

Bảng Hướng Dẫn cổ động dò tìm sớm và điều trị bệnh động mạch

Giang Nguyễn Trịnh, R.Ph., D.Ph.

Thống kê trong nước Mỹ cho biết hơn 12 triệu người bị khổ sở vì bệnh động mạch ngoại biên (Peripheral Arterial Disease- PAD). Và đó cũng là lý do mà gần đây Đại Học tim mạch Hoa kỳ (ACC), và Hiệp hội tim mạch Hoa kỳ (AHA) đã cho phổ biến một bảng hướng dẫn để giúp giới bác sĩ và giới chức liên hệ có thêm hiểu biết về tình trạng đáng ngại này

PAD là một bệnh của những động mạch cung cấp máu tới động mạch ngoài trái tim, gồm động mạch đưa tới chân, bàn chân, thận, và ruột. Bệnh ở những động mạch này có thể làm giảm khả năng đi lại của người mắc bệnh. PAD có thể nặng đưa đến cưa chân, bẻ động mạch chủ (aorta), gây huyết áp rất cao, suy tim, cũng như góp phần vào tim kích, đột quy, và tử vong vì tim mạch.

Bảng hướng dẫn mới là do công trình tổng hợp của một số Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ và ngành liên hệ như The American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society for Vascular Medicine and Biology, và the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines.

Bảng hướng dẫn PAD nhấn mạnh vào điểm dò tìm sớm và điều trị bệnh động mạch ngoại biên càng sớm càng tốt và có thể ngăn ngừa được tàn phế và cứu được sinh mạng.

Những điểm chính trong bảng hướng dẫn gồm:

Những câu hỏi đề nghị và quan sát có thể khám phá ra dấu hiệu của bệnh PAD.

Những máu chót lâm sàng mà bệnh nhân có thể mang như hẹp động mạch cung cấp máu đến thận, huyết áp cao khó kiểm soát, hay suy thận.

Những đề nghị khi thành động mạch có chỗ bị phình trướng, và có nên chữa trị hay chỉ nên theo dõi cẩn thận.

Những phân tích cẩn thận sự mạnh hay yếu của hình ảnh được chụp thử nghiệm hay những phương pháp chẩn định khác.

Nhấn mạnh trên cách chọn lựa trị liệu, gồm thể thao, tiết thực, ngưng hút thuốc, dược phẩm, và cân nhắc lợi và bất lợi nếu làm phẫu thuật, hay đặt ống thanh dẫn trị liệu.

Lộ trình lâm sàng và biểu đồ trị liệu hướng dẫn làm quyết định lâm sàng.

Bảng hướng dẫn làm nên cốt nhằm giúp bác sĩ, và giới chức y tế liên hệ gồm những người cần làm chẩn định bệnh và khởi đầu chữa trị, nhưng Dược sĩ cũng nên biết nếu hành nghề tại những nơi áp dụng dược lâm sàng.

SOURCE: American College of Cardiology

Bảng Hướng Dẫn Mới để Điều Trị Suy Tim

Giang Nguyễn Trịnh, R.Ph., D.Ph.

Trong tháng Tám 2005, Trường Đại Học chuyên về Tim Hoa Kỳ (ACC) và Hiệp hội Tim Hoa Kỳ (AHA) đã ra một bản hướng dẫn mới cập nhật bằng ra năm 2001 dùng để đánh giá và quản trị bệnh Suy Tim (trước đó được gọi là suy tim xung huyết).

Bảng cập nhật thấp sang vai trò của cách phân loại suy tim theo tiến triển của bệnh. Khác với bảng phân loại của Hiệp Hội Tim New-York (NYHA), hệ thống chia giai đoạn cho biết khi nào bệnh nhân có thể bị tiến triển đến giai đoạn cuối của suy tim, tuy nhiên nó không thể dùng để thay thế cho bảng thuộc hệ thống NYHA. Bảng cập nhật nhấn mạnh vào những đặc tính lâm sàng phân biệt được như khó thở, mệt mỏi, phù thũng, và tiếng ran lạo xạo trong phổi. Trong khi bệnh cơ tim (cardiomyopathy) và rối loạn cơ năng tâm thất trái (left ventricular dysfunction) có thể đóng góp vào suy tim, những bất thường biểu hiện qua triệu chứng của hai loại này không hẳn giống triệu chứng của suy tim.

Bệnh Nhân Suy Tim

Ngoài bệnh sử và khám tổng quát bệnh nhân bị suy tim, bảng hướng dẫn khuyến cáo hỏi thêm bệnh nhân về những tập tính gây nguy cơ như uống rượu, dùng thuốc ma túy, hoặc dùng trị liệu bổ xung hay hóa học trị liệu.

Bảng hướng dẫn mới cũng đề nghị theo dõi huyết áp tư thế đứng (orthostatic BP) cùng tính chỉ số mật độ xương (BMI).

Những thử nghiệm đòi hỏi gồm đếm máu toàn phần, chất điện giải hóa học, lượng đường trong máu khi nhịn đói, glycohemoglobin, và mực lipid khi nhịn đói. Ngoài ra bảng hướng dẫn mới cũng đề nghị một số thử nghiệm có thể giúp được chẩn định như nhiễm HIV, rối loạn thở khi ngủ, bệnh phong thấp, u tế bào ưa chrome (pheochromocytoma) hay chứng thoái hóa dạng tinh bột (amyloidosis) nếu có chỉ định lâm sàng. Đề nghị để chụp X quang động mạch vành (coronary angiography) cũng khá nhấn mạnh, vì bây giờ những bệnh nhân bị suy tim và đau thắt ngực đều nên cho chụp X quang động mạch (angiography) trừ khi ta không thể thực hiện tái tạo mạch vì bất cứ lý do gì.

Dùng B-type Natriuretic Peptide (BNP) để ước lượng độ bệnh suy tim

BNP cao có thể giúp ích trong những trường hợp cần thiết ngay để đánh giá sự khó thở nếu những triệu chứng khác để chẩn định suy tim không rõ rệt. Tuy nhiên cũng cần phải cân nhắc với những yếu tố khác. Với bệnh nhân suy tim có phân số tống xuất (EF) bình thường, bệnh nhân béo phì có BNP thấp, trong khi những bệnh nhân lớn hơn 60 tuổi có BNP cao hơn. BNP không thể được dùng như một tiền chẩn như đúng hay sai khi chuẩn bệnh. Hiện nay BNP vẫn chưa được coi như là một chứng cứ lâm sàng dùng để hướng dẫn quản trị bệnh suy tim.

Bệnh nhân cần được thu thập khả năng điều hòa và khả năng thực hiện được những hoạt động bình thường hàng ngày như tắm, thay quần áo, hay trèo cầu thang, cùng cân lượng và tình trạng khối thể tích bằng cách quan sát cho trương phình tĩnh mạch cảnh (jugular venous distension).

Bảng phân loại suy tim theo NYHA

- I. bệnh nhân không có triệu chứng bị suy tim
- II. bệnh nhân có triệu chứng suy tim khi hoạt động đáng kể
- III. bệnh nhân có triệu chứng suy tim ngay cả khi hoạt động nhẹ
- IV. bệnh nhân có triệu chứng suy tim lúc nghỉ.

Bảng phân loại theo ACC/AHA từng giai đoạn

- A. bệnh nhân có nguy cơ cao phát triển bệnh suy tim
- B. bệnh nhân có cấu trúc tim bất bình thường chưa phát triển ra triệu chứng suy tim
- C. bệnh nhân có triệu chứng suy tim đang mắc hay có từ trước.
- D. bệnh nhân trong giai đoạn suy tim thời kỳ cuối cùng.

Giai Đoạn A: Bệnh nhân có nguy cơ cao tiến triển tới bệnh suy tim.

Thêm vào những đề nghị lúc trước để kiểm soát huyết áp và lipids, bảng mới còn chú trọng đến kiểm soát lượng đường trong máu ở bệnh nhân bị bệnh tiểu đường vì họ là những người có nhiều nguy cơ cao bị mắc bệnh suy tim. Thuốc lợi tiểu trị cao huyết áp đã được công nhận là làm giảm được nguy cơ suy tim, ngay cả với bệnh nhân bị tiểu đường. Thuốc ACE inhibitors, và ARBs cũng có thể làm giảm nguy cơ với những bệnh nhân có nhiều yếu tố gây suy tim. Ngoài ra bảng hướng dẫn mới cũng nhấn mạnh vào việc phòng ngừa phụ thuộc cho những người mắc bệnh tim mạch, và đề nghị theo dõi giá trị của phân số tống xuất (EF) ở những bệnh nhân có bệnh sử gia đình có người đã bị bệnh cơ tim.

Giai Đoạn B: Bệnh nhân có cấu trúc tim bất thường chưa phát triển ra triệu chứng suy tim.

Beta blockers và ACE inhibitors là thuốc thích hợp cho bệnh nhân trong giai đoạn này với một bệnh sử bị nhồi máu cơ tim (myocardial infarction) không kể đến EF hay có bệnh sử suy tim, cũng như cho bệnh nhân có EF thấp không kể có bệnh sử suy tim hay không. ACE inhibitors luôn luôn cho dùng trước, ARB nên cho dùng nếu bệnh nhân không dung nạp được ACE inhibitors. Tái tạo mạch vành và thay van là những phương pháp thích hợp cho bệnh nhân bệnh tim mạch hay bệnh van tim có triệu chứng, phương pháp cài đặt máy khử rung (implantable cardioverter-defibrillators/ ICDs) có thể có lợi cho bệnh nhân bị bệnh thiếu máu cục bộ cơ tim (ischemic cardiomyopathy).

Digoxin thì không nên cho dùng với bệnh nhân có tim đập bình thường và có EF thấp, nhưng không có bệnh sử suy tim có triệu chứng vì có thể có nguy cơ tiềm ẩn không đoán trước được.

Giai Đoạn C: Bệnh nhân đang có triệu chứng suy tim hay có triệu chứng từ trước.

Phương pháp trị liệu thích hợp trong giai đoạn này gồm thuốc lợi tiểu và hạn chế muối.

ACE inhibitors hay ARBs cho những bệnh nhân không dung nạp ACE I, và beta blockers đã thực chứng làm giảm tử vong do bệnh suy tim gây nên. (đó là những thuốc như bisoprolol, carvedilol, hay metoprolol loại thả chậm).

Thể thao đã cho thấy rất hữu ích làm gia tăng tình trạng chức năng của cơ thể. Trong một số bệnh nhân chọn lọc, dùng máy cấy đảo ngược chống rung cho tim (ICDs) hay trị liệu qua tái điều hòa tim cũng rất nên làm.

Những thuốc can thiệp khác cũng đáng nhìn đến là thuốc chống chủ vận aldosterone (như spironolactone) dùng làm giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bị suy tim trầm trọng; dùng digitalin để giảm nhập viện; và dùng hỗn hợp hydralazine với nitrate cho bệnh nhân không đáp ứng với

thuốc hay là không dung nạp được thuốc ngăn chặn ACE hay ARBs.

Tuy trong bảng hướng dẫn mới này có đề nghị ARBs có thể thêm vào lối điều trị chuẩn gồm beta blockers và ACE I ở những bệnh nhân suy tim không có triệu chứng, hay suy tim chuẩn, hỗn hợp trị liệu cả ba thứ thuốc ACE I, ARB, và aldosterone antagonist thường nên tránh bởi vì chúng có thể gây thêm nguy cơ bị suy thận hay tăng potassium trong máu.

Giai đoạn D: Bệnh nhân suy tim ở giai đoạn chót.

Một vài đề nghị mới cho bệnh nhân này như: kiểm soát thể tích cân bằng thật chặt chẽ, giới thiệu đến một cơ quan quản trị đặc biệt cho bệnh thuộc giai đoạn này. Một điểm nhấn mạnh khác là bệnh nhân có ICDs nên được thông báo, chỉ dẫn kỹ lưỡng và có quyền quyết định tắt máy điều hòa chống rung này hay không nếu họ muốn. Hướng dẫn trong giai đoạn này hướng về săn sóc cho bệnh nhân được thoải mái hơn (palliation care) là chữa trị.

Bệnh nhân với suy tim và phân số tống xuất (EF) tâm thất trái bình thường

Suy tim tâm thất trương với phân số tống xuất bình thường hiện nay vẫn còn đang được nghiên cứu thêm. Bảng hướng dẫn mới có cho thêm vài đề nghị trong việc quản trị bệnh. Những bệnh nhân này thường có triệu chứng suy tim nên được coi như thuộc giai đoạn C, nhưng cách điều trị tốt vẫn chưa rõ rệt. Kiểm soát huyết áp tâm thu và tâm trương, kiểm soát nhịp tim tâm thất với bệnh nhân bị rung tâm nhĩ, và dùng thuốc lợi tiểu để làm giảm thiểu sưng phổi, và phù thũng ngoại biên. Dùng beta blockers, ACE inhibitors, ARBs, và Calcium channel blockers cũng tốt để làm suy giảm triệu chứng suy tim, nhưng không nên dùng digitalin vì công dụng của thuốc này trên nhóm người bệnh này hãy còn trong vòng bàn cãi lợi hại.

Bảng cập nhật của ACC/AHA cũng xét lại cách điều trị suy tim cho nhóm người mang nhiều bệnh khác nhau cùng lúc.

Trọn bài viết về bảng hướng dẫn có thể truy cập từ trang nhà của hội ACC như sau:

www.acc.org/clinical/guidelines/failure//index.pdf

09/12/2005

Giang Nguyễn Trịnh, R.Ph., D.Ph.