

Khuyến cáo ESC 2019 – Chúng ta nhận thông điệp gì từ thuật ngữ mới *“Hội chứng vành mạn tính”?*

TS. BS. Nguyễn Quốc Thái, FASCC
Viện Tim Mạch Việt Nam

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

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

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

• Thông điệp gì mới?

Thuật ngữ “Hội chứng động mạch vành mạn tính” (Chronic Coronary Syndrome – CCS)

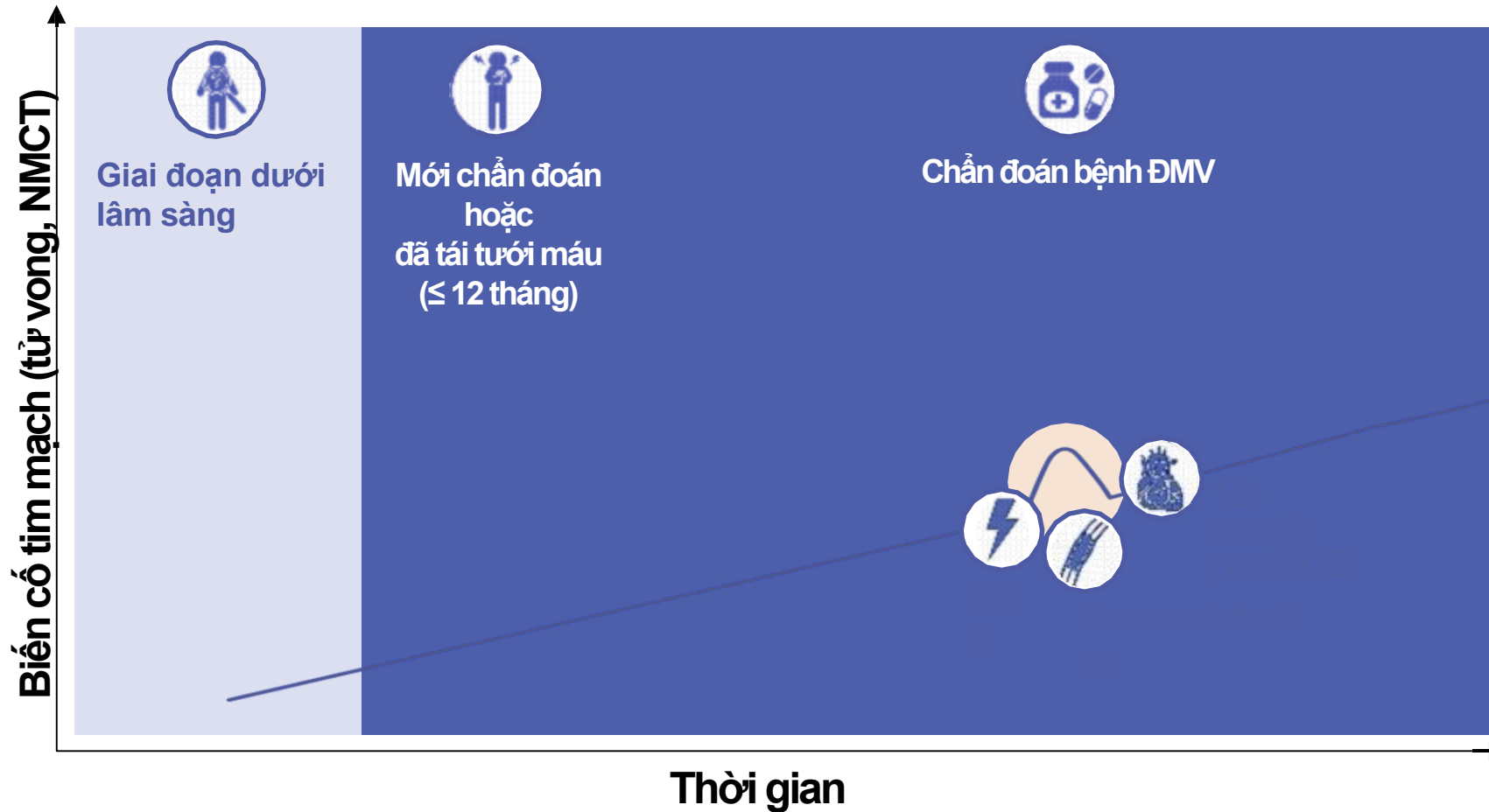
Disease -> **Syndrome**; Stable -> **Chronic**; Coronary Artery -> **Coronary**

- Nhận diện 6 nhóm bệnh nhân CCS
- Tiếp cận 6 bước trong chẩn đoán, điều trị CCS
- Tỷ lệ mắc bệnh ĐMV ở BN có triệu chứng thấp hơn ước tính dẫn đến xác suất tiền nghiệm (PTP) thấp hơn -> sử dụng test chẩn đoán thay đổi.
- Chẩn đoán hình ảnh nhiều tiến bộ (giải phẫu, chức năng); vai trò của CT tăng
- Nhiều bằng chứng của chống đông/ chống ngưng tập tiểu cầu mạnh
- PCI có vai trò cải thiện tiên lượng, ngăn ngừa NMCT

Natural history of CHRONIC coronary syndromes

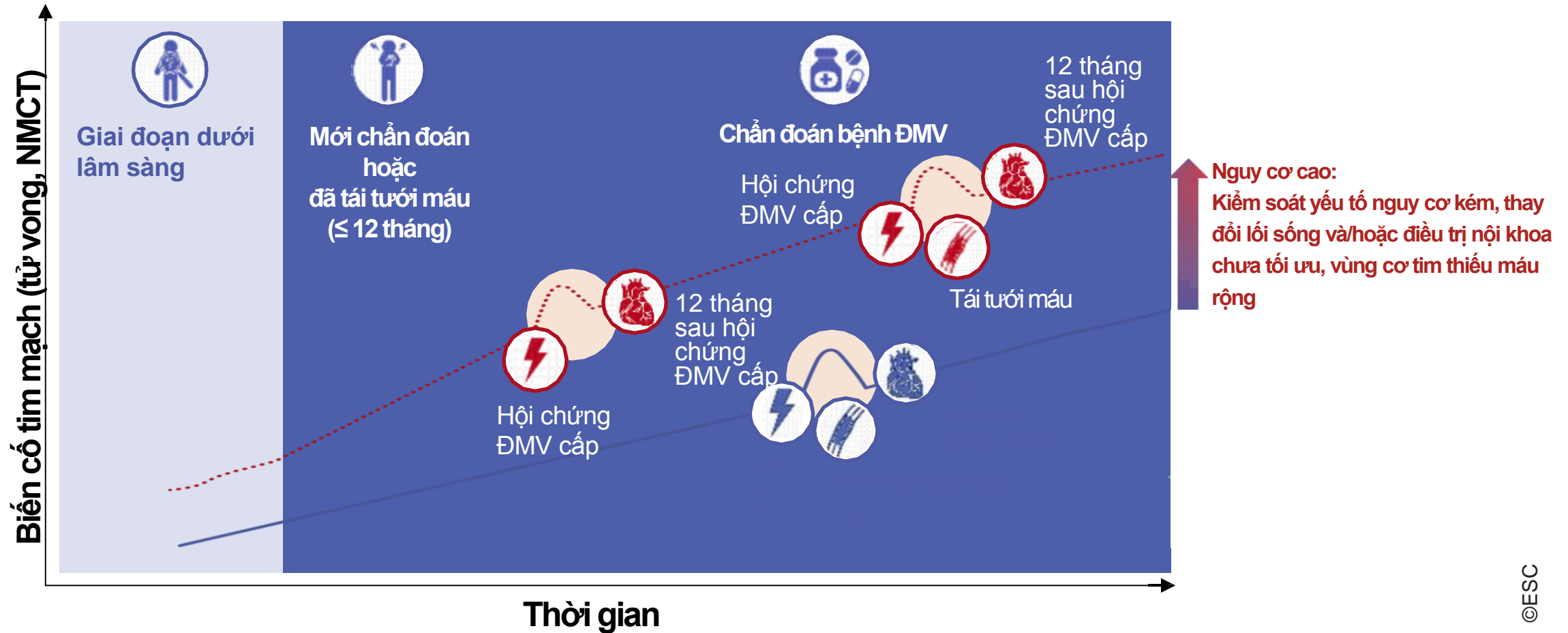
Một quá trình diễn biến **động**

~~STABLE~~



Natural history of CHRONIC coronary syndromes

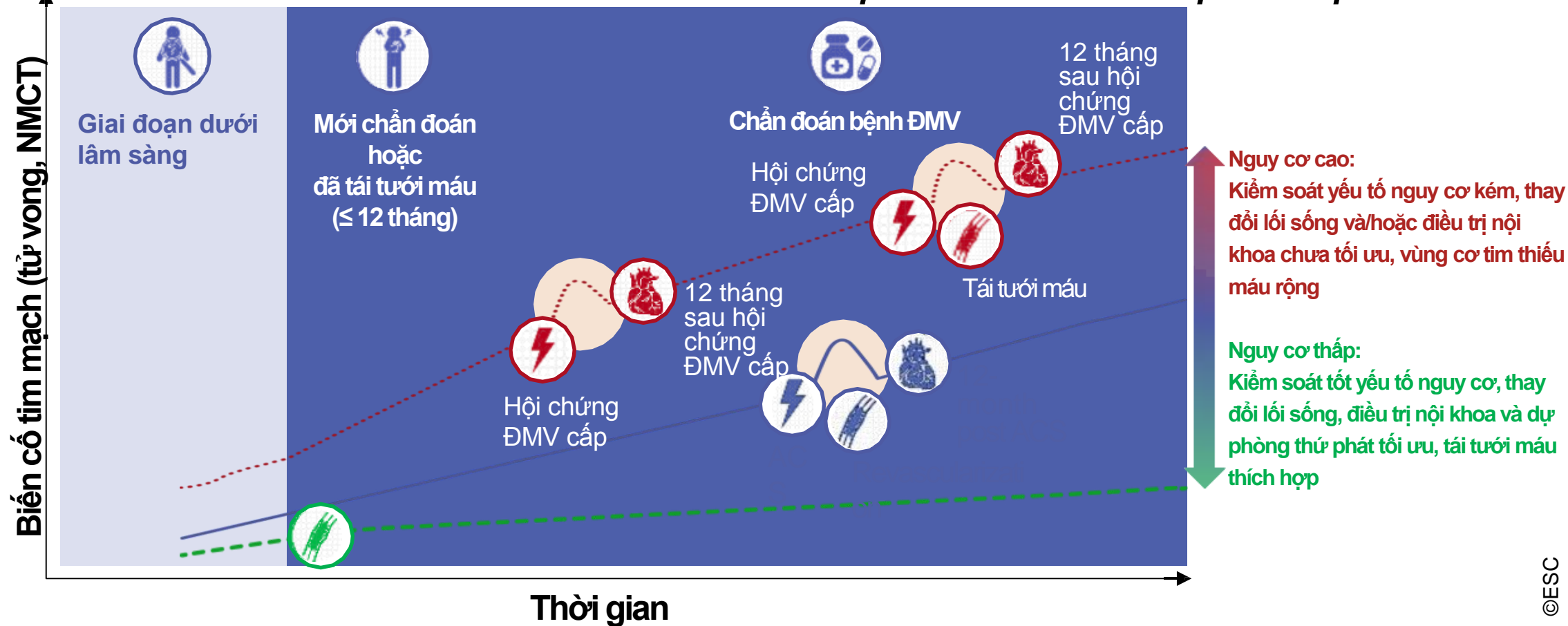
Một quá trình diễn biến **động**



● Natural history of CHRONIC coronary syndromes

Một quá trình diễn biến **động**

Từ BN mới chẩn đoán đến BN đã được chẩn đoán bệnh mạch vành



- **Message #1**
CHRONIC coronary syndromes

- Bệnh lý động mạch vành là một **quá trình diễn biến động** với những tổn thương ổn định xen kẽ không ổn định.
- Các hội chứng thiếu máu cục bộ cấp tính và mãn tính có thể do nhiều cơ chế có thể chồng lấp trong cùng một bệnh nhân và có thể thay đổi theo thời gian
- Diễn tiến sinh lý bệnh này **có thể đảo ngược** được nếu bệnh nhân ***tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống, điều chỉnh tốt các yếu tố nguy cơ, thực hiện tốt các biện pháp phòng ngừa.***

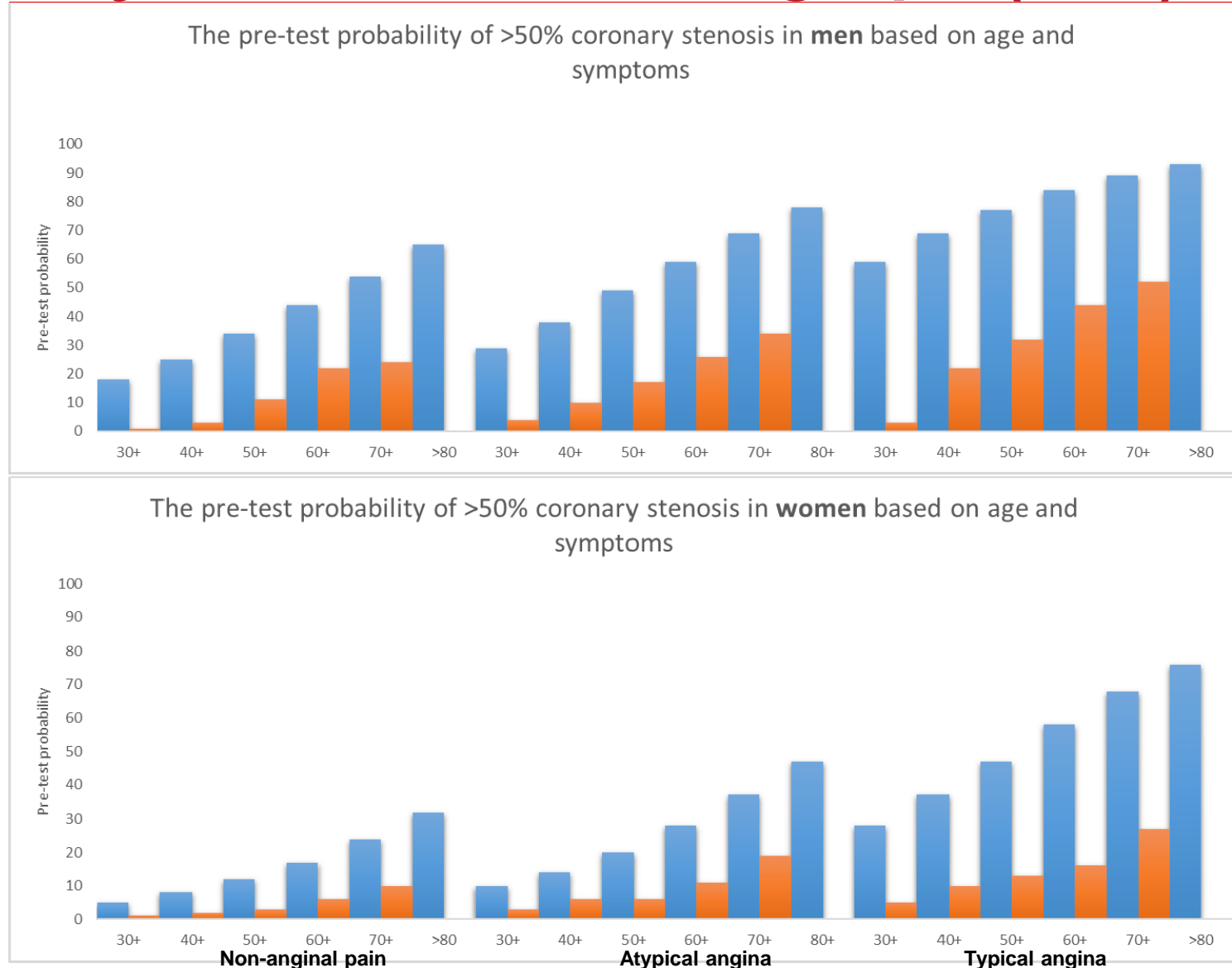
Thay đổi xác suất tiền nghiệm (PTP) từ 2013 > 2019

~~CORONARY ARTERY~~

Genders et al 2011 ESC
SCAD 2013 guidelines

Juarez-Orozco et al. EHJ CI 2019
ESC CCS 2019 guidelines

Năm 2019, **57%**
bệnh nhân đau thắt
ngực có **PTP < 15%**



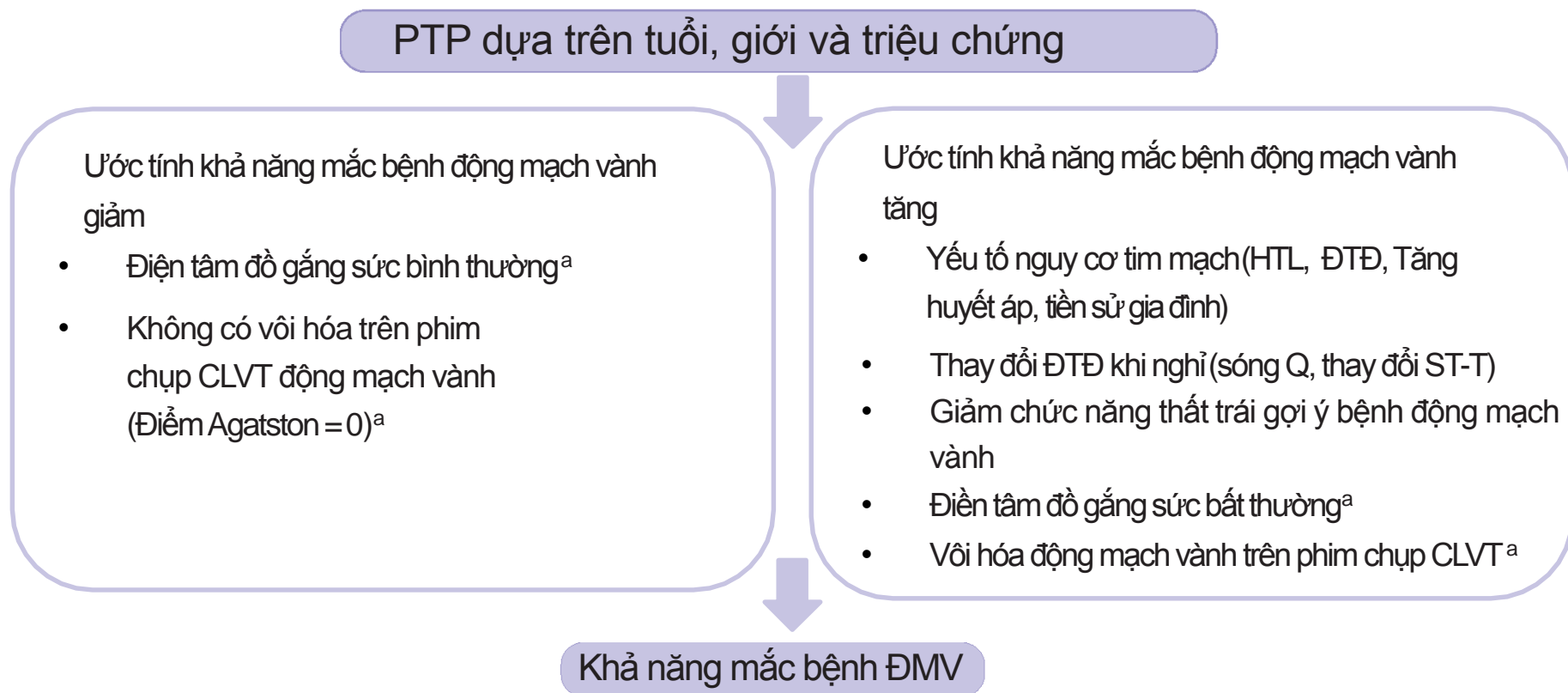
- Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/hoặc khó thở**
Đánh giá xác suất tiền nghiệm (PTP)

	ĐTN điển hình		ĐTN không điển hình		Không phải đau thắt ngực			Khó thở ^a	
Tuổi	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ		Nam	Nữ
30–39	3%	5%	4%	3%	1%	1%		0%	3%
40–49	22%	10%	10%	6%	3%	2%		12%	3%
50–59	32%	13%	17%	6%	11%	3%		20%	9%
60–69	44%	16%	26%	11%	22%	6%		27%	14%
70+	52%	27%	34%	19%	24%	10%		32%	12%

^a In addition to the classic Diamond and Forrester classes, patients with dyspnoea only or dyspnoea as the primary symptom are included. The dark green shaded regions denote the groups in which non-invasive testing is most beneficial (pre-test probability >15%). The light green shaded regions denote the groups with pre-test probability of CAD between 5-15% in which the testing for diagnosis may be considered after assessing the overall clinical likelihood based on modifiers of pre-test probability.

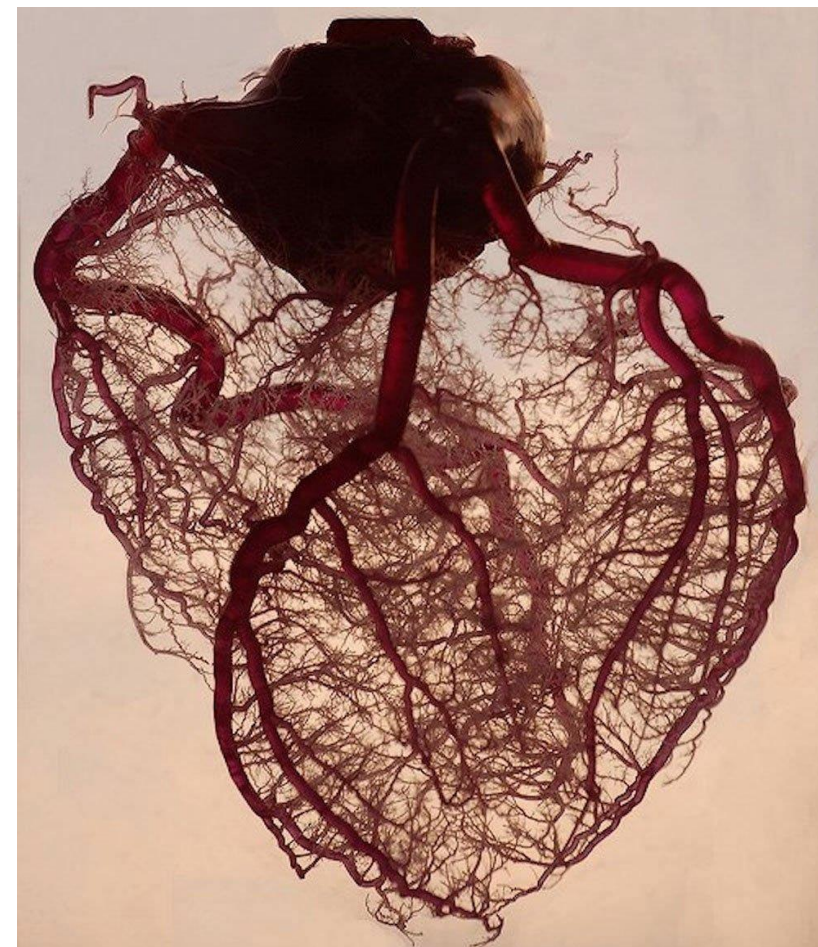
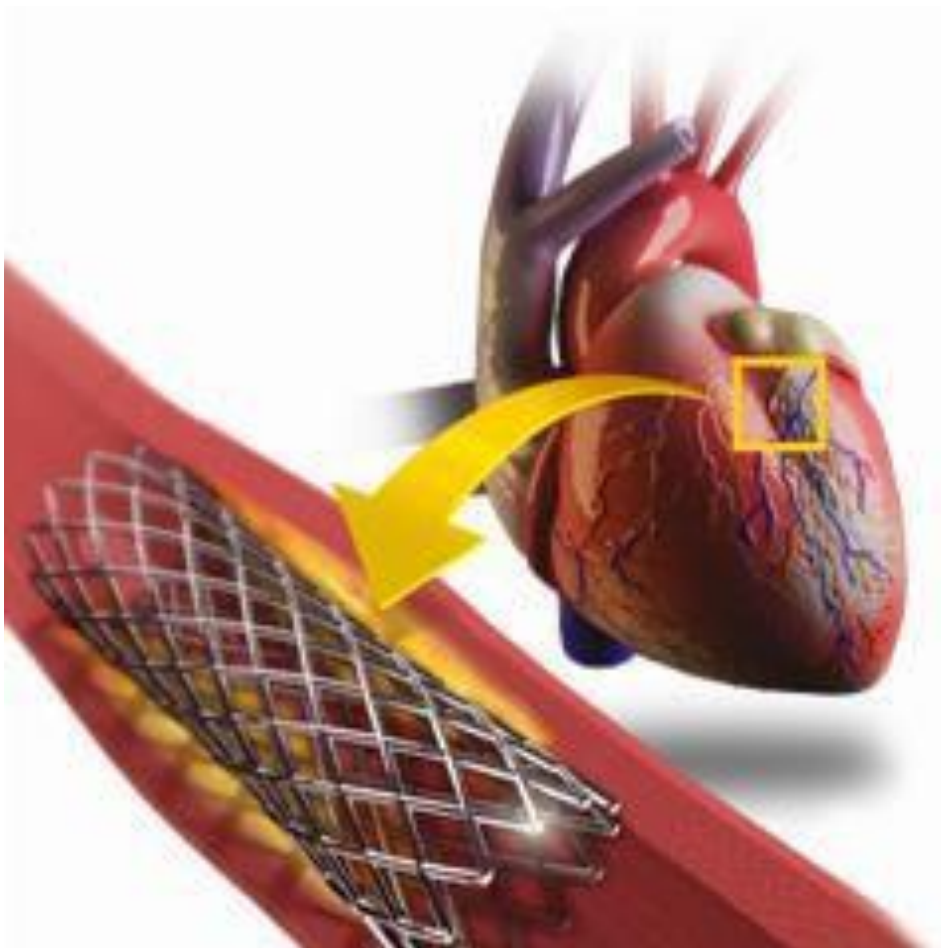
● Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/hoặc khó thở

Xác định khả năng mắc bệnh ĐMV

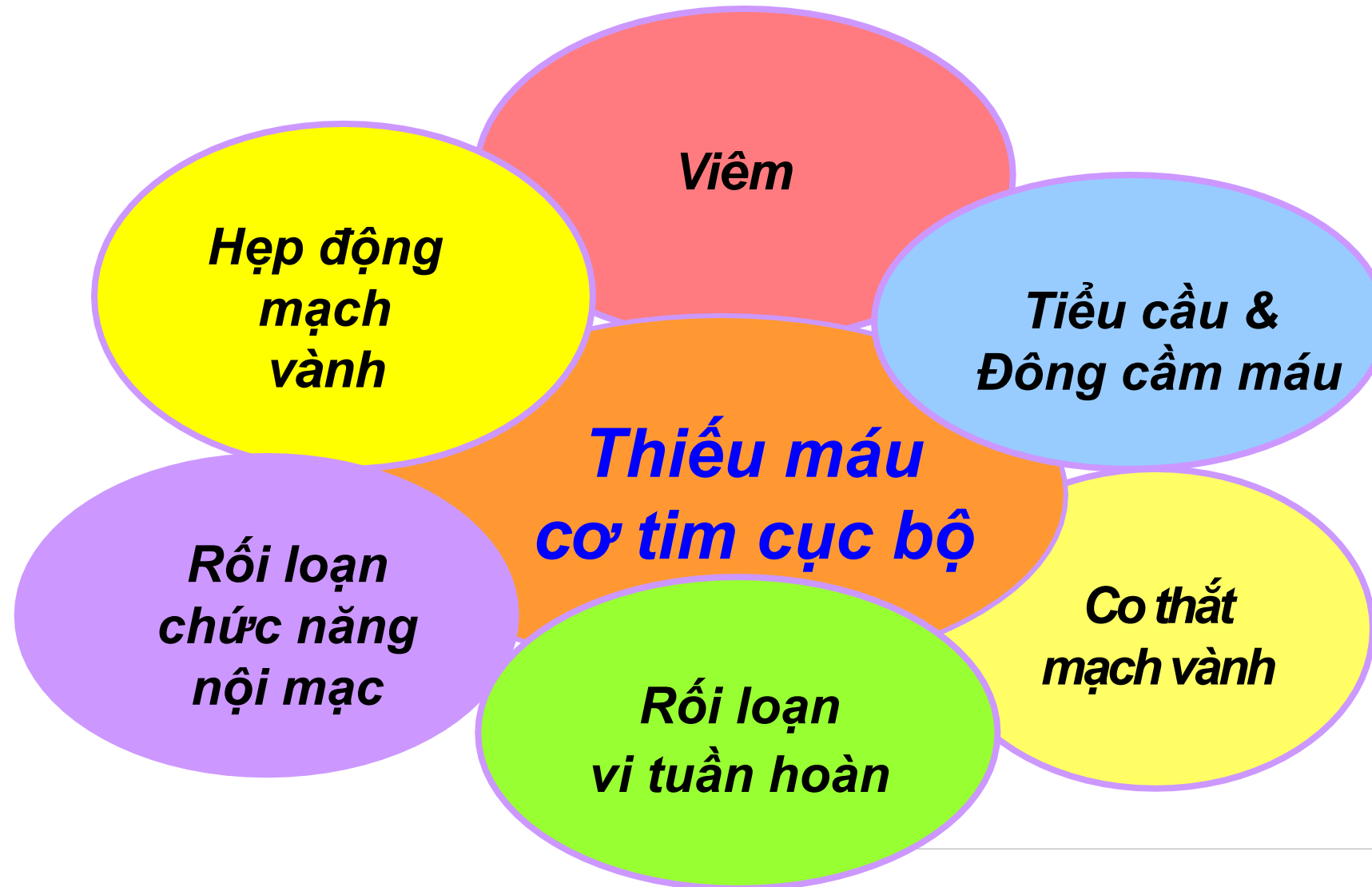


^a if available.

- **Moving Beyond the Clogged Pipe Paradigm**



An Evolving and More Inclusive View of Myocardial Ischemic Syndromes



● Message #2: Chronic CORONARY syndromes

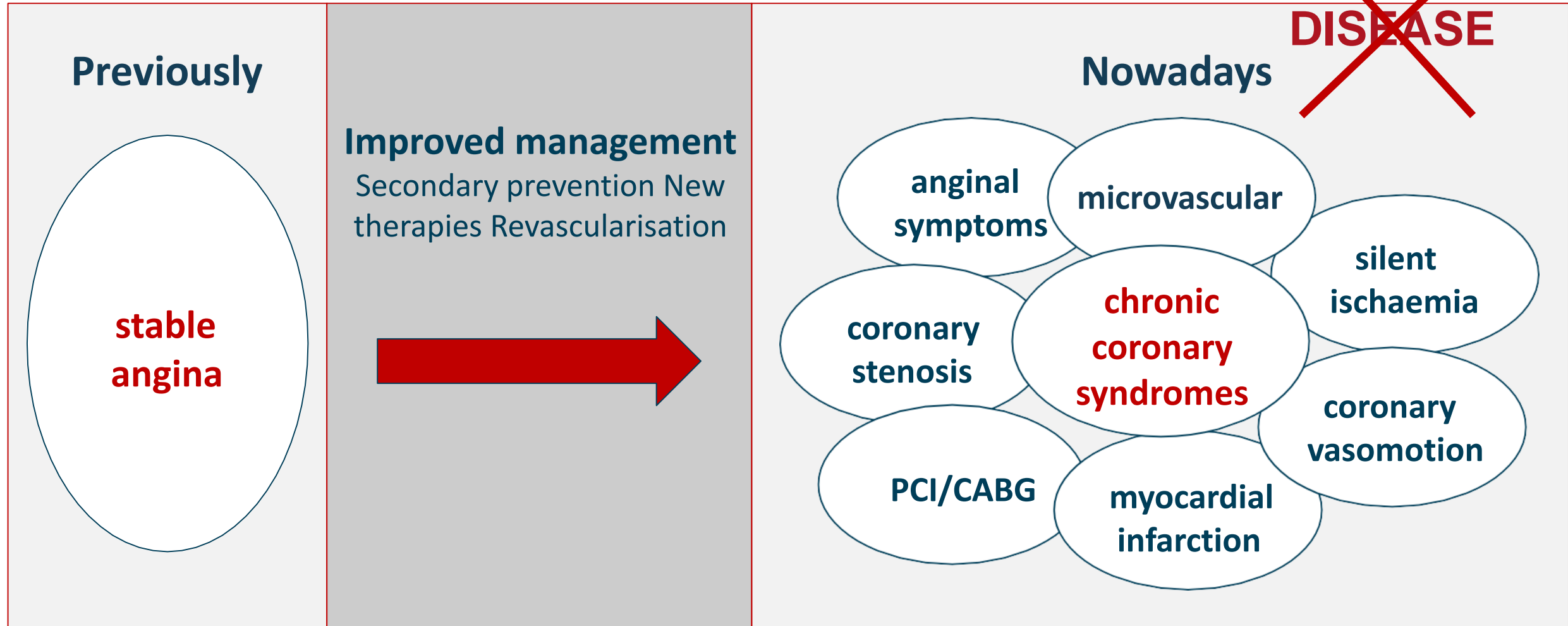
- Kỳ nguyên mà tỉ lệ bệnh nhân bị bệnh động mạch vành do tắc nghẽn ngày càng giảm.
 - Mọi liên hệ giữa hội chứng thiếu máu cục bộ cơ tim và xơ vữa động mạch vành:

Không chặt chẽ & phức tạp

- Bản chất **đa yếu tố** của hội chứng thiếu máu cục bộ cần được xem xét trong cách tiếp cận chẩn đoán và chiến lược điều trị tối ưu

Stable coronary artery disease: a changing entity

Highlights
ESC 2019



- **Hội chứng mạch vành mạn tính**
6 bệnh cảnh lâm sàng chính



Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/hoặc khó thở



Bệnh nhân mới khởi phát triệu chứng suy tim/giảm chức năng thất trái và nghi ngờ có bệnh lý bệnh ĐMV



Bệnh nhân có tiền sử hội chứng động mạch vành cấp hoặc được tái thông ĐMV trong vòng 1 năm, có hoặc không có triệu chứng



Bệnh nhân sau hội chứng động mạch vành cấp hoặc được tái thông ĐMV trên 1 năm



Bệnh nhân đau thắt ngực nghi ngờ do bệnh lý vi mạch hoặc co thắt ĐMV



Bệnh nhân không triệu chứng, khám sàng lọc phát hiện ra bệnh động mạch vành

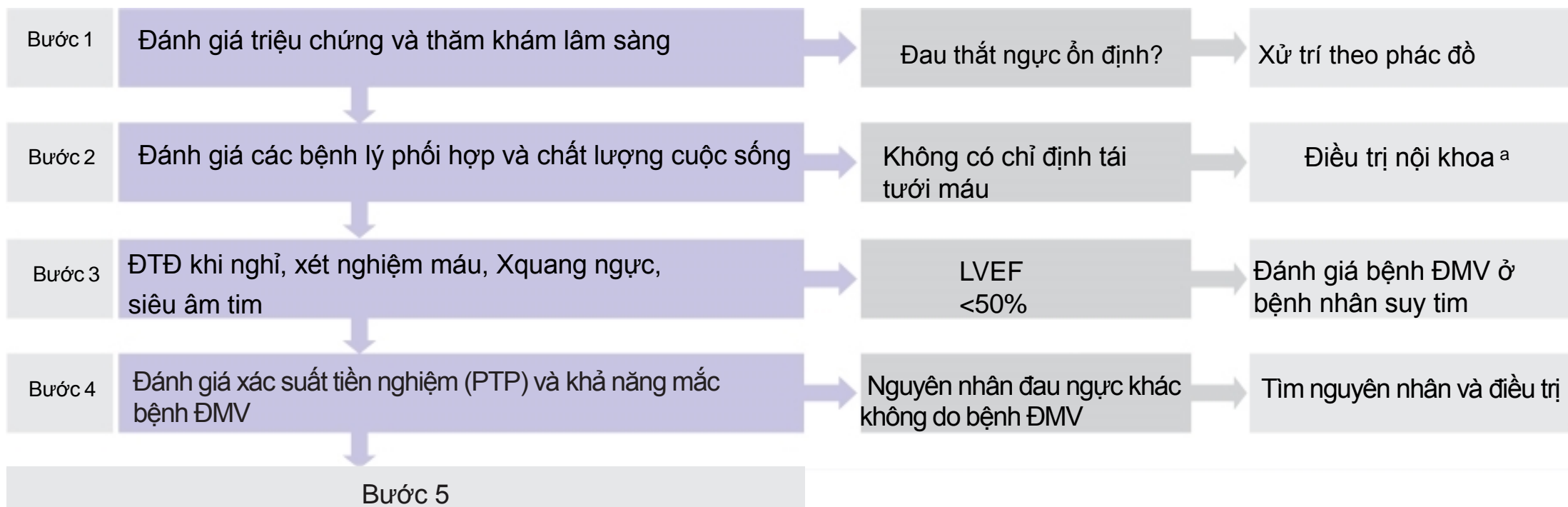
- **Message #3:**
Chronic coronary SYNDROMES

Cơ chế bệnh sinh đa yếu tố dẫn đến nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau

**Cần cách tiếp cận đa cơ chế dựa trên “cá thể hóa”,
tác động đến tâm điểm của bệnh**

Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/hoặc khó thở

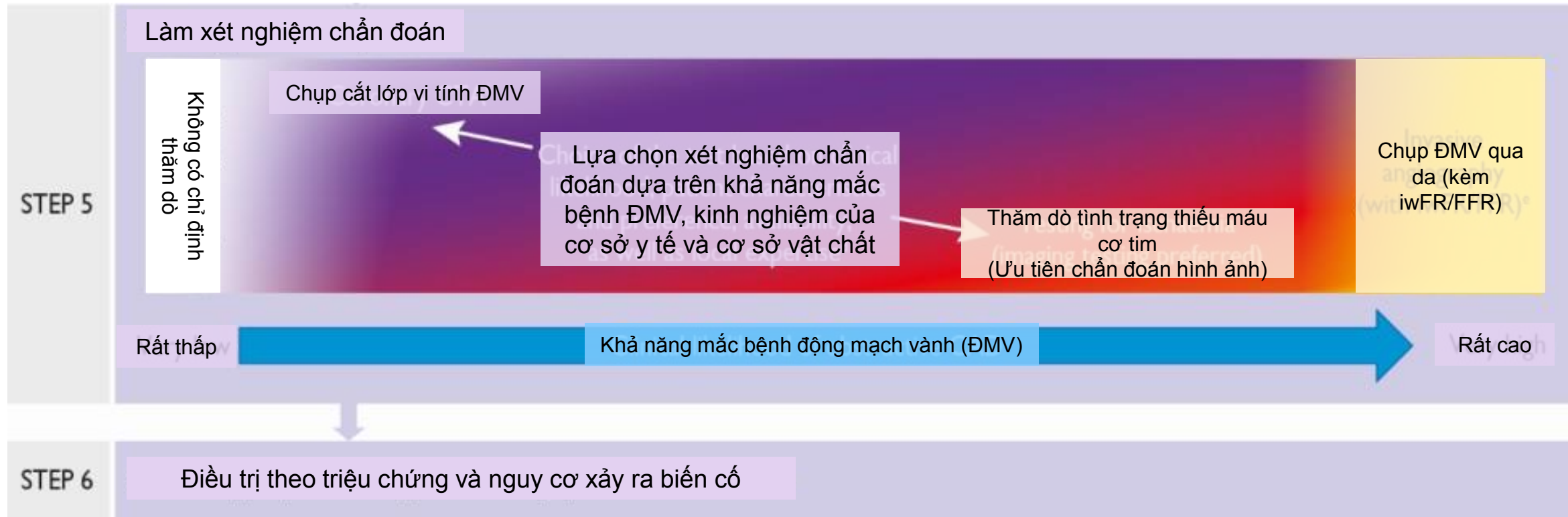
Tiếp cận chẩn đoán (1)



^a If the diagnosis of CAD is uncertain, establishing a diagnosis using non-invasive functional imaging for myocardial ischaemia before treatment may be reasonable. ^b May be omitted in very young and healthy patients with a high suspicion of an extracardiac cause of chest pain, and in multimorbid patients in whom the echocardiography result has no consequence for further patient management. ^c Consider exercise ECG to assess symptoms, arrhythmias, exercise tolerance, BP response, and event risk in selected patients.

Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/hoặc khó thở

Tiếp cận chẩn đoán (2)



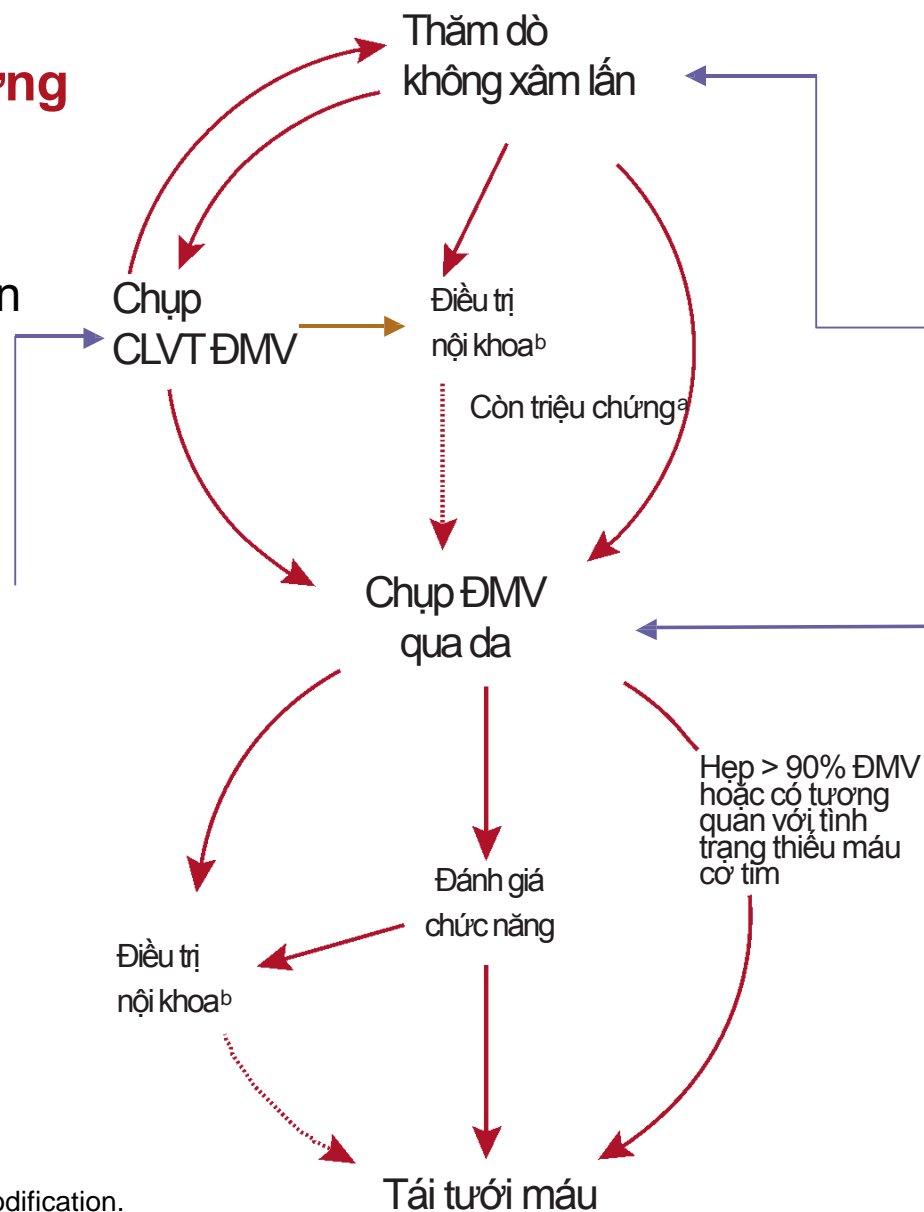
^d Ability to exercise, individual test-related risks, and likelihood of obtaining diagnostic test result. ^e High clinical likelihood and symptoms inadequately responding to medical treatment, high event risk based on clinical evaluation (such as ST-segment depression, combined with symptoms at a low workload or systolic dysfunction indicating CAD), or uncertain diagnosis on non-invasive testing. ^f Functional imaging for myocardial ischaemia if coronary CTA has shown CAD of uncertain grade or is non-diagnostic. ^g Consider also angina without obstructive disease in the epicardial coronary arteries (see section 6 of full text).

● **Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/hoặc khó thở**

Các lựa chọn thăm dò chẩn đoán

Cân nhắc ưu tiên nếu

- Nguy cơ mắc bệnh ĐMV thấp
- Tình trạng bệnh nhân cho phép ghi hình ảnh chất lượng cao
- Kinh nghiệm và cơ sở vật chất cho phép
- Mong muốn thông tin về mảng xơ vữa
- Không có tiền sử bệnh ĐMV



Cân nhắc ưu tiên nếu

- Nguy cơ mắc bệnh ĐMV CAO
- Có thể cần tái tưới máu
- Kinh nghiệm và cơ sở vật chất cho phép
- Cần đánh giá giá sống còn cơ tim

Cân nhắc ưu tiên nếu

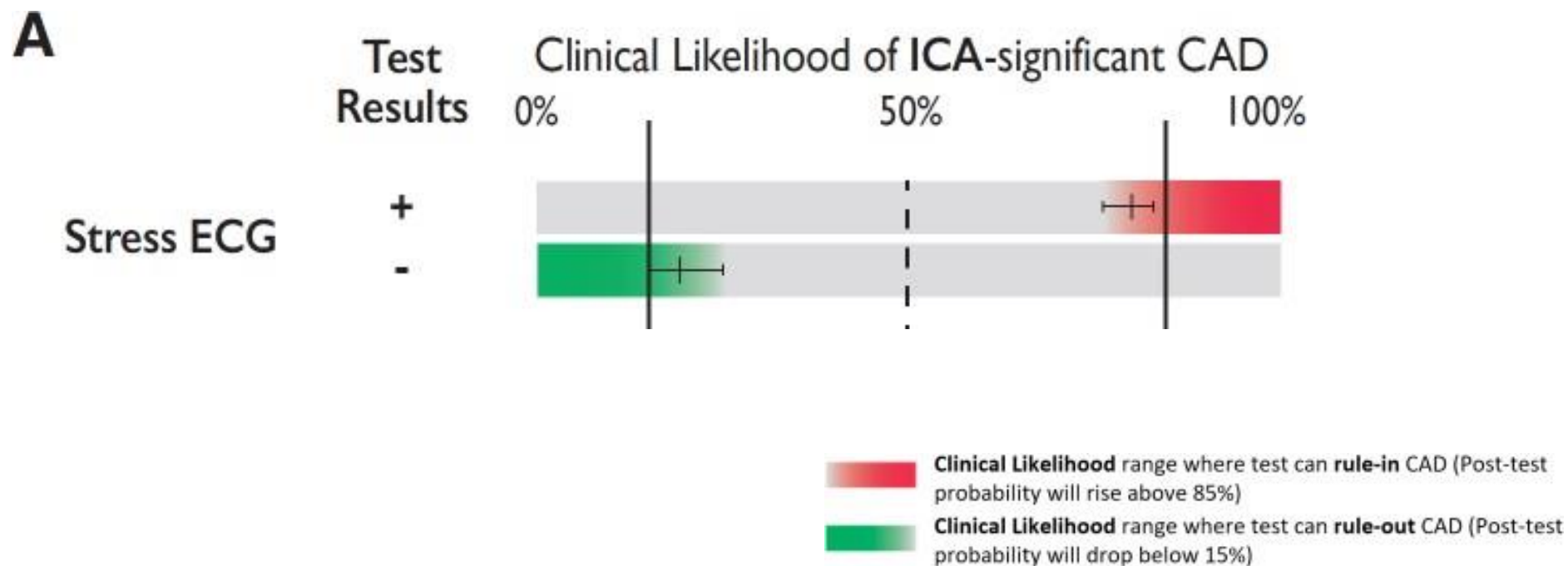
- Nguy cơ mắc bệnh ĐMV cao và không đáp ứng với điều trị nội khoa
- Đau thắt ngực điển hình khi gắng sức nhẹ và điện tâm đồ gắng sức cho thấy nguy cơ xảy ra biến cố cao
- Rối loạn chức năng thất trái gợi ý bệnh ĐMV

^a Consider microvascular angina.

^b Antianginal medications and/or risk-factor modification.

- Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/hoặc khó thở

Ranges of clinical likelihood for rule-in/out CAD



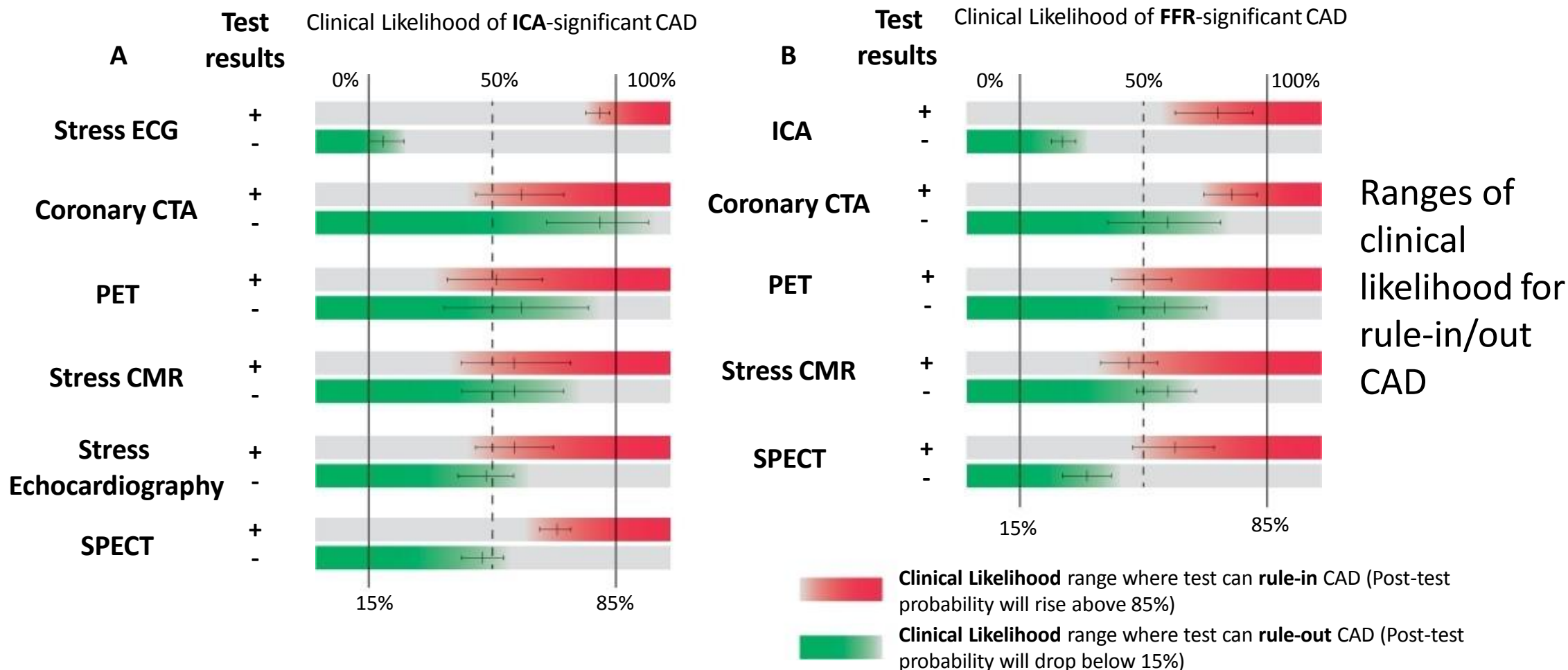
Vai trò của ĐTD gắng sức

Recommendations	Class	Level
Exercise ECG is recommended for the assessment of exercise tolerance, symptoms, arrhythmias, BP response, and event risk in selected patients. ^a	I	C
Exercise ECG may be considered as an alternative test to rule-in or rule-out CAD when non-invasive imaging is not available.	IIb	B
Exercise ECG may be considered in patients on treatment to evaluate control of symptoms and ischaemia.	IIb	C
Exercise ECG is not recommended for diagnostic purposes in patients with ≥ 0.1 mV ST-segment depression on resting ECG or who are being treated with digitalis.	III	C

^a When this information will have an impact on diagnostic strategy or management.

©ESC

Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/hoặc khó thở



Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/hoặc khó thở

Recommendations	Class	Level
Non-invasive functional imaging for myocardial ischaemia ^a or coronary CTA is recommended as the initial test to diagnose CAD in symptomatic patients in whom obstructive CAD cannot be excluded by clinical assessment alone.	I	B
It is recommended that selection of the initial non-invasive diagnostic test is done based on the clinical likelihood of CAD and other patient characteristics that influence test performance, ^b local expertise, and the availability of tests.	I	C
Functional imaging for myocardial ischaemia is recommended if coronary CTA has shown CAD of uncertain functional significance or is not diagnostic.	I	B
Invasive angiography is recommended as an alternative test to diagnose CAD in patients with a high clinical likelihood, severe symptoms refractory to medical therapy or typical angina at a low level of exercise, and clinical evaluation that indicates high event risk. Invasive functional assessment must be available and used to evaluate stenoses before revascularization, unless very high grade (>90% diameter stenosis).	I	B

^a Stress echocardiography, stress cardiac magnetic resonance, single-photon emission CT, or positron emission tomography. ^b Characteristics determining ability to exercise, likelihood of good image quality, expected radiation exposure, and risks or contraindications.

©ESC

Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/hoặc khó thở

Định nghĩa nguy cơ cao đối với các phương pháp thăm dò ở bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành

ĐTĐ gắng sức	Tử vong tim mạch >3%/năm tính theo thang điểm Duke
SPECT/PET	Vùng thiếu máu cơ tim $\geq 10\%$
Siêu âm tim gắng sức	Giảm hoặc không vận động $\geq 3/16$ vùng cơ tim khi gắng sức.
Cộng hưởng từ tim	Giảm tưới máu $\geq 2/16$ vùng cơ tim khi gắng sức hoặc ≥ 3 vùng rối loạn chức năng khi dùng dobutamine
Chụp CLVT ĐMV hoặc chụp ĐMV qua da	Bệnh 3 thân động mạch vành có hẹp đoạn gần, tổn thương LM hoặc đoạn gần LAD
Thăm dò chức năng xâm lấn	FFR ≤ 0.8 , iwFR ≤ 0.89 .

Vấn đề điều trị

1. Ngăn ngừa biến cố
2. Điều trị triệu chứng/chống thiếu máu cơ tim

Mục tiêu điều trị với thuốc

- Giảm đau thắt ngực và thiếu máu cơ tim cục bộ.
- Ngăn ngừa biến cố tim mạch.

Điều trị tối ưu

- Điều trị khống chế được triệu chứng và phòng ngừa biến cố.
- Đảm bảo tuân thủ cao nhất và ít tác dụng phụ nhất.

Các điều trị nội khoa giảm biến cố TM

- Vai trò của các thuốc chống đông/chống ngưng tập tiểu cầu
- Giảm cholesterol mạnh mẽ
- Thuốc chữa ĐTĐ mới: ức chế SGLT2 và đồng vận GLP1

Patients with angina and/or dyspnoea and coronary artery disease - Event prevention

Recommendations	Class	Level
Antithrombotic therapy in patients with CCS and in sinus rhythm		
Adding a second antithrombotic drug to aspirin for long-term secondary prevention should be considered in patients with high risk of ischaemic events ^a and without high bleeding risk. ^b	IIa	A
Adding a second antithrombotic drug to aspirin for long-term secondary prevention may be considered in patients with at least a moderately increased risk of ischaemic events ^c and without high bleeding risk. ^b	IIb	A

^aDiffuse multivessel CAD with at least one of the following: diabetes mellitus requiring medication, recurrent MI, PAD, or CKD with eGFR 15-59 mL/min/1.73 m².

^b

possible gastrointestinal blood loss, other gastrointestinal pathology associated with increased bleeding risk, liver failure, bleeding diathesis or coagulopathy, extreme old age or frailty, or renal failure requiring dialysis or with eGFR <15 mL/min/1.73 m².

^cAt least one of the following: multivessel/diffuse CAD, diabetes mellitus requiring medication, recurrent MI, PAD, HF, or CKD with eGFR 15-59 mL/min/1.73 m²

Patients with angina and/or dyspnoea and coronary artery disease

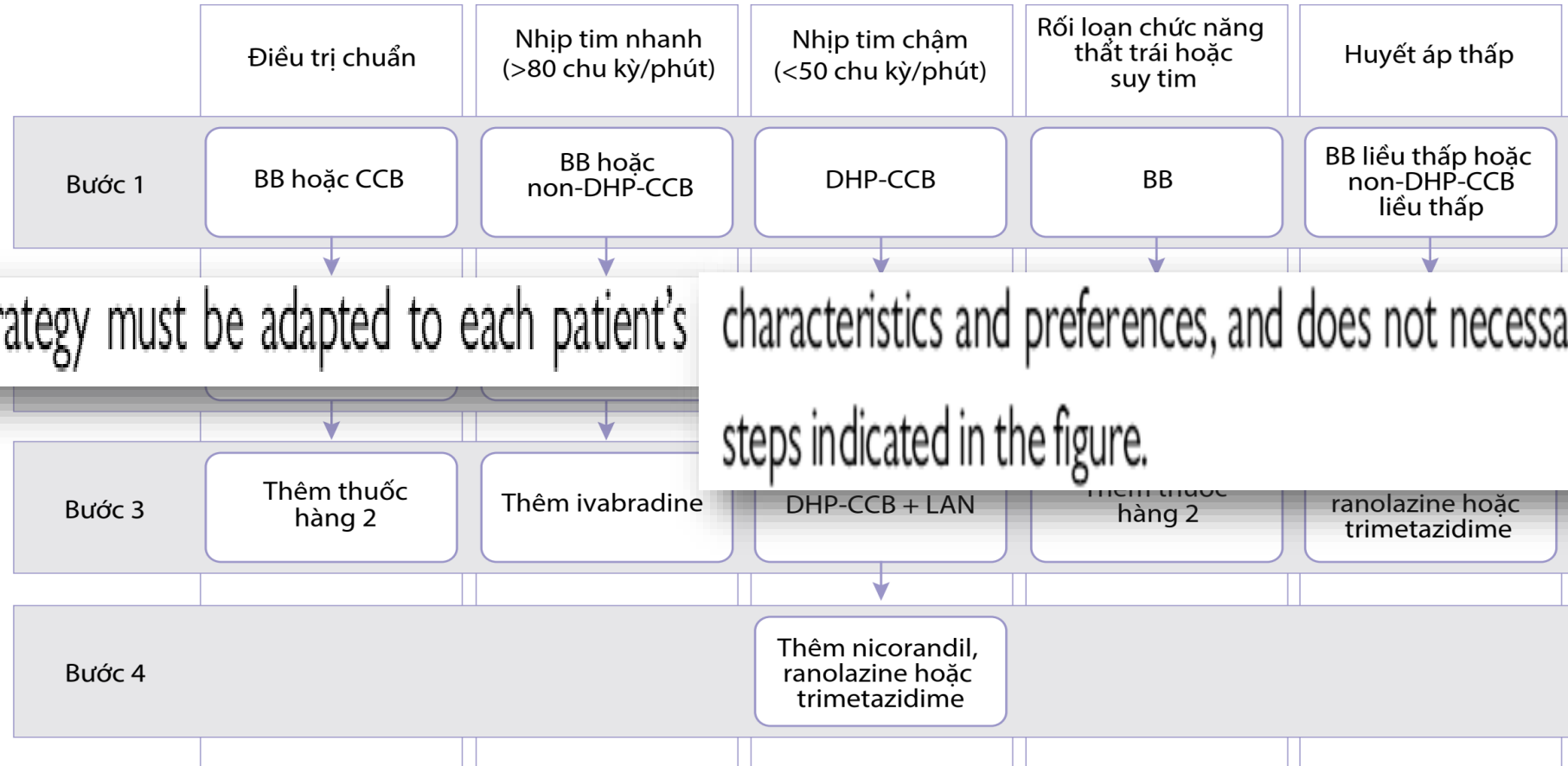
Treatment options for dual antithrombotic therapy

Drug option	Dose	Indication	Additional cautions
Clopidogrel	75 mg o.d.	Post-MI in patients who have tolerated DAPT for 1 year	
Prasugrel	10 mg o.d. or 5 mg o.d. if body weight <60 kg or age >75 years	Post-PCI for MI in patients who have tolerated DAPT for 1 year	Age >75 years
Rivaroxaban	2.5 mg b.i.d.	Post-MI >1 year or multivessel CAD	eGFR 15-29 mL/min/1.73 m ²
Ticagrelor	60 mg b.i.d.	Post-MI in patients who have tolerated DAPT for 1 year	

Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt

- ngực ổn định và/hoặc khó thở

Điều trị chống thiếu máu cục bộ dài hạn



^a Combination of a BB with a DHP-CCB should be considered as first step; combination of a BB or a CCB with a second-line drug may be considered as a first step.

Chiến lược **gợi ý** 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)



Angina 1

Pharmacological treatment of chronic angina

Steen E Husted, E Magnus O'Keefe

Long-acting nitrates
Nicorandil
Ranolazine^a
Trimetazidine^a



International Journal of Cardiology 201 (2015) 200–207
Contents lists available at ScienceDirect
International Journal of Cardiology
journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijcard

Review

Unresolved issues in the management of chronic stable angina

A. John Camm
Esteban L.

Cardiovasc Drugs Ther (2016) 30:419–426
DOI 10.1007/s10557-016-6681-2

ORIGINAL ARTICLE

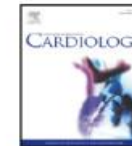
Management of stable angina: A Critical Appraisal

Udho Thadani¹

Commentary

Management of stable angina: A commentary on the 2013 ESC Guidelines of Cardiology guidelines

Giuseppe Ambrosio¹, Alessandro G. Di Mario², Juan Tamargo⁴ and John Camm³



European Journal of Preventive Cardiology



European Journal of Preventive Cardiology
2016, Vol. 23(13) 1401–1412

CONSENSUS STATEMENT

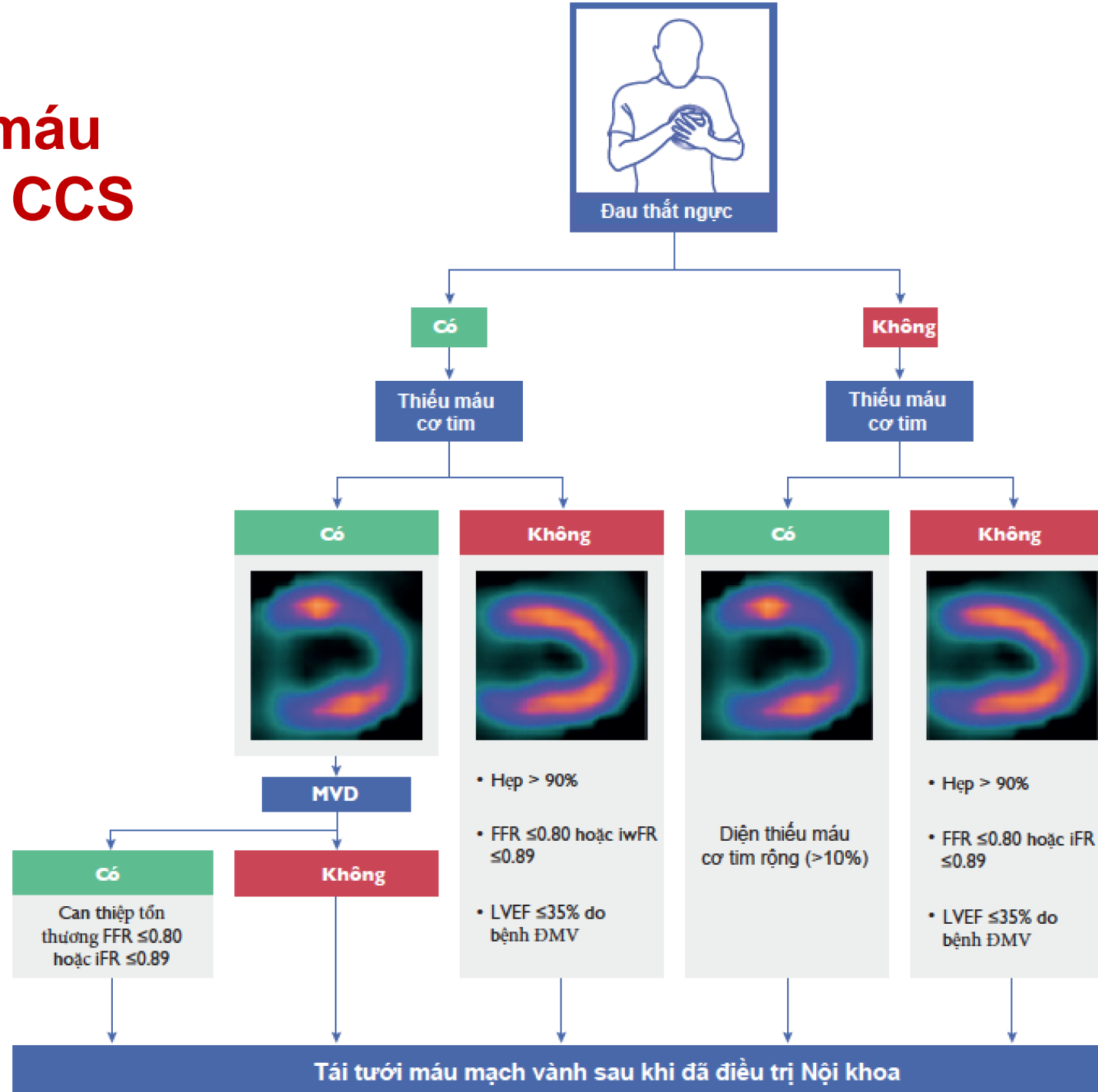
OPEN

EXPERT CONSENSUS DOCUMENT

A 'diamond' approach to personalized treatment of angina

Roberto Ferrari^{1,2}, Paolo G. Camici³, Filippo Crea⁴, Nicolas Danchin⁵, Kim Fox⁶, Aldo P. Maggioni⁷, Athanasios J. Manolis⁸, Mario Marzilli^{9,10}, Giuseppe M. C. Rosano^{11,12} and José L. Lopez-Sendon¹³

Chỉ định Tái tưới máu ĐMV ở bệnh nhân CCS



• Khoảng trống chứng cứ ESC 2019

More information on the effects of

- various risk factors
- biomarkers and
- comorbidities

on the PTP of obstructive CAD is needed.

Adequately powered RCTs are needed to

- compare the effectiveness of different diagnostic strategies
- to evaluate how to best integrate diagnostic tests in terms of clinical outcomes and the use of healthcare resources.

The effect of inducible ischaemia and CAD by non-invasive testing in guiding therapies and improving outcomes.

The utility of biomarkers in patients with suspected obstructive CAD.

Beta-adrenergic blockers or CCBs are recommended as the first choice, although no RCT to date has compared this strategy to an alternative strategy using initial prescription of other anti-ischaemic drugs, or the combination of a beta-blocker and a CCB.^{191,195} The

However, there is no universal definition of an optimal treatment in patients with CCS, and drug therapies must be adapted to each patient's characteristics and preferences.¹⁹² Initial drug therapy usually

secondary prevention of CVD.¹⁹³ The initial choice of antianginal drug(s) depends on the expected tolerance related to the individual patient's profile and comorbidities, potential drug interactions with co-administered therapies, the patient's preferences after being informed of potential adverse effects, and drug availability. Whether combination

• Thông điệp cần nhớ

- Bệnh lý động mạch vành là một **quá trình diễn biến động, có thể đảo ngược** nếu bệnh nhân ***tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống, điều chỉnh tốt các yếu tố nguy cơ, thực hiện tốt các biện pháp phòng ngừa.***
- Bản chất của hội chứng động mạch vành cấp và mạn tính đều **đa yếu tố**
- Cá thể hóa là chiến lược quan trọng hàng đầu khi chẩn đoán và xác định chiến lược điều trị tối ưu.
- **Mục tiêu của cách tiếp cận đa cơ chế là dựa trên “cá thể hóa” và tác động đến tâm điểm của bệnh – tình trạng thiếu máu cục bộ ngay tại tế bào cơ tim.**



Donald J. Trump ✓

@realDonaldTrump



An AMAZING CHAMPION. Great going Tiger!
[@TigerWoods](#) [twitter.com/garyplayer/sta...](#)

Gary Player ✓ @garyplayer

#82. Many Congratulations @TigerWoods on this remarkable achievement in tying Sam Snead's @PGATOUR record in the USA. You are like fine wine. I love that this came in Japan, which shows the global growth of our sport. We are now pulling for number 83! GP



Xin cảm ơn sự chú ý lắng nghe!

