

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 nhđ 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 mạn tính bù đắp (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 huyệ t áp và suy tim

Hậ u hậ t các bệ nh nhâ n suy tim có THA đô ng mậ ch. THA không chậ là mậ t rậ i loậ n đô ng thậ i quan trậ ng mà còn gó p hậ n và o cậ chậ bệ nh sinh cậ a cậ hai suy tim phậ suậ t tậ ng mậ u giậ m và suy tim phậ suậ t tậ ng mậ u bậ o tậ n. THA là yậ u tậ nguy cậ chậ ng cuậ a bệ nh tim thiệ u mậ u cuậ c bậ và có thậ đậ a đậ n tiế n triệ n suy tim bậ ng cách gậ p hậ đậ i thậ trái, co bó p tế bào cậ tim suy, tá i cậ u trậ c buồ ng thậ t và cuộ i cậ ng rậ i loậ n chậ c nặ ng thậ t.

5.2. Nhâ n khậ u hậ c

Mậ c đậ tăng huyệ t áp tâm trậ ng (HATTr) và đậ biệ t huyệ t áp tâm thu (HATT) là yậ u tậ nguy cậ chậ ng cho phậ triệ n suy tim và đậ u trậ lậ u dài THA cậ tâm thu và tâm trậ ng đậ c chậ ng mậ giậ m nguy cậ suy tim.

Các bậ t thậ ng cậ u trậ c xậ y ra tiế p theo trong bệ nh nhâ n THA, bao gậ m phậ đậ i thậ trái hoặ c NMCT (ví đậ , suy tim giai đậ n B), báo trậ c mậ t lậ ng lậ n các hậ u quậ tim mậ ch nặ ng nệ . Bệ nh nhâ n có biệ u hiệ n suy tim hậ nhậ nhiệ u khậ nặ ng lậ n tuậ i và THA, hậ n mậ t nậ a có phậ suậ t tậ ng mậ u thậ trái bậ ng thậ ng. Các đậ u tra sậ m về bệ nh nhâ n suy tim nhậ nghiệ n cậ u Tim Framingham cho thậ THA là kệ t hậ p thậ ng xuyệ nhậ t; THA chậ m 39% các trậ ng hậ p suy tim đậ nam và 59% đậ nậ . Mậ nghiệ n cậ u trậ n quậ thậ dân - tậ i Hậ t Olmsted, Minnesota, đậ 50% bệ nh nhâ n biệ u hiệ n suy tim mậ i khậ i phậ bậ THA. Tuy nhiệ n, các thậ nghiệ m ngậ u nhiệ n gậ n đậ đánh giá thậ p sậ đóng gó p cậ a THA trong khậ i phậ và tiế n triệ n suy tim, có thậ vì bệ nh nhâ n già thậ ng không bao gậ m trong nhậ ng thậ nghiệ m lậ sàng suy tim nậ . Cậ ng lậ ý, các triệ u chậ ng suy tim hậ m gậ p đậ ngậ i THA mà HA mậ c tiệ u đậ c kiệ m soát tậ t và đậ nhậ ng ngậ i không tậ n tậ i sau NMCT.

5.3. Tăng huyệ t áp và sinh lý bệ nh suy tim

Ban đậ u, phậ đậ i thậ trái đậ ng tâm bù cho tậ ng trậ ng quá tậ i áp lậ c và lậ bậ ng thậ ng hóa sậ c cậ ng thậ tim tâm thu. Phậ đậ i đậ ng nậ đậ i kệ m vậ i sậ a đậ i cậ tim, bao gậ m thay đậ i trong biệ u hiệ n gen, mậ t các tế bào cậ tim, khậ m khuyệ t phậ triệ n mậ ch mậ u và xậ hóa. Nhậ vậ y, phậ đậ ng bù trậ nậ có thậ biệ n đậ i sang suy tim vậ i rậ i loậ n chậ c nặ ng co bó p tiế n triệ n. Trong giai đậ n thậ hai, bệ nh đậ ng gây thiệ u mậ u cậ c bậ cậ tim hoặ c NMCT mà kậ t quậ là suy tim. HA hậ khậ suy tim phậ triệ n, do đó, sậ đóng gó p cậ a THA trậ n hậ i chậ ng suy tim có

thì bỏ 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 biến để chuyển sang chức 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 tăng phân suất tống 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 chức 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 chức năng tâm thu bình thường và phì đại thất trái được biết đến với loạt hình lâm sàng này vì khả năng triệu chứng 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 trương bệnh nhân này gợi ý thích lý do tại sao bệnh nhân bệnh nhân này thường xuyên cao i thiểu năng nhanh chóng với liều tiểu và huyết áp. Trong điều kiện của quần lý, các nguyên tắc điều trị áp dụng 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 để phân tích.

5.5. Chiến lược điều trị

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

5.6. Li ều pháp không dùng thu ộc

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

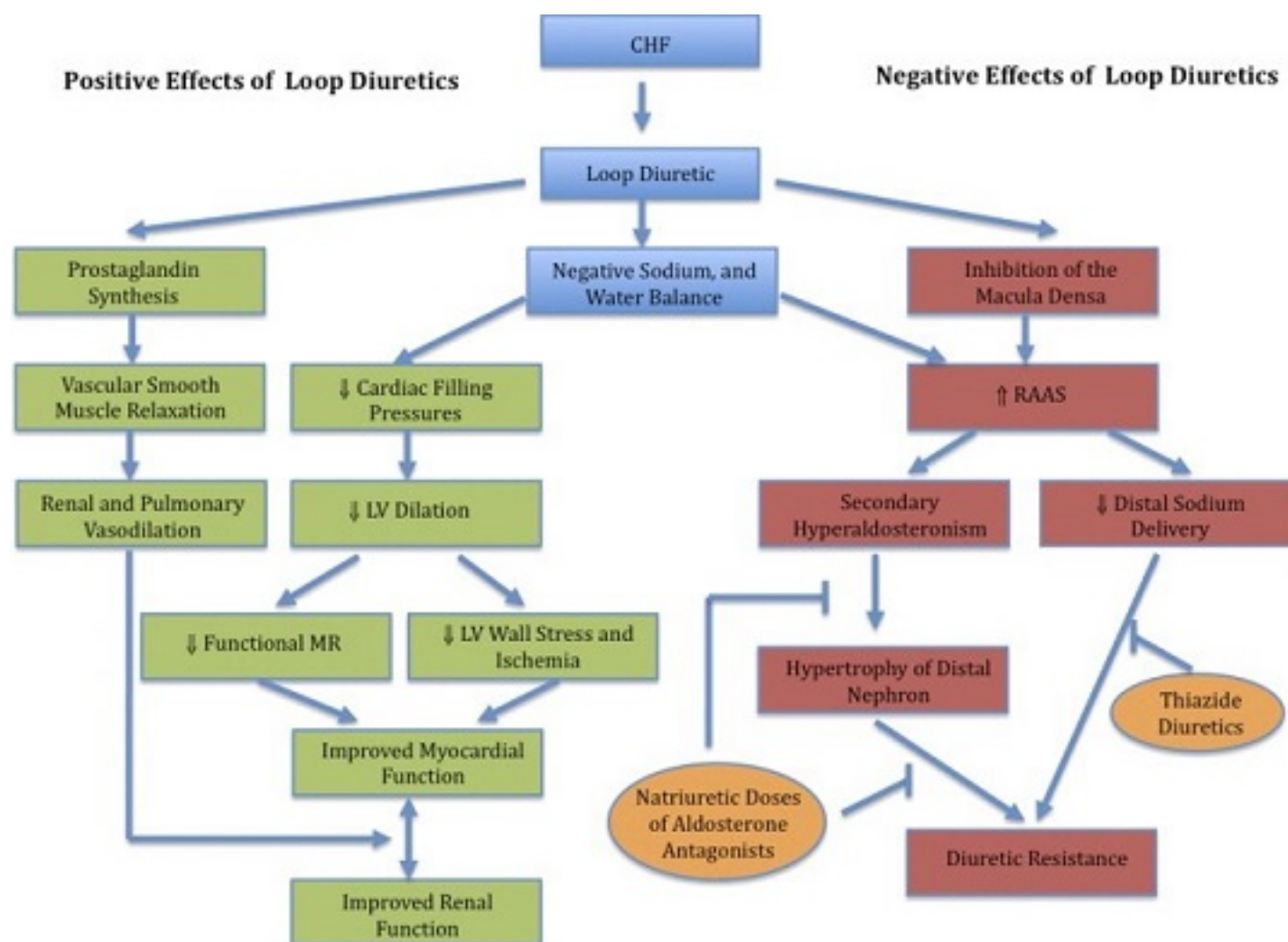
5.7. Li ều pháp đ ầ c lý

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

5.7.1. Thu ộc l ầ i ti ệ u

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

liệu u s có h i. V n đ này tránh đ c bằng k t h p đ i u tr thu c l i ti 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 i u hóa l i ti 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 thống kê c i thi n l n h n trong đánh giá toàn c u tri 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 ti u nhiều 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).

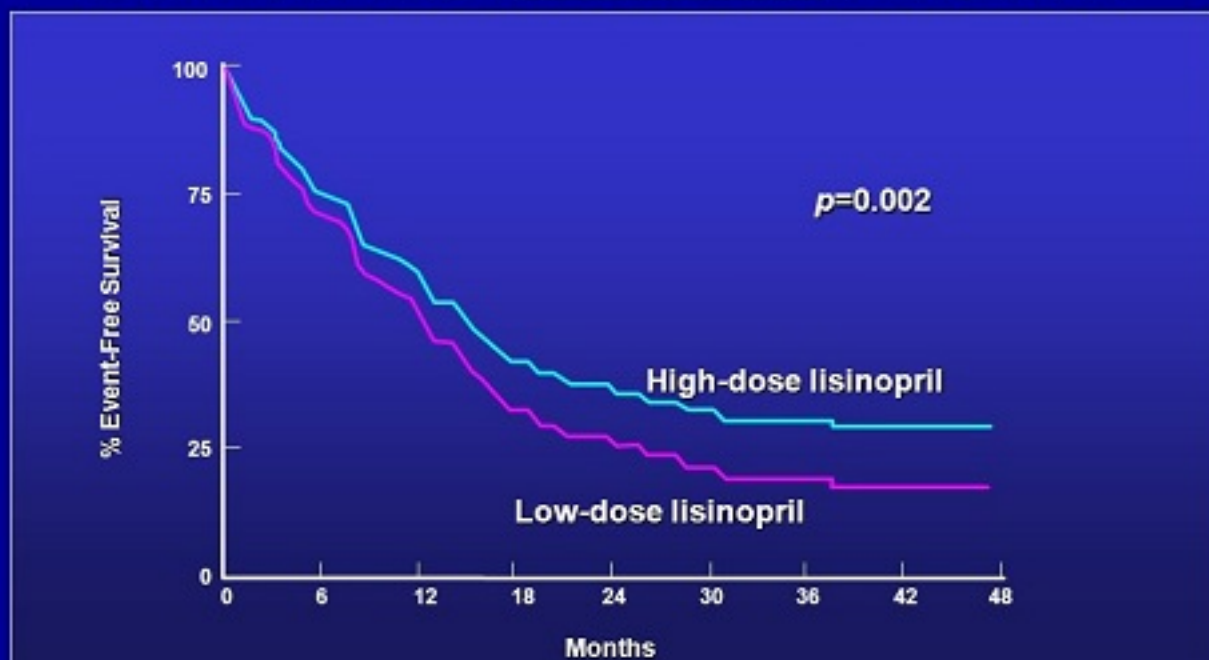
Tác đồ ng cu a l i tiê u quai

5.7.2. ố c chế men chuyê n (ACE)

ố c chế ACE gi m tái cấu trúc sau NMCT, c i thi n các đi 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 gi m các kho phosphate năng l ng cao, tăng phóng thích NO thông qua ngăn hu y bradykinin, gi m kha năng đông máu thông qua phóng thích yếu tố n i mô hoa t hóa plasminogen mô. ố c chế men chuyê n ch ng minh trong nhi u th nghi m có l i ở b nh nh n r i lo n ch c năng thất trái do thi u máu c c b . Th nghi m đánh giá tim Trandolapril (TRACE) cho th y gi m t l t vong tuy t đ i 7%. Trong th nghi m hi u qu Ramipril ở nh i máu c p (AIRE), ramipril kê 3-7 ngày sau NMCT gi m nguy c t vong t ng đ i 27% trong t ng đoàn h , 15% ng đ i huy t áp bình th ng và 41% đ i t ng THA, cho thấy t m quan tr 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 đoạ n hậ u NMCT. Trong th nghi m đánh giá đi u tr Lisinopril và sống còn (ATLAS), t l t vong th p h n đáng k ở nh ng b nh nh n suy tim, nhậ n li u cao lisinopril (32,5-35 mg / ngày) so v i nh ng ng đ 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 ng tim m ch khác, ố c chế ACE đáng chú ý nh t v i gi m kh i đ u suy tim và kh i phát m i đái tháo đ ng. Tuy nhiên, thông đ i p này ch a tác đồ ng lên các nhà lâm sàng đúng m c nh nó có; trong đ ợc ký IMPROVE-HF, ch 80% b nh nh n đ chuậ n r i lo n ch c năng thất trái đ c kê ố c chế ACE/ARB t i c s .

ATLAS

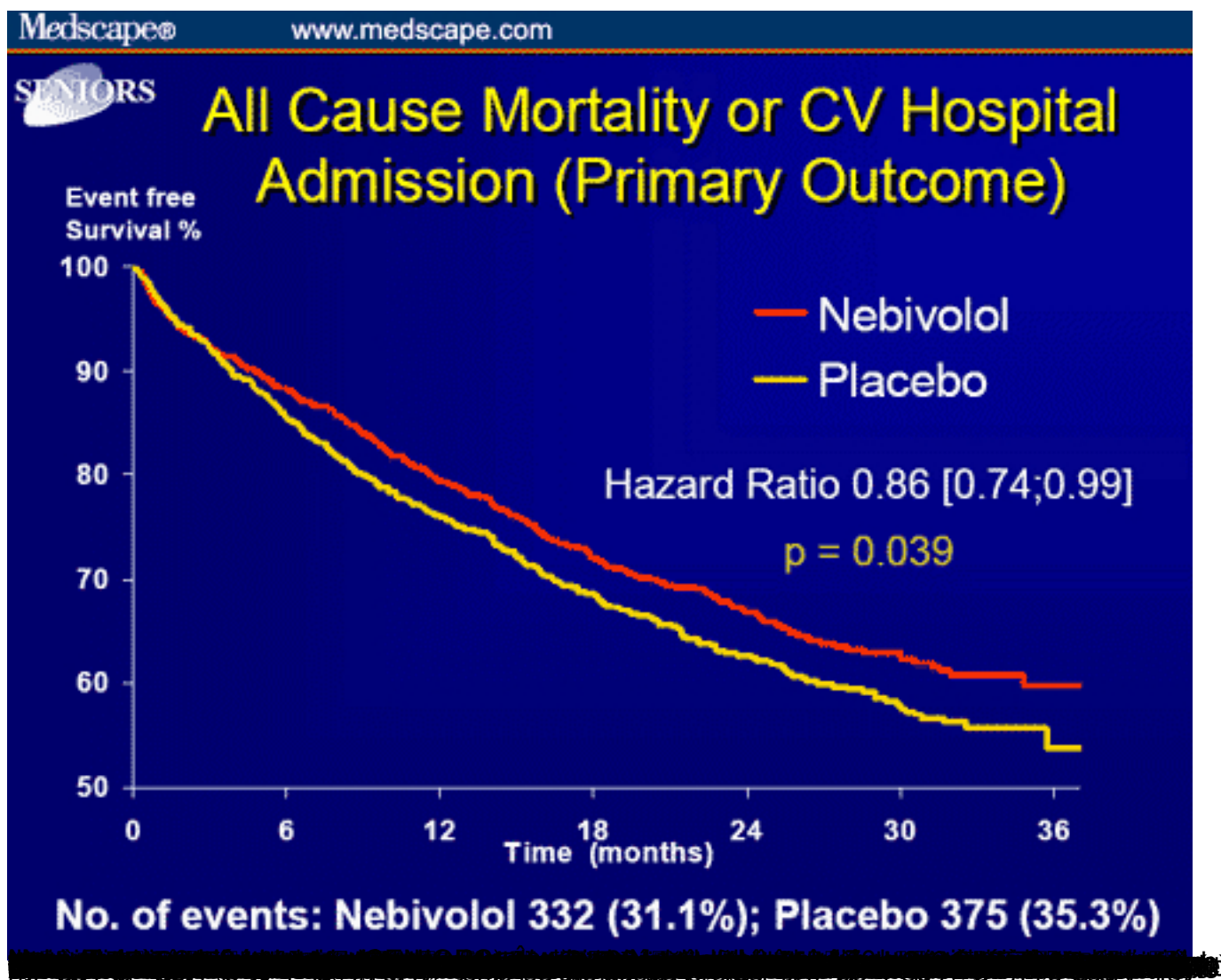
All-Cause Mortality + Hospitalisation for Any Reason



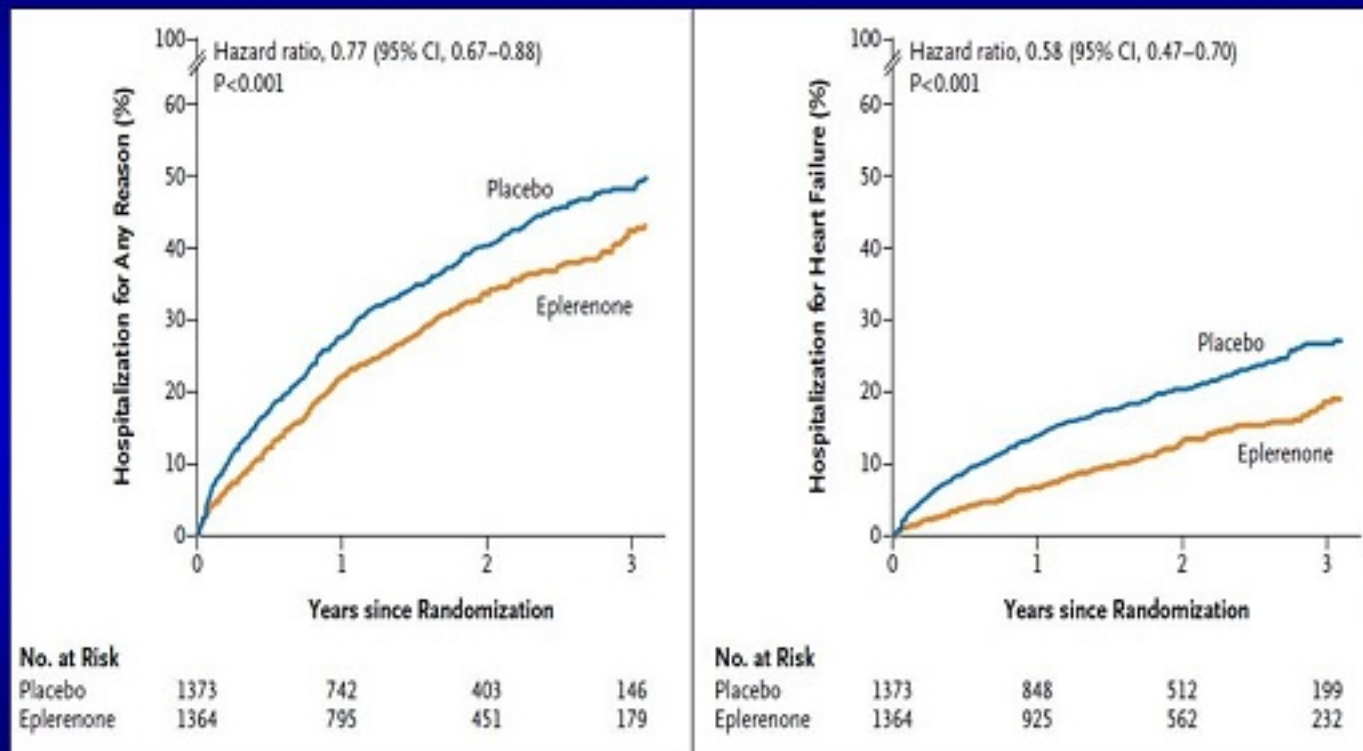
59

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.