Những thuốc tim mạch chính và áp dụng trong thực hành lâm sàng

PGS. TS. Tạ Mạnh Cường
Phó Viện trưởng
Trưởng Đơn vị Cấp cứu và Hồi sức tích cực tim mạch
Viện Tim Mạch Việt Nam

Hà nội - 2015

Thuốc điều trị tăng huyết áp

PGS.TS. Tạ Mạnh Cường
http://www.cardionet.vn

M□T S□ THU□C H□ □P CH□NH

- Thuốc chẹn bê ta giao cảm
  - Chống chỉ định:
    - Blốc nhĩ thất không đặt máy tạo nhịp;
    - Nhịp chậm dưới 50 lần/phút;
    - Suy tim mất bù;
    - Hen phế quản;
    - Hội chứng Raynaud.

Thuốc ức chế men chuyển dạng Angiotensine II

PGS.TS. Tạ Mạnh Cường
http://www.cardionet.vn

Hạ huyết áp
Giãn mạch
Giảm thể tích
Tác dụng ở mức các thụ thể mạch máu
Tác dụng trực tiếp trong thận
Giảm Aldosterone th□ợng thận
Giảm Angiotensine II
Ức chế men chuyển
Kích thích tổng hợp các prostaglandine giãn mạch PGI2 và PGE2
Tích luỹ bradykinine do ức chế men kinase II
Giãn mạch
Hạ huyết áp

Thuốc ức chế men chuyển dạng Angiotensine

Họat chất	Biệt dược	Hàm lượng (mg)	Liều trung bình/ngày
Captopril	LOPRIL CAPTOPRIL	25 25 & 50	50 – 150 mg chia 2 – 3 lần
Lisinopril	Zestril	5 - 20	5 – 20 mg
Enalapril	RENITEC BENALAPRIL	5 & 20	5 – 20 mg
Perindopril	COVERSYL	2 & 4	2 – 4 mg
Quinapril	ACUPRIL	5 & 20	5 – 20 mg
Ramipril	TRIATEC	1,5; 2,5 &5	1,25 – 10 mg
Bénazépril	CIBACENE	5 & 10	5 – 10 mg

Thuốc ức chế men chuyển dạng Angiotensine II

- Tác dụng phụ:
  - Ho khan;
  - Tăng créatinine máu, tăng kali máu trong trường hợp mất muối và nước, hẹp động mạch thận 2 bên hoặc hẹp động mạch thận 1 bên ở bệnh nhân 1 thận.
- Chống chỉ định:
  - Có thai;
  - Đang cho con bú;
  - Dị ứng với các thành phần của thuốc.
  - Hẹp động mạch thận 2 bên (hoặc 1 bên ở bn có 1 thận).

Thuốc đối kháng Angiotensine II (ức chế AT1)

- Cơ chế tác động:
  - Angiotensine II gắn vào nhiều loại thụ thể, trong đó thụ thể AT1 có tác động chủ yếu đến HA động mạch.
  - Thuốc đối kháng angiotensine II hiện nay ức chế đặc hiệu trên AT1 gây hạ áp do ức chế tác động tăng HA của angiotensine.

Thuốc đối kháng Angiotensine II (ức chế AT1)

Họat chất	Biệt dược	Hàm lượng (mg)	Liều trung bình/ngày
Losartan	COZAAR	50	50 mg
Irbesartan	APROVEL	75, 150 & 300	75 – 300 mg
Telmisartan	MICARDIS	40 & 80	40 – 80 mg

Thuốc đối kháng Angiotensine II (ức chế AT1)

- Tác dụng phụ:
  - Suy thận đặc biệt trong các trường hợp mất nước, muối, điều trị phối hợp với thuốc lợi tiểu.
  - Tăng kali máu khi suy thận nặng.
- Chống chỉ định:
  - Có thai
  - Đang cho con bú.
  - Hẹp động mạch thận.

Thuốc chẹn dòng Can xi

- Cơ chế tác dụng:
  - Thuốc chẹn Can xi ức chế kênh can xi chậm ngăn cản can xi vào tế bào và cơ co. Tác dụng ưu tiên trên tế bào cơ trơn của thành động mạch và tế bào cơ tim.
  - Tại các mạch máu, giảm dòng can xi làm giãn cơ trơn, giảm sức cản ngoại vi, hạ HA.
  - Tại cơ tim, giảm dòng can xi làm tế bào cơ tim giảm co với các tác dụng inotrope và chronotrope âm.

Thuốc chẹn dòng Can xi

- Có 3 loại thuốc chẹn dòng can xi:
  - Dihydropyridine
  - Benzothiazépine: *Diltiazem*
  - Phénylalkylamine: *Vérapamil*

  Trong điều trị THA, chủ yếu sử dụng dihydro-pyridine. Tác dụng chủ yếu của thuốc trên thành động mạch gây giãn mạch.

Thuốc chẹn can xi loại dihydropyridine

Họat chất	Biệt dược	Hàm lượng (mg)	Liều trung bình/ngày
Nifédipine	NIFEDIPINE RETARD NIFEHEXAL	20	1 – 2 viên
Amlodipine	AMLOR AMDIPINE	5	1 viên
Félodipine	PLENDYL	5	1 viên
Nicardipine	LOXEN 20 LOXEN LP 50	20 50	1 – 3 viên 1 –3 viên nang

Thuốc chẹn dòng Can xi

- Tác dụng phụ:
  - Với loại dihydropyridine:
    - Phù mắt cá chân
    - Cơn nóng bừng mặt
    - Đau đầu
    - Cơn bốc hoả
  - Với loại benzothiazépine (*diltiazem*) và phényl-alkylamine (*vérapamil*):
    - Nhịp chậm, blốc nhĩ thất, blốc xoang nhĩ;
    - Suy tim mất bù.

Đây cũng là những chống chỉ định của 2 loại thuốc này.

Thuốc hạ áp trung ương

- Cơ chế tác động:
  - Thuốc làm giảm trơng lực giao cảm do kích thích thụ thể α2 adrénergique trung ương, dẫn đến:
    - Giảm tần số tim do tăng trơng lực phó giao cảm;
    - Giảm sức cản ngoại biên toàn bộ;
    - Giảm hoạt động của hệ thống rénine-angiotensine-aldosterone.
  - Có 2 loại: α méthyldopa (aldomet), clonidine cùng các chất họ hàng (rilmenidine)

Thuốc hạ áp trung ương

Họat chất	Biệt dược	Hàm lượng (mg)	Liều trung bình/ngày
α Méthydopa	ALDOMET DOPEGYT	250	2 – 4 viên
Rimenidine	HYPERIUM	1	1 viên
Clonidine	CATAPRESSAN	0,15	1 – 3 viên

Thuốc hạ áp trung ương

- Tác dụng phụ:
  - Buồn ngủ
  - Khô miệng
  - Hạ huyết áp tư thế đứng
  - Khi đang dùng thuốc liều cao, ngừng thuốc đột ngột có thể gây hiện tượng THA "bùng phát" nguy hiểm.
  - Với méthydopa: viêm gan do huỷ hoại tế bào gan, biến đổi về huyết học.

Áp dụng thực hành

Loại thuốc	Các tình trạng lâm sàng nên sử dụng
Lợi tiểu thiazide	Suy tim ứ huyết; Tăng huyết áp ở người có tuổi.
Lợi tiểu quai	Suy thận; Suy tim ứ huyết.
Lợi tiểu kháng aldosterone	Suy tim ứ huyết; Sau nhồi máu cơ tim.
Chẹn bê ta	Bệnh nhân trẻ tuổi; Đau thắt ngực; Sau NMCT; Suy tim xung huyết (chỉ với carvedilol, bisoprolol, metoprolol, nebivolol): rất thận trọng); Có thai; Nhịp tim nhanh.
Chẹn can xi	Bệnh nhân cao tuổi; THA tâm thu đơn độc; Đau thắt ngực; Bệnh mạch máu ngoại biên; Vữa xơ động mạch cảnh.
□c chế men chuyển Angiotensine II	Suy tim ứ huyết; Rối loạn chức năng thất trái; Sau NMCT; Bệnh thận do ĐTĐ type 1 và không do ĐTĐ; Protéine niệu.
Chẹn AT1	Bệnh thận do ĐTĐ type 2; Protéine niệu; Dày thất trái; ho do ƯCMC.
αMéthyldopa	Có thai.

Thuốc hạ áp với phụ nữ có thai

PGS.TS. Tạ Mạnh Cường
http://www.cardionet.vn

ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU CƠN TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THỜI KỲ CÓ THAI

THUỐC	LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG
Hydralazine (Ưu tiên lựa chọn)	5 mg (TM), sau đó 10 mg mỗi 20 - 30 ph, tối đa 25 mg, có thể nhắc lại sau vài giờ.
Labetalol (Lựa chọn thứ hai)	20 mg tiêm TM, sau đó 40 mg sau 10 ph, 80 mg cứ mỗi 10 ph, liều tối đa 220 mg.
Nifedipine (Nifedipine tác dụng ngắn không được FDA chấp nhận)	Nicardipine: Loxen 0,5 – 3 mg/h (tm – bơm tiêm điện)
Sodium nitroprusside (Khi các thuốc trên không hiệu quả)	0.5 ug/kg/ph. Tối đa 5 ug/kg/min Thai nhi có thể bị nhiễm độc cyanua nếu dùng kéo dài > 4 h

PGS.TS. Tạ Mạnh Cường
http://www.cardionet.vn

THUỐC ĐIỀU TRỊ THA (dùng theo đường uống) TRONG THỜI KỲ CÓ THAI

LOẠI THUỐC	LƯU Ý
Methyldopa (lựa chọn số 1)	Cơ sở khoa học: các nghiên cứu dài hạn của thuốc trên sự phát triển của trẻ em và sự tưới máu bánh rau
Beta Blockers	Thai nhi chậm lớn, nhất là sử dụng atenolol trong 3 tháng đầu
Labetalol	Được lựa chọn nhiều hơn do hiệu quả hạ áp và ít tác dụng phụ
Clonidine	Không có nhiều dữ liệu về hiệu quả và độ an toàn của thuốc
Thuốc ức chế Can xi	Không có nhiều nghiên cứu Có kinh nghiệm nhiều nhất với nifedipine, isradipine và nicardipine (Loxen 50 mg 2 - 6 viên/ngày) Không làm tăng nguy cơ quái thai
Lợi tiểu	Có thể an toàn nhưng không phải là thuốc lựa chọn hàng đầu
Thuốc ức chế men chuyển	Chống chỉ định (nhiễm độc thai, chết lưu)
Thuốc ức chế thụ thể Angiotensin	Chống chỉ định (nhiễm độc thai, chết lưu)

PGS.TS. Tạ Mạnh Cường
http://www.cardionet.vn

Alphamethyldopa trong thời kỳ có thai

- Ít được sử dụng ở phụ nữ không có thai
- Đây có thể là thuốc lựa chọn hàng đầu trong thời gian thai nghén
- Dữ liệu về dược lực học (pharmacokinetic) trong thời kỳ có thai không nhiều
- Không có tác dụng xấu đối với thai nhi và trẻ sơ sinh:
  - Cân nặng của trẻ
  - Các nghiên cứu về mạch máu
  - Theo dõi trẻ đến 7.5 tuổi
- Những tác dụng phụ đối với mẹ
  - Viêm gan nặng
    - Tử vong
    - Ghép gan

Atenolol trong thời kỳ có thai

- Số liệu về dược động học và dược lực học không nhiều
- Chỉ định điều trị mọi thể THA
- Tác dụng phụ đối với thai nhi và trẻ sơ sinh nếu dùng trước 20 tuần của TKTN:
  - Bất thường Doppler động mạch rốn
  - Giảm trọng lượng bánh rau
  - Giảm cân nặng thai nhi
  - Tăng tỷ lệ đẻ non
- Theo dõi trẻ đến 1 tuổi:
  - Chỉ nên sử dụng ở quý 3 của TKTN.

Labetalol trong thời kỳ có thai

- Thường dùng để điều trị THA ở quý 3 của thời kỳ thai nghén
- Dược động học được báo cáo trong một vài nghiên cứu
- Không thấy tác dụng phụ đối với thai nhi và trẻ sơ sinh qua:
  - Nghiên cứu Doppler động mạch rốn
  - Tiên lượng đối với trẻ sơ sinh
- Không có số liệu theo dõi đối với trẻ khi lớn lên

XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH KHI CHUẨN BỊ CÓ THAI

Chẩn đoán nguyên nhân THA	• Pheochromocytoma • Nguyên nhân khác
Đánh giá tổn thương cơ quan đích	• Chức năng tim, phì đại thất trái (siêu âm tim) • Bệnh thận (creatinine, protein niệu)
Dùng thuốc an toàn cho thai nhi	• Ngừng sớm các thuốc chống chỉ định khi có thai (ƯCMC, ƯC AT1) • Điều chỉnh ổn định HA bằng các thuốc mới thay thế
Lối sống (lifestyle)	• Hạn chế hoạt động gắng sức • Tránh giảm cân • Ăn giảm muối tương đối • Tránh rượu và thuốc lá
Các XN cơ bản	• Hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu, creatinine, acid uric, TPT nước tiểu

XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH TRONG THỜI KỲ CÓ THAI

Lựa chọn thuốc an toàn cho thai nhi	Những yêu cầu trong điều trị và theo dõi bệnh nhân
• Ngưỡng HA điều chỉnh	• HATT: 150-160 mmHg • HATTr: 100-110 mmHg
• Xét nghiệm	• Hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu, creatinine, acid uric, SGOT, SGPT, định lượng protein niệu, albumin, LDH, đông máu

Dược động học của thuốc điều trị THA trong thời kỳ mang thai có tác động không tốt đến sản phụ, thai nhi và trẻ em sau khi sinh ra không?

- Tác dụng phụ của thuốc hầu như khó xác định
  - Lựa chọn những báo các có lợi cho sản phẩm
  - Phần lớn là những thông báo dưới dạng từng trường hợp cụ thể (case report)
- Các nghiên cứu về lâm sàng trước khi quảng bá sản phẩm (pre-marketing clinical studies) không có phụ nữ và trẻ em trong đối tượng nghiên cứu
- Số liệu từ các chương trình theo dõi sau bán hàng không nhiều

Thuốc điều trị suy tim

PGS.TS. Tạ Mạnh Cường
http://www.cardionet.vn

Điều trị bằng glucosides trợ tim

- Glucosides trợ tim là nhóm thuốc chính trong số các thuốc làm tăng co bóp cơ tim.
- Đặc tính cơ bản của thuốc là làm tăng cung lượng tim ở những bệnh nhân suy tim thông qua sự ức chế men Na – K – ATPase của bơm ion ở màng tế bào cơ tim.
- Glucosides trợ tim còn tác động trên hệ thống thần kinh tự động của tim, tăng trơng lực phó giảm cảm và giảm hoạt tính của hệ giao cảm.
- Các glucosides trợ tim chủ yếu đang sử dụng hiện nay là digoxine, digitaline và lanatoside C.

Tác dụng của Glucosides trợ tim

- Các glucosides trợ tim có 5 tác dụng cơ bản với tim:
  - Tăng co bóp cơ tim (inotrope dương)
  - Tăng trơng lực cơ tim (tonotrope dương)
  - Làm chậm nhịp tim (chronotrope âm)
  - Giảm tốc độ của tổ chức dẫn truyền (dromotrope âm)
  - Tăng tính kích thích của cơ tim (bathmotrope dương)

Tác dụng của Glucosides trợ tim

- Các tác dụng ngoài tim của glucosides:
  - Giảm dòng máu tĩnh mạch trở về tim
  - Tăng bài niệu do tăng mức lọc cầu thận (cung lượng tim tăng và giảm tái hấp thu Na ở ống lượn gần).
  - Tác dụng trên cơ trơn: co cơ trơn → tiêu chảy khi quá liều.
  - Tác dụng trên tổ chức thần kinh: kích thích trung tâm nôn ở sàn não thất 4.

Chống chỉ định của Glucosides trợ tim

- Bệnh cơ tim tắc nghẽn và hẹp nặng van động mạch chủ.
- Các rối loạn về tính kích thích của cơ tim: Nhịp nhanh thất, rung thất, NTT thất nhịp đôi…
- Các rối loạn dẫn truyền nhĩ - thất: BAV cấp II – III chưa được đặt máy tạo nhịp.
- Thận trọng trong Basedow, bn suy tim nặng, LNHT nhanh.

Biến chứng của điều trị bằng glucosides trợ tim

- Ngộ độc Digital
  - Các dấu hiệu toàn thân:
    - Rối loạn tiêu hoá: chán ăn, buồn nôn, đau bụng.
    - Rối loạn thần kinh và cảm giác: đau đầu, chóng mặt, ám điểm lập loè, nhìn thấy quầng vàng, cảm giác ruồi bay trước mắt, trạng thái kích thích hay trầm cảm (khi nhiễm độc nặng).
    - Triệu chứng tim mạch: rối loạn tái cực, rối loạn dẫn truyền, rối loạn tính kích thích của cơ tim.

Biến chứng của điều trị bằng glucosides trợ tim

- Ngộ độc Digital
  - Đề phòng ngộ độc:
    - Thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, thận trọng và làm điện tim cho tất cả bệnh nhân có chỉ định điều trị bằng glucosides trợ tim.
    - Tôn trọng các chống chỉ định và thận trọng đối với những trường hợp cần lưu ý khi dùng thuốc.
    - Không sử dụng liều cao và liều tấn công kéo dài.
    - Thận trọng khi phối hợp thuốc (quinidine, chẹn bê ta…).
    - Điều chỉnh các rối loạn nước - điện giải.
    - Chọc tháo dịch các màng trước khi dùng thuốc.
    - Theo dõi nhịp tim: nghe tim, điện tim.

Biến chứng của điều trị bằng glucosides trợ tim

- Ngộ độc Digital
  - Điều trị ngộ độc digital:
    - Ngừng thuốc.
    - Monitoring theo dõi.
    - Các biện pháp điều trị tuỳ theo bản chất của từng rối loạn:
      - Nhịp chậm xoang: Atropine TM.
      - Tạo nhịp nếu rối loạn dẫn truyền nặng.
      - Bồi phụ kali, tiêm truyền Xylocaine nếu có nhiều NTT.
      - Sốc điện nếu rung thất, nhịp nhanh thất.
    - Sử dụng kháng thể đặc hiệu của Digoxine (Fab fragments, Digibind)
- Tắc mạch ngoại biên: cần phối hợp với thuốc chống đông nếu có nguy cơ hình thành huyết khối.

Các thuốc làm tăng co bóp cơ tim khác digital: Dopamine và Dobutamine

- **Dopamine**
  - Kích thích alpha, beta–adrrénergique và delta-dopaminergiques.
  - Với liều < 5 mcg/kg/phút: giãn mạch thận, mạch mạc treo và co mạch ngoại biên làm tăng cung lượng thận và cung lượng tim.
  - Với liều từ 5 – 15 mcg/kg/phút: co mạch toàn thân, tăng nhịp tim, có thể gây ngoại tâm thu thất.
  - Phối hợp với Dobutamine nếu HA vẫn thấp và nhịp tim đã nhanh.

Thuốc làm tăng co bóp cơ tim loại Dopamine và Dobutamine

- **Dobutamine** (Dobutrex, Zacutec)
  - Kích thích đặc hiệu thụ thể bê ta 1 của cơ tim.
  - Với liều dưới 20 mcg/kg/phút: nhịp tim tăng ít và hiếm khi có NTT.
  - Với liều từ 5 – 20 mcg/kg/phút: tăng cung lượng tim, giảm áp lực đổ đầy thất trái, giảm sức cản đại tuần hoàn, giảm áp lực mao mạch phổi bít.
  - Chỉ định
    - Suy tim cấp (sốc tim do NMCT, tắc động mạch phổi).
    - Suy tim mạn tính mất bù nặng (NYHA III – IV).
    - Phối hợp với Dopamine liều thấp nếu bệnh nhân thiểu niệu kéo dài.
  - Cần điều chỉnh các bất thường về thể tích, điện giải máu.
  - Không dùng thuốc kéo dài vì gia tăng nguy cơ gây loạn nhịp.

Thuốc lợi tiểu

- Chỉ định: khi có triệu chứng ứ huyết.
- Liều lượng: theo lâm sàng (cân nặng, mức độ ứ trệ tuần hoàn ngoại biên), sinh hoá (chức năng thận)
- Thuốc lợi tiểu thiazide (Hypothiazide viên 25 mg)
  - Liều lượng: 1 – 2 viên/ngày, duy trì 1 viên/ngày hoặc uống 5 ngày nghỉ 2 ngày.
  - Bồi phụ kali 2 – 3 g/ngày.
  - Không dùng khi có suy thận từ độ 2 trở lên.
  - Thận trọng nếu bệnh nhân có bệnh Goutte hoặc tiểu đường (thuốc làm tăng a xít Uríc máu hoặc rối loạn điều hoà đường máu).

Thuốc lợi tiểu

- Thuốc lợi tiểu furosémide (lasix viên 40 mg hoặc ống 20 mg)
  - Liều lượng: 1 – 2 viên/ngày, duy trì 1 viên/ngày hoặc uống 5 ngày nghỉ 2 ngày. Tiêm tĩnh mạch 1 – 4 ống/ngày. Phù phổi cấp: có khi phải tiêm đến 1000 mg.
  - Tăng liều đối với bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối.
  - Bồi phụ kali 2 – 4 g/ngày. Theo dõi điện giải.
  - Dùng được cho bn suy thận.
  - Thận trọng nếu bệnh nhân có bệnh Goutte (thuốc làm tăng a xít Uríc máu).

Thuốc lợi tiểu

- Thuốc lợi tiểu spironolactone (Aldactone, spironolactone viên 50 mg)
  - Liều lượng: 1 – 2 viên/ngày.
  - Kết hợp với thuốc lợi tiểu thải kali để làm giảm mức độ mất kali máu (Aldalix: furosémide + spironolactone, Moduretic, Aldactazine: thiazide + aldactone).
  - Không dùng cho bệnh nhân suy thận.
  - Phải làm lại điện giải đồ sau 3 – 5 ngày điều trị.
  - Thuốc chỉ định cho bệnh nhân suy tim với chức năng tâm thu thất trái giảm nhiều, những bệnh nhân suy tim tái diễn nhiều lần có dấu hiệu cường Aldosterol thứ phát (phù, cổ chướng, kali máu thấp).

Thuốc giãn mạch

- Tác dụng:
  - Giảm tiền gánh và hậu gánh.
  - Sử dụng đơn thuần hay phối hợp cùng thuốc lợi tiểu.
  - Lựa chọn thuốc tuỳ thuộc vào tình trạng lâm sàng của bệnh nhân và cơ chế tác động của thuốc:
    - Lenitral: giảm tiền gánh
      - Suy tim mạn tính do HHL, TAĐMP, suy tim do suy vành: liều: 2,5 mg – 7,5 mg/ngày.
      - Phù phổi cấp: truyền tĩnh mạch Lenitral 1 – 4 mg/h.
    - Natrinitroprussiate: giãn động mạch và tĩnh mạch
      - Chỉ định: Suy tim cấp do hở van tim.
      - Liều lượng: 0,5 – 8 mcg/kg/phút.

Thuốc giãn mạch, chẹn dòng can xi và ức chế men chuyển

- Minipress 0,5 mg – 3 mg/ngày (1/2 – 3 viên/ngày). Chỉ định: suy tim do THA, hẹp van ĐMC (lu ý chức năng tâm thu thất trái bình thường và không có dấu hiệu ứ trệ tuần hoàn ngoại biên).
- Thuốc ức chế dòng Can xi (amlordipine): chỉ định suy tim do suy vành, do THA hoặc TAĐMP nhiều.
- Thuốc ức chế men chuyển(Captopril, Enalapril, Lisinopril, Quinapril, Perindopril…), ức chế thụ thể AT1 (Losartan, Telmisartan, Irbesartan…): chỉ định cho bn suy tim do BCT, buồng thất giãn, chức năng thất trái giảm, hở VHL độ 2 trở lên. Thuốc ức chế AT1 chỉ định khi dùng ƯCMC bị ho nhiều.

Thuốc chẹn bê ta giao cảm

- Tác dụng:
  - Giảm tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân tim mạch, đặc biệt là tỷ lệ đột tử.
  - Giảm tỷ lệ nhập viện do mọi nguyên nhân tim mạch, đặc biệt là do suy tim.
  - Cải thiện các triệu chứng chức năng
  - Kết quả nhận được thường sau 3 – 6 tháng điều trị.
- *Có 4 thuốc chẹn bê ta giao cảm: carvédilol (Dilatrend), bisoprolol (Concor) và métoprolol (Selozok), Nebivolol (Nebilet) được chỉ định trong điều trị suy tim . Suy tim trong trường hợp này là suy tim mạn tính, có triệu chứng (NYHA II, III, IV), kèm theo có suy giảm chức năng tâm thu thất trái.*

Thuốc chẹn bê ta giao cảm

- Cách thức sử dụng:
  - Thiết lập điều trị cho những bệnh nhân suy tim đã bước vào giai đoạn ổn định, sau một khoảng thời gian ít nhất là 4 tuần trước đó bn đã được điều trị bằng các thuốc trợ tim, lợi tiểu và ƯCMC.
  - Không dùng cho những bệnh nhân suy tim mà tình trạng lâm sàng đang đòi hỏi phải tăng liều lợi tiểu hoặc bệnh nhân còn đang trong tình trạng ứ trệ tuần hoàn ngoại biên.
  - Khởi đầu dùng thuốc nên điều trị nội trú.

Thuốc chống loạn nhịp tim

- Amidarone (Cordarone)
  - Chỉ định:
    - Loạn nhịp trên thất kịch phát (tim nhanh trên thất, WPW).
    - Loạn nhịp thất nguy hiểm: tim nhanh thất.
- Thuốc chẹn bê ta giao cảm
- Glucosides: digoxine
- Thuốc chống chỉ định nhóm I: không được sử dụng.

Một số thuốc khác

- Thuốc an thần
  - Mocphine:
    - Chỉ định trong cơn phù phổi cấp.
    - Tác dụng: giãn động mạch phổi, an thần, trấn tĩnh người bệnh
    - Chống chỉ định trong tâm phế mạn tính.
  - Barbituric và các thuốc an thần khác: giúp cho bn nghỉ ngơi và ngủ tốt hơn.
- Corticoides
  - Tác dụng lợi tiểu yếu.
  - Chỉ định trong thấp tim cấp, viêm cơ tim virus.
  - Có thể dùng trong đợt cấp của tâm phế mạn tính có suy hô hấp nặng
- Kháng sinh:
  - Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn,
  - Bội nhiễm phổi

ÁP DỤNG ĐIỀU TRỊ

- **Suy tim mạn tính mất bù:**
  - Cần điều trị tấn công nhằm xoá bỏ hay làm thuyên giảm các dấu hiệu ngoại biên.
  - Điều trị duy trì nhằm giữa lại sự cân bằng đã đạt được, tránh hay làm chậm đợt suy tim mất bù mới.
  - Điều trị tấn công:
    - Nghỉ ngơi, ăn nhạt, chọc tháo dịch các màng (tim, phổi, bụng), an thần, chống đông, thở oxy nếu suy hô hấp nhiều.
    - Digoxine tiêm tĩnh mạch 1 – 2 ống/ngày nếu LNHT trên 120 lần/phút, cơ tim giãn, giảm chức năng tâm thu…
    - Lasix tiêm TM 2 – 4 ống/ngày nếu gan to 4 – 6 cm dới bờ sờn, phù hai chi dới, bệnh nhân khó thở không nằm được đầu bằng. Bồi phụ kali khi bn đái được. Theo dõi điện giải máu.
    - ƯCMC cho một cách hệ thống.
    - Giãn mạch nhóm Nitré cho nếu ALĐMP tăng cao, bệnh nhân đau ngực kiểu suy vành. Thuốc chẹn can xi nếu HA cao.

ÁP DỤNG ĐIỀU TRỊ

- **Suy tim mạn tính mất bù:**
  - Điều trị duy trì:
    - Chế độ vệ sinh ăn uống có thể nới lỏng hơn.
    - Tái hoạt động nghề nghiệp và phục hồi chức năng
    - Thuốc ƯCMC tiếp tục cho một cách hệ thống
    - Lợi tiểu liều thấp đường uồng.
    - Digoxine liều duy trì.
    - Dẫn chất nitré, thuốc chống đông,
    - Chẹn bê ta giao cảm liều thấp, tăng liều rất từ từ,
    - Kiểm tra đều đặn, định kỳ thăm khám lâm sàng và xét nghiệm sinh hoá, huyết học.

□P D□NG □I□U TR□

- **Suy tim cấp**
  - **Phù phổi cấp:**
    - Thở oxy qua sonde 8 – 10 lít/ph.
    - Lợi tiểu Furosémide TM 2 – 4 ống và tăng dần 30 phút/lần theo cấp số nhân cho đến khi bệnh nhân đái được.
    - Mocphine tiêm TM hay dới da.
    - Digoxine hay Isolanide TM nếu rung nhĩ, Dopamine hay Dobutamine nếu cung lượng tim thấp và HA tụt.
  - Cơn hen tim: aminophyline TM, corticoides…
  - Tâm phế cấp do tắc động mạch phổi.

Xin cảm ơn và kính chào tạm biệt

PGS.TS. Tạ Mạnh Cường
http://www.cardionet.vn