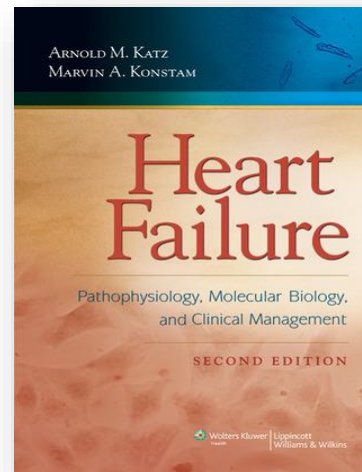
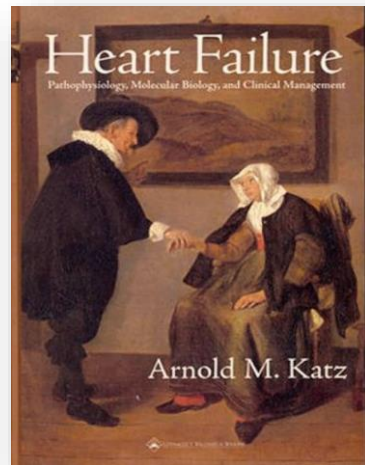
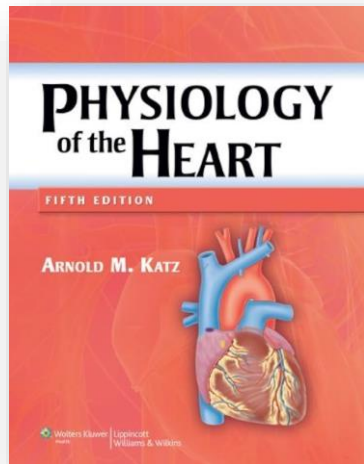


CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ SUY TIM CẤP TỪ CÁC ĐỒNG THUẬN 2025

TS.BS. Lương Cao Sơn
Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM

In Memory of Arnold M. Katz

“In central problem in heart failure is not that patients are short of breath or that they retain fluid: **the problem is that they die.** Heart failure is a mortal illness, **more serious than most malignancies**”

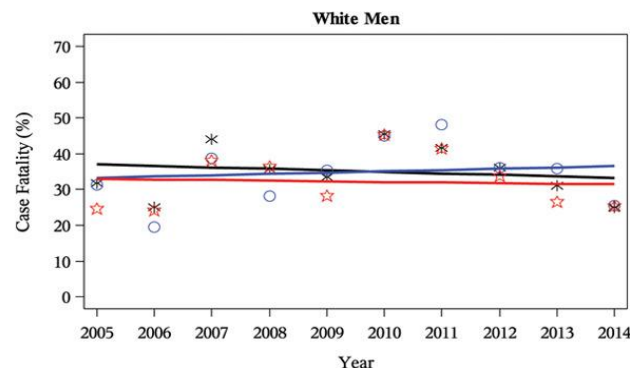
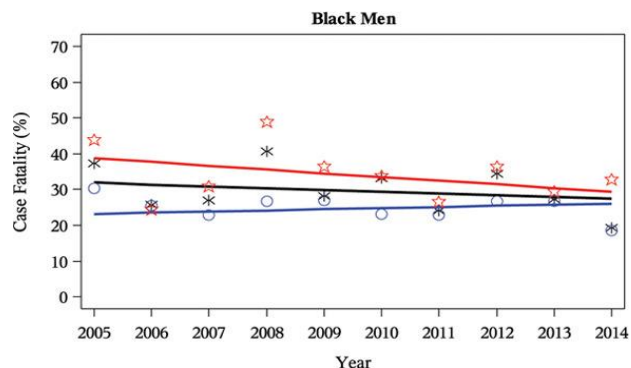
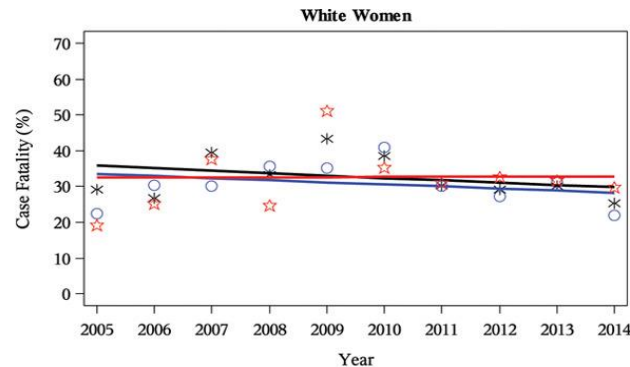
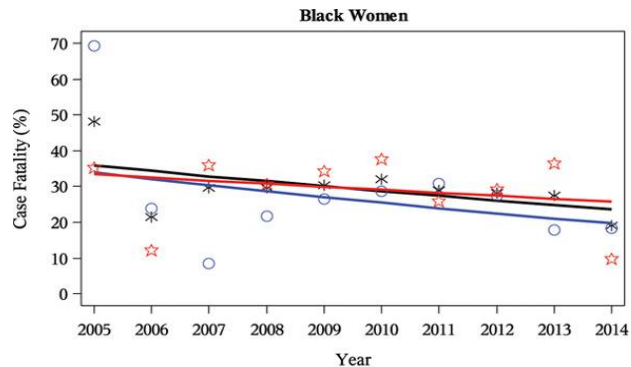


Arnold M. Katz (1932-2016)
Harvard Medical School
Past President of AHA

Tiên lượng bệnh nhân suy tim cấp đặc biệt xấu

Trends in Hospitalizations and Survival of Acute Decompensated Heart Failure in Four US Communities (2005–2014): ARIC Study Community Surveillance

40,173 biến cố suy tim cấp tại 4 cộng đồng Forsyth County, NC; Jackson, MS; Minneapolis, MN, suburbs; and Washington County, MD (Hoa Kỳ). 50% HFrEF và 39% HFpEF



Tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân trong 1 năm sau suy tim cấp

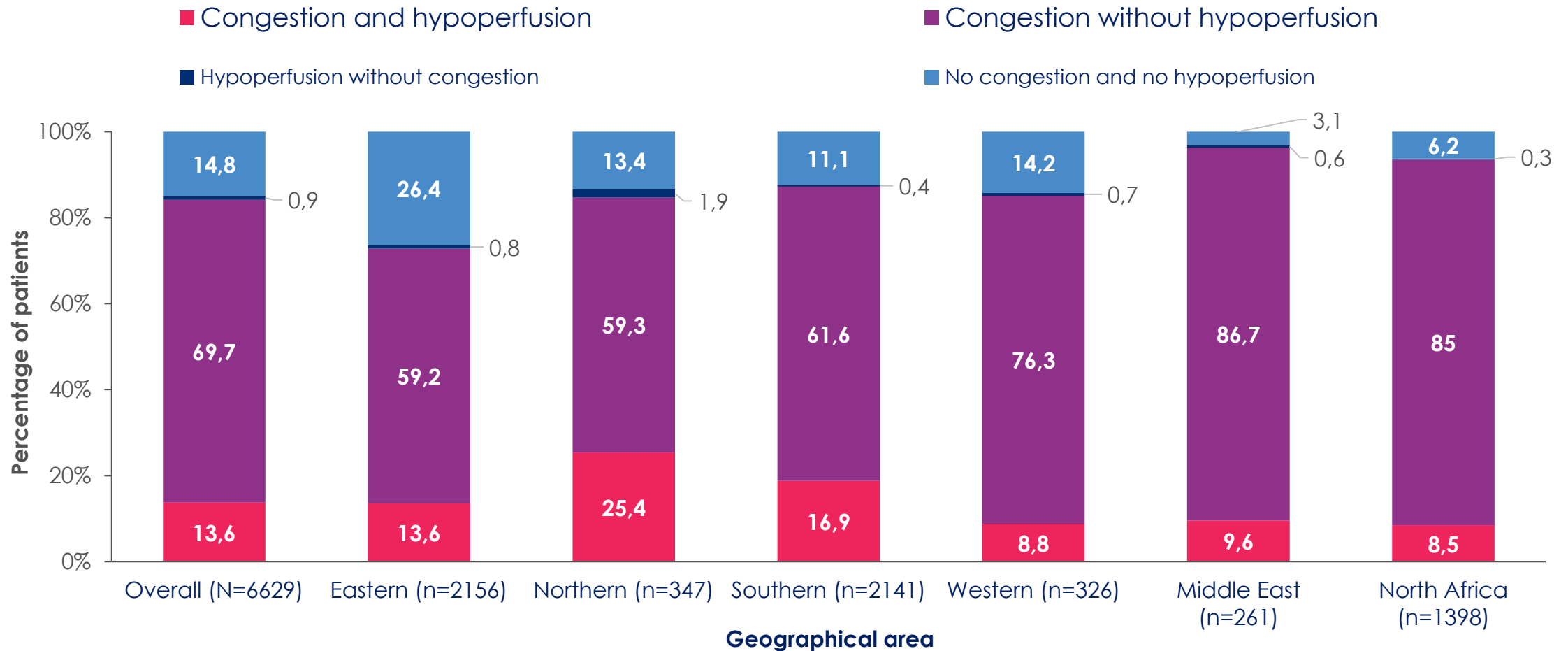
30%

bất kể LVEF, chủng tộc

Sung huyết là nguyên nhân chính gây nhập viện ở BN suy tim cấp

ESC Heart Failure Long-Term Registry

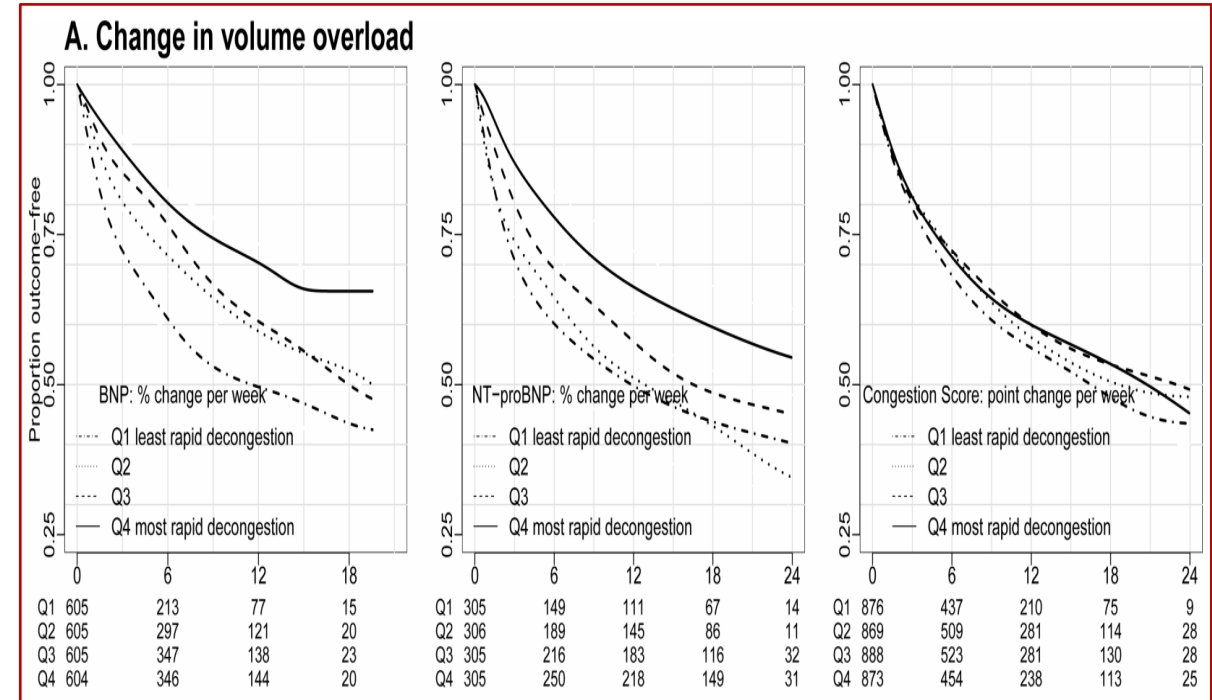
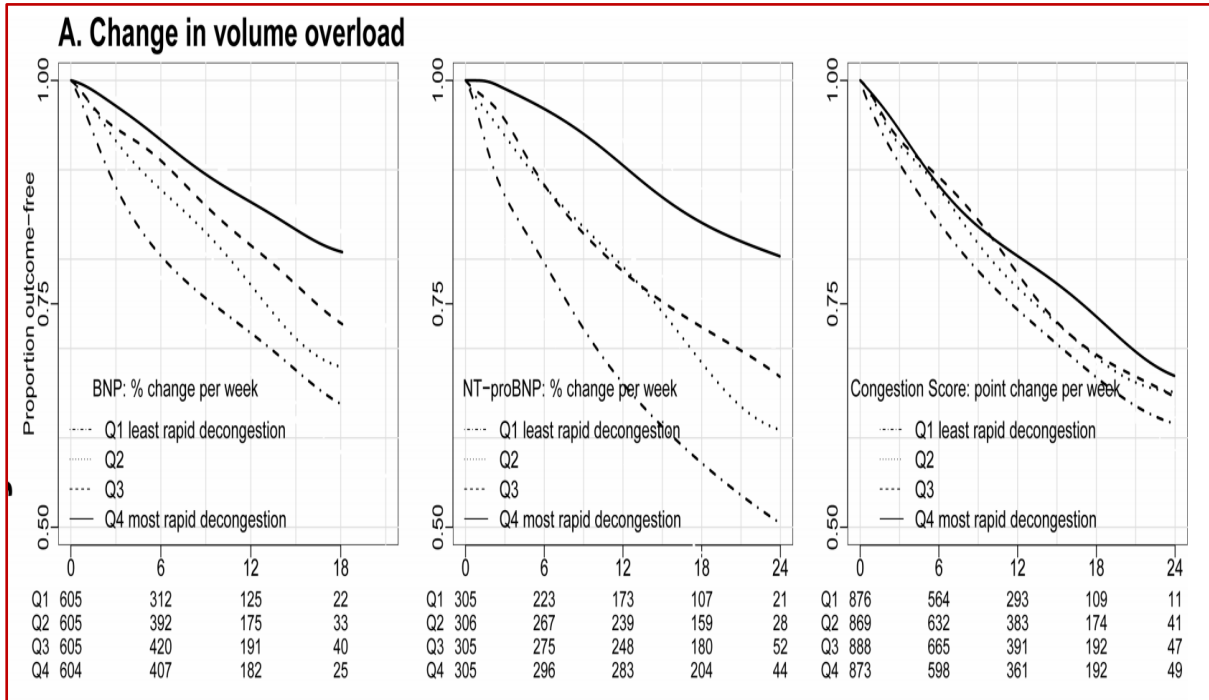
Classification of patients with AHF: Congestion/hypoperfusion classification by geographical area



Cải thiện nhanh tình trạng sung huyết giúp giảm nguy cơ tử vong và tái nhập viện do suy tim

Tử vong do mọi nguyên nhân

Tử vong do TM và tái nhập viện do suy tim



Nhóm có thời gian **giảm sung huyết (giảm BNP và NT-proBNP)** nhanh nhất (Q4) so với nhóm giảm chậm nhất (Q1):

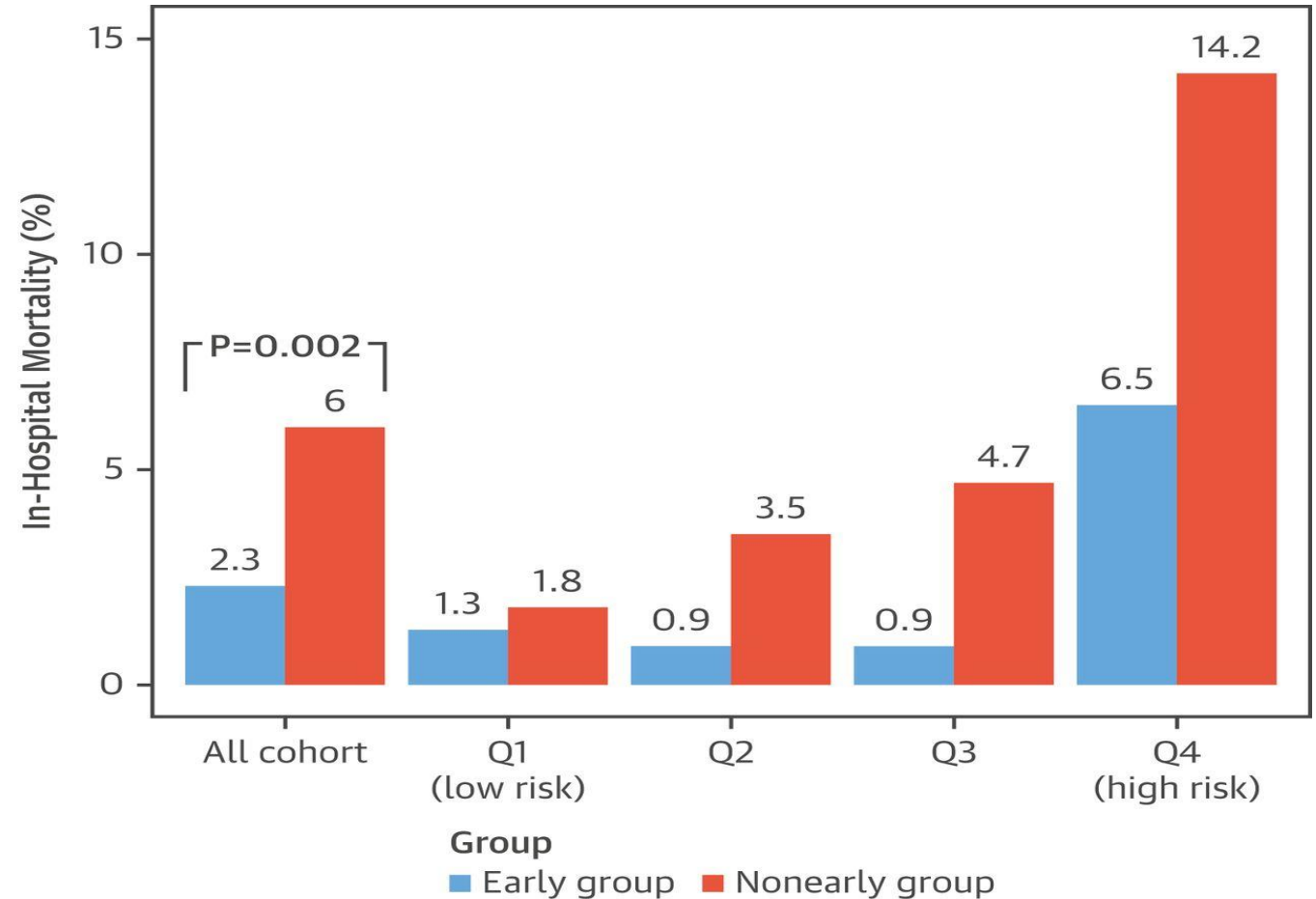
- ✓ Nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân thấp hơn (HR=0,43 [0,31, 0,59] và HR=0,27 [0,19, 0,40])
- ✓ Nguy cơ kết cục kép tử vong TM và tái nhập viện do suy tim thấp hơn (HR=0,49 [0,39, 0,60] và HR=0,54 [0,42, 0,71])

Vai trò của lợi tiểu quai trong giảm sung huyết ở BN suy tim cấp

Khởi động càng sớm càng tốt

REALITY-AHF: Nghiên cứu đoàn hệ, tiến cứu, đa trung tâm, đánh giá mối liên quan giữa thời gian khởi động thuốc lợi tiểu quai và kết quả lâm sàng ở 1291 bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại khoa cấp cứu.

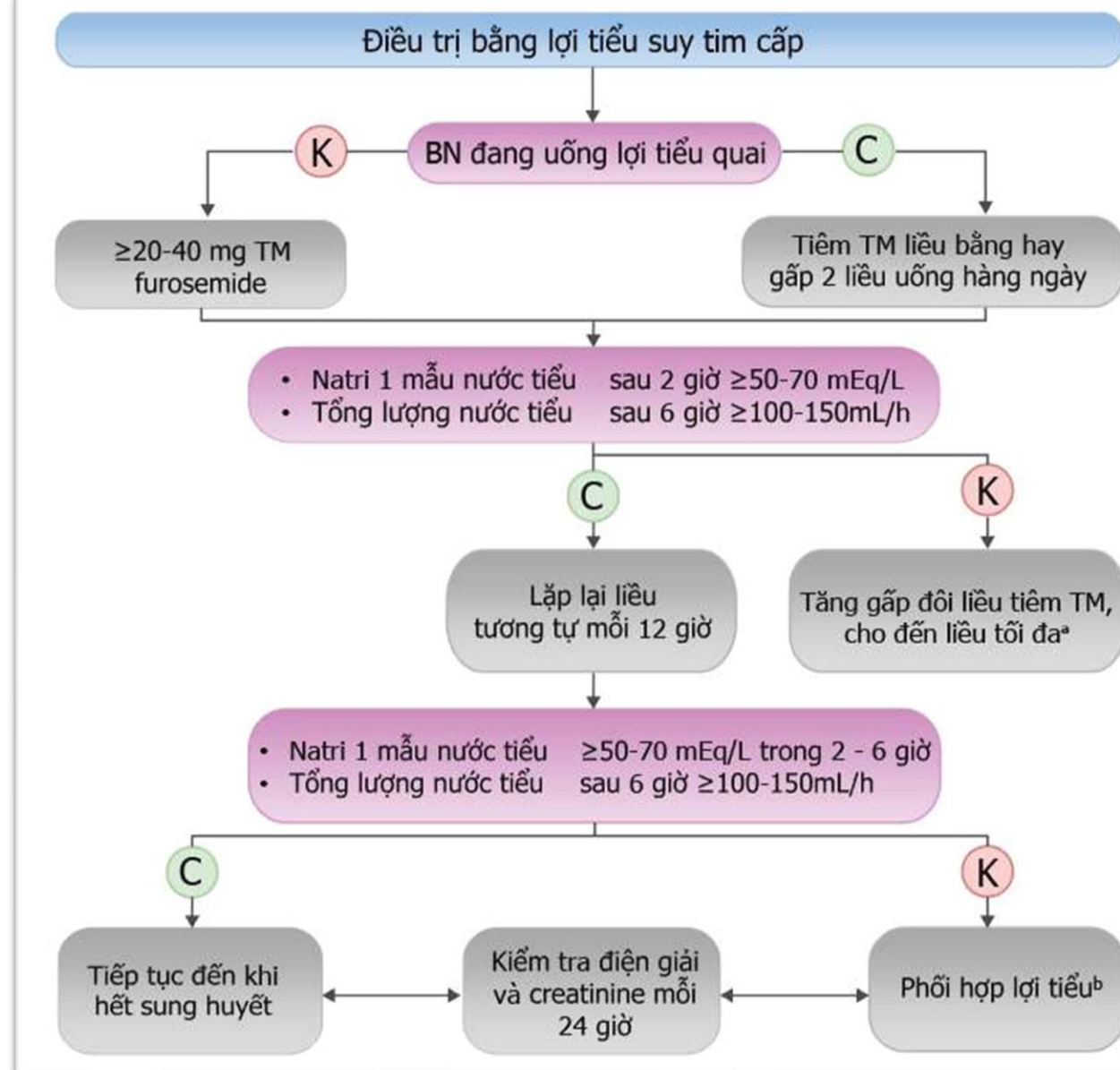
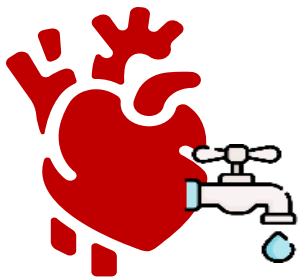
- **Early group** (n=481): nhóm khởi động lợi tiểu sớm <60 phút
- **Non-early group** (n=810): nhóm không khởi động lợi tiểu sớm
- **Q1-Q4:** nhóm tứ phân vị phân tầng theo điểm nguy cơ GWTG-HF cho nguy cơ tử vong nội viện ở BN nhập viện vì suy tim.



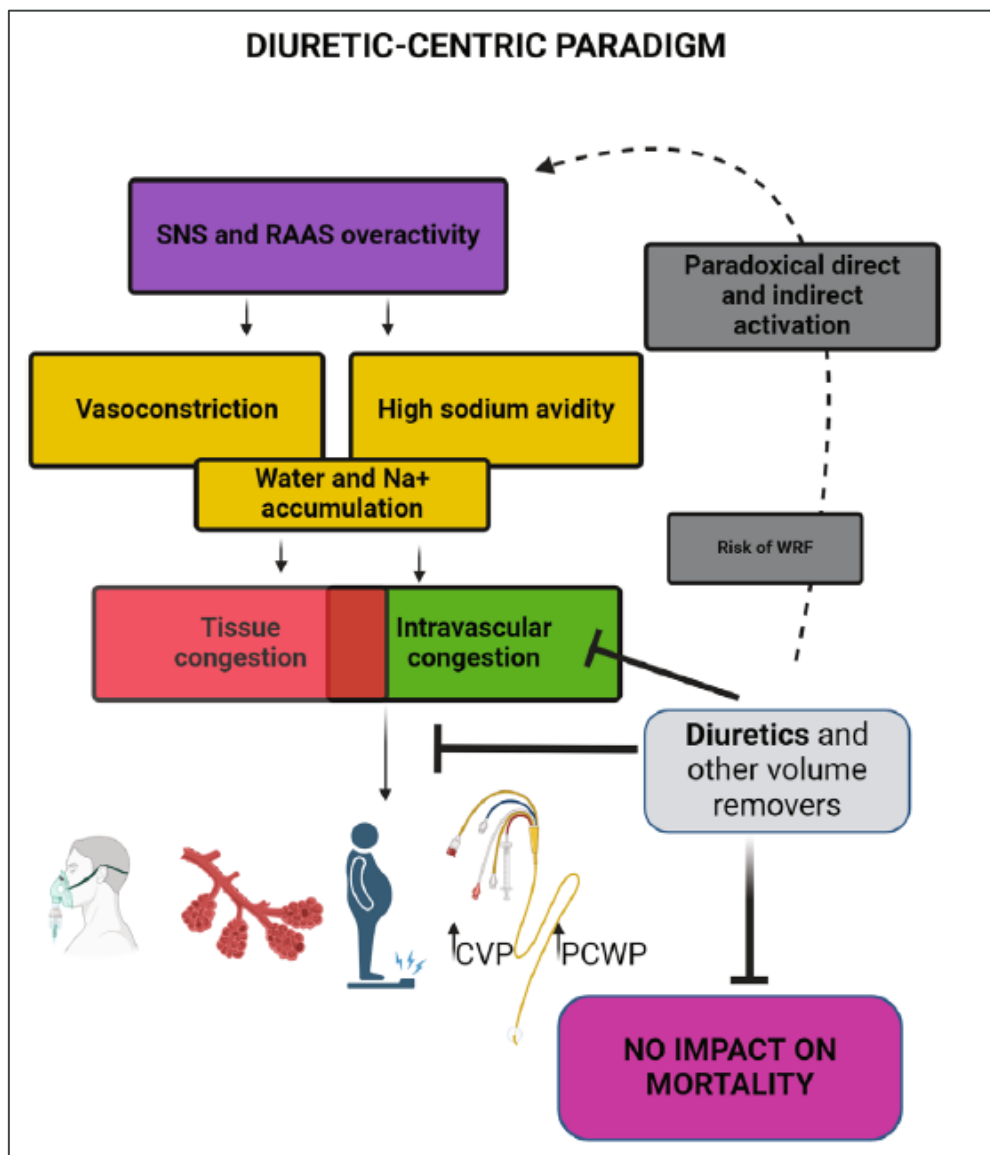
Lợi tiểu đóng vai trò đầu tay trong xử trí suy tim cấp

Diuretics		
Intravenous loop diuretics are recommended for all patients with AHF admitted with signs/symptoms of fluid overload to improve symptoms. ¹⁴⁵	I	C
Combination of a loop diuretic with thiazide-type diuretic should be considered in patients with resistant oedema who do not respond to an increase in loop diuretic doses. ¹⁴⁵	IIa	B

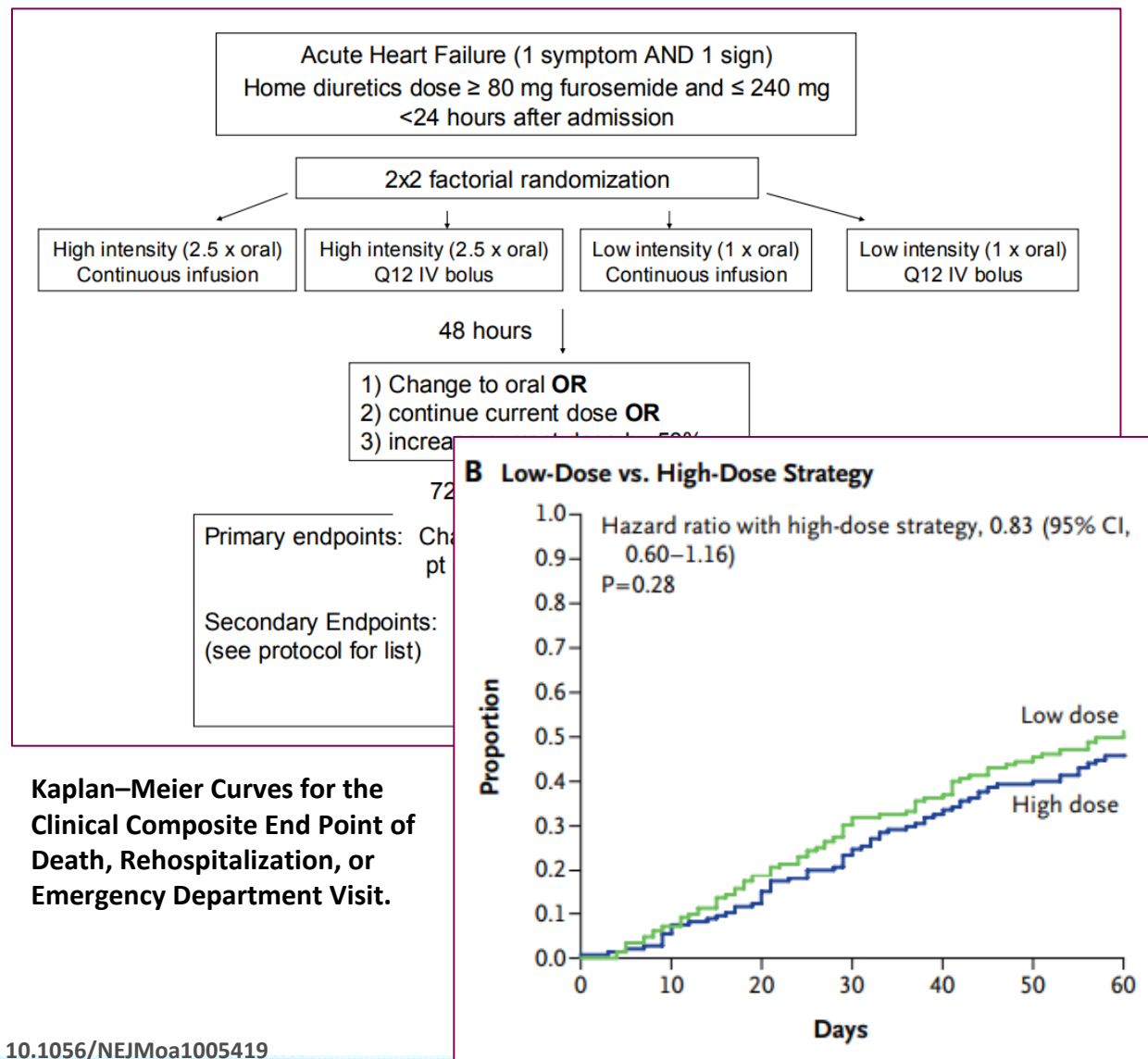
ESC Guideline 2021



Tăng liều lợi tiểu đơn thuần không cải thiện tỷ lệ tử vong, tái nhập viện và nhập viện cấp cứu

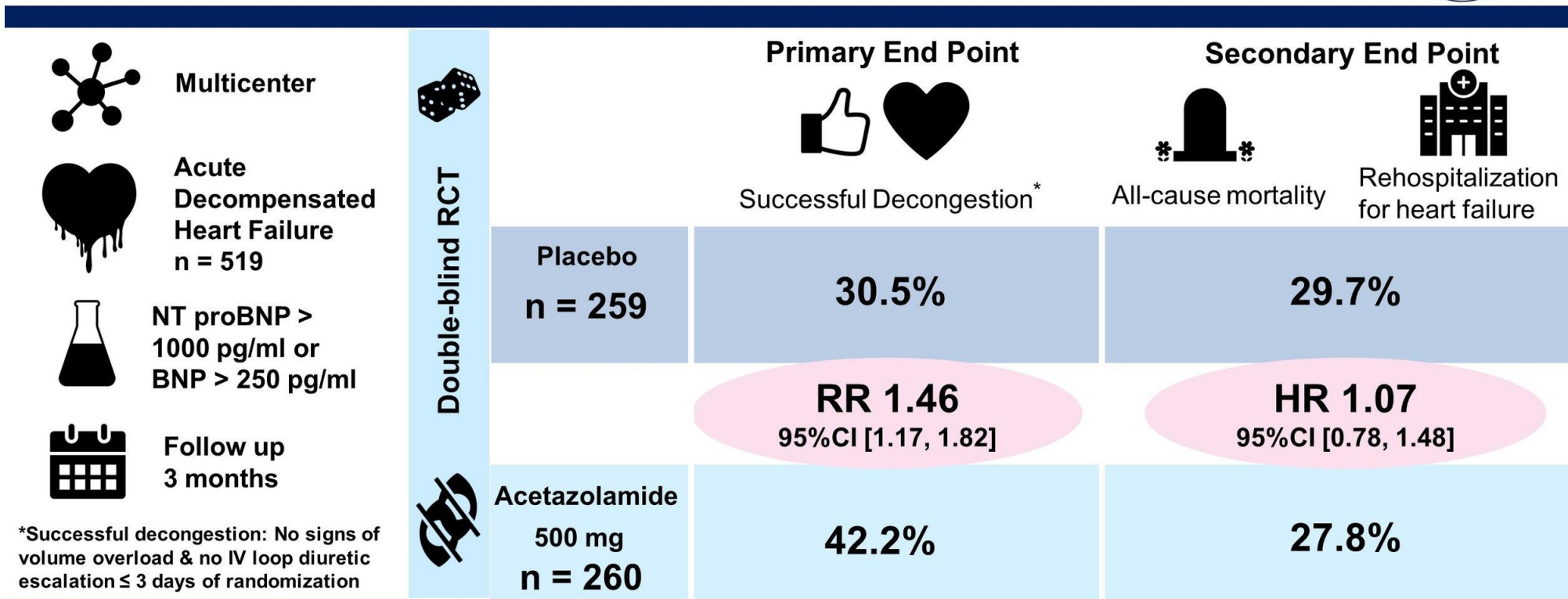


The DOSE-AHF trial



Vai trò của phối hợp thuốc lợi tiểu khác với lợi tiểu quai (1)

Does Acetazolamide Help Decongest in Acute Decompensated Heart Failure with Volume Overload (ADVOR)?

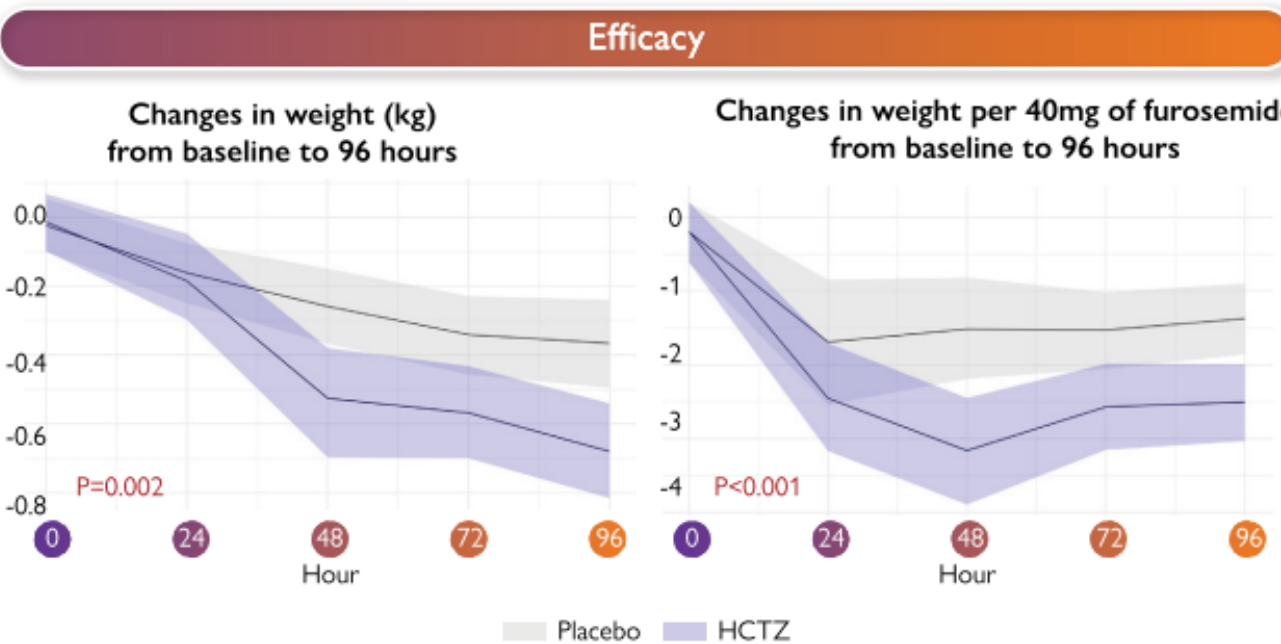
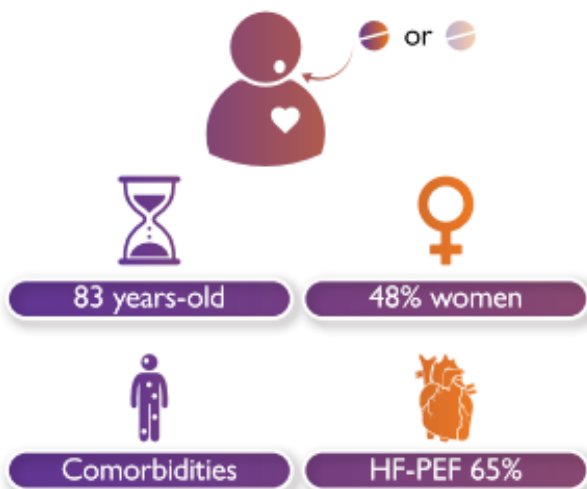
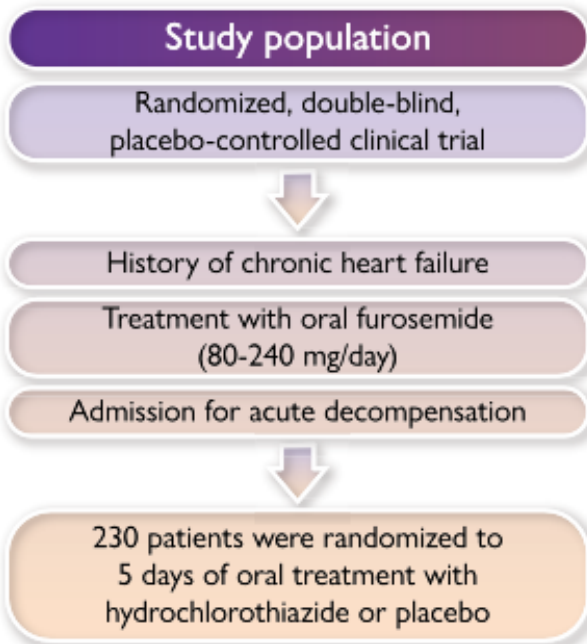


Conclusion: The addition of acetazolamide to loop diuretic therapy in patients with acute decompensated heart failure resulted in a greater incidence of successful decongestion

Mullens W, Dauw J, Martens et al. ADVOR Study Group. Acetazolamide in Acute Decompensated Heart Failure with Volume Overload. N Engl J Med. 2022 Aug 27. doi: 10.1056/NEJMoa2203094.

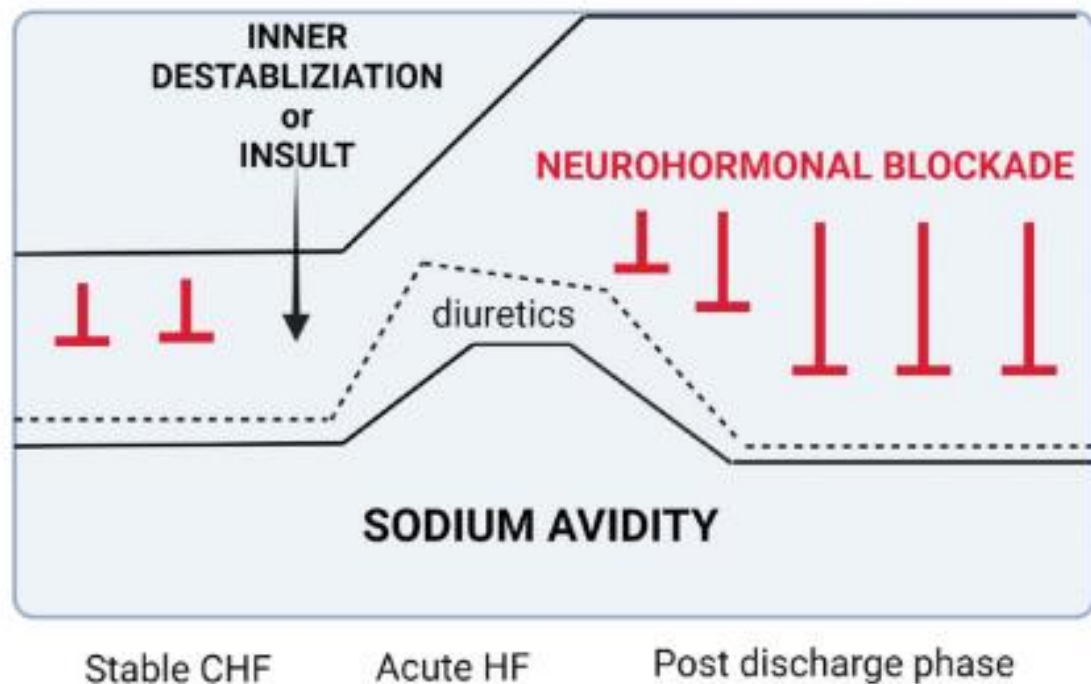
Visual Abstract by @Api_chew

Vai trò của phối hợp thuốc lợi tiểu khác với lợi tiểu quai (2)

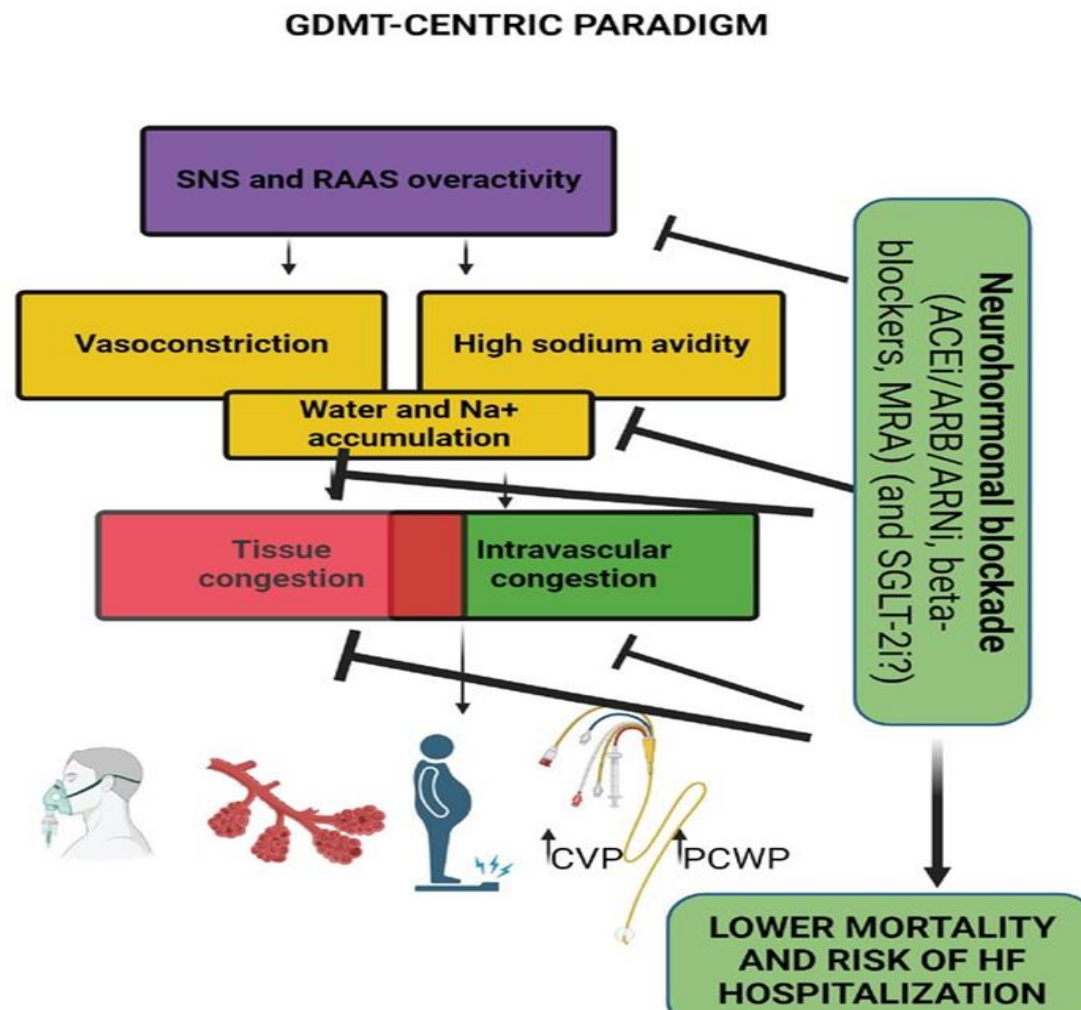


Safety	Placebo	HCTZ	p-value
All-cause mortality at 90 days	19 (16.4%)	23 (20.2%)	0.566
All-cause rehospitalizations at 90 days	40 (34.5%)	43 (37.7%)	0.709
Impaired renal function (serum creatinine and eGFR)	20 (17.2%)	53 (46.5%)	<0.001
Hyponatraemia (Na ⁺ ≤ 130 mmol/L) - (Na ⁺ ≤ 125 mmol/L)	6 (5.2%)–2 (1.7%)	10 (8.8%)–3 (2.6%)	0.416–0.682
Hypokalaemia (K ⁺ ≤ 3.0 mmol/L) - (K ⁺ ≤ 2.5 mmol/L)	18 (16.1%)–0 (0.0%)	43 (40.6%)–2 (1.8%)	<0.001–0.245
Serious adverse events	27 (23.3%)	26 (22.8%)	0.93

Thay đổi cách tiếp cận suy tim cấp từ “lợi tiểu là trung tâm” thành “khởi trị sớm GDMT” giúp giảm tác dụng phụ và cải thiện kết cục xấu



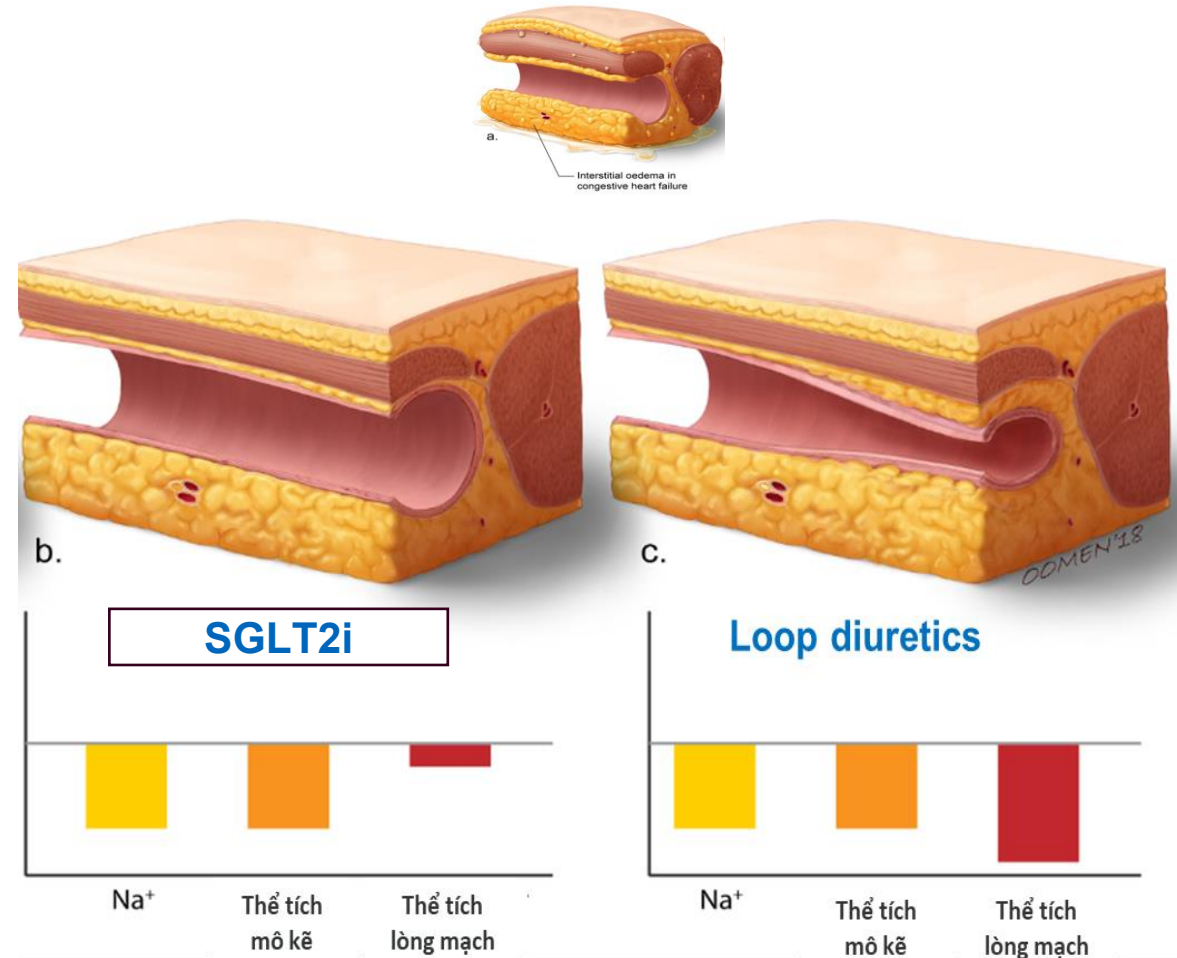
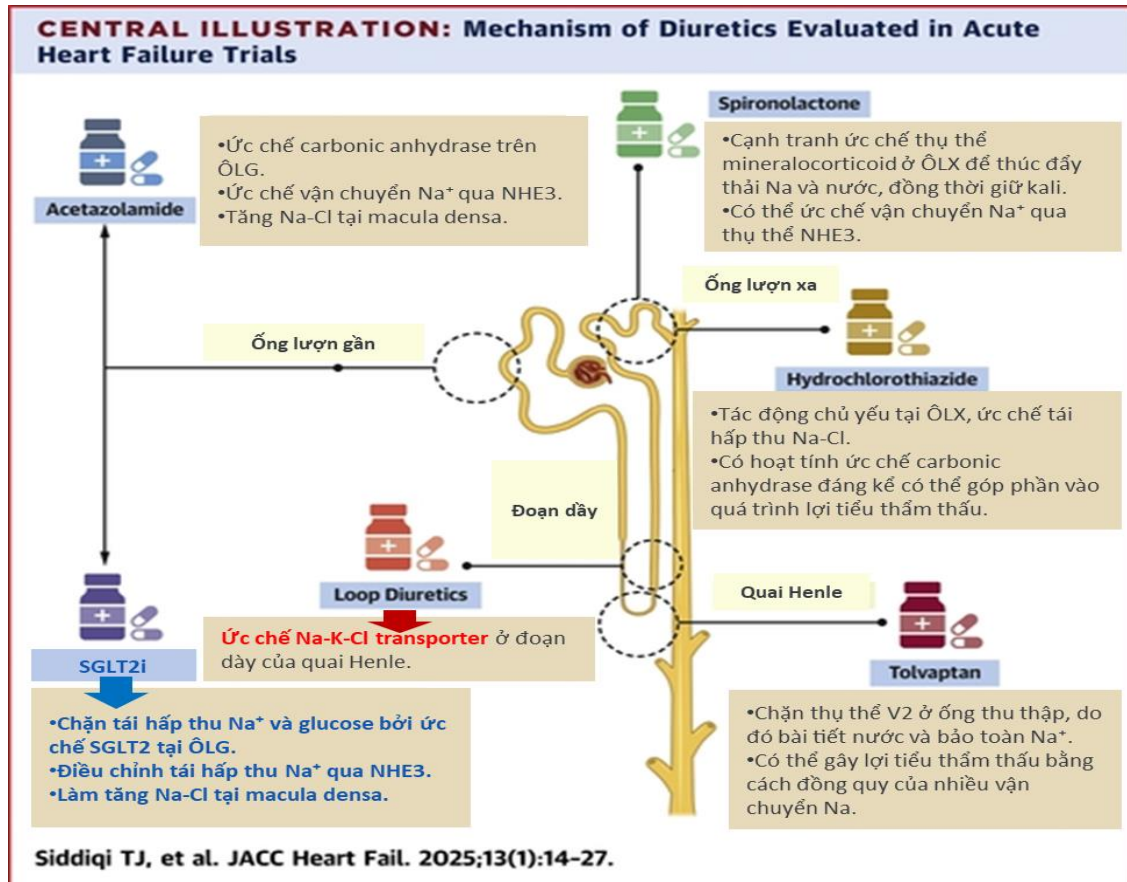
The new neurohormonal centric approach for sustained decongestion.



SGLT2i là GDMT tăng hiệu quả lợi niệu và giảm tác dụng bất lợi khi phối hợp lợi tiểu truyền thống

Hiệp đồng thải Na^+ ở ống lượn gần và đoạn dày quai Henle, giúp giảm hoạt hóa RAAS và SNS

SGLT2i giảm Na^+ và thể tích mô kẽ, ít ảnh hưởng thể tích lòng mạch



SGLT2i cập nhật bằng chứng ngày càng sớm hơn trong điều trị suy tim cấp/mất bù cấp



Điều trị suy tim mạn
giai đoạn duy trì

DAPA-HF,
DELIVER
EMPEROR-reduced,
EMPEROR-preserved



Pha cấp giai đoạn ổn định

Nghiên cứu EMPULSE:
Sử dụng Empagliflozin sau 3-5 ngày sau nhập
viện mang lại các lợi ích lâm sàng nhiều hơn
là sau 1-2 ngày ở bệnh nhân suy tim cấp

DAPA-ACT HF TIMI



Sớm hơn nữa???

Dữ liệu về sử dụng SGLT2i trong
vòng 24 giờ nhập viện?

DICTATE-AHF
EMPA-RESPONSE-AHF
DAPA-RESPONSE-AHF
ENDORSE-HF
ROAD-ADHF

DICTATE-AHF: Khởi trị sớm Dapagliflozin cho bệnh nhân suy tim cấp trong vòng 24h nhập viện

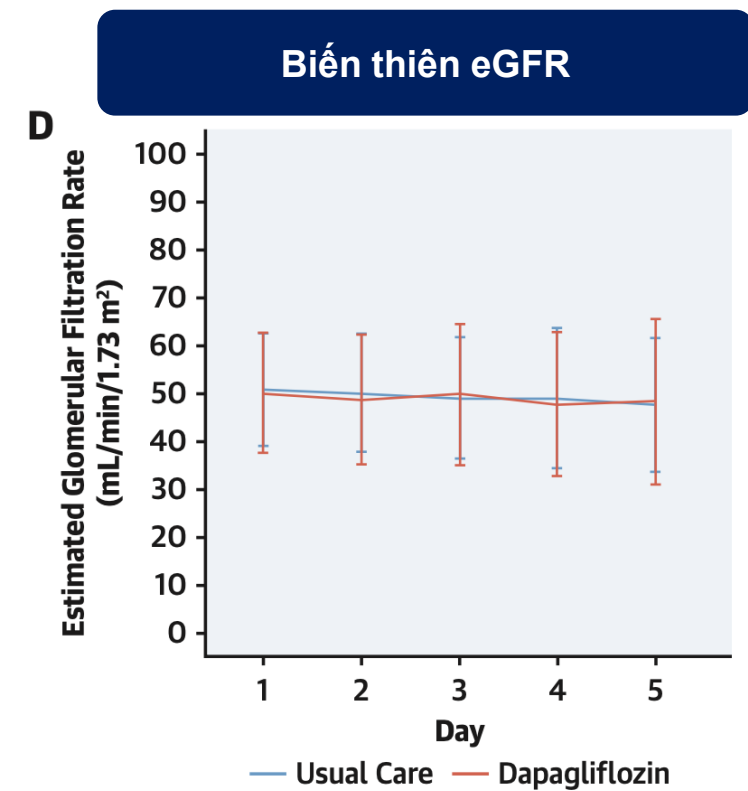
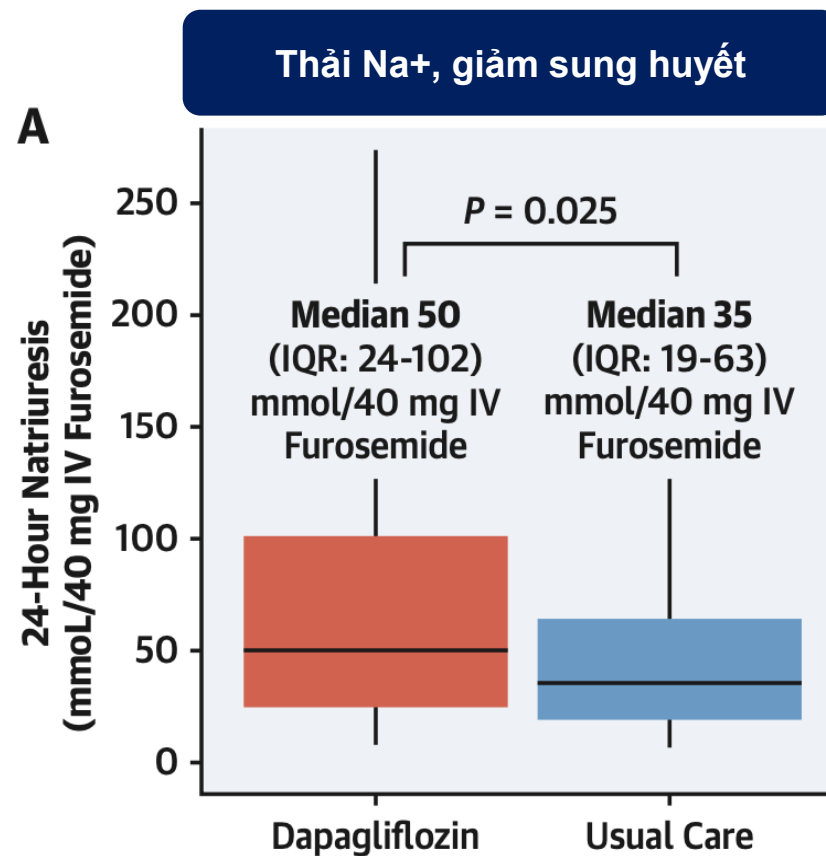
Tiêu chuẩn nhận vào

- Suy tim mất bù có quá tải dịch
- Đang sử dụng lợi tiểu quai i.v
- eGFR ≥ 25 ml/ph/1.73m²

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đái tháo đường type 1
- Đường huyết < 80 mg/dL
- Cần sử dụng inotrope i.v
- Hẹp van hai lá/hẹp van động mạch chủ nặng chưa sửa
- Tiền căn nhiễm toan ceton
- Phối hợp lợi tiểu quai và thiazide ngoại trú ≥ 7 ngày
- Suy gan nặng (Child C)
- Nghi ngờ nhồi máu cơ tim cấp

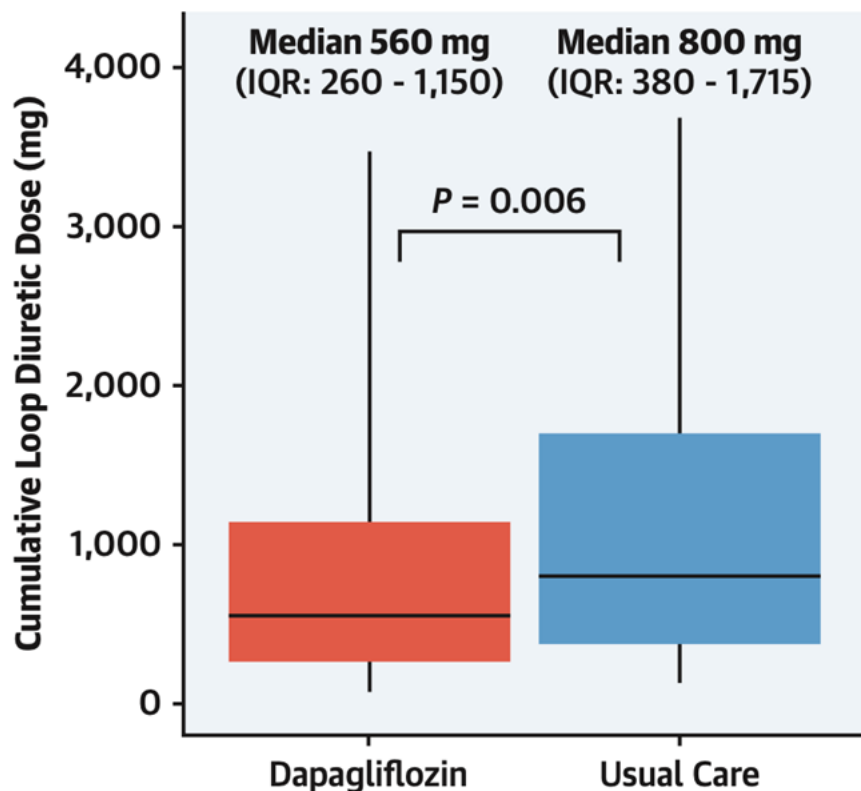
240 bệnh nhân suy tim cấp có quá tải dịch được phân ngẫu nhiên 1:1 điều trị lợi tiểu quai thông thường hay phối hợp dapagliflozin 10mg **trong vòng 24 giờ đầu nhập viện**



Khởi trị sớm Dapagliflozin trong 24h đầu nhập viện tăng cơ hội bệnh nhân được tối ưu nội khoa trước xuất viện

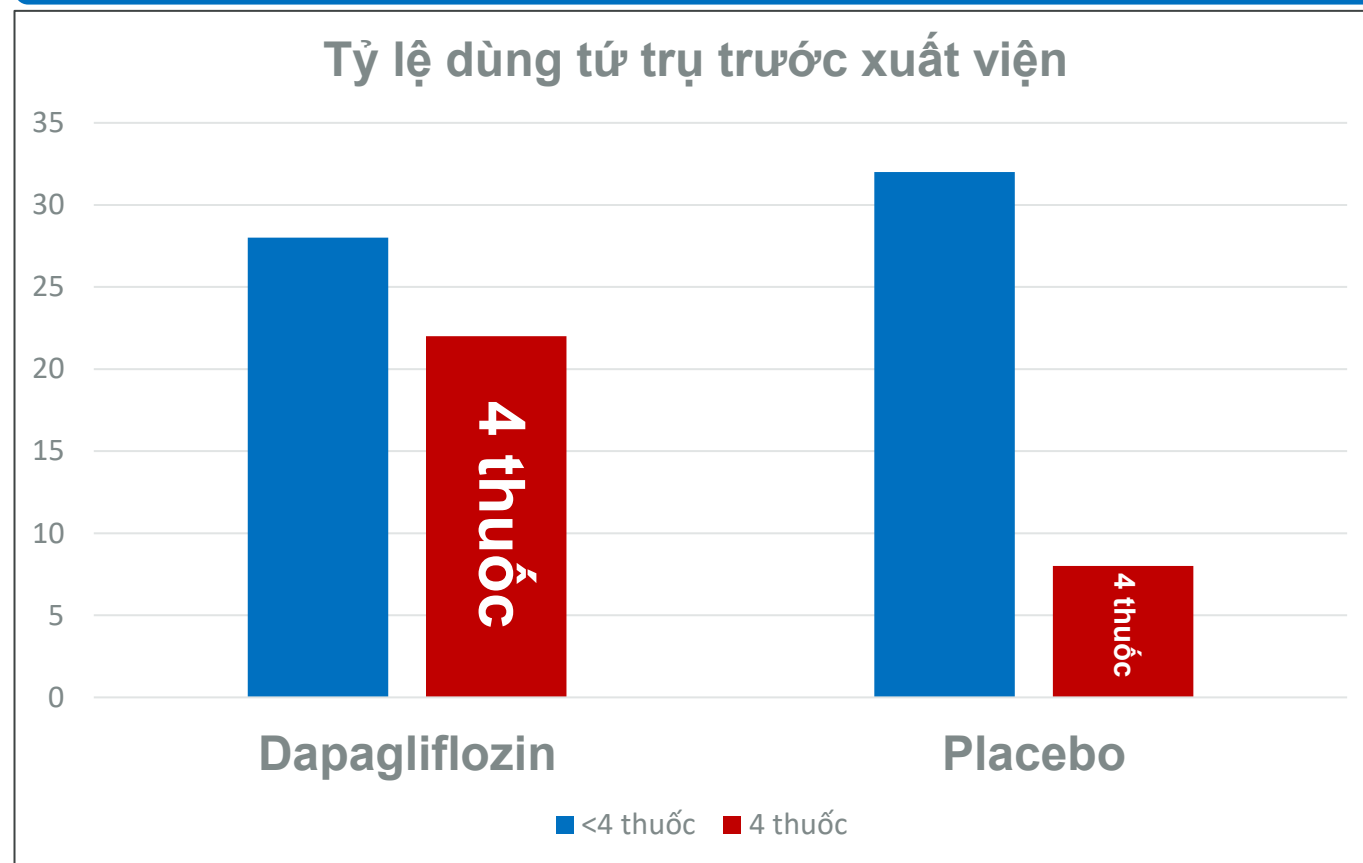
GIẢM LIỀU LỢI TIỂU QUẠI

DICTATE-AHF



TĂNG TỶ LỆ DỪNG ĐỦ TỬ TRỤ TRƯỚC XUẤT VIỆN

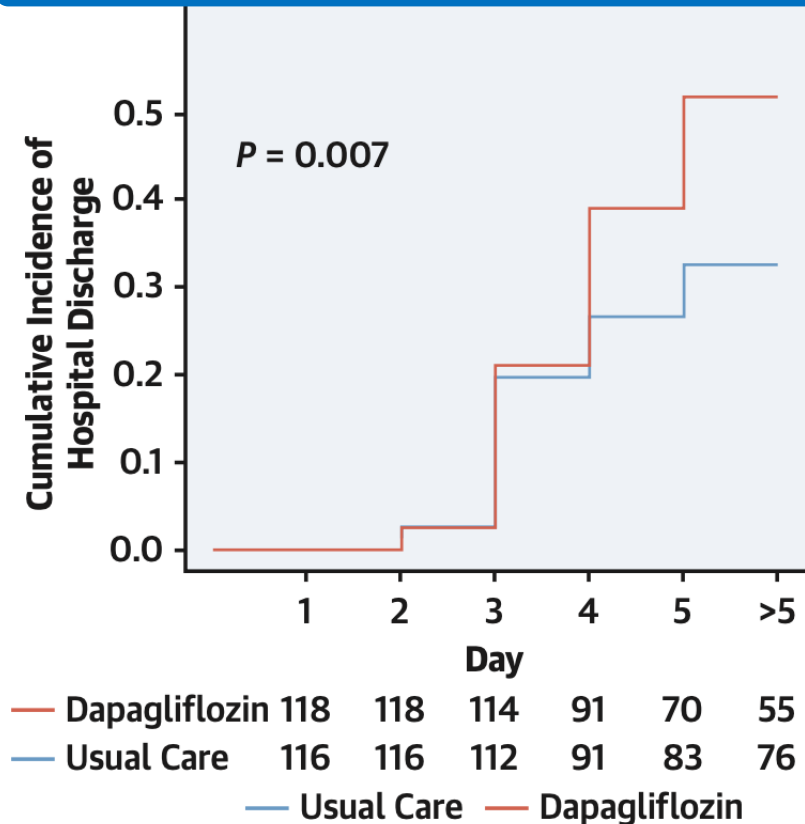
ENDORSE-HF



Khởi trị sớm Dapagliflozin trong 24h đầu nhập viện cải thiện triệu chứng lâm sàng và rút ngắn thời gian nằm viện

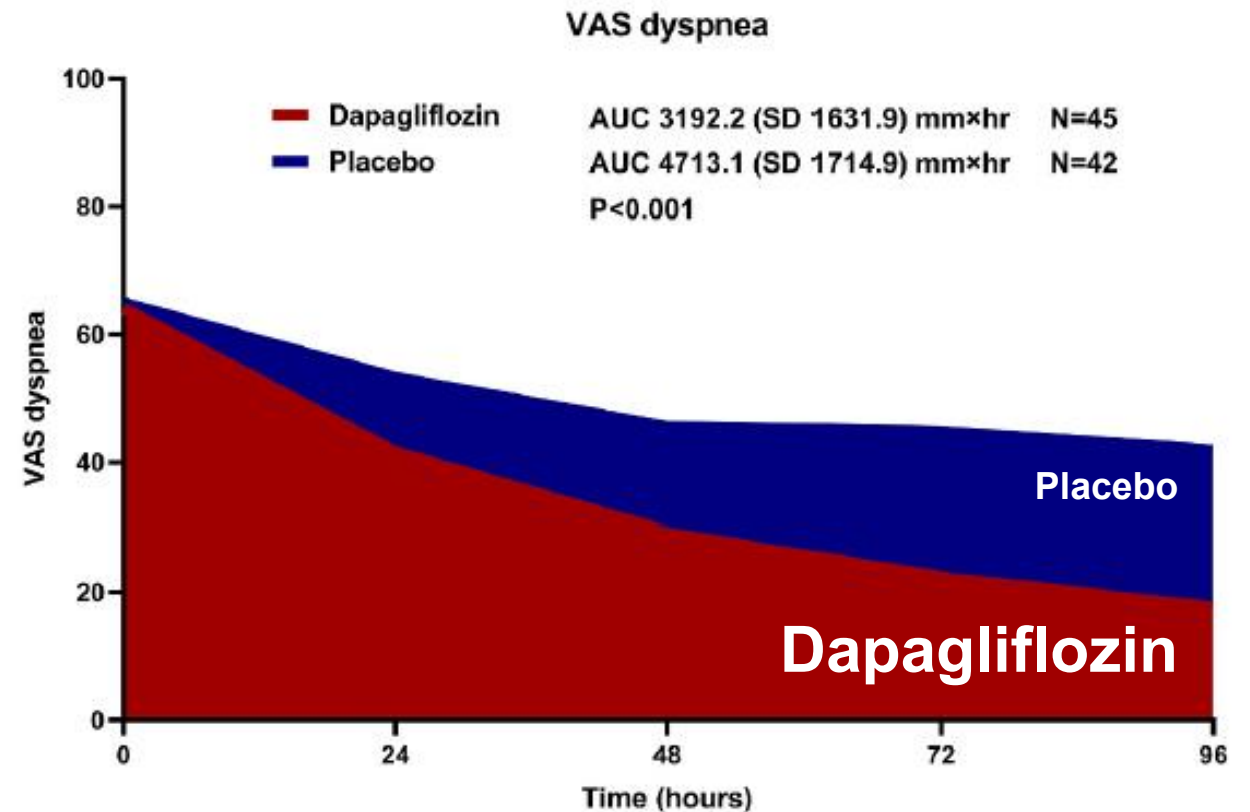
XUẤT VIỆN NHANH HƠN

DICTATE-AHF



CẢI THIỆN ĐIỂM KHÓ THỞ TRỰC QUAN (VAS)

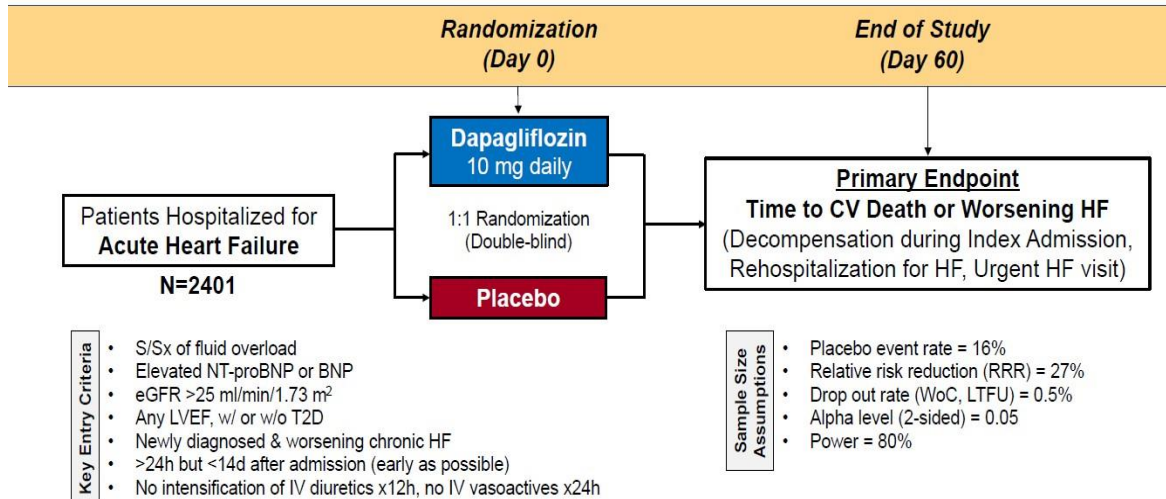
DAPA-RESPONSE-AHF (n=87)



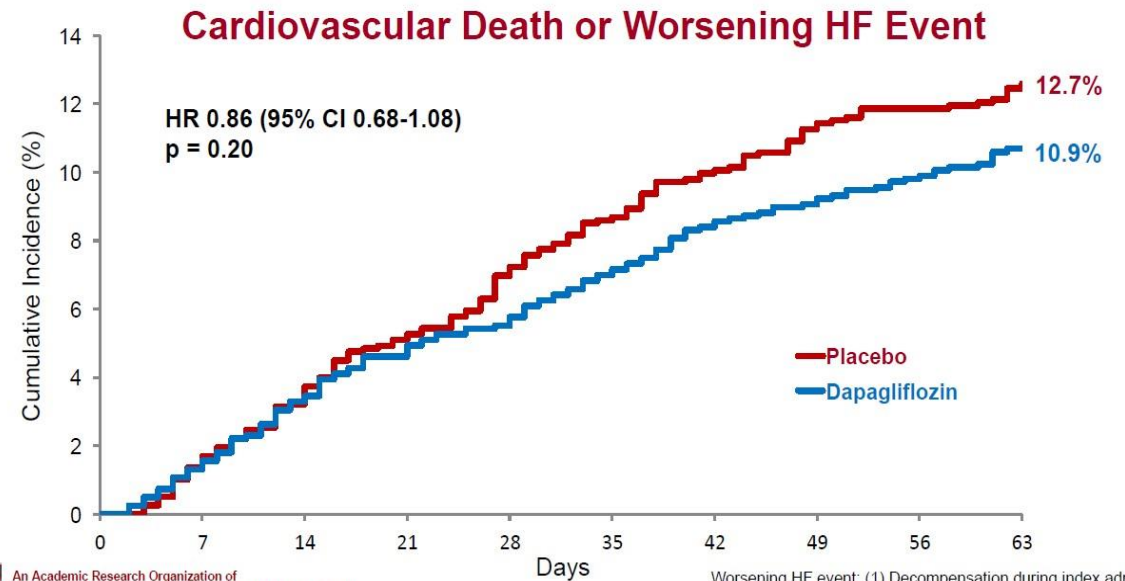
ESC 2025: Khởi trị sớm Dapagliflozin để cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân suy tim cấp nội viện



Trial Design



Primary Endpoint





Safety Endpoints



	Dapagliflozin (N=1218)	Placebo (N=1183)
Symptomatic hypotension	43 (3.6%)	26 (2.2%)
Worsening kidney function	71 (5.9%)	55 (4.7%)
Major hypoglycemia	3 (0.2%)	3 (0.3%)
Diabetic ketoacidosis	0 (0.0%)	0 (0.0%)
AE leading to IP discontinuation	58 (4.8%)	56 (4.7%)

Symptomatic hypotension included events leading to hospitalization or study drug discontinuation

Worsening kidney function defined as resulting in at least a doubling of serum creatinine, hospitalization, study drug discontinuation, dialysis, or renal death

Major hypoglycemia defined as resulting in severe impairment in consciousness or behavior, or requiring emergency external assistance

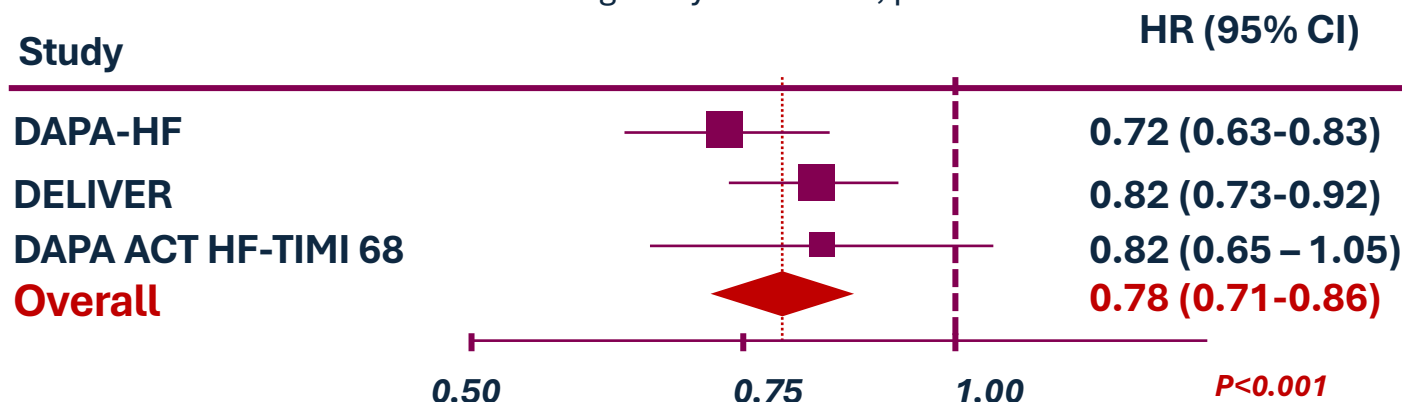


HFSA 2025: Dapagliflozin cải thiện tiên lượng từ điều trị nội viện đến ngoại trú, xuyên suốt phân tầng EF

Kết quả từ phân tích gộp **DAPA-TRIO-HF** từ 3 nghiên cứu **DAPA-HF**, **DELIVER** và **DAPA ACT HF-TIMI 68**

Nguy cơ tử vong do tim mạch và suy tim trầm trọng hơn

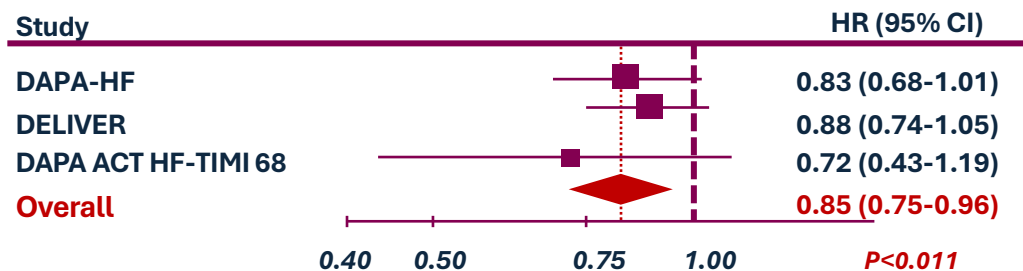
Test for Heterogeneity: $I^2 = 18.1\%$; $p=0.36$



#HFSA2025

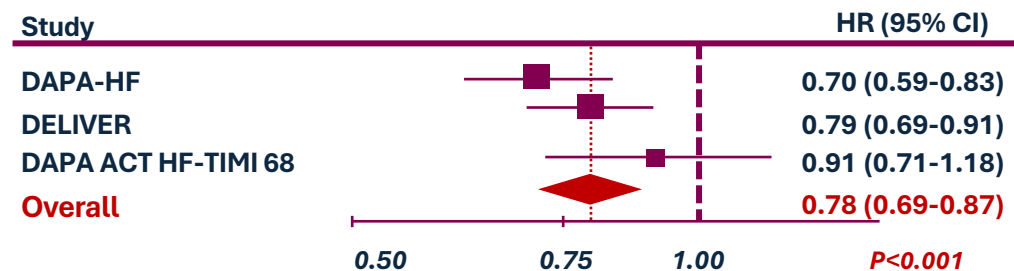
Tử vong do tim mạch

Test for Heterogeneity: $I^2 = 0.0\%$; $p=0.73$

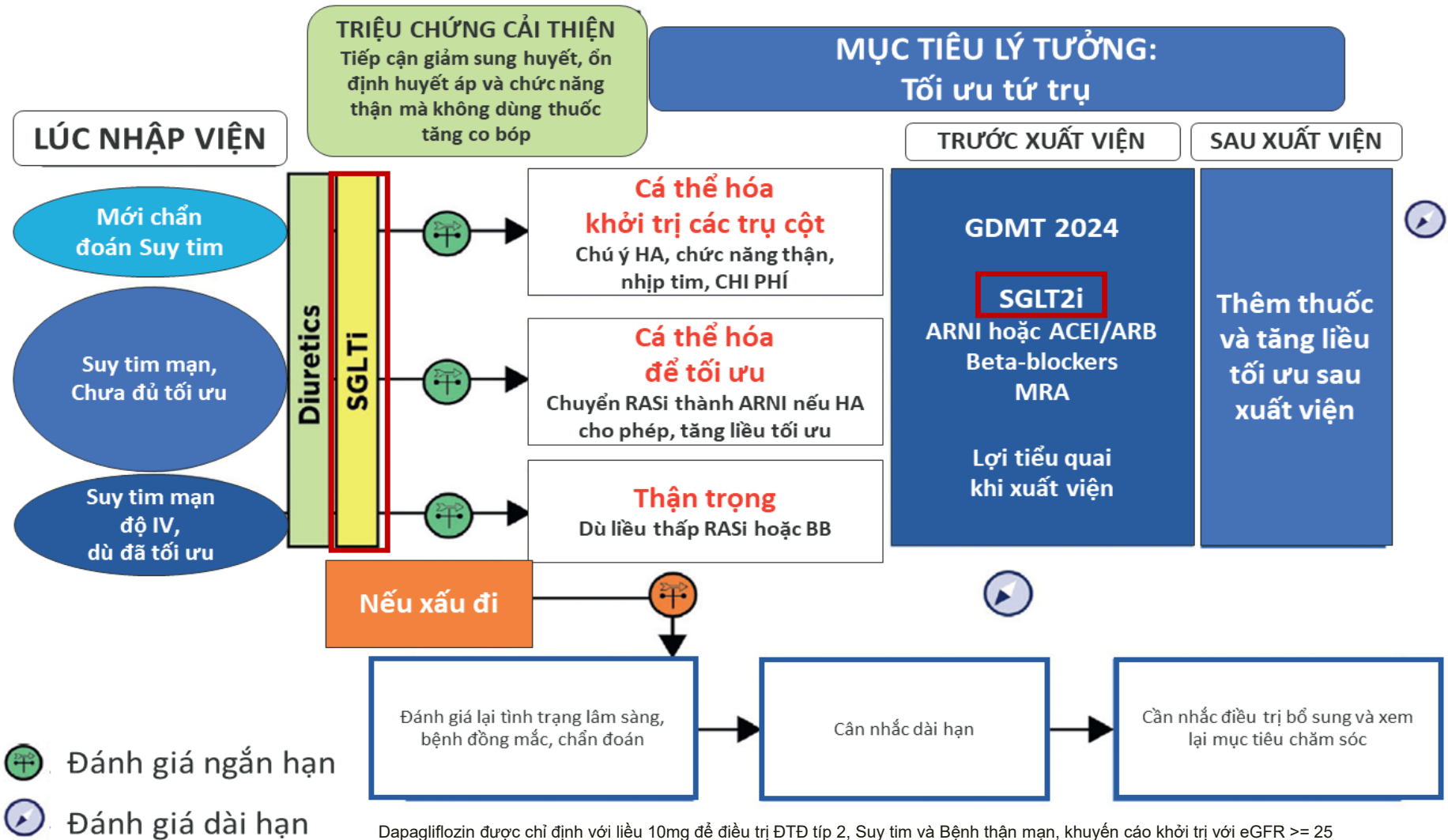


Trầm trọng hơn tình trạng suy tim

Test for Heterogeneity: $I^2 = 24.6\%$; $p=0.22$

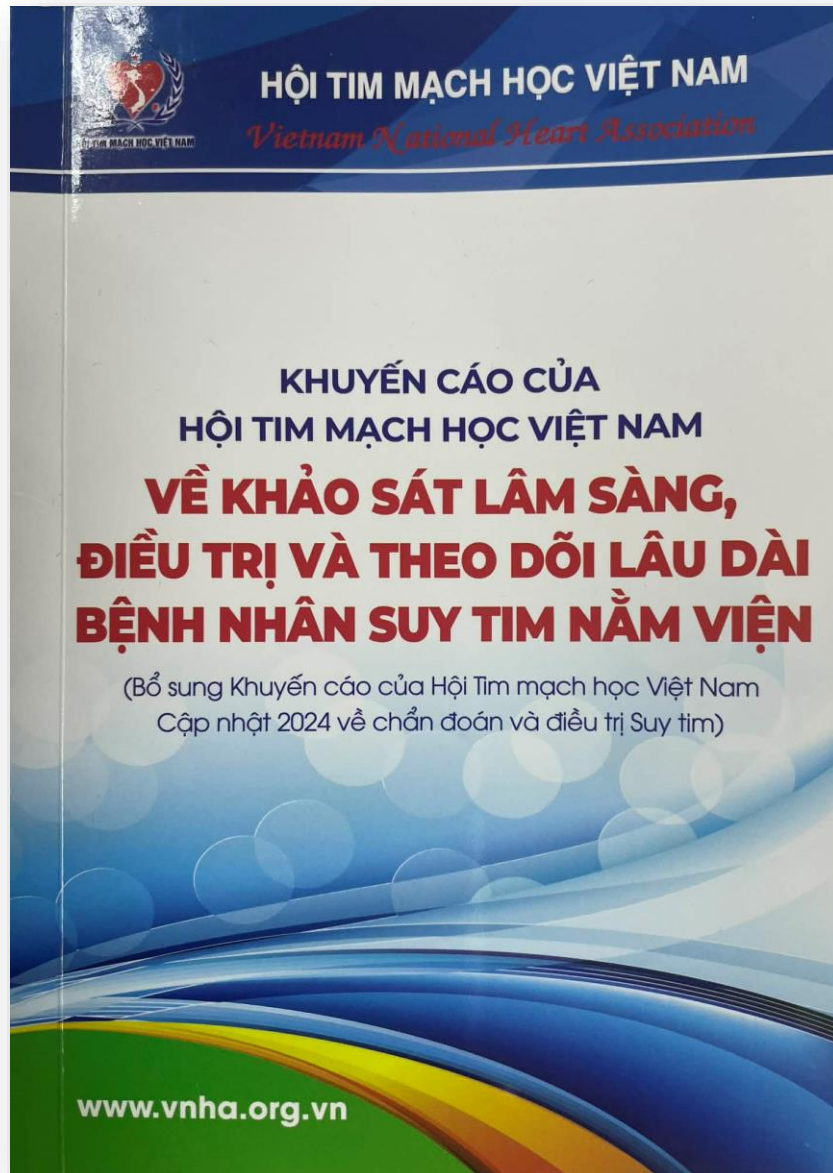


Đồng thuận ACC 2024: Khởi trị SGLT2i điều trị bước 1 và sớm cùng với lợi tiểu ngay từ thời điểm BN nhập viện vì suy tim



Dapagliflozin được chỉ định với liều 10mg để điều trị ĐTD típ 2, Suy tim và Bệnh thận mạn, khuyến cáo khởi trị với eGFR \geq 25 ml/phút/1.73m² da và duy trì đến khi lọc máu. Vui lòng tham khảo thêm thông tin kê toa của thuốc tại Việt Nam.

VNHA 2024: Cập nhật & khẳng định vai trò của SGLT2i trên nhóm bệnh nhân suy tim cấp



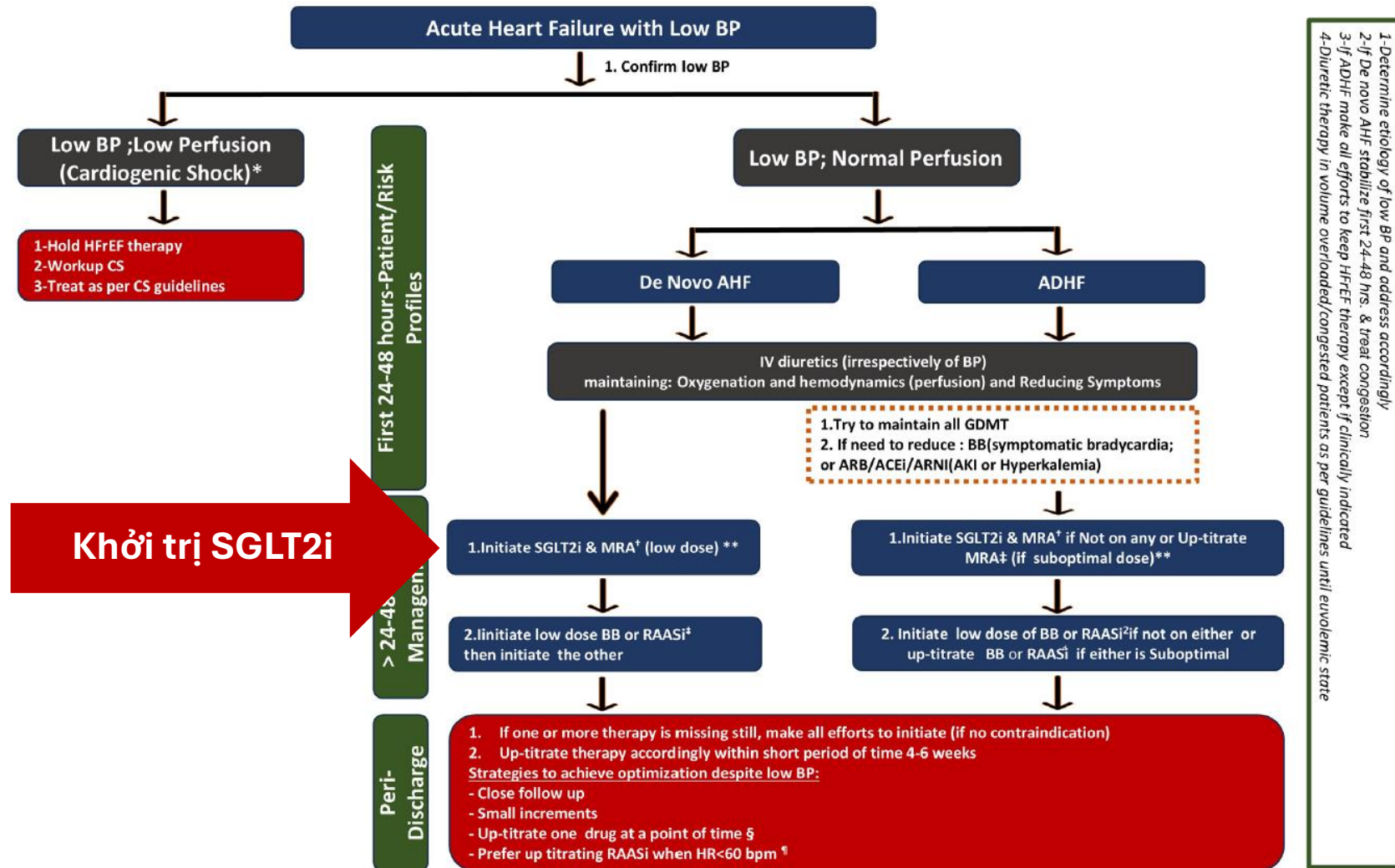
“Các thuốc SGLT2i đã được nghiên cứu & chứng minh hiệu quả trên bệnh nhân suy tim nặng đang nằm viện:

- 1. Thuốc có thể sử dụng ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc không đái tháo đường**
- 2. Bệnh nhân suy tim cấp cần nhập viện, đang dùng ngoại trú với SGLT2i, có thể vẫn tiếp tục sử dụng thuốc**
- 3.”**

<https://www.vnha.org.vn/>

Dapagliflozin được chỉ định với liều 10mg để điều trị ĐTDĐ típ 2, Suy tim và Bệnh thận mạn, khuyến cáo khởi trị với eGFR \geq 25 ml/phút/1.73m² da và duy trì đến khi lọc máu. Vui lòng tham khảo thêm thông tin kê toa của thuốc tại Việt Nam

ESC/HFA 2025: Khởi trị SGLT2i sớm ở BN suy tim cấp có huyết áp thấp, dù suy tim mới mắc hay đã điều trị trước đó



KẾT LUẬN

1. Gánh nặng suy tim ngày càng lớn. Đặc biệt là suy tim cấp với tỷ lệ tử vong nội viện cao.
2. Tình trạng sung huyết cần được giải quyết nhanh chóng và tích cực bằng việc kết hợp liệu pháp lợi tiểu. Khi đó, thuốc SGLT2i tăng cường hiệu quả giảm sung huyết, cải thiện triệu chứng, ổn định huyết động, từ đó giúp tăng khả năng tối ưu hoá các điều trị suy tim.
3. Các khuyến cáo và đồng thuận mới đều chung quan điểm: Khởi trị sớm từ trụ trước xuất viện và tối ưu hoá liệu sẽ giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm nhập viện và tỷ vong cho BN.
4. Trong đó, SGLT2i được khuyến cáo khởi động sớm cùng lợi tiểu truyền thống, ngay cả trên bệnh nhân huyết áp thấp hoặc duy trì không gián đoạn khi nhập viện nếu đang được điều trị trước đó



Thank You