



Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hội chứng động mạch vành mạn ESC 2019

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

Lược dịch bởi Khoa Điều trị Rối loạn nhịp,
Trung tâm Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy

Những quan điểm mới/thay đổi 2019

ESC GUIDELINES



Hướng Dẫn 2019 tập trung vào Hội chứng vành mạn thay vì Bệnh động mạch vành ổn định

Thay đổi này nhấn mạnh một điều là bệnh cảnh lâm sàng của bệnh động mạch vành có thể được chia thành hoặc hội chứng vành cấp hoặc hội chứng vành mạn. Bệnh động mạch vành là một tiến trình động của sự tích tụ mảng xơ vữa mạch máu và sự thay đổi chức năng của tuần hoàn mạch vành mà có thể điều chỉnh thông qua lối sống, những liệu pháp dùng thuốc và tái thông mạch máu; từ đó đưa đến sự ổn định hoặc thoái triển của bệnh.

Những quan điểm mới/thay đổi 2019

ESC GUIDELINES



Trong Hướng Dẫn về hội chứng vành mạn, sáu bệnh cảnh thường gặp trên bệnh nhân nhất được mô tả là: (i) những bệnh nhân nghi ngờ bị bệnh động mạch vành và có triệu chứng đau thắt ngực “ổn định” và/hoặc khó thở; (ii) những bệnh nhân có suy tim hoặc suy chức năng thất trái mới xuất hiện và nghi ngờ bị bệnh động mạch vành; (iii) những bệnh nhân có và không có triệu chứng với những triệu chứng ổn định < 1 năm sau biến cố mạch vành cấp hoặc những bệnh nhân vừa được tái thông mạch máu; (iv) những bệnh nhân có hoặc không có triệu chứng > 1 năm sau chẩn đoán ban đầu hoặc tái thông mạch máu; (v) những bệnh nhân đau thắt ngực và nghi ngờ co thắt mạch vành hoặc bệnh lí vi mạch; (vi) những cá thể không triệu chứng mà được xác định bị bệnh mạch vành qua tầm soát.

Những quan điểm mới/thay đổi 2019

ESC GUIDELINES



Xác suất tiên nhiệm của bệnh mạch vành dựa trên tuổi, giới và triệu chứng được phân thành những phân nhóm chính. Chúng tôi giới thiệu một thuật ngữ mới “Khả dĩ lâm sàng bệnh mạch vành” sử dụng những yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành để hiệu chỉnh xác suất tiên nhiệm. Cập nhật ứng dụng một số nghiệm pháp chẩn đoán trên những nhóm bệnh nhân khác nhau để rule-in hoặc rule-out bệnh động mạch vành.

Những Hướng Dẫn nhấn mạnh vai trò quyết định của lối sống lành mạnh và những hành động giúp phòng bệnh khác trong giảm thiểu nguy cơ biến cố và tử suất do tim mạch sau này.

Những khuyến cáo chính mới 2019

ESC GUIDELINES



Cận lâm sàng cơ bản, chẩn đoán, và đánh giá nguy cơ

Hình ảnh học chức năng không xâm lấn đánh giá thiếu máu cơ tim hoặc chụp CT-scan mạch vành được khuyến cáo là cận lâm sàng đầu tay để chẩn đoán bệnh mạch vành ở những bệnh nhân có triệu chứng mà ở những bệnh nhân này, bệnh động mạch vành do tắc nghẽn không thể được loại trừ qua đánh giá lâm sàng đơn độc

I

Khuyến cáo chọn lựa cận lâm sàng chẩn đoán không xâm lấn đầu tay dựa trên khả dĩ lâm sàng bệnh động mạch vành và những đặc tính cá thể khác có ảnh hưởng đến thực hiện cận lâm sàng, chuyên môn cơ sở y tế và tính sẵn có của những cận lâm sàng

I

Những khuyến cáo chính mới 2019

ESC GUIDELINES



Cận lâm sàng cơ bản, chẩn đoán, và đánh giá nguy cơ

Hình ảnh học chức năng đánh giá thiếu máu cơ tim được khuyến cáo nếu CT-scan mạch vành cho kết quả chẩn đoán bệnh mạch vành không rõ ràng về chức năng hoặc không đủ giá trị chẩn đoán.

I

Chụp mạch vành xâm lấn được khuyến cáo là cận lâm sàng thay thế để chẩn đoán bệnh mạch vành ở những bệnh nhân có khả dĩ lâm sàng cao và những triệu chứng nặng kháng trị điều trị nội khoa, hoặc cơn đau thắt ngực điển hình ở mức gắng sức thấp và đánh giá lâm sàng xác định nguy cơ cao biến cố. Đánh giá chức năng qua xâm lấn phải có sẵn và phải dùng để đánh giá hẹp trước khi tái thông, ngoại trừ phân độ rất cao (hẹp > 90%).

I

Những khuyến cáo chính mới 2019

ESC GUIDELINES



Cận lâm sàng cơ bản, chẩn đoán, và đánh giá nguy cơ

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

IIa

Chụp CT-scan 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

IIa

Chụp CT-scan mạch vành không được khuyến cáo trong trường hợp vôi hoá mạch vành lan toả, nhịp tim bất thường, béo phì rõ rệt cũng như không có khả năng hợp tác với yêu cầu nín thở, hoặc bất kì tình trạng nào khác khiến không ghi nhận được hình ảnh chất lượng tốt.

III

Những khuyến cáo chính mới 2019

ESC GUIDELINES



Liệu pháp kháng huyết khối ở những bệnh nhân hội chứng vành mạn và nhĩ xoang

Thêm một thuốc kháng huyết khối thứ 2 vào aspirin trong phòng ngừa thứ phát lâu dài nên được cân nhắc ở những bệnh nhân có **nguy cơ cao** có các biến cố thiếu máu cơ tim và không có nguy cơ chảy máu cao.

IIa

Thêm một thuốc kháng huyết khối thứ 2 vào aspirin trong phòng ngừa thứ phát lâu dài có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có ít nhất một **yếu tố nguy cơ trung bình** có các biến cố thiếu máu cơ tim và không có nguy cơ chảy máu cao.

IIb

Những khuyến cáo chính mới 2019

ESC GUIDELINES



Liệu pháp kháng huyết khối ở những bệnh nhân sau PCI có rung nhĩ hoặc có chỉ định dùng kháng đông đường uống khác

Ở những bệnh nhân phù hợp dùng NOAC thì khuyến cáo một NOAC (apixaban 5 mg b.i.d, dabigatran 150 mg b.i.d, edoxaban 60 mg o.d, hoặc rivaroxaban 20 mg o.d.) được lựa chọn ưu tiên hơn một VKA trong kết hợp với liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu.

I

Khi rivaroxaban được dùng và lo lắng về nguy cơ chảy máu cao hơn là lo lắng về huyết khối trong stent hoặc đột quỵ thiếu máu thì rivaroxaban 15 mg o.d. nên được cân nhắc ưu tiên hơn là rivaroxaban 20 mg o.d. trong thời gian dùng chung với liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu đơn hoặc kép.

Ila

Khi dabigatran được dùng và lo ngại về nguy cơ chảy máu cao hơn là lo ngại về huyết khối trong stent hoặc đột quỵ thiếu máu thì dabigatran 110 mg b.i.d. nên được cân nhắc ưu tiên hơn là dabigatran 150 mg b.i.d. trong thời gian dùng chung với liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu đơn hoặc kép.

Ila

Những khuyến cáo chính mới 2019

ESC GUIDELINES



Liệu pháp kháng huyết khối ở những bệnh nhân sau PCI có rung nhĩ hoặc có chỉ định dùng kháng đông đường uống khác

Sau PCI không biến chứng, ngừng aspirin sớm (≤ 1 tuần) và tiếp tục liệu pháp kép với kháng đông đường uống và clopidogrel nên được cân nhắc nếu nguy cơ huyết khối trong stent thấp hoặc lo ngại về nguy cơ chảy máu cao hơn lo ngại về nguy cơ huyết khối trong stent, bất kể loại stent được sử dụng.

IIa

Liệu pháp bộ ba với aspirin, clopidogrel và một kháng đông đường uống trong ≥ 1 tháng nên được cân nhắc khi nguy cơ huyết khối trong stent cao hơn nguy cơ chảy máu, với tổng thời gian dùng (≤ 6 tháng) được quyết định dựa trên đánh giá các nguy cơ này và được giải thích rõ lúc xuất viện.

IIa

Những khuyến cáo chính mới 2019

ESC GUIDELINES



Liệu pháp kháng huyết khối ở những bệnh nhân sau PCI có rung nhĩ hoặc có chỉ định dùng kháng đông đường uống khác

Ở các bệnh nhân có chỉ định một VKA kết hợp với aspirin và/hoặc clopidogrel, liều dùng VKA nên được điều chỉnh cẩn trọng với mục tiêu INR trong khoảng 2.0 – 2.5 và với thời gian trong ngưỡng điều trị > 70%.

IIa

Liệu pháp kép với kháng đông đường uống và hoặc ticagrelor hoặc prasugrel có thể được cân nhắc thay thế cho liệu pháp bộ ba với một kháng đông đường uống, aspirin và clopidogrel trên những bệnh nhân có nguy cơ thuyên tắc trong stent trung bình hoặc cao, bất kể loại stent được sử dụng.

IIb

Những khuyến cáo chính mới 2019

ESC GUIDELINES



Các liệu pháp dùng thuốc khác

Phối hợp sử dụng một thuốc ức chế bơm proton được khuyến cáo ở những bệnh nhân dùng aspirin đơn độc, DAPT hoặc kháng đông đường uống đơn độc có nguy cơ chảy máu tiêu hoá cao.

I

Thuốc giảm mỡ máu: nếu không đạt được các mục tiêu với liều tối đa dung nạp được của statin thì khuyến cáo phối hợp với ezetimibe.

I

Thuốc giảm mỡ máu: với các bệnh nhân có nguy cơ rất cao mà không đạt được các mục tiêu với liều tối đa dung nạp được của statin và ezetimibe thì khuyến cáo phối hợp thêm một thuốc ức chế PCSK9.

I

Những khuyến cáo chính mới 2019

ESC GUIDELINES



Các liệu pháp dùng thuốc khác

Các thuốc ức chế men chuyển nên được cân nhắc ở những bệnh nhân hội chứng vành mạn có nguy cơ biến cố tim mạch rất cao.

IIa

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

Những khuyến cáo chính mới 2019

ESC GUIDELINES



Tầm soát bệnh mạch vành ở các bệnh nhân không triệu chứng

Không khuyến cáo đo độ dày lớp nội mạc-trung mạc trên siêu âm mạch vành để đánh giá nguy cơ tim mạch.

III

Các khuyến cáo cho các lựa chọn điều trị đau thắt ngực kháng trị

Thiết bị giảm co thắt xoang vành có thể được cân nhắc để giảm thiểu các triệu chứng của đau thắt ngực kháng trị với các chiến lược điều trị nội khoa và tái thông mạch chuẩn.

IIb

Những thay đổi trong các khuyến cáo chính

2013	Class	2019	Class
ECG gắng sức được khuyến cáo là nghiệm pháp đầu tay để xác định chẩn đoán bệnh mạch vành mạn ở những bệnh nhân có những triệu chứng đau thắt ngực và xác suất tiền nhiệm bệnh mạch vành trung bình (15 – 65%), không đang dùng các thuốc chống thiếu máu cơ tim, ngoại trừ khi họ không thể vận động hoặc có các thay đổi trên ECG làm cho ECG không đánh giá được.	I	ECG gắng sức được khuyến cáo để đánh giá dung nạp với gắng sức, các triệu chứng, các rối loạn nhịp, đáp ứng trên huyết áp và nguy cơ biến cố ở những bệnh nhân nhất định.	I
		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 khác không sẵn có.	IIb

Những thay đổi trong các khuyến cáo chính

2013	Class	2019	Class
ECG gắng sức nên được cân nhắc ở những bệnh nhân đang điều trị để đánh giá kiểm soát các triệu chứng và tình trạng thiếu máu cơ tim.	IIa	ECG gắng sức có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân đang điều trị để đánh giá kiểm soát triệu chứng và tình trạng thiếu máu cơ tim.	IIb
Các điều trị hàng 2 được khuyến cáo bao gồm nitrates tác dụng kéo dài, ivabradine, nicorandil hoặc ranolazine được thêm vào dựa trên tần số tim, huyết áp và dung nạp.	IIa	Nitrates tác dụng dài nên được cân nhắc là lựa chọn điều trị hàng 2 khi điều trị khởi đầu với một thuốc chẹn thụ thể beta và/hoặc một thuốc chẹn kênh calci non-DHP bị chống chỉ định, dung nạp kém hoặc kiểm soát không đầy đủ các triệu chứng đau thắt ngực.	IIa

Những thay đổi trong các khuyến cáo chính

2013	Class	2019	Class
Điều trị hàng 2 với trimetazidine có thể được cân nhắc.	IIb	Nicorandil, ranolazine, ivabradine hoặc trimetazidine nên được cân nhắc là điều trị hàng 2 để làm giảm tần suất đau thắt ngực và cải thiện sự dung nạp gắng sức ở các bệnh nhân không thể dung nạp, có chống chỉ định hoặc có các triệu chứng không được kiểm soát đầy đủ với các thuốc chẹn thụ thể beta, chẹn kênh calci và nitrates tác dụng kéo dài.	IIa
		Ở một số bệnh nhân nhất định, sự kết hợp một thuốc chẹn thụ thể beta hoặc một thuốc chẹn kênh calci với các thuốc hàng 2 (ranolazine, nicorandil, ivabradine và trimetazidine) có thể được cân nhắc là trị liệu đầu tay dựa trên tần số tim, huyết áp và dung nạp.	IIb

Những thay đổi trong các khuyến cáo chính

2013	Class	2019	Class
Ở những bệnh nhân nghi ngờ đau thắt ngực vi mạch vành: acetylcholine và adenosine nội mạch vành với đo lường trên Doppler có thể được cân nhắc trong lúc chụp mạch vành, nếu kết quả chụp nhìn bình thường, để đánh giá dự trữ lưu lượng mạch vành phụ thuộc endothelium và không phụ thuộc endothelium, và phát hiện co thắt vi mạch/mạch ngoại tâm mạc.	IIb	Đo dự trữ lưu lượng mạch vành dưới hướng dẫn guidewire và/hoặc đo sức cản vi tuần hoàn nên được cân nhắc ở những bệnh nhân có các triệu chứng kéo dài, nhưng các động mạch vành hoặc có kết quả chụp bình thường hoặc có hẹp trung bình với chỉ số sóng tự do tức thời/phân suất dự trữ mạch vành bảo tồn.	IIb
		Acetylcholine nội mạch vành với theo dõi qua ECG có thể được cân nhắc trong khi chụp mạch vành, nếu các động mạch vành hoặc có kết quả chụp bình thường hoặc có hẹp trung bình với chỉ số sóng tự do tức thời/phân suất dự trữ mạch vành bảo tồn, để đánh giá co thắt vi mạch.	IIb

Những thay đổi trong các khuyến cáo chính

2013	Class	2019	Class
Ở những bệnh nhân nghi ngờ đau thắt ngực vi mạch vành: siêu âm tim Doppler qua thành ngực đánh giá dòng chảy mạch vành trái trước, với đo dòng chảy mạch vành thì tâm trương sau adenosine tim mạch và lúc nghỉ, có thể được cân nhắc để đo dự trữ lưu lượng vành không xâm lấn.	IIb	Doppler qua thành ngực động mạch vành trái trước, chụp MRI tim, và chụp PET có thể được cân nhắc để đánh giá dự trữ lưu lượng vành không xâm lấn.	IIb

Những thông điệp chính

(1) Đánh giá tiền sử cẩn thận, bao gồm đặc điểm của các triệu chứng đau thắt ngực, và đánh giá các yếu tố nguy cơ và bệnh cảnh của bệnh tim mạch, cũng như khám lâm sàng đầy đủ và thực hiện các cận lâm sàng cơ bản, là các yếu tố quyết định cho chẩn đoán và quản lý hội chứng mạch vành mạn.

(2) Ngoại trừ trường hợp bệnh mạch vành do tắc nghẽn có thể được loại trừ dựa trên đánh giá lâm sàng đơn độc thì những cận lâm sàng hình ảnh học chức năng không xâm lấn và hình ảnh học giải phẫu dựa trên CT-scan mạch vành có thể được dùng là cận lâm sàng đầu tay để rule-out hoặc xác định chẩn đoán hội chứng mạch vành mạn.

Những thông điệp chính

(3) Chọn lựa cận lâm sàng chẩn đoán không xâm lấn đầu tay dựa trên xác suất tiền nhiệm, khả năng của cận lâm sàng đó trong rule-in hay rule-out bệnh mạch vành tắc nghẽn, đặc điểm bệnh nhân, khả năng tại chỗ và sự sẵn có của xét nghiệm.

(4) Để quyết định tái thông hay không cần cân nhắc cả đánh giá về giải phẫu và chức năng. Đánh giá không xâm lấn và xâm lấn đều là cần thiết để đánh giá thiếu máu cơ tim liên quan với tắc nghẽn trên chụp mạch vành, ngoại trừ trường hợp tắc độ cao (>90% đường kính).

Những thông điệp chính

(5) Đánh giá nguy cơ để xác định những bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn có nguy cơ biến cố cao cũng là những bệnh nhân sẽ cải thiện tiên lượng nhờ tái thông mạch vành. Trong phân tầng nguy cơ có đánh giá chức năng thất trái.

(6) Những bệnh nhân nguy cơ cao nên được đánh giá bằng phương pháp xâm lấn để xem xét việc tái thông mạch vành, ngay cả khi họ không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ.

(7) Lối sống lành mạnh làm giảm nguy cơ các biến cố tim mạch về sau và nguy cơ tử vong, nên được bổ sung vào điều trị dự phòng thứ phát thích hợp. Mỗi lần thăm khám, lâm sàng nên khuyến bảo và khuyến khích việc thay đổi lối sống phù hợp.

Những thông điệp chính



(8) Những can thiệp vào nhận thức hành vi như hỗ trợ bệnh nhân đặt mục tiêu thực tế, tự theo dõi, lên kế hoạch để thực hiện thay đổi và đương đầu với những tình huống khó khăn, thiết lập môi trường xung quanh, và tham gia vào các hoạt động xã hội là các can thiệp có hiệu quả để thay đổi hành vi.

(9) Những đội đa chuyên khoa có thể hỗ trợ bệnh nhân thiết lập những thay đổi về thói quen có lợi cho sức khỏe, và giải quyết các mặt khó khăn của hành vi và nguy cơ.

Những thông điệp chính

(10) Trị liệu chống thiếu máu cục bộ phải được áp dụng trên từng bệnh nhân dựa trên các bệnh đồng mắc, các điều trị kèm theo, khả năng dung nạp và tuân thủ dự đoán, cũng như các đặc tính của bệnh nhân. Lựa chọn loại thuốc chống thiếu máu cục bộ để điều trị hội chứng mạch vành mạn nên được áp dụng dựa trên tần số tim, huyết áp và chức năng thất trái của bệnh nhân.

(11) Các thuốc chẹn thụ thể beta và/hoặc chẹn kênh calci vẫn là các thuốc hàng đầu ở những bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn. Các thuốc chẹn thụ thể beta được khuyến cáo ở những bệnh nhân có suy chức năng thất trái hoặc suy tim với phân suất tổng máu giảm.

Những thông điệp chính

(12) Nitrates tác dụng kéo dài gây lờn thuốc. Do vậy cần kê đơn cách ngày nitrate hoặc có khoảng ngưng nitrate khoảng 10 – 14h.

(13) Liệu pháp kháng huyết khối là một phần quan trọng của phòng ngừa thứ phát ở những bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn và cần cân nhắc kỹ lưỡng. Những bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim, có nguy cơ cao của biến cố thiếu máu cục bộ và nguy cơ thấp của chảy máu nặng tử vong, nên được cân nhắc sử dụng DAPT lâu dài với aspirin và hoặc một thuốc ức chế P2Y12 hoặc liều rất thấp rivaroxaban, trừ khi có chỉ định dùng một kháng đông đường uống như trong trường hợp rung nhĩ.

Những thông điệp chính

(14) Statin được khuyến cáo ở tất cả các bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn. Các thuốc ức chế men chuyển (hoặc chẹn thụ thể angiotensin) được khuyến cáo khi có suy tim, đái tháo đường, hoặc tăng huyết áp và nên được cân nhắc ở những bệnh nhân nguy cơ cao.

(15) Các thuốc ức chế bơm proton được khuyến cáo ở những bệnh nhân dùng aspirin hoặc liệu pháp kháng huyết khối phối hợp mà có nguy cơ cao chảy máu tiêu hoá.

(16) Cần nỗ lực giải thích cho bệnh nhân về tầm quan trọng của các thuốc dựa trên bằng chứng để làm tăng tuân thủ điều trị, và giáo dục liệu pháp lặp lại là quan trọng trong mỗi lần khám.

Những thông điệp chính

(17) Những bệnh nhân đã có chẩn đoán hội chứng mạch vành mạn từ trước nên được khám định kỳ để đánh giá những thay đổi trong nguy cơ, tuân thủ mục tiêu điều trị và sự tiến triển của các bệnh đồng mắc. Lặp lại hình ảnh học gắng sức hoặc ICA với test chức năng được khuyến cáo khi có tăng nặng các triệu chứng và/hoặc nguy cơ tăng.

(18) Đánh giá đường kính và chức năng cơ tim và van tim, cũng như các test chức năng để rule-out thiếu máu cơ tim cục bộ yên lặng đáng kể có thể được lên kế hoạch mỗi 3 – 5 năm ở những bệnh nhân không triệu chứng đã được chẩn đoán hội chứng vành mạn lâu dài.

(19) Đánh giá chức năng co thắt mạch vành nên được cân nhắc ở những bệnh nhân có bệnh mạch vành thượng tâm mạc không ý nghĩa và có bằng chứng khách quan của thiếu máu cục bộ cơ tim.