HƯỚNG DẪN DỰ PHÒNG TIÊN PHÁT BỆNH TIM MẠCH Ở PHỤ NỮ

Bs.CKII : Nguyễn Thanh Hiền

DÀN BÀI

- Đặt vấn đề:
- ch ở phụ nữ:
- Kế hoạch dự phòng:
  - Mục tiêu, kế hoạch thực hiện.
  - Các biện phân tầng nguy cơ.
  - Cách tiếp cận.
- Biện pháp dự phòng:
  - Can thiệp YTNC.
  - Can thiệp theo mức nguy cơ từng người.

ĐẶT VẤN ĐỀ

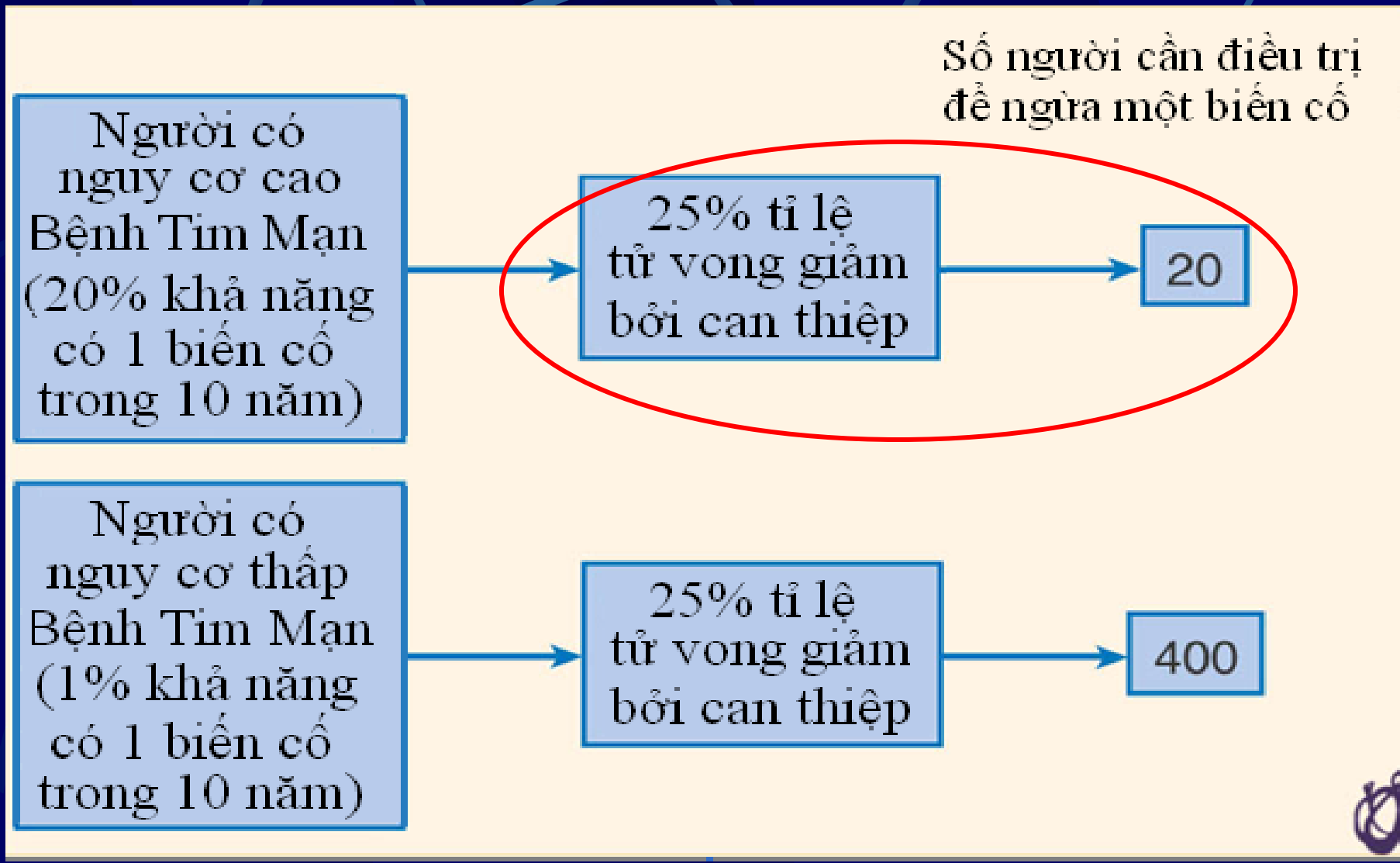
- ĐỊNH NGHĨA:

Dự phòng tiên phát là chăm sóc (management) lâu dài những người ở mức nguy cơ cao hơn nhưng chưa có bằng chứng bị bệnh tim mạch.

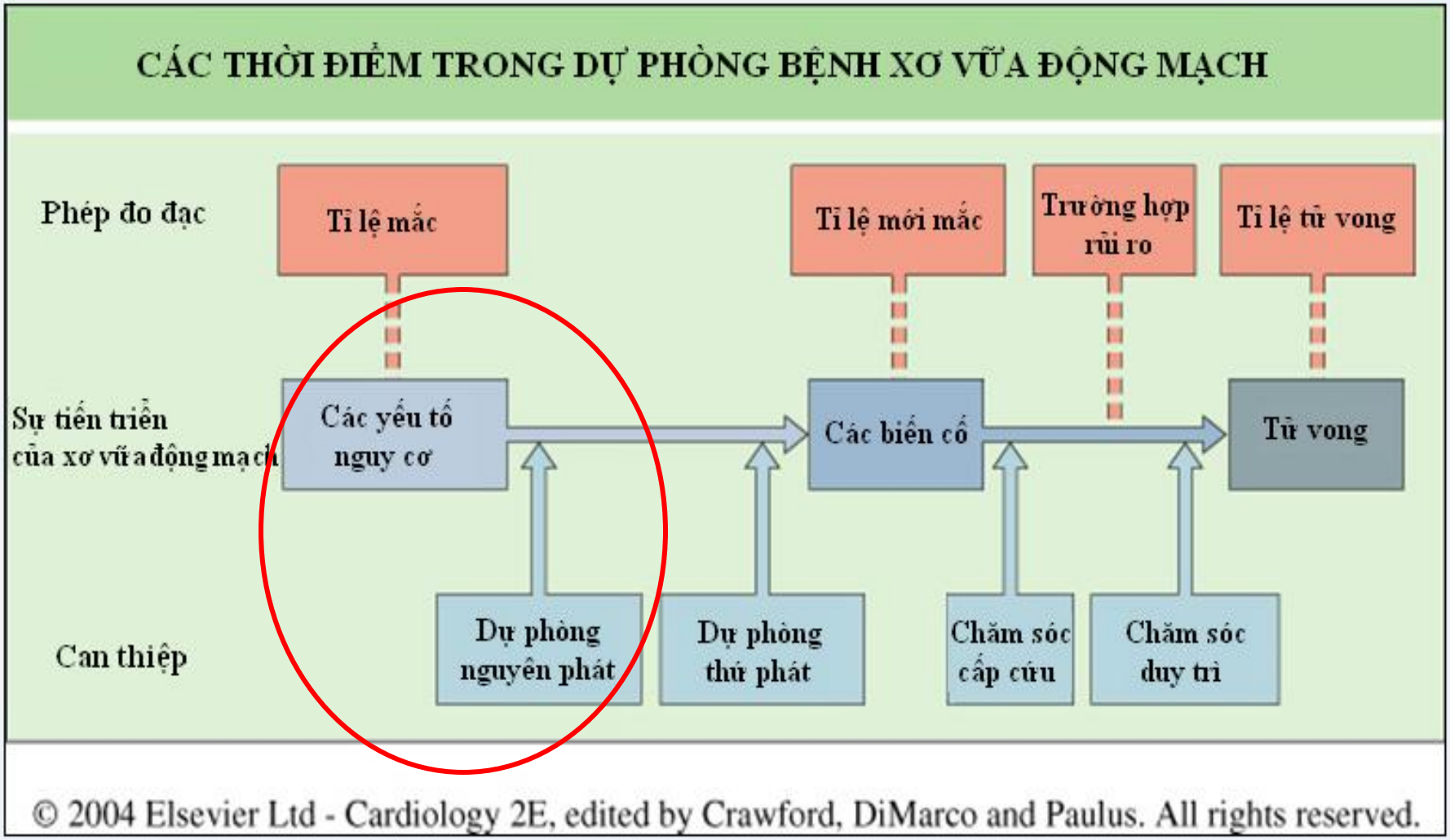
Bao gồm:

- ✓ *Nhồi máu cơ tim.*
- ✓ *Cơn đau thắt ngực.*
- ✓ *(stroke).*
- ✓ *Bệnh mạch máu ngoại biên).*

ĐẶT VẤN ĐỀ (tt...)


Số người cần điều trị
để ngừa một biến cố
Người có nguy cơ cao Bệnh Tim Mạn (20% khả năng có 1 biến cố trong 10 năm)
25% tỉ lệ tử vong giảm bởi can thiệp
20
Người có nguy cơ thấp Bệnh Tim Mạn (1% khả năng có 1 biến cố trong 10 năm)
25% tỉ lệ tử vong giảm bởi can thiệp
400

ĐẶT VẤN ĐỀ (tt...)


CÁC THỜI ĐIỂM TRONG DỰ PHÒNG BỆNH XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH
Phép đo đạc
Tỉ lệ mắc
Tỉ lệ mới mắc
Trường hợp rủi ro
Tỉ lệ tử vong
Sự tiến triển của xơ vữa động mạch
Các yếu tố nguy cơ
Các biến cố
Tử vong
Can thiệp
Dự phòng nguyên phát
Dự phòng thứ phát
Chăm sóc cấp cứu
Chăm sóc duy trì
© 2004 Elsevier Ltd - Cardiology 2E, edited by Crawford, DiMarco and Paulus. All rights reserved.

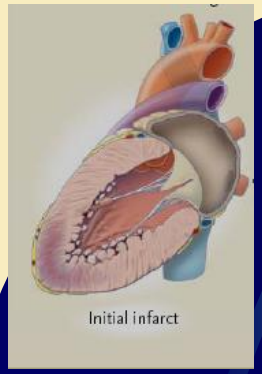
CHUỖI CÁC BIẾN CỐ GÂY RA BỆNH TIM GIAI ĐOẠN CUỐI

Nguy cơ tim mạch
ĐTĐ
THA
Hút thuốc
RL lipid máu

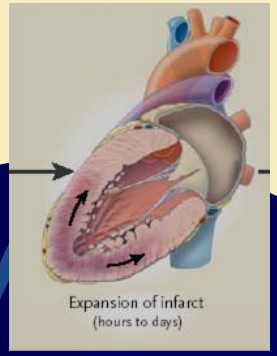
Xơ vữa mạch

NMCT

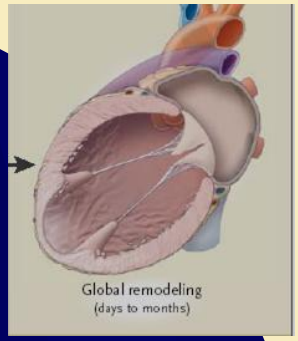
Tái cấu trúc



Giãn thất/
RL chức năng



Suy tim ứ huyết



Bệnh tim giai đoạn cuối

Tử vong tim mạch

Adapted from Dzau, Braunwald. *Am Heart J* 1991;121:1244–1263

ĐẶT VẤN ĐỀ (tt...)

- Bệnh tim mạch là nguy cơ tử vong hàng đầu ở cả nam và nữ ở Mỹ. Chết đột ngột do tim đang tăng dần ở người dưới 35 tuổi.
- Ít nhất 25% bệnh nhân bị bệnh mạch vành chết đột ngột hay nhồi máu cơ tim không tử vong là không có dấu hiệu báo trước.
- ***Bệnh nhân bệnh mạch vành không triệu chứng có thể có lợi từ các biện pháp dự phòng tiên phát tích cực.***
- ***Tại Mỹ, > ½ triệu PN tử vong do BMV/năm (> nam) với > 2/3 không có dấu hiệu báo trước → dự phòng là cần thiết.***

Greenland.P et all.Circulation.2001;104:1863-1867.

U.S.Preventive Services Task Force. Ann Intern Med.2004;140:569-572.

Đặc Điểm BTM Ở Phụ Nữ

Tầm quan trọng BT TMCB/phụ nữ

- Tần suất, triệu chứng cơ năng, sinh lý bệnh: khác biệt giữa nam và nữ
- Tử vong BTTMCB/ năm: 455.000/nữ
  410.000/nam
- Nữ 1/2,6 tử vong do BTTMCB: 1/4,6 tử vong do ung thư

NGUYÊN NHÂN TỬ VONG CỦA PHỤ NỮ TẠI HOA KỲ - 2001

Tuổi (năm)	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	≥ 85	
Số ca tử vong ở tất cả các nguyên nhân	12,926	33,510	63,217	99,181	189,379	361,187	447,998	1,233,004
PHẦN TRĂM TRONG TỔNG SỐ TỬ VONG								
Bệnh tim	8.4	11.9	16.0	20.1	34.5	30.0	38.2	29.3
Ung thư	16.5	27.7	38.7	41.3	24.1	22.0	9.8	21.6
Bệnh mạch-não	2.2	3.7	4.3	4.4	5.8	9.0	10.7	8.1
Bệnh phổi mạn tính	1.1	1.5	2.6	5.5	7.9	6.7	3.7	5.1
Đái tháo đường	2.0	2.3	3.5	4.4	4.4	3.6	2.2	3.1
Bệnh Alzheimer					1.0	3.3	5.4	3.1
Các tai nạn	21.3	12.9	5.7	2.5	1.6	1.7	1.7	2.9
Giết người/ tự tử	14.8	7.7	3.3	0.8	<0.4	<0.7	<0.7	<0.6

Yếu tố nguy cơ BTTMCB/ Nữ

- > 80% nữ tuổi trung niên có ≥ 1 YTNC tim*
- ≥ 50 tuổi: cholesterol nữ > nam
- Tăng triglyceride máu: YTNC độc lập và mạnh ở nữ so với nam**
- Nữ ĐTĐ tử vong vì BTTMCB > nam ĐTĐ***
- Mãn kinh: nữ thường có nhiều YTNC béo phì, THA, rối loạn lipid máu

Đặc Điểm BTM Ở Phụ Nữ: RLMM

- PN trước mạn kinh có TC thấp hơn so với nam cùng tuổi.
- Trong thời kỳ mạn kinh: LDL-C tăng 2mg/dl/năm giữa tuổi 40-60.
- Sau mạn kinh: TC tăng 10-20 mg/dl so với tuổi.
- PN có xu hướng tăng HDL-C cao hơn.
- Tỉ lệ TG tăng/ HDL-C thấp cao hơn nam (HC chuyển hoá nhiều hơn).

Foody.JM et al: Primary Prevention in woman:The Role of lipid. CME/CE 25/9/2009. Medscape CME Cardiology.

Yếu tố nguy cơ mới BTTMCB/ Nữ

- hs- CRP ↑: nữ > nam
- Các yếu tố viêm khác
- Tắt kinh, thiếu oestrogene, rối loạn kinh nguyệt, rối loạn hạ đồi: tăng xơ vữa động mạch/nữ

Kế hoạch dự phòng

Mục tiêu can thiệp

Giảm tỉ lệ bệnh tật và tử vong do bệnh tim mạch với tác dụng phụ tối thiểu

Kế Hoạch Dự Phòng

- Ai cần dự phòng?
- Thời điểm ?
- Dự phòng như thế nào?

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ BTM Ở BỆNH NHÂN KHÔNG TRIỆU CHỨNG

Các vấn đề cần xác định:

- ✓ Yếu tố nguy cơ mạch vành (đặc biệt tiểu đường).
- ✓ Tiền sử:
  - -Nhồi máu cơ tim,đau ngực, suy tim.
  - -Bệnh mạch máu ngoại vi, đột quỵ, suy thận,...
- ✓ Hội chứng chuyển hóa.
- ✓ Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm.
- ✓ Tình trạng gắng sức.
- ✓ Bệnh kết hợp.

Crawford.M.H. et all.Cardiology.2004:35.

KẾ HOẠCH THỰC HIỆN

Đánh giá nguy cơ	Đề nghị
Tầm soát yếu tố nguy cơ Mục đích: Biết mức độ và ý nghĩa của các yếu tố nguy cơ	**Bắt đầu từ hơn 20 tuổi** Mỗi năm: Tiền sử gia đình mắc CHD Thuốc lá,rượu, chế độ ăn, hoạt động thể lực Mỗi hai năm: HA,BMI, vòng eo, mạch. Mỗi 5 năm(nếu có YTNC,mỗi 2 năm hay khi có bất thường): CholesterolTP, HDL, ĐH

Pearson.T.A et all.Circilation 2002;106:338-391

KẾ HOẠCH THỰC HIỆN

Đánh giá nguy cơ	Đề nghị
Đánh giá nguy cơ toàn bộ: Đối tượng: Mọi người ≥40 tuổi Mục tiêu: Càng thấp càng tốt	Mỗi 5 năm(hay sớm hơn,2 năm nếu YTNC thay đổi): - Người hơn 40 tuổi - ≥ 2 YTNC Sử dụng các YTNC theo qui định Tiểu đường hay nguy cơ toàn bộ ≥ 20%: tương đương BMV

Pearson.T.A et all.Circilation 2002;106:338-391

Kế hoạch dự phòng

- BN không triệu chứng:
  - Thang điểm Framingham
  - Raynolds
  - ...
- BN có triệu chứng:
  - Bảng phân tầng nguy cơ theo Braunwald

THEO FRAMINGHAM

Estimate of 10-Year Risk for Women
(Framingham Point Scores)

Age (yr)	Points
20–34	−7
35–39	−3
40–44	0
45–49	3
50–54	6
55–59	8
60–64	10
65–69	12
70–74	14
75–79	16

Total cholesterol (mg/dl)	Points				
	Age: 20–39	40–49	50–59	60–69	70–79
<160	0	0	0	0	0
160–199	4	3	2	1	1
200–239	8	6	4	2	1
240–279	11	8	5	3	2
≥280	13	10	7	4	2

	Points				
	Age: 20–39	40–49	50–59	60–69	70–79
Nonsmoker	0	0	0	0	0
Smoker	9	7	4	2	1

HDL (mg/dl)	Points
≥60	−1
50–59	0
40–49	1
<40	2

Systolic BP (mm Hg)	Points	
	If untreated	If treated
<120	0	0
120–129	1	3
130–139	2	4
140–159	3	5
≥160	4	6

Point total	10-Year risk %
<9	<1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	2
14	2
15	3
16	4
17	5
18	6
19	8
20	11
21	14
22	17
23	22
24	27
≥25	≥30

10-Year risk_____%

Greenland.P,Gaziano.J.M..N Engl J M 2003;349:465-73

ACCF/AHA 2009 Performance Measures for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults

Step 1

Age		
Years	LDL Pts	Chol Pts
30-34	-9	[-9]
35-39	-4	[-4]
40-44	0	[0]
45-49	3	[3]
50-54	6	[6]
55-59	7	[7]
60-64	8	[8]
65-69	8	[8]
70-74	8	[8]

Step 2

LDL - C		
(mg/dl)	(mmol/L)	LDL Pts
<100	<2.59	-2
100-129	2.60-3.36	0
130-159	3.37-4.14	0
160-190	4.15-4.92	2
≥190	≥4.92	2

Cholesterol		
(mg/dl)	(mmol/L)	Chol Pts
<160	<4.14	[-2]
160-199	4.15-5.17	[0]
200-239	5.18-6.21	[1]
240-279	6.22-7.24	[1]
≥280	≥7.25	[3]

Step 3

HDL - C			
(mg/dl)	(mmol/L)	LDL Pts	Chol Pts
<35	<0.90	5	[5]
35-44	0.91-1.16	2	[2]
45-49	1.17-1.29	1	[1]
50-59	1.30-1.55	0	[0]
≥60	≥1.56	-2	[-3]

Step 4

Blood Pressure					
Systolic (mm Hg)	Diastolic (mm Hg) <80	80-84	85-89	90-99	≥100
<120	-3 [-3] pts				
120-129		0 [0] pts			
130-139			0 [0] pts		
140-159				2 [2] pts	
≥160					3 [3] pts

+ Note: When systolic and diastolic pressures provide different estimates for point scores, use the higher number

Step 5

Diabetes		
	LDL Pts	Chol Pts
No	0	[0]
Yes	4	[4]

Step 6

Smoker		
	LDL Pts	Chol Pts
No	0	[0]
Yes	2	[2]

(determine CHD risk from point total)

Step 8

CHD Risk			
LDL Pts Total	10 Yr CHD Risk	Chol Pts Total	10 Yr CHD Risk
≤-2	1%	[≤-2]	[1%]
-1	2%	[-1]	[2%]
0	2%	[0]	[2%]
1	2%	[1]	[2%]
2	3%	[2]	[3%]
3	3%	[3]	[3%]
4	4%	[4]	[4%]
5	5%	[5]	[4%]
6	6%	[6]	[5%]
7	7%	[7]	[6%]
8	8%	[8]	[7%]
9	9%	[9]	[8%]
10	11%	[10]	[10%]
11	13%	[11]	[11%]
12	15%	[12]	[13%]
13	17%	[13]	[15%]
14	20%	[14]	[18%]
15	24%	[15]	[20%]
16	27%	[16]	[24%]
≥17	≥32%	[≥17]	[≥27%]

Circulation 2009, 120: 1296-1336

THANG ĐIỂM HIỆU CHỈNH CHO NỮ THEO REYNOLDS

Kiểu B, thang điểm nguy cơ Reynolds

Nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm (%) = $[1 - 0.98634^{(\exp[B - 22.323])}] \times 100\%$

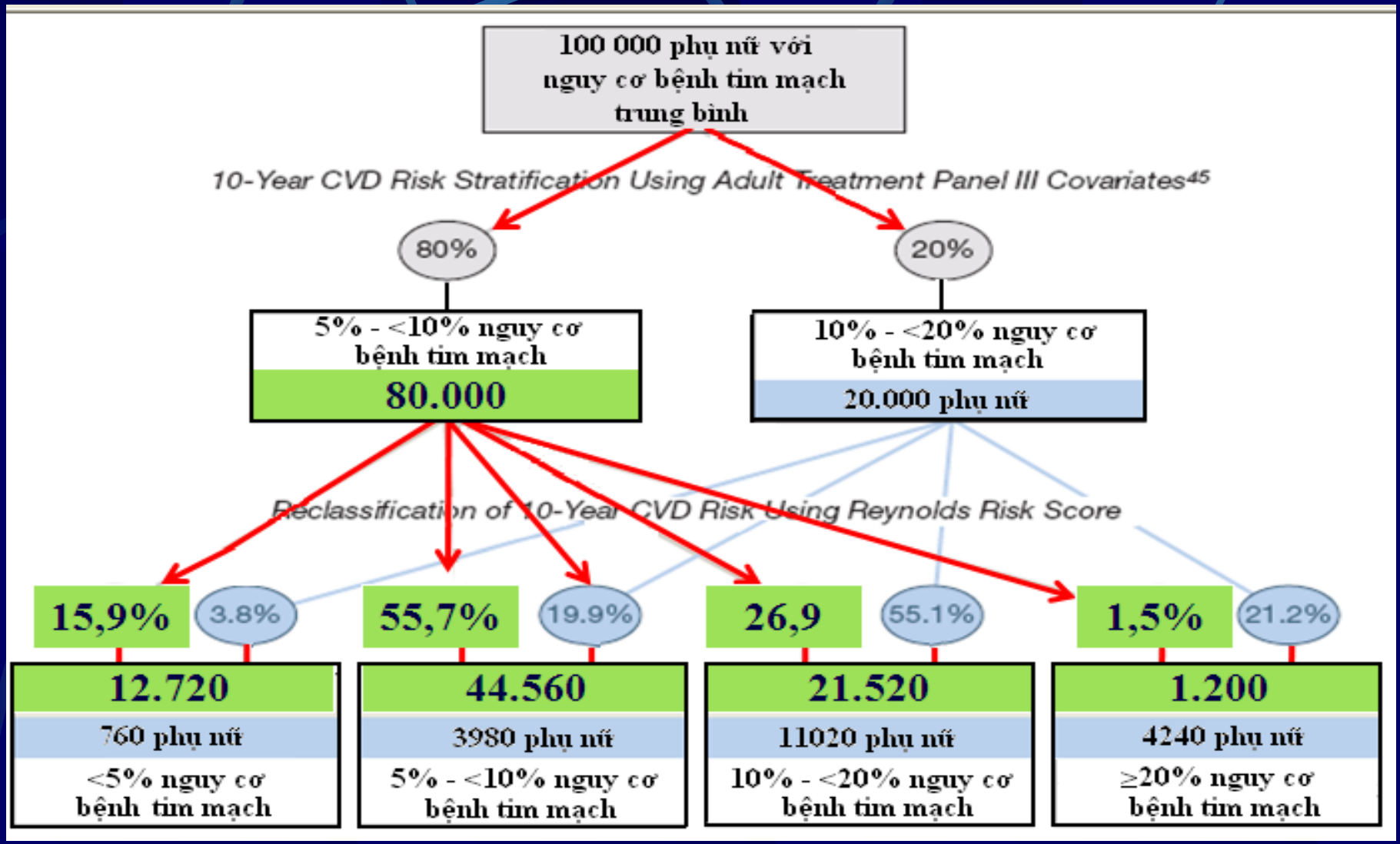
$B = 0.0799 \times$ tuổi $+ 3.137 \times \log$(huyết áp tâm thu) $+ 0.180 \times \log$(CRP độ nhạy cao)
$+ 1.382 \times \log$ (cholesterol toàn phần) $- 1.172 \times \log$(HDL-cholesterol)
$+ 0.134 \times$ hemoglobin A_{1c} (%) (nếu ĐTĐ) $+ 0.818$ (nếu đang hút thuốc)
$+ 0.438$ (nếu tiền căn gia đình có NMCT sớm)

Riker.PM: Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynolds risk score. JAMA 2007; 297: 611-619.

Phân loại nguy cơ bệnh tim mạch ở nữ

Nguy cơ	Tiêu chuẩn
Cao	Bệnh mạch vành
	Bệnh mạch máu não
	Bệnh mạch máu ngoại biên
	Phình động mạch chủ bụng
	Bệnh thận giai đoạn cuối hay bệnh thận mạn
	Đái tháo đường
	> 20%
Có nguy cơ	**≥ 1 yếu tố nguy cơ tim mạch gồm:**
	Hút thuốc lá
	Chế độ ăn không tốt
	Ít hoạt động
	Mập, đặt biệt vòng bụng
	Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (bệnh mạch vành < 55 tuổi ở nam và < 65 tuổi ở nữ)
	Tăng huyết áp
	Rối loạn mỡ máu
	Bằng chứng tổn thương cơ quan dưới lâm sàng (vd: vôi hóa động mạch vành)
	Hội chứng chuyển hóa
	Khả năng gắng sức kém trên trắc nghiệm gắng sức và/hoặc bất thường hồi phục tần số tim sau gắng sức
Nguy cơ tối ưu	< 10% và lối sống khỏe, không có yếu tố nguy cơ

Thang điểm hiệu chỉnh cho nữ của Reynolds



Riker.PM: Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynolds risk score. JAMA 2007; 297: 611-619.

KHẢ NĂNG BỊ BĐMV (PRETEST PROBABILITY): DÙNG CHO BN CÓ ĐAU NGỰC

Tuổi	Đau ngực không do BĐMV		CĐTN không điển hình		CĐTN điển hình	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ
30 – 39	Thấp	Rất thấp	TB	Rất thấp	TB	TB
40 – 49	TB	Rất thấp	TB	Thấp	Cao	TB
50 –59	TB	Thấp	TB	TB	Cao	TB
60 –69	TB	TB	TB	TB	Cao	Cao

(Mỗi trị số biểu hiện phần trăm phát hiện BĐMV trên thông tim)

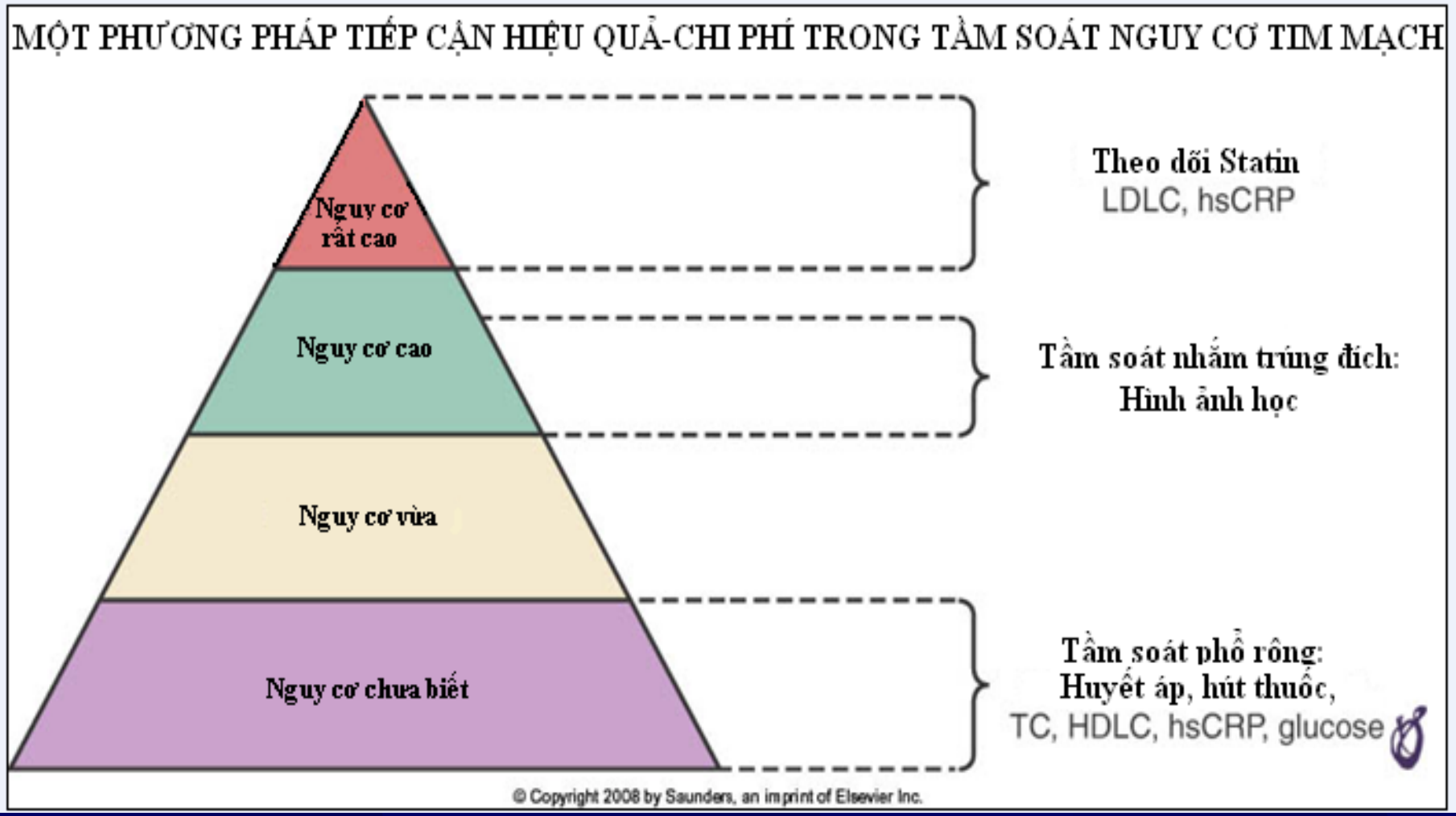
- Khả năng bị BĐMV: RẤT THẤP: <5%; THẤP: <10%; TB: 10 – 90%; CAO: >90%
- *Tài liệu:ACC/AHA/ACP-ASIM task force report, guidelines for the management of patients with chronic stable angina, J Am Coll Cardiol 1999;33:2092-197*

Xét nghiệm tầm soát tiếp theo cho bệnh nhân nguy cơ TB/cao

- *ECG GS*
- *MSCT*
- *TEST GS HÌNH ẢNH (XẠ HÌNH, SAT, MRA)*
- *Các biện pháp khác:*
  - Đo chỉ số cổ chân cánh tay (Bình thường > 0.9).
  - Siêu âm động mạch cảnh (IMT > 0,9mm or có mảng xơ vữa).
  - Các dấu ấn sinh học của huyết khối xơ vữa (hs-CRP, MPO...).
  - Holter ECG...

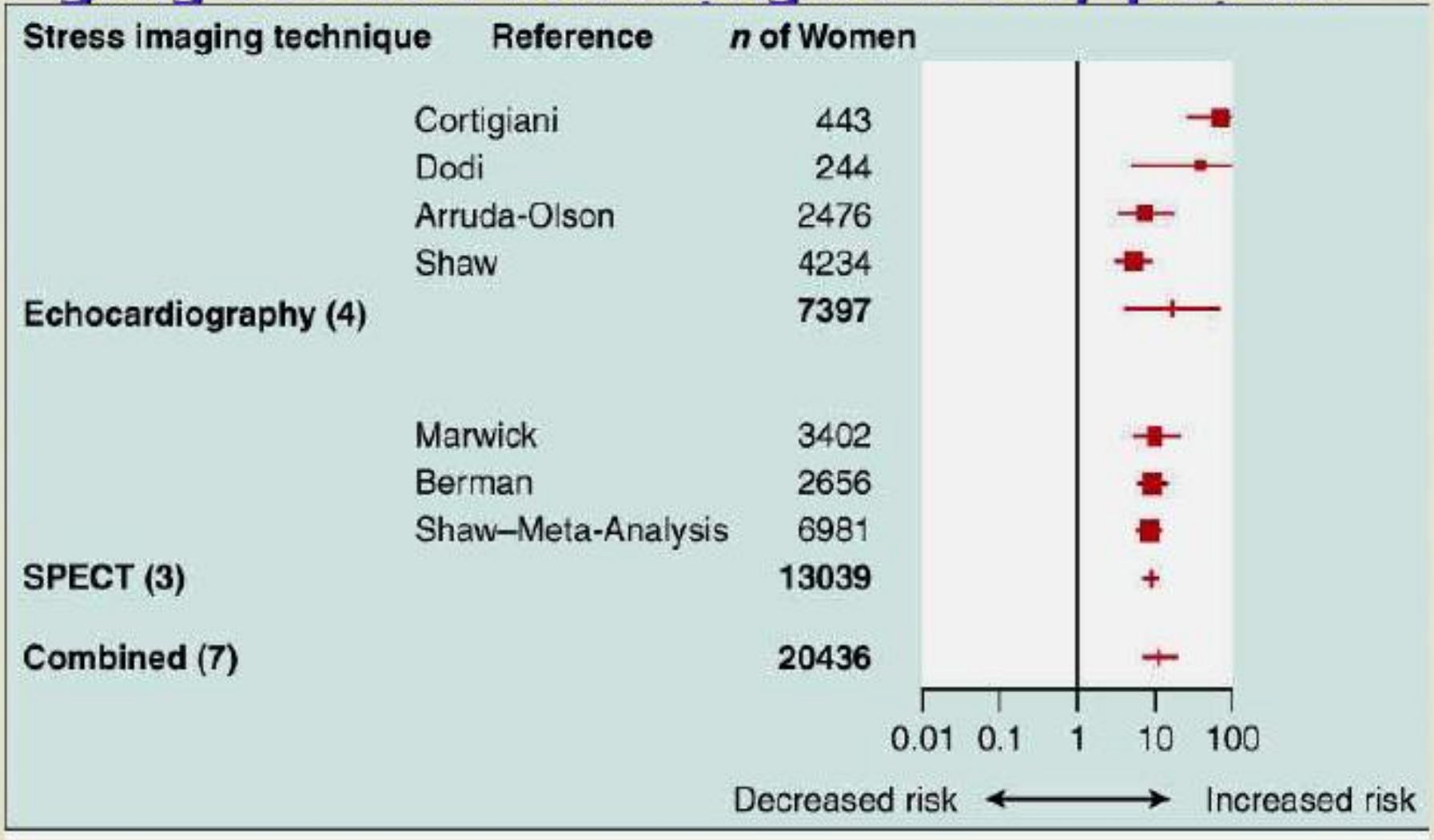
European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2003, 10 (Suppl 1): 51-378
Greenland.P et all.Circulation.2001;104:1863-1867.
ESC guideline on the mana ge ment of stable angina pectoris-06

Xét nghiệm tầm soát tiếp theo cho bệnh nhân nguy cơ trung bình, cao



Qui trình chẩn đoán BTTMCB/ Nữ

Hiệu quả của siêu âm tim gắng sức và xạ ký gắng sức trên tiên lượng BTTMCB/ phụ nữ



BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG

- Can thiệp YTNC:
  - Nhóm nguy cơ
  - Bằng chứng
- Can thiệp theo mức nguy cơ từng người

Braunwald heart disease. 2008

Mosca.l et all.. J Am Coll Cardiol 2004;43:900-21

Bảng 45–4 Các yếu tố nguy cơ và biện pháp can thiệp cho Bệnh Mạch Vành

Class	Risk Factor	Intervention
1	Hút thuốc Rối loạn mỡ máu Tăng huyết áp Các thuốc dự phòng	Ngừng hút thuốc Điều chỉnh mỡ máu Điều chỉnh huyết áp Aspirin, ức chế men chuyển, chẹn beta
2	ĐTĐ, tiền ĐTĐ Không hoạt động thể lực Thừa cân, béo phì Chế độ ăn không có lợi, rượu	Điều trị ĐTĐ Điều chỉnh hoạt động thể lực Điều chỉnh cân nặng Cải thiện chế độ ăn
3	Mãn kinh, điều trị hormone thay thế Các vi chất dinh dưỡng Các yếu tố tâm lý Các chất đánh dấu hóa sinh và gen mới	

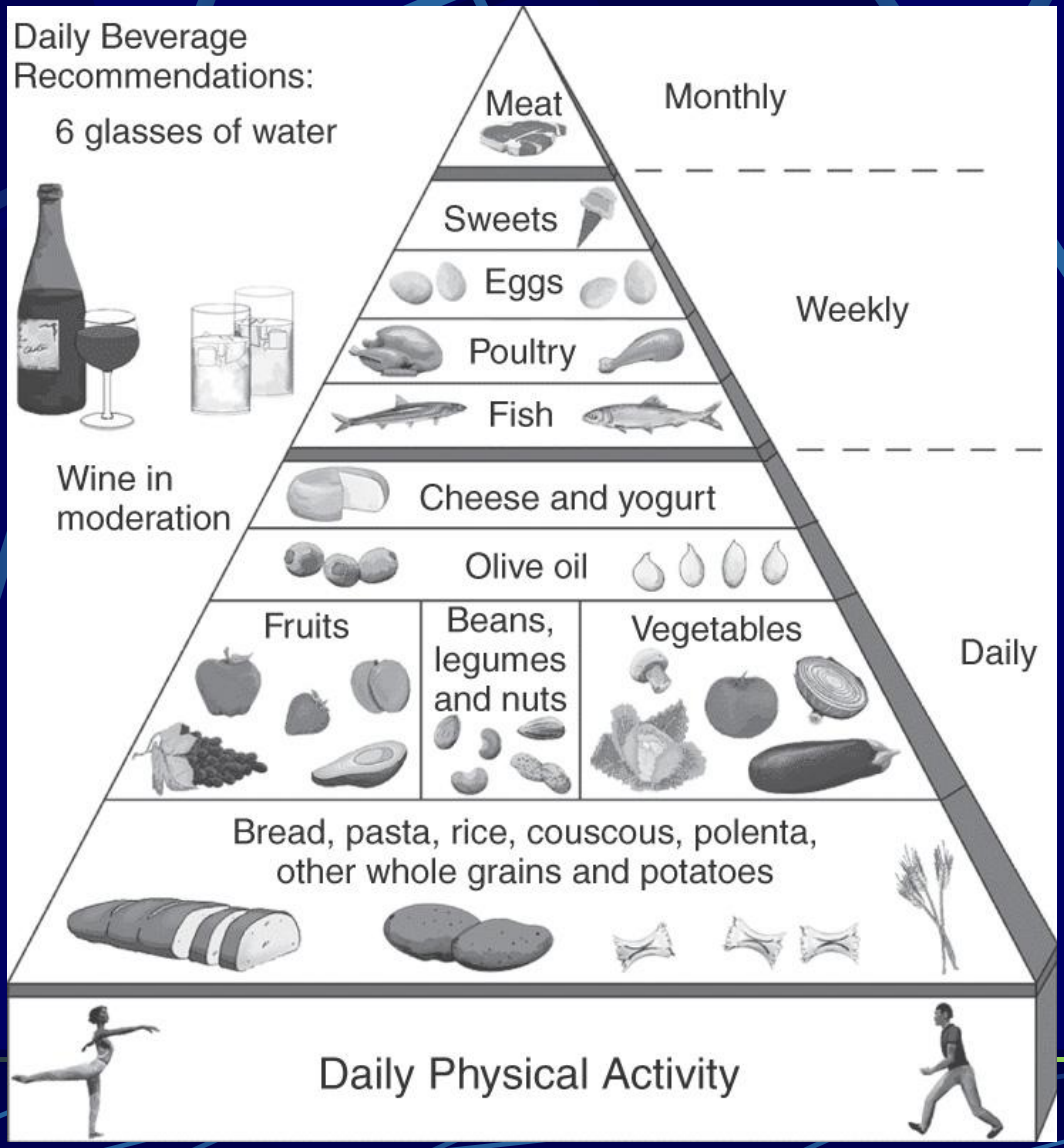
CHIẾN LƯỢC DỰ PHÒNG

Theo mức độ nguy cơ: cập nhật 2009

CHUNG CHO 3 NHÓM:

- **Ngưng hút thuốc lá**
- **Hoạt động thể lực đều đặn (60-90 ph cho người cần giảm cân hoặc duy trì cân)**
- **Chế độ ăn thích hợp:Giảm ăn mỡ bão hòa**
- **Giữ BMI từ 18,5-24,5**
- **Huyết áp mục tiêu: < 140/90. Suy thận hay suy tim: < 130/85. Đái tháo đường: < 130/80**
- **Kiểm soát lipid máu, ĐTĐ**
- **...**

Chế độ dinh dưỡng dựa theo Mediterranean diet



TL : Sacks FM, McManus K. In Cardiovascular Therapeutics ed. E. Antman, Saunders 2007, 3rd ed, p.548

CHIẾN LƯỢC DỰ PHÒNG

Theo mức độ nguy cơ: cập nhật 2009

CAO

I

- Dừng thuốc lá.
- Hoạt động thể lực đều.
- Điều trị chế độ ăn. Duy trì cân nặng.
- Điều trị HA, kiểm soát Lipid máu.
- Điều trị Statin, Aspirin,
- Ức chế bêta, ACEIs khi có chỉ định.
- Kiểm soát đường huyết.
- TNGS
- Điều trị chống trầm cảm.

CHIẾN LƯỢC DỰ PHÒNG (tt)

Theo mức độ nguy cơ: cập nhật 2009

TB

I

- Thuốc lá.
- Hoạt động thể lực đều.
- Điều trị chế độ ăn. Duy trì cân nặng.
- Điều trị HA.
- Kiểm soát Lipid máu.
- TNGS (+/-)

IIa

- Aspirin.

CHIẾN LƯỢC DỰ PHÒNG (tt)

Theo mức độ nguy cơ: cập nhật 2009

THẤP

- Thuốc lá.
- Hoạt động thể lực đều.
- Điều trị chế độ ăn. Duy trì cân nặng.
- Điều trị các yếu tố nguy cơ tim mạch khi có chỉ định.
- **Đánh giá lại nguy cơ mỗi 5 năm**

CHÂN THÀNH CÁM ƠN SỰ LẮNG NGHE CỦA QUÝ ĐỒNG NGHIỆP !

Aspirin liều thấp và phòng ngừa tiên phát bệnh tim mạch ở phụ nữ: the women's heath study

Age (y)	Total (*N*)	Major CVD events[a] RR (95% CI)	Stroke RR (95% CI)	Myocardial infarction RR (95% CI)
45–54	24,025	1.01 (0.81–1.26)	0.85 (0.63–1.16)	1.23 (0.87–1.75)
55–64	11,754	0.98 (0.80–1.20)	0.84 (0.62–1.14)	1.17 (0.86–1.59)
≥ 65	4,097	0.74 (0.59–0.92)	0.78 (0.57–1.08)	0.66 (0.44–0.97)

[a]Major cardiovascular (CVD) event was defined as nonfatal myocardial infarction, nonfatal stroke, or death from cardiovascular causes.

Source: Adapted from Ridker PM, Cook NR, Lee I-M, et al. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *New Engl J Med* 2005;352:1293–1304.

Hướng dẫn dự phòng bệnh tim mạch ở nữ – Các khuyến cáo điều trị lipid máu trên lâm sàng

Nồng độ lipid và lipoprotein – nồng độ tối ưu và lối sống

- Nồng độ lipid và lipoprotein ở nữ sau khi điều trị bằng lối sống nên đạt được: LDL cholesterol < 100 mg/dl, HDL cholesterol > 50 mg/dl, triglyceride < 150 mg/dl, và non- HDL cholesterol (tổng tất cả các loại cholesterol trừ nồng độ HDL cholesterol) < 130 mg/dl (*class I, mức B*)
- Nếu nữ có nguy cơ cao hoặc tăng cholesterol máu, lượng mỡ bão hòa trong thức ăn < 7% và cholesterol < 200 mg/ngày (*class I, mức B*)

Ballantyne.CM: Clinical Lipidology.: A companion to Braunwald' Heart Disease. 2009: 466

Hướng dẫn dự phòng bệnh tim mạch ở nữ – Các khuyến cáo điều trị lipid máu trên lâm sàng

Điều trị giảm LDL máu bằng thuốc, nữ nguy cơ cao

Điều trị giảm mỡ máu bằng thuốc đồng thời với lối sống ở nữ có bệnh mạch vành (*class I, mức A*) cũng như bệnh tim mạch khác do xơ vữa hoặc đái tháo đường hoặc nguy cơ > 20% (*class I, mức B*) để đạt mức LDL cholesterol < 100 mg/dl

Khuyến khích giảm mức LDL cholesterol < 70 mg/dl ở nữ có nguy cơ bệnh mạch vành rất cao và có thể đòi hỏi phải phối hợp thuốc (*class IIa, mức B*)

Ballantyne.CM: Clinical Lipidology.: A companion to Braunwald' Heart Disease. 2009: 466

Hướng dẫn dự phòng bệnh tim mạch ở nữ – Các khuyến cáo điều trị lipid máu trên lâm sàng

Điều trị giảm LDL máu bằng thuốc, nhóm nữ có nguy cơ khác

- Điều trị giảm LDL máu bằng thuốc nếu LDL cholesterol ≥ 130 mg/dl dù đã điều trị lối sống và nữ có nhiều yếu tố nguy cơ và 10 – 20% (*class I, mức B*)

- Điều trị giảm LDL máu bằng thuốc nếu LDL cholesterol ≥ 160 mg/dl dù đã điều trị lối sống và nữ có nhiều yếu tố nguy cơ ngay cả khi <10 % (*class I, mức B*)

- Điều trị giảm LDL máu bằng thuốc nếu LDL cholesterol ≥ 190 mg/dl sau khi điều trị lối sống dù có hay không có nguy cơ bệnh tim mạch hay nguy cơ khác (*class I, mức B*)

Ballantyne.CM: Clinical Lipidology.: A companion to Braunwald' Heart Disease. 2009: 466

Hướng dẫn dự phòng bệnh tim mạch ở nữ – Các khuyến cáo điều trị lipid máu trên lâm sàng

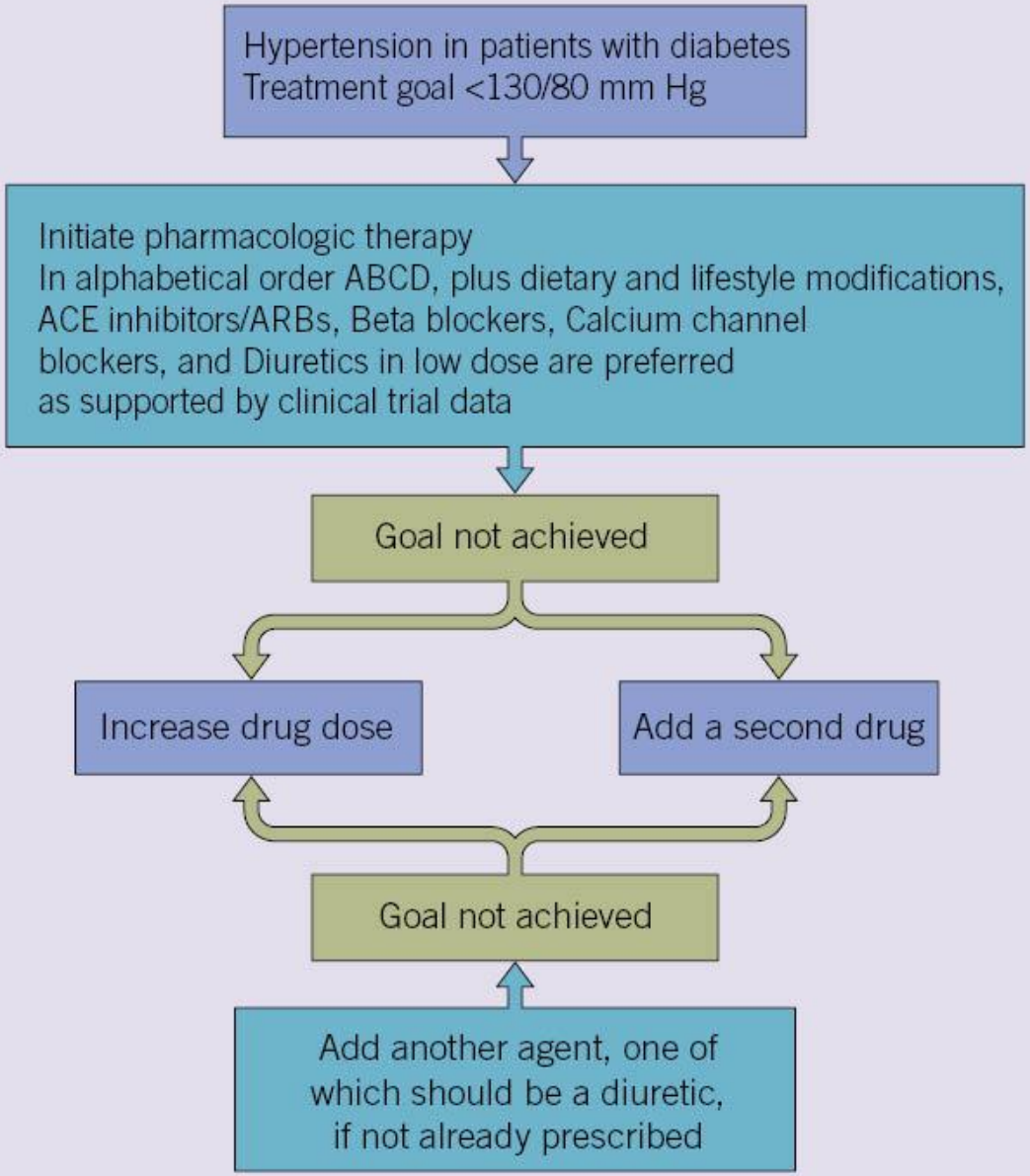
Điều trị bằng thuốc cho trường hợp giảm HDL hoặc tăng non – HDL ở nữ nguy cơ cao

- Điều trị niacin hoặc fibrate khi HDL cholesterol thấp hoặc non – HDL cholesterol cao ở nữ nguy cơ cao sau khi LDL cholesterol đã đạt mục tiêu (*class IIa, mức B*)

Điều trị bằng thuốc cho trường hợp giảm HDL hoặc tăng non – HDL ở nữ nguy cơ có khác

- Cân nhắc điều trị Niacin hoặc fibrate khi HDL cholesterol thấp hoặc non – HDL cholesterol cao sau khi LDL cholesterol đã đạt mục tiêu ở nữ có nhiều yếu tố nguy cơ và 10 % đến 20% (*class IIa, mức B*)

MANAGEMENT OF HYPERTENSION IN DIABETIC PATIENTS



Copyright © 2010, 2004, 2001 by Elsevier Ltd.

ĐT THA ở BN ĐTĐ

Những bệnh nào cần tầm soát BTM

- Kèm YTNC tim mạch khác
- Microalbumine niệu và bệnh thận mạn
- Có bằng chứng XVĐM ở mạch máu khác
- Bệnh đáy mắt
- Bất thường ECG
- Bệnh thần kinh tự động

ADA : Standards of Medical care in Diabetes 2008

Ngăn ngừa biến chứng tim mạch do ĐTĐ

- Điều trị rối loạn mỡ máu:
  - BN nguy cơ thấp hơn (<40 tuổi và k có bệnh TM), điều trị statin khi LDL-C > 100mg% hoặc có nhiều YTNC Tm khác
  - Điều trị statin cùng với thay đổi lối sống bất kể giá trị LDL-C lúc ban đầu:
    - BN đã có bệnh TM
    - BN > 40 tuổi có kèm YTNC TM khác

ADA : Standards of Medical care in Diabetes 2008

Ngăn ngừa biến chứng tim mạch do ĐTĐ

- Điều trị rối loạn mỡ máu:
  - Người không có bệnh TM: mục tiêu LDL-C < 100mg%
  - Người có bệnh TM: LDL-C < 70 mg% (có thể phải dùng liều cao statin)
  - Nếu không đạt được mục tiêu: cố gắng giảm 40-50% giá trị LDL-C ban đầu

ADA : Standards of Medical care in Diabetes 2010

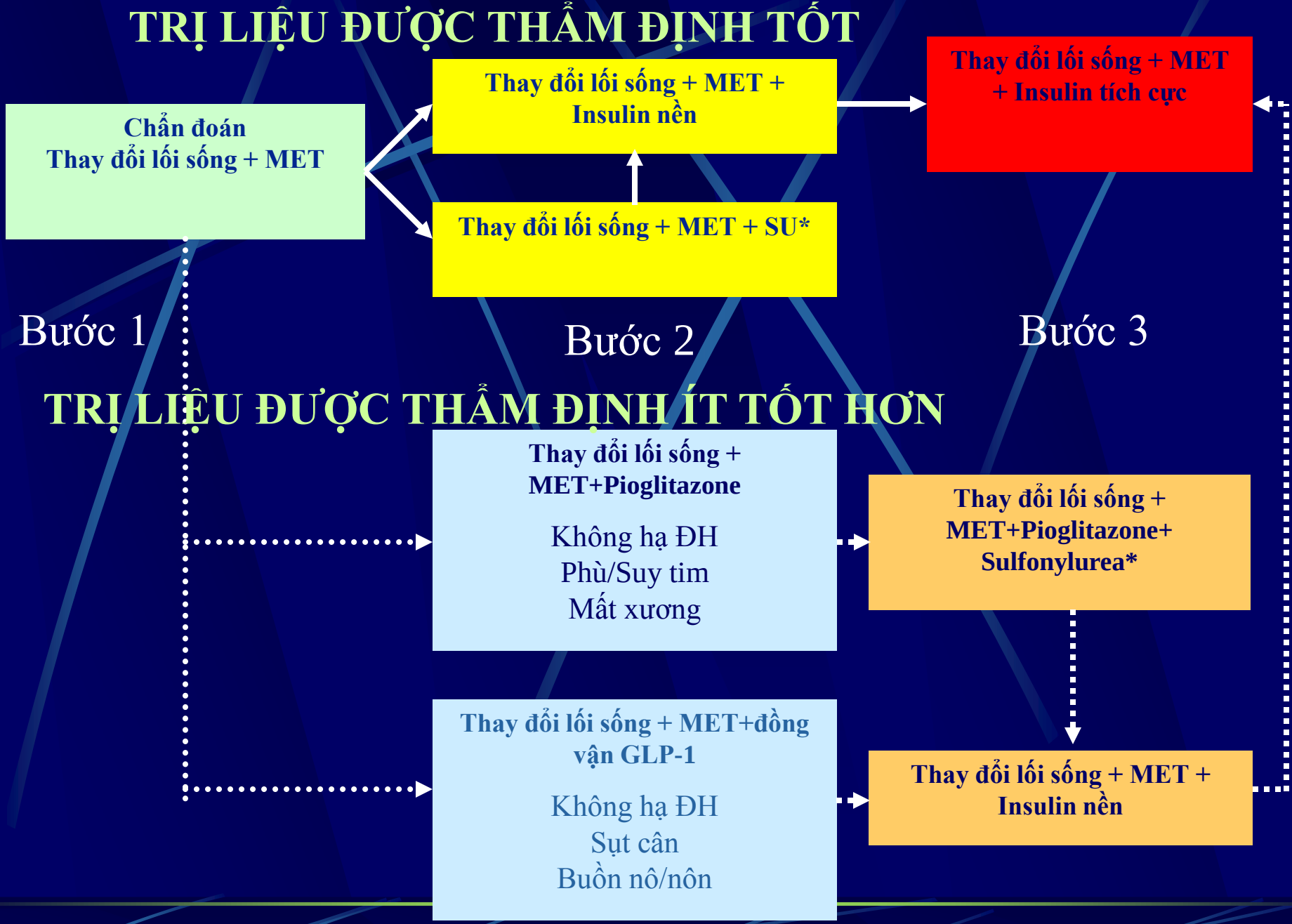
Ngăn ngừa biến chứng tim mạch do ĐTĐ

- Thuốc chống tiểu cầu
  - Aspirin:
    - Thứ phát cho mọi BN có bệnh TM
    - Tiên phát: BN nguy cơ TM tăng (> 10%): nam > 50 tuổi, nữ > 60 , kèm hơn 1 YTNCTM chính
    - Không dùng cho BN < 30 tuổi vì thiếu nghiên cứu
    - Phối hợp với clopidogrel: bệnh tm nặng và tiến triển

Ngăn ngừa biến chứng tim mạch do ĐTĐ

- Các điều trị khác
  - ở BN đã biết bệnh TM:
    - cho ACEIs (or ARBs), aspirine, statine để giảm nguy cơ biến cố TM nếu không có CCĐ
    - ở BN sau NMCT: chẹn beta để giảm nguy cơ tử vong nếu không có CCĐ
  - BN > 40 tuổi với YTNC TM khác: cho ACEIs (or ARBs), aspirine, statine để giảm nguy cơ biến cố TM nếu không có CCĐ
  - Đang điều trị suy tim: không nên dùng metformin và thiazolidinedione (TZD)

ADA : Standards of Medical care in Diabetes 2010



(*) SU khác ngoài glibenclamide và chlorpropamide

Nathan MD et al. Diabetes Care,31:1-11, 2008

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ LDL-C theo NCEP-ATP III và ĐỒNG THUẬN ACC/ADA 2008

YTNC khác*:

-ĐTĐ.

- HCCH.

-ACS

-Nhiều YTNC chính nặng

-YTNC chính khó kiểm soát

NCEP ATP III LDL-C Goals

Risk category	2001 LDL-C goals mg/dL (mmol/L)[1]	2004 LDL-C goals mg/dL (mmol/L)[2]
Very high risk: CHD + other risk factors	<100 (2.6)	<70 (1.8) optional
High risk: CHD or CHD risk equivalents		<100 (2.6)
Moderately high risk: 2 + risk factors (10-yr risk 10–20%)	<130 (3.4)	<130 (3.4) [optional: <100; 2.6]
Moderate risk: 2 + risk factors (10-yr risk 10%)		<130 (3.4)
Lower risk: 0–1 risk factor	<160 (4.1)	<160 (4.1)

[1]Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. JAMA 2001;285:2486–2497; [2]Grundy et al. Circulation 2004;110:227–239

Ở những cá nhân đã điều trị statin nhưng HDL thấp hoặc Non- HDL cao thì khuyến cáo phối hợp thuốc Statin với A. Nicotinc hoặc Fibrate

*Antman,.E. Cardiovascular therapeutics. 2007; p: 516.

ADA : Standards of Medical care in Diabetes 2010

CASE STUDY

CME 3-2010 / CARDIOSOURCE / ACC-AHA

Bệnh án

- BN nữ 46 tuổi đi tầm soát bệnh vì:
  - TG tăng (320 mg%), THA, Tăng dường huyết giới hạn, HDL-C < 40 mg %
- TS : THA 15 năm, rối loạn dung nạp đường 1 năm
- TS gia dình: có mẹ bị ĐTĐ type 2 và BMV
- TS xã hội và nghề nghiệp: tăng cân trong 20 năm nay, ăn nhiều rau, ít ăn mỡ cá, lười vận động, uống rượu 1 ly/ng/cuối tuần, thuốc lá 1/2 gói /ng
- Thuốc: lisinopril 10mg, atenolol 50 mg

Bệnh án

- HA 144mmHg
- BMI 28,8 kg/m^2
- Vòng eo : 101cm
- XN:
  - glucose 118 mg/dl,
  - total cholesterol 261 mg/dl,
  - TG 375 mg/dl, HDL
  - Cholestero l 36 mg/dl, LDL-C 150 mg/dl, non-HDL cholesterol 225 mg/dl,
  - glycated hemoglobin (HbA1c) 6.4%,

Theo NCEP ATP III bước tiếp theo nào sau đây là thích hợp nhất:

- Sử dụng thang điểm Framingham để tính thang điểm nguy cơ tim mạch 10 năm
- Giảm LDL-C < 100mg % và HDL-C < 130 mg%
- Giảm TG lúc đói < 150 mg%
- Giảm glucose lúc đói < 100 mg%

Trước khi dùng thuốc, bước tiếp theo để giảm TG nên làm là:

- Thay thuốc hạ áp khác cho atenolol
- Ăn chế độ nhiều rau và trái cây hơn
- Ăn chế độ giảm cân ít calo (250-500 Kcal ngày)
- Tăng hoạt động thể lực
- Ngừng uống rượu vào cuối tuần

Điều trị

- Nguy cơ theo Framingham là 3%, như vậy, nguy cơ của BN dựa trên có > 3 YTNCTM. Nên mục tiêu là LDL-C < 130 mg% và HDL-C < 160 mg%
- Nếu BN thất bại trong việc giảm cân, biện pháp nào sau đây là thích hợp:
  - Dùng nhóm fibrate (fenofibrate 160 mg)
  - Omega 3: 4g/ng
  - Statin (rosuvastatin 10 mg, hay atovastatin 20 mg)
  - Niacin

BN cần làm thêm trắc nghiệm gì nếu sau ĐT, TG và Non- HDL - C còn tăng?

- Không cần làm thêm
- Apo B
- Apo B và đánh giá vôi hóa MV
- Apo B và trắc nghiệm GS
- Apo B, đánh giá vôi hóa MV, trắc nghiệm GS

Table 1. Coronary Heart Disease Risk Factor Prediction Chart: Patients Without Known Coronary Artery Disease

1. Find Points for Each Risk Factor:

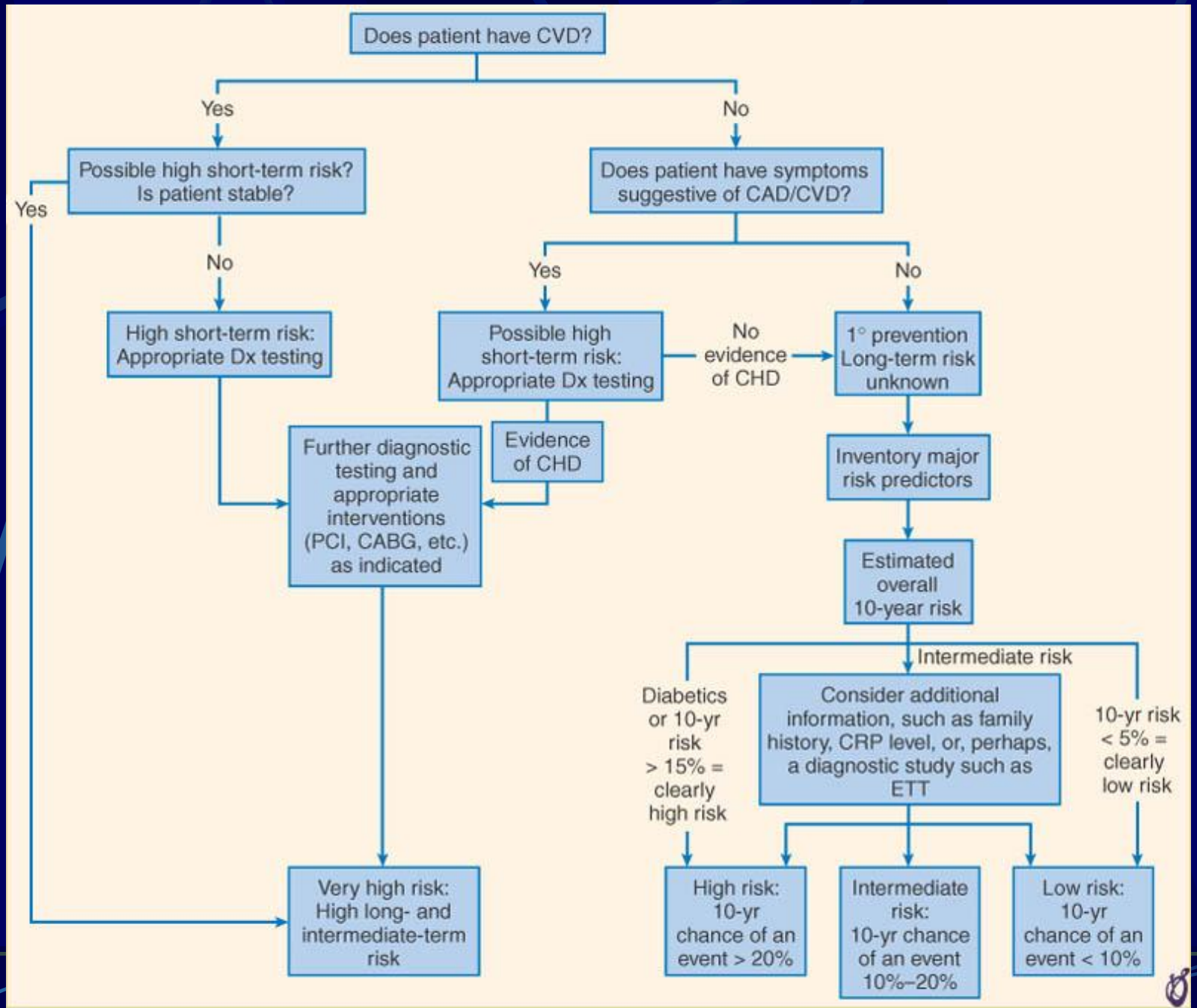
Women				Men											
Age (yr)	Pts	Age (yr)	Pts	Age (yr)	Pts	Age (yr)	Pts	HDL-C (mg/dl)	Pts	Total-C (mg/dl)	Pts	SBP (mm Hg)	Pts	Other	Pts*
30	−12	47–48	5	30	−2	57–59	13	25–26	7	139–151	−3	98–104	−2	Cigarettes	4
31	−11	49–50	6	31	−1	60–61	14	27–29	6	152–166	−2	105–112	−1	Diabetic (male)	3
32	−9	51–52	7	32–33	0	62–64	15	30–32	5	167–182	−1	113–120	0	Diabetic (female)	6
33	−8	53–55	8	34	1	65–67	16	33–35	4	183–199	0	121–129	1	ECG-LVH	9
34	−6	56–60	9	35–36	2	68–70	17	36–38	3	200–219	1	130–139	2		
35	−5	61–67	10	37–38	3	71–73	18	39–42	2	220–239	2	140–149	3		
36	−4	68–74	11	39	4	74	19	43–46	1	240–262	3	150–160	4		
37	−3			40–41	5			47–50	0	263–288	4	161–172	5		
38	−2			42–43	6			51–55	−1	289–315	5	173–185	6		
39	−1			44–45	7			56–60	−2	316–330	6				
40	0			46–47	8			61–66	−3						
41	1			48–49	9			67–73	−4						
42–43	2			50–51	10			74–80	−5						
44	3			52–54	11			81–87	−6						
45–46	4			55–56	12			88–96	−7						

2. Sum Points for All Risk Factors (subtract minus points from total):

_____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ = _____

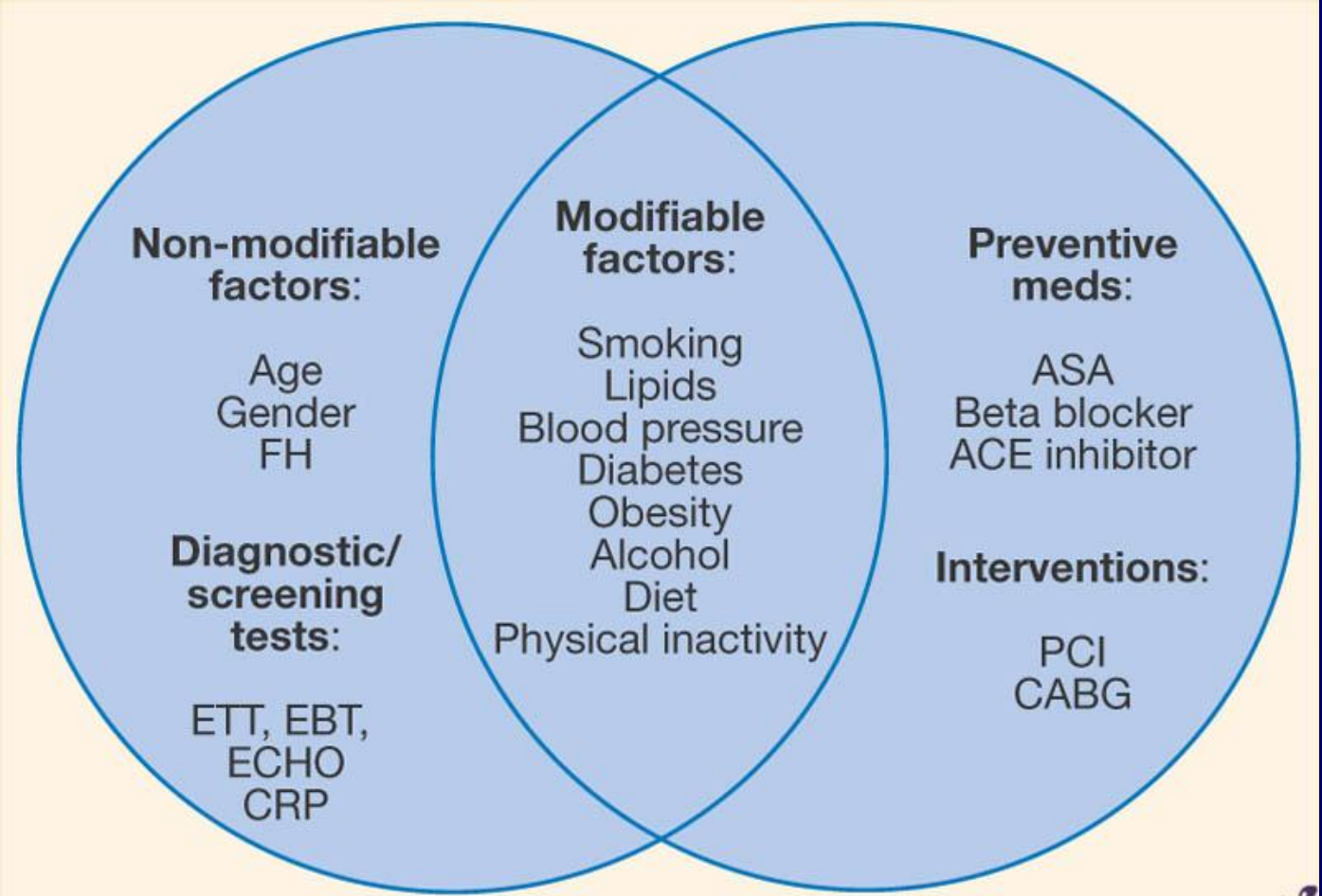
Age HDL-C Total-C SBP Smoker Diabetes ECG-LVH Point total

Califf.R.M et all.Task Force 5.JACC Vol.27,No. 5 Apill 1996:964-1047



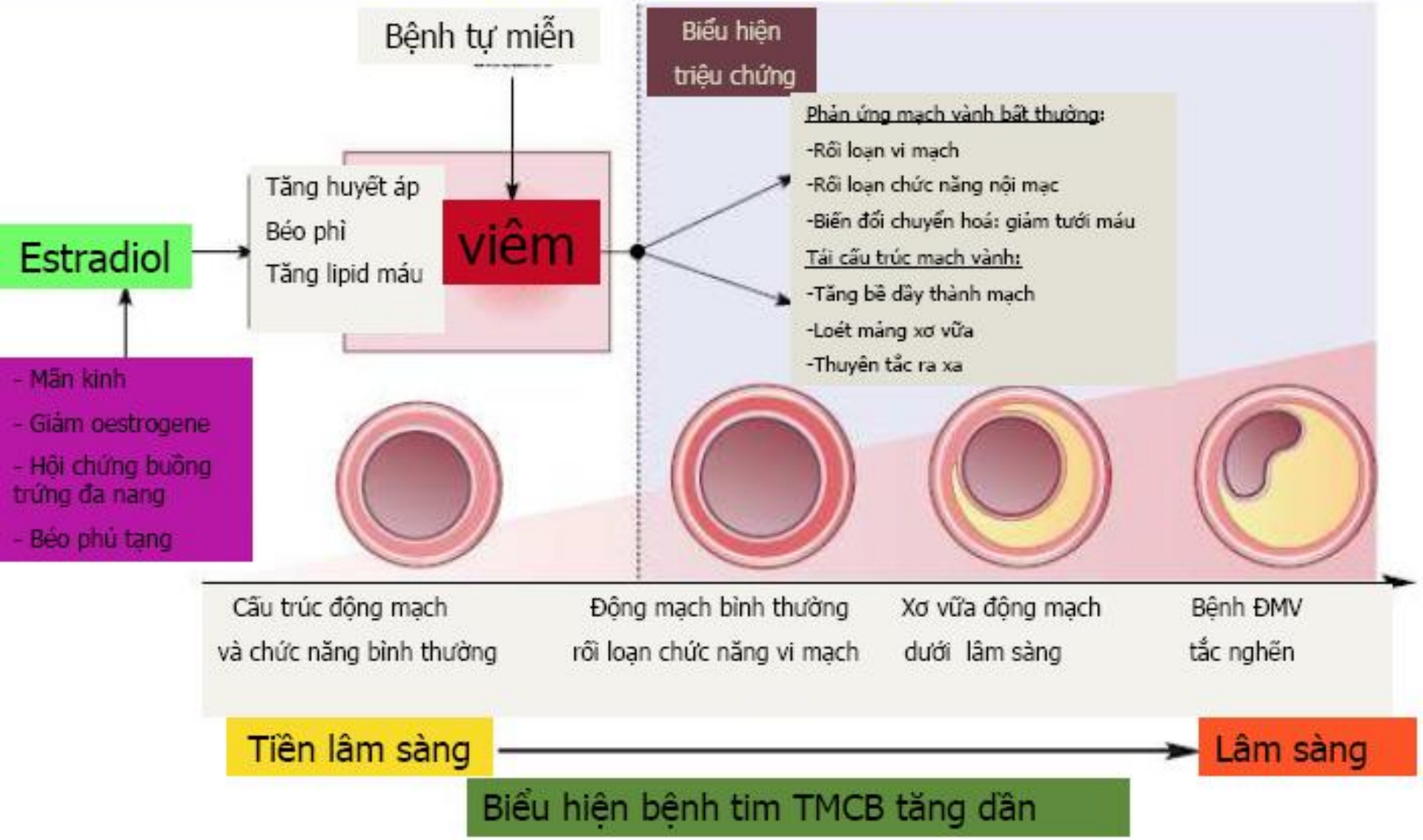
© Copyright 2008 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

CHIẾN LƯỢC DỰ PHÒNG



© Copyright 2008 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

Cơ chế BTTMCB/ Nữ



Các yếu tố ảnh hưởng lên BTTMCB ở phụ nữ

-Nhiều yếu tố nguy cơ/ hội chứng chuyển hoá

-Tăng chỉ điểm viêm

-Thay đổi hormone sinh dục

-Xơ vữa động mạch dưới lâm sàng

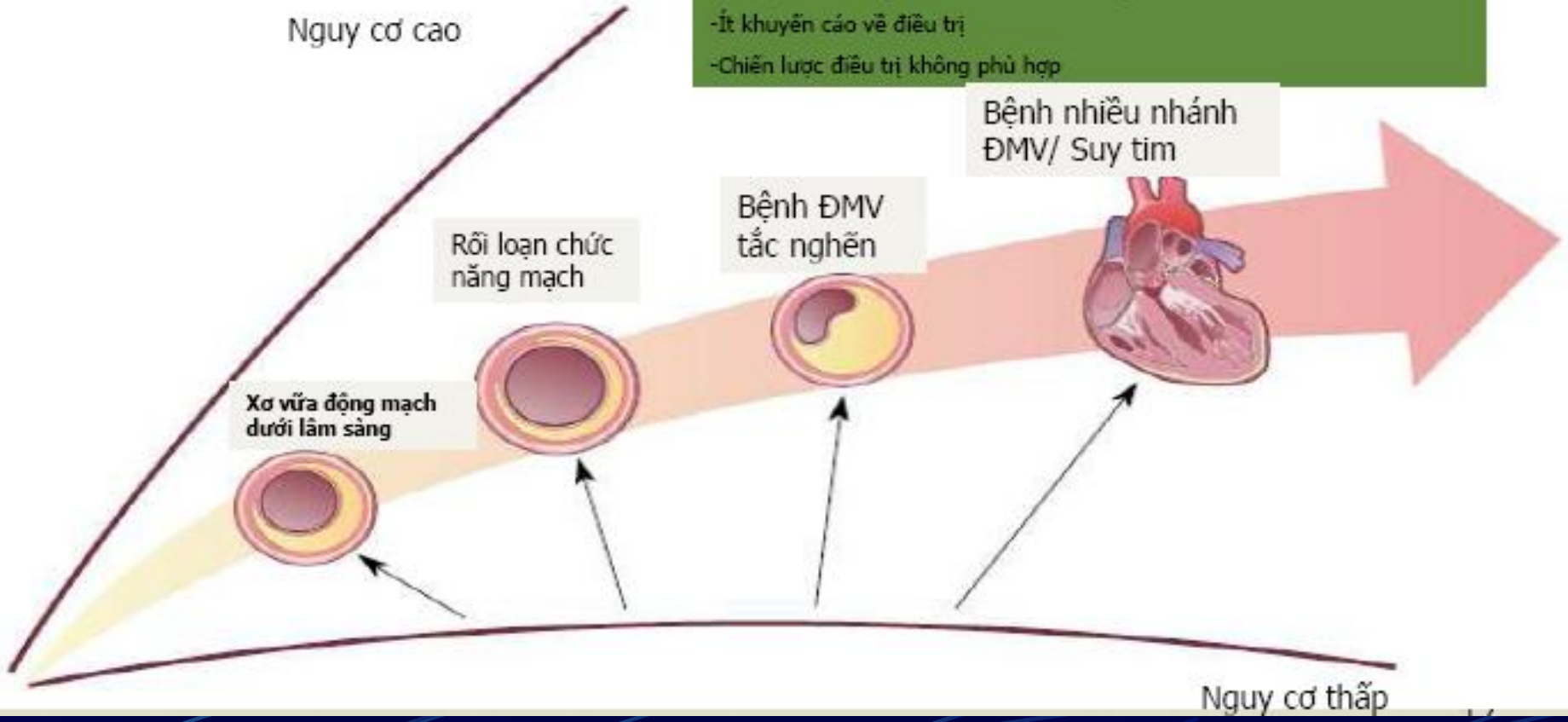
-Đau thắt ngực ổn định (hoặc tương đương)

-Rối loạn chức năng nội mạc và vi mạch

-Thiếu máu cục bộ cơ tim (dưới nội mạc hoặc từng vùng) rối loạn chức năng tâm thu và tâm trương

-Ít khuyến cáo về điều trị

-Chiến lược điều trị không phù hợp



Cơ chế và biểu hiện thiếu máu cục bộ

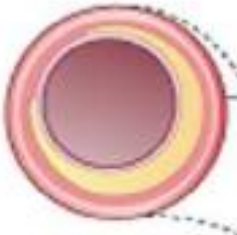
Exposure time of mismatch in myocardial oxygen supply/demand

Mô hình đau thắt ngực do vi mạch ở phụ nữ

Biến đổi hormone, đi kèm với

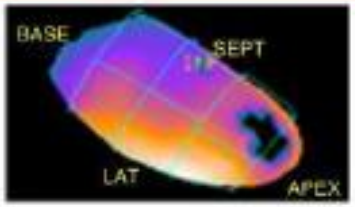
Yếu tố liên quan giới tính
-Hội chứng buồng trứng đa năng
- Giảm oestrogene
-Mãn kinh

Các yếu tố tăng xơ vữa động mạch:
- Tăng lipid máu
-THA
- Hội chứng chuyển hoá
- Viêm

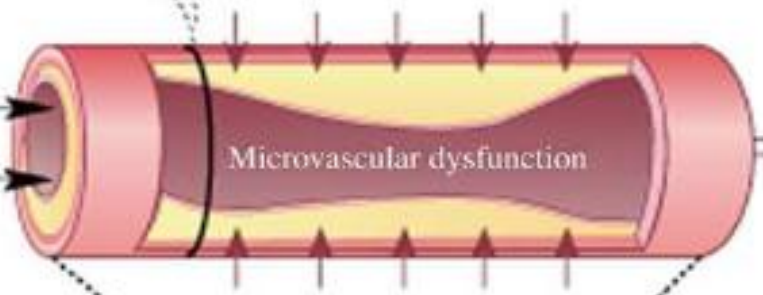


Xơ vữa không nghẽn

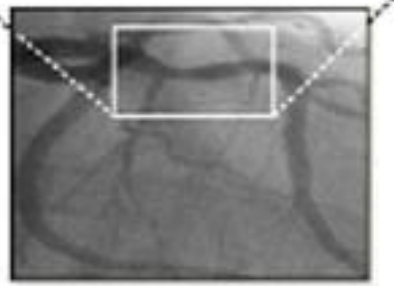
Thiếu máu cục bộ thương mạc hoặc dưới nội mạc



Tăng bệnh mạch máu



Yếu tố thúc đẩy
-Tắt kinh sớm
-Nhiều YTNC



Biểu hiện của rối loạn chức năng mạch máu:

-Triệu chứng cơ năng không đặc hiệu; bao gồm kéo dài, lúc nghỉ, hụt hơi, mệt bất thường; các dạng thường gặp khác

TABLE 42–3 Evidence Supporting the Association of Risk Factors with Cardiovascular Disease, the Usefulness of Measuring Them, and Their Responsiveness to Intervention

Risk Factor	Evidence for Association with CVD		Clinical Measurement Useful?	Response to	
	Epidemiological	*Clinical Trials*		*Nonpharmacological Therapy*	*Pharmacological Therapy*
Category I (Risk Factors for which Interventions Have Been Proved to Lower CVD Risk)					
Cigarette smoking	+++	++	+++	+++	++
LDL cholesterol	+++	+++	+++	+++	+++
High-fat/high-cholesterol diet	+++	++	++	++	–
Hypertension	+++	+++ (Stroke)	+++	+	+++
Left ventricular hypertrophy	+++	+	++	–	++
Category II (Risk Factors for which Interventions Are Likely to Lower CVD Risk)					
Diabetes mellitus	+++	+	+++	++	+++
Physical inactivity	+++	++	++	++	–
HDL cholesterol	+++	+	+++	++	+
Triglycerides; small, dense LDL	++	++	+++	++	+++
Obesity	+++	–	+++	++	+
Postmenopausal status (women)	+++	–	+++	–	+++
Category III (Factors Associated with Increased CVD Risk that, if Modified, Might Lower Risk)					
Psychosocial factors	++	+	+++	+	–
Lipoprotein (a)	+	–	+	–	+
Homocysteine	++	–	+	++	++
Oxidative stress	+	–	–	+	++
No alcohol consumption	+++	–	++	++	–
Category IV (Factors Associated with Increased CVD Risk but Cannot be Modified)					
Age	+++	–	+++	–	–
Male gender	+++	–	+++	–	–
Low socioeconomic status	+++	–	++	–	–
Family history of early-onset CVD	+++	–	+++	–	–

+ = weak, somewhat consistent evidence; ++ = moderately strong, rather consistent evidence; +++ = very strong, consistent evidence; – = poor or nonexistent evidence. CVD = cardiovascular disease; HDL = high-density lipoprotein; LDL = low-density lipoprotein.

Modified from Pearson TA. McBride PE, Miller NH, Smith SC: 27th Bethesda Conference: Matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. Task Force 8. Organization or preventive cardiology service. J Am Coll Cardiol 27:1039-1047, 1996.

Copyright © 2005 by Elsevier Inc.

Tần suất yếu tố nguy cơ, quá cân và béo phì của phụ nữ Mỹ/ theo tuổi

Age (y)	Hypertension	Physician-diagnoseddiabetes	Highcholesterol	Healthyweight	Overweight	Obese	Physicallyactive	Sedentary
20–34	3	1	30	43	53	28	49	12
35–44	15	4	43	37	61	32	47	13
45–54	32	7	68	33	65	37		
55–64	54	13	79	28	72	42	42	16
65–74	73		85	26	71	39		
⩾75	83	16	74	37	60	24	32	32

Hypertension and weight data from NHANES 1999–2002 (7); Healthy weight, body mass index (BMI) 18.5 to <25kg/m^2, overweight, BMI 25–29.9; obese, BMI⩾30.
Cholesterol data from NHANES 1999–2000 (8). Hypercholesterolemia defined as total cholesterol ⩾5.2 mmol/L (200mg/dL) or using cholesterol-lowering medication.
Diabetes data from 2002 Behavior Risk Factor Surveillance System (Available: www.cdc.gov/nccdphp/brfss/).
Physical activity data from 2003 Behavior Risk Factor Surveillance Systemy (Available: www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physicalstats/index.htm).
Physically active indicates moderate-intensity activity for at least 30 minutes on ⩾5 days per week or vigorous-intensity activity for at least 20 minutes ⩾3 days per week. Sedentary indicates <10 minutes total per week of moderate- or vigorous-intensity activity. Youngest age group for physical activity data is age 25–34.