

TS Phan Đăng Bội Linh - Khoa Nội TM

5. Quản lý THA trong suy tim do thiếu máu cục bộ

Mặc dù guidelines của ACC và AHA đang có cho điều trị suy tim mạn tính, nhưng chúng mà như đó dựa vào guidelines cho điều trị tăng huyết áp (THA) ở bệnh nhân suy tim do thiếu máu cục bộ là hạn chế. Trên cơ sở thông tin từ Đăng ký Quốc gia suy tim mất bù cấp (ADHERE), 75% của bệnh nhân nhập viện vì suy tim do tăng huyết áp, với nhiều nhất có huyết áp tâm thu (HATT) > 140 mm Hg. Trong Đăng ký cải thiện việc sử dụng liệu pháp trị suy tim dựa trên bằng chứng điều trị bệnh nhân ngoại trú (IMPROVE-HF), > 60% bệnh nhân nhập viện trong thời gian hành tim mạch ngoại trú có tiền sử THA. Dữ liệu quan sát bổ sung từ ngân hàng số liệu Duke cho bệnh tim mạch đã đưa ra một loạt thông tin về cách THA ở bệnh nhân bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ.



5.1. Tăng huyế t á p và suy tim

H u h t các b nh nhâ n suy tim có THA đ ng mắ ch. THA không ch là mắ t r i lo n đ ng th i quan tr ng mà còn gó p nh v ào cắ ch b nh sinh cắ a cắ hai suy tim phân su t t ng má u gi m và suy tim phân su t t ng má u b o t n. THA là y u t nguy cắ chính cu a bệ nh tim thiế u má u cu c b o và có th đ a đ n tiế n tri n suy tim b ng cách gây phì đ a i thấ t trái, co bó p tế bào cắ tim suy, tái cấu trúc buồng th t và cu i cùng r i lo n chắ c năng th t.

5.2. Nhâ n khâ u h c

Mứ c đ tăng huyế t áp tâm tr ng (HATTr) và đ c biế t huyế t áp tâm thu (HATT) là y u t nguy cắ chính cho phát tri n suy tim và đi u tr lâu dài THA caắ tâm thu và tâm tr ng đắ c chắ ng minh gi m nguy cắ suy tim.

Các b t th ng cắ u trúc xắ y ra ti p theo trong b nh nhâ n THA, bao gắ m phì đ a i thấ t trái hoắ c NMCT (ví dắ , suy tim giai đ o n B), báo trắ c mắ t lắ ng lắ n các hắ u quaắ tim mắ ch nắ ng nắ . B nh nhâ n có biế u hiế n suy tim hắ u nhắ nhiế u khắ năng lắ n tu i và THA, hắ n mắ t nắ a có phân suấ t t ng má u thấ t trái bình th ng. Các đi u tra sắ m vắ b nh nhâ n suy tim nhắ nghiê n cắ u Tim Framingham cho thắ THA là kắ t hắ p th ng xuyên nhắ t; THA chỉ mắ 39% các trắ ng hắ p suy tim đắ nam và 59% đắ nắ . Mắ t nghiê n cắ u trên quâ n thắ dắ n - tá i Hắ t Olmsted, Minnesota, đắ 50% b nh nhâ n biế u hiế n suy tim mắ i khắ i phát bắ THA. Tuy nhiê n, các thắ nghiế m ngắ u nhiê n gắ n đắ y đắ nh giá thắ p sắ đắ gắ cắ a THA trong khắ i phát và tiế n tri n suy tim, có thắ vắ b nh nhâ n già th ng không bao gắ m trong nhắ ng thắ nghiế m lâm sàng suy tim này. Cắ ng lắ u ý, các tri u chắ ng suy tim hiế m gắ p đắ ngắ i THA mà HA mắ c tiê u đắ c kiế m soát tắ t và đắ nhắ ng ngắ i không t n tá i sau NMCT.

5.3. Tăng huyế t á p và sinh lý b nh suy tim

Ban đắ u, phì đ a i thấ t trái đắ ng tâm bù cho tình trắ ng quá tắ i áp lắ c và làm bình th ng hóa sắ c cắ ng thắ nh tim tâm thu. Phì đ a i đắ p đắ ng này đắ i kắ m vắ i sắ a đắ i cắ tim, bao gắ m thay đắ i trong biế u hiế n gen, mắ t các tế bào cắ tim, khiế m khuyế t phát tri n mắ ch má u và xắ hóa. Nhắ vắ y, phắ n đắ ng bù trắ này có thắ biế n đắ i sang suy tim vắ i rắ i lo n chắ c năng co bó p tiế n triề n. Trong giai đ o n thắ hai, bệ nh đắ mắ y gây thiế u má u cu c bắ cắ tim hoắ c NMCT mà kắ t quắ là suy tim. HA hắ khi suy tim phát tri n, do đắ , sắ đắ gắ cắ a THA trên hắ i chắ ng suy tim có

thì bắt đầu đánh giá thấp. Các cơ chế theo đó gia tăng khối lượng thất trái dẫn đến phân suất tống máu giảm duy trì tình trạng bệnh động mạch xác định. Thông thường, NMCT được xem như một biến cố bất ngờ chuyển sang chứng năng tâm thu giảm. Bởi NMCT xảy ra 16% ở bệnh nhân ngấm tiến triển phân suất tống máu thất trái giảm so với 3% ở bệnh nhân không có, nó là một yếu tố nguy cơ quan trọng. Tuy nhiên, phải có cơ chế khác vì tăng khối lượng thất trái gắn liền với sự phát triển của gia giảm phân suất tổng máu ngay cả ở bệnh nhân bệnh nhân không bệnh ĐMV bệnh u hiềm lâm sàng, bao gồm NMCT. Với điều trị huyết áp, tỷ lệ mắc phải đa bội thất trái giảm 35% và phát triển suy tim giảm 52%.

Các cơ chế phát triển từ THA đến suy tim lâm sàng với phân suất tống máu thấp hiện đang thể hiện một lĩnh vực điều tra đang diễn ra. Cơ chế tiềm năng bao gồm các thay đổi tiến triển trong matrix ngoại bào của tim và tăng áp lực động mạch thất trái.

5.4. Bệnh ĐMV và suy tim cấp

Thiếu máu cục bộ tim cấp có thể gây phù phổi cấp. Đa số bệnh nhân phù phổi thoáng qua có chứng năng tâm thu bình thường. Bệnh nhân bệnh nhân này nói chung già và có bệnh ĐMV nghiêm trọng, thường với ít nhất 1 nhánh và hẹp nặng ĐMV bệnh nhân được nuôi dưỡng bằng dòng bàng hệ.

Bệnh nhân có chứng năng tâm thu bình thường và phì đại thất trái được biết đến như là một loại hình lâm sàng này vì khả năng trọng tâm thất giảm của họ, trong đó thay đổi như trong tình trạng thể tích thất có thể dẫn đến bệnh nhân thay đổi lớn trong áp lực động mạch. Một quan hệ thể tích áp lực tâm trọng bệnh nhân này gợi ý thích lý do tại sao bệnh nhân bệnh nhân này thường xuyên cao tử thi nhanh chóng với ít triệu chứng và huyết áp. Trong điều kiện của quần lý, các nguyên nhân tống máu giảm khi điều trị này xảy ra trong khi phát bệnh của tim thiếu máu cục bộ bệnh nhân trong hô hấp chứng vành cấp. Tham khảo quần lý tăng huyết áp bệnh nhân hô hấp chứng vành cấp ở phần trước.

5.5. Chỉ định điều trị

Mục tiêu điều trị bệnh nhân suy tim là để ngăn ngừa biến chứng và huyết áp, làm giảm triệu chứng và sống sót điều trị sẽ làm giảm tiến triển bệnh và cải thiện sống còn.

5.6. Li ệ u pháp không dùng thu ố c

H ệ n ch ế natri là quan tr ọng trong qu ả n lý c ấ THA và r ừ i lo ậ n ch ế c năng thất trái. T ậ p g ắ ng s ắ c cho thấy gi ả m bi ến c ố tim tái phát ằ nh ậ ng b ệnh nh ậ n có r ừ i lo ậ n ch ế c năng thất trái do thi ệ u máu c ầ c b ằ . Trong suy tim: Th ậ nghi ệ m có đ ố i ch ớ ng đ ể u tra h ậ u qu ầ c ầ a nghi ệ n c ầ u t ậ p g ắ ng s ắ c (HFACTION), t ậ p g ắ ng s ắ c k ắ t h ắ p v ớ i gi ả m v ớ a pha ầ i trong c ầ t ầ v ớ ng hay nh ắ p v ớ n do m ầ i nguyên nh ậ n và t ầ l ầ t ầ v ớ ng tim m ầ ch h ồ c nh ắ p v ớ n do suy tim sau khi đ ể u ch ế nh các đ ể c tính c ầ b ằ n tiên l ầ ng cao. T ậ p g ắ ng s ắ c c ầ i thi ệ n đ ắ ng k ầ tình tr ờ ng s ắ c kh ể t ầ báo cáo so v ớ i ch ắ m sóc thông th ườ ng. Đ ể i v ớ i b ệnh nh ậ n suy tim, gi ám sát y t ầ ch ắ t ch ắ và theo d ồ i c ầ n th ậ n huyết áp đ ắ p ằ ng v ớ i r ề n luy ệ n g ắ ng s ắ c và ECG cho lo ậ n nh ắ p th ắ t là thích h ắ p. Các ph ầ ng pháp đ ể u tr ầ không dùng thu ố c khác nh ầ qu ả n lý r ừ i lo ậ n lipid máu, đ ắ tháo đ ầ ng, béo phì, c ầ ng nh ầ b ằ h ắ t thu ố c lá c ầ ng c ầ n thi ệ t.

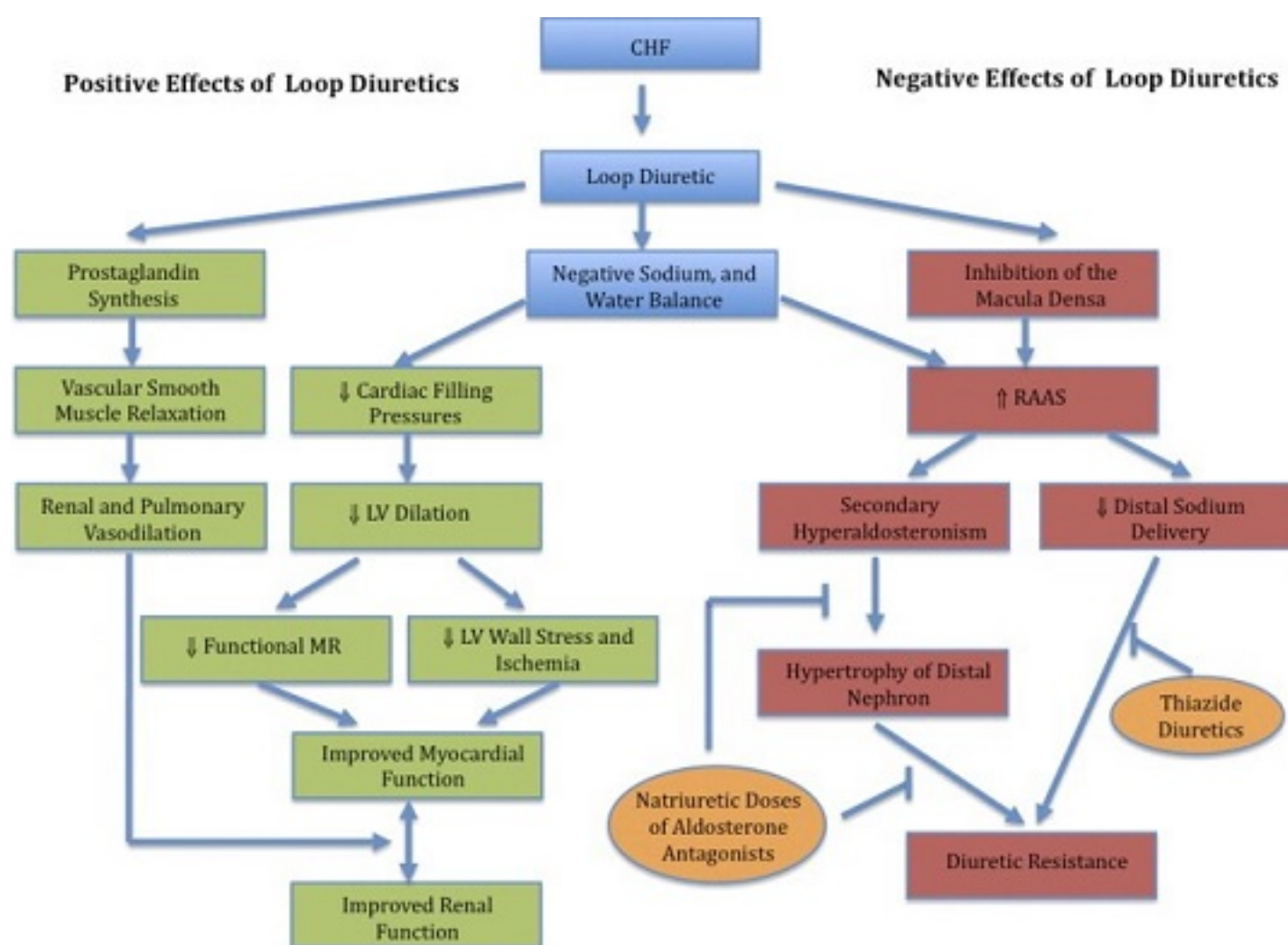
5.7. Li ệ u pháp đ ầ c lý

Tr ầ c khi ph ắ c đ ầ ch ế ng THA đ ầ c đ ầ a ra, ki ể m soát t ầ i ầ u huyết áp v ớ n là m ầ c tiêu đ ầ u tiên, v ớ i ầ a ch ế n thu ố c c ầ n xác đ ầ nh b ằ i các t ầ ng b ệnh đ ể ng th ầ i (ví d ồ , b ệnh đ ầ m, đ ắ tháo đ ầ ng h ồ c b ệnh th ầ n). C ầ i c ầ ng, vi ề c đ ể u tr ầ h ồ huy ể t áp th ắ c h ắ p th ầ ng g ầ m m ắ t s ầ lo ầ i thu ố c s ầ đ ể ng k ắ t h ắ p.

5.7.1. Thu ố c l ầ i ti ệ u

Đ ể u tr ầ h ồ áp đ ầ a trên l ầ i ti ệ u đ ầ nh ầ u l ầ n đ ầ c nh ắ c l ầ i ch ớ ng to ầ ng ắ n ch ế n suy tim trong m ắ t khoa ầ ng l ầ n qu ầ n th ắ đ ắ c. Thiazid h ồ c thu ố c l ầ i ti ệ u lo ầ i thiazide hi ầ u qu ầ trong ng ắ n ng ầ a suy tim ằ b ệnh nh ậ n THA. Thiazid h ồ c thu ố c l ầ i ti ệ u nh ồ m thiazide là thu ố c l ầ a ch ế n ằ b ệnh nh ậ n suy tim nh ầ v ớ i h ồ t đ ể ng l ầ i ti ệ u và th ầ i natri b ằ n v ớ ng h ồ n thu ố c l ầ i ti ệ u qu ầ i, đ ể c bi ể t là nh ầ ng cá nh ậ n trong đ ầ ki ể m soát HA quan tr ọng h ồ n là đ ể u ch ế nh quá t ầ i th ầ tích. Trong suy tim n ầ ng h ồ n, thu ố c l ầ i ti ệ u đ ầ c dùng đ ể đ ầ o ng ầ c tình tr ờ ng quá t ầ i th ầ tích và các t ầ u ch ế ng li ề n quan. Thu ố c l ầ i ti ệ u qu ầ i nh ầ furosemide và torsemide th ầ ng s ầ đ ể ng v ớ ch ắ ng bài xu ắ t n ầ c ti ệ u nh ầ u h ồ n nh ầ ng c ầ ng m ầ c đ ầ th ầ i natri; ch ắ ng làm v ớ c ngay c ầ khi có suy th ầ n, m ắ t h ồ p t ầ th ầ ng xuyên c ầ a suy tim n ầ ng và đ ể c tính đ ắ p ằ ng l ầ u đ ể c và tuy ề n tính, cho ph ếp nâng li ề u b ầ c thang v ớ i l ầ u cao. B ằ ng cách g ầ m t ầ c và natri, thu ố c l ầ i ti ệ u c ầ ng k ắ c h ồ t m ắ t s ầ c ch ắ tác đ ể ng ph ầ . Có th ầ gi ả m ngay áp l ầ c đ ầ đ ầ y th ắ t pha ầ i, v ớ i gi ả m th ầ tích t ầ ng máu và k ắ c h ồ t h ầ RAA và h ồ th ầ n kinh giao c ầ m, tác đ ồ ng đ ầ tiên

liệu u có h i. V n đ này tránh đ c bằng k t h p đ i u tr thu c l i t i u v i thu c c c ch ACE ho c ARB, β -blocker và/ ho c ch t đ i kháng aldosterone, t t c đ i u này đ c ch ng minh qua c p li u pháp đ i u tr h i u qu trong suy tim. Th nghi m l c ng giá chi n l c t i u hóa l i t i u (DOSE) trên b nh nh n suy tim c p ch ng minh r ng chi n l c furosemide li u cao có liên quan t i xu h ng không ý nghĩa th ng kê c i thi n l n h n trong đánh giá toàn c u tr i u ch ng c a b nh nh n nh ng không có s khác bi t đáng k v m c đ creatinine. M c dù l i t i u nhi u h n v i chi n l c li u cao và k t qu thu n l i h n trong m t vài đánh giá th c p, nó cũng nh t th i làm x u đ i ch c năng th n.



(CHF = congestive heart failure; LV = left ventricular; MR = mitral regurgitation;

RAAS = renin-angiotensin-aldosterone system).

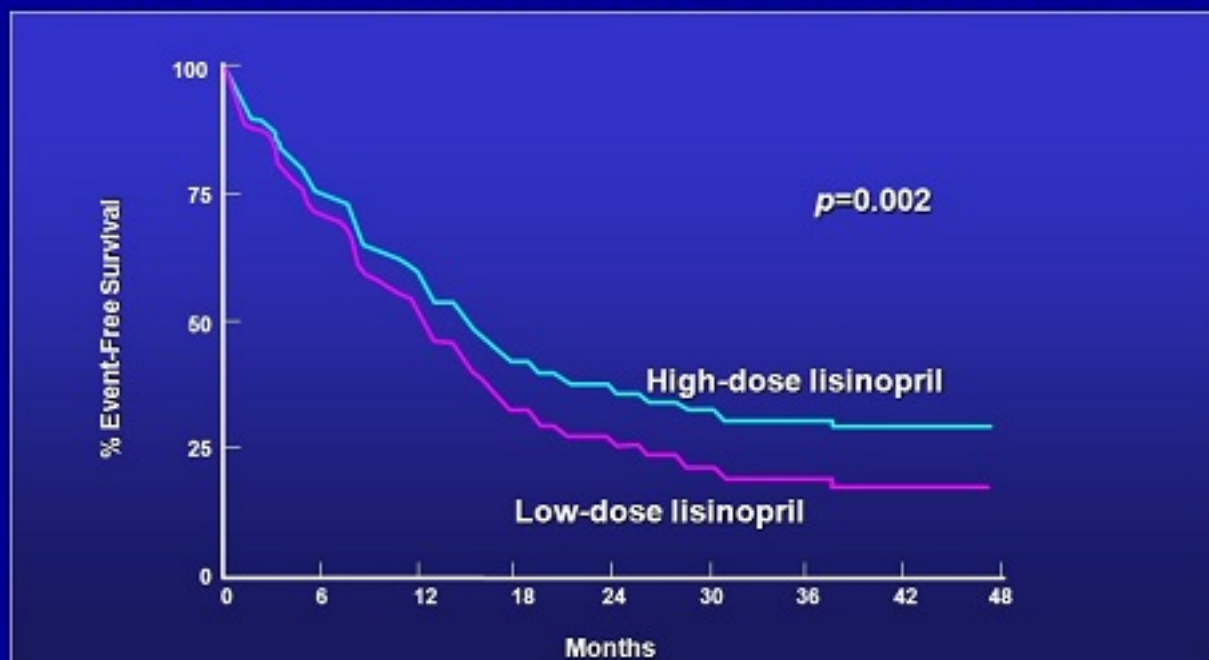
Tác độn g củ a l i tiê u quai

5.7.2. ố c chế men chuyê n (ACE)

ố c chế ACE ố m tái cấu trúc sau NMCT, c i thi n các điê u kiê n tiên đê thi u máu c c b , đ o ng c co bóp và co m ch gây ra do Angiotensin II, ngăn suy ố m các kho phosphate năng l o ng cao, tăng phóng thích NO thông qua ngăn hu y bradykinin, ố m kha năng đ o ng máu thông qua phóng thích yếu tố n i mô ho t hóa plasminogen mô. ố c chế men chuyê n ch o ng minh trong nhi u th nghi m có l i b nh nh n r i lo n ch c năng thất trái do thi u máu c c b . Th nghi m đă ng giá tim Trandolapril (TRACE) cho th y ố m t l t v o ng tuy t đ i 7%. Trong th nghi m hi u qu Ramipril ố nh i máu c p (AIRE), ramipril kê 3-7 ngày sau NMCT ố m nguy c t v o ng t o ng đ i 27% trong t o ng đ o n h , 15% ố ng ố i huy t áp bình th o ng và 41% đ i t o ng THA, cho th y t m quan tr o ng đ c bi t c a ố c chế ACE trong b nh nh n THA có r i lo n ch c năng thất trái giai đ o n h u NMCT. Trong th nghi m đă ng giá đi u tr Lisinopril và s o ng còn (ATLAS), t l t v o ng th p h n đă ng k ố nh o ng b nh nh n suy tim, nh n li u cao lisinopril (32,5-35 mg / ngày) so v i nh o ng ng ố i đi u tr li u lisinopril th p (2,5-5 mg / ngày) . Trong b nh nh n ĐTĐ ho c các bi n ch o ng tim m ch khác, ố c chế ACE đă ng chú ý nh t v i ố m kh i đ u suy tim và kh i phát m i đ i th o đ i đ o ng. Tuy nhiên, thông đ i p này ch a tác độn g lên các nh à lâm s àng đ ũ ng m c nh nó có; trong đă ng ký IMPROVE-HF, ch ố 80% b nh nh n đ chu n r i lo n ch c năng thất trái đ o c kê ố c chế ACE/ARB t i c s .

ATLAS

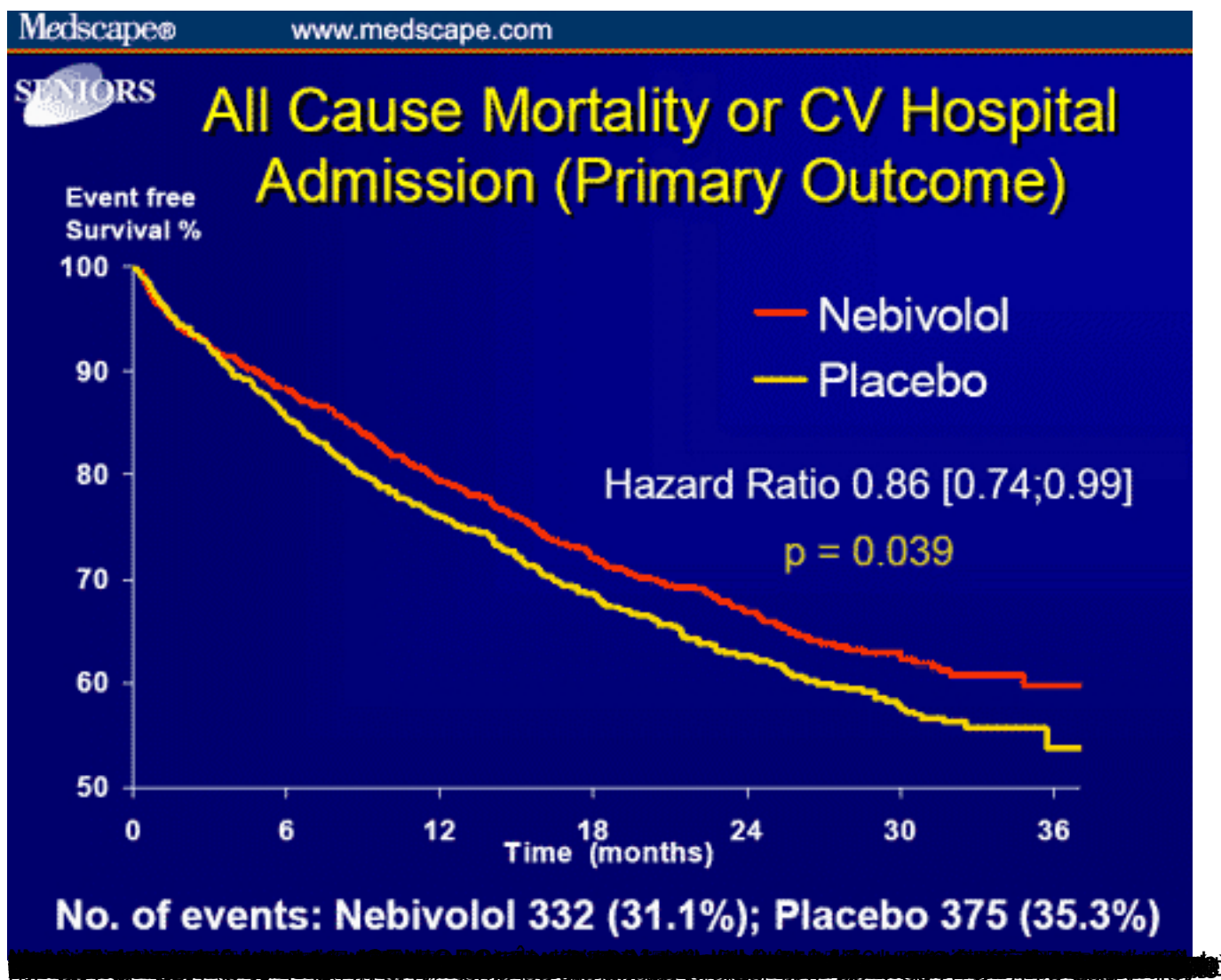
All-Cause Mortality + Hospitalisation for Any Reason



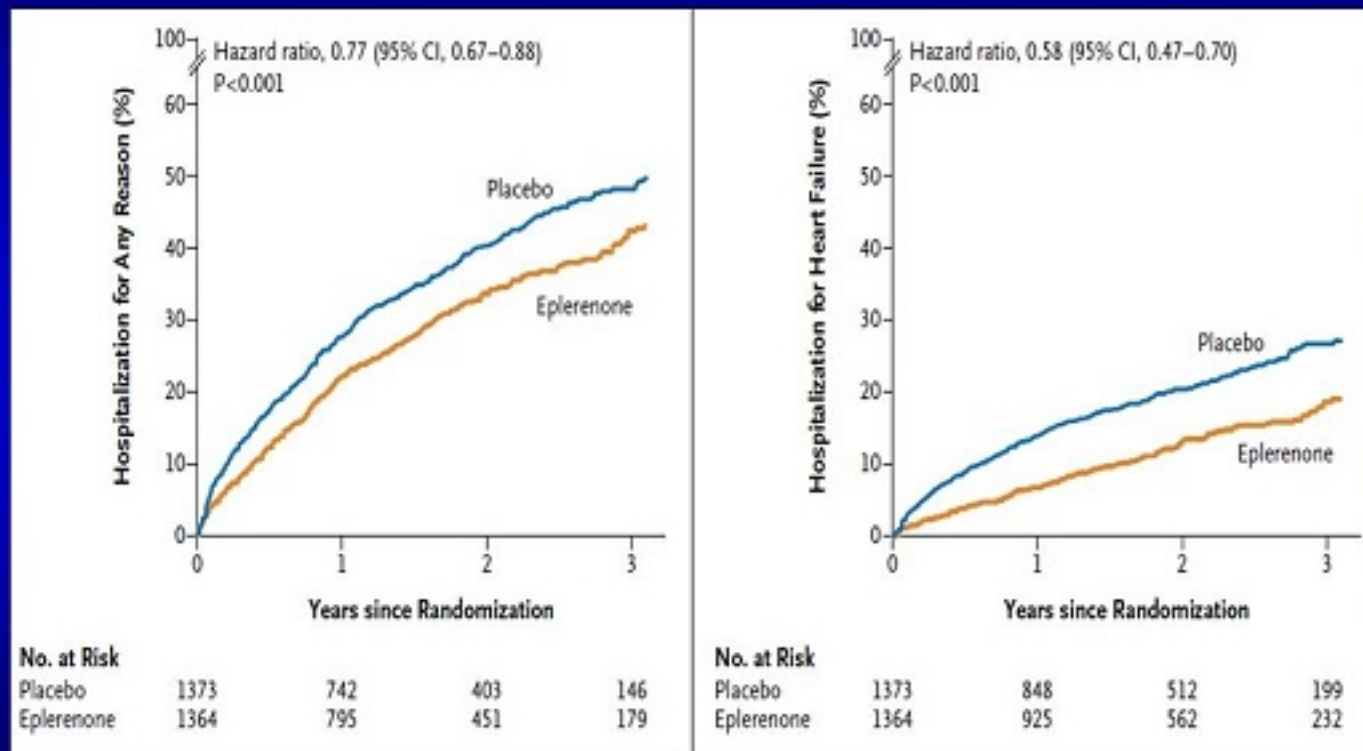
59

So sánh dược động học các thuốc ức chế thụ thể

Dược chất	Tên thương mại	Thời gian bán hủy [h]	Gắn protein [%]	Sinh khả dụng [%]	Thanh thải thận/ gan [%]	Ảnh hưởng thức ăn	Liều hằng ngày [mg]
Losartan	Cozaar	6-9 h	98.7%	33%	10%/90%	Tối thiểu	50-100 mg
EXP 3174		6-9 h	99.8%	-	50%/50%	-	-
Candesartan	Atacand	9h	> 99%	15%	60%/40%	Không	4-32 mg
Valsartan	Diovan	6 h	95%	25%	30%/70%	Không	80-320 mg
Irbesartan	Avapro	11-15 h	90-95%	70%	1%/99%	Không	150-300 mg
Telmisartan	Micardis	24 h	> 99%	42-58%	1%/99%	Không	40-80 mg
Eprosartan	Teveten	5 h	98%	13%	30%/70%	Không	400-800 mg
Olmesartan	Benicar/ Olmetec	14-16 h	> 99%	29%	40%/60%	Không	10-40 mg
Azilsartan	Edarbi	11 h	> 99%	60%	55%/42%	Không	40-80 mg
Fimasartan	Kanarb	7-11 h	> 97%	30-40%	-	-	30-120 mg



EMPHASIS-HF Trial



Zannad and al. *N Engl J Med.* 2011 Jan 6;364(1):11-21.