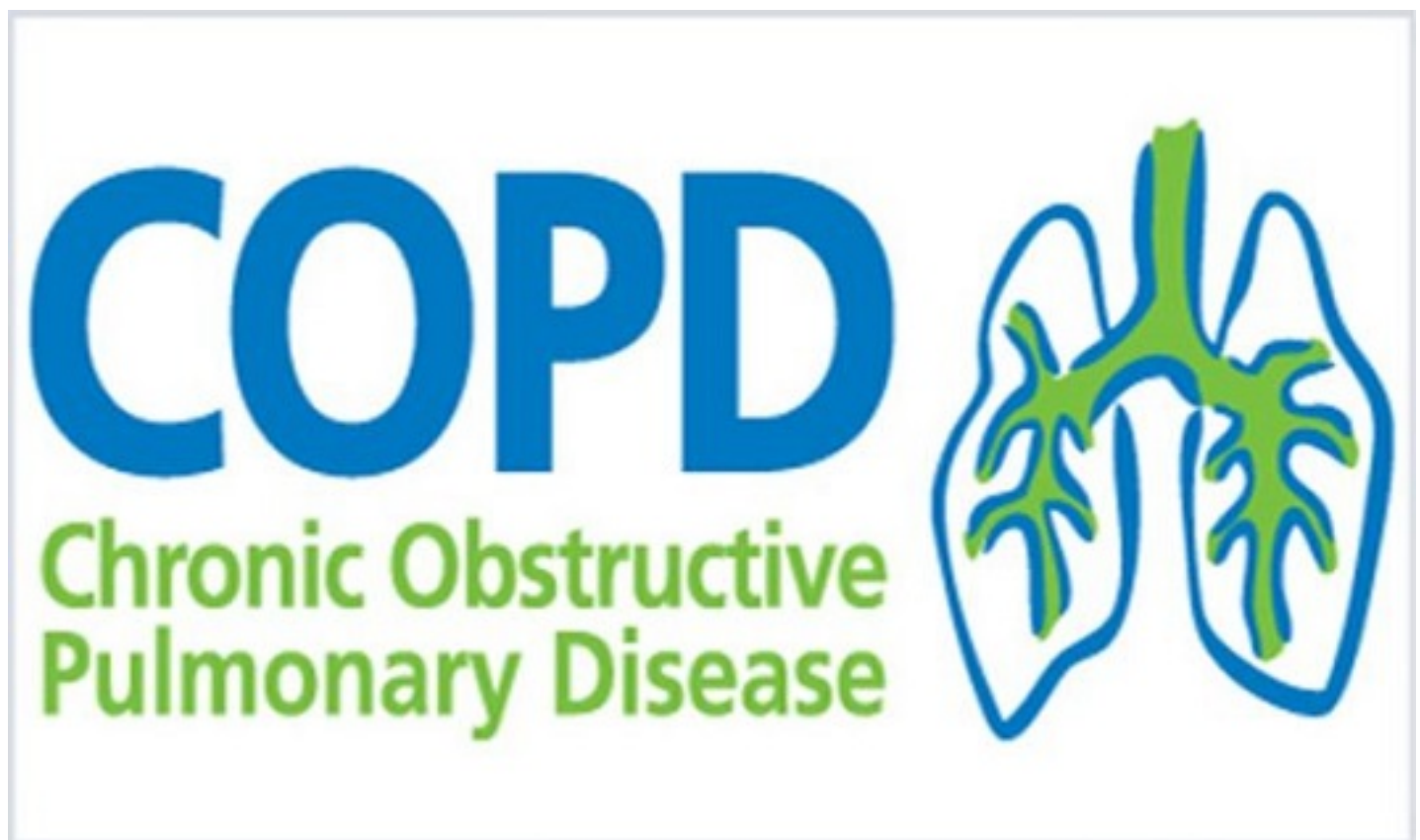


Bs CK2 Trần Lâm - Khoa Nội TM

Bệnh nhân bệnh Phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) thường mắc kèm những bệnh khác có mối liên hệ quan trọng đến tiên lượng của bệnh nhân. Một số bệnh xuất hiện đồng thời với COPD, một số bệnh khác có thể có mối liên hệ nhân quả, hay có cùng những yếu tố nguy cơ, hoặc bệnh này làm tăng nguy cơ hay gia tăng diễn biến của bệnh kia. Vì vậy, trong chăm sóc bệnh nhân COPD phải nhận biết và điều trị các bệnh kèm theo này, đặc biệt, là nhóm bệnh tim mạch. Hơn nữa, việc chẩn đoán phân biệt giữa COPD và bệnh kèm theo có thể gặp khó khăn. Ví dụ, ở bệnh nhân bệnh COPD và suy tim, một đợt tăng lên của COPD có thể kèm theo một cơn suy tim cấp, hoặc ngược lại. Và, bệnh nhân COPD là một trong những bệnh lý quan trọng nhất liên hệ với xu hướng kết cục của những bệnh khác. Chính vì vậy, bệnh nhân nhập viện do suy tim sung huyết hoặc bệnh nhân được can thiệp tim mạch sẽ có tỷ suất cao hơn nếu có kèm COPD [1, 2, 10].



Xét trí bệnh tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)

Vị trí biên tập viên

Thứ ba, 28 Tháng 3 2017 12:21 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 28 Tháng 3 2017 13:01

Suy tim:

Ở TĐL, tỉ lệ hiện mắc suy tim tâm thu hoặc suy tim tâm trương ở bệnh nhân COPD vào khoảng 20-70% , và tỉ lệ mắc mới hàng năm 3-4%. Suy tim mắc mới là một yếu tố để đoán quan trọng và để lập kế hoạch do nhiều nguyên nhân.

Suy tim không nhận biết được có thể gây ra hoặc đi kèm đợt cấp COPD. 40% bệnh nhân COPD được thông khí cơ hỗ trợ do suy hô hấp tăng CO₂ có bằng chứng lâm sàng rõ ràng cho thấy năng suất trái.

Không có bằng chứng cho thấy suy tim mãn tính nên được điều trị khác đi khi có sự hiện diện của COPD. Thuộc nhóm β₁ giao cảm được khuyến cáo sử dụng ở bệnh nhân suy tim do suy tim tim mạch còn. Tuy nhiên, nhóm thuốc này thường không được kê cho bệnh nhân COPD mặc dù bằng chứng lâm sàng cho thấy nhóm β₁ sử dụng an toàn ở COPD. Do vậy, khuyến cáo sử dụng nhóm β₁ cho bệnh nhân COPD kèm suy tim [3, 10].

Suy tim cấp nên được điều trị theo các khuyến cáo hiện hành vì không có bằng chứng lâm sàng cho thấy chỉ định điều trị thay thế. Thông khí không xâm nhập bổ sung vào liệu pháp kinh điển của suy tim cấp cho các bệnh nhân suy hô hấp tăng CO₂ do đợt cấp của COPD cũng như là suy tim với phù phổi cấp.

Bệnh tim thiếu máu cục bộ (BTTCMB)

BTTCMB nên được lưu tâm ở tất cả BN COPD liên quan đến các yếu tố nguy cơ của bệnh. Nguy cơ tim mạch có thể được đánh giá bằng Bảng tính nguy cơ toàn bộ [4], và điều trị dựa vào các Khuyến cáo hiện hành.

Trong đợt cấp COPD, có một số gia tăng tần suất bệnh tim BN có BTTCMB kết hợp. Nhưng BN với tăng hs-Troponin bất thường có nguy cơ tăng tần suất tử vong ngắn hạn (30 ngày) và lâu dài [5], đặc biệt khi có nhồi máu tim nhanh.

Xử trí bệnh tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ ba, 28 Tháng 3 2017 12:21 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 28 Tháng 3 2017 13:01

Điêu trị dựa vào những khuyến cáo hiện hành về xử trí BTTMCB dành cho BN COPD và những tài liệu [10].

Rối loạn nhịp tim (RLNT):

RLNT gặp phổ biến ở BN COPD và những tài liệu, trong đó, rung nhĩ thường gặp và liên quan trực tiếp với FEV1.

Ở BN COPD với khó thở cấp trầm trọng, rung nhĩ có thể là yếu tố khởi kích hay là hậu quả của mất ổn định COPD.

Số hiện diện của rung nhĩ không làm thay đổi phác đồ điều trị COPD. Các thuốc dẫn phác đồ là những tác nhân điều trị nhịp, tuy nhiên, các bệnh chuyển biến có nguy cơ ý tính an toàn có thể chấp nhận được của các thuốc vận β_2 tác động kéo dài, các thuốc kháng cholinergic và corticosteroids đường hít. Tuy nhiên, cần phải thận trọng khi sử dụng các thuốc vận β_2 tác động ngắn và theophylline, bởi vì chúng có thể thúc đẩy rung nhĩ và làm cho việc kiểm soát tần số thất trở nên khó khăn [6,7, 10].

Bệnh động mạch ngoại biên (BĐMNB):

BĐMNB do xơ vữa động mạch hay kết hợp với bệnh tim do xơ vữa, có thể có những ảnh hưởng quan trọng đến hoạt động chức năng, tình trạng sức khỏe chung và chất lượng cuộc sống của BN COPD. Trong một nghiên cứu lớn bao gồm những BN COPD với đặc điểm khác nhau, 8,8% được chẩn đoán BĐMNB, cao hơn so với nhóm chuyển biến không có COPD (1,8%) [8].

Vì vậy, những thay đổi thuốc cần lưu tâm đến BĐMNB ở những BN COPD có nguy cơ biến chứng mạch máu, và cần đánh giá đầy đủ về sự suy giảm chức năng của hệ [10].

Tăng huyết áp (THA)

THA là một biến chứng xảy ra thường xuyên nhất ở BN COPD và có một ý nghĩa tiên lượng quan trọng. Rối loạn chức năng tâm trương ở BN THA có thể kết hợp với giảm dung tích phổi và có những triệu chứng tắc nghẽn tắc tĩnh mạch COPD làm cho BN COPD nhập viện. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kiểm soát huyết áp ở BN COPD với THA nền.

THA phải được điều trị theo các Khuyến cáo hiện hành. Không có chứng cứ cho thấy THA phải được điều trị khác đi khi có sự hiện diện của COPD. Vai trò của các thuốc chẹn β vẫn còn ít nổi trội trong các Khuyến cáo THA mới đây.

Cũng thế, COPD nên được điều trị như bình thường, bởi vì không có chứng cứ trực tiếp cho thấy COPD phải được điều trị khác đi khi có THA [9, 10].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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 an implantable 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. Hoiseith 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-blind 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).