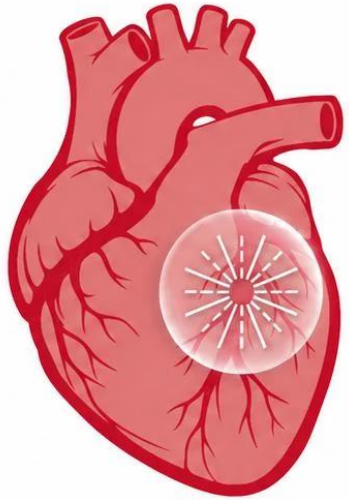
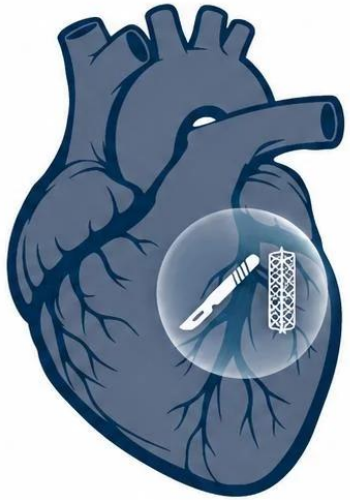
CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO 2026 TRONG ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA CHO BỆNH NHÂN BỆNH MẠCH VÀNH

PGS. TS. BS. Nguyễn Tuấn Vũ
BS. Nguyễn Thị Kim Sáng
BS Nguyễn Minh Qui
BS Dương Phi Sơn
BS Mai Quang Vĩnh Long
BS Phan Thanh Hải
Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
TTYK MEDIC

Nội Dung

1. Cập nhập định nghĩa nhồi máu cơ tim lần thứ 5
2. Một số cập nhật về điều trị hội chứng động mạch vành cấp
3. Định nghĩa hội chứng mạch vành mạn
4. Một số cập nhật về điều trị hội chứng động mạch vành mạn

ĐỊNH NGHĨA
NHỒI MÁU CƠ TIM LẦN THỨ 5

Nhồi máu cơ tim nguyên phát	Nhồi máu cơ tim thứ phát	Nhồi máu cơ tim liên quan thủ thuật
		
Xuất hiện tự phát do huyết khối xơ vữa hoặc một bệnh lý mạch vành cấp tính nguyên phát khác	Thứ phát do một tình trạng cấp tính gây mất cân bằng cung – cầu oxy cơ tim, che lấp hoặc làm nặng thêm bệnh động mạch vành tắc nghẽn, dẫn đến rối loạn chức năng thất trái mới	Biến chứng gây tắc nghẽn động mạch vành hoặc cầu nối ngay sau thủ thuật, gây suy giảm chức năng thất trái mới hoặc thất bại stent hoặc cầu nối trong vòng 30 ngày

ESC
HỘI TIM MẠCH CHÂU ÂU

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
TRƯỜNG MÔN TIM MẠCH HOA KỲ

American Heart Association.
HỘI TIM MẠCH HOA KỲ

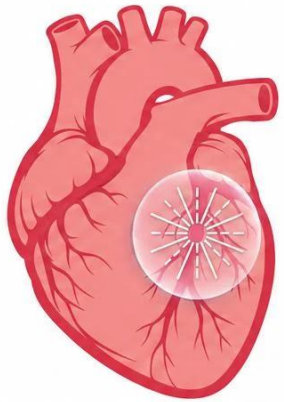
WORLD HEART FEDERATION
LIÊN ĐOÀN TIM MẠCH THẾ GIỚI

ĐỊNH NGHĨA
NHỒI MÁU CƠ TIM LẦN THỨ 5

NHỒI MÁU CƠ TIM NGUYÊN PHÁT

Khởi phát tự phát do một bệnh lý mạch vành cấp tính

- **BA41.0** Có ST chênh lên (STEMI)
- **BA41.1** Không ST chênh lên (NSTEMI)



BA41._1



Vỡ/xói mòn mảng xơ vữa và hình thành huyết khối

BA41._2



Bóc tách động mạch vành tự phát

BA41._3



Thuyên tắc động mạch vành

BA41._4



Co thắt động mạch vành

BA41._5



Tái hẹp hoặc co kéo (>30 ngày) sau thủ thuật

BA41._6



Huyết khối trong stent (>30 ngày) sau thủ thuật

BA41._7



Thất bại cầu nối (>30 ngày) sau thủ thuật

BA41._8



Không xác định được nguyên nhân sau chụp động mạch vành

BA41._9



Không xác định được nguyên nhân (không chụp động mạch vành)

ESC — HỘI TIM MẠCH CHÂU ÂU

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY® — TRƯỜNG MÔN TIM MẠCH HOA KỲ

American Heart Association® — HỘI TIM MẠCH HOA KỲ

WORLD HEART FEDERATION® — LIÊN ĐOÀN TIM MẠCH THẾ GIỚI

NHỒI MÁU CƠ TIM THỨ PHÁT

Thiếu máu cơ tim do một tình trạng cấp tính khác

BA41.0A hoặc **BA41.1A**

+ mã hóa ICD-11 cho tình trạng cấp tính liên quan



GIẢM CUNG CẤP OXY CƠ TIM

- Thiếu máu
- Thiếu oxy (hypoxia)
- Hạ huyết áp

TĂNG NHU CẦU OXY CƠ TIM

- Nhịp nhanh
- Tăng huyết áp nặng



DẪN ĐẾN THIẾU MÁU CƠ TIM VÀ TỔN THƯƠNG CƠ TIM CẤP

MỞ ĐỘNG MẠCH VÀNH tắc nghẽn
KHÔNG CÓ bằng chứng của bệnh lý mạch vành cấp tính



kèm hoặc không kèm bất thường vận động vùng (giả định) mới hoặc không có cơ tim còn sống



KHÔNG CÓ bệnh lý mạch vành tắc nghẽn



nhưng là nguyên nhân của bất thường vận động vùng (giả định) mới hoặc không có cơ tim còn sống



ESC — HỘI TIM MẠCH CHÂU ÂU

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY® — TRƯỜNG MÔN TIM MẠCH HOA KỲ

American Heart Association® — HỘI TIM MẠCH HOA KỲ

WORLD HEART FEDERATION® — LIÊN ĐOÀN TIM MẠCH THẾ GIỚI

ĐỊNH NGHĨA
NHỒI MÁU CƠ TIM LẦN THỨ 5

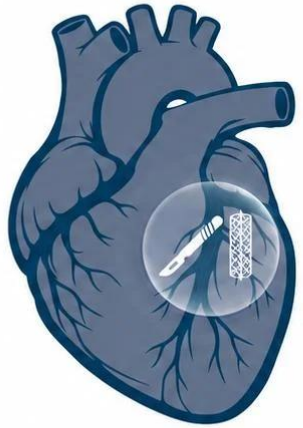
MEDIC

NHỒI MÁU CƠ TIM LIÊN QUAN THỦ THUẬT

Biến chứng của thủ thuật tim mạch qua da (B) hoặc phẫu thuật tim (C)

BA41.0B | BA41.1B

BA41.0C | BA41.1C



BẰNG CHỨNG THIẾU MÁU CƠ TIM VÀ TỔN THƯƠNG CƠ TIM CẤP XẢY RA TRONG VÒNG 30 NGÀY SAU THỦ THUẬT

và *bằng chứng chụp động mạch vành*

BIẾN CHỨNG CỦA CAN THIỆP QUA DA HOẶC PHẪU THUẬT TIM



Tắc nhánh bên



Huyết khối trong stent



Thất bại cầu nối



Bóc tách do thủ thuật



Tái hẹp hoặc co kéo



Thuyên tắc động mạch vành (sau phẫu thuật)



Thuyên tắc động mạch vành (sau can thiệp)



Hiện tượng không tái tưới máu hoặc dòng chảy chậm



Tắc lỗ ostium

hoặc *bằng chứng hình ảnh học*[a]

Rối loạn vận động vùng mới hoặc nghi ngờ mới hoặc vắng mặt cơ tim còn sống ở vùng cơ tim phân bố bởi động mạch vành bị ảnh hưởng



[a] *Nếu biến chứng xảy ra trong quá trình thủ thuật, hoặc thủ thuật được thực hiện trong bối cảnh nhồi máu cơ tim cấp, thì cần có cả bằng chứng chụp động mạch vành về biến chứng thủ thuật và bằng chứng hình ảnh học về mất cơ tim.*

ESC
HỘI TIM MẠCH CHÂU ÂU

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY®
TRƯỜNG MÔN TIM MẠCH HOA KỲ

American Heart Association.
HỘI TIM MẠCH HOA KỲ

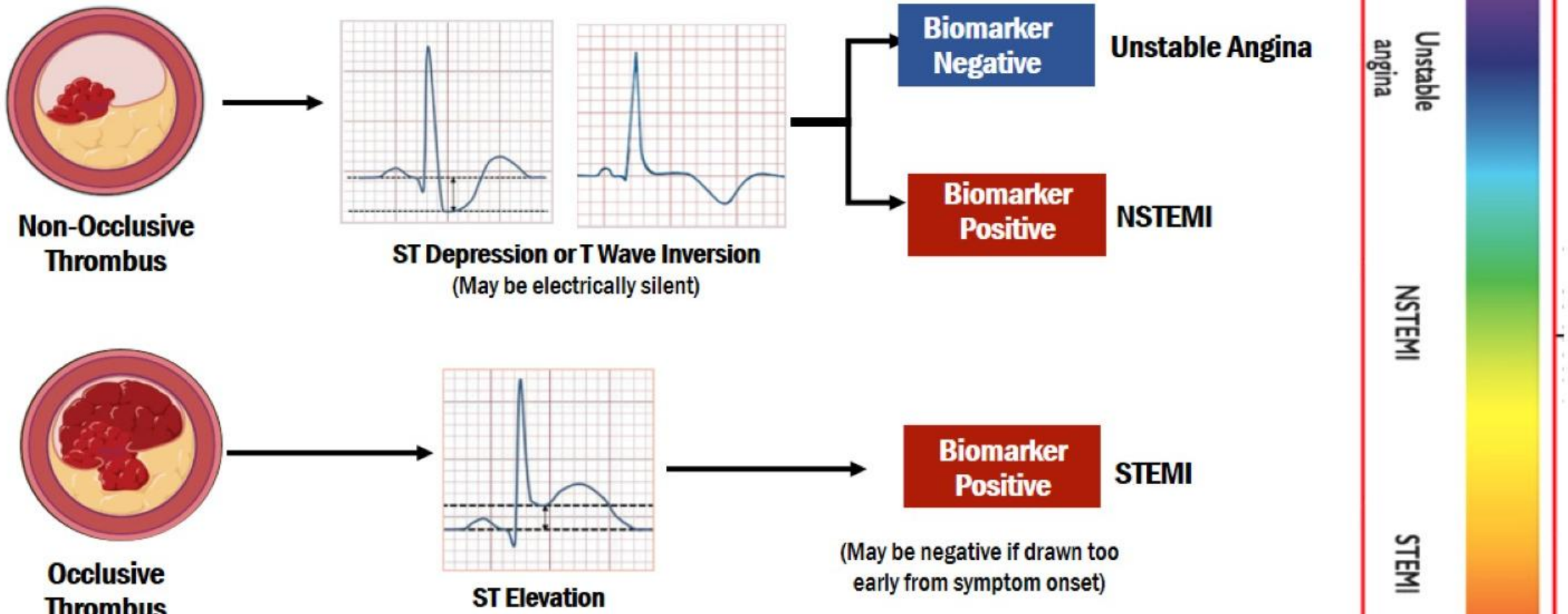
WORLD HEART FEDERATION®
LIÊN ĐOÀN TIM MẠCH THẾ GIỚI

ĐỊNH NGHĨA
NHỒI MÁU CƠ TIM LẦN THỨ 5

MINOCA được định nghĩa lại

- MINOCA được chuyển từ "**nhồi máu cơ tim với động mạch vành không tắc nghẽn**" (myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries) thành "**tổn thương cơ tim với động mạch vành không tắc nghẽn**" (myocardial injury with non-obstructive coronary arteries – MINOCA).
- Nhấn mạnh MINOCA chỉ là chẩn đoán chưa phải cuối cùng, đòi hỏi tiếp tục khảo sát để tìm nguyên nhân.

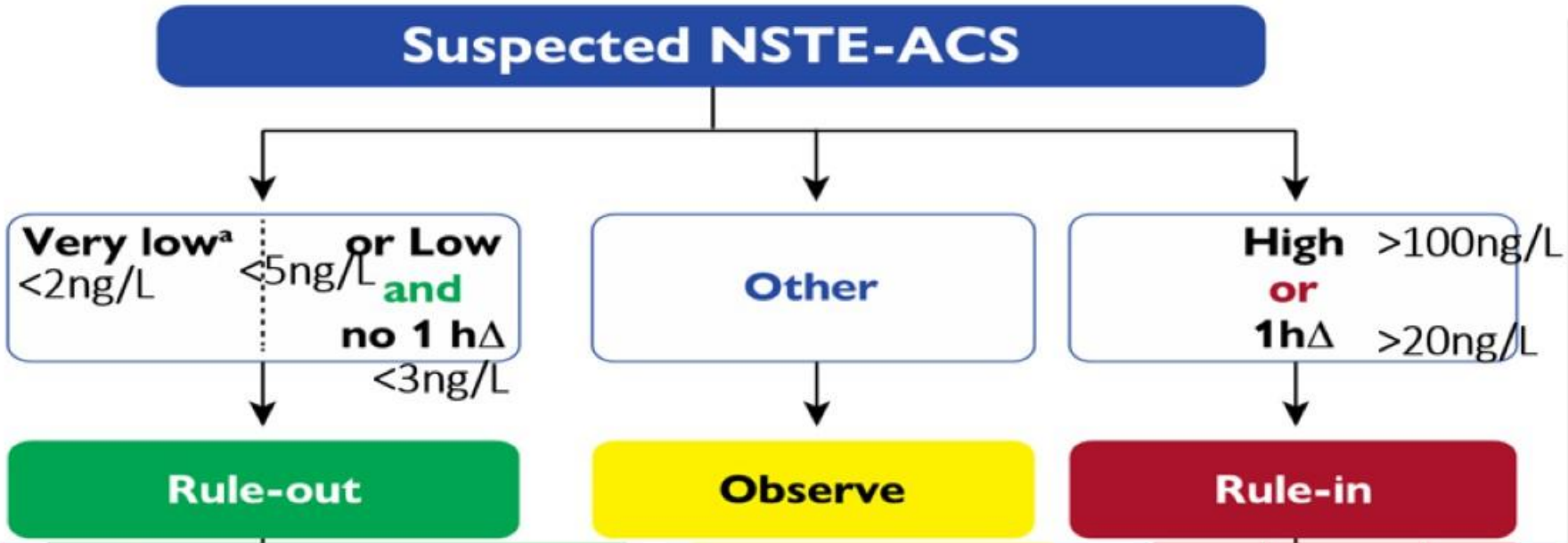
Phân Loại Lâm Sàng ACC/AHA và ESC



- Thang điểm GRACE
- Điểm số Canxi ĐMV
- Vai trò CTA / Bệnh MV - Nc SCOT-HEART, PROMISE

Circulation. 2025 Apr;151(13):e771-e862.

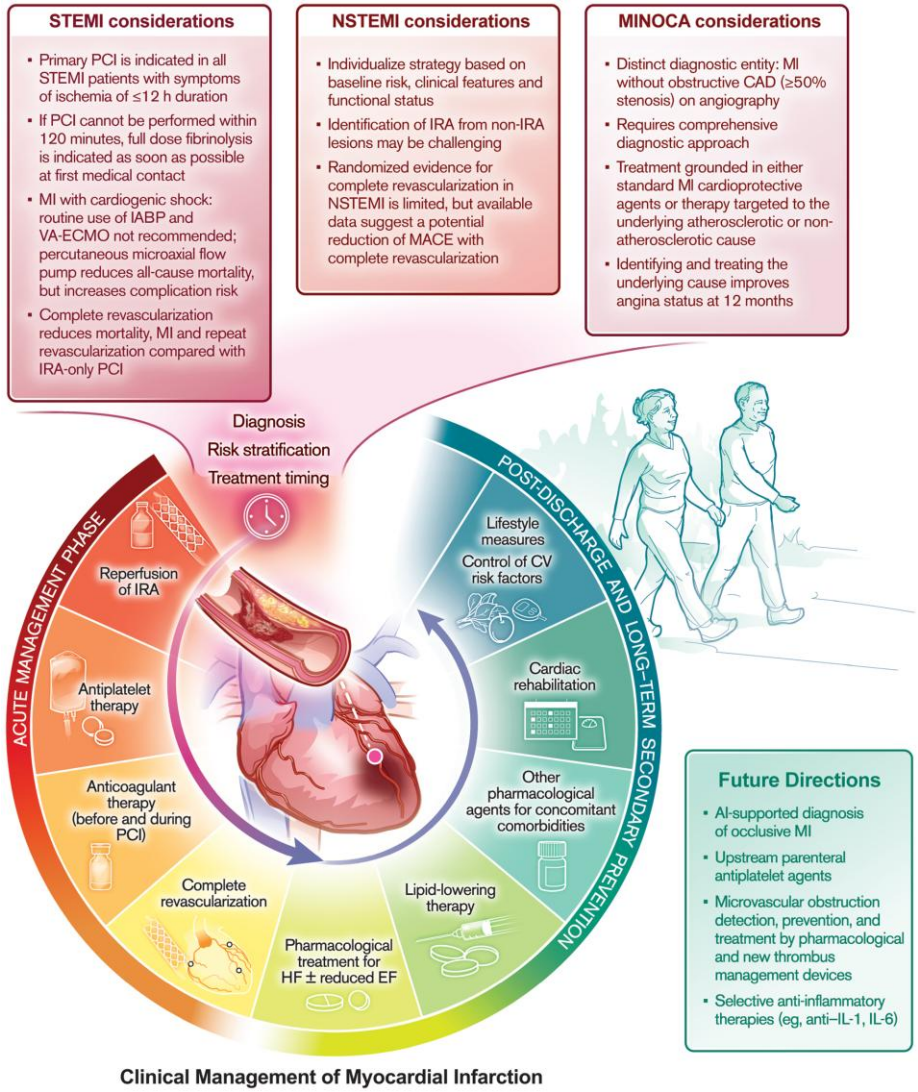
Chẩn đoán NSTEMI: Phác đồ "rule-out" & "rule-in"
ESC 2015 → ESC 2023 → ACC/AHA 2025



Khuyến cáo	Class	Level
Chẩn đoán, phân tầng nguy cơ ban đầu dựa vào: Lâm sàng, Sinh hiệu, ECG và Troponin-hs	I	B
XN Troponin –hs phải lấy ngay khi BN nhập viện & KQ phải trả về trong vòng 60 phút	I	B
Nếu 2 mẫu Troponin-hs cách nhau 1-2 giờ (Phác đồ 0/1 giờ) không kết luận được thì phải lập lại XN Troponin-hs lúc 3 giờ - 6 giờ	I	B

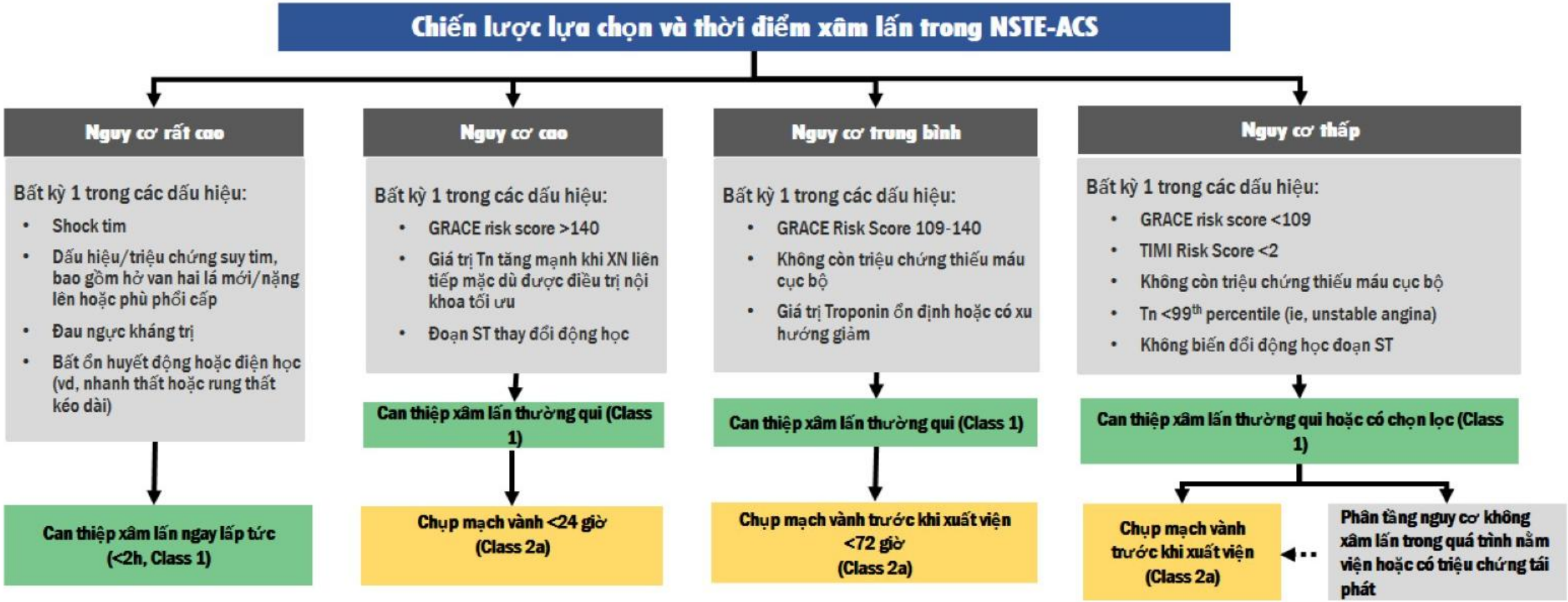
European Heart Journal (2023) 00, 1-107

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ



Landi, A., Malik, F. T. N., Chieffo, A., & Valgimigli, M. (2026). Clinical Management of Myocardial Infarction. *Circulation*, *154*(11), 1036-1051.

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRONG NSTEMI



JACC. Feb 27, 2025. Epublished DOI: 10.1016/j.jacc.2025.01.018.

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRONG NSTEMI

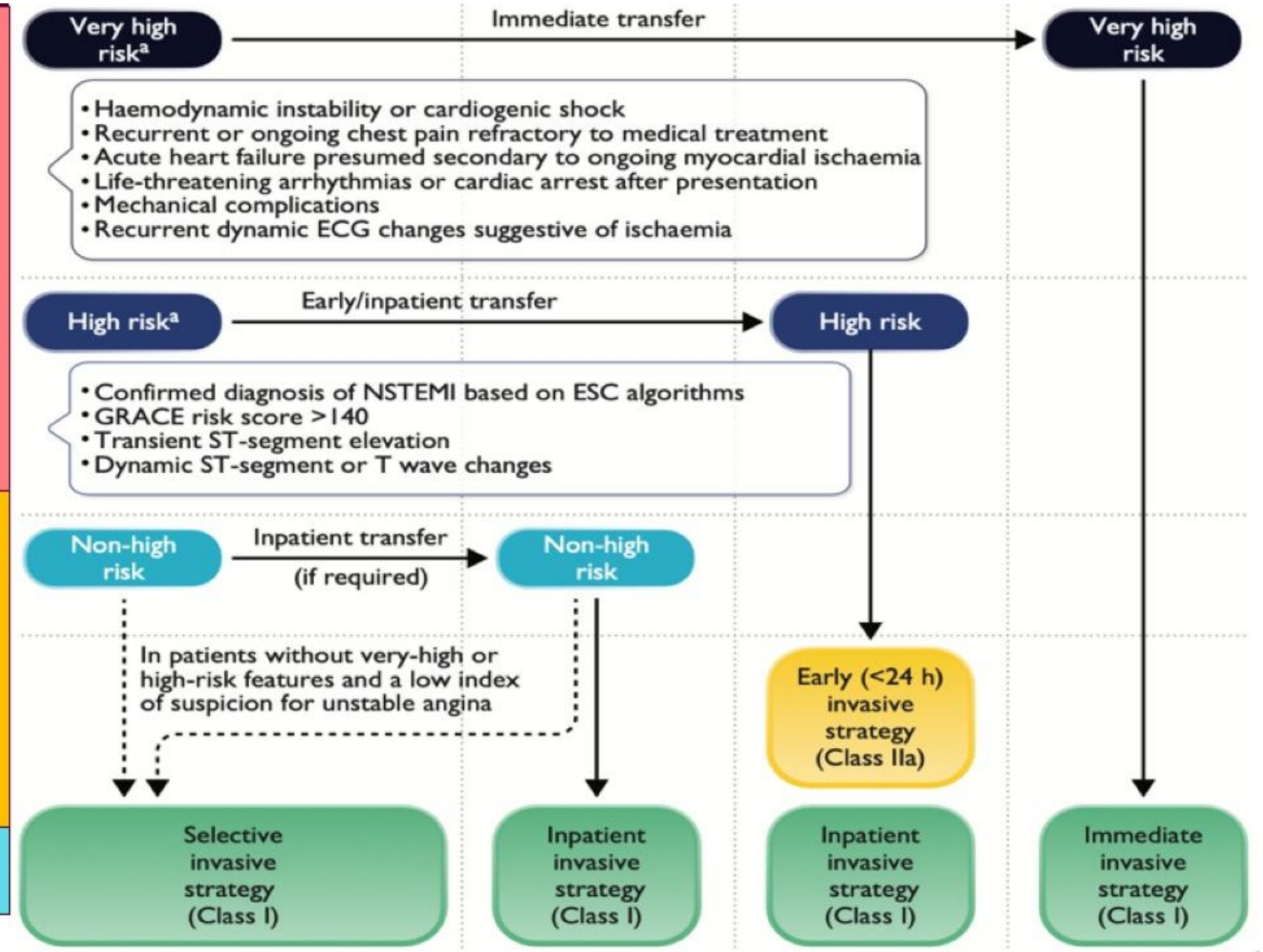
Nguy cơ rất cao

- RL huyết động/Choáng tim
- Đau ngực tái phát/ tiến triển không đáp ứng Rx thuốc
- Rối loạn nhịp đe dọa tính mạng
- Biến chứng cơ học của NMCT
- Suy tim cấp liên quan HCVC
- Biến đổi động học của ST-T, hoặc ST-T chênh lên thoáng qua

Nguy cơ cao

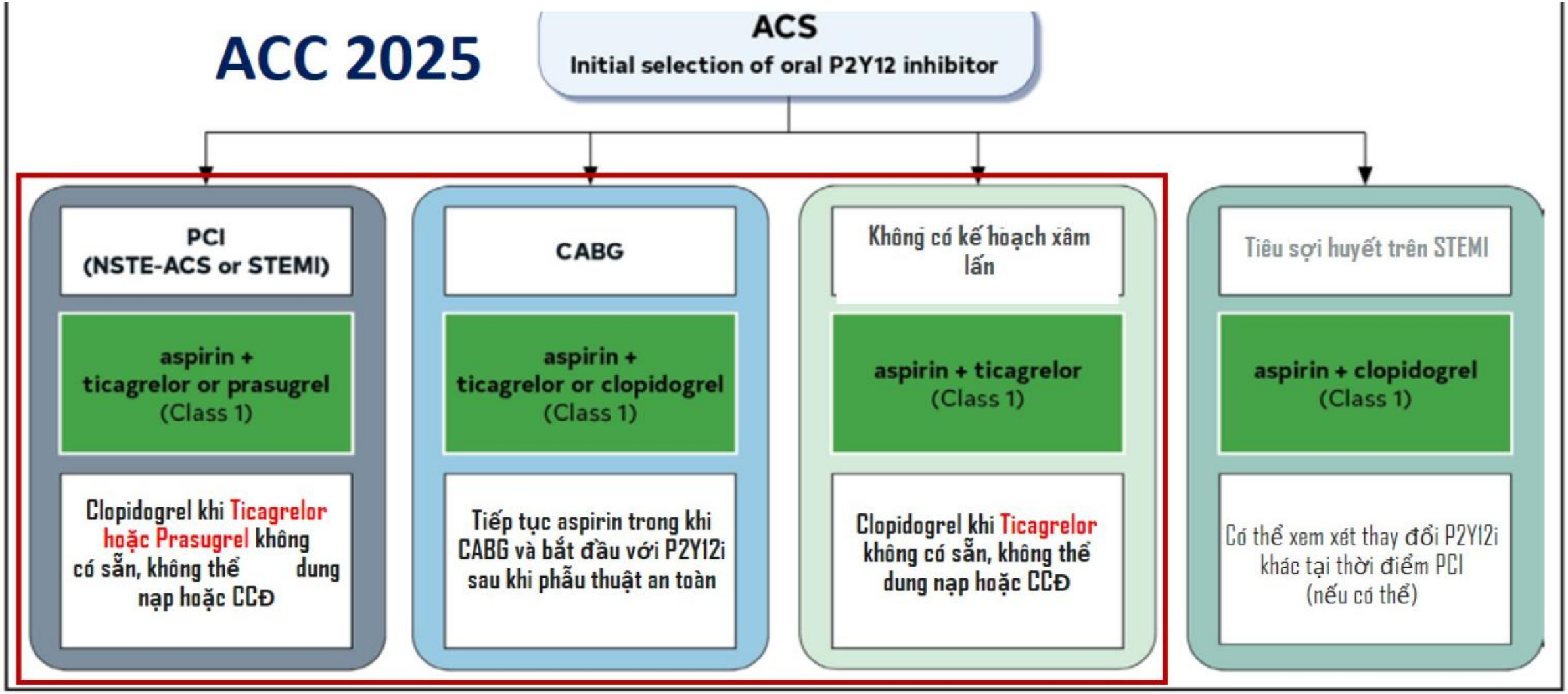
- Chẩn đoán xác định NMCT
- Thay đổi động học của ST/T (có triệu chứng hoặc im lặng)
- Ngưng tim phải hồi sức mà không có ST chênh lên hoặc choáng tim
- Điểm GRACE>140

Nguy cơ không cao (Thấp)



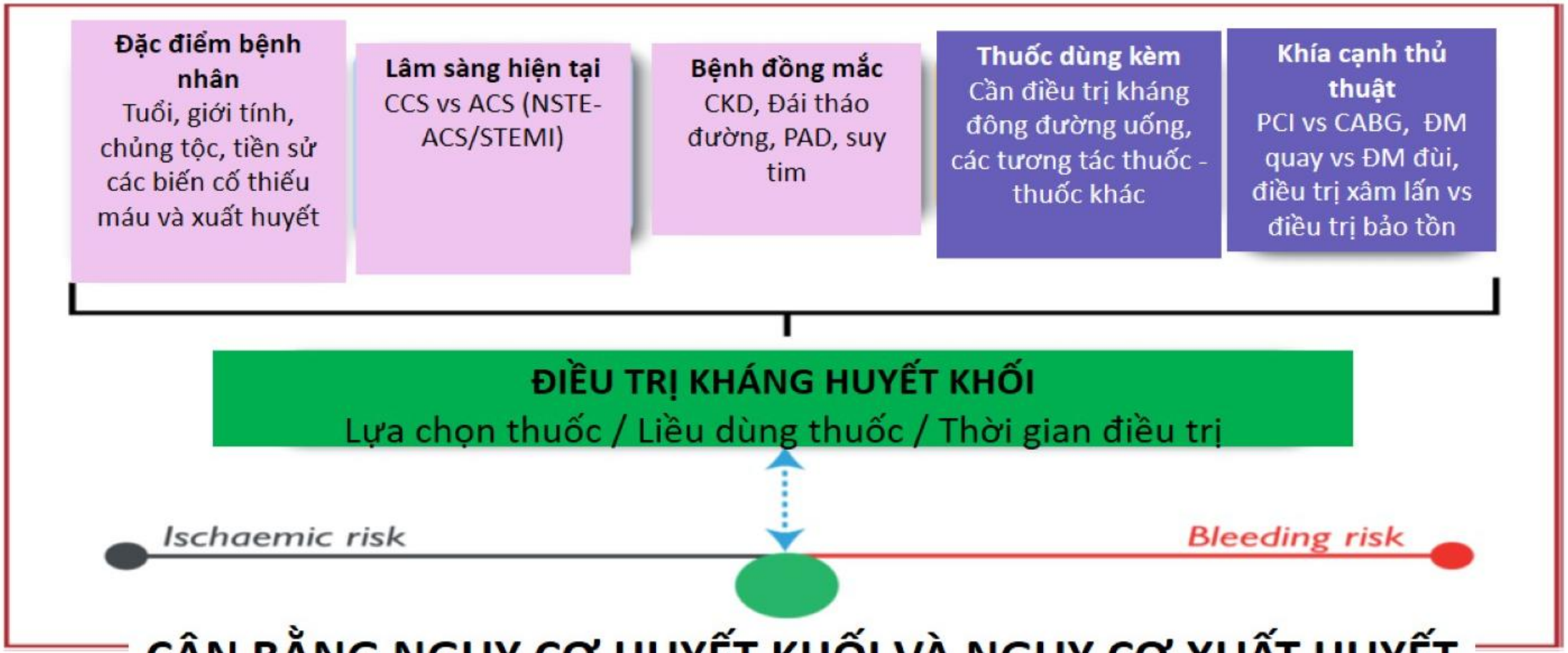
European Heart Journal (2023) 00, 1-107

Điều Trị Nội Khoa Tối Ưu Với P2Y12i



Circulation. 2025 Apr;151(13):e771-e862.

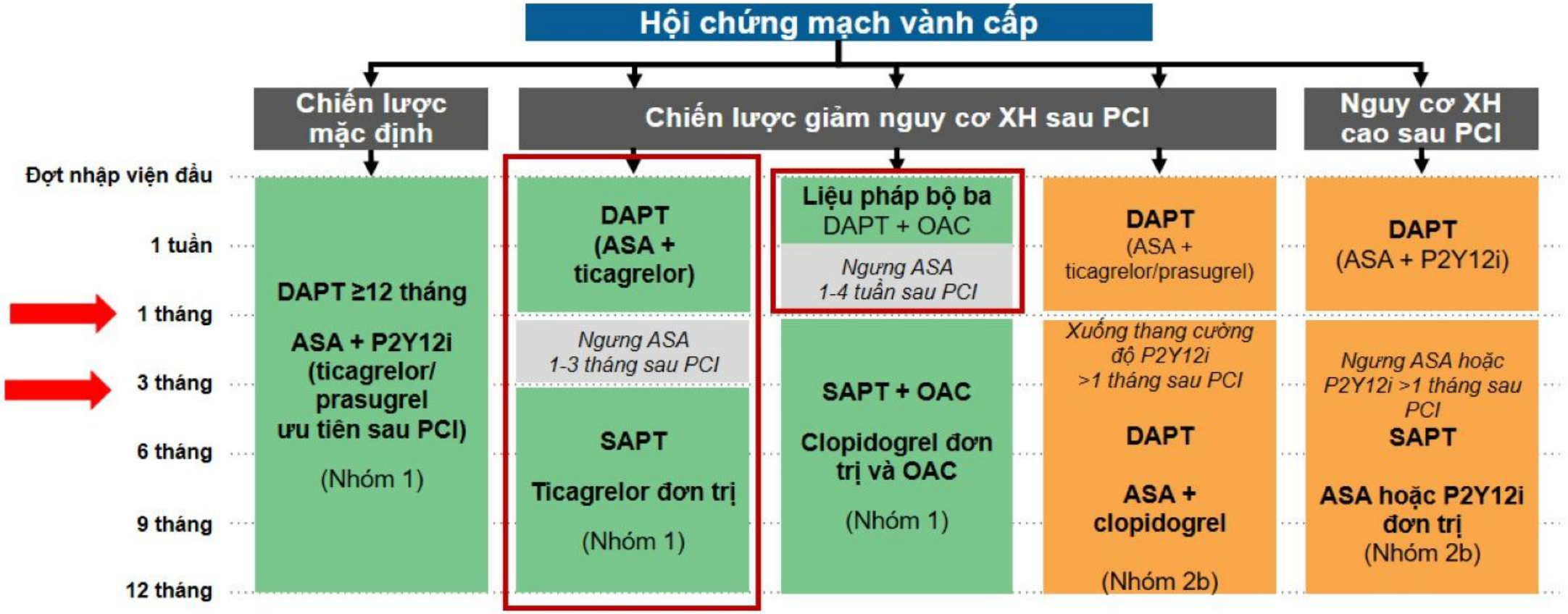
Điều Trị Nội Khoa Tối Ưu Với P2Y12i



European Heart Journal (2020) 00,1-79. Doi:10.1093/euheartj/ehaa575

Bộ Y tế Việt Nam, Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn 'Thực hành chẩn đoán và điều trị Bệnh động mạch vành 2020'

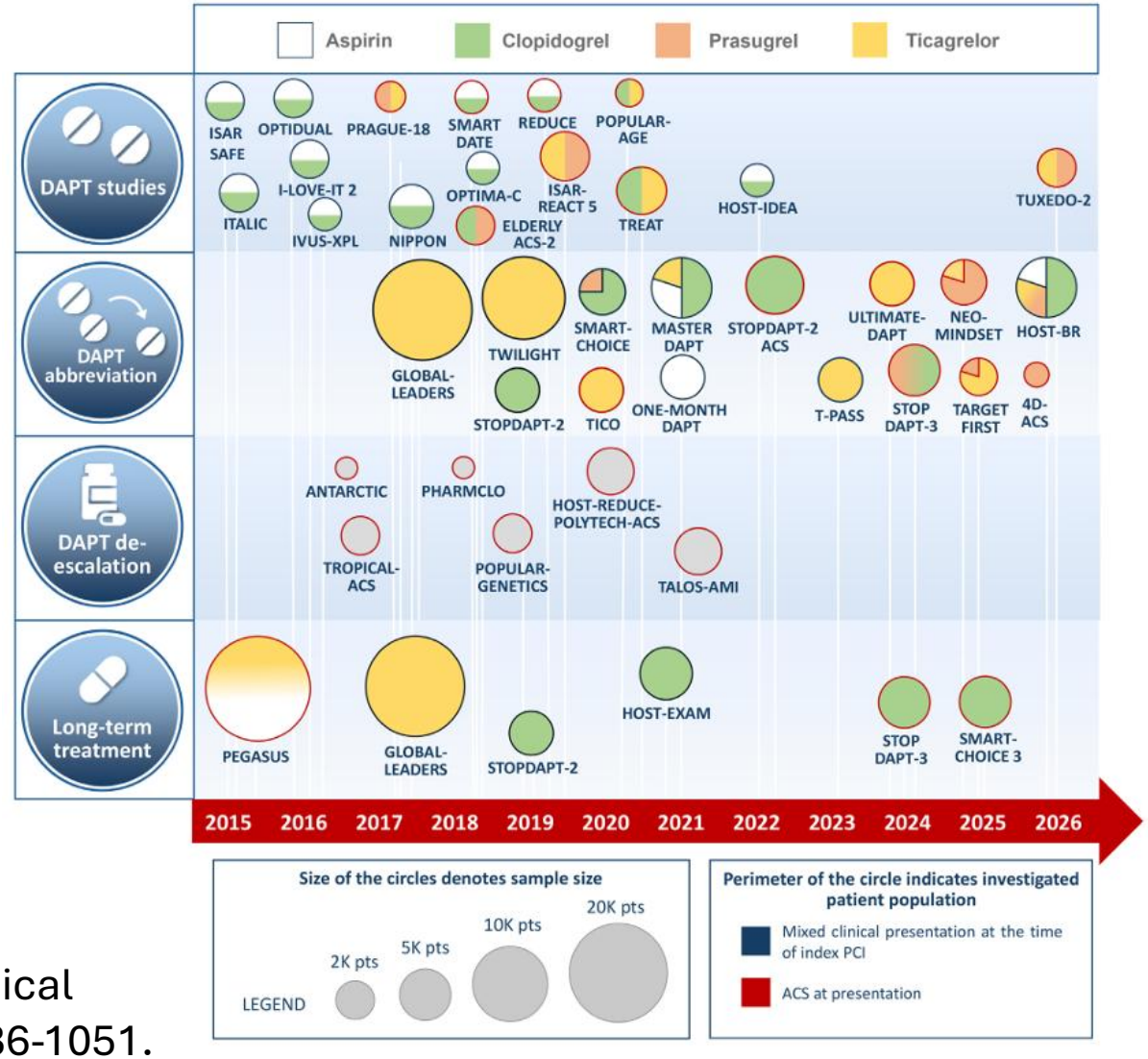
Điều Trị Nội Khoa Tối Ưu Với P2Y12i



Circulation. 2025 Feb 27. doi: 10.1161/CIR.0000000000001309.

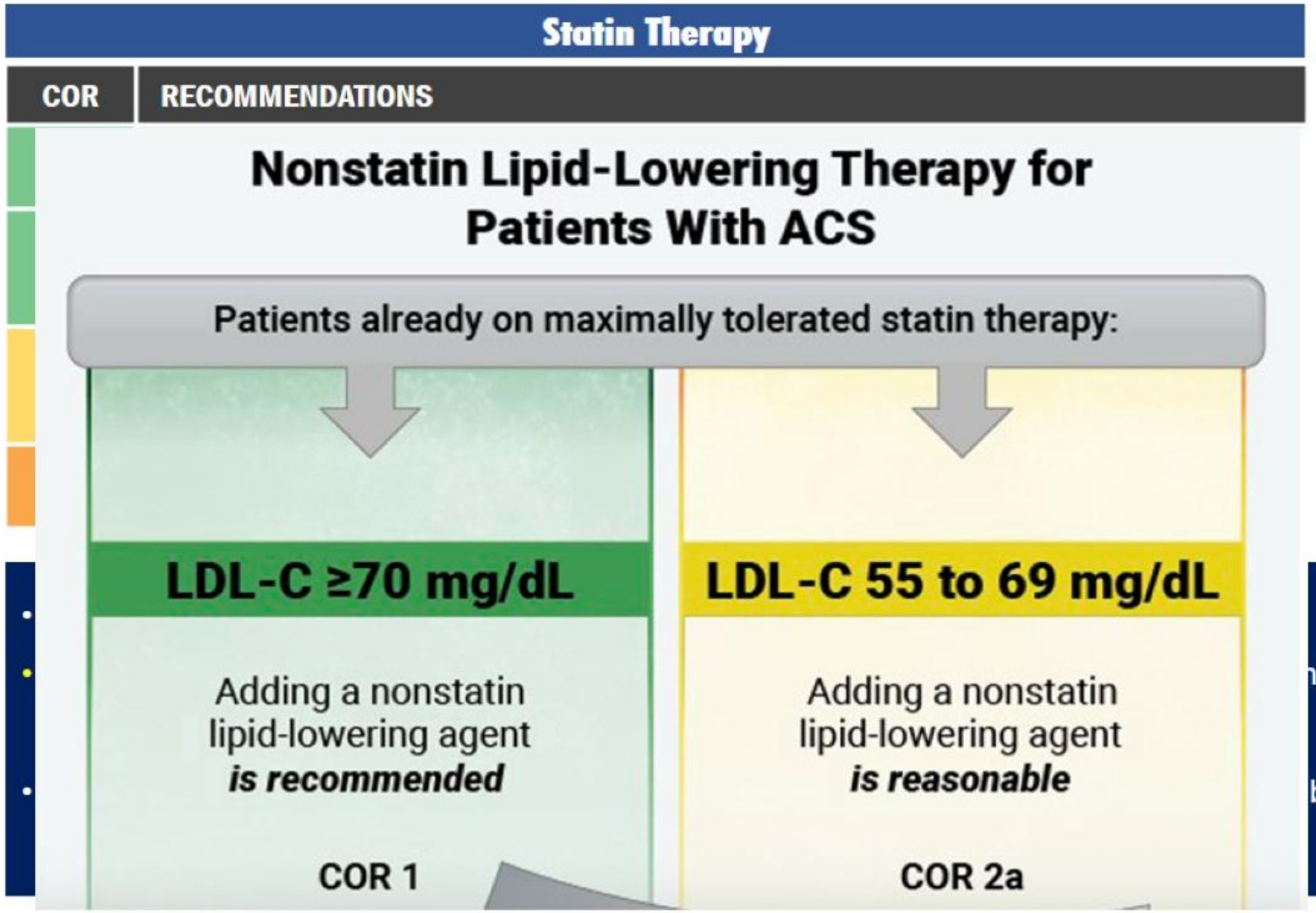
Ở Việt Nam, Ticagrelor, dùng đồng thời với ASA, được chỉ định để phòng ngừa các biến cố huyết khối do xơ vữa động mạch ở bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp, hoặc tiền sử nhồi máu cơ tim và có nguy cơ cao tiến triển biến cố huyết khối do xơ vữa

Các Bằng Chứng Mới Về Chống Kết Tập Tiểu Cầu



Landi, A., Malik, F. T. N., Chieffo, A., & Valgimigli, M. (2026). Clinical Management of Myocardial Infarction. *Circulation*, *154*(11), 1036-1051.

Điều Trị Nội Khoa Với Statin Cường Độ Cao



Non-Statin Therapies:

- Ezetimibe
- PCSK9 Inhibitors (monoclonal antibodies or inclisiran)
- Bempedoic Acid

ứ không chỉ đơn thuần để

be, Bempedoic Acid,

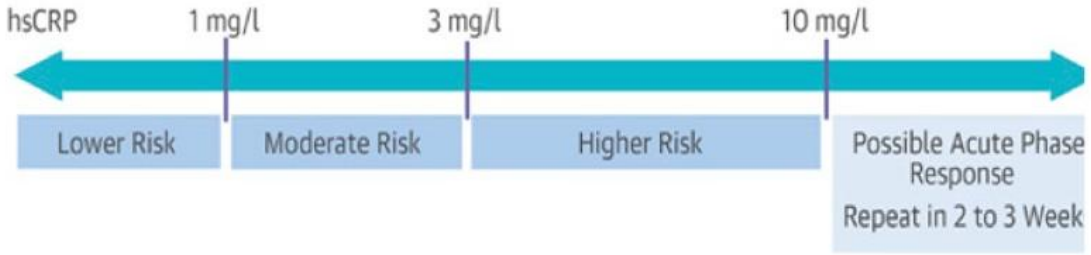
Circulation. 2025 Apr;151(13):e771-e862.

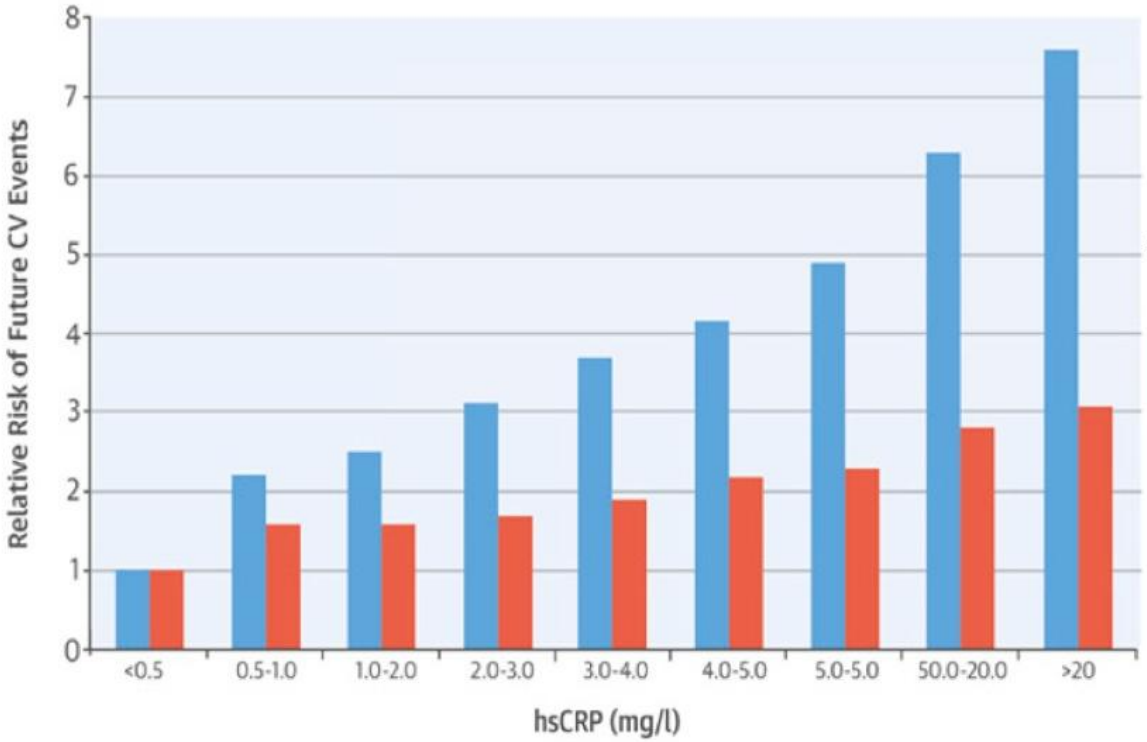
Điều Trị Nội Khoa Với Statin Cường Độ Cao

Khuyến cáo về Statin	ACC 2025	ESC 2025
Ở những bệnh nhân HCMV cấp (ACS), liệu pháp statin cường độ cao được khuyến cáo để giảm nguy cơ bị biến cố tim mạch nặng (MACE)	I	I
Ở những bệnh nhân ACS đang được điều trị bằng statin dung nạp tối đa với LDL-C ≥ 70 mg/dL (1,8 mmol/L), khuyến cáo nên bổ sung thêm thuốc hạ lipid không phải statin để giảm thêm nguy cơ MACE	I	I
Ở những bệnh nhân bị ACS đang được điều trị bằng statin dung nạp tối đa với **LDL-C từ 55 đến 69 mg/dL (1,4 đến <1,8 mmol/L),** việc bổ sung thêm thuốc hạ lipid không phải statin (**PSCK9** hoặc Ezetimide,...) là một lựa chọn hợp lý	IIa	I
Ở những bệnh nhân bị ACS, việc bắt đầu đồng thời phối hợp ezetimibe với statin dung nạp tối đa có thể được xem xét để giảm nguy cơ MACE. Ở BN nguy cơ cực cao mục tiêu là đạt **LDL-C < 1.4 mmol/L (55 mg/dL)**, hoặc **<1.0 mmol/L (40 mg/dL)**	IIb	IIa

European Heart Journal (2023) 00, 1-107; European Heart Journal (2025) 00, 1–20; *Circulation. 2025 Feb 27. doi: 10.1161/CIR.0000000000001309.*

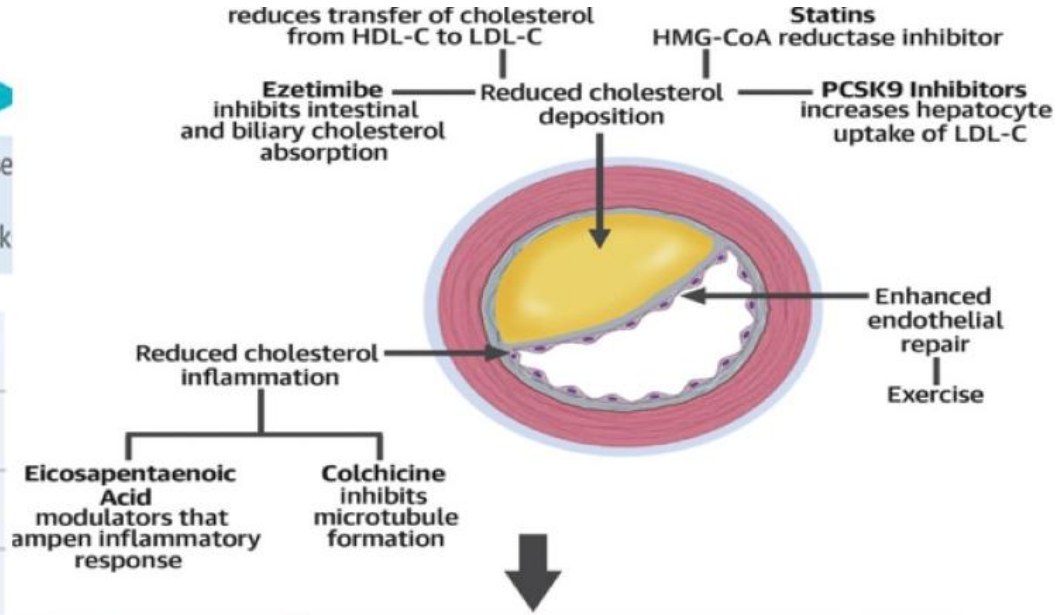
Điều Trị Nội Khoa Với Colchicine





Ridker et al JACC 2016;16:67:712-23

Blue bars represent crude relative risks;
Red bars represent relative risks adjusted for traditional Framingham risk factors



Thuốc kháng viêm

Colchicine liều thấp (0,5 mg mỗi ngày một lần) có thể cân nhắc, đặc biệt khi khó kiểm soát các yếu tố nguy cơ khác hoặc tái phát biến cố tim mạch trong khi đã điều trị nội khoa tối ưu.	IIb	A

Điều Trị Nội Khoa Với SGLT2-i





Đái tháo đường type 2

- Đồng vận thụ thể GLP-1 (Nhóm 1)
- Ức chế SGLT2 (Nhóm 1)

Suy tim (± đái tháo đường)

- LVEF ≤ 40%
  - Ức chế SGLT2 (Nhóm 1)
- LVEF > 40%
  - Ức chế SGLT2 (Nhóm 2a)

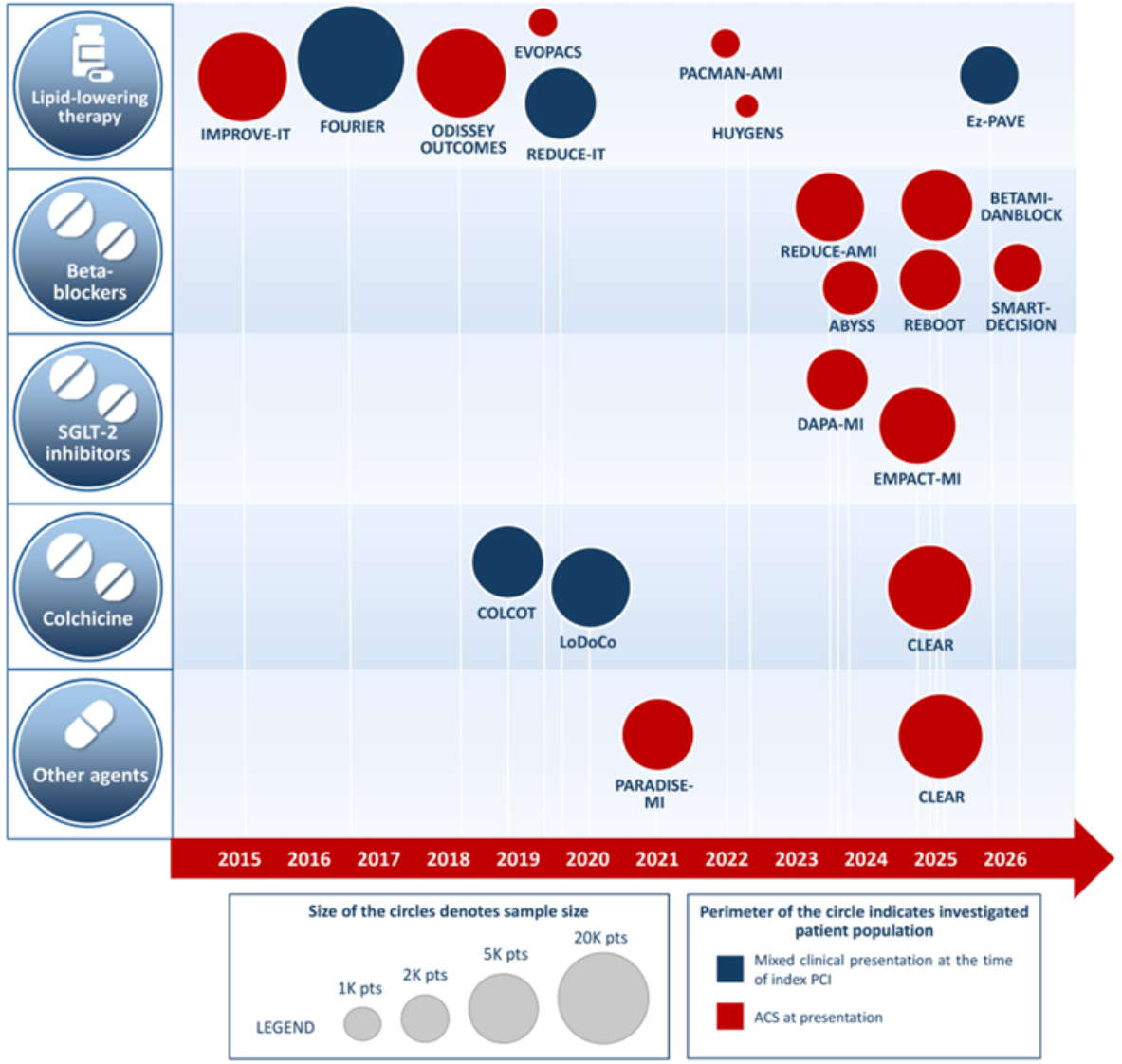
American Heart Association.

Circulation. 2023;148:e9–e119

Virani, S. S., et al. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease. *Circulation.*

2025

Những Nghiên Cứu Gần Đây Sau NMCT



Landi, A., Malik, F. T. N., Chieffo, A., & Valgimigli, M. (2026). Clinical Management of Myocardial Infarction. *Circulation*, *154*(11), 1036-1051.

ĐỊNH NGHĨA HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH MẠN

Hội chứng mạch vành mạn (Chronic coronary syndrome-CCS): là bệnh lý liên quan đến sự ổn định tương đối của mảng xơ vữa động mạch vành, khi không có sự nứt vỡ đột ngột hoặc sau giai đoạn cấp hoặc sau khi đã được can thiệp/phẫu thuật. Khi mảng xơ vữa tiến triển dần gây hẹp lòng động mạch vành một cách đáng kể thì có thể gây ra triệu chứng, điển hình nhất là đau thắt ngực/ khó thở khi người bệnh gắng sức và đỡ khi nghỉ.

DỊCH TỄ HỌC

Gánh nặng của hội chứng vành mạn đang dần dịch chuyển sang các nhóm dân số trẻ và dễ bị tổn thương hơn.

Tỷ lệ lưu hành toàn cầu

244 Triệu

người mắc bệnh; 9 triệu ca tử vong mỗi năm.

Chi phí y tế (Hoa Kỳ)

239.9 Tỷ USD

mỗi năm (Dữ liệu 2018-2019).

Nguy cơ trọn đời (Nam / Nữ)

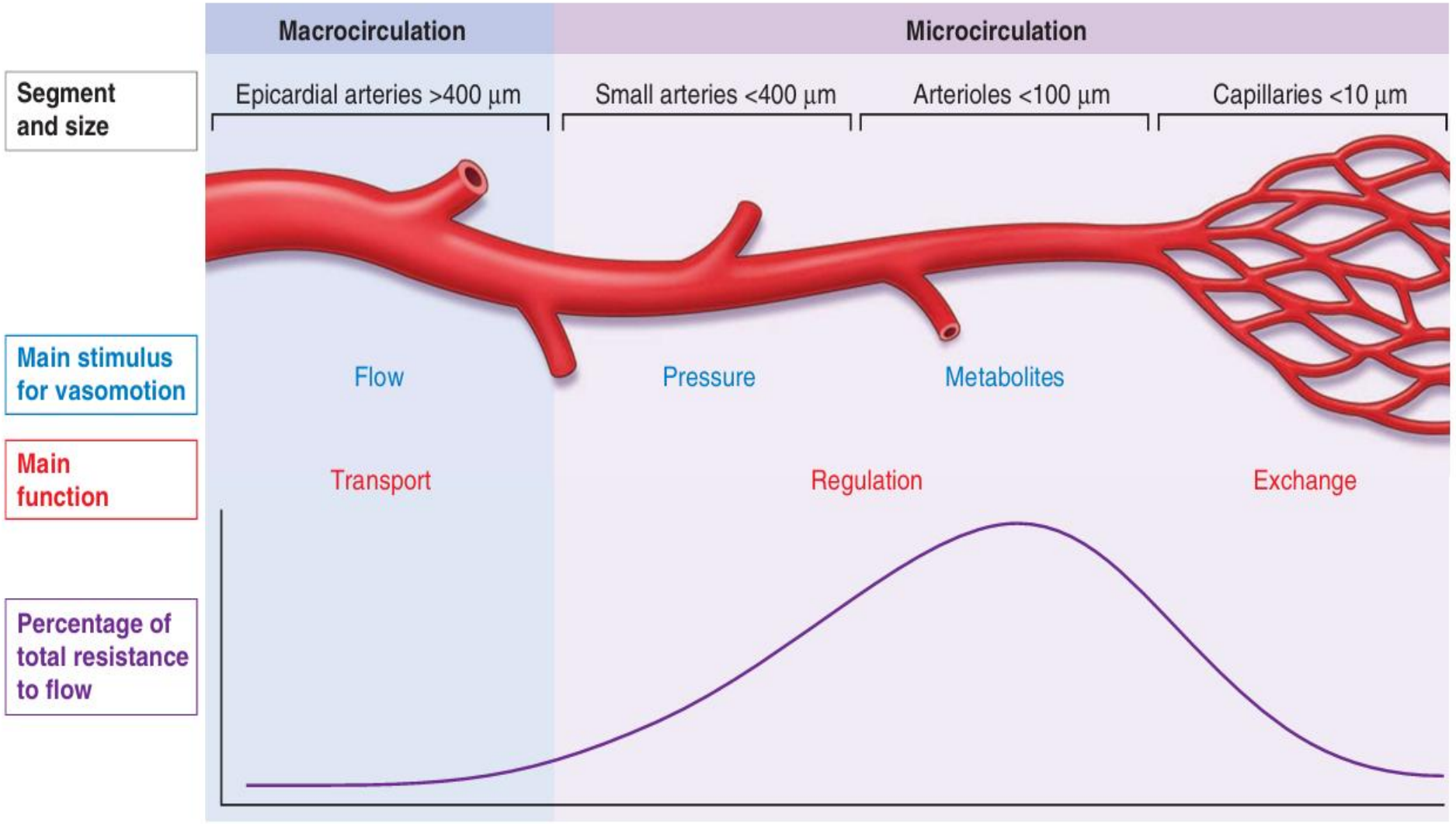
- Có yếu tố nguy cơ tối ưu: 3.6% / <1%
- Có ≥2 yếu tố nguy cơ: 37.5% / 18.3%

Demographic Shift Diagram



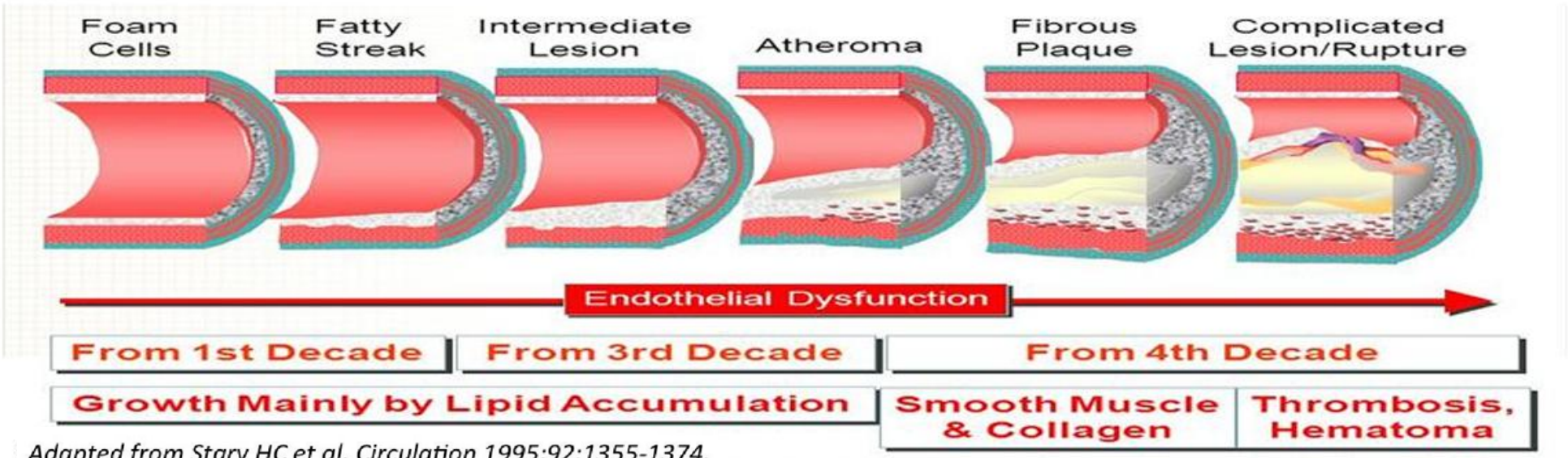
2026 Braunwald Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine.

SINH LÝ BỆNH

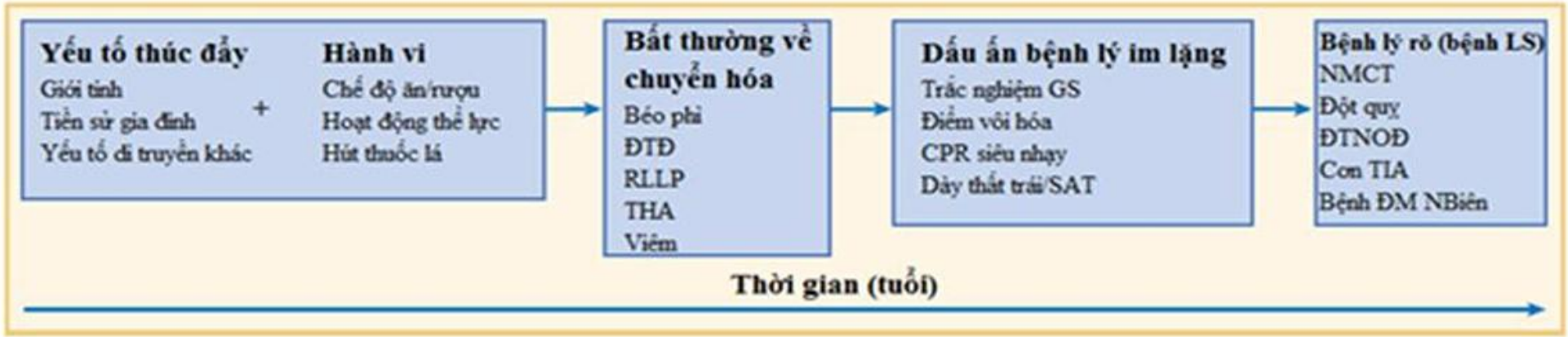


2025 Harrison's Principles of Internal Medicine.

SINH LÝ BỆNH XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH

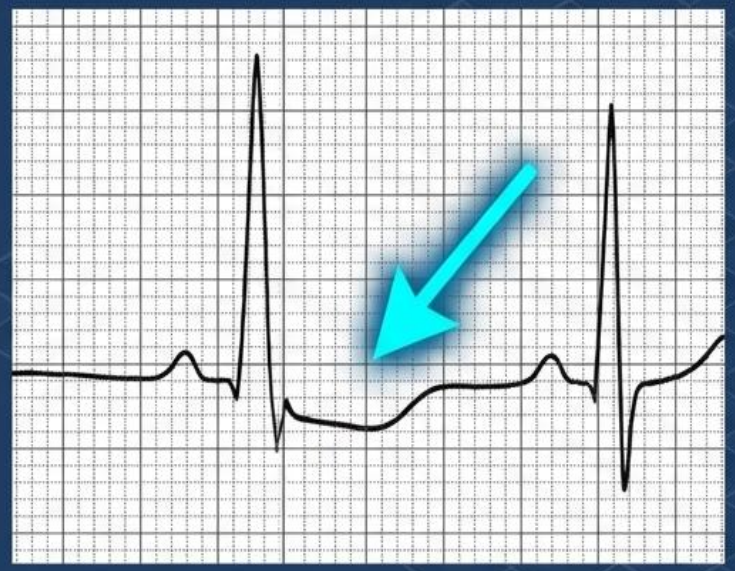


Adapted from Stary HC et al. Circulation 1995;92:1355-1374.



Adapted from Stary HC et al. Circulation 1995;92:1355-1374.

CẬN LÂM SÀNG



Điện tâm đồ & Nghiệm pháp Gắng sức

ECG lúc nghỉ

- Có thể bình thường, hoặc có dấu hiệu phì đại thất trái (LVH), sóng Q cũ.

Tiêu chuẩn Dương tính (Giao thức Bruce)

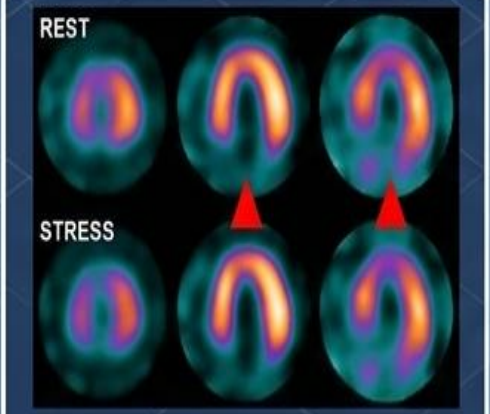
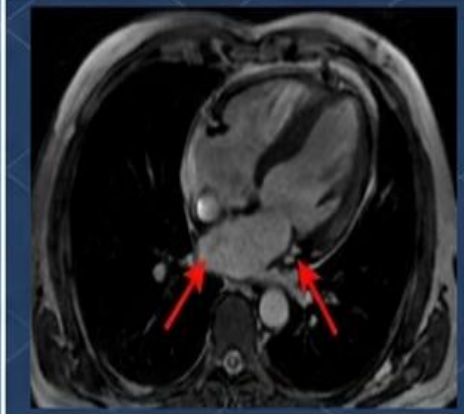
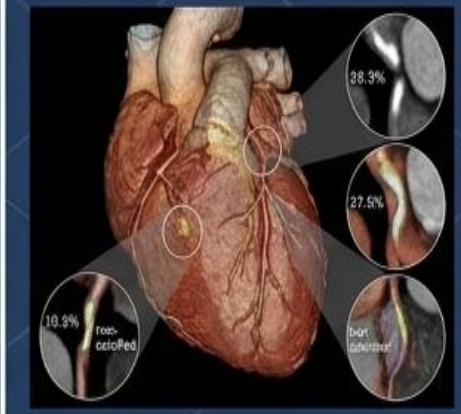
- Đoạn ST chênh xuống ≥ 0.1 mV (đi ngang hoặc dốc xuống).
- Kéo dài >0.08 giây sau điểm J.

Dấu hiệu Nguy cơ Cao (Suy thất trái toàn bộ)

- ST chênh xuống ≥ 0.2 mV ở mức gắng sức rất.
- ST chênh xuống ≥ 0.2 mV ở mức gắng sức rất thấp.
- Huyết áp tâm thu giảm >10 mmHg khi gắng sức.
- ST chênh kéo dài >5 phút ở giai đoạn phục hồi.

2025 Harrison's Principles of Internal Medicine.

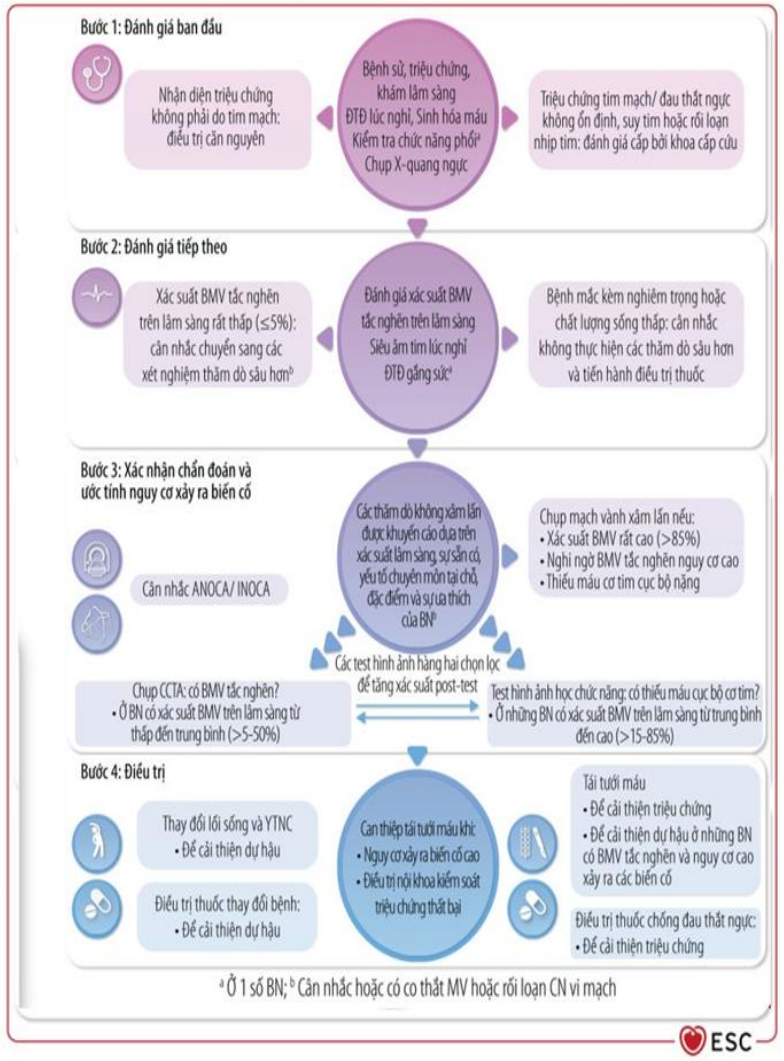
CẬN LÂM SÀNG

Siêu âm tim (Echo)	SPECT / PET	Cộng hưởng từ (CMR)	CT Mạch vành (CCTA)
			
Đánh giá vận động vùng. Nhạy cảm với vùng vô động/loạn động khi gắng sức.	Đánh giá tưới máu. Xác định vùng khuyết xạ cục bộ phục hồi (thiếu máu) và không phục hồi (nhồi máu).	Hình thái thất, tưới máu, và phát hiện sẹo hoại tử xuyên thành siêu nhạy (LGE).	Dựng hình 3D giải phẫu, đo mức độ hẹp, phân tích thành phần mảng xơ vữa. Tối ưu cho nguy cơ trung bình.

2025 Harrison's Principles of Internal Medicine.

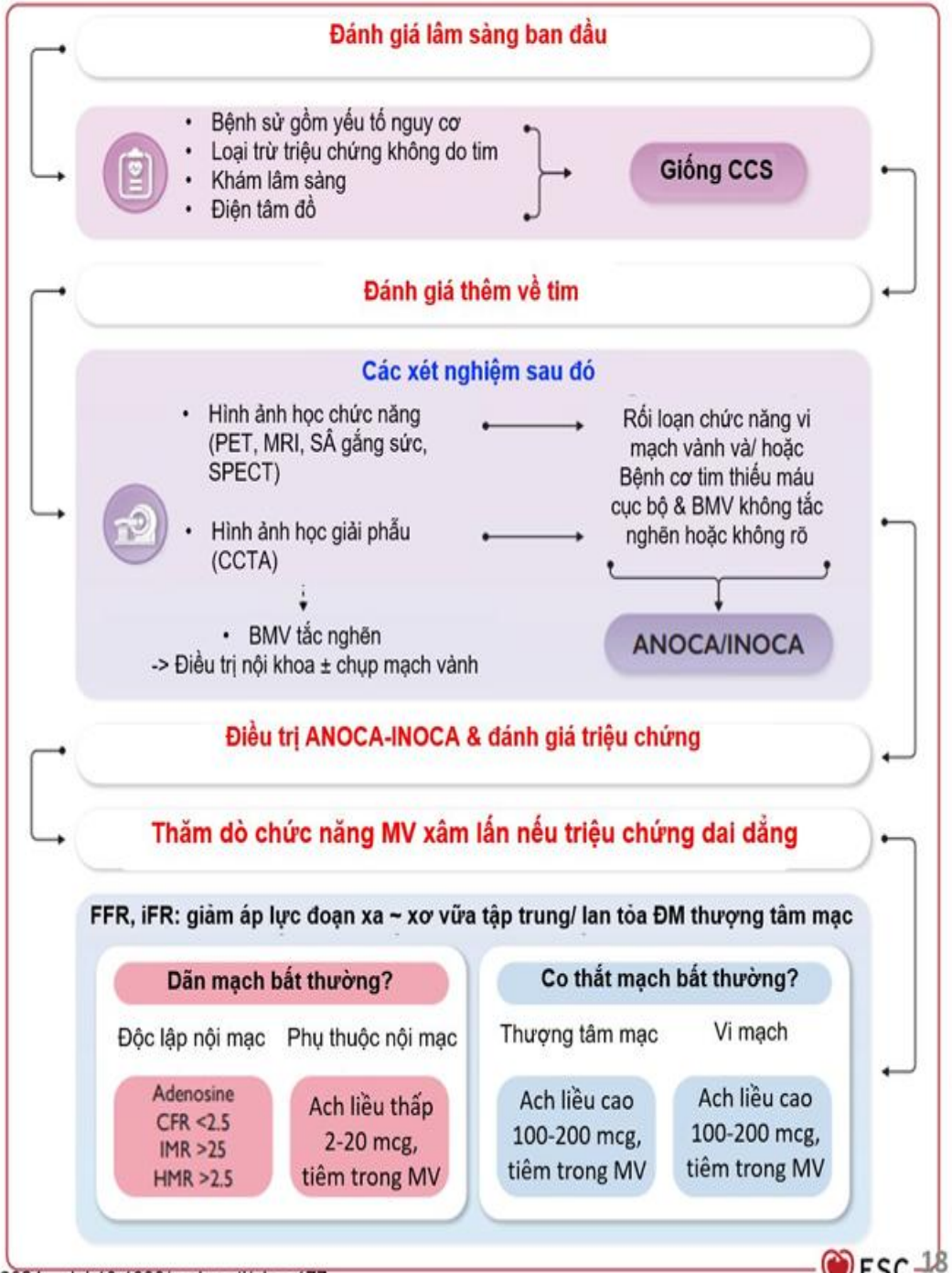
4 BƯỚC TIẾP CẬN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH MẠN

Mô hình 4 bước tiếp cận bệnh nhân nghi ngờ HCMVM



2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes (European Herat Journal; 2024 – doi:10.1093/eurheartj/ehae177

Chiến lược chẩn đoán bệnh nhân ANOCA/INOCA



2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes, European Herat Journal; 2024 – doi:10.1093/eurheartj/ehae177

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

1. GIẢM TRIỆU CHỨNG
(giảm thiếu máu cục bộ cơ tim, giảm đau thắt ngực, tăng khả năng gắng sức)

⇩

Cải thiện chất lượng cuộc sống

2. CẢI THIỆN TIÊN LƯỢNG
(giảm biến cố: Tử vong, NMCT, RLCN thất trái, suy tim…)

⇩

Kéo dài tuổi thọ bệnh nhân

THAY ĐỔI LỐI SỐNG

Cai HTL	Sử dụng thuốc và các biện pháp hành vi để giúp cai thuốc lá. Tránh hút thuốc lá thụ động
Chế độ cân bằng	Bữa ăn giàu rau củ, trái cây và hạt ngũ cốc. Giới hạn ăn mỡ bão hoà < 10% tổng nhập. Giới hạn cồn < 100g/tuần hoặc < 15 g/ngày
Hoạt động thể chất	Vận động cường độ trung bình 30-60 phút hầu hết các ngày, nhưng thậm chí hoạt động không đều cũng có lợi
Cân nặng hợp lý	Duy trì cân nặng hợp lý (<25 kg/m^2), hoặc giảm cân bằng cách tăng hoạt động và tiêu thụ năng lượng.
Khác	Uống thuốc được kê toa. Quan hệ tình dục có nguy cơ thấp cho những bệnh nhân ổn định không có triệu chứng ở mức hoạt động từ thấp đến trung bình

©ESC

www.escardio.org/guidelines

ESC Guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes
(European Heart Journal 2019; 10.1093/eurheartj/ehz425)

CHẾ ĐỘ ĂN

Tăng tiêu thụ trái cây và rau củ (≥200 g mỗi loại mỗi ngày).

35-45 g chất xơ mỗi ngày, ưu tiên ngũ cốc nguyên hạt.

Tiêu thụ ở mức trung bình các loại hạt (30 g mỗi ngày, không kèm muối).

1-2 phần cá mỗi tuần (một phần là cá chứa nhiều chất béo).

Ăn ít thịt nạn, sử dụng sữa và các sản phẩm từ sữa ít béo, dầu thực vật.

Chất béo bão hòa <10% tổng năng lượng nhập vào; thay thế bằng các chất béo không no nhiều liên kết đôi.

Sử dụng càng ít chất béo không no dạng trans càng tốt, ưu tiên không dùng thực phẩm đã được chế biến, và <1% tổng năng lượng nhập vào.

≤5-6 g muối mỗi ngày.

Nếu sử dụng đồ uống/thức ăn có cồn, nên giới hạn lượng nhập vào ≤100 g/tuần hoặc <15 g/ngày.

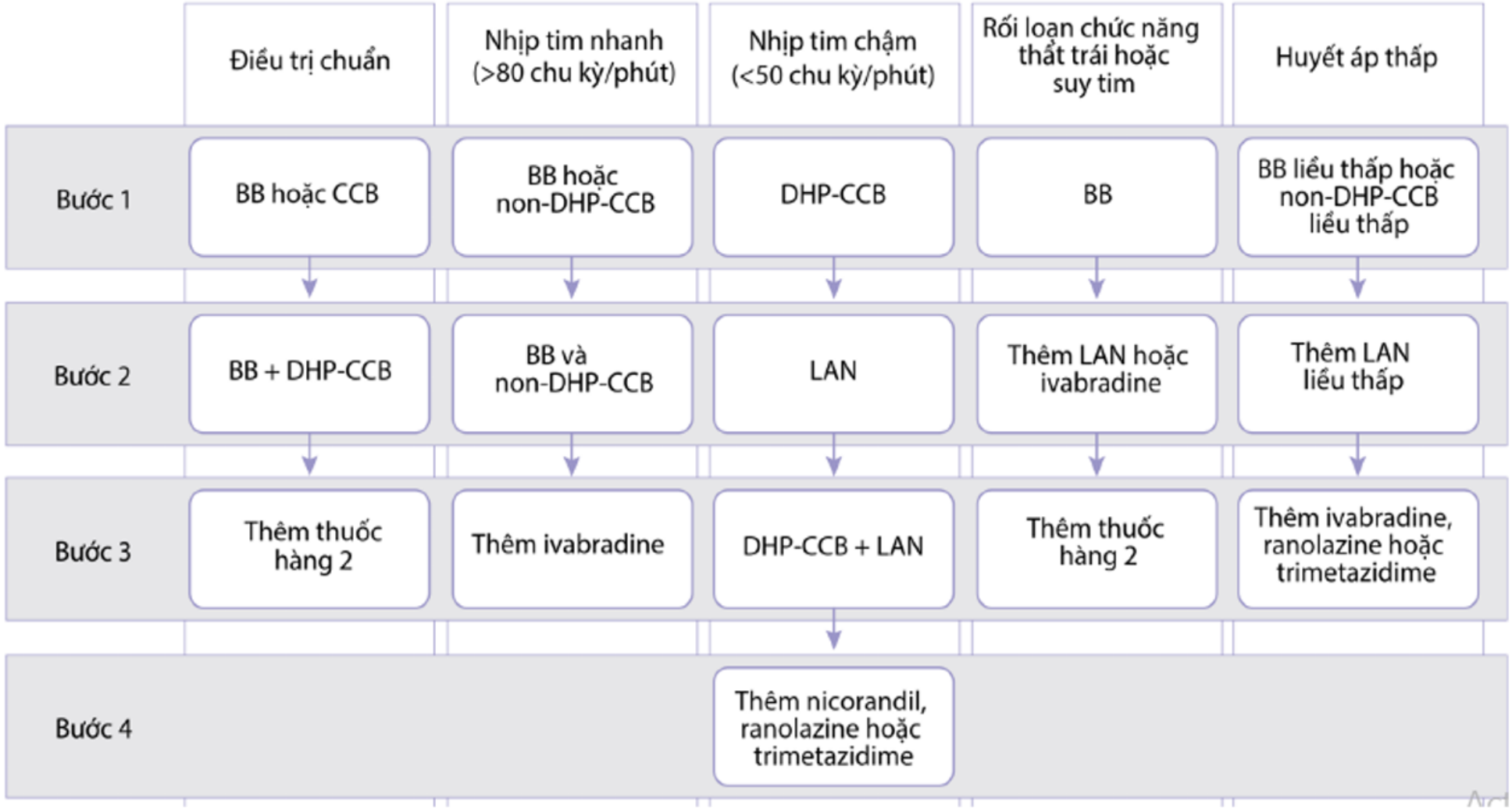
Tránh sử dụng thực phẩm năng lượng cao như đồ uống có đường.

©ESC

www.escardio.org/guidelines

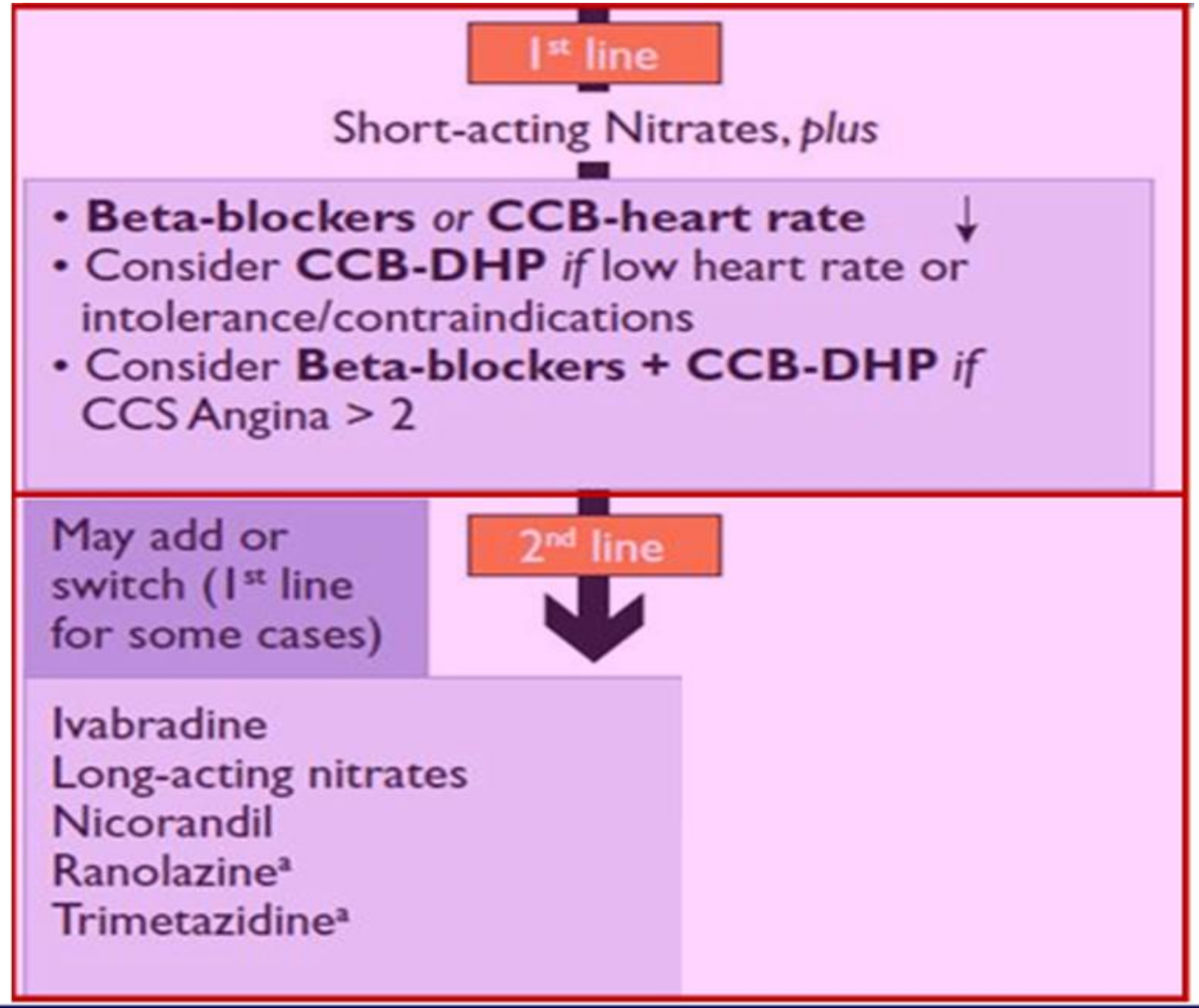
ESC Guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes
(European Heart Journal 2019; 10.1093/eurheartj/ehz425)

THUỐC CHỐNG ĐAU NGỰC



ESC Guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes
(European Heart Journal 2019; 10.1093/eurheartj/ehz425)

THUỐC CHỐNG ĐAU NGỰC



ESC Guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes
(European Heart Journal 2019; 10.1093/eurheartj/ehz425)

ĐIỀU TRỊ



2025 Harrison's Principles of Internal Medicine.

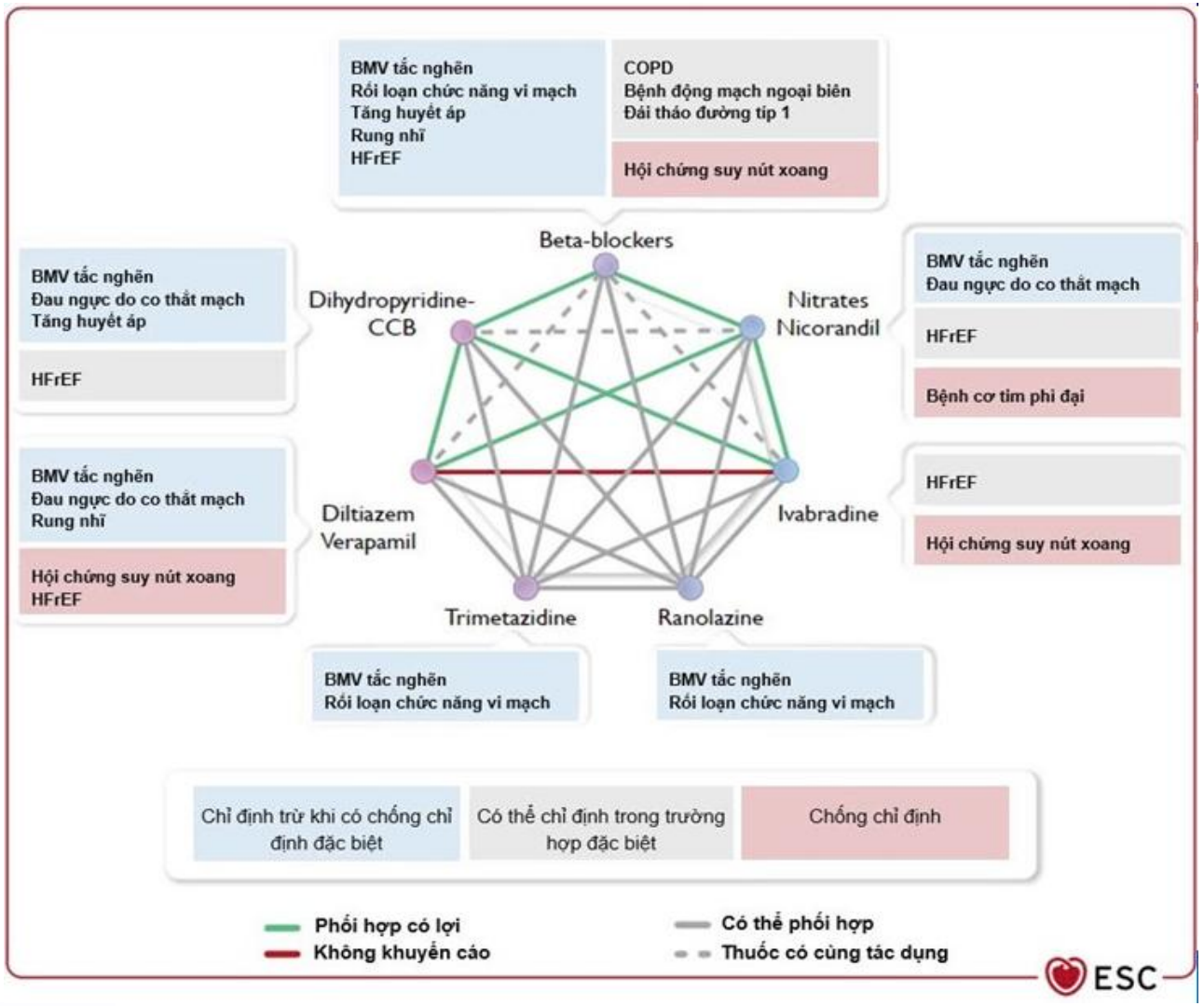
KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ LIPID MÁU

Khuyến cáo	Nhóm	Mức
Điều trị hạ lipid với mục tiêu LDL-C <1,4 mmol/L (55 mg/dL) và giảm ≥50% LDL-C so với mức cơ bản được khuyến cáo.	I	A
Khuyến cáo sử dụng statin liều cao nhất có thể dung nạp được để đạt mục tiêu LDL-C cho tất cả bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn tính (CCS).	I	A
Nếu không đạt mục tiêu với liều statin tối đa có thể dung nạp, khuyến cáo kết hợp với ezetimibe.	I	B
Đối với những bệnh nhân không dung nạp statin và không đạt được mục tiêu với ezetimibe, khuyến cáo kết hợp với axit bempedoic.	I	B
Đối với những bệnh nhân không đạt được mục tiêu với liều statin tối đa có thể dung nạp và ezetimibe, khuyến cáo kết hợp với thuốc ức chế PCSK9.	I	A
Đối với những bệnh nhân không đạt được mục tiêu với liều statin tối đa có thể dung nạp và ezetimibe, nên cân nhắc kết hợp với axit bempedoic.	IIa	C
Đối với những bệnh nhân có biến cố huyết khối mạch tái phát (không nhất thiết phải cùng loại với biến cố đầu) khi đang sử dụng liệu pháp statin ở liều tối đa có thể dung nạp, có thể cân nhắc mục tiêu LDL-C <1,0 mmol/L (<40 mg/dL)	IIb	B

2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes

ĐIỀU TRỊ

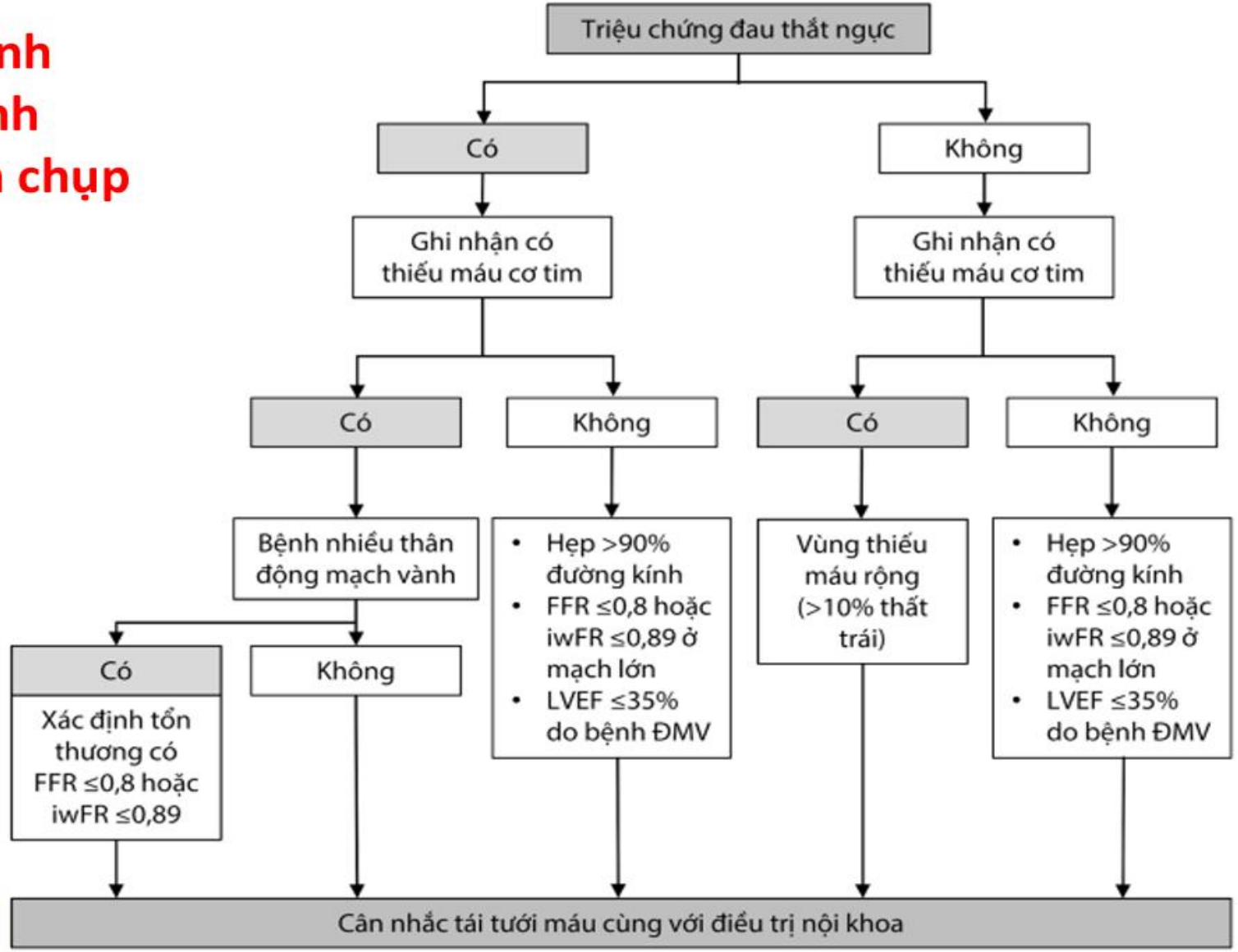
Mục	Khuyến cáo và mục tiêu điều trị ở bệnh nhân được chẩn đoán CCS
Tham vấn lối sống	
Tiêm ngừa	Tiêm vắc xin ngừa cúm, phế cầu và các bệnh truyền nhiễm khác (Ví dụ: COVID-19)
Chất lượng giấc ngủ	Điều trị rối loạn nhịp thở liên quan giấc ngủ
Hoạt động tình dục	Nam và nữ: nguy cơ thấp cho các bệnh nhân ổn định không có triệu chứng ở mức độ hoạt động thấp đến vừa phải.
	Nam: Các chất ức chế PDE-5 thường là an toàn, nhưng không nên dùng kết hợp với thuốc nitrat do nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng.
Khía cạnh tâm lý xã hội	Tránh stress tâm lý xã hội Điều trị trầm cảm và lo âu bởi liệu pháp tâm lý hoặc điều trị thuốc
Môi trường/ô nhiễm	Tránh hút thuốc lá tự động Giảm ô nhiễm tiếng ồn Tránh phơi nhiễm không khí ô nhiễm
Can thiệp lối sống và kiểm soát yếu tố nguy cơ	
Hút thuốc lá và lạm dụng chất	Sử dụng chiến lược điều trị thuốc và hành vi để hỗ trợ cai thuốc lá Tránh thuốc lá điện tử Cai nghiện
Béo phì và thừa cân	Đạt và duy trì cân nặng lý tưởng (BMI 18.5 – 25 kg/m^2) Giảm cân theo khuyến cáo năng lượng nhập vào và tăng hoạt động thể chất, có thể sử dụng thuốc/phẫu thuật ở một số bệnh nhân chọn lọc
Tăng lipid máu	Khuyến cáo tối ưu mục tiêu LDL-C <1.4 mmol/L (55mg/dL) và giảm ≥50% LDL-C so với ban đầu
Đái tháo đường	HbA1c <7.0% (53 mmol/mol)
Tăng huyết áp	Huyết áp tâm thu 120-129 mmHg, điều trị thuốc chống tăng huyết áp nếu dung nạp tốt
Ăn kiêng và rượu	Hạn chế tiêu thụ rượu dưới 100 g mỗi tuần. Chế độ ăn giàu rau củ, trái cây và ngũ cốc nguyên hạt (chế độ ăn Địa Trung Hải). Hạn chế chất béo bão hòa dưới 10% tổng lượng calo tiêu thụ.
Hoạt động thể chất và tập thể dục	30-60 phút hoạt động cường độ trung bình, >5 ngày/tuần Giảm thời gian tĩnh tại và tuân thủ ít nhất là hoạt động cường độ nhẹ trong ngày



2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes

CHỤP VÀ CAN THIỆP MẠCH VÀNH

Sơ đồ quyết định điều trị với bệnh nhân tiến hành chụp ĐMV xâm lấn



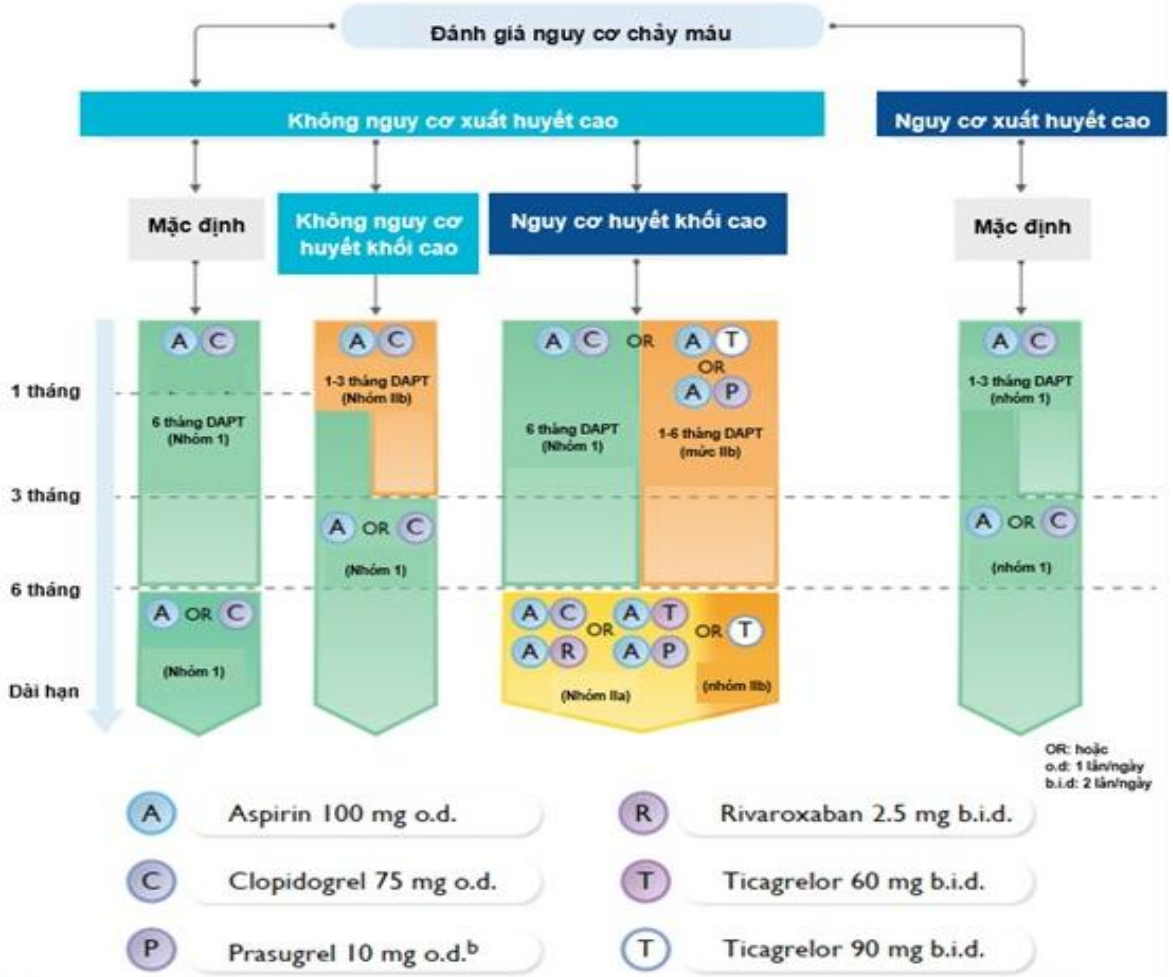
FFR: Fractional Flow Reserve (Phân suất dự trữ lưu lượng mạch vành); EF: Phân suất tống máu; ĐMV: Động mạch vành; iwFR: Instantaneous wave-free ratio

ESC European Society of Cardiology

ĐIỀU TRỊ TÁI TƯỚI MÁU

Tái tưới máu để cải thiện tiên lượng		
Bệnh nhân có hội chứng mạch vành mạn với phân suất tống máu thất trái (LVEF) >35%		
Tái tưới máu cơ tim và điều trị thuốc theo khuyến cáo ở bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn tính (CCS) có phân suất tống máu thất trái > 35% cho những bệnh nhân có hẹp thân chung động mạch vành trái có ý nghĩa chức năng nhằm cải thiện tỷ lệ tử vong	I	A
Tái tưới máu cơ tim và điều trị thuốc theo khuyến cáo ở bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn tính (CCS) có phân suất tống máu thất trái > 35% cho những bệnh nhân có bệnh ba nhánh mạch vành đáng kể nhằm cải thiện tỷ lệ tử vong	I	A
Tái tưới máu cơ tim và điều trị thuốc theo khuyến cáo ở bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn tính (CCS) có phân suất tống máu thất trái > 35% cho những bệnh nhân có bệnh một hoặc hai nhánh mạch vành đáng kể bao gồm đoạn gần nhánh liên thất trước (LAD) nhằm giảm tỷ lệ tử vong tim mạch dài hạn và nguy cơ nhồi máu cơ tim.	I	B
Tái tưới máu để cải thiện triệu chứng		
Ở những bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn còn đau thắt ngực dai dẳng hoặc các triệu chứng tương đương đau thắt ngực dù đã được điều trị thuốc theo khuyến cáo, khuyến cáo tái tưới máu cơ tim cho bệnh động mạch vành tắc nghẽn có ý nghĩa chức năng để cải thiện triệu chứng.	I	A

ĐIỀU TRỊ CHỐNG HUYẾT KHỐI SAU PCI



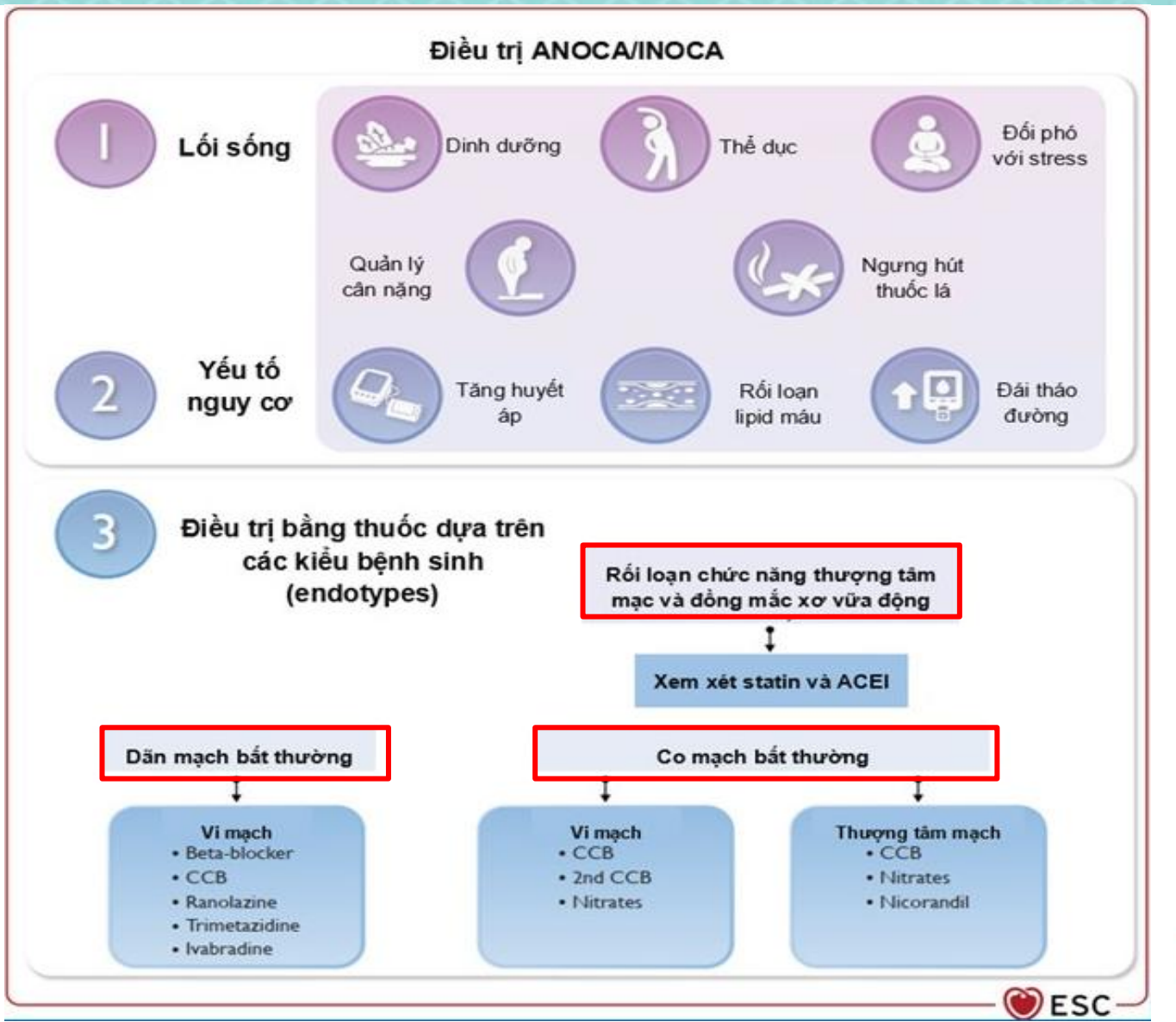
ACE-I, COLCHICINE

Khuyến cáo	Nhóm	Mức
Ở những bệnh nhân CCS, khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACE-I) (hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin II - ARBs) trong trường hợp có các bệnh kèm theo cụ thể, chẳng hạn như tăng huyết áp, đái tháo đường, hoặc suy tim.	I	A
ACE-I nên được xem xét ở bệnh nhân CCS có nguy cơ rất cao xảy ra các biến cố tim mạch	IIa	A

Khuyến cáo	Nhóm	Mức
Ở những bệnh nhân CCS với bệnh động mạch vành xơ vữa, nên cân nhắc sử dụng colchicine liều thấp (0,5 mg/ngày) để giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim, đột quỵ và cần điều trị tái tưới máu	IIa	A

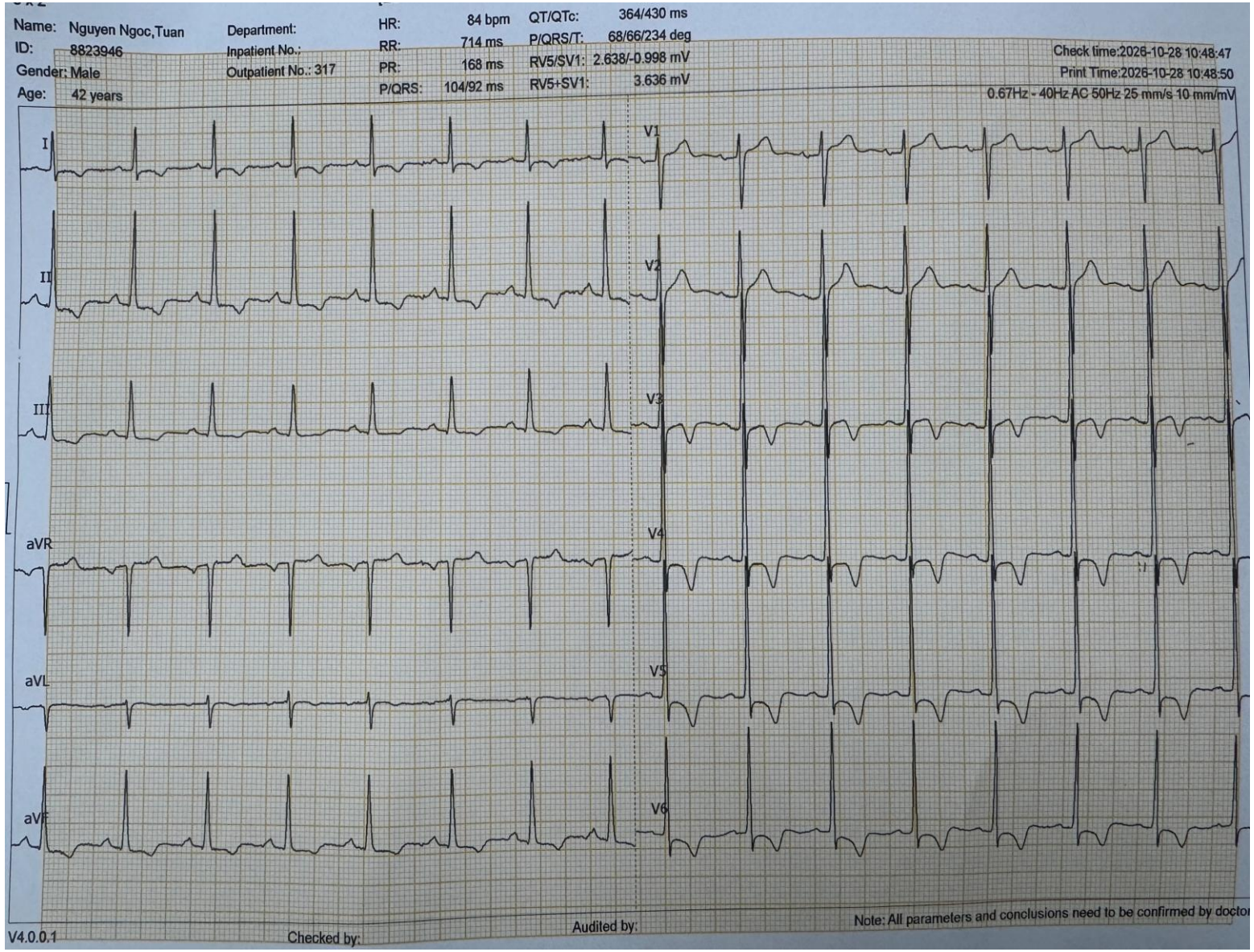
2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes

ĐIỀU TRỊ ANOCA/INOCA



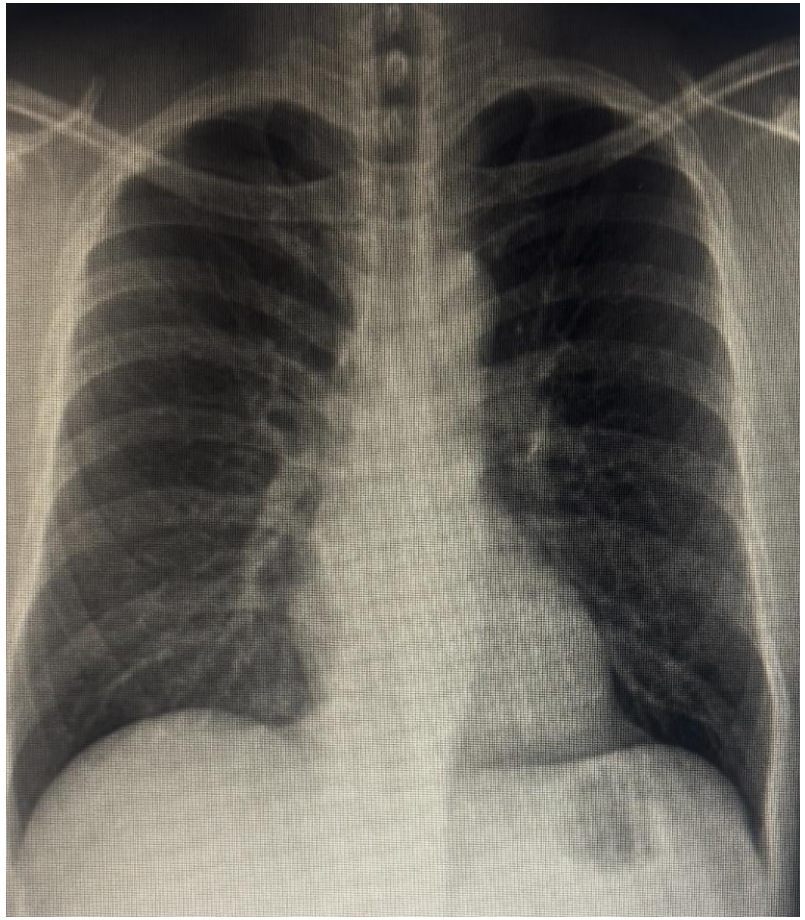
ESC

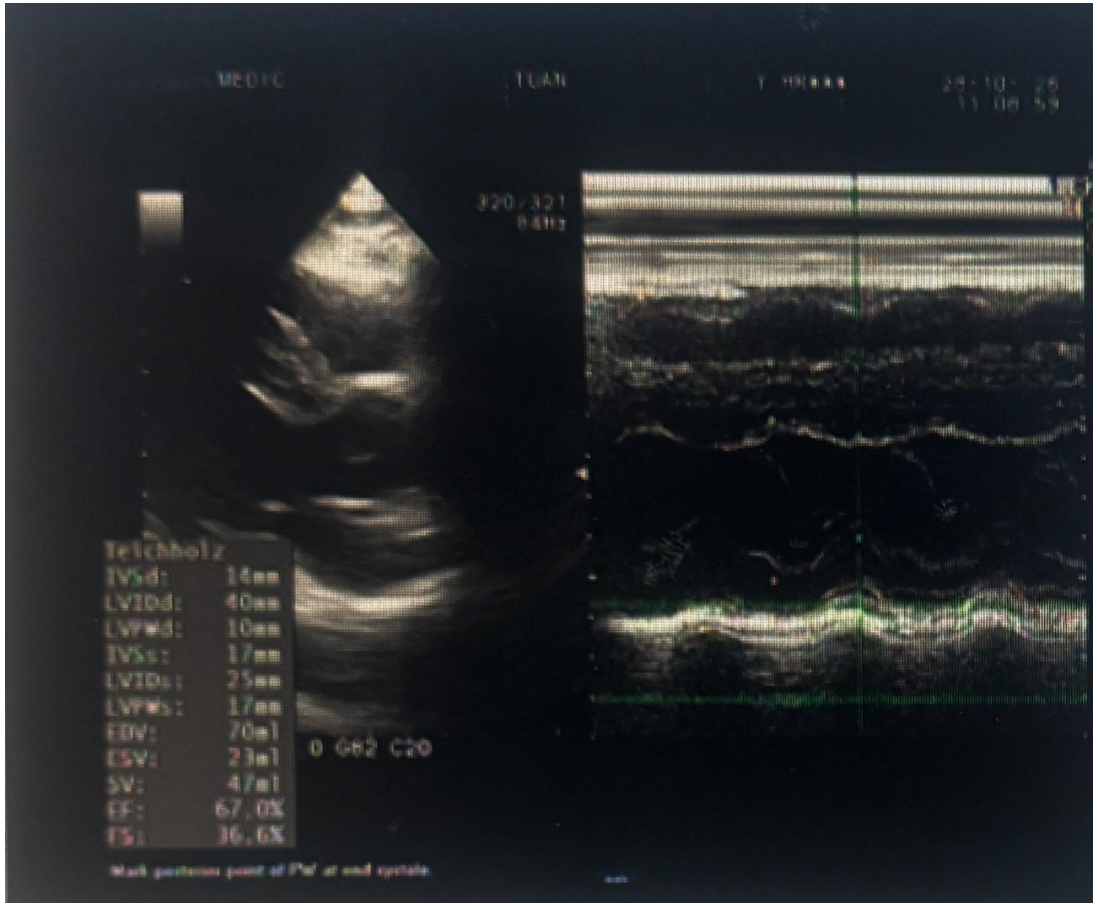
Ca lâm sàng



- Nam 44 tuổi, TC THA chưa trị
- Khám TQ: THA , TD Bệnh cơ tim phì đại hẹn chụp MRI tim.
- Ngày hẹn chụp MRI HA tụt
- MRI tim 3/11/26
- hs TnI và hs TnT bình thường

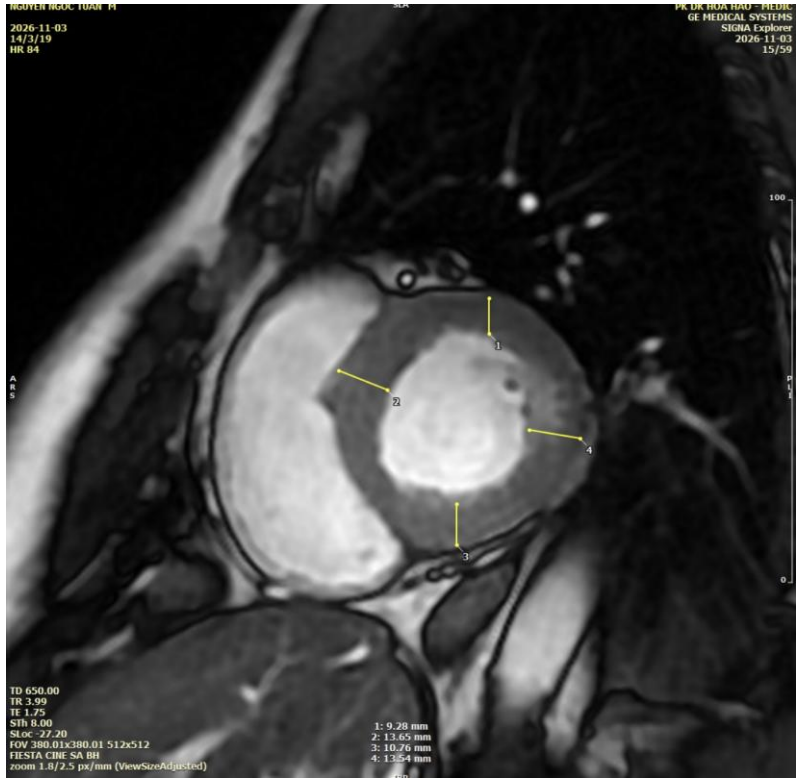
X quang ngực và Siêu âm tim



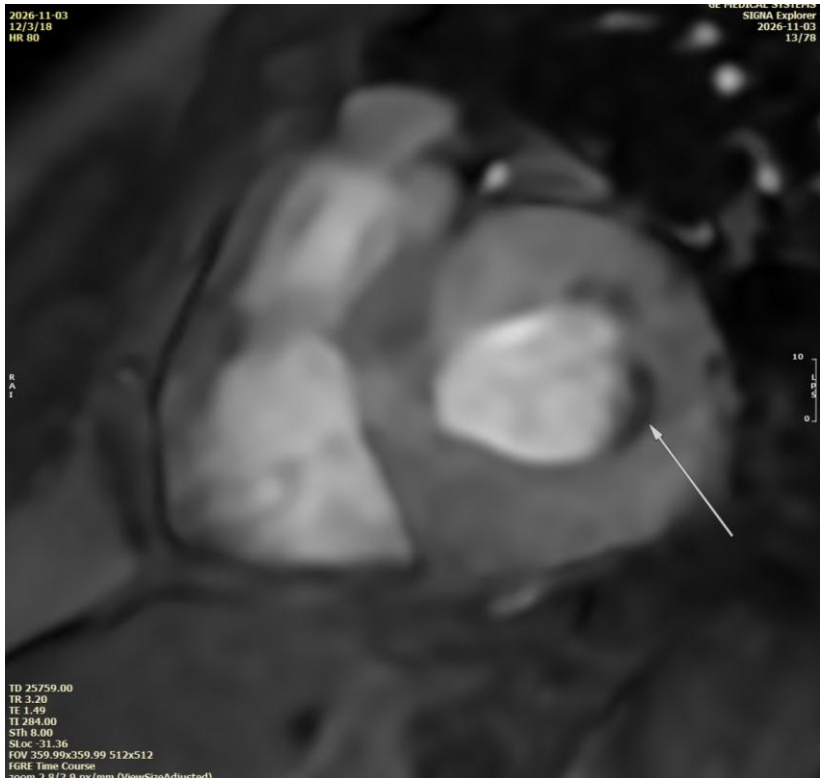


MRI tim

Phì đại thất trái

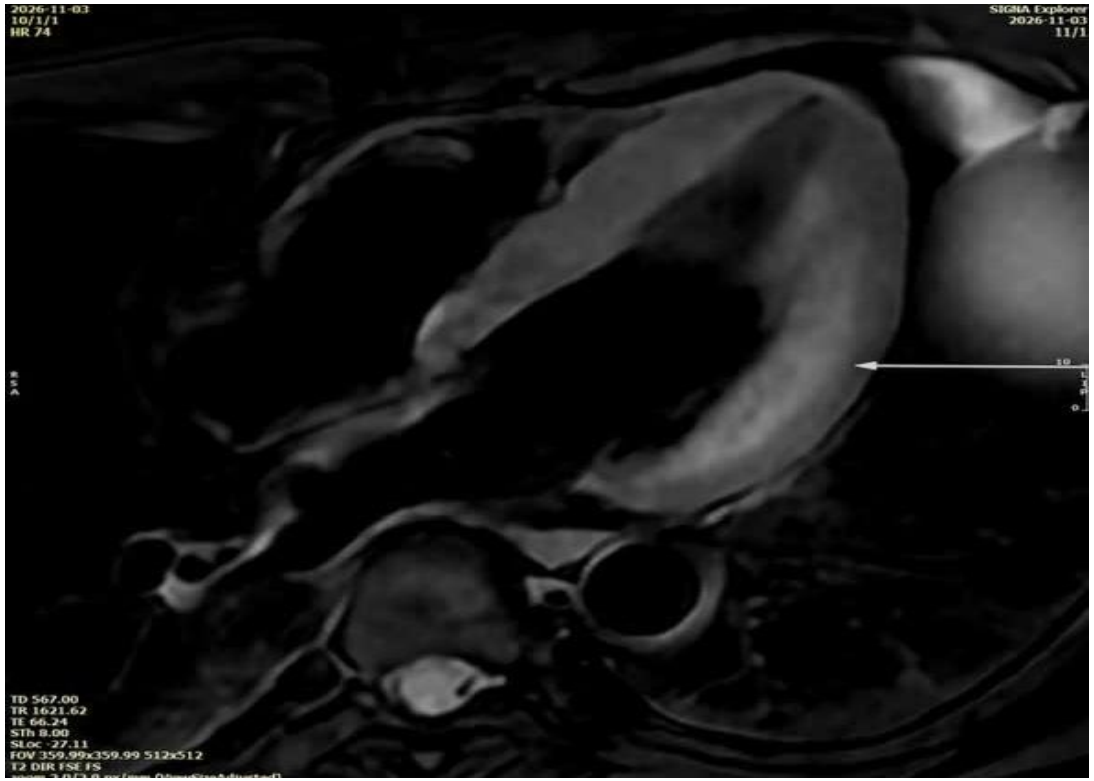


Khiếm khuyết tưới máu thành bên

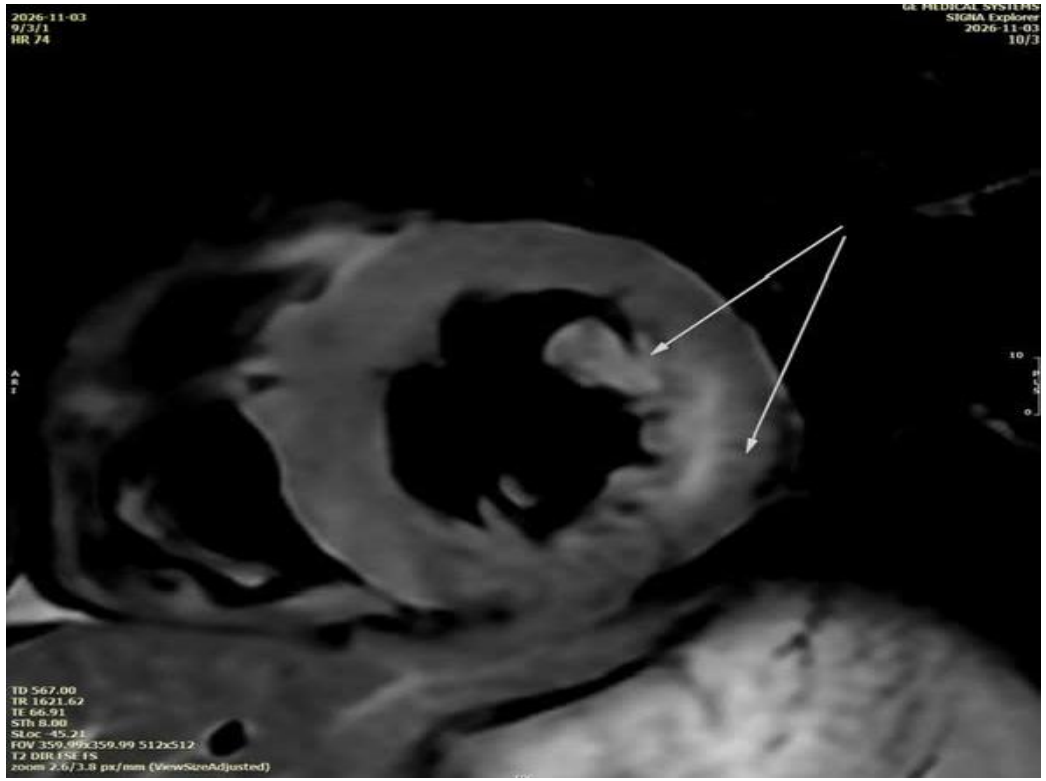


MRI tim

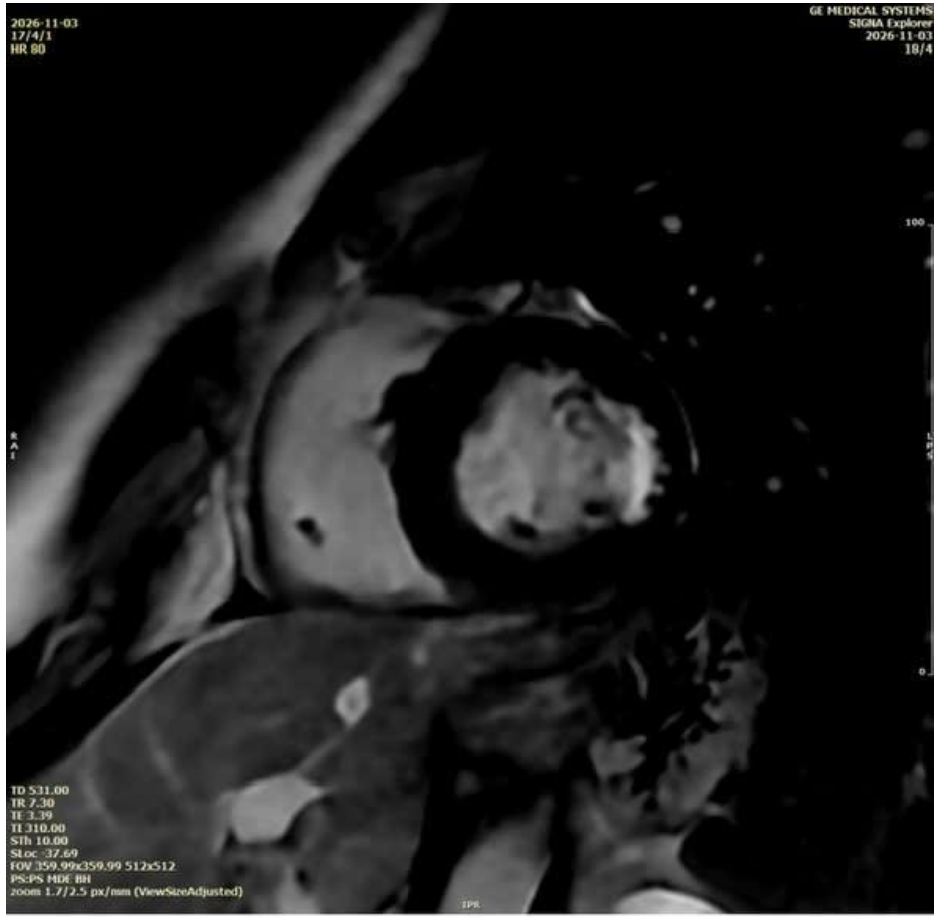
Phù nề và tăng tín hiệu T2W thành bên thất trái

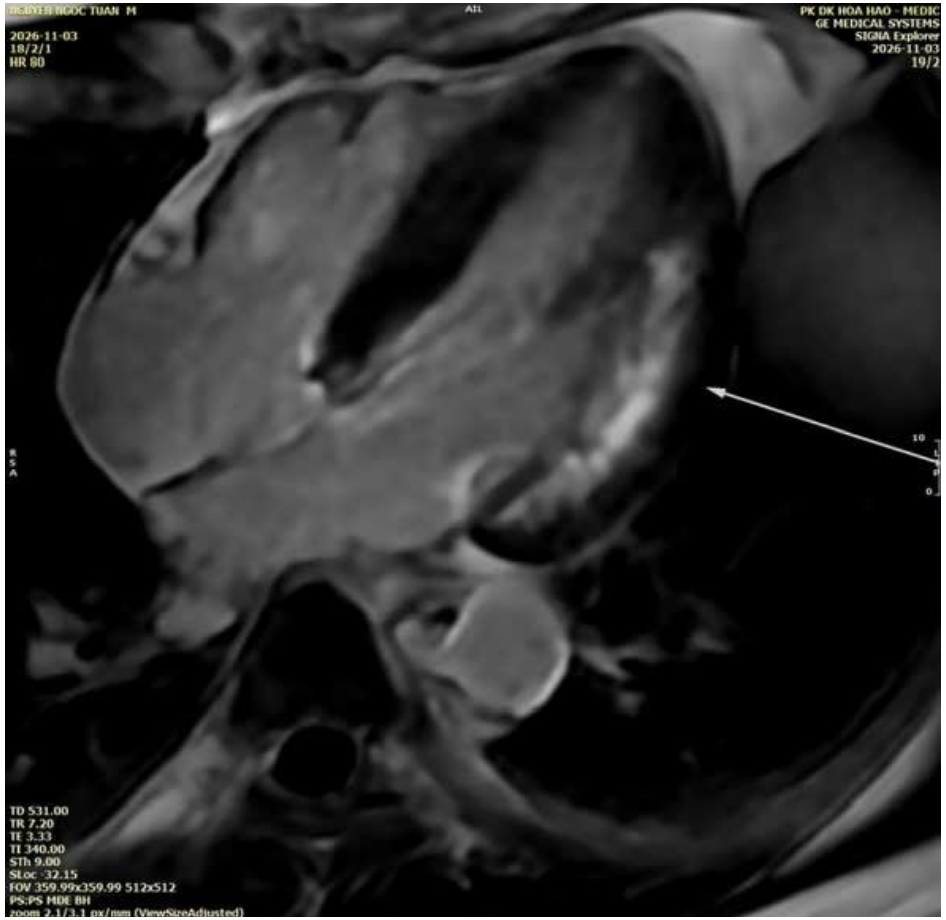


Vá cơ nhú trước bên



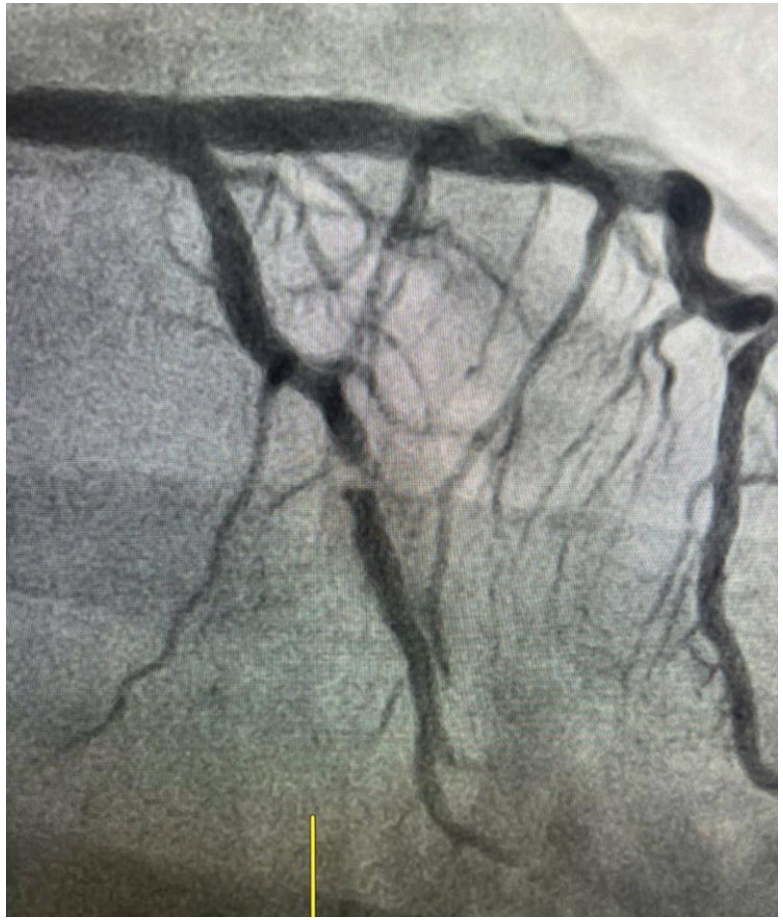
Sẹo ngấm thuốc muộn nội mạc , xuyên thành 50% thành cơ tim trước bên





DSA mạch vành





DSA

Chụp, nong và đặt stent động mạch vành

Họ và tên: [redacted] Tuổi: 42 Tuổi Giới tính: Nữ

Địa chỉ: [redacted]

Số thẻ BHYT:

Khoa: Khoa Tim mạch 1 (Tim mạch can thiệp) Phòng: Phòng điều trị tim mạch can thiệp Giường:

Chẩn đoán: nhồi máu cơ tim^Nhồi máu cơ tim cấp tính, không xác định^Bệnh lý tăng huyết áp (I10); Tăng lipid má hỗn hợp (E78.2)

BS làm thủ thuật: [redacted]

MÔ TẢ

MÔ TẢ:
BS làm thủ thuật: BS NGỌC TUẤN - BS TRƯỜNG - BS LONG
Kết quả chụp ĐMV:
- Động mạch thân chung trái (Left Main): bình thường.
- Động mạch liên thất trước (LAD): hẹp 80% đoạn III.
- Động mạch mũ (LCx): hẹp 99% đoạn II.
- Động mạch vành phải (RCA): Bình thường

LÍ DO CAN THIỆP: CẤP CỨU
TÊN THỦ THUẬT: Nong và đặt stent ĐMV
Đường vào: ĐM Quay phải
Vị trí can thiệp: LAD III và LCX II
BÓNG: IKAZUCHI 2.0 x 15 mm; IKAZUCHI 2.5 x 15 mm
STENT PHỦ THUỐC: SIRO 3.0 x 33 mm ở LAD ; SIRO 3.0 x 33 mm ở LCX
NHẬN XÉT : Hẹp tồn lưu: 0%; TIMI = 3

Kết luận

Can thiệp mạch vành CẤP CỨU đặt 2 DES ở LAD và LCX

Thông Điệp

1. Cá thể hóa điều trị là chìa khóa
2. Trong ACS, thời gian là “vàng” và việc chẩn đoán sớm chính xác góp phần tăng hiệu quả điều trị.
3. Trong CCS, bên cạnh những điều trị nội khoa nền tảng, việc cân nhắc thời điểm PCI hợp lý bằng những phương tiện hiện đại như IVUS, OCT có thể giúp cải thiện hiệu quả

MEDIC

Xin Chân Thành Cảm Ơn