



HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM

CAREME

TÀI LIỆU TƯ VẤN BỆNH NHÂN

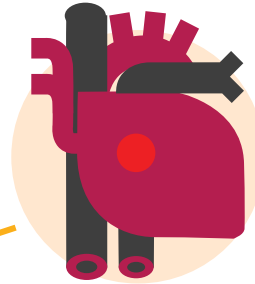
Được tài trợ in ấn/ phát hành bởi AstraZeneca  cho mục đích giáo dục Y khoa

Code: VN-0771, Ngày duyệt: 01/07/2021, Ngày hết hạn: 01/07/2023

BIỂU CHỨNG TIM MẠCH - THẬN BẮT ĐẦU TỪ CÁC YTNC



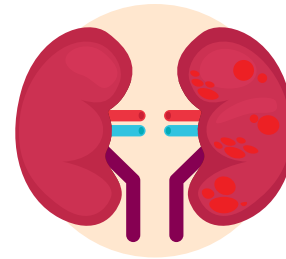
Đột quỵ/
Nhồi máu não



Nhồi máu cơ tim



Bệnh động mạch
ngoại biên



Suy thận/
Chạy thận nhân tạo



Thay đổi được

- ▶ Rối loạn mỡ máu
- ▶ Đái tháo đường
- ▶ Thừa cân, béo phì
- ▶ Tăng huyết áp
- ▶ Hút thuốc lá

Không thay đổi được

- ▶ Tuổi
- ▶ Giới tính
- ▶ Di truyền*

*Có tiền sử gia đình có người thân từng bị tim mạch hoặc đột quỵ trước tuổi 55 (nam) và 65 (nữ)

CHUỖI BỆNH TIM MẠCH - THẬN - CHUYỂN HÓA



RỐI LOẠN MỠ MÁU

Rối loạn mỡ máu là tình trạng bệnh lý xảy ra khi một hoặc nhiều các thông số lipid bị rối loạn (tăng cholesterol, tăng triglycerid, tăng LDL-C hoặc giảm HDL-C).¹⁻³



HDL-C là cholesterol "TỐT"

Nồng độ HDL-C cao có thể làm giảm nguy cơ bệnh tim mạch và đột quỵ



LDL-C là cholesterol "XẤU"

Nồng độ LDL-C cao làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch và đột quỵ

MÀNG XƠ VỮA HÌNH THÀNH



MÀNG XƠ VỮA NÚT VỠ HÌNH THÀNH CỤC MÁU ĐÔNG

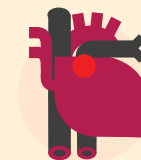


RLMM có thể tăng nguy cơ các bệnh lý liên quan đến các mạch máu đến tim (bệnh mạch vành), não (bệnh mạch máu não), và các chi (bệnh động mạch ngoại biên).¹

ĐỘT QUỴ



NHỒI MÁU CƠ TIM



BỆNH ĐỘNG MẠCH NGOẠI BIÊN



1. NIH. Blood cholesterol. Available at <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/blood-cholesterol>. Accessed Dec 28, 2020.

2. Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế. Rối loạn chuyển hóa lipid máu. Available at <http://vncdc.gov.vn/vi/phong-chong-benh-khong-lay-nhiem/2168/roi-loan-chuyen-hoa-lipid-mau>. Accessed Dec 28, 2020.

3. MSD manual (Consumer version). Dyslipidemia. Available at <https://www.msdmanuals.com/home/hormonal-and-metabolic-disorders/cholesterol-disorders/dyslipidemia>. Accessed Dec 28, 2020.

4. NIH. Stroke. Available at <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/stroke>. Accessed Dec 28, 2020.

5. NIH. Heart Attack. Available at <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/heart-attack>. Accessed Dec 28, 2020.

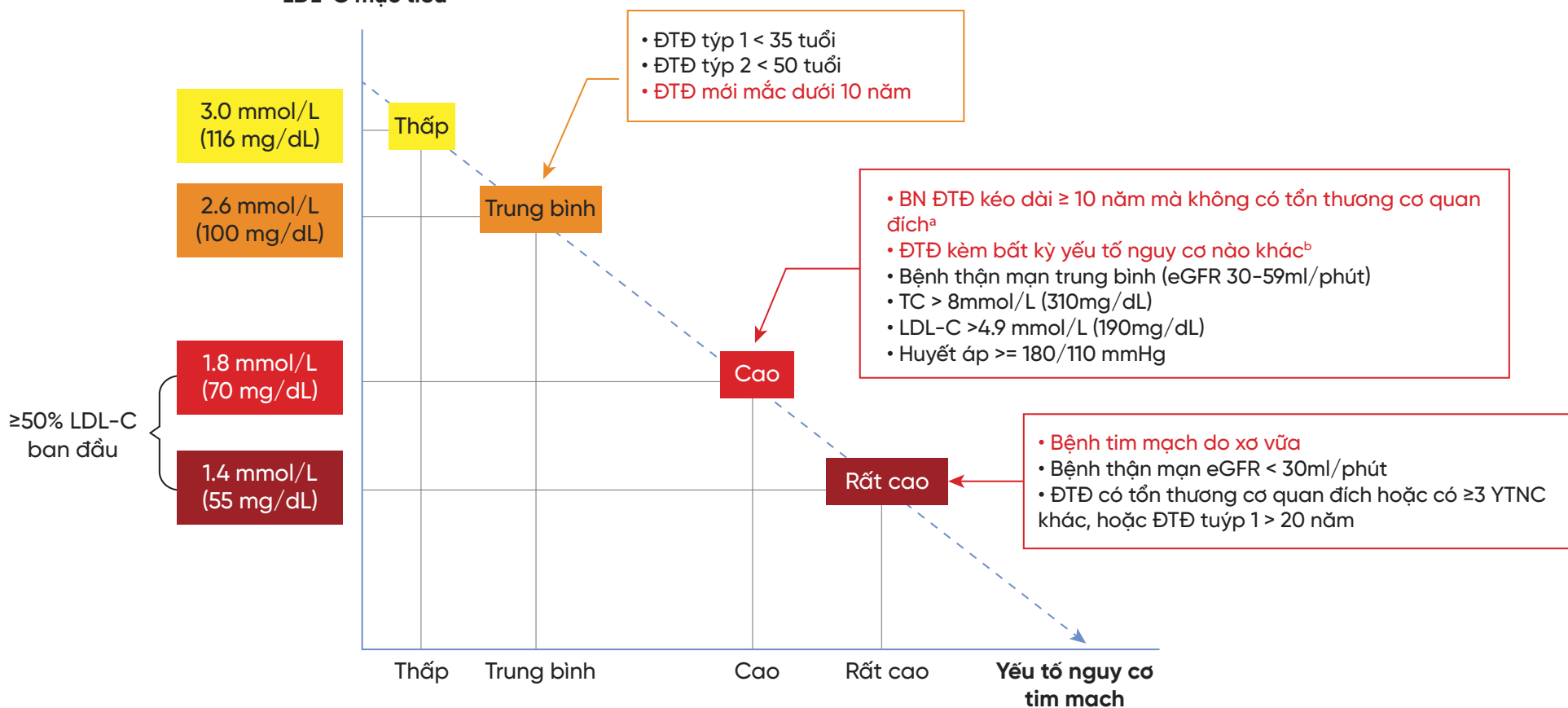
6. NIH. Peripheral artery disease. Available at <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics>

CÁ THỂ HÓA LDL-C MỤC TIÊU THEO NGUY CƠ BIẾN CỐ TIM MẠCH

LDL-C còn được biết đến là cholesterol "xấu" và nồng độ LDL-C có thể tăng nguy cơ biến cố tim mạch. Mỗi bệnh nhân có 1 nguy cơ bệnh Tim mạch khác nhau nên LDL-C mục tiêu cũng khác nhau.

LDL-C MỤC TIÊU THEO KHUYẾN CÁO ESC 2019

LDL-C mục tiêu

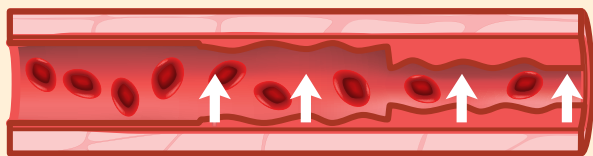


Rối loạn
mỡ máu

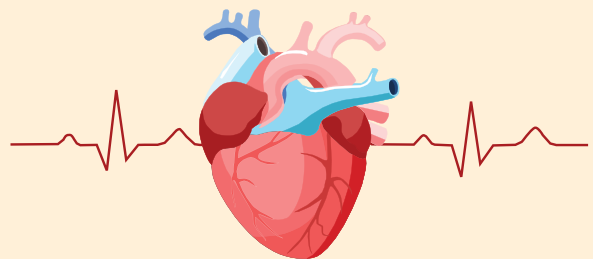
^a Tổn thương cơ quan đích: đạm niệu, suy giảm chức năng thận khi eGFR ≥ 30mL/phút/1.73m², phì đại thất trái hay bệnh lý võng mạc.

^b Yếu tố nguy cơ: tuổi, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, hút thuốc, béo phì.

TĂNG HUYẾT ÁP



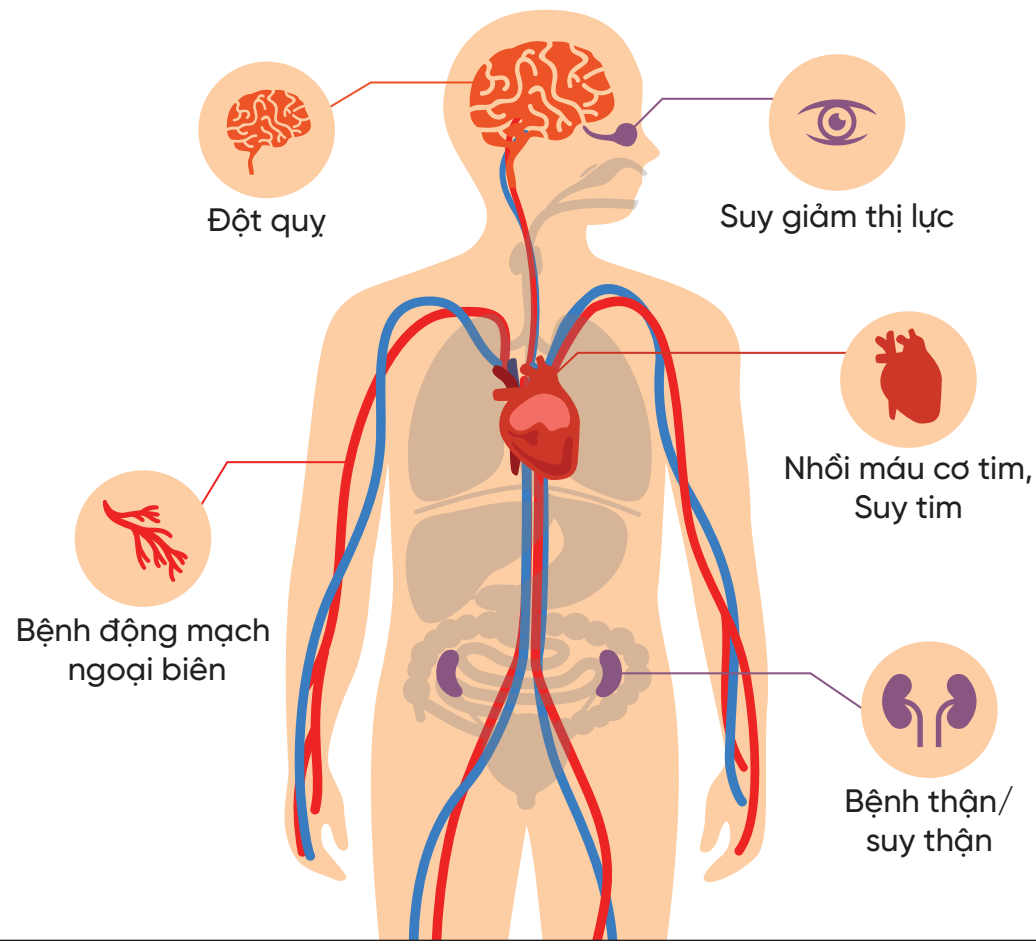
Huyết áp là áp lực của máu tác động lên thành động mạch



Nguy cơ tử vong tăng ở bệnh nhân tăng huyết áp có nhịp tim **>80 nhịp/phút³**

Tăng huyết áp (THA) là tình trạng xảy ra khi áp lực máu tác động lên thành động mạch tăng cao

THA nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể gây ra các biến chứng như:



Adapted by

1. Bộ Y Tế (2020), "Hướng dẫn điều trị Tăng huyết áp 2020

2. Hội tim mạch Việt Nam (2018), "Khuyến cáo điều trị Tăng huyết áp 2018

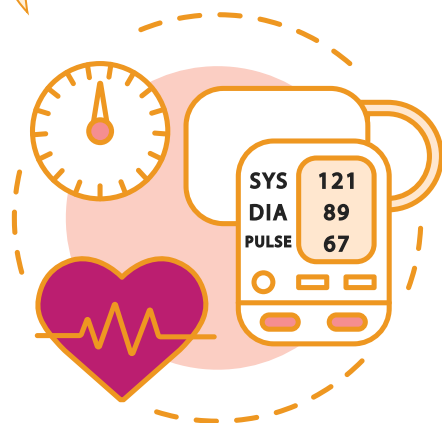
3. Palatini P, et al. J Hypertens. 2016 May; 34(5):813-21

MỤC TIÊU TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

Đích đầu tiên chung cho tất cả bệnh nhân THA là **<140/90 mmHg**

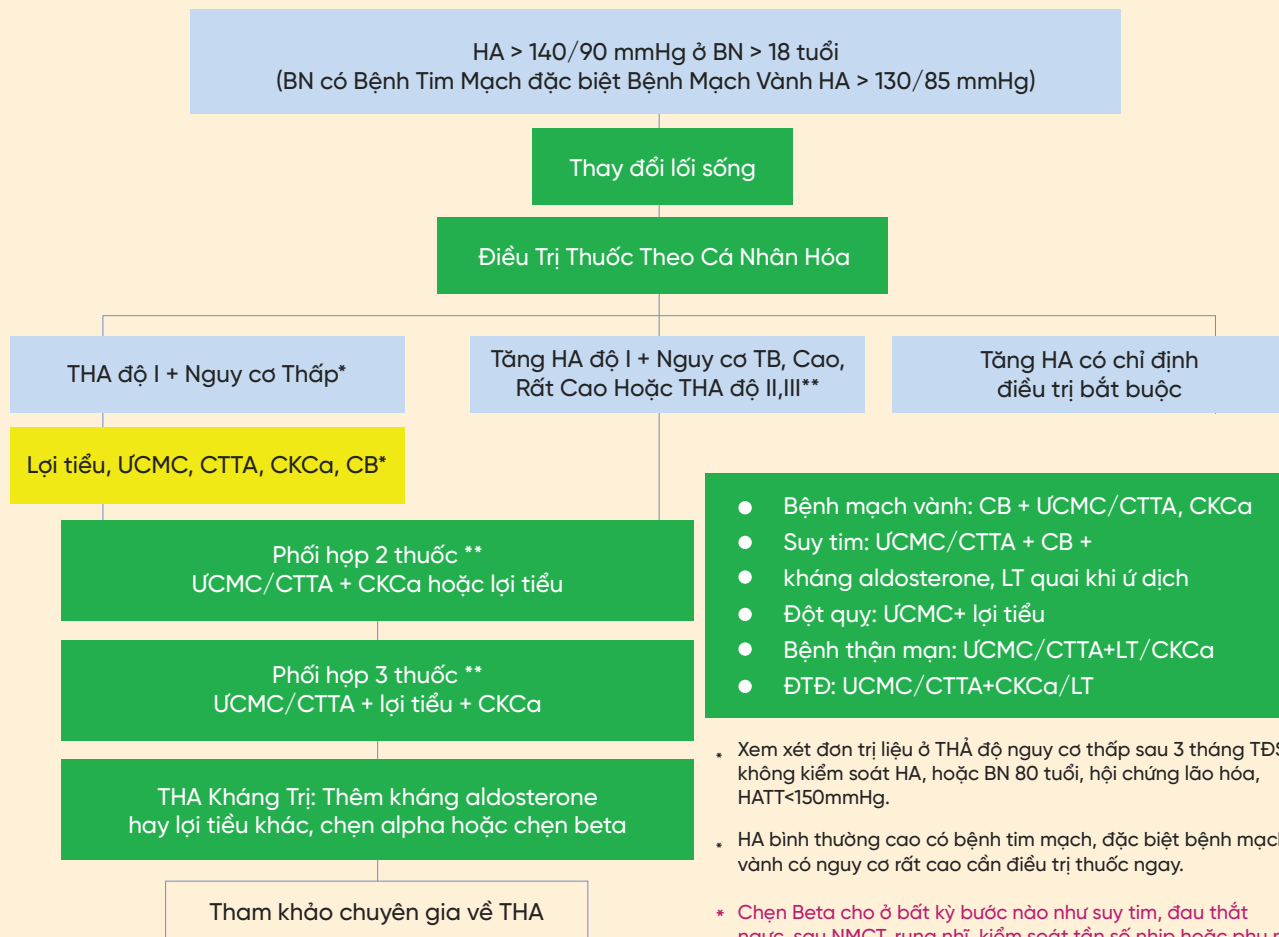
Nếu dung nạp tốt, người bệnh có thể được xem xét đích **≤130/80 mmHg**

Theo dõi cả huyết áp và nhịp tim ở bệnh nhân tăng huyết áp



VNHA: Vietnam Heart Association
VSH: Vietnam Society of Hypertension

SƠ ĐỒ KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ THA VNHA/VSH 2018



ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

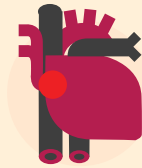
Đái tháo đường là bệnh lý mạn tính xảy ra khi lượng đường trong máu (đường huyết) cao hơn mức bình thường. Đường tăng cao trong máu trong thời gian dài sẽ làm tổn thương các cơ quan trong cơ thể và gây ra nhiều biến chứng.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG KHÔNG THỂ CHỮA KHỎI, NHƯNG CÓ THỂ CHUNG SỐNG HÒA BÌNH

Biến chứng mạch máu lớn

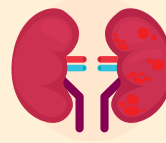


Đột quỵ



Nhồi máu cơ tim

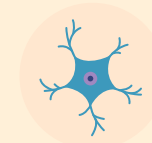
Biến chứng mạch máu nhỏ



Suy thận,
Chạy thận



Giảm thị lực,
Mù loà



Tổn thương thần kinh
(đau, tê bì)



Loét, hoại tử
cắt cụt chi

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CẦN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ **LÂU DÀI VÀ TOÀN DIỆN**



Chức năng tuyến tụy suy giảm dần theo thời gian. Việc điều trị có thể giúp làm chậm nhưng không thể ngưng quá trình suy giảm chức năng của tụy. ĐTD là bệnh **MẠN TÍNH** và **DIỄN TIẾN THEO THỜI GIAN**.



Các nghiên cứu lâm sàng cho thấy ngay cả khi đường huyết được kiểm soát tốt, các biến chứng **TIM MẠCH, THẬN** vẫn xảy ra trên bệnh nhân ĐTD. Bệnh nhân cần được điều trị và theo dõi lâu dài để ngăn ngừa các biến chứng của ĐTD.

TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ CHO BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

NHÀM TRÁNH TRỞ TRỀ TRONG ĐIỀU TRỊ, ĐÁNH GIÁ LẠI VÀ ĐIỀU CHỈNH PHƯƠNG ÁN ĐIỀU TRỊ ĐỊNH KỲ (3-6 THÁNG)

ĐIỀU TRỊ ĐẦU TAY bằng metformin và thay đổi lối sống toàn diện (bao gồm kiểm soát cân nặng và hoạt động thể chất)

CÓ NGUY CƠ CAO hoặc **ĐÃ CÓ BTMDXV, BTM HAY ST***

KHÔNG

Cân nhắc độc lập với HbA1c ban đầu hay mục tiêu HbA1c được cá thể hóa

Nếu HbA1c cao hơn mục tiêu được cá thể hóa, tiến hành như sau

BTMDXV CHIẾM ƯU THẾ

- Đã có BTMDXV
- Có nguy cơ cao BTMDXV (tuổi $\geq 55+$ hẹp ĐM vành, ĐM cảnh, hoặc ĐM chỉ dưới $>50\%$, hoặc Phi đại thất trái)

ƯU TIÊN

GLP-1 RA với lợi ích trên tim mạch đã được chứng minh

HOẶC

SGLT2i với lợi ích trên tim mạch đã được chứng minh nếu eGFR phù hợp

Nếu HbA1c cao hơn mục tiêu

Nếu cần điều trị tăng cường hoặc bệnh nhân không thể dung nạp GLP-1RA và/hoặc SGLT2i, chọn thuốc an toàn trên tim mạch:

- Với bệnh nhân đang điều trị với GLP-1 RA, cân nhắc bổ sung SGLT2i với lợi ích trên tim mạch đã được chứng minh
- DPP-4i, nếu không đang dùng GLP-1 RA
- Insulin
- TZD
- SU

ST hay BTM CHIẾM ƯU THẾ

- Đặc biệt, ST phân xuất tổng máu giảm (LVEF $<45\%$)
- BTM: Đặc biệt, eGFR 30-60 ml/min/1.73m² da, hoặc UCR >30 mg/g, đặc biệt UACR >300 mg/g

ƯU TIÊN

SGLT2i với bằng chứng giảm tiến triển ST và/hoặc BTM trong các thử nghiệm đánh giá kết cục tim mạch nếu eGFR phù hợp

HOẶC

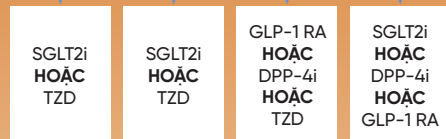
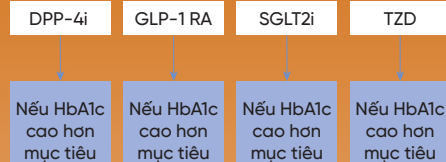
Nếu không dung nạp hoặc chống chỉ định SGLT2i, hoặc eGFR không phù hợp, bổ sung GLP-1 RA với lợi ích trên tim mạch đã được chứng minh

Nếu HbA1c cao hơn mục tiêu

Tránh IZD khi có ST
Chọn các nhóm thuốc an toàn trên tim mạch:

- Với bệnh nhân đang điều trị với SGLT2i, cân nhắc bổ sung GLP-1 RA với lợi ích trên tim mạch đã được chứng minh
- DPP-4i (trừ saxagliptin) khi có suy tim (nếu không đang dùng GLP-1RA)
- Insulin
- SU

CÁN PHẢI GIẢM THIỂU NGUY CƠ HẠ ĐƯỜNG HUYẾT



Nếu HbA1c cao hơn mục tiêu

Tiếp tục với việc bổ sung các thuốc khác đã liệt kê phía trên

Nếu HbA1c cao hơn mục tiêu

- Cân nhắc bổ sung SU HOẶC insulin:
- Chọn SU thể hệ mới với nguy cơ hạ đường huyết thấp hơn
 - Cân nhắc insulin với nguy cơ hạ đường huyết thấp

CÁN PHẢI HẠN CHẾ TĂNG CÂN HOẶC ƯU TIÊN GIẢM CÂN

GLP-1 RA hiệu quả giảm cân tốt

Cả hai /hoặc

SGLT2i

Nếu HbA1c cao hơn mục tiêu

SGLT2i

GLP-1 RA hiệu quả giảm cân tốt

Nếu HbA1c cao hơn mục tiêu

Nếu cần phải điều trị bằng 4 thuốc, hoặc SGLT2i và/hoặc GLP-1 RA không dung nạp hoặc chống chỉ định, sử dụng phác đồ có nguy cơ tăng cân thấp nhất

ƯU TIÊN

DPP-4i (không đang dùng GLP-1 RA) do không ảnh hưởng đến cân nặng

- Nếu DPP-4i không dung nạp hoặc chống chỉ định hoặc đang sử dụng GLP-1 RA, bổ sung thận trọng:
- SU
 - TZD
 - Insulin

CHI PHÍ LÀ VẤN ĐỀ CHÍNH

SU

TZD

Nếu HbA1c cao hơn mục tiêu

TZD

SU

Nếu HbA1c cao hơn mục tiêu

- Điều trị Insulin: sử dụng insulin có chi phí thấp nhất HOẶC
- Cân nhắc DPP-4i HOẶC SGLT2i có chi phí thấp nhất

Phân tầng nguy cơ tim mạch cho bệnh nhân

Theo dõi, đánh giá chức năng thận định kỳ (albumin niệu, eGFR)

Cân nhắc phối hợp thuốc sớm để giảm tỷ lệ thất bại điều trị, ưu tiên phối hợp các thuốc có cơ chế tác dụng khác nhau

HDDT Đái tháo đường – Bộ Y tế Việt Nam 12/2020;

+ Phải hành động ngay khi BTMDXV, BTM hay ST (có nguy cơ cao hoặc được chẩn đoán) trở thành những cân nhắc lâm sàng mới, bất kể các thuốc hạ đường huyết đang sử dụng
BTMDXV, Bệnh tim mạch do xơ vữa; BTM, Bệnh thận mạn; DPP-4i, chất ức chế dipeptidyl peptidase-4; ĐM, Động mạch; eGFR, độ lọc cầu thận ước tính; GLP-1 RA, chất đồng vận thụ thể glucagon like peptide-1; LVEF, Phân suất tổng máu thất trái; SGLT2i, chất ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2; ST, Suy tim; SU, Sulfonylurea; IZD, Thiazolidinedione; UACR, Tỷ số Albumin niệu/Creatinine niệu

Đái tháo đường

BỆNH THẬN MẠN

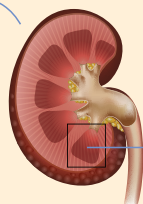


ĐẠM NIỆU LÀ GÌ?

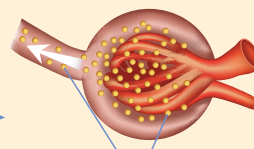
Là sự thất thoát đạm từ cơ thể qua nước tiểu. Đây là một dấu hiệu bất thường cảnh báo về bệnh thận mạn.

KHI ĐƯỜNG HUYẾT/HUYẾT ÁP CAO KÉO DÀI

THẬN



VI CẦU THẬN TỔN THƯƠNG



CHẤT ĐẠM

- ▶ Không bài tiết được chất thải
- ▶ Mất chất đạm và dinh dưỡng

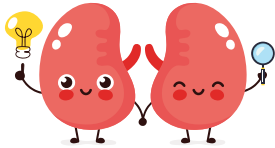


Đái tháo đường, Tăng huyết áp là hai nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh thận mạn.

2X

Nguy cơ tử vong cao gấp 2 lần trên BN có vi đạm niệu so với BN không có đạm niệu.

CHẨN ĐOÁN SỚM BỆNH THẬN MẠN



Đạm niệu là dấu chỉ sớm nhất để phát hiện tổn thương thận. Điều trị tích cực ngay từ khi có đạm niệu giúp trì hoãn thời gian dẫn đến bệnh thận giai đoạn cuối.

QĐ 5481/QĐ-BYT

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ tít 2 của BYT 12/2020
- Phòng ngừa và kiểm soát biến chứng thận.

Tầm soát biến chứng thận

- ▶ Tỷ số albumin/creatinine (A/C) niệu là xét nghiệm hiệu quả nhất tầm soát biến chứng thận.
- ▶ Ít nhất 1 năm 1 lần cần đánh giá đạm niệu ở tất cả BN ĐTĐ tít 2.
- ▶ Cần đánh giá 1 năm 2 lần với BN có A/C niệu > 30mg/g và/ hoặc mức lọc cầu thận eGFR < 60ml/phút/1,73m².

Khuyến cáo sử dụng thuốc

- ▶ Cần tối ưu kiểm soát đường huyết để giảm nguy cơ hoặc làm chậm tiến triển bệnh thận mạn.
- ▶ BN ĐTĐ tít 2 kèm bệnh thận do ĐTĐ, cần nhắc sử dụng ức chế SGLT2 ở BN có eGFR ≥30ml/phút/1,73m² và A/C niệu >30mg/g (đặc biệt khi ≥300mg/g) để giảm nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn và biến cố tim mạch.



HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM

CAREME

TÀI LIỆU TƯ VẤN BỆNH NHÂN

Được tài trợ in ấn/ phát hành bởi **AstraZeneca**  cho mục đích giáo dục Y khoa

Code: VN-0771, Ngày duyệt: 01/07/2021, Ngày hết hạn: 01/07/2023