



Chuyên sâu - Chuyên tâm
Vươn tầm quốc tế

Khuyến cáo ESC 2023 Hội chứng vành cấp

ThS.BS Phạm Thế Thọ

BS Lê Đại Phong

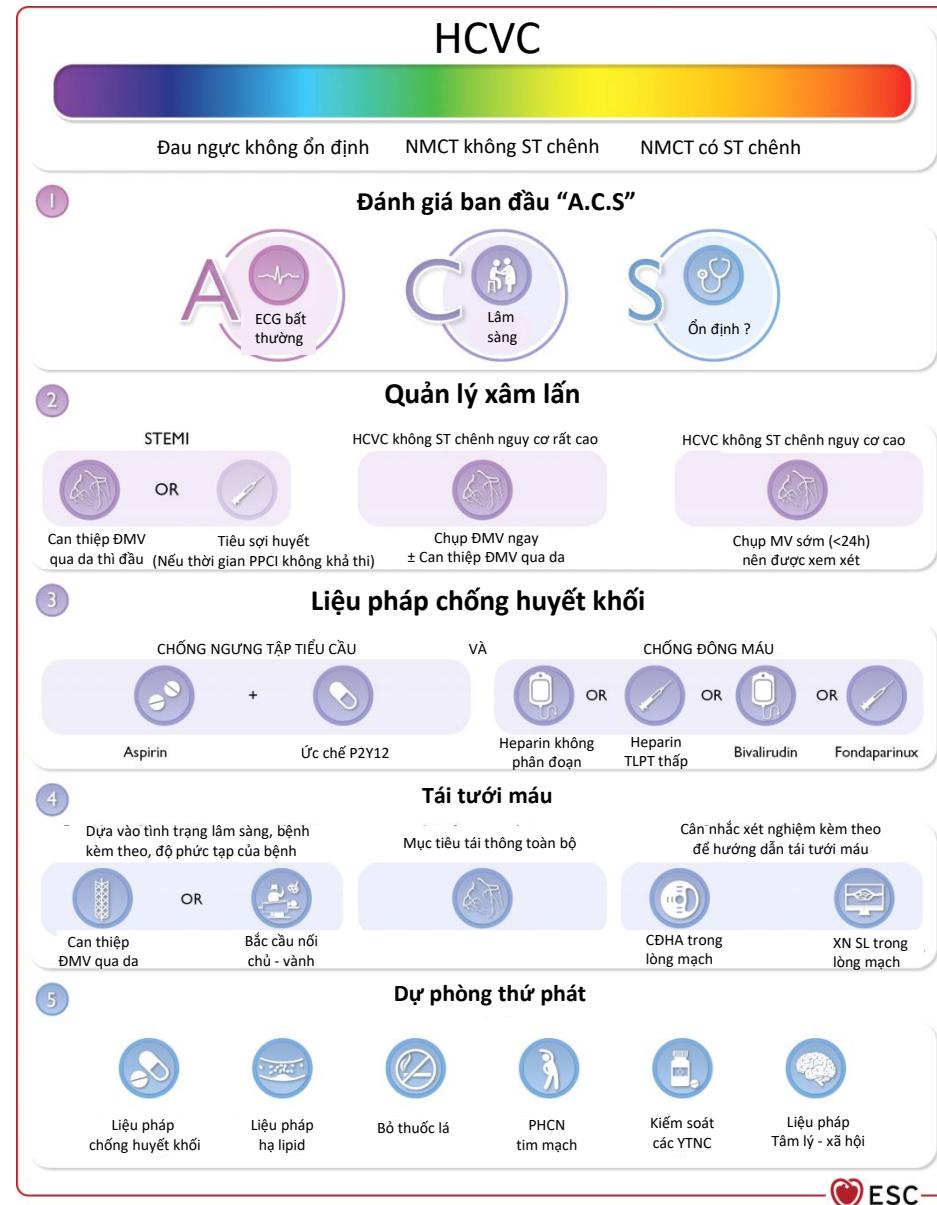
PGS. TS. Phạm Trường Sơn

Khoa Nội tim mạch

Bệnh viện trung ương Quân đội 108

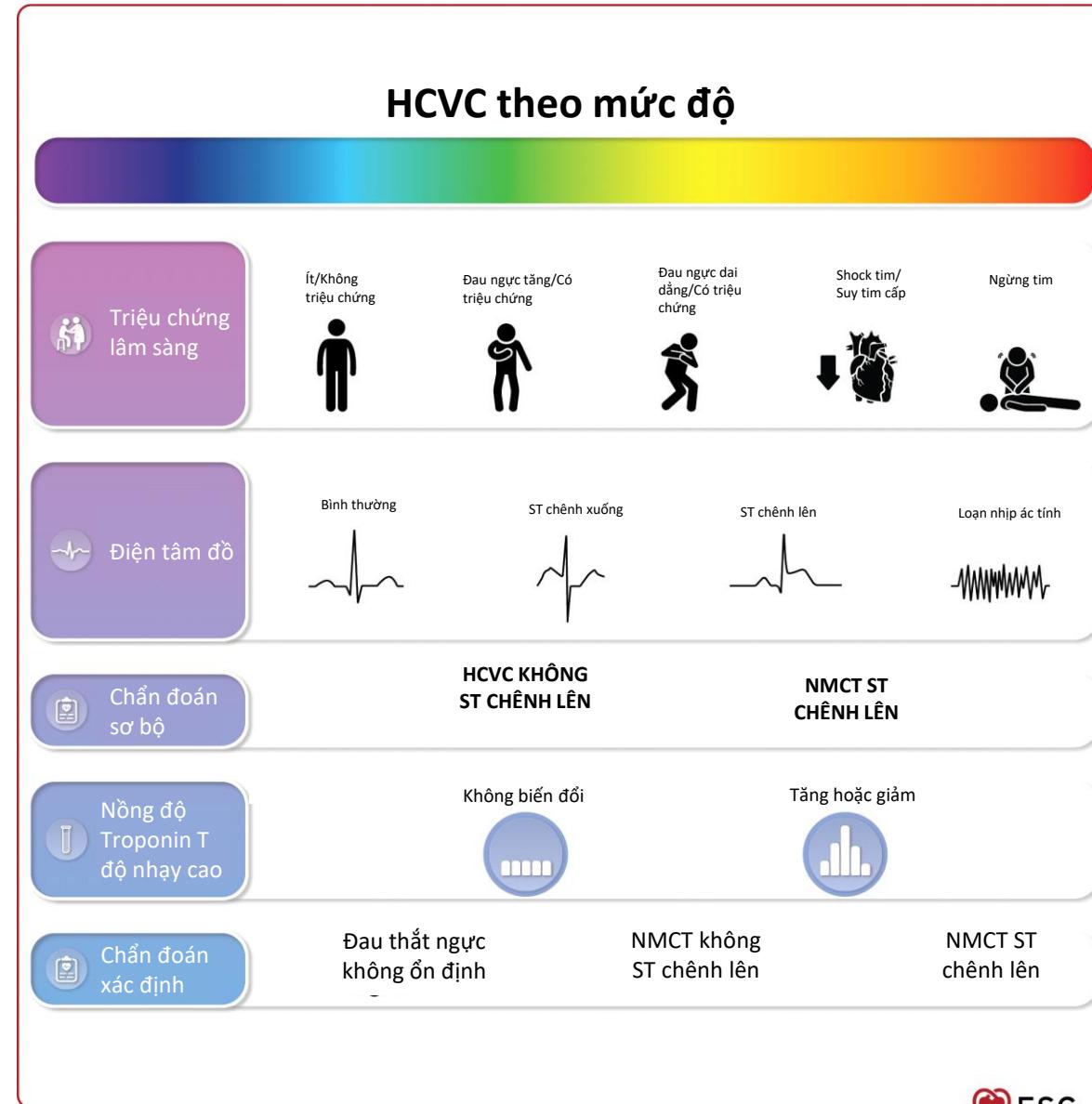
Hình 1

Minh họa trung tâm



Hình 2

Mức độ biểu hiện lâm sàng của đau ngực, hình ảnh điện tâm đồ, xét nghiệm Troponin độ nhạy cao ở bệnh nhân hội chứng vành cấp



Một số định nghĩa liên quan tới điều trị xâm lấn và tái tạo tim thường thường sử dụng trong khuyến cáo (1)

Từ khóa	Định nghĩa
Tiếp cận y tế đầu tiên (FMC)	Thời điểm mà người bệnh được đánh giá lần đầu bởi bác sĩ, các nhân viên y tế hoặc nhân viên cấp cứu được đào tạo có thể làm và đọc điện tâm đồ và có thể can thiệp ngay lập tức (vd: Khử rung). FMC có thể ở ngoài bệnh viện hoặc ở trong bệnh viện (vd: Khoa cấp cứu)
Chẩn đoán STEMI	Thời điểm mà người bệnh với triệu chứng đau thắt ngực được đánh giá là hội chứng vành cấp và đoạn ST chênh lên (Hoặc điện tâm đồ tương đương ST chênh lên).
Can thiệp thì đầu	Can thiệp ĐMV qua da cấp cứu bằng nong bóng, đặt stent, hoặc các dụng cụ khác được cho phép trên ĐMV thủ phạm mà không điều trị tiêu sợi huyết trước đó
Chiến lược can thiệp thì đầu	Chụp mạch vành cấp cứu và can thiệp ĐMV thủ phạm qua da nếu được chỉ định

Một số định nghĩa liên quan tới điều trị xâm lấn và tái tạo mạch thường thường sử dụng trong khuyến cáo (2)

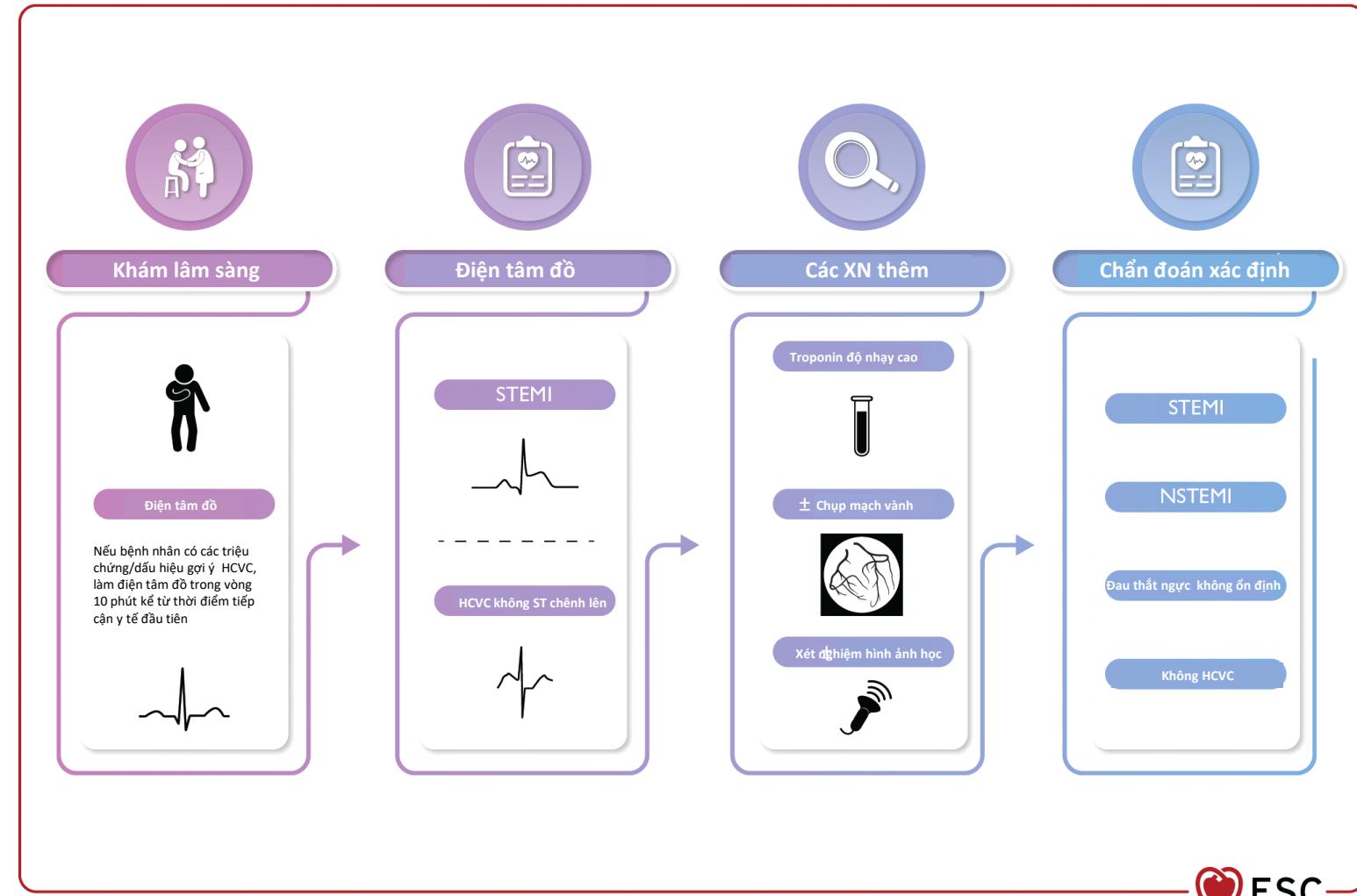
Term	Definition
PCI cứu vãn	PCI cấp cứu thực hiện càng sớm càng tốt ở các bệnh nhân điều trị tiêm sợi huyết thất bại
PCI thường quy sớm sau tiêm sợi huyết	Chụp mạch vành với can thiệp động mạch thủ phạm nếu có chỉ định trong thời gian 02h-24h sau khi tiêm sợi huyết thành công
Chiến lược xâm lấn và thuốc	Tiêu sợi huyết kết hợp với PCI cứu vãn (trong trường hợp tiêu sợi huyết thất bại) hoặc PCI thường quy sớm (với những TH tiêm sợi huyết thành công)
Chiến lược can thiệp tức thì	Chụp mạch vành cấp cứu (vd: Càng sớm càng tốt) và PCI hoặc bắc cầu nối chủ vành (CABG) ĐMV thủ phạm nếu có chỉ định

Một số định nghĩa liên quan tới điều trị xâm lấn và tái tạo mạch thường thường sử dụng trong khuyến cáo (3)

Term	Definition
Chiến lược can thiệp sớm	Chụp ĐMV sớm (<24h từ khi chẩn đoán HCVC) và PCI/CABG động mạch thủ phạm nếu có chỉ định
Chiến lược can thiệp chọn lọc	Chụp mạch vành có thể/không thực hiện PCI/CABG dựa trên đánh giá lâm sàng và các xét nghiệm không xâm lấn

Hình 3

Phân loại bệnh nhân dựa trên mức độ nghi ngờ HCVC: Từ Chẩn đoán sơ bộ tới Chẩn đoán xác định



Khuyến cáo mới (1)



Khuyến cáo	Mức	BC
Khuyến cáo về liệu pháp chống đông và chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân HCVC		
Nếu BN có hội chứng vành cấp dừng chống kết tập tiểu cầu kép (DAPT) để bắc cầu nối chủ vành, khuyến cáo sử dụng DAPT sau phẫu thuật 12 tháng	I	C
Ở những BN cao tuổi, đặc biệt BN có nguy cơ chảy máu cao, thuốc P2Y12 nên được cân nhắc sử dụng là Clopidogrel	IIb	B
Khuyến cáo về liệu pháp chống huyết khối thay thế		
Ở những bệnh nhân không có biến cố sau 3-6 tháng sử dụng DAPT và những bệnh nhân không có nguy cơ tắc mạch cao, nên xem xét sử dụng chống kết tập tiểu cầu đơn (tốt nhất là thuốc ức chế thụ thể P2Y12)	IIa	A
Thuốc ức chế thụ thể P2Y12 đơn trị có thể cân nhắc thay thế Aspirin đơn trị trong điều trị dài hạn	IIb	A

©ESC

Khuyến cáo mới (2)

Khuyến cáo	Mức	BC
Khuyến cáo về liệu pháp chống huyết khối thay thế (tiếp tục)		
Ở những bệnh nhân nguy cơ chảy máu cao, cân nhắc sử dụng đơn trị liệu aspirin hoặc thuốc ức chế P2Y12 sau 1 tháng sử dụng DAPT.	IIb	B
Ở những bệnh nhân cần sử dụng thuốc kháng đông đường uống (OAC), cân nhắc dừng sử dụng chống kết tập tiểu cầu sau 6 tháng, tiếp tục sử dụng OAC	IIb	B
Liệu pháp xuống thang kháng kết tập tiểu cầu trong 30 ngày sau HCVC không được khuyến cáo.	III	B
Khuyến cáo về ngừng tim và ngừng tim ngoài bệnh viện		
Đánh giá tiên lượng thần kinh (không sớm hơn 72h kể từ khi nhập viện), được khuyến cáo ở tất cả các bệnh nhân hôn mê sau ngừng tim	I	C
Vận chuyển bệnh nhân ngừng tim ngoài bệnh viện đến trung tâm cấp cứu ngừng tim nên được vận chuyển theo quy trình	IIa	C

Khuyến cáo mới (3)

Khuyến cáo	Mức	BC
Khuyến cáo về khía cạnh kỹ thuật của chiến lược xâm lấn		
Ở những bệnh bóc tách động mạch vành tự phát, PCI chỉ được khuyến cáo ở những bệnh nhân có triệu chứng và dấu hiệu thiếu máu cơ tim tiến triển, thiếu máu cơ tim diện rộng, và giảm dòng chảy xuôi.	I	C
CĐHA nội mạch nên được xem xét để hướng dẫn PCI	IIa	A
CĐHA nội mạch (tốt nhất là OCT) được cân nhắc ở những bệnh nhân tổn thương thủ phạm chưa rõ ràng	IIIb	C
Khuyến cáo đối với HCVC tổn thương đa mạch có sốc tim		
PCI động mạch không thủ phạm theo giai đoạn nên được thực hiện	IIa	C
Khuyến cáo đối với HCVC có ST chênh lên huyết động ổn định tổn thương đa mạch với PCI thì đầu		
Nên PCI động mạch không thủ phạm dựa vào mức độ nặng trên chụp mạch vành	I	B
Đánh giá xâm lấn chức năng động mạch vành không thủ phạm không được khuyến cáo trong quá trình thực hiện thủ thuật	III	C

Khuyến cáo mới (4)



Khuyến cáo	Mức	BC
Khuyến cáo về các biến chứng của hội chứng vành cấp		
Cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn được khuyến cáo ở những bệnh nhân block nhĩ thất độ cao không phục hồi trong 05 ngày sau nhồi máu cơ tim	I	C
Cộng hưởng từ tim được cân nhắc ở những bệnh nhân có hình ảnh SA tim không rõ ràng hoặc những trường hợp lâm sàng nghi ngờ cao có huyết khối trái	IIa	C
Sau NMCT cấp thành trước, siêu âm cản âm được cân nhắc sử dụng để xác định huyết khối trái nếu mỏm tim không rõ trên SA tim	IIIb	C
BN với block nhĩ thất cao độ trong bệnh cảnh NMCT thành trước và suy tim cấp, cấy sớm các thiết bị (CRT-D, máy tạo nhịp tim) có thể được cân nhắc	IIIb	C
Ở các BN Rối loạn nhịp thất đe dọa tính mạng tái phát, thuốc an thần hoặc thuốc gây mê cơ bản có thể được cân nhắc để làm giảm hoạt động giao cảm	IIIb	C

Khuyên cáo mới (5)



Khuyên cáo	Mức	BC
Khuyên cáo về quản lý các bệnh kết hợp trong HCVC		
Khuyên cáo lựa chọn điều trị hạ đường huyết dài hạn dựa trên các biểu hiện bệnh kết hợp, bao gồm suy tim, bệnh thận mạn, và bệnh béo phì.	I	A
Những BN già yếu với các bệnh kết hợp, tiếp cận khi nhập viện được khuyến cáo cần cá thể hóa các phương pháp can thiệp và nội khoa sau khi đánh giá cẩn thận về nguy cơ và lợi ích.	I	B
Chiến lược xâm lấn được khuyến cáo ở những BN ung thư có biểu hiện của HCVC-nguy cơ cao với thời gian sống tiên lượng ≥ 06 tháng	I	B
Các liệu pháp điều trị ung thư được khuyến cáo ngưng tạm thời ở những BN mà nghi ngờ liệu pháp điều trị ung thư là nguyên nhân dẫn tới HCVC	I	C
Chiến lược điều trị bảo tồn được cân nhắc ở BN ung thư với tiên lượng xấu (VD: Thời gian sống tiên lượng ≤ 06 tháng) và/hoặc nguy cơ chảy máu rất cao.	IIa	C

Khuyến cáo mới (6)



Khuyến cáo	Class	Level
Khuyến cáo về quản lý các bệnh kết hợp trong HCVC (tiếp)		
Aspirin không được khuyến cáo ở các BN ung thư với tiểu cầu < 10 000 / uL	III	C
Clopidogrel không được khuyến cáo ở BN ung thư với tiểu cầu < 30 000 / uL	III	C
Ở những BN HCVC mắc ung thư và tiểu cầu < 50 000 /uL, Prasugrel và Ticagrelor không được khuyến cáo	III	C
Khuyến cáo quản lý dài hạn		
Khuyến cáo sử dụng thuốc hạ lipid cường độ cao ở bệnh nhân HCVC nhập viện mà đã sử dụng liệu pháp hạ lipid máu trước đây.	I	C
Liều thấp Colchicine (0.5mg mỗi ngày) có thể được cân nhắc, đặc biệt nếu các yếu tố nguy cơ khác kiểm soát không đầy đủ hoặc nếu các biến cố tim mạch tái phát xảy ra khi đang điều trị tối ưu	IIb	A
Phối hợp liệu pháp Statin liều cao với Ezetimibe có thể được cân nhắc trong thời gian nhập viện	IIb	B

Khuyến cáo mới (7)



Khuyến cáo	Mức	BC
<i>Khuyến cáo về thái độ chăm sóc BN HCVC</i>		
Khuyến cáo lấy người bệnh làm trung tâm bằng cách đánh giá và tuân thủ sở thích, nhu cầu và niềm tin của từng bệnh nhân, đảm bảo rằng các giá trị của người bệnh được ghi nhận để quyết định lâm sàng	I	B
Để bệnh nhân HCVC tham gia vào việc ra quyết định (trong phạm vi tình trạng của họ cho phép) và thông báo cho họ về các nguy cơ biến cố nặng, phơi nhiễm xạ và các lựa chọn thay thế. Hỗ trợ quyết định nên được sử dụng để tạo điều kiện thuận lợi cho cuộc thảo luận	I	B
Khuyến cáo sử dụng các phương pháp đánh giá triệu chứng để giúp người bệnh miêu tả lại biểu hiện của họ	I	C
Nên xem xét sử dụng kỹ thuật “dạy lại” để hỗ trợ đưa ra quyết định trong quá đat được sự đồng ý sau khi đã thông báo đầy đủ	IIa	B

Khuyến cáo

Mức BC

Khuyến cáo về thái độ chăm sóc BN HCVC (tiếp)

Thông tin xuất viện của bệnh nhân nên được cung cấp ở cả dạng văn bản và lời nói trước khi xuất viện. Cần cân nhắc việc chuẩn bị và giáo dục đầy đủ cho bệnh nhân xuất viện bằng cách sử dụng kỹ thuật dạy lại và/hoặc phỏng vấn tạo động lực, cung cấp thông tin theo từng phần và kiểm tra sự hiểu biết.

IIa

B

Nên xem xét đánh giá sức khỏe tinh thần bằng cách sử dụng một công cụ đã được xác nhận và chuyển tiếp tâm lý khi thích hợp

IIa

B

Các sửa đổi trong khuyến cáo (1)

2017 and 2020	Mức BC	2023	Mức BC
<i>Khuyến cáo về CDHA ở nhóm bệnh nhân HCVC không ST chênh lên</i>			
Ở BN không có đau ngực tái phát, ECG và men tim bình thường (tốt nhất là độ nhạy cao), nhưng vẫn nghi ngờ HCVC, xét nghiệm gắng sức không xâm nhập (tốt nhất là hình ảnh học) để diễn giải mức độ thiếu máu cục bộ hoặc chụp cắt lớp vi tính ĐMV (CCTA) được khuyến cáo trước khi quyết định tiếp cận xâm lấn	I B	BN nghi ngờ HCVC, Troponin độ nhạy cao không tăng (hoặc không đổi), không biến đổi điện tâm đồ, không đau ngực tái phát, phối hợp CCTA hoặc xét nghiệm hình ảnh học gắng sức không xâm lấn như một phần của quá trình kiểm tra bước đầu	IIa A

Các sửa đổi trong khuyến cáo (2)



2017 and 2020	Mức	BC	2023	Mức	BC
<i>Khuyến cáo thời gian can thiệp ở BN HCVC không ST chênh</i>					
Can thiệp sớm trong vòng 24h được khuyến cáo ở bệnh nhân với các tiêu chuẩn nguy cơ cao dưới đây:	I	A	Chiến lược xâm lấn sớm trong vòng 24h nên được xem xét ở bệnh nhân có ít nhất một tiêu chuẩn nguy cơ cao sau:	IIa	A
<ul style="list-style-type: none">Chẩn đoán NSTEMI gợi ý bởi lược đồ chẩn đoán được khuyến cáo trong hướng dẫnBiến đổi đoạn ST-T mới gợi ý thiếu máu cục bộ tiến triểnĐoạn ST chênh lên thoáng quaĐiểm nguy cơ GRACE >140			<ul style="list-style-type: none">Chẩn đoán xác định NSTEMI dựa vào lược đồ hiện tại của ESC về Troponin độ nhạy caoĐộng học đoạn ST hoặc sóng T thay đổiĐoạn ST chênh lên thoáng quaĐiểm nguy cơ GRACE >140		

Các sửa đổi trong khuyến cáo (3)

2017 and 2020	Mức	BC	2023	Mức	BC
<i>Khuyến cáo về kháng đông và kháng kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân STEMI</i>					
Nhóm ức chế P2Y12 (P2Y12i) mạnh (Prasugrel hoặc Ticagrelor), hoặc Clopidogrel nếu nhóm trên không sẵn có hoặc chống chỉ định, được khuyến cáo dùng trước hoặc muộn nhất tại thời điểm PCI, và duy trì hơn 12 tháng, trừ khi có chống chỉ định như nguy cơ chảy máu quá cao	I	A	Điều trị trước PCI thì đầu với P2Y12i có thể được cân nhắc	IIb	B

Các sửa đổi trong khuyến cáo (4)



2017 and 2020	Mức BC	2023	Mức BC
<i>Khuyến cáo về điều trị dài hạn chống huyết khối</i>			
Sau khi đặt stent, BN dùng chống kết tập tiểu cầu kép (DAPT), nên cân nhắc dừng Aspirin sau 3-6 tháng, tùy thuộc vào cân bằng giữa nguy cơ tắc mạch và nguy cơ chảy máu	IIa A	Những BN không xuất hiện biến cố trong 3-6 tháng sử dụng DAPT và không có nguy cơ tắc mạch cao, ức chế tiểu cầu đơn (SAPT) nên được cân nhắc.	IIa A

Các sửa đổi trong khuyến cáo (5)



2017 and 2020	Mức	BC	2023	Mức	BC
<i>Khuyến cáo về ngưng tim và ngưng tim ngoài bệnh viện</i>					
Nên xem xét trì hoãn thay vì chụp động mạch vành ngay lập tức ở BN HCVC huyết động ổn định không có đoạn ST chênh lên sau khi hồi sinh thành công sau khi ngưng tim ngoài bệnh viện	IIa	B	Không khuyến cáo chụp mạch vành ngay lập tức một cách thường quy sau ngưng tim được cứu sống ở BN HCVC không có đoạn ST chênh lên dai dẳng (hoặc tương đương)	III	A
Kiểm soát nhiệt độ có mục tiêu (còn được gọi là liệu pháp hạ thân nhiệt) nhằm đạt nhiệt độ trong khoảng từ 32 đến 36 độ trong ít nhất 24h, được chỉ định ở các BN vẫn bất tỉnh sau hồi sức từ ngưng tim	I	B	Kiểm soát nhiệt độ (theo dõi nhiệt độ trung tâm cơ thể liên tục và phòng ngừa sốt chủ động (>37.7 độC)) được khuyến cáo sau ngưng tim bất kể trong hay ngoài bệnh viện đối với người lớn mà không có đáp ứng sau khi khôi phục tuần hoàn tự nhiên.	I	B

Các sửa đổi trong khuyến cáo (6)



2017 and 2020	Mức	BC	2023	Mức	BC
<i>Khuyến cáo về điều trị trong bệnh viện</i>					
Khi siêu âm tim không ối ưu/ không khả thi, phương pháp CĐHA thay thế (tốt nhất là MRI tim) nên được xem xét	IIa	C	Khi siêu âm tim không tối ưu/không khả thi, MRI tim có thể được xem xét	IIIb	C

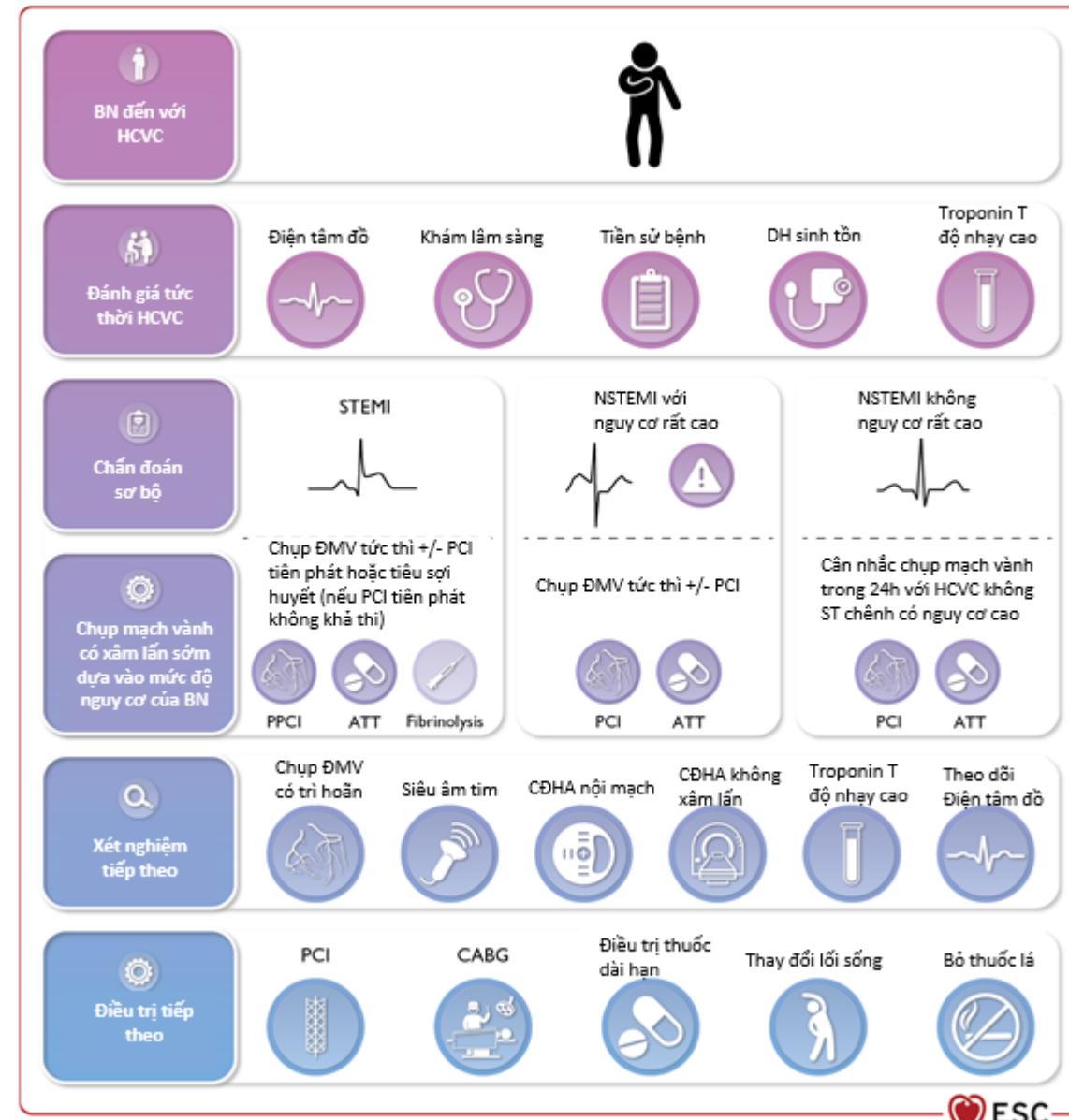
Các sửa đổi trong khuyến cáo (7)



2017 and 2020	Mức	BC	2023	Mức	BC
<i>Khuyến cáo về quản lý bệnh xơ vữa nhiều nhánh mạch vành ở BN STEMI huyết động ổn định thực hiện PCI thì đầu</i>					
Tái tưới máu động mạch không thủ phạm ở BN STEMI tổn thương đa mạch trước khi xuất viện nên được xem xét	IIa	A	Tái thông hoàn toàn được khuyến cáo trong thời gian thực hiện PCI hoặc trong vòng 45 ngày.	I	A
<i>Khuyến cáo về quản lý bệnh kết hợp trong HCVC</i>					
Liệu pháp hạ Glucose máu nên xem xét ở BN HCVC có Glucose >10mmol/l (>180mg/dL), với mục tiêu điều trị phù hợp với bệnh lý kèm theo, đồng thời nên tránh các cơn hạ đường huyết	IIa	B	Liệu pháp hạ Glucose máu nên được xem xét ở BN HCVC với đường máu tăng dai dẳng, đồng thời nên tránh các cơn hạ đường huyết	IIa	C

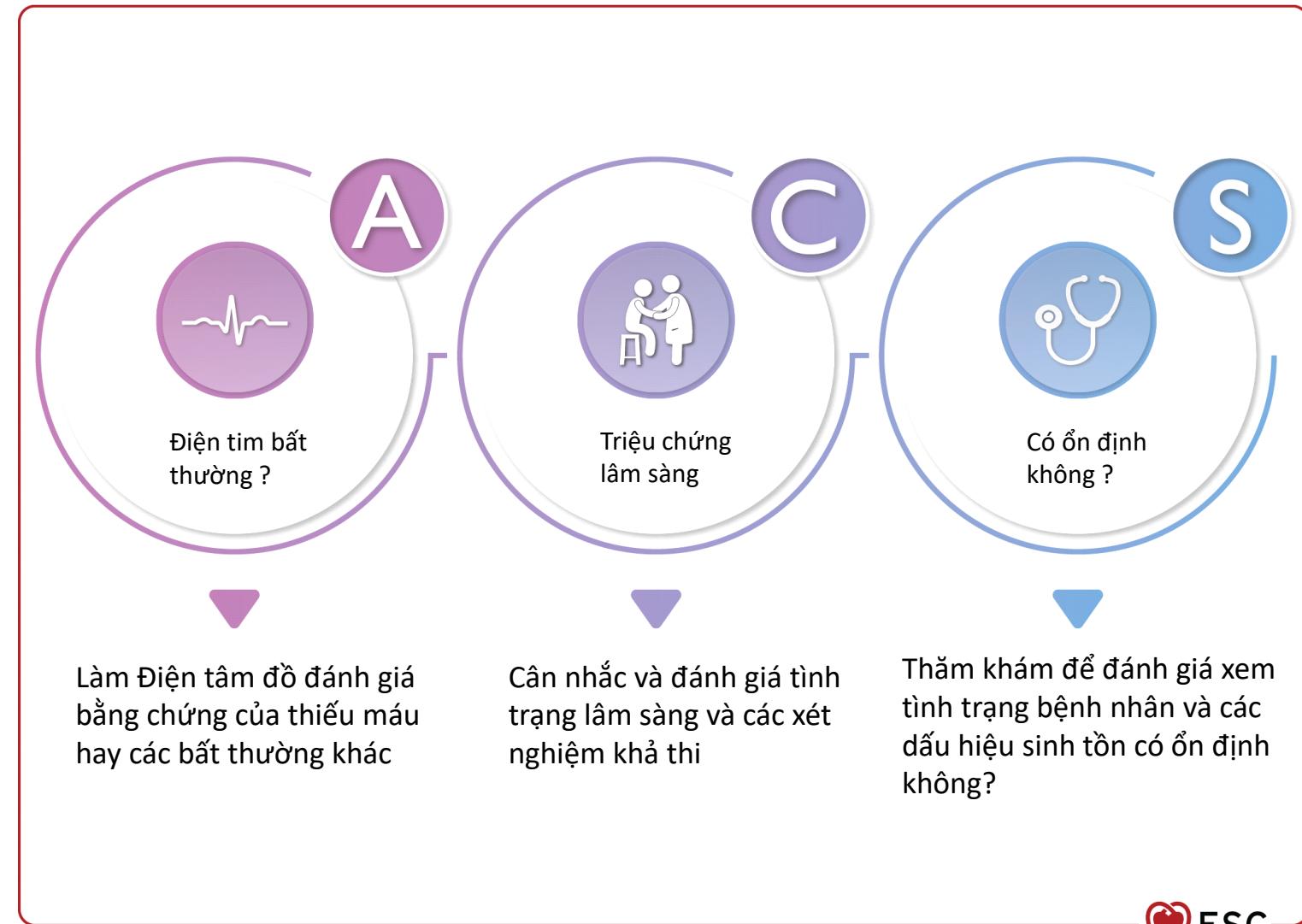
Hình 4

Tổng quan về phân loại, điều trị, các xét nghiệm trên BN đến với các dấu hiệu và triệu chứng nghi ngờ HCVC



Hình 5

Đánh giá A.C.S để lượng giá ban đầu BN nghi ngờ HCVC



Khuyến cáo về công cụ lâm sàng và chẩn đoán bệnh nhân nghi ngờ hội chứng vành cấp (1)



Khuyến cáo	Mức	BC
Khuyến cáo nên chẩn đoán và phân tầng nguy cơ ngắn hạn ban đầu của HCVC dựa vào sự kết hợp của bệnh sử, triệu chứng, DH sinh tồn, các dấu hiệu thực thể khác, điện tim, Troponin độ nhạy cao.	I	B
Điện tâm đồ		
Điện tâm đồ (ECG) 12 chuyển đạo và phân tích chúng được khuyến cáo càng sớm càng tốt tại thời điểm tiếp cận y tế đầu tiên (FMC), với mục tiêu dưới 10 phút.	I	B
Tiếp tục theo dõi ECG và chuẩn bị sẵn sàng phá rung được khuyến cáo càng sớm càng tốt ở tất cả các BN nghi ngờ STEMI, nghi ngờ HCVC với ECG thay đổi hoặc đau ngực tiến triển, và sau khi được chẩn đoán nhồi máu cơ tim	I	B
Khuyến cáo sử dụng đạo trình ECG bổ sung (V3R, V4R, và V7-V9) ở BN STEMI thành dưới hoặc nếu nghi ngờ tắc hoàn toàn mà các chuyển đạo tiêu chuẩn không thể kết luận được	I	B
Thêm ECG 12 chuyển đạo được khuyến cáo trong các TH triệu chứng tái phát hoặc chẩn đoán chưa chắc chắn	I	C

©ESC

Khuyến cáo về công cụ lâm sàng và chẩn đoán bệnh nhân nghi ngờ hội chứng vành cấp (2)



Khuyến cáo	Mức	BC
Xét nghiệm máu		
Khuyến cáo đo Troponin tim bằng xét nghiệm độ nhạy cao (hs-cTn) ngay sau biểu hiện và để thu được kết quả trong vòng 60 phút kể từ khi lấy máu	I	B
Khuyến cáo sử dụng lược đồ tiếp cận của ESC với chuỗi đánh giá hs-cTn (0h/1h hoặc 0h/2h) để loại trừ hoặc xác định chẩn đoán NSTEMI	I	B
Xét nghiệm bổ sung sau 3h được khuyến cáo nếu 2 mẫu hs-cTn đầu tiên theo lược đồ 0h/1h không kết luận được và không có chẩn đoán thay thế giải thích được tình trạng đang mắc phải	I	B
Nên sử dụng thang điểm đánh giá nguy cơ (thang điểm nguy cơ GRACE) để tiên lượng	IIa	B

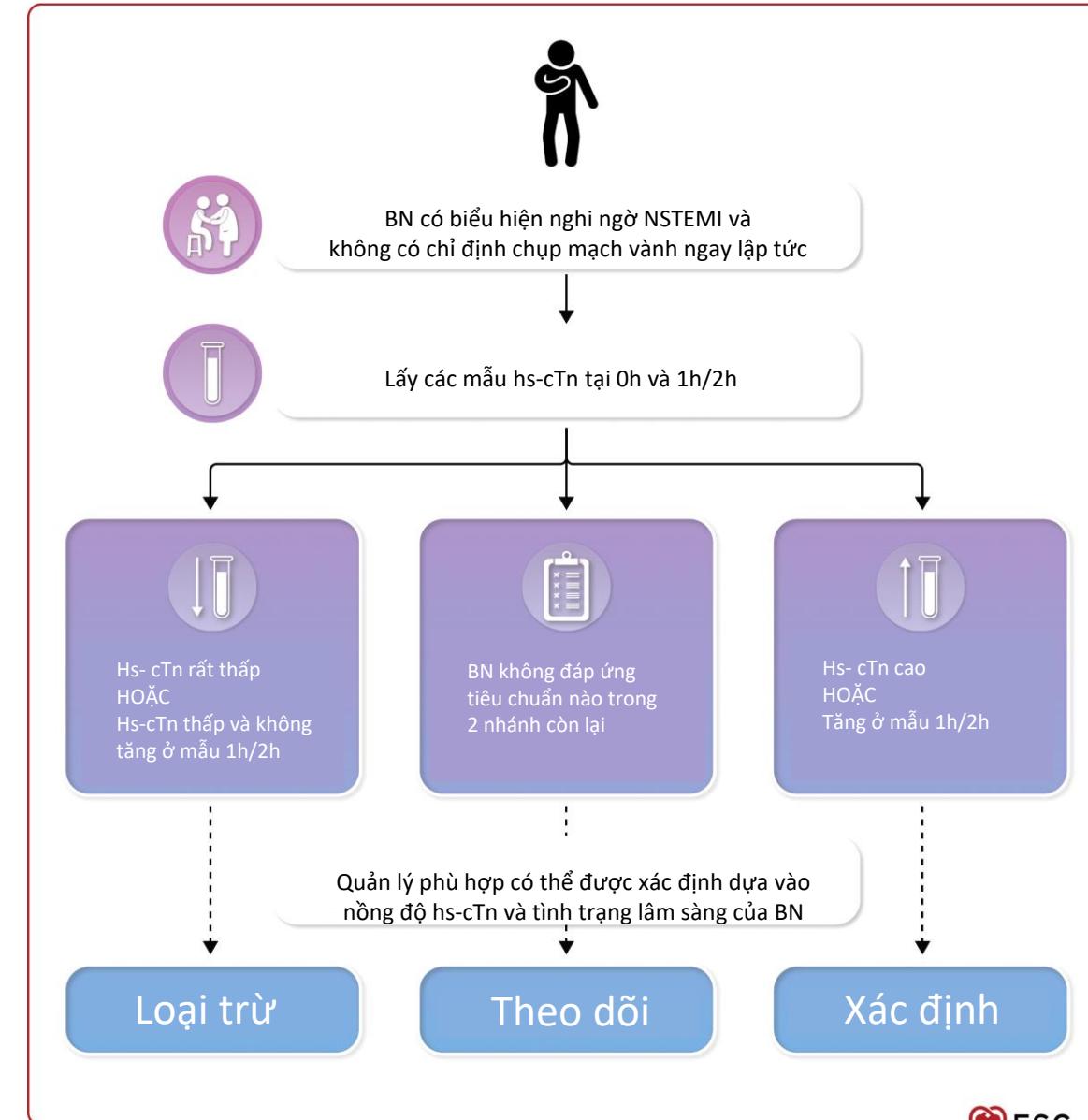
Khuyến cáo về công cụ lâm sàng và chẩn đoán bệnh nhân nghi ngờ hội chứng vành cấp (3)



Khuyến cáo	Mức	BC
Phân tầng chiến lược tái tưới máu cấp cứu		
Khuyến cáo BN nghi ngờ STEMI cần được phân loại ngay lập tức theo chiến lược tái tưới máu cấp cứu	I	A

Hình 6

**Lược đồ 0 h/1 h or 0 h/2 h
của ESC sử dụng xét
nghiệm Troponin T độ
nhạy cao ở phòng cấp cứu
với nghi ngờ NSTEMI và
không có chỉ định chụp
mạch vành ngay lập tức**



Khuyến cáo về chẩn đoán hình ảnh không xâm nhập để đánh giá ban đầu ESC những BN nghi ngờ Hội chứng vành cắp

Khuyến cáo	Mức	BC
Siêu âm tim (SAT) qua thành ngực cấp cứu được khuyến cáo ở những BN nghi ngờ HCVC có shock tim hoặc nghi ngờ biến chứng cơ học.	I	C
BN nghi ngờ HCVC, không tăng hoặc không thay đổi nồng độ hs-cTn, không có biến đổi trên điện tim và không đau ngực tái phát, nên xem xét phối hợp CCTA hoặc Xét nghiệm hình ảnh gắng sức không xâm lấn như là một phần của quá trình kiểm tra ban đầu	IIa	A
SAT thành ngực cấp cứu nên được xem xét khi phân loại trong TH chẩn đoán không chắc chắn nhưng điều này không gây ra sự chậm trễ trong việc chuyển tới phòng can thiệp nếu có nghi ngờ tắc hoàn toàn cấp tính	IIa	C
CCTA sớm, thường quy không được khuyến cáo ở BN nghi ngờ HCVC.	III	B

Khuyến cáo về điều trị tức thì BN HCVC (1)

Khuyến cáo	Mức	BC
Giảm oxy máu		
Thở oxy được khuyến cáo ở bệnh nhân thiếu O ₂ máu (SaO ₂ < 90%)	I	C
Thở oxy thường quy không được khuyến cáo ở BN không có thiếu O ₂ máu (SaO ₂ >90%)	III	A
Triệu chứng		
Thuốc opioids tiêm tĩnh mạch nên được xem xét để giảm đau	IIa	C
Thuốc mê nhẹ nên được xem xét ở BN quá lo lắng	IIa	C
Thuốc chẹn beta đường tĩnh mạch		
Thuốc chẹn Beta đường tĩnh mạch (tốt nhất là metoprolol) nên được cân nhắc tại thời điểm BN có triệu chứng và PCI thì đầu không có dấu hiệu suy tim cấp, HA tâm thu > 120mmHg, và không có các chống chỉ định khác.	IIa	A

Khuyến cáo về điều trị ban đầu BN HCVC (2)

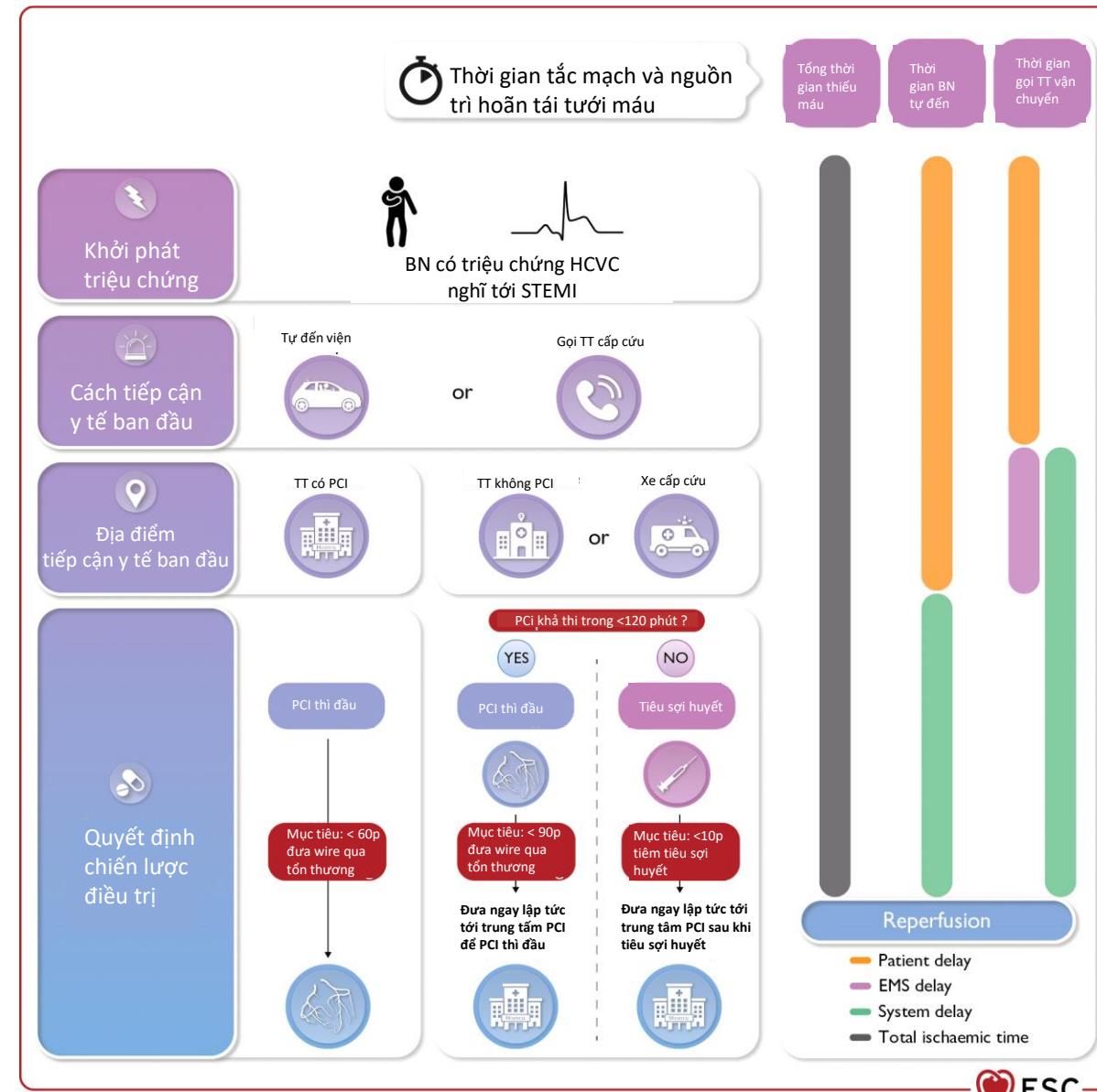
Khuyến cáo	Mức	BC
Vận chuyển trước khi tới bệnh viện		
Khuyến cáo quản lý BN STEMI trước bệnh viện dựa vào mạng lưới khu vực được thiết kế để cung cấp liệu pháp tái tạo mạch một cách nhanh chóng và hiệu quả, với lỗ lực thực hiện PCI thì càng cho nhiều BN càng tốt.	I	B
Khuyến cáo trung tâm có khả năng thực hiện PCI thì đầu cung cấp dịch vụ 24/7 và có khả năng thực hiện PCI thì đầu mà không trì hoãn.	I	B
Khuyến cáo BN được chuyển sang PCI thì đầu cần được bỏ qua khoa cấp cứu, các khoa hồi sức và được vận chuyển trực tiếp tới phòng can thiệp.	I	B
Khuyến cáo vận chuyển BN nghi ngờ STEMI tới thẳng trung tâm có khả năng làm PCI, bỏ qua trung tâm không có khả năng PCI	I	C

Khuyến cáo về điều trị tức thì BN HCVC (2)

Khuyến cáo	Mức	BC
Vận chuyển trước khi tới bệnh viện (tiếp)		
Khuyến cáo các đội cấp cứu được đào tạo và trang bị kĩ năng nhận định các dạng điện tim nghi ngờ tắc MV cấp tính và để thực hiện liệu pháp điều trị ban đầu, bao gồm khử rung, và tiêu sợi huyết khi cần áp dụng	I	C
Khuyến cáo các bệnh viện và các trung tâm cấp cứu gia vào chăm sóc BN nghi ngờ STEMI ghi lại và kiểm tra thời gian trì hoãn và làm việc cùng nhau để đạt được và duy trì chất lượng mục tiêu cuối cùng	I	C

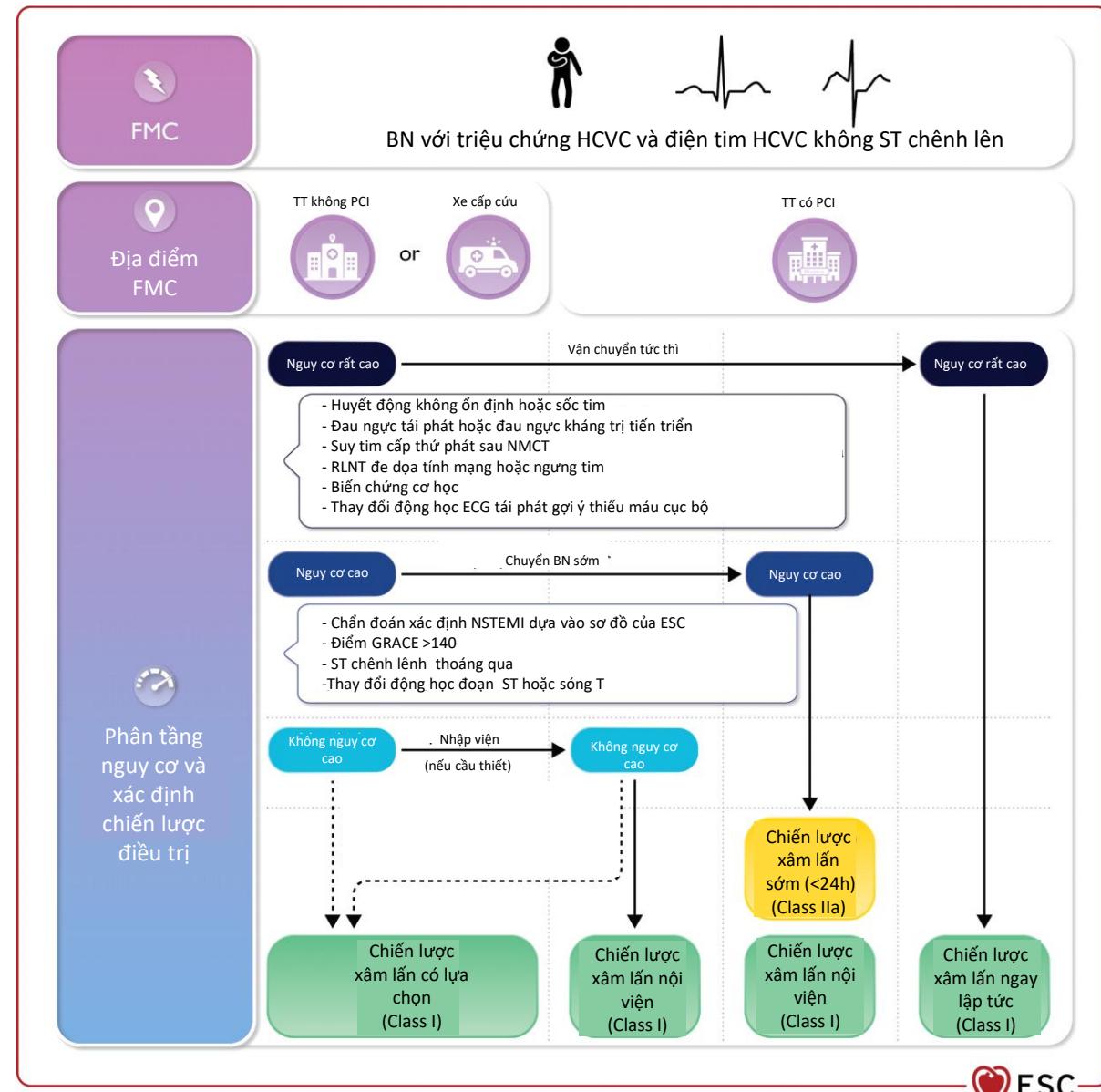
Hình 7

Phân loại phương thức di chuyển để lựa chọn phương pháp điều trị can thiệp và tái tạo máu cơ tim ở BN STEMI



Hình 8

Lựa chọn phương pháp can thiệp và điều trị tái tưới máu ở BN HCVC không ST chênh lên



Khuyến cáo điều trị tái tưới máu và thời gian can thiệp (1)

Khuyến cáo	Mức	BC
Khuyến cáo điều trị tái tưới máu ở BN STEMI		
Điều trị tái tưới máu được khuyến cáo ở tất cả các BN với chẩn đoán STEMI (đoạn ST chênh lên cố định hoặc tương đương) và triệu chứng thiếu máu ≤ 12h	I	A
Điều trị PCI thì đầu tiên được khuyến cáo ưu tiên hơn tiêm sợi huyết nếu thời gian thực hiện từ lúc chẩn đoán tới khi PCI <120 phút	I	A
Nếu thời gian PCI thì đầu <120 phút không thể thực hiện được ở BN STEMI, thuốc tiêm sợi huyết được khuyến cáo trong vòng 12h kể từ khi khởi phát triệu chứng (nếu không có chống chỉ định).	I	A
PCI cứu vãn được khuyến cáo nếu dùng thuốc tiêm sợi huyết thất bại (đoạn ST giảm chênh <50% trong 60-90 phút sau TSH) hoặc tình trạng huyết động không ổn định hoặc Điện học không ổn định, tình trạng thiếu máu tiến triển, hoặc đau ngực dai dẳng	I	A

Khuyến cáo điều trị tái tưới máu và thời gian can thiệp (2)

Khuyến cáo	Mức	BC
Khuyến cáo điều trị tái tưới máu ở BN STEMI (tiếp)		
BN được chẩn đoán STEMI và thời gian khởi phát triệu chứng >12h, PCI thì đầu được khuyến cáo trong TH triệu chứng thiếu máu cục bộ tiến triển, huyết động không ổn định, hoặc các rối loạn nhịp đe dọa tính mạng	I	C
PCI thì đầu thường quy nên được xem xét ở BN STEMI đến muộn (12-48h) kể từ lúc xuất hiện triệu chứng	IIa	B
PCI thường quy động mạch thủ phạm không được khuyến cáo ở BN STEMI đến muộn >48h kể từ lúc khởi phát và không còn triệu chứng	III	A

Khuyến cáo điều trị tái tươi máu và thời gian can thiệp (3)

Khuyến cáo	Mức	BC
Vận chuyển/Can thiệp sau sử dụng tiêm sợi huyết		
Chuyển BN tới TT có khả năng PCI được khuyến cáo ở tất cả các bệnh nhân ngay sau khi sử dụng tiêm sợi huyết	I	A
Chụp ĐMV cấp cứu và PCI động mạch thủ phạm, nếu có chỉ định được khuyến cáo cho tất cả các BN mới khởi phát hoặc suy tim dai dẳng/Sốc sau tiêm sợi huyết	I	A
Chụp ĐMV và PCI động mạch thủ phạm, nếu có chỉ định, được khuyến cáo bắt đầu trong khoảng 02h đến 24h sau tiêm sợi huyết thành công	I	A
Chiến lược xâm lấn ở BN HCVC không ST chênh lên		
Chiến lược xâm lấn trong BV được khuyến cáo ở tất cả bệnh nhân HCVC không ST chênh nguy cơ cao hoặc nghi ngờ cao đau ngực không ổn định .	I	A
Tiếp cận xâm lấn có chọn lọc được khuyến cáo ở tất cả BN HCVC không ST chênh không có nguy cơ rất cao hoặc cao và chỉ số nghi ngờ thấp.	I	A

Khuyến cáo điều trị tái tưới máu và thời gian can thiệp (4)

Khuyến cáo

Mức BC

Điều trị can thiệp ở BN HCVC không ST chênh lên (tiếp)

Điều trị can thiệp ngay lập tức được khuyến cáo ở BN chẩn đoán HCVC không ST chênh lên và ít nhất một trong các tiêu chuẩn nguy cơ rất cao sau:

- Huyết động không ổn định hoặc shock tim
- Đau ngực kháng trị hoặc tái phát dù đã điều trị nội khoa
- Rối loạn nhịp đe dọa tính mạng tại bệnh viện
- Biến chứng cơ học của NMCT
- Suy tim cấp do thiếu máu cơ tim tiến triển
- Biến đổi động học đoạn ST và sóng T tái diễn, đặc biệt đoạn ST chênh lên từng lúc

I C

Khuyến cáo điều trị tái tươi máu và thời gian can thiệp (5)

Khuyến cáo	Mức	BC
Điều trị can thiệp ở BN HCVC không ST chênh lên (tiếp)		
Chiến lược can thiệp sớm trong vòng 24 giờ nên được xem xét ở bệnh nhân có ít nhất một trong các tiêu chuẩn nguy cơ cao sau:	IIa	A
<ul style="list-style-type: none"> Chẩn đoán xác định NSTEMI dựa trên lược đồ ESC hs-cTn hiện hành Biến đổi động học đoạn ST và sóng T Đoạn ST chênh lên thoáng qua Điểm GRACE > 140 điểm 		

Liều thuốc chống kết tập tiểu cầu và chống đông ở bệnh nhân hội chứng vành cống (1)

Antiplatelet drugs

Aspirin Liều nạp 150-300mg uống hoặc 75-250 mg đường tiêm nếu đường uống không khả dụng. Duy trì 75-100mg/ngày; Không cần điều chỉnh liều ở BN bệnh thận mạn

ỨC chế thụ thể P2Y12 (Uống hoặc tiêm)

Clopidogrel Liều nạp 300-600mg đường uống, duy trì 75mg/ngày
Không cần điều chỉnh liều ở BN bệnh thận mạn.
Điều trị tiêu sợi huyết: Tại thời điểm tiêu sợi huyết, liều ban đầu 300mg (75mg với BN già > 75 tuổi)

Prasugrel Liều nạp 60 mg đường uống, duy trì 10mg/ngày, với BN<60kg, điều chỉnh liều 5mg/ngày được khuyến cáo. BN > 75 tuổi, Prasugrel nên được sử dụng cẩn trọng, nhưng liều duy trì 5mg/ngày. Không có điều chỉnh liều ở BN bệnh thận mạn. Đột quỵ trước đó là một chống chỉ định với Prasugrel

©ESC

Liều thuốc chống kết tập tiểu cầu và chống đông ở bệnh nhân hội chứng vành cống (2)

Thuốc chống kết tập tiểu cầu

ỨC chế thụ thể P2Y12 (Uống hoặc tiêm) (tiếp)

Ticagrelor	Liều nạp 180 mg uống, duy trì 90mg x02 lần/ngày. Không cần điều chỉnh liều ở BN bệnh thận mạn
Cangrelor	Tiêm TM bolus 30mcg/kg, tiếp theo 4mcg/kg/phút truyền trong ít nhất 02h hoặc trong thời gian thực hiện thủ thuật. Trong thời gian chuyển từ Cangrelor sang một thienopyridine, Thienopyridine nên được chỉ định ngay lập tức sau khi ngừng Cangrelor với một liều nạp (Clopidogrel 600mg hoặc Prasugrel 60mg); để phòng tránh nguy cơ tương tác thuốc; prasugrel nên được dùng 30 phút trước khi ngừng Cangrelor. Ticagrelor (liều nạp 180mg) nên được dùng tại thời điểm PCI để giảm thiểu khoảng trống hiệu lực kháng tiểu cầu trong giai đoạn chuyển tiếp

Liều thuốc chống kết tập tiểu cầu và chống đông ở bệnh nhân hội chứng vành cống (3)

Thuốc chống kết tập tiểu cầu

Ức chế thụ thể GP IIb/IIIa (tiêm TM)

Tiêm tĩnh mạch 2 liều bolus 180 mcg/kg (trong 10 phút) sau đó truyền 2 mcg/kg/phút lên đến 18h.

Eptifibatide VỚI MLCT 30-50ml/phút: liều nạp 180 mcg/kg tiêm bolus (tối đa 22.6 mg); Duy trì đường truyền 1 mcg/kg/phút (tối đa 7.5 mg/giờ). Liều nạp thứ hai (sau PCI) 180 mcg/kg bolus (tối đa 22.6 mg) nên được dùng 10 phút sau liều bolus đầu tiên. Chống chỉ định ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối với tiền sử xuất huyết nội sọ, đột quỵ nhồi máu não trong vòng 30 ngày, điều trị tiêu sợi huyết, hoặc $\text{TC} < 100\ 000/\text{mm}^3$.

Tirofiban Tiêm bolus 25 mcg/kg trong vòng 03 phút, sau đó truyền 0.15mcg/kg/phút lên đến 18h. VỚI MLCT<60 ml/phút; liều nạp 25 mcg/kg tiêm TM trong khoảng 05 phút; duy trì đường truyền 0.075 mcg/kg/phút lên tới 18h
Chống chỉ định ở BN tiền sử xuất huyết nội sọ, đột quỵ nhồi máu não trong 30 ngày, điều trị tiêu sợi huyết hoặc $\text{TC} < 100\ 000/\text{mm}^3$

3.

©ESC

Liều thuốc chống kết tập tiểu cầu và chống đông ở bệnh nhân hội chứng vành cống (4)



Thuốc chống đông

Heparin TLPT thấp	Điều trị ban đầu: bolus 70-100 U/kg sau đó truyền TM với điều chỉnh aPTT trong khoảng 60-80s Trong PCI: bolus 70-100 U/kg hoặc dựa vào thời gian đông máu hoạt hóa ACT) trong trường hợp điều trị với heparin <u>không</u> phân đoạn trước đó
Enoxaparin	Điều ban đầu: 1mg/kg x 02 lần/ngày TDD trong ít nhất 2 ngày và điều trị tới khi lâm sàng ổn định Với BN độ thanh thải creatinine dưới 30 ml/phút (theo phương trình Cockcroft-Gault), liều enoxaparin giảm còn 1mg/kg x 01 lần/ngày Trong PCI: liều enoxaparin cuối dùng trước khi nong bóng 8 giờ, không cần thêm liều bổ sung. Nếu liều tiêm dưới da sau 8 giờ trước khi nong bóng: tiêm tĩnh mạch bolus 0.3mg/kg enoxaparin nên được sử dụng.

Liều thuốc chống kết tập tiểu cầu và chống đông ở bệnh nhân hội chứng vành cống (5)

Thuốc chống đông (Tiếp)

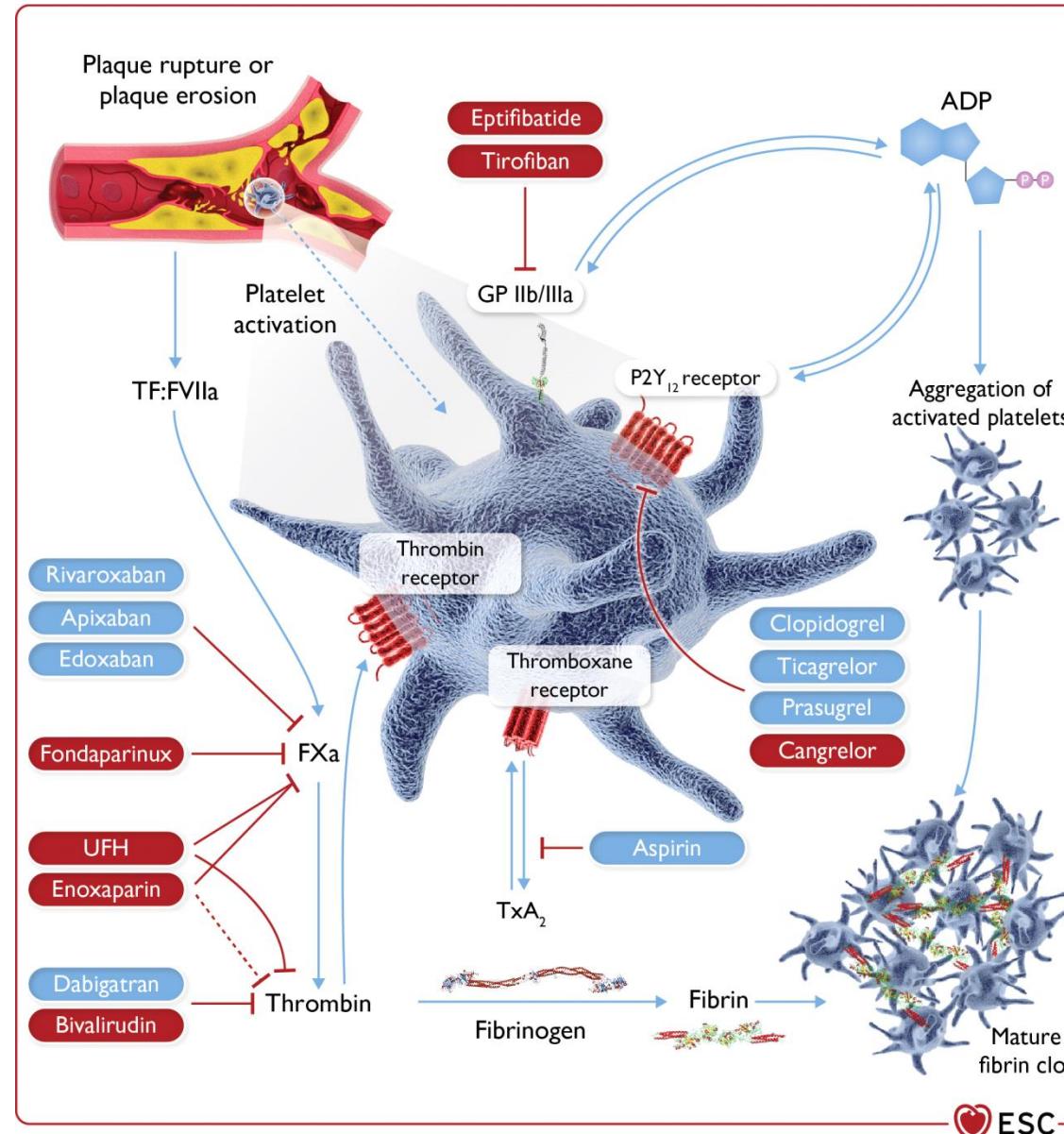
Bivalirudin	Trong PCI thì đầu: Tiêm TM bolus 0.75mg/kg sau đó truyền tĩnh mạch 1.75mg/kg/giờ trong 4 giờ sau thủ thuật Với BN eGFR < 30 ml/phút (theo công thức Cockcroft-Gault), duy trì truyền TM nên giảm xuống 1mg/kg/giờ
Fondaparinux	Điều trị ban đầu: 2.5mg/ngày TDD Trong PCI: bolus liều duy nhất heparin không phân đoạn được khuyến cáo MLCT <20ml/phút: không khuyến cáo

Hình 9

Điều trị cholesteryl huyết khối

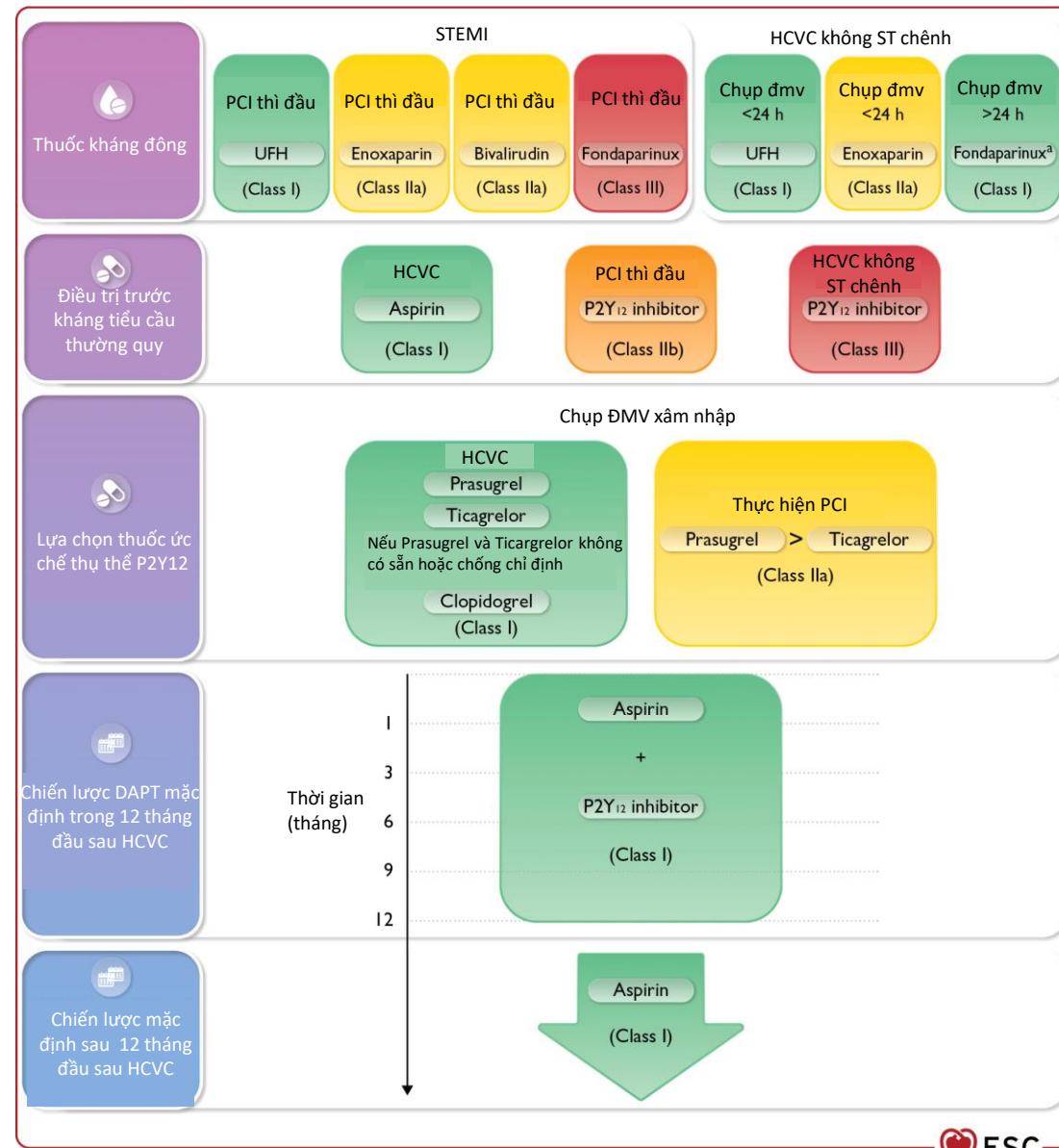
ở BN HCVC: Đích tác

dụng của thuốc



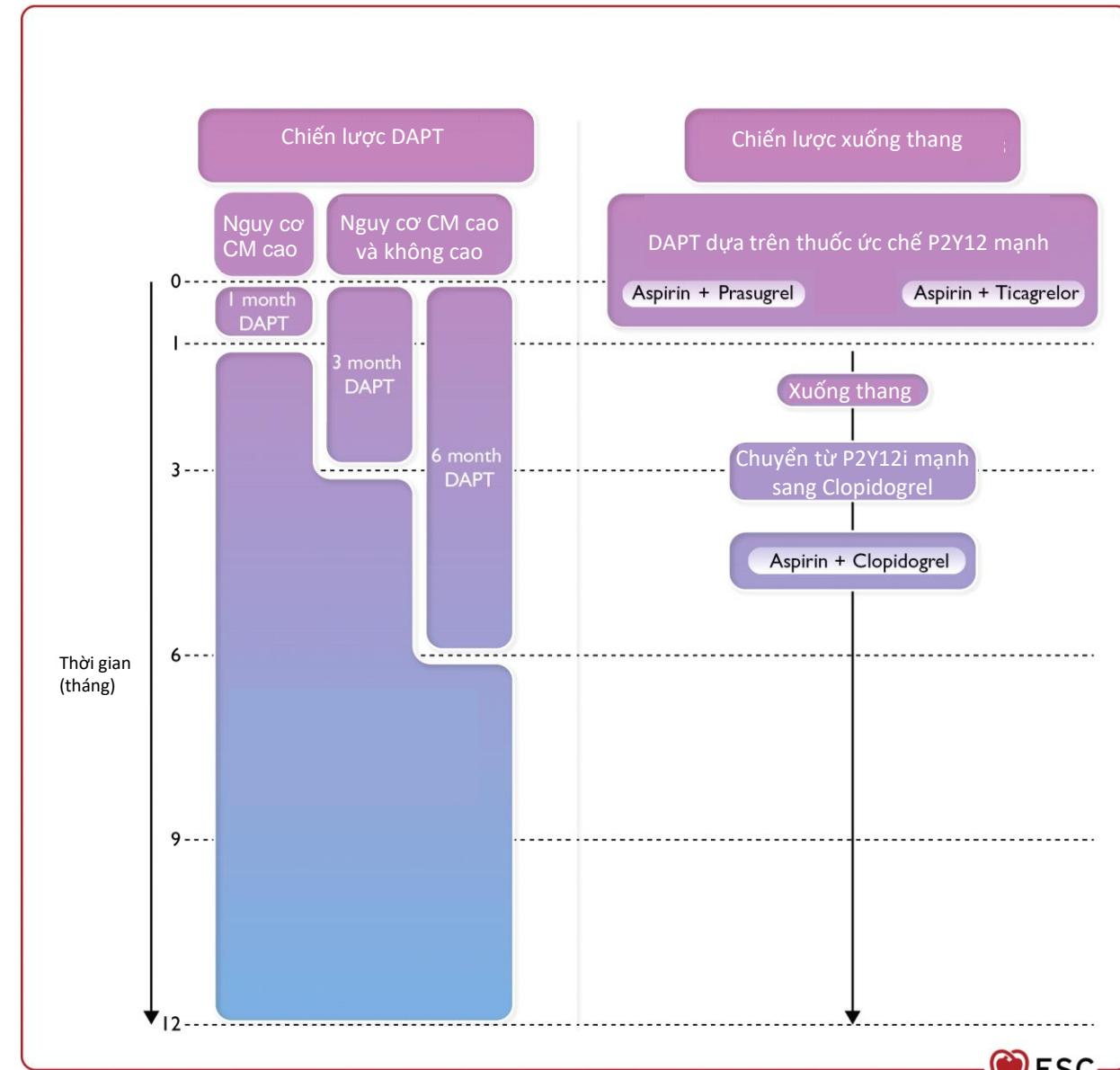
Hình 10

**Khuyến cáo về liều của
liệu pháp chống huyết
khối mặc định ở BN HCVC
không có chỉ định dùng
thuốc chống đông đường
uống**



Hình 11

Chiến lược kháng tiểu cầu thay thế để giảm nguy cơ chảy máu trong 12 tháng đầu sau HCVC



Khuyến cáo về điều trị chống đông và chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (1)

Khuyến cáo	Mức	BC
Chống kết tập tiểu cầu		
Aspirin được khuyến cáo ở mọi BN không có chống chỉ định, liều nạp ban đầu đường uống là 150-300mg (hoặc 75-250 mg đường tiêm) và duy trì 75-100mg uống ngày 01 lần dài hạn	I	A
Ở tất cả các BN HCVC, thuốc ức chế P2Y12 được khuyến cáo kết hợp với Aspirin , uống liều nạp ban đầu và duy trì sau đó trong 12 tháng trừ TH nguy cơ chảy máu cao	I	A
Thuốc ức chế bơm proton (PPI) phối hợp với DAPT được khuyến cáo ở BN có nguy cơ cao chảy máu tiêu hoá	I	A
Prasugrel được khuyến cáo cho BN chưa từng dùng P2Y12i chuẩn bị PCI (Liều nạp 60mg, duy trì 10mg/ngày x01 lần, 5mg/ngày x 01 lần với BN > 75 tuổi hoặc cân nặng < 60 kg)	I	B
Ticagrelor được khuyến cáo không cần quan tâm kế hoạch điều trị nào (can thiệp hay bảo tồn), (Liều nạp 180mg, duy trì 90mg x02 lần/ngày)	I	B

©ESC

Khuyến cáo về điều trị chống đông và chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (2)

Khuyến cáo	Mức	BC
Chống kết tập tiểu cầu (tiếp)		
Clopidogrel (Liều nạp 300-600mg, duy trì 75mg uống 01 lần/ngày) được khuyến cáo khi prasugrel hoặc ticagrelor không sẵn có, hoặc không dung nạp, hoặc chống chỉ định	I	C
Nếu BN HCVC dùng DAPT để bắt đầu CABG, khuyến cáo dùng DAPT sau phẫu thuật ít nhất 12 tháng	I	C
Prasugrel nên được cân nhắc hơn Ticagrelor ở BN HCVC thực hiện PCI	IIa	B
Đối kháng thụ thể GP IIb/IIIa nên được cân nhắc nếu không có bằng chứng của mất dòng chảy hoặc biến chứng huyết khối trong thời gian PCI	IIa	C
BN chưa từng dùng P2Y12i, chuẩn bị PCI, Cangrelor có thể được cân nhắc	IIIb	A
Ở BN HCVC cao tuổi, đặc biệt nếu nguy cơ chảy máu cao, Clopidogrel là thuốc P2Y12i có thể được cân nhắc	IIIb	B

Khuyến cáo về điều trị chống đông và kháng kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (3)

Khuyến cáo	Mức	BC
<i>Kháng kết tập tiểu cầu (tiếp)</i>		
Dùng P2Y12i trước can thiệp có thể được cân nhắc ở BN thực hiện PCI thì đầu	IIb	B
Dùng P2Y12i trước can thiệp có thể được xem xét ở BN HCVC không ST mà không có dự định can thiệp sớm (<24h) và không có nguy cơ chảy máu cao	IIb	C
Điều trị trước can thiệp với thuốc đối kháng GP IIb/IIIa không được khuyến cáo	III	A
Dùng trước P2Y12i một cách thường quy ở BN HCVC không ST chênh mà không rõ giải phẫu mạch vành và can thiệp mạch vành sớm (<24h) không được khuyến cáo	III	A

Khuyến cáo về điều trị chống đông và chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (4)

Khuyến cáo	Mức	BC
Điều trị chống đông		
Kháng đông không phải đường uống được khuyến cáo ở tất cả BN HCVC tại thời điểm chẩn đoán	I	A
Sử dụng Heparin không phân đoạn thường quy (điều chỉnh theo cân nặng: Tiêm TM bolus trong PCI liều 70-100 IU/kg) được khuyến cáo ở BN thực hiện PCI	I	C
Tiêm TM Enoxaparin tại thời điểm PCI nên được xem xét ở BN đã điều trị trước đó bằng Enoxaparin TDD	IIa	B
Dừng chống đông đường tiêm lập tức nên được xem xét sau thủ thuật xâm lấn	IIa	C

Khuyến cáo về điều trị chống đông và chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (5)

Khuyến cáo	Mức	BC
BN STEMI		
Enoxaparin nên được xem xét thay Heparin không phân đoạn ở BN STEMI thực hiện PCI thì đầu	IIa	A
Bivalirudin với liều đầy đủ truyền sau PCI nên được xem xét thay thế Heparin không phân đoạn ở bệnh nhân STEMI thực hiện PCI thì đầu	IIa	A
Fondaparinux không khuyến cáo ở BN STEMI thực hiện PCI thì đầu	III	B
BN HCVC không ST chênh		
Với BN HCVC không ST chênh, không dự định chụp mạch vành sớm (trong 24h), Fondaparinux được khuyến cáo	I	B
Với BN HCVC không ST chênh, không dự định chụp MV can thiệp sớm (trong 24h), enoxaparin nên được khuyến cáo khi sử dụng heparin không phân đoạn	IIa	B

Khuyến cáo về điều trị chống đông và chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (6)

Khuyến cáo	Mức	BC
Phối hợp thuốc chống kết tập tiểu cầu và chống đông đường uống (OAC)		
Chiến lược mặc định đối với BN rung nhĩ, CHADSVAS ≥ 1 điểm ở nam và ≥ 2 điểm ở nữ, sau 1 tuần dùng phối hợp 3 thuốc chống huyết khối sau HCVC, liệu pháp 2 thuốc gồm NOAC liều phòng ngừa đột quỵ kết hợp 1 thuốc chống kết tập tiểu cầu (tốt nhất là Clopidogrel) tới 12 tháng được khuyến cáo.	I	A
Trong khi PCI, liều bolus Heparin không phân đoạn được khuyến cáo trong các TH sau: - Nếu bệnh nhân đang sử dụng NOAC - Nếu Bệnh nhân dùng kháng Vitamin K mà INR < 2.5	I	C
BN có chỉ định kháng đông đường uống là kháng vitamin K phối hợp với Aspirin và/hoặc Clopidogrel, cần thận điều chỉnh liều kháng vitamin K với mục tiêu INR khoảng 2.0 đến 2.5 và thời gian đạt khoảng điều trị $> 70\%$ nên được cân nhắc.	IIa	B

Khuyến cáo về điều trị chống đông và chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (7)

Khuyến cáo	Mức	BC
Phối hợp thuốc chống kết tập tiểu cầu và chống đông đường uống (OAC) (tiếp)		
Khi sử dụng Rivaroxaban và lo ngại về nguy cơ chảy máu cao hơn là nguy cơ tắc mạch, Rivaroxaban 15mg uống 01 lần/ngày nên được cân nhắc hơn là Rivaroxaban 20mg uống 01 lần/ngày, trong thời gian dùng đồng thời với DAPT hoặc SAPT	IIa	B
Ở BN nguy cơ chảy máu cao, Dabigatran 110mg uống 02 lần/ngày nên được cân nhắc hơn là Dabigatran 150mg x02 lần/ngày trong thời gian dùng đồng thời với SAPT hoặc DAPT để giảm thiểu nguy cơ chảy máu	IIa	B
Ở BN cần sử dụng chống đông và điều trị nội khoa, dùng 01 thuốc kháng kết tập tiểu cầu kết hợp với 01 kháng đông đường uống nên được cân nhắc cho tới 1 năm	IIa	B
Ở BN điều trị bằng kháng đông đường uống, aspirin kết hợp Clopidogrel kéo dài hơn 1 tuần lên đến 1 tháng nên được xem xét ở những người có nguy cơ tắc mạch cao hoặc đặc điểm giải phẫu/thủ thuật khác được đánh giá là lớn hơn nguy cơ chảy máu	IIa	C

Khuyến cáo về điều trị chống đông và chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (8)

Khuyến cáo	Mức	BC
Phối hợp thuốc chống kết tập tiểu cầu và chống đông đường uống (OAC) (tiếp)		
Ở BN cần sử dụng OAC, dừng kháng kết tập tiểu cầu vào tháng thứ 6 và tiếp tục sử dụng OAC có thể được xem xét	IIb	B
Sử dụng Ticagrelor hoặc Prasugrel trong liệu pháp 3 thuốc chống huyết khối không được khuyến cáo	III	C

Khuyến cáo về chiến lược điều trị chống huyết khối (1)

Khuyến cáo	Mức	BC
Chiến lược Rút ngắn/Giảm nguy cơ điều trị chống huyết khối		
BN không có biến cố sau 3-6 tháng sử dụng DAPT và không có nguy cơ tắc mạch cao, SAPT (Tốt nhất là P2Y12i) nên được xem xét	IIa	A
Chiến lược xuống thang P2Y12i (chuyển từ Prasugrel/Ticagrelor sang Clopidogrel) có thể được xem xét như là liệu pháp DAPT thay thế để giảm nguy cơ chảy máu	IIIb	A
Ở BN nguy cơ chảy máu cao, Aspirin hoặc P2Y12i đơn trị liệu sau 1 tháng điều trị DAPT có thể được xem xét	IIIb	B
Liệu pháp xuống thang kháng kết tập tiểu cầu trong 30 ngày đầu của HCVC không được khuyến cáo	III	B

Khuyến cáo về chiến lược điều trị chống huyết khối (2)



Khuyến cáo	Mức	BC
Kéo dài liệu pháp điều trị chống huyết khối		
Dừng kháng kết tập tiểu cầu sau 12 tháng ở BN dùng OAC được khuyến cáo	I	B
Thêm thuốc chống huyết khối thứ hai kết hợp với aspirin để kéo dài thời gian dự phòng thứ phát nên được cân nhắc ở BN có nguy cơ tắc mạch cao và không có nguy cơ chảy máu cao	IIa	A
Thêm thuốc chống huyết khối thứ hai kết hợp với aspirin để kéo dài thời gian dự phòng thứ phát có thể được cân nhắc ở BN có nguy cơ tắc mạch trung bình và không có nguy cơ chảy máu cao	IIIb	A
Thuốc P2Y12i đơn trị liệu có thể được cân nhắc để thay thế điều trị Aspirin đơn trị liệu trong điều trị lâu dài -	IIIb	A

Gợi ý chiến lược điều trị giảm nguy cơ chảy máu ở BN can thiệp mạch vành qua da (1)



Chiến lược

- Liều thuốc chống đông được điều chỉnh theo cân nặng và chức năng thận, đặc biệt ở phụ nữ và người cao tuổi
- Tiếp cận đường ĐM quay được chọn là tiếp cận mặc định
- Dùng PPIs ở BN đang sử dụng DAPT có nguy cơ xuất huyết tiêu hoá cao hơn mức trung bình (tiền sử : Loét/chảy máu tiêu hóa, đang dùng chống đông, sử dụng thuốc NSAIDs/corticoid kéo dài) và 2 trong số các yếu tố:
 - Tuổi ≥ 65
 - Khó tiêu
 - Bệnh trào ngược dạ dày thực quản
 - Nhiễm H.pylori
 - Sử dụng rượu thường xuyên

©ESC

Gợi ý chiến lược điều trị giảm nguy cơ chảy máu ở BN can thiệp mạch vành qua da (2)



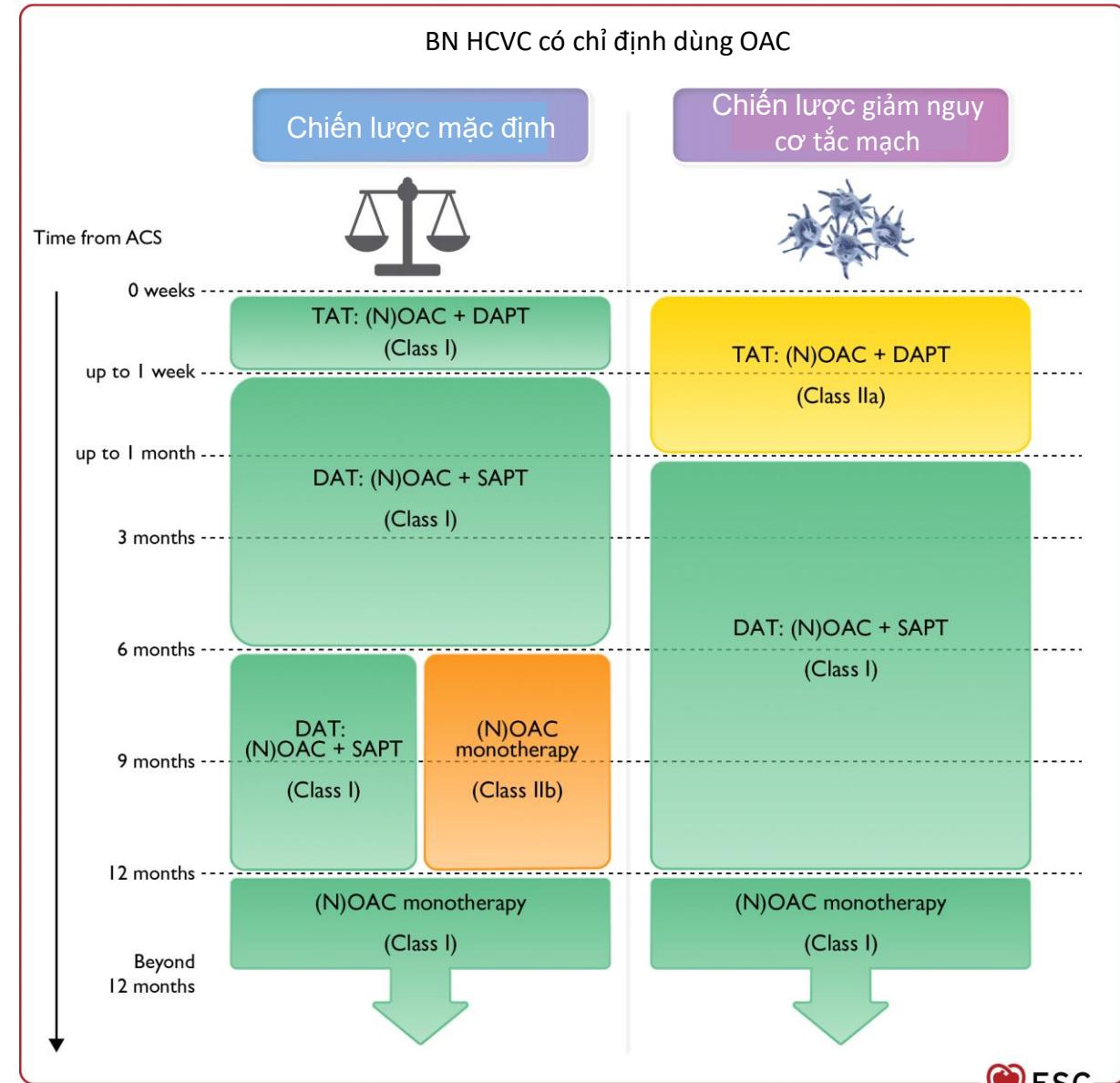
Chiến lược (tiếp)

- Ở BN sử dụng OAC:
 - a. Thực hiện PCI không cần ngưng VKAs hoặc NOACs
 - b. BN sử dụng VKAs, không cần tiêm Heprarin không phân đoạn (UFH) nếu INR > 2.5
 - c. BN sử dụng NOACs, bất kể thời gian sử dụng thuốc trước đó, thêm 1 liều thấp chống đông (Enoxaparin 0.5mg/kg tiêm TM hoặc UFH 60 IU/kg)
- Aspirin được chỉ định nhưng tránh sử dụng trước P2Y12i
- Thuốc ức chế thụ thể GP IIb/IIIa chỉ sử dụng để cứu vãn hoặc biến chứng quanh thủ thuật

©ESC

Hình 12

Chế độ liều thuốc chống huyết khối ở BN HCVC và có chỉ định sử dụng chống đông đường uống (OAC)



Khuyến cáo về liệu pháp tiêu sợi huyết (1)

Khuyến cáo	Mức	BC
Liệu pháp tiêu sợi huyết		
Khi tiêu sợi huyết là chiến lược tái tưới máu, khuyên cáo bắt đầu càng sớm càng tốt sau khi chẩn đoán ngoài bệnh viện (mục tiêu <10 phút để tiêm được tiêu sợi huyết)	I	A
Các thuốc tiêu sợi huyết đặc hiệu được khuyến cáo (tenecteplase, alteplase, reteplase)	I	B
Nửa liều tenecteplase nên được xem xét ở BN >75 tuổi)	IIa	B
Liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kết hợp với tiêu sợi huyết		
Aspirin và clopidogrel được khuyến cáo.	I	A

Khuyến cáo điều trị tiêu sợi huyết (2)



Khuyến cáo	Mức	BC
Chống đông kết hợp với điều trị tiêu sợi huyết		
Kháng đông được khuyến cáo cùng với tiêu sợi huyết cho tới khi tái tươi máu (nếu nếu được thực hiện) hoặc trong thời gian nằm viện (tối đa 08 ngày)	I	A
Enoxaparin tiêm TM sau đó TDD được khuyến cáo như là kháng đông ưu tiên	I	A
Khi Enoxaparin không có sẵn, Heparin không phân đoạn được khuyến cáo, tiêm TM điều chỉnh theo cân nặng, sau đó truyền TM	I	B
BN điều trị bằng Streptokinase, Tiêm TM fondaparinux, tiếp theo là tiêm 1 liều DD sau 24h nên được xem xét	IIa	B

Khuyến cáo cho ngừng tim và ngừng tim ngoài bệnh viện (1)



Khuyến cáo	Mức	BC
Ngưng tim và Ngừng tim ngoài bệnh viện (OHCA)		
PCI thì đầu tiên được khuyến cáo ở BN hồi sinh sau ngừng tim và điện tim có đoạn ST chênh lên dai dẳng (hoặc tương đương)	I	B
Chụp MV ngay một cách thường quy sau hồi sinh ngừng tim không được khuyến cáo ở BN huyết động ổn định không có ST chênh lên dai dẳng (hoặc tương đương)	III	A
Temperature control		
Kiểm soát nhiệt độ (theo dõi liên tục nhiệt độ trung tâm và chủ động phòng ngừa sốt (>37.7 độ C)) được khuyến cáo sau ngừng tim ngoại viện hoặc trong bệnh viện ở người lớn mà vẫn không có đáp ứng sau khi hồi sinh tuần hoàn tự nhiên.	I	B

Khuyến cáo cho ngừng tim và ngừng tim ngoài bệnh viện (2)



Khuyến cáo	Mức	BC
Hệ thống chăm sóc		
Khuyến cáo các TT chăm sóc sức khoẻ đưa ra kế hoạch: Tất cả các BN nghi ngờ HCVC sau hồi sinh ngừng tim phải chuyển tới BV có thể làm PCI tiên phát 24/7 bằng công cụ vận chuyển chuyên dụng	I	C
Vận chuyển các BN ngừng tim ngoài BV tới trung tâm cấp cứu bằng dụng cụ chuyên dụng nên được cân nhắc	IIa	C
Đánh giá tiên lượng thần kinh		
Đánh giá tiên lượng thần kinh (không sớm hơn 72h sau khi nhập viện) được khuyến cáo ở tất cả các TH sống sót sau ngừng tim	I	C

Khuyến cáo cho shock tim



Khuyến cáo	Mức	BC
Chụp MV ngay lập tức và can thiệp động mạch thủ phạm (nếu có chỉ định) được khuyến cáo ở BN HCVC có biến chứng sốc tim	I	B
CABG cấp cứu được khuyến cáo ở các BN HCVC có shock tim nếu PCI động mạch thủ phạm không khả thi hoặc không thành công	I	B
Trong TH huyết động không ổn định, phẫu thuật cấp cứu/Can thiệp giải quyết các biến chứng cơ học được khuyến cáo, dựa trên thảo luận Heart team	I	C
Thuốc tiêm sợi huyết nên được xem xét ở BN STEMI biểu hiện Shock tim nếu chiến lược PCI thì đầu không khả thi trong 120 phút từ khi chẩn đoán STEMI và loại trừ biến chứng cơ học	IIa	C
BN HCVC và shock tim nặng/kháng trị, hỗ trợ tuần hoàn cơ học ngắn hạn có thể được cân nhắc sử dụng	IIIb	C
Sử dụng thường quy bơm bóng nội ĐMC (IABP) ở BN HCVC có shock tim và không có biến chứng cơ học không được khuyến cáo	III	B

©ESC

Khuyến cáo cho điều trị trong bệnh viện (1)



Khuyến cáo	Mức	BC
Vẫn đề vận chuyển trong bệnh viện		
Khuyến cáo tất cả các bệnh viện tham gia vào quá trình chăm sóc BN nguy cơ cao phải có hồi sức tích cực/hồi sức tim để đảm bảo tất cả các yêu cầu về mặt chăm sóc, bao gồm điều trị thiếu máu cục bộ, suy tim nặng, rối loạn nhịp, và các bệnh đồng mắc	I	C
Khuyến cáo các BN nguy cơ cao (bao gồm STEMI và HCVC không ST chênh nguy cơ rất cao) phải theo dõi điện tim trong ít nhất 24h	I	C
Khuyến cáo tất cả các BN nguy cơ cao tái tưới máu thành công và diễn biến lâm sàng không có biến chứng (bao gồm STEMI và HCVC không ST chênh nguy cơ rất cao) được giữ ở trung tâm hồi sức tích cực/hồi sức tim trong ít nhất 24h nếu có thể, sau đó chuyển xuống theo dõi tại giường ở mức thấp hơn trong vòng 24-48 giờ	I	C
Nên xem xét cho xuất viện có chọn lọc một số BN nguy cơ cao trong vòng 48-72 giờ nếu phục hồi chức năng sớm và theo dõi đầy đủ	IIa	A

©ESC

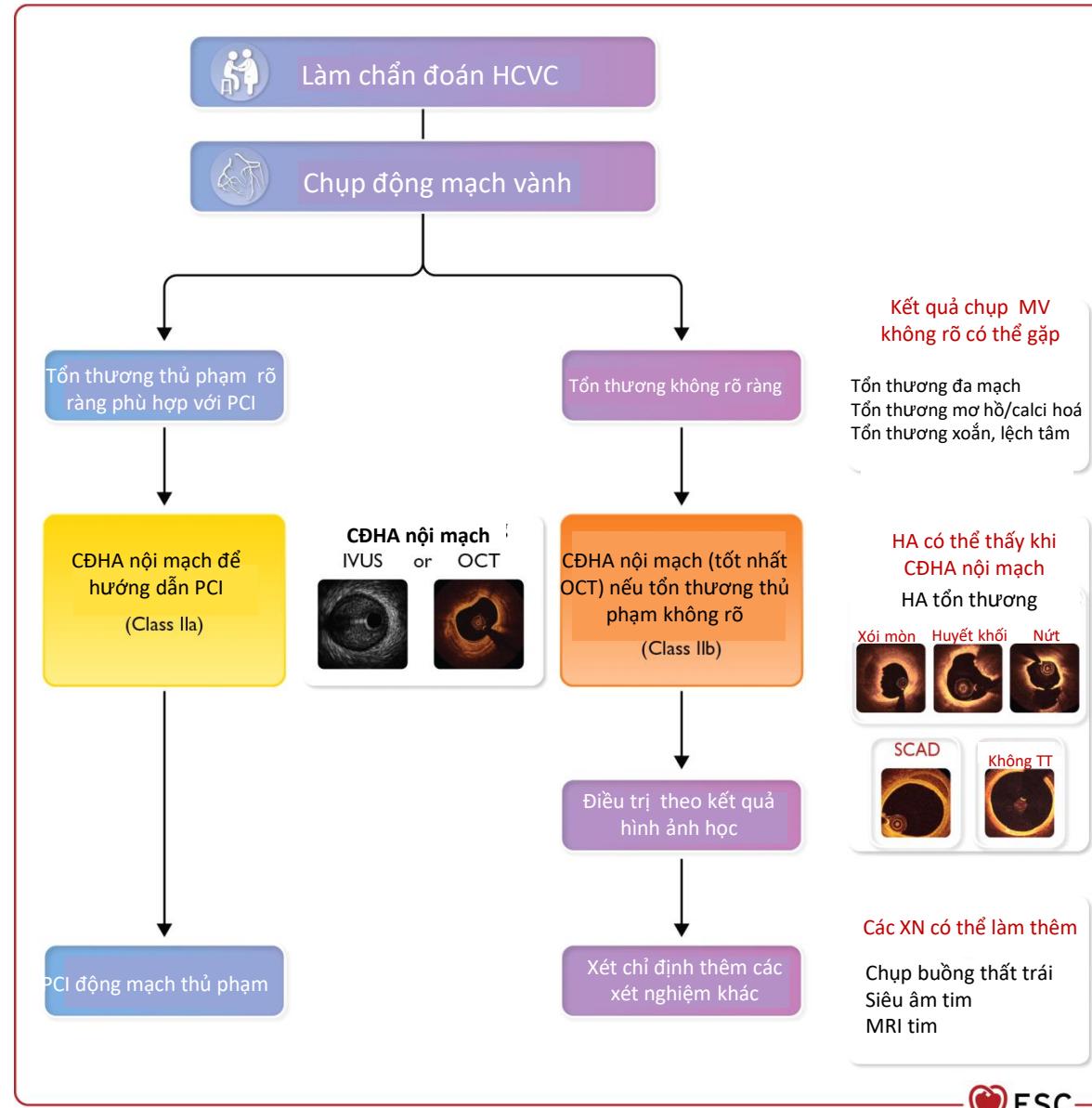
Khuyến cáo cho điều trị trong bệnh viện (2)



Khuyến cáo	Mức	BC
Vẫn đề luân chuyển trong bệnh viện (tiếp)		
Chuyển BN trong ngày một cách có chọn lọc ở các BN ổn định sau PCI thành công và không biến chứng nên được xem xét	IIa	C
Hình ảnh		
SAT thường quy được khuyến cáo trong viện để đánh giá chức năng vận động vùng và chức năng toàn bộ thất trái, phát hiện biến chứng cơ học và loại trừ huyết khối thất trái	I	C
Khi siêu âm tim không rõ hoặc không thể kết luận, MRI tim có thể được cân nhắc	IIb	C

Hình 13

A practical algorithm



Khuyến cáo về khía cạnh kĩ thuật liệu pháp xâm lấn (1)



Khuyến cáo	Mức	BC
Tiếp cận đường ĐM quay được khuyến cáo như là tiếp cận tiêu chuẩn, trừ khi có các cân nhắc quan trọng hơn về mặt thủ thuật	I	A
Khuyến cáo can thiệp đặt stent động mạch thủ phạm trong thời điểm thực hiện thủ thuật PCI thì đầu	I	A
Stent phủ thuốc được khuyến cáo hơn stent trần trong mọi trường hợp	I	A
BN có bóc tách ĐMV tự phát (SCAD), PCI chỉ được khuyến cáo ở những BN có triệu chứng và dấu hiệu thiếu máu cơ tim tiến triển, vùng thiếu máu cơ tim rộng nguy hiểm và giảm dòng chảy theo chiều xuôi	I	C
CĐHA nội mạch được xem xét để hướng dẫn PCI	IIa	A
Bắc cầu nối chủ vành (CABG) nên được xem xét ở BN tắc nghẽn động mạch thủ phạm khi PCI thì đầu không khả thi hoặc không thành công và tổn thương nặng một vùng của cơ tim rộng	IIa	C

©ESC

Khuyến cáo khía cạnh kĩ thuật của điều trị can thiệp (2)



Khuyến cáo (Tiếp)

CĐHA nội mạch (Tốt nhất là OCT) có thể được cân nhắc ở BN có tổn thương thủ phạm không rõ ràng

Mức	BC
IIb	C
III	A

Hút huyết khối thường quy không được khuyến cáo

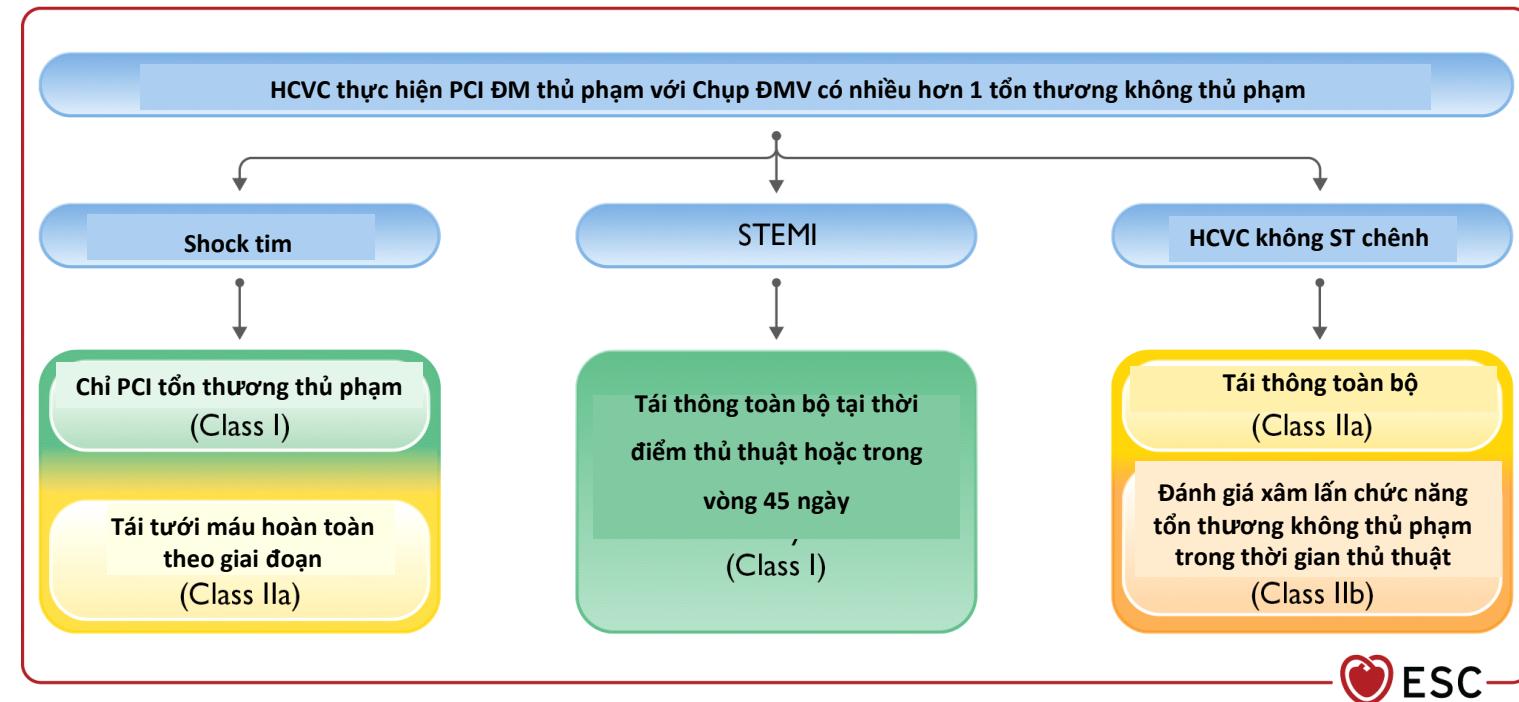
Hình 14



Lược đồ kiểm soát

BN HCVC với bệnh lý

đa mạch



©ESC

Khuyến cáo ở BN với bệnh lý đa mạch vành (1)



Khuyến cáo	Mức	BC
Khuyến cáo chiến lược tái tưới máu (can thiệp tổn thương thủ phạm, can thiệp/PT bắc cầu tổn thương đa mạch) dựa vào tình trạng bệnh nhân và bệnh kèo theo, cũng như mức độ phức tạp của bệnh, theo các nguyên tắc điều trị của tái tưới máu	I	B
Bệnh lý đa mạch ở BN HCVC biểu hiện shock tim		
Chỉ PCI tổn thương (TT) thủ phạm tại thời điểm thủ thuật	I	B
PCI tổn thương không phải thủ phạm theo giai đoạn nên được cân nhắc	IIa	C

Khuyến cáo quản lý BN với bệnh lý đa thân mạch vành (2)

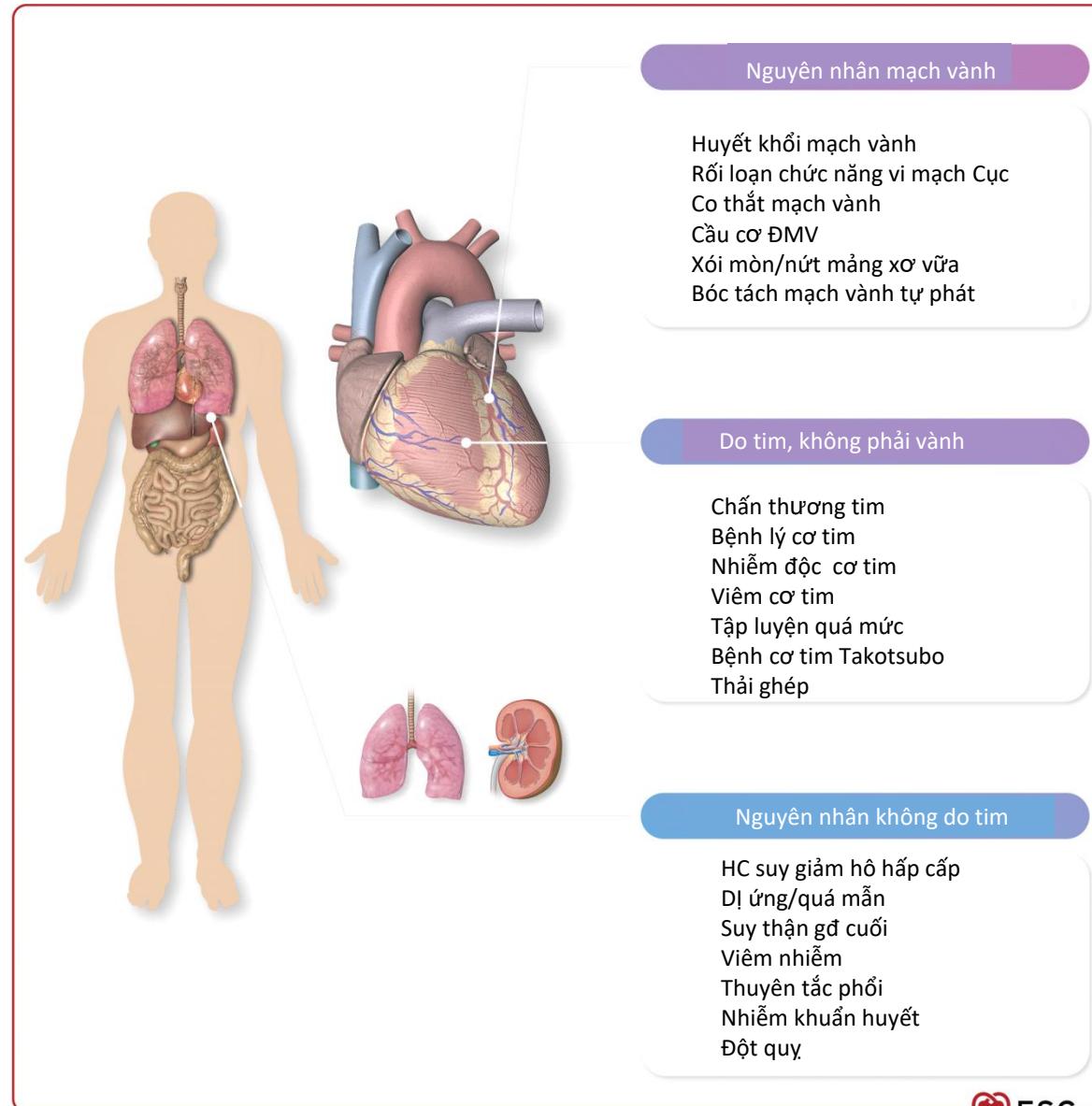


Khuyến cáo	Mức	BC
Bệnh đa thân mạch vành ở BN STEMI huyết động ổn định thực hiện PCI		
Tiến hành tái thông hoàn toàn các mạch được khuyến cáo trong cuộc can thiệp hoặc trong vòng 45 ngày	I	A
Khuyến cáo PCI TT không thủ phạm dựa vào mức độ nặng của TT trong chụp MV	I	B
Đánh giá chức năng xâm lấn ở đoạn TT không thủ phạm không được khuyến cáo trong thời điểm can thiệp	III	C
Bệnh đa thân mạch vành ở BN HCVC không ST chênh huyết động ổn định thực hiện PCI		
BC HCVC không ST chênh có bệnh đa thân mạch vành, tái thông toàn bộ nên được xem xét, tốt nhất là ngay trong thời điểm thực hiện thủ thuật	IIa	C
Đánh giá chức năng xâm lấn mức độ nặng của TT không thủ phạm trong thời điểm thực hiện can thiệp có thể được cân nhắc	IIb	B

©ESC

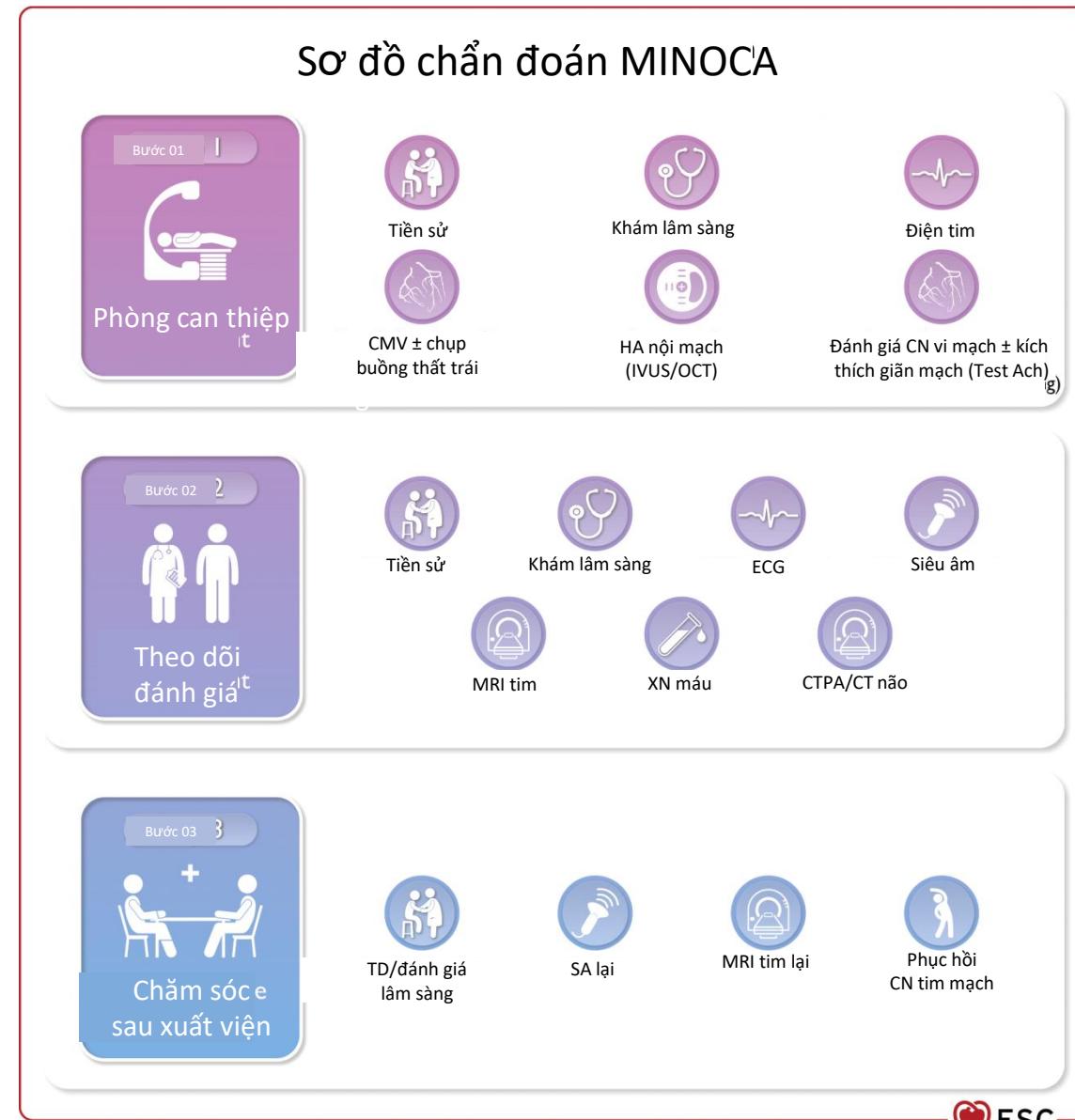
Hình 15

Các nguyên nhân cơ bản gây nhồi máu cơ tim không tắc nghẽn động mạch vành



Hình 16

Các bước đánh giá BN MINOCA



Khuyến cáo cho NMCT không có tắc mạch vành



Khuyến cáo	Mức	BC
BN chẩn đoán MINOCA, MRI tim được khuyến cáo sau khi chụp mạch vành xâm lấn nếu chẩn đoán cuối cùng chưa rõ ràng	I	B
Khuyến cáo quản lý MINOCA dựa vào chẩn đoán bệnh nền cuối cùng được xác lập, phù hợp với các hướng dẫn của các bệnh cụ thể	I	B
Tất cả các BN với chẩn đoán MINOCA, khuyến cáo chẩn đoán theo lược chẩn đoán để xác định chẩn đoán cơ bản cuối cùng	I	C

Khuyến cáo đối với biến chứng hội chứng vành cấp (1)



Khuyến cáo	Mức	BC
Suy tim Bơm bóng nội ĐMC (IABP) nên được xem xét ở BN huyết động không ổn định/shock tim do biến chứng cơ học liên quan đến HCVC	IIa	C
Huyết khối thất trái MRI tim nên được xem xét ở BN với hình ảnh siêu âm tim nghi ngờ huyết khối thất trái (HKTT) hoặc trong trường hợp nghi ngờ lâm sàng cao có HKTT	IIa	C
Điều trị bằng OAC (NOACs hoặc VKA) nên được cân nhắc kéo dài 3-6 tháng ở BN đã xác nhận có huyết khối thất trái	IIa	C
Sau NMCT cấp thành trước, siêu âm cản âm có thể được cân nhắc để phát hiện HKTT nếu mỏm tim không thấy rõ trên siêu âm	IIb	C

©ESC

Khuyến cáo đối với các biến chứng hội chứng vành cấp (2)



Khuyến cáo	Mức	BC
Rung nhĩ		
Thuốc chẹn Beta đường TM được khuyến cáo khi cần kiểm soát tần số tim nếu không có bằng chứng suy tim cấp hoặc tụt HA	I	C
Amidarone đường tĩnh mạch được khuyến cáo khi cần kiểm soát nhịp nếu có biểu hiện suy tim cấp hoặc hạ huyết áp	I	C
Shock điện chuyển nhịp cấp cứu được khuyến cáo ở BN HCVC huyết động không ổn định và không đáp ứng với kiểm soát tần số bằng các thuốc	I	C
Amidarone đường tĩnh mạch được khuyến cáo để tạo thuận cho chuyển nhịp và/hoặc giảm nguy cơ tái phát sớm rung nhĩ sau chuyển nhịp ở BN rung nhĩ không ổn định khởi phát gần đây	I	C

©ESC

Khuyến cáo đối với các biến chứng hội chứng vành cấp (3)



Khuyến cáo	Mức	BC
Rung nhĩ (tiếp) AF mới được ghi nhận trong giai đoạn cấp của HCVC, kháng đông đường uống dài hạn nên được xem xét tùy thuộc vào điểm CHA2DS2-VASc, sau khi tính điểm HAS-BLED và sự cần thiết điều trị kháng kết tập tiểu cầu được cân nhắc. NOACs là thuốc được ưu tiên	IIa	C
Rối loạn nhịp thất Cấy máy khử rung tim (ICD) được khuyến cáo làm giảm nguy cơ đột tử tim ở BN có triệu chứng suy tim (NYHA II-III) và LVEF ≤ 35% mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu > 3 tháng và ít nhất 06 tuần sau NMCT, và có tiên lượng sống ít nhất 01 năm với tình trạng chức năng sống tốt	I	A
Thuốc chẹn Beta và/hoặc Amiodarone đường TM được khuyến cáo cho BN với nhanh thất đa hình thái và/hoặc rung thất trừ khi có chống chỉ định	I	B

©ESC

Khuyến cáo đối với các biến chứng hội chứng vành cấp (4)



Khuyến cáo	Mức	BC
Rối loạn nhịp thất (tiếp)		
Tái tưới máu nhanh chóng và toàn bộ được khuyến cáo điều trị thiếu máu cơ tim cục bộ ở BN có nhanh thất và/hoặc rung thất tái phát	I	C
Tạo nhịp vượt tần số đường TM nên được xem xét nếu nhanh thất không thể kiểm soát được bằng shock điện chuyển nhịp nhiều lần	IIa	C
Triệt đốt bằng sóng RF qua catheter tại các trung tâm triệt đốt có kinh nghiệm sau cấy máy ICD nên được cân nhắc ở BN nhanh thất, rung thất tái phát hoặc bão điện học mặc dù đã tái thông hoàn toàn và điều trị nội khoa tối ưu,	IIa	C
Điều trị nhanh thất tái phát huyết động thỏa đáng (dù đã shock điện chuyển nhịp nhiều lần) bằng lidocaine có thể được cân nhắc nếu sử dụng chẹn Beta, amiodarone, kích thích vượt tần số không có tác dụng hoặc không áp dụng được.	IIIb	C
BN rối loạn nhịp thất đe dọa đến tính mạng, thuốc an thần hoặc gây mê toàn thân được dùng để giảm dẫn truyền giao cảm có thể được cân nhắc	IIIb	C

©ESC

Khuyến cáo đối với các biến chứng hội chứng vành cấp (5)



Khuyến cáo	Mức	BC
Rối loạn nhịp thất (tiếp) Cấy máy ICD hoặc tạm thời sử dụng máy khử rung tim đeo được có thể được cân nhắc dưới 40 ngày sau NMCT ở một số BN chọn lọc (chưa tái tưới máu toàn bộ, còn tồn tại RLCN thất trái, xuất hiện rối loạn nhịp > 48h sau khởi phát STEMI, nhanh thất đa hình thái hoặc rung thất)	IIIb	C
Không khuyến cáo điều trị RL nhịp thất không triệu chứng hoặc không liên quan đến huyết động bằng thuốc chống loạn nhịp	III	C
Rối loạn nhịp chậm Trong trường hợp nhịp chậm xoang và huyết động không dung nạp hoặc Block nhĩ thất cao độ mà không có nhịp thoát ổn định		
• Adrenaline, vasopressin, và/hoặc atropine được khuyến cáo	I	C
• Tạo nhịp tạm thời được khuyến cáo ở những TH không đáp ứng với atropine	I	C

©ESC

Khuyến cáo đối với các biến chứng hội chứng vành cấp (6)



Khuyến cáo	Mức	BC
Rối loạn nhịp chậm (tiếp)		
• Chụp mạch vành khẩn cấp nhằm mục đích tái tưới máu được khuyến cáo nếu BN chưa được điều trị tái tưới máu trước đó	I	C
Cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn được khuyến cáo ở BN Block nhĩ thất cao độ không giải quyết được trong thời gian chờ 05 ngày sau NMCT	I	C
BN NMCT thành trước với block nhĩ thất cao độ và suy tim cấp, cấy sớm máy CRT-D/CRT-P nên được xem xét	IIb	C
Tạo nhịp không được khuyến cáo nếu Block nhĩ thất cao độ được giải quyết sau khi tái tưới máu hoặc tự hồi phục	III	B

Khuyến cáo về HCVC và các bệnh kèm theo (1)



Khuyến cáo	Mức	BC
Bệnh thận mạn		
Sử dụng thuốc đổi quang độ thẩm thấu thấp hoặc đẳng trương (thể tích ít nhất có thể) được khuyến cáo cho chiến lược	I	A
Khuyến cáo đánh giá CN thận bằng sử dụng eGFR ở tất cả các BN HCVC	I	C
Khuyến cáo sử dụng chẩn đoán và chiến lược đTruyền nước iều trị tương tự ở BN bệnh thận mạn (có thể điều chỉnh liều nếu cần thiết) như BN có chức năng thận bình thường	I	C
Bổ sung dịch trong và sau chụp mạch vành có thể được xem xét ở nhóm BN có nguy cơ bệnh thận do thuốc cản quang, đặc biệt ở BN tổn thương thận cấp và/hoặc bệnh thận mạn mà eGFR <30mL/phút/1.73 m ²	IIa	B

©ESC

Khuyến cáo về HCVC và các bệnh kèm theo (2)



Khuyến cáo	Mức	BC
Đái tháo đường		
Khuyến cáo lựa chọn thuốc điều trị hạ đường máu dài hạn dựa trên các bệnh đi kèm, bao gồm: Suy tim, bệnh thận mạn, béo phì	I	A
Khuyến cáo đánh giá đường máu tại lần đánh giá ban đầu ở tất cả các BN HCVC	I	B
Khuyến cáo thường xuyên theo dõi đường máu ở BN Đái tháo đường hoặc tăng đường máu (định nghĩa đường máu $\geq 11.1 \text{ mmol/l}$ hoặc $\geq 200\text{mg/dL}$)	I	C
Liệu pháp hạ đường huyết nên được xem xét ở các BN HCVC mà đường máu cao dai dẳng, đồng thời nên tránh các đợt hạ đường huyết	IIa	C

Khuyến cáo về HCVC và các bệnh kèm theo (3)



Khuyến cáo	Mức	BC
Người già		
Khuyến cáo chấp thuận chiến lược chẩn đoán và điều trị ở bệnh nhân cao tuổi tuwong tự như ở người trẻ tuổi	I	B
Khuyến cáo nên lựa chọn loại và liều của các thuốc chống huyết khối, cũng như các thuốc dự phòng thứ phát theo chức năng thận, phối hợp thuốc, bệnh đồng mắc, suy yếu, chức năng nhận thức và đặc biệt là chống chỉ định	I	B
Với những BN già yếu với các bệnh kèm theo, khuyến cáo khi tiếp cận phải cá thể hóa các biện pháp can thiệp và thuốc sau khi đánh giá cẩn trọng nguy cơ và lợi ích	I	B

Khuyến cáo về HCVC và các bệnh kèm theo (4)



Khuyến cáo	Mức	BC
Bệnh nhân ung thư		
Chiến lược xâm lấn được khuyến cáo ở BN ung thư biểu hiện HCVC với nguy cơ cao và tiên lượng sống ≥ 6 tháng	I	B
Ngừng tạm thời điều trị ung thư được khuyến cáo ở BN mà liệu pháp điều trị ung thư bị nghi ngờ ghép phần gây ra HCVC	I	C
Chiến lược điều trị bảo tồn nên được xem xét ở BN HCVC mắc ung thư có tiên lượng xấu (thời gian sống mong đợi ≤ 6 tháng) và/hoặc nguy cơ chảy máu rất cao	IIa	C
Aspirin không được khuyến cáo ở BN ung thư có tiểu cầu < 10 000/uL	III	C
Clopidogrel không được khuyến cáo ở BN ung thư có tiểu cầu < 30 000/uL	III	C
BN HCVC mắc ung thư và tiểu cầu < 50 000/uL, Prasugrel và Ticagrelor không được khuyến cáo	III	C

©ESC

Hình 17

Quản lý dài hạn sau HCVC

Điều trị dài hạn sau HCVC



Ra viện với các thuốc bảo vệ tim, bắt đầu thay đổi lối sống và phục hồi CN tim



Đánh giá tình trạng các bệnh kèm theo và bàn luận với BN về mục tiêu và sở thích của bệnh nhân



Hỗ trợ lựa chọn lối sống lành mạnh



Bỏ thuốc lá



Chế độ ăn lành mạnh



Thể dục thường xuyên



Đảm bảo cân nặng



Sức khỏe tâm lý



Tiếp tục tối ưu thuốc và tri liệu bảo vệ tim



Thuốc chống huyết khối



Hạ lipid máu



Vaccine cúm



Tuân thủ và kiên trì + điều trị khác nếu thích hợp



Đạt được và duy trì đích điều trị các yếu tố nguy cơ



HA tâm thu
<130mmHg
HA tâm trương
<80mmHg
(nếu dung nạp)



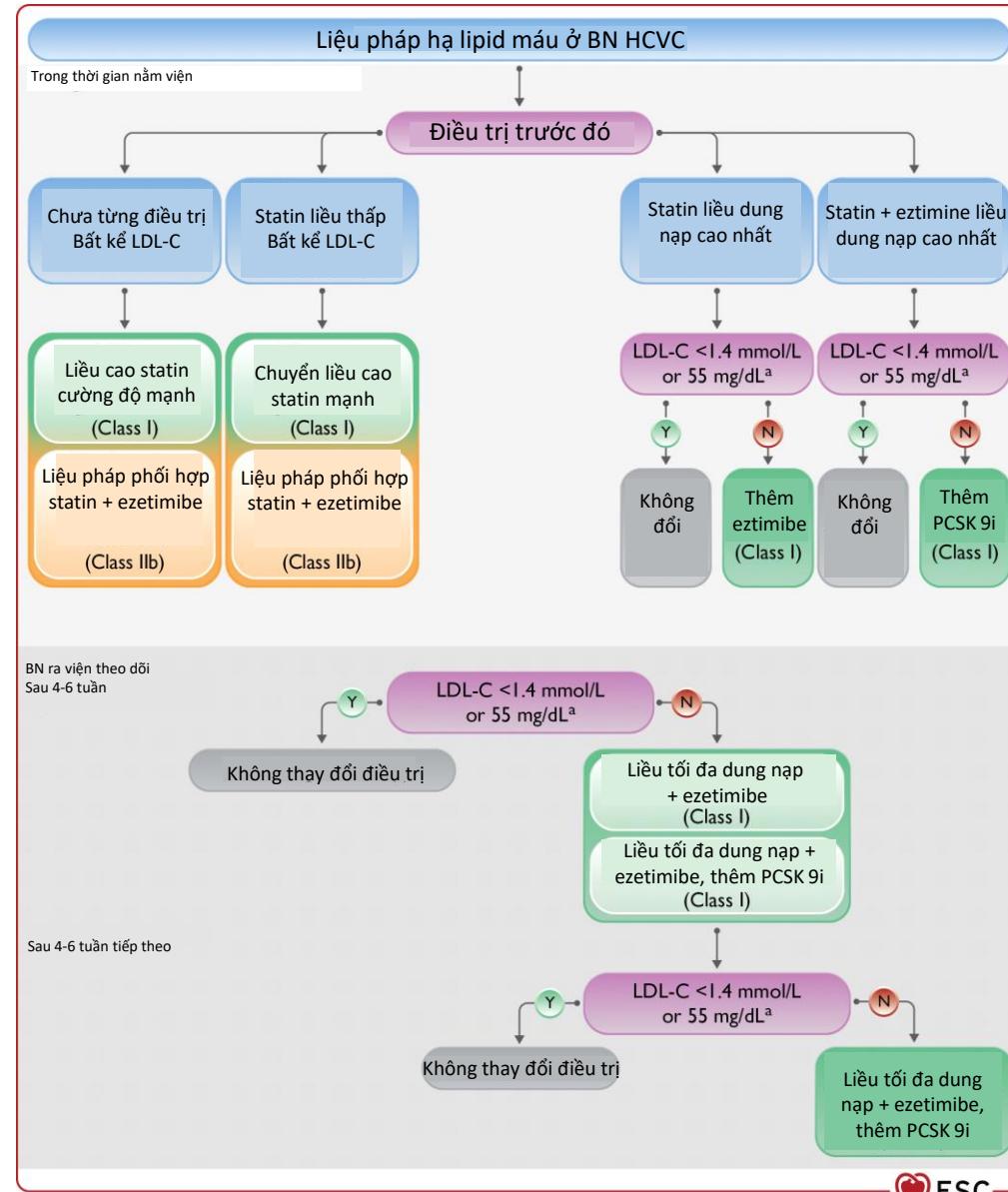
LDL-C <1.4 mmol/L
(<55 mg/dL)



HbA1c <53 mmol/mol
(<7%)^c

Hình 18

Lipid



Khuyến cáo về quản lý dài hạn (1)

Khuyến cáo	Mức	BC
Phục hồi chức năng tim mạch		
Khuyến cáo tất cả BN HCVC tham gia tập luyện các chương trình hồi phục chứng năng tim mạch và phòng ngừa biến cố có người giám sát, có chương trình, thiết kế kĩ càng, nhiều bài tập.	I	A
Quản lý lối sống		
Khuyến cáo tất cả các BN HCVC thay đổi lối sống lành mạnh, bao gồm:	I	B
<ul style="list-style-type: none"> - Bỏ thuốc lá - Ăn uống lành mạnh - Hạn chế uống rượu - Thường xuyên tập thể dục và các bài tập kháng lực - Giảm thời gian ít vận động 		
Với người hút thuốc, hỗ trợ theo dõi, liệu pháp thay thế nicotine, varenicline hoặc bupropion, riêng lẻ hoặc phối hợp nên được cân nhắc	IIa	A

Khuyến cáo về quản lý dài hạn (2)

Khuyến cáo	Mức	BC
Thuốc điều trị		
Hạ lipid máu		
Khuyến cáo điều trị liệu pháp statin liều cao được bắt đầu hoặc tiếp tục càng sớm càng tốt, bất kể giá trị LDL-C ban đầu	I	A
Khuyến cáo đạt mục tiêu LDL-C <1.4mmol/l(<55mg/dL) và giảm LDL-C ≥ 50% so với mức nền	I	A
Nếu mục tiêu LDL-C không thể đạt được sau 4-6 tuần dù đã dùng statin liều tối theo dung nạp, khuyến cáo thêm Ezetimebe.	I	B
Nếu mục tiêu LDL-C không thể đạt được sau 4-6 tuần dù đã dùng statin liều tối theo dung nạp và Ezetimebe, khuyến cáo thêm PCSK9i.	I	A
Khuyến cáo liệu pháp hạ lipid máu cường độ cao ở BN HCVC trong thời gian nằm viện dù đã điều trị hạ lipid máu trước đó	I	C

Khuyến cáo về quản lý dài hạn (3)

Khuyến cáo	Mức	BC
Thuốc điều trị		
Điều trị hạ lipid máu (tiếp)		
Đối với các BN có biến cố xơ vữa động mạch tái phát (tái phát trong vòng 2 năm kể từ HCVC đầu tiên) trong khi đang sử dụng liệu pháp statin tối đa theo dung nạp, mục tiêu LDL-C <1mmol/l (<40mg/dL) có thể được cân nhắc	IIb	B
Phối hợp liều cao statin và ezetimibe có thể được xem xét trong thời gian nằm viện	IIb	B
Chẹn beta		
Thuốc chẹn Beta được khuyến cáo ở tất cả BN HCVC mà CN tâm thu thất trái (LVEF) ≤ 40% bất kể có triệu chứng suy tim hay không	I	A
Điều trị chẹn Beta thường quy cho tất cả BN HCVC bất kể LVEF nên được xem xét	IIa	B

Khuyến cáo về quản lý dài hạn (4)

Khuyến cáo	Mức	BC
Thuốc điều trị		
Ức chế hệ Renin-Agiotensin-Aldosteron		
Thuốc ức chế men chuyển (ACEi) được khuyến cáo cho BN HCVC với suy tim có triệu chứng, LVEF ≤ 40%, Đái tháo đường, THA, và/hoặc bệnh thận mạn	I	A
Thuốc lợi tiểu kháng Aldosterone (MRA) được khuyến cáo cho BN HCVC với LVEF ≤ 40% và suy tim hoặc đái tháo đường	I	A
Điều trị ACEi thường quy cho tất cả các BN HCVC bất kể LVEF nên được xem xét	IIa	A
Tuân thủ dùng thuốc		
Viên phổi hợp nên được xem xét là một lựa chọn để cải thiện sự tuân thủ và kết cục trong dự phòng thứ phát sau HCVC	IIa	B

Khuyến cáo về quản lý dài hạn (5)

Khuyến cáo	Mức	BC
Hình ảnh		
BN trước khi ra viện với LVEF ≤ 40%, khuyến cáo đánh giá lại LVEF 6-12 tuần sau HCVC (và sau tái tưới máu toàn bộ và điều trị nội khoa tối ưu) để đánh giá nguy cơ đột tử và cấy máy ICD dự phòng tiên phát đột tử tim	I	C
MRI tim nên được xem xét như một phương tiện CĐHA hỗ trợ để đánh giá nguy cơ đột tử và cấy máy ICD dự phòng tiên phát đột tử tim	IIa	C
Tiêm Vaccine		
Vaccine cúm được khuyến cáo tiêm cho tất cả các BN HCVC	I	A
Thuốc chống viêm		
Colchicine liều thấp (0.5mg/ngày) nên được xem xét, đặc biệt nếu yếu tố nguy cơ khác kiểm soát không đầy đủ hoặc các bệnh lý tim mạch tái phát xảy ra dù đã điều trị tối ưu	IIb	A

Hình 19

Cách tiếp cận lấy con người làm trung tâm trong HCVC

Tiếp cận lấy bệnh nhân làm trung tâm trong HCVC

Ở mọi giai đoạn, hãy xem xét nhu cầu về tâm lý xã hội và thể chất



Tình trạng
Bệnh kết hợp



Cân nhắc các
yếu tố nguy cơ



Ghi nhận tiền sử và
các thuốc điều trị
trước đó



Cân nhắc
yếu tố tâm lý



Tại bệnh viện



Phân loại để
cá thể hóa
chăm sóc



Đánh giá lâm sàng
lấy bệnh nhân làm
trung tâm



Tư vấn điều
trị và đi đến
quyết định



Chuẩn bị ra viện



Giải thích về việc
điều trị lâu dài



Giáo dục về
thay đổi lối sống



Xem xét về sức
khỏe tinh thần
và cảm xúc

Hình 20

Kì vọng của BN HCVC

Kì vọng của BN HCVC



Triệu chứng của họ
được nhận diện



Chăm sóc an toàn,
hiệu quả, chất lượng
cao từ các chuyên gia



Chăm sóc đúng lúc
đúng thời điểm



Sức khỏe thể chất, tinh
thần và cảm xúc của họ
được xem xét



Thông tin rõ ràng,
dễ hiểu



Chia sẻ quyết định và
tôn trọng ý kiến của họ



Quan tâm và hỗ trợ
cho gia đình và
người chăm sóc họ



Chú ý đến cả
nhu cầu thể chất và
môi trường của họ



Môi trường bệnh viện
sạch sẽ và an toàn

Góc nhìn của BN HCVC trong vấn đề chăm sóc (1)



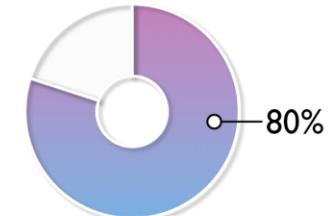
Khuyến cáo	Mức	BC
Khuyến cáo chăm sóc lấy BN làm trung tâm bằng cách đánh giá và tuân thủ các ý kiến cá nhân, nhu cầu và niềm tin, đảm bảo rằng các giá trị người bệnh được sử dụng để thông báo cho mọi quyết định lâm sàng	I	B
Khuyến cáo để BN HCVC tham gia vào quá trình đưa ra quyết định (nhiều nhất trong điều kiện cho phép) và thông báo cho họ các nguy cơ về tác dụng phụ, phơi nhiễm phóng xạ và các lựa chọn thay thế. Hỗ trợ quyết định để tạo thuận cho cuộc thảo luận	I	B
Khuyến cáo đánh giá triệu chứng bằng cách sử dụng các phương pháp để giúp BN có thể miêu tả chính xác triệu chứng của họ	I	C
Kỹ thuật “dạy lại” nên được cân nhắc để hỗ trợ quyết định trong quá trình đảm bảo sự đồng ý sau khi được thông tin đầy đủ	IIa	B

©ESC

Hình S1

Triệu chứng của HCVC ở nam và nữ

Đau ngực hoặc cảm thấy nặng ngực



Cả nam và nữ mắc HCVC đến với đau ngực hoặc nặng ngực

Đau vã mồ hôi



Đau thượng vị



Đau vai, cánh tay



Các triệu chứng khác, như vã mồ hôi, đau thượng vị và đau vai/cánh tay thường xảy ra ở cả nam và nữ mắc HCVC

Choáng



Nôn
Buồn nôn



Đau hàm/cổ



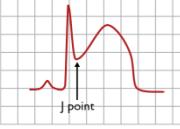
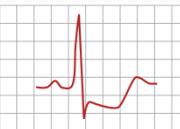
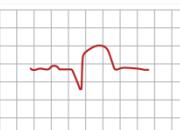
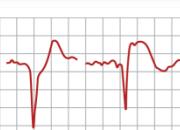
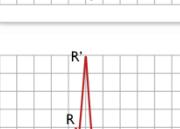
Khó thở



Một số TC có thể gặp thường xuyên hơn ở nữ mắc HCVC, gồm:

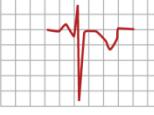
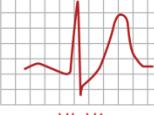
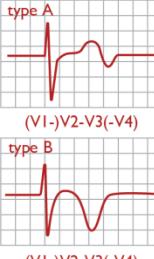
- Choáng/ngất
- Buồn nôn/nôn
- Đau hàm/cổ
- Khó thở
- Đau giữa xương bả vai
- Hồi hộp trống ngực
- Mệt mỏi

Hình S2

ECG pattern	Criteria	Signifying	Figure
i STEMI	Đoạn ST chênh lên mới tại điểm J ≥ 2 đạo trình trước tim: ≥ 2.5 mm ở nam ≤ 40 tuổi, ≥ 2mm ở nam ≥ 40 tuổi, hoặc ≥ 1.5 mm ở nữ bắt đầu tại đạo trình V2-V3 và/hoặc ≥ 1 mm ở các đạo trình khác (trong TH không có giãn thất trái hoặc block nhánh trái) * Bao gồm cả đạo trình V3R và V4R.	Hội chứng vành cấp đang tiến triển	
ii STEMI thành sau	Đoạn ST chênh xuống ở chuyển đạo V1-V3, đặc biệt là sóng T dương (tương đương ST chênh lên), và ST chênh lên bất kì ≥ 0.5mm ghi tại chuyển đạo V7-V9	STEMI thành sau	
iii Hẹp nhánh LCx hoặc NMCT thất trái	ST chênh lên ở V7-V9 và V3R và V4R, theo thứ tự	Nhánh mũ tắc hoặc NMCT thất phải	
iv Tắc nhiều mạch hoặc ĐM vành trái tắc	St chênh xuống ≥ 1mm ở 6 chuyển đạo bề mặt hoặc hơn (thành trước bên ST chênh xuống), kèm với ST chênh lên ở aVR và/hoặc V1	Tắc nhiều mạch hoặc ĐM vành trái tắc, thường đặc trưng ở BN đến với tổn thương huyết động	 ST depression ≥ 1 mm in six or more surface leads
v Block nhánh trái hoặc Nhịp máy	QRS giãn rộng hơn 120 ms Mất sóng Q ở D1, V5 và V6 Sóng R đơn dạng ở D1, V5 và V6 St và T biến mất, đảo ngược với sự lệch hướng của phức bộ QRS	BN với triệu chứng lâm sàng nghi ngờ cao NMCT tiến triển, nên được điều trị tương tự BN STEMI	
vi Block nhánh phải	QRS giãn rộng hơn 120 ms rsR' hình tai thỏ ở các chuyển đạo thành trước (V1-V2-V3) Sóng S giãn rộng ở D1, aVL và thường xuyên ở V5, V6	BN với triệu chứng lâm sàng nghi ngờ cao NMCT tiến triển, nên được điều trị tương tự BN STEMI	

Hình S3

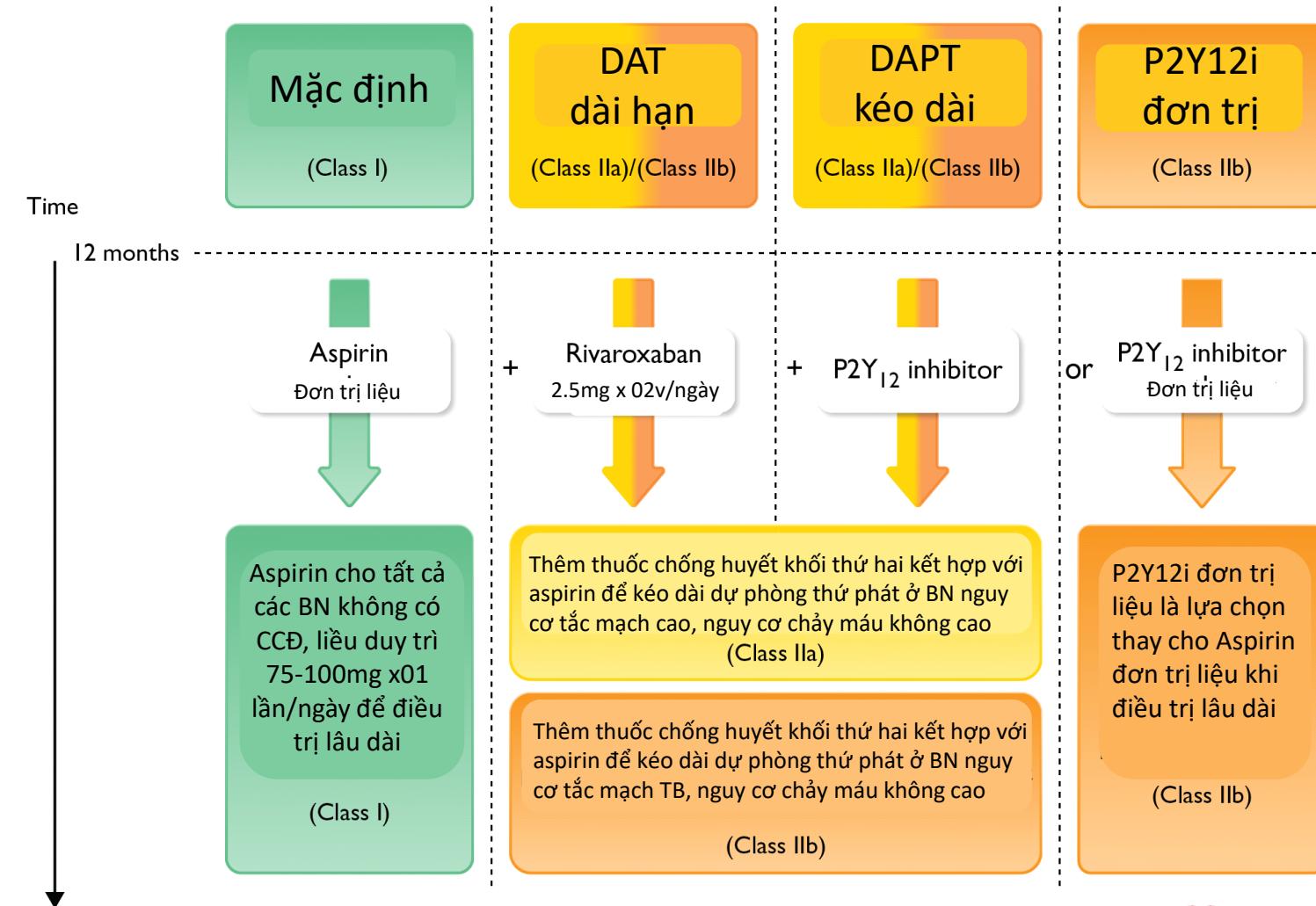
Điện tâm đồ bất thường ở BN HCVC không ST chênh lên

ECG pattern	Criteria	Signifying	Figure
a Sóng T đảo ngược	Sóng T âm >1mm ở ≥ 5 đạo trình bao gồm D1, DII, aVL, và V2-V6	Tiền lượng nhẹ	 I, II, aVL, or V2 to V6
b ST chênh xuống	Điểm J thấp xuống ≥ 0.05 mm ở các đạo trình V2 và V3 hoặc ≥ 1mm ở các đạo trình khác Theo sau là đoạn ST đi ngang hoặc ST chênh xuống ≥ 0.08s ở ≥ 1 chuyển đạo (trừ aVR)	Nhồi máu nghiêm trọng hơn	 ≥ 1 leads
c ST chênh lên thoáng qua	Đoạn ST chênh lên mới tại điểm J ≥ 2 đạo trình trước tim: ≥ 2.5 mm ở nam ≤ 40 tuổi, ≥ 2mm ở nam ≥ 40 tuổi, hoặc ≥ 1.5 mm ở nữ bất kể tuổi tại đạo trình V2-V3 và/hoặc ≥ 1 mm ở các đạo trình khác kéo dài <20 phút	Tiền lượng giảm chức năng nhẹ	 ≥ 2 contiguous leads
d HC De Winter	Đoạn ST giãn rộng, đi lên 1-3 mm, Điểm J chênh xuống, V1-V6 tiếp tục cao, dương và song T đối xứng	Nhánh LAD đoạn xa tắc/hẹp nghiêm trọng	 VI-V6
e HC Wellens	Điểm J đẳng điện hoặc chênh lên (<1mm) Sóng T 2 pha ở V2 và V3 (type A) Hoặc Tâm sâu, đối xứng ở V2 và V3, có thể gấp ở V1, V4, V5 và V6 (Type B)	Nhánh LAD đoạn xa tắc/hẹp nghiêm trọng	 type A (VI-)V2-V3(-V4) type B (VI-)V2-V3(-V4)

Hình S4

Liệu pháp chống huyết khối sau 12 tháng đầu tiên sau HCVC

Liệu pháp chống huyết khối sau 12 tháng đầu tiên sau HCVC



Truy cập FB **Bác sĩ tim mạch phía Bắc** để tìm đọc tất cả các guideline, update cũng như thảo luận về những thông tin mới nhất về y học mới nhất

Seach: BSTMphiaBac
Hoặc truy cập theo đường link
[Fb.com/BSTMphiaBac](https://www.facebook.com/BSTMphiaBac)



Bác sĩ Tim mạch phía Bắc