1. Tình hình b□nh suy tim m□n

Suy tim m□n (STM) là m□t v□n đ□ s□c kh□e c□ng đ□ng quan tr□ng c□a t□t c□ các n□□c trên th□ gi□i, đ□□c xem là m□t b□nh d□ch c□a th□ k□ XXI. B□nh đang gia tăng nhanh, chi phí đi□u tr□ t□n kém, □nh h□□ng n□ng n□ đ□n ch□t l□□ng cu□c s□ng và tu□i th□ c□a b□nh nhân (Bn). Trong m□t nghiên c□u m□i đây c□a chúng tôi (2011) bao g□m 137 Bn b□ STM v□i NYHA III-IV, n□ gi□i chi□m 57.66%, tu□i th□p nh□t 29, tu□i cao nh□t 93, tu□i trung bình 65 ± 17, nhóm tu□i ≥ 60 chi□m 62.78%. Trên th□ gi□i, STM đ□c bi□t ph□ bi□n □ ng□□i già. T□ l□ hi□n m□c c□a suy tim tăng t□ 2-3% □ tu□i 65 đ□n h□n 80% □ nhóm tu□i > 80, và suy tim là lý do nh□p vi□n hay g□p nh□t □ ng□□i già [11]. Alan S. Go và cs nghiên c□u 59.772 BN ng□□i l□n b□ STM nh□n th□y tu□i trung bình là 72, ph□ n□ chi□m 46% [7]. Qua nghiên c□u 151.000 BN suy tim m□i nh□p vi□n, M.R. Cowie và cs □ Anh Qu□c nh□n th□y tu□i trung bình là 76, nam nhi□u h□n n□ [8]. Nh□ v□y, cùng v□i s□ gia tăng c□a tu□i th□, đ□i s□ng kinh t□ và trình đ□ y t□ ngày càng phát tri□n, tu□i c□a BN suy tim m□n ngày càng cao.

Theo k□t qu□ c□a chúng tôi, nguyên nhân suy tim do b□nh lý van tim chi□m 65.85%, rung nhĩ đ□n đ□c 7.01%, tăng huy□t áp 12.03%, các nguyên nhân khác 15.11%. Trong nghiên c□u c□a M.R. Cowie và cs, nguyên nhân ch□ y□u c□a STM là b□nh tim vành (36%), không rõ nguyên nhân (34%), THA (14%), b□nh van tim (7%), rung nhĩ đ□n đ□c (5%), nh□ng nguyên nhân khác (5%) [8]. Nh□ng lý do kh□ dĩ có th□ gi□i thích cho nh□ng khác bi□t này là c□ m□u c□a chúng tôi nh□ h□n, mô hình b□nh t□t c□a chúng ta có ph□n khác so v□i các n□□c công nghi□p phát tri□n. M□c d□u t□ l□ BN m□c b□nh m□ch vành ngày càng g□p ph□ bi□n □ n□□c ta nh□ng ch□a ph□i là m□t trong nh□ng nguyên nhân hàng đ□u c□a STM c□a Bn Qu□ng Nam. Ng□□c l□i, theo nghiên c□u c□a Jiang He và cs, h□n 60% tr□□ng h□p suy tim sung huy□t x□y ra □ ng□□i M□ là do b□nh m□ch vành (RR 8,11), vai trò c□a b□nh lý van tim ch□ th□ y□u (RR: 1,46) [10].

Vi□c s□ d□ng th□□ng quy các k□ thu□t nh□ siêu âm tim, Holter ECG, phân tích so le sóng T, bi□n thiên t□n s□ tim, nhi□u lo□n t□n s□ tim, ECG trung bình tín hi□u, BNP...có th□ cung c□p nh□ng giá tr□ quan tr□ng trong vi□c đánh giá toàn b□ tiên l□□ng c□a BN suy tim [2]. Và m□c d□u đã có nh□ng ti□n b□ quan tr□ng trong đi□u tr□ hi□n đ□i nh□ng t□ l□ t□ vong trong STM v□n còn cao. □ M□, kho□ng 20% BN suy tim m□i đ□□c ch□n đoán s□ ch□t trong vòng 1 năm, và x□p xĩ 50-60% s□ ch□t trong vòng 5 năm. Tiên l□□ng tr□ nên x□u h□n khi suy tim ti□n tri□n, và t□ l□ t□ vong □ BN suy tim NYHA IV là 50% m□i năm [1]. Do v□y, nh□ng y□u t□ tiên l□□ng cũ c□n đ□□c đánh giá l□i, và ph□i phát tri□n nh□ng mô hình tiên l□□ng m□i.

T□ lâu, m□i liên quan gi□a cholesterol máu (TC) và suy tim ít đ□□c nghiên c□u. G□n đây, m□t vài nghiên c□u đã ch□ng minh trong suy tim, n□ng đ□ TC th□p h□n d□ báo đ□c l□p tăng nguy c□ t□ vong n□i vi□n [3]. Và c□ tăng m□i 10 mg/dL c□a TC liên quan v□i gi□m 4% nguy c□ t□ vong n□i vi□n. Trên c□ s□ đó, tác gi□ Horwich TB và cs cho r□ng TC là y□u t□ tiên l□□ng m□i c□a BN suy tim c□n đ□□c quan tâm nghiên c□u h□n [4].

2. Đ□c di□m r□i lo□n lipid máu □ b□nh nhân suy tim m□n

Trong STM, n□ng đ□ lipid máu th□p có th□ ch□ là nh□ng ch□ di□m c□a b□nh ti□n tri□n và tiên l□□ng x□u. M□c TC th□p có th□ là m□t ph□n ánh c□a suy dinh d□□ng và suy mòn, mà c□ 2 tình tr□ng này đ□u liên quan v□i tăng t□ vong trong suy tim m□n. Gi□m lipid máu có th□ cũng là m□t ph□n ánh c□a s□ ho□t hóa h□ th□ng viêm trong suy tim ti□n tri□n, nh□ là TNF, CRP...Các y□u t□ viêm này đ□u d□ đoán tiên l□□ng x□u trong suy tim m□n [13].

Horwich TB và cs (2008) phân tích d□ li□u c□a 17.791 BN nh□p vi□n trong b□i c□nh suy tim nh□n th□y n□ng đ□ TC trung bình là 3,9±1,1mmol/L (150±47 mg/dL) [6]. B□nh nhân STM (ch□ y□u do b□nh m□ch vành) trong nghiên c□u c□a Rauchhaus và cs có n□ng đ□ TC, TG, HDL và LDL l□n l□□t là 5.2 ± 0.1, 1.7 ± 0.1, 1.2 ±0.04, và 3.3 ± 0.1 mmol/L [14]. Trong khi đó, theo k□t qu□ c□a chúng tôi, các ch□ s□ này là 3.97±0.84mmol/, 0.99±0.4mmol/L, 1.53±0.58mmol/L, và 2.01±0.78mmol/L, l□n l□□t. Và trong nghiên c□u c□a Vredevoe và cs, n□ng đ□ TC, TG, HDL và LDL đ□u th□p □ 109 BN suy tim n□ng do b□nh c□ tim dãn, còn □ BN do thi□u máu c□c b□ thì không [15]. Nh□ v□y, □ nhóm BN c□a Vredevoe và c□a chúng tôi, các y□u t□ nguy c□ gây x□ v□a đ□ng m□ch là TC, TG và LDL l□i gi□m, trong khi đó y□u t□ b□o v□ ch□ng x□ v□a đ□ng m□ch là HDL l□i tăng. Đi□u này, ng□□c l□i v□i nh□ng gì quan sát đ□□c □ BN béo phì, h□i ch□ng chuy□n hóa, hay □ nh□ng BN có các y□u t□ nguy c□ x□ v□a đ□ng m□ch khác. Có ph□i BN suy tim m□n do b□nh lý van tim ít có nguy c□ x□ v□a đ□ng m□ch ?

3. Vai trò tiên l□□ng c□a gi□m cholesterol máu trong suy tim m□n

T□ lâu, khoa h□c đã kh□ng đ□nh tăng cholesterol máu là y□u t□ nguy c□ (YTNC) c□a b□nh đ□ng m□ch vành (ĐMV), t□ vong do b□nh ĐMV, và suy tim m□i m□c. Và li□u pháp statin làm gi□m nguy c□ b□nh ĐMV.

Tuy nhiên, theo Horwich T và cs, □ nh□ng BN đã xu□t hi□n STM thì tăng TC không còn liên quan v□i tăng nguy c□ t□ vong [13]. Còn m□t vài nghiên c□u khác đã ch□ng minh trong STM, n□ng đ□ TC th□p h□n d□ báo đ□c l□p tăng nguy c□ t□ vong n□i vi□n. Và m□t s□ nghiên c□u khác đã ch□ng minh r□ng các m□c lipid máu và lipoprotein cao h□n liên quan v□i s□ c□i thi□n có ý nghĩa k□t c□c □ BN suy tim m□n do TMCB ho□c không do TMCB. Vì v□y, vai trò c□a statin và li□u pháp h□ m□ khác □ qu□n th□ BN này v□n còn bàn cãi.

Nghiên c□u đ□u tiên ch□ng minh TC, TG, HDL và LDL th□p d□ báo t□ vong cao h□n □ BN suy tim ti□n tri□n đ□□c công b□ đ□u tiên vào năm 1998. Trong nghiên c□u bao g□m 222 BN suy tim ti□n tri□n này, Vredevoe DL và cs nh□n th□y TC th□p h□n là y□u t□ d□ đoán t□t nh□t c□a t□ vong trong s□ 16 bi□n s□ [15].

Năm 2002, Horwich TB và cs phân tích 1134 BN suy tim ti□n tri□n do nhi□u nguyên nhân, nh□n th□y TC th□p liên quan v□i nh□ng y□u t□ d□ đoán k□t c□c khác. Lipid th□p h□n cũng liên quan v□i tri□u ch□ng suy tim n□ng h□n. N□ng đ□ TC, TG, HDL và LDL cao h□n liên quan có ý nghĩa v□i s□ng thêm lâu h□n. Ch□ < 20% BN có LDL th□p nh□t (<78mg/dL) s□ng mà không c□n ghép tim c□p c□u so v□i > 50% c□a nhóm BN có LDL >123mg/dL. Khi phân tích đa bi□n, ch□ có TC th□p là y□u t□ d□ đoán đ□c l□p c□a k□t c□c x□u trong suy tim [4].

Năm 2003, nghiên c□u c□a Mathias Rauchhaus và cs trên 417 BN suy tim m□n cũng cho th□y tăng TC là y□u t□ d□ đoán kh□ năng s□ng thêm c□a BN, đ□c l□p v□i nguyên nhân, tu□i, EF và kh□ năng g□ng s□c. M□c 5,2 mmol/L là y□u t□ d□ đoán t□t nh□t c□a t□ vong sau 12 tháng (đ□ nh□y 80%, đ□ đ□c hi□u 62,9%). C□ tăng m□i mmol/L c□a TC thì c□ h□i s□ng thêm tăng 25%. Có th□ nói, □ BN suy tim m□n, TC th□p h□n liên quan đ□c l□p v□i tiên l□□ng x□u h□n [14]. Nh□ v□y, có nên ti□p t□c li□u pháp statin cho BN b□ b□nh m□ch vành m□t khi đã xu□t hi□n suy tim m□n hay không?

Năm 2006, Afsarmanesh N và cs nghiên c□u 614 BN suy tim tâm thu không do TMCB, nh□n th□y BN v□i TC th□p h□n liên quan v□i tăng nguy c□ t□ vong 1 năm và t□ vong do m□i nguyên nhân cao h□n. Nh□ v□y, TC th□p t□□ng quan m□nh v□i tăng nguy c□ t□ vong □ BN suy tim tâm thu không do TMCB [11].

Năm 2008, Horwich TB và cs phân tích TC theo t□ phân v□: Q1 (TC≤118), Q2 (TC 119-145), Q3 (TC 146-179), và Q4 (TC ≥180), nh□n th□y t□ l□ t□ vong n□i vi□n là 3.3%, 2.5%, 2.0%, và 1.3%, l□n l□□t (p <0.0001). C□ tăng m□i 10 mg/dL c□a TC liên quan v□i gi□m 4% nguy c□ t□ vong n□i vi□n (OR 0.96, 95% CI 0.93-0.98) [2]. C□ TC, LDL, HDL, và TG đ□u d□ đoán kh□ năng

s□ng thêm (p≤ 0.01), và th□i gian s□ng thêm đ□□c c□i thi□n v□i nh□ng m□c cao h□n [6].

Nh□ v□y, có th□ nói r□ng TC là y□u t□ tiên l□□ng m□i c□a BN suy tim c□n đ□□c quan tâm nghiên c□u h□n.

BS CKII Tr□n Lâm

TÀI LI□U THAM KH□O

1. ACCF/AHA Practice Guideline: 2009 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults.
2. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. European Journal of Heart Failure (2008), 933–989.
3. Anker SD , Ponikowski P et al. Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure. Lancet. 1997 Apr 12;349(9058):1050-3.
4. Horwich TB , Hamilton MA , et al. Low serum total cholesterol is associated with marked increase in mortality in advanced heart failure. J Card Fail. 2002;8(4):216-24.
5. Ph□m Nguy□n Vinh và cs. Khuy□n cáo c□a H□i tim m□ch h□c Vi□t Nam v□ ch□n đoán và đi□u tr□ suy tim. Nhà xu□t b□n Y h□c. 2008.
6. Horwich TB , Hernandez AF ,Cholesterol levels and in-hospital mortality in patients with acute decompensated heart failure.Am Heart J. 2008 Dec;156(6):1170-6.
7. Alan S. Go, MD; Jingrong Yang. Hemoglobin Level, Chronic Kidney Disease, and the Risks of Death and Hospitalization in Adults With Chronic Heart Failure. Circulation. 2006;113:2713-2723.
8. M.R. Cowie , D.A. Wood et al. Incidence and aetiology of heart failure; a population-based study. European Heart Journal . 1998; 20, 6 : 421-428.
9. Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation: The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). 2011.
10. Jiang He, MD, PhD; Lorraine G. Ogden. Risk Factors for Congestive Heart Failure in US Men and Women. NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. Arch Intern Med. 2001;161:996-1002.
11. Afsarmanesh N , Horwich TB et al. Total cholesterol levels and mortality risk in

nonischemic systolic heart failure. Am Heart J. 2006 Dec;152(6):1077-83.

12. Tamara B. Horwich, MD, MS; Kamyar Kalantar-Zadeh, MD, PhD. Albumin Levels Predict Survival in Patients With Systolic Heart FailureAmerican Heart Journal. 2008;155(5):883-889.
13. Horwich T . Low-density lipoprotein in the setting of congestive heart failure: is lower really better? Curr Atheroscler Rep. 2009 Sep;11(5):343-9.
14. Mathias Rauchhaus, Andrew L et al. The relationship between cholesterol and survival in patients with chronic heart failure. J Am Coll Cardiol, 2003; 42:1933-1940.
15. Vredevoe DL, Woo MA, Doering LV, et al. Skin test anergy in advanced chronic heart failure secondary to either ischemic or idiopathic dilated cardiomyopathy. Am J Cardiol 1998;82:323–8.