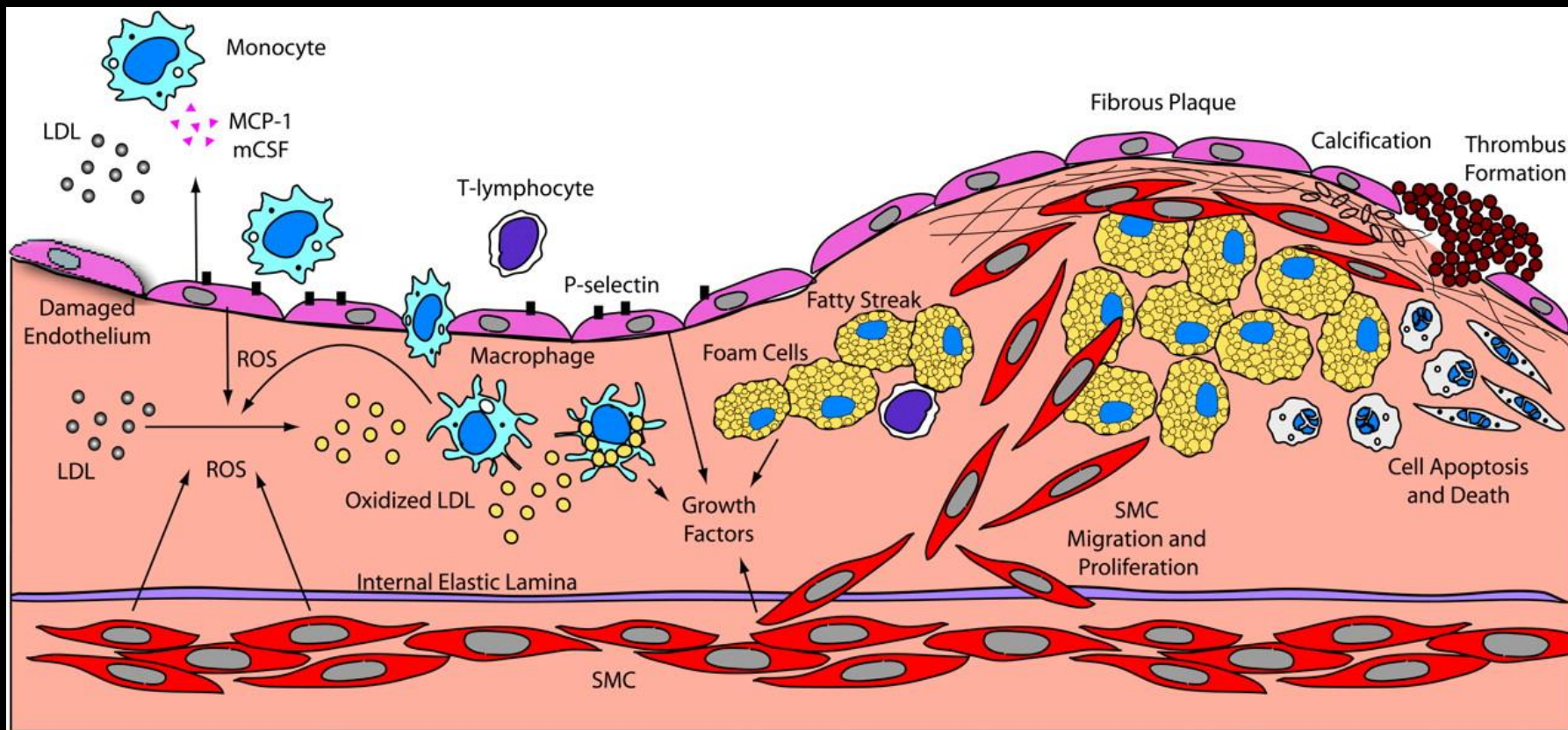


# HƯỚNG DẪN CỦA HỘI TIM MẠCH CHÂU ÂU 2019 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VÀNH MẠNH

BS VÕ ANH MINH

BV ĐHYD SHING MARK





- BMV là một **tiến trình động** của sự tích tụ mảng XVĐM & sự thay đổi CN tuần hoàn mạch vành
- Có thể điều chỉnh thông qua **thay đổi lối sống, điều trị thuốc** và tái thông MV; từ đó đưa đến sự ổn định hoặc **có thể đảo ngược** của bệnh

# Hội chứng vành mạn

## 6 bệnh cảnh lâm sàng thường gặp



BN nghi ngờ bị **BMV** và có triệu chứng **đau thắt ngực** “ổn định” và/hoặc **khó thở**



BN **suy tim** hoặc **RLCN** **thất trái** mới xuất hiện và nghi ngờ bị **BMV**



BN không/có **triệu chứng** ổn định **< 1 năm** sau **HCVC** hoặc **tái thông MV gần đây**



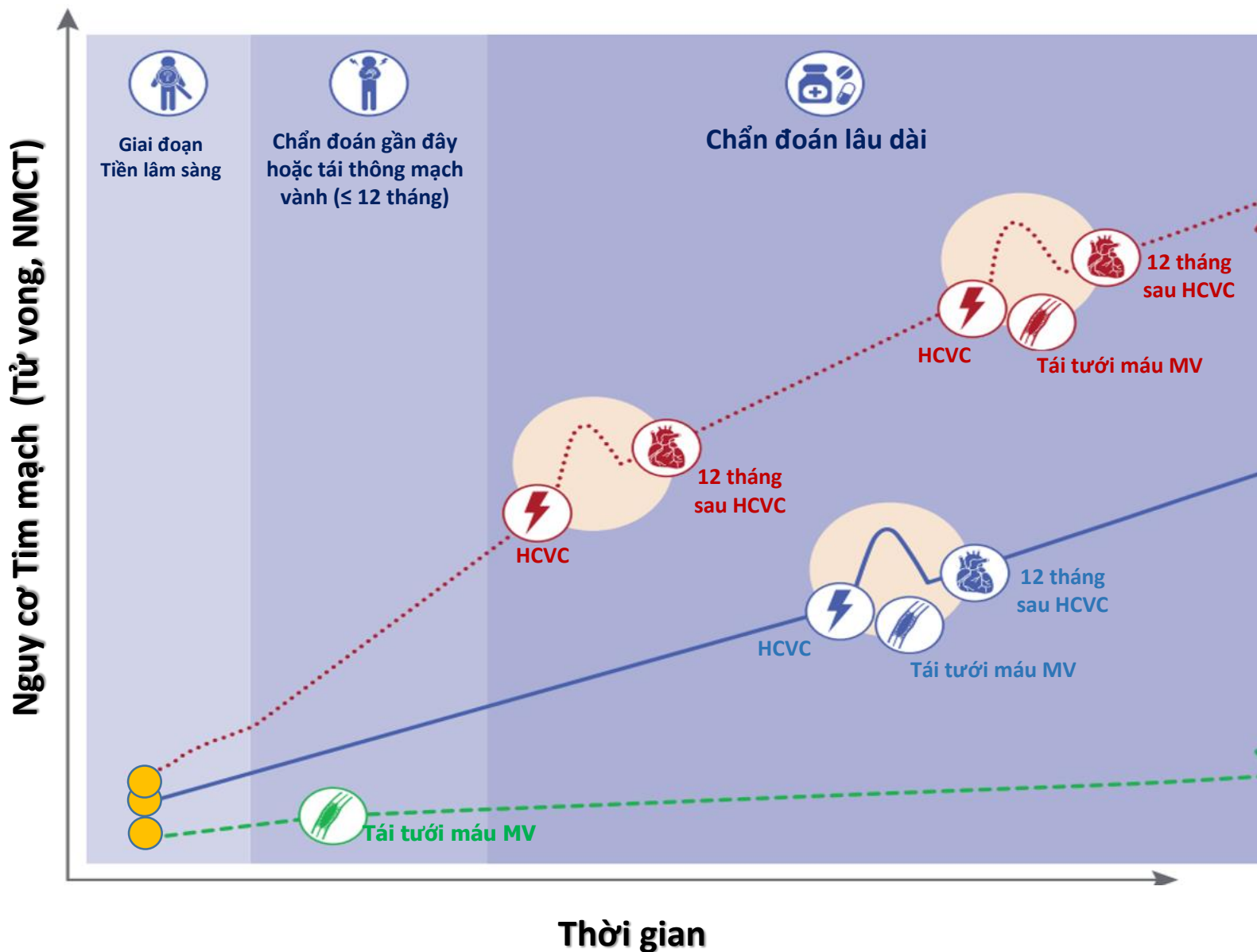
BN **> 1 năm** sau chẩn đoán ban đầu hoặc tái thông MV



BN đau thắt ngực nghi ngờ do **co thắt MV** hoặc **bệnh vi mạch**



BN **không triệu chứng**, **BMV** được phát hiện qua **tâm soát**



# **1 BN đau thắt ngực và/hoặc khó thở, và nghi ngờ BMV**

**1.1 Đánh giá ban đầu, chẩn đoán và đánh giá nguy cơ**

**1.2 Điều trị**

- ❖ **Thay đổi lối sống**
- ❖ **Điều trị bằng thuốc**
- ❖ **Tái tưới máu mạch vành**

# 1.1 Đánh giá ban đầu, chẩn đoán và đánh giá nguy cơ



<b>DIỄN HÌNH</b>	Có <b>BA</b> đặc điểm sau: 1. Khó chịu kiểu đè nặng ở <b>ngực</b> hoặc ở cổ, hàm, vai hoặc cánh tay; 2. Khởi phát bởi <b>gắng sức</b> 3. Giảm bớt khi <b>nghỉ ngơi</b> hoặc dùng <b>nitrat</b> trong vòng 5 phút.
<b>KHÔNG DIỄN HÌNH</b>	Có <b>HAI</b> trong số các đặc điểm này.
<b>ĐAU NGỰC KHÁC</b>	Chỉ có <b>MỘT</b> hoặc <b>không</b> có đặc điểm nào trong số này.

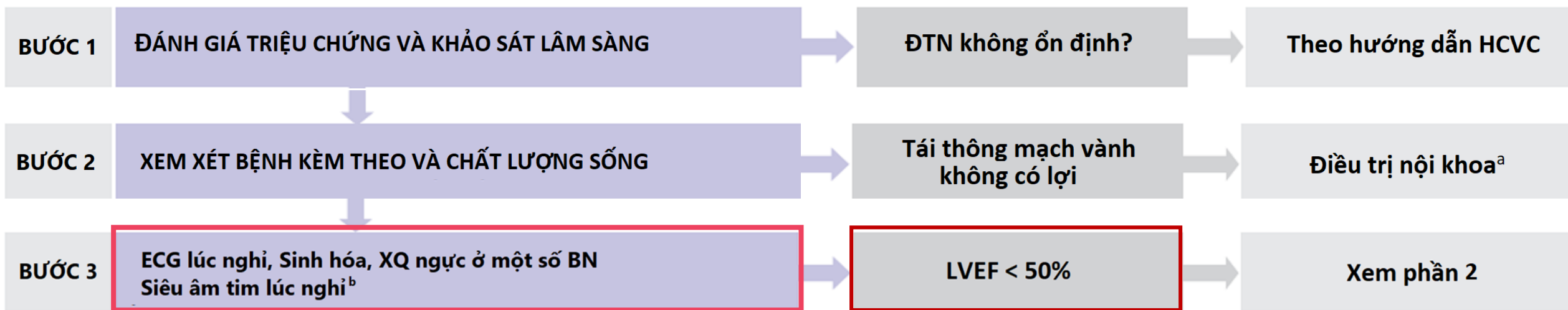
- 1. Có tính chất và vị trí đặc trưng xảy ra khi nghỉ ngơi và trong thời gian dài (> 20 phút)
- 2. ĐTN mới khởi phát, tức là gần đây (2 tháng) khởi phát cơn ĐTN từ TB → nặng (CCS II hoặc III)
- 3. ĐTN tăng dần về mức độ, cường độ, và ở ngưỡng thấp hơn, trong một khoảng thời gian ngắn

ĐTN có thể được **giảm nghịch lý** khi **tập thể dục thêm** (**ĐTN đi-quá**) hoặc khi **gắng sức lần thứ hai** (**ĐTN khởi động**)

**Khoảng 10 - 15% biểu hiện đau thắt ngực điển hình**

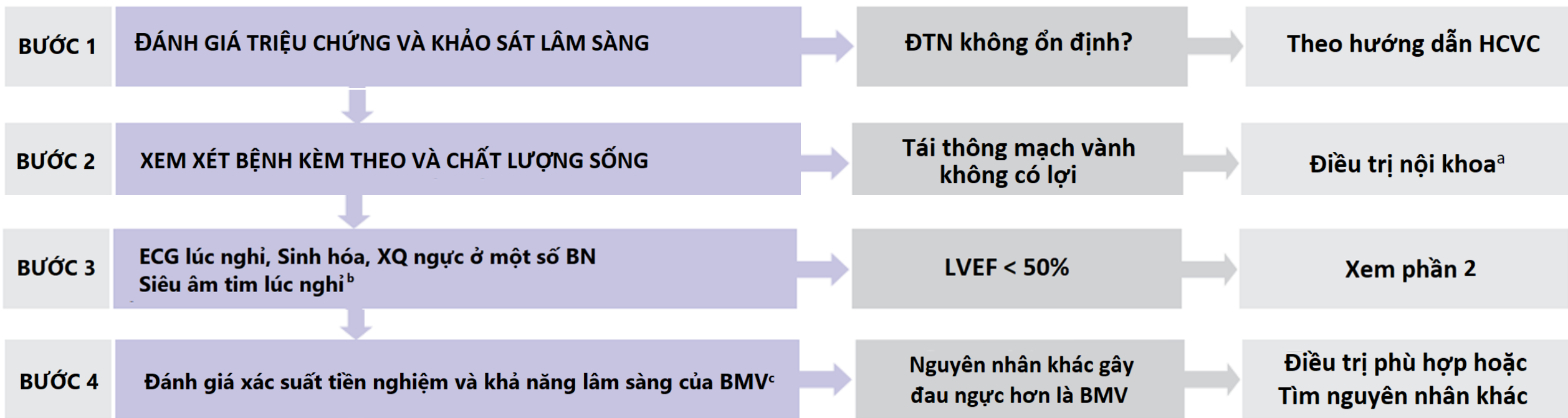


# 1.1 Đánh giá ban đầu, chẩn đoán và đánh giá nguy cơ



- ❖ **XN Troponin** (\*siêu nhạy) để **LOẠI TRỪ** tổn thương cơ tim do **HCVC** (Nếu nghi ngờ)
- ❖ **XN máu: CTM, Creatinine, Glucose đói & HbA1c, Bộ mỡ máu, Hormone tuyến giáp\***
- ❖ **XQ ngực**: biểu hiện không điển hình, dấu hiệu suy tim, hoặc nghi ngờ bệnh phổi
- ❖ **ECG: Bất thường tái cực (chênh xuống của đoạn ST), thay đổi động học đoạn ST**  
Sóng Q bệnh lý, bất thường dẫn truyền, Rung nhĩ
- ❖ **Hotler ECG**: đau ngực và nghi ngờ rối loạn nhịp
- ❖ **Siêu âm tim** (lúc nghỉ): loại trừ NN khác của đau ngực, bệnh đồng mắc, RLVĐ vùng nghi ngờ BMV, đo LVEF, ĐG.CN tâm trương

# 1.1 Đánh giá ban đầu, chẩn đoán và đánh giá nguy cơ





## XÁC SUẤT TIỀN NGHIỆM: TUỔI, GIỚI & TRIỆU CHỨNG

TUỔI	ĐTĐ ĐIỂN HÌNH		ĐTĐ KHÔNG ĐIỂN HÌNH		ĐAU NGỰC KHÁC		KHÓ THỞ <sup>a</sup>	
	NAM	NỮ	NAM	NỮ	NAM	NỮ	NAM	NỮ
30–39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40–49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50–59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60–69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
70+	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

©ESC 2019

### Khả năng mắc BMV giảm đi:

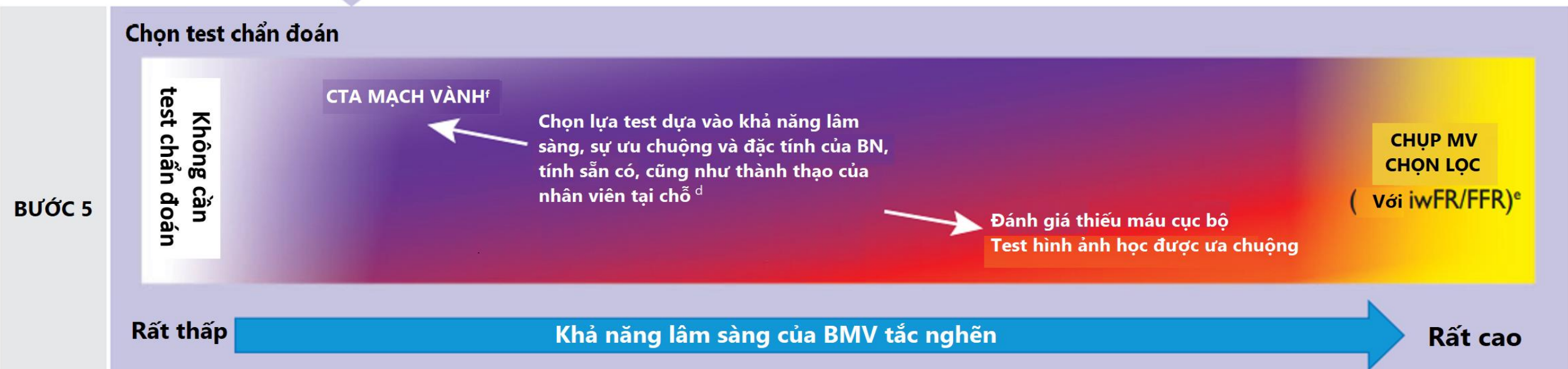
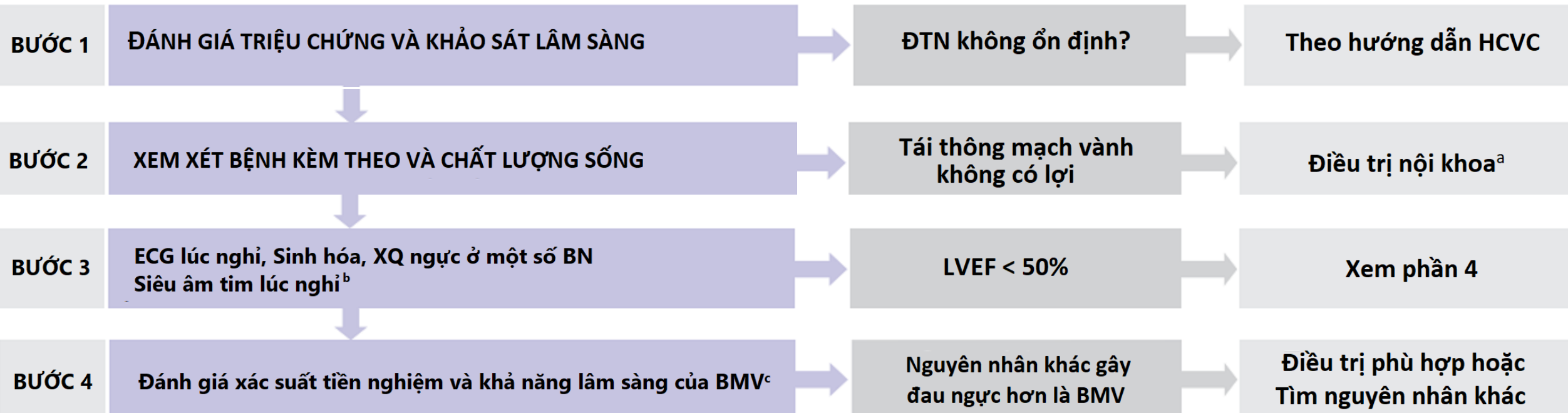
- ECG gắng sức bình thường<sup>a</sup>
- Không có vôi hóa mạch vành trên CT (Điểm Agatston = 0)

### Khả năng mắc BMV tăng lên:

- YTNC tim mạch (RLLM, ĐTĐ, Tăng HA, HTL, TCGĐ có Bệnh TM)
- Thay đổi ECG khi nghỉ (sóng Q hoặc thay đổi ST-T)
- RLCN thất trái nghi ngờ BMV
- Bất thường ECG gắng sức<sup>a</sup>
- Vôi hóa mạch vành trên CT<sup>a</sup>

**Khả năng lâm sàng mắc BMV**

# 1.1 Đánh giá ban đầu, chẩn đoán và đánh giá nguy cơ

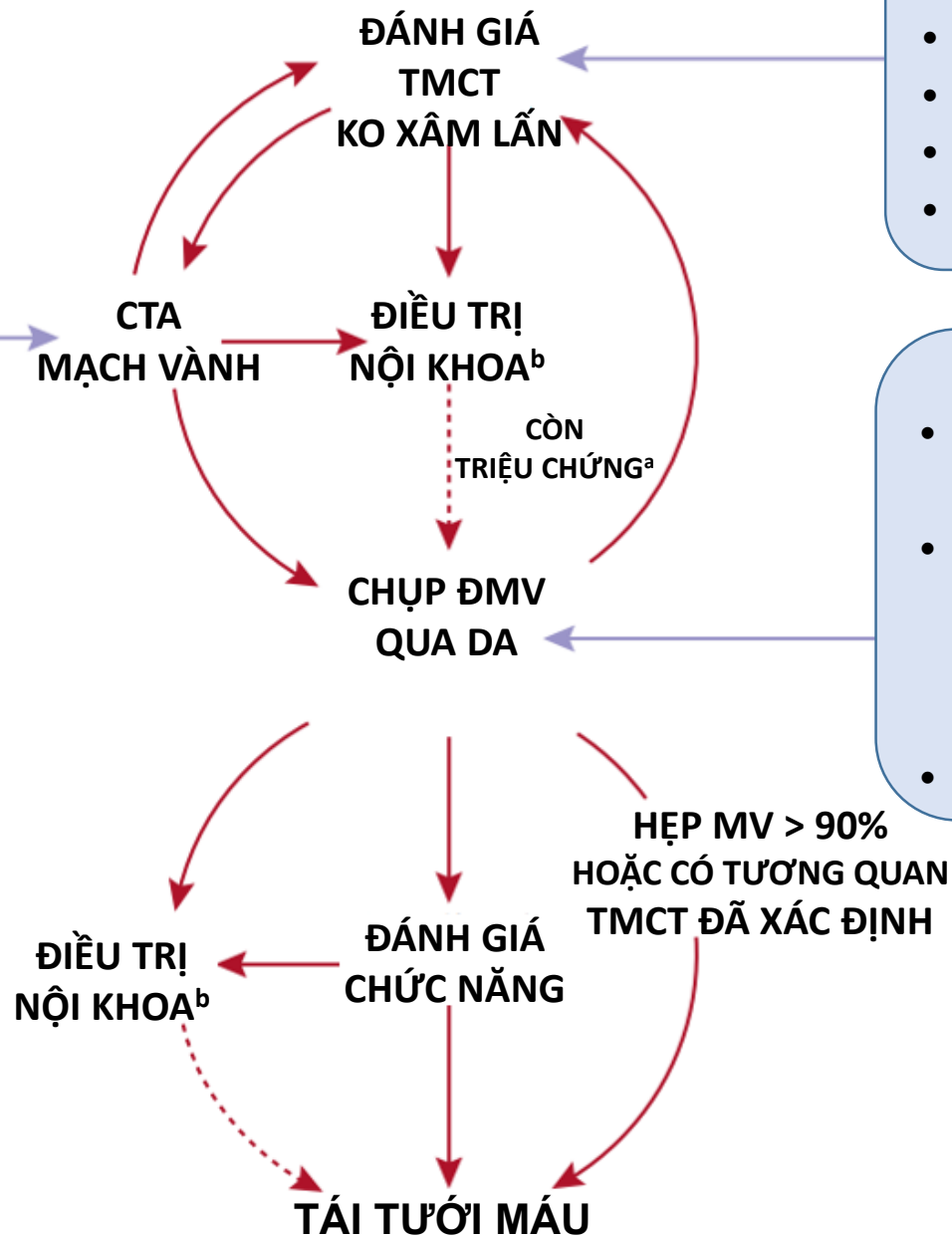


Khuyến cáo chọn lựa CLS không xâm lấn ban đầu dựa vào **khả năng lâm sàng của BMV** và **đặc tính khác của BN** ảnh hưởng đến **khả năng thực hiện của CLS**, chuyên môn cơ sở y tế và tính sẵn có của CLS

# Bước 5: Lựa chọn test thích hợp

## Cân nhắc ưu tiên nếu:

- Khả năng lâm sàng thấp
- Đặc tính BN cho phép chất lượng hình ảnh tốt
- Cơ sở vật chất và sự thành thạo
- Mong muốn đánh giá thông tin **mảng xơ vữa**
- **Không có tiền sử BMV**



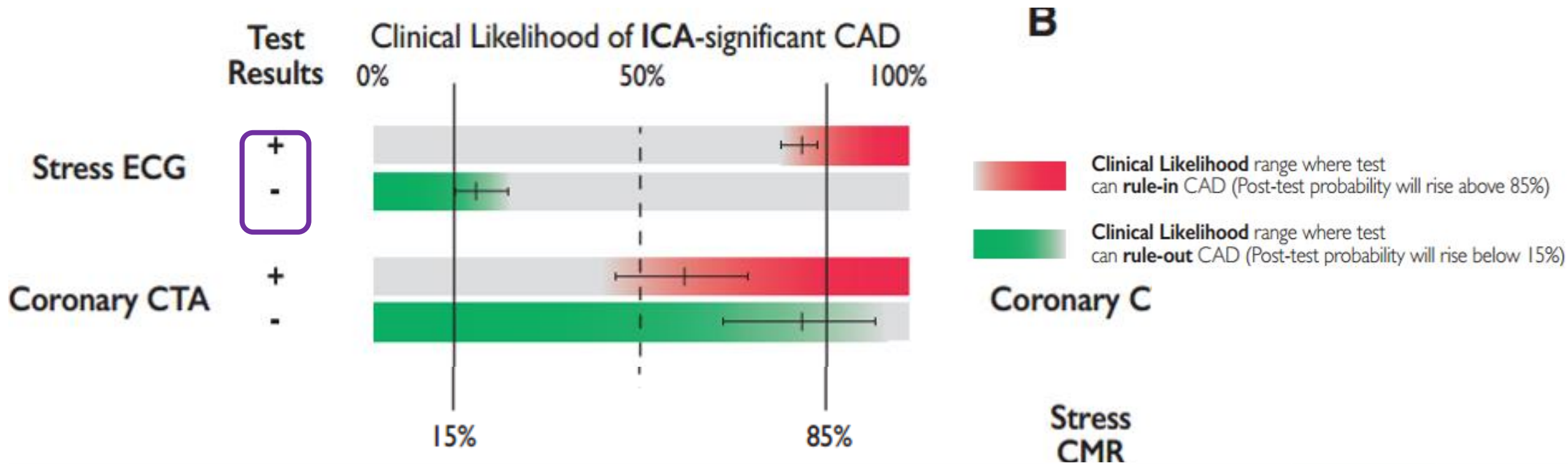
## Cân nhắc ưu tiên nếu:

- **Nguy cơ mắc BMV cao**
- Có thể cần **ĐT tái tưới máu**
- Cơ sở vật chất & sự thành thạo
- Cần đánh giá **sống còn cơ tim**

## Cân nhắc ưu tiên nếu:

- Khả năng lâm sàng cao và **triệu chứng nặng trơ** với điều trị nội khoa
- **ĐTN điển hình** ở mức thấp của gắng sức và đánh giá LS bao gồm ECG gắng sức cho thấy nguy cơ xảy ra biến cố cao
- **RLCN thất trái nghi ngờ do BMV**

# GIÁ TRỊ CỦA CÁC PHƯƠNG TIỆN CHẨN ĐOÁN



ECG gắng sức được khuyến cáo cho đánh giá **dung nạp gắng sức, triệu chứng, rối loạn nhịp, đáp ứng HA**, và **nguy cơ xảy ra biến cố** ở những BN chọn lọc<sup>a</sup>

ECG gắng sức có thể được cân nhắc là **nghiệm pháp thay thế** để rule-in hoặc rule out bệnh mạch vành khi các nghiệm pháp hình ảnh học không xâm lấn hoặc xâm lấn không sẵn có

**I**

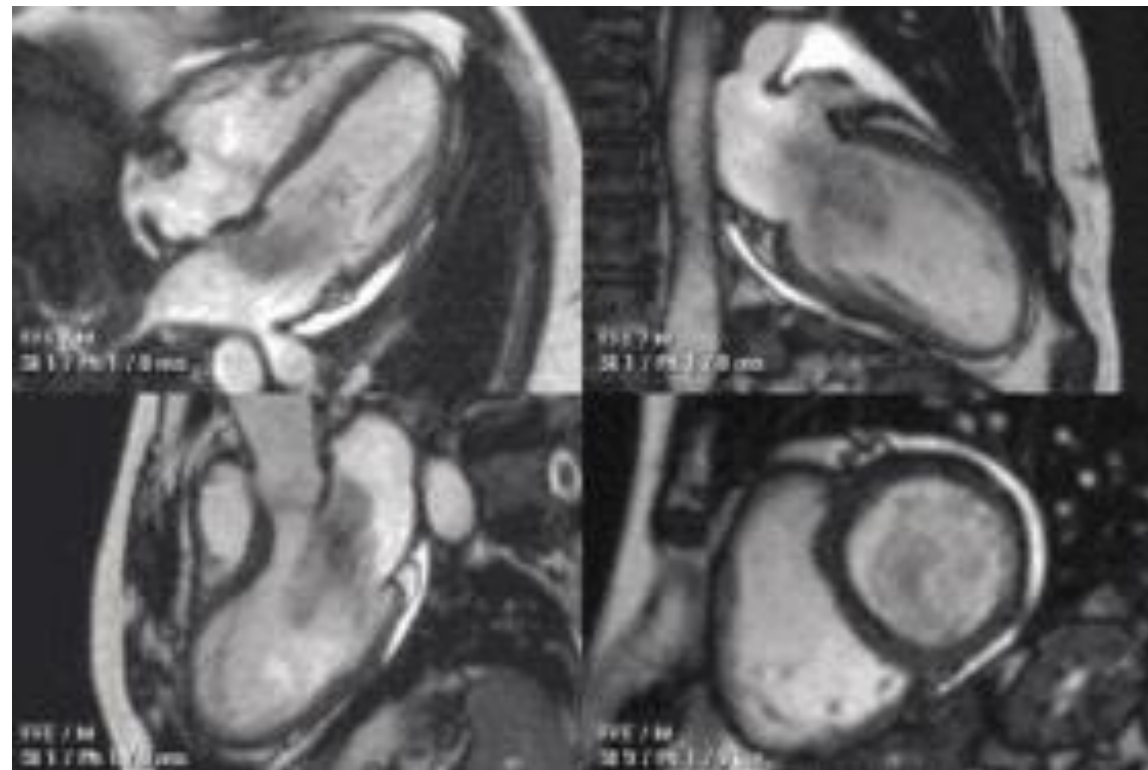
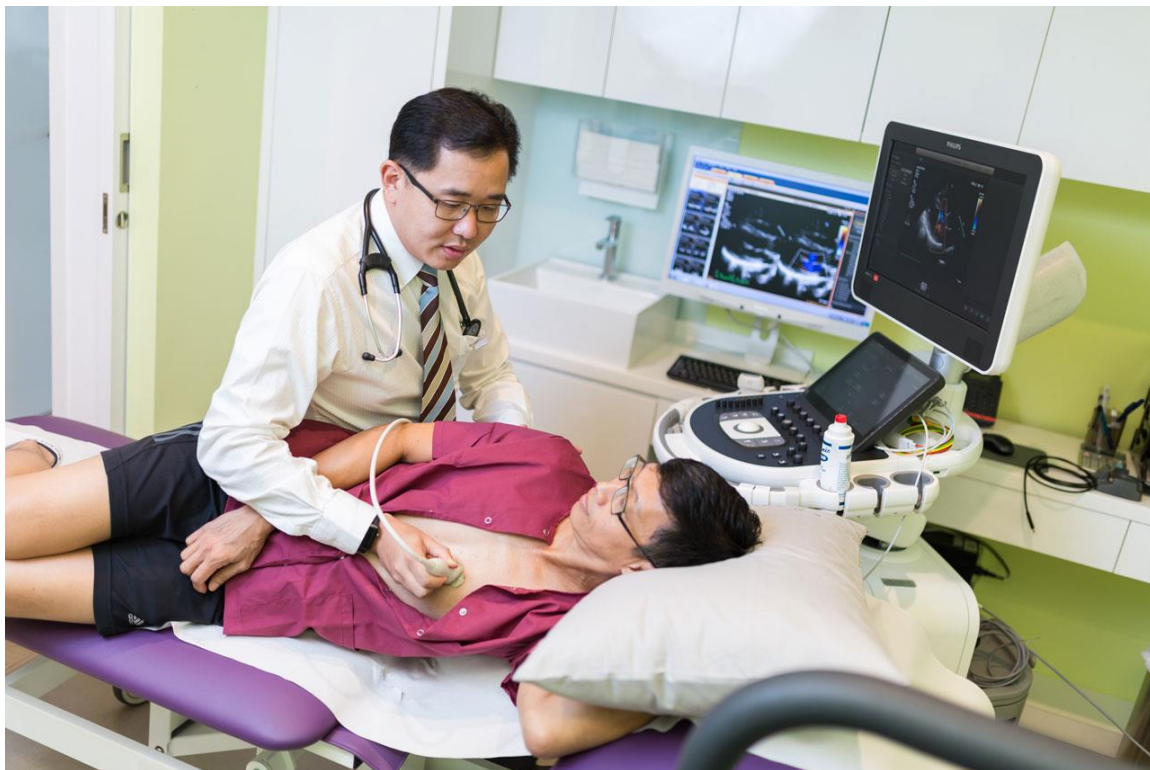
**C**

**II**

**B**



# HÌNH ẢNH HỌC CHỨC NĂNG

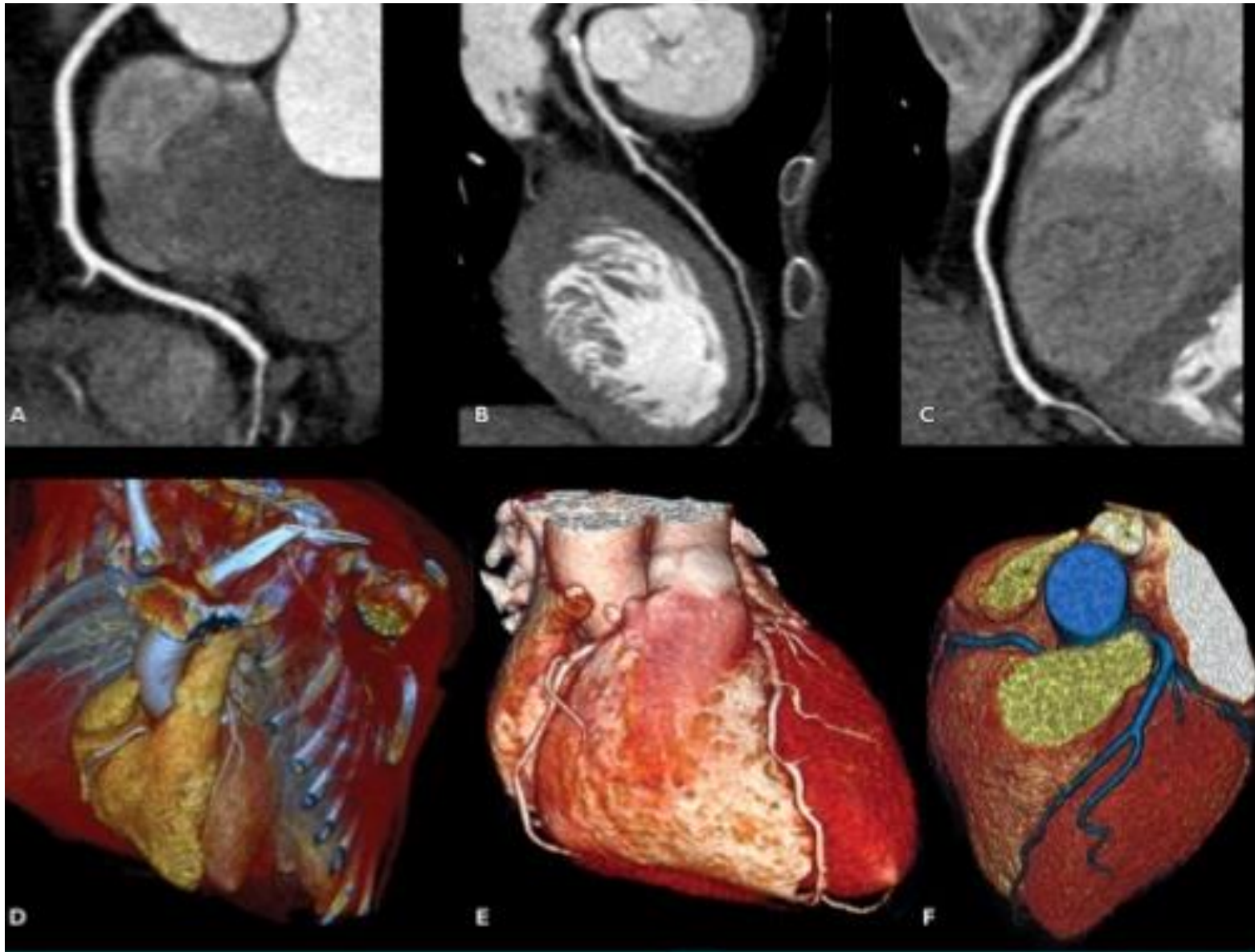


**SIÊU ÂM TIM GẮNG SỨC**

**MRI TIM**



# CT SCAN MẠCH VÀNH



# CT SCAN MẠCH VÀNH

**Hình ảnh chức năng không xâm lấn** đánh giá thiếu máu cơ tim hoặc **MSCT mạch vành** được khuyến cáo là **CLS ban đầu** để chẩn đoán BMV ở những **BN có triệu chứng** mà BMV tắc nghẽn không thể loại trừ bởi đánh giá lâm sàng

IB

**Hình ảnh học chức năng** đánh giá thiếu máu cơ tim được khuyến cáo nếu **MSCT mạch vành** cho kết quả chẩn đoán **BMV không rõ ràng** về chức năng hoặc không đủ giá trị chẩn đoán

IB

**Chụp MSCT mạch vành** nên được cân nhắc thay thế chụp mạch vành xâm lấn nếu một **cận lâm sàng không xâm lấn khác cho kết quả không rõ ràng** hoặc không có giá trị chẩn đoán

IIaC

# CT SCAN MẠCH VÀNH

**Phân tầng nguy cơ**, ưu tiên chọn hình ảnh học gắng sức hoặc MSCT mạch vành (nếu trang thiết bị có sẵn và sử dụng thành thạo), hoặc ECG gắng sức thay thế (nếu gắng sức có ý nghĩa có thể được thực hiện và ECG cơ bản thuận lợi để xác định thay đổi do thiếu máu cục bộ), được khuyến cáo ở tất cả **bệnh nhân nghi ngờ** hoặc **BMV mới được chẩn đoán**

IB

Chụp MSCT mạch vành không được khuyến cáo trong **trường hợp vô hóa mạch vành lan tỏa, nhịp tim không đều, béo phì** rõ rệt cũng không có khả năng hợp tác với yêu cầu **nín thở**, hoặc bất kì tình trạng nào khác khiến không thu được hình ảnh chất lượng tốt

III

# CHỤP MẠCH VÀNH QUA DA

Chụp mạch vành qua da kèm những đánh giá chức năng mạch vành xâm lấn có sẵn nên được cân nhắc để xác định chẩn đoán bệnh mạch vành ở những BN có kết quả chẩn đoán không xâm lấn không chắc chắn

IIa

Chụp mạch vành qua da được khuyến cáo là CLS thay thế để chẩn đoán BMV ở những BN có khả năng lâm sàng cao & triệu chứng nặng trơ với ĐT nội khoa, hoặc ĐTN điển hình ở mức gắng sức thấp và ĐG lâm sàng chỉ nguy cơ biến cố cao.

**ĐG chức năng xâm lấn** phải có sẵn và dùng để đánh giá hẹp MV trước tái thông, ngoại trừ mức độ hẹp nặng (hẹp > 90%)

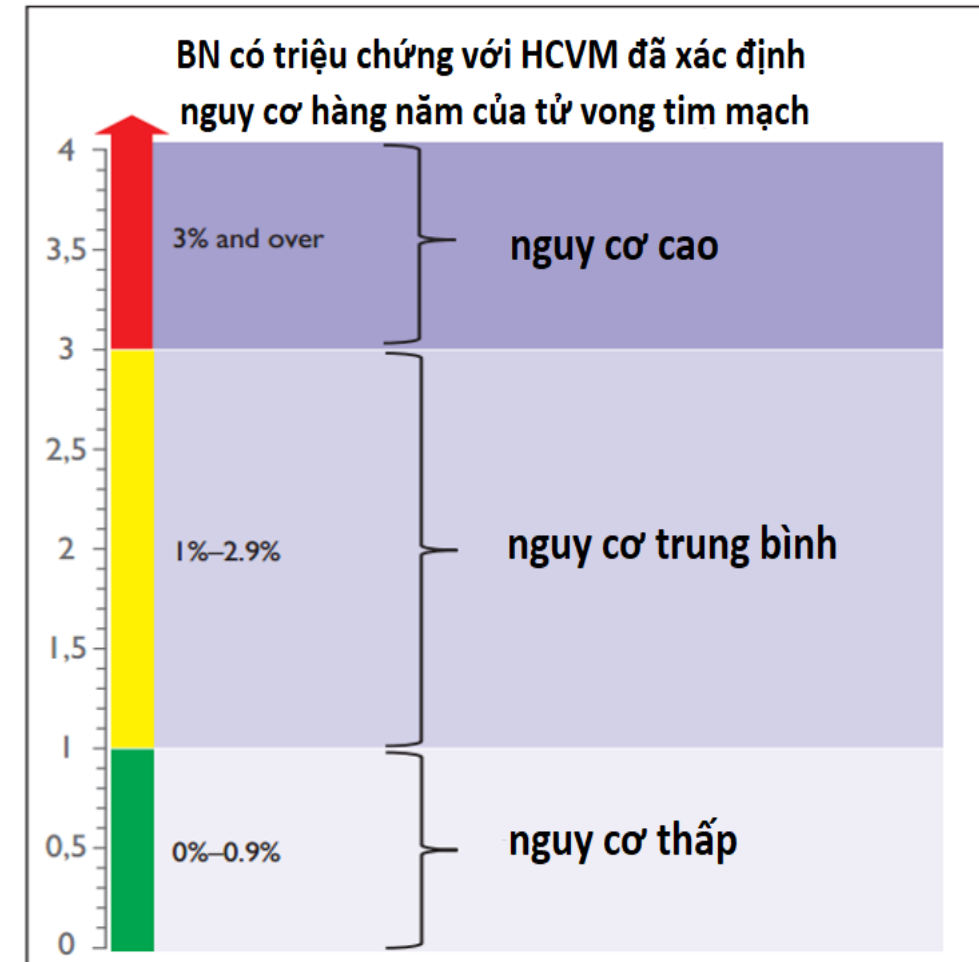
I

# Bước 6: Đánh giá nguy cơ xảy ra biến cố

Các ĐN về **nguy cơ xảy ra biến cố cao** đối với các pp đánh giá khác nhau ở những BN HCVM đã CD

ECG gắng sức	Tử vong TM > 3%/năm (thang điểm DUKE)
Siêu âm tim gắng sức	Giảm/vô động $\geq 3/16$ vùng cơ tim khi gắng sức
MRI tim	Giảm tưới máu $\geq 2/16$ vùng cơ tim (tưới máu gắng sức) hoặc $\geq 3$ vùng rối loạn chức năng (dobutamin)
CT scan MV hoặc Chụp MV	Bệnh 3 nhánh MV với hẹp MV đoạn gần, Bệnh thân chung, Hẹp đoạn gần ĐM liên thất trước
Thăm dò CN xâm lấn	FFR $\leq 0.8$ , iwFR $\leq 0.89$

[www.escardio.org/guidelines](http://www.escardio.org/guidelines)



ESC Guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes (European Heart Journal 2019; 10.1093/eurheartj/ehz425)



**PHẢI GIẢI QUYẾT NHƯ THẾ NÀO ?**







**PHỐI HỢP ĐA CHUYÊN KHOA**



# **1 BN đau thắt ngực và/hoặc khó thở, và nghi ngờ BMV**

1.1 Đánh giá ban đầu, chẩn đoán và đánh giá nguy cơ

1.2 Điều trị

A. Thay đổi lối sống

B. Điều trị bằng thuốc

C. Tái tưới máu mạch vành

# A. Quản lý lối sống

## Thay đổi lối sống và kiểm soát các yếu tố nguy cơ

- Thực hiện các hành vi **lối sống lành mạnh** làm giảm **nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch và tử vong**.<sup>1</sup>
- Lợi ích có thể thấy rõ ngay **sau 6 tháng** sau phẫu thuật lần trước.<sup>2</sup>





# 1. Hút thuốc



Ngừng HTL giúp cải thiện tiên lượng ở BN HCVM bao gồm **giảm 36% nguy cơ tử vong** cho những người bỏ thuốc.



## A-ASK

Hỏi một cách hệ thống về **tình trạng hút thuốc lá**

## A-ADVISE

Khuyến tất cả người hút thuốc lá ngưng hút

## A-ASSESS

ĐG mức độ nghiện và sự **sẵn sàng** ngưng hút

## A-ASSIST

Thống nhất về **chiến lược** ngưng HTL: XĐ ngày ngưng hút, **tham vấn hành vi** và hỗ trợ bằng **thuốc**

## A-ARRANGE

Sắp xếp một **kế hoạch** theo dõi

## 2. Chế độ ăn uống và rượu

Chế độ ăn uống không lành mạnh là yếu tố hàng đầu **gây ra BMV** và sự **tiến triển** của nó



Thay đổi chế độ **ăn uống lành mạnh** ở BN HCVM dẫn đến **giảm tỷ lệ tử vong & các biến cố tim mạch**

# 3. Quản lý cân nặng

**Béo phì** có liên quan đến tuổi thọ thấp hơn và **thừa cân** có liên quan đến việc mắc **Bệnh tim mạch ở độ tuổi sớm hơn**.



**Vòng eo** là chỉ điểm của **bệnh béo phì trung tâm** và có liên quan chặt chẽ với phát triển **bệnh tim mạch** và **bệnh đái tháo đường**.

Khuyến cáo vòng eo  $\leq 94$  cm đối với nam ( $< 90$  cm đối với nam/Châu Á) và  $\leq 80$  cm đối với nữ.



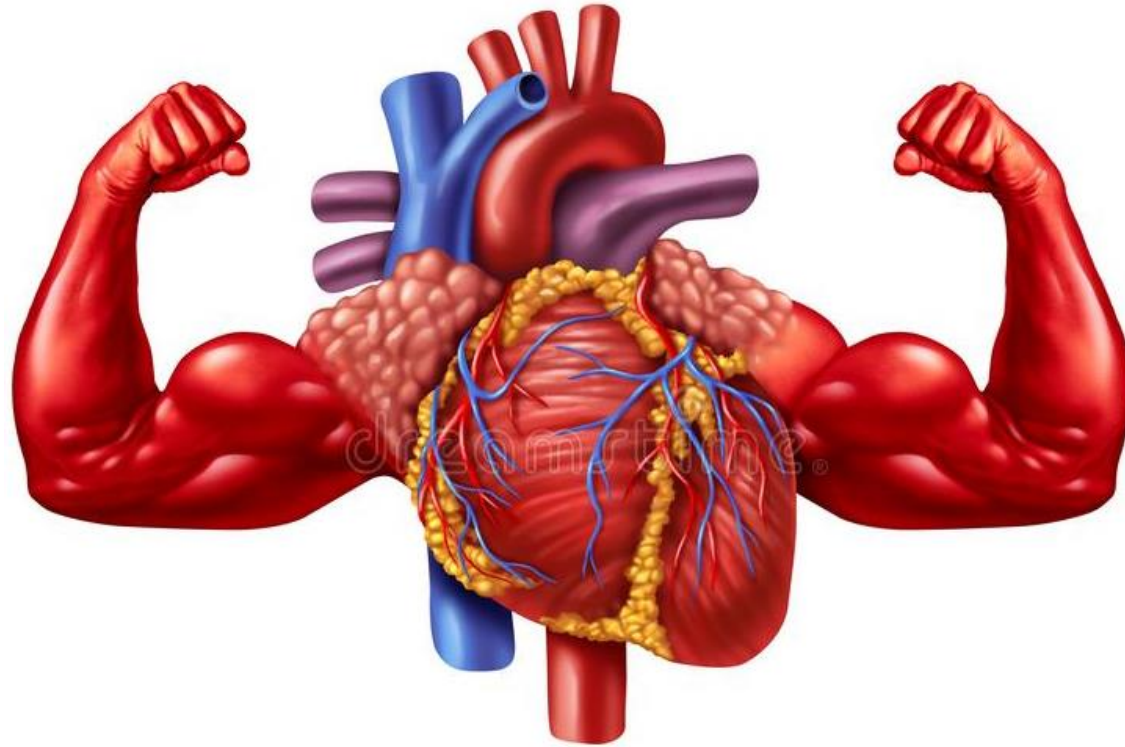
# 4. Hoạt động thể chất

Tăng 1 ml/kg/phút trong **mức tiêu thụ oxy tối đa** trong tập thể dục có liên quan đến việc **giảm 14%-17% nguy cơ mắc bệnh tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân**



- **Polypill** (nhiều tác dụng có lợi): **cải thiện chứng đau thắt ngực** thông qua việc **tăng cường oxy đến cơ tim** và **tăng khả năng tập thể dục**
- 30 - 60 phút hoạt động aerobic cường độ trung bình  $\geq 5$  ngày mỗi tuần.

# 5. Phục hồi chức năng tim mạch



- Giảm **tỷ lệ tử vong** và **nhập viện** vì nguyên nhân tim mạch
- Hầu hết BN sau **điều trị NMCT cấp** hoặc sau khi **tái thông mạch vành** tham gia **PHCNTM**
- **PHCNTM** có lợi trên tất cả các phân loại chẩn đoán.

## 6. Yếu tố tâm lý xã hội

- **BN bệnh tim mạch** có nguy cơ rối loạn khí sắc và lo âu **tăng gấp hai lần** so với người không mắc bệnh tim.
- **Căng thẳng tâm lý, trầm cảm và lo lắng** có liên quan đến **dự hậu xấu hơn** và khiến bệnh nhân **khó thay đổi tích cực về lối sống** hoặc **tuân thủ chế độ trị liệu**.



**can thiệp tâm lý** và **bằng thuốc** có tác dụng có lợi đối với trầm cảm, lo âu và căng thẳng, với một số bằng chứng về việc **giảm tử vong do tim** và **các biến cố** so với giả dược.

# 7. Các yếu tố môi trường

- Tiếp xúc với **ô nhiễm không khí** làm tăng nguy cơ NMCT, cũng như nhập viện và tử vong do suy tim, đột quỵ và rối loạn nhịp tim.



BN HCVM nên **tránh các khu vực tắc nghẽn giao thông**  
**Đeo khẩu trang mặt nạ N95** ở những khu vực bị ô nhiễm nặng

**Tiếng ồn môi trường cũng làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch**



# 8. Hoạt động tình dục

- **Nguy cơ gây ra cái chết đột ngột hoặc NMCT cấp là rất thấp** (*bạn tình ổn định trong môi trường quen thuộc mà không bị căng thẳng hoặc ăn quá nhiều thức ăn hoặc uống nhiều rượu trước đó*)  
<1 - 1,7% **tử vong đột ngột** xảy ra trong hoạt động tình dục.
- **Chi tiêu năng lượng: thấp đến trung bình (3 - 5 METS)**  
**Leo lên hai tầng cầu thang**
- **RLCN tình dục** ở BN HCVM bao gồm giảm ham muốn hoạt động tình dục & tỷ lệ rối loạn cương dương cao.



# 9. Tuân thủ và duy trì điều trị

- 9% các biến cố tim mạch ở châu Âu là do tuân thủ điều trị kém.
- Dùng nhiều thuốc tác động tiêu cực trong việc tuân thủ điều trị
- Sự phức tạp của chế độ dùng thuốc có liên quan đến việc không tuân thủ điều trị và tỷ lệ nhập viện cao hơn.



hỗ trợ bởi điều dưỡng



hỗ trợ bởi dược sĩ

Đơn thuốc nên ưu tiên thuốc **đã chứng minh lợi ích** với **mức độ cao nhất** của bằng chứng và **biên độ lợi ích** là **lớn nhất**



# 10 Vắc-xin ngừa cúm

Tiêm vắc-xin ngừa cúm hàng năm có thể cải thiện việc **phòng ngừa MI cấp ở BN HCVM**, cải thiện tiên lượng đối với **suy tim**, và **giảm tỷ lệ tử vong do tim mạch** ở người lớn  $\geq 65$  tuổi.



***Nên tiêm vắc-xin cúm hàng năm cho BN mắc BMV, đặc biệt là người cao tuổi***

## **B. Điều trị bằng thuốc**

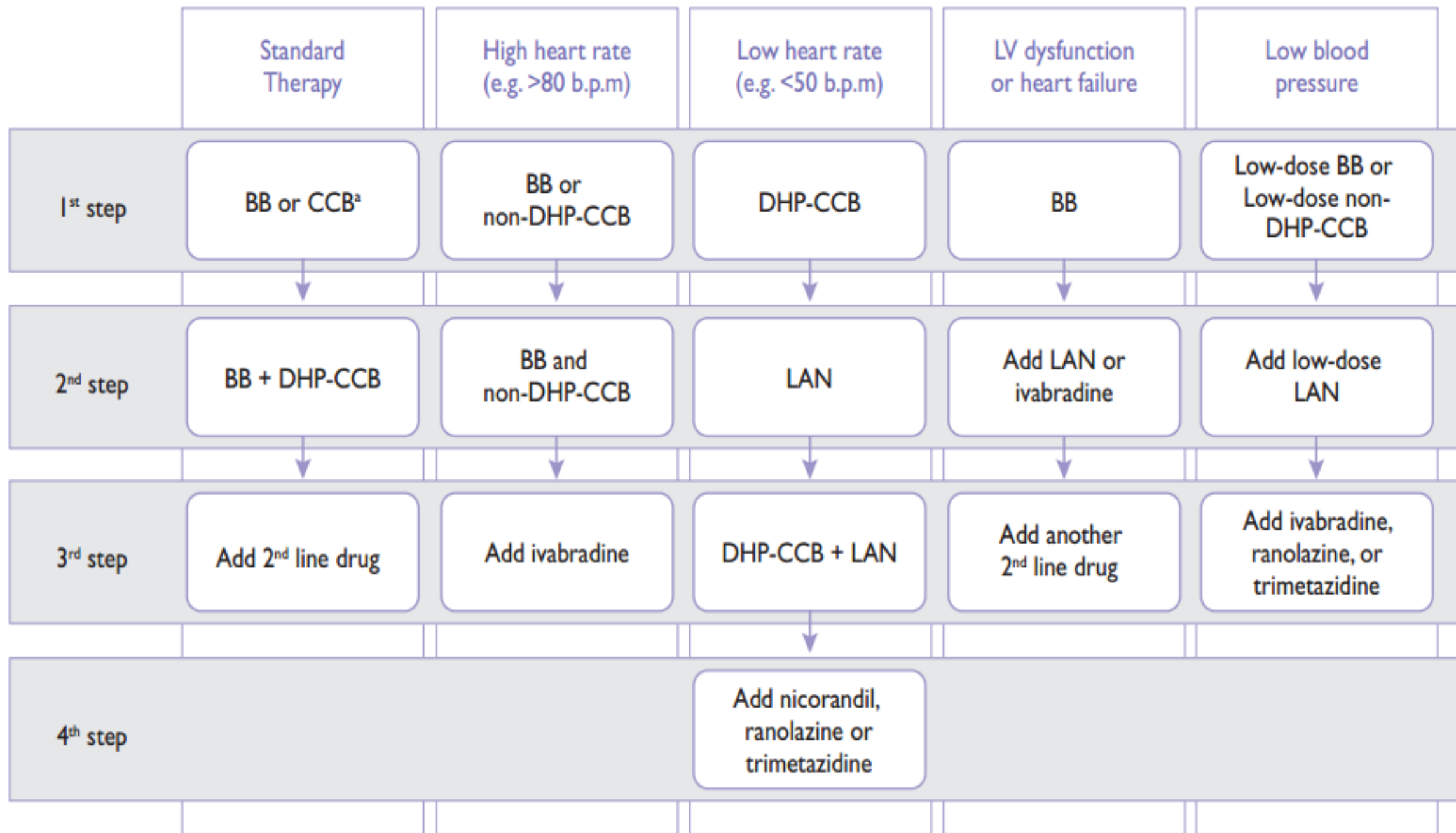
Giảm các triệu chứng ĐTN và thiếu máu cục bộ liên quan gắng sức, và để ngăn ngừa các biến cố tim mạch.

- ✓ **Thuốc chống thiếu máu cục bộ**
- ✓ **Phòng ngừa biến cố**
- ✓ **Statin và các thuốc hạ lipid máu khác**
- ✓ **Thuốc ức chế hệ thống RAA**

# 1 Thuốc chống thiếu máu cục bộ

## Chiến lược chung

- **Điều trị tối ưu:** Đạt được **hài lòng** trong kiểm soát các **triệu chứng** và ngăn ngừa các **biến cố tim mạch** liên quan đến HCVM, với **sự tuân thủ tối đa, tác dụng phụ tối thiểu**.
- **Sự lựa chọn ban đầu** của thuốc điều trị ĐTN phụ thuộc vào **dung nạp dự kiến** liên quan đến **đặc điểm cá nhân** của **BN, bệnh đi kèm, tương tác thuốc, sở thích BN** sau khi được thông báo về TDP tiềm ẩn và tính khả dụng của thuốc.
- **Đáp ứng ban đầu ĐT bằng thuốc cho tình trạng đau ngực** nên được **đánh giá lại sau 2-4 tuần** bắt đầu điều trị.





## 1.1 Nitrat

- ❖ Nitrat tác dụng **ngắn** dùng cho cơn đau thắt ngực liên quan gắng sức
  - Nitroglycerin dạng ngậm dưới lưỡi và xịt giúp giảm đau ngay lập tức.
  - Isosorbide dinitrate (5 mg ngậm dưới lưỡi)
- ❖ Nitrat tác dụng **dài** trong điều trị dự phòng đau thắt ngực
  - Gây ra sự dung nạp do mất hiệu quả, cần kê đơn có khoảng thời gian liều thấp nitrat hoặc không có nitrat tầm **10 -14 giờ**.
- **Chỉnh liều** là cần thiết với tất cả các dạng để có được sự **kiểm soát tối đa các triệu chứng** ở liều chấp nhận được.

## 1.2 Thuốc chẹn beta

- Nên điều chỉnh liều thuốc chẹn beta để đạt **tần số tim 55-60** l/p khi nghỉ ngơi.
- Ở BN **NMCT gần đây** và những BN **suy tim mạn với EF giảm**, thuốc chẹn beta có liên quan đến việc giảm đáng kể **tỷ lệ tử vong và/hoặc các biến cố tim mạch**

## 1.3 Thuốc chẹn kênh canxi

**Nhóm NON-DIHYDROPYRIDINE: Verapamil < Diltiazem**

**Nhóm DIHYDROPYRIDINE**

- **Nifedipine tác dụng dài:** Nifedipine tác dụng kéo dài + beta-blockade (đau thắt ngực + THA)
- **Amlodipine:** Điều trị tăng huyết áp và đau thắt ngực hiệu quả mỗi ngày một lần.

**1.4 thuốc thứ hai ở bệnh nhân HCVM:** Ivabradine, Ranolazine, Nicorandil, Trimetazidin

# 2 Phòng ngừa biến cố I

## 2.1 Thuốc kháng kết tập tiểu cầu (KTTC)

- Cân bằng lợi-nguy cơ giữa phòng ngừa TMCB và tăng nguy cơ chảy máu.
- Aspirin liều thấp (75-100mg), Clopidogrel, Ticagrelor
- Thời gian điều trị kháng KTTC kép (sau PCI): 12, 6, 1-3, 36

## 2.2 Thuốc chống đông máu trong nhịp xoang/Rung nhĩ

## 2.3 Thuốc ức chế bơm proton

- **PPI làm giảm nguy cơ XHTH ở BN điều trị bằng thuốc chống tiểu cầu**
- PPI ức chế CYP2C19 (**omeprazole** và **esomeprazole**) có thể làm giảm đáp ứng dược lực học đối với **clopidogrel**.

## 2.4 Phẫu thuật tim và điều trị chống đông

- Aspirin thường nên được **tiếp tục ở những BN HCVM sau PT tim chương trình**
- Thuốc chống HK khác **ngưng theo khoảng thời gian TD** và chỉ định của nó (Clopidogrel  $\geq 5$  ngày trước; Rivaroxaban, Dabigatran 1 - 2 ngày trước/liều lượng và CN thận).



## 2.5 Phẫu thuật ngoài tim và điều trị chống đông

- **Phẫu thuật ngoài tim có liên quan đến việc tăng nguy cơ NMCT.**
- Sau PCI, bất cứ khi nào có thể, nên hoãn PT chương trình cho đến khi thời gian DAPT được **khuyến cáo đã hoàn thành** (6 tháng, 1-3 tháng\*)
- Trong hầu hết các loại phẫu thuật, **nên tiếp tục sử dụng aspirin** vì lợi ích vượt trội hơn nguy cơ chảy máu, nhưng điều này có thể không phù hợp với các **thủ thuật liên quan đến nguy cơ chảy máu rất cao** (thủ thuật nội sọ, phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt, phẫu thuật nội nhãn, v.v.).

## 2 Phòng ngừa biến cố II

### Thuốc hạ lipid máu

**Statin** được khuyến cáo ở **tất cả bệnh nhân HCVM**

I

A

Nếu mục tiêu của BN không đạt được với liều statin tối đa mà dung nạp, khuyến cáo **kết hợp với ezetimide**

I

B

### Ức chế men chuyển/Ức chế thụ thể

**Ức chế men chuyển** (hoặc ức chế thụ thể) được khuyến cáo ở BN có kèm các tình trạng khác (vd: **suy tim, THA, hoặc ĐTĐ**)

I

A

Ức chế men chuyển nên được xem xét ở các BN HCVM có **nguy cơ rất cao** xảy ra biến cố tim mạch

IIa

A

# Liệu pháp thay thế hormone

Kết quả từ các thử nghiệm ngẫu nhiên lớn đã chỉ ra rằng liệu pháp thay thế hormone **không mang lại lợi ích tiên lượng** và làm **tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch** ở phụ nữ ở độ tuổi > 60 tuổi.



# THUỐC HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

Các thuốc ức chế SGLT2 empagliflozin, canagliflozin, hoặc dapagliflozin được khuyến cáo trên những bệnh nhân có đái tháo đường và bệnh tim mạch.

I

Thuốc đồng vận GLP1 (liraglutide hoặc semaglutide) được khuyến cáo ở những bệnh nhân có đái tháo đường và bệnh tim mạch.

I



# C. Tái tưới máu mạch vành

- Hai mục tiêu của tái tưới máu mạch vành là **giảm triệu chứng** ở bệnh nhân đau thắt ngực và/hoặc **cải thiện tiên lượng**.
- Các khuyến cáo cho thấy rằng *điều trị tái tưới máu mạch vành* ở bệnh nhân bị **ĐTN** và **hẹp mạch vành** có ý nghĩa thường là một *liệu pháp thứ hai* sau khi **điều trị nội khoa không thành công**.
- Tuy nhiên, đau thắt ngực có liên quan đến **giảm chất lượng cuộc sống, giảm sức chịu đựng về thể chất, suy nhược tinh thần và tái nhập viện** và thăm khám phòng khám, với dự hậu lâm sàng giảm đi.



Triệu chứng đau ngực

Có

Không

Bảng chứng TMCB

Bảng chứng TMCB

Có

Không

Có

Không

BỆNH 1 NHÁNH MV

- Đường kính hẹp > 90%
- FFR  $\leq$  0.80/iwFR  $\leq$  0.89 ở Mạch vành chính
- LVEF  $\leq$  35% do BMV

- Vùng lớn thiếu máu cơ tim (>10% của thất trái)

- Đường kính hẹp > 90%
- FFR  $\leq$  0.80/iwFR  $\leq$  0.89 ở Mạch vành chính
- LVEF  $\leq$  35% do BMV

Có

Không

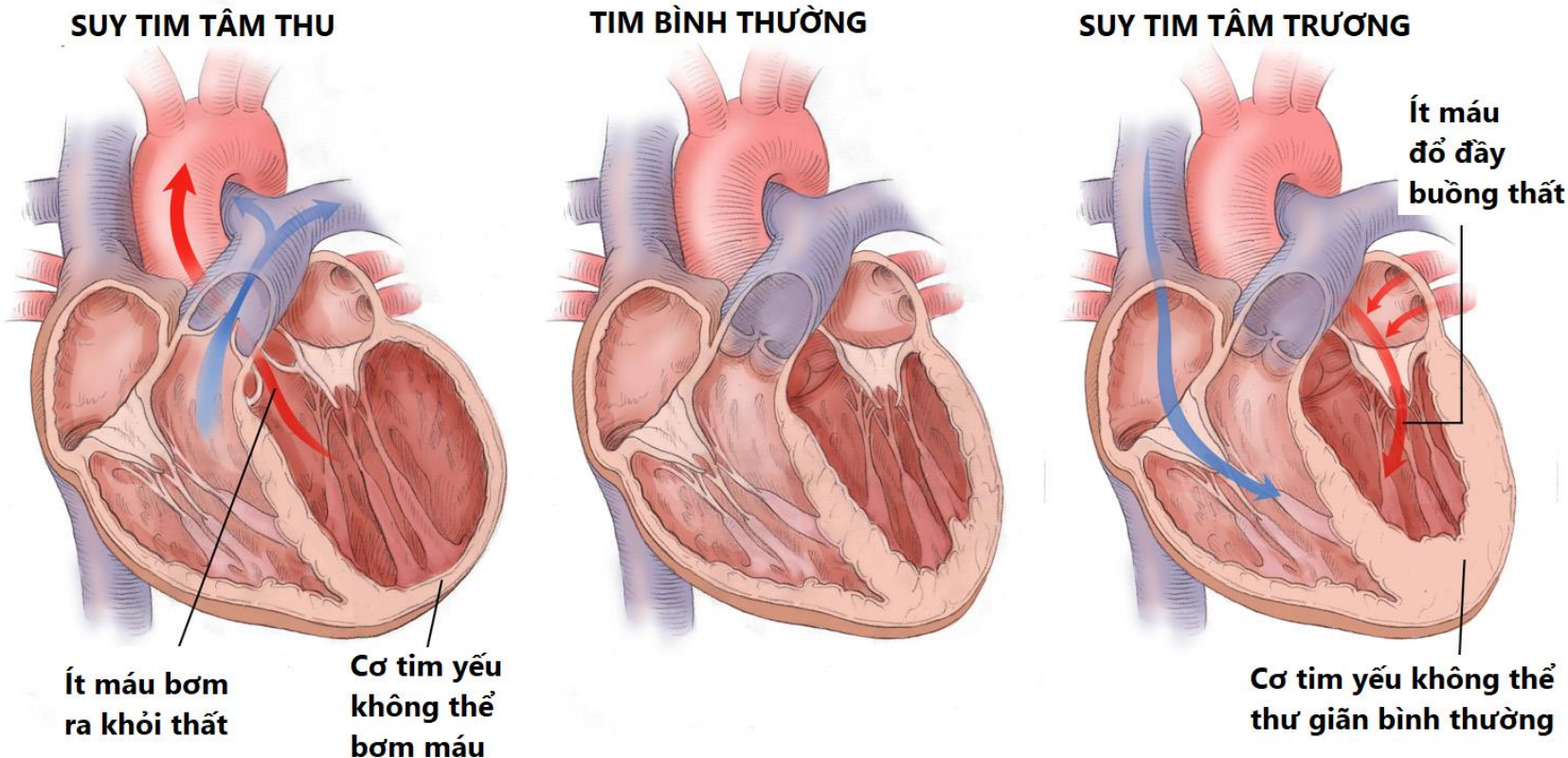
- Xác định sang thương
- Với FFR  $\leq$  0.80 hoặc iwFR  $\leq$  0.89

XEM XÉT ĐIỀU TRỊ TÁI TƯỚI MÁU MẠCH VÀNH VỚI ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TỐI ƯU

# 2 BN mới khởi phát suy tim hoặc giảm chức năng thất (T)

Sinh lý bệnh dẫn đến RLCN tâm thu do tổn thương cơ tim và thiếu máu cục bộ

Hầu hết BN **SUY TIM** có triệu chứng đều **EF giảm (<40%)**, mặc dù BN HCVM cũng có thể có **SUY TIM** có triệu chứng và EF bảo tồn ( $\geq 50\%$ ).



**Bệnh sử, Khám thực thể**

**Điện tâm đồ**

**Hình ảnh:** Siêu âm tim, X-quang, chụp MV (hoặc MSCT MV)

**XN BNP:** loại trừ CĐ nghi ngờ suy tim, mức độ nặng

# ĐIỀU TRỊ

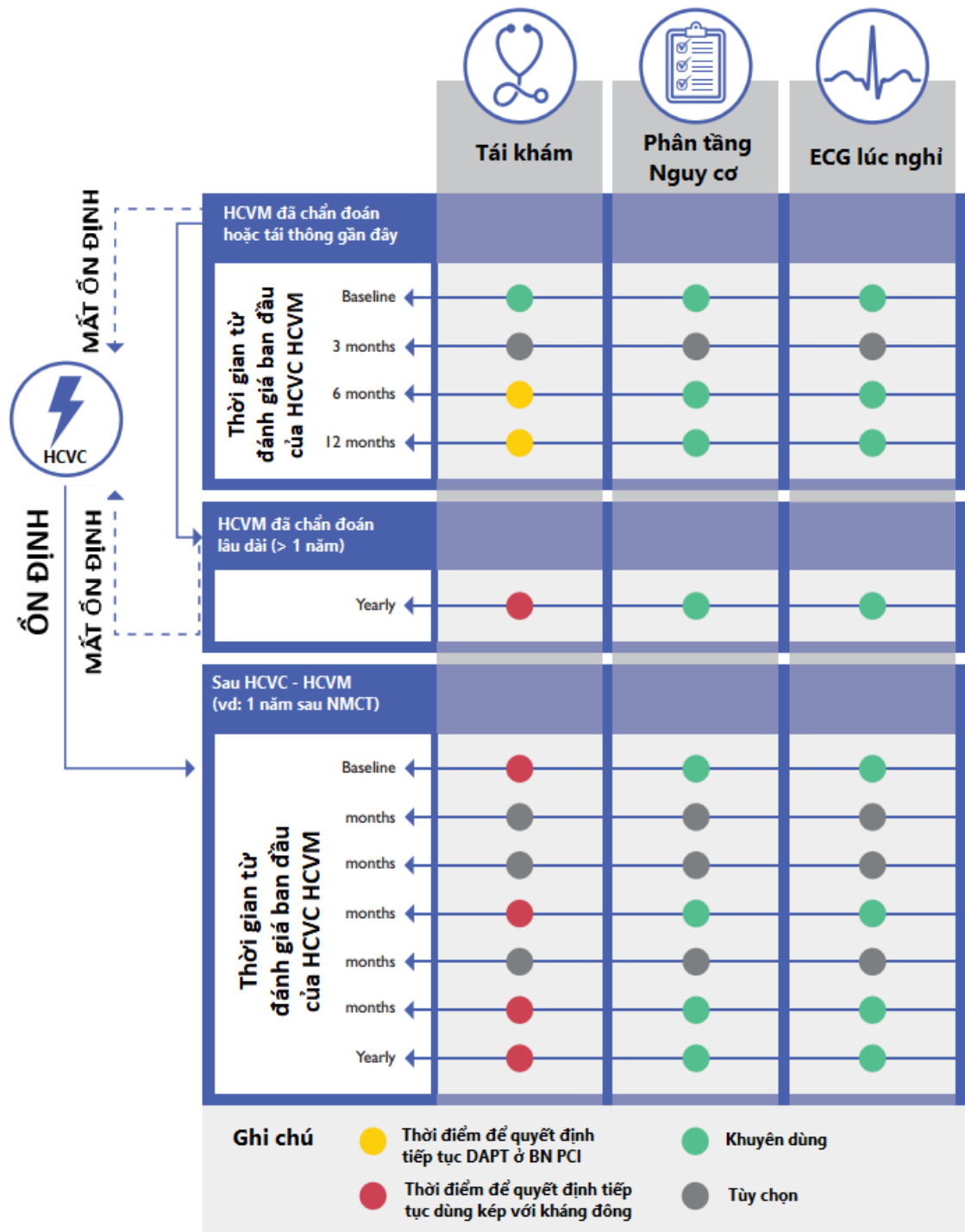
## ❖ Điều trị nội khoa tối ưu

- ❖ **Tái thông mạch vành** thành công ở BN suy tim do BTTMCB có thể **cải thiện RLCN thất trái và tiên lượng** bằng cách giảm TMCB đối với **cơ tim còn sống, đang ngủ đông**.
- ❖ BN vẫn có triệu chứng, RLCN tâm thu thất (T) & bằng chứng RLN thất/block nhánh, có thể đủ điều kiện để **đặt các dụng cụ [CRT)/ICD]**  
*Giúp giảm triệu chứng, giảm tỷ lệ mắc bệnh & cải thiện khả năng sống còn.*

# BN được chẩn đoán lâu dài hội chứng vành mạn

- 3. BN có triệu chứng ổn định <1 năm sau HCVC hoặc BN tái thông MV gần đây
- 4. BN > 1 năm sau chẩn đoán ban đầu hoặc tái thông MV





Sớm (vd **1-3 tháng**) sau tái thông mạch vành để đưa ra tham chiếu và/hoặc định kỳ (vd **1 năm** nếu bất thường trước đây và/hoặc mỗi **3-5 năm**) để đánh giá **thất trái**, tình trạng **van tim** và **huyết động**



Khi cần thiết, để đánh giá thay đổi mức độ **triệu chứng**, và hoặc sớm sau tái thông mạch vành (vd **1-3 tháng**) để đưa ra tham chiếu và/hoặc định kỳ (vd mỗi **3-5 năm** để tái **đánh giá tình trạng TMCT**



Khi cần thiết, cho các BN nguy cơ cao dựa vào **test đánh giá TMCT không xâm lấn**, hoặc **triệu chứng ĐTN** nghiêm trọng (**CSS 3-4**). Không khuyến cáo chỉ dùng cho phân tầng nguy cơ

# 3 BN có triệu chứng ổn định <1 năm sau HCVC hoặc BN tái thông MV gần đây

- Ở BN có **RLCN tâm thu thất T** trước khi làm thủ thuật tái thông mạch vành hoặc sau ACS, việc đánh giá lại CN thất T phải được xem xét **8 -12 tuần** sau can thiệp.
  - CN tim có thể đã được cải thiện, nhờ các cơ chế như phục hồi từ **stunning cơ tim hoặc ngủ đông**, có thể được **đảo ngược** bằng cách tái thông mạch vành.
- Đánh giá không xâm lấn của thiếu máu cơ tim có thể được xem xét **sau khi tái thông mạch** để loại trừ **thiếu máu cục bộ tồn lưu**

## 4. BN > 1 năm sau chẩn đoán ban đầu hoặc tái thông MV

**Đánh giá hàng năm bởi NVYT** (bác sĩ tim mạch, bác sĩ đa khoa hoặc điều dưỡng), ngay cả khi BN không có triệu chứng.

- Đánh giá **tình trạng lâm sàng chung**: sự tuân thủ thuốc, các nguy cơ
- **Xét nghiệm**: bộ mỡ, CN thận, CTM và có thể thêm dấu ấn sinh học ( 2 năm)
  - **Bộ mỡ và tình trạng ĐH** nên được ĐG lại định kỳ để xđ hiệu quả điều trị và, ở những BN không bị ĐTĐ, để phát hiện ĐTĐ mới mắc.
- **ECG**: tần số tim và nhịp tim, thay đổi gợi ý của NM/TMCB yên lặng và những bất thường trong phân đoạn/ECG

## 4. BN > 1 năm sau chẩn đoán ban đầu hoặc tái thông MV

### • Siêu âm tim

- Có thể có lợi khi **đánh giá CN thất trái**, van tim, kích thước trong tim ở BN không có triệu chứng rõ ràng mỗi 3-5 năm.
- **Giảm CN tâm thu thất (T)** không giải thích được, đặc biệt theo vùng, đánh giá **hình ảnh giải phẫu ĐMV** được khuyến cáo.
- Có thể có ích khi đánh giá **không xâm lấn** đối với **thiếu máu cục bộ im lặng** ở các BN không có triệu chứng rõ ràng mỗi 3- 5 năm, tốt nhất là dùng **hình ảnh học gắng sức**

**MSCT mạch vành** không nên được sử dụng để theo dõi BN mắc BMV đã biết dù điểm mạnh của nó về hình thái, nhưng thiếu thông tin chức năng liên quan đến TMCB.

## 4. BN > 1 năm sau chẩn đoán ban đầu hoặc tái thông MV

- Triệu chứng **rõ ràng gợi ý đến HCVC** nên được nhanh chóng chuyển đến để đánh giá
- Triệu chứng **không rõ ràng**, khuyến cáo sử dụng hình ảnh gắng sức
- Ở những bệnh nhân bị **ĐTN nhiều** và **bệnh cảnh lâm sàng có nguy cơ cao**, nên gửi thẳng đến chụp mạch vành [iFR/FFR]
- Tương tự như vậy, **chụp mạch vành** được khuyến dùng cho BN có **bằng chứng thiếu máu cục bộ** đáng kể từ đánh giá **CLS không xâm lấn**.



# Khuyến cáo cho bệnh nhân đã chẩn đoán lâu dài HCVM

## BỆNH NHÂN KHÔNG TRIỆU CHỨNG

Ở BN với không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ đang điều trị nội khoa mà **phân tầng nguy cơ không xâm lấn chỉ nguy cơ cao**, và **những đối tượng điều trị tái tưới máu được xem xét để cải thiện tiên lượng**, chụp mạch vành xâm lấn (Kèm FFR khi cần thiết) được khuyến cáo

IC

## BN CÓ TRIỆU CHỨNG

Tái đánh giá **tình trạng BMV** được khuyến cáo ở những BN với **chức năng thất trái xấu đi** mà không phải gây ra bởi nguyên nhân có thể phục hồi (nhịp tim nhanh kéo dài hoặc viêm cơ tim)

IC

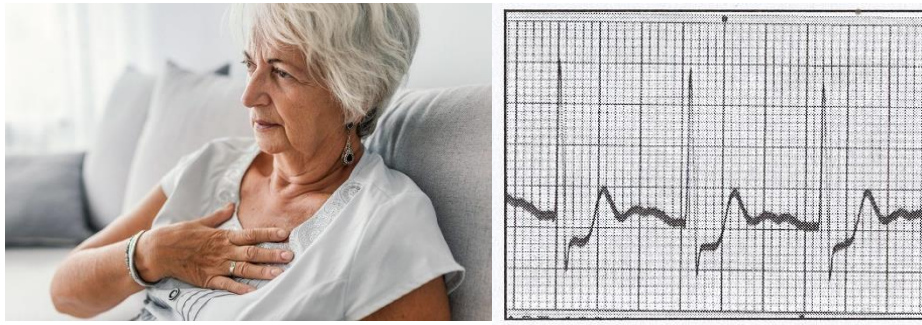
# 5 Đau thắt ngực ở nhóm BMV không tắc nghẽn

## Khả chẩn đoán thấp của chụp mạch vành xâm lấn ở các trường hợp

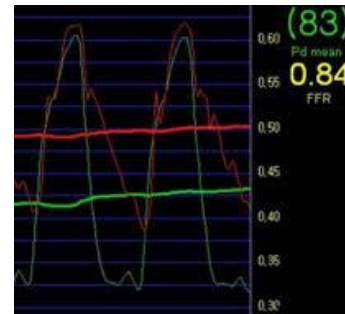
1. Hẹp với **mức độ nhẹ hoặc trung bình** trên chụp mạch vành, hoặc **hẹp lan tỏa mạch vành**, với khả năng thấp có ý nghĩa chức năng được xác định bởi CMV
2. Các rối loạn ảnh hưởng chính đến **vi tuần hoàn** ngoài phạm vi nhìn thấy của kỹ thuật CMV
3. **Hẹp động học** của các MV thượng tâm mạc gây ra bởi co thắt MV hoặc cầu cơ mà không thấy rõ trên CTA hoặc chụp MV



## ĐTN/TMCT

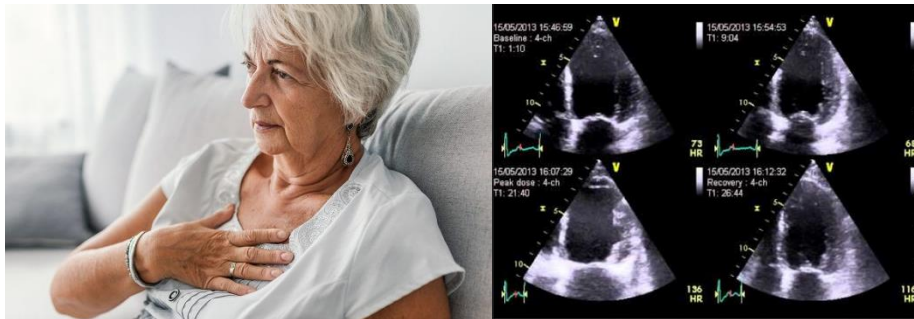


## FFR/iwFR (-)



+

=> **BMV không tắc nghẽn**



+

=> **ngghi ngờ về NN thiếu máu cục bộ không tắc nghẽn**

**Triệu chứng rõ ràng + test không xâm lấn bất thường**

**mạch vành đại thể không bị tắc nghẽn**





## 5.1 Đau thắt ngực vi mạch

Liên quan đến **gắng sức/ngủ ngơi** (lạnh), bằng chứng TMCB trong các test không xâm lấn + không có hẹp hoặc hẹp nhẹ đến TB (40 - 60%) [CMV/CTA] được coi là không có liên quan về CN

### Điều trị

- **Test acetylcholine âm tính**, thuốc chẹn beta, thuốc ức chế men chuyển và statin, cùng với thay đổi lối sống và giảm cân, được chỉ định.
- BN xuất hiện thay đổi ECG và ĐTN với **test acetylcholine** nhưng không có co mạch vành thượng tâm mạch nghiêm trọng => **ĐT như co thắt MV**.



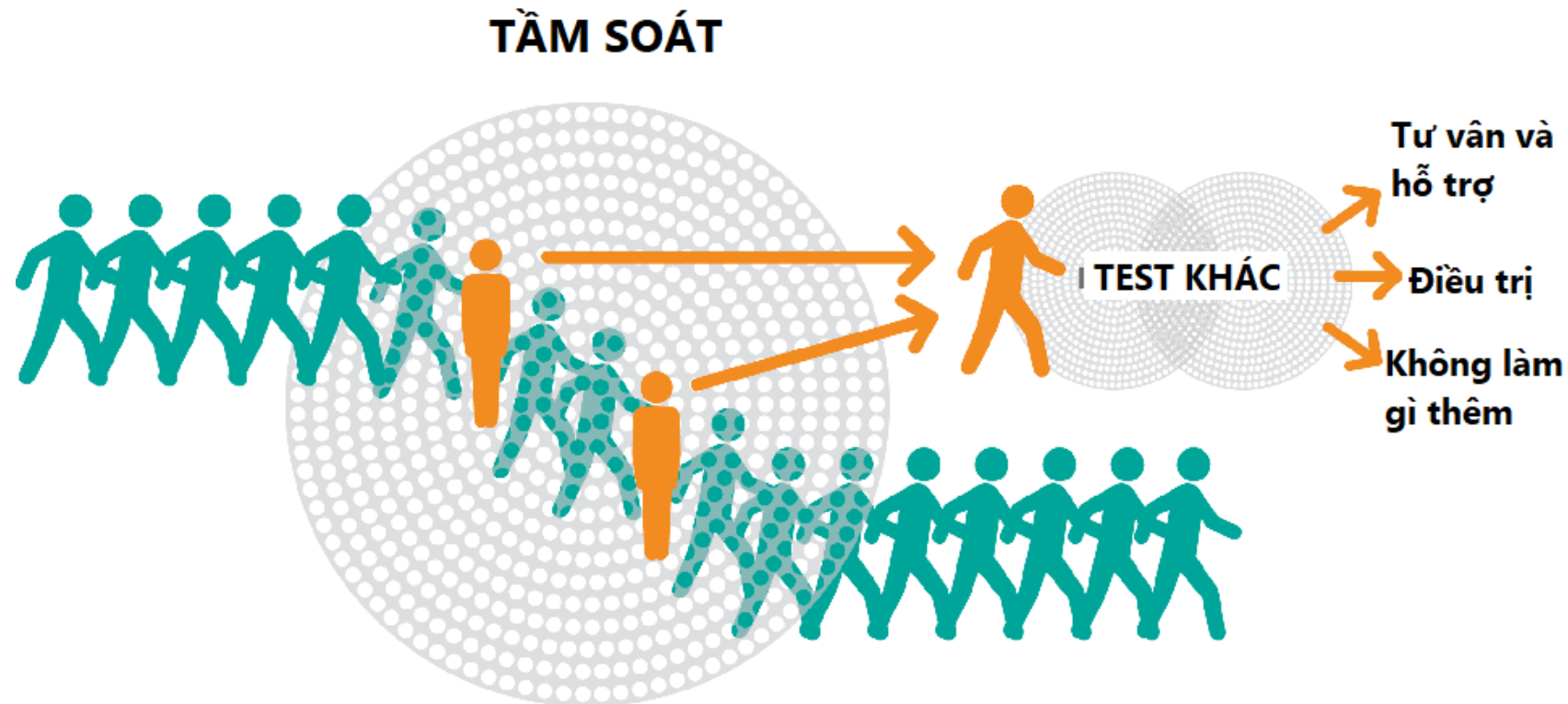
## 5.2 Đau thắt ngực do co thắt mạch vành

- ĐTN xảy ra chủ yếu khi **ngủ ngơi, dung nạp với gắng sức được duy trì.**
- Khả năng ĐTN do co thắt mạch vành tăng lên khi các đợt “tấn công” theo nhịp sinh học, nhiều hơn vào **ban đêm** và vào **đầu giờ sáng.**
- BN thường **trẻ hơn** và có ít **yếu tố nguy cơ tim mạch** hơn so với BN ĐTN, ngoại trừ HTL.
- BN ĐTN Prinzmetal biểu lộ đặc biệt với ĐTN lúc nghỉ đi kèm với **chênh lên đoạn ST thoáng qua/chênh xuống**
- Chụp động mạch và dùng test kích thích để **CĐ co thắt mạch vành**

# Điều trị

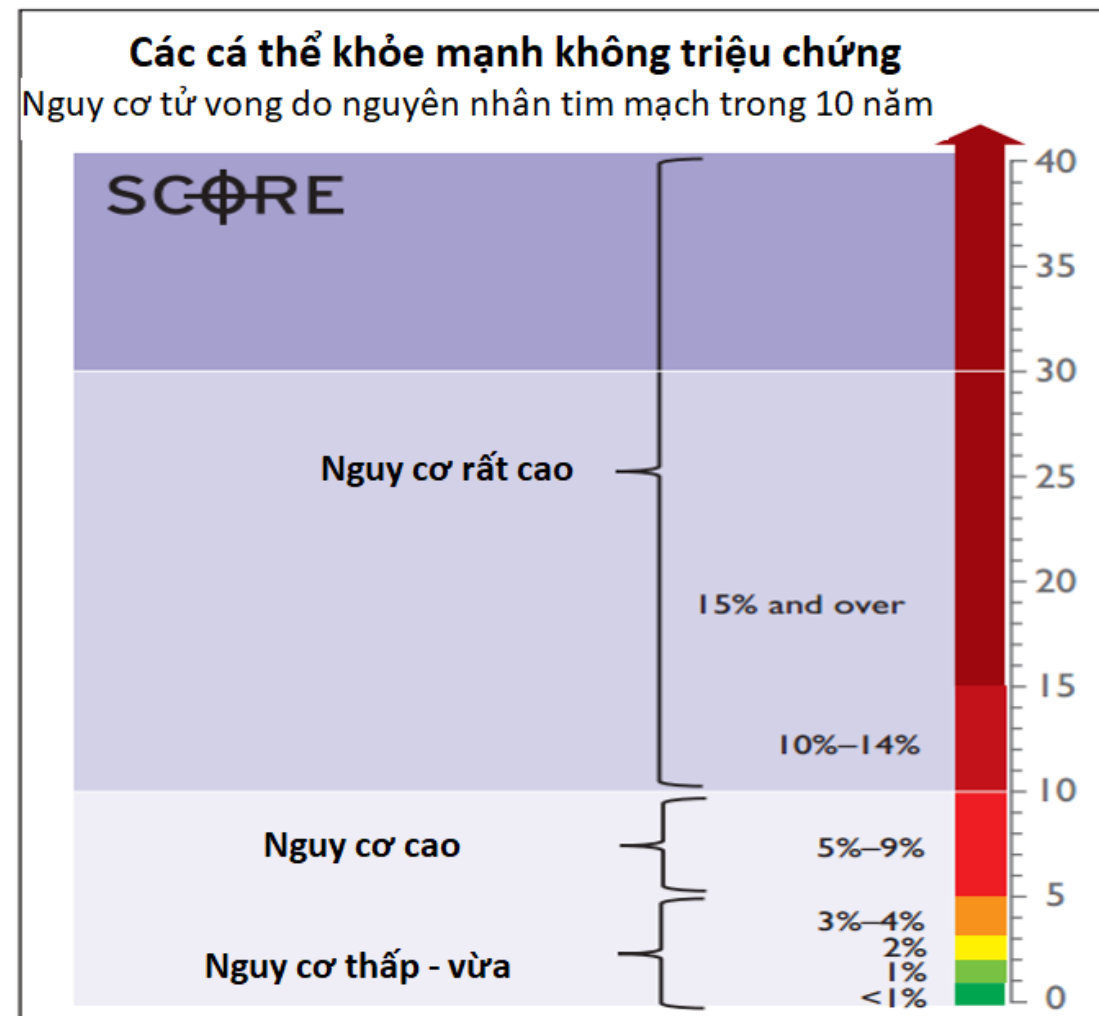
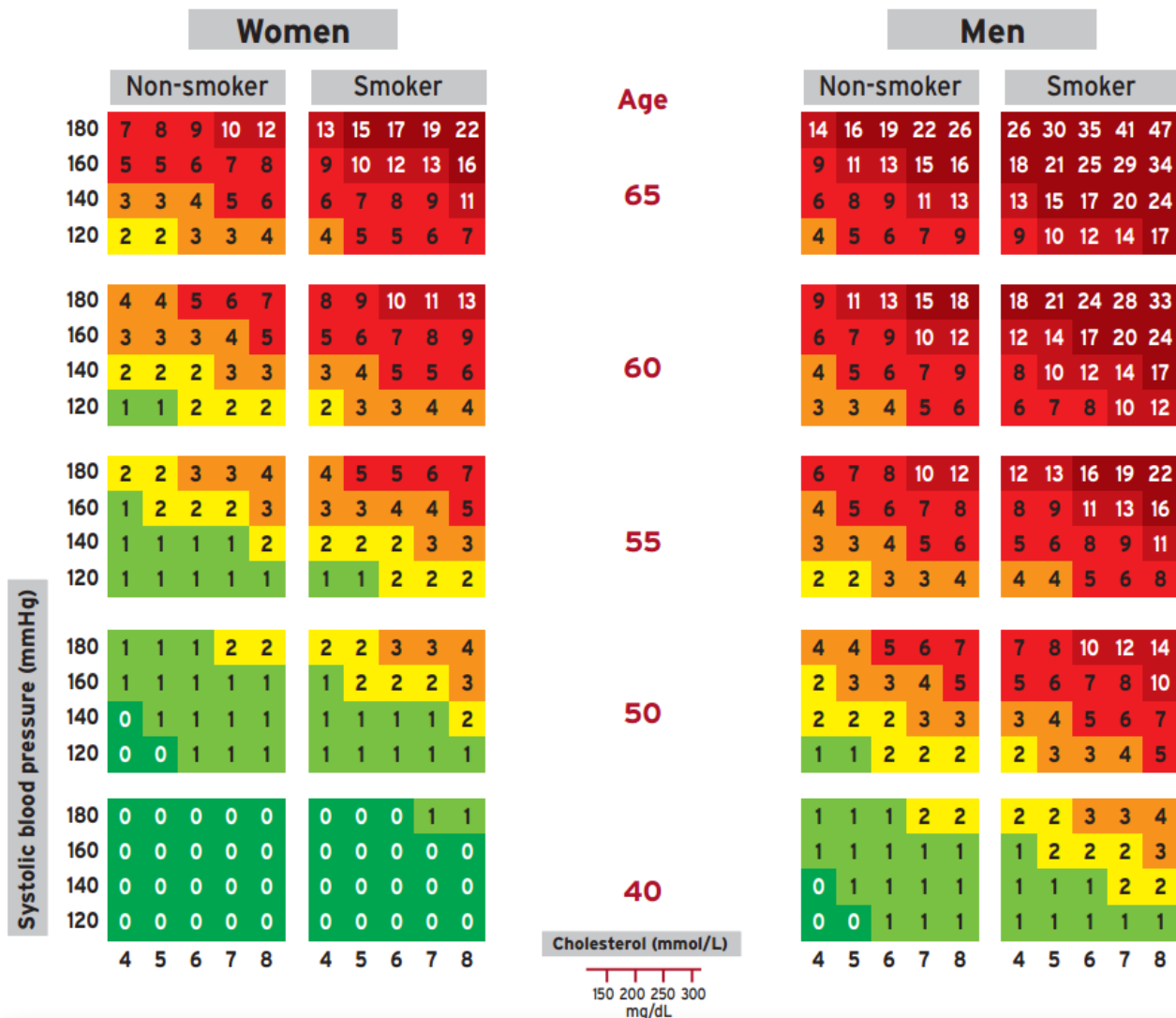
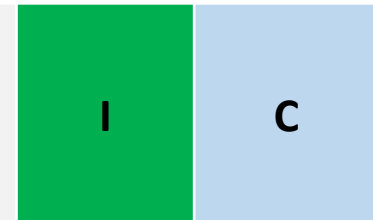
- Ức chế kênh **canxi** và **nitrat** tác dụng dài góp phần vào chọn lựa điều trị, ngoài việc kiểm soát các **yếu tố nguy cơ tim mạch** và **thay đổi lối sống**.
- **Nifedipine** đã được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị **co thắt mạch vành liên quan với đặt stent**.

# 6 Sàng lọc BMV ở những đối tượng không có triệu chứng



**Các test tầm soát có thể được xem xét:** đánh giá chỉ số ABI, ECG gắng sức, Siêu âm ĐM cảnh phát hiện mảng xơ vữa động mạch, Đánh giá vôi hóa mạch vành trên CT scan, MSCT mạch vành, Đánh giá hình ảnh học chức năng

ĐG nguy cơ tổng thể sử dụng hệ thống ước tính nguy cơ như bảng SCORE được khuyến cáo ở những người trưởng thành **không triệu chứng > 40 tuổi** với không có bằng chứng của bệnh lý tim mạch, ĐTĐ, BTM, hoặc tăng cholesterol máu mang tính gia đình

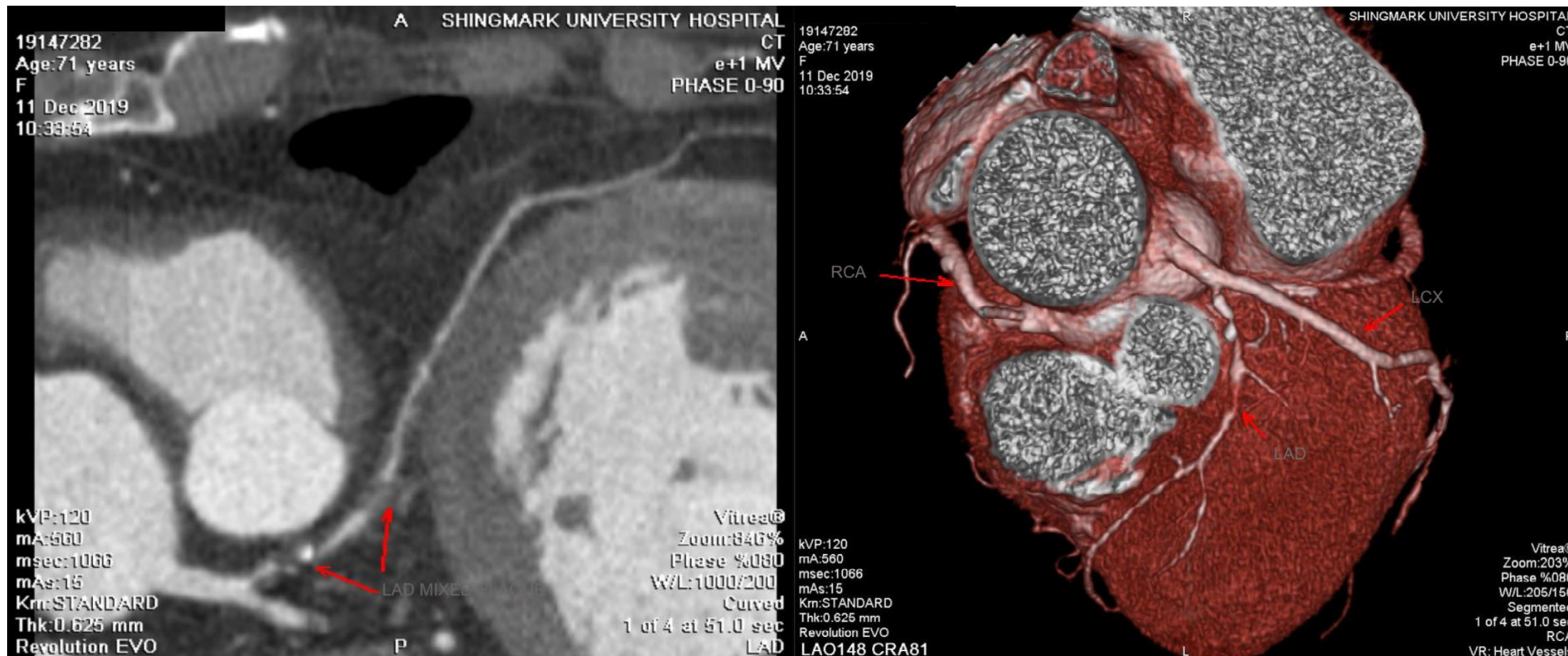




Ở người trưởng thành **không triệu chứng, nguy cơ cao** (có ĐTD, tiền sử gia đình BMV rõ, hoặc test đánh giá nguy cơ trước đây cho thấy nguy cơ cao BMV), Chụp MSCT MV hoặc đánh giá hình ảnh học chức năng có thể được xem xét cho **ĐG nguy cơ tim mạch**

IIb

C



Ở người trưởng thành **nguy cơ thấp, không triệu chứng** Chụp MSCT MV hoặc đánh giá hình ảnh học chức năng cho TMCT không được chỉ định cho đánh giá ĐD

III

C



Những người có nghề nghiệp liên quan đến **an toàn công cộng** (ví dụ: phi công hàng không, hoặc lái xe tải hoặc tài xế xe buýt), hoặc là **vận động viên chuyên nghiệp hoặc cao cấp**, thường được kiểm tra định kỳ để đánh giá **khả năng gắng sức** và **đánh giá bệnh tim tiềm tàng**, bao gồm cả **BMV**.





Ở người trưởng thành **không triệu chứng** (bao gồm người ít vận động đang xem xét chương trình tập luyện gắng sức), **ECG gắng sức** có thể được xem xét cho đánh giá nguy cơ tim mạch, đặc biệt khi mối quan tâm ngoài các dấu hiệu của ECG như **khả năng gắng sức**

**IIb**

**C**

# THÔNG ĐIỆP CHÍNH

1. Đánh giá cẩn thận **bệnh sử** bệnh nhân, bao gồm đặc điểm của các **triệu chứng** đau thắt ngực, và đánh giá các **yếu tố nguy cơ** và biểu hiện của BMV, cũng như **khám lâm sàng** và **xét nghiệm** cơ bản thích hợp, rất quan trọng để **chẩn đoán** và **điều trị** HCVM.
2. Ngoại trừ trường hợp BMV tắc nghẽn có thể được loại trừ dựa trên **đánh giá lâm sàng đơn thuần** thì những cận lâm sàng **hình ảnh chức năng không xâm lấn** hoặc **hình ảnh giải phẫu MSCT MV** có thể được sử dụng làm đánh giá ban đầu để **loại trừ** hoặc **xác định** CĐ HCVM.

# THÔNG ĐIỆP CHÍNH

3. Đối với các quyết định **tái thông mạch vành**, cả hai **giải phẫu** và đánh giá **chức năng** đều được xem xét. **Đánh giá chức năng không xâm lấn hoặc xâm lấn** là cần thiết để đánh giá thiếu máu cơ tim liên quan đến hẹp động mạch, trừ khi mức độ rất cao (hẹp  $\geq 90\%$  đường kính).

4. BN có **nguy cơ cao** xảy ra biến cố nên **đánh giá xâm lấn** để xem xét **tái thông mạch vành**, ngay cả khi họ có **triệu chứng nhẹ** hoặc **không triệu chứng**.



# THÔNG ĐIỆP CHÍNH

5. **Nhóm đa chuyên khoa** có thể hỗ trợ cho bệnh nhân để thay đổi lối sống lành mạnh và giải quyết các thách thức về hành vi và nguy cơ.

6. Điều trị chống thiếu máu cục bộ phải được điều chỉnh phù hợp với từng bệnh nhân dựa trên các **bệnh kèm theo**, các liệu pháp **điều trị phối hợp**, **dung nạp** và **tuân thủ dự kiến** và **sở thích** của bệnh nhân. Việc lựa chọn thuốc chống thiếu máu cục bộ để điều trị HCVM phải phù hợp với **tần số tim**, **HA** và **chức năng thất trái** của bệnh nhân.



# THÔNG ĐIỆP CHÍNH

7. Thuốc **chẹn beta** và/hoặc **ức chế canxi** vẫn là thuốc đầu tiên ở bệnh nhân mắc HCVM. Thuốc chẹn beta được khuyến dùng ở bệnh nhân rối loạn chức năng LV hoặc HF với phân suất tổng máu giảm.

8. Nitrat tác dụng dài gây ra sự dung nạp với mất hiệu quả. Điều này đòi hỏi phải kê đơn hằng ngày **khoảng 10-14 giờ** không có nitrat hoặc nitrat thấp.

# THÔNG ĐIỆP CHÍNH

9. **Statin** được khuyến dùng ở **tất cả bệnh nhân mắc HCVC**. Thuốc **ức chế men chuyển** (hoặc ARB) được khuyến cáo khi có HF, tiểu đường hoặc tăng huyết áp và nên được xem xét ở những bệnh nhân có nguy cơ cao.

10. Thuốc **ức chế bơm proton** được khuyến cáo ở những **bệnh nhân dùng aspirin** hoặc **điều trị kháng đông** kết hợp **nguy cơ xuất huyết tiêu hóa cao**.

# THÔNG ĐIỆP CHÍNH

11. Cần nỗ lực để giải thích cho bệnh nhân về **tâm quan trọng** của **đơn thuốc** dựa trên bằng chứng để **tăng tuân thủ điều trị** và **giáo dục tri liệu lặp đi lặp lại** là điều cần thiết trong các lần khám lâm sàng.

12. BN HCVM đã được CD lâu dài nên được tái khám định kỳ để đánh giá các thay đổi tiềm ẩn về **tình trạng nguy cơ, tuân thủ** các mục tiêu điều trị và sự tiến triển của **bệnh đi kèm**. Làm lại CLS **hình ảnh học gắng sức** hoặc **chụp mạch vành với ĐG chức năng** được khuyến nghị trong trường hợp các triệu chứng xấu đi và/hoặc tăng tình trạng nguy cơ.



**VS**





