



HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM

**HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM**

*Vietnam National Heart Association*

**KHUYẾN CÁO  
CỦA HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM  
VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ QUẢN LÝ  
HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN**

**2022**  
(TÓM TẮT)

[www.vnha.org.vn](http://www.vnha.org.vn)

## PHÂN LOẠI CÁC MỨC KHUYẾN CÁO

		Định nghĩa	Ý nghĩa ứng dụng
Phân loại các mức khuyến cáo	Loại I	Chứng cứ và/hoặc đồng thuận chung cho thấy biện pháp điều trị hay thủ thuật là có lợi ích, hiệu quả	Được khuyến cáo hoặc có chỉ định áp dụng
	Loại II	Chứng cứ còn đối nghịch và/hoặc quan điểm còn khác biệt về tính hữu ích/hiệu quả đối với biện pháp điều trị hoặc thủ thuật đó	
	Loại IIa	Chứng cứ/quan điểm ủng hộ tính hữu ích/hiệu quả	Nên cân nhắc dùng
	Loại IIb	Tính hữu ích/hiệu quả kém hơn qua các chứng cứ/quan điểm	Có thể cân nhắc dùng
	Loại III	Chứng cứ hoặc các đồng thuận chung chỉ ra biện pháp điều trị hoặc thủ thuật đó không hữu ích/hiệu quả và trong một số trường hợp có thể gây hại.	Không được khuyến cáo (Không dùng)

## CÁC MỨC CHỨNG CỨ

Mức chứng cứ A	Dữ liệu từ nhiều nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc phân tích tổng hợp.
Mức chứng cứ B	Dữ liệu từ một nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc các nghiên cứu lớn không ngẫu nhiên.
Mức chứng cứ C	Đồng thuận của chuyên gia và/hoặc các nghiên cứu nhỏ.

## BẢN TÓM TẮT

# KHUYẾN CÁO CỦA HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ QUẢN LÝ HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN (2022)

### **Trưởng ban:**

GS.TS. Nguyễn Lâm Việt

### **Đồng trưởng ban:**

PGS.TS. Phạm Mạnh Hùng

### **Tham gia biên soạn:**

GS.TS. Đặng Vạn Phước

GS.TS. Trương Quang Bình

GS.TS. Võ Thành Nhân

PGS.TS. Hồ Thượng Dũng

PGS.TS. Đỗ Quang Huân

PGS.TS. Nguyễn Lâm Hiếu

PGS.TS. Nguyễn Ngọc Quang

PGS.TS. Nguyễn Tá Đông

PGS.TS. Hoàng Văn Sỹ

PGS.TS. Hoàng Anh Tiến

TS. Nguyễn Cửu Lợi

TS. Nguyễn Quốc Thái.

### **Ban thư ký**

TS. Phan Tuấn Đạt

ThS. Hoàng Phi Diệp

## MỤC LỤC

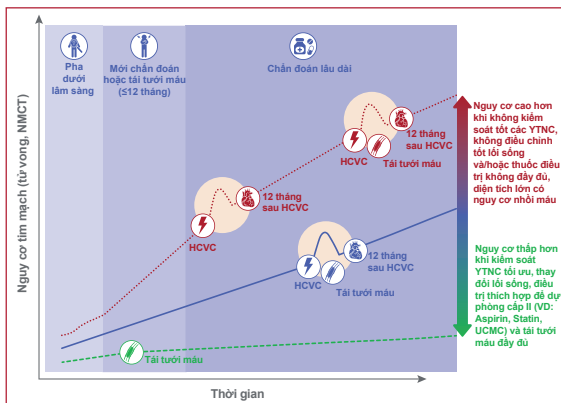
	Trang
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT	3
1. GIỚI THIỆU	4
2. KHUYẾN CÁO CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HCMVM Ở BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG ĐAU THẮT NGỰC VÀ/HOẶC KHÓ THỞ CÓ NGHI NGỜ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH	5
4. KHUYẾN CÁO VỀ QUẢN LÝ BỆNH NHÂN CÓ CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN LÂU NĂM	38
5. KHUYẾN CÁO VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CÓ ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG DO TẮC NGHẼN ĐỘNG MẠCH VÀNH	40
6. KHUYẾN CÁO VỀ TẦM SOÁT BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở NHỮNG NGƯỜI KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG	41
7. KHUYẾN CÁO VỀ QUẢN LÝ HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TRONG MỘT SỐ BỆNH CẢNH ĐẶC THÙ	44

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

CABG	Coronary Artery Vypass Grafting (Phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành)
CDHA	Chẩn đoán hình ảnh
CHT	Cộng hưởng từ
CKD	Bệnh thận mạn
CLVT	Cắt lớp vi tính
DAPT	Dual Antiplatelet Therapy (Liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép)
DOAC	Direct oral anticoagulant (Thuốc chống đông đường uống)
ĐMV	Động mạch vành
ĐTĐ	Điện tâm đồ
EF	Ejection Fraction (Phân suất tống máu)
ESC	European Society of Cardiology (Hội Tim mạch học Châu Âu)
FFR	Fractional Flow Reserve (Phân suất dự trữ lưu lượng mạch vành)
HCMVC	Hội chứng mạch vành cấp
HCMVM	Hội chứng mạch vành mạn
iwFFR	Instantaneous wave-free ratio (Phân suất dự trữ lưu lượng mạch vành tương đương không cần giãn mạch tối đa)
IVUS	Intravascular Ultrasound (Siêu âm trong lòng mạch)
MLCT	Mức lọc cầu thận
NMCT	Nhồi máu cơ tim
PCI	Percutaneous Coronary Intervention (Can thiệp động mạch vành qua da)
PET	Positron Emission Tomography (Cắt lớp phát xạ Positron)
PTP	Pre-test Probability (Xác suất tiền nghiệm/ Dự báo khả năng mắc bệnh động mạch vành trước test)
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography (Chụp cắt lớp bằng bức xạ đơn photon)
VKA	Vitamin K antagonist (Chống đông kháng vitamin K)

## 1. GIỚI THIỆU

Trong khuyến cáo này, ban biên soạn dựa trên các đồng thuận, khuyến cáo mới nhất của Hội Tim Mạch Châu Âu (ESC 2019 - 2022), Hội Tim mạch Hoa Kỳ và Trường môn Tim Mạch Hoa Kỳ (2020 -2022). Thuật ngữ Hội chứng động mạch vành mạn (HCMVM) được sử dụng thay cho các thuật ngữ trước đây ví dụ, bệnh động mạch vành (ĐMVM) mạn tính, đau thắt ngực ổn định, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính... Thực tế, biểu hiện lâm sàng của ĐMVM có thể phân loại là hội chứng vành cấp (HCMVC) và HCMVM. ĐMVM là một quá trình tiến triển liên tục, được đặc trưng bởi sự tích tụ mảng xơ vữa trong các động mạch ở thượng tâm mạc, có thể gây tắc nghẽn hoặc không. Quá trình này có thể thay đổi bằng cách điều chỉnh lối sống, sử dụng thuốc và các biện pháp xâm lấn giúp bệnh ổn định hoặc thoái lui (Hình 1).



Hình 1. Tiến triển liên tục giữa các pha cấp và mạn của bệnh động mạch vành và phụ thuộc vào việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ cũng như thực hành điều trị có đầy đủ hay không mà diễn tiến của bệnh rất khác nhau

Hội chứng động mạch vành mạn (HCMVM) có thể biểu hiện thông qua sáu hình thái lâm sàng thường gặp (hình 2):



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



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



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



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



5. Bệnh nhân đau thắt ngực nghi ngờ do bệnh lý vi mạch hoặc cơ thắt ĐMV

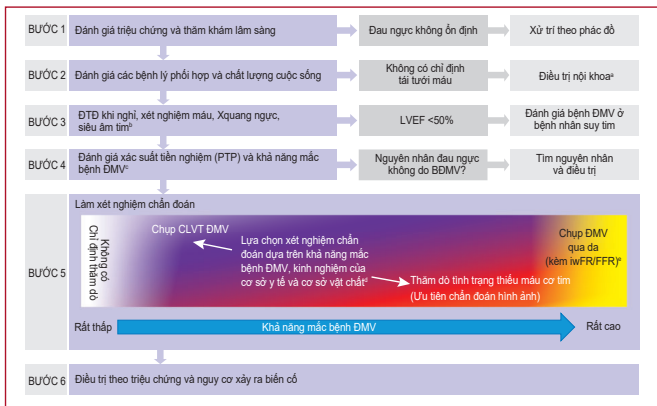


6. Bệnh nhân không triệu chứng, khám sàng lọc phát hiện ra bệnh động mạch vành

**Hình 2. Sáu hình thái lâm sàng của bệnh nhân HCMVM**

## **2. KHUYẾN CÁO CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HCMVM Ở BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG ĐAU THẮT NGỰC VÀ/HOẶC KHÓ THỞ CÓ NGHI NGỜ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH**

Chiến lược tiếp cận chẩn đoán bệnh nhân đau thắt ngực hoặc có triệu chứng tương tự (tức nặng ngực, khó chịu ở ngực, khó thở...) có nghi ngờ bệnh ĐMV gồm 6 bước. Vì quá trình diễn tiến của HCMVM là động và bản thân điều trị cũng là một quá trình trong hệ thống, do vậy sơ đồ sau là quá trình 6 bước tiếp cận một bệnh nhân HCMVM.



<sup>a</sup> Nếu chẩn đoán BĐMV không chắc chắn, có thể chẩn đoán dựa trên thăm dò hình ảnh chức năng về thiếu máu cục bộ cơ tim trước khi điều trị.<sup>b</sup> Có thể bỏ qua ở bệnh nhân rất trẻ và khỏe mạnh và nghi ngờ nhiều là có nguyên nhân đau ngực khác ngoài tim, hoặc ở bệnh nhân mắc nhiều bệnh lý mà kết quả siêu âm tim không thấy cần phải quản lý bệnh nhân thêm.<sup>c</sup> Cân nhắc sử dụng nghiệp pháp gắng sức điện tâm đồ để đánh giá triệu chứng, rối loạn nhịp, khả năng dung nạp gắng sức, đáp ứng của huyết áp, và nguy cơ gặp biến cố ở một số bệnh nhân. <sup>d</sup> Khả năng thực hiện, nguy cơ liên quan đến thăm dò ở từng cá nhân, và khả năng có được kết quả thăm dò chẩn đoán.<sup>e</sup> Khả năng cao trên lâm sàng và triệu chứng không thể kiểm soát bằng thuốc, nguy cơ gặp biến cố cao dựa trên đánh giá lâm sàng (ST chênh xuống, kết hợp với triệu chứng khi gắng sức ít hoặc rối loạn chức năng thất trái nghĩ đến BĐMV), hoặc chẩn đoán không chắc chắn trên các thăm dò không xâm lấn. <sup>f</sup> Thăm dò hình ảnh chức năng về thiếu máu cục bộ cơ tim nếu kết quả CT không rõ mức độ BĐMV hoặc không chẩn đoán được. <sup>g</sup> Cân nhắc cũng có trường hợp đau thắt ngực không có tắc nghẽn động mạch vành.

**Hình 3. Các bước chẩn đoán bệnh động mạch vành**

## **Bước 1: Đánh giá triệu chứng và thăm khám lâm sàng**

- Khai thác tiền sử bệnh lý tim mạch và các yếu tố nguy cơ.  
- Đặc điểm của cơn đau thắt ngực: Có phải cơn đau thắt ngực kiểu mạch vành không, diễn hình hay không diễn hình, ổn định hay không ổn định.

- Chú ý một số triệu chứng tương tự cũng cần nghĩ đến bệnh lý ĐMV như: cảm giác nặng ngực, cảm giác khó chịu ở ngực, khó thở... khi gắng sức.

- Phân biệt đau ngực do các nguyên nhân khác: Thiếu máu, huyết áp cao, bệnh lý van tim, bệnh lý màng ngoài tim, bệnh cơ tim phì đại, các rối loạn nhịp tim.

- Chú ý phân biệt tình trạng thiếu máu do hẹp ĐMV thượng tâm mạc và co thắt ĐMV hay bệnh vi mạch. Khi triệu chứng không diễn hình thì có thể cần làm thêm nghiệm pháp gắng sức đánh giá tình trạng thiếu máu cơ tim hay hình ảnh học ĐMV.

*Nếu đánh giá là cơn đau thắt ngực nặng, kéo dài tính chất không ổn định thì xử trí như với hội chứng động mạch vành cấp. Nếu loại trừ hoặc không nghĩ đến thì chuyển tiếp qua bước 2.*

## **Bước 2: Đánh giá các bệnh lý phối hợp và chất lượng cuộc sống**

- Trước khi tiến hành bất kỳ thăm dò gì cần đánh giá tổng quan bệnh nhân về tình hình sức khỏe nói chung, gánh nặng bệnh tật kèm theo và chất lượng cuộc sống. Nếu bệnh nhân quá nặng, giai đoạn cuối các bệnh lý, kỳ vọng sống thấp... và khả năng chụp và tái thông ĐMV không đem lại lợi ích thì nên hạn chế các thăm dò sâu hơn và có thể bắt đầu điều trị nội khoa.

- Nếu không phải đau thắt ngực do bệnh động mạch vành thì có thể làm thêm các thăm dò để chẩn đoán đau ngực do các bệnh lý khác như dạ dày ruột, hô hấp, cơ xương khớp. Tuy nhiên, các bệnh nhân này vẫn nên được đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể (ví dụ theo thang điểm SCORE2).

### Bước 3: Thăm dò cận lâm sàng

Các thăm dò cơ bản với bệnh nhân nghi ngờ có bệnh lý động mạch vành bao gồm: sinh hóa máu, điện tâm đồ lúc nghỉ, điện tâm đồ 24 giờ (nếu cần), siêu âm tim, X-quang ngực.

**Bảng 1. Các xét nghiệm sinh hóa cần làm trong thăm dò chẩn đoán ban đầu ở bệnh nhân nghi ngờ bệnh động mạch vành**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Nếu nghi ngờ HCMVC trên lâm sàng, khuyến cáo làm lại xét nghiệm troponin, ưu tiên làm loại độ nhạy cao hoặc siêu nhạy, để loại trừ tổn thương cơ tim do HCMVC.	I	A
Khuyến cáo làm các xét nghiệm sau ở tất cả bệnh nhân		
Công thức máu (bao gồm haemoglobin).	I	B
Creatinin và ước lượng mức lọc cầu thận	I	A
Bộ mỡ máu (gồm LDL-C).	I	A
Khuyến cáo sàng lọc đái tháo đường tít 2 ở bệnh nhân nghi ngờ HCMVM bằng chỉ số đường máu lúc đói và HbA1C. Nếu hai chỉ số này không đủ để kết luận thì thêm nghiệm pháp dung nạp đường huyết	I	B
Khuyến cáo xét nghiệm chức năng tuyến giáp nếu lâm sàng nghi ngờ bệnh tuyến giáp.	I	C

**Bảng 2. Khuyến cáo về điện tâm đồ khi nghỉ trong thăm dò chẩn đoán ban đầu ở bệnh nhân nghi ngờ bệnh động mạch vành**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo khi nghỉ đối với tất cả các bệnh nhân đau ngực không rõ nguyên nhân ngoài tim	I	C
Khuyến cáo làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo khi nghỉ đối với tất cả các bệnh nhân đang trong cơn hoặc ngay sau cơn đau thắt ngực nghi ngờ do BĐMV không ổn định trên lâm sàng	I	C
Không nên sử dụng sự thay đổi đoạn ST trong cơn nhịp tim nhanh trên thất làm bằng chứng của BĐMV	III	C

**Bảng 3. Khuyến cáo về holter điện tâm đồ trong thăm dò chẩn đoán ban đầu ở bệnh nhân nghi ngờ bệnh động mạch vành**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo chỉ định holter điện tâm đồ ở bệnh nhân đau ngực và nghi ngờ có rối loạn nhịp.	I	C
Nên cân nhắc chỉ định holter điện tâm đồ, ưu tiên loại 12 chuyển đạo, ở bệnh nhân nghi ngờ đau thắt ngực do co thắt	IIa	C
Không nên chỉ định thường quy holter điện tâm đồ ở bệnh nhân nghi ngờ HCMVM	III	C

**Bảng 4. Khuyến cáo về siêu âm tim khi nghi và chụp cộng hưởng từ trong thăm dò chẩn đoán ban đầu ở bệnh nhân nghi ngờ bệnh động mạch vành**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo chỉ định siêu âm tim qua thành ngực ở tất cả các bệnh nhân để: (1) Loại trừ các chẩn đoán phân biệt của đau thắt ngực; (2) Xác định rối loạn vận động vùng nghi ngờ BĐMV; (3) Đo LVEF để phân tầng nguy cơ; (4) Đánh giá chức năng tâm trương.	I	B
Nên cân nhắc siêu âm động mạch cảnh bởi bác sĩ đã được đào tạo đầy đủ để phát hiện các mảng xơ vữa ở bệnh nhân nghi ngờ HCMVM mà không có tiền sử bệnh xơ vữa động mạch.	IIa	C
Có thể cân nhắc chụp cộng hưởng từ ở bệnh nhân có kết quả siêu âm tim không rõ ràng	IIb	C

**Bảng 5. Khuyến cáo về chụp Xquang ngực trong thăm dò chẩn đoán ban đầu ở bệnh nhân nghi ngờ bệnh động mạch vành**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo chụp Xquang ngực ở bệnh nhân đau ngực không điển hình, và có dấu hiệu và triệu chứng của suy tim hoặc nghi ngờ bệnh lý hô hấp	I	C

#### **Bước 4: Đánh giá xác suất tiền nghiệm và khả năng bị bệnh động mạch vành trên lâm sàng**

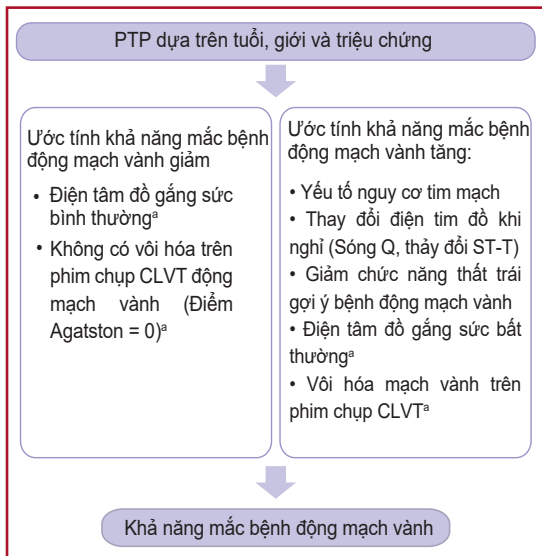
Khả năng bị BDMV tắc nghẽn chịu ảnh hưởng bởi mức độ phổ biến của bệnh trong quần thể nghiên cứu, cũng như các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Hiện nay, chúng tôi sử dụng một công cụ dựa báo mới bao gồm cả những bệnh nhân đến viện vì khó thở là chính. Công cụ này có thể tính xác suất tiền nghiệm (PTP) của BDMV tắc nghẽn dựa trên tuổi, giới và đặc điểm của triệu chứng. Do đó, công cụ này giúp giảm sử dụng các thăm dò không xâm lấn và xâm lấn ở bệnh nhân nghi ngờ BDMV ổn định.

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

<sup>a</sup> Ngoài các phân loại như trong *Diamond and Forrester*, có 59 bệnh nhân chỉ khó thở hoặc khó thở là triệu chứng chính cũng được đưa vào. Các nhóm có xác suất tiền nghiệm >15% là nhóm hưởng lợi nhiều nhất từ các xét nghiệm không xâm lấn. Nhóm có xác suất tiền nghiệm trong khoảng 5-15% là nhóm có thể cân nhắc làm các xét nghiệm chẩn đoán sau khi đã đánh giá khả năng tổng thể trên lâm sàng dựa trên các điều chỉnh về xác suất tiền nghiệm trong hình 3.

Xác suất mắc bệnh ĐMV sẽ tăng lên khi sự có mặt các **yếu tố nguy cơ tim mạch** (tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, tăng huyết áp, hút thuốc và yếu tố lối sống khác).

Dựa trên triệu chứng lâm sàng kết hợp với: Các yếu tố nguy cơ tim mạch, thay đổi điện tâm đồ khi nghỉ, vôi hóa động mạch vành trên CLVT... giúp bổ sung ước đoán bệnh ĐMV chính xác hơn khi so sánh với PTP (tuổi, giới và triệu chứng) đơn thuần. Do vậy, sau khi ước lượng PTP thì đánh giá khả năng thực của người đó mắc bệnh ĐMV như thế nào, có thể tăng lên hoặc giảm đi, từ đó có quyết định thăm dò phù hợp để chẩn đoán bệnh ĐMV (hình 4).

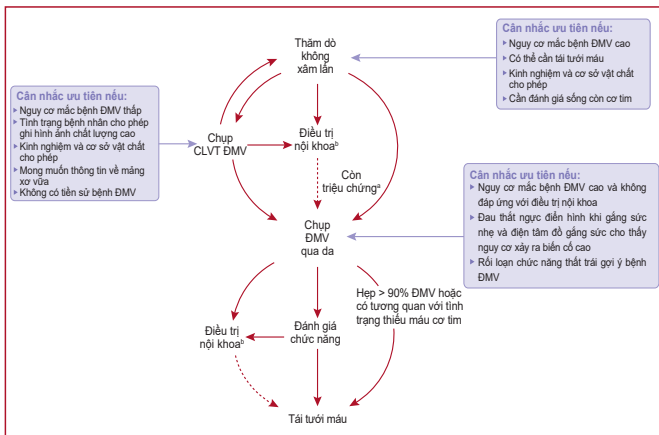


**Hình 4. Xác định khả năng thực mắc bệnh động mạch vành**

## **Bước 5: Lựa chọn xét nghiệm thăm dò thích hợp**

Ở bệnh nhân không thể tái thông mạch máu do các bệnh đồng mắc và chất lượng cuộc sống nói chung, có thể chẩn đoán BDMV trên lâm sàng và chỉ cần điều trị nội khoa. Nếu chẩn đoán BDMV không chắc chắn thì có thể sử dụng một phương pháp chẩn đoán hình ảnh chức năng không xâm lấn để đánh giá thiếu máu cơ tim trước khi điều trị. Các thăm dò chức năng hay cấu trúc đều có thể chẩn đoán BDMV tắc nghẽn.

Chụp cắt lớp vi tính đa dãy động mạch vành là thăm dò ưu tiên ở bệnh nhân có khả năng mắc BDMV trên lâm sàng thấp, không có tiền sử BDMV, và đặc điểm của bệnh nhân có khả năng cao là cho hình ảnh đẹp. Trong khi đó, ưu tiên các thăm dò chức năng không xâm lấn ở bệnh nhân có khả năng mắc bệnh trên lâm sàng cao hơn, nếu có khả năng phải tái tưới máu hoặc bệnh nhân có tiền sử BDMV. Ngoài mức độ chính xác và khả năng mắc bệnh trên lâm sàng, việc lựa chọn các thăm dò không xâm lấn còn phụ thuộc vào đặc điểm của bệnh nhân, chuyên môn tại địa phương và sự sẵn có của các thăm dò. Đối với mục đích chẩn đoán, cần chụp động mạch vành xâm lấn ở bệnh nhân nghi ngờ BDMV mà các thăm dò không xâm lấn không cho kết quả rõ ràng, đặc biệt là những người làm một số nghề yêu cầu kiểm tra theo quy định. Tuy nhiên, cũng có thể chỉ định ở cả những trường hợp thăm dò không xâm lấn gợi ý bệnh nhân có nguy cơ cao để quyết định chiến lược tái thông mạch vành.



**Hình 5. Lựa chọn thăm dò chẩn đoán ở bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh ĐMV**

Tùy thuộc vào điều kiện lâm sàng và môi trường chăm sóc sức khỏe, có thể bắt đầu chẩn đoán cho bệnh nhân từ một trong ba lựa chọn: thăm dò không xâm lấn, chụp cắt lớp vi tính mạch vành hoặc chụp động mạch vành xâm lấn. Thông qua mỗi con đường, cần tập hợp các thông tin về giải phẫu và chức năng để đưa ra chẩn đoán và chiến lược điều trị thích hợp. Đồng thời, tất cả các bệnh nhân đều cần được điều chỉnh các yếu tố nguy cơ. BĐMV = bệnh động mạch vành; CCTA: chụp cắt lớp vi tính mạch vành; CĐMV = chụp động mạch vành; ĐTĐ = điện tâm đồ; <sup>a</sup> Cần nhắc chẩn đoán đau thắt ngực do vi mạch. <sup>b</sup> Thuốc chống đau thắt ngực và/hoặc điều chỉnh yếu tố nguy cơ.

**Bảng 7. Khuyến cáo về chỉ định các thăm dò chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ bệnh động mạch vành**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo sử dụng các thăm dò hình ảnh chức năng không xâm lấn <sup>a</sup> hoặc chụp cắt lớp vi tính động mạch vành làm thăm dò ban đầu để chẩn đoán BĐMV ở bệnh nhân có triệu chứng mà không thể loại trừ BĐMV tắc nghẽn trên lâm sàng.	<b>I</b>	<b>B</b>
Khuyến cáo lựa chọn các xét nghiệm thăm dò chẩn đoán không xâm lấn dựa trên khả năng bị BĐMV trên lâm sàng và đặc điểm có thể gây ảnh hưởng đến việc thực hiện các thăm dò của bệnh nhân, cũng như kiến thức chuyên môn tại địa phương và tính khả dụng của các thăm dò này.	<b>I</b>	<b>C</b>
Khuyến cáo chỉ định thăm dò hình ảnh chức năng để chẩn đoán thiếu máu cục bộ cơ tim nếu chụp cắt lớp vi tính động mạch vành có BĐMV nhưng không ảnh hưởng đáng kể đến chức năng hoặc không đủ để chẩn đoán bệnh.	<b>I</b>	<b>B</b>
Khuyến cáo sử dụng các thăm dò hình ảnh chức năng về thiếu máu cục bộ cơ tim để thay thế cho các thăm dò chẩn đoán BĐMV ở bệnh nhân có khả năng mắc bệnh cao trên lâm sàng và triệu chứng nặng kháng trị hoặc đau thắt ngực điển hình khi mới chỉ vận động nhẹ và đánh giá lâm sàng cho thấy có nguy cơ cao gặp các biến cố. Các thăm dò chức năng có xâm lấn phải có sẵn và được sử dụng để đánh giá tổn thương hẹp trước khi tái thông mạch vành, trừ khi hẹp rất nặng (>90% lòng mạch).	<b>I</b>	<b>B</b>

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Nên cân nhắc chụp ĐMV xâm lấn khi có sẵn các phương pháp đánh giá chức năng xâm lấn để khẳng định chẩn đoán BĐMV ở bệnh nhân có các thăm dò không xâm lấn cho kết quả không chắc chắn.	<b>Ia</b>	<b>B</b>
Nên cân nhắc chụp cắt lớp vi tính động mạch vành thay thế cho chụp mạch vành xâm lấn nếu các thăm dò không xâm lấn cho kết quả không rõ ràng.	<b>Ia</b>	<b>C</b>
Không khuyến cáo chụp cắt lớp vi tính ĐMV khi mạch vành vôi hóa quá mức, nhịp tim không đều, béo phì, và không có khả năng phối hợp thực hiện nín thở, hoặc có các tình trạng khác có thể làm giảm chất lượng hình ảnh <sup>b</sup> .	<b>III</b>	<b>C</b>
Không sử dụng điểm canxi hóa mạch vành trên chụp cắt lớp vi tính động mạch vành để xác định bệnh nhân có BĐMV tắc nghẽn.	<b>III</b>	<b>C</b>

<sup>a</sup>Siêu âm tim gắng sức, cộng hưởng từ tim gắng sức, cắt lớp vi tính phát xạ photon đơn, chụp cắt lớp phát xạ positron.

<sup>b</sup> Các đặc điểm quyết định đến khả năng thực hiện thăm dò, khả năng có được hình ảnh đẹp, dự báo về phơi nhiễm với bức xạ, và nguy cơ hoặc chống chỉ định.

**Bảng 8. Khuyến cáo về chỉ định nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ trong thăm dò chẩn đoán ban đầu ở bệnh nhân nghi ngờ bệnh động mạch vành**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo sử dụng nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ để đánh giá khả năng dung nạp gắng sức, triệu chứng, rối loạn nhịp, đáp ứng của huyết áp và nguy cơ gặp biến cố ở một số bệnh nhân <sup>a</sup>	I	C
Có thể cân nhắc sử dụng nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ làm thăm dò thay thế để loại trừ hoặc khẳng định BDMV khi các thăm dò hình ảnh không xâm lấn không có sẵn	IIb	B
Có thể cân nhắc sử dụng nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ ở bệnh nhân đang điều trị để đánh giá mức độ kiểm soát triệu chứng và tình trạng thiếu máu cục bộ.	IIb	C
Không khuyến cáo sử dụng nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ để chẩn đoán ở bệnh nhân có ST chênh xuống $\geq 0,1$ mV trên điện tâm đồ khi nghỉ hoặc đang điều trị bằng digitalis.	III	C

<sup>a</sup> Khi thông tin này có ảnh hưởng đến chiến lược chẩn đoán hoặc điều trị.

## **Bước 6. Phân tầng nguy cơ biến cố tim mạch và điều trị phù hợp**

### **(1) Phân tầng nguy cơ**

Khuyến cáo phân tầng nguy cơ biến cố tim mạch để xác định các bệnh nhân có nguy cơ cao và do đó, có lợi khi tái thông mạch vành ngoài việc cải thiện triệu chứng.

**Bảng 9. Định nghĩa nguy cơ tim mạch cao đối với các thăm dò khác nhau ở bệnh nhân có triệu chứng mạch vành mạn tính**

Nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ	Tỷ lệ tử vong do tim mạch hàng năm >3% theo thang điểm Duke
Hình ảnh tưới máu trên SPECT hoặc PET	Diện tích thiếu máu cục bộ $\geq 10\%$ vùng cơ tim thất trái
Siêu âm tim gắng sức	$\geq 3/16$ vùng cơ tim có giảm vận động hoặc vô động khi gắng sức
Cộng hưởng từ tim	$\geq 2/16$ vùng cơ tim thiếu tưới máu khi gắng sức hoặc $\geq 3$ vùng rối loạn chức năng khi dùng dobutamine
Chụp động mạch vành bằng cắt lớp vi tính hoặc qua ống thông	Ba thân mạch vành đều hẹp đoạn gần, hẹp thân chung hoặc hẹp đoạn gần động mạch liên thất trước
Thăm dò chức năng xâm lấn	FFR $\leq 0,8$ ; iwFR $\leq 0,89$
FFR: phân số dự trữ vành, PET = chụp cắt lớp phát xạ positron; SPECT = chụp cắt lớp vi tính phát xạ đơn photon.	

**Bảng 10. Khuyến cáo về phân tầng nguy cơ**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo phân tầng nguy cơ dựa trên đánh giá lâm sàng và kết quả các thăm dò chẩn đoán BĐMV ban đầu.	<b>I</b>	<b>B</b>
Khuyến cáo sử dụng siêu âm tim khi nghỉ để đánh giá chức năng tâm thu thất trái ở tất cả các bệnh nhân nghi ngờ BĐMV	<b>I</b>	<b>C</b>

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
<p>Khuyến cáo phân tầng nguy cơ, ưu tiên sử dụng các thăm dò hình ảnh hoặc chụp cắt lớp vi tính động mạch vành (nếu có sẵn) hoặc thay thế bằng nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ (nếu bệnh nhân có thể gắng sức và điện tâm đồ có thể phát hiện được thay đổi do thiếu máu cục bộ) ở những bệnh nhân nghi ngờ hoặc mới chẩn đoán ĐMNV.</p>	I	B
<p>Ở bệnh nhân có triệu chứng và có nguy cơ cao trên lâm sàng, khuyến cáo chỉ định chụp ĐMNV qua da kết hợp với thăm dò chức năng xâm lấn (FFR) để phân tầng nguy cơ, đặc biệt nếu triệu chứng không đáp ứng với điều trị nội khoa và cân nhắc tái thông mạch vành để cải thiện tiên lượng.</p>	I	A
<p>Ở bệnh nhân có triệu chứng nhẹ hoặc không có triệu chứng, khuyến cáo chỉ định chụp ĐMNV qua da kết hợp với thăm dò chức năng xâm lấn (FFR) khi bệnh nhân đang điều trị nội khoa mà các phân tầng nguy cơ không xâm lấn cho thấy có nguy cơ cao và cân nhắc tái thông mạch vành để cải thiện tiên lượng.</p>	I	A
<p>Nên cân nhắc chỉ định chụp ĐMNV qua da kết hợp với thăm dò chức năng xâm lấn (FFR) để phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân có các thăm dò không xâm lấn không có kết quả rõ ràng hoặc trái ngược nhau.</p>	IIa	B

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Nếu có sẵn chụp cắt lớp vi tính động mạch vành để phân tầng nguy cơ, nên làm thêm gắng sức ở bệnh nhân có ít/không triệu chứng trước khi chỉ định chụp ĐMV qua da.	IIa	B
Siêu âm tim đánh giá biến dạng dọc của tim cung cấp thêm thông tin về LVEF và có thể cân nhắc sử dụng khi LVEF >35%.	IIb	B
Có thể cân nhắc sử dụng siêu âm trong lòng mạch để phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân có hẹp thân chung ĐMV trái mức độ vừa.	IIb	B
Không khuyến cáo chụp ĐMV qua da chỉ để phân tầng nguy cơ đơn thuần.	III	C

## **(2) Thực hành điều trị**

### **Thay đổi lối sống**

Thực hiện các hành vi lối sống lành mạnh (bao gồm ngừng hút thuốc, hoạt động thể chất theo khuyến cáo, chế độ ăn uống lành mạnh, và duy trì cân nặng hợp lý) làm giảm nguy cơ tử vong và các biến cố tim mạch, đồng thời giúp dự phòng thứ phát các biến cố tim mạch. Các bằng chứng cho thấy các lợi ích này xuất hiện sau khoảng 6 tháng từ khi có biến cố.

**Bảng 11. Khuyến cáo về thay đổi lối sống ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn**

Yếu tố về lối sống	
Ngừng hút thuốc	Sử dụng chiến lược thay đổi hành vi và sử dụng thuốc để giúp bệnh nhân bỏ thuốc. Tránh hút thuốc thụ động.
Chế độ ăn uống lành mạnh	Chế độ ăn nhiều rau xanh, trái cây và các loại ngũ cốc. Hạn chế chất béo bão hòa ở mức <10% tổng lượng ăn vào. Hạn chế đồ uống có cồn <100 g/tuần hoặc 15 g/ngày.
Hoạt động thể chất	Hàng ngày, hoạt động thể chất ở mức trung bình trong 30-60 phút, nhưng dù không đều đặn thì vẫn có lợi.
Cân nặng khỏe mạnh tối ưu	Đạt và duy trì cân nặng tối ưu (BMI<25 kg/m <sup>2</sup> ) hoặc giảm cân bằng cách giảm lượng ăn vào theo khuyến cáo và hoạt động thể chất
Khác	Uống thuốc theo đúng đơn. Sinh hoạt tình dục có nguy cơ thấp đối với bệnh nhân ổn định, không có triệu chứng khi hoạt động ở mức độ thấp-trung bình.

**Bảng 12. Khuyến cáo về quản lý lối sống**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo cải thiện các yếu tố về lối sống kết hợp với điều trị nội khoa thích hợp.	I	A
Khuyến cáo can thiệp về nhận thức và hành vi để giúp bệnh nhân có được lối sống lành mạnh.	I	A

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo phục hồi chức năng tim dựa trên tập luyện đối với bệnh nhân HCMVM để có được lối sống lành mạnh và quản lý các yếu tố nguy cơ.	I	A
Khuyến cáo kết hợp nhiều chuyên khoa (tim mạch, bác sĩ gia đình, điều dưỡng, bác sĩ dinh dưỡng, bác sĩ vật lý trị liệu, bác sĩ tâm lý và dược sĩ).	I	A
Khuyến cáo điều trị tâm lý để cải thiện triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân HCMVM.	I	B
Khuyến cáo tiêm phòng cúm hàng năm đối với các bệnh nhân HCMVM, đặc biệt ở người già.	I	B

### Điều trị nội khoa

Hai mục tiêu điều trị chính ở bệnh nhân HCMVM là phòng ngừa biến cố tim mạch (giảm nhồi máu cơ tim và tử vong) VÀ giảm triệu chứng đau thắt ngực, thiếu máu cục bộ cơ tim do gắng sức (cải thiện chất lượng cuộc sống).

- Phòng ngừa biến cố tim mạch: Tập trung chủ yếu vào giảm tỷ lệ biến cố cấp (Hội chứng mạch vành cấp) và xuất hiện rối loạn chức năng tâm thất, thông qua các thuốc, tái thông ĐMV và thay đổi lối sống.

- Giảm triệu chứng do thiếu máu cục bộ cơ tim: Có nhiều loại thuốc để điều trị triệu chứng đau thắt ngực nhanh chóng cũng như lâu dài, lựa chọn và phối hợp thuốc là khác nhau giữa các cá nhân.

Điều trị tối ưu có thể được định nghĩa là kiểm soát được các triệu chứng và phòng ngừa các biến cố tim mạch liên quan đến HCMVM với sự tuân thủ điều trị tối đa và biến cố tối thiểu. Lựa chọn các thuốc điều trị cần cá thể hoá theo đặc điểm của từng bệnh nhân và các bệnh đồng mắc. Sau đây là khuyến cáo về các thuốc trong điều trị

nội khoa tối ưu để nhằm dự phòng các biến cố (cải thiện tiên lượng) và điều trị triệu chứng đau thắt ngực do thiếu máu cơ tim (cải thiện chất lượng cuộc sống)

**Bảng 13. Khuyến cáo về các thuốc kháng đông và thuốc liên quan trong dự phòng biến cố bệnh nhân HCMVM**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
<b>Liệu pháp chống huyết khối ở bệnh nhân HCMVM có nhịp xoang</b>		
Khuyến cáo sử dụng aspirin 75-100 mg hàng ngày ở bệnh nhân có tiền sử NMCT hoặc tái thông mạch vành.	I	A
Khuyến cáo sử dụng clopidogrel 75 mg hàng ngày thay thế cho aspirin ở bệnh nhân không dung nạp aspirin.	I	B
Có thể cân nhắc sử dụng clopidogrel 75 mg hàng ngày hơn là aspirin ở bệnh nhân có hoặc không có triệu chứng, có tiền sử PAD hoặc đột quỵ thiếu máu não hoặc tai biến máu não thoáng qua.	IIb	B
Có thể cân nhắc sử dụng aspirin 75-100 mg hàng ngày ở bệnh nhân không có tiền sử NMCT hoặc tái thông mạch vành, nhưng có bằng chứng chắc chắn của BDMV trên các kết quả chẩn đoán hình ảnh.	IIb	C
Nên cân nhắc kết hợp thêm một thuốc chống huyết khối thứ hai với aspirin để dự phòng thứ phát dài hạn ở bệnh nhân nguy cơ thiếu máu cục bộ cao <sup>a</sup> và không có nguy cơ xuất huyết cao <sup>b</sup>	IIa	A

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Có thể cân nhắc kết hợp thêm một thuốc chống huyết khối thứ hai với aspirin để dự phòng thứ phát dài hạn ở bệnh nhân có nguy cơ thiếu máu cục bộ ít nhất là mức trung bình <sup>c</sup> và không có nguy cơ xuất huyết cao <sup>b</sup>	<b>IIb</b>	<b>A</b>
<b>Liệu pháp chống huyết khối sau PCI ở bệnh nhân HCMVM có nhĩ xoang</b>		
Khuyến cáo sử dụng aspirin 75-100 mg hàng ngày sau đặt stent lâu dài.	<b>I</b>	<b>A</b>
Khuyến cáo sử dụng clopidogrel 75 mg hàng ngày sau liều nạp (tức là 600 mg hoặc >5 ngày với liều duy trì) kết hợp với aspirin (liệu pháp kháng tiểu cầu kép - DAPT), trong 6 tháng sau đặt stent mạch vành, dù là loại stent nào, trừ khi có chỉ định dùng thời gian ngắn hơn (1-3 tháng) khi có nguy cơ chảy máu rất cao hoặc đã có chảy máu đe dọa tính mạng.	<b>I</b>	<b>A</b>
Nên cân nhắc sử dụng clopidogrel 75 mg hàng ngày sau liều nạp (tức là 600 mg hoặc >5 ngày với liều duy trì) trong 3 tháng kết hợp với aspirin (DAPT) ở bệnh nhân nguy cơ cao có chảy máu đe dọa tính mạng.	<b>IIa</b>	<b>A</b>
Có thể cân nhắc sử dụng clopidogrel 75 mg hàng ngày sau liều nạp (tức là 600 mg hoặc >5 ngày với liều duy trì) (DAPT) trong 1 tháng ở bệnh nhân nguy cơ rất cao có chảy máu đe dọa tính mạng.	<b>IIb</b>	<b>C</b>

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
<p>Có thể cân nhắc sử dụng prasugrel hoặc ticagrelor kết hợp với aspirin, ít nhất là khi khởi trị, trong những trường hợp đặc biệt có nguy cơ cao khi đặt stent theo kế hoạch (VD stent nở không tối ưu hoặc có các yếu tố khác liên quan đến thủ thuật làm tăng nguy cơ huyết khối trong stent, đặt stent ở thân chung động mạch vành trái, hoặc đặt stent nhiều nhánh) hoặc nếu không thể sử dụng DAPT vì bệnh nhân không dung nạp aspirin.</p>	IIb	C
<b>Liệu pháp chống huyết khối ở bệnh nhân HCMVM có rung nhĩ</b>		
<p>Khi khởi trị thuốc chống đông đường uống ở bệnh nhân rung nhĩ thích dùng NOAC thì khuyến cáo ưu tiên dùng NOAC hơn VKA.</p>	I	A
<p>Khuyến cáo sử dụng thuốc chống đông đường uống kéo dài (NOAC hoặc VKA với thời gian đạt mục tiêu điều trị &gt;70%) ở bệnh nhân rung nhĩ và điểm CHA2DS2-VASc<sup>e</sup> ≥2 với nam và ≥3 với nữ.</p>	I	A
<p>Nên cân nhắc sử dụng thuốc chống đông đường uống kéo dài (NOAC hoặc VKA với thời gian đạt mục tiêu điều trị &gt;70%) ở bệnh nhân rung nhĩ và điểm CHA2DS2-VASc<sup>e</sup> ≥1 với nam và ≥2 với nữ.</p>	IIa	B
<p>Có thể cân nhắc sử dụng aspirin 75-100 mg hàng ngày (hoặc clopidogrel 75 mg hàng ngày) kết hợp với thuốc chống đông đường uống ở bệnh nhân rung nhĩ, có tiền sử NMCT và có nguy cơ cao tái phát biến cố thiếu máu cục bộ<sup>a</sup> nhưng không có nguy cơ xuất huyết cao<sup>b</sup></p>	IIb	B

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
<b>Liệu pháp chống huyết khối ở bệnh nhân sau PCI có rung nhĩ hoặc có chỉ định khác dùng thuốc chống đông đường uống</b>		
Khuyến cáo sử dụng aspirin và clopidogrel trước và sau thủ thuật ở bệnh nhân đặt stent mạch vành.	I	C
Ở bệnh nhân thích hợp sử dụng NOAC, khuyến cáo sử dụng NOAC (apixaban 5 mg x 2 lần/ngày, dabigatran 150 mg x 2 lần/ngày, edoxaban 60 mg x 1 lần/ngày hoặc rivaroxaban 20 mg x 1 lần/ngày) <sup>d</sup> hơn là VKA để kết hợp với liệu pháp chống kết tập tiểu cầu.	I	A
Khi sử dụng rivaroxaban và đánh giá nếu nguy cơ về xuất huyết <sup>b</sup> nhiều hơn so với nguy cơ về huyết khối trong stent <sup>f</sup> hoặc nhồi máu não <sup>e</sup> , nên cân nhắc ưu tiên sử dụng liều 15 mg/ngày hơn là 20 mg/ngày trong suốt thời gian kết hợp với kháng tiểu cầu đơn hoặc kép.	IIa	B
Khi sử dụng dabigatran và đánh giá nguy cơ về xuất huyết <sup>b</sup> nhiều hơn so với nguy cơ về huyết khối trong stent <sup>f</sup> hoặc nhồi máu não <sup>e</sup> , nên cân nhắc ưu tiên sử dụng liều 110 mg x 2 lần/ngày hơn là 150 mg x 2 lần/ngày trong suốt thời gian kết hợp với kháng tiểu cầu đơn hoặc kép.	IIa	B
Sau can thiệp mạch vành không quá phức tạp, nên cân nhắc ngừng sớm aspirin ( $\leq 1$ tuần) và tiếp tục bằng liệu pháp kết hợp thuốc chống đông đường uống với clopidogrel nếu nguy cơ huyết khối trong stent <sup>f</sup> thấp, hoặc nếu lo ngại về nguy cơ xuất huyết <sup>b</sup> nhiều hơn so với lo ngại về huyết khối trong stent <sup>f</sup> , bất kể loại stent nào.	IIa	B

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Nên cân nhắc sử dụng liệu pháp bộ ba với aspirin, clopidogrel và một thuốc chống đông đường uống $\geq 1$ tháng khi nguy cơ huyết khối trong stent <sup>f</sup> cao hơn nguy cơ xuất huyết, với quyết định tổng thời gian ( $\leq 6$ tháng) dựa trên đánh giá các nguy cơ một cách rõ ràng khi xuất viện.	IIa	C
Ở bệnh nhân có chỉ định dùng VKA kết hợp với aspirin và/hoặc clopidogrel, nên điều chỉnh liều VKA cẩn thận để đạt mục tiêu điều trị là INR trong khoảng 2,0-2,5 và thời gian đạt liều $>70\%$ .	IIa	B
Có thể cân nhắc kết hợp thuốc chống đông đường uống với ticagrelor hoặc prasugrel thay thế cho liệu pháp bộ ba với thuốc chống đông đường uống, aspirin và clopidogrel ở bệnh nhân có nguy cơ huyết khối trong stent <sup>f</sup> trung bình hoặc cao, bất kể loại stent gì.	IIb	C
Không khuyến cáo sử dụng ticagrelor hoặc prasugrel trong liệu pháp bộ ba chống huyết khối với aspirin và thuốc chống đông đường uống.	III	C
Sử dụng thuốc ức chế bơm proton		
Khuyến cáo sử dụng đồng thời thuốc ức chế bơm proton ở bệnh nhân điều trị aspirin đơn trị liệu, DAPT hoặc thuốc chống đông đường uống, có nguy cơ cao bị xuất huyết tiêu hoá	I	A

<sup>a</sup> *BDMV lan tỏa nhiều nhánh với ít nhất một trong các tình trạng sau: đái tháo đường cần dùng thuốc; NMCT tái phát; PAD hoặc suy thận mạn (CKD) với mức lọc cầu thận 15-59 mL/phút/1.73 m<sup>2</sup>.*

<sup>b</sup> Tiền sử xuất huyết nội sọ hoặc nhồi máu não, tiền sử bệnh lý nội sọ khác, xuất huyết tiêu hóa gần đây hoặc thiếu máu do có thể mất máu đường tiêu hóa, bệnh lý đường tiêu hóa khác liên quan đến tăng nguy cơ chảy máu, suy gan, chảy máu tạng hoặc rối loạn đông máu, tuổi già hoặc sức yếu, hoặc suy thận cần lọc máu hoặc với mức lọc cầu thận <15 mL/phút/1,73 m<sup>2</sup>.

<sup>c</sup> Ít nhất một trong các tình trạng sau: BĐMV lan tỏa nhiều nhánh, đái tháo đường cần dùng thuốc, NMCT tái phát, PAD, suy tim, hoặc CKD với mức lọc cầu thận 15-59 mL/phút/1.73 m<sup>2</sup>.

<sup>d</sup>Xem tóm tắt các đặc tính của sản phẩm để biết giảm liều hoặc chống chỉ định đối với từng NOAC ở bệnh nhân CKD, trọng lượng cơ thể <60 kg, tuổi > 75-80 và / hoặc các tương tác thuốc.

<sup>e</sup>Có suy tim sung huyết, tăng huyết áp, tuổi ≥75 (2 điểm), đái tháo đường, tiền sử đột quỵ/con tai biến máu não thoáng qua/ thuyên tắc mạch (2 điểm), bệnh mạch máu (BĐMV trên hình ảnh hoặc chụp động mạch, tiền sử NMCT, PAD hoặc mảng xơ vữa động mạch chủ), tuổi 65-74 tuổi, và giới tính nữ.

<sup>f</sup> Nguy cơ huyết khối trong stent bao gồm (i) nguy cơ xảy ra huyết khối và (ii) nguy cơ tử vong nếu xảy ra huyết khối trong stent, cả hai đều liên quan đến đặc điểm giải phẫu, thủ thuật và lâm sàng. Các yếu tố nguy cơ đối với bệnh nhân HCMVM bao gồm đặt stent thân chung động mạch vành trái, LAD đoạn gần, hoặc đoạn mạch chưa đặt stent cuối cùng; đặt stent dưới mức tối ưu; chiều dài stent > 60 mm; đái tháo đường; suy thận; đặt stent ở đoạn ngã ba; điều trị tắc hoàn toàn mãn tính; và tiền sử huyết khối trong stent dù đã dùng liệu pháp chống huyết khối đầy đủ.

Đánh giá nguy cơ xuất huyết là rất quan trọng ở bệnh nhân HCMVM có nguy cơ thiếu máu cục bộ cao và có thể hưởng lợi từ việc điều trị chống huyết khối kéo dài và/hoặc tích cực. Hiện nay, có thể sử dụng thang điểm như ARB – HBR hoặc thang điểm Precise - DAPT để hỗ trợ việc đưa ra quyết định điều trị ở bệnh nhân sau đặt stent.

**Bảng 14. Khuyến cáo về các thuốc khác  
trong dự phòng biến cố ở bệnh nhân HCMVM**

Thuốc giảm lipid	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo sử dụng statin ở tất cả các bệnh nhân HCMVM.	I	A
Nếu không đạt được mục tiêu điều trị với liều statin tối đa mà bệnh nhân có thể dung nạp, khuyến cáo kết hợp với ezetimibe	I	B
Ở bệnh nhân nguy cơ rất cao và không đạt được mục tiêu điều trị với liều statin và ezetimibe tối đa mà bệnh nhân có thể dung nạp, khuyến cáo kết hợp với thuốc ức chế PCSK9.	I	A
<b>Các thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể</b>		
Khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể nếu bệnh nhân có các chỉ định khác (VD: suy tim, tăng huyết áp hoặc đái tháo đường)	I	A
Nên cân nhắc sử dụng thuốc ức chế men chuyển ở bệnh nhân HCMVM có nguy cơ gặp biến cố tim mạch rất cao.	IIa	A
<b>Các thuốc khác</b>		
Khuyến cáo sử dụng chẹn beta ở bệnh nhân có rối loạn chức năng thất trái hoặc suy tim cso phân suất tống máu giảm.	I	A
Ở bệnh nhân có tiền sử NMCT có ST chênh lên, nên cân nhắc điều trị lâu dài bằng thuốc chẹn beta đường uống.	IIa	B

**Khuyến cáo các thuốc trong điều trị giảm triệu chứng do thiếu máu cơ tim**

- Chiến lược tiếp cận điều trị thuốc chống đau thắt ngực trong HCMVM nên được xem xét cá thể hóa và tùy thuộc đặc điểm cá thể người bệnh và các bệnh đồng mắc.

- Việc khởi trị có thể bắt đầu bằng sử dụng một thuốc hoặc kết hợp hơn một thuốc ngay từ đầu. Việc lựa chọn thuốc kết hợp tùy thuộc mức độ đau ngực và tình trạng bệnh nhân. Ưu tiên lựa chọn phối hợp một thuốc có tác động huyết động/nhịp tim với một thuốc tác động lên chuyển hóa tế bào cơ tim.

Trong đó, tần số tim mục tiêu được khuyến cáo nên đưa về mức 60 – 70 nhịp/phút.

- Để điều trị các cơn đau thắt ngực nhanh: Nitroglycerin dạng ngậm hoặc xịt dưới lưỡi được chỉ định sử dụng.

- Trong điều kiện tiêu chuẩn, với bệnh nhân không có các bệnh lý đặc biệt đi kèm hoặc không có chống chỉ định, các thuốc như chẹn beta giao cảm và/hoặc chẹn kênh calci nên được ưu tiên lựa chọn.

- Khi bệnh nhân có những tình trạng đặc biệt hoặc các bệnh đi kèm, cần lựa chọn thuốc phù hợp nhất. Hình 5 là gợi ý lựa chọn thuốc và phối hợp thuốc theo các tình huống lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân HVMVM.

BỆNH ĐỒNG MẠC	Dãi thảo đường	Đau thắt ngực vì mạch	Cơ thắt mạch vành	Rối loạn dẫn truyền nhĩ thất	Bệnh động mạch ngoại biên	COPD	Bệnh thận mạn
Ưu tiên chỉ định		TRIM-RAN	DHP – VER – DILT – NIC				
Có thể chỉ định	RAN – VER – IVAB – TRIM – DILT – NITR	BB – VER – DILT – NITR – NIC – IVAB		DHP – NITR – IVAB	TRIM – RAN – IVAB – VER – DILT	IVAB – VER – DILT – RAN – TRIM – NITR – NIC – Sel – BB	BB – VER – DILT – NIC – IVAB
Có thể phối hợp			IVAB – RAN – TRIM				
CCD/ Thận trọng	BB		BB	BB – VER – DILT	BB – DHP – NITR	Non Sel – BB	TRIM – RAN

BB – Chẹn beta; DHP – Chẹn kênh Canxi nhóm dihydropyridine; DILT – diltiazem; IVAB – Ivabradine; NIC – nicorandil; NITR – nitrates; Non Sel-BB – Chẹn beta không chọn lọc; RAN – ranolazine; Sel-BB – Chẹn beta chọn lọc; TRIM – trimetazidine; VER – Verapamil

Chỉ thích

	Ưu tiên chỉ định		Có thể chỉ định		Có thể phối hợp		Chống chỉ định/Thận trọng
--	------------------	--	-----------------	--	-----------------	--	---------------------------

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN	Tần số tim $\geq 80$ lần/phút	Rung nhĩ	Suy tim	Rối loạn chức năng thất trái	Huyết áp thấp	Tăng huyết áp	Nhịp chậm $< 50$ lần/phút
Ưu tiên chỉ định	BB – VER – DILT – IVAB	BB – VER – DILT	BB – IVAB	BB		BB – DHP – VER – DILT – NITR – NIC	
Có thể chỉ định					TRIM – RAN – IVAB		DHP – NIC – NITR – TRIM – RAN
Có thể phối hợp	TRIM – RAN	TRIM – RAN	TRIM – NITR – RAN	TRIM – IVAB – RAN – NITR		TRIM – RAN – IVAB	
CCD/Thận trọng	DHP – NITR – NIC	DHP – NITR – NIC – IVAB	DHP – VER – DILT – NIC	DHP – VER – DILT – NIC	BB – VER – DILT – DHP – NITR – NIC		BB – VER – DILT – IVAB
Chú thích		Ưu tiên chỉ định		Có thể chỉ định		Có thể phối hợp	Chống chỉ định/Thận trọng

BB – Chẹn beta; DHP – Chẹn kênh Canxi nhóm dihydropyridine; DILT – diltiazem; IVAB – Ivabradine; NIC – nicorandil; NITR – nitrates; Non Sel-BB – Chẹn beta không chọn lọc; RAN – ranolazine; Sel-BB – Chẹn beta chọn lọc  $\beta_1$ ; TRIM – trimetazidine; VER – Verapamil

**Hình 6. Chiến lược điều trị lâu dài chống thiếu máu cục bộ ở bệnh nhân HCMVM tùy theo đặc điểm bệnh nhân và các bệnh đồng mắc**

**Bảng 15. Khuyến cáo về thuốc chống thiếu máu cục bộ để giảm triệu chứng đau thắt ngực ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn**

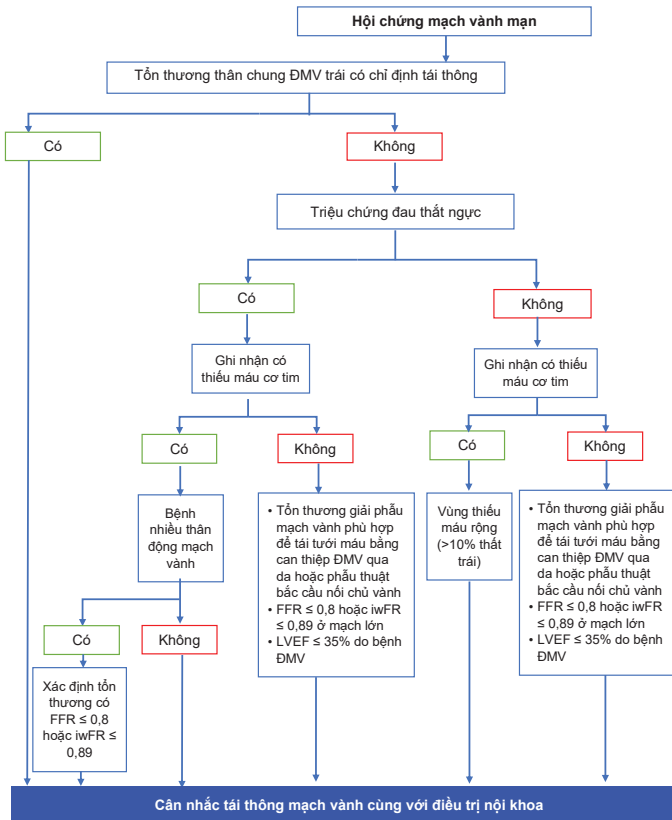
Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
<b>Các vấn đề chung</b>		
Điều trị nội khoa ở bệnh nhân có triệu chứng đòi hỏi một hoặc nhiều thuốc giảm đau thắt ngực/ thiếu máu cục bộ cùng với các thuốc dự phòng biến cố	I	C
Khuyến cáo giáo dục cho bệnh nhân về bệnh tật, các yếu tố nguy cơ và chiến lược điều trị	I	C

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo kiểm tra thường kì đáp ứng của bệnh nhân với điều trị nội khoa (VD, 2-4 tuần sau khi khởi trị).	I	C
<b>Thuốc giảm đau thắt ngực/thiếu máu cục bộ</b>		
Khuyến cáo sử dụng nitrat tác dụng ngắn để giảm ngay cơn đau thắt ngực do gắng sức.	I	B
Lựa chọn đầu tay là chẹn beta và/hoặc chẹn kênh canxi để kiểm soát nhịp tim và triệu chứng.	I	A
Nếu chẹn beta hoặc chẹn kênh canxi không thể kiểm soát triệu chứng, nên cân nhắc phối hợp một thuốc chẹn beta với một thuốc chẹn kênh canxi nhóm DHP.	IIa	C
Nên cân nhắc khởi trị bằng phối hợp chẹn beta với thuốc chẹn kênh canxi nhóm DHP.	IIa	B
Nên cân nhắc sử dụng nitrat tác dụng kéo dài là lựa chọn thứ hai khi không thể khởi trị bằng chẹn beta và/hoặc thuốc chẹn kênh canxi nhóm DHP do có chống chỉ định, kém dung nạp hoặc không thể kiểm soát được triệu chứng đau thắt ngực.	IIa	B
Khi kê đơn nitrat tác dụng kéo dài, nên cân nhắc có một khoảng thời gian dừng thuốc hoặc giảm liều để giảm khả năng thuốc mất tác dụng.	IIa	B
Nên cân nhắc sử dụng nicorandil, ranolazine, ivabradine, hoặc trimetazidine là lựa chọn thứ hai để giảm tần số đau thắt ngực và cải thiện khả năng gắng sức ở những người không thể dung nạp hoặc có chống chỉ định hoặc không thể kiểm soát triệu chứng hoàn toàn bằng chẹn beta, chẹn kênh calci và nitrat tác dụng kéo dài.	IIa	B

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Ở những người có sẵn nhịp tim và huyết áp thấp, có thể cân nhắc sử dụng ranolazine hoặc trimetazidine như lựa chọn đầu tay để giảm tần số đau thắt ngực và cải thiện khả năng gắng sức.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Ở một số bệnh nhân nhất định, có thể cân nhắc kết hợp chẹn beta hoặc thuốc chẹn kênh canxi nhóm DHP với một hoặc hơn trong số các thuốc (ranolazine, nicorandil, ivabradine, và trimetazidine) để khởi trị phụ thuộc vào nhịp tim, huyết áp và khả năng dung nạp.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
Không khuyến cáo sử dụng nitrat ở bệnh nhân có bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn hoặc đang sử dụng thuốc ức chế phosphodiesterase.	<b>III</b>	<b>B</b>

### Tái tưới máu (tái thông) động mạch vành

Tái thông động mạch vành đóng vai trò trung tâm trong quản lý HCMVM. Tuy nhiên, liệu pháp này vẫn luôn đóng vai trò hỗ trợ điều trị nội khoa chứ không phải thay thế. Hai mục tiêu chính của tái thông mạch vành là giảm triệu chứng ở bệnh nhân đau thắt ngực và/hoặc cải thiện tiên lượng.



**Hình 7. Lược đồ lựa chọn quyết định tái thông mạch vành**

### 3. Khuyến cáo quản lý HCMVM ở bệnh nhân mới có suy tim hoặc giảm chức năng thất trái

BĐMV là nguyên nhân phổ biến nhất gây suy tim, và hầu hết các bằng chứng thử nghiệm hỗ trợ các khuyến cáo đều dựa trên nghiên cứu được thực hiện ở bệnh nhân bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ. Các sinh lý bệnh dẫn đến rối loạn chức năng tâm thu là do tổn thương cơ tim và thiếu máu cục bộ và hầu hết bệnh nhân suy tim có triệu chứng có phân suất tống máu giảm (<40%), mặc dù bệnh nhân HCMVM cũng có thể có suy tim có triệu chứng và phân suất tống máu bảo tồn (≥50%).

**Bảng 16. Các khuyến cáo chung về quản lý bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn và suy tim có triệu chứng do bệnh tim thiếu máu cục bộ và chức năng tâm thu thất trái giảm**

Khuyến cáo về điều trị nội khoa	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo sử dụng thuốc lợi tiểu cho tất cả các bệnh nhân có triệu chứng và dấu hiệu sung huyết phổi và toàn thân để giảm triệu chứng suy tim.	I	B
Khuyến cáo sử dụng thuốc chẹn beta với vai trò là một thuốc thiết yếu do thuốc vừa giảm đau thất ngực, vừa giảm tỷ lệ tử vong và mắc bệnh trong suy tim.	I	A
Khuyến cáo sử dụng các thuốc ức chế men chuyển ở bệnh nhân suy tim có triệu chứng hoặc rối loạn chức năng thất trái không triệu chứng sau khi NMCT, để cải thiện triệu chứng và giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong.	I	A

Khuyến cáo về điều trị nội khoa	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo sử dụng các thuốc ức chế thụ thể thay thế ở bệnh nhân không dung nạp thuốc ức chế men chuyển, hoặc thuốc ức chế thụ thể angiotensin-neprilysin (ARNI) ở bệnh nhân có triệu chứng dai dẳng dù đã điều trị nội khoa tối ưu.	I	B
Khuyến cáo sử dụng các thuốc lợi tiểu kháng aldosteron ở bệnh nhân vẫn còn triệu chứng dù đã điều trị nội khoa thích hợp bằng thuốc ức chế men chuyển, chẹn beta, để giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong.	I	A
Khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế thụ thể SGLT2 (Dapagliflozin hoặc Empagliflozin) cho bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong	I	A
Nên cân nhắc sử dụng nitrat tác dụng ngắn đường uống hoặc qua da (điều trị đau thắt ngực hiệu quả và an toàn trong suy tim).	IIa	A
Nên cân nhắc sử dụng Ivabradine ở bệnh nhân có nhịp xoang, LVEF $\leq$ 35% và nhịp tim khi nghỉ $>70$ nhịp/phút, có triệu chứng dù đã điều trị thích hợp bằng các thuốc ức chế men chuyển, chẹn beta, và MRA để giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong.	IIa	B
Có thể cân nhắc sử dụng amlodipin để giảm đau thắt ngực ở bệnh nhân suy tim không dung nạp thuốc chẹn beta. Thuốc này được coi là an toàn ở bệnh nhân suy tim	IIb	B
<b>Khuyến cáo về các thiết bị, các bệnh đồng mắc và tái thông mạch vành</b>		

Khuyến cáo về điều trị nội khoa	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Ở bệnh nhân suy tim có nhịp chậm do block nhĩ thất độ cao cần phải cấy máy tạo nhịp, khuyến cáo sử dụng CRT có tạo nhịp hơn là chỉ tạo nhịp thất phải đơn thuần.	I	A
Khuyến cáo sử dụng ICD ở bệnh nhân từng có rối loạn nhịp thất gây rối loạn huyết động (dự phòng thứ phát), cũng như ở bệnh nhân suy tim có triệu chứng và LVEF $\leq 35\%$ để giảm nguy cơ đột tử và tử vong do mọi nguyên nhân.	I	A
Khuyến cáo sử dụng CRT cho bệnh nhân suy tim có triệu chứng, nhịp xoang QRS $\geq 150$ ms và LBBB QRS đơn dạng, LVEF $\leq 35\%$ dù đã điều trị nội khoa tối ưu để cải thiện triệu chứng, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong.	I	A
Khuyến cáo sử dụng CRT cho bệnh nhân suy tim có triệu chứng, nhịp xoang QRS 130-149 ms và LBBB QRS đơn dạng, LVEF $\leq 35\%$ dù đã điều trị nội khoa tối ưu để cải thiện triệu chứng, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong.	I	B
Khuyến cáo đánh giá nguy cơ đầy đủ và quản lý đa ngành, bao gồm điều trị các bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, thiếu máu, béo phì cũng như ngừng hút thuốc và thay đổi lối sống.	I	A
Khuyến cáo tái thông mạch vành khi tình trạng đau thắt ngực dai dẳng dù đã điều trị bằng các thuốc chống đau thắt ngực.	I	A

#### 4. KHUYẾN CÁO VỀ QUẢN LÝ BỆNH NHÂN CÓ CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN LÂU NĂM

Cần điều trị và giám sát suốt đời với những bệnh nhân có chẩn đoán HCMVM lâu năm. Quá trình lâm sàng của họ có thể lành tính theo thời gian. Tuy nhiên, họ có thể có các biến chứng tim mạch và phải thực hiện các biện pháp điều trị khác nhau, trong đó bao gồm các biện pháp can thiệp mạch vành và một số có các tương tác về điều trị và tiên lượng với các bệnh đồng mắc. Ngoài ra, nguy cơ gặp biến chứng có thể gặp ở bệnh nhân không triệu chứng vào do đó việc đánh giá yếu tố nguy cơ phải áp dụng cho cả bệnh nhân có và không có triệu chứng.

**Bảng 17. Khuyến cáo về bệnh nhân có chẩn đoán hội chứng động mạch vành mạn lâu năm**

Khuyến cáo cho bệnh nhân không triệu chứng	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo khám tim mạch định kỳ để tái đánh giá những thay đổi về yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân, bao gồm đánh giá lâm sàng về các biện pháp thay đổi lối sống, tuân thủ các mục tiêu điều trị các yếu tố nguy cơ và các bệnh đồng mắc có thể ảnh hưởng đến điều trị và kết cục của bệnh nhân.	I	C
Ở bệnh nhân không có hoặc có triệu chứng nhẹ, đang điều trị nội khoa và các phân tầng nguy cơ không xâm lấn cho kết quả nguy cơ cao, và việc tái tưới máu có thể cải thiện tiên lượng, khuyến cáo sử dụng chụp ĐMV xâm lấn (kèm theo FFR nếu cần).	I	C

Khuyến cáo cho bệnh nhân không triệu chứng	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Không khuyến cáo chụp cắt lớp vi tính mạch vành thường quy trong các lần khám định kỳ ở bệnh nhân đã có chẩn đoán BDMV.	III	C
Không khuyến cáo chụp ĐMV qua da chỉ để nhằm phân tầng nguy cơ.	III	C
<b>Khuyến cáo cho bệnh nhân có triệu chứng</b>		
Khuyến cáo đánh giá lại tình trạng BDMV ở bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái kém đi mà không phải do một nguyên nhân có thể hồi phục (VD nhịp tim nhanh kéo dài, viêm cơ tim).	I	C
Khuyến cáo phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân mới có triệu chứng hoặc triệu chứng nặng lên, ưu tiên dùng các nghiệm pháp gắng sức về hình ảnh hoặc nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ.	I	B
Khuyến cáo nhanh chóng chuyển các bệnh nhân có triệu chứng tăng lên đáng kể đến các cơ sở để đánh giá lại tình trạng và phân tầng nguy cơ.	I	C
Khuyến cáo chụp ĐMV qua da (với FFR/iwFR nếu cần) để phân tầng nguy cơ bệnh nhân có BDMV nặng, đặc biệt nếu triệu chứng kháng trị đối với điều trị nội khoa hoặc nếu có nguy cơ cao trên lâm sàng.	I	C

## 5. KHUYẾN CÁO VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CÓ ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG DO TẮC NGHẼN ĐỘNG MẠCH VÀNH

Bệnh nhân đau thắt ngực nhưng không có tắc nghẽn mạch vành khi chụp ĐMV xâm lấn cũng có nguy cơ cao gặp các biến cố bất lợi. Việc loại trừ các tổn thương hẹp mạch vành mức độ nhẹ hoặc trung bình hoặc hẹp lan tỏa trên chụp ĐMV qua da có thể không đánh giá được về mặt chức năng. Nguyên nhân thường gặp của các trường hợp này có thể do bệnh lý vi tuần hoàn, co thắt động mạch vành hoặc cầu cơ động mạch vành.

**Bảng 18. Các thăm dò cần làm ở bệnh nhân nghi ngờ đau thắt ngực do vi tuần hoàn mạch vành**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Nên cân nhắc đo lưu lượng dự trữ vành và/ hoặc đo sức cản vi tuần hoàn qua dây dẫn ở bệnh nhân có triệu chứng dai dẳng, nhưng chụp động mạch vành bình thường hoặc hẹp vừa với chỉ số iwFR/FFR bảo tồn.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Có thể cân nhắc sử dụng acetylcholine trong mạch vành kèm theo theo dõi điện tâm đồ trong quá trình chụp động mạch vành, nếu động mạch vành chụp lên bình thường hoặc hẹp vừa với chỉ số iwFR/FFR bảo tồn, để đánh giá co thắt vi mạch.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
Có thể cân nhắc siêu âm qua thành ngực đối với LAD, cộng hưởng từ tim và PET để đánh giá dự trữ lưu lượng vành không xâm lấn.	<b>IIb</b>	<b>B</b>

**Bảng 19. Khuyến cáo về thăm dò ở bệnh nhân nghi ngờ đau thắt ngực do co mạch**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo làm điện tâm đồ trong khi có cơn đau nếu có thể.	I	C
Khuyến cáo chụp ĐMV qua da hoặc chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân có những cơn đau khi nghỉ, có thay đổi đoạn ST, và triệu chứng giảm khi dùng nitrates và/hoặc thuốc chẹn kênh canxi, để quyết định mức độ của bệnh ĐMV.	I	C
Nên cân nhắc đeo holter theo dõi đoạn ST để xác định mức độ thay đổi của đoạn ST khi nhịp tim không tăng.	IIa	C
Nên cân nhắc sử dụng các test kích thích để xác định co thắt mạch vành ở bệnh nhân chụp ĐMV bình thường hoặc không tắc nghẽn và bệnh cảnh lâm sàng gợi ý co thắt mạch vành, để chẩn đoán vị trí và cách thức co thắt.	IIa	B

## 6. KHUYẾN CÁO VỀ TÀM SOÁT BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở NHỮNG NGƯỜI KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG

**Bảng 20. Khuyến cáo về tầm soát bệnh động mạch vành ở các đối tượng không có triệu chứng**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo sử dụng các thang điểm ước lượng nguy cơ tổng thể như SCORE2/SCORE2-OP đối với người trưởng thành > 40 tuổi không có triệu chứng và không có các bằng chứng của bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh thận mạn hoặc tăng cholesterol gia đình.	I	C
Khuyến cáo đánh giá về tiền sử gia đình bị bệnh tim mạch sớm (định nghĩa là gặp biến cố tim mạch tử vong hoặc không tử vong, hoặc/và chẩn đoán bệnh tim mạch ở nam giới trước 55 tuổi hoặc nữ giới trước 65 tuổi có quan hệ trực hệ đời thứ nhất với đối tượng) khi đánh giá nguy cơ tim mạch nói chung.	I	C
Khuyến cáo tất cả các cá nhân <50 tuổi có tiền sử gia đình bị bệnh tim mạch sớm hoặc bệnh tăng cholesterol máu gia đình được tầm soát bằng các thang điểm lâm sàng.	I	B
Có thể cân nhắc sử dụng điểm vôi hóa mạch vành bằng chụp cắt lớp vi tính để điều chỉnh mức nguy cơ <sup>a</sup> khi đánh giá nguy cơ tim mạch ở các đối tượng không triệu chứng.	IIb	B
Có thể cân nhắc sử dụng siêu âm động mạch cảnh tim mảng xơ vữa để điều chỉnh mức nguy cơ <sup>a</sup> khi đánh giá nguy cơ tim mạch ở các đối tượng không triệu chứng.	IIb	B

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Có thể cân nhắc sử dụng chỉ số ABI để điều chỉnh mức nguy cơ <sup>a</sup> khi đánh giá nguy cơ tim mạch ở các đối tượng không triệu chứng.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
Ở người trưởng thành không triệu chứng có nguy cơ cao (có đái tháo đường, tiền sử gia đình nặng nề đối với ĐDMV, hoặc trước đây, các thăm dò đánh giá nguy cơ cho kết quả cao), có thể cân nhắc chụp cắt lớp vi tính động mạch vành hoặc các thăm dò chức năng để đánh giá nguy cơ tim mạch.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Ở người lớn không triệu chứng (bao gồm những người ít vận động đang cân nhắc bắt đầu một chương trình tập thể dục mạnh), có thể cân nhắc sử dụng nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ để đánh giá nguy cơ tim mạch, đặc biệt khi quan tâm đến yếu tố ngoài điện tâm đồ như khả năng gắng sức.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Không khuyến cáo siêu âm động mạch cảnh để đánh giá nguy cơ tim mạch.	<b>III</b>	<b>A</b>
Ở người lớn không triệu chứng, không có đái tháo đường và nguy cơ thấp, không chỉ định làm thêm các thăm dò chức năng hoặc chụp cắt lớp vi tính ĐMV để chẩn đoán.	<b>III</b>	<b>C</b>
Không khuyến cáo sử dụng thường quy các xét nghiệm về dấu ấn sinh học để phân tầng nguy cơ tim mạch.	<b>III</b>	<b>B</b>

<sup>a</sup> Khả năng thay đổi phân tầng nguy cơ tốt hơn ở nhóm nguy cơ thấp hoặc cao.

## 7. KHUYẾN CÁO VỀ QUẢN LÝ HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TRONG MỘT SỐ BỆNH CẢNH ĐẶC THÙ

### Tăng huyết áp

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến nhất và có liên quan chặt chẽ với HCMVM.

**Bảng 21. Khuyến cáo về điều trị tăng huyết áp trong hội chứng động mạch vành mạn**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo mục tiêu điều trị huyết áp tại phòng khám là: huyết áp tâm thu 120-130 mmHg nói chung và huyết áp tâm thu 130-140 mmHg ở bệnh nhân lớn tuổi (>65 tuổi).	I	A
Ở bệnh nhân THA mới bị NMCT, khuyến cáo sử dụng thuốc chẹn beta và ức chế hệ RAS.	I	A
Ở bệnh nhân đau thắt ngực có triệu chứng, khuyến cáo sử dụng thuốc chẹn beta và/hoặc chẹn kênh canxi.	I	A
Không khuyến cáo kết hợp thuốc ức chế men chuyển và ức chế thụ thể.	III	A

### Bệnh van tim

Khuyến cáo chụp động mạch vành để đánh giá BĐMV trước khi phẫu thuật van tim hoặc khi can thiệp van tim qua da theo kế hoạch, để xác định xem có cần phải tái thông mạch hay không.

**Bảng 22. Khuyến cáo về bệnh van tim trong hội chứng động mạch vành mạn**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo chụp ĐMV qua da trước phẫu thuật van tim và trong bất kì trường hợp nào sau đây: tiền sử BĐMV, nghi ngờ thiếu máu cục bộ cơ tim, rối loạn chức năng tâm thu thất trái, ở nam >40 tuổi và phụ nữ sau mãn kinh, hoặc có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch.	I	C
Khuyến cáo chụp ĐMV qua da để đánh giá hở van hai lá chức năng mức độ vừa-nhiều.	I	C
Nên cân nhắc chụp cắt lớp vi tính mạch vành để thay thế cho chụp ĐMV qua da trước khi can thiệp van tim ở bệnh nhân có bệnh van tim nặng và khả năng mắc BĐMV thấp.	IIa	C
Nên cân nhắc PCI ở bệnh nhân thay van động mạch chủ qua da có hẹp ĐMV >70% ở đoạn gần.	IIa	C
Khi có bệnh van tim nặng, không nên làm nghiệm pháp gắng sức thường quy để phát hiện BĐMV vì giá trị chẩn đoán thấp và tiềm ẩn nhiều nguy cơ.	III	C

### Sau ghép tim

Khuyến cáo chụp ĐMV qua da để đánh giá BĐMV cấy ghép và nên được thực hiện hàng năm trong 5 năm sau khi ghép tim.

### Ung thư

Sự xuất hiện của BĐMV ở bệnh nhân ung thư đang hoạt động ngày càng tăng do tác dụng phụ của liệu pháp điều trị ung thư (xạ trị vào lồng ngực/trung thất, hóa trị liệu độc với tim, hoặc liệu pháp miễn dịch) hoặc kết quả của các liệu pháp điều trị ung thư mở rộng ở người cao tuổi.

**Bảng 23. Khuyến cáo về ung thư đang hoạt động trong hội chứng động mạch vành mạn**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Quyết định điều trị nên dựa trên kỳ vọng sống, các bệnh đồng mắc như giảm tiểu cầu, tăng đông, và các tương tác tiềm ẩn giữa các loại thuốc được sử dụng trong quản lý HCMVM và thuốc chống ung thư.	I	C
Nếu chỉ định tái thông mạch vành ở bệnh nhân có triệu chứng và nguy cơ cao đang điều trị ung thư và già yếu, khuyến cáo áp dụng thủ thuật xâm lấn tối thiểu.	I	C

### Đái tháo đường

Đái tháo đường làm tăng nguy cơ mắc ĐBMV gấp hai lần và do đó, khuyến cáo kiểm soát các yếu tố nguy cơ để dự phòng bệnh tim mạch.

**Bảng 24. Khuyến cáo về đái tháo đường trong hội chứng động mạch vành mạn**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo kiểm soát các yếu tố nguy cơ (THA, LDL-C và HbA1C) theo đúng mục tiêu ở bệnh nhân tim mạch có ĐTĐ.	I	A
Ở bệnh nhân ĐTĐ không có triệu chứng, khuyến cáo định kì làm điện tâm đồ khi nghỉ để phát hiện bất thường dẫn truyền, rung nhĩ và NMCT thầm lặng.	I	C

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển ở bệnh nhân HCMVM có ĐTĐ để dự phòng biến cố.	I	B
Khuyến cáo sử dụng các thuốc ức chế đồng vận natri-glucose 2 là empagliflozin, canagliflozin, hoặc dapagliflozin cho bệnh nhân ĐTĐ và bệnh tim mạch.	I	A
Khuyến cáo sử dụng thuốc chủ vận thụ thể peptide-1 giống glucagon (liraglutide hoặc semaglutide) cho bệnh nhân ĐTĐ và bệnh tim mạch.	I	A
Ở người trưởng thành (>40 tuổi) có ĐTĐ và không có triệu chứng, có thể cân nhắc thăm dò hình ảnh chức năng hoặc chụp cắt lớp vi tính mạch vành để đánh giá sâu hơn về yếu tố nguy cơ tim mạch.	IIb	B

## Bệnh thận mạn

**Bảng 25. Khuyến cáo bệnh thận mạn trong hội chứng động mạch vành mạn**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo kiểm soát yếu tố nguy cơ đạt mục tiêu điều trị.	I	A
Khuyến cáo cần chú ý đặc biệt điều chỉnh đối với các thuốc đào thải qua thận trong điều trị HCMVM.	I	C

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo giảm thiểu việc sử dụng các chất cản quang có i-ốt ở bệnh nhân suy thận mạn mức độ nặng và vẫn có nước tiểu để dự phòng suy thận thêm.	I	B

## Người cao tuổi

**Bảng 26. Khuyến cáo về người cao tuổi trong hội chứng động mạch vành mạn**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Khuyến cáo đặc biệt chú ý đến các tác dụng phụ của thuốc, khả năng dung nạp và quá liều ở bệnh nhân cao tuổi.	I	C
Khuyến cáo sử dụng stent phủ thuốc ở bệnh nhân cao tuổi	I	A
Khuyến cáo sử dụng đường vào qua động mạch quay ở bệnh nhân cao tuổi để giảm biến chứng chảy máu tại vị trí chọc mạch.	I	B
Khuyến cáo quyết định thực hiện các thăm dò chẩn đoán và tái thông mạch vành dựa trên triệu chứng, mức độ thiếu máu cục bộ, mức độ già yếu, tuổi thọ và các bệnh đồng mắc.	I	C

## Giới tính

**Bảng 27. Khuyến cáo về vấn đề giới tính trong hội chứng động mạch vành mạn**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Không khuyến cáo liệu pháp hormon thay thế để giảm nguy cơ ở phụ nữ sau mãn kinh.	III	C

## Đau thắt ngực kháng trị

Tốt nhất là điều trị bệnh nhân đau thắt ngực kháng trị tại phòng khám chuyên sâu gồm nhiều chuyên ngành có kinh nghiệm trong việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất với bệnh nhân dựa trên chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây đau.

**Bảng 28. Khuyến cáo về các lựa chọn điều trị đau thắt ngực kháng trị**

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
Có thể cân nhắc sử dụng thiết bị bơm đối xung ngoài cơ thể để giảm triệu chứng ở bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị nội khoa tối ưu và chiến lược tái tưới máu.	IIb	B
Có thể cân nhắc sử dụng thiết bị thắt xoang vành để cải thiện triệu chứng ở bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị nội khoa tối ưu và chiến lược tái tưới máu.	IIb	B
Có thể cân nhắc sử dụng liệu pháp kích thích tủy sống để cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị nội khoa tối ưu và chiến lược tái tưới máu.	IIb	B
Không khuyến cáo tái thông mạch máu qua cơ tim ở bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị nội khoa tối ưu và chiến lược tái tưới máu.	III	A

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Knuuti J, Wijns W, et al; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020 Jan 14;41(3):407-477. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425. Erratum in: *Eur Heart J*. 2020 Nov 21;41(44):4242. PMID: 31504439.
2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484. Erratum in: *Eur Heart J*. 2022 Sep 09;: PMID: 34458905.
3. McDonagh TA, Metra M, et al; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021 Sep 21;42(36):3599-3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368. Erratum in: *Eur Heart J*. 2021 Oct 14;: PMID: 34447992.
4. Lawton JS, Tamis-Holland JE, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2022 Jan 18;79(2):e21-e129. doi: 10.1016/j.jacc.2021.09.006. Epub 2021 Dec 9. Erratum in: *J Am Coll Cardiol*. 2022 Apr 19;79(15):1547. PMID: 34895950.



**HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM**

**Tất cả nội dung trên khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam được xây dựng dựa trên cơ sở khoa học khách quan và không bị ảnh hưởng bởi bất cứ sự chi phối nào từ bên ngoài.**

*Hội Tim mạch học Việt Nam trân trọng cảm ơn các đơn vị, tổ chức sau đã hỗ trợ cho việc xây dựng và hoàn thành khuyến cáo này trong khuôn khổ quỹ hỗ trợ đào tạo không ràng buộc:*



**HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM**

Địa chỉ: 78 đường Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội

Tel: (84-24) 3 8688 488

Fax: (84-24) 3 8688 488

Email: [info@vnha.org.vn](mailto:info@vnha.org.vn)

Website: [www.vnha.org.vn](http://www.vnha.org.vn)



## **HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM**

Địa chỉ: 78 đường Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội

Tel: (84-24) 3 8688 488 Fax: (84-24) 3 8688 488

Email: [info@vnha.org.vn](mailto:info@vnha.org.vn) Website: [www.vnha.org.vn](http://www.vnha.org.vn)