

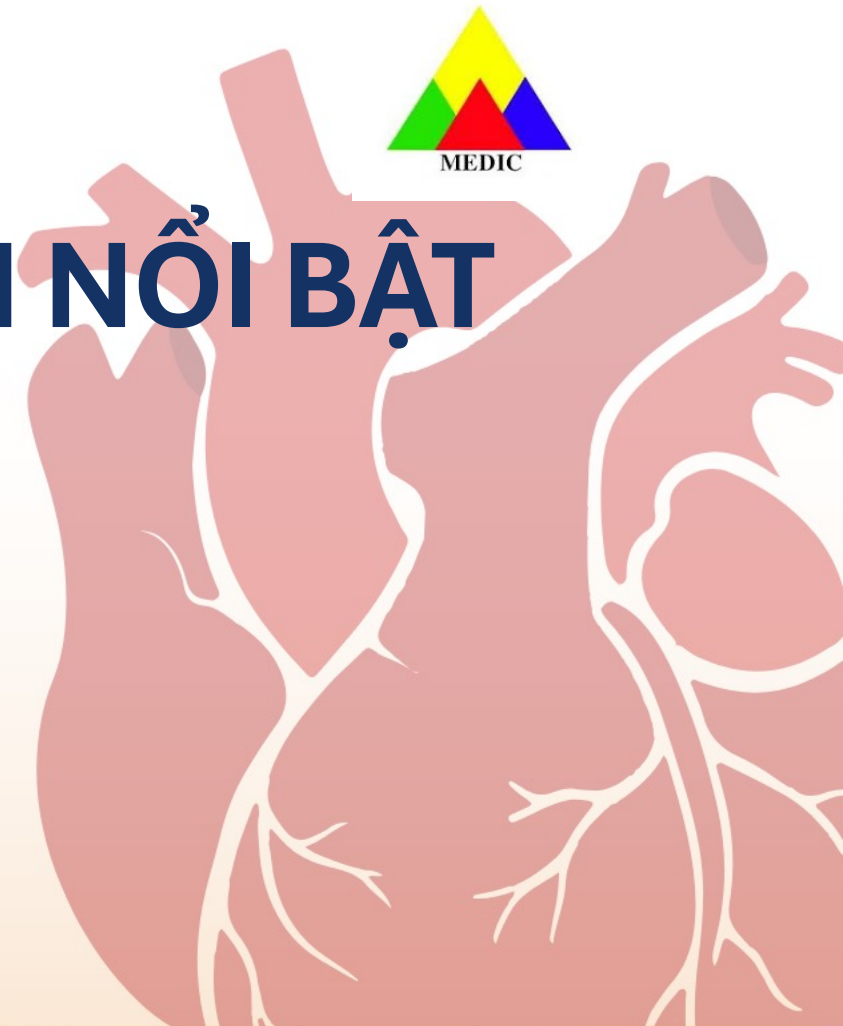
**APSC** TAIPEI  
2026

30TH ASIAN PACIFIC SOCIETY OF  
CARDIOLOGY CONGRESS



# APSC 2026 VÀ NHỮNG ĐIỂM NỔI BẬT

BS. VŨ THÁI NGUYÊN



# APSC 2026 – 30th Asian Pacific Society of Cardiology Congress

Taipei, Taiwan, 14–17/05/2026



Hơn 120 phiên/hoạt động khoa học, bao phủ các lĩnh vực nổi bật như suy tim, can thiệp tim cấu trúc, điện sinh lý, hình ảnh học, tim mạch–ung thư, bệnh tim mạch–thận–chuyển hóa và AI trong tim mạch.







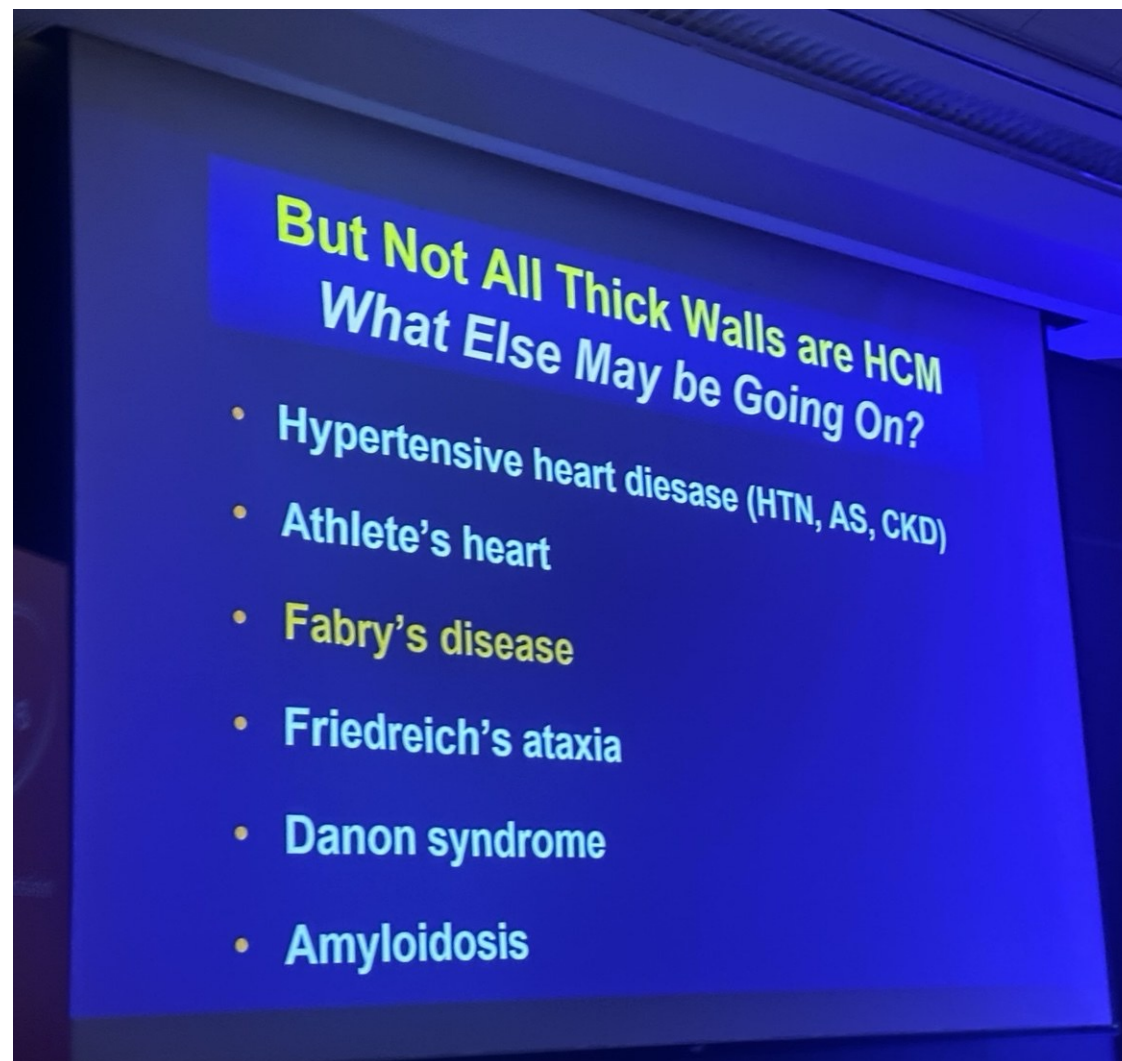
# NHỮNG ĐIỂM NỔI BẬT

- Dày thất trái
- Tim–thận mạn
- HFpEF
- AI trong CAD
- Can thiệp van ba lá
- Tim mạch trong bệnh lý ung thư
- Triệt đốt nhịp nhanh thất



## Không phải mọi thành tim dày đều là HCM

- Dày thất trái là một “hình thái”, không phải một chẩn đoán cuối cùng.
- Cần tách: tăng huyết áp/AS/CKD, tim vận động viên, Fabry, amyloid, Danon, Friedreich.
- Điểm mới: phenotype hình ảnh + dấu hiệu ngoài tim giúp tránh bỏ sót bệnh có điều trị đặc hiệu.



# Amyloid tim: bệnh dễ bị bỏ sót trong nhóm “HFpEF + LVH”

- Nghĩ amyloid khi HFpEF, LVH không tương xứng, điện thế ECG thấp hoặc rối loạn dẫn truyền.
- Gợi ý ngoài tim: ống cổ tay hai bên, bệnh thần kinh tự chủ, protein niệu, hẹp van ĐMC ở người lớn tuổi.
- Chẩn đoán hiện đại phối hợp echo strain, CMR, xạ hình xương và loại trừ AL.

**Cardiac amyloidosis: easy to miss, important to find**

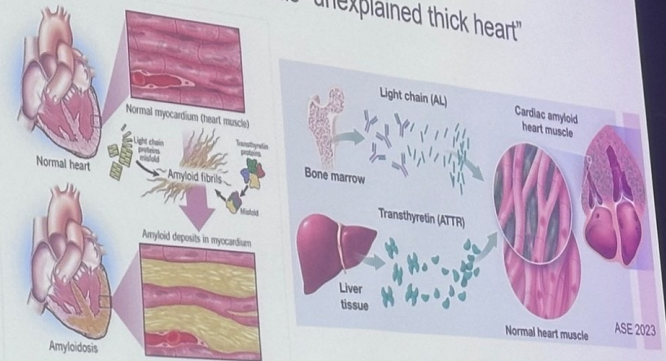
Often presents as “unexplained thick heart”

Mimics:

- HCM
- hypertensive heart disease
- CKD-related LVH
- aortic stenosis
- HFpEF

Delayed diagnosis means:

- irreversible organ damage
- late treatment initiation
- poorer outcomes



Amyloidosis often hides behind the thick heart

© 2021 Cleveland Clinic

ASE 2023

香港中文大學  
The Chinese University of Hong Kong

CU Medicine  
Faculty of Medicine  
The Chinese University of Hong Kong

## Fabry: bệnh đa hệ thống đứng sau LVH “khó giải thích”

- Fabry có thể biểu hiện bằng LVH, loạn nhịp, đau ngực, protein niệu và triệu chứng thần kinh/da/mắt.
- Nam giới: đo hoạt tính alpha-galactosidase A; nữ giới thường cần xét nghiệm gene GLA.
- Không nên đợi biểu hiện tim nặng: điều trị càng sớm càng có cơ hội bảo tồn cơ tim.

### Fabry Disease: Multi-systemic Disorder

The infographic shows a human silhouette with red dots indicating affected areas. Lines connect these dots to boxes listing symptoms for each system. A legend at the top right categorizes symptoms as 'Hallmark symptom', 'Early symptoms', or 'Later symptoms'.

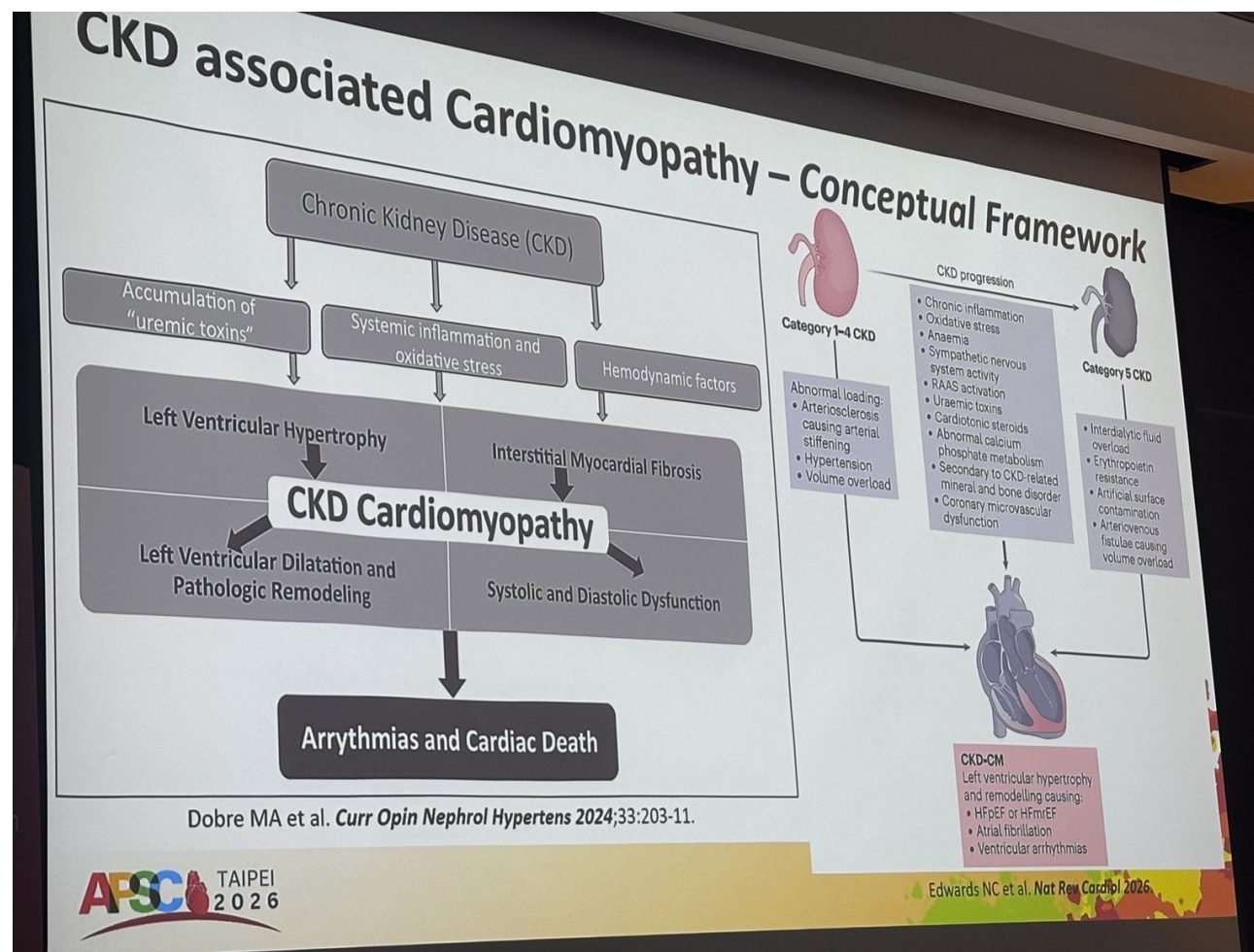
System	Symptoms	Timing
<b>Dermatological<sup>1</sup></b>	Angiokeratomas (typically on lower trunk)	Hallmark symptom
<b>Ophthalmological<sup>2</sup></b>	Cornea verticillata, Retinal vessel tortuosity	Early symptoms
<b>Cardiac<sup>2,5,6</sup></b>	Left ventricular hypertrophy, Atherosclerosis risk factors, Arrhythmias, Myocardial fibrosis	Later symptoms
<b>Renal<sup>2,7</sup></b>	Impaired renal function, albuminuria/proteinuria, hematuria; Specific biopsy findings (e.g., intracellular accumulation of glycosphingolipids)	Later symptoms
<b>Other organs and systems</b>	GI issues (e.g., diarrhea, pain, early satiety) <sup>2</sup> , Airflow limitation <sup>8</sup> , Low exercise tolerance <sup>2</sup> , Joint pain, <sup>2</sup> osteopenia <sup>8</sup> , Fatigue <sup>2</sup> , Lymphedema <sup>2</sup>	Later symptoms
<b>Neurological<sup>2</sup></b>	Sweating problems (hypohidrosis) <sup>1,2</sup> , Hearing loss, vertigo, tinnitus <sup>2,3</sup> , Acroparesthesia (e.g., tingling, chronic burning or nagging pain in the hands/feet) <sup>2</sup> , Neuropsychiatric issues (e.g., depression) <sup>2</sup> , Peripheral neuropathy ('Fabry crises') <sup>2,4,8</sup> , Vasculopathy, stroke, white matter lesions <sup>2</sup>	Early symptoms

Fabry crises are defined as severe episodes of acute limb pain, which may last from minutes to weeks and are thought to be caused by small fiber involvement in peripheral nerves.  
GI: Gastrointestinal

1. Mehta A et al. QJM 2010; 103:643-659; 2. Mehta A et al. editors. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11586/>; 3. Koping M et al. Orphanet Rare Dis. 2018; 13:137; 4. Rajan J et al. Clin Med. 2021;10:4168; 5. Joy E et al. Heart 2022; 108 (Suppl. 1):A21; 6. Kenneally et al. Rev Cardiovasc Med. 2022;23:192; 7. Silva CAB et al. Can J Kidney Dis. 2021;8:205-4358120985627; 8. Germain DP et al. Orphanet Rare Dis. 2010;5:30; 9. Bierer G et al. Respiration 2005;72:504-11.

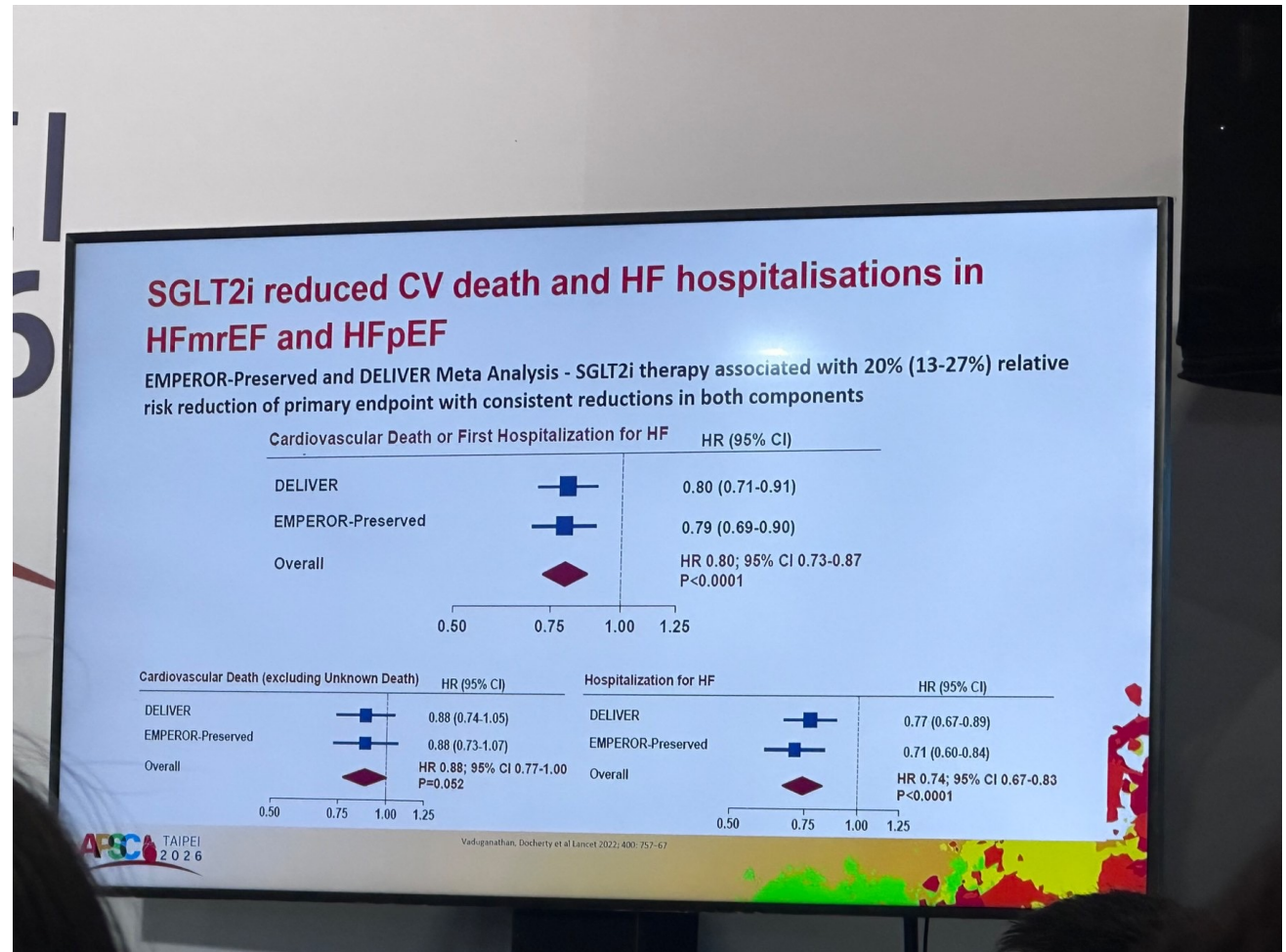
# CKD-associated cardiomyopathy: không chỉ là quá tải dịch

- CKD gây bệnh cơ tim qua viêm, xơ hoá, độc tố urê, thiếu máu, rối loạn khoáng xương và tăng áp lực.
- Hình thái thường gặp: LVH, xơ hoá mô kẽ, rối loạn tâm trương, loạn nhịp và suy tim.
- Điểm hay: phải xem CKD là driver sinh học của HF, không chỉ là yếu tố làm khó dùng thuốc.



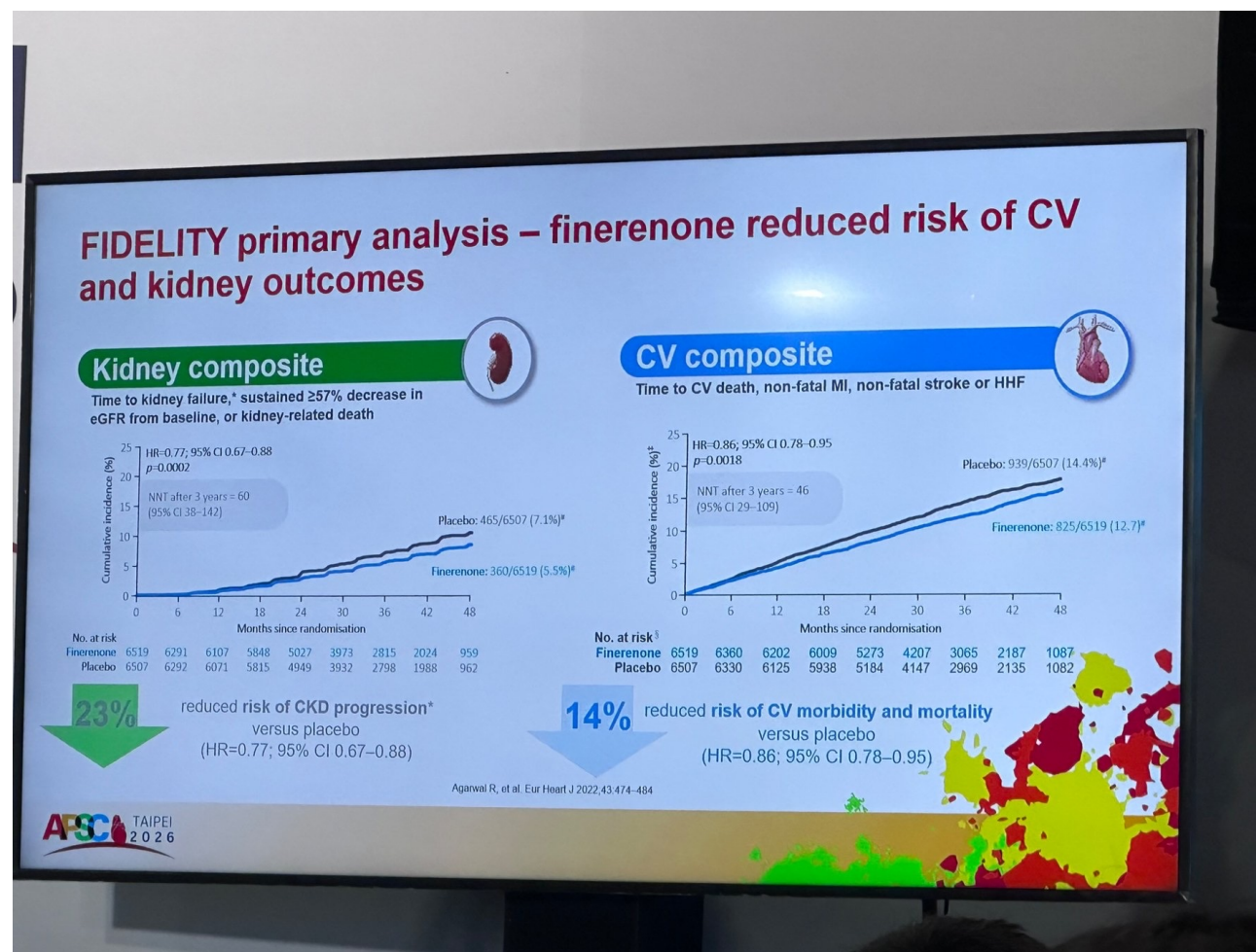
## SGLT2i: giảm biến cố trong HFpEF/HFmrEF

- Empagliflozin hoặc dapagliflozin 10 mg/ngày là nền tảng cho hầu hết HFpEF đủ điều kiện.
- Lợi ích nhất quán chủ yếu nhờ giảm nhập viện hoặc worsening HF.
- Hiệu quả không phụ thuộc hoàn toàn vào đái tháo đường; cần lưu ý eGFR dip và nhiễm niệu-sinh dục.



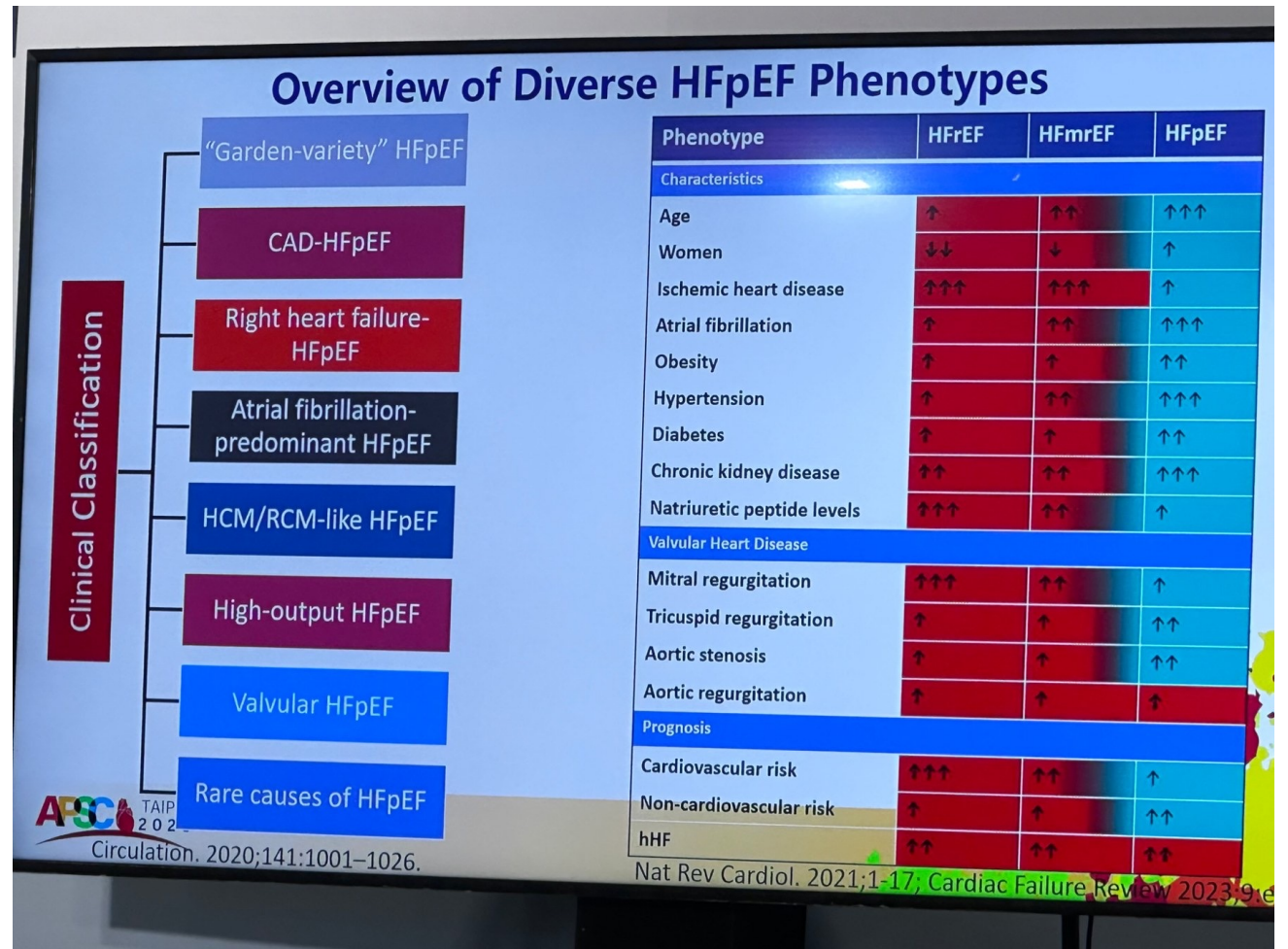
# Finerenone: cầu nối giữa CKD-T2D và suy tim

- FIDELITY gộp FIGARO-DKD + FIDELIO-DKD: giảm cả biến cố thận và tim mạch.
- Giảm CKD progression khoảng 23%; giảm composite CV khoảng 14%.
- Ứng dụng phù hợp nhất ở CKD + T2D, đặc biệt còn albumin niệu; cần theo dõi K<sup>+</sup> và eGFR.



# HFpEF là một hội chứng đa phenotype, không phải một bệnh duy nhất

- HFpEF thường đi cùng tăng huyết áp, béo phì, ĐTD, CKD, AF, bệnh mạch vành và bệnh van tim.
- Mỗi phenotype có cơ chế trội khác nhau: viêm, xơ hoá, rối loạn vi mạch, sung huyết, giảm dự trữ gắng sức.
- Điểm mới: điều trị hiệu quả hơn khi xác định driver chính thay vì dùng một công thức chung.



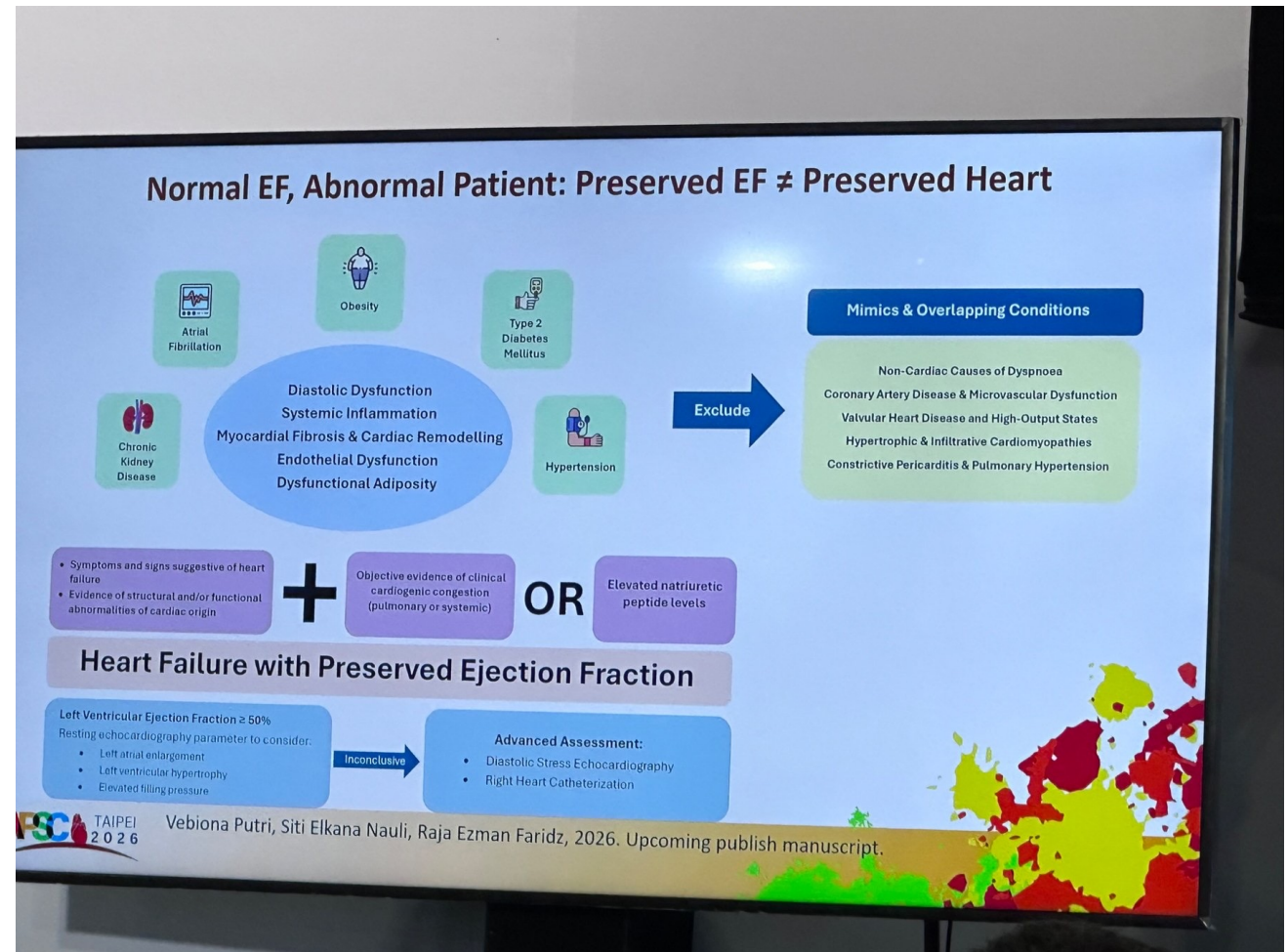
# HFpEF châu Á: phenotype chuyển hoá nổi bật dù BMI không quá cao

- Asian-HF Registry cho thấy khác biệt vùng/nhóm sắc tộc về tuổi, BMI, ĐTĐ, CKD, AF và tử vong.
- Taiwan/Đông Nam Á có nhiều yếu tố chuyển hoá: béo phì trung tâm, tăng huyết áp, ĐTĐ.
- Bài học: ngưỡng BMI phương Tây có thể bỏ sót nguy cơ tim–chuyển hoá ở người châu Á.



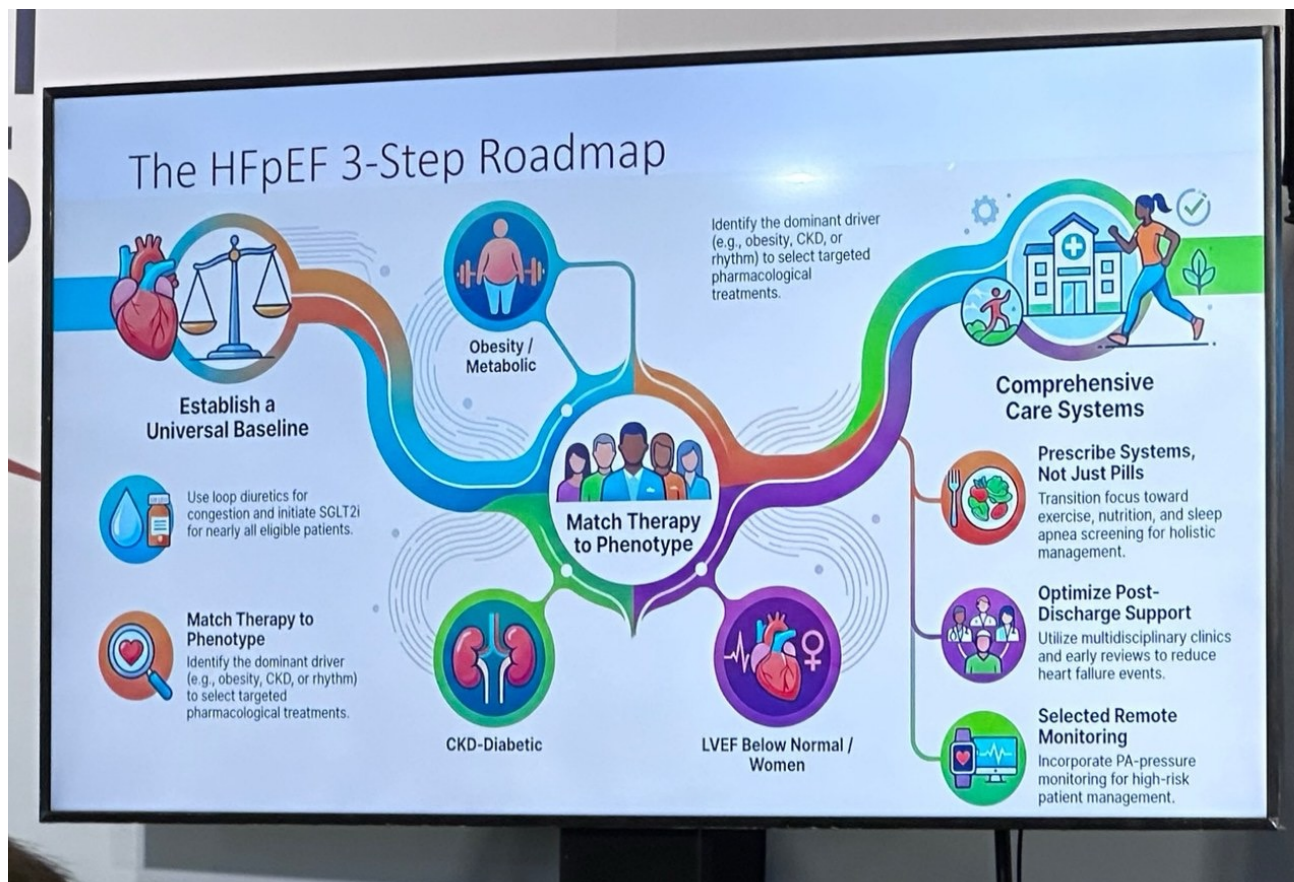
# Chẩn đoán HFpEF

- Cần có triệu chứng HF + bằng chứng sung huyết/áp lực đổ đầy tăng hoặc bất thường cấu trúc-chức năng.
- BNP có thể thấp giả ở béo phì và cao do CKD: phải diễn giải theo phenotype.



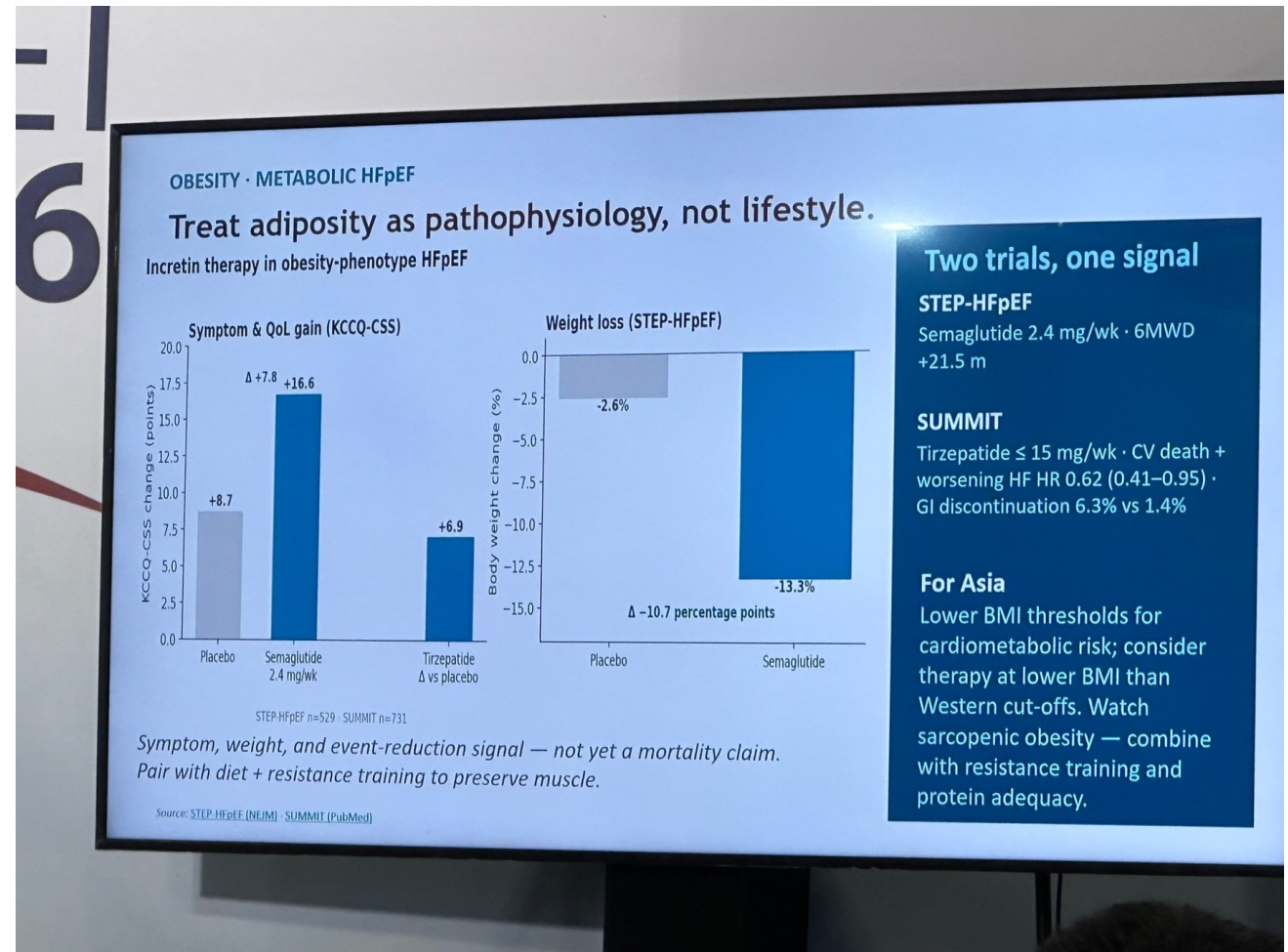
## Từ chẩn đoán đến cá thể hoá: roadmap 3 bước

- Bước 1: thiết lập nền chung — lợi tiểu khi sung huyết, SGLT2i nếu đủ điều kiện.
- Bước 2: xác định driver trội — béo phì, CKD/ĐTĐ, AF, nữ giới, giảm dự trữ gắng sức.
- Bước 3: hệ thống chăm sóc — phục hồi chức năng, dinh dưỡng, giấc ngủ, theo dõi sau xuất viện.



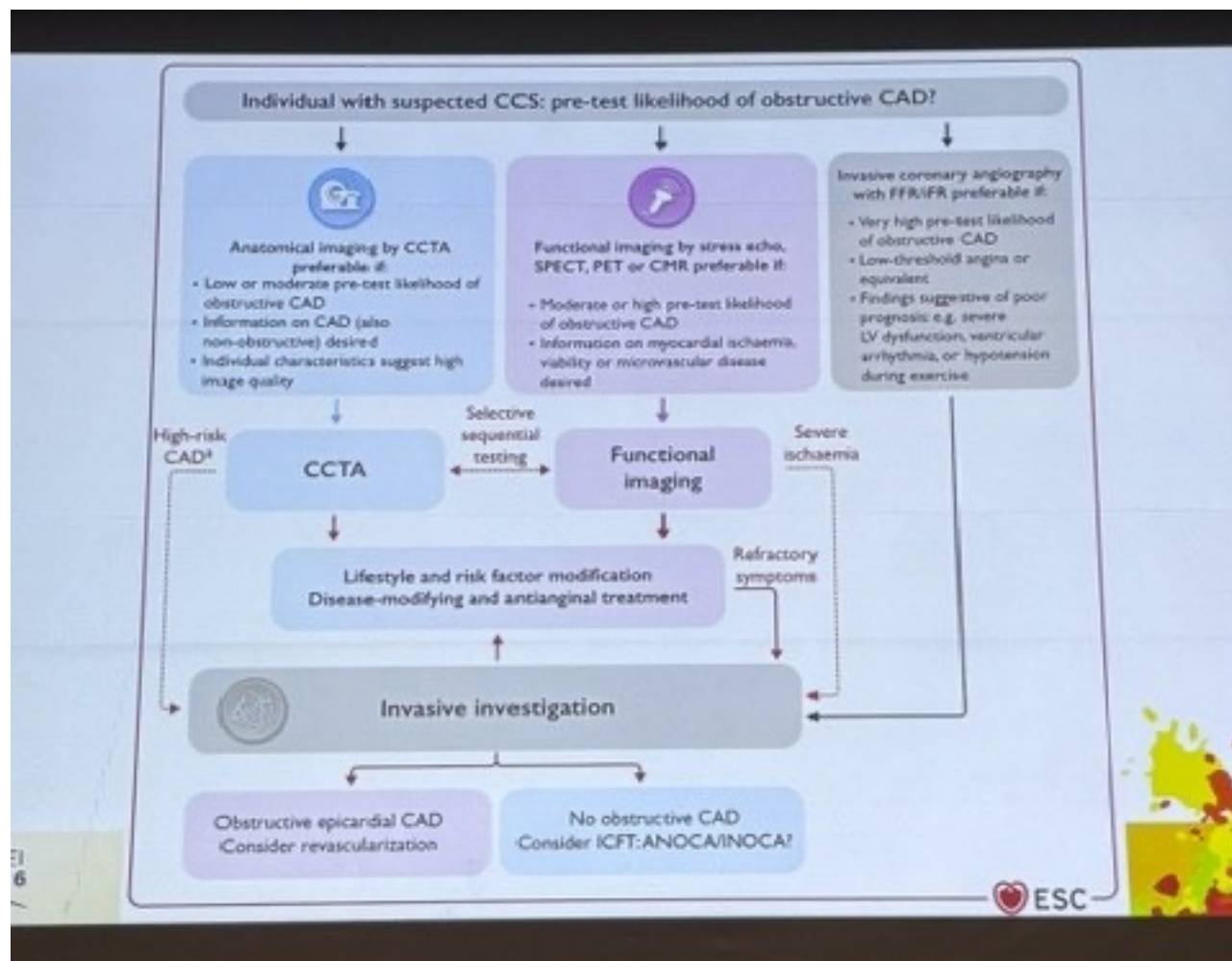
# Béo phì–chuyển hoá: điều trị adiposity như sinh bệnh học

- STEP-HFpEF: semaglutide cải thiện triệu chứng, cân nặng và 6MWD ở HFpEF béo phì.
- SUMMIT: tirzepatide có tín hiệu giảm CV death/worsening HF ở HFpEF kèm thừa cân/béo phì.
- Ở châu Á: cân nhắc nguy cơ chuyển hoá ở BMI thấp hơn; kết hợp kháng lực để tránh sarcopenic obesity.



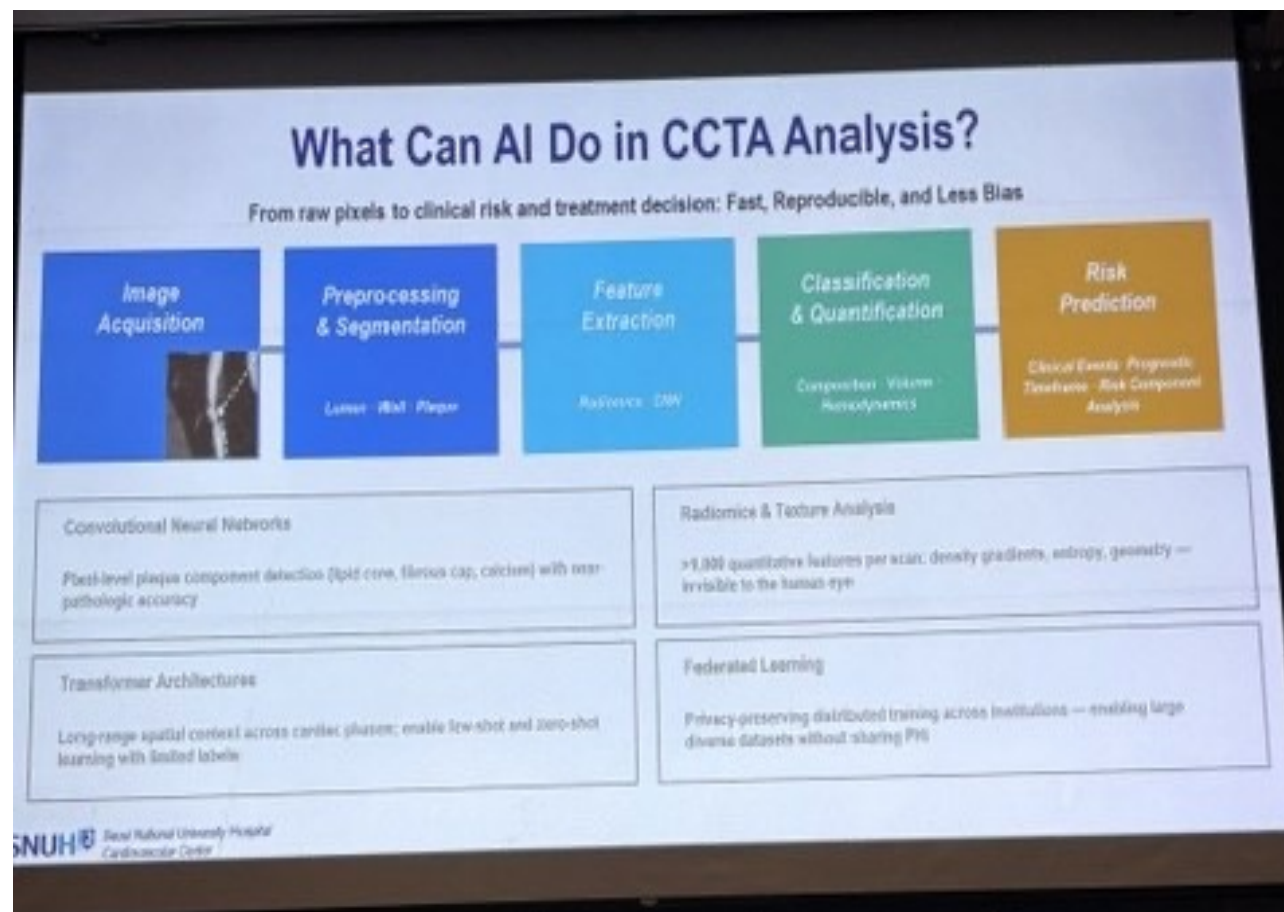
## AI không thay bác sĩ, AI giúp phân tầng đúng hơn

- CAD hiện đại bắt đầu bằng xác suất trước test, không bắt đầu bằng chụp mạch ngay.
- CCTA phù hợp nhóm nguy cơ thấp–trung bình; test chức năng phù hợp khi cần chứng minh thiếu máu.
- AI hữu ích nhất khi biến hình ảnh thành thông tin quyết định: mảng xơ vữa, nguy cơ, và chiến lược tiếp theo.



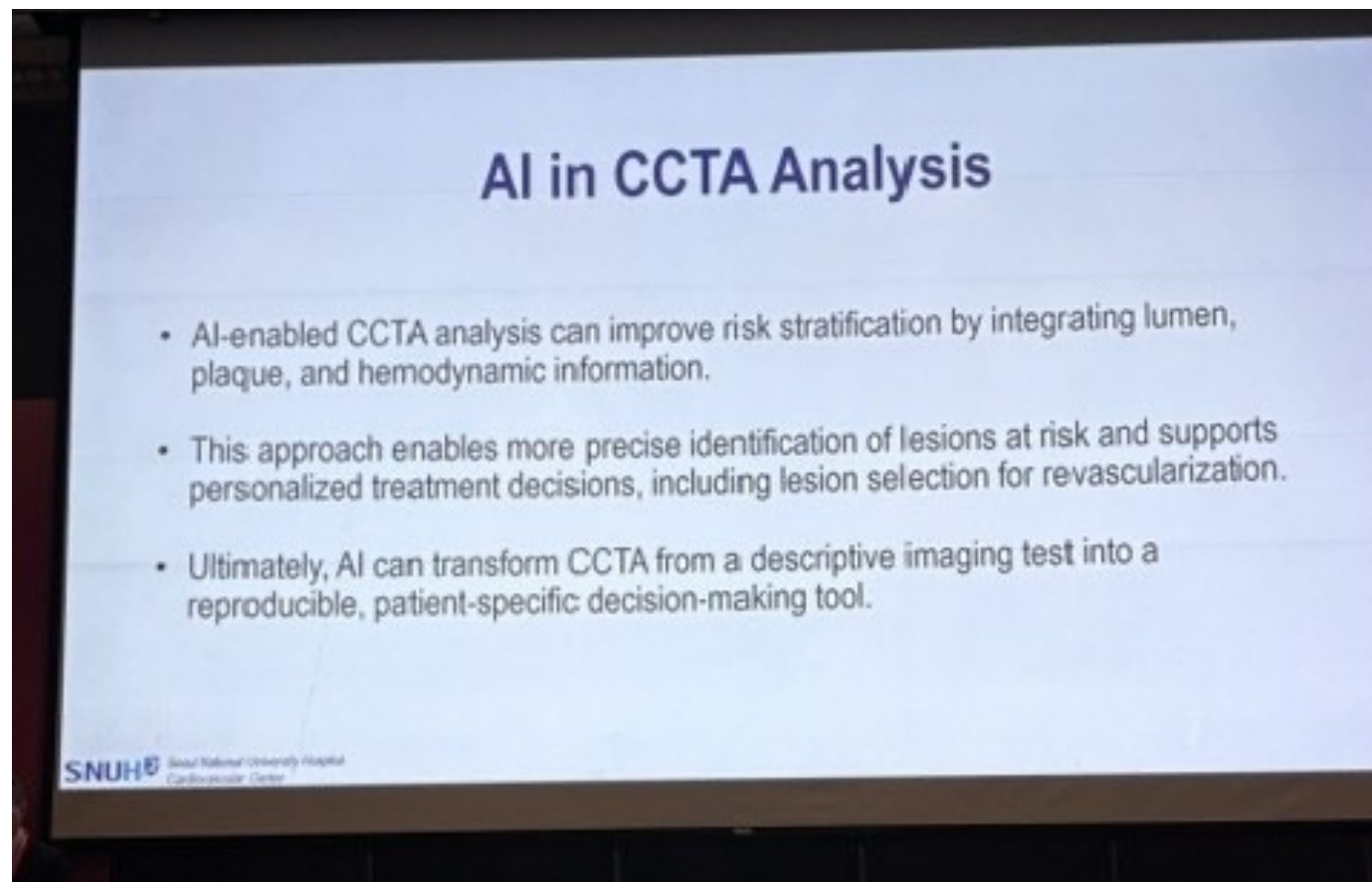
# AI trong CCTA: từ hình ảnh sang phenotype mảng xơ vữa

- AI tự động nhận diện lòng mạch, thành mạch, mảng vôi hoá và không vôi hoá.
- Kết quả không chỉ là “có hẹp hay không”, mà là nguy cơ của mảng xơ vữa.
- Lợi ích lớn: chuẩn hoá báo cáo, giảm biến thiên người đọc và hỗ trợ theo dõi dọc.



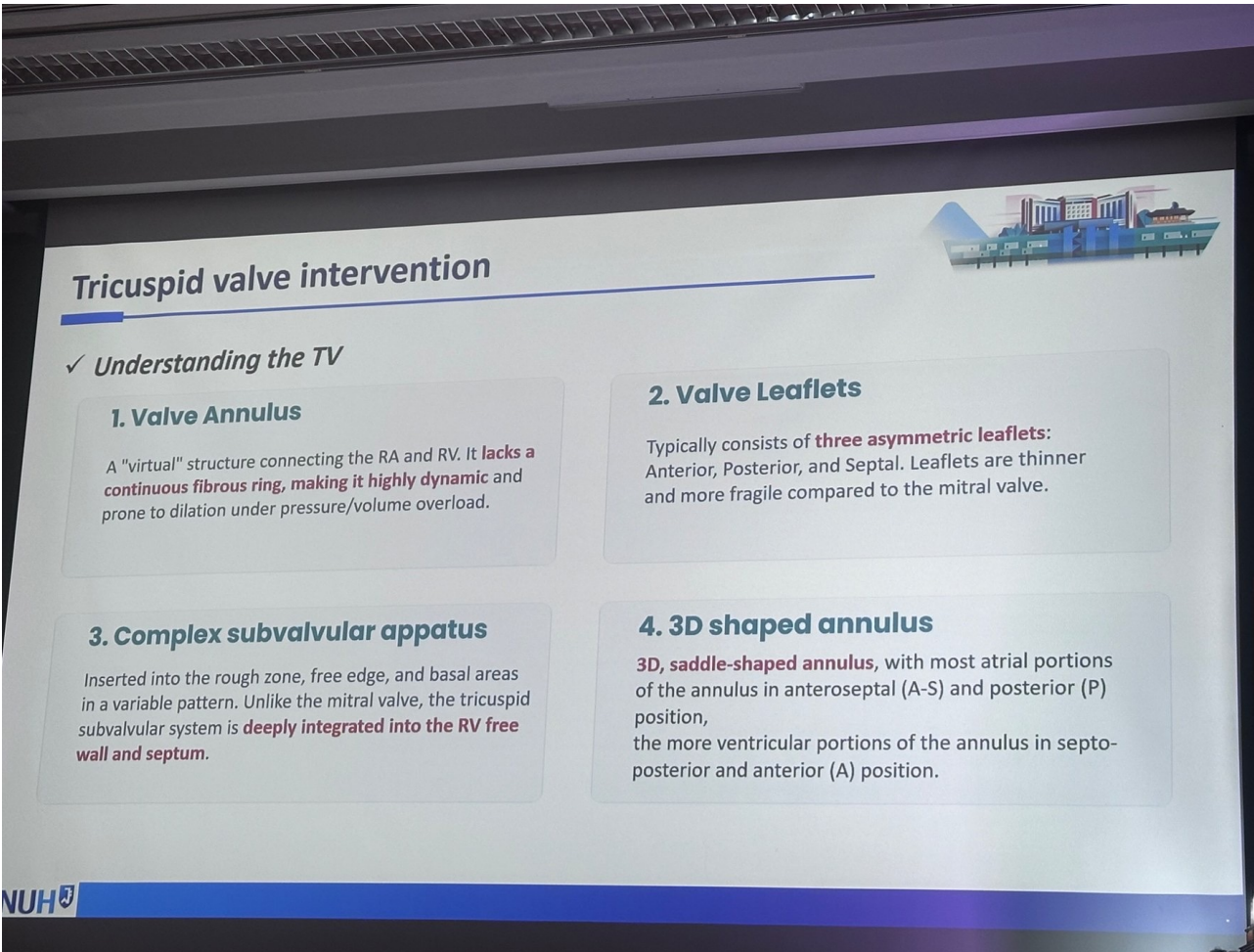
## Điểm thực hành: dùng AI để cá thể hoá

- AI hỗ trợ phát hiện tổn thương nhỏ, chuẩn hoá số đo và nhắc các dấu hiệu nguy cơ cao.
- Giá trị thật nằm ở tích hợp: triệu chứng + yếu tố nguy cơ + hình ảnh + điều trị.



# Van ba lá: giải phẫu “động” và khó hơn van hai lá

- Vòng van không có vòng xơ liên tục, rất dễ giãn theo quá tải áp lực/thể tích.
- Lá van mỏng, không đối xứng; bộ máy dưới van gắn sâu vào RV và vách liên thất.
- Gần tam giác Koch, AV node, His bundle và RCA → can thiệp phải cực kỳ tôn trọng giải phẫu.



The image shows a presentation slide titled "Tricuspid valve intervention" with a small graphic of a hospital building in the top right corner. The slide is divided into four numbered sections, each with a title and a descriptive paragraph. The text is presented in a clean, professional layout with a blue and white color scheme.

## Tricuspid valve intervention

✓ *Understanding the TV*

- 1. Valve Annulus**  
A "virtual" structure connecting the RA and RV. It **lacks a continuous fibrous ring**, making it **highly dynamic** and prone to dilation under pressure/volume overload.
- 2. Valve Leaflets**  
Typically consists of **three asymmetric leaflets**: Anterior, Posterior, and Septal. Leaflets are thinner and more fragile compared to the mitral valve.
- 3. Complex subvalvular apparatus**  
Inserted into the rough zone, free edge, and basal areas in a variable pattern. Unlike the mitral valve, the tricuspid subvalvular system is **deeply integrated into the RV free wall and septum**.
- 4. 3D shaped annulus**  
**3D, saddle-shaped annulus**, with most atrial portions of the annulus in anteroseptal (A-S) and posterior (P) position, the more ventricular portions of the annulus in septo-posterior and anterior (A) position.

NUH

# Can thiệp TV: sửa chữa hay thay van?

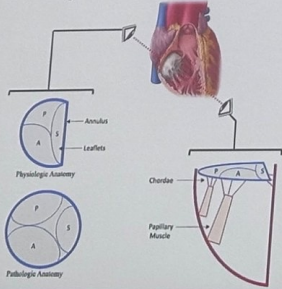
- Sửa van qua catheter: TEER lá van, annuloplasty, spacer/coaptation devices.
- Thay van qua catheter: orthotopic TTVR hoặc heterotopic caval valve implantation.
- Chọn phương pháp phụ thuộc coaptation gap, tethering, RV function, pulmonary pressure và CIED leads.

## Tricuspid valve intervention

✓ **Transcatheter TV intervention**

- ✓ In the VERY early stage of development and investigation
- ✓ Complex anatomy and physiology
- ✓ Complex RV physiology: vulnerable to pressure, resistant to volume

✓ **Repair vs. Replacement**



Transcatheter Tricuspid Valve Therapy

- Tricuspid Valve Repair
  - Leaflet
    - a
    - b
    - c Spacer
  - Annuloplasty
    - d
    - e
    - f
    - g
    - h
    - i
- Tricuspid Valve Replacement
  - Orthotopic
    - k
    - l
    - m
    - n
    - o
  - Heterotopic
    - p
    - q

UH

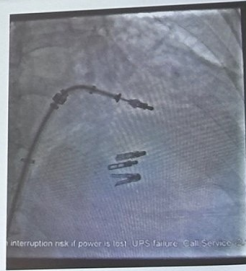
JACC Cardiovasc Interv. 2022;15:80–89., JACC Cardiovasc Interv. 2023;16:2868–2879.

# T-TEER/TriClip: lợi ích lớn nhất là triệu chứng và chất lượng sống

- TRILUMINATE tập trung bệnh nhân TR nặng, còn khả năng giảm TR bằng TEER.
- Endpoint dùng win ratio: tử vong/phẫu thuật TV, nhập viện HF và cải thiện KCCQ.
- Tín hiệu nổi bật: giảm TR, cải thiện KCCQ; lợi ích tử vong cần dữ liệu dài hạn hơn.

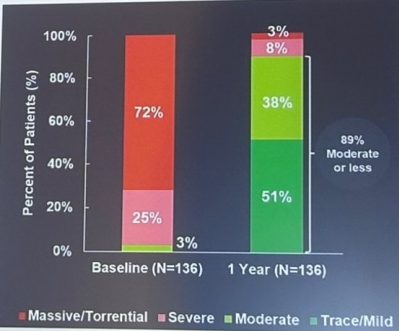
## Tricuspid valve intervention

- ✓ **Transcatheter TV Repair**
- ✓ **TRILUMINATE study**
  - ✓ Eligible patients: Severe TR, NYHA II, III, IVa, PASP<70mmHg, GDMT(+)
  - ✓ Primary endpoint
    - ✓ Hierarchical composite of Death+TV surgery, HF hospitalization, **KCCQ  $\geq 15$**
    - ✓ Analysis based on **win ratio**.



interruption risk if power is lost. UPS failure. © de Servicio

End Point	TEER Group (N=175)	Control Group (N=175)	Difference (95% CI)	P Value
<b>Primary</b>				
Hierarchical composite of death from any cause or tricuspid-valve surgery; hospitalization for heart failure; and improvement of $\geq 15$ points in KCCQ score at 1 yr — no. of wins <sup>†</sup>	11,348	7643	1.48 (1.06 to 2.13)	0.02
<b>Secondary, listed in hierarchical order</b>				
Kaplan–Meier estimate of percentage of patients with freedom from major adverse events through 30 days after the procedure (lower 95% confidence limit) <sup>‡</sup>	98.3 (96.3)	—	—	<0.001
Change in KCCQ score from baseline to 1 yr — points <sup>§</sup>	12.3 $\pm$ 1.8	0.6 $\pm$ 1.8	11.7 (6.8 to 16.6)	<0.001
Tricuspid regurgitation of no greater than moderate severity at 30-day follow-up — no. of patients/total no. (%) <sup>¶</sup>	140/161 (87.0)	7/146 (4.8)	—	<0.001
Change in 6-min walk distance from baseline to 1 yr — m <sup>  </sup>	-8.1 $\pm$ 10.5	-25.2 $\pm$ 10.3	17.1 (-12.0 to 46.1)	0.25



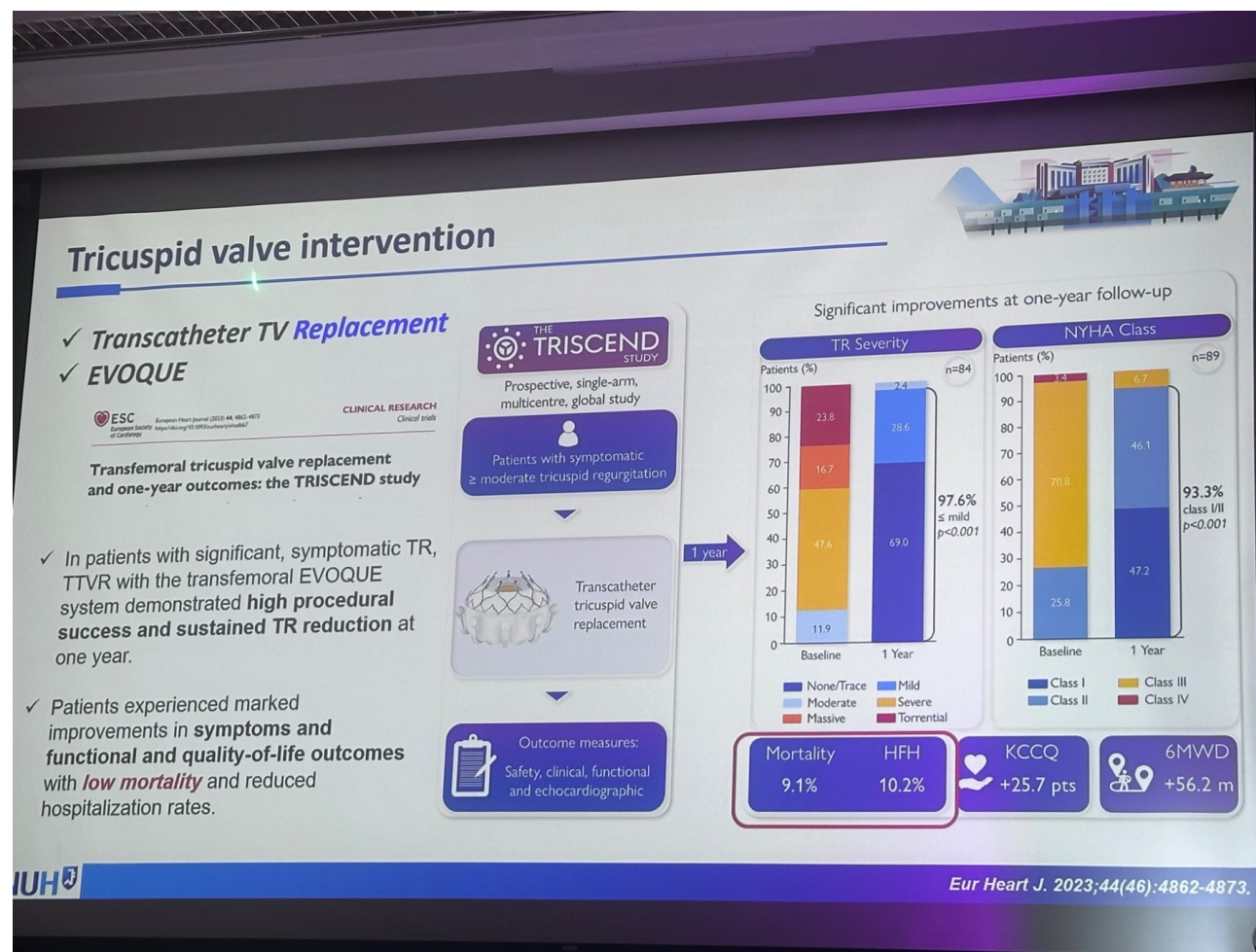
■ Massive/Torrential ■ Severe ■ Moderate ■ Trace/Mild

89% Moderate or less

N Engl J Med 2023;388:1833-42

# TTVR/EVOQUE: giảm TR mạnh, nhưng cần chọn bệnh nhân kỹ

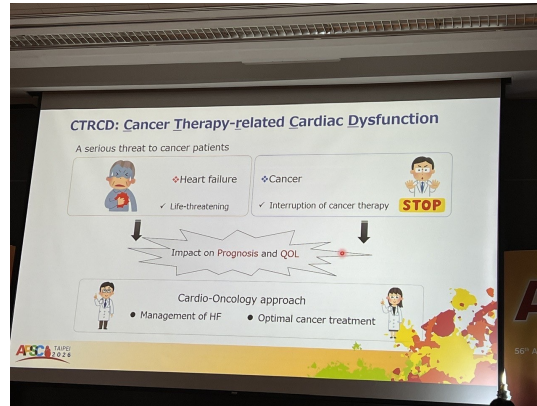
- EVOQUE là thay van ba lá qua catheter, hướng đến giảm TR sâu hơn so với repair.
- TRISCEND/TRISCEND II cho thấy cải thiện TR, NYHA, KCCQ và 6MWD.
- **Đổi lại:** cần chú ý nguy cơ tạo nhịp, huyết khối van, RV afterload mismatch và chống đông.



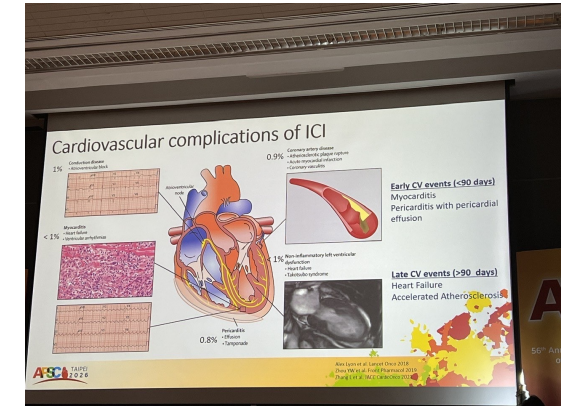
# CTRCD: bảo vệ tim để tiếp tục điều trị ung thư hiệu quả

- Cardiotoxicity không chỉ là giảm EF: có HF, viêm cơ tim, CAD, bệnh van, màng ngoài tim và rối loạn nhịp.
- Mục tiêu quản lý: phát hiện sớm bằng imaging/biomarker và can thiệp trước khi phải ngưng thuốc ung thư.
- Cốt lõi: không hy sinh điều trị ung thư nếu nguy cơ tim có thể kiểm soát.

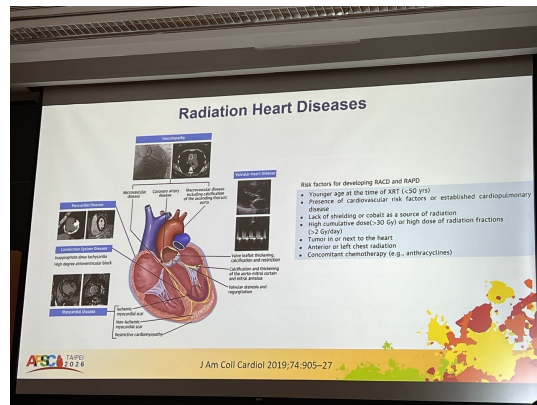
CTRCD



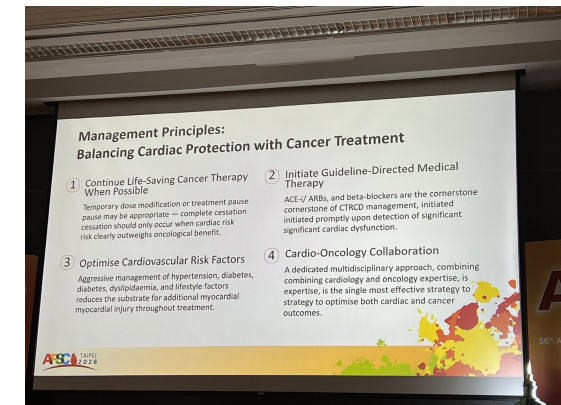
ICI complications



Radiation heart disease



Management principles



# VT ablation: hình ảnh học theo tầng để chọn đúng công cụ

- Tier 1: TTE + ICE cho tất cả bệnh nhân — an toàn thủ thuật và giải phẫu thời gian thực.
- Tier 2: CT/LIE-CT — phát hiện huyết khối, giải phẫu thượng tâm mạc, sẹo khi không thể CMR.
- Tier 3: CMR LGE — chuẩn cao để lập bản đồ sẹo, border zone và substrate phức tạp.

