



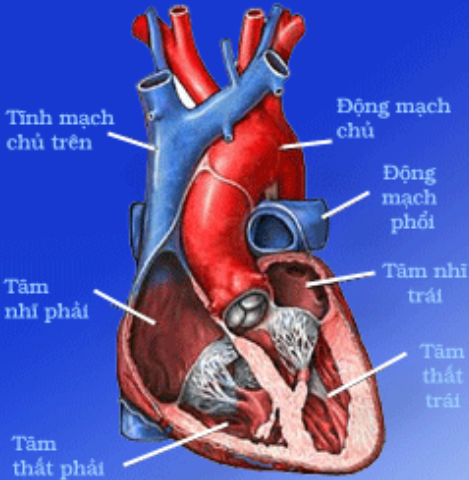
**THÔNG TIN  
Y DƯỢC VIỆT NAM**



**BỆNH TIM MẠCH**  
*Cardiovascular Disease*



BÊN TRONG QUẢ TIM



**BỆNH TIM MẠCH LÀ KẸ GIẾT NGƯỜI SỐ 1**



**TIN TỨC**

**American Heart  
Association**



*Learn and Live™*

*About our redesign | Send us your feedback*

**iVillage TotalHealth**

**About.com: Heart Disease**



**HEART &  
STROKE  
FOUNDATION**

*Finding answers. For life.*



**WORLD HEART  
FEDERATION®**

[Trang chủ](#) | [Bệnh tim mạch](#) | [Liên kết](#)

## PHÂN ĐỘ SUY TIM

**Khuyến cáo số 02 (1998) của Hội tim mạch học Quốc gia Việt Nam**

*(Classification of congestive Heart Failure - Recommendation N° 02 1998 of the Vietnam National Heart Association)*

Đã thông qua Hội đồng khoa học Hội tim mạch học Việt Nam.

Báo cáo tại Đại hội tim mạch học Quốc gia Việt Nam lần thứ VII,

Đà Lạt tháng 11 năm 1998

*Tiểu ban biên soạn:*

**GS. Vũ Đình Hải (Trưởng tiểu ban)**

**GS. PTS. Nguyễn Thị Trúc**

**GS. PTS. Trần Đỗ Trinh**

**PGS. Phạm Nguyễn Vinh**

Trước mỗi bệnh nhân suy tim (ST), tất nhiên thầy thuốc nào cũng hình thành một khái niệm về độ nặng nhẹ và tiên lượng của trường hợp đó. Nhưng đưa ra những tiêu chuẩn của từng mức độ ST được đa số đồng nghiệp chấp nhận là việc không dễ dàng. Sở dĩ như vậy vì ST là một hội chứng có bệnh cảnh lâm sàng khác nhau về nhiều mặt: nguyên nhân, cơ chế sinh lý bệnh, triệu chứng, cơ địa v.v, rất khó "ghép" tất cả các trường hợp ST vào những khung cứng nhắc.

**Trước những năm 60, các bác sĩ nước ta thường theo cách sắp xếp của GS. Đặng Văn Chung đưa ra trong cuốn điều trị học (1) phân biệt 4 giai đoạn (GD) ST dựa trên dấu hiệu thực thể là chính.**

*Giai đoạn 1: Thở nhẹ, chỉ có khó thở, gan to và đau*

*Giai đoạn 2: Khó thở, gan to, phù chân*

*Giai đoạn 3: Triệu chứng trên rất rõ rệt, có khi có cổ trướng, tràn dịch màng phổi, nhưng còn khả năng hồi phục.*

*Giai đoạn 4: Suy tim không hồi phục nữa.*

**Sau đó một số bác sĩ lại theo cách của Glezer (Moskva 1973) chia 3 Giai đoạn (2)**

*Giai đoạn I: Chỉ khó thở và tim nhanh khi làm nặng, sau đó trở về bình thường chậm hơn người thường.*

*Giai đoạn II: Đã có triệu chứng khó thở, phù, ú huyết phổi, gan, thận. Giai đoạn này lại phân biệt ra:*

*II A: Những triệu chứng đó xuất hiện buổi chiều hoặc sau công việc nặng, mất đi sau nghỉ hoặc sau điều trị.*

*II B: Những triệu chứng đó xuất hiện thường xuyên và đột ngột.*

*Giai đoạn III: Biến đổi không hồi phục các cơ quan, chức năng bị rối loạn, thường có cổ trướng, suy dinh dưỡng.*

Cách trên cũng phỏng theo cách của Tareev (3) đưa ra từ 1957.

*Giai đoạn I: Lúc nghỉ không có triệu chứng gì, chỉ khi làm nặng mới xuất hiện khó thở,*

chóng mặt và trống ngực.

*Giai đoạn II: Có khó thở rõ và tim nhanh cả khi lao động nhẹ. Tim to do giãn cơ (myogene), ứ huyết phổi hoặc đại tuần hoàn. Cũng chia 2 thời kỳ:*

- Nếu ST phải trước, thời kỳ đầu gan to, phù chỉ có buổi chiều; thời kỳ sau có gan to nhiều, ứ huyết thận, phù thường xuyên hơn và lớn.

*Giai đoạn III: Biến đổi tối đa, từ xơ hoá cố định và không đảo ngược ở các cơ quan (gan, phổi v.v...) đến suy mòn (GD loạn dưỡng theo Strajesco).*

**Từ cuối những năm 60, Vũ Đình Hải căn cứ vào thực tiễn lâm sàng nước ta**, đưa ra và áp dụng ở Bệnh viện Việt Tiệp - Hải Phòng một cách chia 4 độ ST. Cách này sau đó được viết lại cùng với Trần Đỗ Trinh đăng ở Nội khoa 1980 (4) và được chấp nhận ở Hội nghị Nội khoa toàn quốc lần thứ II tại Đà Nẵng 1979.

**Suy tim 1 (suy tim nhẹ, suy tim tiềm tàng):**

- Chỉ khó thở khi đi nhanh hoặc lên dốc (khó thở độ 1 theo Tổ chức Y tế Thế giới) và/hoặc:

- Ho hoặc ho ra máu khi gắng sức như trên.

**Suy tim độ 2 (suy tim trung bình, suy tim rõ):**

- Khó thở cả khi đi đường bằng với vận tốc trung bình, hoặc đang đi phải dừng lại (khó thở độ 2 hoặc 3 theo TCYTTC).

- Gan chưa to, hoặc chỉ to ít (1-2 cm dưới bờ sườn, hoặc chỉ sờ thấy khi hít vào), hoặc tĩnh mạch cổ nổi rõ khi ấn vào hạ sườn phải.

**Suy tim độ 3 (suy tim toàn bộ):**

- Khó thở nhiều hay ít (từ độ 1 đến độ 3 theo TCYTTC).

- Gan to rõ rệt, 3 cm trở lên dưới bờ sườn, nhưng sờ vẫn thấy mềm.

- Tĩnh mạch cổ nổi rõ ở tư thế ngồi 45°.

- Có thể phù nhẹ ở chân hoặc mắt, và/hoặc có nước trong màng phổi.

- Tất cả những dấu hiệu trên đều có thể điều trị hết được.

**Suy tim độ 4 (suy tim không hồi phục):**

- Khó thở cả khi làm vệ sinh cá nhân, hoặc khi mặc quần áo (khó thở độ 4 theo TCYTTC), bệnh nhân không tự phục vụ được.

- Gan to rõ rệt như độ 3, nhưng sờ đã thấy cứng.

- Phù lớn, toàn thân, có nước ở màng phổi hoặc màng bụng.

- Tất cả những dấu hiệu trên đều không giảm hoặc giảm ít khi điều trị.

Những ưu điểm và nhược điểm của cách chia độ này đã được GS. Nguyễn Thị Trúc phân tích trong Hội thảo chuyên đề bệnh lý tim mạch, như trích dẫn dưới đây:

*"Cách chia độ này có thể nói là tổng hợp: độ 1 và 2 hoàn toàn căn cứ và triệu chứng chủ quan là khó thở ở những mức độ khác nhau. Độ 3 có yêu cầu thêm 1 tiêu chuẩn khách quan là gan to.*

*Độ 4 dựa vào đáp ứng điều trị.*

*Về mặt giải phẫu và sinh lý bệnh, độ 1 và 2 chỉ mới ứ huyết ở tiểu tuần hoàn, độ 2 có thêm ứ huyết tiềm tàng ở đại tuần hoàn. Độ 3 có bệnh cảnh suy tim phải rõ rệt và độ 4 các thương tổn đã trở thành không hồi phục được nữa.*

*Một thuận lợi của cách chia độ này là có thể áp dụng dễ dàng ở tất cả các tuyến điều trị, trong tuyệt đại đa số trường hợp suy tim. Cách chia độ này không có ích lợi trong suy tim cấp, các rối loạn nhịp tim, viêm màng ngoài tim, tứ chứng Fallot.*

*Cũng nên lưu ý là BN suy tim cùng một độ không hẳn có nghĩa là tiên lượng xấu ngang nhau, còn tùy thuộc vào bệnh căn nguyên. Như suy tim độ III do hẹp hai lá khác với cùng độ III do hở động mạch chủ.*

*Nhưng bên cạnh những ưu điểm trên, chúng tôi cũng còn thấy bảng chia độ này hơi phức tạp, những triệu chứng thực thể cũng hơi khó theo dõi".*

**Từ cuối những năm 80, các bác sĩ Việt Nam có điều kiện tiếp xúc nhiều** hơn với các nhà đồng nghiệp nước ngoài, nhất là các nước nói tiếng Anh, nên cách "xếp loại chứng năng" của Hội tim New York (NYHA) ngày càng được phổ biến và áp dụng. Cách xếp loại này được đưa ra từ năm 1964, sau đó năm 1973 được Ban Tiêu chuẩn của NYHA sửa chữa đôi chút (5), đổi tên gọi là Tình trạng tim (Cardiac Status), cũng vẫn giữ 4 độ như trước:

*Độ 1: Hoạt động thể lực hàng ngày không bị ảnh hưởng*

*Độ 2: Hoạt động thể lực hàng ngày bị ảnh hưởng nhẹ*

*Độ 3: Hoạt động thể lực hàng ngày bị ảnh hưởng vừa*

*Độ 4: Hoạt động thể lực hàng ngày bị ảnh hưởng nặng*

Năm 1994, ban Tiêu chuẩn NYHA lại nhắc lại cách xếp loại chức năng trên nhưng chi tiết hơn như ở cột 1 bảng I.

Xếp loại chức năng NYHA có những ưu điểm rõ rệt:

1. Đơn giản, dễ vận dụng cho các bác sĩ, y tá và cả bệnh nhân nữa.
2. Có thể áp dụng cho các bệnh tim khác nhau.
3. Đã tỏ ra ích lợi trong nhiều nghiên cứu, nhất là về tỷ lệ bệnh, tỷ lệ mới phát hiện tiên lượng, tỷ lệ tử vong, diễn biến, hiệu quả các biện pháp điều trị thuốc và không thuốc.
4. Giúp cho các bài giảng về ST dễ áp dụng hơn, nhất là về điều trị.

Vì những ưu điểm đó, cách xếp loại này đã được chấp nhận rộng rãi trên toàn thế giới trở thành một "ngôn ngữ chung" để thông tin và trao đổi kinh nghiệm.

Tuy nhiên, người ta cũng thấy cách xếp loại NYHA có một số điểm yếu:

1. Mô tả những rối loạn chức năng còn mơ hồ, thí dụ: sinh hoạt bình thường, dưới mức bình thường... còn phụ thuộc vào các điều kiện kinh tế xã hội, và có thể hiểu nhiều cách khác nhau.

Do đó, tính lặp lại của nó chỉ có 56%, và tính vững chắc 51% (theo Glodman).

2. Bỏ qua các dấu hiệu thực thể, và các thăm dò huyết động, vì vậy không đánh giá đúng những rối loạn vô triệu chứng, nhất là ở những bệnh nhân ít chú ý đến sức khỏe.
3. Chưa tính đến đáp ứng với điều trị.

Cách phân độ của Hội Tim mạch Canada, có những tiêu chuẩn chi tiết và đặc hiệu hơn. Nhưng cách này chỉ áp dụng được cho bệnh nhân đau thắt ngực, nên không giới thiệu ở đây (6).

Goldman và cộng sự năm 1981 (6) đưa ra một "bậc thang hoạt động đặc hiệu", để xếp loại căn cứ vào năng lượng tiêu thụ trong các hoạt động khác nhau. Đơn vị ở đây là "tương đương năng lượng", viết tắt là MET, tức là năng lượng tiêu thụ cho một nam giới 40 tuổi, nặng 70 kg, ở trạng thái nghỉ ngơi.

1 MET tương đương với tiêu thụ oxy 3,5 ml/phút/kg, khoảng 1,2 KCalo. Thí dụ: đứng yên là 1 MET; đi bộ 3-4 dặm/giờ, tức 4,8- 6,4 km/giờ, là 3,5 MET; đánh quần vợt là 5-7 MET v.v. Những con số trên là đo ở Âu Mỹ, chúng tôi chưa được biết kết quả đo độ tiêu thụ oxy trong các hoạt động thể lực ở nước ta, chắc chắn kết quả phải khác

nhau, vì khí hậu Việt Nam nóng hơn, và người ta quen những hoạt động khác với người Âu Mỹ.

Vì tiện lợi như vậy, nên nhiều quy tắc nghiệm pháp gắng sức dùng MET làm đơn vị công, như ở hình 1 dưới đây.

FUNCTIONAL CLASS	CLINICAL STATUS	O <sub>2</sub> COST ml/kg/min	METS	BICYCLE ERGOMETER	TREADMILL PROTOCOLS										METS							
					BRUCE	BALKE-WARE	USAFSAM	"SLOW" USAFSAM	McHENRY	STANFORD	ACIP	CHF										
NORMAL AND I	HEALTHY, DEPENDENT ON AGE, ACTIVITY			1 WATT = 8.1 Kpm/min FOR 70 KG BODY WEIGHT 1500	3 MIN STAGES	3.3 MPH																
					MPH %GR																	
					5.0 18																	
					56.0 18																	
					52.0 18																	
					48.0 14																	
					45.0 13																	
					42.0 12	1350																
					38.0 11	1200																
					35.0 10	1050	3.4 14															
					31.5 9	900																
					28.0 8	750																
24.5 7	600	2.5 12																				
21.0 6	450																					
17.5 5	300	1.7 10																				
14.0 4	150																					
10.5 3																						
7.0 2																						
3.5 1																						

USAFSAM = United States Air Force School of Aerospace Medicine  
 ACIP = Asymptomatic Cardiac Ischemia Pilot  
 CHF = Congestive Heart Failure (Modified Naughton)  
 Kpm/min = Kilopond meters/minute  
 %GR = percent grade  
 MPH = miles per hour

Hình 1: Sơ đồ tiến hành các nghiệm pháp gắng sức. Chú ý Độ chức năng (tức NYHA) I bắt đầu từ 7 MET; độ II từ 5 MET, phù hợp với Bảng I của chúng tôi ở cột 3.

Cột 3 bảng I của chúng tôi, cũng nêu số MET của vài hoạt động thể lực chính theo Goldman.

**Khuyến cáo xếp độ suy tim.** Do đó, chúng tôi đề nghị một cách xếp độ ST dưới đây (bảng I) theo nguyên tắc:

- Giữ nguyên khung độ I-IV của NYHA mà nguyên văn có thể thấy ở cột 1 bảng I. Nhưng để đánh giá được cụ thể và chính xác hơn, có thể tham khảo các độ khó thử theo TCYTTG ở cột 2, và thang hoạt động theo Goldman bằng cách hỏi bệnh nhân có khả năng làm được những gì (cột 3).
- Sau khi đã xếp độ I-IV theo các cột 1-3 là phần hỏi bệnh, người thầy thuốc, nếu cần, có thể chi tiết ra nhẹ và nặng, gọi tắt là a và b.

Thí dụ: Độ III, nên chi tiết ra IIIa, và IIIb.

**Bảng xếp độ suy tim**

Hỏi bệnh			Khám thực thể					Xét nghiệm	
Độ NYHA	Độ khó (theo Rose - Blackburn TCYTTG chấp nhận)	Thang hoạt động theo Godman 1981. Có thể làm được	Độ chi tiết	Gan to (cm)	Phù, ran ẩm, tm cổ nổi	Tần số thất/phút lúc nghỉ	Điều trị đứng lên độ được	Tỷ lệ T/N % trên XQ	PSTM % (ST tâm thu)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I. Thể lực không bị hạn chế. Sinh hoạt bình thường (bt) không gây mệt, trống ngực, khó thở hoặc đau thắt ngực (ĐTĐN)	Không khó thở	= 7 MET, thí dụ Xách 36kg, xúc đất, bóng rổ, chạy chậm hoặc đi bộ nhanh 8km/h	la	0	0	<80	+	<50	>45
			lb	<2	±	≥80	+	ô 50	40 - 45
II. Thể lực bị hạn chế ít. Dễ chịu lúc nghỉ. Sinh hoạt bình thường cũng gây mệt, trống ngực,	Độ I: Khó thở khi đi nhanh hoặc lên dốc	= 5 MET, thí dụ Giao hợp, nhô cổ, giầy bánh xe, foxtrot, đi bộ	IIa	<2	±	< 80	+	< 50	40 - 45

khó thở hoặc ĐTN		đường bằng nhanh 6,5 km/h							
			IIb	≥ 2	+	ô 80	-	ô 50	45 - 40
III. Thể lực bị hạn chế rõ. Sinh hoạt dưới mức bt cũng gây mệt, khó thở hoặc ĐTN	Độ II: khó thở khi đi đường bằng cùng những người cùng tuổi. Bắt buộc phải dừng nghỉ khi đi bộ đường bằng, tốc độ bt	= 2 MET, thí dụ Tắm hương sen, trái giường, lau cửa sổ, mặc quần áo, golf, đi bộ km/h	IIIa	<2	±	<80	+	<50	35-40
			IIIb	≥ 2	+	ô 80	-	≥50	30-35
IV. Làm gì cũng khó chịu. Lúc nghỉ có triệu chứng suy tim, hoặc ĐTN. Hoạt động nào cũng tăng triệu chứng	Độ IV: Khó thở cả khi tắm rửa hoặc mặc quần áo.	Không làm được gì ở mục trên	IVa	<4	+	<8	+	≥50	30-35
			IVb	≥4	+	≥80	-	≥60	<30

Tiêu chuẩn xếp a hoặc b là căn cứ vào khám thực thể (cột 5-8) và xét nghiệm (cột 9-10). Chỉ cần một trong 6 cột này đạt tiêu chuẩn b là xếp b, không cần tất cả. Các nhà chuyên khoa có thể thêm các thăm dò kỹ thuật cao hơn vào sau cột 10.

Như vậy, chỉ hỏi bệnh kỹ đã có thể xếp độ I-IV NYHA. Khám thực thể sẽ giúp phân biệt a và b, thí dụ: IIa, IIIb, v.v.

Nếu có điều kiện làm các thăm dò sâu hơn, phân biệt a và b tất nhiên chính xác hơn, nhưng cũng không được "xét lại" độ NYHA đã xếp loại rồi.

Xin giải trình từng cột trong bảng I.

*Cột 1: Là nguyên văn cách xếp độ của Hội Tim New York (5)(6)*

*Cột 2: Độ khó thở theo TCYTTG (7)*

*Cột 3: Thang hoạt động, xem bệnh nhân còn có thể làm được như vậy hay không. Nếu không, xếp độ dưới nặng hơn. Thang này theo Goldman, tính cho người Mỹ (6), nên khi áp dụng với người Việt Nam phải linh hoạt.*

Ở cột này dùng đơn vị MET đã nói rõ ở trên.

Xong cột 3, tức là hết phần hỏi bệnh (căn cứ vào cột 1, tham khảo thêm cột 2 và 3), đã xếp độ I-IV NYHA rồi. Những cột sau 4-10, chỉ dùng để phân biệt a và b, chứ không quay lại độ NYHA nữa.

Trong 3 cột hỏi bệnh này, chọn cột nào có độ suy tim cao nhất thì tính. Thí dụ cột 1 là ST độ 2, cột 2 là ST độ 1, thì xếp vào cột 2.

*Cột 5: Gan to, đo bằng cm dưới bờ sườn ở đường giữa đòn. Chỉ cần chú ý các ngưỡng 2 cm và 4 cm.*

*Cột 6: Cột này chung cho 3 dấu hiệu phù, ran ẩm và tĩnh mạch cổ nổi, là những biểu hiện ứ huyết dễ tìm. Chỉ cần một dấu hiệu là đủ. Và cũng chỉ cần phân biệt (không rõ lắm, nghi ngờ), + (rõ), ++ (rất rõ).*

*Cột 7: Tần số thất lúc nghỉ. Thông số này cần thiết để đánh giá cường độ giao cảm là một phản ứng quan trọng của ST. Chỉ cần xem nhanh hay không, lấy ngưỡng là 80 c/phút.*

*Cột 8: Sau 1-3 tháng điều trị đúng, nếu bệnh nhân thấy đỡ hơn thì coi là (+), nếu không coi là (-).*

Tám cột trên, thầy thuốc lâm sàng nào cũng áp dụng được để xếp độ I-IV và cả độ chi tiết a-b. Chúng tôi đã chọn những dấu hiệu có giá trị nhưng phải dễ tìm và đơn

giản, vì đây là bảng xếp loại.

*Cột 9: Tỷ lệ tim - ngực trên phim X-quang. Cũng có thể chiếu (scopie) nhưng không tin cậy bằng. Ngưỡng chọn 50 và 60% cho dễ nhớ.*

*Cột 10: Phân số tổng máu bằng siêu âm. Cột này dùng cho các trường hợp ST tâm thu, và không áp dụng được cho các ST tâm trương như tăng huyết áp, viêm màng ngoài tim tràn dịch hoặc co thắt, bệnh cơ tim phì đại, xơ hoá dưới nội tâm mạc v.v.*

Phân số tổng máu chỉ cho một khái niệm về chức năng tâm thu, nhưng cũng có thể giúp phân biệt nặng nhẹ trong khuôn khổ độ I-IV của NYHA.

**Nhìn chung, cách xếp độ ST đề nghị ở đây, có ưu điểm:**

1. Đơn giản, áp dụng được ở tất cả các tuyến. Các nơi không có điều kiện chụp được X-quang hoặc siêu âm cũng có thể xếp độ và độ chi tiết được. Những cơ sở có trang bị kỹ thuật cao có thể mở rộng thêm các cột sau cột 10 về Doppler, chụp buồng tim v.v.

2. Vẫn theo khung NYHA, nên vẫn sử dụng được các nghiên cứu, kinh nghiệm thống kê, bài giảng ở nước ngoài, vẫn "đối thoại" được vì có một "ngôn ngữ chung" .

Chúng tôi hoan nghênh những ý kiến đóng góp của các đồng nghiệp.

**Tài liệu tham khảo**

1. Đặng Văn Chung: Điều trị học tập II, XB Y học, Hà Nội 1970, t.32.
2. G.A Glezer, trong sách cẩm nang bác sĩ nội khoa (tiếng Nga), Moskva 1973, t.98.
3. E.M Tareev: Trong sách Bệnh nội khoa (tiếng Nga). Moskva 1957, t.118.
4. Vũ Đình Hải và Trần Đỗ Trinh: Cách chia độ suy tim. Nội khoa 1980, số 2,32-33.
5. Theo Criteria Committee of the NYHA: Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Disease of the Heart and Great Vessels. 7th edition, Boston, Little, Brown 1973.
6. G. Goldman, in Heart Disease, Braunwald 5th edition, Saunders, Philadelphia 1997, p. 12-13.
7. G. A Rose, H. Blackburn: Méthodes d'enquête sur les maladies cardiovasculaires. OMS, Genève 1969, p.189.