

Bs CKI Nguyễn Lân Ngọc Thọ - Khoa Nội Tim mạch (Nguồn: Các khuyến cáo của Hội Tim Mạch Việt Nam)

Tần suất năm thuốc chẹn beta đã được sử dụng trong điều trị thiếu máu cục bộ cục bộ tim (TMCB), chẹn ngả của nhĩ thất và trong bệnh tăng huyết áp. Sau này một số chẹn beta được chứng minh có hiệu quả kéo dài đời sống trên bệnh nhân suy tim.

Chẹn beta còn được sử dụng trong điều trị hạ áp ở bệnh nhân bóc tách động mạch chủ, giảm triệu chứng ở bệnh cơ tim phì đại, phòng ngừa biến chứng tim mạch ở bệnh nhân phẫu thuật ngoài tim, và một số bệnh nội khoa khác.



Áp dụng lâm sàng của các thuốc chống beta**3.1 Nhịp máu cơ tim cấp:**

Chẩn đoán cấp độ nặng ngay trong ngày đầu của nhịp máu cơ tim cấp, nếu không có chứng chỉ dẫn (loại I, mức chống A). Chẩn đoán còn số đông lâu dài phòng ngừa th cấp sau NMCT cấp (loại I, mức chống A). Trước thời điểm tiêu sợi huyết đã có trên 52.000 bệnh nhân NMCT cấp độ nặng nghiên cứu số đông chống beta. Nhóm có chẩn đoán đã giảm tử vong, tái nhịp máu và ngừng tim. Thời điểm tái lưu thông ĐMV, kết quả các nghiên cứu cho thấy chẩn đoán chống giảm biến chứng TMCB tái diễn, giảm tái nhịp máu và giảm cơn rung thất.

Bảng 6: Chứng chỉ dẫn số đông chống beta trên nhịp máu cơ tim cấp (TL3)

Tần số tim < 60 nhịp/phút
Huyết áp tâm thu < 100 mmHg
Suy thất trái nặng vừa hoặc
Triệu chứng giảm tuần hoàn ngoại vi
Khoảng PR > 0,24 giây
Block nhĩ thất độ 2 hoặc 3
Bệnh phổi mạn tắc nghẽn nặng
Tiền sử bệnh suyễn
Bệnh động mạch ngoại vi nặng
Đái tháo đường phụ thuộc insulin

Chẩn đoán dùng lâu dài sau NMCT cấp giúp giảm tử vong trên bệnh nhân có hay không tái lưu thông dòng mạch vành.

3.2 Bệnh nhân thiếu máu cơ tim mạn tính.

Tất cả bệnh nhân TMCB cần tim mạch tính cần được sử dụng chẹn beta nhằm kiểm soát TMCB, ngăn ngừa NMCT và cải thiện sống còn. Chọn thuốc được xem là loại I, mức chẹn ng c A đi với i bệnh nhân sau NMCT; cũng là loại I nhưng mức chẹn ng c A,B hoặc C đi với i bệnh nhân không tiến triển NMCT.

Chẹn beta có hiệu quả cao trong kiểm soát đau thắt ngực do gắng sức, cải thiện khả năng gắng sức. Không có khác biệt rõ giữa các chẹn beta. Phối hợp chẹn beta với nitrates có hiệu quả hơn dùng đơn thuần nitrates hoặc chẹn beta, có thể phối hợp chẹn beta với các chẹn calci nhóm dihydropyridine, không nên phối hợp chẹn beta với diltiazem hay verapamil.

Nghiên cứu TIBET (Total Ischemic Burden European Trial), không cho thấy có sự khác biệt giữa atenolol và nifedipine trên bệnh nhân đau thắt ngực cần điều trị không tiến triển NMCT hoặc THA.

Nghiên cứu TIBBS (Total Ischemic Burden Bisoprolol Study) cho thấy bisoprolol hiệu quả hơn nifedipine trong giảm số cơn và thời gian đau thắt ngực cần điều trị (15)

3.3 Tăng huyết áp

Trên 30 năm, chẹn beta được dùng phổ biến trong điều trị THA. Cho đến năm 2003, Hội Tim mạch Châu Âu và JNC VII còn khuyến cáo chẹn beta là thuốc lựa chọn đầu tiên trong điều trị THA.

Mặc dù đã sử dụng chẹn beta điều trị THA trên 30 năm, chưa có nghiên cứu khoa học nào chứng minh hiệu quả giảm tử vong bệnh và tử vong tim mạch khi sử dụng chẹn beta đơn thuần trong điều trị THA.

Các phân tích gộp gần đây cho thấy chẹn beta không giảm tử vong chung và giảm nhồi máu cơ tim trên các nghiên cứu lớn ngẫu nhiên cao tuổi THA. Ngay cả giảm đột quỵ cũng chỉ 16-22 % so với placebo, thấp hơn các thuốc hạ huyết áp khác (giảm khoảng 38%)

Một số nhóm có điểm khác của chống beta trong điều trị THA:

- Hiệu quả hạ áp kém. Nghiên cứu STOP.1, nghiên cứu LIFE cho thấy nhóm chống beta có điểm tiêu huyết áp khoảng 50% bệnh nhân⁽¹⁹⁾ (20). Một nhóm có điểm khác của chống beta là giảm huyết áp ngoại vi nhưng giảm huyết áp trung tâm (khác với các chế độ chuyên, liều liều và liều kháng calci). Tuy nhiên đặc tính này có thể dựa trên các nghiên cứu về atenolol, mức huyết áp trung tâm có giá trị tiên đoán bệnh cơ tim mạch như NMCT và điểm cuối là huyết áp ngoại vi.

- Chống beta liều cao có nhiều tác động phụ do đó nên dùng thuốc ở bệnh nhân THA có điều trị lâu dài

- Chống beta tăng đề kháng insulin do đó dễ dẫn đến đái tháo đường (ĐTĐ). Nghiên cứu gộp dựa trên 22 nghiên cứu với 143153 bệnh nhân, chống beta và liều liều tăng ĐTĐ so với các thuốc hạ áp khác (21). Tuy nhiên, vẫn có thể sử dụng chống beta điều trị THA trên bệnh nhân ĐTĐ, cần kết hợp với UCMC, hoặc chống thụ thể AGII.

- Chống beta còn giảm phì đại thất trái kém hơn thuốc khác, làm tăng cân, làm giảm khả năng gắng sức không có lợi cho việc giảm cân (ngoại trừ nebivolol có tính dẫn mạch(26)). Tuy nhiên, nghiên cứu của vandeven LLM và c/s (47), cho thấy bisoprolol giảm đầy thất trái không kém enalapril trên bệnh nhân THA và suy tim.

Tổng hợp hiệu quả trên, hiện nay một số tác giả đề nghị chống beta chỉ nên sử dụng trong những trường hợp hợp THA có kèm theo bệnh tim mạch chống beta: THA có kèm bệnh ĐMV, THA có kèm suy tim, THA có kèm loãng xương, THA trên phụ nữ có thai, THA kèm tăng nhãn áp⁽¹⁸⁾. Tuy nhiên khuyến cáo năm 2007 của Hội Tim Mạch Châu Âu vẫn đề nghị ý chống beta có thể là một trong năm lựa chọn đầu tiên điều trị THA: chống beta, liều liều, UCMC, chống thụ thể AGII và các chế độ calci (21B)

3.4 Suy tim:

Do tác động làm co giảm cơ tim, thời gian chống beta được coi là chống chỉ định trong điều trị suy tim tâm thu. Tuy nhiên các nghiên cứu thực nghiệm 90 chứng minh một số chống beta như

Metoprolol succinate, Carvedilol và Bisoprolol giảm tới 30% và giảm tới 10% bệnh nhân suy tim nặng.

Hiện đây, nghiên cứu SENIORS chứng minh Nebivolol giảm tới 30% trên người cao tuổi bị suy tim.

3.4.1. Phân độ suy tim

Các phân biệt giữa các loại bệnh tim và khả năng đáp ứng với giảm tải của suy tim. Một bệnh nhân bệnh tim dẫn tới có thể có phân suất tống máu (PSTM) khoảng 20% nhưng không khai là có triệu chứng bệnh. Phân độ bệnh tim theo Hội Tim New York (NYHA) dựa trên mức độ lâu, dựa vào triệu chứng bệnh và khả năng gắng sức (bảng 9). Mặc dù phân độ này có nhược điểm là chủ quan, nhưng đơn giản và tiện dụng nên được chấp nhận và phổ biến nhất.

Bảng 9: Phân độ bệnh tim theo NYHA

Độ I: Không hạn chế – Việc gắng sức thông thường không gây mệt, khó thở hoặc hồi hộp.

Độ II: Hạn chế nhẹ với gắng sức. Bệnh nhân khi nghỉ ngơi. Việc gắng sức thông thường dẫn đến mệt, hồi hộp, khó thở hoặc đau ngực.

Độ III: Hạn chế nhiều với gắng sức. Mặc dù bệnh nhân khi nghỉ ngơi, nhưng chỉ với độ nhẹ đã có triệu chứng bệnh.

Độ IV: Không việc gắng sức nào mà không gây khó chịu. Triệu chứng bệnh gia tăng ngay khi nghỉ ngơi. Chủ yếu với gắng sức, triệu chứng bệnh gia tăng.

Suy tim là một hội chứng của nhiều bệnh lý khác nhau, có thể tiến triển không ngừng. Điều trị suy tim cũng thay đổi theo giai đoạn tiến triển của bệnh. Do đó từ năm 2001, Hunt SA và cộng sự phân suy tim ra nhiều giai đoạn: A, B, C và D. Giai đoạn A bao gồm những bệnh nhân có nguy cơ suy tim (TD: THA, đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa...) nhưng chưa có tiến triển thực thể trên tim và chưa có triệu chứng của nặng suy tim. Giai đoạn B là mức tiến triển của GĐ A, bệnh nhân đã có tiến triển thực thể của tim nhưng chưa có triệu chứng của nặng hay triệu chứng thực thể của suy tim. Giai đoạn C nặng hơn, bệnh nhân có tiến triển thực thể tim, hiện tại hay tiến triển sẽ có triệu chứng của nặng suy tim. Giai đoạn D là nặng nhất, suy tim kháng trị, khó thở khi nghỉ dù uống thuốc tối đa, cần những biện pháp điều trị đặc biệt như máy trợ tim, ghép tim....

3.4.2. Điều trị suy tim:

Có thể chia điều trị suy tim ra 4 mức độ tu theo các giai đoạn A, B, C, D của suy tim:

- Điều trị các bệnh nhân có nguy cơ cao dẫn đến suy tim (GĐ A). Td: THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu
- Điều trị các bệnh nhân có bất thường thực thể hoặc tái cấu trúc tim, nhưng chưa có triệu chứng của nặng suy tim (GĐ B)
- Điều trị các bệnh nhân trầm trọng hơn hay hiện có triệu chứng của nặng suy tim (GĐ C)
- Điều trị suy tim kháng trị (giai đoạn cuối của suy tim – GD D)

3.5 Loạn nhịp:

3.5.1 Nhịp xoang nhanh:

Điều trị chẹn y học của nhịp xoang nhanh là điều trị theo nguyên nhân bệnh. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, chẹn nhịp tim để giảm triệu chứng cần. Nếu giảm nhịp tim, chẹn beta là chẹn nhịp loạn l, mức chẹn C; để biết hiệu quả bệnh nhân loạn, sau NMCT, cần ngưng gấp, suy tim và tình trạng ngưng giao cảm.

3.5.2 Nhịp nhanh trên thất

Chẹn beta hiệu quả trong điều trị ngoại tâm thu nhĩ, kiểm soát nhịp tim và chuyển nhịp nhanh nhĩ do ổ (focal atrial tachycardia), nhịp nhanh vào nút nhĩ thất (AV nodal reciprocating tachycardis), nhịp nhanh ổ (focal junctional tachycardia), nhịp nhanh ổ không kịch phát (non-paroxysmal junctional tachycardia).

3.5.3 Nhịp nhanh trên hạ thị chẹn Wolf- Parkinson. White:

Chẹn beta không ức chế đường ph, giảm nhịp digitalis và ức chế calci (TD: veparomail); còn làm tăng dẫn truyền theo đường ph do đó làm tăng nhịp thất khi có nhịp nhanh trên thất, dẫn đến thất huy t áp nặng và ngừng tim. Do đó chẹn sẽ dùng chẹn beta trên bệnh nhân hạ thị chẹn WPW khi đã có khảo sát dẫn lý chẹn minh đường ph không có tính dẫn truyền t (antegrade conduction).

3.5.4 Dùng nhĩ và rung nhĩ:

Chẹn beta không hiệu quả trong chuyển nhịp cuồng nhĩ và nhịp xoang, có thể giảm nhịp thất. Chẹn nhịp giảm nhịp thất của chẹn beta trên bệnh nhân cuồng nhĩ để chuyển vào loạn l, mức chẹn C.

Chẹn beta giúp phòng ngừa rung nhĩ, kiểm soát nhịp thất/ rung nhĩ, chuyển rung nhĩ và nhịp xoang và duy trì nhịp xoang. Mục tiêu kiểm soát nhịp thất (rate- control) trên bệnh nhân

rung nhĩ, chẹn beta kiểm soát nhịp nhanh khi gặp sự cố thất hống digitalis. Trong thực hành lâm sàng thông thường phải ngừng chẹn beta với liều thấp digitalis khi cần kiểm soát tần số thất thất bệnh nhân rung nhĩ. Nghiên cứu của Ighiguro và c/s chứng minh bisoprolol có hiệu quả cao chống rung nhĩ hơn hẳn chống loạn nhịp khác.

3.5.5 Loạn nhịp thất:

Chẹn beta hiệu quả trong kiểm soát tần số thất liên quan đến cơ chế giao cảm bao gồm loạn nhịp xảy ra khi stress, NMCT cấp, kích thích và suy tim (2). Chẹn beta cũng giúp phòng ngừa đột tử (loạn nhịp, mức chẹn cấp A).

3.6 Bóc tách động mạch chủ (Aortic dissection)

Chẹn beta là thuốc lựa chọn đầu tiên trong điều trị THA có kèm bóc tách động mạch chủ (loạn nhịp, mức chẹn cấp C). Trong điều trị cấp cứu thông thường dùng chẹn beta tiêm mạch. Khi chẹn beta đến đích không đủ kiểm soát huyết áp, có thể phải dùng sodium nitroprusside TTM, hoặc Nicardipine TTM. Trong điều trị duy trì lâu dài bệnh nhân THA kèm bóc tách ĐMC, có thể phải ngừng chẹn beta với các chế độ chuyển hoặc chẹn thụ thể angiotensin II hoặc các chế độ calci nhóm dihydropyridine.

3.7 Chẹn beta trên phụ nữ có thai:

Chẹn beta đã được sử dụng trên phụ nữ có thai không làm tăng đáng kể thai nhi. Chết đẻ chẹn beta trên phụ nữ có thai bao gồm điều trị bệnh tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, bệnh tim TMCB, loạn nhịp thất và loạn nhịp trên thất; thuốc có thể sử dụng liên tục đến khi sinh con.

3.8 Chẹn beta trên bệnh nhân cấp cứu cấp

Bệnh nhân cấp cứu cấp có biểu hiện hẹp hở, tim đập nhanh do nhịp xoang nhanh hoặc rung nhĩ có tần số thất nhanh. Chẹn beta rất hiệu quả trong giảm triệu chứng tim và giảm tần số

thực. Liệu liệu thuốc có thể giảm dần rồi ngừng khi đi u tr kháng giáp (thuốc, lode³¹...lode phóng xạ) đã có hiệu quả.

3.9 Chẹn beta trên bệnh nhân rối loạn thần kinh tim:

Rối loạn thần kinh tim (cardiac neurosis) hay rối loạn thần kinh thực vật là tình trạng xáo trộn chức năng tim. Bệnh nhân có thể có biểu hiện lo sợ, hồi hộp hoặc cảm giác hồi hộp, phập phất sâu mũi dưới. Chẩn đoán chủ yếu dựa trên các hiện tượng khi đi u tr kháng giáp (thuốc, lode³¹...lode phóng xạ) đã có hiệu quả. Chẹn beta liệu thuốc có hiệu quả giảm triệu chứng hồi hộp, lo sợ ở các bệnh nhân này, các biện pháp đi u tr kháng giáp khác bằng thuốc hay thay đổi lối sống rất cần thiết.

3.10 Chẹn beta trong phòng ngừa biến chứng chu kỳ u, phẫu thuật ngoài tim bệnh nhân tim mạch

Trong thời kỳ chu kỳ u, nồng độ catecholamine trong máu bệnh nhân tăng, do đó tăng tần số tim và tăng co cơ tim, hiệu quả là tăng tiêu thụ oxygen cơ tim, chẹn beta giúp giảm tần số tim do đó kéo dài kỳ tâm trương và giảm co cơ tim. Hơn nữa chẹn beta giúp tái phân phối máu về nội mạc cơ tim, nên đỡ nhồi máu cơ tim và tăng nguy cơ gây ra rung thất. Nghiên cứu DECREASE (Dutch Echocardiographic Cardiac Risk Evaluating Applying Stress Echo) chứng minh bisoprolol sẽ đáng tin cậy hơn là thuốc chẹn beta ngoài tim, chứng minh liệu liệu theo tần số tim giúp giảm biến chứng nhồi máu cơ tim chu kỳ u và giảm tử vong. Các nghiên cứu khác sẽ đáng tin cậy hơn atenolol hoặc metoprolol không cho kết quả có lợi như bisoprolol. Cần chú ý là tính chẹn beta 1 của bisoprolol cao hơn 75/1, trong khi metoprolol và atenolol chẹn beta 1 kém hơn.