

# CẬP NHẬT QUẢN LÝ HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP THEO ESC 2023

**TS.BS. Trương Phi Hùng**

*Bộ môn Nội – Đại Học Y Dược TP.HCM*

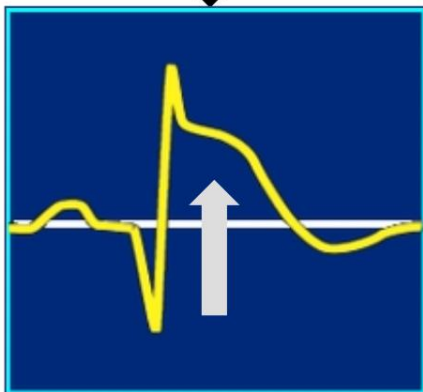
*Khoa Nội Tim Mạch – Bệnh viện Chợ Rẫy*

# **NỘI DUNG TRÌNH BÀY**

- 1. Tiếp cận toàn diện bn HCMVC theo quan điểm của ESC 2023**
- 2. Một số những điểm lưu ý trong chẩn đoán HCMVC**
- 3. Một số thay đổi trong hướng dẫn quản lý xâm lấn ở bn HCMVC**
- 4. Điểm mới trong chiến lược điều trị thuốc chống huyết khối**
- 5. Thay đổi trong quản lý biến chứng, bệnh đồng mắc**
- 6. Quản lý dài hạn bn HCMVC**
- 7. Minh họa ca lâm sàng STEMI**
- 8. Kết luận**

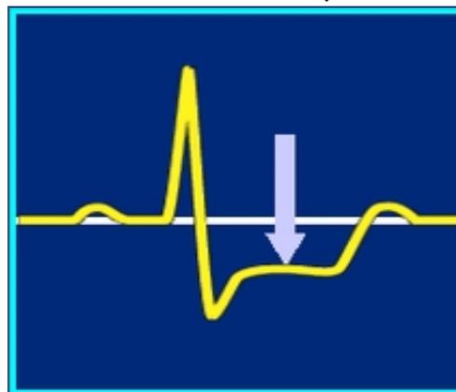
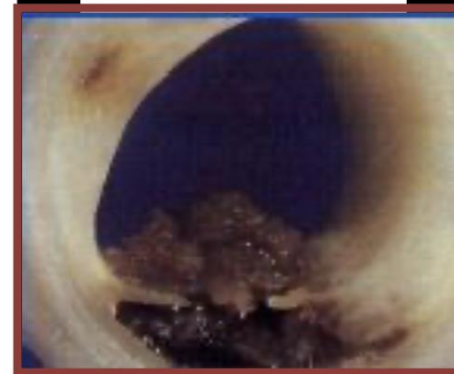
# CÁC THỂ HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

**ST chênh lên kéo dài**

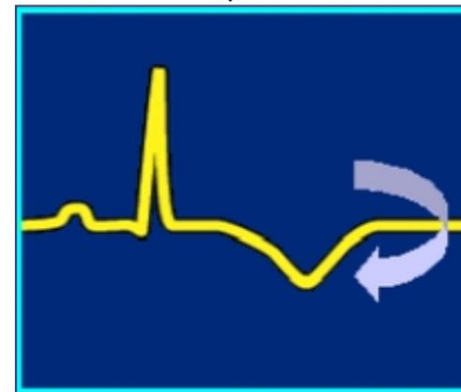


**Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên**

**ST không chênh lên**



**Nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên**



**Đau thắt ngực không ổn định**

# CÁC THỂ HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

**LÂM SÀNG**

**ECG**

**Men tim**

**HỘI CHỨNG VÀNH CẤP**

**KHÔNG CÓ ST CHÊNH LÊN**

**CÓ ST CHÊNH LÊN**

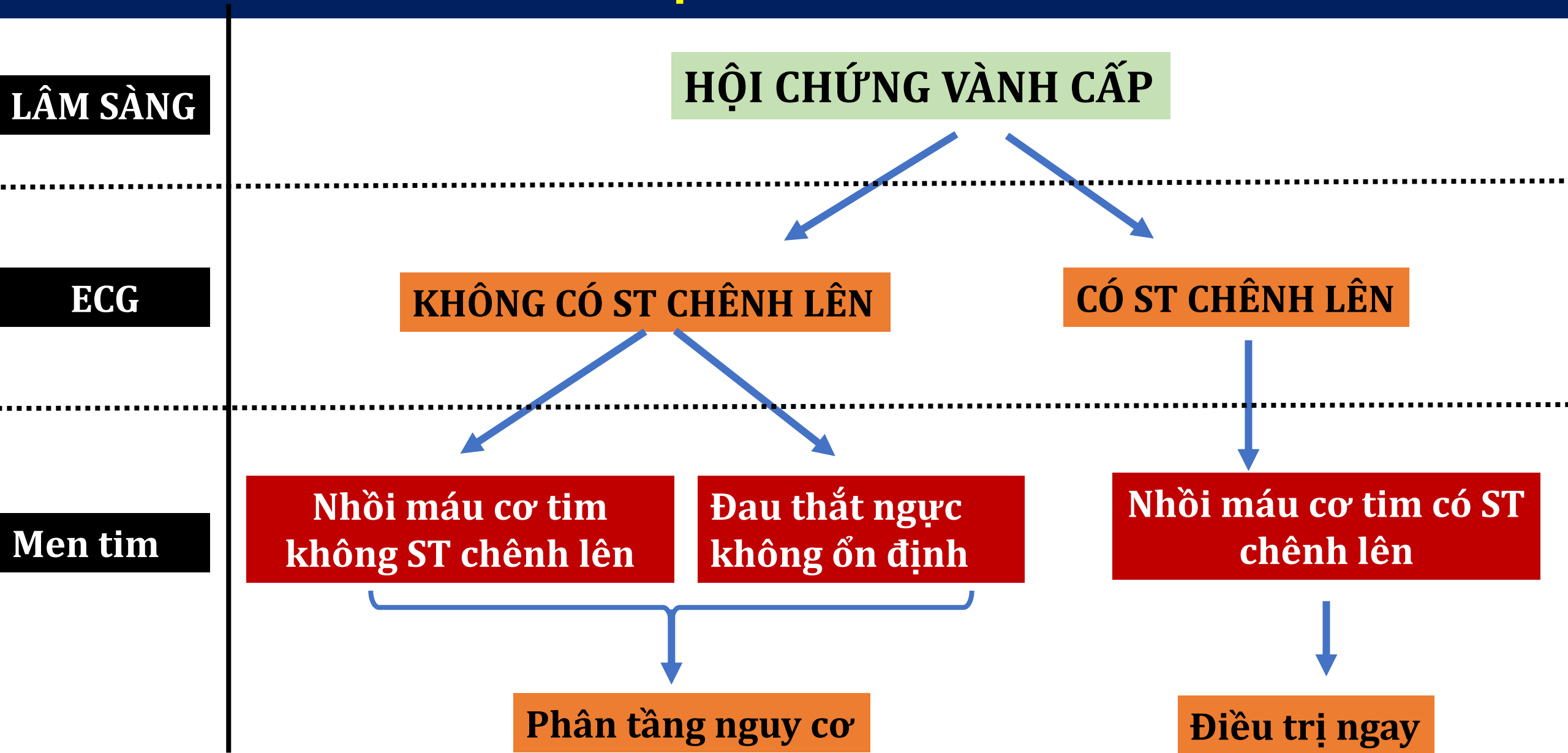
**Nhồi máu cơ tim  
không ST chênh lên**

**Đau thắt ngực  
không ổn định**

**Nhồi máu cơ tim có ST  
chênh lên**

**Phân tầng nguy cơ**

**Điều trị ngay**



**Chẩn đoán xác định STEMI phải đầy đủ các thành phần sau**

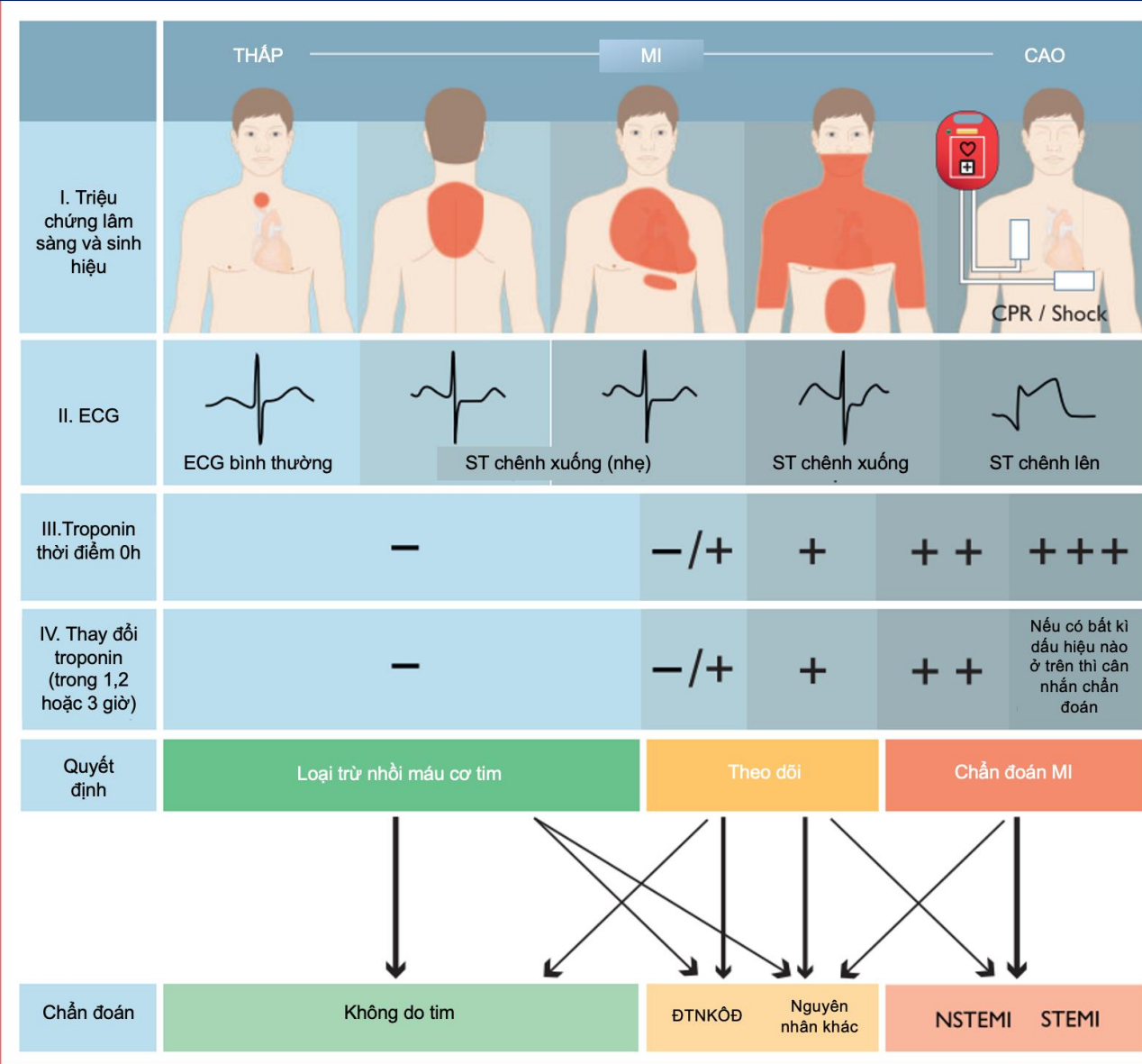
- ❖ **Chẩn đoán xác định STEMI**
- ❖ **Chẩn đoán vùng STEMI**
- ❖ **Chẩn đoán giờ STEMI**
- ❖ **Killip**
- ❖ **Chẩn đoán biến chứng của STEMI**

# CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

**Chẩn đoán xác định NSTEMI/UA phải đầy đủ các thành phần sau**

- ❖ **Chẩn đoán xác định NSTEMI/UA**
- ❖ **Chẩn đoán nguy cơ NSTEMI/UA**
- ❖ **Chẩn đoán biến chứng của NSTEMI/UA**

# QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP



**Lâm sàng**  
*Bệnh sử + tiền căn + thăm khám*

**Cận lâm sàng**  
*ECG*  
*Động học men tim*  
*Siêu âm tim, ...*

**Chẩn đoán, phân loại**  
*STEMI*  
*NSTEMI/UA*  
*Nguyên nhân khác*

# Các hướng dẫn mới từ ESC 2023

## ESC Congress 2023 Amsterdam

Joining forces  
to protect the heart



**25-28 August**  
**Onsite & Online**



# Lần đầu ESC đưa ra GL dành chung cho tất cả các thể HCMVC

2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

## 2023 ESC Guidelines for the management The ACS spectrum

Unstable  
angina

NSTEMI

STEMI

Cập nhật xét nghiệm chẩn đoán, *quản lý xâm lấn*, chăm sóc nội viện, quản lý dài hạn

# Các vấn đề PHẢI nghĩ đến để tiếp cận toàn diện HCMVC

## Phổ biểu hiện của HCMVC



Đau thắt ngực không ổn định

NSTEMI

STEMI

1

## Nhĩ đến 'A.C.S.' lúc tiếp cận ban đầu



2

## Nhĩ đến quản lý xâm lấn

STEMI



Hoặc



PCI tiên phát

Tiêu sợi huyết  
(Nếu thời gian để làm PCI không phù hợp)

NSTE-ACS nguy cơ rất cao



Chụp mạch vành khẩn ± PCI

NSTE-ACS nguy cơ cao



Chụp mạch vành sớm (<24 h)  
nên được xem xét

# Các vấn đề PHẢI nghĩ đến để tiếp cận toàn diện HCMVC

3

## Nghĩ đến liệu pháp chống huyết khối

Thuốc kháng tiểu cầu

VÀ

Thuốc kháng đông



+



Aspirin

Ức chế P2Y<sub>12</sub>



UFH

Hoặc



LMWH

Hoặc



Bivalirudin

Hoặc



Fondaparinux

4

## Nghĩ đến tái tưới máu

Dựa vào tình trạng lâm sàng, bệnh đồng mắc, mức độ phức tạp của bệnh

Nhắm mục đích tái tưới máu hoàn toàn

Xem xét các xét nghiệm bổ trợ để hướng dẫn tái tưới máu



PCI

Hoặc



CABG



Hình ảnh học nội mạch



Sinh lý nội mạch

5

## Nghĩ đến phòng ngừa thứ phát



Liệu pháp chống huyết khối



Liệu pháp hạ lipid máu



Ngưng thuốc lá



Phục hồi chức năng tim

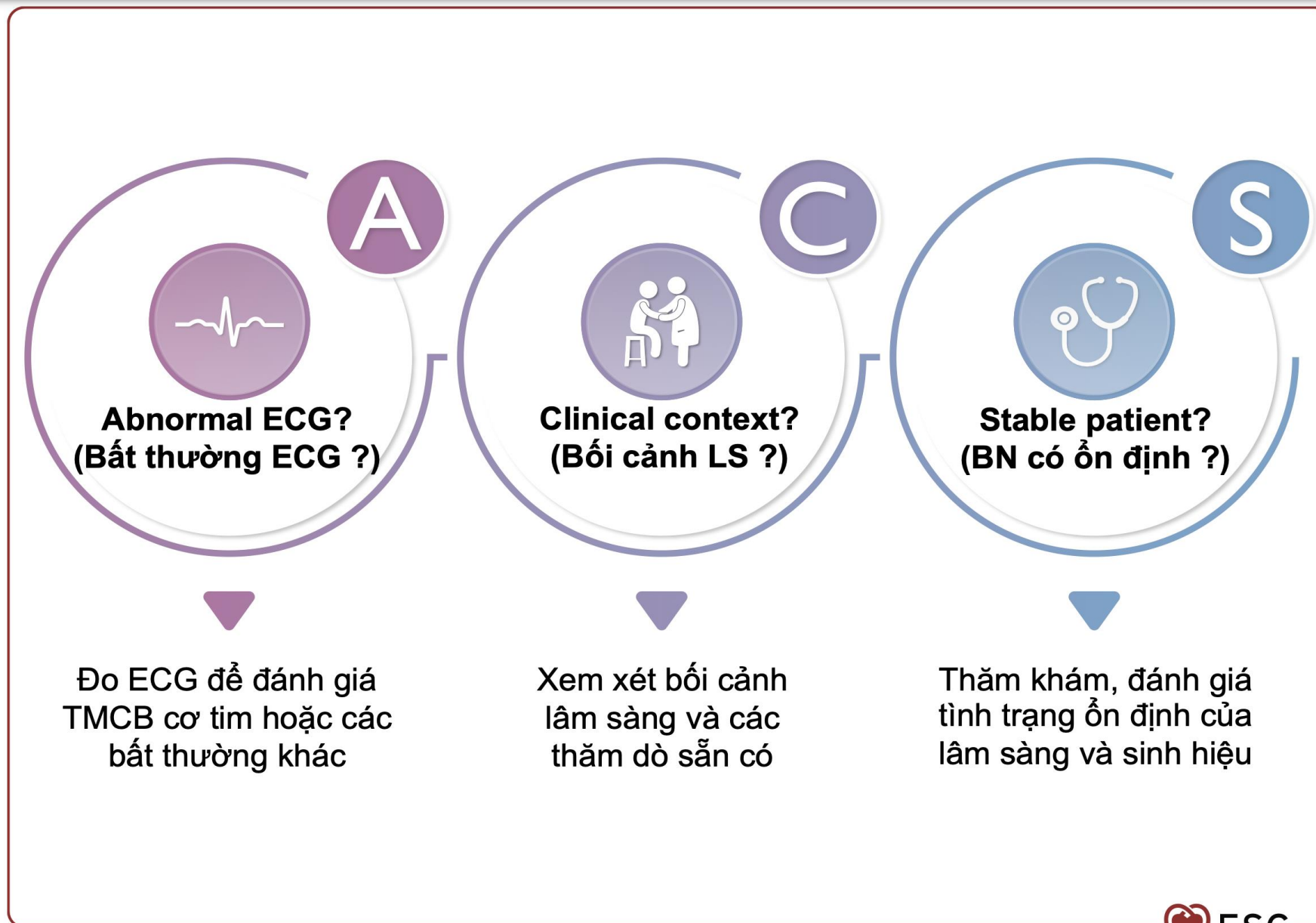


Quản lý yếu tố nguy cơ

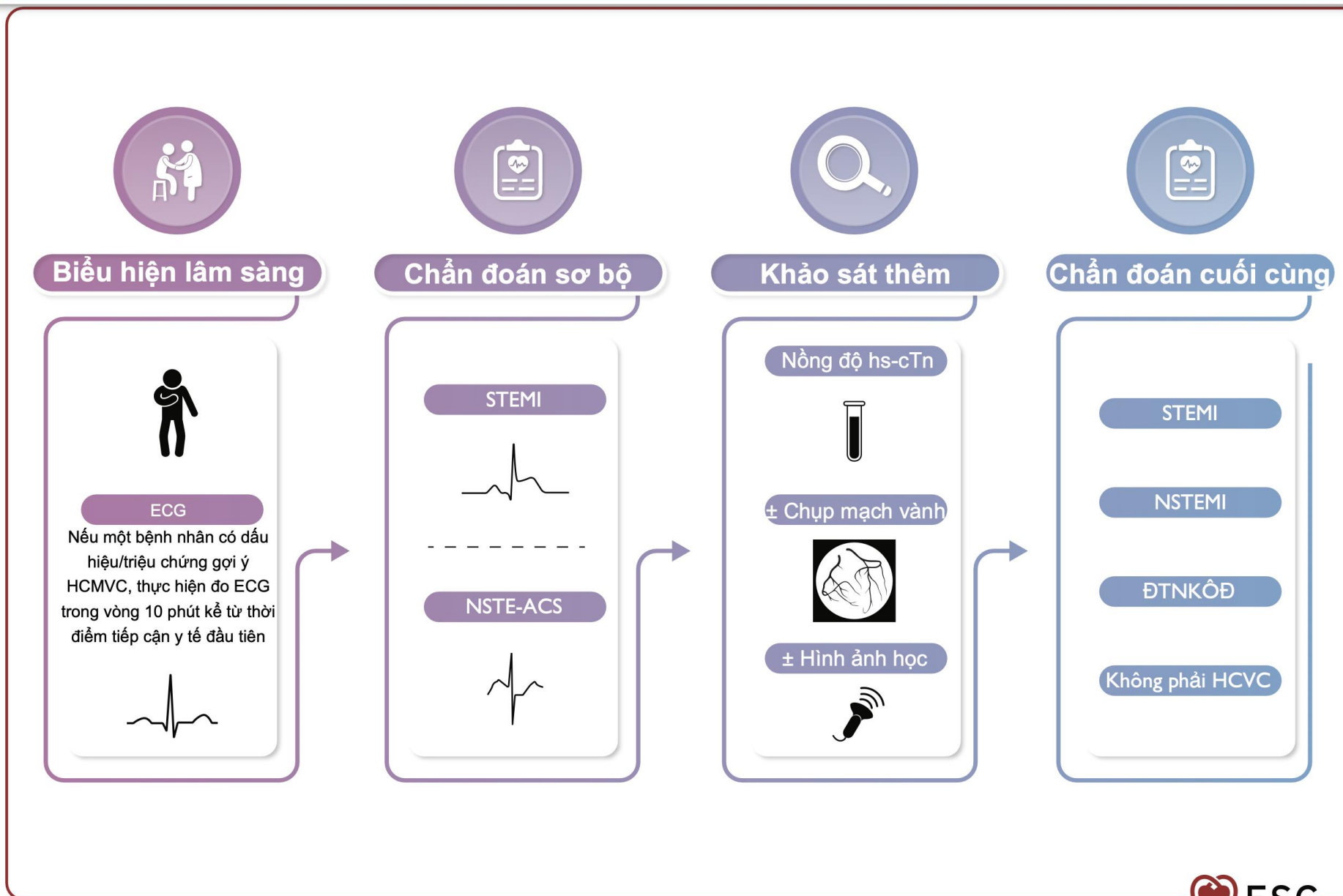


Cân nhắc các yếu tố tâm lý xã hội

# Tiếp cận "ACS" trong chẩn đoán HCMVC



# Chẩn đoán HCMVC



# ECG trong HCMVC

| ECG pattern                                        | Criteria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Signifying                                                                                                                        | Figure |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| i<br>STEMI                                         | New ST-elevation at the J-point in $\geq 2$ contiguous leads <sup>a</sup><br>$\geq 2.5$ mm in men $<40$ years, $\geq 2$ mm in men $\geq 40$ years, or $\geq 1.5$ mm in women regardless of age in leads V2–V3 and/or $\geq 1$ mm in the other leads (in the absence of LV hypertrophy or left bundle branch block)<br><sup>a</sup> Including V3R and V4R | Ongoing acute coronary artery occlusion                                                                                           |        |
| ii<br>Posterior STEMI                              | ST-segment depression in leads V1–V3, especially when the terminal T-wave is positive (ST-segment elevation equivalent), and concomitant ST-segment elevation $\geq 0.5$ mm recorded in leads V7–V9                                                                                                                                                      | Posterior STEMI                                                                                                                   |        |
| iii<br>LCx occlusion/ right ventricular MI         | ST-segment elevation in V7–V9 and V3R and V4R, respectively                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Left circumflex (LCX) artery occlusion or right ventricular MI                                                                    |        |
| iv<br>Multivessel ischaemia/ left main obstruction | ST depression $\geq 1$ mm in six or more surface leads (inferolateral ST depression), coupled with ST-segment elevation in aVR and/or V1                                                                                                                                                                                                                 | Multivessel ischaemia or left main coronary artery obstruction, particularly if the patient presents with haemodynamic compromise |        |
| v<br>Left bundle branch block/ paced rhythm        | QRS duration greater than 120 ms<br>Absence of Q wave in leads I, V5 and V6<br>Monomorphic R wave in I, V5 and V6<br>ST and T wave displacement opposite to the major deflection of the QRS complex                                                                                                                                                      | Patients with a high clinical suspicion of ongoing myocardial ischaemia should be managed in a similar way to STEMI patients      |        |
| vi<br>Right bundle branch block                    | QRS duration greater than 120 ms<br>rsR' "bunny ear" pattern in the anterior precordial leads (leads V1–V3)<br>Slurred S waves in leads I, aVL and frequently V5 and V6                                                                                                                                                                                  | Patients with a high clinical suspicion of ongoing myocardial ischaemia should be managed in a similar way to STEMI patients      |        |

| ECG pattern                         | Criteria                                                                                                                                                                                                                                      | Signifying                              | Figure |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------|
| a<br>Isolated T-wave inversion      | T-wave inversion $>1$ mm in $\geq 5$ leads including I, II, aVL, and V2–V6                                                                                                                                                                    | Only mildly impaired prognosis          |        |
| b<br>ST-segment depression          | J point depressed by $\geq 0.05$ mm in leads V2 and V3 or $\geq 1$ mm in all other leads<br>followed by a horizontal or downsloping ST-segment for $\geq 0.08$ s in $\geq 1$ leads (except aVR)                                               | More severe ischaemia                   |        |
| c<br>Transient ST-segment elevation | ST segment elevation in $\geq 2$ contiguous leads of $\geq 2.5$ mm in men $<40$ years, $\geq 2$ mm in men $\geq 40$ years, or $\geq 1.5$ mm in women regardless of age in leads V2–V3 and/or $\geq 1$ mm in the other leads lasting $<20$ min | Only mildly impaired prognosis          |        |
| d<br>De Winter ST-T                 | 1–3 mm upsloping ST-segment depression at the J point in leads V1–V6 that continue into tall, positive, and symmetrical T waves                                                                                                               | Proximal LAD occlusion/ severe stenosis |        |
| e<br>Wellens sign                   | Isoelectric or minimally elevated J point ( $<1$ mm)<br>+ biphasic T wave in leads V2 and V3 (type A)<br>or symmetric and deeply inverted T waves in leads V2 and V3, occasionally in leads V1, V4, V5, and V6 (type B)                       | Proximal LAD occlusion/ severe stenosis |        |

# ECG TƯƠNG ĐƯƠNG STEMI

**Conventional STEMI**



Elevation of ST segment at (or 40-60 ms after) the J point

**De Winter syndrome**



J-point depression and upsloping ST depression in V1-V6 that continues into tall, positive symmetrical T-waves, often with 1-2 mm ST elevation in aVR

**Posterior STEMI**



ST depression  $\geq 0.05$  mV (horizontal or downsloping and concave) in V1-V3 (or V4) especially if there is a tall R in V1/V2 with R/S ratio  $>1$  in V2

**Wellens sign A**



Biphasic anterior T waves, not always accompanied by chest pain

**Wellens sign B**



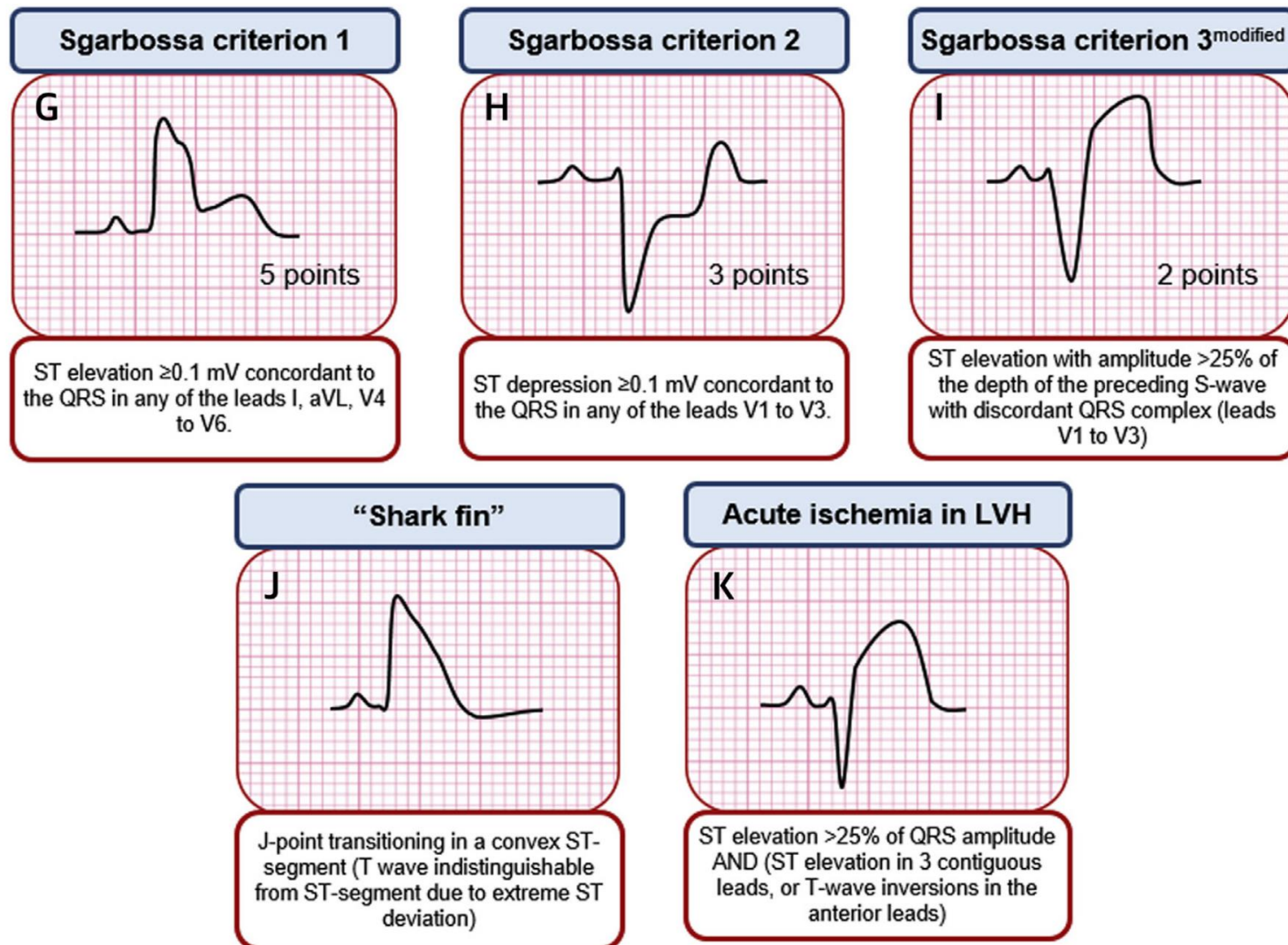
Deeply inverted anterior T waves, not always accompanied by chest pain

**Hyperacute T wave**

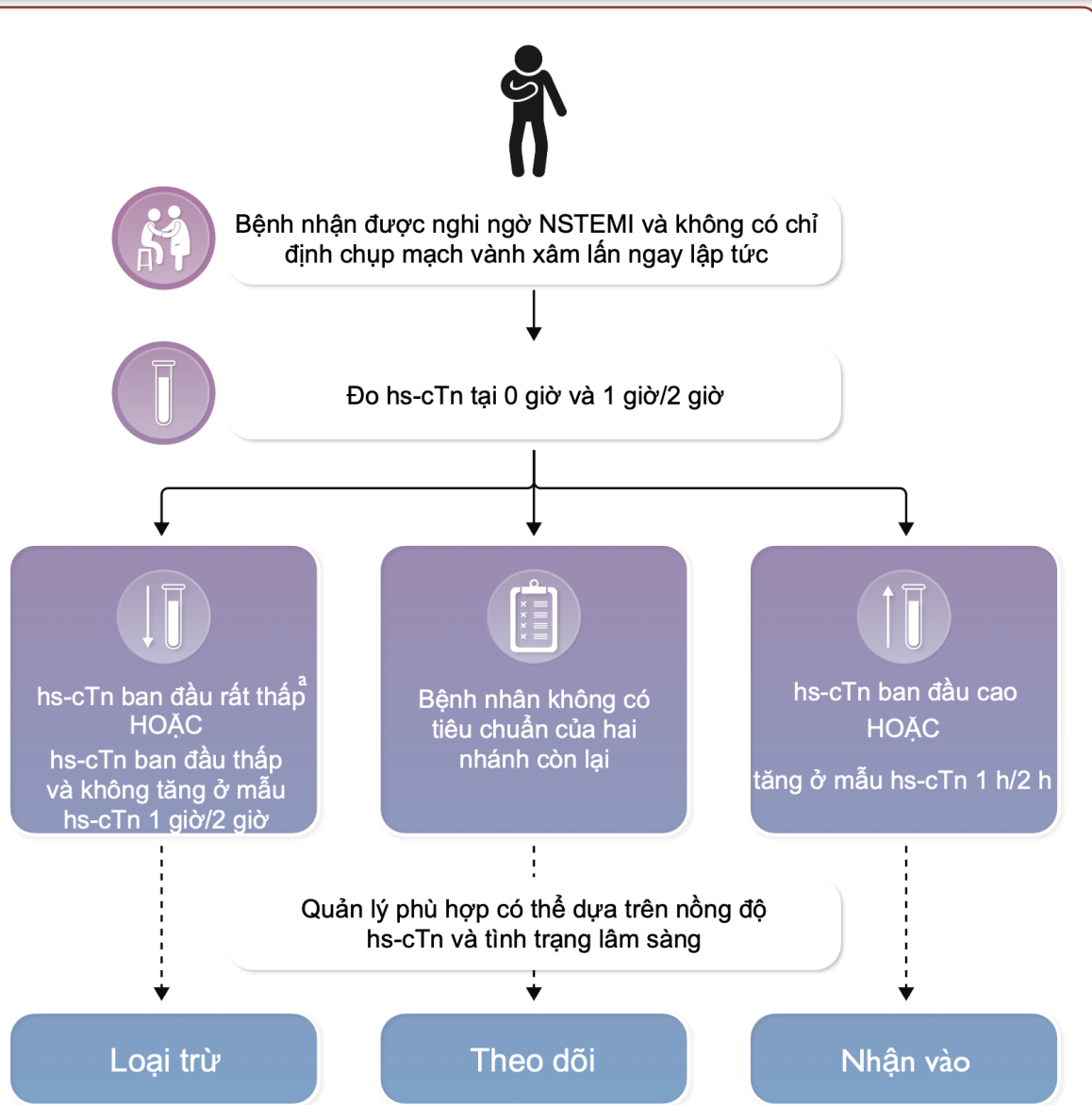


Tall, often asymmetrical, broad-based anterior T-waves often associated with reciprocal ST depression

# ECG TƯƠNG ĐƯƠNG STEM



# Lưu đồ hs-cTn (0h/1h hoặc 0h/2h) trong Chẩn đoán HCMVC không ST chênh lên



| Thuật toán 0 giờ/1 giờ                 | Rất thấp | Thấp | Không 1 hΔ | Cao  | 1 hΔ |
|----------------------------------------|----------|------|------------|------|------|
| hs-cTnT (Elecys; Roche)                | <5       | <12  | <3         | ≥52  | ≥5   |
| hs-cTnI (Architect; Abbott)            | <4       | <5   | <2         | >64  | >6   |
| hs-cTnI (Centauro; Siemens)            | <3       | <6   | <3         | ≥120 | ≥12  |
| hs-cTnI (Access; Beckman Coulter)      | <4       | <5   | <4         | ≥50  | ≥15  |
| hs-cTnI (Clarity; Singulex)            | <1       | <2   | <1         | ≥30  | ≥6   |
| hs-cTnI (Vitros; Clinical Diagnostics) | <1       | <2   | <1         | ≥40  | ≥4   |
| hs-cTnI (Pathfast; LSI Medience)       | <3       | <4   | <3         | ≥90  | ≥20  |
| hs-cTnI (TriageTrue; Quidel)           | <4       | <5   | <3         | ≥60  | ≥8   |
| hs-cTnI (Dimension EXL; Siemens)       | <9       | <9   | <5         | ≥160 | ≥100 |
| Thuật toán 0 giờ/2 giờ                 | Rất thấp | Thấp | Không 2 hΔ | Cao  | 2 hΔ |
| hs-cTnT (Elecys; Roche)                | <5       | <14  | <4         | ≥52  | ≥10  |
| hs-cTnI (Architect; Abbott)            | <4       | <6   | <2         | ≥64  | ≥15  |
| hs-cTnI (Centauro; Siemens)            | <3       | <8   | <7         | ≥120 | ≥20  |
| hs-cTnI (Access; Beckman Coulter)      | <4       | <5   | <5         | ≥50  | ≥20  |
| hs-cTnI (Clarity; Singulex)            | <1       | TBD  | TBD        | ≥30  | TBD  |
| hs-cTnI (Vitros; Clinical Diagnostics) | <1       | TBD  | TBD        | ≥40  | TBD  |
| hs-cTnI (Pathfast; LSI Medience)       | <3       | TBD  | TBD        | ≥90  | TBD  |
| hs-cTnI (TriageTrue; Quidel)           | <4       | TBD  | TBD        | ≥60  | TBD  |

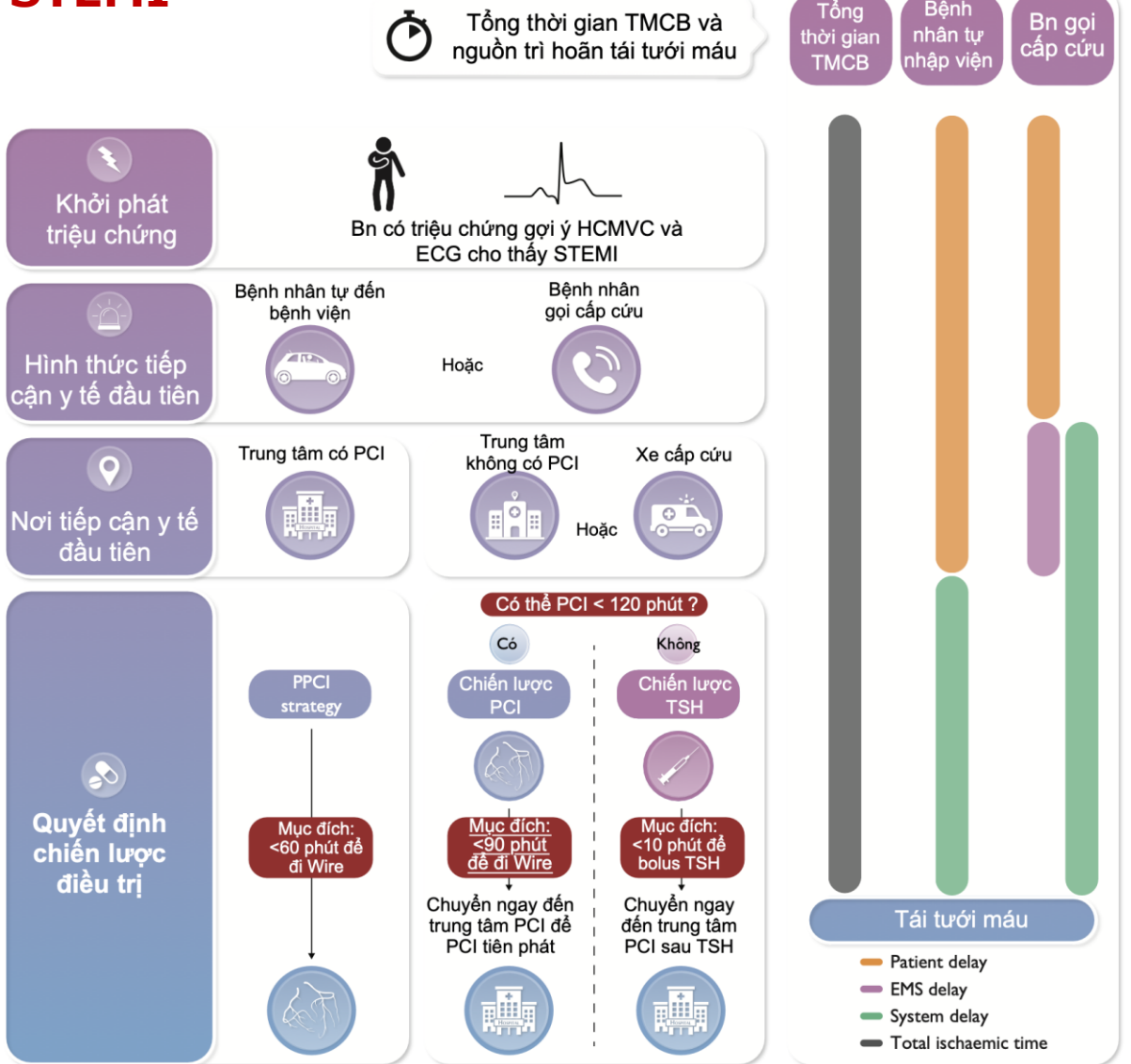
# Thay đổi khuyến cáo ở BN ngưng tim

| ESC 2017 và 2020                                                                                                                                                                           | Mức        | CC       | <b>NEW</b><br>ESC 2023                                                                                                                                                                                                                                    | Mức        | CC       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| <b>Nên xem xét trì hoãn</b> 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 | <b>IIa</b> | <b>B</b> | <b>Không khuyến cáo</b> chụp mạch vành ngay lập tức một cách thường quy sau ngưng tim được cứu sống ở bn HCVC <b>không có đoạn ST chênh lên dai dẳng (hoặc tương đương)</b>                                                                               | <b>III</b> | <b>A</b> |
| <b>Hạ thân nhiệt chỉ huy</b> 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                                | <b>I</b>   | <b>B</b> | <b>Kiểm soát nhiệt độ</b> (theo dõi nhiệt độ trung tâm cơ thể liên tục và phòng ngừa sốt chủ động (>37,7 độ C)) 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 | <b>I</b>   | <b>B</b> |

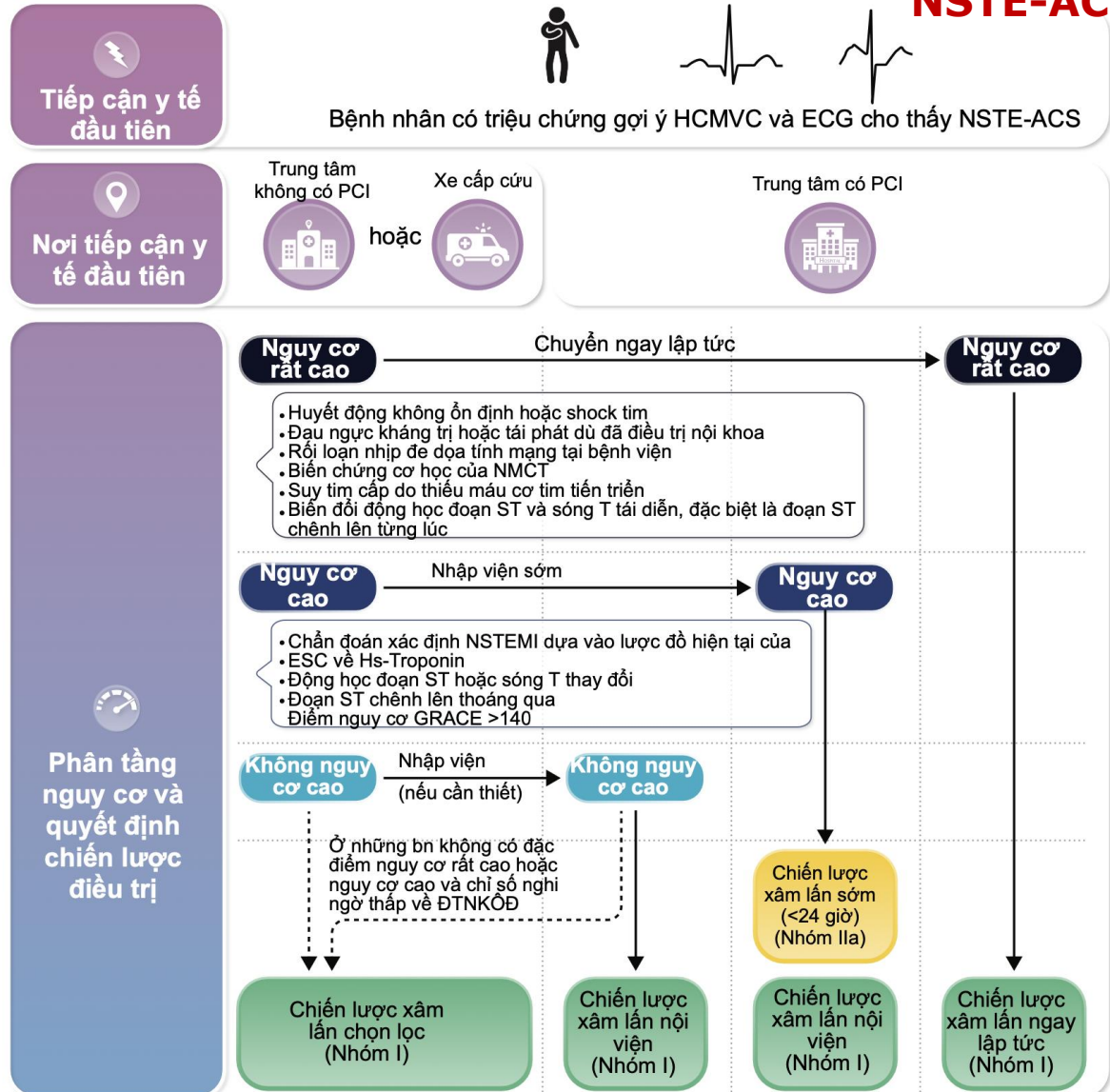
- ☐ Bằng chứng từ các thử nghiệm **COACT, TOMAHAWK, EMERGE, COUPE** cho thấy ở bn ngưng tim ngoại viện **không có ST chênh lên (hoặc tương đương)**  
→ **CMV xâm lấn thường quy không ưu thế hơn so với CMV trì hoãn**
- ☐ Thử nghiệm **TTM2 (2021) và HACA in-hospital (2022)** đều cho thấy ở bn ngưng tim ngoại viện  
→ **"Hạ thân nhiệt chỉ huy" không ưu thế hơn so với "bình thường hoá nhiệt độ"**

# Tiếp cận quyết định điều trị xâm lấn ở bn HCMVC

## STEMI



## NSTE-ACS



# Thay đổi khuyến cáo trong điều trị xâm lấn NSTEMI-ACS

Có điều chỉnh về tiêu chuẩn NSTEMI-ACS nguy cơ rất cao và thời gian cần can thiệp ngay lập tức

| ESC 2020<br>Tiêu chuẩn NSTEMI-ACS nguy cơ rất cao:                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ESC 2023<br>Tiêu chuẩn NSTEMI-ACS nguy cơ rất cao:                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>Huyết động không ổn định hoặc shock tim</li><li>Đau ngực kháng trị hoặc tái phát dù đã điều trị nội khoa</li><li>Rối loạn nhịp đe dọa tính mạng</li><li>Biến chứng cơ học của NMCT</li><li>Suy tim cấp liên quan NSTEMI-ACS</li><li>Đoạn ST chênh xuống &gt; 1mm/6 chuyển đạo + ST chênh lên ở aVR và/hoặc V1</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Huyết động không ổn định hoặc shock tim</li><li>Đau ngực kháng trị hoặc tái phát dù đã điều trị nội khoa</li><li>Rối loạn nhịp đe dọa tính mạng tại bệnh viện</li><li>Biến chứng cơ học của NMCT</li><li>Suy tim cấp do thiếu máu cơ tim tiến triển</li><li>Biến đổi động học đoạn ST và sóng T tái diễn, đặc biệt là đoạn ST chênh lên từng lúc</li></ul> |

## 6.1.2.1 Immediate invasive strategy (<2 h)

Very high-risk NSTEMI-ACS patients (i.e. with at least one very high-risk criterion according to [Figure 9](#)) have generally been excluded from RCTs. Owing to a poor short- and long-term prognosis if left untreated, an immediate invasive strategy (i.e. <2 h from hospital admission) is recommended for patients with any of the following:

**Can thiệp trong vòng 2 giờ**

## 5.2.2. Immediate invasive strategy for non-ST elevation acute coronary syndrome

An immediate invasive strategy refers to emergency (i.e. as soon as possible) angiography and PCI if indicated. This is recommended for patients with a working diagnosis of NSTEMI-ACS and any of the following:

**Can thiệp sớm nhất có thể**

*Phù hợp với thực tế lâm sàng*

# Thay đổi khuyến cáo trong điều trị xâm lấn NSTEMI-ACS

Vấn đề can thiệp sớm (<24 giờ) trong NSTEMI-ACS nguy cơ cao đã được xem xét lại

| ESC 2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Mức | CC | NEW | ESC 2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Mức | CC |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Can thiệp sớm trong vòng 24h được khuyến cáo ở bệnh nhân với các tiêu chuẩn nguy cơ cao dưới đây:<br><input type="checkbox"/> Chẩn đoán NSTEMI gợi ý bởi lược đồ chẩn đoán được khuyến cáo trong hướng dẫn<br><input checked="" type="checkbox"/> <b>Biến đổi đoạn ST-T mới gợi ý TMCB tiến triển</b><br><input type="checkbox"/> Đoạn ST chênh lên thoáng qua<br><input type="checkbox"/> Điểm nguy cơ GRACE >140 | 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:<br><input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định NSTEMI dựa vào lược đồ hiện tại của ESC về Hs-Troponin<br><input checked="" type="checkbox"/> <b>Động học đoạn ST hoặc sóng T thay đổi</b><br><input type="checkbox"/> Đoạn ST chênh lên thoáng qua<br><input type="checkbox"/> Điểm nguy cơ GRACE >140 | IIa | A  |

**Phải làm**

**Nên làm**

# Can thiệp xâm lấn sớm vs muộn ở bn NSTEMI-ACS

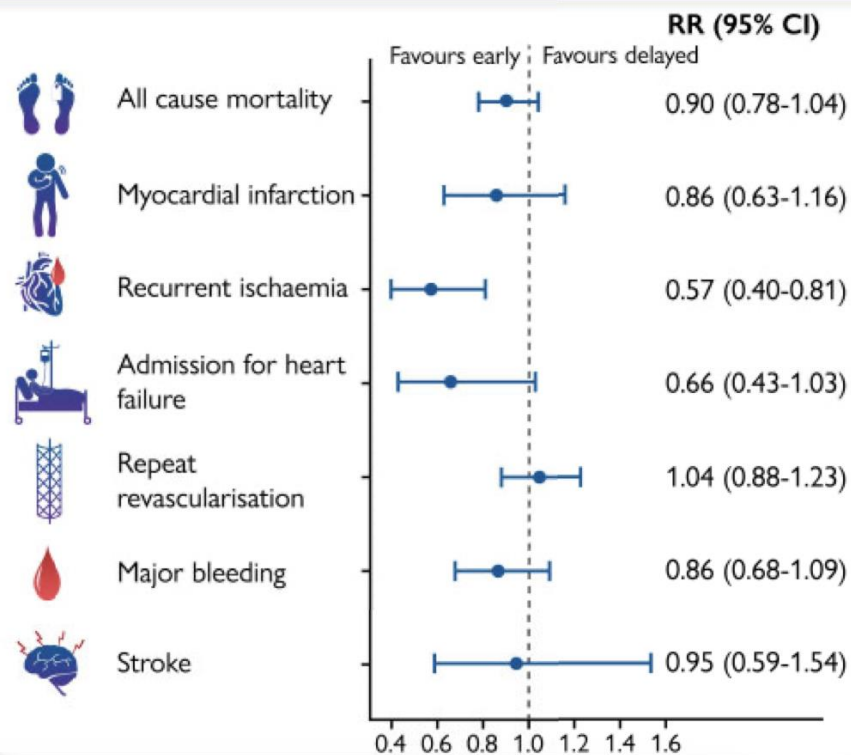
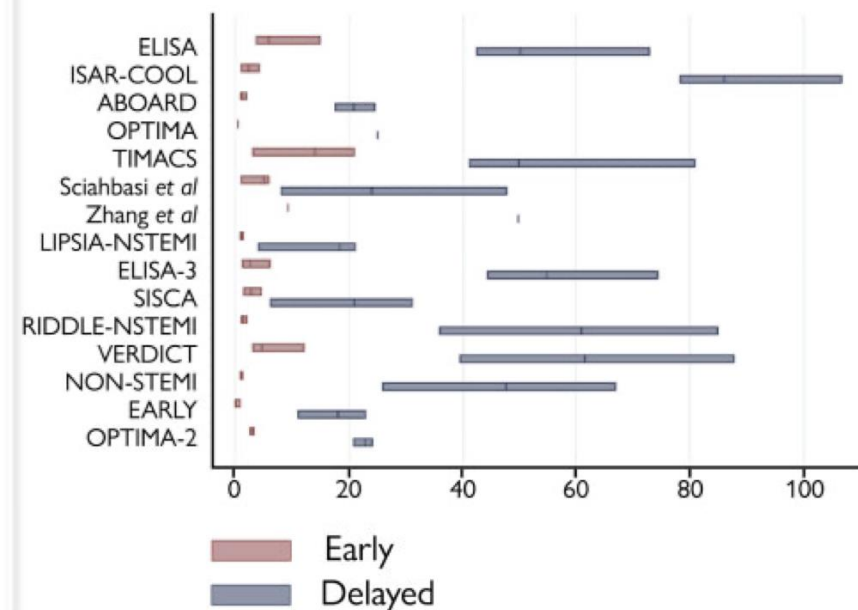
In patients with NSTEMI-ACS, does an early invasive strategy improve clinical outcomes when compared with a delayed invasive strategy?

Meta-analysis of 17 randomised trials

10,209

Time to angiography (hours)

Pooled risk ratio



Can thiệp sớm không cải thiện TV, NMCT, hay đột quỵ

Can thiệp sớm chỉ giảm nguy cơ TMCB tái phát/kháng trị, rút ngắn thời gian nằm viện

# Điều trị thuốc chống huyết khối trong HCMVC

Thuốc ?

Liều ?

Thời điểm ?

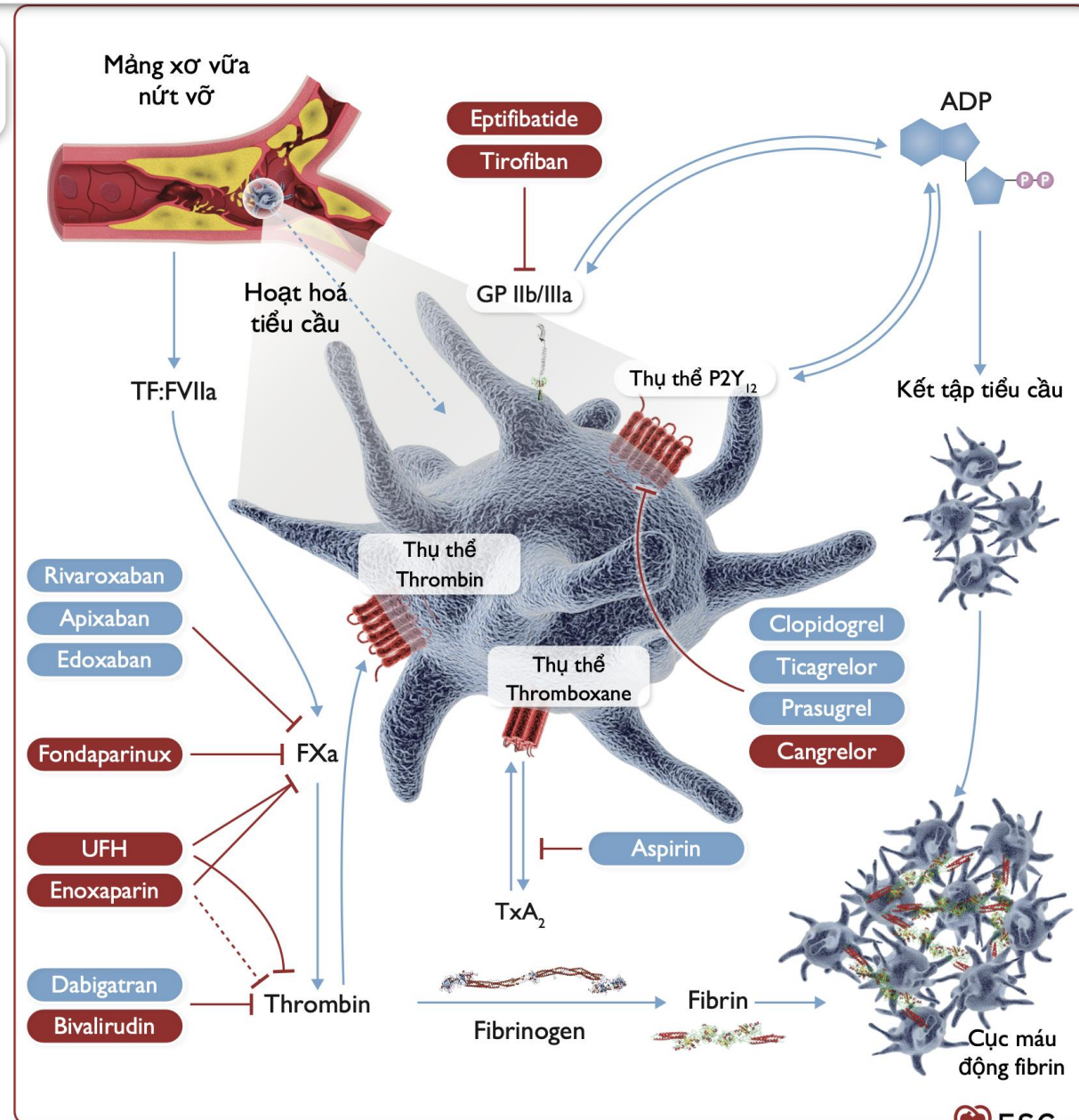
Thời gian ?

## Thuốc kháng đông

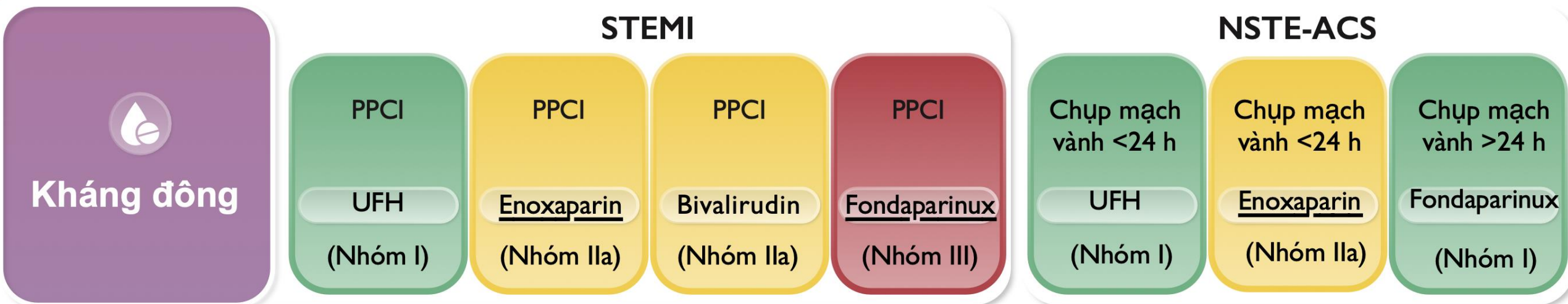
- STEMI: có PCI hay không ?
- NSTEMI: thời điểm chụp mạch vành ?

## Thuốc kháng tiểu cầu kép

- Điều trị trước (*Pretreatment*) ?
- Có PCI không ?
- Nguy cơ xuất huyết ?
- Tuổi ?



# Điều trị kháng đông trong HCMVC



| <b>ESC 2023</b>                                                                 | <b>Nhóm</b> | <b>Chứng cứ</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|
| Kháng đông đường tiêm được khuyến cáo ở tất cả bn HCMVC tại thời điểm chẩn đoán | <b>I</b>    | <b>A</b>        |
| Nên cân nhắc ngưng kháng đông đường tiêm ngay sau thủ thuật can thiệp xâm lấn   | <b>IIa</b>  | <b>C</b>        |

# Thay đổi khuyến cáo về điều trị kháng tiểu cầu

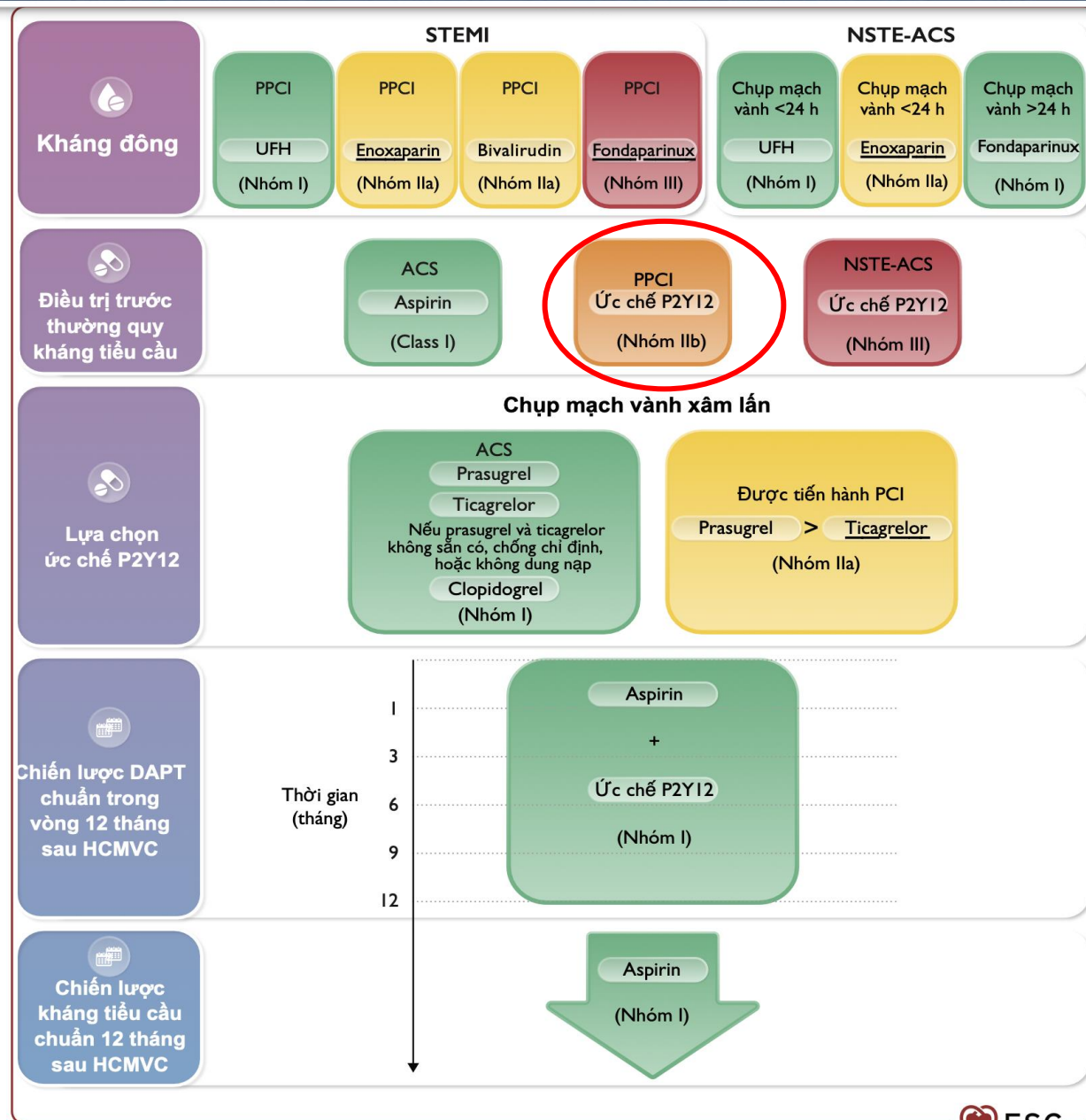
**Điều trị trước (Pretreatment) P2Y12i ở bn STEMI cũng đã bắt đầu "e ngại" do nguy cơ xuất huyết**

(Nghiên cứu ATLANTIC, SWEDEHEART)

| ESC 2017 (STEMI)                                                                                                                                               | Mức | CC |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Nhóm ức chế P2Y12 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  |



| ESC 2023                                                                | Mức | CC |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Điều trị trước PCI tiên phát ở bn STEMI với P2Y12i có thể được cân nhắc | IIb | B  |



# Thay đổi khuyến cáo về chiến lược KKTTC để giảm XH trong 12 tháng đầu

## ESC 2017 và 2020

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

Mức

Ila

CC

A



## ESC 2023

Những BN **không xuất hiện biến cố** trong 3-6 tháng sử dụng DAPT và không có nguy cơ tắc mạch cao, **kháng tiểu cầu đơn (SAPT)** nên được cân nhắc.

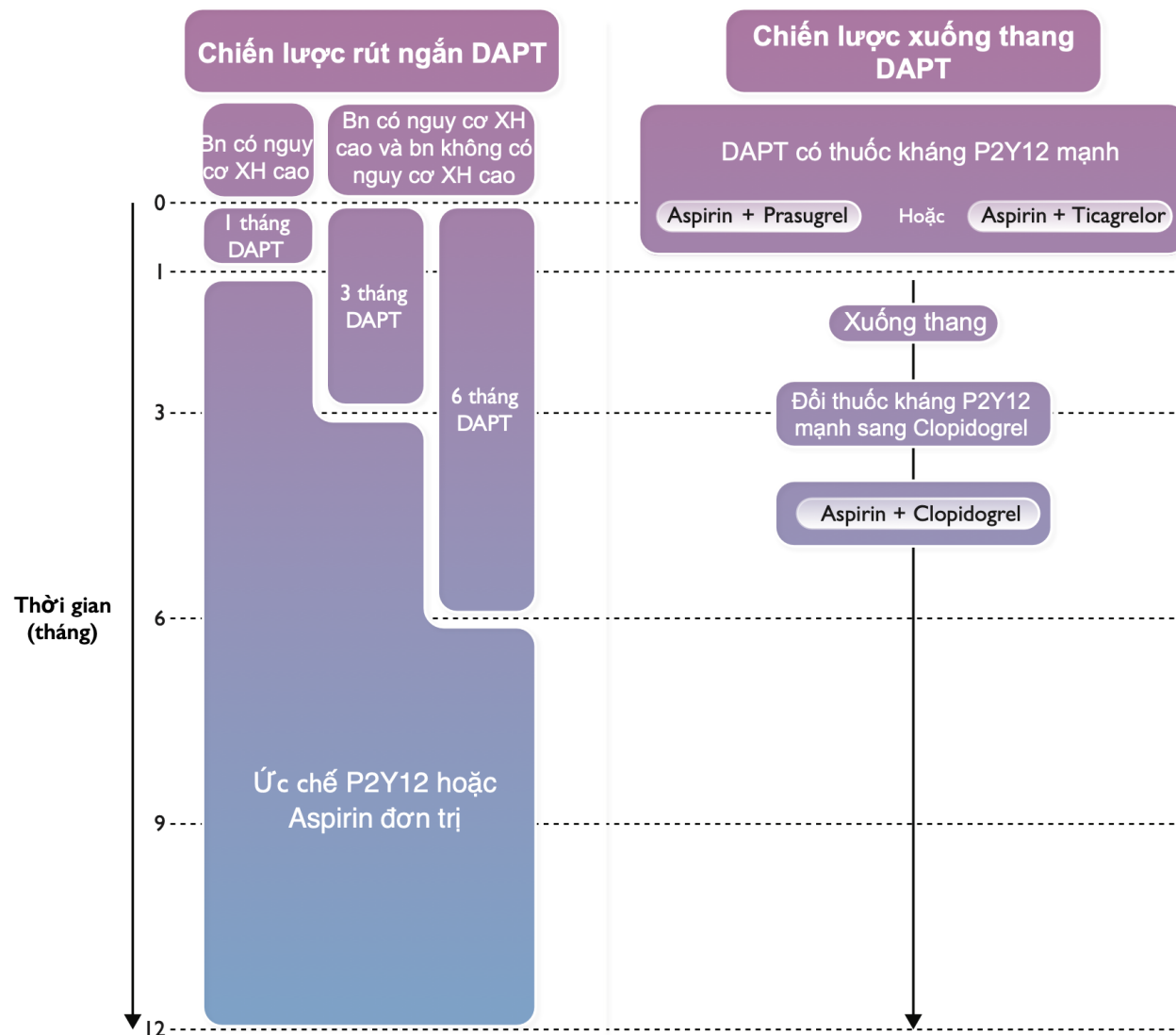
Mức

Ila

CC

A

## Chiến lược điều trị thuốc KKTTC để giảm nguy cơ XH trong 12 tháng đầu sau HCMVC



# Khuyến cáo mới về điều trị kháng tiểu cầu

## ESC 2023

### Nhóm

### Chứng cứ

Nếu BN có HCMVC dùng chống kết tập tiểu cầu kép (DAPT) để bắc cầu nối chủ vành, **khuyến cáo sử dụng DAPT sau phẫu thuật trong ít nhất 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



- Đối tượng BN cao tuổi bắt đầu được quan tâm đưa vào khuyến cáo vì nguy cơ XH cao
- Định nghĩa cao tuổi trong các nghiên cứu: > 70 – 80 tuổi
- Các bằng chứng cho thấy điều trị Clopidogrel ở bn cao tuổi giúp giảm nguy cơ XH trong khi không tăng nguy cơ TMCB

# Điều trị chống huyết khối ở bn có chỉ định OAC

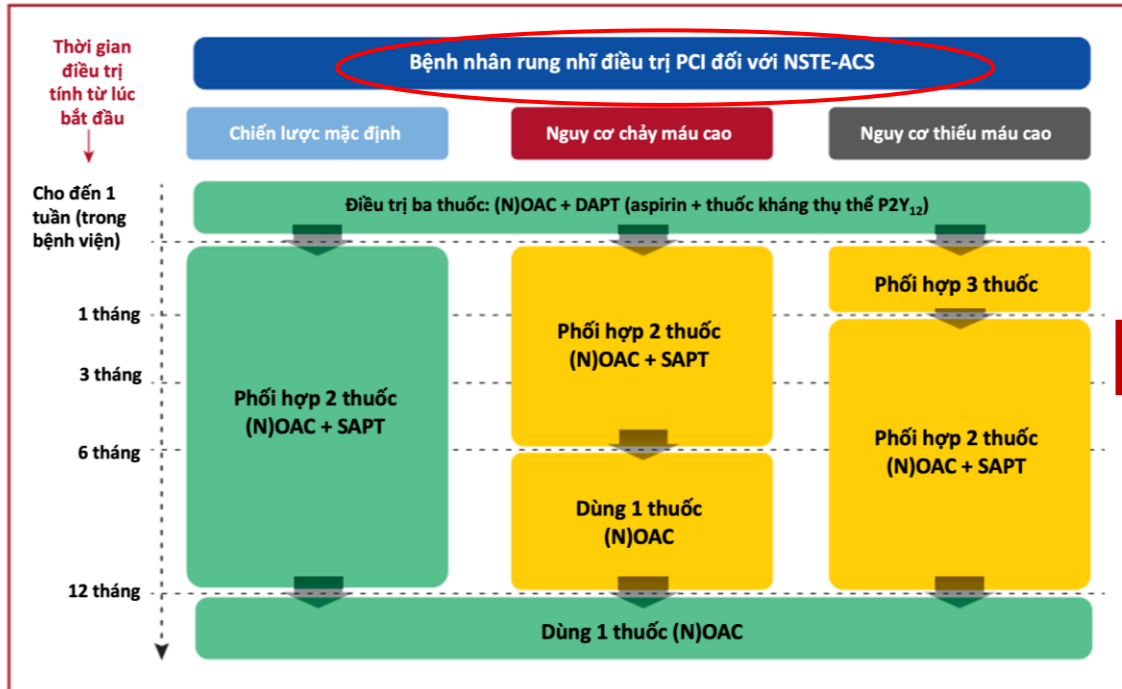
Hướng dẫn ESC 2023 đã mở rộng hướng dẫn tiếp cận chống huyết khối cho **tất cả bn có chỉ định OAC**

thay vì chỉ giới hạn ở bn Rung nhĩ như trong ESC 2020



(mở rộng áp dụng cho những bn VTE, van tim nhân tạo, HC kháng phospholipid, HK buồng tim, ...)

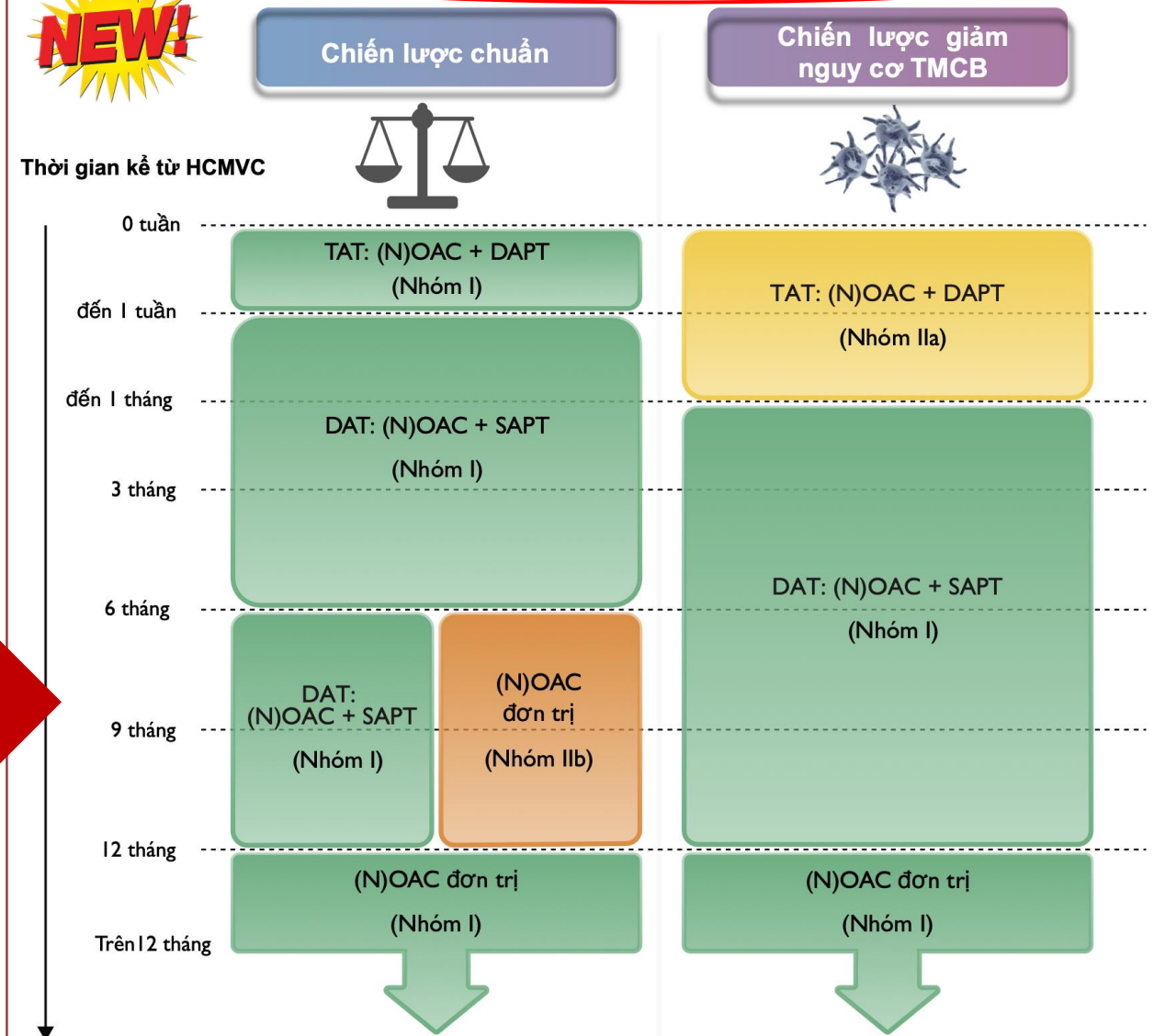
## ESC 2020



## ESC 2023



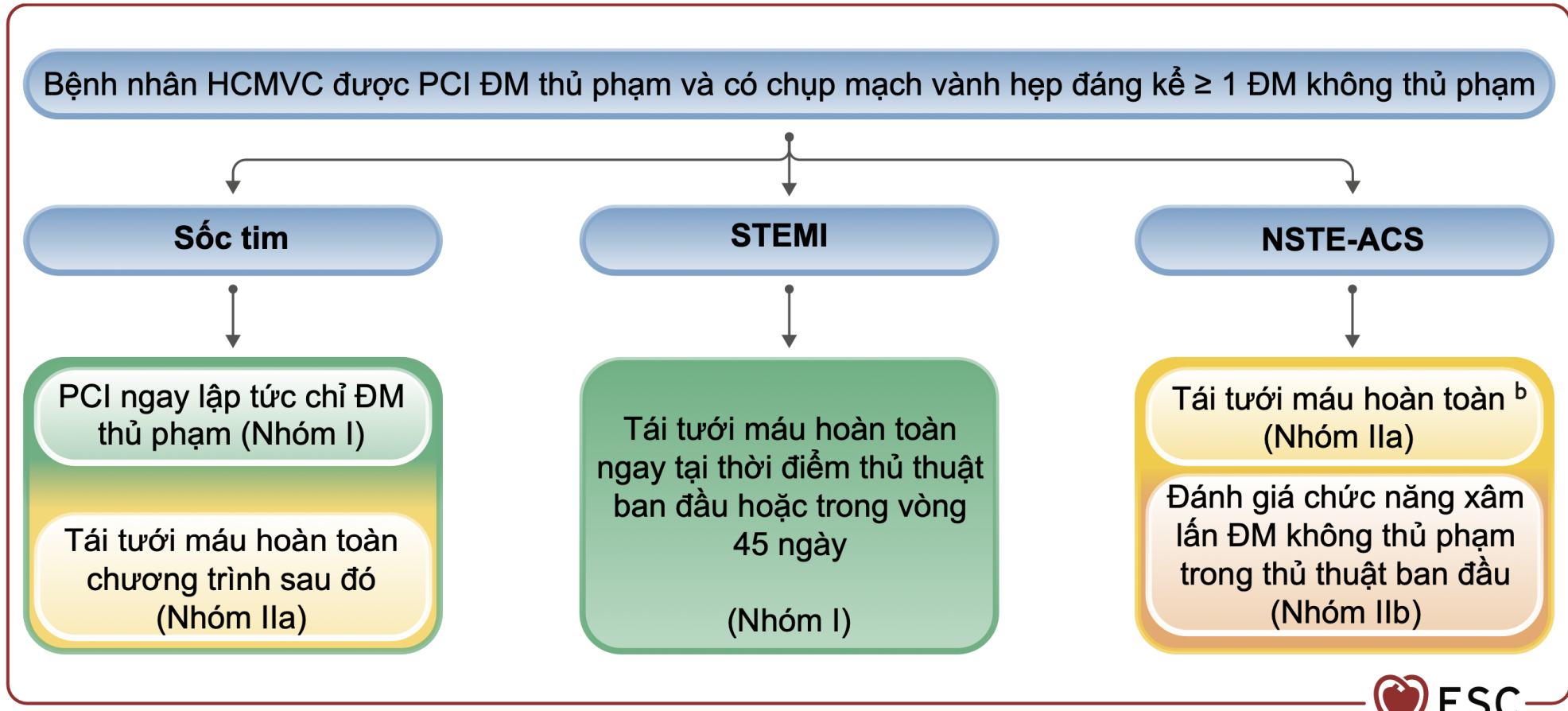
**Bệnh nhân HCMVC có chỉ định điều trị kháng đông đường uống**



# Tái tưới máu ở bn bệnh nhiều nhánh mạch vành

Các RCT đều ủng hộ tái tưới máu hoàn toàn ĐM không thủ phạm sau khi PCI thành công ĐM thủ phạm  
**PRAMI, CvLPRIT, DANAMI-3-PRIMUTI, COMPARE-ACUTE, COMPLETE**

Phân tích gộp 10 RCT, N = 7030 bn STEMI bệnh nhiều nhánh, tái tưới máu hoàn toàn giúp giảm TV do TM hoặc NMCT so với chỉ tái tưới máu ĐM thủ phạm



<sup>b</sup>Ở bn NSTE-ACS và bệnh nhiều nhánh mạch vành, tái tưới máu hoàn toàn, tốt nhất là trong thủ thuật ban đầu, nên được xem xét

# Thay đổi khuyến cáo tái tưới máu STEMI bệnh nhiều nhánh

Chứng cứ về tái thông toàn bộ ở STEMI bệnh nhiều nhánh đã rõ ràng

| ESC 2017                                                                                                                        | Mức | CC | NEW | ESC 2023                                                                                | Mức | CC |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Tái tưới máu thường quy các sang thương không thủ phạm nên được xem xét ở BN với bệnh nhiều nhánh mạch vành trước khi xuất viện | IIa | A  |     | Tái tưới máu hoàn toàn được khuyến cáo ở thời điểm PCI đầu tiên hoặc trong vòng 45 ngày | I   | A  |

Nên làm

Phải làm

1. European Heart Journal (2023) 00, 1–107
2. European Heart Journal (2022) 43, 3148–3160

# Có phải bn STEMI bệnh nhiều nhánh nào cũng nên tái tưới máu toàn bộ ngay từ thì đầu

**New!**

ORIGINAL ARTICLE

Timing of Complete Revascularization with Multivessel PCI for Myocardial Infarction

Bệnh nhân được tái tưới máu toàn bộ:

- Huyết động phải ổn định,
- không bệnh thân chung
- không CTO
- Sang thương không quá khó

**ESC 2023**

**Khuyến cáo PCI động mạch không thủ phạm ở bn STEMI dựa vào mức độ nặng giải phẫu mạch vành**

**Nhóm**

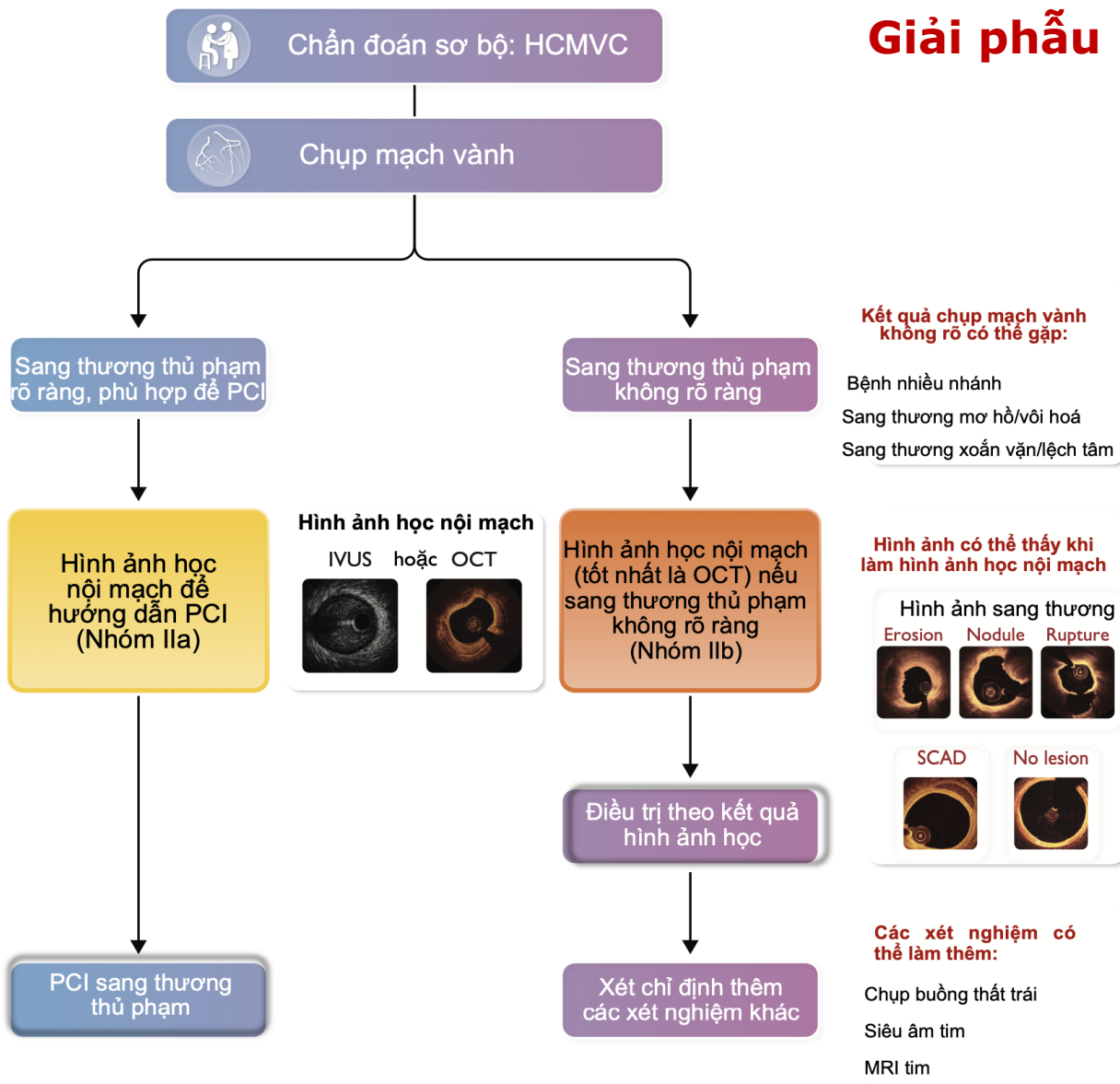
**Chứng cứ**

**I**

**B**

# Vai trò của hình ảnh học nội mạch và đánh giá sinh lý xâm lấn mạch vành

## Giải phẫu



## Sinh lý

|                                                                                                                                                                                                                                 | Mức | CC |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Đánh giá chức năng thượng tâm mạc xâm lấn ở những đoạn sang thương không thủ phạm ( <i>non-culprit segments</i> ) của động mạch vành thủ phạm ( <i>infarct-related artery</i> ) không được khuyến cáo trong thời điểm can thiệp | III | C  |

|                                                                                                                       | Mức | CC |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Đánh giá chức năng xâm lấn mức độ nặng của ĐM không thủ phạm trong thời điểm thực hiện can thiệp có thể được cân nhắc | IIb | B  |

# BIẾN CHỨNG HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

## Biến chứng về cấu trúc

- Hở van 2 lá cấp
- Vỡ thành tự do tâm thất
- Vỡ vách liên thất

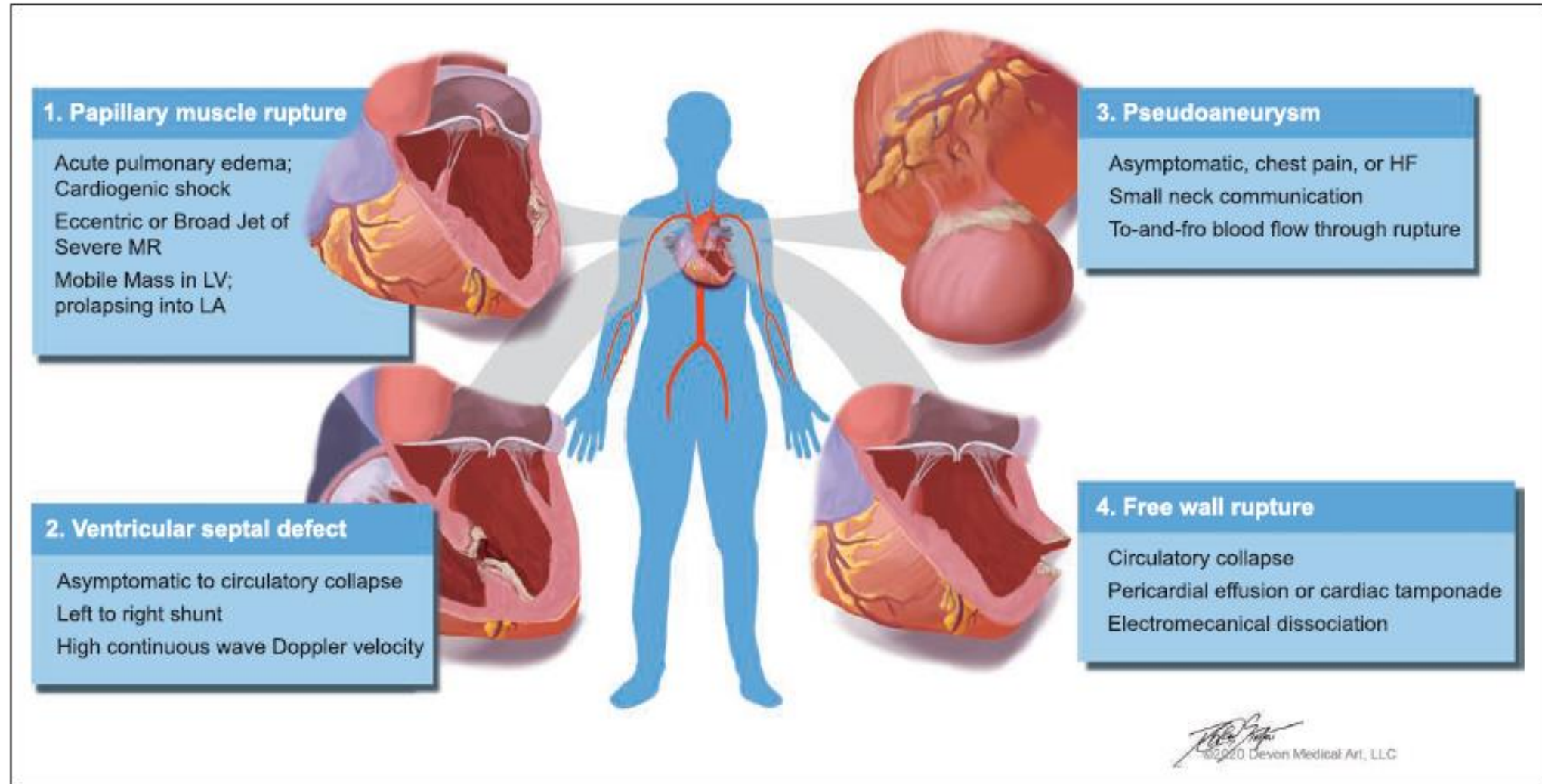
## Biến chứng suy bơm

- Phù phổi cấp
- Choáng tim

## Biến chứng RLNT

- Rung nhĩ
- Nhanh thất, rung thất ...
- Nhịp chậm, block AV

# BIẾN CHỨNG CƠ HỌC CỦA HCMVC



**Figure 2. Clinical characteristics of mechanical complications of acute myocardial infarction.**

HF indicates heart failure; LA, left atrium; LV, left ventricle; and MR, mitral regurgitation. ©2020 Devon Medical Art LLC. Used with permission.

# Khuyến cáo mới trong quản lý biến chứng HCMVC



## Biến chứng rối loạn nhịp

**ESC 2023**

**Nhóm**

**Chứng cứ**

**I**

**C**

Cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn được khuyến cáo ở những bệnh nhân block nhĩ thất cao độ không phục hồi trong thời gian chờ **ít nhất là 5 ngày sau NMCT**

**IIb**

**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

**IIb**

**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

# Khuyến cáo mới trong quản lý biến chứng HCMVC



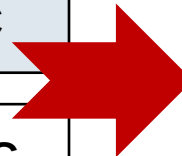
## Chẩn đoán huyết khối buồng thất

| ESC 2023                                                                                                                                               | Nhóm | Chứng cứ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|
| 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 thất trái | Ila  | C        |
| Sau NMCT cấp thành trước, siêu âm cản âm được cân nhắc sử dụng để xác định huyết khối thất trái nếu mỏm tim không rõ trên SA tim                       | IIb  | C        |



## ESC 2023 đã cho phép dùng NOAC để điều trị HK buồng thất

| ESC 2017 (STEMI)                                                                        | Mức | CC |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| BN có HK thất trái, kháng đông điều trị đến 6 tháng, hướng dẫn bởi lặp lại hình ảnh học | Ila | C  |
| AHA 2013                                                                                | Mức | CC |
| Điều trị VKA là hợp lý ở BN STEMI với huyết khối thành thất trái không triệu chứng      | Ila | C  |



| ESC 2023                                                                                                        | Mức | CC |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 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 | Ila | C  |

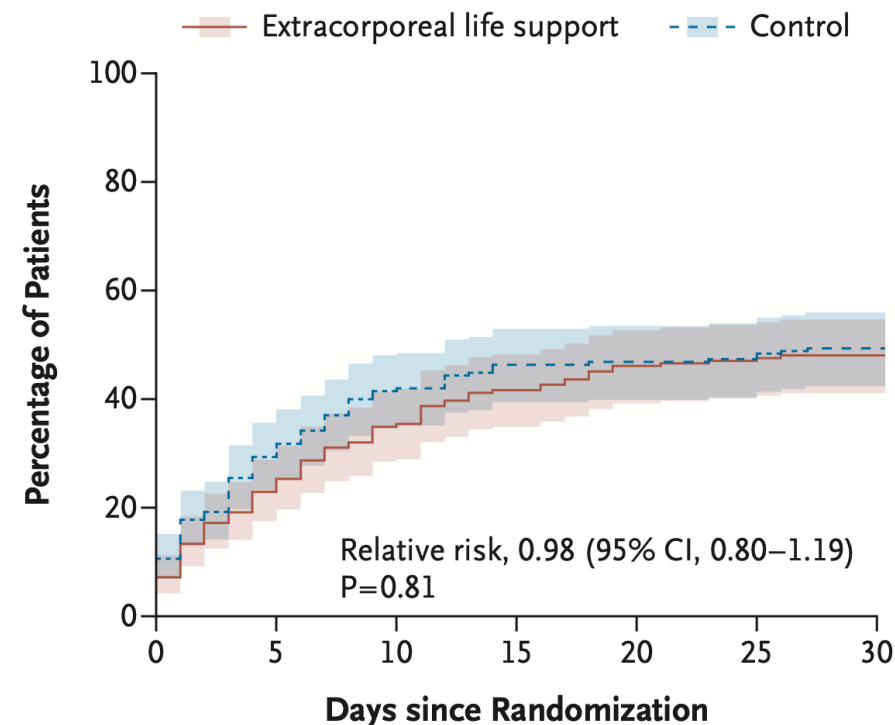
# Hỗ trợ tuần hoàn cơ học ở bn HCMVC có gì mới ?

## ORIGINAL ARTICLE

### Extracorporeal Life Support in Infarct-Related Cardiogenic Shock

#### Thử nghiệm ECLS-SHOCK (2023)

- ❑ RCT, N=420 bn sốc tim do NMCT
- ❑ So sánh: Hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể (ECMO) + điều trị nội vs điều trị nội đơn thuần



#### No. at Risk

|                             |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Control                     | 208 | 146 | 120 | 109 | 105 | 104 | 100 |
| Extracorporeal life support | 209 | 161 | 136 | 119 | 109 | 107 | 105 |

Sau thất bại IABP-SHOCK với IABP, ECLS-SHOCK với ECMO tiếp tục thất bại trong việc cải thiện tiên lượng ở bn sốc tim do NMCT cấp

Next target: IMPELLA ??

# Khuyến cáo mới trong quản lý bệnh đông mắt



## Chiến lược điều trị xâm lấn ở bn UNG THƯ

| ESC 2023                                                                                                                                                           | Nhóm | Chứng cứ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|
| <b>Chiến lược xâm lấn</b> được khuyến cáo ở những BN ung thư có biểu hiện của HCMVC-nguy cơ cao với thời gian sống tiên lượng $\geq 06$ tháng                      | I    | B        |
| <b>Chiến lược điều trị bảo tồn</b> được cân nhắc ở BN ung thư với tiên lượng xấu (VD: Thời gian sống tiên lượng $\leq 06$ tháng) và/hoặc nguy cơ chảy máu rất cao. | Ia   | C        |

# Khuyến cáo mới trong quản lý bệnh đông máu



**Điều trị KKTTC ở bn UNG THƯ và GIẢM TIÊU CẦU**

| ESC 2023                                                                                                 | Nhóm | Chứng cứ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|
| <b>Aspirin</b> không được khuyến cáo ở các bn ung thư với tiêu cầu <b>&lt; 10.000/μL</b>                 | III  | C        |
| <b>Clopidogrel</b> không được khuyến cáo ở các bn ung thư với tiêu cầu <b>&lt; 30.000/μL</b>             | III  | C        |
| <b>Prasugrel và Ticagrelor</b> không được khuyến cáo ở các bn ung thư với tiêu cầu <b>&lt; 50.000/μL</b> | III  | C        |

# Quản lý dài hạn bệnh nhân HCMVC

## Điều trị dài hạn sau HCMVC



Ra viện với các thuốc bảo vệ tim mạch, bắt đầu quản lý lối sống và phục hồi chức năng tim



Sắp xếp khoa khám bệnh ngoại trú để quản lý bệnh đồng mắc, thảo luận về mục tiêu và sở thích của bệnh nhân

## Mục tiêu điều trị



Hỗ trợ lựa chọn lối sống lành mạnh



Tiếp tục điều trị nội khoa bảo vệ tim mạch tối ưu



Reach and sustain risk factor treatment targets

## Mục tiêu điều trị



Hỗ trợ lựa chọn lối sống lành mạnh



Hút thuốc lá



Chế độ ăn lành mạnh



Tập thể lực thường xuyên



Giảm cân



Quản lý vấn đề tâm lý xã hội



Tiếp tục điều trị nội khoa bảo vệ tim mạch tối ưu



Điều trị chống huyết khối



Điều trị hạ lipid máu



Vắc xin phòng cúm hằng năm



Thúc đẩy tuân thủ điều trị và các điều trị khác nếu phù hợp



Reach and sustain risk factor treatment targets



HATThu <130 mmHg và HATTr <80 mmHg (nếu dung nạp)



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



HbA1c <53 mmol/mol (<7%)<sup>c</sup>

# Khuyến cáo mới trong quản lý dài hạn HCMVC



**ESC 2023**

|                                                                                                                                                                                                                     | Nhóm | Chứng cứ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|
| <b>Khuyến cáo tăng cường điều trị hạ lipid máu</b> trong thời gian nằm viện ACS đối với những bệnh nhân đang điều trị hạ lipid máu trước khi nhập viện.                                                             | I    | C        |
| <b>Colchicine liều thấp (0,5 mg mỗi ngày một lần)</b> có thể được xem xét, đặc biệt nếu các yếu tố nguy cơ khác không được kiểm soát đầy đủ hoặc nếu các biến cố bệnh tim mạch tái phát xảy ra khi điều trị tối ưu. | IIb  | A        |
| Liệu pháp kết hợp với <b>statin liều cao cộng với ezetimibe</b> có thể được xem xét khi nhập viện                                                                                                                   | IIb  | B        |

# Chiến lược lấy bệnh nhân làm trung tâm

## Tiếp cận lấy bệnh nhân làm trung tâm trong hành trình HCMVC

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



**Tình trạng  
tiền bệnh lý**



Xem xét tất cả các  
yếu tố nguy cơ



Tiền sử, thuốc sử  
dụng trước đó



Xem xét đến yếu  
tố tâm lý xã hội



**Nhập viện**



Cá thể hoá  
chăm sóc  
theo phân loại



Thực hiện đánh giá lâm  
sàng lấy bệnh nhân làm  
trung tâm



Bàn bạc, chia sẻ  
quyết định



**Chuẩn bị ra viện**



Giải thích về vấn  
đề điều trị dài hạn



Giáo dục về điều chỉnh  
lối sống



Xem xét về sức khoẻ  
thể chất và tinh thần

## Bệnh nhân HCMVC mong đợi ...



...triệu chứng  
HCMVC của họ  
được nhận biết



...chăm sóc chất lượng  
cao, hiệu quả và an toàn  
bởi các chuyên gia



... chăm sóc  
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  
vì sở thích của họ



...cân nhắc và hỗ trợ  
cho gia đình và người  
chăm sóc của họ



...chú ý đến cả hai  
nhu cầu vật chất và  
môi trường của họ



...môi trường bệnh viện  
sạch sẽ và an toàn

# KẾT LUẬN

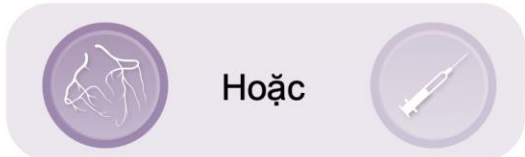
## Phổ

Đau thắt ngực không ổn định

## Nghĩ



## STEMI



PCI tiên phát

Tiêu sợi huyết  
(Nếu thời gian để làm PCI không phù hợp)

3

## Nghĩ đến liệu pháp chống huyết khối

Thuốc kháng tiểu cầu

VÀ

Thuốc kháng đông



Aspirin

+



Ức chế P2Y<sub>12</sub>



UFH

Hoặc



LMWH

Hoặc



Bivalirudin

Hoặc



Fondaparinux

4

## Nghĩ đến tái tưới máu

Dựa vào tình trạng lâm sàng, bệnh  
đồng mắc, mức độ phức tạp của bệnh

Nhắm mục đích tái  
tưới máu hoàn toàn

Xem xét các xét nghiệm bổ trợ  
để hướng dẫn tái tưới máu



PCI

Hoặc



CABG



Hình ảnh học nội mạch



Sinh lý nội mạch

5

## Nghĩ đến phòng ngừa thứ phát



Liệu pháp chống  
huyết khối



Liệu pháp  
hạ lipid máu



Ngưng thuốc lá



Phục hồi chức  
năng tim

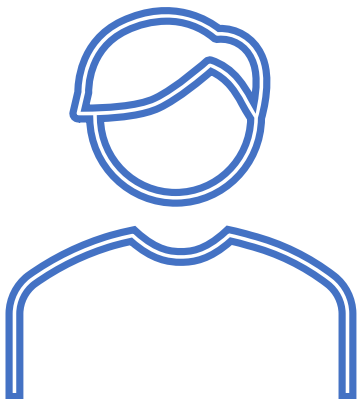


Quản lý yếu tố  
nguy cơ



Cân nhắc các yếu tố  
tâm lý xã hội

# TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG THỰC TẾ



## Chẩn đoán

**STEMI thành trước giờ thứ 4 Killip IV biến chứng rung thất  
– Rối loạn tri giác sau ngưng hô hấp tuần hoàn**

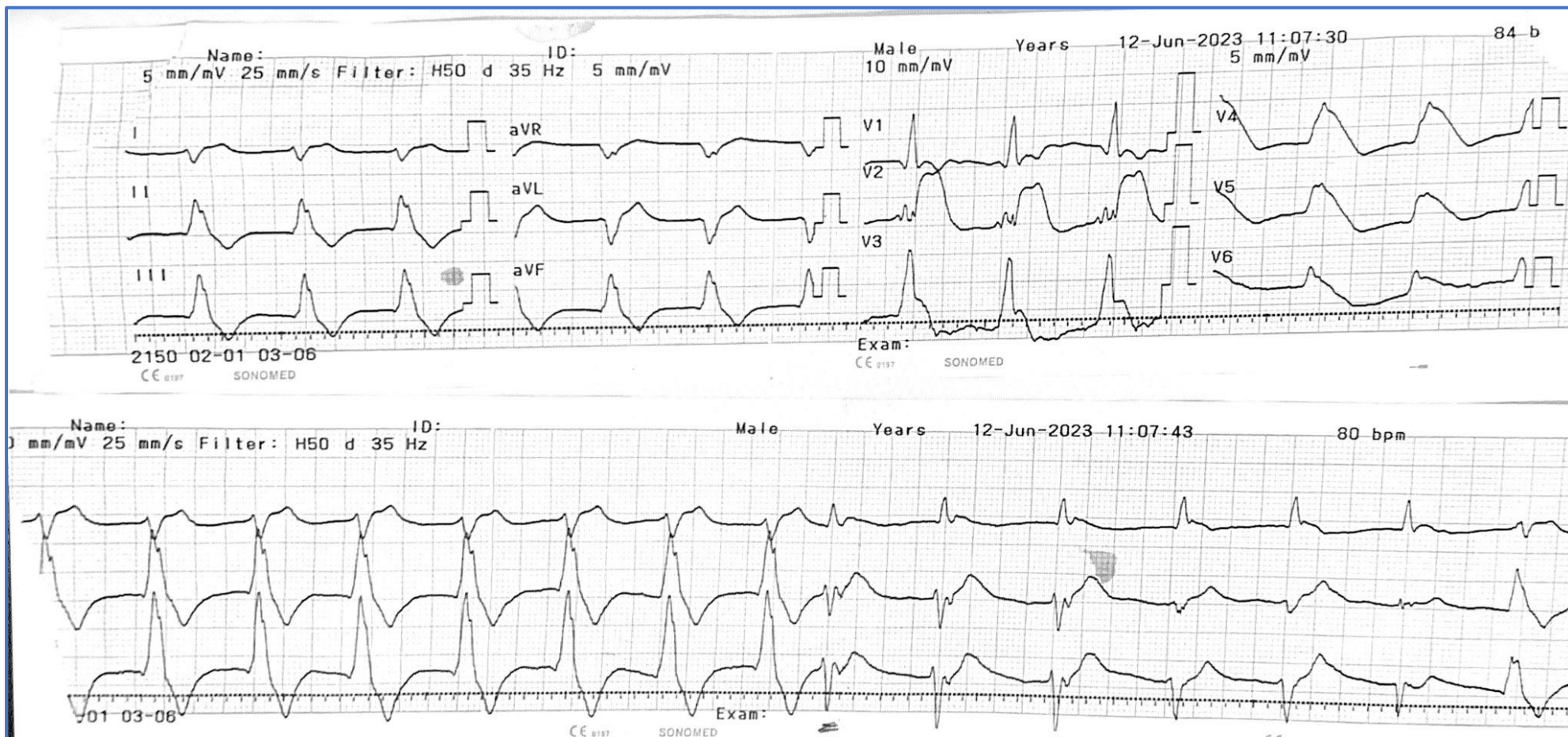
|                |         |
|----------------|---------|
| TUỔI           | 46      |
| GIỚI           | Nam     |
| NGHỀ<br>NGHIỆP | Thợ hồ  |
| ĐỊA CHỈ        | TP. HCM |

# ECG TẠI BV QUẬN



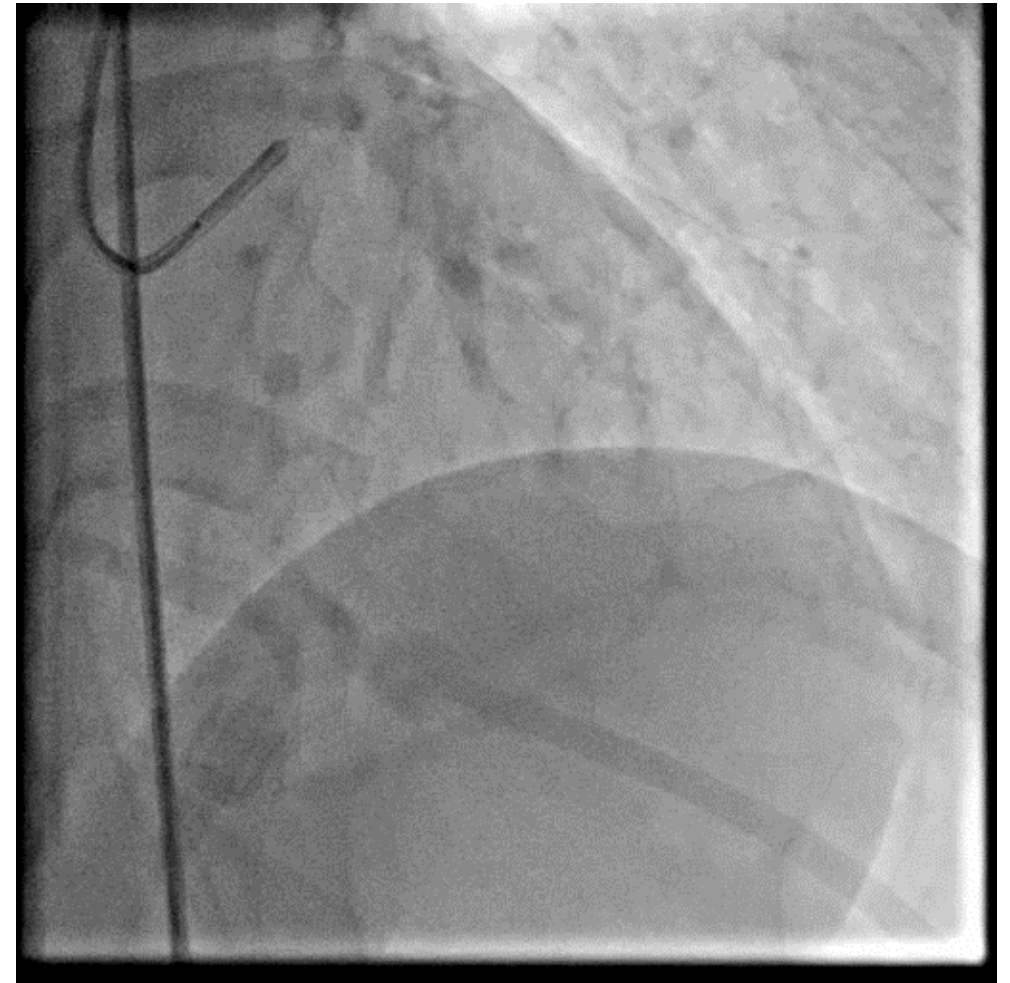
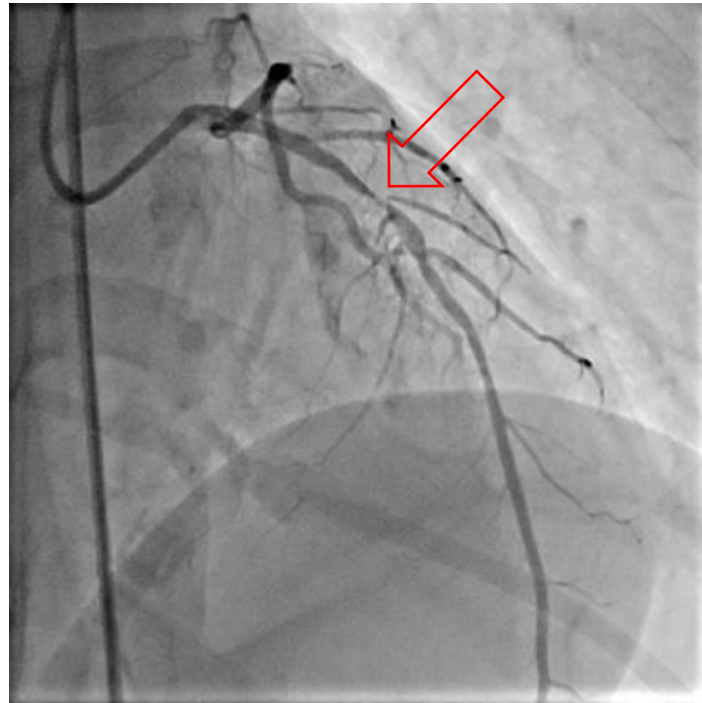
Hình ảnh “bia mộ” điển hình

# ECG TẠI BV CHỢ RẪY



Nhịp tự thất gia tốc 84 lần/phút

# KẾT QUẢ CHỤP MẠCH VÀNH



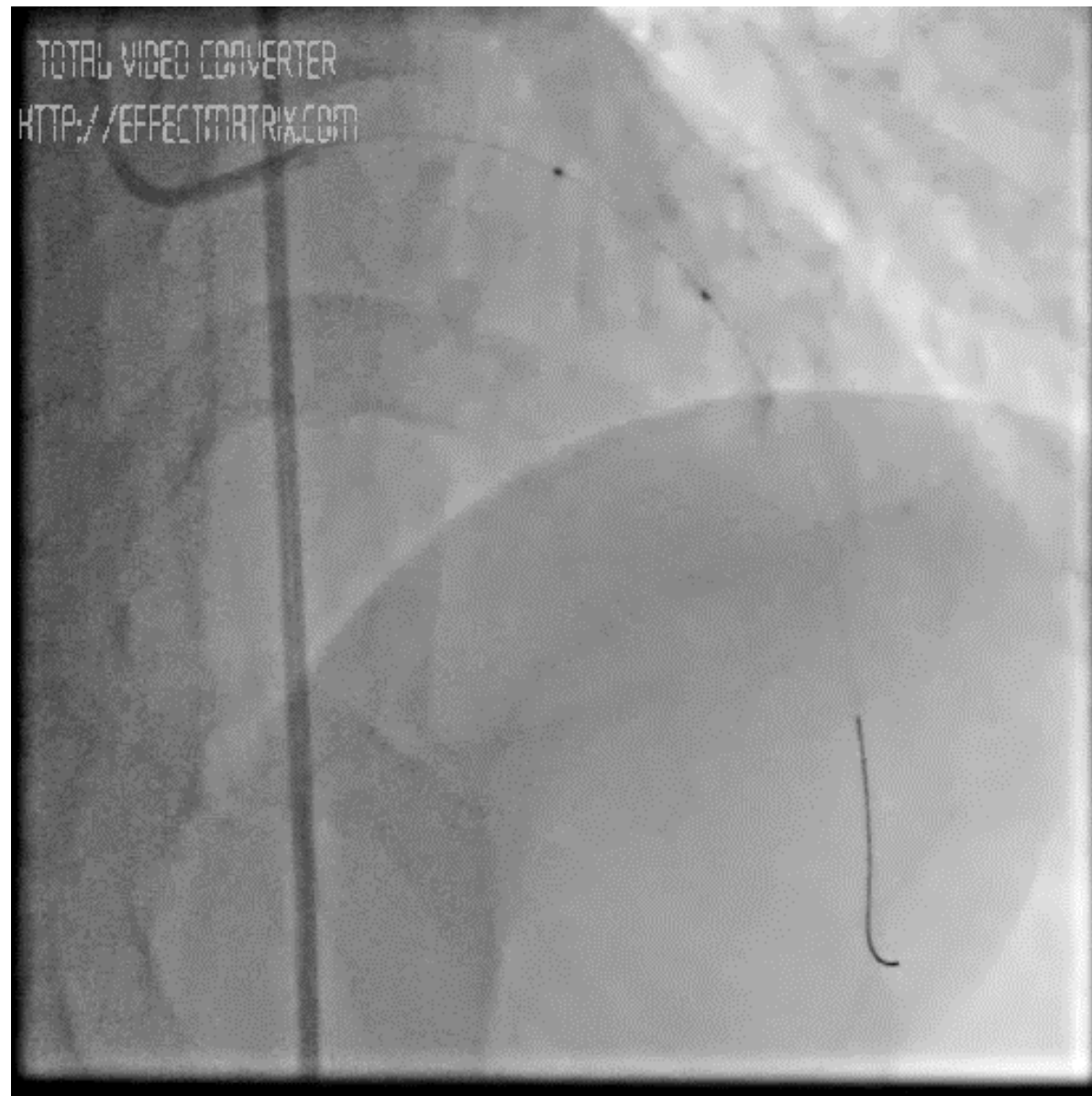
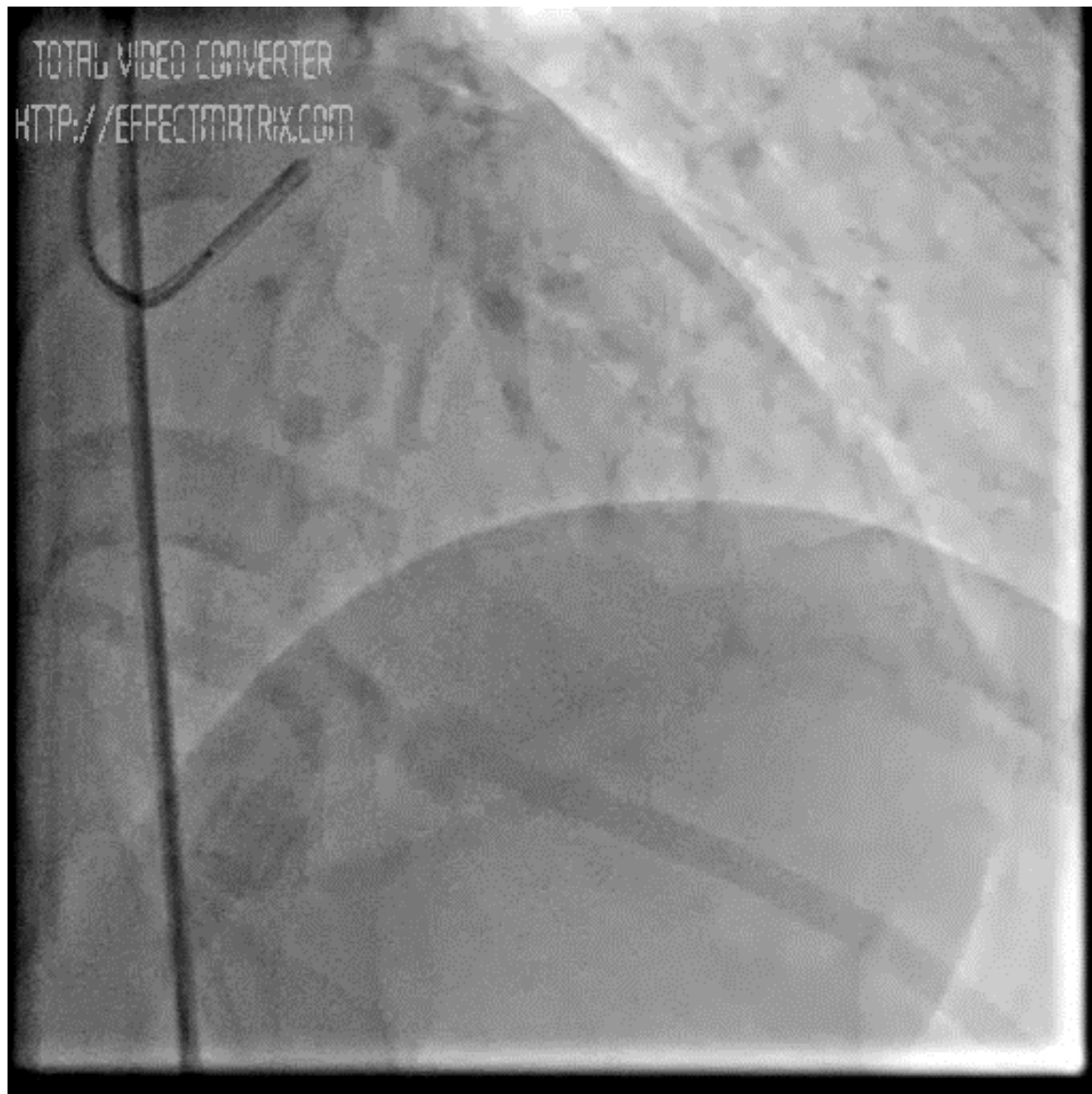
**LMCA không hẹp**

**LAD: hẹp 80 – 90% LAD II**

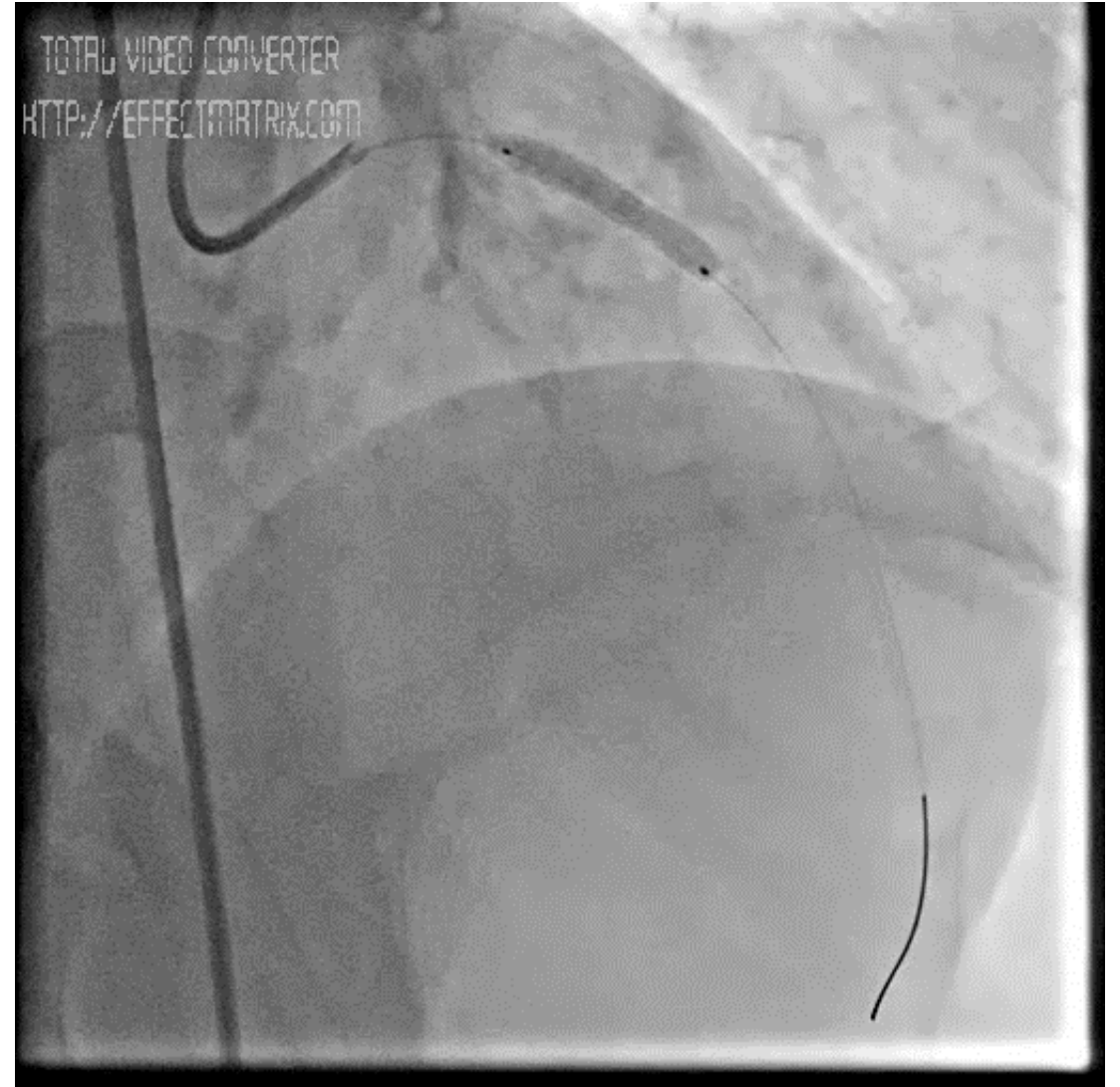
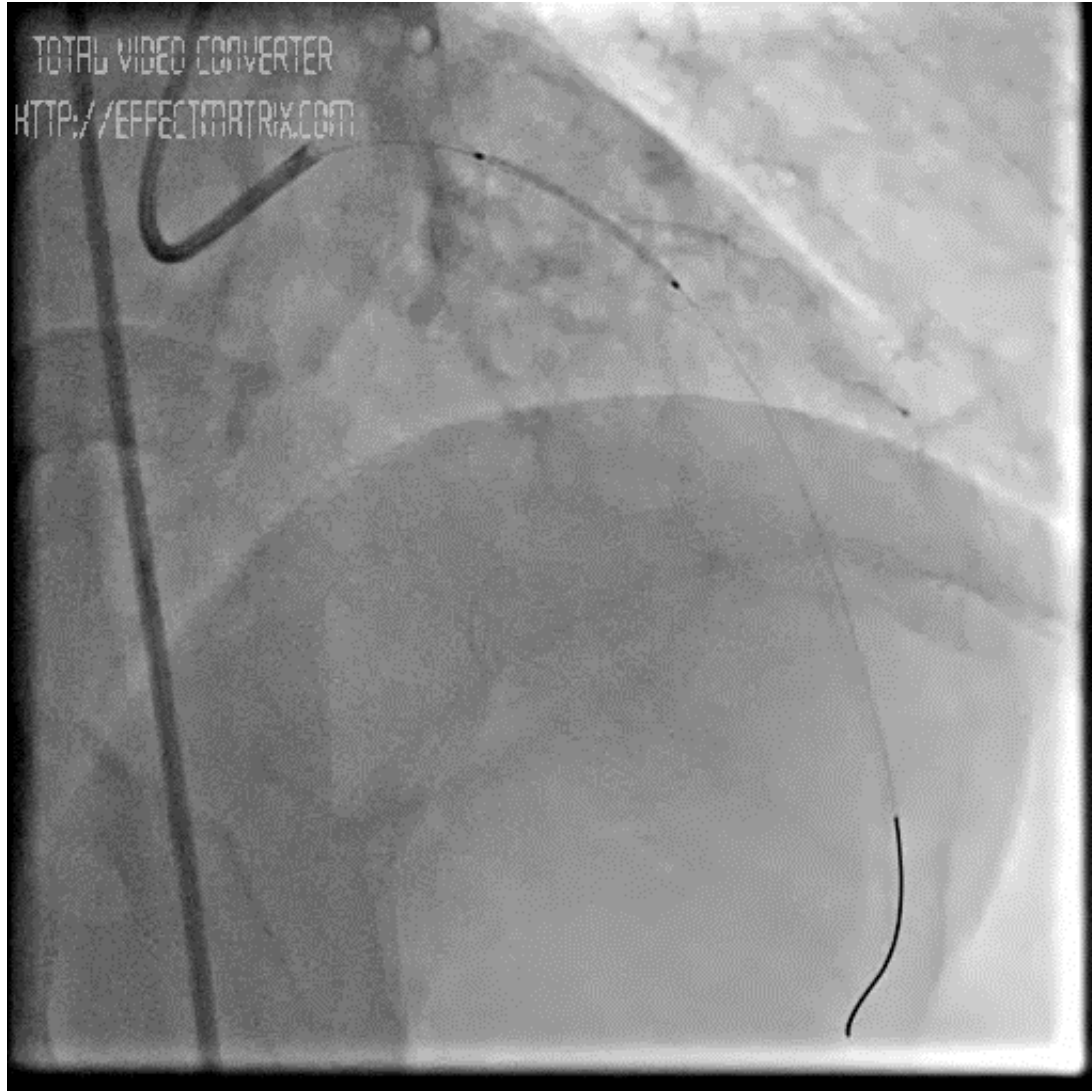
**LCx: hẹp 30% LCx II**

**RCA: không hẹp**

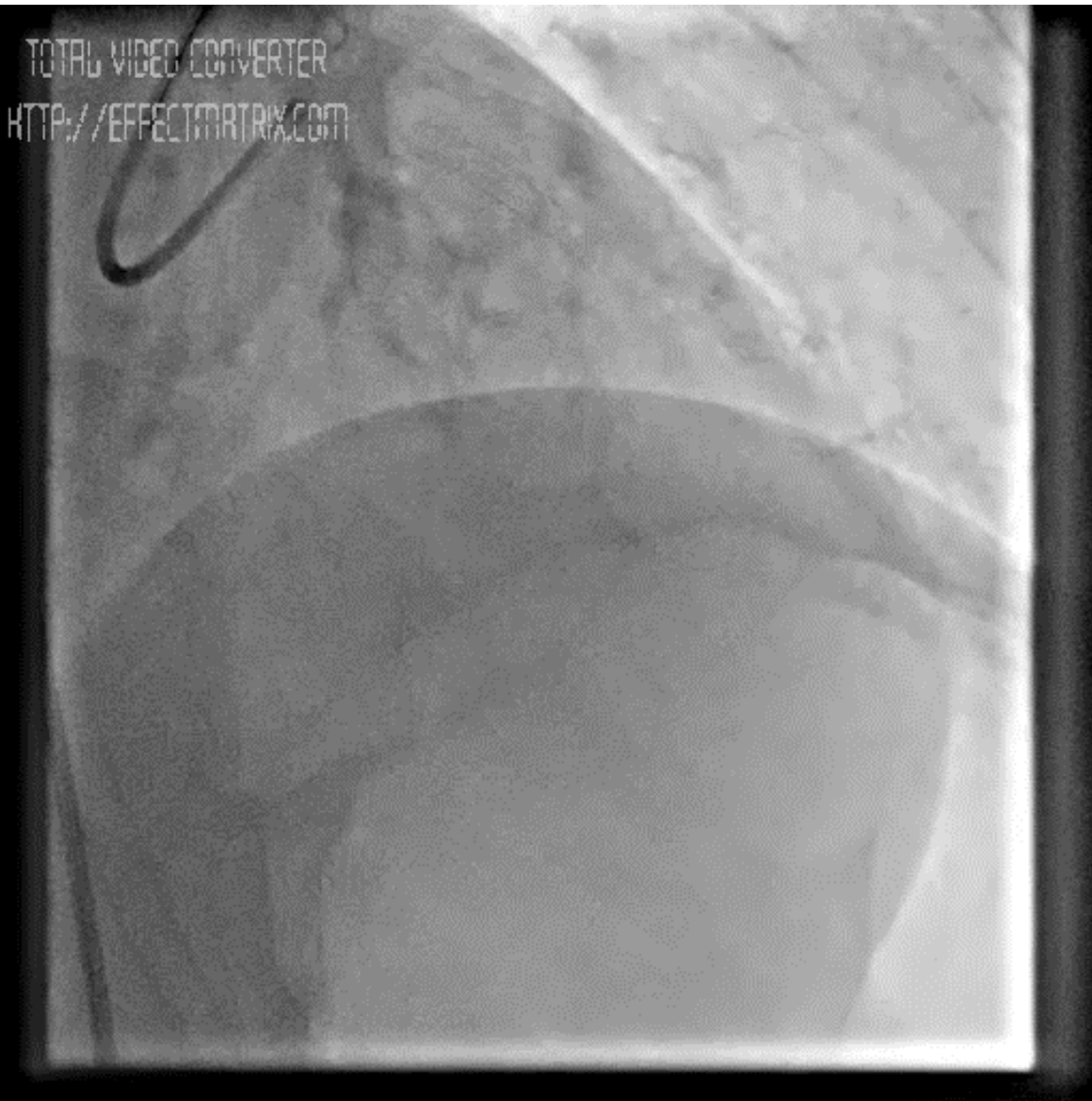
# KẾT QUẢ CHỤP MẠCH VÀNH-CAN THIỆP MẠCH VÀNH



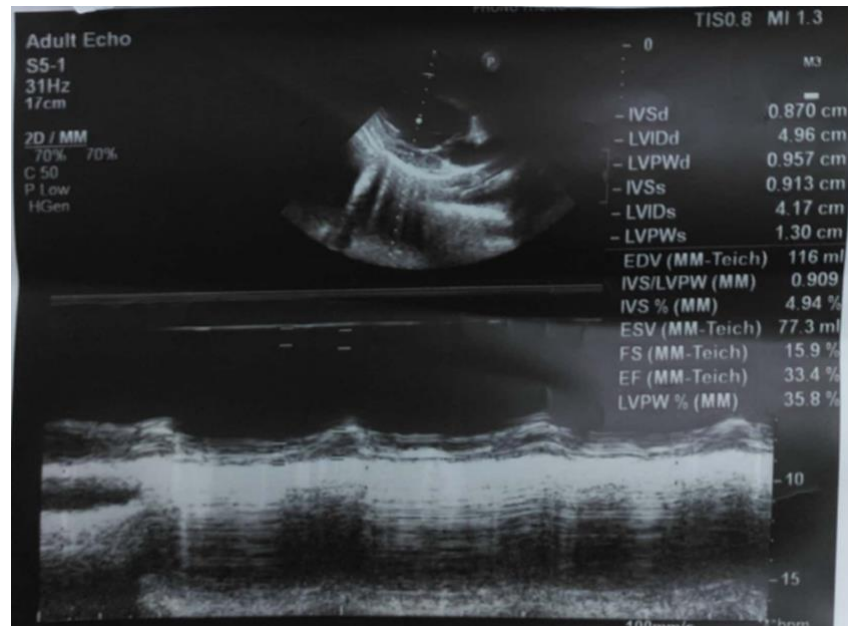
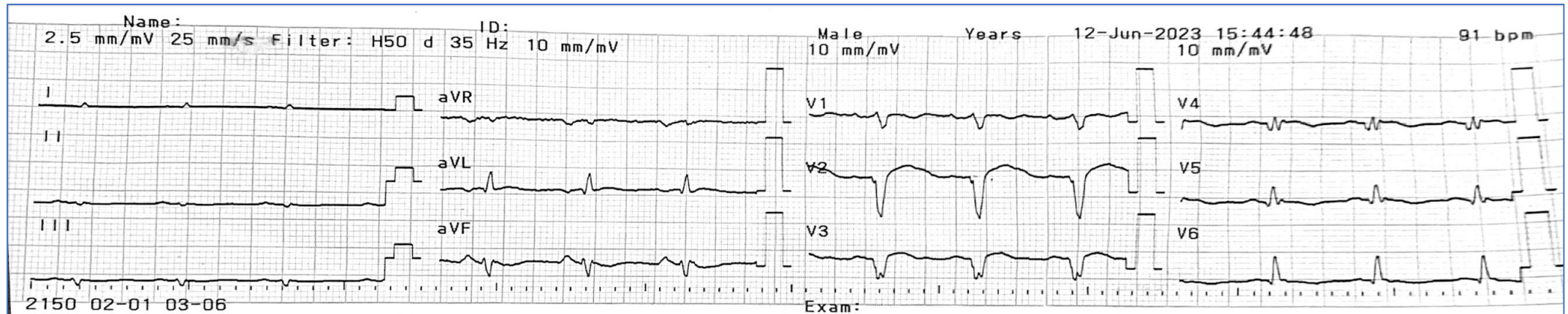
# KẾT QUẢ CHỤP MẠCH VÀNH-CAN THIỆP MẠCH VÀNH



# KẾT QUẢ CHỤP MẠCH VÀNH-CAN THIỆP MẠCH VÀNH



# DIỄN TIẾN LÂM SÀNG



- Giảm động vách liên thất, phình mỏm
- EF: 33% (Simpson)
- Không thấy dịch màng ngoài tim

# DIỄN TIẾN LÂM SÀNG

- Xuất viện sau 9 ngày với chẩn đoán: Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành trước rộng đã đặt stent DES LAD II (12/6/2023) – Suy tim EF giảm – Tăng huyết áp – Rối loạn lipid máu – GERD
- Toa ra viện
  - Brilinta 90 mg 1 viên x 2
  - Aspirin 81 mg 1 viên
  - Crestor 20 mg 1 viên
  - Diovan 160 mg 1 viên
  - Verospiron 25 mg 1 viên
  - Betaloc zok 25 mg 1 viên
  - Axitan 40 mg 1 viên

# ÁP DỤNG TRÊN TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

- BN nam 46 tuổi, nhập viện vì đau ngực trái -> ngưng tim được hồi sức thành công do rung thất
- ECG: ST chênh lên dạng bìa mộ => STEMI

*Được chuyển lên BV Chợ Rẫy*

- Chẩn đoán: **Ngưng tim** hồi sức thành công – STEMI **giờ 4** – Choáng tim – Suy tim EF giảm – Rung thất đã ra cơn

## **Chiến lược chẩn đoán điều trị**

1. Hồi sức nội khoa tích cực: Kháng đông, DAPT, statin liều cao
2. Tái thông mạch vành cấp cứu (PPCI): can thiệp 1 DES LAD II
3. Điều trị nội khoa: DAPT, statin, MRA, RAAs, chẹn beta

# Cám ơn sự chú ý lắng nghe của Quý Thầy Cô và đồng nghiệp!

