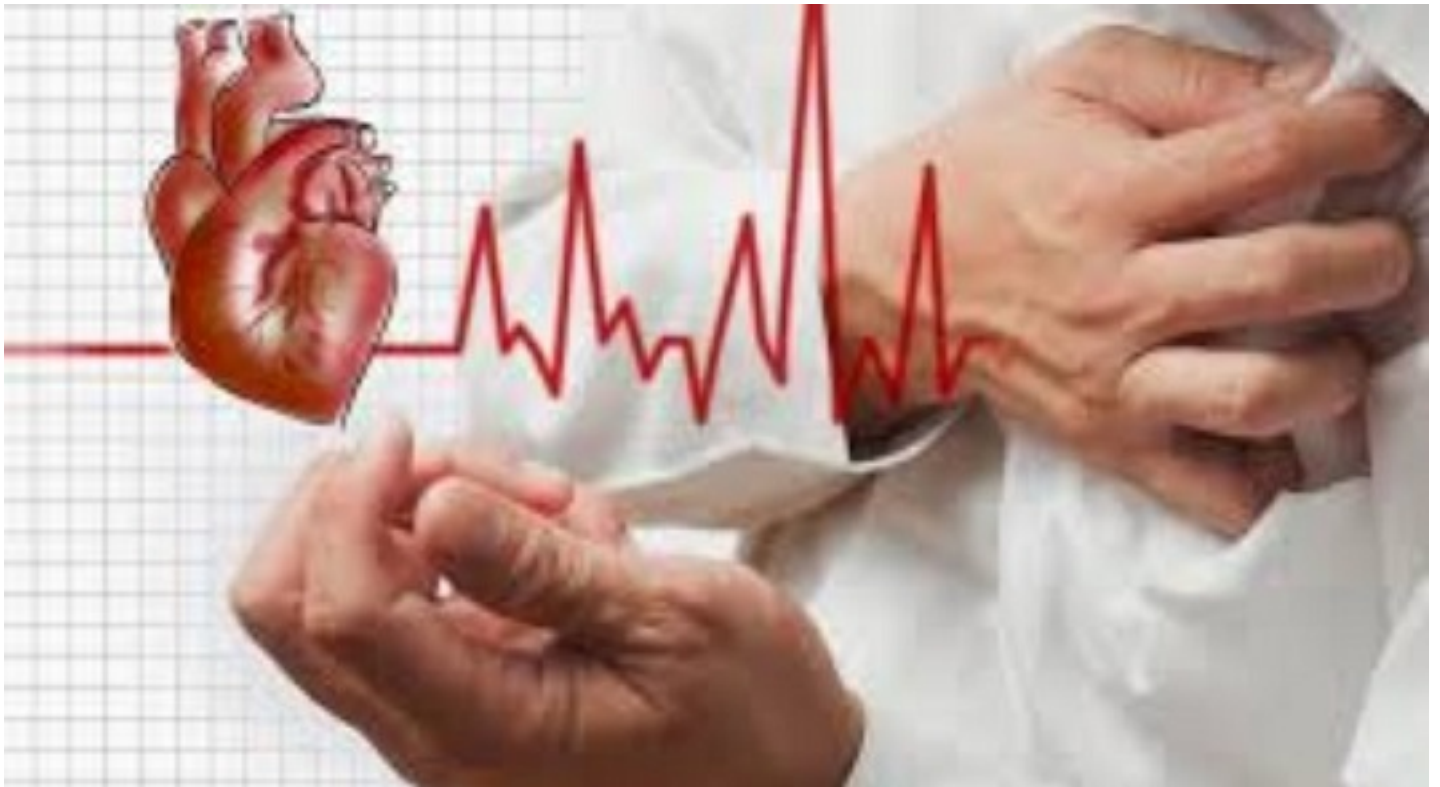


Bs CKI Nguyễn Lân Ngọc Thọ - Khoa Nội TM

Sơ đồ ng thu thuốc ức chế men chuyển trong 24 giờ đầu của nhồi máu cơ tim cấp :

Hiện nay việc sơ đồ ng thu thuốc ức chế men chuyển là gần như bắt buộc với những bệnh nhân có suy giảm chức năng thất trái sau giai đoạn cấp tính ban đầu của nhồi máu cơ tim. Tuy nhiên vẫn để duy nhất còn tranh cãi hiện nay là có nên dùng nhóm này trong 24 giờ đầu của nhồi máu cơ tim cấp ?



Có rất nhiều tác giả ủng hộ chỉ nên dùng các thuốc ức chế men chuyển ở bệnh nhân có nguy cơ cao như : Đái tháo đường có nhồi máu cơ tim trước hoặc nhồi máu cơ tim nhanh hoặc suy giảm chức năng thất trái. Điều này có thể giải thích lý do những bệnh nhân có nguy cơ cao thì hệ thống renin-angiotensin hoạt động mạnh hơn và chắc có thể khác phác đồ cách dùng thuốc ức chế men chuyển. Chưa đến dùng thuốc ức chế men chuyển trong vòng 24 giờ đầu của nhồi máu cơ tim đã

đồng chí Hội Tim Mạch Hoa Kỳ và Trường y khoa Tim Mạch Hoa Kỳ đưa vào khuyến cáo cao nhất (Mức 1) do đưa vào kết quả của một số nghiên cứu lớn. Ví dụ trong nghiên cứu GISS-3, Lisinopril làm giảm tỷ lệ tử vong trong 6 tuần tới 7,1% ở nhóm được kiểm soát xuống đến 6,3%. Các phân tích vớt vớt sau cho thấy tỷ lệ tử vong giảm chủ yếu ở bệnh nhân đái tháo đường. Tuy nhiên đối với những bệnh nhân không bị đái tháo đường cũng có lợi khi dùng nhóm thuốc này qua nghiên cứu với hơn 100000 bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao bệnh nhồi máu cơ tim cấp. Hiện quả của thuốc ức chế men chuyển không bị ảnh hưởng bởi dùng aspirin ở giai đoạn nặng mà lợi có khả năng làm co nhỏ vùng nhồi máu, đây là tác động còn tốt hơn cả thuốc chuyển beta giao cảm

Sử dụng thuốc ức chế men chuyển trong bệnh nhồi máu cơ tim có biến chứng suy tim trên lâm sàng :

Thuốc ức chế men chuyển làm chậm quá trình tái cấu trúc thất trái và làm giảm nguy cơ tái nhồi máu cơ tim. Nếu bệnh nhân không bắt đầu sử dụng thuốc ức chế men chuyển trong vòng 24 giờ đầu sau nhồi máu cơ tim thì cần hỏi bắt đầu sử dụng nhóm thuốc này có thể bắt đầu sau vài ngày. Có 3 thử nghiệm lâm sàng lớn với những tiêu chuẩn khác nhau, một thử nghiệm đưa ra trên đối tượng lâm sàng 2 thử nghiệm còn lại đưa ra trên đối tượng nặng thất trái. Kết quả của 3 nghiên cứu này đưa ra cho thấy tỷ lệ tử vong được giảm đáng kể. Trong nghiên cứu AIRE theo dõi bệnh nhân trong thời gian dài cho thấy tỷ lệ tử vong do tất cả các nguyên nhân giảm 36%, trong đó tỷ lệ tử vong tuy nhiên giảm 11,4%. Còn với nghiên cứu TRACE với thời gian theo dõi trong vòng 6 năm cho thấy bệnh nhân có thời gian sống kéo dài hơn trung bình là 15,3 tháng. Đây là những số liệu mang tính thuyết phục cho quan điểm bắt đầu bắt đầu dùng thuốc ức chế men chuyển với những bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim có tình trạng suy thất trái trên lâm sàng hoặc trên siêu âm tim. Lợi ích giúp cải thiện tỷ lệ sống còn thấy được trong nghiên cứu SAVE, lợi ích này là ngang nhau với những bệnh nhân có hoặc không có xung huyết phổi.

Tác dụng kéo dài tim mạch lâu dài: các thuốc ức chế men chuyển có phải là nhóm thuốc kéo dài đối với những bệnh nhân bệnh mạch vành? Và các bệnh nhân có nguy cơ cao liệu có được kéo dài sống sót hơn vẫn là một vấn đề còn tranh cãi. Dagenais và các cộng sự cho rằng tính chất kéo dài này có thể ở nhóm nguy cơ thấp. Một phân tích gộp trên 3 thử nghiệm với khả năng dự phòng của thuốc ức chế men chuyển là HOPE, EUROPA, PEACE đã thấy rằng thuốc làm giảm 18% tỷ lệ các biến chứng kết hợp: tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch, nhồi máu cơ tim không gây tử vong hoặc đột quỵ ($p < 0,0001$). Vấn đề là trong thử nghiệm PEACE với 8290 bệnh nhân có bệnh lý mạch vành ổn định và chức năng thất trái bình thường hoặc gần bình thường được chuyển ngẫu nhiên đến uống trandolapril hoặc giả dược hàng ngày, tỷ lệ giảm các biến chứng kết hợp của bệnh tim mạch kết hợp là 7% nhưng sự khác biệt này đây không có ý nghĩa thống kê. Con số này được kết hợp với tỷ lệ giảm thiểu tử vong trong thử nghiệm HOPE và EUROPA đưa ra kết quả chung. Các tác giả này cho rằng kết quả các bệnh nhân có bệnh lý về mạch máu nên uống ức chế men chuyển (ngoài

các thuốc có tác dụng phòng ngừa khác đã được chứng minh như thuốc chẹn tăng huyết áp để kiểm soát huyết áp, thuốc kháng tiểu cầu (chẹn beta, và statin). Cần chú ý rằng trong thử nghiệm PEACE, trandolapril thất bại làm giảm tử vong nói chung ở nhóm nguy cơ cao có suy chức năng thận, và do đó đáng kể ý kiến là khả năng báo về các thuốc ức chế men chuyển liên quan đến mức độ nguy cơ. Tóm lại, các số liệu đưa ra cho thấy nên tăng cường sử dụng thuốc ức chế men chuyển ở nhóm nguy cơ thấp.

Thuốc ức chế men chuyển không trực tiếp chẹn đau thắt ngực. Cần phải nhận rõ rằng nhóm này chỉ có tác dụng gián tiếp làm giảm tình trạng thiếu máu cục bộ thông qua tác dụng hạ gánh nên làm giảm nhu cầu oxy của cơ tim nhờ khả năng ức chế hoạt động của adrenergic và cải thiện chức năng nội mô. Chúng không phải là thuốc chẹn đau thắt ngực. Về lâu dài, chúng làm giảm chết nhồi máu làm cầu nối chẹn vành nhờ không làm giảm chết nhồi máu can thiệp mạch vành qua da. Mặc dù khi dùng sớm trong cơn, các thuốc ức chế men chuyển có thể cải thiện các chỉ số thời gian hồi phục kích hoạt trong phẫu thuật mạch vành nhờ quinapril lại làm tăng chẹn không phải giảm các biến chứng tim mạch trong 3 tháng đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. GS TS Nguyễn Văn Viết : Thuốc Tim Mạch
2. AIRE Study(1995) "Effect of ramipril on mortality and morbidity of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure. Lancet342(8875)
3. GISSI-3 Study Group (1994)" Effect of lisinopril and transdermal glyceryl trinitrate
4. Singly and together on 6 week mortality and ventricular function after acute myocardial infarction . Lancet, 343(8906)