

TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH MẠN



ThS BS. Vũ Hoàng Vũ
Giảng viên Bộ môn Nội, ĐHYD TP HCM

Trưởng khoa Tim mạch can thiệp
Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Nội dung

Định nghĩa Hội chứng vành mạn (HCVM)

Phân tầng nguy cơ

Chiến lược điều trị dựa vào phân tầng nguy cơ

Điều trị nội khoa HCVM

Điều trị tái tưới máu mạch vành

Hội chứng vành mạn (ESC 2019)

Bệnh nhân nghi ngờ bệnh mạch vành và “ổn định” về mặt triệu chứng, đau ngực và/hoặc khó thở;

Bệnh nhân mới được chẩn đoán suy tim hoặc rối loạn chức năng thất trái và nghi ngờ suy tim hoặc rối loạn chức năng thất trái này do bệnh mạch vành;

Bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp hoặc có tái tưới máu mạch vành < 1 năm, không triệu chứng và có triệu chứng ổn định;

Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh mạch vành hoặc có tái tưới máu mạch vành > 1 năm, không triệu chứng hoặc có triệu chứng ổn định;

Bệnh nhân có đau thắt ngực và nghi ngờ do co thắt mạch vành hoặc bệnh lý vi mạch;

Các đối tượng không có triệu chứng nhưng tình cờ phát hiện qua kiểm tra sức khỏe.

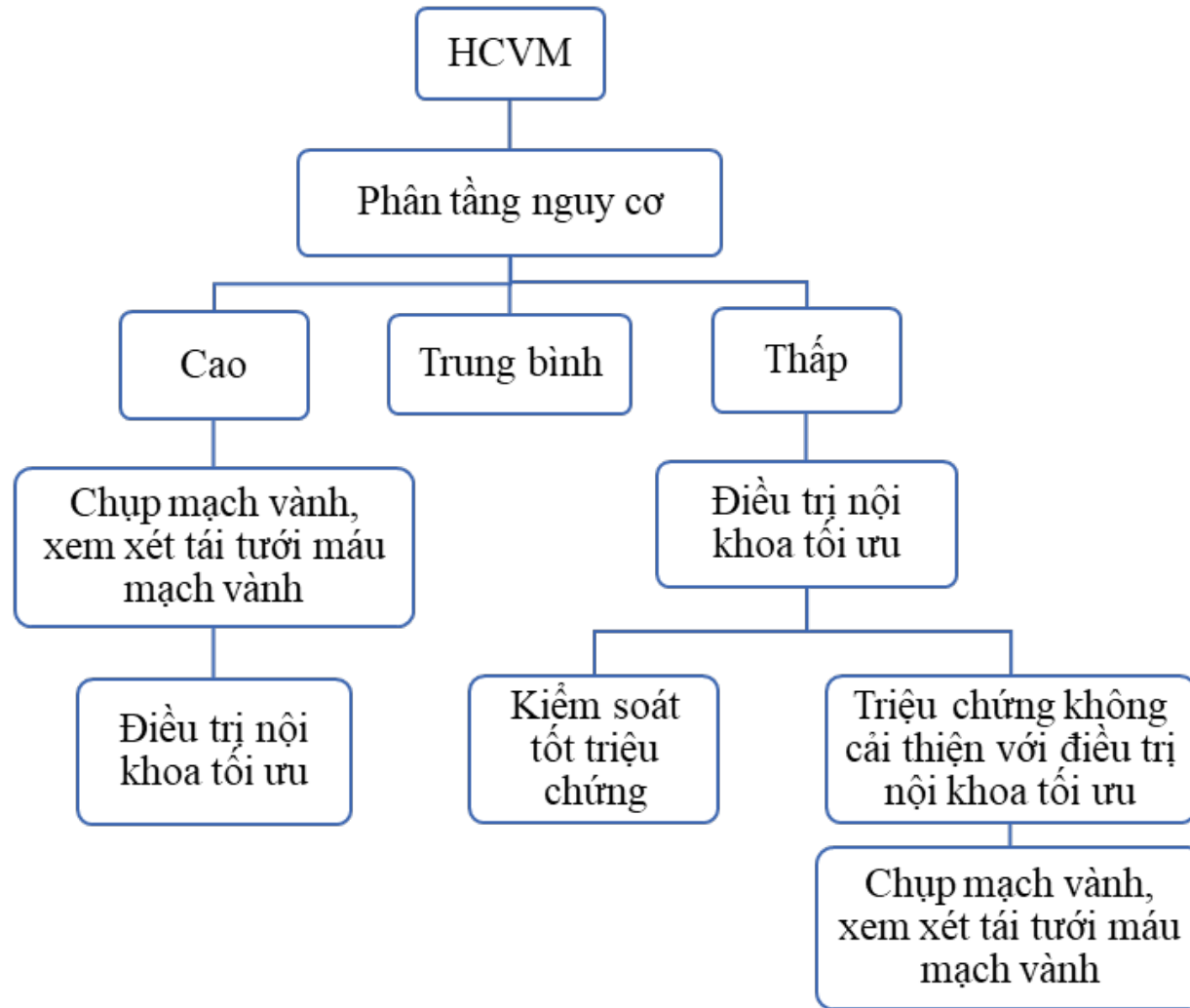
Phân độ đau thắt ngực (Hội tim Canada)

Độ	Đặc điểm	Chú thích
I	Đau thắt ngực xảy ra khi làm việc nặng hoặc gắng sức nhiều	Đau thắt ngực chỉ xuất hiện khi hoạt động thể lực rất mạnh, nhanh hoặc các hoạt động thể lực bình thường nhưng thời gian kéo dài (đi bộ, leo cầu thang)
II	Đau thắt ngực xảy ra khi hoạt động thể lực ở mức độ trung bình	Ít hạn chế các hoạt động thường ngày khi chúng được tiến hành nhanh, sau bữa ăn, trong trời lạnh, trong gió, trong trạng thái căng thẳng hay vài giờ sau khi thức dậy; nhưng vẫn thực hiện được leo dốc, leo cao được hơn 1 tầng gác với tốc độ bình thường và trong điều kiện bình thường.
III	Đau thắt ngực xảy ra khi hoạt động thể lực ở mức độ nhẹ	Khó khăn khi đi bộ dài từ 1 - 2 dãy nhà hoặc leo cao 1 tầng gác với tốc độ và điều kiện bình thường.
IV	Đau thắt ngực xảy ra khi nghỉ ngơi	Không cần gắng sức để khởi phát cơn đau thắt ngực

Mục tiêu điều trị HCVM

Cải thiện triệu chứng
(tăng chất lượng cuộc
sống)

Cải thiện tiên lượng:
giảm tử vong, các biến cố
tim mạch không tử vong



Tiếp cận điều trị dựa vào phân tầng nguy cơ

Định nghĩa phân tầng nguy cơ HCVM (NPGS)

Nguy cơ cao	$\geq 3\%$
--------------------	------------------------------

Nguy cơ trung bình	1 - 2,9%
---------------------------	-----------------

Nguy cơ thấp	$< 1\%$
---------------------	------------------------------

Định nghĩa nguy cơ cao biến cố tim mạch trong HCVM

Điện tâm đồ gắng sức	Tử vong > 3% theo tiêu chuẩn Duke
Xạ hình tim	Vùng thiếu máu cơ tim $\geq 10\%$ khối cơ thất trái
Cộng hưởng từ tim	≥ 2 vùng trên 16 vùng khiếm khuyết khi gắng sức hoặc ≥ 3 vùng rối loạn vận động với dobutamine
Siêu âm tim gắng sức	≥ 3 vùng trên 16 vùng giảm động hoặc vô động khi gắng sức
Chụp cắt lớp ĐMV hoặc chụp mạch vành xâm lấn	Bệnh 3 nhánh mạch vành có tổn thương đoạn gần, bệnh thân chung, đoạn gần nhánh liên thất trước
Test xâm lấn đánh giá chức năng	$\text{FFR} \leq 0,8$ hoặc $\text{iwFR} \leq 0,89$

FFR (Fractional Flow Reserve): phân suất dự trữ vành

iwFR (Instantaneous Wave-free Ratio): phân suất dự trữ vành tức thời

Cả 2 phương pháp được đo tại phòng thông tim: đo áp lực trước và sau chỗ hẹp mạch vành

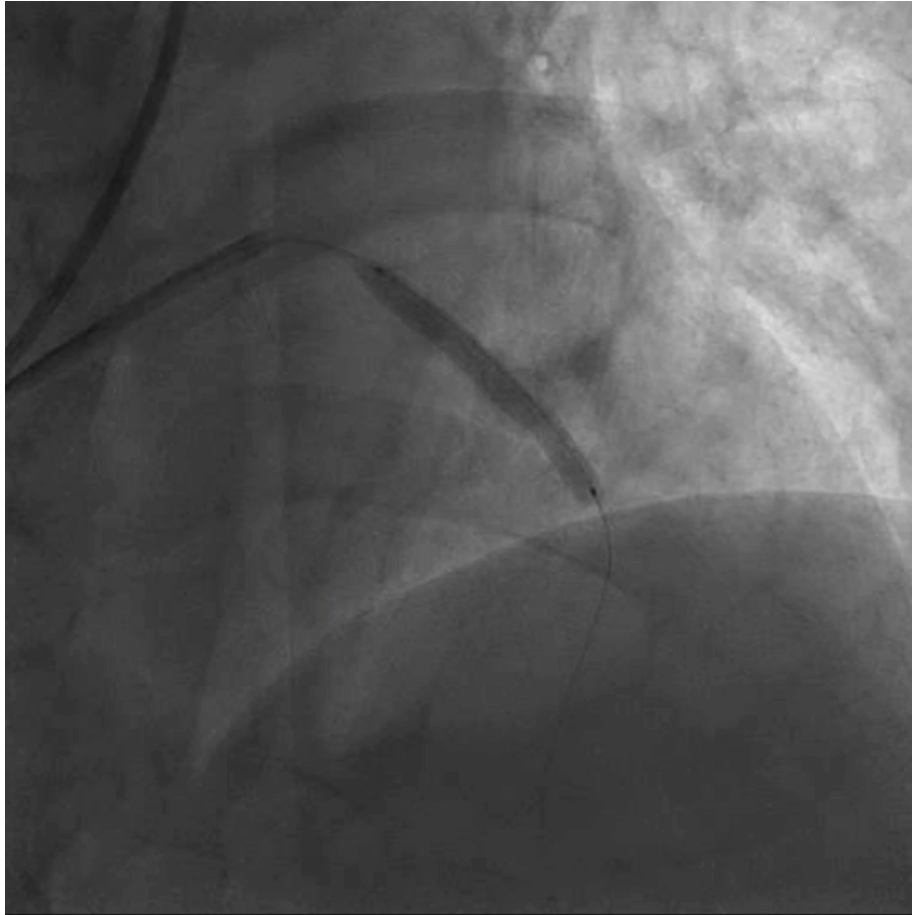
Tái tưới máu mạch vành

- Can thiệp mạch vành qua da và đặt stent
- Phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành

Chụp mạch vành và nong bóng



Đặt stent

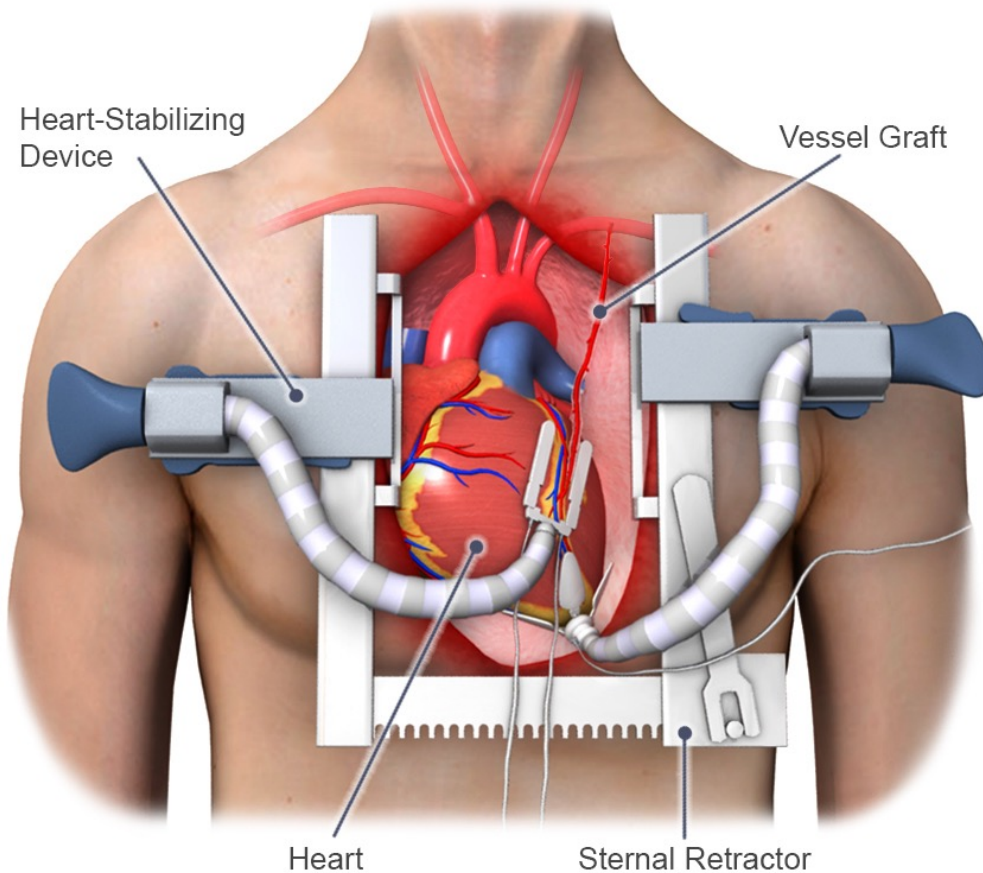


Trước và sau đặt stent

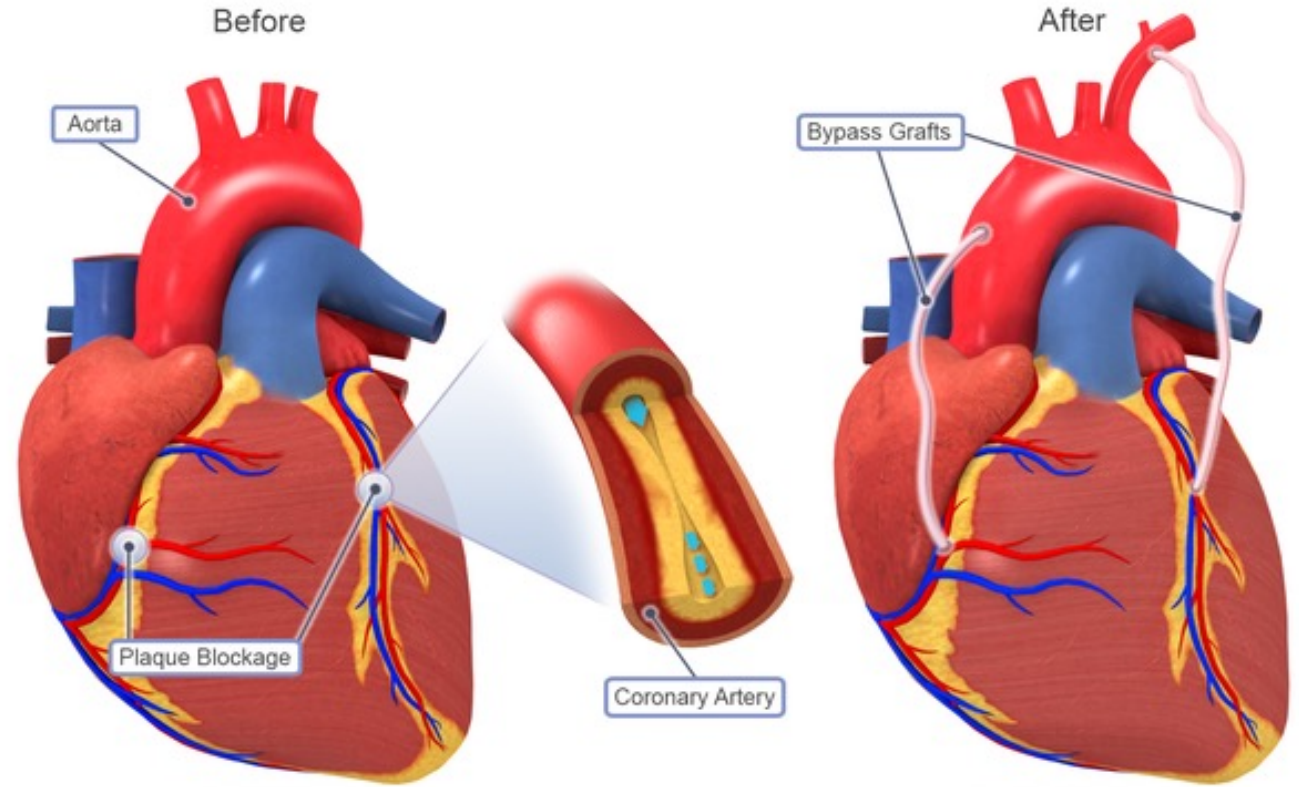


Phẫu thuật bắc cầu mạch vành

Off-Pump Coronary Artery Bypass Grafting Surgery

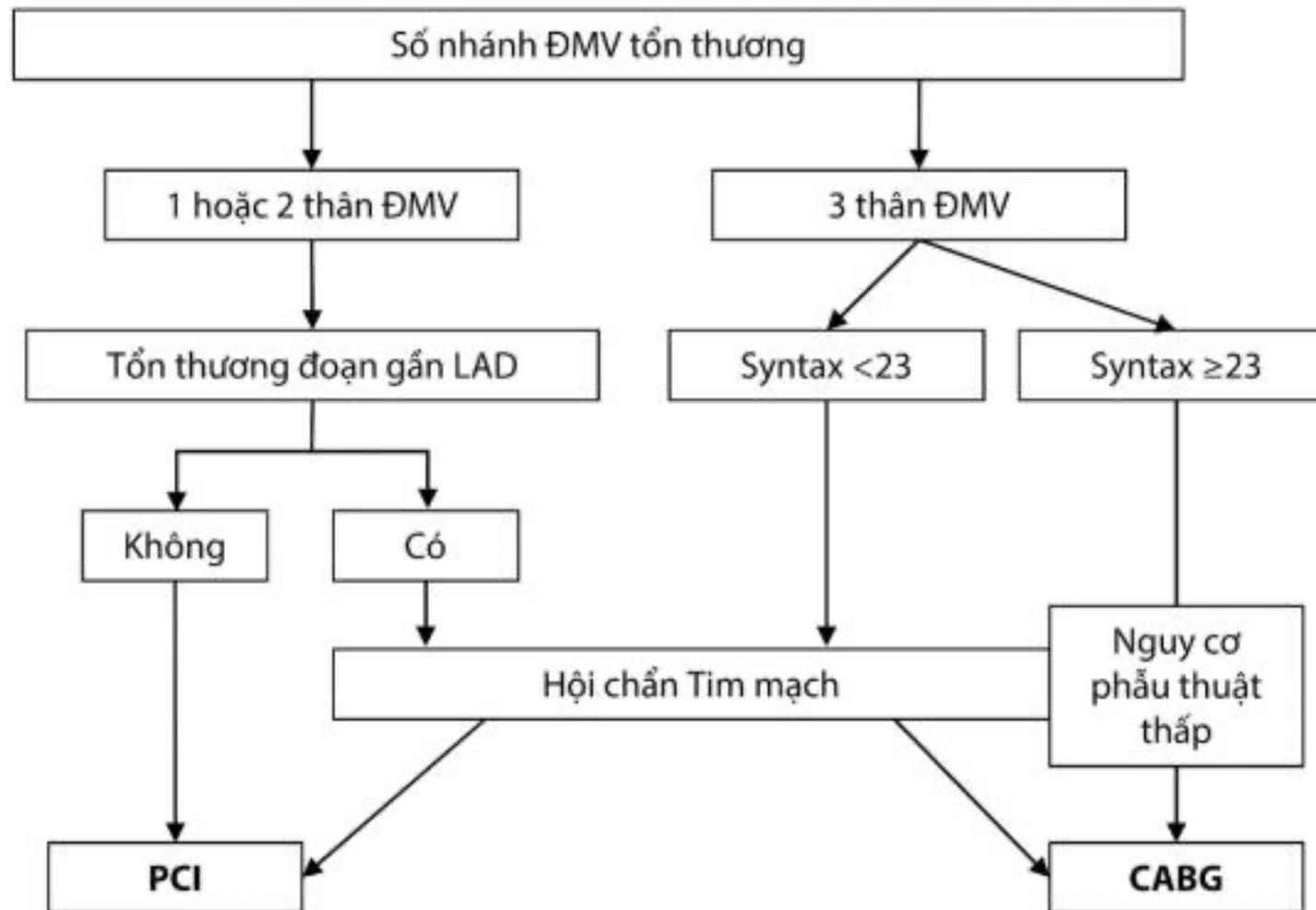


© 2018 STS

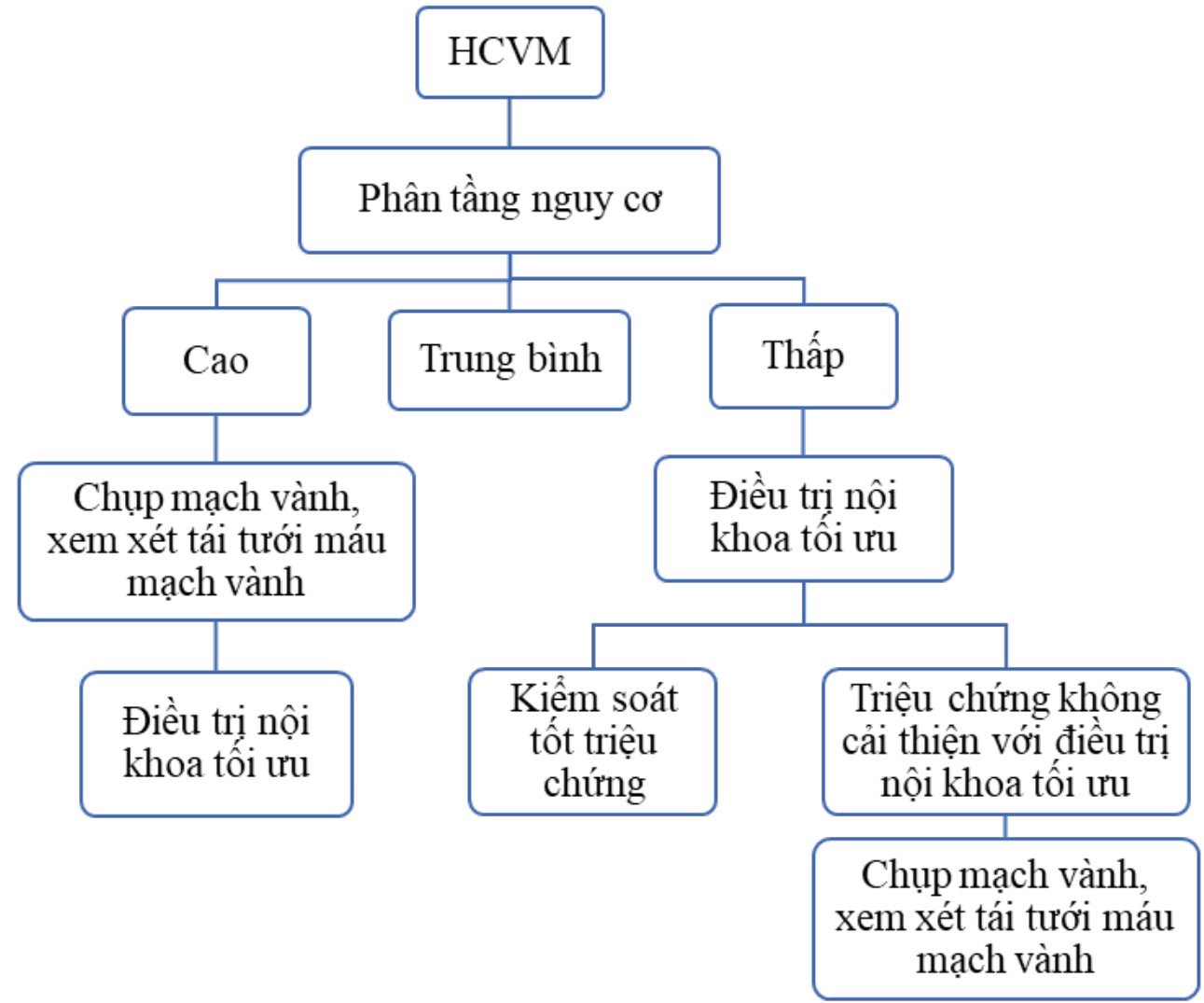


© 2019 STS

Chọn lựa can thiệp mạch vành qua da và phẫu thuật bắc cầu mạch vành



-
- Tiếp cận điều trị dựa vào phân tầng nguy cơ



Điều trị nội khoa

THAY ĐỔI LỐI SỐNG

DÙNG CÁC THUỐC CHỐNG ĐAU NGỰC

DÙNG THUỐC CHO BỆNH ĐỒNG MẮC

DỰ PHÒNG BIẾN CỐ

Thay đổi lối sống

Bỏ thuốc lá

Chế độ ăn lành mạnh, hạn chế rượu

Kiểm soát cân nặng

Tập thể dục thường xuyên

Quản lý các yếu tố tâm lý

Quản lý các yếu tố môi trường

Hoạt động tình dục hợp lý

Giáo dục tuân thủ điều trị

Tiêm ngừa cúm hằng năm

Điều trị bằng thuốc

- Giảm triệu chứng thiếu máu cục bộ
- Giảm biến cố tim mạch
- Điều trị tối ưu có thể được định nghĩa là kiểm soát được các triệu chứng và phòng ngừa các biến cố tim mạch liên quan đến HCMVM với sự tuân thủ điều trị tối đa và biến cố tối thiểu.
- Khởi trị thuốc thường bao gồm một hoặc hai thuốc chống đau thắt ngực cộng với các thuốc phòng ngừa thứ phát các biến cố tim mạch.



Thuốc điều trị đau thắt ngực

1. Nitrát
2. Chẹn beta
3. Chẹn kênh canxi
4. Các thuốc khác:
 - Trimetazidine
 - Nicorandil
 - Ivabradine

Nhóm Nitrat

Giãn hệ động mạch vành và hệ tĩnh mạch, giảm triệu chứng đau thắt ngực dựa trên cơ chế giải phóng nitric oxide (NO) và giảm tiền gánh.

- Các nitrat tác dụng ngắn: Nitroglycerin xịt/ngậm dưới lưỡi (liều 0,3 - 0,6 mg mỗi 5 phút, cho đến tối đa 1,2 mg trong 15 phút), tác dụng tức thời dùng trong cơn đau ngực cấp hoặc dự phòng đau thắt ngực sau các hoạt động gắng sức, cảm xúc mạnh hay thời tiết lạnh...
- Các nitrat tác dụng dài: Thuốc sẽ mất hiệu quả nếu sử dụng thường xuyên trong thời gian dài mà không có khoảng nghỉ hoặc giảm liều nitrat trong khoảng 10 đến 14 giờ.

Chẹn beta giao cảm

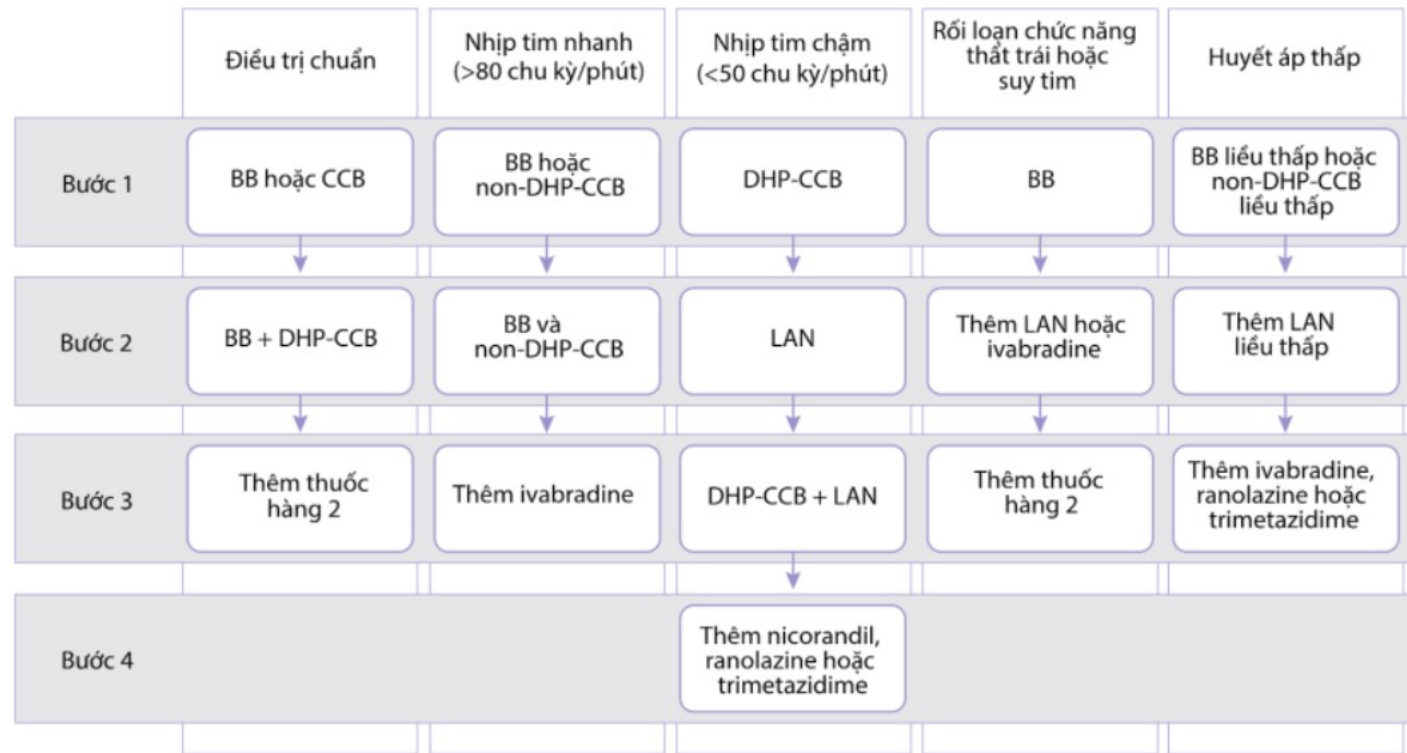
- Là thuốc khởi đầu trong điều trị giảm đau ngực ở hầu hết bệnh nhân.
- Cơ chế của thuốc:
 1. Giảm tiêu thụ oxy cơ tim do giảm nhịp tim, giảm co bóp cơ tim và giảm hậu gánh.
 2. Giảm tái cấu trúc cơ tim do giảm sức căng thành thất trái.
 3. Kéo dài thời kỳ tâm trương, tăng tưới máu động mạch vành
- Chẹn beta giao cảm nên được dùng ở tất cả bệnh nhân có giảm chức năng tâm thu thất trái ($EF \leq 40\%$) hoặc tiền sử nhồi máu cơ tim, trừ khi có chống chỉ định. Các thuốc đã được chứng minh làm giảm nguy cơ tử vong: Metoprolol succinate, carvedilol, bisoprolol.

Chẹn kênh canxi

- Gồm 2 nhóm dihydropyridine (amlodipine, felodipine, lacidipine, nifedipine) và nondihydropyridine (diltiazem và verapamil):
 1. Giảm sức cản mạch vành
 2. Giảm co bóp cơ tim
 3. Giảm sức cản mạch máu hệ thống
 4. Giảm huyết áp
- Tuy nhiên, các thuốc chẹn kênh canxi chưa được chứng minh làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và mắc bệnh trên bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn.

Các thuốc khác

- **Ivabradine:** Có vai trò trong kiểm soát tần số tim và triệu chứng đau thắt ngực. Có thể sử dụng kết hợp cùng hoặc thay thế thuốc chẹn beta giao cảm khi không dung nạp với thuốc chẹn beta.
- **Nicorandil:** Là một dẫn xuất nitrat của nicotinamide được sử dụng để phòng ngừa và điều trị đau thắt ngực lâu dài, có thể kết hợp với thuốc chẹn beta giao cảm.
- **Trimetazidine:** Là thuốc điều chỉnh chuyển hóa năng lượng cơ tim, giảm nhu cầu oxy cơ tim, giúp cải thiện tình trạng đau ngực.



Hình 3.5. Chiến lược điều trị lâu dài chống thiếu máu cục bộ ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn tùy theo đặc điểm bệnh nhân (ESC 2019)

Chú thích: BB: Chẹn beta giao cảm, CCB: Chẹn kênh canxi (bất kỳ nhóm nào),

DHP-CCB: Chẹn kênh canxi nhóm dihydropyridine,

non-DHP-CCB: Chẹn kênh canxi nhóm non-dihydropyridine

LAN: Nitrate tác dụng kéo dài.

Các thuốc phòng ngừa biến cố tim mạch ở bệnh nhân hội chứng ĐMV mạn tính

1. Thuốc kháng kết tập tiểu cầu
2. Thuốc điều trị hạ lipid máu
3. Thuốc ức chế hệ Renin - Angiotensin – Aldosterone
4. Các thuốc khác:
 - Kháng đông
 - Ức chế bơm proton

Thuốc kháng tiểu cầu

- Aspirin: 75-100mg/24 giờ: thuốc nền tảng trong HCVM. Ức chế không hồi phục COX-1
- Clopidogrel 75mg/24 giờ: khi dị ứng hoặc chống chỉ định với Aspirin.
- Cần đánh giá nguy cơ chảy máu khi dùng thuốc kháng tiểu cầu

Thuốc kháng tiểu cầu (tt)

- Nguy cơ tắc mạch cao: Bệnh nhiều nhánh ĐMV kèm theo ít nhất một trong các yếu tố sau:
 1. Đái tháo đường cần điều trị bằng thuốc
 2. NMCT tái phát,
 3. Bệnh động mạch ngoại biên hoặc
 4. Bệnh thận mạn với eGFR từ 15-59 mL/min/1,73m².
- Nguy cơ chảy máu cao:
 1. Tiền sử chảy máu nội sọ/đột quỵ thiếu máu não;
 2. Xuất huyết tiêu hóa gần đây hoặc thiếu máu do suy gan, suy thận;
 3. Bệnh lý tăng nguy cơ chảy máu, tuổi

Các thuốc phối hợp với aspirin trong dự phòng biến cố ở bệnh nhân có nguy cơ tắc mạch trung bình/cao và không có nguy cơ xuất huyết

Thuốc	Liều dùng	Chỉ định	Thận trọng
Clopidogrel	75 mg, 1 lần/24h	Sau NMCT dung nạp tốt với liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép trên 12 tháng	
Prasugrel	10 mg ngày 1 lần hoặc 5 mg ngày 1 lần nếu < 60 kg hoặc > 75 tuổi	Sau can thiệp do NMCT dung nạp tốt với liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép trên 12 tháng	Trên 75 tuổi
Rivaroxaban	2,5 mg x 2 lần/24h	Sau NMCT >1 năm hoặc bệnh nhiều thân mạch vành	MLCT 15 - 29 mL/min/1,73m ²
Ticagrelor	60 mg x 2 lần/24h	BN sau NMCT dung nạp tốt với liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép trên 12 tháng	

Thuốc điều trị hạ lipid máu

Statin được chỉ định cho tất cả bệnh nhân hội chứng ĐMV mạn tính với mục tiêu giảm LDL-C $\geq 50\%$ so với mức nền (khi bệnh nhân chưa được điều trị bằng bất kỳ thuốc hạ lipid máu nào) và đích LDL-C $< 1,4$ mmol/L (< 55 mg/dL).

Nếu mục tiêu không đạt được với liều tối đa dung nạp được của statin, khuyến cáo phối hợp thêm ezetimibe. Nếu vẫn không đạt được mục tiêu điều trị thì khuyến cáo phối hợp thêm với thuốc ức chế PCSK9.

Thuốc ức chế hệ Renin - Angiotensin - Aldosterone

Thuốc ức chế men chuyển nên được sử dụng ở tất cả bệnh nhân hội chứng ĐMV mạn tính có:

- Tăng huyết áp,
- Đái tháo đường,
- Phân suất tống máu thất trái (EF) $\leq 40\%$,
- Bệnh thận mạn

Thuốc U'CMC nên cân nhắc ở bệnh nhân hội chứng ĐMV mạn tính có nguy cơ rất cao biến cố tim mạch.

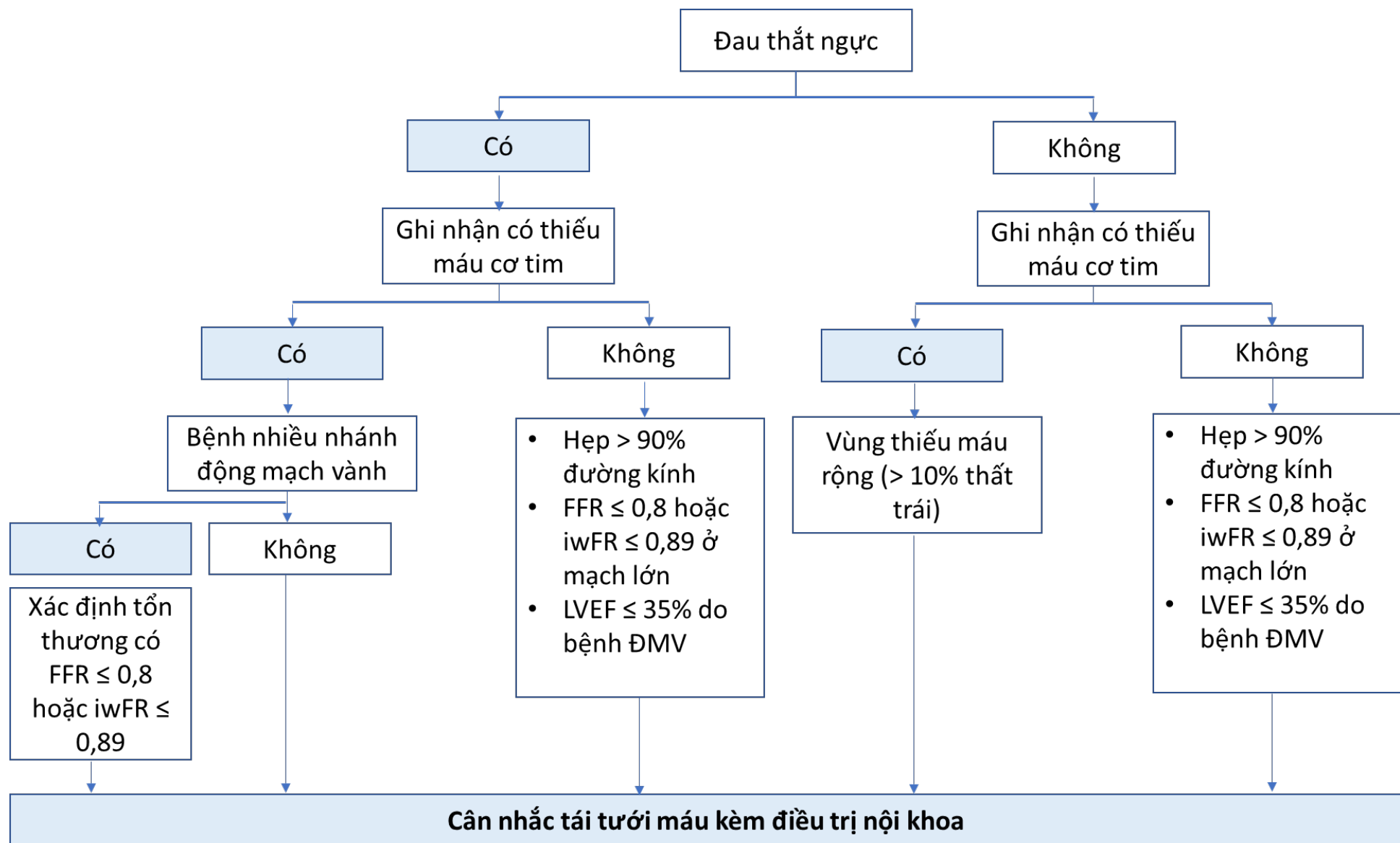
Thuốc U'CTT được khuyến cáo ở bệnh nhân hội chứng ĐMV mạn tính khi không dung nạp với ức chế men chuyển.

Thuốc khác

Nếu bệnh nhân hội chứng ĐMV mạn tính có kèm theo rung nhĩ: Có chỉ định dùng kéo dài thuốc chống đông đường uống (NOAC hoặc VKA duy trì INR 2-3) nếu CHA2DS2-VASc ≥ 3 điểm ở nữ, ≥ 2 điểm ở nam.

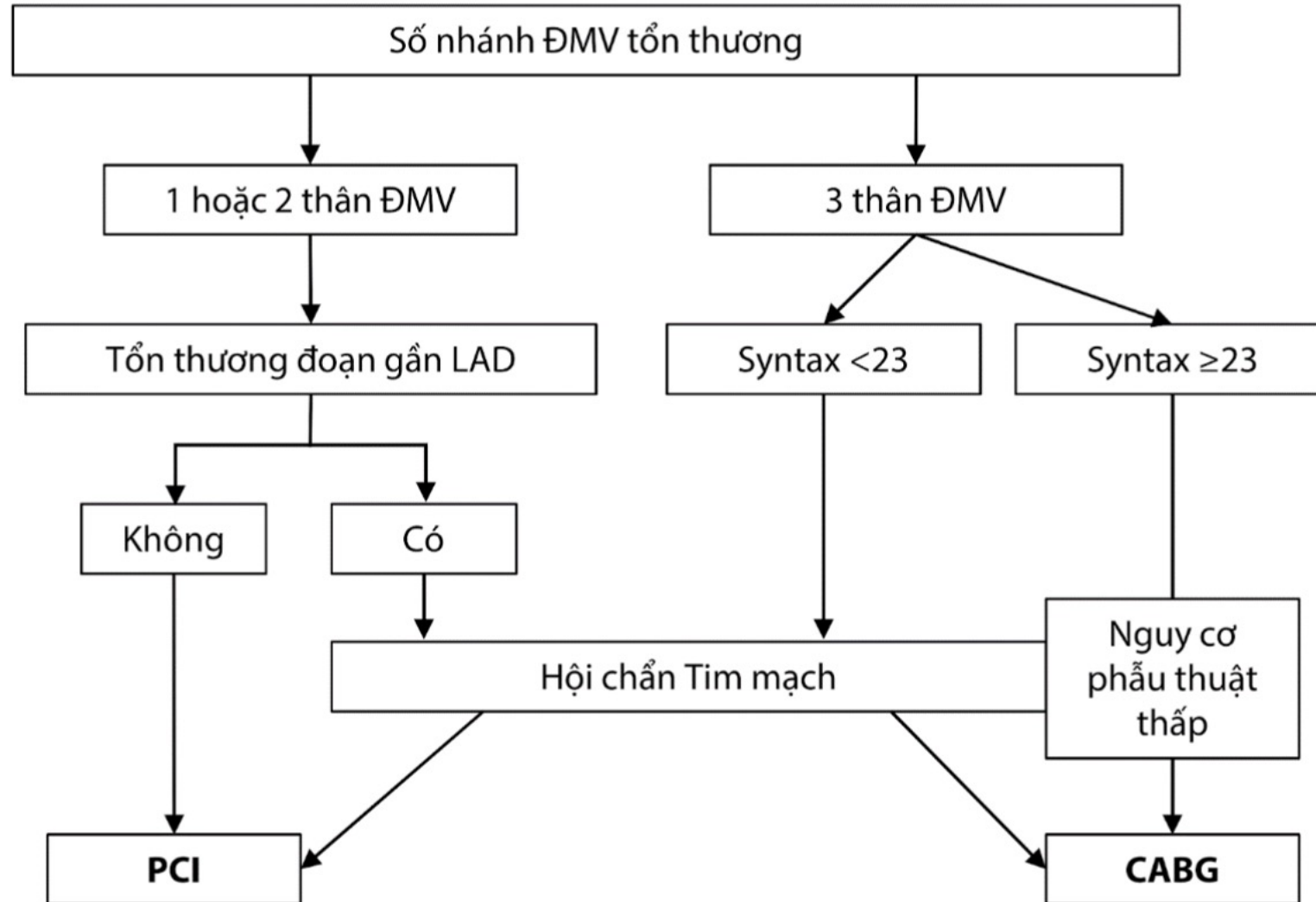
Nếu bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa cao, thuốc ức chế bơm proton được khuyến cáo sử dụng đồng thời với liệu pháp chống ngưng tập tiểu cầu hoặc chống đông.

Tái tưới máu mạch vành

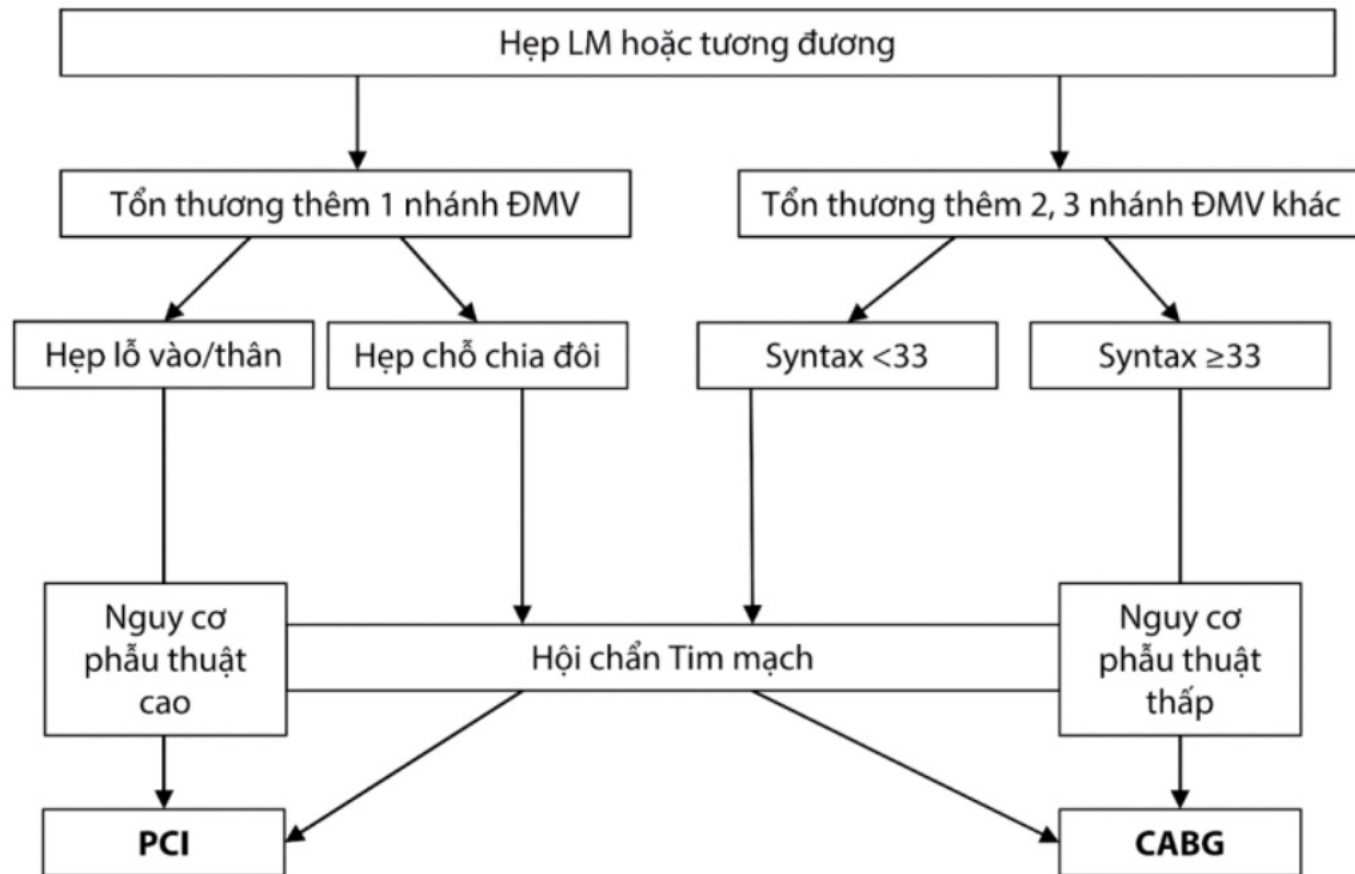


Chiến lược điều trị tái thông động mạch vành

Lựa chọn PCI hoặc CABG
trên bệnh nhân có tổn thương nhiều nhánh động mạch vành



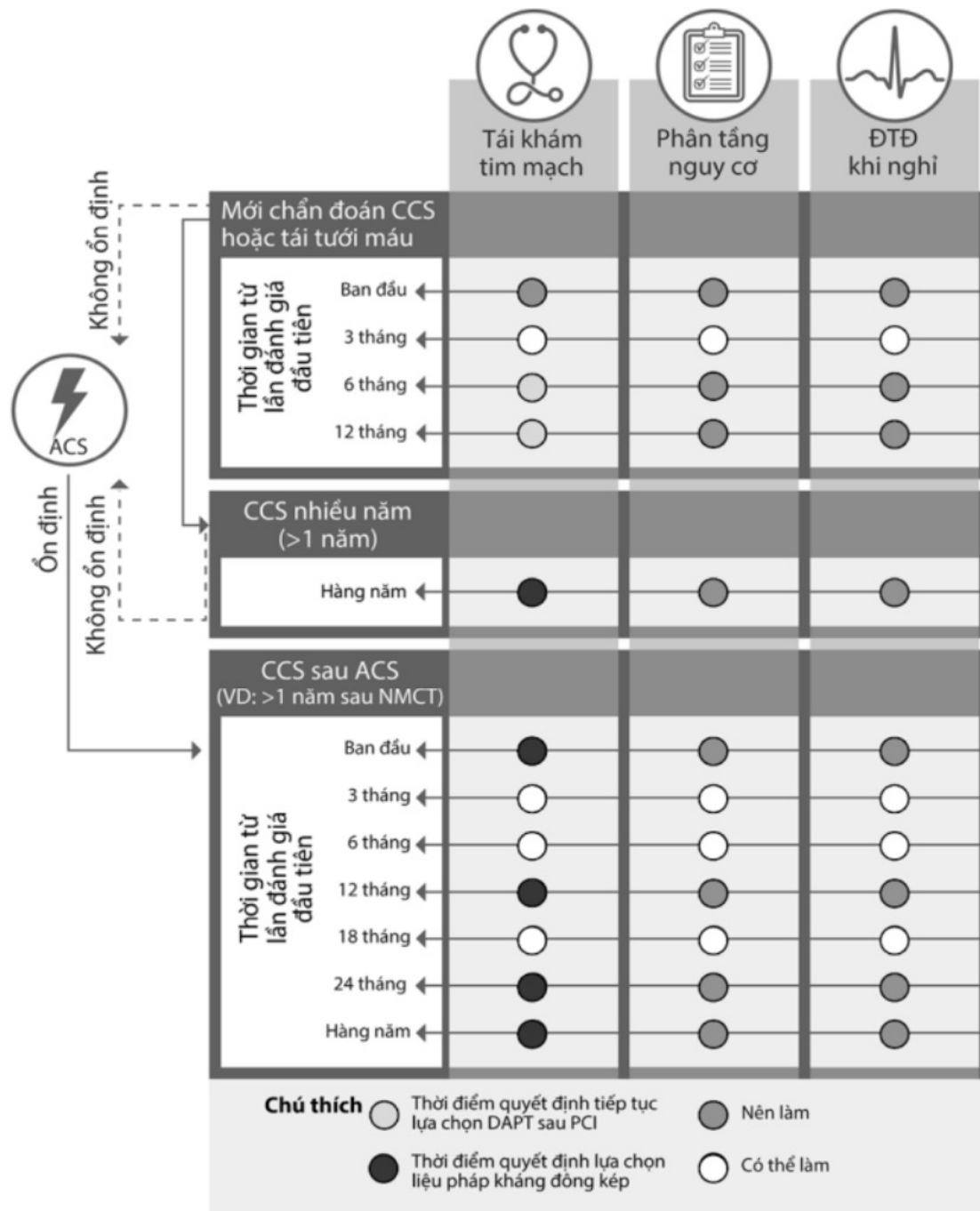
Lựa chọn PCI hoặc CABG trên bệnh nhân có tổn thương thân chung



Theo dõi và quản lý lâu dài bệnh nhân có hội chứng động mạch vành mạn

Bệnh nhân ổn định sau hội chứng động mạch vành cấp hoặc sau tái thông động mạch vành < 1 năm:

- Sau khi được tái thông mạch vành hoặc sau hội chứng mạch vành cấp (<1 năm), bệnh nhân nên được theo dõi chặt chẽ, bởi vì đây là những đối tượng nguy cơ gặp các biến cố cao hơn và cần phải thay đổi các thuốc trong quá trình điều trị. Vì thế, bệnh nhân được khuyến cáo nên khám lại **ít nhất 2** lần trong năm đầu tiên.
- Các bệnh nhân có rối loạn chức năng thất trái trước khi can thiệp hoặc sau HCVC, cần đánh giá lại chức năng thất trái sau 8-12 tuần. Chức năng tim có thể được cải thiện nhờ tái tưới máu nhưng cũng có thể xấu đi do các vấn đề tim mạch đồng mắc.
- Các biện pháp đánh giá tình trạng thiếu máu cơ tim không xâm lấn cũng có thể tiến hành sau can thiệp để loại trừ hoặc ghi nhận tình trạng thiếu máu cơ tim còn tồn tại, là cơ sở cho những lần thăm khám tiếp theo.



- Siêu âm tim khi nghỉ**
 Làm sớm (1-3 tháng) sau tái tưới máu để tham chiếu và/hoặc định kỳ (mỗi 3-5 năm và/hoặc 1 năm nếu lần siêu âm trước đó bất thường) để đánh giá chức năng thất trái, tình trạng van tim và huyết động.
- Nghiệm pháp gắng sức gây thiếu máu cơ tim**
 Làm khi cần thiết để đánh giá thay đổi mức độ triệu chứng và/hoặc làm sớm (1-3 tháng) sau tái tưới máu để tham chiếu và/hoặc định kỳ (3-5 năm) để đánh giá lại tình trạng thiếu máu cơ tim.
- Chụp ĐMV xâm lấn**
 Tiến hành khi cần thiết đối với bệnh nhân nguy cơ cao qua các thăm dò không xâm lấn hoặc đau thắt ngực nhiều (CCS 3-4).

Theo dõi và quản lý bệnh nhân có hội chứng động mạch vành mạn

Kết luận

- Hội chứng mạch vành mạn:
 1. Chẩn đoán thể bệnh mạch vành mạn
 2. Phân tầng nguy cơ
 3. Điều trị theo phân tầng nguy cơ
 4. Điều trị nội khoa là nền tảng
 5. Tái tưới máu mạch vành:
 - Nhóm nguy cơ cao
 - Thất bại khi điều trị nội khoa

Thank you

