TS Phan Đăng Bảo Linh - Khoa Nội TM

2004 Diapräsentation von Merck Gesellschaft mbH. ©

3. XỬ TRÍ THA □□ BỆNH NHÂN BỆNH ĐMV VÀ ĐTN ỔN ĐỊNH

Việc quản lý tăng huyết áp □ bệnh nhân bệnh ĐMV mãn và đau thắt ngực □n định mạn tính đ□□c h□□ng vào phòng ng□a t□□ vong, NMCT và đ□t quỵ; giảm tần số và thời gian thiếu máu cục bộ cơ tim và cải thiện các triệu chứng. Thay đổi lối sống và việc thông qua một ph□□ng pháp sức khỏe tim là quan trọng, với sự chú ý chế độ ăn uống bình th□□ng, l□□ng natri, tiết chế uống

rượu, tập thể dục thường xuyên, giảm cân, chấm dứt hút thuốc lá, kiểm soát đường huyết, quản lý lipid và điều trị kháng tiểu cầu. Xác nhận và điều trị suy giáp, ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn là điều chỉnh quan trọng ở bệnh nhân nguy cơ. Việc điều trị thuốc là chọn chọn cần thiết.

Mục tiêu HA hợp lý cho bệnh nhân tăng huyết áp có bằng chứng bệnh ĐMV là <140/90 mmHg. Một mục tiêu HA thấp hơn (<130/80 mm Hg) có thể thích hợp trong một số cá nhân bệnh ĐMV hoặc những người có NMCT trước, đột quỵ hoặc cần thiểu máu thoáng qua, hay nguy cơ tương đương ĐMV (Bệnh ĐM cảnh, ĐM ngoại biên, phình động mạch chủ bụng).

3.1. Điều trị thuốc

3.1.1. β-Blockers

β-Blockers là thuốc lựa chọn đầu tiên điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân bệnh ĐMV gây đau thắt ngực. Chúng làm giảm thiểu máu cục bộ và đau thắt ngực chủ yếu là do chức năng hoạt động giảm co cơ và châm nhịp tim của chúng. Nhịp tim giảm làm tăng thời gian đổ đầy tâm trương tới máu mạch vành. β-Blockers cũng ức chế giải phóng renin tế bào cận câu thận. Các thuốc chọn lọc trên tim (β1) không thức chặt hoạt động giao cảm được sử dụng thường xuyên nhất. Chứng chỉ định tương đối việc sử dụng thuốc bao gồm rối loạn chức năng đáng kể nút nhĩ thất hoặc xoang, hạ huyết áp, suy tim mất bù và bệnh phổi co thắt phế quản nặng.

Bệnh đông mạch ngoại biên rất hiếm khi biểu các triệu chứng tới tại hơn bởi việc sử dụng các thuốc này và bệnh co thắt phế quản nhẹ không phải là chứng chỉ định tuyệt đối. Thận trọng là cần thiết khi bệnh nhân đái tháo đường yếu có tiên sử hạ đường huyết đã được điều trị bởi β-blockers che giấu các triệu chứng của hạ đường huyết.

Gần đây, nhiều tranh cãi liên quan đến sự thích hợp hay không việc sử dụng β-blockers như là điều trị đầu tay trong THA ở những bệnh nhân không có một chỉ định thuyết phục; Tuy nhiên, việc dùng chúng ở bệnh nhân đau thắt ngực, NMCT trước đó hoặc suy tim có một cơ sở dữ liệu tích cực vững chắc. β-Blockers nên được xem như điều trị ban đầu để làm giảm các triệu chứng ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định. β-Blockers được coi là điều trị lâu dài cho tất cả các bệnh nhân khác nhau với bệnh mạch vành hoặc mạch máu khác. Gần đây Guidelines của ACC/

AHA khuyến cáo điều trị β-blocker ở bệnh nhân có chức năng thất trái bình thường sau NMCT hoặc hội chứng vành cấp (Khuyến cáo loại I; Cấp chứng cứ: B), đặc biệt carvedilol, metoprolol succinate, hoặc bisoprolol, ở tất cả các bệnh nhân suy chức năng tâm thu thất trái (phân suất tống máu ≤ 40%) hoặc với suy tim hoặc NMCT trước trừ khi có chống chỉ định (Khuyến cáo loại I; Cấp chứng cứ: A). β-Blockers nên được bắt đầu và tiếp tục cho 3 năm ở tất cả các bệnh nhân với chức năng thất trái bình thường sau NMCT hoặc hội chứng vành cấp (Khuyến cáo loại I; Cấp chứng cứ: B).

3.1.2. Thuốc chẹn kênh canxi

Là một dòng riêng, thuốc chẹn kênh canxi làm giảm nhu cầu oxy cơ tim do giảm sức cản mạch ngoại biên, giảm HA và tăng cung cấp oxy cơ tim do giãn mạch vành. Các thuốc nondihydropyridine diltiazem và verapamil giảm tần số phát xung nút xoang và chậm dẫn truyền nút nhĩ thất.

Thuốc chẹn kênh canxi (hay chẹn canxi) hoặc nitrat tác dụng kéo dài nên kê toa làm giảm các triệu chứng khi β-blockers biểu chứng chống định hoặc gây các tác dụng phụ không thể chấp nhận được ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định (Khuyến cáo loại IIa; Cấp chứng cứ: B). Thuốc chẹn canxi hoặc nitrat tác dụng kéo dài trong sự kết hợp với β-blockers nên được quy định để làm giảm các triệu chứng khi điều trị khởi đầu với β-blockers không thành công trong bệnh nhân đau thắt ngực ổn định (Khuyến cáo loại IIa; Cấp chứng: B). Thuốc chẹn canxi được thêm vào hoặc thay thế β-blockers khi HA vẫn còn tăng, khi đau thắt ngực vẫn còn hoặc khi có tác dụng phụ của thuốc hoặc chống chỉ định. Dihydropyridin tác dụng kéo dài được ưa thích hơn nondihydropyridine (diltiazem hoặc verapamil) khi sử dụng kết hợp với β-blockers để tránh nhịp tim chậm quá mức hoặc block tim. Diltiazem hoặc verapamil không nên dùng ở những bệnh nhân suy tim hoặc suy chức năng tâm thu thất trái và nifedipine tác dụng ngắn nên tránh bởi vì nó gây phản xạ kích hoạt giao cảm cảm và tình trạng thiếu máu cơ tim xấu đi.

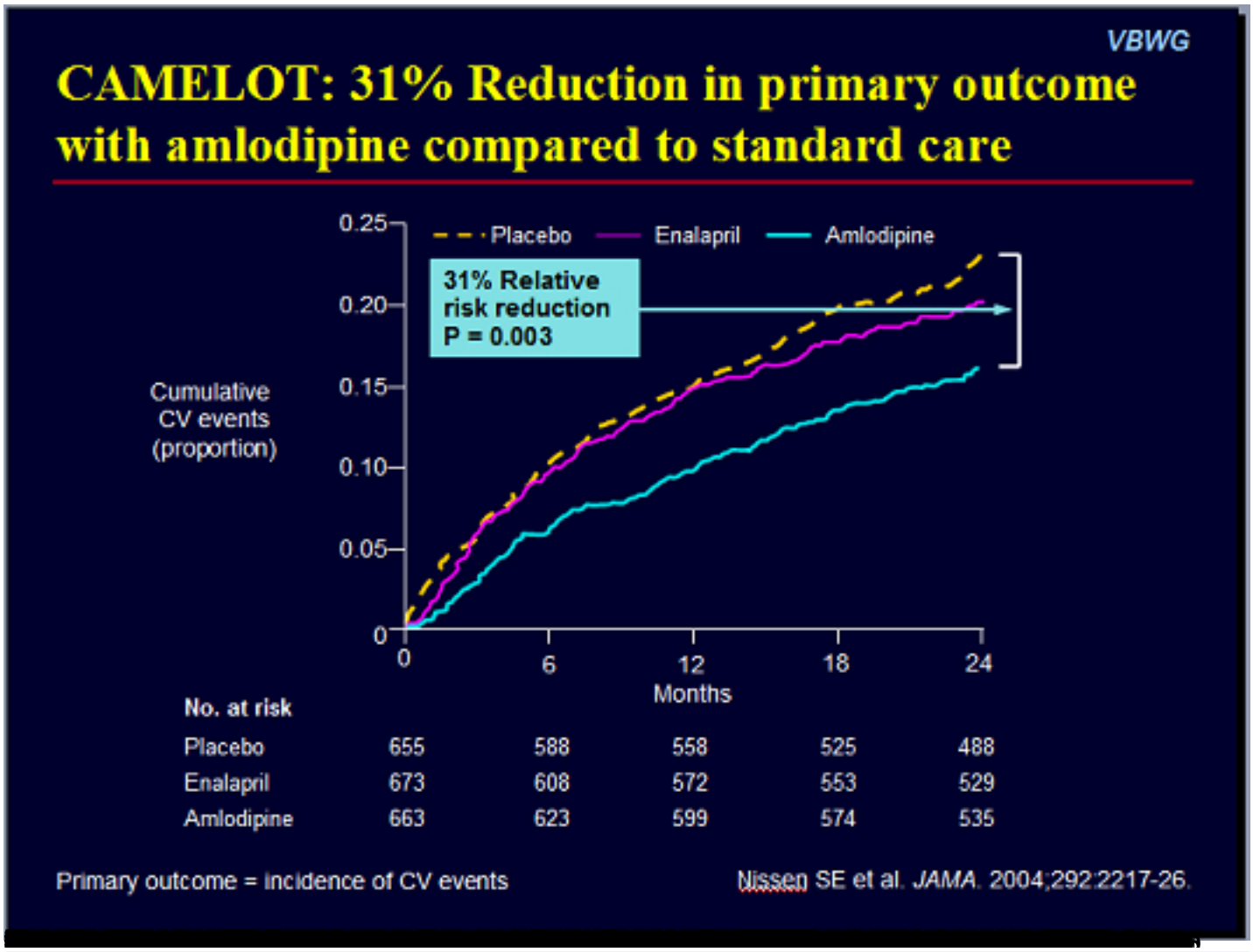

Table 2. Discontinuation of Study Medications and Selected Reasons for Permanent Discontinuation.*

Variable	Ramipril (N=8576)	Telmisartan (N=8542)	Combination Therapy (N=8502)	Telmisartan vs. Ramipril		Combination Therapy vs. Ramipril	
				Relative Risk	P Value	Relative Risk	P Value
		number (percent)					
Total no. of discontinuations†	2099 (24.5)	1962 (23.0)	2495 (29.3)	0.94	0.02	1.20	<0.001
Reason for permanent discontinuation							
Hypotensive symptoms	149 (1.7)	229 (2.7)	406 (4.8)	1.54	<0.001	2.75	<0.001
Syncope	15 (0.2)	19 (0.2)	29 (0.3)	1.27	0.49	1.95	0.03
Cough	360 (4.2)	93 (1.1)	392 (4.6)	0.26	<0.001	1.10	0.19
Diarrhea	12 (0.1)	19 (0.2)	39 (0.5)	1.59	0.20	3.28	<0.001
Angioedema	25 (0.3)	10 (0.1)	18 (0.2)	0.4	0.01	0.73	0.30
Renal impairment	60 (0.7)	68 (0.8)	94 (1.1)	1.14	0.46	1.58	<0.001

* There were no predefined criteria for each of the adverse events listed. Reasons listed are those provided by the investigator for the discontinuation of study drug.

† A patient could have multiple discontinuations, since patients were encouraged to restart study medications whenever possible after discontinuation.

[redacted]

Viết bởi Biên tập viên
Thứ ba, 05 Tháng 5 2015 07:46 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 05 Tháng 5 2015 08:04

[redacted]