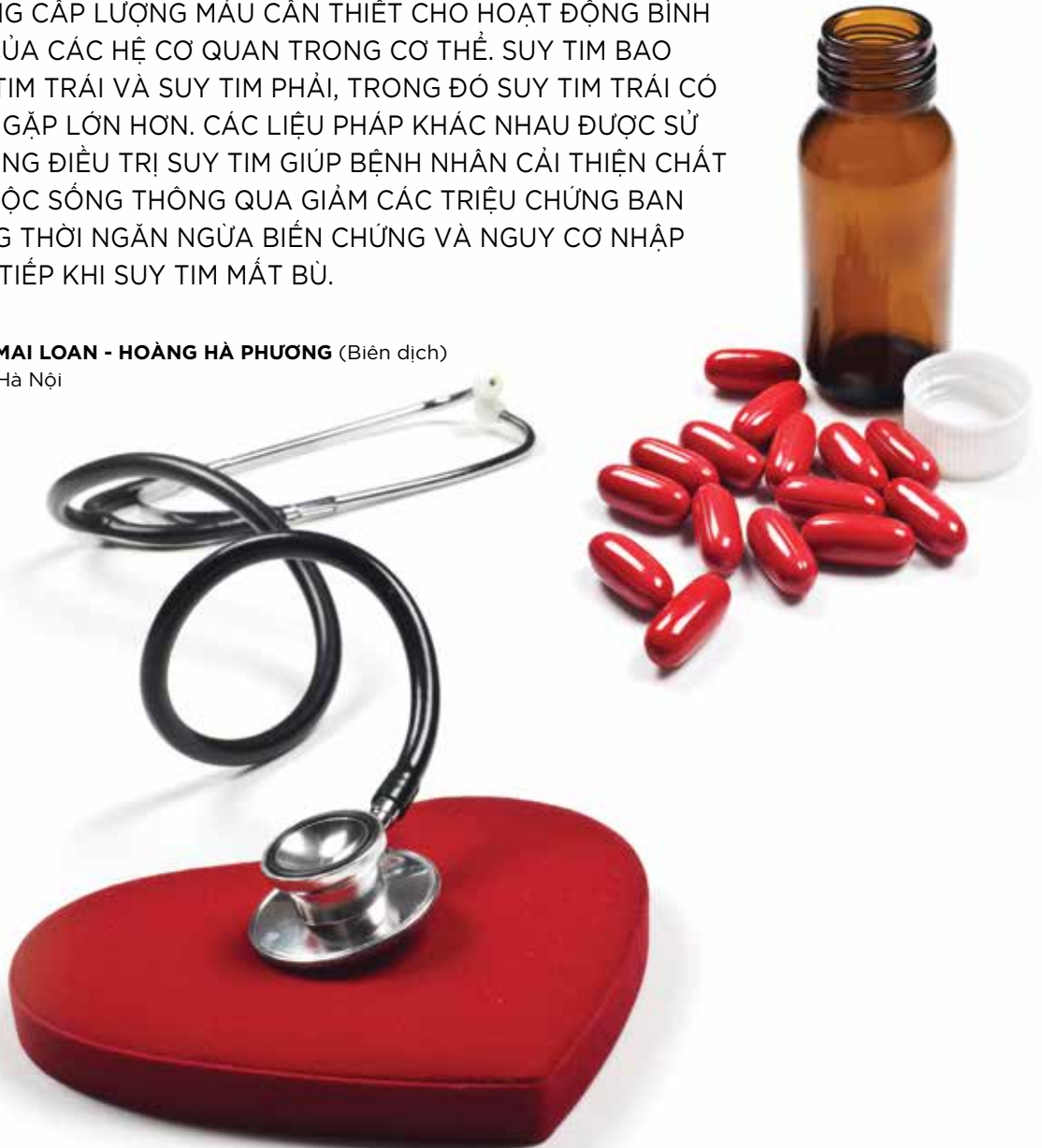




# VAI TRÒ CỦA DƯỢC SĨ TRONG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY TIM

SUY TIM ĐƯỢC ĐỊNH NGHĨA LÀ TÌNH TRẠNG TIM KHÔNG ĐỦ KHẢ NĂNG CUNG CẤP LƯỢNG MÁU CẦN THIẾT CHO HOẠT ĐỘNG BÌNH THƯỜNG CỦA CÁC HỆ CƠ QUAN TRONG CƠ THỂ. SUY TIM BAO GỒM SUY TIM TRÁI VÀ SUY TIM PHẢI, TRONG ĐÓ SUY TIM TRÁI CÓ TẦN SUẤT GẤP LỚN HƠN. CÁC LIỆU PHÁP KHÁC NHAU ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ SUY TIM GIÚP BỆNH NHÂN CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG THÔNG QUA GIẢM CÁC TRIỆU CHỨNG BAN ĐẦU, ĐỒNG THỜI NGĂN NGỪA BIẾN CHỨNG VÀ NGUY CƠ NHẬP VIỆN LIÊN TIẾP KHI SUY TIM MẮT BÙ.

**NGUYỄN THỊ MAI LOAN - HOÀNG HÀ PHƯƠNG** (Biên dịch)  
Đại học Dược Hà Nội



**D**o tỷ lệ người cao tuổi trong kết cấu dân số ngày càng cao, tỷ lệ mắc suy tim đang tăng lên theo thời gian. Ước tính hiện có 2,3% người dân Pháp mắc suy tim. Đây cũng là một trong những nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở bệnh nhân trên 65 tuổi.

**ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ SUY TIM**

Suy tim làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và là bệnh lý đứng thứ 3 trong mức chi phí dành cho các bệnh tim mạch. Suy tim ảnh hưởng đến tiên lượng sống của bệnh nhân; tỷ lệ này giảm từ 66% trong năm đầu tiên xuống còn 30% sau 8 năm.

**Suy tim tâm thu, suy tim tâm trương hay suy tim toàn bộ**

Rối loạn chức năng tổng máu của tâm thất là đặc điểm đặc trưng của suy tim tâm thu với phân suất tổng máu (EF) giảm (<40%, tỷ lệ này ở người trưởng thành khỏe mạnh là 50-70%). EF là một trong những thông số thường được các bác sĩ sử dụng để đánh giá hiệu quả điều trị. Ngoài ra cũng có trường hợp suy tim với phân suất tổng máu bảo tồn (>50%), đặc trưng cho sự giảm khả năng giãn của tâm thất, kéo theo giảm khả năng đổ đầy tâm thất. Mặc dù tim bơm máu tốt nhưng dung tích máu không đủ nên không thể đáp ứng nhu cầu cần thiết của các cơ quan. Tình trạng này thường gọi là suy tim tâm trương.

Cuối cùng, một số bất thường của van tim (van hai lá, van ba lá) là nguyên nhân gây suy tim toàn bộ, được đặc trưng bởi sự chảy ngược dòng máu từ tâm thất về tâm nhĩ trong giai đoạn tâm thu. Mức độ nghiêm trọng phụ thuộc vào độ rò rỉ máu qua van tim.

**Suy giảm khả năng bơm máu của tim**

Suy tim có thể được xem như sự suy giảm khả năng bơm máu của tim do hoạt động quá mức trong thời gian dài. Hiện tượng này làm tăng áp lực trong giai đoạn làm đầy tâm thất (tiền gánh) và tổng máu (hậu gánh). Mặc dù có những cơ chế thích nghi khác nhau (bảng 1), tim vẫn phải chịu áp lực này trong một thời gian dài để đảm bảo lưu lượng máu bình thường và cuối cùng dẫn đến phì đại. Các cơ chế thích nghi mang lại lợi ích trong khoảng thời gian đầu nhưng dần dần trở nên có hại, đặc biệt khi cơ thể trong tình trạng gắng sức, làm tăng sự co mạch tiềm ẩn thông qua kích hoạt các hệ thống điều hòa phụ thuộc hormone (adrenalin, aldosteron, angiotensin).

**Bảng 1: Các cơ chế bù trừ chính trong suy tim**

CƠ CHẾ BÙ TRỪ	TÁC DỤNG BẤT LỢI
Tăng tiền gánh: Giữ muối natri (Na+) và nước (H <sub>2</sub> O)	Tắc nghẽn phổi (phù phổi): tăng hoạt động của tim
Co mạch: Duy trì huyết áp	Tăng hậu gánh
Tăng nhịp tim: Hoạt hóa hệ giao cảm	Tăng hoạt động của tim và tăng nhịp thất
Phì đại thất, "tái cấu trúc" tim: Giãn tâm thất	Tăng mức độ loạn nhịp tim, thiếu máu cục bộ cơ tim, xơ hóa cơ tim, rối loạn chức năng tâm trương và tâm thu

**Bảng 2: Phân loại mức độ suy tim theo Hội Tim mạch New York (NYHA)**

ĐỘ	ĐẤU HIỆU LÂM SÀNG
I	Không hạn chế vận động thể lực: Vận động thể lực thông thường không gây mệt, khó thở hoặc đánh trống ngực trên bệnh nhân.
II	Suy tim hạn chế nhẹ vận động thể lực: Bệnh nhân vẫn khỏe khi nghỉ ngơi, tuy nhiên hoạt động thể lực thông thường dẫn đến mệt, hồi hộp, khó thở hoặc đau ngực.
III	Suy tim hạn chế nhiều vận động thể lực: Mặc dù bệnh nhân vẫn khỏe khi nghỉ ngơi nhưng chỉ cần hoạt động thể lực nhẹ đã có biểu hiện triệu chứng cơ năng.
IV	Không vận động thể lực cũng gây khó chịu cho bệnh nhân. Triệu chứng cơ năng của suy tim xảy ra ngay cả khi nghỉ ngơi và chỉ vận động thể lực nhẹ, triệu chứng cơ năng gia tăng.

Suy tim thường là bệnh lý thứ phát trên nền bệnh nhân tăng huyết áp không được kiểm soát hiệu quả, suy mạch vành, đái tháo đường typ 2 hoặc nhồi máu cơ tim.

**CHẨN ĐOÁN**

Chẩn đoán suy tim phải dựa trên các triệu chứng lâm sàng kết hợp với kết quả xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. Đây cũng là căn cứ để phân loại mức độ suy tim (bảng 2).

**Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng của suy tim rất đa dạng, bao gồm: khó thở, ran phổi, khó thở khi gắng sức, ho ra máu, suy nhược, đau bụng, chán ăn, phù ngoại vi, có dấu hiệu phản hồi gan - tĩnh mạch cổ (thường gặp trong suy tim phải), lạnh chân tay, nhịp tim nhanh.

**Xét nghiệm**

Các kết quả xét nghiệm có thể cho thấy tình trạng thiếu máu và suy thận.

Định lượng nồng độ N-terminal pro-Brain natriuretic peptide (NT-proBNP) trong máu cho phép chẩn đoán suy tim đồng thời có giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong và các biến cố tim mạch nghiêm trọng.



SUY TIM THƯỜNG LÀ BỆNH LÝ THỨ PHÁT TRÊN NỀN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP KHÔNG ĐƯỢC KIỂM SOÁT HIỆU QUẢ, SUY MẠCH VÀNH, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 HOẶC NHỒI MÁU CƠ TIM.



NT-proBNP là một protein thuộc nhóm peptid lợi niệu thải natri, được tổng hợp khi tâm thất giãn. Tỷ lệ NT-proBNP thay đổi theo độ tuổi, chức năng thận và trên bệnh nhân béo phì. Suy tim được chẩn đoán khi nồng độ NT-proBNP vượt qua giới hạn sau:

- >400 pg/ml (với bệnh nhân <50 tuổi);
- >900 pg/ml (với bệnh nhân 50-75 tuổi);
- >1800 pg/ml (với bệnh nhân >75 tuổi).

#### **Chẩn đoán hình ảnh**

- *Chụp X-quang ngực* là một tiêu chuẩn quan trọng để xác định mức độ phì đại cơ tim hay phù phổi. Tuy nhiên, cần có thêm những xét nghiệm khác để chẩn đoán xác định.

- *Siêu âm* được sử dụng phổ biến, cho kết quả tương đối chính xác về mức độ giãn cơ tim, thể tích tổng máu của tâm nhĩ và tâm thất cũng như mức độ rò rỉ máu qua van tim.

- *Chụp cộng hưởng từ (MRI)* là một biện pháp mới được áp dụng, cho phép chẩn đoán chính xác hơn siêu âm, giúp đánh giá khả năng tổng máu của tâm nhĩ và tâm thất cũng như mức độ giãn tâm thất. MRI cung cấp hình ảnh rõ nét về các bất thường, đặc biệt là hình ảnh mô sau nhồi máu hoặc trong trường hợp thiếu máu cục bộ.

#### **ĐIỀU TRỊ**

Phác đồ điều trị suy tim tương đối phức tạp. Việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ như đái tháo đường, tăng huyết áp hay rối loạn lipid máu có thể làm chậm tiến triển bệnh và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân.

#### **Các biện pháp hạn chế tình trạng giữ nước**

Bệnh nhân mắc suy tim cần hạn chế lượng muối đưa vào (5-6 g muối/ngày).

- *Sử dụng thuốc lợi tiểu, ưu tiên lợi tiểu quai (furosemid)* đã cho thấy hiệu quả ở những bệnh nhân có tình trạng giữ nước. Thuốc làm giảm phù và giảm tình trạng tắc nghẽn phổi thông qua giảm tiền gánh. Tuy nhiên, sử dụng các thuốc này trong giai đoạn muộn không có hiệu quả. Cần điều chỉnh liều dùng của thuốc dựa trên các xét nghiệm thường quy được thực hiện đều đặn (xét nghiệm điện giải và các thông số phản ánh chức năng thận). Trên thực tế, hạ natri máu có thể gây ra suy tim cấp. Do đó, bác sĩ cần cân nhắc giảm liều thuốc lợi tiểu khi xuất hiện tình trạng tăng creatinin huyết tương.

- *Thuốc lợi tiểu thiazid* có thể được cân nhắc sử dụng với liều thấp để hiệp đồng tác dụng với thuốc lợi tiểu quai hoặc ở những bệnh nhân giữ nước mức độ nhẹ đến trung bình. Cần theo dõi các chỉ số xét nghiệm sinh hóa và tác dụng không mong muốn tiềm ẩn của thuốc như hạ huyết áp.

- *Các thuốc đối kháng aldosteron và eplerenon* ức chế tái hấp thu natri (Na+) và bài tiết kali (K+). Các thuốc này đã được chứng minh có hiệu quả làm giảm tỷ lệ nhập viện và tỷ lệ tử vong của bệnh nhân.

#### **Giảm gánh nặng cho tim và ức chế hoạt hóa hệ renin-angiotensin**

- *Sử dụng thuốc ức chế men chuyển* trong giai đoạn đầu giúp cải thiện hoạt động của tim và giảm phì đại thất bằng cách làm giảm cả tiền gánh và hậu gánh. Những thuốc này cũng làm giảm nồng độ aldosteron chịu trách nhiệm cho quá trình "tái cấu trúc" tim (*lưu ý 1*). Sử dụng các thuốc ức chế men chuyển giúp giảm tỷ lệ tử vong 20-30% so với placebo. Lợi ích của thuốc được thể hiện ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh (suy tim độ I, II, III, IV).

Tương tự các thuốc lợi tiểu, khi sử dụng thuốc ức chế men chuyển, cần theo dõi nồng độ điện giải (do nguy cơ tăng kali) và chức năng thận của bệnh nhân.

- *Trong trường hợp bệnh nhân không dung nạp thuốc*, có thể sử dụng các thuốc chặn thụ thể angiotensin II (ARB) thay thế thuốc ức chế men chuyển với hiệu quả tương tự.

#### **Lưu ý 1: Phì đại tim và hiện tượng "tái cấu trúc" tim**

- **Phì đại tim** được định nghĩa là hiện tượng tăng khối lượng tâm thất đặc trưng bởi sự chết tế bào xảy ra với các tế bào cơ tim hoặc sự thay đổi kích thước (tăng lên) và thay đổi chức năng (mất sự co bóp) của cơ tim. Cấu trúc ngoại bào liên kế cũng có thay đổi đột ngột khác nhau, đặc biệt là tổ chức xơ do sự mất dần collagen, từ đó dẫn đến phá hủy tổ chức mô và cuối cùng là mất đi tính co bóp đàn hồi của tim.

- **Tất cả những thay đổi khác gọi là "tái cấu trúc" tim.** Hiện tượng này không phải đặc trưng cho suy tim vì đã được tìm thấy trong một số bệnh lý tim mạch khác như sau nhồi máu cơ tim.

### Lợi ích của thuốc chẹn beta giao cảm

Việc sử dụng các thuốc chẹn beta giao cảm trước đây được cho là không phù hợp vì thuốc có tác dụng làm giảm co bóp của tim, do đó cần tránh sử dụng thuốc trong giai đoạn đầu. Tuy nhiên, khi sử dụng với liều thấp, một số thuốc chẹn beta như carvedilol, bisoprolol, metoprolol hay nebivolol giúp cải thiện thời gian nghỉ cho tâm thất và thúc đẩy sự co cơ tim tốt hơn trong giai đoạn tâm thu cũng như ngăn cản tác động tiêu cực của hệ giao cảm trong trường hợp bệnh nhân suy tim. Các thuốc này đã được chứng minh có hiệu quả trong việc làm giảm tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Tuy nhiên, các thuốc này cần được giám sát chặt chẽ bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch để tránh nguy cơ chậm nhịp tim, hạ huyết áp hoặc tác dụng giảm co bóp cơ tim, đặc biệt khi dùng liều cao.

Kết hợp các liệu pháp điều trị khác nhau có thể giúp cải thiện được 10-15% phân suất tống máu trong vòng 3-6 tháng, giúp giảm các triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

### Các thuốc khác có thể sử dụng

- Digoxin hiện nay ít được sử dụng nhưng vẫn thích hợp cho bệnh nhân loạn nhịp trên thất (rung nhĩ). Do thuốc có cửa sổ điều trị hẹp, cần theo dõi và kiểm tra nồng độ thuốc trong máu thường xuyên để tránh độc tính. Digoxin có nguy cơ tương tác với nhiều thuốc nên thường hạn chế sử dụng, đặc biệt với những bệnh nhân sử dụng nhiều thuốc đồng thời.

- Các thuốc kháng vitamin K hoặc thuốc chống đông đường uống được chỉ định trên bệnh nhân rung nhĩ không có tổn thương van tim.

- Các thuốc chống loạn nhịp hầu như bị chống chỉ định. Amiodaron là một trong số các thuốc được sử dụng nhiều nhất. Việc sử dụng thuốc này cần được giám sát bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch để đánh giá các tác dụng không mong muốn

tiềm ẩn (chậm nhịp tim quá mức).

- Thuốc chẹn kênh calci bị chống chỉ định do ảnh hưởng tiêu cực đến sự co bóp cơ tim, có thể gây ra suy tim mất bù. Trong trường hợp suy tim đã được điều trị ổn định, amlodipin có thể được sử dụng để điều trị tăng huyết áp.

### VAI TRÒ CỦA DƯỢC SĨ

Bệnh nhân suy tim mạn cần được theo dõi chặt chẽ do có nhiều yếu tố nguy cơ kết hợp và thường có nhiều biến chứng. Dược sĩ đóng vai trò đồng hành với bệnh nhân trong quá trình điều trị và cần có các biện pháp chăm sóc được hiệu quả.

### Giám sát sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân

Bệnh nhân suy tim thường là người cao tuổi, sử dụng đồng thời nhiều thuốc. Hiệu quả điều trị phụ thuộc vào việc tuân thủ điều trị và quá trình chăm sóc bệnh nhân. Chỉ tiêu đầu tiên để đánh giá tuân thủ là việc tái khám và lĩnh thuốc định kỳ để tuân thủ phác đồ. Trong quá trình cấp phát thuốc và tư vấn, cần đánh giá các yếu tố làm cản trở tuân thủ điều trị của bệnh nhân:

- Bệnh nhân không hiểu rõ về lịch uống thuốc (số lượng và thời điểm uống thuốc).

- Bệnh nhân có khó khăn về nhận thức (giảm trí nhớ, đang trong tình trạng lo lắng hoặc trầm cảm).

- Bệnh nhân không có điều kiện trao đổi kỹ lưỡng với bác sĩ.

- Bệnh nhân cảm thấy chán nản khi theo lộ trình điều trị.

Tất cả các khía cạnh này cần được xem xét thường xuyên để hiểu rõ khó khăn của bệnh nhân, từ đó dược sĩ có thể đề xuất biện pháp khắc phục như đặt chuông báo giờ uống thuốc, sử dụng hộp chia thuốc theo ngày, ...



VỚI MỖI LẦN ĐỔI PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MỚI, BỆNH NHÂN CẦN ĐƯỢC GIÁM SÁT ĐẦY ĐỦ ĐỂ PHÁT HIỆN CÁC DẤU HIỆU BẤT THƯỜNG NHẪM CÓ CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP Y TẾ KỊP THỜI.

**CHÚC MỪNG**  
**KỶ NIỆM 21 NĂM THÀNH LẬP**  
**CỤC QUẢN LÝ DƯỢC BỘ Y TẾ**  
**13/8/1996 - 13/8/2017**



**BIOPHARCO®**

CÔNG TY CỔ PHẦN VẮC XIN VÀ SINH PHẨM NHA TRANG

VP: 26 Hàn Thuyên - Nha Trang - Khánh Hòa  
Nhà máy GMP: Suối Tân - Cam Lâm - Khánh Hòa

Điện thoại liên hệ:  
**0258.3813067**

Email:  
**biopharco@dng.vnn.vn**



### **Cung cấp kiến thức cho bệnh nhân và theo dõi tiến triển của bệnh**

Bác sĩ có thể trao đổi để giúp bệnh nhân hiểu rõ hơn về bệnh suy tim mà họ mắc phải, những triệu chứng thường gặp hoặc những dấu hiệu cảnh báo (khó thở, mệt mỏi không rõ nguyên nhân, gặp khó khăn khi hoạt động gắng sức như leo cầu thang, ...).

Cán bộ y tế có thể hướng dẫn bệnh nhân sử dụng máy đo huyết áp điện tử để tự theo dõi huyết áp tại nhà và nhận biết tình trạng giữ nước. Nếu bệnh nhân tăng trên 1 kg cân nặng trong 1 tuần cần tham khảo ý kiến bác sĩ để loại trừ những vấn đề liên quan đến suy tim.

Nhiều thuốc được sử dụng trong điều trị suy tim cần phải được giám sát chặt chẽ nồng độ trong dịch sinh học. Bác sĩ phải đảm bảo thực hiện tốt quá trình giám sát này để tránh các biến chứng. Ngoài ra, cần theo dõi nồng độ các chất điện giải trong máu thường xuyên như natri, kali và creatinin (khi sử dụng các thuốc ức chế men chuyển, chẹn thụ thể angiotensin II và thuốc lợi tiểu).

### **Vai trò của các thiết bị y tế trong điều trị suy tim**

Cấy máy khử rung tim tự động là một liệu pháp điều trị khả thi khi phân suất tống máu giảm xuống dưới 35%. Lợi ích chính của thiết bị này là ngăn chặn các trường hợp đột tử ở những bệnh nhân suy tim (chiếm trên 30% các trường hợp tử vong) và các bất thường trong

dẫn truyền điện tim (chiếm 25-50% các trường hợp suy tim nghiêm trọng). Những bất thường này thường xảy ra ở tâm thất và là nguyên nhân gây rối loạn quá trình làm đầy tâm thất hoặc gây rối loạn co bóp tim.

Khi phát hiện tình trạng nhịp tim nhanh ở mức độ nhẹ đến trung bình, thiết bị có thể phát ra một xung động điện tương tự để ngăn chặn hiện tượng này. Trong trường hợp nhịp nhanh mức độ nặng, thiết bị có thể tạo ra một cú sốc điện để điều chỉnh nhịp tim. Sau đó, bệnh nhân cần đến khám ngay tại cơ sở y tế chuyên khoa tim mạch để phân tích, đánh giá lại.

### **Lợi ích của việc giáo dục điều trị cho bệnh nhân**

Bộ Y tế Pháp (HAS) đã soạn thảo sổ tay chương trình giáo dục điều trị cho bệnh nhân (ETP), áp dụng cho các bệnh nhân suy tim, từ đó xác định các chủ đề bắt buộc bao gồm:

- Nhận biết được những dấu hiệu cảnh báo và xử trí thích hợp;
- Tuân thủ đều đặn chế độ dùng thuốc;
- Điều chỉnh các hoạt động thể chất;
- Tuân thủ chế độ dinh dưỡng được khuyến cáo;
- Tổ chức giám sát y tế và hỗ trợ bệnh nhân.

Tất cả các chương trình của ETP có sẵn cho mỗi vùng trên trang thông tin điện tử của Cơ quan Y tế Vùng (ARS) liên quan. Thông thường, các chương trình này phụ thuộc vào mạng lưới bệnh viện. Trong tương lai, những chương trình này sẽ được mở rộng hơn trong điều trị ngoại trú và tại các nhà thuốc.

### **KẾT LUẬN**

Điều trị suy tim cần phải đặc biệt chú ý bởi đây là bệnh lý tiến triển theo thời gian.

Những liệu pháp điều trị sẵn có hiện nay giúp làm chậm tối đa sự tiến triển bệnh. Do đó, với mỗi lần đổi phác đồ điều trị mới, bệnh nhân cần được giám sát đầy đủ để phát hiện các dấu hiệu bất thường nhằm có các biện pháp can thiệp y tế kịp thời.

Cán bộ y tế cần khuyến khích bệnh nhân thay đổi lối sống và tuân thủ chế độ ăn đã được khuyến cáo: Tránh chế độ ăn nhiều muối và tăng cường hoạt động thể chất thường xuyên để duy trì hệ tim mạch ở trạng thái khỏe mạnh.♦