dinh dưỡng nhưlà điều trị suy timcho bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu	III:không có lợi	B
- Liệu pháp hormon ngoài lý do làđể sữa chữa thiếuhụt hormon không được khuyến cáo trong suy tim giảm phân suất tống máu	III:không có lợi	C
- Các thuốcđược biếtcó ảnh hưởng xấuđến lâm sàng của bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu nên tránh hoặc phải được thu hồi	III:có hại	B
- Sử dụng lâu dài thuốcinotrope (+) đường tĩnh mạch không được khuyến cáo và có thể có hại ngoại trừ để điều trị dịu bớt.	III:có hại	C
***Thuốc chẹn kênh canxi**		
- Thuốc chẹn kênh canxi không được khuyến cáo nhưđiều trị thườngqui trong suy tim giảm phân suất tống máu	III:không có lợi	A

PHỤ LỤC 3: CHẨN ĐOÁN SUY TIM DỰA VÀO PEPTID BÀI NIỆU THEO ESC 2008