
1 / 5

rối loạn, tập thể dục thể thao xuyên, giảm cân, giảm hút thuốc lá, kiểm soát đường huyết, quản lý lipid và điều trị kháng tiểu cầu. Xác nhận và điều trị suy giáp, ngừng thuốc khi ngừng do tác dụng phụ là điều cần thiết quan trọng đối với bệnh nhân nguy cơ. Việc điều trị thuốc là cần thiết.

Mục tiêu HA hợp lý cho bệnh nhân tăng huyết áp có bằng chứng bệnh ĐM V là <140/90 mmHg. Mục tiêu HA thấp hơn (<130/80 mm Hg) có thể thích hợp trong một số cá nhân bệnh ĐM V hoặc ngừng ngừng có NMCT trước, đột quỵ hoặc cần điều trị máu loãng qua, hay nguy cơ đột quỵ ĐM V (Bệnh ĐM vành, ĐM ngoại biên, phình động mạch chủ bụng).

3.1. Điều trị thuốc

3.1.1. β -Blockers

β -Blockers là thuốc lựa chọn đầu tiên để điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân bệnh ĐM V gây đau thắt ngực. Chúng làm giảm thiểu máu cục bộ và đau thắt ngực chủ yếu là do giảm năng hoạt động gia tăng cơ và giảm nhịp tim của chúng. Nhịp tim giảm làm tăng thời gian nghỉ ngơi của tâm trương và giảm nhu cầu tim của chúng. Nhịp tim giảm làm tăng thời gian nghỉ ngơi của tâm trương và giảm nhu cầu tim của chúng. β -Blockers cũng ức chế giải phóng renin từ mô chức năng của thận. Các thuốc chẹn thụ thể trên tim (β_1) không thể chuyển hóa thành dạng hoạt động xuyên thấu. Chúng chỉ dành cho những người có suy giảm thuốc bao gồm rối loạn chức năng đáng kể nút nhĩ thất hoặc xoang, hạ huyết áp, suy tim mất bù và bệnh phổi có thể thất qua nặng.

Bệnh động mạch ngoại biên rất hiếm khi bị các triệu chứng tại chỗ hơn bệnh động mạch vành. Các thuốc này và bệnh có thể thất qua nên không phải là lựa chọn đầu tiên. Thời gian điều trị là cần thiết khi bệnh nhân đã có tiền sử hạ huyết áp đã được điều trị bằng β -blockers che giấu các triệu chứng của hạ huyết áp.

Cần đây, nhiều tranh cãi liên quan đến sự thích hợp hay không việc sử dụng β -blockers như là điều trị đầu tay trong THA ở bệnh nhân không có một chỉ định thực sự; Tuy nhiên, việc dùng chúng ở bệnh nhân đau thắt ngực, NMCT trước đó hoặc suy tim có một số lợi ích tích cực về mặt lâm sàng. β -Blockers nên được xem xét để điều trị ban đầu để làm giảm các triệu chứng ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định. β -Blockers được coi là điều trị lâu dài cho tất cả các bệnh nhân khác nhau với bệnh mạch vành hoặc mạch máu khác. Cần đây Guidelines của ACC/

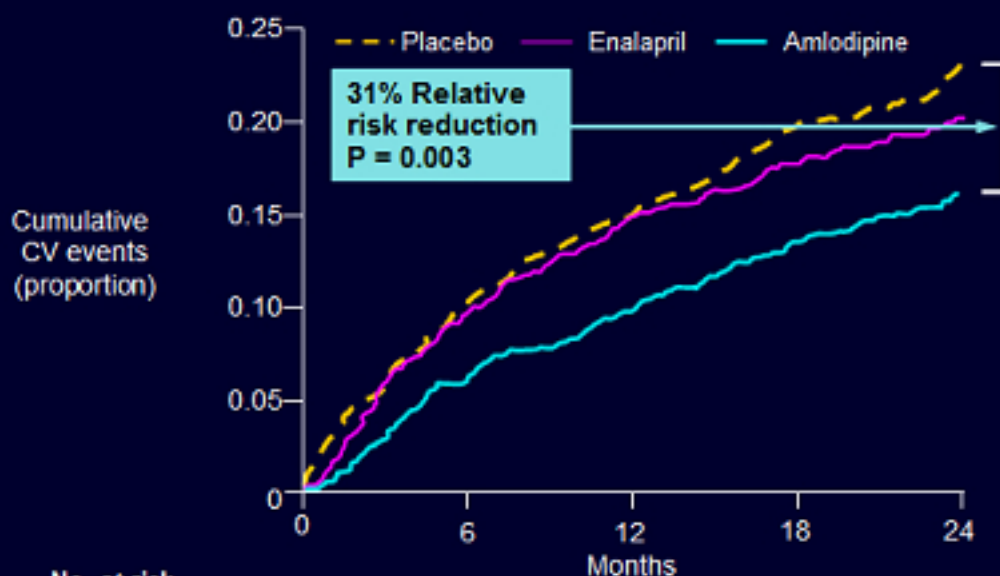
AHA khuyến cáo điều trị β -blocker ở bệnh nhân có chức năng thất trái bình thường sau NMCT hoặc hội chứng vành cấp (Khuyến cáo loại I; Cấp chứng cứ: B), đặc biệt carvedilol, metoprolol succinate, hoặc bisoprolol, tất cả các bệnh nhân suy chức năng tâm thu thất trái (phân suất tống máu $\leq 40\%$) hoặc với suy tim hoặc NMCT trước khi có chứng cứ (Khuyến cáo loại I; Cấp chứng cứ: A). β -Blockers nên được bắt đầu và tiếp tục cho 3 năm tiếp theo các bệnh nhân với chức năng thất trái bình thường sau NMCT hoặc hội chứng vành cấp (Khuyến cáo loại I; Cấp chứng cứ: B).

3.1.2. Thuốc chẹn kênh canxi

Là một dòng riêng, thuốc chẹn kênh canxi làm giảm nhu cầu oxy cơ tim do giảm sức cản mạch ngoại biên, giảm HA và tăng cung cấp oxy cơ tim do giãn mạch vành. Các thuốc nondihydropyridine diltiazem và verapamil giảm tần số phát xung nút xoang và chậm dẫn truyền nút nhĩ thất.

Thuốc chẹn kênh canxi (hay chẹn canxi) hoặc nitrat tác động kéo dài nên kê toa làm giảm các triệu chứng khi β -blockers bị chứng cứ hoặc gây các tác động phụ không thể chấp nhận được ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định (Khuyến cáo loại IIa; Cấp chứng cứ: B). Thuốc chẹn canxi hoặc nitrat tác động kéo dài trong số kết hợp với β -blockers nên được quy định làm giảm các triệu chứng khi điều trị khi điều trị với β -blockers không thành công trong bệnh nhân đau thắt ngực ổn định (Khuyến cáo loại IIa; Cấp chứng cứ: B). Thuốc chẹn canxi được thêm vào hoặc thay thế β -blockers khi HA vẫn còn tăng, khi đau thắt ngực vẫn còn hoặc khi có tác động phụ của thuốc hoặc chứng cứ. Dihydropyridin tác động kéo dài đặc biệt thích hợp nondihydropyridine (diltiazem hoặc verapamil) khi số động kết hợp với β -blockers để tránh nhịp tim chậm quá mức hoặc block tim. Diltiazem hoặc verapamil không nên dùng ở bệnh nhân suy tim hoặc suy chức năng tâm thu thất trái và nifedipine tác động ngắn nên tránh bởi vì nó gây phản xạ kích hoạt giao cảm và tình trạng hạ huyết áp tâm thu máu cơ tim xuống đi.

CAMELOT: 31% Reduction in primary outcome with amlodipine compared to standard care



No. at risk

Placebo	655	588	558	525	488
Enalapril	673	608	572	553	529
Amlodipine	663	623	599	574	535

Primary outcome = incidence of CV events

Nissen SE et al. JAMA. 2004;292:2217-26.

Table 2. Discontinuation of Study Medications and Selected Reasons for Permanent Discontinuation.*

Variable	Ramipril (N = 8576)	Telmisartan (N = 8542)	Combination Therapy (N = 8502)	Telmisartan vs. Ramipril		Combination Therapy vs. Ramipril	
				Relative Risk	P Value	Relative Risk	P Value
number (percent)							
Total no. of discontinuations†	2099 (24.5)	1962 (23.0)	2495 (29.3)	0.94	0.02	1.20	<0.001
Reason for permanent discontinuation							
Hypotensive symptoms	149 (1.7)	229 (2.7)	406 (4.8)	1.54	<0.001	2.75	<0.001
Syncope	15 (0.2)	19 (0.2)	29 (0.3)	1.27	0.49	1.95	0.03
Cough	360 (4.2)	93 (1.1)	392 (4.6)	0.26	<0.001	1.10	0.19
Diarrhea	12 (0.1)	19 (0.2)	39 (0.5)	1.59	0.20	3.28	<0.001
Angioedema	25 (0.3)	10 (0.1)	18 (0.2)	0.4	0.01	0.73	0.30
Renal impairment	60 (0.7)	68 (0.8)	94 (1.1)	1.14	0.46	1.58	<0.001

* There were no predefined criteria for each of the adverse events listed. Reasons listed are those provided by the investigator for the discontinuation of study drug.

† A patient could have multiple discontinuations, since patients were encouraged to restart study medications whenever possible after discontinuation.

Điều u tri tăng huyê t a p ề ề bệ nh nhâ n bệ nh đô ng ma ch va nh (tt)

Vi t b i Biên t p viên

Th ba, 05 Tháng 5 2015 07:46 - L n c p nh t cu i Th ba, 05 Tháng 5 2015 08:04

~~Đã được gửi kèm theo file đính kèm. Vui lòng tải về và xem chi tiết tại đây: [\[Link\]](#)~~