

# **Điều trị bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính.**

**BS NGUYỄN THỊ HOA**

**Khoa KCBTYC – Bệnh viện Bạch Mai**

Cùng với sự phát triển như vũ bão của kinh tế, khoa học và xã hội thì nhân loại cũng phải đối mặt với sự thách thức của gánh nặng bệnh tật như bệnh tim mạch, ung thư và cả một số những bệnh truyền nhiễm mới xuất hiện. Trong số đó thì bệnh mạch vành đã trở thành vấn đề thời sự không chỉ ở những nước phát triển mà ngày càng gia tăng ở các nước đang phát triển. Ở Mỹ, có khoảng 13 triệu người mắc bệnh mạch vành, trong số đó có một nửa là số người bị nhồi máu cơ tim và nửa còn lại là những người mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Ở Việt nam tuy chưa có số liệu thống kê trên toàn quốc nhưng theo con số thống kê của Viện Tim mạch Quốc gia thì trong 5 năm trở lại đây số bệnh nhân mạch vành đã tăng gấp đôi.

Làm thế nào để điều trị tối ưu hóa điều trị bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính hay còn gọi là cơn đau thắt ngực ổn định thực sự là vấn đề thu hút sự quan tâm của các bác sỹ tim mạch, bác sỹ gia đình và bệnh nhân tim mạch. Trong phạm vi bài này, chúng tôi xin đưa ra một cách khái quát những kiến thức cơ bản, cập nhật giúp quý vị hiểu thêm về vấn đề này dựa trên những thu thập kiến thức trong và ngoài nước, và cả từ kinh nghiệm thực tế trong thực hành lâm sàng.

Mục tiêu của điều trị cơn đau thắt ngực ổn định là nhằm làm giảm triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, làm giảm tỉ lệ phát triển thành nhồi máu cơ tim và làm giảm tỉ lệ tử vong.

Để đạt được mục tiêu như trên thì cần phải kết hợp 3 biện pháp mà không thể nói được biện pháp nào quan trọng hơn biện pháp nào đó là:

- Làm giảm các yếu tố nguy cơ tim mạch, dự phòng thứ phát bệnh mạch vành.
- Làm giảm triệu chứng (giảm tần suất và cường độ của cơn đau thắt ngực) bằng thuốc.
- Can thiệp động mạch vành hay phẫu thuật làm cầu nối chủ - vành.

A Các biện pháp làm giảm các yếu tố nguy cơ và dự phòng thứ phát bệnh lý mạch vành bao gồm:

## **1 Bỏ thuốc lá**

Hút thuốc lá là thủ phạm gây ra gần 50% con số tử vong trên toàn cầu và một nửa trong số này là bệnh lý tim mạch.

Hiện nay trên thị trường đã có những chế phẩm có chứa hoạt chất Nicotin dung thay thế thuốc lá khiến cho việc bỏ thuốc lá trở nên dễ dàng hơn.

Quan niệm cho rằng bỏ thuốc lá làm người ta trở nên béo phì sẽ dễ dẫn đến bệnh mạch vành là một quan niệm sai lầm. Thực tế hút thuốc lá không những chỉ gây nên bệnh lý mạch vành mà còn là thủ phạm chính dẫn đến ung thư phổi hay bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

## **2 Điều trị rối loạn lipid máu**

Một chế độ ăn nhiều axit béo không bão hòa, một chế độ tập luyện thể lực hợp lý sẽ góp một phần không nhỏ vào việc điều trị bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính.

Không còn nghi ngờ gì nữa, nhiều thử nghiệm lâm sàng lớn trên thế giới đã chứng minh vai trò của việc kiểm soát lipid máu trong điều trị và dự phòng bệnh lý mạch vành (thử nghiệm SSSS, thử nghiệm Asteroid...).

Vậy trong bệnh lý mạch vành thì mục tiêu lipid máu là bao nhiêu? Những khuyến cáo của AHA (American Heart Association) và ESC (European Society of Cardiology) cho rằng tổng hàm lượng Cholesterol trong máu nhỏ hơn hoặc bằng 4,5 mmol/l, trong đó LDL - C dưới 2,5 mmol/l. Mục tiêu đối với HDL - C là bằng 25% tổng lượng Cholesterol trở nên.

3 Quản lý huyết áp và đường máu

**THA làm tăng nguy cơ xảy ra các biến cố ở các mạch máu lớn như tai biến mạch máu não, bệnh mạch vành và bệnh lý mạch ngoại biên lên gấp 2 – 3 lần.**

**Một phân tích gộp từ 61 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trên thế giới cho thấy cứ điều trị hạ mỗi 2mmHg sẽ làm giảm 7% nguy cơ mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính và 10% nguy cơ bị TBMN.**

**Mục tiêu của điều trị hạ áp là làm giảm biến chứng ở các cơ quan đích (tim, mắt, não, thận) và giảm con số HA xuống dưới 140/90mmHg. Đối với một số nhóm có nguy cơ cao (BN tiểu đường) thì con số này là dưới 125/75mmHg.**

Trên thị trường hiện nay có rất nhiều loại thuốc điều trị hạ áp, việc sử dụng loại thuốc nào sẽ được các thầy thuốc tim mạch căn cứ vào từng bệnh nhân cụ thể.

Nếu như trước đây vai trò của thuốc chẹn beta giao cảm và nhóm thuốc ức chế men chuyển được xem như là những lựa chọn không thể thay thế trong điều trị THA ở những đối tượng này thì ngày nay vai trò của nhóm thuốc chẹn kênh canxi ngày càng được nhiều thử nghiệm lâm sàng chứng minh là không chỉ có vai trò trong điều trị hạ áp mà còn có đặc tính làm giảm tiến triển của mảng xơ vữa và làm giảm các gốc ôxi hóa. Thật vậy, một nhóm các nhà khoa học Italy đã tiến hành thử nghiệm trên 2 nhóm chuột, một nhóm chỉ áp dụng chế độ ăn giảm mỡ, nhóm kia điều trị bằng Lacipiline (Lacipil), sau 24 tuần, tỉ lệ xơ vữa động mạch ở nhóm điều trị bằng Lacipil giảm đến 71% so với 41% của nhóm chỉ điều trị bằng chế độ ăn.

Hay như thử nghiệm ELSA (The European Lacipiline Studying on Atherosclerosis) nghiên cứu trên 2334 bệnh nhân trong vòng 4 năm. BN nghiên cứu được chia làm 2 nhóm 1 nhóm điều trị bằng Lacipil 4-6mg/ngày, nhóm kia bằng Atenolol 50-100mg/ngày. Kết quả cho thấy nhóm điều trị bằng Lacipil cho thấy có sự giảm tiến triển của mảng xơ vữa ở động mạch chủ cũng như độ dày lớp nội mạc động mạch cảnh.

**Trong các thuốc nhóm chẹn kênh canxi thì Lacipil có tỉ lệ nhịp nhanh phản xạ và tỉ lệ phù mắt cá chân là thấp nhất.**

Tiểu đường cũng có nguy cơ tương đương như là một người đã mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, hơn nữa người tiểu đường còn hay kèm theo hội chứng chuyển hóa làm cho nguy cơ mắc bệnh này cao hơn gấp nhiều lần. Vì vậy cần quản lý tốt đường máu và tình trạng rối loạn chuyển hóa đi kèm.

4 Các yếu tố nguy cơ khác

Béo phì, lối sống tĩnh tại ít vận động, stress tâm lý cũng là những yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim mạch cần được hạn chế.

Hiện nay đang có tranh cãi trên thế giới liệu vấn đề điều trị hormon thay thế cho những phụ nữ mãn kinh có làm thay đổi tiên lượng bệnh lý mạch vành trên những đối tượng này

không? Câu trả lời là không (dựa trên những bằng chứng y học từ các nghiên cứu y học tính cho đến thời điểm này).

## B Các thuốc điều trị

### 1 Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu

Các thử nghiệm lâm sàng lớn trên thế giới cho thấy Aspirin, thuốc ức chế ngưng tập tiểu cầu thông qua con đường ức chế sự tổng hợp Thromboxan A<sub>2</sub>) với liều thấp (75-325mg), dùng dài ngày nếu không có chống chỉ định sẽ làm giảm các biến cố tim mạch lớn 33% ở những bệnh nhân có bệnh mạch vành mạn tính.

Câu hỏi đặt ra là liệu dùng với liều cao hơn thì có thể làm giảm các biến cố mạch vành nhiều hơn nữa không? Các nhà nghiên cứu đã chỉ ra rằng, với liều cao hơn thì hiệu quả đem lại không nhiều hơn so với các biến chứng chảy máu mà BN có thể gặp phải.

Nếu BN bị dị ứng với Aspirin hoặc không dung nạp với thuốc này thì có thể thay bằng Clopidogrel (Plavix) 75mg/ngày hoặc Ticlodipine (Ticlid) 250mg/viên, 2 lần/ngày.

### 2 Thuốc nhóm Statin

Đã được công nhận là có tác dụng trong điều trị cả dự phòng tiên phát và thứ phát bệnh động mạch vành thông qua tác dụng hạ lipid máu, chống viêm, bảo vệ tế bào nội mạc mạch máu, vì thế nên dùng thuốc này cho các bệnh nhân bị bệnh mạch vành mạn mà không nhất thiết phải kèm rối loạn lipid máu.

Có nhiều phân nhóm của thuốc này, Atorvastatin (Lipitor), Simvastatin (Zocor) và Rosuvastatin (Crestor) với liều dùng từ 10 – 80mg/ngày. Cần lưu ý là khi dùng thuốc này với liều cao, dài ngày có thể gây tác dụng phụ là mệt mỏi, tiêu cơ và tăng men gan. Vì thế cần xét nghiệm men gan định kỳ trước, và trong khi điều trị, nếu men gan tăng gấp 3 lần bình thường thì tạm ngừng thuốc.

### 3 Thuốc chẹn beta giao cảm

Đã được chứng minh qua các thử nghiệm lâm sàng lớn là có tác dụng làm giảm tỉ lệ tử vong, giảm nhồi máu cơ tim và làm giảm tần suất của cơn đau thắt ngực. Nên dùng liều thấp lúc ban đầu, tăng dần liều mỗi 2 tuần để đạt hiệu quả tối ưu, liều tối đa có thể tới 200mg/ngày, duy trì nhịp tim lúc nghỉ lớn hơn 50 nhịp/phút.

Cần lưu ý không dùng thuốc này cho những bệnh nhân nhịp chậm, huyết áp thấp, tiền sử hen phế quản hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

### 4 Thuốc chẹn kênh canxi

Trong những trường hợp chống chỉ định với thuốc chẹn beta giao cảm thì nên dùng thuốc chẹn kênh canxi thay thế. Một số thuốc trong nhóm này có thể làm giảm sức co bóp cơ tim vì thế cần lưu ý khi bệnh nhân có suy tim kèm theo (Tildiem, Diltiazem).

### 5 Thuốc ức chế men chuyển và thuốc ức chế thụ thể Angiotensin

Được khuyến cáo dùng trong những trường hợp bệnh lý mạch vành mạn có kèm tăng huyết áp, suy tim và rối loạn chức năng thất trái. Đã được chứng minh có thể làm giảm tỉ lệ tử vong và làm giảm tái cấu trúc thất trái. Hiệu quả đối với mỗi thuốc thuộc nhóm này trên bệnh lý mạch vành là không như nhau và người ta cũng chưa lý giải được rõ ràng vấn đề này. Trong số các thuốc thuộc nhóm này thì Perindopril (Coversyl) 8mg/ ngày đã được công nhận là làm giảm tỉ lệ tử vong qua nghiên cứu Europa.

Trong những trường hợp gặp các tác dụng phụ của thuốc ức chế men chuyển thì có thể thay thế bằng các thuốc chẹn thụ thể Angiotensin. Tuy nhiên, tác dụng của các thuốc này chưa được chứng minh qua các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, mù đôi.

### 6 Nitrates

Nhiều thử nghiệm lâm sàng cho thấy thuốc này không làm giảm tỉ lệ tử vong cũng như các biến cố chính của bệnh lý mạch vành như nhồi máu cơ tim, tái can thiệp động mạch vành nhưng nó lại có tác dụng làm giảm tần suất và cường độ cơn đau thắt ngực.

Trên thị trường hiện nay có nhiều chế phẩm nitrates dạng tác dụng kéo dài, tác dụng ngắn, dạng dán, dạng xịt dưới lưỡi, dạng viên ngậm. Trong đó phải kể đến dạng xịt dưới lưỡi là dạng có hiệu quả giảm đau ngực nhanh nhất và hiệu quả nhất.

7 Các thuốc tác dụng lên chuyển hóa của tế bào cơ tim

Trimetazidine (Vastarel) tuy không có tác dụng gì về mặt huyết động nhưng lại có tác dụng bảo vệ chuyển hóa của tế bào cơ tim, duy trì sự chuyển hóa này trong điều kiện thiếu máu cơ tim một cách tốt nhất.

8 Thuốc làm chậm nhịp tim khác

Tác dụng làm giảm triệu chứng đau ngực do làm giảm nhịp tim sẽ làm giảm nhu cầu tiêu thụ oxy tim, tăng thời gian đổ đầy thất trái và tăng tưới máu động mạch vành thời kỳ tâm trương. Procoralan được ưa dùng nhất là trong những trường hợp nhịp nhanh, suy tim ướt hay những trường hợp có chống chỉ định của thuốc chẹn beta giao cảm hay chẹn kênh canxi.

C Điều trị can thiệp động mạch vành qua da hay phẫu thuật bắc cầu nối động mạch vành

Khi nào thì cần gửi bệnh nhân đau thắt ngực ổn định mạn tính đi chụp động mạch vành?

Câu trả lời là trong những trường hợp sau:

1 BN đau ngực mức độ CCS 3 – 4 không đáp ứng với điều trị nội khoa.

2 BN có nguy cơ cao trên các thăm dò không chảy máu ở bất kỳ mức độ đau ngực nào.

3 BN đã được cứu sống sau cấp cứu ngừng tim hoặc cơn tim nhanh thất.

4 BN có triệu chứng đau ngực và có triệu chứng của suy tim sung huyết.

5 BN có các tình trạng bệnh lý gợi ý có khả năng cao mắc bệnh mạch vành kèm theo như: chờ ghép thận, bệnh cơ tim giãn không tìm thấy các nguyên nhân khác, bệnh nhân đau thắt ngực ổn định chuẩn bị phẫu thuật các mạch máu lớn.

6 BN có tiền sử đã được tái tưới máu bằng can thiệp động mạch vành hay mổ bắc cầu nối chủ - vành, nay xuất hiện đau ngực tăng lên về cường độ và tần suất.

Trong hai phương pháp trên thì phẫu thuật làm cầu nối chủ vành có lợi ích vượt trội hơn so với can thiệp động mạch vành trong những trường hợp sau: có tổn thương thân chung động mạch vành trái, bệnh 3 thân động mạch vành, BN suy tim.

Để kết thúc bài viết này chúng tôi nhận thấy rằng điều trị bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính là cả một nghệ thuật, cần phải có sự hợp tác tuân thủ điều trị của bệnh nhân với sự cân nhắc kỹ của các bác sỹ tim mạch trong từng trường hợp bệnh nhân cụ thể giữa lợi ích có thể đem lại cho bệnh nhân với những yếu tố nguy cơ mà bệnh nhân có thể phải gánh chịu.