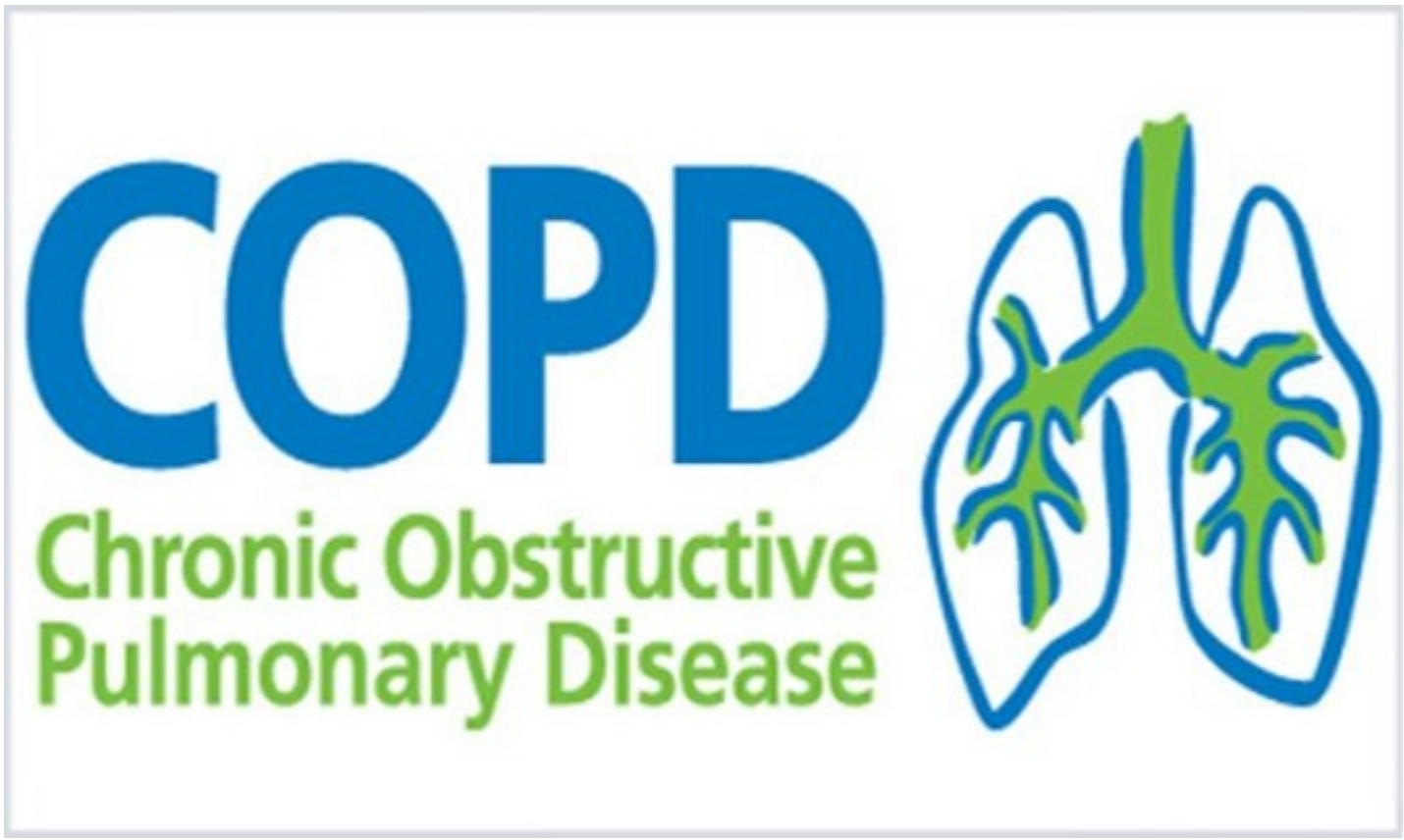
Vi t b i Biên t p viên
Th ba, 28 Tháng 3 2017 12:21 - L n c p nh t cu i Th ba, 28 Tháng 3 2017 13:01

Bs CK2 Tr n Lâm - Khoa N i TM

B nh nhân b B nh ph i t c ngh n m n tính (COPD) th ng m c kèm nh ng b nh khác có m t nh h ng quan tr ng đ n tiên l ng c a b nh nhân. M t s b nh xu t hi n đ c l p v i COPD, m t s b nh khác có th có m i liên h nhân qu , hay có cùng nh ng y u t nguy c , ho c b nh này làm tăng nguy c hay gia tăng đ n ng c a b nh kia. Vì v y, trong chăm sóc b nh nhân COPD ph i nh n bi t và đi u tr các b nh k t h p này, đ c bi t, là nhóm b nh tim m ch. H n n a, vi c ch n đoán phân bi t gi a COPD và b nh k t h p có th g p khó khăn. Ví d , b nh nhân b c COPD và suy tim, m t đ t n ng lên c a COPD có th kèm theo m t c n suy tim c p, ho c ng c l i. Và, b n thân COPD là m t trong nh ng b nh lý quan tr ng nh t nh h ng x u đ n k t c c a nh ng b nh khác. Ch ng h n, b nh nhân nh p vi n do suy tim sung huy t ho c b nh nhân đ c can thi p tim m ch s có t su t cao h n n u có kèm COPD [1, 2, 10].



Suy tim:

 T l hi n m c suy tim tâm thu ho c suy tim tâm tr ng b nh nhân COPD vào kho ng 20-70% , và t l m i m c h ng năm 3-4%. Suy tim m i m c là m t y u t d đoán quan tr ng và đ c l p t vong do m i nguyên nhân.

 Suy tim không nh n bi t đ c có th gi ng ho c đi kèm đ t c p COPD. 40% b nh nhân COPD đ c thông khí c h c do suy hô h p tăng CO2 có b ng ch ng c a r i lo n ch c năng th t trái.

 Không có b ng ch ng cho th y suy tim m n nên đ c đi u tr khác đi khi có s hi n di n c a COPD. Thu c ch n β1 giao c m đ c khuy n cáo s d ng b nh nhân suy tim do c i thi n t l s ng còn. Tuy nhiên, nhóm thu c này th ng không đ c kê cho b nh nhân COPD m c dù b ng ch ng hi n có cho th y ch n β1s d ng an toàn COPD. Do v y, khuy n cáo s d ng ch n β1ch n l c cho b nh nhân COPD kèm suy tim [3, 10].

 Suy tim c p nên đ c đi u tr theo các khuy n cáo hi n hành vì không có b ng ch ng ng h cho m t chi n l c đi u tr thay th . Thông khí không xâm nh p b sung vào li u pháp kinh đi n c i thi n k t c c cho c b nh nhân suy hô h p tăng CO2 do m t đ t c p c a COPD cũng nh là suy tim v i phù ph i c p

B nh tim thi u máu c c b (BTTMCB)

 BTTMCB nên đ c l u tâm t t c BN COPD liên quan đ n các y u t nguy c c a h . Nguy c tim m ch có th đ c đánh giá b ng B ng tính nguy c toàn b [4], và đi u tr d a vào các Khuy n cáo hi n hành.

 Trong đ t c p COPD, có m t s gia tăng t n th ng c tim BN có BTTMCB k t h p. Nh ng BN v i tăng hs-Troponin b t th ng có nguy c tăng t vong ng n h n (30 ngày) và lâu dài [5], đ c bi t khi có nh p tim nhanh.

 Đi u tr d a vào nh ng Khuy n cáo hi n hành v x trí BTTMCB dành cho BN COPD và ng c l i [10].

R i lo n nh p tim (RLNT):

 RLNT g p ph bi n BN COPD và ng c l i, trong đó, rung nhĩ th ng g p và liên quan tr c ti p v i FEV1.

  BN COPD v i khó th c p tr m tr ng, rung nhĩ có th là y u t kh i kích hay là h qu c a m t đ t c p COPD.

 S hi n di n c a rung nhĩ không làm thay đ i ph ng th c đi u tr COPD. Các thu c dãn ph qu n là nh ng tác nhân ti n lo n nh p, tuy nhiên, các b ng ch ng hi n có g i ý tính an toàn có th ch p nh n đ c c a các đ ng v n β2 tác d ng kéo dài, các thu c kháng cholinergic và corticosteroids d ng hít. Tuy nhiên, c n ph i th n tr ng khi s d ng các đ ng v n β2 tác d ng ng n và theophylline, b i vì chúng có th thúc đ y rung nhĩ và làm cho vi c ki m soát t n s th t tr nên khó khăn [6,7, 10].

B nh đ ng m ch ngo i biên (BĐMNB):

 BĐMNB do x v a th ng hay k t h p v i b nh tim do x v a, có th có nh ng nh h ng quan tr ng đ n ho t đ ng ch c năng, tình tr ng s c kh e chung và ch t l ng cu c s ng c a BN COPD. Trong m t nghiên c u l n bao g m nh ng BN COPD v i đ n ng khác nhau, 8,8% đ c ch n đoán BĐMNB, cao h n so v i nhóm ch ng không b COPD (1,8%) [8].

 Vì v y, ng i th y thu c c n l u tâm đ n BĐMNB nh ng BN COPD có nguy c bi n c m ch máu, và c n đánh giá đ y đ v s suy gi m ch c năng c a h [10].

Tăng huy t áp (THA)

 THA là m t đ ng b nh x y ra th ng xuyên nh t BN COPD và có m t ý nghĩa tiên l ng quan tr ng. R i lo n ch c năng tâm tr ng BN THA có th k t h p v i kém dung n p g ng s c và có nh ng tri u ch ng t ng t đ t c p COPD làm cho BN COPD nh p vi n. Đi u này nh n m nh t m quan tr ng c a vi c ki m soát huy t áp t i u BN COPD v i THA n n.

 THA ph i đ c đi u tr theo các Khuy n cáo hi n hành. Không có ch ng c cho th y THA ph i đ c đi u tr khác đi khi có s hi n di n c a COPD. Vai trò c a các thu c ch n β ch n l c ít n i tr i trong các Khuy n cáo THA m i đây.

 Cũng th , COPD nên đ c đi u tr nh bình th ng, b i vì không có ch ng c tr c ti p cho th y COPD ph i đ c đi u tr khác đi khi có THA [9, 10].

TÀI LI U THAM KH O

1. Krahnke JS, Abraham WT, Adamson PB, et al. Heart failure and respiratory hospitalizations are reduced in patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease with the use of animplantable pulmonary artery pressure monitoring device. J Card Fail 2015; 21(3): 240-9.
2. Leavitt BJ, Ross CS, Spence B, et al. Longterm survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease undergoing coronary artery bypass surgery. Circulation 2006; 114(1 Suppl): I430-4.
3. Lipworth B, Wedzicha J, Devereux G, Vestbo J, Dransfield MT. Beta-blockers in COPD: time for reappraisal. Eur Respir J 2016; 48(3): 880-8.
4. National Heart Lung & Blood Institute. Risk Assessment Tool for Estimating Your 10-year Risk of Having a Heart Attack 2016. http://cvdrisk.nhlbi.nih.gov/
5. Hoiseth AD, Neukamm A, et al. Elevated high-sensitivity cardiac troponin T is associated with increased mortality after acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2011; 66(9): 775-81.
6. Calverley PM, Anderson JA, Celli B, et al. Cardiovascular events in patients with COPD: TORCH study results. Thorax 2010; 65(8): 719-25.
7. Vestbo J, Anderson JA, Brook RD, et al. Fluticasone furoate and vilanterol and survival in chronic obstructive pulmonary disease with heightened cardiovascular risk (SUMMIT): a double-lind randomised controlled trial. Lancet 2016; 387(10030): 1817-26.
8. Houben-Wilke S, Jorres RA, Bals R, et al. Peripheral Artery Disease and its Clinical Relevance in Patients with COPD in the COSYCONET Study. Am J Respir Crit Care Med 2016.
9. Lopez-Sanchez M, Munoz-Esquerre M, et al. High Prevalence of Left Ventricle Diastolic

Dysfunction in Severe COPD Associated with A Low Exercise Capacity: A Cross-Sectional Study. PloS one 2013; 8(6): e68034.

10. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD (2017 report).