

SUY TIM CẤP MẮT BÙ

Muhammad I. Durrani, DO, MS • Akash Ray, DO • Kayla Hempel, MD

CƠ BẢN

MÔ TẢ

Suy tim cấp mắt bù (STCMB) là một nhóm hội chứng không đồng nhất có liên quan với nhau, đặc trưng bởi tình trạng suy giảm chức năng bơm của tim mới khởi phát hoặc tái phát. STCMB có thể do các biến chứng xuất phát từ màng ngoài tim, cơ tim, nội tâm mạc hoặc các van tim. Điều này dẫn đến nhiều triệu chứng đa dạng, thứ phát sau tình trạng ứ huyết phổi do tăng áp lực nhĩ trái, tích tụ dịch quá mức và giảm cung lượng tim. STCMB có thể là chẩn đoán mới hoặc là biểu hiện nặng lên của suy tim mạn tính (ST) đã có từ trước. Nhiều thuật ngữ đã được sử dụng để mô tả bệnh lý này, bao gồm suy tim cấp, hội chứng suy tim cấp, cũng như mắt bù cấp của suy tim mạn.

DỊCH TỄ HỌC

Tỷ lệ mắc

- Tỷ lệ mắc, tỷ lệ hiện mắc và chi phí của suy tim được trình bày trong chương “Suy tim mạn tính.”
- Medicare chi tiêu để chẩn đoán và điều trị suy tim nhiều hơn bất kỳ bệnh lý y khoa nào khác. Suy tim là nguyên nhân nhập viện và tái nhập viện thường gặp nhất tại Hoa Kỳ ở người >65 tuổi, gây ra hơn 1 triệu lượt nhập viện mỗi năm.
- Khoảng một nửa số người mắc suy tim tử vong trong vòng 5 năm kể từ khi chẩn đoán. 90% bệnh nhân suy tim tử vong trong vòng 10 năm. Các nghiên cứu gần đây ghi nhận tỷ lệ tử vong 37% trong vòng 1 năm ở người cao tuổi.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Có hai tình trạng sinh lý bệnh tiềm ẩn dẫn đến các biểu hiện lâm sàng của suy tim, đó là rối loạn chức năng tâm thu và/hoặc tâm trương của tim. Xem “Suy tim mạn tính.” Rối loạn chức năng tâm thu: bất thường về co bóp cơ tim; rối loạn chức năng tâm trương: bất thường về độ giãn nở
 - Các thuật ngữ suy tim với phân suất tống máu thất trái (EF) giảm, trung gian, bảo tồn hoặc cải thiện (HFrEF, HFmrEF, HFpEF và HFimpEF) đã được áp dụng gần đây.
 - Các hướng dẫn suy tim gần đây của Hoa Kỳ cũng mô tả ba nhóm biểu hiện lâm sàng ở bệnh nhân STCMB, dựa trên biểu hiện lâm sàng, huyết động và tưới máu toàn thân:
 - Bệnh nhân quá tải thể tích: biểu hiện bằng ứ huyết phổi và/hoặc ứ huyết toàn thân, thường khởi phát bởi cơn tăng huyết áp cấp cứu
 - Bệnh nhân giảm cung lượng tim: biểu hiện bằng hạ huyết áp, giảm tưới máu thận và/hoặc sốc
 - Bệnh nhân có dấu hiệu và triệu chứng của cả quá tải thể tích lẫn sốc
- STCMB có thể do các tình trạng sau gây ra:
 - Bệnh lý cơ tim: đợt cấp của suy tim mạn tính đã có từ trước, khởi phát bởi việc không tuân thủ điều trị hoặc nhiễm trùng hoặc yếu tố khởi phát cấp tính khác, như bệnh động mạch vành (CAD), nhồi máu cơ tim (MI), tổn thương do độc chất, tổn thương do miễn dịch và viêm, các bệnh thâm nhiễm, rối loạn chuyển hóa và các bất thường di truyền
 - Tình trạng tải bất thường: tăng huyết áp, dị tật cấu trúc van tim và cơ tim, bệnh lý màng ngoài tim và nội tâm mạc, tình trạng cung lượng cao, quá tải thể tích
 - Loạn nhịp tim: rung nhĩ, các loạn nhịp nhanh, block tim mức độ cao, các loạn nhịp chậm

Di truyền học

Xem “Suy tim mạn tính.”

YẾU TỐ NGUY CƠ

Xem “Suy tim mạn tính.”

PHÒNG NGỪA CHUNG

Xem “Suy tim mạn tính.”

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

Loạn nhịp tim, sau đó là suy bơm, là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong STCMB. Đa số bệnh nhân có >5 bệnh đồng mắc (đặc biệt là bệnh động mạch vành, bệnh thận mạn và đái tháo đường) và dùng >5 loại thuốc.

CHẨN ĐOÁN

Cần tiếp cận lâm sàng đa chiều vì không có xét nghiệm chẩn đoán tiêu chuẩn vàng: không có một dấu hiệu bệnh sử, khám thực thể (KTT), ECG hay X-quang đơn lẻ nào có thể loại trừ suy tim. Xem “Suy tim mạn tính.”

BỆNH SỬ

- Bệnh nhân thường có tiền sử suy tim, nhồi máu cơ tim, tăng huyết áp không kiểm soát và các yếu tố nguy cơ khác đã nêu ở trên.
- Khó thở khi gắng sức và khó thở khi nằm là các triệu chứng duy nhất có độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu thấp.
- Các triệu chứng khác: xem “Suy tim mạn tính.”

KHÁM THỰC THỂ

- Tiếng T3 có tỷ số khả dĩ (LR) cao nhất trong khám thực thể, với LR dương tính dao động từ 1,6 đến 13,0. Không có dấu hiệu khám thực thể nào có độ nhạy >70%.
- Khám phổi: ran ẩm (ran nhỏ) và đôi khi khô khè, kiểu thở Cheyne-Stokes

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Cần loại trừ các chẩn đoán đe dọa tính mạng trước tiên: thuyên tắc phổi, nhồi máu cơ tim, chèn ép tim, tràn khí màng phổi, hội chứng suy hô hấp cấp, nhiễm khuẩn huyết, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), viêm phổi, viêm màng ngoài tim co thắt, các tình trạng cung lượng cao (thiếu máu, cường giáp).

XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Các dữ liệu xét nghiệm mang tính hỗ trợ, giúp tiên lượng và theo dõi diễn tiến lâm sàng.

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh)

- Xem thêm “Suy tim mạn tính.” Đầu tiên, đánh giá huyết áp (HA) và các dấu hiệu sinh tồn khác, loại trừ mất ổn định huyết động và dấu hiệu sốc tim.
- ECG và troponin tim để đánh giá hội chứng vành cấp. Lưu ý rằng troponin tăng được phát hiện ở đa số bệnh nhân suy tim, thường không có thiếu máu cơ tim rõ ràng.
- BUN, creatinine, điện giải đồ, xét nghiệm chức năng gan, TSH (nếu mới khởi phát), glucose và công thức máu
- Siêu âm tim qua thành ngực: khuyến cáo thực hiện ngay ở bệnh nhân STCMB mất ổn định huyết động, và trong vòng 48 giờ khi cấu trúc và chức năng tim chưa được biết hoặc có thể đã thay đổi so với các nghiên cứu trước đó
- BNP và/hoặc đoạn N tận pro-BNP (NT-proBNP): đo BNP hoặc NT-proBNP được khuyến cáo ở tất cả bệnh nhân khó thở cấp nghi ngờ STCMB khi nguyên nhân khó thở chưa rõ ràng và có thể liên quan đến STCMB.
 - BNP <100 về cơ bản loại trừ suy tim với LR âm là 0,2 và độ nhạy 93,5%. BNP >500 có độ đặc hiệu 89,8%. BNP từ 100–400 có thể gợi ý suy tim hoặc liên quan đến các bệnh tim khác, bệnh ngoài tim (như bệnh phổi) hoặc phối hợp nhiều tình trạng.
- Giá trị NT-proBNP >450 pg/mL ở người <50 tuổi, >900 pg/mL ở độ tuổi 50–75, và >1.800 pg/mL ở người >75 tuổi rất gợi ý suy tim (độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 84%) trong bối cảnh lâm sàng phù hợp.
- X-quang ngực: đánh giá ứ huyết phổi và phát hiện các bệnh lý tim hoặc ngoài tim khác có thể gây ra hoặc góp phần vào triệu chứng của bệnh nhân
- Siêu âm phổi (LUS): đang nổi lên như một công cụ chẩn đoán STCMB, với LUS dương tính được định nghĩa là có >3 đường B ở hai vùng phổi hai bên, cho độ đặc hiệu 92,7% và LR 7,4

Xét nghiệm theo dõi & Lưu ý đặc biệt

Xem “Suy tim mạn tính.”

Thủ thuật chẩn đoán/Khác

Có thể cân nhắc thông tim khi nghi ngờ bệnh động mạch vành. Đặt catheter động mạch phổi có thể được thực hiện để định hướng điều trị trong các trường hợp nặng có sốc tim.

Giải thích kết quả xét nghiệm

Bệnh lý tim phụ thuộc vào nguyên nhân gây suy tim. Vui lòng tham khảo “Suy tim mạn tính.”

ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị là cải thiện huyết động và tưới máu cơ quan, giảm triệu chứng, hạn chế tổn thương tim và thận, phục hồi oxy hóa máu, và giảm thiểu thời gian nằm viện, đồng thời xác định nguyên nhân hoặc yếu tố khởi phát. Xem “Suy tim mạn tính.” Các khuyến cáo dưới đây đều được rút ra từ hướng dẫn ACC năm 2017 về xử trí suy tim (1).

THUỐC

LƯU Ý QUAN TRỌNG

- Nhiều liệu pháp không có tác động thuận lợi đến tỷ lệ bệnh tật hoặc tử vong. Thuốc lợi tiểu được sử dụng đầu tiên trong STCMB kèm quá tải dịch, kết hợp thêm natrit khi cần trong giai đoạn ổn định ban đầu.
- Cần nhận diện các yếu tố khởi phát và tối ưu hóa điều trị đường uống mạn tính trong thời gian bệnh nhân nằm viện sau khi đã ổn định. Cũng cần xác định những bệnh nhân có thể hưởng lợi từ tái thông mạch vành. Cuối cùng, cần giáo dục bệnh nhân về hạn chế natri trong chế độ ăn, tự đánh giá tình trạng thể tích và thuốc điều trị.
- Sau khi STCMB đã ổn định, hướng dẫn khuyến nghị bắt đầu dùng thuốc ức chế men chuyển (ACEi), ức chế thụ thể angiotensin (ARB) hoặc ARNI cùng thuốc chẹn beta ở bệnh nhân giảm chức năng tâm thu. Việc sử dụng thuốc mới ivabradine cũng được đề cập ở một số bệnh nhân chọn lọc nhưng chưa cho thấy giảm tử vong do tim mạch. Tránh dùng NSAID và thuốc ức chế COX-2. Không có khuyến cáo thuốc nhóm IA cho STCMB.

Hàng đầu

- Thuốc giãn mạch: cân nhắc trong STCMB khi huyết áp tâm thu (HATT) >90 mmHg. Bệnh nhân STCMB kèm tăng huyết áp nên được dùng thuốc giãn mạch đường tĩnh mạch làm điều trị ban đầu để giảm ứ huyết nếu không có chống chỉ định. Sử dụng trong suy tim mạn không hiệu quả. Thuốc giãn mạch làm giảm áp lực đổ đầy thất và sức cản mạch hệ thống, từ đó gián tiếp cải thiện chức năng tim.
 - Nitroglycerin tĩnh mạch có thể mang lại lợi ích ngắn hạn bằng cách giảm tiền tải và hậu tải thông qua giãn các mạch chứa và mạch cản ngoại biên trên cơ trơn mạch máu (TM 10–20 µg/phút, tăng dần đến 200 µg/phút)
 - Nitroprusside tĩnh mạch: dùng thận trọng, bắt đầu 0,3 µg/kg/phút, tăng dần đến 5,0 µg/kg/phút
 - Thuốc ức chế men chuyển đường tĩnh mạch: bằng chứng chưa rõ ràng và khuyến cáo thay đổi tùy nơi. Được cho là tác động bằng cách giảm cả tiền tải và hậu tải
- Thuốc lợi tiểu quai đường tĩnh mạch được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân STCMB có triệu chứng quá tải dịch, ở bệnh nhân ổn định huyết động (chống chỉ định nếu HATT <90 mmHg, hạ natri máu nặng, toan hóa máu); cần thận trọng với rối loạn điện giải nếu có bệnh thận. Nên bắt đầu lợi tiểu sớm trong STCMB; truyền liên tục không hiệu quả hơn tiêm bolus, và liều cao không hiệu quả hơn đáng kể so với liều thấp.
 - Furosemide (Lasix): bệnh nhân STCMB mới khởi phát nên dùng liều bolus 20–40 mg TM
 - Nếu đang dùng furosemide (Lasix) mạn tính, liều TM ban đầu nên bằng hoặc vượt liều uống hằng ngày tại nhà (gấp 1,0–2,5 lần liều nhà). Theo dõi lượng nước tiểu phù hợp.
 - Bumetanide và torsemide là các thuốc lợi tiểu quai thay thế
 - Khi tình trạng ứ huyết không cải thiện với lợi tiểu ban đầu, cân nhắc phối hợp thêm loại lợi tiểu thứ hai đường uống (metolazone hoặc spironolactone) hoặc đường tĩnh mạch (chlorothiazide)
- Thiazide phối hợp với lợi tiểu quai có thể hữu ích nếu lợi tiểu không hiệu quả. Hydrochlorothiazide (HCTZ) 25 mg uống và spironolactone hoặc eplerenone (25–50 mg uống) có thể dùng phối hợp với lợi tiểu quai nếu quá tải thể tích nặng.
- Metolazone (Zaroxolyn): 2,5–20,0 mg/ngày uống, có thể thêm vào làm thuốc lợi tiểu thứ hai, hiệp đồng với lợi tiểu quai trong trường hợp lợi tiểu không hiệu quả, và có thể hiệu quả hơn các thiazide khác ở bệnh nhân suy thận
- Thở áp lực dương hai mức (BIPAP)/thông khí áp lực dương không xâm lấn (NPPV): NPPV làm giảm mức độ nặng của triệu chứng, tỷ lệ đặt nội khí quản và tử vong sớm trong STCMB. Khi có bằng chứng lâm sàng của phù phổi, đây là khuyến cáo mức độ A. Xem phần “Liệu pháp bổ sung.”

Hàng hai

- Tolvaptan cho hạ natri máu nặng kèm quá tải thể tích, kháng trị với hạn chế nước và điều trị nội khoa, đang được nghiên cứu.

- Thuốc tăng co bóp cơ tim: dành cho bệnh nhân rối loạn chức năng tâm thu nặng, thường gặp nhất trong STCMB có hạ huyết áp.
 - Thuốc ức chế phosphodiesterase (milrinone, enoximone) làm giảm sức cản mạch phổi; có thể dùng cho bệnh nhân đang dùng chẹn beta nhưng có thể tăng tử vong trung hạn ở bệnh nhân bệnh động mạch vành. Milrinone đặc biệt tạo tác dụng tăng co bóp và giãn mạch mà không kích thích thụ thể beta-adrenergic của tim.
 - Truyền dobutamine 2–20 µg/kg/phút cần theo dõi huyết áp chặt chẽ; tránh dùng trong sốc tim hoặc loạn nhịp nhanh. Có thể cân nhắc truyền dopamine liều thấp (3–5 µg/kg/phút).
 - Levosimendan (thuốc nhạy cảm canxi) cải thiện các thông số huyết động nhưng không cải thiện tỷ lệ sống còn so với giả dược
- Thuốc vận mạch: cân nhắc ở bệnh nhân sốc tim mặc dù đã điều trị với thuốc tăng co bóp khác
- Nesiritide, một chất tương tự BNP, không được khuyến cáo do tỷ lệ hạ huyết áp cao hơn, không có lợi ích về tử vong hoặc tỷ lệ tái nhập viện.
- Liệu pháp thay thế thận bằng siêu lọc: không khuyến cáo sử dụng thường quy
- Trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể (ECMO): ECMO tĩnh-dộng mạch dành cho nhóm bệnh nhân STCMB nặng nhất. ECMO được sử dụng làm cầu nối đến ghép tim hoặc hỗ trợ cơ học dài hạn.

LIỆU PHÁP BỔ SUNG

- Oxy: bắt đầu điều trị sớm; lý tưởng là chỉnh liều để đạt độ bão hòa oxy động mạch >92% (90% nếu có COPD). Điều trị thiếu máu bằng truyền máu: ngưỡng thận trọng Hgb <8; mục tiêu Hgb 10.
- Tổng quan Cochrane cho thấy có thể tránh được một ca tử vong cho mỗi 14 bệnh nhân STCMB được điều trị bằng NPPV, và một ca tử vong cho mỗi 9 bệnh nhân STCMB được điều trị bằng CPAP. Tránh thở máy xâm lấn ở bệnh nhân suy tim phải nếu có thể.
- Xem “Suy tim mạn tính” để biết các điều trị duy trì.

PHẪU THUẬT/CÁC THỦ THUẬT KHÁC

Phẫu thuật van tim nếu nguyên nhân là bệnh van tim; can thiệp mạch vành qua da (PCI)/phẫu thuật bắc cầu mạch vành (CABG) cho bệnh nhân có bệnh động mạch vành/nhồi máu cơ tim nếu phù hợp.

CÁC LƯU Ý VỀ NHẬP VIỆN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ ĐIỀU DƯỠNG

- Các cân nhắc về tiêu chuẩn nhập viện:
 - Bằng chứng suy tim mất bù nặng: hạ huyết áp, chức năng thận xấu đi, thay đổi trạng thái tâm thần, khó thở khi nghỉ, loạn nhịp tim kèm theo, hội chứng vành cấp
 - Cân nhắc lưu bệnh nhân tại đơn vị theo dõi đối với bệnh nhân ổn định có suy tim từ trước và đáp ứng các tiêu chí sau: không cần can thiệp cấp cho bệnh đồng mắc, HATT >120 mmHg, tần số thở <32 lần/phút, BUN <40 mg/dL, creatinine <3,0 mg/dL, không có bằng chứng thiếu máu cơ tim hoặc troponin tăng, BNP <1.000, N-type pro-BNP <5.000, và ấn tượng lâm sàng là bệnh nhân có thể xuất viện trong 24 giờ tới
- Hạn chế dịch 1,5–2,0 L/ngày có thể hữu ích để giảm triệu chứng ứ huyết.
- Tiêu chuẩn xuất viện: triệu chứng cải thiện, HATT trở về bình thường ở mức 100–120 mmHg, lượng nước tiểu tốt, natri huyết thanh >135 mEq/L, giáo dục bệnh nhân suy tim ngoại trú

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN CÁO THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

Tái khám sớm và chăm sóc đa chuyên khoa để giảm tỷ lệ nhập viện và tử vong.

Chế độ ăn

Xem “Suy tim mạn tính” (1).

Giáo dục bệnh nhân

Theo dõi và tự chăm sóc; hướng dẫn về thuốc, hoạt động thể lực, cân nặng hằng ngày (và cách điều chỉnh liều lợi tiểu). Xem “Suy tim mạn tính.”

Tiêu lượng

Xem “Suy tim mạn tính.”

Biến chứng

Loạn nhịp tim, phù phổi, hạ natri máu, tử vong

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. Cập nhật trọng tâm 2017 của ACC/AHA/HFSA đối với hướng dẫn ACCF/AHA năm 2013 về xử trí suy tim: báo cáo của Lực lượng Đặc nhiệm về Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng của Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ/Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hiệp hội Suy tim Hoa Kỳ. *Circulation*. 2017;136(6):e137–e161.

MÃ BỆNH

ICD10

- I50.9 Suy tim, không xác định
- I50.21 Suy tim tâm thu cấp (sung huyết)
- I50.31 Suy tim tâm trương cấp (sung huyết)

ĐIỂM LÂM SÀNG CẦN LƯU Ý

- BNP trong STCMB hữu ích trong các trường hợp chẩn đoán STCMB chưa rõ ràng.
- Cần tìm nguyên nhân nền của mỗi đợt STCMB.