

SUY TIM CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy tim cấp được định nghĩa là tình trạng khởi phát nhanh chóng các triệu chứng và dấu hiệu do chức năng tim bất thường. Suy tim cấp có thể xảy ra bởi biểu hiện suy tim lần đầu tiên hoặc trên nền suy tim mạn, thường được gọi là suy tim cấp mất bù.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Lâm sàng suy tim cấp thường biểu hiện dưới một số dạng sau:

- ✓ Suy tim mạn nặng hơn hoặc mất bù.
- ✓ Phù phổi cấp.
- ✓ Suy tim do tăng huyết áp.
- ✓ Choáng tim.
- ✓ Suy tim phải đơn độc.
- ✓ Hội chứng vành cấp và suy tim.

Suy tim cấp được phân loại dựa trên triệu chứng và dấu hiệu của giảm tưới máu mô gồm mạch yếu, chi lạnh và tụt huyết áp và sung huyết phổi gồm khó thở khi nằm, tĩnh mạch cổ nổi, rale ở phổi, gallop T3 và phù.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: khó thở (89%), khó thở khi nghỉ (34%), mệt (32%), rale ở phổi (68%), phù ngoại biên (66%), sung huyết phổi trên X-quang (75%).

2. Cận lâm sàng

Điện tâm đồ: cung cấp thông tin quan trọng về tần số tim, nhịp tim, dẫn truyền và nguyên nhân thường gặp.

X-quang tim phổi: đánh giá mức độ sung huyết phổi.

Khí máu động mạch: tất cả bệnh nhân suy hô hấp cấp nguy kịch.

Peptide thải natri niệu: định lượng trong giai đoạn sớm để chẩn đoán loại trừ suy tim.

Siêu âm tim: là công cụ rất giá trị nhằm đánh giá những thay đổi về cấu trúc và chức năng của bệnh lý nền hoặc liên quan suy tim cấp.

Xét nghiệm khác: gồm công thức máu, điện giải đồ, chức năng thận, glucose, albumin máu, men gan và INR.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Thở oxy và thông khí

Chỉ định thở oxy càng sớm ở bệnh nhân giảm oxy máu nhằm đạt $SaO_2 \geq 95\%$ ($>90\%$ ở bệnh nhân COPD).

Thông khí không xâm lấn với áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP) nên được xem xét sớm ở bệnh nhân phù phổi cấp do tim và suy tim cấp do tăng huyết áp. Khởi đầu PEEP từ 5-7,5 cmH₂O, tăng lên đến 10 cmH₂O và $FiO_2 \geq 0,40$. Thường chỉ định 30 phút/giờ cho đến khi cải thiện khó thở và độ bão hòa oxy máu. Thông khí không xâm lấn nên thận trọng ở bệnh nhân choáng tim và suy thất phải.

2. Lợi tiểu quai

Chỉ định ở bệnh nhân sung huyết phổi và quá tải dịch (bảng 3.1). Quá liều lợi tiểu có thể gây giảm thể tích và hạ natri máu, và tăng nguy cơ tụt huyết áp ở bệnh nhân sử dụng thuốc UCMC hoặc chẹn thụ thể.

Liều lợi tiểu và chỉ định trong suy tim cấp

Quá tải dịch	Thuốc	Liều lượng	Ghi chú
Trung bình hoặc nặng	Furosemide	20-100 mg	
Kháng trị với lợi tiểu quai	Phối hợp: hydrochlorothiazide hoặc spironolactone	50-100 mg 25-50 mg	Spironolactone, nếu không suy thận và kali máu bình thường hay giảm.

3. Morphine

Chỉ định ở những bệnh nhân suy tim cấp nặng có kích động, khó thở, lo âu hoặc đau ngực. Liều 2,5 - 5 mg TM. Cần theo dõi tình trạng suy hô hấp.

Morphin nên tránh ở bệnh nhân có tụt huyết áp, xuất huyết nội sọ, rối loạn ý thức, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, giảm thông khí.

4. Thuốc dẫn mạch

4.1. Nitrate

Liều khởi đầu nitroglycerin là 10-20 µg/phút và tăng 5-10 µg/phút mỗi 3-5 phút, tối đa 200 µg/phút. Isosorbide dinitrate là 1mg/giờ, tăng lên 10 mg/giờ. Mục tiêu huyết áp tâm thu không thấp hơn 95 mmHg.

4.2. Nitroprusside

Liều khởi đầu 0,1-0,3 µg/kg/phút và tăng đến 5 µg/kg/phút.

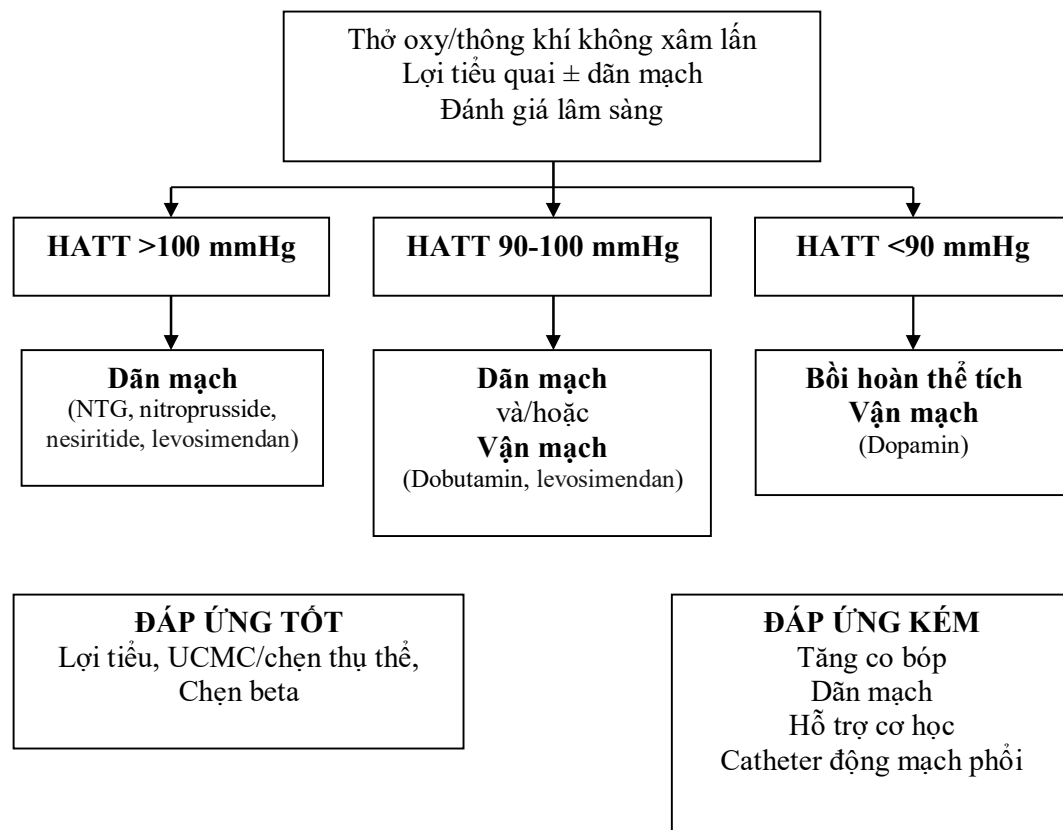
Tác dụng phụ gây tụt huyết áp (không dùng khi HATTr <60 mmHg và HATT <90 mmHg), nhịp tim nhanh và hiện tượng “ăn cắp máu” ở mạch vành đã tổn thương nên phải hết sức thận trọng ở bệnh nhân bệnh động mạch vành.

5. Thuốc tăng co bóp cơ tim

Chỉ định ở những bệnh nhân có tình trạng giảm cung lượng tim, chú ý tác dụng phụ gây rối loạn nhịp.

Dopamine: liều 3 - 10 μ g/kg/phút kích thích thụ thể β_1 nên làm tăng co bóp cơ tim và liều cao >10 μ g/kg/phút kích thích β_1 và α có tác dụng gây co mạch.

Dobutamine: liều 2-20 μ g/kg/phút.



Chiến lược điều trị suy tim cấp theo huyết áp tâm thu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Katritsis DG, Gersh BJ, Camm AJ (2013), “Acute heart failure and cardiogenic shock”, *Clinical Cardiology: Current Practice Guidelines*, Oxford University Press, pp.308-316.
2. Dickstein K (2011), “Acute and Chronic Heart Failure”, *ESC Guidelines Desk Reference*, Springer Healthcare, pp.316-342.
3. Krüger W and Ludman A (2009), “Acute heart failure syndromes”, *Acute heart failure*, pp.47-70.
4. Meyer TE, Krishnamani R and Gaasch WH (2010), “Acute Heart Failure and Pulmonary Edema”, *Cardiac Intensive Care*, pp.275-292.