

BỆNH TIM MẠCH Ở NGƯỜI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

PGS. TS. Lương Công Thức

Bộ môn – Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Quân y 103, HVQY

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được các yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng chính của các bệnh tim mạch hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường.

2. Trình bày được chẩn đoán và các biện pháp điều trị các bệnh tim mạch hay gặp ở người đái tháo đường

ĐẶT VẤN ĐỀ

Số lượng người bị đái tháo đường (ĐTĐ) ngày càng gia tăng, ước tính hiện nay có khoảng 382 triệu người đái tháo đường và đến năm 2035 sẽ tăng lên thành 592 triệu người trên toàn thế giới. Bệnh tim mạch là nguyên nhân gây tử vong và tàn phế hàng đầu ở bệnh nhân đái tháo đường, đặc biệt đái tháo đường típ 2. Vỡ xơ động mạch xảy ra ở người đái tháo đường sớm hơn 14,6 năm, với mức độ nặng hơn và lan tỏa hơn những người không bị đái tháo đường. Khoảng hai phần ba số tử vong ở người đái tháo đường là do bệnh tim mạch, trong đó 40% là bệnh động mạch vành, 15% do các bệnh tim mạch khác (chủ yếu là suy tim) và khoảng 10% do đột quy. Mặc dù tỷ lệ các biến chứng của đái tháo đường đã giảm trong hai thập kỷ qua, bệnh nhân vẫn có nguy cơ bị các biến chứng tim mạch cao hơn những người không bị đái tháo đường. Vì thế giải quyết các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường có ý nghĩa rất quan trọng trong dự phòng biến chứng và giảm tỷ lệ tử vong. Bài này trình bày một số vấn đề về chẩn đoán, điều trị một số bệnh tim mạch hay gặp (bệnh động mạch vành, tăng huyết áp, suy tim, bệnh động mạch ngoại vi) ở bệnh nhân đái tháo đường.

- Trình bày các yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng chính của các bệnh tim mạch hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường.

1. BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH

1.1. Đại cương

Người bệnh ĐTĐ có tỉ lệ mắc bệnh động mạch vành (ĐMV) gấp 2-4 lần người không bị ĐTĐ.

Tỉ lệ tổn thương mạch vành được phát hiện khi chụp cắt lớp vi tính nhiều lát cắt (MSCT) ở người có nguy cơ bệnh ĐMV nhưng không có triệu chứng cao hơn rõ rệt ở người ĐTD so với người không có ĐTD (91% so với 68%).

ĐTD được xem là yếu tố nguy cơ tương đương như bệnh động mạch vành. Người bệnh ĐTD không có tiền sử nhồi máu cơ tim có nguy cơ bị biến cố tim mạch chính tương đương (# 20%) với người không ĐTD có tiền sử nhồi máu cơ tim sau 7 năm theo dõi.

Bệnh mạch vành trên người ĐTD thường xảy ra ở tuổi trẻ hơn so với người không ĐTD.

Biểu hiện bệnh lý của bệnh động mạch vành rất đa dạng: từ cơn đau thắt ngực ổn định, cơn đau thắt ngực không ổn định đến nhồi máu cơ tim cấp.

1.2. Triệu chứng

Đau ngực vùng sau xương ức, có thể đau kiểu thắt bóp hoặc đau kiểu tức nặng. Cơn đau thắt ngực điển hình gồm 3 đặc điểm: (1) đau sau xương ức với tính chất và thời gian điển hình; (2) xuất hiện sau gắng sức hoặc stress; (3) đỡ và hết đau khi nghỉ hoặc dùng nitrat. Có thể có các triệu chứng cơ năng khác như hồi hộp đánh trống ngực, khó thở... Nhiều người bệnh ĐTD không có triệu chứng đau thắt ngực điển hình, thậm chí không có triệu chứng đau thắt ngực.

Khám thực thể: triệu chứng thực thể nghèo nàn. Có thể có các triệu chứng của hội chứng suy tim. Có thể có các triệu chứng của vữa xơ động mạch ngoại vi: tiếng thổi tâm thu ở động mạch cảnh, động mạch chủ, động mạch thận; giảm biên độ mạch mu chân, loét chân...

1.3. Các yếu tố nguy cơ

Chú ý các bệnh lý có nguy cơ cao bị biến cố mạch vành: tiền sử bị bệnh mạch vành, suy tim, đột quỵ.

Tiền sử gia đình có bệnh ĐMV sớm (<55 tuổi ở nam, <65 tuổi ở nữ), nếu cả cha mẹ và anh chị em đều bị bệnh, nguy cơ sẽ tăng rất cao.

Đánh giá nguy cơ mạch vành:

Các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành được ghi nhận ở người bệnh đái tháo đường bao gồm: tình trạng đề kháng insulin, tăng glucose huyết, tiểu albumin, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, hút thuốc lá và béo phì.

Đối với người bệnh đái tháo đường có thể dùng thang điểm đánh giá theo UKPDS ([http:// dtu.ox.ac.uk/riskengine/index.php](http://dtu.ox.ac.uk/riskengine/index.php)) [www](http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/diabetes-phd/) hay của Hiệp hội đái tháo đường Mỹ (<http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/diabetes-phd/>)

1.4. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm lipid gồm cholesterol toàn phần, triglyceride, HDL và LDL cholesterol.
- Điện tim: chú ý các biến đổi đoạn ST (chênh lên, chênh xuống), sóng T âm, sóng Q sâu rộng, các rối loạn nhịp.
- Siêu âm tim: đánh giá rối loạn vận động thành tim và hình thái, chức năng tim.
- Các nghiệm pháp gắng sức bằng thảm lăn hoặc bằng thuốc khi bệnh nhân có nguy cơ bệnh động mạch vành và điện tim, siêu âm tim không rõ để chẩn đoán.
- Siêu âm Doppler mạch máu: siêu âm động mạch cảnh đo bề dày lớp nội trung mạc; siêu âm các động mạch ngoại vi khi nghi ngờ có hẹp, tắc.
- Chụp cắt lớp vi tính động mạch vành: đánh giá tình trạng calci hóa động mạch vành, tắc hẹp động mạch vành.
- Chụp động mạch vành qua da: chẩn đoán xác định và cho phép chẩn đoán vị trí, mức độ hẹp, tắc động mạch vành, đồng thời có thể can thiệp động mạch vành.

1.5. Chẩn đoán

Chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính dựa vào lâm sàng có cơn đau thắt ngực, điện tim có biến đổi thiếu máu cơ tim cục bộ, hoặc siêu âm tim có rối loạn vận động vùng, hoặc test gắng sức dương tính, hoặc chụp động mạch vành có hẹp $\geq 50\%$ đường kính lòng mạch. Chụp động mạch vành có ý nghĩa chẩn đoán xác định.

Chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp tính khi bệnh nhân có tăng men tim (biến đổi theo kiểu tăng và/hoặc giảm) và có ít nhất một triệu chứng thiếu máu cơ tim cục bộ.

1.6. Dự phòng bệnh động mạch vành ở người bệnh đái tháo đường

1.6.1. Điều trị đái tháo đường

Đạt các mục tiêu điều trị tốt nhất: HbA_{1c} <7%, huyết áp <140/80 mmHg, LDL-C < 100 mg/dL (2,6mmol/L) nếu người bệnh không có biến cố tim mạch và < 70 mg/dL (1,8mmol/L) nếu người bệnh đã có biến cố tim mạch.

1.6.2. Điều trị tăng huyết áp (xem thêm phần tăng huyết áp)

Ức chế men chuyển và ức chế thụ thể AT1 là các thuốc được lựa chọn hàng đầu. Tiếp theo là lợi tiểu, chẹn kênh calci. Hiện nay có khuynh hướng phối hợp nhiều thuốc với liều thấp để giảm tác dụng phụ mà vẫn đạt mục tiêu điều trị.

1.6.3. Điều trị rối loạn lipid máu

Giảm LDL-C bằng statin để dự phòng biến cố tim mạch cấp 1 hoặc cấp 2 được coi là nền tảng trong điều trị đái tháo đường típ 2. Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ (2018) khuyến cáo điều trị statin liều trung bình đến cao ở những bệnh nhân đái tháo đường tuổi từ 40 đến 75 có LDL-C ≥ 70 mg/dL ($\geq 1,8$ mmol/L) mà không cần tính nguy cơ tim mạch 10 năm. Mục tiêu là giảm 30-49% LDL-C. Nếu có nhiều yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành, tuổi từ 50-75 thì cần dùng statin liều trung bình. Nếu LDL-C ≥ 190 mg/dL ($\geq 4,91$ mmol/l) thì phải dùng liều cao statin. Với những người < 40 tuổi hoặc > 75 tuổi việc điều trị statin dựa vào lợi ích giảm nguy cơ tim mạch so với các tác dụng phụ, tương tác với các thuốc khác và ý muốn của bệnh nhân. Có thể dùng các statin như rosuvastatin 5-40mg, atorvastatin 10-80 mg hoặc simvastatin 10-40 mg mỗi ngày.

Các thuốc khác như ezetimibe hoặc PCSK9 (proprotein convertase subtilisin/kexin tipe 9) có thể được dùng để làm giảm thêm LDL-C khi dùng statin chưa đạt mục tiêu hoặc khi bệnh nhân không dung nạp được statin.

HDL-C thấp có liên quan với các biến cố tim mạch. Các thuốc ức chế cholesterylester transfer protein như (evacetrapib và anacetrapib) có thể làm tăng và duy trì nồng độ HDL-C, tuy nhiên các nghiên cứu lâm sàng chưa cho thấy lợi ích của các thuốc này.

1.6.4. Sử dụng aspirin

Aspirin không được chỉ định trong phòng ngừa tiên phát ở người bệnh ĐTĐ theo khuyến cáo của Hiệp hội ĐTĐ Mỹ. Aspirin được chỉ định khi người bệnh đã có tiền sử bệnh mạch vành và trên người ĐTĐ có nguy cơ bị bệnh mạch vành trong vòng 10 năm $>10\%$ và không có nguy cơ xuất huyết. Ở người bệnh không dung nạp aspirin có thể thay thế bằng clopidogrel.

1.6.5. Dinh dưỡng và luyện tập

Dinh dưỡng điều trị

Đối với đa số người bệnh, dinh dưỡng phù hợp nhất bao gồm các thức ăn mà người bệnh dùng hàng ngày. Không chế tổng số năng lượng là vấn đề quan trọng hàng đầu,

sau đó sẽ chọn lựa thức ăn tùy theo khẩu vị của người bệnh. Nguyên tắc tính toán các thành phần thức ăn thật chặt chẽ để kiểm soát glucose huyết không được chứng minh rõ ràng qua các nghiên cứu. Cũng cần hạn chế mỡ và đường đơn.

Người bệnh cần giảm cân nếu thừa cân, béo phì. Hiện nay có nhiều nghiên cứu về các khẩu phần giảm cân, trong đó một số người đã thành công trong thời gian ngắn với khẩu phần có thành phần mỡ cao và carbohydrat thấp. Do đó điều quan trọng là giảm cân và bác sĩ cùng người bệnh sẽ theo dõi hiệu quả của khẩu phần giảm cân để điều chỉnh kịp thời.

Giảm cân: Giảm cân 5-10% có thể cải thiện các yếu tố nguy cơ tim mạch như giảm HbA1c, huyết áp, triglyceride, và tăng HDL-C. Hiệu quả sẽ lớn hơn nếu giảm được 10-15% cân nặng. Cũng có nghiên cứu chứng minh giảm 7% cân nặng có thể có lợi cho người bệnh gan nhiễm mỡ.

Khẩu phần Địa Trung Hải (thành phần chất béo cao, carbohydrate <50%) có thể có lợi trong việc giảm cân và giảm một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở người bệnh ĐTD típ 2 mới chẩn đoán.

Khẩu phần tăng đạm không tốt hơn khẩu phần carbohydrate cao trong điều trị ĐTD típ 2. Ở người có rối loạn glucose huyết lúc đói và rối loạn dung nạp glucose với nguy cơ tim mạch cao, không có bằng chứng là acid béo n-3 làm giảm biến cố tim mạch kể cả tử vong do bệnh tim mạch.

Luyện tập

Tất cả người bệnh ĐTD típ 2 đều có lợi khi luyện tập hoặc gia tăng vận động. Các hoạt động tiêu thụ oxy làm tăng tính nhạy cảm với insulin và có thể giúp cải thiện glucose huyết rất tốt. Một chương trình luyện tập được cấu trúc phù hợp khoảng 30 phút mỗi ngày, các ngày trong tuần, sẽ giúp giảm HbA1c rõ rệt với điều kiện phải kết hợp với ăn uống đúng cách. Người bệnh nên chọn loại hình phù hợp với sức chịu đựng và sức khỏe của mình. Đi bộ là loại hình phù hợp với đa số vì dễ áp dụng và không tốn kém. Người bệnh thụ động chưa bao giờ tập luyện cần bắt đầu từ từ. Người bệnh già, bị bệnh đã lâu, có nhiều bệnh đi kèm, có nhiều yếu tố nguy cơ, đã có triệu chứng xơ vữa động mạch cần được kiểm tra tim mạch kỹ trước khi luyện tập theo chương trình, có thể cần phải làm nghiệm pháp gắng sức.

Điều trị béo phì

Ở người bệnh ĐTD típ 2 béo phì với các biến chứng nguy hiểm đến tính mạng (tại các nước phương Tây thường BMI $\geq 40/\text{kg}/\text{m}^2$, hoặc BMI thấp hơn nhưng có kèm các yếu tố nguy hiểm đến tính mạng của béo phì), có thể dùng thuốc hoặc phẫu thuật dạ dày. Tuy nhiên, can thiệp này cần một đội ngũ chuyên khoa chuẩn bị trước mổ, bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ nội tiết chuyên hóa, bác sĩ tim mạch, chuyên gia dinh dưỡng để có thể duy trì hiệu quả lâu dài.

1.7. Điều trị

Điều trị bệnh động mạch vành bao gồm: loại bỏ các yếu tố nguy cơ (xem phần dự phòng), điều trị triệu chứng và tái thông động mạch vành.

1.7.1. Điều trị triệu chứng

Có thể dùng nitrate, chẹn kênh canxi, hoặc chẹn thụ thể beta giao cảm. Một số thuốc mới hơn như ivabradine, ranolazin cũng có thể được dùng.

1.7.2. Tái thông động mạch vành

Tái thông động mạch vành bằng can thiệp qua da hoặc phẫu thuật được chỉ định cho các bệnh nhân hẹp động mạch vành nặng, có triệu chứng, điều trị nội khoa không đáp ứng.

2. TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

2.1. Đại cương

Khoảng 20 - 60% bệnh nhân ĐTD có tăng huyết áp (THA). Tại Việt Nam, theo một số nghiên cứu tại từng vùng, tỉ lệ tăng huyết áp ở người bệnh ĐTD thay đổi từ 50 - 70%.

Ở người bệnh ĐTD típ 1, THA thường xuất hiện sau khi người bệnh bị bệnh thận ĐTD, tuy nhiên người bệnh vẫn có thể có một bệnh khác đi kèm, thí dụ u tủy thượng thận...

Người bệnh ĐTD típ 2 có thể có THA ngay từ lúc mới chẩn đoán (THA và ĐTD cùng hiện diện khi người bệnh có hội chứng chuyển hóa) hoặc THA khi có biến chứng ở thận, hoặc khi có một bệnh đi kèm.

Ngoài ra, THA cũng có thể được chẩn đoán trước ĐTD típ 2.

2.2. Triệu chứng

Người bệnh có thể không có triệu chứng, hoặc có khi cảm thấy nhức đầu, đau ngực, khó thở. Những trường hợp đã có biến chứng cơ quan đích thì biểu hiện lâm sàng là các triệu chứng của các biến chứng này.

Triệu chứng khám thực thể quan trọng nhất là đo huyết áp, ngoài ra có thể phát hiện các triệu chứng gợi ý nguyên nhân tăng huyết áp hoặc triệu chứng của các biến chứng cơ quan đích.

Các dấu hiệu gợi ý THA thứ phát:

- Mạch đùi yếu so với mạch chi trên (huyết áp chi dưới thấp hơn huyết áp chi trên) gợi ý hẹp eo động mạch chủ;
- Tiếng thổi tâm thu ở bụng gợi ý hẹp động mạch thận;
- Khi giảm kali huyết không tương xứng với liều thuốc lợi tiểu cần loại trừ cường aldosteron;
- Con tăng huyết áp kèm chóng mặt, đồ mờ hôi gợi ý u tủy thượng thận;
- Rậm lông, mặt tròn, da mặt ửng đỏ, dấu rạn nứt da... gợi ý hội chứng Cushing;
- Mạch nhanh thường xuyên, giảm cân nhanh, THA chủ yếu tâm thu gợi ý cường giáp;

2.3. Chẩn đoán

THA ở người bệnh ĐTD được chẩn đoán khi huyết áp (HA) tâm thu ≥ 140 mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg đo ở hai thời điểm khác nhau.

Các xét nghiệm cơ bản cần làm ở người bệnh THA: công thức máu, các chất điện giải, lipid, ure, creatinin, phân tích nước tiểu chú trọng tìm albumin hoặc protein.

Các xét nghiệm khác sẽ chỉ định khi nghi ngờ có nguyên nhân gây THA hoặc có tổn thương cơ quan đích.

Cần chú ý tìm nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát trong các trường hợp sau đây: huyết áp không kiểm soát được nếu đã phối hợp từ ba loại thuốc trở lên (tuy nhiên cần hỏi kỹ xem người bệnh đã uống đủ thuốc trong đơn hay không?), huyết áp đột ngột tăng cao, huyết áp cao nhiều dù đã điều trị ($> 180/110$ mmHg), các cơ quan đích bị tổn thương trầm trọng, người bệnh < 20 tuổi hoặc > 50 tuổi, khám lâm sàng hoặc xét nghiệm nghi ngờ có nguyên nhân thứ phát.

Các nguyên nhân THA thứ phát có thể là: hẹp động mạch thận, bệnh lý nhu mô thận, hẹp eo động mạch chủ, cường aldosterone, u tủy thượng thận, hội chứng Cushing, cường giáp, ngừng thở khi ngủ, ăn quá nhiều muối, uống estrogens.

2.4. Điều trị

Hội Tim mạch Hoa Kỳ (2017) khuyến cáo bắt đầu điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường khi huyết áp $\geq 130/80$ mmHg. Hội tim mạch châu Âu (2018) khuyến cáo bắt đầu điều trị khi huyết áp $\geq 140/90$ mmHg và mục tiêu là huyết áp tâm thu <130 mmHg (nhưng không phải < 120 mmHg) và huyết áp tâm trương < 80 mmHg (nhưng không phải < 70 mmHg); ở những người ≥ 65 tuổi thì mục tiêu là huyết áp tâm thu trong khoảng 130-139 mmHg.

Điều trị gồm các biện pháp không dùng thuốc (chế độ ăn, điều chỉnh lối sống), dùng thuốc và can thiệp hoặc phẫu thuật nếu tìm được nguyên nhân có chỉ định.

2.4.1. Biện pháp không dùng thuốc

Chế độ ăn và luyện tập thể dục

Hạn chế natri khoảng ≤ 2 gam/ngày.

Chế độ dinh dưỡng DASH (dietary to stop hypertension) thường được khuyến cáo: ăn nhiều trái cây, rau, sữa giảm béo, ít lipid và ít acid béo bão hòa, uống rượu vừa phải (2 đơn vị với nam và 1 đơn vị với nữ mỗi ngày). 1 đơn vị có 14 gam rượu (1 lon bia # 330 ml có 4-5 độ cồn chứa khoảng 14 gam rượu, rượu vang đỏ có 12 độ cồn, 120 ml chứa 1 đơn vị # 14 gam rượu).

Luyện tập đều đặn ít nhất 30 phút mỗi ngày, hầu hết các ngày trong tuần.

Thay đổi lối sống: loại bỏ các yếu tố nguy cơ như nghiện thuốc lá, béo phì, rối loạn lipid máu...

2.4.2. Biện pháp dùng thuốc

Thuốc được chọn lựa đầu tiên để điều trị là nhóm ức chế hệ renin angiotensin (gồm ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin II), lựa chọn tiếp theo là lợi tiểu, chẹn kênh calci. Hội Tim mạch châu Âu khuyến cáo lựa chọn một thuốc ức chế hệ RAA với một thuốc chẹn kênh calci hoặc lợi tiểu giống thiazide. Người bệnh ĐTD có THA thường cần đến 2-3 loại thuốc hạ áp để đạt mục tiêu huyết áp tâm thu < 130 mmHg.

Hiện nay có viên phối hợp cố định ức chế men chuyển (hoặc ức chế thụ thể) với liều thấp lợi tiểu, hoặc ức chế men chuyển (hoặc ức chế thụ thể) với chẹn kênh calci. Thuốc chẹn beta được sử dụng khi người bệnh có bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính.

2.4.3. Can thiệp hoặc phẫu thuật

Một số trường hợp tăng huyết áp thứ phát, có thể can thiệp (nong và đặt stent động mạch thận bị hẹp) hoặc phẫu thuật (cắt u tuyến thượng thận, phẫu thuật hẹp eo động mạch chủ...) để điều trị nguyên nhân gây tăng huyết áp.

2.5. Theo dõi điều trị

Cần theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà và đi khám định kỳ.

Khi dùng thuốc ức chế hệ renin và lợi tiểu cần theo dõi mức lọc cầu thận và kali máu nhất là khi bắt đầu dùng thuốc hoặc tăng liều.

Nếu dùng thuốc lợi tiểu kéo dài, cần chú trọng kiểm tra kali, nhất là ở người bệnh lớn tuổi.

3. SUY TIM

3.1. Đại cương

Theo khuyến cáo của Hội Tim châu Âu (2016): Suy tim là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi các triệu chứng cơ năng điển hình (ví dụ: khó thở, phù chân, mệt) có thể đi cùng các triệu chứng thực thể (tăng áp lực tĩnh mạch cổ, ran nổ ở phổi, phù ngoại vi) gây ra bởi một bất thường về cấu trúc và/hoặc chức năng, dẫn đến giảm cung lượng tim và/hoặc tăng áp lực trong buồng tim lúc nghỉ hoặc khi gắng sức.

Suy tim được phân loại thành: suy tim có phân suất tống máu giảm ($EF < 40\%$); suy tim phân suất khoảng giữa (EF trong khoảng $40-49\%$); suy tim có phân suất tống máu bảo tồn ($EF \geq 50\%$).

ĐTD làm tăng nguy cơ suy tim từ 3-5 lần, nữ nhiều hơn nam.

Tăng huyết áp, bệnh mạch vành thường kết hợp với ĐTD và/hoặc hội chứng chuyển hóa là nguyên nhân hàng đầu của suy tim ở các nước phát triển. Ở các nước đang phát triển, nguyên nhân thường gặp là bệnh van tim hậu thấp, nhiễm HIV, bệnh ký sinh trùng, suy dinh dưỡng thiếu sinh tố B1.

3.2. Triệu chứng

Thường gặp triệu chứng cơ năng: khó thở liên quan đến gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở khi ngồi cúi, khó thở kịch phát về đêm, mệt, giảm gắng sức, phù mắt cá chân, ho, hồi hộp đánh trống ngực...

Các triệu chứng thực thể có thể gặp: tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+), mỏm tim lệch trái, tiếng ngựa phi, ran nổ ở phổi, tiếng thổi tại tim, phù chi dưới...

Lưu ý các triệu chứng lâm sàng gợi ý nguyên nhân của suy tim.

3.3. Cận lâm sàng

Điện tim: có thể gặp dày thất trái, nhĩ trái; loạn nhịp tim; thiếu máu cục bộ cơ tim.

X quang phổi: bóng tim to (tỉ số tim/lồng ngực > 0,5), dấu hiệu ứ máu ở phổi.

Siêu âm tim: đánh giá hình thái các buồng tim; chức năng tâm thu, tâm trương thất trái; chẩn đoán các bệnh van tim và một số bệnh tim cấu trúc.

Xét nghiệm BNP, NT-proBNP có giá trị tiên đoán âm cao. Nếu kết quả âm tính sẽ loại trừ chẩn đoán suy tim. Điểm cắt để chẩn đoán thay đổi theo tuổi và chức năng thận.

3.4. Chẩn đoán

Theo khuyến cáo của Hội Tim châu Âu (2016), chẩn đoán suy tim dựa vào các tiêu chuẩn: có triệu chứng cơ năng điển hình ± triệu chứng thực thể, EF giảm (< 40%), nếu EF ≥ 40% thì cần thêm BNP/NT-proBNP tăng hoặc có rối loạn chức năng tâm trương hoặc có bất thường về cấu trúc tim.

3.5. Điều trị

Điều trị các triệu chứng suy tim và điều trị các nguyên nhân gây suy tim và các yếu tố làm suy tim trầm trọng thêm.

Chú ý hạn chế muối trong khẩu phần (khoảng 2 gam natri/ngày). Hạn chế nước khoảng 1500 mL/ngày khi có triệu chứng hạ natri huyết. (Na < 135 mEq/L), đây là một trong các triệu chứng của người bệnh suy tim nặng. Nhiều người bệnh giữ cả muối và nước và khó điều trị tình trạng hạ natri huyết bằng nhịn nước.

Suy tim có phân suất tổng máu giảm

Dùng thuốc lợi tiểu, ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể AT1, chẹn beta, thuốc kháng aldosteron, thuốc ức chế men chuyển và ức chế neprilysin (ARNI), thuốc chẹn kênh If, digitalis, hydralazine và isosorbide dinitrate; cấy máy tạo nhịp tái đồng bộ tim (bệnh nhân suy tim có EF ≤ 35%, QRS ≥ 130 ms, nhịp xoang), cấy máy phá rung tự động (bệnh nhân suy tim có EF ≤ 35%, có nhanh thất/rung thất có triệu chứng); thiết bị hỗ trợ thất trái, ghép tim.

Suy tim có phân suất tổng máu khoảng giữa và bảo tồn

Dùng lợi tiểu để điều trị sung huyết, cùng với kiểm soát tần số tim, điều trị các nguyên nhân suy tim và các bệnh lý đi kèm (tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính...).

Sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường

Glucose máu nên được hạ từ từ và với mức độ vừa phải. Insulin nếu dùng liều cao có thể giữ muối và làm tăng thể tích dịch, nên bắt đầu bằng liều thấp và theo dõi cẩn thận trên lâm sàng, người bệnh cần hạn chế muối.

Metformin: hiện nay cơ quan thuốc và dược phẩm Mỹ (FDA) không còn cảnh báo trong thông tin kê đơn của metformin về suy tim, tuy nhiên cần chú ý đến chức năng thận.

Không dùng thiazolidinedion khi người bệnh suy tim hoặc có tiền sử suy tim vì thuốc này gây giữ muối và nước, làm suy tim nặng thêm.

Các thuốc ức chế dipeptidylpeptidase-4 (dipeptidylpeptidase-4 inhibitors: DPP4is, gliptins) làm tăng tiết incretin, do đó kích thích giải phóng insulin và các chất đồng vận thụ thể glucagon-like peptide 1 (GLP-1) làm giảm glucose máu nhưng có thể làm tăng nguy cơ tim mạch và làm suy tim nặng lên.

Gần đây các thuốc ức chế chất đồng chuyển vận natri-glucose 2 (sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor) như empagliflozin và dapagliflozin đã được chứng minh làm giảm tần suất nhập viện do suy tim và tử vong ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có nguy cơ tim mạch cao.

4. BỆNH ĐỘNG MẠCH NGOẠI VI

4.1. Đại cương

Bệnh động mạch ngoại vi là tình trạng bệnh lý phình hoặc hẹp của các động mạch ngoài động mạch vành.

Người bệnh ĐTD có nguy cơ cao bị tắc hẹp động mạch chi dưới, gấp 15 lần người không bị ĐTD.

Bàn chân ĐTD thường do phối hợp của bệnh lý mạch máu và bệnh lý thần kinh.

Tắc động mạch ngoại vi thường gặp ở người lớn tuổi, nếu xảy ra ở người <50 tuổi thường là ở người ĐTD với các yếu tố nguy cơ khác của xơ vữa động mạch như hút thuốc lá, rối loạn chuyển hóa lipid, tăng huyết áp.

4.2. Triệu chứng

Triệu chứng thay đổi từ giai đoạn nhẹ đến nặng. Người bệnh có thể không có triệu chứng hoặc có triệu chứng đi cách hồi, đau khi nghỉ, loét, hoại tử ngón chân.

Đau cách hồi: triệu chứng đau xuất hiện sau khi người bệnh đi bộ một khoảng cách, giảm khi nghỉ. Triệu chứng đau sẽ xuất hiện trở lại sau khi đi bộ một khoảng cách

tương tự. Khi bệnh trở nặng, khoảng cách đi được trước khi bị đau sẽ ngắn dần. Giai đoạn muộn hơn bệnh nhân sẽ đau cả khi nghỉ.

Bệnh tại động mạch chủ và động mạch chậu thường gây đau ở bụng và hông, bệnh tại vùng động mạch chậu - đùi sẽ đau ở đùi, bệnh tại động mạch đùi nông và động mạch khoeo sẽ đau bắp chân, bệnh tại động mạch chày hoặc mác sẽ đau ở bàn chân. Hội chứng Leriche bao gồm đau cách hồi, giảm cương, giảm hoặc mất mạch đùi. Hội chứng này do tắc động mạch chủ ngay trên chỗ phân chia động mạch chậu.

Cần phân biệt với các bệnh lý có thể gây đau vùng chân: chèn ép cơ học rễ thần kinh, thoái khớp, viêm khớp, túi phình động mạch, hội chứng chèn ép khoang.

Khám thực thể có thể thấy: mạch yếu hoặc mất mạch, nghe có thể thấy tiếng thổi dọc động mạch, yếu liệt chi, dị cảm, chi lạnh, tái, da khô, lông móng dễ rụng.

4.3. Cận lâm sàng

Đo chỉ số cổ chân cánh tay (ankle brachial index-ABI): phát hiện bệnh động mạch chi dưới với độ nhạy 95%, và độ đặc hiệu có thể lên đến 100%.

ABI < 0,4: bệnh động mạch chi dưới mức độ nặng

ABI từ 0,4 đến 0,9: bệnh động mạch chi dưới từ nhẹ đến vừa

ABI từ 0,91 đến 0,99: giới hạn

ABI từ 1,0 đến 1,4: bình thường

ABI > 1,4: thành động mạch bị calci hóa và không ép được.

ABI có thể bình thường khi nghỉ do hệ thống mạch bàng hệ phát triển. Do đó có thể đo sau khi vận động.

Siêu âm duplex: xác định vị trí và mức độ hẹp.

Chụp hình động mạch với thuốc cản quang: có thể chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc chụp động mạch qua da khi dự định can thiệp để tái tưới máu.

Chụp cộng hưởng từ mạch máu: chẩn đoán được hẹp, tắc động mạch, có thể dựng hình 3D động mạch.

Các xét nghiệm để đánh giá bệnh lý nền và yếu tố nguy cơ: glucose máu, lipid máu, công thức máu, tình trạng đông máu, ure, creatinin.

Các xét nghiệm phát hiện bệnh lý động mạch vành: điện tim, siêu âm tim, chụp động mạch vành.

4.4. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định dựa vào siêu âm, chụp CLVT, chụp cộng hưởng từ mạch máu hoặc chụp động mạch qua da.

4.5. Điều trị

Mục tiêu điều trị là giảm triệu chứng và cải thiện tiên lượng sống sót. Các biện pháp điều trị bao gồm: thay đổi lối sống, loại bỏ các yếu tố nguy cơ, dùng thuốc, can thiệp qua da và phẫu thuật.

Thay đổi lối sống: ngừng hút thuốc; luyện tập 3 lần/tuần, mỗi lần 30-45 phút trong ít nhất 12 tuần có thể giúp giảm triệu chứng nhờ các cơ chế làm tăng tuần hoàn bàng hệ, cải thiện dòng chảy của máu, giảm chuyển hóa yếm khí và tăng tách oxy từ máu.

Chăm sóc vệ sinh bàn chân, đi giày phù hợp.

Kiểm soát huyết áp, mục tiêu là < 140/90 mmHg.

Kiểm soát lipid, mục tiêu LDL-C < 70mg/dL (1,8 mmol/L). Statin có tác dụng cải thiện chức năng độc lập với tác dụng giảm LDL-C.

Kiểm soát glucose huyết không ảnh hưởng nhiều đến bệnh mạch máu ngoại vi.

Aspirin 75 - 325 mg/ngày được chỉ định ở người bệnh hẹp động mạch nặng và đã có bệnh tim mạch, để phòng ngừa các biến cố tim mạch và đột quỵ. Dùng clopidogrel nếu người bệnh không dung nạp aspirin.

Cilostazol được chỉ định khi người bệnh có triệu chứng đau cách hồi để cải thiện triệu chứng. Chú ý chống chỉ định ở bệnh nhân suy tim do làm tăng nguy cơ đột tử.

Pentoxifylline không được khuyến cáo để điều trị đau cách hồi nữa.

Nếu người bệnh có triệu chứng đau khi nghỉ, loét hoại tử, cần hội chẩn với chuyên khoa can thiệp mạch máu và phẫu thuật mạch máu.

4.6. Theo dõi

Theo dõi tình trạng tuân trị của người bệnh, điều chỉnh liều thuốc hạ áp, hạ lipid máu, chỉ dẫn cách chăm sóc bàn chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết – chuyển hóa. Nhà xuất bản y học, 2015
2. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *European Heart Journal* (2013) 34, 2949–3003
3. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *Journal of the American College of Cardiology* 2018; (71)19: e127–248
4. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* (2018) 39, 3021–3104
5. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *European Heart Journal* (2018) 39, 763–821
6. Brian P.G, Venu M. *Manual of Cardiovascular Medicine* 5th ed, 2018

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Bệnh động mạch vành bao gồm:

- A. Cơn đau thắt ngực ổn định
- B. Cơn đau thắt ngực không ổn định
- C. Nhồi máu cơ tim cấp
- D. Cả ba phương án trên

2. Yếu tố nào sau đây không phải là yếu tố nguy cơ bệnh động mạch vành

- A. Hút thuốc lá
- B. Tình trạng đề kháng insulin
- C. Tăng huyết áp
- D. BMI < 18,5 kg/m²

3. Phương pháp nào sau đây dùng để chẩn đoán xác định bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính

- A. Siêu âm tim
- B. Xét nghiệm lipid máu
- C. Điện tim
- D. Chụp động mạch vành

4. Điều trị bệnh động mạch vành bao gồm:

- A. Loại bỏ các yếu tố nguy cơ
- B. Điều trị triệu chứng
- C. Tái thông động mạch vành
- D. Cả ba phương án trên

5. Tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường là khi

- A. Huyết áp tâm thu > 130 mmHg và huyết áp tâm trương > 80 mmHg
- B. Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg
- C. Huyết áp tâm thu > 140 mmHg và huyết áp tâm trương > 80 mmHg
- D. Huyết áp tâm thu > 130 mmHg và huyết áp tâm trương > 85 mmHg

6. Mục tiêu điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường là

- A. Huyết áp tâm thu < 140mmHg và tâm trương < 90 mmHg
- B. Huyết áp tâm thu < 130mmHg và tâm trương < 80 mmHg
- C. Huyết áp tâm thu < 120mmHg và tâm trương < 70 mmHg
- D. Huyết áp tâm thu 130- 139mmHg và tâm trương 85-89 mmHg

7. Thuốc điều trị tăng huyết áp được lựa chọn đầu tiên ở bệnh nhân đái tháo đường là

- A. Ức chế men chuyển/ức chế thụ thể angiotensin
- B. Chẹn thụ thể beta giao cảm
- C. Alpha methyl dopa
- D. Lợi tiểu

8. Suy tim là một hội chứng lâm sàng được gây ra bởi một bất thường về cấu trúc hoặc chức năng tim dẫn đến hậu quả

- A. Tăng cung lượng tim
- B. Tăng phân suất tống máu
- C. Giảm áp lực trong buồng tim
- D. Giảm cung lượng tim và/hoặc tăng áp lực trong buồng tim

9. Suy tim có phân suất tống máu bảo tồn là suy tim có

- A. $EF \geq 35\%$
- B. $EF \geq 40\%$
- C. $EF \geq 30\%$
- D. $EF \geq 50\%$

10. Thuốc nào sau đây không được khuyến cáo dùng cho bệnh nhân suy tim có đái tháo đường

- A. Metformin
- B. Thiazolidinedion
- C. Ức chế đồng vận natri-glucose 2
- D. Insulin

11. Triệu chứng nào sau đây không phải là triệu chứng của bệnh động mạch chi dưới

- A. Đau cách hồi
- B. Hoại tử chân
- C. Nghe thấy tiếng thổi dọc động mạch chi dưới
- D. Tĩnh mạch căng chân giãn thành búi

12. Giá trị nào của chỉ số ABI là bình thường

- A. $< 0,4$
- B. $0,4 - 0,9$

C. $1 - 1,4$

D. $> 1,4$