





1

Hội chứng mạch vành mạn: một bệnh cảnh - một cách tiếp cận?



- BN nam, 58 tuổi, BMI: 22 kg/m²
- THA điều trị không thường xuyên, hút thuốc lá 10 gói-năm
- Đau thắt ngực sau xương ức khi leo 1 tầng lầu hay đi bộ tầm 200 mét từ hơn 1 năm, giảm khi nghỉ, khoảng 3-5 cơn/tuần
- Xác suất tiền nghiệm PTP (ESC 2019) là 16%.
- ECG: T âm, ST chênh xuống nhẹ ở V5, V6. SAT: giảm động vách liên thất vùng đáy, dày đồng tâm thất trái. Men tim 3 mẫu: âm tính
- Chụp CT động mạch vành: hẹp 80% đoạn gần LAD, 40%-50% LCx, 60% RCA
- Chẩn đoán: Hội chứng mạch vành mạn - Đau thắt ngực ổn định CCS III
– Bệnh mạch vành 3 nhánh - THA có dày thất trái
- Điều trị: Bisoprolol 5mg od, Peridopril/ Indapamide 5mg/1.25 od, Aspirin 81mg od, Rosuvastatin 10mg od, ISMN 60 mg od
- M: 65 l/ph, HA 130/80 mmHg nhưng tần suất đau ngực không giảm

→ **Làm gì tiếp theo cho người bệnh, có cần phải chụp DSA và can thiệp mạch vành cho BN ?**



2

Hội chứng mạch vành mạn: một bệnh cảnh - một cách tiếp cận?



- BN nữ, 65 tuổi, BMI: 24,5 kg/m²
- THA, rối loạn lipid máu, ĐTĐ type 2 mới phát hiện
- Đau ngực trái 3 tháng nay, khi tập thể dục, có lúc xuất hiện cả khi nghỉ ngơi, cảm giác khó thở trong cơn, rịn mồ hôi nhẹ, 4-5 cơn/tuần
- Xác suất tiền nghiệm PTP (ESC 2019): 11%.
- ECG: T âm nhẹ ở V3-V6. SAT: không rối loạn vận động vùng, co bóp tốt
- Men tim: bình thường. SAT gắng sức với Dobutamin: loạn động thành bên, thành giữa vùng dưới bên gợi ý thiếu máu vùng chi phổi của LAD +/- RCA/LCx
- Chụp CT mạch vành: Hẹp 40-50% LAD1, LCx và RCA: không hẹp
- Chẩn đoán: Hội chứng mạch vành mạn – Đau thắt ngực ổn định CCS III-IV nghi do bệnh lý vi mạch (phân biệt với co thắt mạch) - THA – ĐTĐ type 2 – RL lipid máu
- Điều trị: Amlodin 5mg od, Peridopril 5mg od, ISMN 60 mg od, Rosuvastatin 20mg od, Aspirin 81mg od, Trimetazidin MR 35mg bid
- M: 68 l/ph, HA: 120/70 mmHg. BN còn lối ngực từng cơn do uống thuốc không đều do quên

→ **Làm gì tiếp theo cho người bệnh, có cần phải chụp DSA và can thiệp mạch vành cho BN ?**



3

Thống nhất khái niệm MẠCH VÀNH MẠN giữa ACC & ESC

ESC
European Society
of Cardiology

ESC GUIDELINES

2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)

Authors/Task Force Members: Juhani Knuti^a (Finland) (Chairperson), William Wijns^b (Ireland) (Chairperson), Antti Saraste (Finland), Davide Capodanno (Italy), Emanuele Barbato (Italy), Christian Funck-Brentano (France), Eva Prescott (Denmark), Robert F. Storey (United Kingdom), Christ Deaton (United Kingdom), Thomas Cuisset (France), Stefan Agewall (Norway), Kenneth Dickstein (Norway), Thor Edvardsen (Norway), Javier Escaned (Spain), Bernard J. Gersh (United States of America), Pavel Svtil (Czech Republic), Martine Gilard (France), David Hasdai (Israel), Robert Hatala (Slovak Republic), Felix Mahfoud (Germany), Josep Masip (Spain), Claudio Muneretto (Italy), Marco Valgimigi (Switzerland), Stephan Achenbach (Germany), and Jeroen J. Bax (Netherlands)

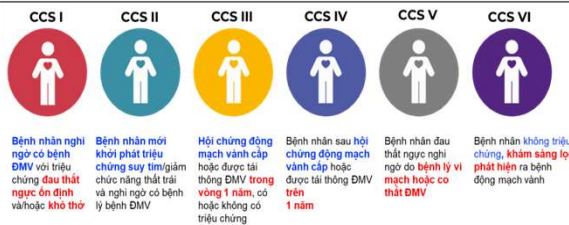
Circulation

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

Developed in Collaboration With and Endorsed by the American College of Clinical Pharmacy, American Society for Preventive Cardiology, National Lipid Association, and Preventive Cardiovascular Nurses Association

Endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions



1. Bệnh nhân xuất viện sau ACS hoặc sau tái thông mạch vành và sau khi ổn định tất cả các vấn đề tim mạch cấp tính
2. Bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm thu thất trái (LV) đã xác định hoặc nghi ngờ mắc bệnh động mạch vành (CAD) hoặc mắc bệnh cơ tim được xem có nguồn gốc thiếu máu cục bộ
3. Bệnh nhân có triệu chứng đau thắt ngực ổn định (hoặc tương đương thiếu máu cục bộ như khó thở hoặc đau lan cánh tay khi gắng sức)
4. Bệnh nhân có triệu chứng đau thắt ngực và có bằng chứng co thắt mạch vành hoặc đau thắt ngực vi mạch
5. Bệnh nhân được chẩn đoán CCD qua sàng lọc (kiểm tra gắng sức, CTA) và bác sĩ điều trị kết luận bệnh nhân mắc bệnh mạch vành



4

ESC 2019/AHA 2023: Thống nhất về CƠ CHẾ SINH BỆNH HỌC

Tắc nghẽn

Không tắc nghẽn

SERVIER
30
MILLENNIUM

5

ESC 2019/AHA 2023: Thống nhất về CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị

- Giảm triệu chứng
- Phòng ngừa biến cố không tử vong
- Cải thiện khả năng sống còn

Tối ưu hóa điều trị nội khoa

Điều trị phòng ngừa thứ phát

Điều trị chống đau thắt ngực

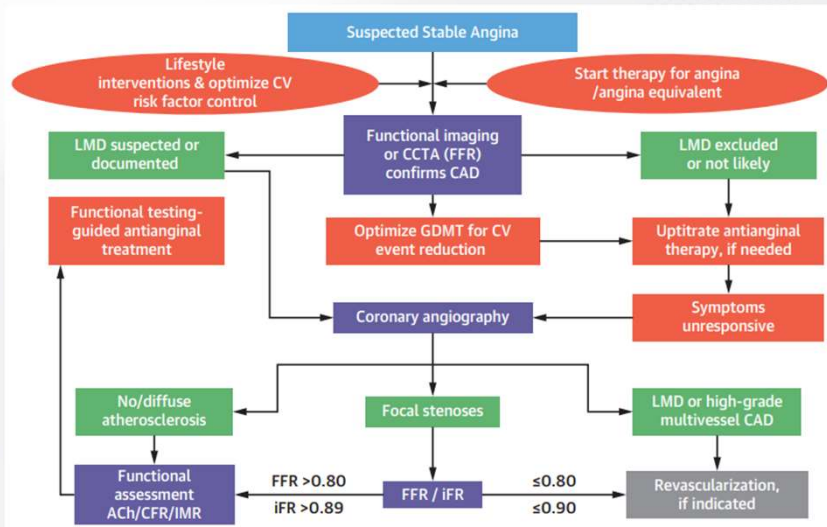
Tái thông mạch vành

ANTIANGINAL DRUGS

SERVIER
30
MILLENNIUM

6

Tiếp cận quản lý hội chứng mạch vành mạn



A more inclusive management paradigm for stable coronary artery disease (CAD) patients that addresses the many pathogenetic mechanisms responsible for angina and ischemia is necessary to identify diagnostic and therapeutic approaches that would better tailor the appropriate treatment of obstructive and nonobstructive causes of myocardial ischemia to the underlying ischemia precipitants. Such an approach seeks to promote both evidence-based pharmacologic secondary prevention and procedural interventions as complementary and potentially additive treatments to optimize the management of stable angina patients. ACh = acetylcholine; CCTA = coronary computed tomography angiography; CFR = coronary flow reserve; CV = cardiovascular; FFR = fractional flow reserve (a hyperemic pressure ratio); GDMT = guideline-directed medical therapy; iFR = instantaneous free wave ratio; IMR = index of microvascular resistance; LMD = left main disease.



Boden WE, et al. J Am Coll Cardiol. 2023;81(5):505-514

7

Điều trị giảm đau thắt ngực

Từ Khuyến cáo Quốc tế ...

...đến Hướng dẫn thực hành của BHYT tại Việt Nam



ESC GUIDELINES

2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

3.3.1 Anti-ischaemic drugs

3.3.1.1 General strategy

Optimal treatment can be defined as the treatment that satisfactorily controls symptoms and prevents cardiac events associated with CCS, with maximal patient adherence and minimal adverse events.^{188–191}

However, there is no universal definition of an optimal treatment in patients with CCS, and drug therapies must be adapted to each patient's characteristics and preferences.¹⁹² Initial drug therapy usually consists of one or two antianginal drugs, as necessary, plus drugs for secondary prevention of CVD.¹⁹³ The initial choice of antianginal drug(s) depends on the expected tolerance related to the individual patient's profile and comorbidities, potential drug interactions with co-administered therapies, the patient's preferences after being informed of potential adverse effects, and drug availability. Whether combination therapy with two antianginal drugs [e.g. a beta-blocker and a calcium channel blocker (CCB)] is superior to monotherapy with any class of antianginal drug in reducing clinical events remains unclear.^{194–197}

CÁ THỂ HÓA
PHỐI HỢP SỚM
ĐA CƠ CHẾ



4.3.2.2. Chiến lược tiếp cận điều trị thuốc chống đau thắt ngực trong HCMVM

- Chiến lược tiếp cận điều trị thuốc chống đau thắt ngực trong HCMVM nên được xem xét cá thể hóa và tùy thuộc đặc điểm cá thể người bệnh và các bệnh đồng mắc.
- Hiện nay, việc điều trị có thể bắt đầu bằng sử dụng một thuốc hoặc kết hợp hơn một thuốc ngay từ đầu. Việc lựa chọn thuốc kết hợp tùy thuộc mức độ đau ngực và tình trạng người bệnh. Ưu tiên lựa chọn phối hợp một thuốc có tác động huyết động/nhịp tim với một thuốc tác động lên chuyển hóa tế bào cơ tim.

Trong đó, tần số tim mục tiêu được khuyến cáo nên đưa về mức 60 – 70 nhịp/phút.



1. Knuuti J et al. Eur Heart J. 2020;41(3):407-477. 2. Hướng dẫn Bộ Y tế về chẩn đoán và điều trị HCMVM 2023
3. Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị HCMVM 2022

8

Tối ưu hóa các thuốc trong điều trị HCMVM

Chiến lược điều trị lâu dài chống thiếu máu cục bộ ở bệnh nhân HCMVM tùy theo đặc điểm bệnh nhân và bệnh lý đồng mắc



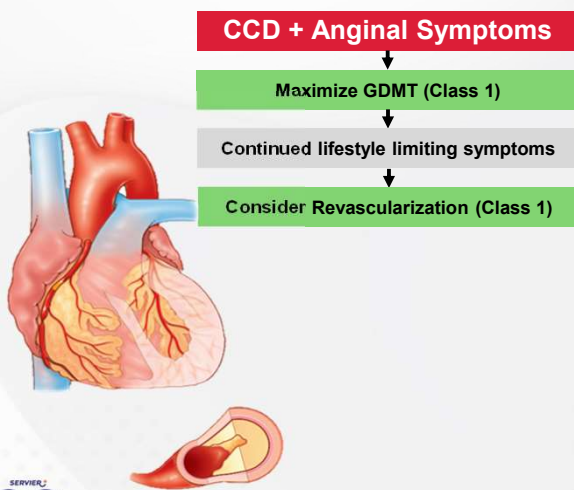
| BỆNH ĐỒNG MẮC | Dải tháo đường | Dau thất ngực vì mạch | Có thắt mạch vành | Rối loạn dẫn truyền nhĩ thất | Bệnh động mạch ngoại biên | COVD | Bệnh thận mạn | ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN | Tần số tim ≥ 80 lần/phút | Rung nhĩ | Suy tim | Rối loạn chức năng thất trái | Huyết áp thấp | Tăng huyết áp | Nhịp chậm < 50 lần/phút |
|------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Ưu tiên chỉ định | | TRIM-RAN | DHP - VER - DILT - NIC | | | | | Ưu tiên chỉ định | BB - VER - DILT - IVAB | BB - VER - DILT | BB - IVAB | BB | | BB - DHP - VER - DILT - NITR - NIC | |
| Có thể chỉ định | RAN - VER - IVAB - TRIM - DILT - NITR | BB - VER - DILT - NITR - NIC - IVAB | | DHP - NITR - IVAB | TRIM - RAN - IVAB - VER - DILT | IVAB - VER - DILT - RAN - TRIM - NITR - NIC - Sel - BB | BB - VER - DILT - NIC - IVAB | Có thể chỉ định | | | | | TRIM - RAN - IVAB | | DHP - NIC - NITR - TRIM - RAN |
| Có thể phối hợp | | | IVAB - RAN - TRIM | | | | | Có thể phối hợp | TRIM - RAN | TRIM - RAN | TRIM - NITR - RAN | TRIM - IVAB - RAN - NITR | | TRIM - RAN - IVAB | |
| CCD/Thận trọng | BB | | BB | BB - VER - DILT | BB - DHP - NITR | Non Sel - BB | TRIM - RAN | CCD/Thận trọng | DHP - NITR - NIC | DHP - NITR - NIC - IVAB | DHP - VER - DILT - NIC | DHP - VER - DILT - NIC | BB - VER - DILT - DHP - NITR - NIC | | BB - VER - DILT - IVAB |
| Chú thích | Ưu tiên chỉ định | | Có thể chỉ định | | Có thể phối hợp | | Chống chỉ định/Thận trọng | Ưu tiên chỉ định | | | | Có thể chỉ định | | Có thể phối hợp | Chống chỉ định/Thận trọng |

BB - Chẹn beta; DHP - Chẹn kênh Canxi nhóm dihydropyridine; DILT - diltiazem; IVAB - Ivabradine; NIC - nicorandil; NITR - nitrates; Non Sel-BB - Chẹn beta không chọn lọc; RAN - ranolazine; Sel-BB - Chẹn beta chọn lọc β; TRIM - trimetazidine; VER - Verapamil



- Hướng dẫn Bộ Y tế về chẩn đoán và điều trị HCMVM 2023
- Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị HCMVM 2022

Quản lý bệnh động mạch vành mạn do tắc nghẽn



➤ Các thuốc dự phòng biến cố

- Kháng kết tập tiểu cầu
- Statin/ ezetimibe/ ức chế PCSK9
- SGLT2i khi có ĐĐT/ suy tim
- UCMC/ BB khi có suy tim
- Vai trò của Colchicin

➤ Tái thông động mạch vành ?



Virani, S. S., et al. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease. Circulation.

Chỉ định tái thông động mạch vành

Tổn thương thân chung ĐMV trái có chỉ định tái thông

Xác định tổn thương có FFR $\leq 0,8$ hoặc iwFR $\leq 0,89$

Bệnh nhiều thân động mạch vành

- Tổn thương giải phẫu mạch vành phù hợp để tái tưới máu bằng can thiệp ĐMV qua da hoặc phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành
- FFR $\leq 0,8$ hoặc iwFR $\leq 0,89$ ở mạch lớn
- LVEF $\leq 35\%$ do bệnh ĐMV

Hướng dẫn Bộ Y tế về chẩn đoán và điều trị HCMVM 2023

11

Tuy nhiên, 50% bệnh nhân vẫn còn đau thắt ngực sau PCI và tối ưu điều trị với 2-3 thuốc huyết động

Tối ưu hoá điều trị nội khoa

| Thuốc | Khoảng thời gian | PCI | Placebo | P value |
|--------------------------------------|------------------|--------------|-------------|---------|
| Bisoprolol hoặc chẹn beta khác | Tuyển bệnh | 82/105 (78%) | 74/95 (78%) | 0.973 |
| | Theo dõi | 85/105 (81%) | 69/91 (76%) | 0.383 |
| Amlodipine hoặc chẹn kênh Canxi khác | Tuyển bệnh | 95/105 (90%) | 87/95(92%) | 0.786 |
| | Theo dõi | 96/105 (91%) | 81/91 (89%) | 0.568 |
| Nitrat tác dụng dài | Tuyển bệnh | 67/105 (64%) | 64/95 (67%) | 0.597 |
| | Theo dõi | 69/105 (66%) | 60/91 (66%) | 0.974 |

* Tối ưu hoá với 2-3 thuốc huyết động chống đau thắt ngực

Phân loại CCS tại thời điểm phân nhóm ngẫu nhiên

Phân loại CCS thời điểm theo dõi bệnh

12

Tần suất bệnh ĐMV do tắc nghẽn trong các thử nghiệm “thấp”

Table 1

Prevalence of stenosis in recent angina studies.

| | Total number of Pts | Pts with significant stenosis | Pts without a significant stenosis |
|-------------------|---------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| RCT | | | |
| FAME 2 [12] | 1220 | 888 | 332 (27%) |
| PROMISE [28] | 4996 | 549 | 4447 (90%) |
| SCOT-HEART [29] | 1778 | 452 | 1326 (75%) |
| ORBITA [30] | 200 | 143 | 57 (29%) |
| CORMICA [13] | 391 | 206 | 151 (39%) |
| Registries | | | |
| Lin F [11] | 163 | 40 | 123 (76%) |
| Patel MR [5] | 398.978 | 149,739 | 249.239 (62%) |



Marzilli, M. et al. Myocardial ischemia: From disease to syndrome. Int. J. Cardiol. 2020, 314, 32–35.

13

Chẩn đoán bệnh ĐMV không tắc nghẽn (INOCA) còn nhiều thách thức trong thực tế!!



14

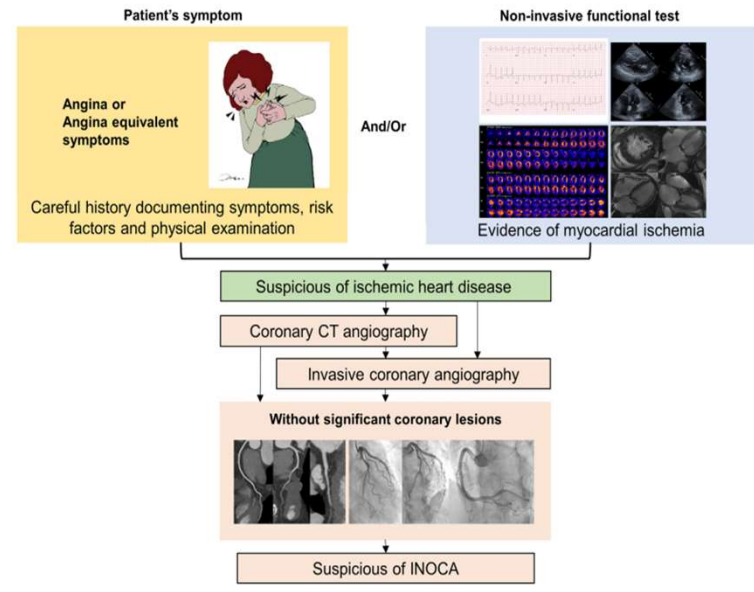
Tiếp cận chẩn đoán lâm sàng INOCA

- Đau ngực/khó thở khi nghỉ lẫn gắng sức
- Kéo dài hơn vài phút
- Đáp ứng kém với nitrate
- Đau tăng dần và giảm dần
- Liên quan đến stress
- Mệt mỏi sau cơn
- Khó thở, lo lắng, yếu sức, rối loạn giấc ngủ
- Tần suất cao ở nữ giới, đái tháo đường



JACC: Asia. 2023 Apr, 3 (2) 169-184

FIGURE 1 Clinical Diagnostic Flow of INOCA



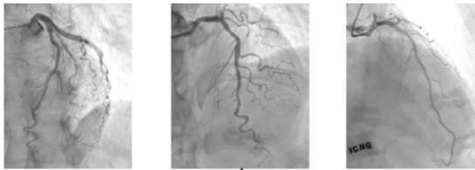
Ischemic heart disease is suspected when patients have symptoms and/or signs of ischemic heart disease. When there is no flow-limiting obstructive coronary artery disease, ischemia with nonobstructive coronary arteries (INOCA) should be suspected. CT = computed tomography.

15

With Invasive Coronary Angiography

First step: Exclude flow-limiting epicardial disease

| Invasive coronary angiography | | |
|-------------------------------|--------------------|---------------------------|
| No stenosis | Mild stenosis <50% | Moderate stenosis 50%-70% |

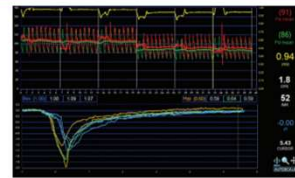


Check flow-limiting stenosis or hidden epicardial atherosclerosis using FFR or NHPR; intracoronary imaging study when needed



Hwang D, et al. JACC: Asia. 2023;3(2):169-184.

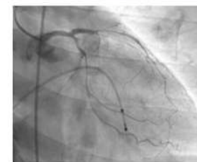
Second step: Microvascular assessment



| | |
|---|---|
| FFR >0.80 CFR ≥2.0 IMR ≤25 HMR ≤2.5 mm Hg/cm/s | FFR >0.80 CFR <2.0 IMR >25 U HMR >2.5 mm Hg/cm/s |
|---|---|

No epicardial and microvascular disease Microvascular disease

Third step: Vasoactivity test

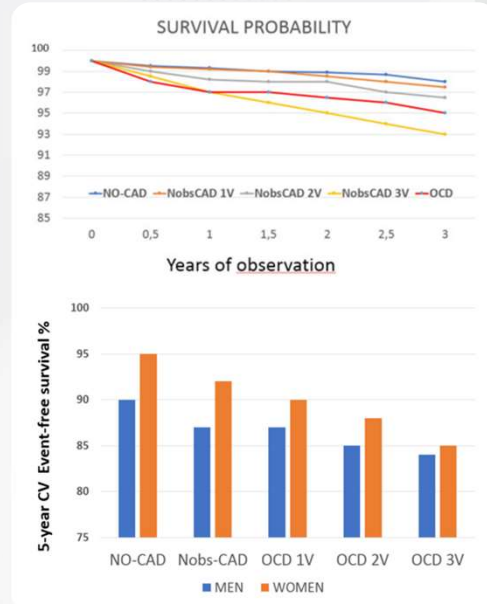


Epicardial or microvascular vasospastic angina

16

Tiên lượng xấu của bệnh ĐMV không tắc nghẽn (INOCA)

- ✓ Tỷ lệ sống còn **thấp hơn** so với BN không có BMV
- ✓ Tỷ lệ Sống còn **giảm tuyến tính** với số nhánh mạch vành bị hẹp không tắc nghẽn
- ✓ BMV 3 nhánh không tắc nghẽn có tỷ lệ sống còn **thấp hơn** bệnh 1 nhánh MV tắc nghẽn
- ✓ Tỷ lệ sống còn không biến cố sau 5 năm **tương đương** hẹp 1 nhánh mạch vành



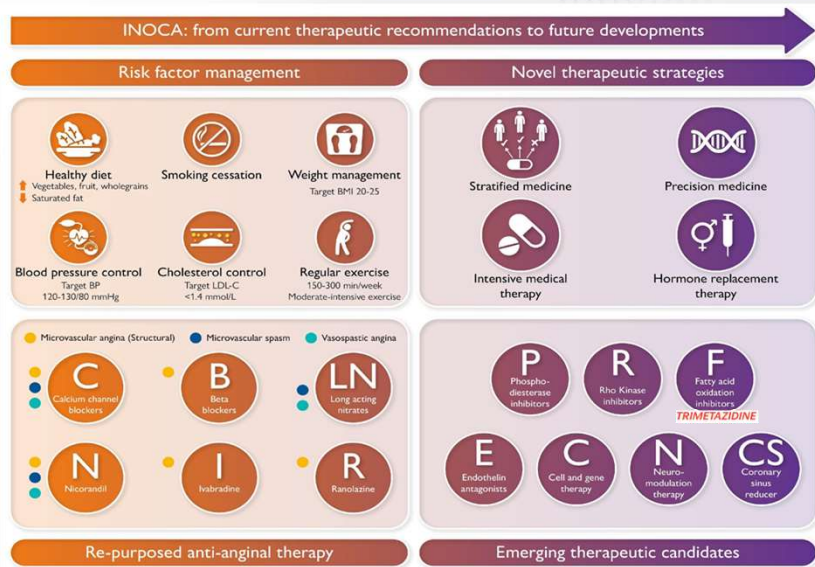
Giancarlo Casolo et al., European Heart Journal Supplements (2021) 23 (Supplement C), C164–C175

17

Cần quản lý INOCA tích cực giống như bệnh mạch vành tắc nghẽn

- Kiểm soát toàn diện các yếu tố nguy cơ

- Đánh giá hiệu quả điều trị (VD tần số tim, số cơn đau thắt ngực, tác dụng phụ...)



Eur Heart J, Volume 44, Issue 30, 7 August 2023, Pages 2829–2832, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad391>

18

Các thuốc giúp cải thiện tiên lượng trong INOCA

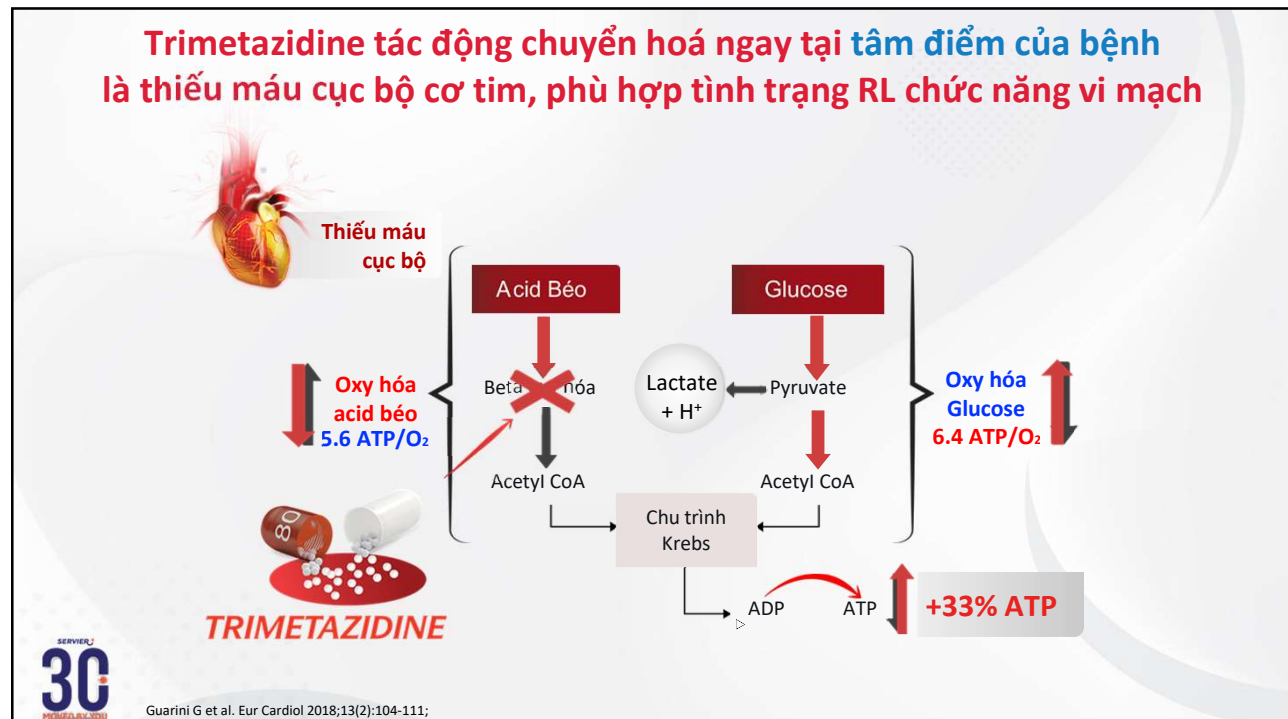
| | |
|---|--|
| Statin | <ul style="list-style-type: none"> - Ngăn ngừa tiến triển của xơ vữa động mạch ở bệnh nhân có bệnh mạch vành không do tắc nghẽn - Statin giảm MACE 23% (95% CI 0.68– 0.87) (SWEDEHEART Registry) |
| ACEi | <ul style="list-style-type: none"> - ACEIs giảm MACE 18% (95% CI 0.73–0.93) (SWEDEHEART Registry) - Điều trị với ACEIs cho tỉ lệ NMCT tái phát thấp hơn so với ARBs (2.1% vs. 10.4%, HR 0.18; p = 0.031) (Nghiên cứu KAMIR-NIH) |
| Aspirin & kháng kết tập tiểu cầu | <ul style="list-style-type: none"> - Aspirin không làm giảm tử vong (Nghiên cứu CONFIRM) - Aspirin chỉ giảm tử vong do mọi nguyên nhân ở các bệnh nhân có nguy cơ cao - DAPT không hiệu quả (Nghiên cứu CONFIRM) |



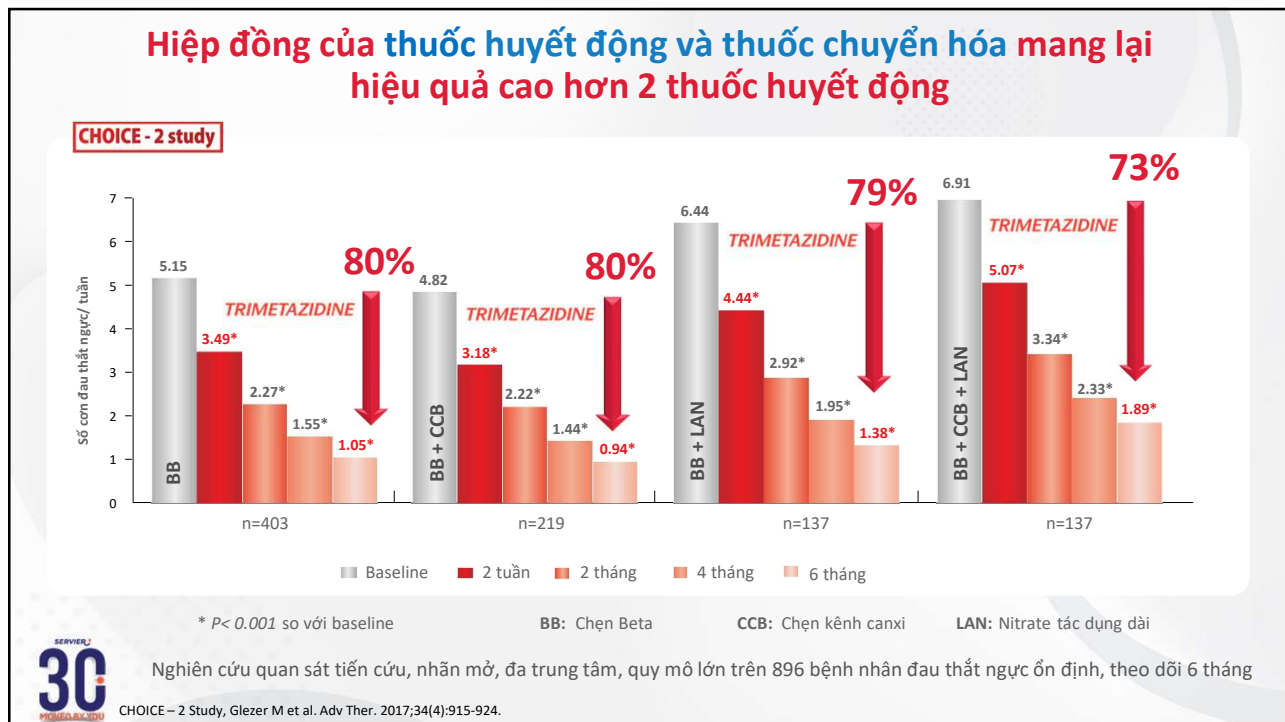
Giancarlo Casolo et al. European Heart Journal Supplements (2021) 23 (Supplement C), C164–C175;

19

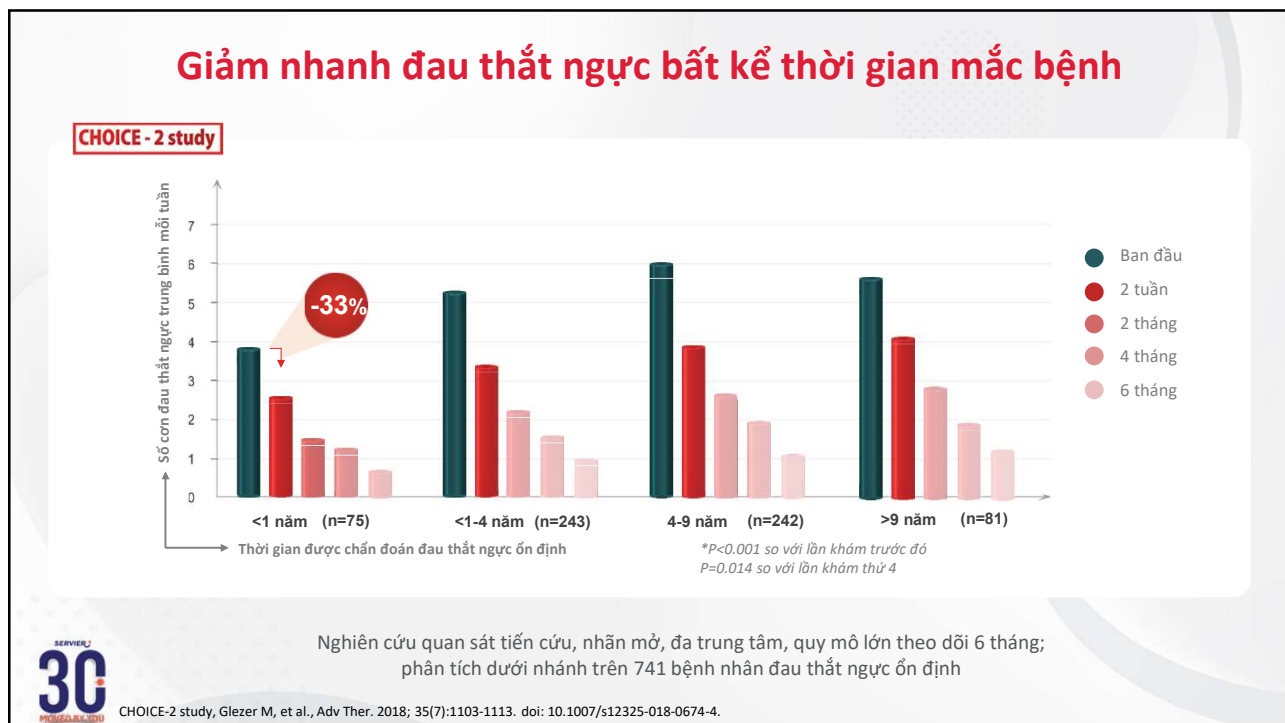
Trimetazidine tác động chuyển hoá ngay tại tâm điểm của bệnh là thiếu máu cục bộ cơ tim, phù hợp tình trạng RL chức năng vi mạch



20

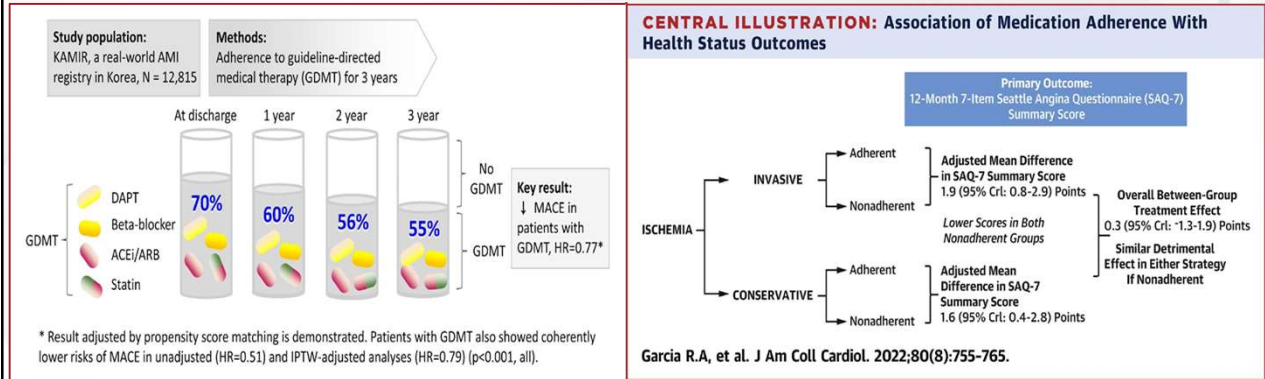


21



22

Tuân thủ điều trị và kết cục lâm sàng



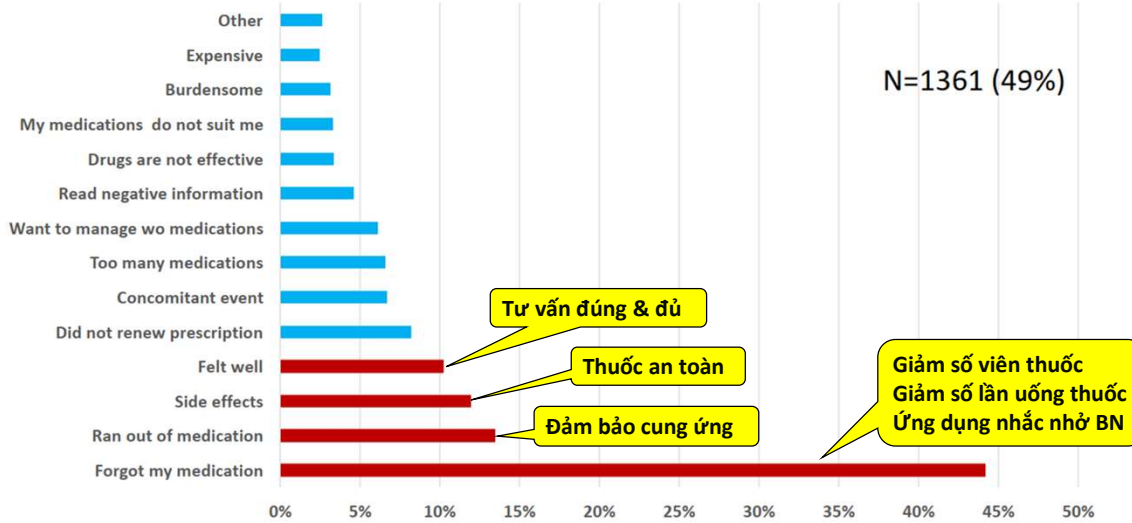
Tuân thủ ảnh hưởng đến tiên lượng và việc cải thiện triệu chứng ở bệnh nhân mạch vành



European Heart Journal Open (2023) 3, 1–9 <https://doi.org/10.1093/ehjopen/oead029>

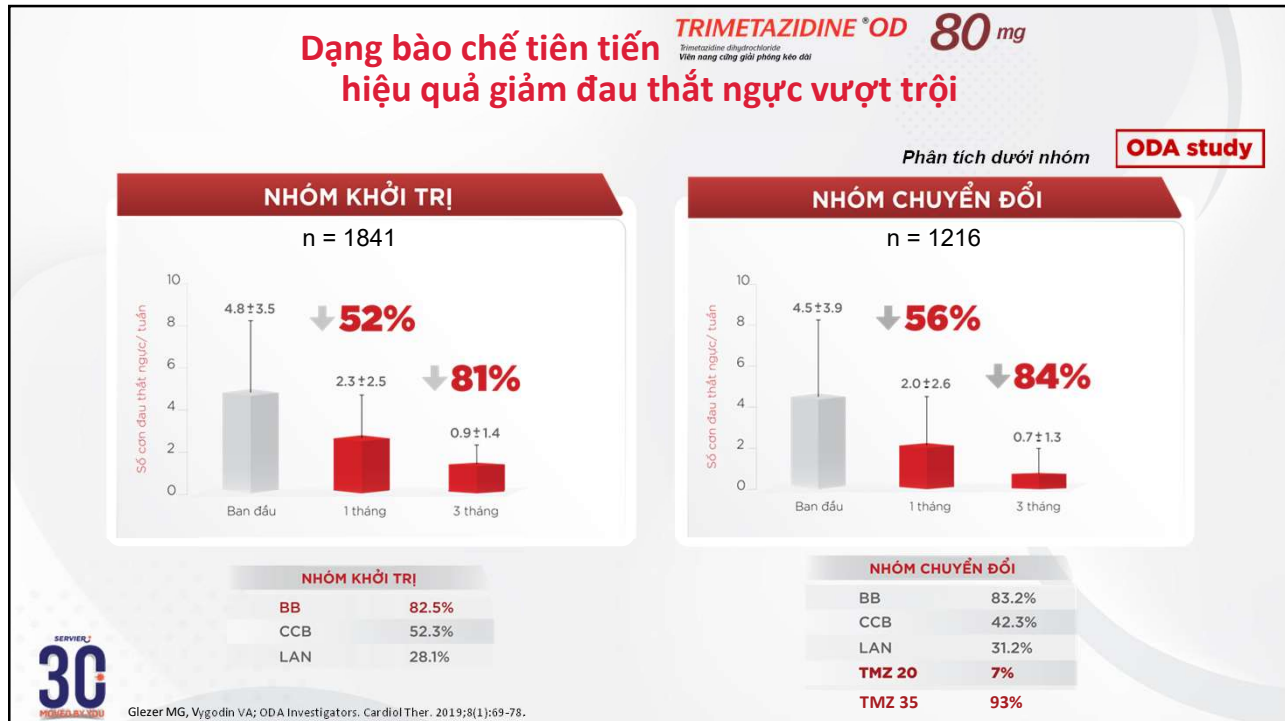
23

Các nguyên nhân làm bệnh nhân không tuân thủ tốt

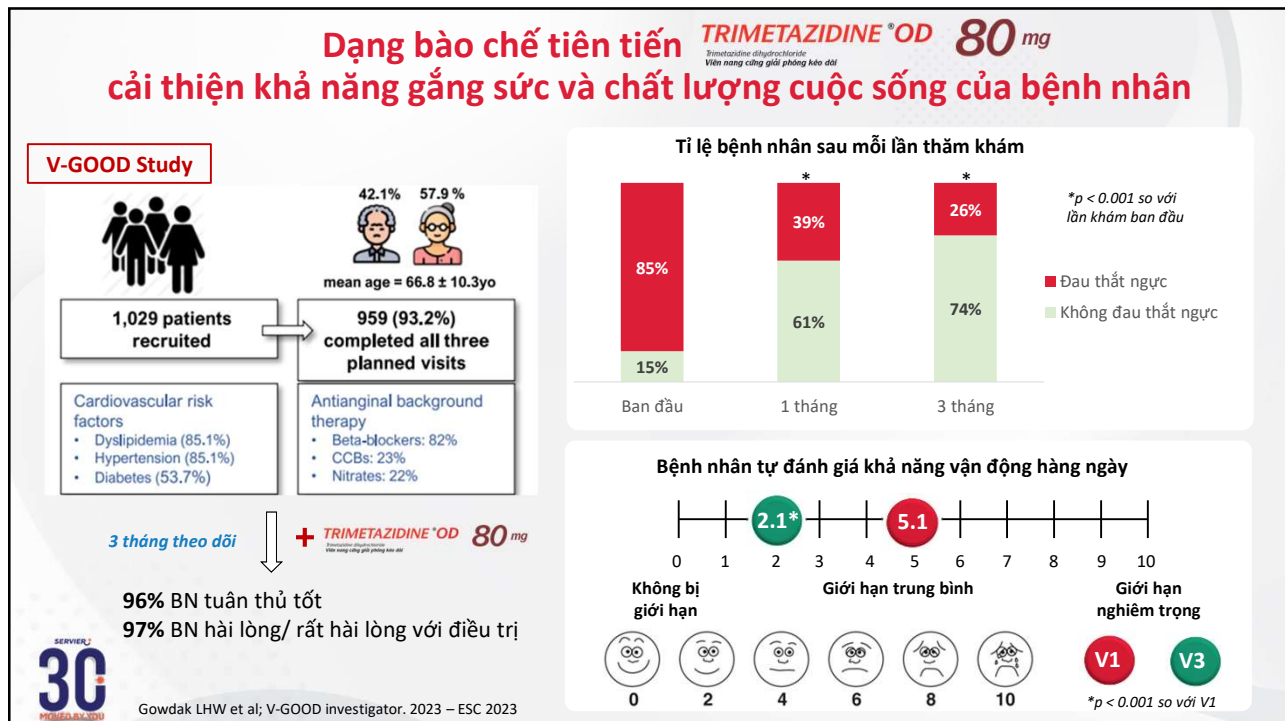


(1) ESC Congress 2023. Session: Treatment efficacy and adherence: the virtuous circle in hypertension management. Topic: Is adherence the biggest elephant in the cardiovascular room?
(2) Claudio Borghi et al. Int J Cardiol Cardiovasc Risk Prev. 2021 Aug 8:10:200102

24



25



26

THÔNG ĐIỆP MANG VỀ


- Hội chứng mạch vành mạn có cơ chế **bệnh sinh đa yếu tố** cần được chú ý trong thực hành lâm sàng
- Bệnh mạch vành không do tắc nghẽn (**INOCA**): tần suất cao và nguy cơ sống còn tương tự BMV do tắc nghẽn nhưng thường bị bỏ sót.
- Điều trị BMV không tắc nghẽn:
 - + **Kiểm soát toàn diện các yếu tố nguy cơ**
 - + Cải thiện tiên lượng và biến cố: **RASi + Statin**
 - + Cải thiện triệu chứng và khả năng gắng sức: **phối hợp sớm thuốc tác động trên huyết động/ giảm tần số tim và thuốc chuyển hóa**
 - + Cần chú ý **tuân thủ điều trị** của người bệnh



27

"Sanders is a paragon of the modern medical detective storyteller. The tales here crackle with suspense."
—ATUL GAWANDE
Bestselling author of *COMPLICATIONS*

Every Patient Tells a Story




THE NEW YORK TIMES BESTSELLER

MEDICAL MYSTERIES
and the
ART OF DIAGNOSIS

LISA SANDERS, M.D.
New York Times Magazine "Diagnosis" Columnist
Technical Advisor to **HOUSE, M.D.**

"Although the world is full of suffering, it is also full of the overcoming of it."

Helen Keller



XIN CẢM ƠN SỰ LẮNG NGHE CỦA QUÝ ĐỒNG NGHIỆP!

28