



GS. TS. NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH (Bệnh tim thiếu máu cục bộ)

GS. TS. NGUYỄN LÂN VIỆT
(Viện Tim mạch Việt Nam)

Quý vị đang xem video “BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH”



GS. TS. NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Phân loại bệnh tim thiếu máu cục bộ

Bệnh ĐMV, suy vành, thiếu năng vành, bệnh tim thiếu máu cục bộ gồm:

• Hội chứng vành cấp:

- ✓ Đau thắt ngực không ổn định
- ✓ Nhồi máu cơ tim ST không chênh lên
- ✓ Nhồi máu cơ tim ST chênh lên

• Đau thắt ngực ổn định mạn tính

• Thiếu máu cơ tim thầm lặng:

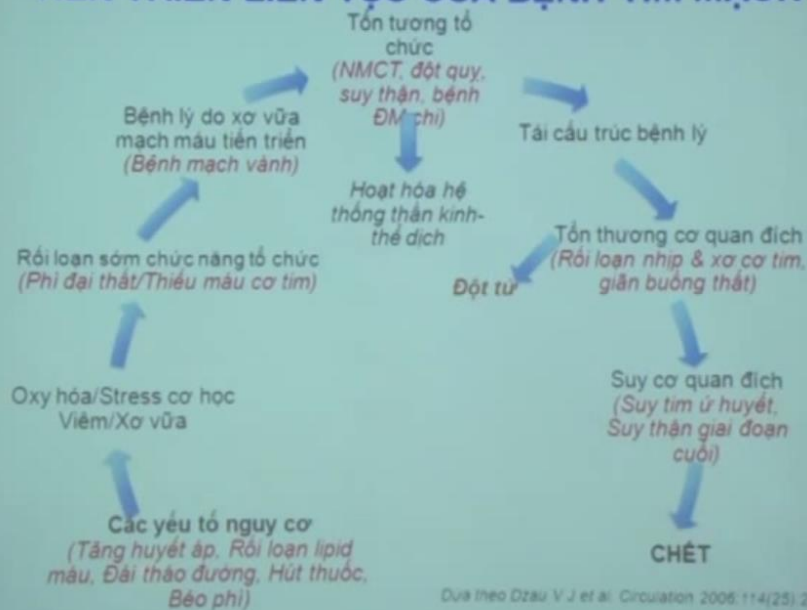
- ✓ Đau thắt ngực do co thắt ĐMV
- ✓ Đau thắt ngực do bệnh lý vi mạch
- ✓ Hội chứng X
- ✓ Bất thường động mạch vành

viên của diễn đàn Bệnh Học (www.benhhoc.com) ch



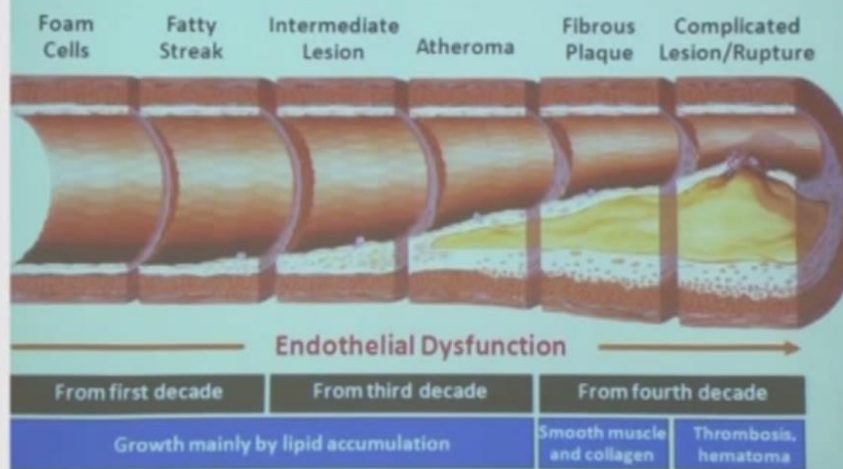
GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

TIẾN TRIỂN LIÊN TỤC CỦA BỆNH TIM MẠCH



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

TIẾN TRIỂN CỦA MẢNG XƠ VỮA





GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Cơn đau thắt ngực “điển hình”

Đau thắt ngực điển hình:

- Cảm giác đau như bóp nghẹt, đè nặng, ép chặt, rất bồng sau xương ức
 - Hướng lan lên vai, cằm, mặt trong cánh tay, vùng thượng vị
- Xuất hiện có tính quy luật, liên quan đến gắng sức, xúc cảm mạnh, gặp lạnh, sau bữa ăn nhiều, hút thuốc lá...
 - Kéo dài 3-15 phút
- Giảm, đỡ khi hết tác nhân gây gắng sức hoặc khi dùng nitroglycerine

Đau thắt ngực không điển hình/không do tim:

- Không điển hình (2/3 triệu chứng) hoặc không do tim (0-1/3 triệu chứng)
- Cảm giác đau kiểu nhức nhối, râm rứt, đau chói
- Quanh thành ngực, dưới vù, hướng lan đa dạng, thay đổi theo tư thế
- Xuất hiện bất chợt, không liên quan với tác nhân gắng sức
- Kéo dài vài giây, ít phút, vài giờ hoặc cả ngày
- Có thể đáp ứng với nitroglycerin hoặc không

Aorams J. N Engl J Med 2005;352:2524-
Sangareddi V, et al. Coron Artery



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Mức độ đau thắt ngực “ổn định”

Phân độ đau thắt ngực theo Hội Tim mạch Canada (CCS):

Độ 1: Hoạt động thể lực bình thường không gây đau thắt ngực (đi bộ, leo thang). Đau thắt ngực chỉ xuất hiện khi gắng sức mạnh hoặc kéo dài.

Độ 2: Bắt đầu có hạn chế do đau ngực khi hoạt động thể lực bình thường (đi bộ nhanh hoặc xa >2 dãy nhà, leo cầu thang nhanh hoặc >1 tầng gác). Đau thắt ngực có thể nặng lên sau ăn, gặp lạnh hoặc xúc động mạnh.

Độ 3: Hạn chế đáng kể hoạt động thể lực bình thường do đau thắt ngực (đau thắt ngực xuất hiện khi leo bộ 1 tầng gác hoặc đi bộ dãy nhà).

Độ 4: Hoạt động thể lực bình thường nào cũng gây đau thắt ngực. Đau thắt ngực xuất hiện ngay khi làm việc/gắng sức nhẹ hoặc lúc đang nghỉ.

Aorams J. N Engl J Med 2005;352:2524-
Sangareddi V, et al. Coron Artery



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Phân loại đau thắt ngực không ổn định

Độ Đặc điểm (phân loại theo Braunwald)

- I** Đau thắt ngực khi gắng sức:
- Mới xảy ra, nặng, tiến triển nhanh
 - Đau ngực mới trong vòng 2 tháng
 - Đau ngực với tần số dày hơn
 - Đau ngực gia tăng khi gắng sức nhẹ
 - Không có đau ngực khi nghỉ trong vòng 2 tháng
- II** Đau thắt ngực khi nghỉ, bán cấp: Đau ngực khi nghỉ xảy ra trong vòng 1 tháng nhưng không phải mới xảy ra trong vòng 48 giờ
- III** Đau thắt ngực khi nghỉ, cấp: đau ngực xảy ra trong vòng 48 giờ

Các hoàn cảnh lâm sàng

- A** Đau thắt ngực thứ phát: xảy ra do các yếu tố không phải bệnh tim mạch như thiếu máu, nhiễm trùng, cường giáp trạng, thiếu oxy...
- B** Đau thắt ngực tự phát
- C** Đau thắt ngực không ổn định sau NMCT: trong vòng 2 tuần sau NMCT



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Phân tầng đau thắt ngực không ổn định

	Nguy cơ CAO	Nguy cơ TRUNG BÌNH	Nguy cơ THẤP
Tiền sử	Triệu chứng thiếu máu cơ tim tăng dần lên trong vòng 48 giờ trước đó	Tiền sử NMCT/bệnh ĐM ngoại vi/TBMN, mô bắc cầu chủ vành, đã dùng Aspirin.	
Đặc điểm cơn đau	Đau thắt ngực kéo dài (>20 phút) kể cả trong lúc nghỉ	• Đau thắt ngực lúc nghỉ kéo dài > 20 phút, nay đã giảm. • Đau thắt ngực về đêm. • Đau thắt ngực mỗi lần nặng lên, CCS III-IV trong 2 tuần qua.	• Đau thắt ngực tăng lên về mức độ, tần số hoặc thời gian. • Mới đau ngực trong 2 tháng-2 tuần
Đặc điểm lâm sàng	• Phù phổi • Ho/HL mới hoặc nặng lên hơn • T ₂ rales phổi (mới/nặng lên) • Tụt HA, nhịp nhanh/nhịp chậm • Tuổi >75	Tuổi > 70	
Điện tâm đồ	• ST thay đổi thoáng qua trong cơn đau (lúc nghỉ) > 0.5 mm • Blocc nhánh mới xuất hiện • Nhịp nhanh thất đại dạng	• T âm, đảo chiều > 2mm • Q bệnh lý hoặc ST chênh xuống lúc nghỉ < 1mm ở nhiều chuyển đạo.	Điện tim bình thường hoặc không thay đổi trong cơn đau.
Men tim	Tăng rõ CKMB, hoặc TnT(i) (>0.1 ng/mL)	Tăng nhẹ CKMB hoặc TnT(i) (0.01-0.1 ng/mL)	Bình thường

Anderson JL, et al. J Am Coll Cardiol 2001



GS.TS NGUYỄN LÂM VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Điện tâm đồ trong bệnh mạch vành

- ❖ Dùng để sàng lọc khi nghỉ, trong cơn đau, suốt trong 24 giờ...
- ❖ Tuy nhiên > 60% bệnh nhân đau thắt ngực ổn định có điện tim bình thường
- ❖ Hình ảnh bệnh tim thiếu máu trên điện tim:
 - Biểu hiện thiếu máu: đoạn ST chênh xuống, cứng, thẳng đứng...; sóng T âm
 - Di chứng NMCT cũ: sóng Q
 - Động học ST/T liên quan với cơn đau
- ❖ Có thể gợi ý vị trí và mức độ thương tổn ĐMV
- ❖ Các hoàn cảnh che khuất thay đổi của điện tâm đồ: dày thất trái, bloc nhánh, hội chứng tiền kích thích, rung nhĩ...
- ❖ Theo dõi điện tim 24 giờ (Holter) có giá trị trong đau thắt ngực thăm lặn, do cơ thắt

ia diễn đàn Bệnh Học (www.benhhoc.com) chia sẻ vớ

Bệnh động mạch vành - Gs.Ts Nguyễn Lâm Việt (Full)



GS.TS NGUYỄN LÂM VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Điện tâm đồ trong hội chứng vành cấp

Xác định (chẩn đoán) và phân tầng nguy cơ (tiên lượng) dựa vào:

NMCT có ST chênh lên

- Mức độ lan rộng của **tổn thương cơ tim**: vùng NMCT, hình dạng QRS, thoái triển của ST và biến động của sóng T
- Xuất hiện sóng Q mới hoặc chiều cao của sóng R
- Các rối loạn dẫn truyền ± rối loạn nhịp

Hội chứng vành cấp (ST không chênh lên) hoặc đau ngực ổn định:

- Mức độ lan rộng của **thiếu máu cơ tim**: vị trí ST chênh xuống, đảo ngược sóng T..., liên quan với cơn đau ngực
- Sóng Q (mới xuất hiện hoặc đã tồn tại cũ)
- Bloc nhĩ thất hoặc các rối loạn dẫn truyền trong thất
- Bảng chứng của dày thất trái ± các rối loạn nhịp



19:22 / 54:40





GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Hội chứng vành cấp trên điện tâm đồ

<p>Thiếu máu cơ tim dưới nội mạc (đau thắt ngực cổ điển):</p> <p>ST chênh xuống thoáng qua không kèm thay đổi QRS</p>	<p>Thiếu máu cơ tim xuyên thành (cơn Prinzmetal, h/c Takotsubo*):</p> <p>ST chênh lên thoáng qua/bất thường sóng T</p>
<p>NMCT ST không chênh lên</p> <p>ST chênh xuống hoặc T âm, không có sóng Q, nhưng có bằng chứng hoại tử cơ tim (men tim)</p>	<p>NMCT ST chênh lên</p> <p>ST chênh lên, thay đổi sóng T, xuất hiện sóng Q hoại tử</p>

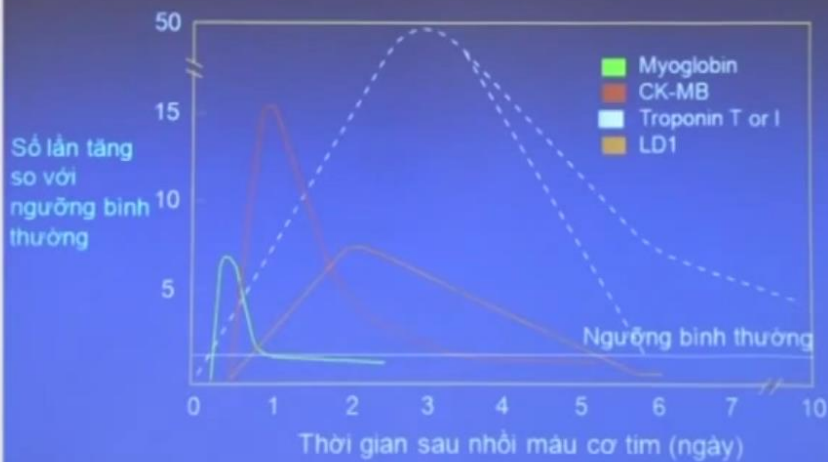
* Takotsubo (bệnh cơ tim) gây NMCT mà không tắc nghẽn ĐMV

Goldberger, AL. Clinical Electrocardiography: A Simplified Approach, 7th ed. Mosby, Inc. St Louis 2006



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

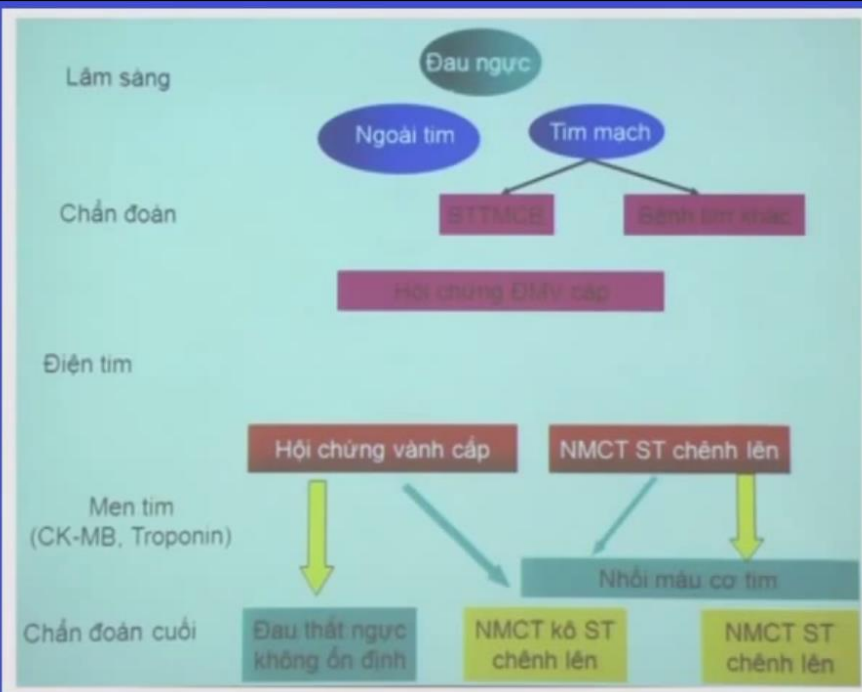
Thay đổi dấu ấn sinh học khi NMCT



Wu AH, et al. Journal of Clinical Immunology 1994; 17: 25-9



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Tiến triển của bệnh mạch vành				
	Đau thắt ngực ổn định	Đau thắt ngực không ổn định	NMCT không có ST Chênh lên	NMCT có ST Chênh lên
Hội chứng Đuối cấp		Không	Dương tính	Dương tính
Điện tâm đồ giai đoạn sớm		ST chênh xuống ± T âm sâu	ST chênh xuống ± T âm sâu	ST chênh lên
Điện tâm đồ giai đoạn muộn		Chưa có Q	Chưa có Q	Xuất hiện Q

Antman EM. In: Heart Disease: A Textbook in Cardiovascular Medicine, 5th ed. 1997.



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Các thăm dò về mạch vành

Thăm dò về giải phẫu tổn thương:

- Không xâm lấn: hình ảnh mạch vành và mức độ vôi hoá trên phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT), cộng hưởng từ mạch máu (MRI)
- Xâm lấn: chụp ĐMV chọn lọc qua ống thông, siêu âm trong lòng mạch và các kỹ thuật hình ảnh tiên tiến khác (IVUS, OCT...)

Thăm dò về ảnh hưởng của tổn thương (chức năng) đến cơ tim

- Không xâm lấn:
 - Điện tim lúc nghỉ, trong cơn đau, 24 giờ (Holter điện tim)
- Xạ hình tưới máu cơ tim (PET, SPECT...)
 - Nghiệm pháp gắng sức thể lực (đạp xe, chạy thảm) hoặc thuốc, đánh giá bằng điện tim, siêu âm, xạ hình tưới máu, cộng hưởng từ....

- Xâm lấn: Đo dự trữ vành (FFR), IVUS

Thăm dò về ảnh hưởng đến cả quả tim

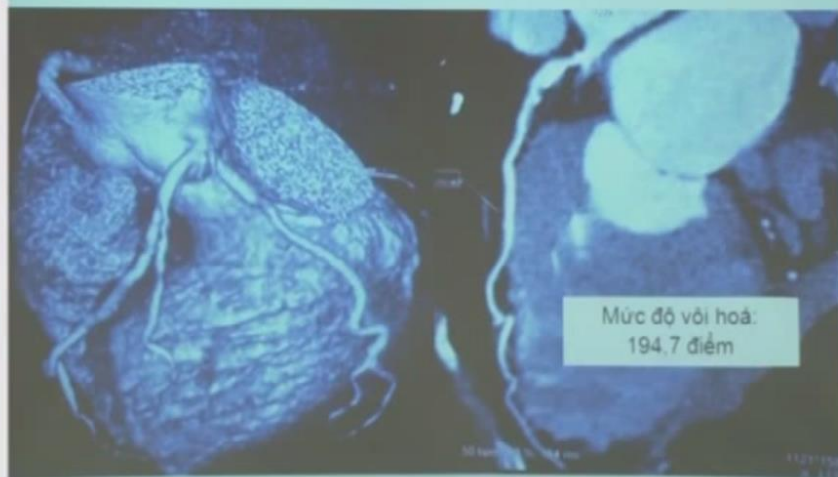
- Chức năng tổng máu & tạo nhịp tim



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Chụp cắt lớp đa dãy MSCT mạch vành

- Mức độ vôi hoá của hệ ĐMV
- Tổn thương hẹp/tắc động mạch vành và mạng lưới bàng hệ
- Các bất thường về giải phẫu khác





GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Chụp mạch vành chọn lọc

- Có thể đánh giá không chính xác mức độ nặng & lan toả của ĐMV
- Có giá trị trong
 - xác định tiên lượng
 - lựa chọn phương hướng điều trị

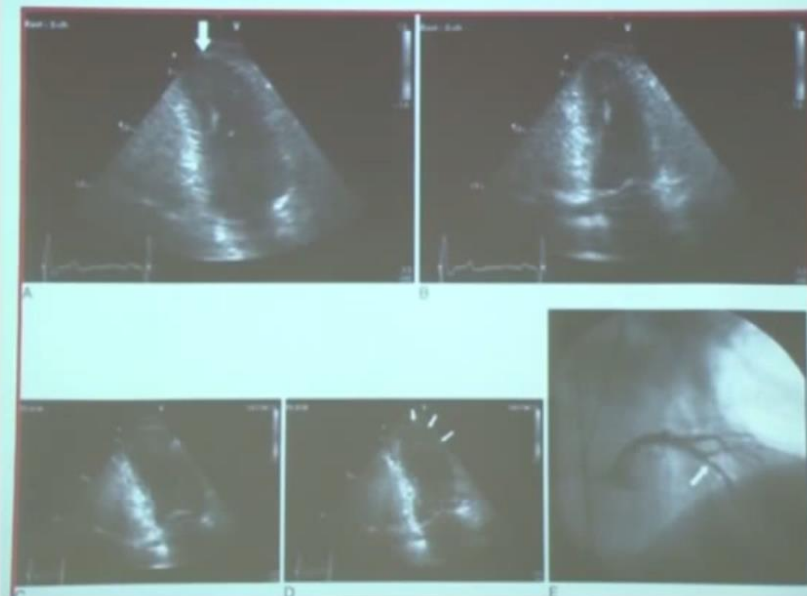


g đồng, xin chân thành cảm ơn quý vị theo dõi!



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

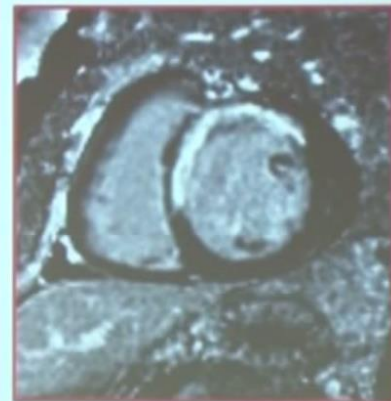
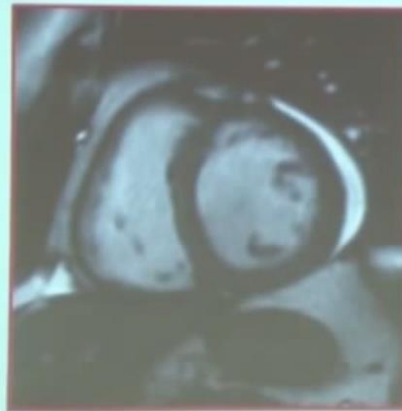
Siêu âm tim gắng sức





GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

MRI khảo sát sống còn cơ tim

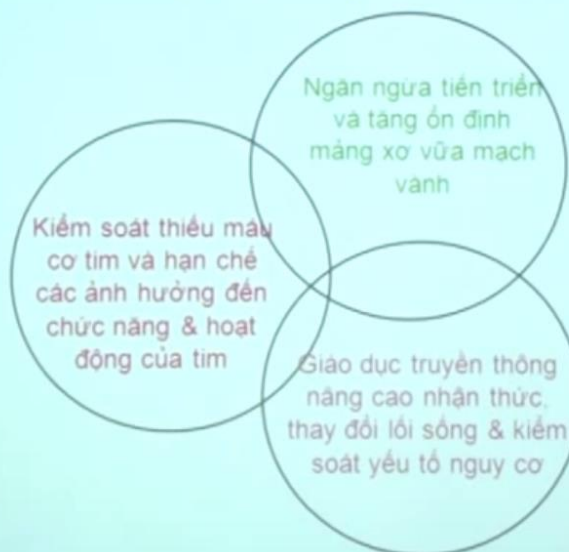


> 50% transmural
delayed hyperenhancement



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Chiến lược điều trị bệnh mạch vành





GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Điều trị bệnh tim thiếu máu cục bộ

Kiểm soát yếu tố nguy cơ
kiểm soát HA, đường
kiểm soát lipid máu
bỏ hút thuốc,
lối sống khỏe.

Tái thông ĐMV thủ phạm
tiểu huyết khối (NMCT cấp)
can thiệp ĐMV
mở bắc cầu chủ-vành

Giảm tải thất trái, điều trị và dự phòng các biến
chứng của thiếu máu và hoại tử cơ tim cấp tính
chẹn beta giao cảm
ức chế men chuyển, ức chế thụ thể AT1,
kháng aldosterone,
tạo nhịp, thuốc chống loạn nhịp & máy phá rung
bóng ĐMC, thiết bị hỗ trợ thất trái...

Tăng cường giãn mạch
nitrates và dẫn xuất
? chẹn kênh canxi

Ổn định mảng xơ vữa
statin liều cao
chẹn beta giao cảm...

Ngăn ngừa huyết khối
chống ngưng tập tiểu cầu
kháng thrombin
chống đông...



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Điều trị bệnh tim thiếu máu cục bộ

Cải thiện tiên lượng

Cải thiện triệu chứng

Ngăn ngừa tiến triển, phòng
ngừa biến cố tim mạch
(tử vong/NMCT/RLCN thất,
RL nhịp, suy tim...)

Cải thiện triệu chứng
(đau thắt ngực,
khả năng gắng sức)

- Thay đổi lối sống & kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch
- Điều trị nội khoa tối ưu
- Tái thông động mạch vành
- Máy phá rung/tái đồng bộ thất
- Tế bào gốc, gene, yếu tố tân mạch

□ vai trò của statin, aspirin, kiểm soát các yếu tố nguy cơ

- Thay đổi lối sống & kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch
- Điều trị nội khoa tối ưu
- Tái thông động mạch vành
- Bóng đối xung ngoài (EECP)

□ vai trò của nitrate, chẹn beta, chẹn kênh canxi, can thiệp stent



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Điều trị tái thông động mạch vành

- Thuốc tiêu sợi huyết trong NMCT cấp (những giờ đầu)
- Can thiệp qua đường ống thông (PCI/PTCA): nong đặt stent, khoan cắt mảng xơ vữa...
- Phẫu thuật cầu nối chủ vành (CABG)

Một số biện pháp khác

- Tái tạo mạch xuyên cơ tim bằng LASER
- Động mạch hoá tĩnh mạch vành
- Liệu pháp tế bào gốc
- Liệu pháp gen, yếu tố tăng mạch...
- ...



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Tái thông động mạch vành

Mục đích của bất kỳ phương pháp tái thông ĐMV (PCI/CABG)

- Hoặc để cải thiện triệu chứng (chất lượng sống)
- Hoặc để cải thiện tiên lượng (dự phòng tử vong hoặc NMCT)

Chiến lược đối với hội chứng vành cấp (kể cả NMCT cấp):

- Tái thông động mạch vành thủ phạm: **đã thống nhất**
- Thời điểm tái thông ĐMV nếu đã muộn

Tái thông động mạch vành dự phòng:

- Tái thông ĐMV còn hẹp: như đau thắt ngực ổn định?
- Xử trí mảng xơ vữa dễ tổn thương: chưa thống nhất

Chiến lược đối với đau thắt ngực ổn định mạn tính

- Điều trị nội khoa tối ưu hay tái thông động mạch vành
- Tái thông toàn bộ hay không toàn bộ mạch vành
- Tái thông dựa vào mức độ hẹp ĐMV hay thiếu máu cơ tim



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Can thiệp ĐMV trong hội chứng vành cấp

Can thiệp cấp cứu:

- Đau thắt ngực tái phát hoặc kéo dài, không đáp ứng với điều trị, có hoặc không kèm thay đổi ST hoặc T âm sâu
- Biểu hiện lâm sàng của suy tim hoặc huyết động không ổn định tiến triển
- Rối loạn nhịp nguy hiểm (nhịp nhanh thất, rung thất)

Can thiệp sớm (< 72h):

- Tăng men tim (TnT/I)
- Biến đổi ST/T (có hoặc không kèm triệu chứng)
- Tiểu đường
- Rối loạn chức năng thận (GFR < 60ml/phút)
- RLCN thất trái (EF < 40%)
- Đau ngực sớm sau NMCT
- Tiền sử NMCT cũ
- Trong vòng 6 tháng sau can thiệp ĐMV
- Tiền sử mổ cầu nối chủ vành

Can thiệp trì hoãn:

- Không còn đau thắt ngực tái phát
- Không có thay đổi ST hoặc T trong vòng 6h đầu kể từ khi nhập viện
- Không tăng Tn trong vòng 6h đầu kể từ khi nhập viện



ESC-Guidelines for the diagnosis and treatment of ACS. Eur Heart J 2007; 28: 1598-660



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Mổ bắc cầu nối chủ vành

- Ưu tiên: hẹp nhiều ĐMV, tổn thương thân chung, giải phẫu không phù hợp cho can thiệp, chức năng thất trái thấp, kèm tổn thương van, có tiểu đường, tái hẹp stent...
- Bắc cầu nối bằng: ĐM vú trong, TM hiển trong, ĐM quay, ĐM thượng vị
- Phối hợp sửa/thay van hai lá ± Tạo hình cơ tim...



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Lựa chọn phương án tái thông mạch vành

Điều trị nội khoa



Bệnh ĐMV ổn định:

- ✓ Đau thắt ngực đã kiểm soát tốt
- ✓ ĐMV không hẹp mức "nguy hiểm"
- ✓ NFGS không tương tính mạnh

Phẫu thuật bắc cầu nối



Bệnh ĐMV ổn định/Hội chứng vành cấp:

- ✓ Nguy cơ cao hoặc tổn thương phức tạp không phù hợp với can thiệp
- ✓ Can thiệp nhiều lần vẫn thất bại

Can thiệp qua ống thông



Hội chứng vành cấp:

- ✓ Đa số bệnh nhân trừ khi tổn thương không phù hợp với can thiệp

Bệnh ĐMV ổn định

- ✓ Đau thắt ngực không kiểm soát được tốt
- ✓ ĐMV hẹp ở mức "nguy hiểm"
- ✓ NFGS tương tính rõ

hướng - Viện Tim Mạch Việt Nam hướng dẫn. Video n



GS.TS NGUYỄN LÂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Điều trị nội khoa tối ưu

- A = Aspirin & Antianginal therapy
- B = Beta-blocker & Blood pressure
- C = Cigarette smoking & Cholesterol
- D = Diet & Diabetes
- E = Education & Exercise

- Aspirin suốt đời nếu không chống chỉ định. Kết hợp với Clopidogrel nếu nguy cơ cao, sau đặt stent.
- Chẹn beta giao cảm + ức chế men chuyển thường quy nếu không có chống chỉ định. Thay UCMC bằng UC thụ thể AT1 nếu không dung nạp.
- Statin để kiểm soát mỡ máu lipid máu (mục tiêu LDLC < 100 mg/dl). Kết hợp với fibrate nếu triglyceride cao + HDLC thấp.
- Kiểm soát cơn đau bằng dẫn xuất nitrates + chẹn beta giao cảm. Phối hợp với thuốc chẹn kênh canxi nếu chưa kiểm soát hết cơn đau.
- Thay đổi lối sống, nâng cao nhận thức về bệnh và yếu tố nguy cơ



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Chuyển hoá năng lượng ở mức tế bào cơ tim

Thuốc tác động gián tiếp đến chuyển hóa TB:

- Chẹn beta giao cảm
- Dung dịch GIK (Glucose-Insuline-Potassium)

Thuốc tác động trực tiếp đến chuyển hóa TB:

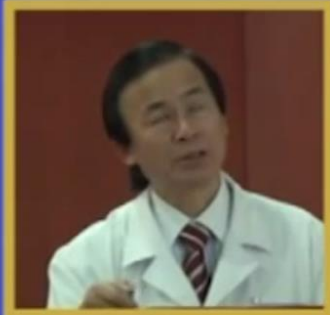
- Perhexiline
- Trimetazidine
- Ranolazine
- Etomoxir
- L-carnitine
- Ribose
- Dichloroacetate...



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam










Điều trị phòng nhồi máu cơ tim và đột tử theo ACC'12

- Aspirin 75-162mg/ngày cho mọi bệnh nhân trừ khi có chống chỉ định
- Clopidogrel có thể dùng để thay thế nếu aspirin có chống chỉ định.
- Aspirin 75-162mg/ngày + Clopidogrel 75mg/ngày có thể dùng đối với bệnh nhân bệnh ĐMV ổn định mạn tính có nguy cơ cao
- Không chống ngưng tập tiểu cầu bằng dipyridamole với bệnh ĐMV mạn
- Bắt đầu dùng chẹn beta và kéo dài 3 năm cho mọi bệnh nhân sau NMCT hoặc hội chứng vành cấp có chức năng thất trái bình thường.
- Dùng chẹn beta (carvedilol, metoprolol succinate, bisoprolol) cho mọi b/n có RLCN thất trái (EF \leq 40%) kèm suy tim, NMCT cũ trừ khi chống chỉ định.
- Chẹn beta **điều trị lâu dài** cho bệnh nhân khác có bệnh ĐMV/mạch máu
- UCMC dùng cho mọi bệnh nhân có bệnh ĐMV ổn định mạn tính có THA, đái đường, LVEF \leq 40%, bệnh thận mạn tính, trừ khi có chống chỉ định
- UCTT dùng cho bệnh nhân có chỉ định nhưng không dung nạp với UCMC



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Thay đổi lối sống và kiểm soát YTNC theo ACC'12

-  Thay đổi lối sống, hoạt động thể lực tích cực, giảm cân.
-  Chế độ ăn giảm mỡ bão hòa (<7% tổng calo), acid béo *trans* (<1% tổng calo), và ít cholesterol (<200 mg/ngày).
-  Statin liều cao khi không có chống chỉ định hoặc tác dụng phụ.
-  Hạ huyết áp khi huyết áp $\geq 140/90$ mmHg, kết hợp với thay đổi lối sống.
-  Vận động thể lực mức trung bình trở lên 30-60 phút/ngày X 5-7 ngày/tuần.
-  Duy trì cân nặng lý tưởng BMI 18.5-22.9 kg/m² và vòng bụng < 90cm (nam) và < 80 cm (nữ).
-  Ngừng hoàn toàn hút thuốc
-  Uống rượu vừa đủ
-  Tránh ô nhiễm không khí



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Điều trị hậu quả của bệnh mạch vành

Điều trị suy tim mạn & ngăn ngừa các đợt suy tim mất bù cấp tính

- Ức chế men chuyển/ức chế thụ thể AT1
- Chẹn beta giao cảm
- Lợi tiểu + kháng aldosterone
- Tăng sức co bóp cơ tim ± chống đông (kháng vitamin K)
- Tải đồng bộ thất
- Thiết bị hỗ trợ thất trái.
- Can thiệp/phẫu thuật xử lý hở van hai lá do thiếu máu
- Ghép tim

Điều trị rối loạn nhịp tim & ngăn ngừa các rối loạn nhịp nguy hiểm

- Thuốc chống loạn nhịp: amiodarone/chẹn beta giao cảm
- Máy phá rung tự động (AICD)



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

Dự phòng tiên phát bệnh mạch vành

- ❖ Ngừng hoàn toàn hút thuốc (chủ động ± bị động)!
- ❖ Chế độ ăn nhiều rau và hoa quả (≥ 5 suất chuẩn/ngày), ít mỡ ($< 7\%$ chất béo bão hòa, nhiều omega-3)
- ❖ Hạn chế uống rượu (≤ 1 với nữ, ≤ 2 cốc chuẩn/ngày với nam)
- ❖ Hoạt động thể lực 30 phút/ngày và 4-6 ngày/tuần
- ❖ Đạt (giảm) & duy trì cân nặng lý tưởng (BMI 18,5-23 kg/m²) và vòng bụng < 90 cm ở nam, < 80 cm ở nữ
- ❖ Tuân thủ lối sống hợp lý, hạn chế stress.
- ❖ Kiểm soát HA hợp lý ($< 140/90$ mmHg), lý tưởng là 120/80.
- ❖ Kiểm soát chặt đường máu (< 6 mmol/L) và HbA1c $< 6.5\%$.
- ❖ Statin để kiểm soát cholesterol < 5 mmol/L, LDLC < 3 mmol/L
- ❖ Aspirin liều thấp nếu nguy cơ tim mạch cao
- ❖ Uống thuốc đều và tái khám định kỳ



GS.TS NGUYỄN VĂN VIỆT
Viện trưởng - Viện Tim Mạch Việt Nam

XIN CẢM ƠN

