

# ĐIỀU TRỊ BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ ỔN ĐỊNH

PGS. TS. Phạm Nguyễn Vinh  
Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch  
Đại học Y khoa Tân Tạo  
Bệnh viện Tim Tâm Đức  
Viện Tim Tp. HCM

# Các thể lâm sàng BĐMV

## ▶ Bệnh ĐMV mạn:

- \* Cơ đau thắt ngực ổn định (CĐTN/ÔĐ)
- \* CĐTN Prinzmetal
- \* Thiếu máu cơ tim yên lặng (TMCT)
- \* Bệnh cơ tim TMCB
- \* Hở van 2 lá do BĐMV

## ▶ Hội chứng ĐMV cấp:

- \* NMCT có ST chênh lên
- \* NMCT không ST chênh lên
- \* CĐTN không ổn định (CĐTNKÔĐ)

# Các vấn đề về điều trị bệnh động mạch vành mạn

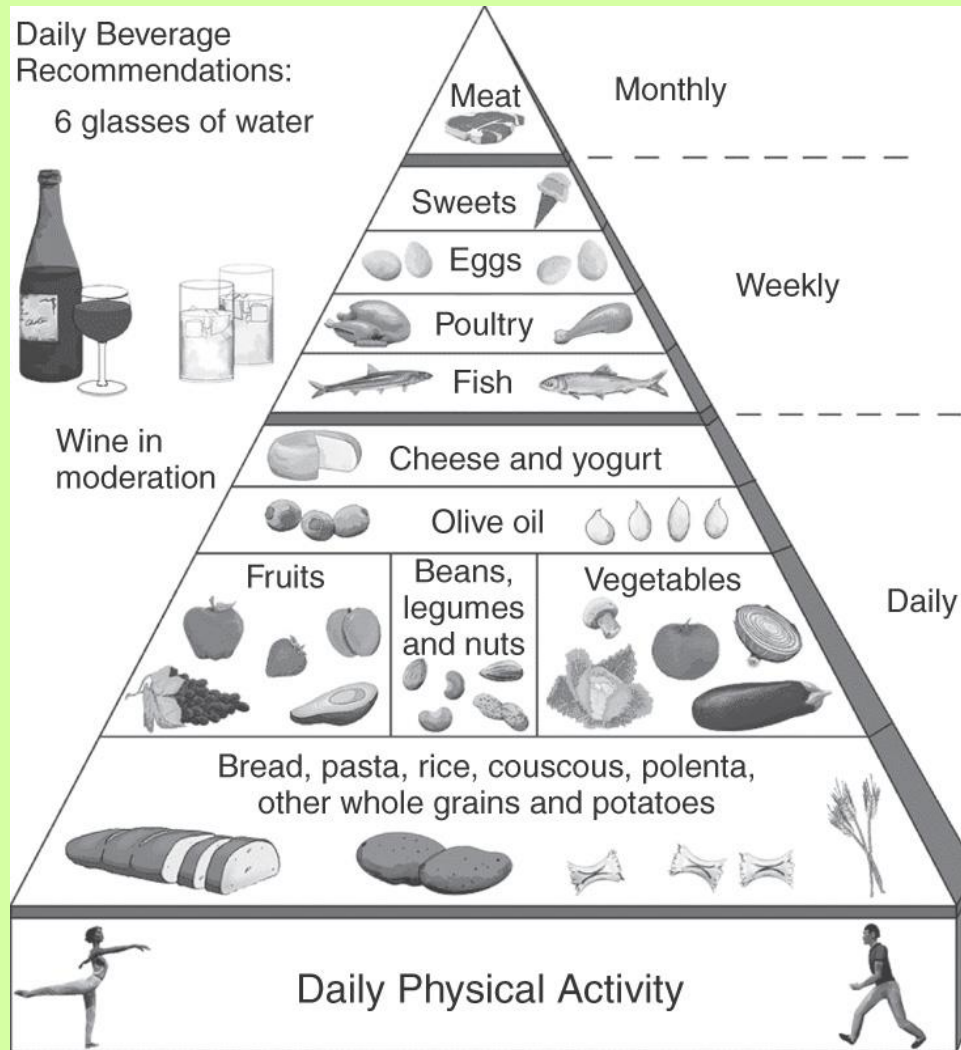
- ▶ Thế nào là điều trị nội khoa tối ưu?
- ▶ PCI động mạch vành có kéo dài đời sống bệnh nhân?
- ▶ Khi nào cần tái lưu thông ĐMV: PCI hoặc BCĐMV?
- ▶ Lợi điểm và chi phí?

Điều trị nội khoa tối ưu: điều  
trị toàn diện, thuốc cải thiện  
tiên lượng

# Điều trị CĐTN ổn định: điều trị không thuốc

- ▶ Giảm mỡ
- ▶ Thuốc lá: ngưng
- ▶ Rượu: vừa phải
- ▶ Vận động thể lực +++
- ▶ Bớt stress tình cảm
- ▶ Hạn chế muối Natri / THA
- ▶ Giảm cân nặng

# Chế độ dinh dưỡng dựa theo Mediterranean diet



*TL : Sacks FM, McManus K. In Cardiovascular Therapeutics ed. E. Antman, Saunders 2007, 3<sup>rd</sup> ed, p.548*

# Chế độ dinh dưỡng

- Saturated fatty acids to account for <10% of total energy intake, through replacement by polyunsaturated fatty acids.
- Trans unsaturated fatty acids <1% of total energy intake.
- <5 g of salt per day.
- 30–45 g of fibre per day, from wholegrain products, fruits and vegetables.
- 200 g of fruit per day (2–3 servings).
- 200 g of vegetables per day (2–3 servings).
- Fish at least twice a week, one being oily fish.
- Consumption of alcoholic beverages should be limited to 2 glasses per day (20 g/day of alcohol) for men and 1 glass per day (10 g/day of alcohol) for non-pregnant women.



# Khuyến cáo sử dụng thuốc điều trị nhằm cải thiện tiên lượng bệnh nhân đau thắt ngực ổn định (1)

## Loại I

- ▶ Aspirin 75mg/ngày trừ phi có CCĐ (chứng cứ A)
- ▶ Statin: tất cả bệnh nhân (chứng cứ A)
- ▶ UCMC: b/n có kèm THA, suy tim, rối loạn chức năng TT, tiền sử NMCT kèm RLCN TT hoặc ĐTĐ (chứng cứ A)
- ▶ Chẹn beta: b/n sau NMCT hoặc kèm suy tim (chứng cứ A)

TL: Fox K et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris. Eur. Heart Journal 2006; 27: 1341 - 1381



# Khuyến cáo sử dụng thuốc điều trị nhằm cải thiện tiên lượng bệnh nhân đau thắt ngực ổn định (2)

## Loai IIa

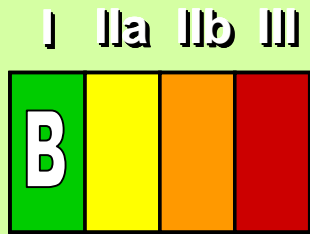
- ▶ UCMC: tất cả b/n đau thắt ngực do BĐMV (chứng cứ B)
- ▶ Clopidogrel: b/n không dung nạp aspirin (chứng cứ B)

## Loai IIb

- ▶ 1. Fibrates/ b/n TG ↑ và HDL – C thấp kèm ĐTĐ hoặc HCCH (chứng cứ B)

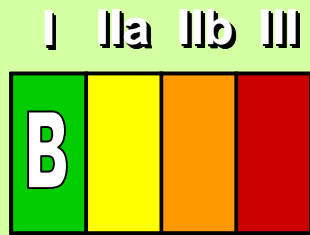
*TL: Fox K et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris. Eur. Heart Journal 2006; 27: 1341 - 1381*

# Thuốc lá

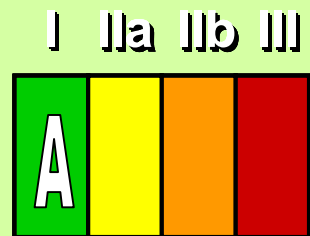


- ▶ Ngưng thuốc lá. Tránh ở nơi có hút thuốc
- ▶ Chương trình cai thuốc lá
- ▶ Chiến lược từng bước 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange)

# Kiểm soát huyết áp

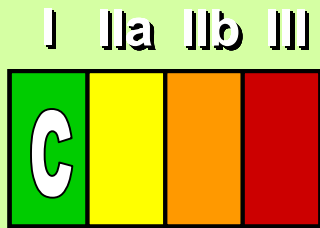


- ▶ Thay đổi lối sống: giảm cân, giảm muối natri, chế độ ăn nhiều trái cây, rau, sản phẩm sữa ít béo.



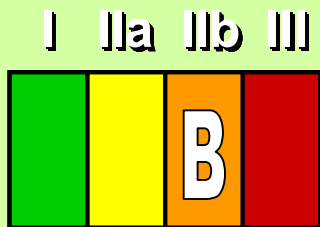
- ▶ Mức huyết áp < 140/90 mmHg (< 130/80 mmHg nếu có kèm ĐTĐ hoặc bệnh thận mạn)

# Kiểm soát huyết áp

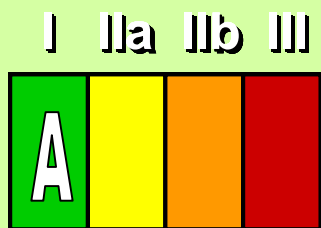


▶ THA kèm BĐMV: khởi đầu bằng  
chẹn beta và/hoặc UCMC

# Kiểm soát lipid

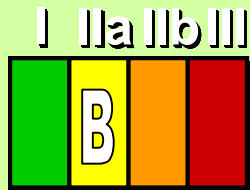


► Sử dụng omega – 3 1g/ngày từ viên nang hoặc từ cá.

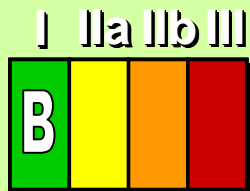


► Liều omega – 3 cao hơn nếu b/n có tăng triglyceride máu

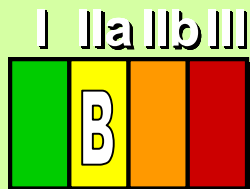
# Kiểm soát lipid



- ▶ LDL – C trước điều trị 70 – 100mg/dL: cần giảm LDL – C < 70mg/dL



- ▶ Nếu TG ∈ [200 – 499 mg/dL] giảm không HDL – C (non- HDL-C) < 130 mg/dL



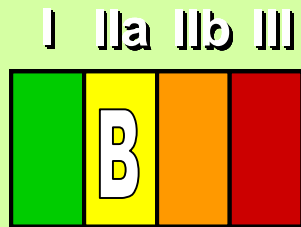
- ▶ Nếu TG > 499 mg/dL, giảm non-HDL-C < 100mg/dL

(Non HDL – C = CT total – HDL – C)

TL : Fraker TD, Fihn SD et al. JACC 2007, 23 : 2264-2274

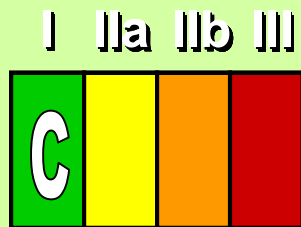
Non HDL-C bao gồm= LDL-C; IDL-C; VLDL-C; Chylomicron; Lp (a)

# Kiểm soát lipid



Các lựa chọn giảm non- HDL-C:

- ▶ Niacin
- ▶ Fibrate
- ▶ Statins

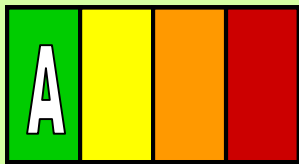


Nếu TG  $\geq$  500 mg/dL:

- ▶ Giảm TG trước bằng fibrates hoặc niacin; sau đó statins
- ▶ Mục tiêu: non – HDL – C < 100mg/dL

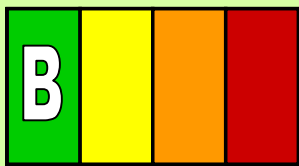
# Chọn hệ thống Renin-Angiotensin-Aldosterone

I IIa IIb III



UCMC : tất cả bệnh nhân PXTM  $\leq 40\%$  và ở bệnh nhân ĐTĐ, bệnh thận mạn

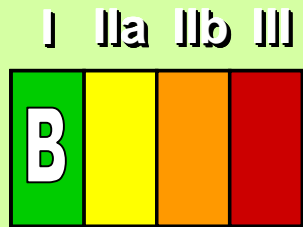
I IIa IIb III



UCMC : tất cả bệnh nhân ở nhóm nguy cơ thấp (nguy cơ thấp : PXTM bình thường, YTNC kiểm soát tốt và đã tái lưu thông ĐMV)

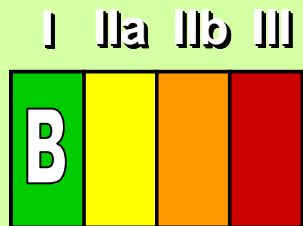


# Điều trị Đái tháo đường



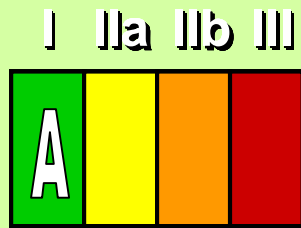
Thay đổi lối sống

Điều trị bằng thuốc, giữ HbA<sub>1c</sub># bình thường



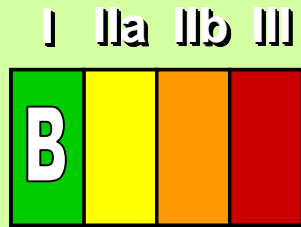
Cải thiện tích cực các YTNC (TD : vận động, cân nặng, huyết áp, cholesterol)

# Chống kết tập tiểu cầu/kháng đông



ASA 75-162mg/ngày

Suốt đời



Warfarin + ASA và/hoặc clopidogrel : khả năng tăng xuất huyết, cần theo dõi sát

## Aspirin, các ức chế cyclooxygenase (COX)-2, và các kháng viêm không steroid (NSAID'S)

### - Aspirin:

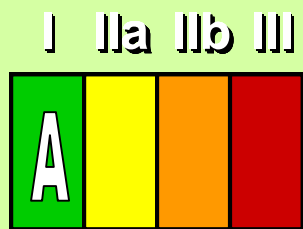
- Ức chế COX-1 tiểu cầu, do đó ức chế thromboxane A<sub>2</sub>
  - Liều hiệu quả: 75- 150 mg
  - Điều trị lâu dài : liều thấp
- Ức chế COX-2: giảm prostacycline (dãn mạch và ức chế kết tập tiểu cầu)
- Không dùng NSAIDs chung với aspirin, ngoại trừ diclofenac

**TL: Fox K et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris. Eur. Heart Journal 2006; 27: 1341 - 1381**

## Điều trị chống kết tập tiểu cầu trên bệnh nhân có triệu chứng tiêu hoá do aspirin

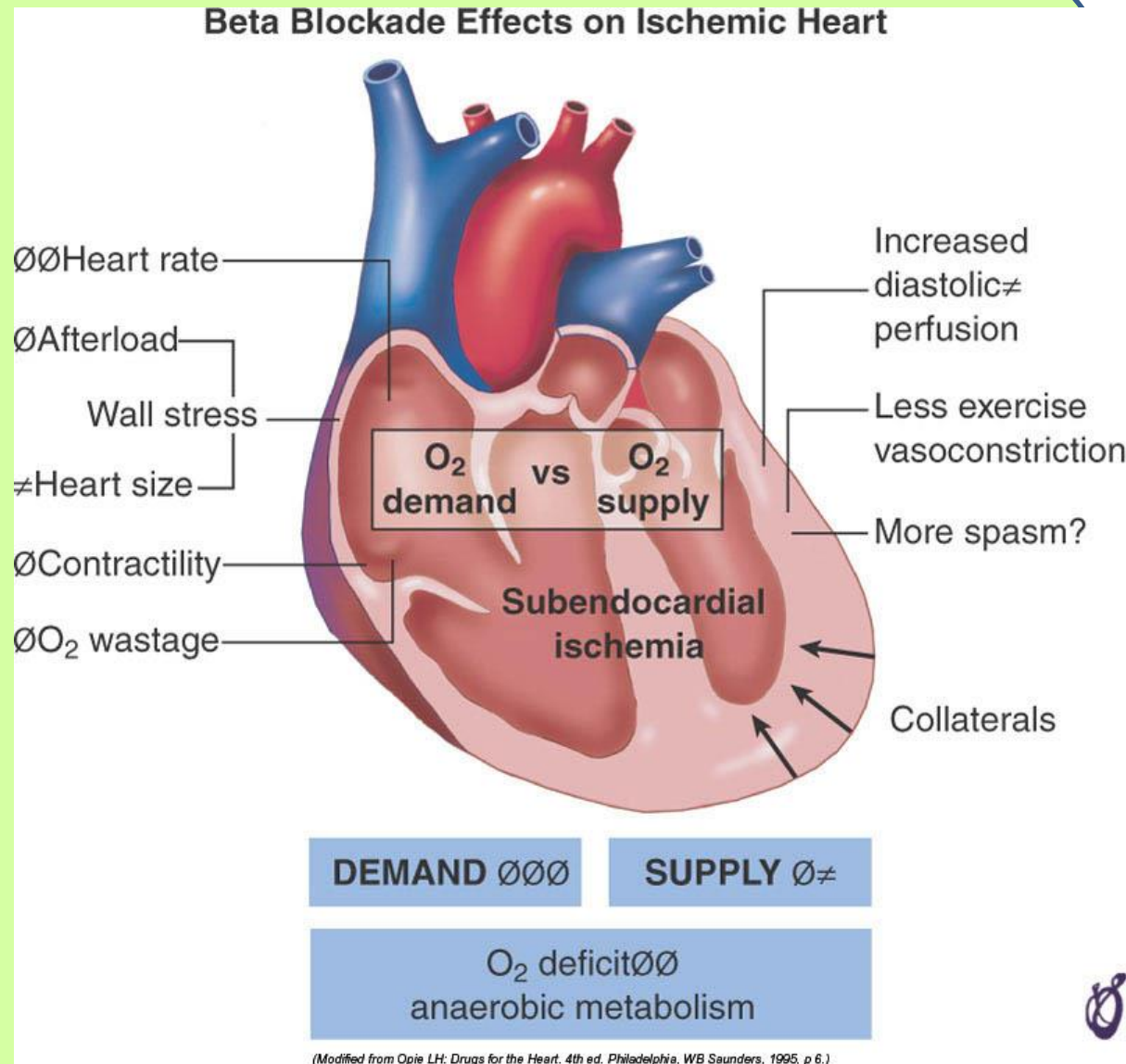
- Thay bằng clopidogrel
- Trường hợp cần kết hợp aspirin và clopidogrel:
  - Thuốc ức chế tiết acid dạ dày:  
TD: Pantoprazole hoặc Ranitidine
  - Diệt Helicobacter Pylori
  - Liều thấp aspirin 75-81 mg/ngày

# Chẹn bêta

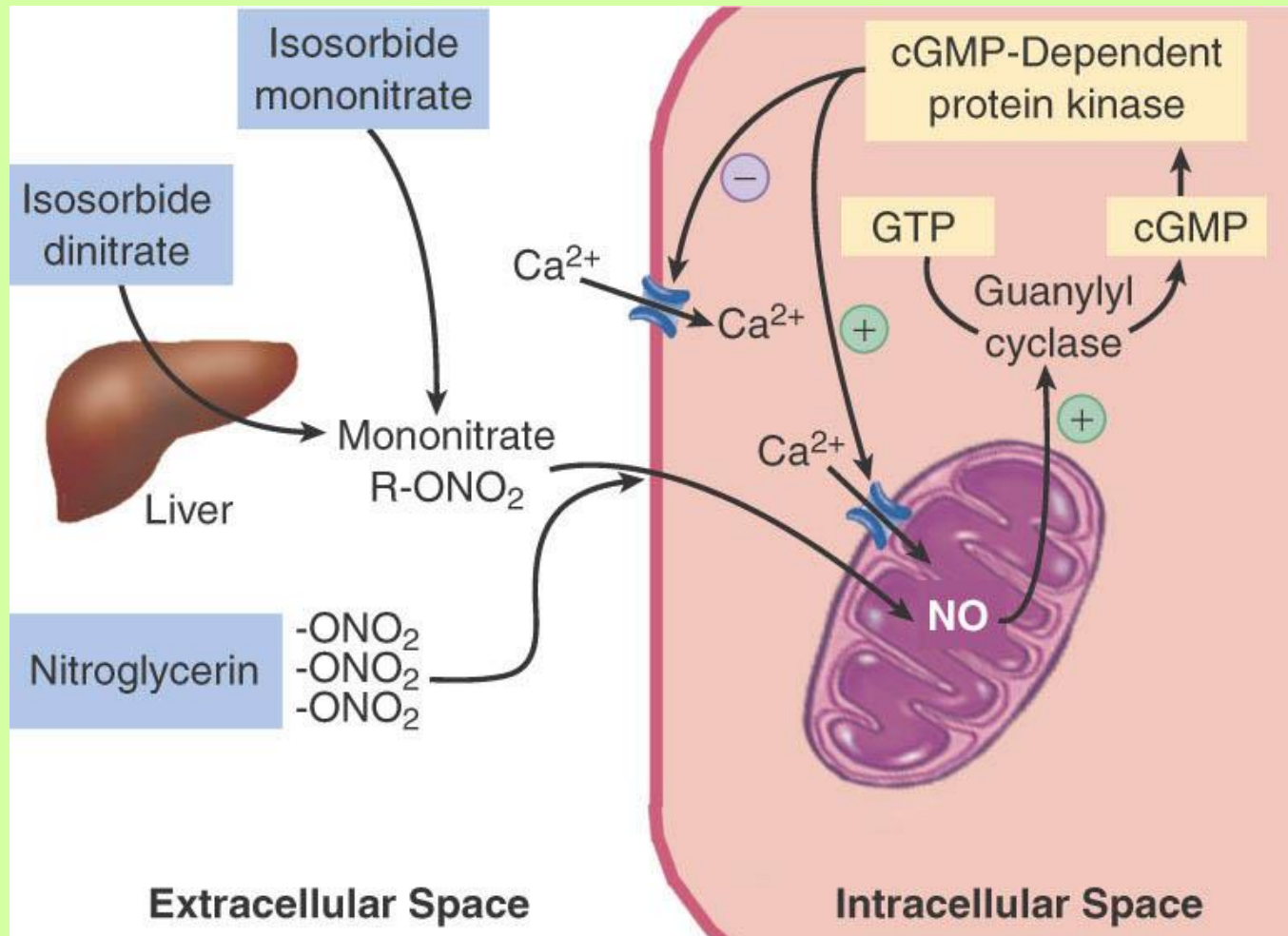


Chẹn bêta : tất cả bệnh nhân NMCT, hc/ĐMV cấp hoặc RLCN TT có hay không triệu chứng cơ năng

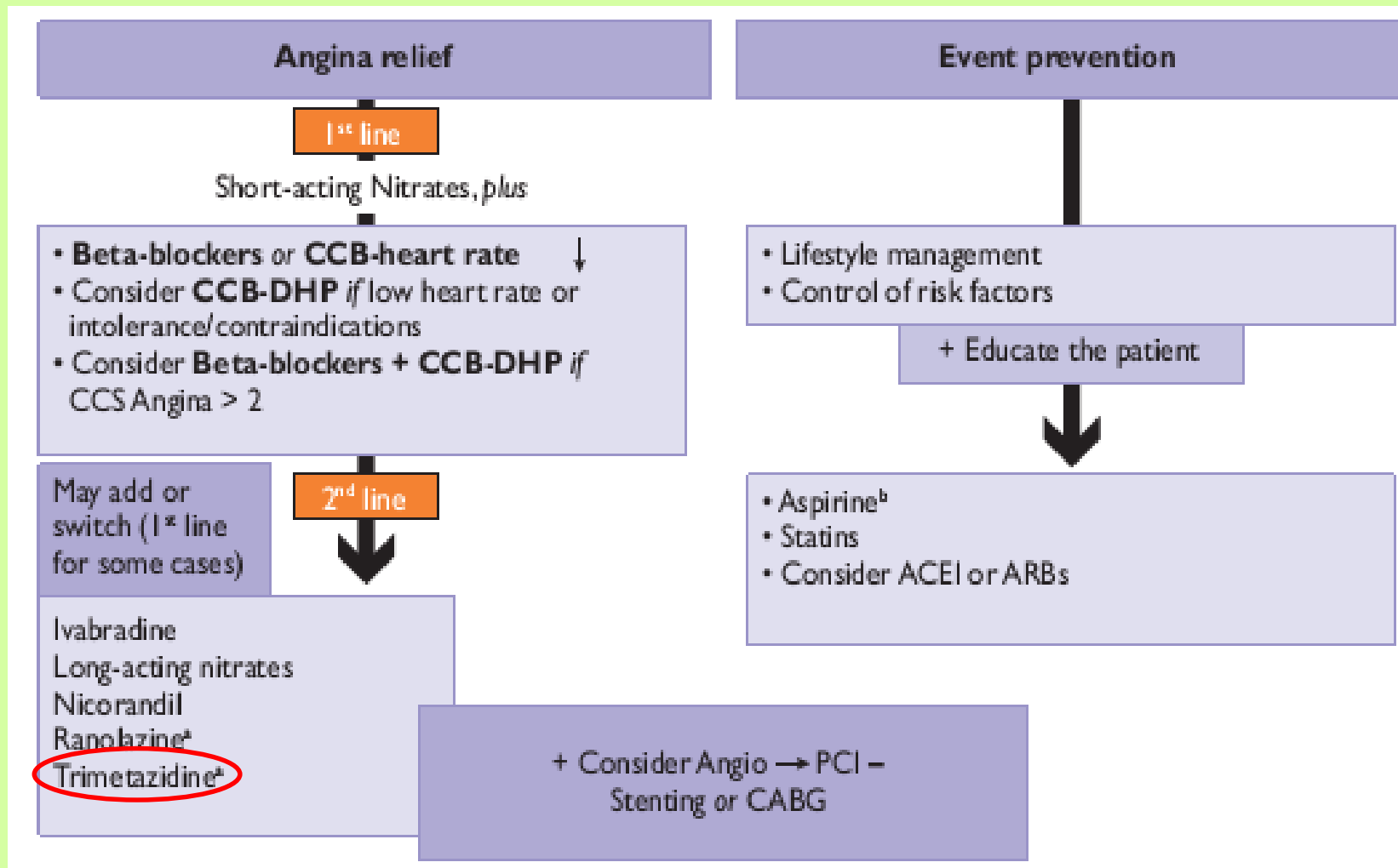
# Hậu quả của chẹn beta trên bệnh nhân TMCB



# Cơ chế tác dụng của Nitrate

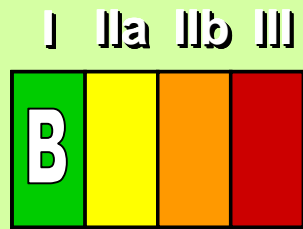


# Điều trị nội bệnh nhân BĐMV ổn định





# Phòng ngừa cúm



Thực hiện hằng năm trên tất cả bệnh nhân tim mạch

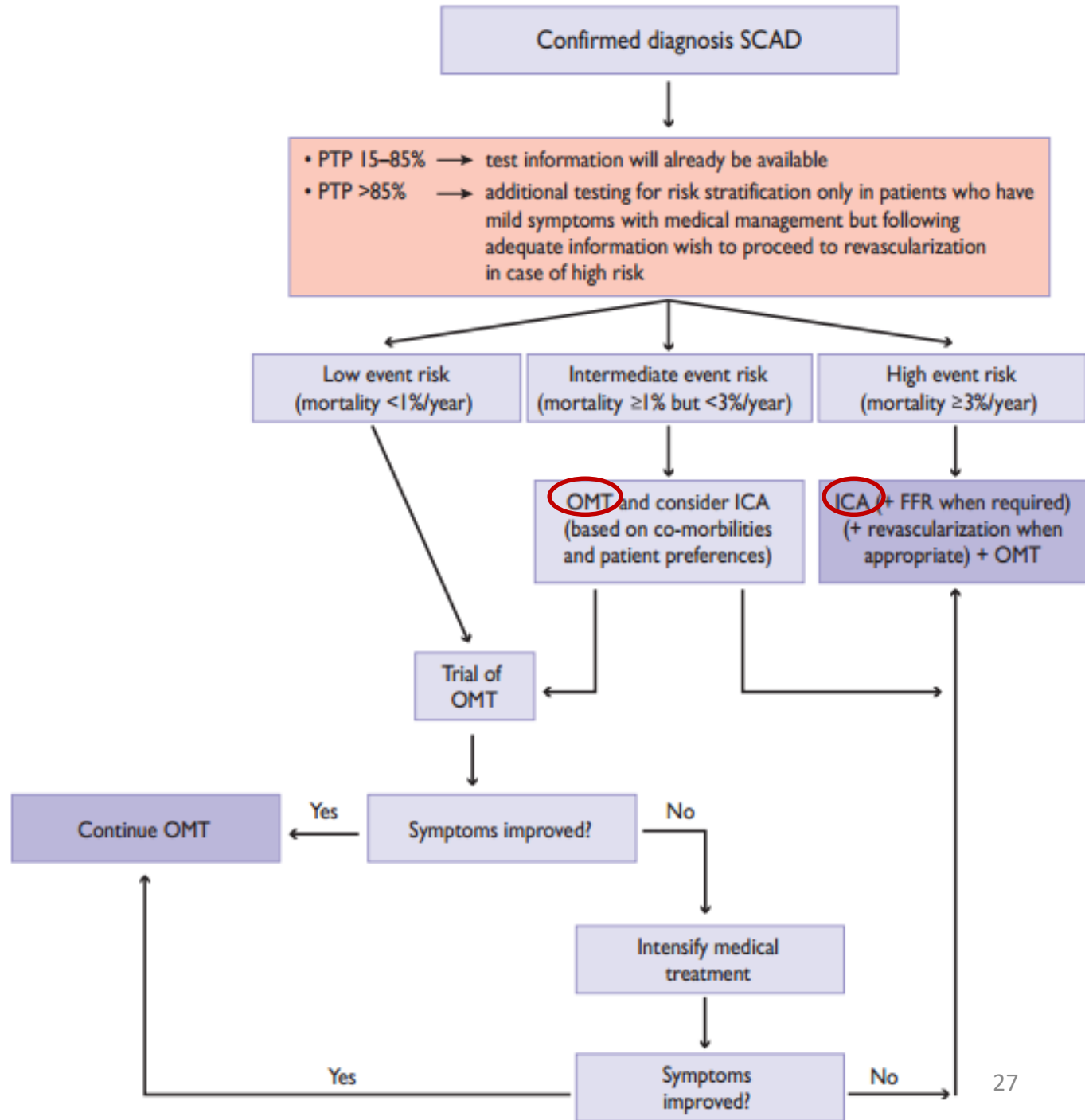
# Tái lưu thông động mạch vành

- ▶ Phẫu thuật bắc cầu ĐMV (CABG)
- ▶ Can thiệp ĐMV qua da (PCI)

# Xử trí bệnh nhân BĐMV ổn định dựa trên nguy cơ

PTP (Pre-test Probability): Khả năng bị BĐMV trước trắc nghiệm  
OMT (Optical Medical Treatment): Điều trị nội tối ưu  
ICA (Invasive Coronary Angiography): Chụp ĐMV xâm nhập

TL: Montalescot G, Sechtem U et al. 2013 ESC Guidelines on the management of stable coronary artery disease. Eur. H. Journal (2013): 34, 2949-3003



# Chỉ định tái lưu thông ĐMV

1. Điều trị nội không đủ kiểm soát triệu chứng
2. Trắc nghiệm không xâm nhập: nhiều vùng cơ tim có nguy cơ
3. Khả năng thành công cao; nguy cơ tật bệnh và tử vong chấp nhận được
4. Bệnh nhân muốn can thiệp dù đã được cắt nghĩa nguy cơ TT can thiệp

***TL: Fox K et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris. Eur. Heart Journal 2006; 27: 1341 - 1381***

# Chống chỉ định tái lưu thông động mạch vành

1. Tổn thương 1 hoặc 2 nhánh ĐMV không ở phần gần LTT, có ít hay không TCCN và chưa điều trị nội đủ hoặc vùng TMCB ít
2. Hẹp tương đối (50-70%) không ở thân chung ĐMV và không TMCB /TNGS
3. Hẹp không có ý nghĩa (<50%)
4. Thủ thuật nguy cơ cao (>10-15% tử vong)

LTT = nhánh liên thất trước; TCCN = triệu chứng cơ năng

*TL: Fox K et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris. Eur. Heart Journal 2006; 27: 1341 - 1381*

# **KHUYẾN CÁO 2013 CỦA HỘI TIM CHÂU ÂU VỀ XỬ TRÍ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH ỔN ĐỊNH**

**(2013 ESC Guidelines on the management of  
Stable coronary artery disease)**

# Phân độ khuyến cáo

| Classes of recommendations | Definition  | Suggested wording to use           |
|----------------------------|---|------------------------------------|
| <b>Class I</b>             | <b>Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective.</b>                        | <b>Is recommended/is indicated</b> |
| <b>Class II</b>            | <b>Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of the given treatment or procedure.</b>         |                                    |
| <b>Class IIa</b>           | <i>Weight of evidence/opinion is in favour of usefulness/efficacy.</i>  | <b>Should be considered</b>        |
| <b>Class IIb</b>           | <i>Usefulness/efficacy is less well established by evidence/opinion.</i>  | <b>May be considered</b>           |
| <b>Class III</b>           | <b>Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective, and in some cases may be harmful.</b> | <b>Is not recommended</b>          |

# Mức độ chứng cứ

|                     |  |
|---------------------|--|
| Level of evidence A | Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses.                      |
| Level of evidence B | Data derived from a single randomized clinical trial or large non-randomized studies.        |
| Level of evidence C | Consensus of opinion of the experts and/or small studies, retrospective studies, registries. |

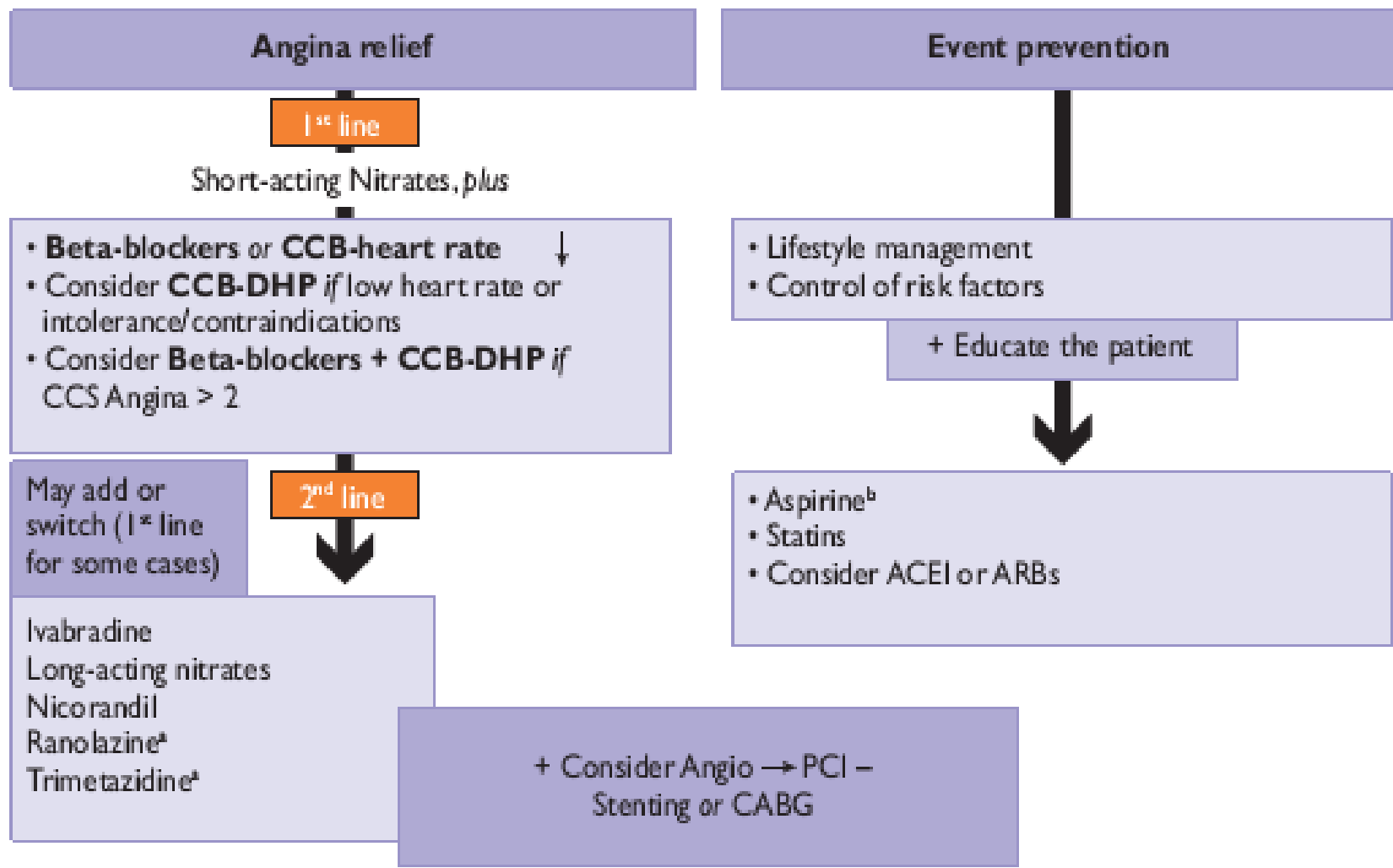
TL: Montalescot G, Sechtem U et al. 2013 ESC Guidelines on the management of stable coronary artery disease. Eur. H. Journal (2013): 34, 2949-3003



# Điều trị các yếu tố nguy cơ

- Thay đổi lối sống: ngưng thuốc lá, chế độ dinh dưỡng, tập thể dục, giảm cân
- Điều trị rối loạn lipid
- Kiểm soát huyết áp
- Kiểm soát đường máu
- Hồi phục chức năng tim
- Chủng ngừa cúm

# Điều trị nội bệnh nhân BĐMV ổn định



# Điều trị bệnh nhân đau thắt ngực do vi mạch

Xanthine derivatives:  
aminophylline/ theophylline

TL: Montalescot G, Sechtem U et al.  
2013 ESC Guidelines on the management of stable coronary artery disease. Eur. H. Journal (2013): 34, 2949-3003



| Recommendations  | Class <sup>a</sup> | Level <sup>b</sup> | Ref. <sup>c</sup> |
|--|--------------------|--------------------|-------------------|
| It is recommended that all patients receive secondary prevention medications including aspirin and statins.  | I                  | B                  | 371               |
| β-blockers are recommended as a first line treatment.  | I                  | B                  | 372               |
| Calcium antagonists are recommended if β-blockers do not achieve sufficient symptomatic benefit or are not tolerated.  | I                  | B                  | 367               |
| ACE inhibitors or nicorandil may be considered in patients with refractory symptoms.   | IIb                | B                  | 368               |
| Xanthine derivatives or non-pharmacological treatments such as neurostimulatory techniques may be considered in patients with symptoms refractory to the above listed drugs. | IIb                | B                  | 373–375           |

ACE = angiotensin converting enzyme.  
<sup>a</sup> Class of recommendation.  
<sup>b</sup> Level of evidence.  
<sup>c</sup> Reference(s) supporting levels of evidence.

# Sử dụng FFA, IVUS và OCT trên bệnh nhân BĐMV ổn định

- FFR (fractional flow reserve): phân xuất dự trữ vành
- IVUS (intravascular ultrasound): siêu âm trong lòng mạch máu
- OCT (optical coherence tomography): chụp cắt lớp quang học

TL: Montalescot G, Sechtem U et al. 2013 ESC Guidelines on the management of stable coronary artery disease. Eur. H. Journal (2013): 34, 2949-3003



| Recommendations   | Class <sup>a</sup> | Level <sup>b</sup> | Ref. <sup>c</sup> |
|---|--------------------|--------------------|-------------------|
| FFR is recommended to identify hemodynamically relevant coronary lesion(s) when evidence of ischaemia is not available.           | I                  | A                  | 399, 401, 405     |
| Revascularization of stenoses with FFR <0.80 is recommended in patients with angina symptoms or a positive stress test.           | I                  | B                  | 400               |
| IVUS or OCT may be considered to characterize lesions.  | IIb                | B                  | 404, 406          |
| IVUS or OCT may be considered to improve stent deployment.  | IIb                | B                  | 404               |
| Revascularization of an angiographically intermediate stenosis without related ischaemia or without FFR <0.80 is not recommended. | III                | B                  | 399, 405          |

FFR = fractional flow reserve; IVUS = intravascular ultrasound; OCT = optical coherence tomography; SCAD = stable coronary artery disease.

<sup>a</sup> Class of recommendation.

<sup>b</sup> Level of evidence.

<sup>c</sup> Reference(s) supporting levels of evidence.

# Chỉ định tái thông mạch bệnh nhân BĐMV ổn định đã được điều trị nội tối ưu

| Indication <sup>a</sup>   | To improve prognosis: |                       | To improve symptoms persistent on OMT: |                    | Ref. <sup>f</sup> |
|---|-----------------------|-----------------------|--|--------------------|-------------------|
|   | Class <sup>d</sup>    | Level <sup>e</sup>    | Class <sup>d</sup>                     | Level <sup>e</sup> |                   |
| A Heart Team approach to revascularization is recommended in patients with unprotected left main, 2–3 vessel disease, diabetes or comorbidities.  | I                     | C                     | I                                      | C                  | 172, 426–428      |
| Left main >50% diameter stenosis <sup>b</sup> .   | I                     | A                     | I                                      | A                  | 172               |
| Any proximal LAD >50% diameter stenosis <sup>b</sup> .  | I                     | A                     | I                                      | A                  | 172               |
| 2–3 vessel disease with impaired LV function / CHF  | I                     | B                     | IIa                                    | B                  | 172               |
| Single remaining vessel (>50% diameter stenosis <sup>b</sup> ).   | I                     | C                     | I                                      | A                  | 172               |
| Proven large area of ischaemia (>10% LV <sup>c</sup> )  | I                     | B                     | I                                      | B                  | 172               |
| Any significant stenosis with limiting symptoms or symptoms non responsive/intolerant to OMT.   | NA                    | NA                    | I                                      | A                  | 172               |
| Dyspnoea/cardiac heart failure with >10% ischaemia/viability <sup>c</sup> supplied by stenosis >50%.  | IIb                   | B <sup>429, 430</sup> | IIa                                    | B                  | 172               |
| No limiting symptoms with OMT in vessel other than left main or proximal LAD <sup>b</sup> or single remaining vessel or vessel subtending area of ischaemia <10% of myocardium or with FFR ≥0.80. | III                   | A                     | III                                    | C                  | 23, 25, 172, 400  |

References attached to these recommendations can be found in Table 8 of the original ESC guidelines for myocardial revascularization.<sup>172</sup>

CCS = Canadian Cardiovascular Society; CHF: congestive heart failure; FFR = fractional flow reserve; LAD = left anterior descending; LV = left ventricle; NA: not available; OMT = optimal medical treatment; SCAD = stable coronary artery disease.

<sup>a</sup> In asymptomatic patients, the decision will be guided by the extent of ischaemia on stress testing.

<sup>b</sup> With documented ischaemia or FFR < 0.80 for angiographic diameter stenoses 50–90%.

<sup>c</sup> As assessed by non-invasive test (SPECT, MRI, stress echocardiography).

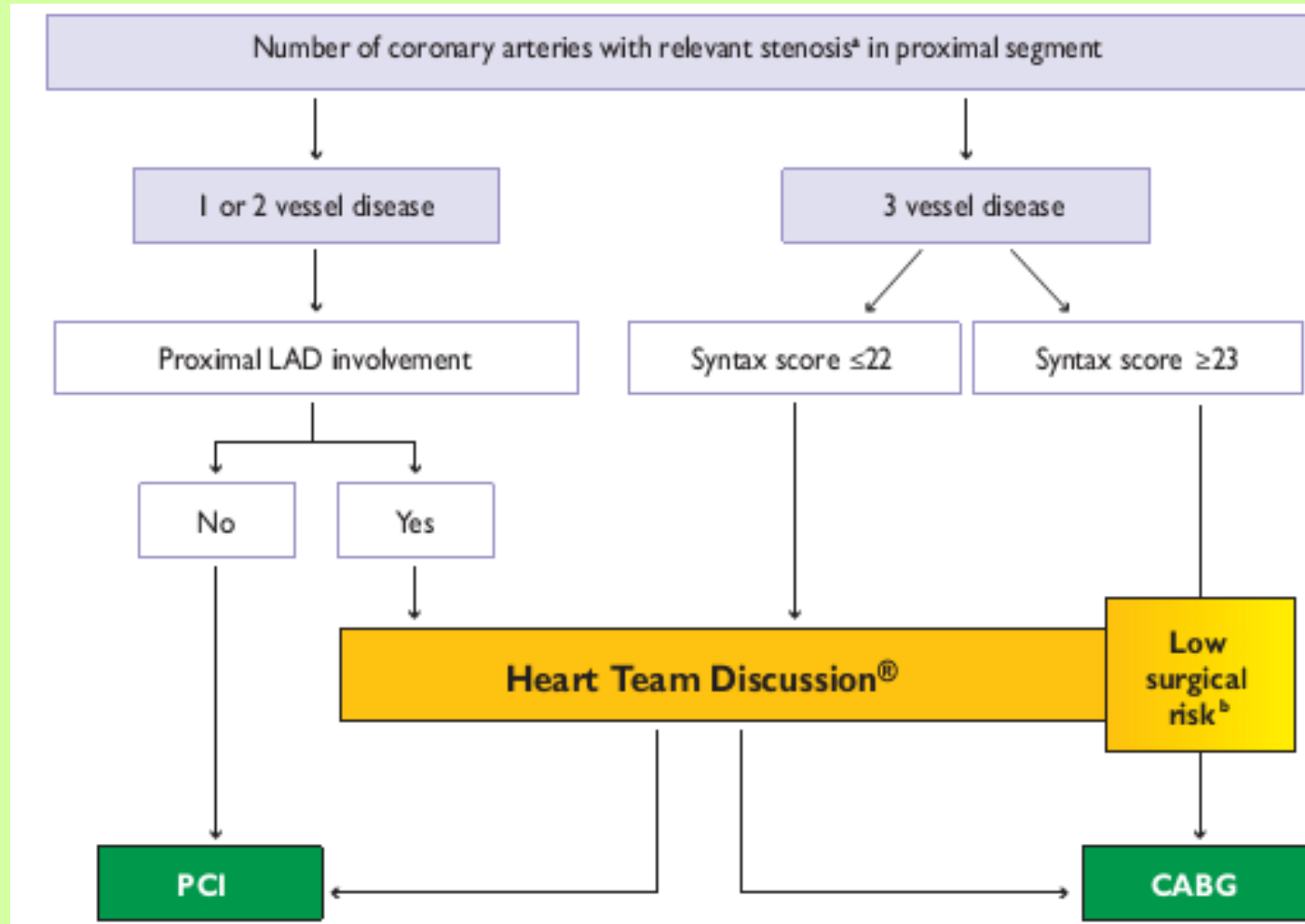
<sup>d</sup> Class of recommendation.

<sup>e</sup> Level of evidence.

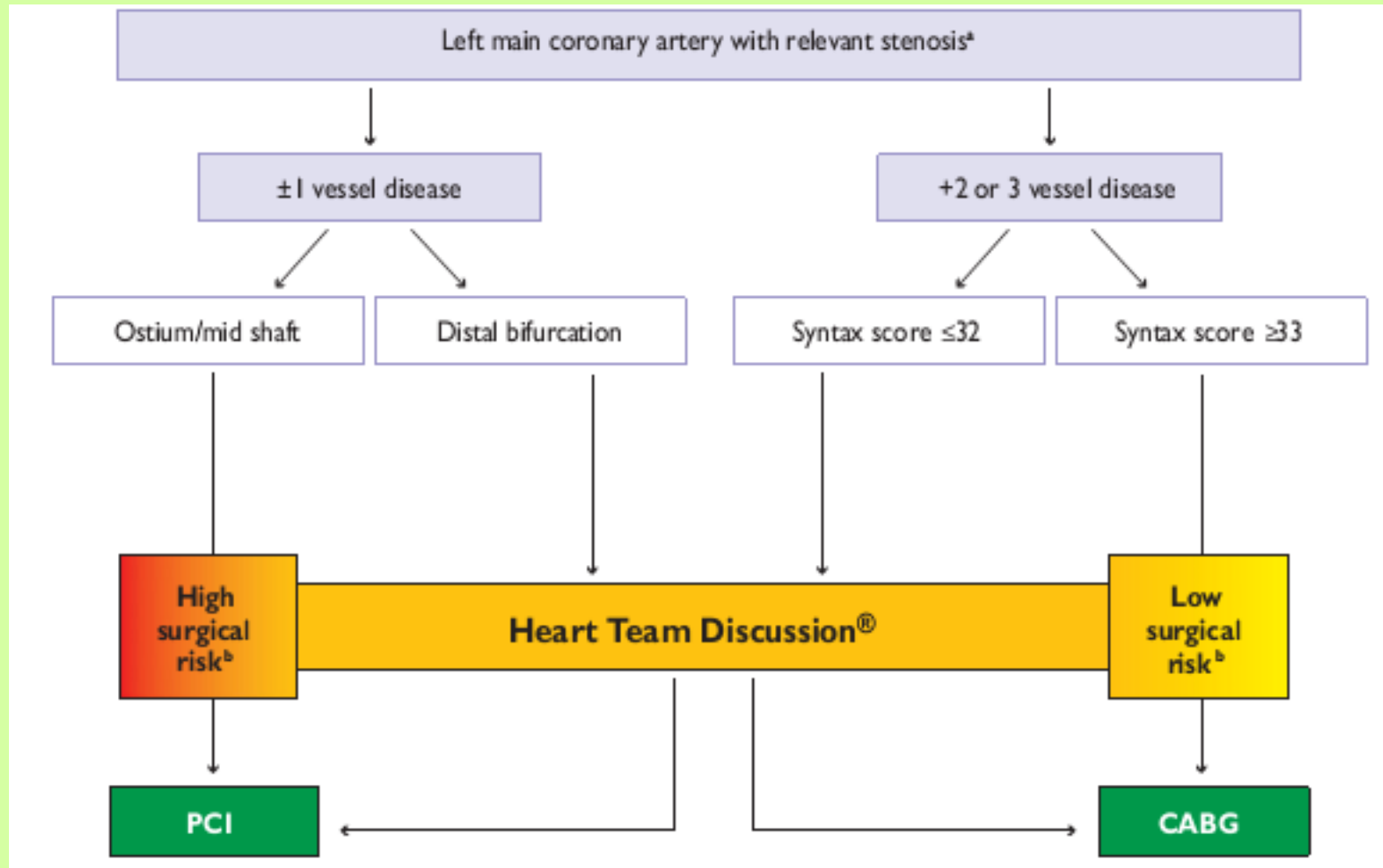
<sup>f</sup> Reference(s) supporting levels of evidence.



# Lựa chọn biện pháp tái lưu thông BĐMV ổn định không tổn thương thân chung



# Lựa chọn biện pháp tái lưu thông BĐMV ổn định, có tổn thương thân chung



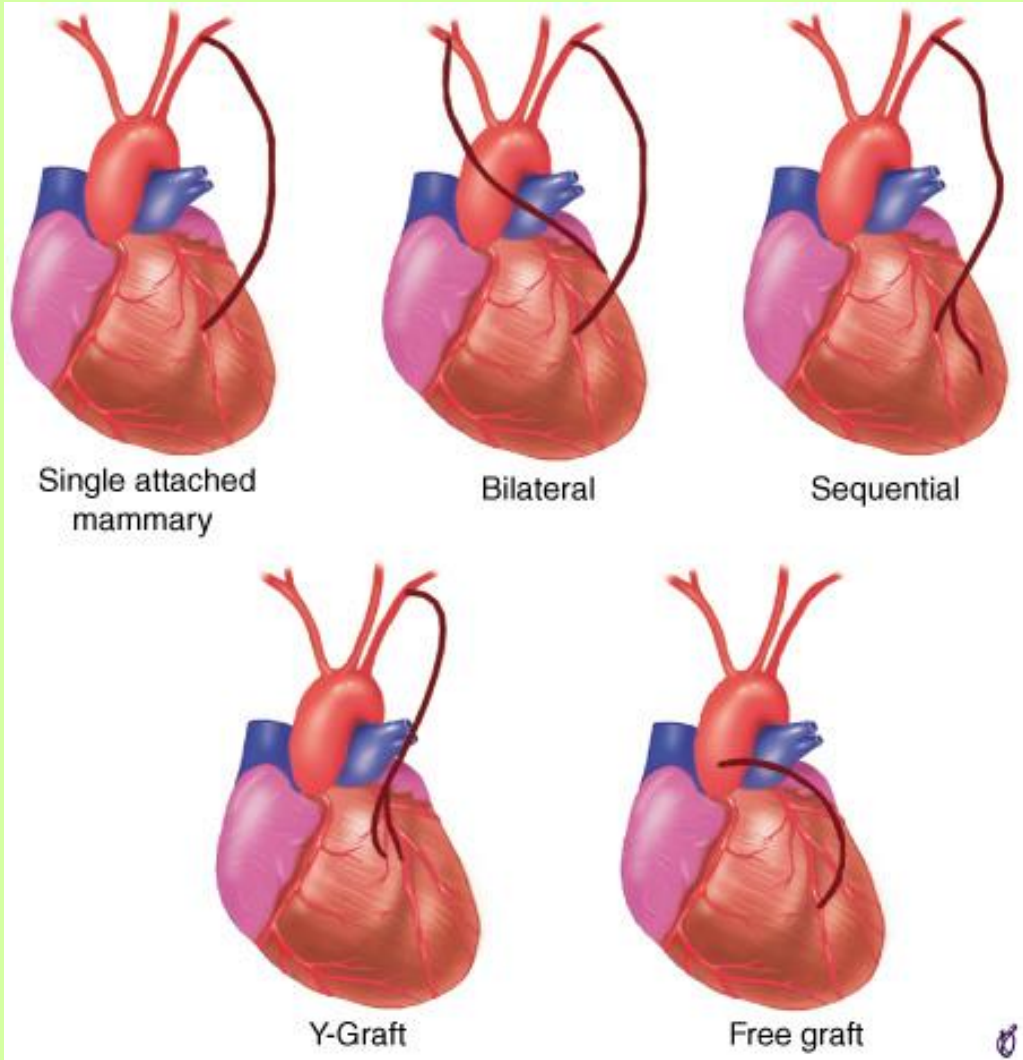
# Theo dõi lâu dài bệnh nhân BĐMV ổn định đã tái lưu thông mạch (1)

| Recommendations  | Class <sup>a</sup> | Level <sup>b</sup> | Ref. <sup>c</sup>   |
|--|--------------------|--------------------|---------------------|
| <b>General measures</b>  |                    |                    |                     |
| It is recommended that all revascularized patients receive a secondary prevention and be scheduled for follow-up visit.  | I                  | A                  | 500                 |
| It is recommended to instruct patients before discharge about return to work and reuptake of full activities. Patients have to be advised to seek immediate medical contact if symptoms (re-) occur. | I                  | C                  | -                   |
| <b>Antiplatelet therapy</b>  |                    |                    |                     |
| SAPT, usually aspirin, is recommended indefinitely.  | I                  | A                  | 172, 333<br>501-503 |
| DAPT is indicated after BMS for at least 1 month.  | I                  | A                  | 501, 502            |
| DAPT is indicated for 6 to 12 months after 2nd generation DES.   | I                  | B                  | 504, 505            |
| DAPT may be used for more than 1 year in patients at high ischaemic risk (e.g. stent thrombosis, recurrent ACS on DAPT, post MI/diffuse CAD) and low bleeding risk.                                  | IIb                | B                  | 504, 505            |
| DAPT for 1 to 3 months may be used after DES implantation in patients at high bleeding risk or with undeferrable surgery or concomitant anticoagulant treatment.                                     | IIb                | C                  | -                   |

TL: Montalescot G, Sechtem U et al. 2013 ESC Guidelines on the management of stable coronary artery disease. Eur. H. Journal (2013): 34, 2949-3003



# Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành



***TL: Tector AJ et al. J Thorac Cardiovasc Surg 1986; 91:9***

# Kết Luận

- ▶ Chẩn đoán BĐMV: lâm sàng, cận lâm sàng không xâm nhập, MSCT angio, chụp ĐMV.
- ▶ Chú ý: chỉ định MSCT angio: II b
- ▶ Điều trị BĐMV mạn
  - Nội khoa cơ bản
  - Tái lưu thông ĐMV: cần cân nhắc kỹ