



CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO VỀ QUẢN LÝ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN CỦA AHA/ACC 2023

TS. BS. Phan Tuấn Đạt

Viện Tim mạch Việt Nam

Bộ môn Tim mạch – Trường Đại học Y Hà Nội



American
Heart
Association.



2023 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Chronic Coronary Disease

Developed in Collaboration with and Endorsed by the American College of Clinical Pharmacy, American Society for Preventive Cardiology, National Lipid Association and Preventive Cardiovascular Nurses Association

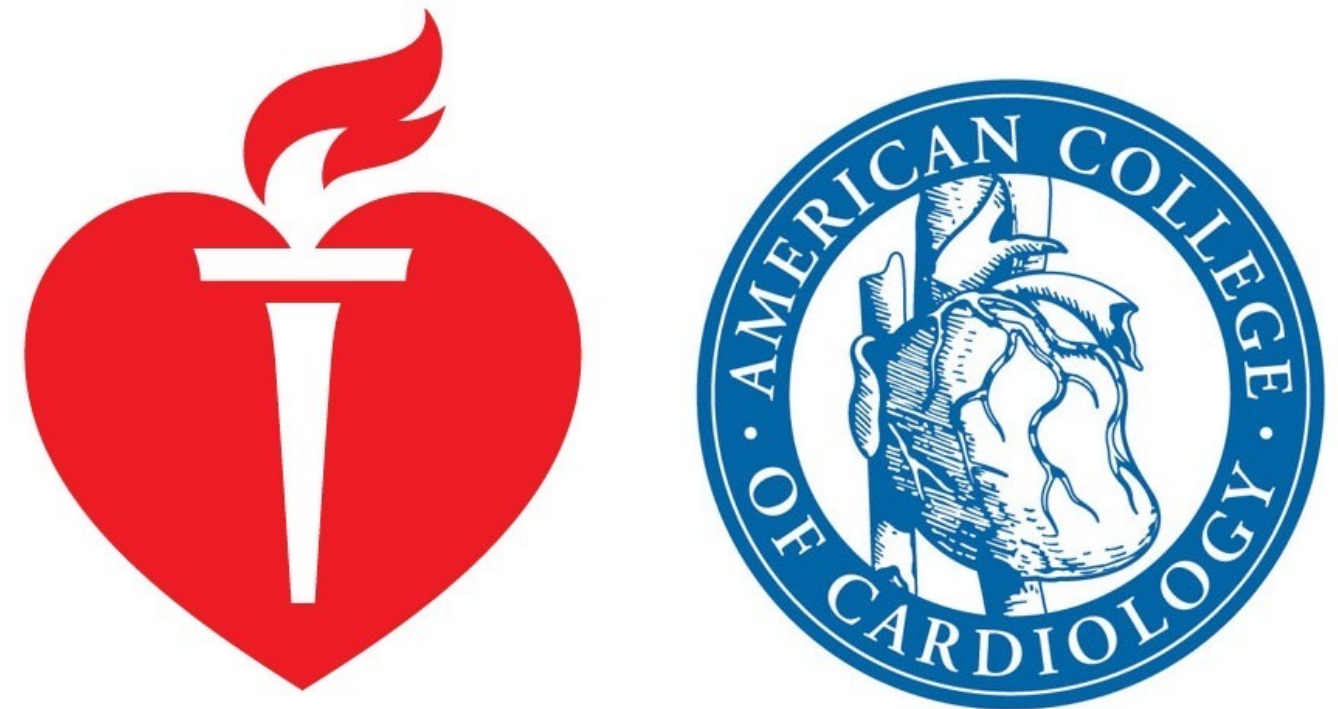
Endorsed by Society for Cardiovascular Angiography and Interventions

2019



Hội chứng mạch vành mạn

2023



Bệnh động mạch vành mạn



NEWS • Daily News

New Chronic Heart Disease Guidelines Update Roles of GDMT, Imaging, and Revascularization

(UPDATED) Many recommendations adhere to earlier guidance, but there is fresh advice for physicians treating chronic coronary disease.

by Michael O’Riordan | JULY 20, 2023

<https://www.tctmd.com/news/new-chronic-heart-disease-guidelines-update-roles-gdmt-imaging-and-revascularization>



William Boden, MD
Boston University School of Medicine/VA New
England Healthcare System, MA

One issue with the guideline, said Boden, is a seemingly small one: **nomenclature**. The new document shifts from stable ischemic heart disease to chronic coronary disease, which differs from the European Society of Cardiology's (ESC) terminology that preferences **chronic coronary syndrome**. Boden believes this is a **missed opportunity** for the ACC/AHA and ESC to harmonize their terms, and while that might be a small quibble, it potentially has larger implications.

"The reason I say that is that the words that we use—**coronary and disease—connote obstructive coronary disease**," Boden told TCTMD. "That has been in our vernacular for the better part of 35 or 40 years, and it underscores the fact that many people continue to believe that obstructive coronary disease has to be treated in a procedural fashion."

Chronic coronary syndrome, on the other hand, **would allow different conditions, particularly ischemia with nonobstructive coronary arteries (INOCA), to be emphasized a little more than they are currently** (the new guidelines do include recommendations on how to manage several special populations, including INOCA). Several studies in the last decade have demonstrated that only about 40% of patients with noninvasively documented ischemia who go to the cath lab have obstructive epicardial disease, said Boden.

He stressed, however, that this shouldn't detract from the "extraordinary" guideline, noting that **it isn't a criticism, but rather something he hopes future writing groups address**.



William Boden, MD
Boston University School of Medicine/VA New
England Healthcare System, MA



Chẩn đoán và phân tầng nguy cơ

Chẩn đoán và phân tầng nguy cơ

Các câu hỏi thường gặp trên lâm sàng?

- 1 Tất cả các bệnh nhân CCD nên được làm các thăm dò gắng sức và đánh giá sống còn cơ tim?
- 2 Nên lựa chọn phương pháp đánh giá chẩn đoán hình ảnh nào?
- 3 Nghiệm pháp điện tâm đồ gắng sức còn có vai trò gì nữa không?
- 4 Tất cả các bệnh nhân nên chụp MSCT ĐMV hoặc chụp ĐMV qua da để chẩn đoán rõ ràng bệnh ĐMV



Đánh giá chẩn đoán

Khuyến nghị đánh giá chẩn đoán		
Các nghiên cứu được tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung Dữ liệu Trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
1	B-NR	1. Ở những bệnh nhân bị CCD và THAY ĐỔI các triệu chứng hoặc khả năng chức năng vẫn tồn tại bất chấp GDMT, khuyến cáo chụp cắt lớp phát xạ positron gắng sức/phát xạ photon đơn, chụp tưới máu cơ tim (PET/SPECT, MPI), chụp cộng hưởng từ tim mạch (CMR) hoặc siêu âm tim gắng sức để phát hiện sự hiện diện và mức độ thiếu máu cục bộ cơ tim, ước tính nguy cơ biến cố tim mạch bất lợi chính (MACE), và hướng dẫn ra quyết định điều trị.*

*Modified from the recommendations in the 2021 AHA/ACC/Multisociety Chest Pain Guideline

Đánh giá chẩn đoán

1	B-R	2. Ở những bệnh nhân bị CCD và thay đổi các triệu chứng hoặc khả năng chức năng vẫn tồn tại bất chấp GDMT, khuyến cáo chụp động mạch vành xâm lấn (ICA) để hướng dẫn ra quyết định điều trị với mục tiêu cải thiện các triệu chứng đau thắt ngực.*
2a	B-R	3. Ở những bệnh nhân bị CCD và thay đổi các triệu chứng hoặc khả năng chức năng vẫn tồn tại mặc dù GDMT, khi được chọn để MPI hạt nhân nghỉ ngơi / gắng sức, PET là hợp lý ưu tiên cho SPECT, nếu có, để cải thiện độ chính xác chẩn đoán và giảm tỷ lệ kết quả xét nghiệm không chẩn đoán. *
2a	B-NR	4. Ở những bệnh nhân bị CCD và thay đổi các triệu chứng hoặc khả năng chức năng vẫn tồn tại bất chấp GDMT, nghiệm pháp thử chạy gắng sức có thể hữu ích để xác định xem các triệu chứng có phù hợp với đau thắt ngực hay không, đánh giá mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng, đánh giá năng lực chức năng và hướng dẫn điều trị.*

*Modified from the recommendations in the 2021 AHA/ACC/Multisociety Chest Pain Guideline

Đánh giá chẩn đoán

2a	B-NR	5. Ở những bệnh nhân CCD trải qua PET MPI gắng sức hoặc hình ảnh CMR gắng sức, việc bổ sung dự trữ lưu lượng máu cơ tim (MBFR) có thể hữu ích để cải thiện độ chính xác chẩn đoán và tăng cường phân tầng nguy cơ.*
2a	B-NR	6. Ở những bệnh nhân bị CCD và thay đổi các triệu chứng hoặc khả năng chức năng vẫn tồn tại bất chấp GDMT, và những người đã tái tưới máu mạch vành trước đó, chụp CT mạch vành (CCTA) là hợp lý để đánh giá cầu nối hoặc độ thông thoáng của stent (đối với stent ≥ 3 mm).*

*Modified from the recommendations in the 2021 AHA/ACC/Multisociety Chest Pain Guideline

Phân tầng nguy cơ và mối quan hệ với lựa chọn điều trị

Khuyến nghị phân tầng rủi ro và mối quan hệ với lựa chọn điều trị		
Các nghiên cứu được tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
Phân tầng nguy cơ và tiên lượng		
1	B-NR	1. Ở bệnh nhân CCD, khuyến cáo nên phân tầng nguy cơ kết hợp tất cả các thông tin có sẵn, bao gồm kết quả xét nghiệm chẩn đoán tim mạch không xâm lấn, xâm lấn hoặc cả hai kết quả xét nghiệm chẩn đoán tim mạch hoặc sử dụng điểm nguy cơ đã được xác nhận để phân loại bệnh nhân có nguy cơ tử vong thấp (< 1%), trung bình (1%-3%) hoặc cao (>3%) do tim mạch hoặc nhồi máu cơ tim không gây tử vong hàng năm.

Phân tầng nguy cơ và mối quan hệ với lựa chọn điều trị

1	A	2. Ở bệnh nhân CCD, nên tối ưu hóa GDMT để giảm MACE.*
1	A	3. Ở những bệnh nhân bị CCD có chức năng tâm thu thất trái mới giảm, suy tim lâm sàng hoặc cả hai, ICA được khuyến cáo để đánh giá giải phẫu mạch vành và hướng dẫn tái tưới máu tiềm năng.
3: No benefit	A	4. Ở bệnh nhân CCD, ICA để phân tầng nguy cơ không được khuyến cáo thường quy ở những bệnh nhân không bị rối loạn chức năng tâm thu thất trái, suy tim, đau ngực ổn định kháng trị GDMT và/hoặc xét nghiệm không xâm lấn gợi ý tổn thương thân chung động mạch vành trái đáng kể (>50%).

*Modified from the 2021 AHA/ACC/Multisociety Chest Pain Guideline

Chẩn đoán và phân tầng nguy cơ

Các câu hỏi thường gặp trên lâm sàng?

- 1 Tất cả các bệnh nhân CCD nên được làm các thăm dò gắng sức và đánh giá sống còn cơ tim? → Thay đổi triệu chứng hoặc khả năng gắng sức mặc dù đã GDMT
- 2 Nên lựa chọn phương pháp đánh giá chẩn đoán hình ảnh nào? → PET/SPECT MPI, CMR, thăm chạy MSCT, chụp ĐMV qua da
- 3 Nghiệm pháp điện tâm đồ gắng sức còn có vai trò gì nữa không? → Mức bằng chứng: 2a - B
- 4 Tất cả các bệnh nhân nên chụp MSCT ĐMV ? → MSCT ĐMV đánh giá cầu nối Hoặc sự thông thoáng của stent (≥ 3 mm)



Các biện pháp điều trị không dùng thuốc



Chẩn đoán và phân tầng nguy cơ

Các câu hỏi thường gặp trên lâm sàng?

- 1 Có chế độ ăn nào giúp cải thiện được tiên lượng tim mạch
- 2 BN có nên sử dụng thuốc lá điện tử để từ đó giúp cai thuốc lá dễ dàng hơn không?
- 3 BN CCD, Uống rượu mức độ vừa phải có thực sự tốt cho tim mạch?



Dinh dưỡng, thực phẩm bổ sung

Các khuyến nghị về dinh dưỡng, bao gồm các chất bổ sung Các nghiên cứu được tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
Khuyến nghị		
COR	LOE	Dinh dưỡng
1	B-R	1. Ở những bệnh nhân bị CCD, một chế độ ăn uống tập trung vào rau, trái cây, các loại đậu, các loại hạt, ngũ cốc nguyên hạt và thịt nạc được khuyến nghị để giảm nguy cơ biến cố CVD. *
2a	B-NR	2. Ở bệnh nhân CCD, giảm tỷ lệ calo từ chất béo bão hòa (<6% tổng lượng calo) và thay thế bằng chất béo không bão hòa đơn và không bão hòa đa trong chế độ ăn uống, carbohydrate phức tạp và chất xơ có thể có lợi để giảm nguy cơ biến cố CVD. *
2a	B-NR	3. Ở những bệnh nhân bị CCD, giảm thiếu natri (<2.300 mg/ngày; tối ưu 1.500 mg/ngày) và giảm thiếu thịt chế biến (ví dụ: thịt xông khói, xúc xích) có thể có lợi để giảm nguy cơ biến cố CVD. *

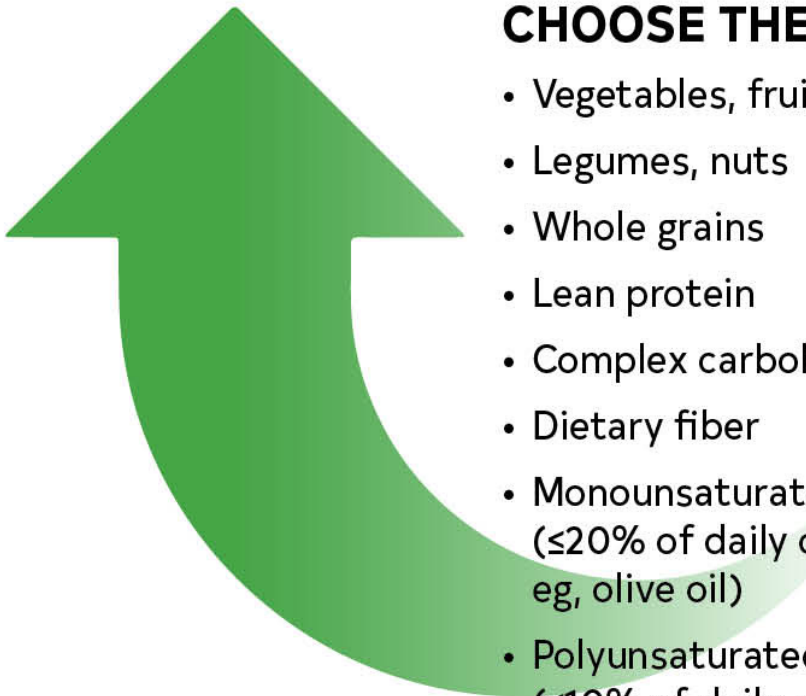
*Modified from the 2019 ACC/AHA Primary Prevention of CVD Guideline

Dinh dưỡng, thực phẩm bổ sung

2a	B-NR	4. Ở bệnh nhân CCD, hạn chế carbohydrate tinh chế (ví dụ: chứa <25% ngũ cốc nguyên hạt theo trọng lượng, bao gồm ngũ cốc ăn sáng lạnh tinh chế, bánh mì trắng, gạo trắng) và đồ uống có đường (ví dụ: nước ngọt, nước tăng lực, nước trái cây có thêm đường) có thể có lợi để giảm nguy cơ biến cố CVD. *
3: Harm	B-NR	5. Ở những bệnh nhân bị CCD, nên tránh ăn chất béo chuyển hóa vì chất béo chuyển hóa có liên quan đến việc tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. *
		Bổ sung dinh dưỡng
3: No Benefit	B-NR	6. Ở bệnh nhân CCD, việc sử dụng các chất bổ sung chế độ ăn uống hoặc không kê đơn, bao gồm axit béo omega-3, vitamin C, D, E, beta-carotene và canxi , không có lợi để giảm nguy cơ biến cố CVD cấp tính.

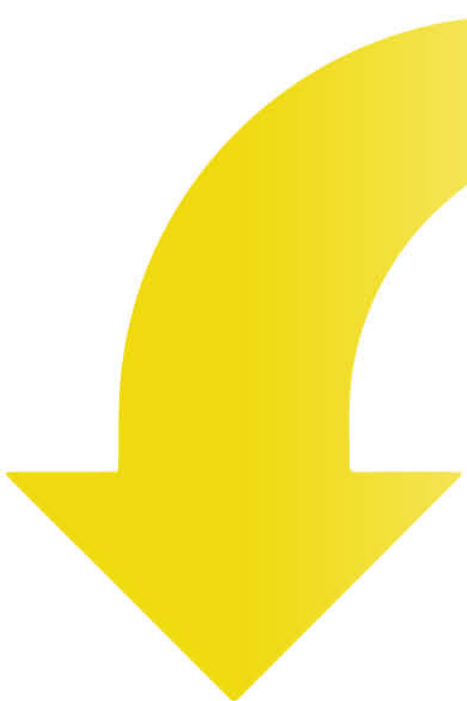
*Modified from the 2019 ACC/AHA Primary Prevention of CVD Guideline

Hình 7. Khuyến nghị về Dinh dưỡng



CHOOSE THESE

- Vegetables, fruit
- Legumes, nuts
- Whole grains
- Lean protein
- Complex carbohydrates
- Dietary fiber
- Monounsaturated fat ($\leq 20\%$ of daily calories; eg, olive oil)
- Polyunsaturated fat ($\leq 10\%$ of daily calories; eg, salmon)



INSTEAD OF THESE

- Saturated fat ($\leq 6\%$ of daily calories)
- Dietary sodium (1500– <2300 mg/day)
- Processed meat (eg, cured hot dogs)
- Refined carbohydrates (eg, white rice)
- Sugar-sweetened beverages (eg, sugar-added soft drinks, fruit drinks)
- Alcoholic beverages



AVOID *TRANS* FAT

- Baked goods
- Fried foods with hydrogenated oil/shortening

Khuyến nghị cho các sản phẩm thuốc lá		
Các nghiên cứu tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bỏ sung Dữ liệu Trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
1	A	1. Ở những bệnh nhân bị CCD, việc sử dụng thuốc lá nên được đánh giá tại MỖI LẦN thăm khám để tạo điều kiện xác định những người có thể được hưởng lợi từ các can thiệp hành vi hoặc được lý. *
1	A	2. Bệnh nhân CCD thường xuyên hút thuốc lá nên được khuyến nên bỏ thuốc lá mỗi lần khám.*
1	A	3. Ở những bệnh nhân CCD thường xuyên hút thuốc lá, các can thiệp hành vi được khuyến nghị để tối đa hóa tỷ lệ cai thuốc kết hợp với liệu pháp được lý, bao gồm bupropion, varenicline hoặc kết hợp liệu pháp thay thế nicotine tác dụng dài và ngắn (NRT).

Thuốc lá

2b	B-R	4. Ở những bệnh nhân CCD thường xuyên hút thuốc lá, varenicline có thể được xem xét so với bupropion hoặc NRT để tăng tỷ lệ cai thuốc.
2b	B-R	5. Ở những bệnh nhân CCD thường xuyên hút thuốc lá, việc sử dụng ngắn hạn thuốc lá điện tử có chứa nicotine có thể được xem xét để hỗ trợ cai thuốc lá, mặc dù nguy cơ sử dụng lâu dài và an toàn lâu dài chưa biết có thể lớn hơn lợi ích hay không.
3: Harm	B-NR	6. Bệnh nhân CCD nên tránh tiếp xúc với khói thuốc thụ động để giảm nguy cơ biến cố tim mạch.*

*Modified from the 2019 AHA/ACC Primary Prevention of CVD Guideline

Sử dụng rượu và chất gây nghiện

Các khuyến nghị về sử dụng rượu và chất gây nghiện Các nghiên cứu được tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
1	C-LD	1. Bệnh nhân CCD nên được hỏi và tư vấn thường xuyên về việc sử dụng chất gây nghiện để giảm các biến cố ASCVD.
2a	B-NR	2. Ở những bệnh nhân CCD uống rượu, nên hạn chế uống rượu (≤ 1 đơn vị/ngày đối với nữ, ≤ 2 đơn vị/ngày đối với nam) để giảm tử vong do tim mạch và mọi nguyên nhân.
3: No Benefit	B-NR	3. Bệnh nhân CCD không nên được khuyến dùng rượu cho mục đích bảo vệ tim mạch.

Chẩn đoán và phân tầng nguy cơ

Các câu hỏi thường gặp trên lâm sàng?

- 1 Có chế độ ăn nào giúp cải thiện được tiên lượng tim mạch → Chế độ ăn Địa Trung Hải
- 2 BN có nên sử dụng thuốc lá điện tử để từ đó giúp cai thuốc lá dễ dàng hơn không? → Có thể cân nhắc
- 3 Uống rượu mức độ vừa phải có thực sự tốt cho tim mạch? → Uống rượu mức độ ít đến vừa có thể có tác dụng tốt tới tim mạch. Tuy nhiên không nên khuyến khích





**Các mục
tiêu khác:
cân nặng,
tập luyện,...**

Các mục tiêu cụ thể khác

Các câu hỏi thường gặp trên lâm sàng?

- 1 Liệu pháp giảm cân cho những BN CCD khó có khả năng tập thể lực?
- 2 Khuyến khích tập thể lực ra sao với những BN lười vận động, lối sống tĩnh tại?
- 3 Ảnh hưởng của ô nhiễm không khí tới CCD?



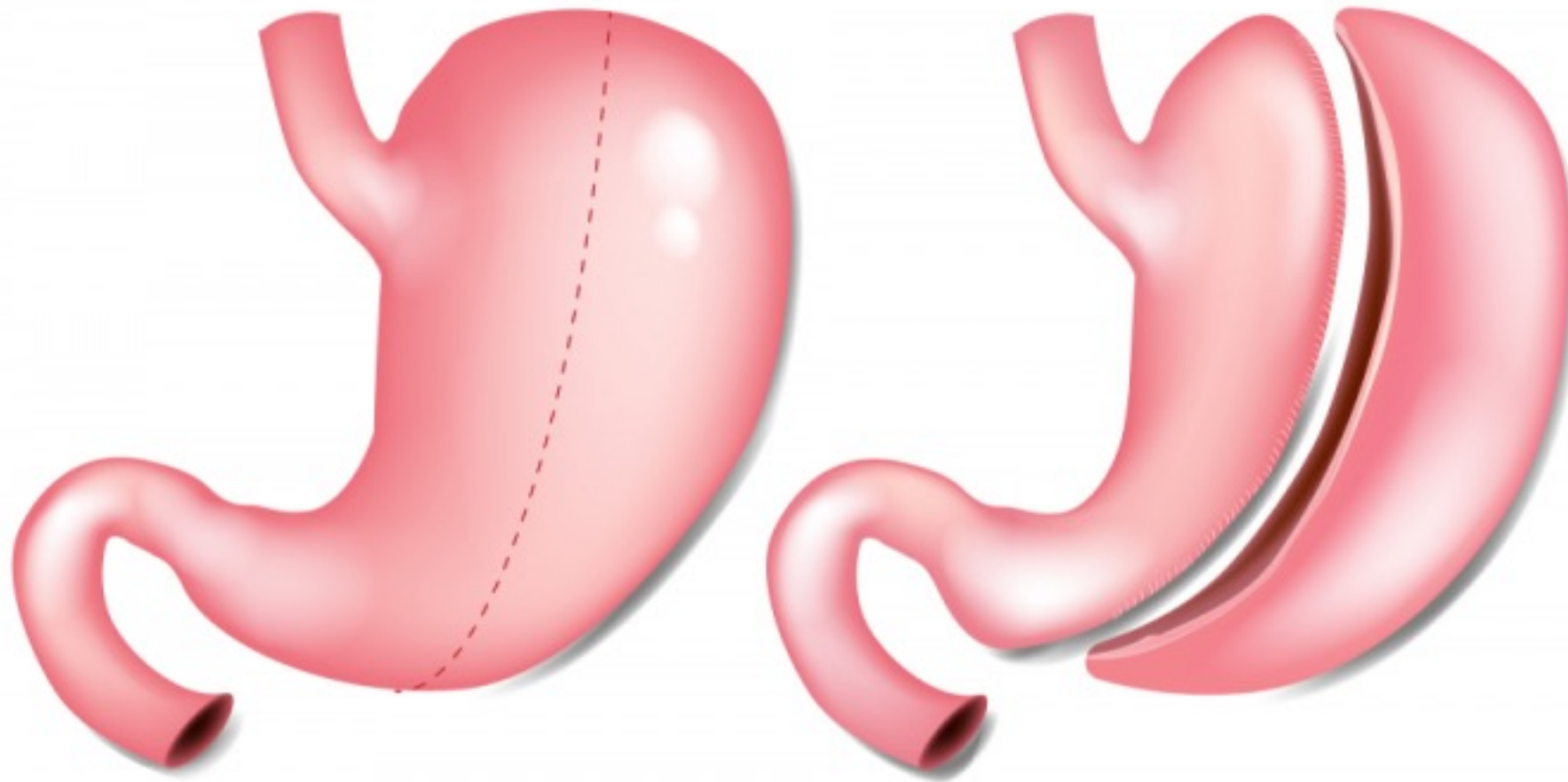
Quản lý cân nặng

Khuyến nghị về quản lý cân nặng Các nghiên cứu tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
1	C-EO	1. Ở bệnh nhân CCD, khuyến cáo đánh giá BMI có hoặc không có chu vi vòng eo trong quá trình theo dõi lâm sàng thường quy.
1	B-NR	2. Bệnh nhân CCD và thừa cân hoặc béo phì nên được tư vấn về chế độ ăn uống, lối sống và mục tiêu giảm cân.
2a	B-R	3. Đối với bệnh nhân CCD và thừa cân hoặc béo phì mà liệu pháp được lý được đảm bảo để giảm cân hơn nữa, thuốc đồng vận GLP-1 có thể có lợi ngoài việc tư vấn chế độ ăn uống và hoạt động thể chất, và chọn semaglutide thay vì liraglutide là hợp lý.

Quản lý cân nặng

2a	B-NR	4. Ở những bệnh nhân bị CCD và béo phì nặng chưa đạt được mục tiêu giảm cân bằng lối sống và dùng thuốc, và những NB có nguy cơ phẫu thuật chấp nhận được, việc giới thiệu để xem xét một thủ thuật giảm cân là hợp lý để giảm cân và giảm yếu tố nguy cơ tim mạch.
3: Harm	B-R	5. Ở những bệnh nhân bị CCD, sử dụng thuốc giảm cân giao cảm có khả năng gây hại.

Phẫu thuật cắt dạ dày giảm cân



Phục hồi chức năng tim mạch

	Khuyến nghị phục hồi chức năng tim mạch Các nghiên cứu được tham khảo hỗ trợ khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.	
COR	LOE	Khuyến nghị
1	A*	1. Tất cả bệnh nhân bị CCD và chỉ định thích hợp nên được giới thiệu đến một chương trình phục hồi chức năng tim để cải thiện kết quả.
	B-R†	
	C-LD‡	
*Sau nhồi máu cơ tim, PCI hoặc CABG.1-5 gần đây †Với đau thắt ngực ổn định2,3,6,7 hoặc sau khi ghép tim.8-13 ‡Sau biến cố bóc tách động mạch vành tự phát gần đây.14-17		

Hoạt động thể chất

Khuyến nghị cho hoạt động thể chất		
Các nghiên cứu được tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
1	A	1. Đối với bệnh nhân CCD không có chống chỉ định, nên có chế độ tập thể dục, bao gồm ≥ 150 phút/tuần hoạt động aerobic cường độ vừa phải hoặc ≥ 75 phút/tuần hoạt động aerobic cường độ cao hơn để cải thiện năng lực chức năng và QOL, và để giảm tỷ lệ nhập viện và tử vong.

Hoạt động thể chất

1	B-R	2. Đối với bệnh nhân CCD không có chống chỉ định, các bài tập rèn luyện sức đề kháng (sức mạnh) được khuyến nghị vào ≥ 2 ngày/tuần để cải thiện sức mạnh cơ bắp, năng lực chức năng và kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch.
2a	B-NR	3. Đối với bệnh nhân CCD không có chống chỉ định, các hoạt động lối sống cường độ thấp hơn (ví dụ:, đi bộ nghỉ ngơi tại nơi làm việc) để giảm hành vi ít vận động (ví dụ, thời gian ngồi) là hợp lý để cải thiện năng lực chức năng và giảm nguy cơ tim mạch, đặc biệt là ở những người có mức độ thấp của thời gian giải trí hoạt động thể chất.

Regular Movement, even in small amounts,
leads to **Significant Health Benefits** in
patients with **Chronic Coronary Disease**.

 **Don't**



 **Do**

Walk
your dog



Take
the stairs



Move
and meet



ABOUT
10%

reduction in mortality
and cardiovascular disease
when individuals increase
their daily step count by 1000,
according to research.

Phơi nhiễm môi trường

Khuyến nghị về phơi nhiễm môi trường Các nghiên cứu được tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
2a	B-NR	1. Ở bệnh nhân CCD, giảm thiểu tiếp xúc với ô nhiễm không khí xung quanh là hợp lý để giảm nguy cơ biến cố tim mạch.
2b	B-NR	2. Ở bệnh nhân CCD, giảm thiểu phơi nhiễm liên quan đến khí hậu (ví dụ: nhiệt độ khắc nghiệt, khói cháy rừng) có thể hợp lý để giảm nguy cơ biến cố tim mạch.

Các mục tiêu cụ thể khác

Các câu hỏi thường gặp trên lâm sàng?

- 1** Liệu pháp giảm cân cho những BN CCD khó có khả năng tập thể lực? → Thuốc đồng vận GLP1, phẫu thuật dạ dày
- 2** Khuyến khích tập thể lực ra sao với những BN lười vận động? → Tập luyện với cường độ thấp cũng có lợi cho tim mạch
- 3** Ảnh hưởng của ô nhiễm không khí tới CCD? → Tránh ô nhiễm không khí



Các điều trị dùng thuốc



Các điều trị dùng thuốc

Các câu hỏi thường gặp trên lâm sàng?

- 1 Có nên rút ngắn thời gian dùng DAPT?
- 2 Thời gian dùng DAPT thay đổi ra sao với loại stent được dùng?
- 3 Có nên dùng chẹn beta giao cảm kéo dài sau PCI?
- 4 Có nên kê thuốc generic cho BN CCD?
- 5 Vai trò các thuốc non - statin



Điều trị kháng tiểu cầu và thuốc chống đông đường uống (OAC)

Các khuyến nghị cho liệu pháp kháng tiểu cầu và OAC Các nghiên cứu được tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
Điều trị kháng tiểu cầu mà không cần OAC		
1	A	1. Ở những bệnh nhân bị CCD và không có chỉ định điều trị OAC, khuyến cáo dùng aspirin liều thấp 81 mg (75-100 mg) để giảm các biến cố xơ vữa động mạch.*
1	A	2. Ở những bệnh nhân CCD được điều trị bằng PCI, liệu pháp kháng tiểu cầu kép (DAPT) bao gồm aspirin và clopidogrel trong 6 tháng sau PCI , sau đó là liệu pháp kháng tiểu cầu đơn (SAPT) được chỉ định để giảm MACE và các biến cố chảy máu.*
2a	A	3. Ở một số bệnh nhân bị CCD được can thiệp với stent loại bọc thuốc (DES) đã hoàn thành liệu trình DAPT từ 1 đến 3 tháng , đơn trị liệu ức chế P2Y ₁₂ trong ít nhất 12 tháng là hợp lý để giảm nguy cơ chảy máu.

*Modified from the 2016 ACC/AHA Focused Update on DAPT

Điều trị kháng tiểu cầu và thuốc chống đông đường uống (OAC)

2b	A	4. Ở những bệnh nhân CCD đã bị nhồi máu cơ tim trước đó và có nguy cơ chảy máu thấp, DAPT kéo dài quá 12 tháng trong thời gian lên đến 3 năm có thể hợp lý để giảm MACE.*
2b	B-R	5. Ở những bệnh nhân bị CCD và tiền sử nhồi máu cơ tim trước đây mà không có tiền sử đột quỵ, CTMCBTQ hoặc ICH, vorapaxar có thể được thêm vào liệu pháp aspirin để giảm MACE.
2b	B-R	6. Ở bệnh nhân CCD, việc sử dụng DAPT sau CABG có thể hữu ích để giảm tỷ lệ tắc cầu nối tĩnh mạch hiển.
3: No benefit	A	7. Ở những bệnh nhân bị CCD không có ACS gần đây hoặc chỉ định liên quan đến PCI cho DAPT, việc bổ sung clopidogrel vào liệu pháp aspirin không hữu ích để giảm MACE.
3: Harm	A	8. Ở những bệnh nhân bị CCD và đột quỵ trước đó, TIA, hoặc ICH, không nên thêm vorapaxar vào DAPT vì tăng nguy cơ chảy máu nặng và ICH.

*Modified from the 2016 ACC/AHA Focused Update on DAPT

3: Harm	B-R	9. Ở những bệnh nhân bị CCD và đột quỵ trước đó, TIA, hoặc ICH, prasugrel không nên được sử dụng vì nguy cơ chảy máu đáng kể hoặc gây tử vong.
3: Harm	B-R	10. Ở bệnh nhân CCD, không nên sử dụng thuốc chống viêm không steroid mạn tính vì tăng biến chứng tim mạch và chảy máu.*
		Điều trị kháng tiểu cầu với OAC trực tiếp (DOAC)
1	B-R	11. Ở những bệnh nhân CCD đã trải qua PCI tự chọn và cần điều trị bằng thuốc chống đông đường uống, DAPT trong 1 đến 4 tuần sau đó chỉ dùng clopidogrel trong 6 tháng ngoài DOAC.†
2a	B-R	12. Ở những bệnh nhân CCD đã trải qua PCI và cần điều trị bằng thuốc chống đông đường uống, tiếp tục dùng aspirin cùng clopidogrel trong tối đa 1 tháng là hợp lý nếu bệnh nhân có nguy cơ huyết khối cao và nguy cơ chảy máu thấp.*

*Modified from the 2016 ACC/AHA Focused Update on DAPT; †Modified from the 2021 ACC/AHA/SCAI Coronary Revascularization Guideline

Điều trị kháng tiểu cầu và thuốc chống đông đường uống (OAC)

2b	B-R	13. Ở những bệnh nhân CCD cần chống đông đường uống và có nguy cơ xơ vữa động mạch thấp, có thể cân nhắc ngừng điều trị aspirin chỉ với việc tiếp tục DOAC đơn thuần 1 năm để giảm nguy cơ chảy máu.*
2b	C-LD	14. Ở những bệnh nhân bị CCD cần chống đông đường uống, có thể cân nhắc đơn trị liệu DOAC nếu không có chỉ định cấp tính cho liệu pháp kháng tiểu cầu đồng thời.

*Modified from the 2016 ACC/AHA Focused Update on DAPT

Điều trị kháng tiểu cầu và thuốc chống đông đường uống (OAC)

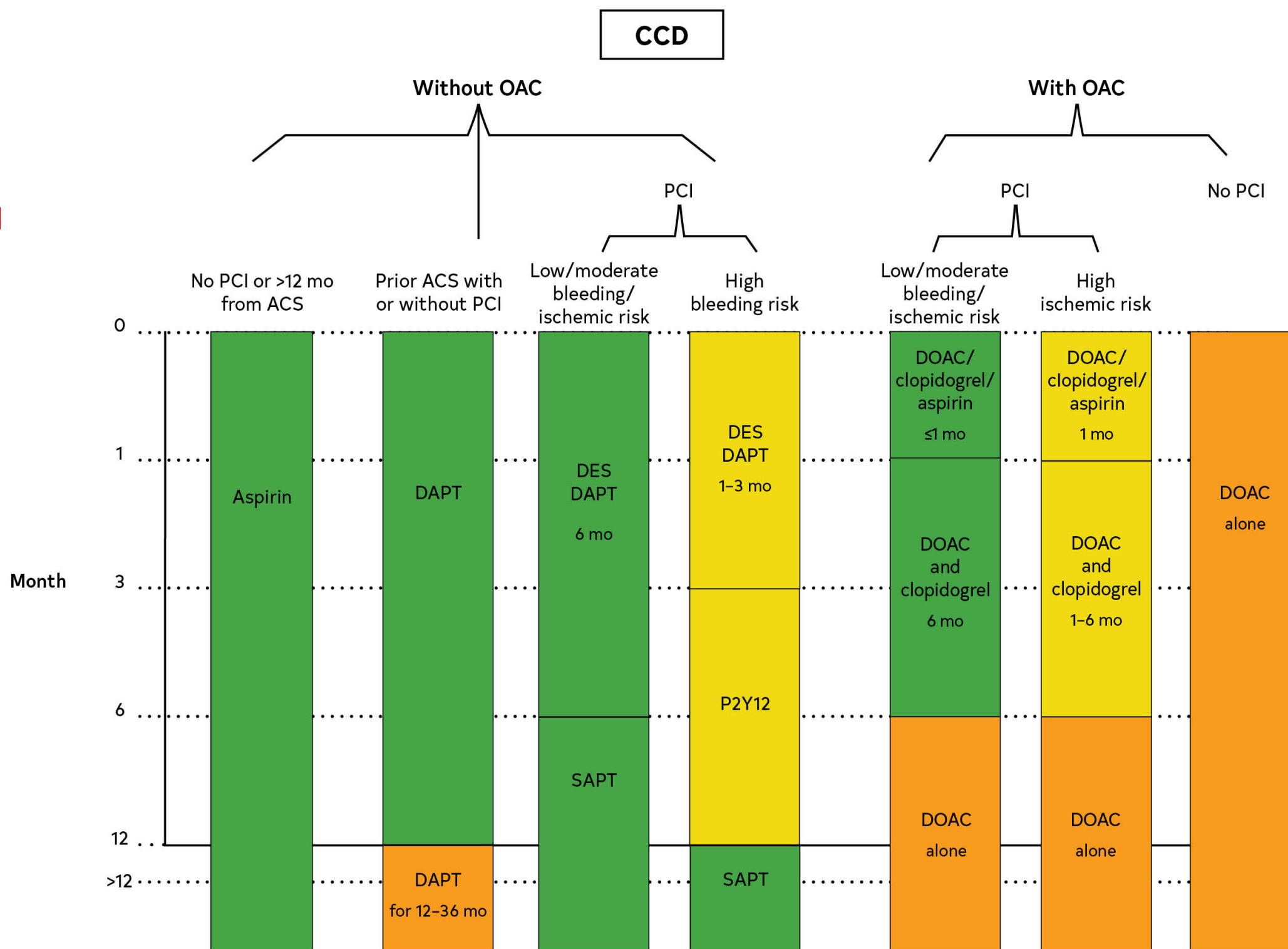
Điều trị kháng tiểu cầu và DOAC liều thấp		
2a	B-R	15. Ở những bệnh nhân bị CCD không có chỉ định điều trị DOAC hoặc DAPT và có nguy cơ cao bị các biến cố thiếu máu cục bộ tái phát nhưng nguy cơ chảy máu từ thấp đến trung bình, việc bổ sung rivaroxaban liều thấp 2,5 mg hai lần mỗi ngày vào aspirin 81 mg mỗi ngày là hợp lý để giảm nguy cơ mắc MACE lâu dài.
DAPT và chất ức chế bơm proton (PPI)		
2a	B-R	16. Ở những bệnh nhân bị CCD trên DAPT, việc sử dụng PPI có thể có hiệu quả trong việc giảm nguy cơ xuất huyết tiêu hóa. *

*Modified from the 2016 ACC/AHA Focused Update on DAPT

Thời gian điều trị kháng tiểu cầu được khuyến cáo

ACS indicates acute coronary syndrome; ASA, aspirin; CCD, chronic coronary disease; DAPT, dual antiplatelet therapy; DES, drug-eluting stent; DOAC, direct oral anticoagulants; MI, myocardial infarction; OAC, oral anticoagulants; PCI, percutaneous coronary intervention; SAPT, single antiplatelet therapy.

*Colors correspond to Class of Recommendation in Table 3



Thuốc chẹn beta

Khuyến nghị cho Beta Blockers Các nghiên cứu tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
1	A	1. Ở những bệnh nhân CCD và LVEF $\leq 40\%$ có hoặc không có nhồi máu cơ tim trước đó, khuyến cáo sử dụng liệu pháp chẹn beta để giảm nguy cơ MACE trong tương lai, bao gồm tử vong do tim mạch.
1	A	2. Ở những bệnh nhân CCD và LVEF $< 50\%$, khuyến cáo sử dụng metoprolol succinate, carvedilol hoặc bisoprolol phóng thích bền vững với chuẩn độ đến liều đích

*Modified from the 2022 AHA/ACC/HFSA Heart Failure Guideline

Thuốc chẹn beta

2b	B-NR	3. Ở những bệnh nhân bị CCD đã bắt đầu điều trị bằng thuốc chẹn beta cho nhồi máu cơ tim trước đó mà không có tiền sử hoặc hiện tại LVEF $\leq 50\%$, đau thắt ngực, rối loạn nhịp tim hoặc tăng huyết áp không kiểm soát được, có thể đánh giá lại chỉ định sử dụng liệu pháp chẹn beta lâu dài (>1 năm) để giảm MACE.
3: No Benefit	B-NR	4. Ở những bệnh nhân bị CCD không có nhồi máu cơ tim hoặc LVEF trước đó $\leq 50\%$, việc sử dụng liệu pháp chẹn beta không có lợi trong việc giảm MACE, trong trường hợp không có chỉ định chính khác cho liệu pháp chẹn beta.[†]

[†]Adapted from the 2021 ACC/AHA/SCAI Coronary Revascularization Guideline

Colchicine

Khuyến nghị cho Colchicine Các nghiên cứu tham khảo hỗ trợ khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
2b	B-R	1. Ở bệnh nhân CCD, có thể cân nhắc bổ sung colchicine để phòng ngừa thứ phát để giảm các biến cố ASCVD tái phát.

Tiêm chủng

Khuyến nghị về tiêm chủng Các nghiên cứu tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung Dữ liệu Trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
1	A	1. Ở những bệnh nhân mắc CCD, nên tiêm vắc-xin cúm hàng năm để giảm tỷ lệ mắc bệnh tim mạch, tử vong do tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân.
1	C-EO	2. Ở bệnh nhân CCD, nên tiêm vắc-xin bệnh vi-rút corona 2019 (COVID-19) theo hướng dẫn y tế công cộng để giảm các biến chứng COVID-19.
2a	B-NR	3. Ở bệnh nhân CCD, vắc-xin phế cầu khuẩn là hợp lý để giảm tỷ lệ mắc bệnh tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân.

Điều trị nội khoa để giảm đau thắt ngực

Khuyến nghị cho liệu pháp y tế để giảm đau thắt ngực Các nghiên cứu được tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
1	B-R	1. Ở những bệnh nhân bị CCD và đau thắt ngực, khuyến cáo điều trị chống đau thắt ngực bằng thuốc chẹn beta, CCB hoặc nitrat tác dụng kéo dài để giảm đau thắt ngực hoặc các triệu chứng tương đương.*
1	B-R	2. Ở những bệnh nhân CCD và đau thắt ngực vẫn còn triệu chứng sau khi điều trị ban đầu, nên bổ sung thuốc chống đau thắt ngực thứ hai từ một nhóm điều trị khác (thuốc chẹn beta, CCB, nitrat tác dụng kéo dài) để giảm đau thắt ngực hoặc các triệu chứng tương đương.*

*Modified from the ACC/AHA/Multisociety 2012 SIHD Guideline

Điều trị nội khoa để giảm đau thắt ngực

1	B-R	3. Ở những bệnh nhân bị CCD, ranolazine được khuyến cáo ở những bệnh nhân vẫn có triệu chứng mặc dù đã điều trị bằng thuốc chẹn beta, CCB hoặc liệu pháp nitrat tác dụng kéo dài. *
1	B-NR	4. Ở những bệnh nhân bị CCD, khuyến cáo sử dụng nitroglycerin ngậm dưới lưỡi hoặc thuốc xịt nitroglycerin để giảm đau thắt ngực trong thời gian ngắn ngay lập tức hoặc các triệu chứng tương đương.*
3: Harm	B-R	5. Ở những bệnh nhân có CCD và chức năng thất trái bình thường, việc bổ sung ivabradine vào liệu pháp chống đau thắt ngực tiêu chuẩn có khả năng gây hại.*

*Modified from the ACC/AHA 2012 SIHD Guideline

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

SEPTEMBER 18, 2014

VOL. 371 NO. 12

Ivabradine in Stable Coronary Artery Disease without Clinical Heart Failure

Kim Fox, M.D., Ian Ford, Ph.D., Philippe Gabriel Steg, M.D., Jean-Claude Tardif, M.D., Michal Tendera, M.D.,
and Roberto Ferrari, M.D., for the SIGNIFY Investigators*

ABSTRACT

BACKGROUND

An elevated heart rate is an established marker of cardiovascular risk. Previous analyses have suggested that ivabradine, a heart-rate-reducing agent, may improve outcomes in patients with stable coronary artery disease, left ventricular dysfunction, and a heart rate of 70 beats per minute or more.

METHODS

We conducted a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of ivabradine, added to standard background therapy, in 19,102 patients who had both stable coronary artery disease without clinical heart failure and a heart rate of 70 beats per minute or more (including 12,049 patients with activity-limiting angina [class $\geq$ II on the Canadian Cardiovascular Society scale, which ranges from I to IV, with higher classes indicating greater limitations on physical activity owing to angina]). We randomly assigned patients to placebo or ivabradine, at a dose of up to 10 mg twice daily, with the dose adjusted to achieve a target heart rate of 55 to 60 beats per minute. The primary end point was a composite of death from cardiovascular causes or nonfatal myocardial infarction.

From the National Heart and Lung Institute, Imperial College, Institute of Cardiovascular Medicine and Science, Royal Brompton Hospital, London (K.F., P.G.S.), and the Robertson Centre for Biostatistics, University of Glasgow, Glasgow (I.F.) — both in the United Kingdom; Département Hospitalo-Universitaire Fibrosis Inflammation Remodeling, Hôpital Bichat, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, INSERM Unité 1148, and Université Paris-Diderot, Sorbonne Paris Cité — all in Paris (P.G.S.); the Montreal Heart Institute Coordinating Centre, Université de Montréal, Montreal (J.-C.T.); the Third Division of Cardiology, Medical University of Silesia, Katowice, Poland (M.T.); and the Department of Cardiology and Laboratory for Technologies of Advanced Therapies Center, University Hospital of Ferrara and Maria Cecilia Hospital, GVM Care and Research, Ettore Sansavini

RESULTS

At 3 months, the mean ($\pm$ SD) heart rate of the patients was 60.7 ± 9.0 beats per minute in the ivabradine group versus 70.6 ± 10.1 beats per minute in the placebo group. After a median follow-up of 27.8 months, there was no significant difference between the ivabradine group and the placebo group in the incidence of the primary end point (6.8% and 6.4%, respectively; hazard ratio, 1.08; 95% confidence interval, 0.96 to 1.20; $P=0.20$), nor were there significant differences in the incidences of death from cardiovascular causes and nonfatal myocardial infarction. Ivabradine was associated with an increase in the incidence of the primary end point among patients with activity-limiting angina but not among those without activity-limiting angina ($P=0.02$ for interaction). The incidence of bradycardia was higher with ivabradine than with placebo (18.0% vs. 2.3%, $P<0.001$).

CONCLUSIONS

Among patients who had stable coronary artery disease without clinical heart failure, the addition of ivabradine to standard background therapy to reduce the heart rate did not improve outcomes. (Funded by Servier; SIGNIFY Current Controlled Trials number, ISRCTN61576291.)

Quản lý đau thắt ngực tái phát

	Khuyến nghị quản lý đau thắt ngực tái phát Các nghiên cứu tham khảo hỗ trợ khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.	
COR	LOE	Khuyến nghị
2b	B-R	1. Ở những bệnh nhân bị CCD, đau thắt ngực kháng trị và không có lựa chọn điều trị nào khác, có thể cân nhắc Điều trị đối xung động ngoại biên tăng cường để giảm triệu chứng.*

*Modified from the ACC/AHA/Multisociety 2012 SIHD Guideline

Quản lý RLLM

Các khuyến nghị về quản lý lipid		
Các nghiên cứu tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
1	A	1. Ở những bệnh nhân bị CCD, liệu pháp statin cường độ cao được khuyến cáo với mục đích giảm $\geq 50\%$ nồng độ LDL-C để giảm nguy cơ MACE.*
1	A	2. Ở những bệnh nhân chống chỉ định hoặc không dung nạp statin cường độ cao, khuyến cáo điều trị statin cường độ trung bình với mục đích giảm 30% đến 49% nồng độ LDL-C để giảm nguy cơ MACE.*
1	A	3. Ở bệnh nhân CCD, cần đánh giá việc tuân thủ những thay đổi trong lối sống và tác dụng của thuốc hạ lipid máu bằng cách XN lipid lúc đói trong 4 đến 12 tuần sau khi bắt đầu statin hoặc điều chỉnh liều và sau đó cứ sau 3 đến 12 tháng dựa trên nhu cầu đánh giá đáp ứng hoặc tuân thủ điều trị.*

Báo cáo giá trị: Giá trị cao	B-NR	4. Ở những bệnh nhân bị CCD, việc sử dụng thuốc generic của liệu pháp statin dung nạp tối đa được dự đoán là tiết kiệm chi phí.
2a	B-R	5. Ở những bệnh nhân bị CCD được đánh giá là có nguy cơ rất cao (Bảng 10) và liệu pháp statin dung nạp tối đa với mức LDL-C ≥ 70 mg / dL ($\geq 1,8$ mmol / L), ezetimibe có thể có lợi để giảm thêm nguy cơ MACE. *
Báo cáo giá trị: Giá trị cao	B-NR	6. Ở những bệnh nhân mắc CCD, việc bổ sung ezetimibe generic chung vào liệu pháp statin dung nạp tối đa ở những bệnh nhân được lựa chọn thích hợp được dự đoán là có giá trị kinh tế cao với giá của Hoa Kỳ.

*Modified from the 2018 AHA/ACC Cholesterol Guideline

Quản lý RLLM

2a	A	7. Ở những bệnh nhân bị CCD được đánh giá là có nguy cơ rất cao (Bảng 10) và có mức LDL-C ≥ 70 mg / dL ($\geq 1,8$ mmol / L) hoặc mức cholesterol lipoprotein không mật độ cao (HDL-C) ≥ 100 mg / dL ($\geq 2,6$ mmol / L), trên statin và ezetimibe dung nạp tối đa, kháng thể đơn dòng PCSK9 có thể có lợi để giảm thêm nguy cơ MACE. *
Báo cáo giá trị: Không chắc chắn	B-NR	8. Ở những bệnh nhân mắc CCD có nguy cơ rất cao, việc sử dụng kháng thể đơn dòng PCSK9 được dự đoán là có giá trị kinh tế không chắc chắn theo giá của Mỹ
2b	B-R	9. Ở những bệnh nhân CCD đang điều trị statin dung nạp tối đa với mức LDL-C < 100 mg / dL ($< 2,6$ mmol / L) và mức triglyceride lúc đói dai dẳng từ 150 đến 499 mg / dL (1,7-5,6 mmol / L) sau khi giải quyết các nguyên nhân thứ phát, icosapent ethyl có thể được xem xét để giảm thêm nguy cơ MACE và tử vong do tim mạch.

*Modified from the 2018 AHA/ACC Cholesterol Guideline

Quản lý RLLM

2b	B-R	10. Ở những bệnh nhân bị CCD không có nguy cơ rất cao và đang điều trị statin dung nạp tối đa với mức LDL-C ≥ 70 mg / dL ($\geq 1,8$ mmol / L), có thể hợp lý để thêm ezetimibe để giảm thêm nguy cơ MACE.
2b	B-R	11. Ở những bệnh nhân CCD đang điều trị statin dung nạp tối đa có mức LDL-C ≥ 70 mg/dL ($\geq 1,8$ mmol/L), và ở đó kháng thể đơn dòng ezetimibe và PCSK9 được coi là không đủ hoặc không dung nạp, có thể hợp lý khi thêm axit bempedoic hoặc inclisiran (thay cho kháng thể đơn dòng PCSK9) để giảm thêm mức LDL-C.
3: No Benefit	B-R	12. Ở những bệnh nhân CCD được điều trị bằng statin, việc thêm niacin, hoặc fenofibrate hoặc các chất bổ sung chế độ ăn uống có chứa axit béo omega-3, không có lợi trong việc giảm nguy cơ tim mạch.

*Modified from the 2018 AHA/ACC/Multisociety Blood Cholesterol Guideline

Thuốc ức chế SGLT2 và chất chủ vận thụ thể GLP-1

Khuyến nghị sử dụng chất ức chế SGLT2 và chất chủ vận thụ thể GLP-1 Các nghiên cứu tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
1	A	1. Ở những bệnh nhân CCD mắc bệnh tiểu đường loại 2, nên sử dụng thuốc ức chế SGLT2 hoặc thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 có lợi ích tim mạch đã được chứng minh để giảm nguy cơ MACE.
Báo cáo giá trị: Giá trị cao	B-NR	2. Ở những bệnh nhân mắc CCD và tiểu đường loại 2, việc bổ sung thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 với giá Hoa Kỳ được dự đoán là có giá trị cao so với tiêu chuẩn chăm sóc.
Báo cáo giá trị: Giá trị trung gian	B-NR	3. Ở những bệnh nhân mắc CCD và tiểu đường loại 2, việc bổ sung thuốc ức chế SGLT2 với giá của Hoa Kỳ được dự đoán là có giá trị trung gian so với tiêu chuẩn chăm sóc.

Thuốc ức chế SGLT2 và chất chủ vận thụ thể GLP-1

1	A	4. Ở những bệnh nhân CCD và suy tim với LVEF $\leq 40\%$, nên sử dụng thuốc ức chế SGLT2 để giảm nguy cơ tử vong do tim mạch và nhập viện suy tim và cải thiện QOL, bất kể tình trạng bệnh đái tháo đường. *
Báo cáo giá trị: Giá trị trung gian	B-NR	5. Ở những bệnh nhân CCD và suy tim với LVEF $\leq 40\%$, việc bổ sung thuốc ức chế SGLT2 vào GDMT, bất kể tình trạng bệnh đái tháo đường, được dự đoán là có giá trị trung bình theo giá của Hoa Kỳ.
2a	B-R	6. Ở những bệnh nhân CCD và suy tim với LVEF $> 40\%$, sử dụng thuốc ức chế SGLT2 có thể có lợi trong việc giảm nhập viện suy tim và cải thiện QOL, bất kể tình trạng bệnh đái tháo đường.
Báo cáo giá trị: Giá trị trung gian	B-NR	7. Ở những bệnh nhân bị CCD và suy tim với LVEF $> 40\%$, việc bổ sung thuốc ức chế SGLT2 vào GDMT, bất kể tình trạng bệnh đái tháo đường, được dự đoán là có giá trị không chắc chắn theo giá của Hoa Kỳ.

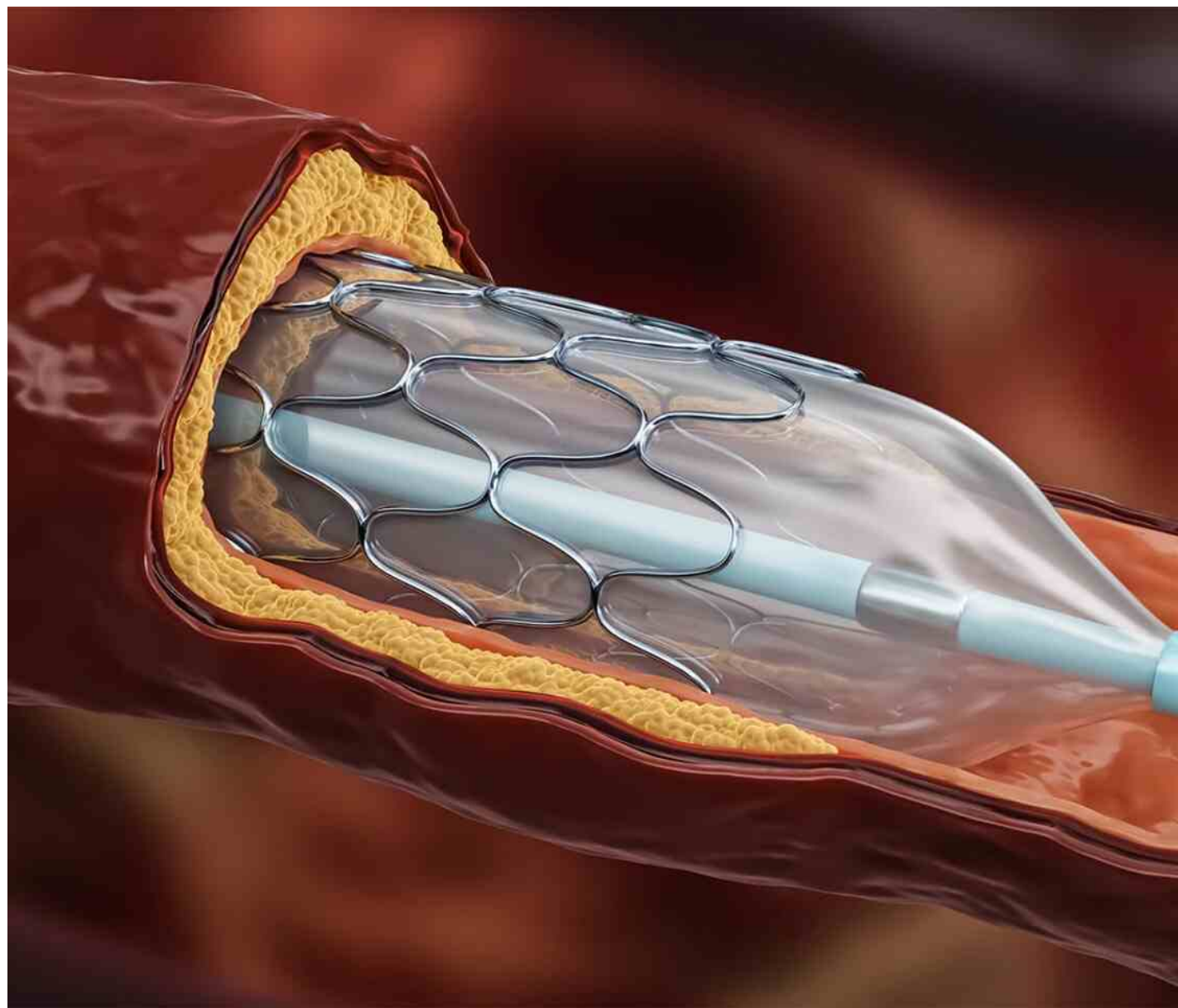
*Modified from the 2022 AHA/ACC/HFS A Heart Failure Guideline

Các điều trị dùng thuốc

Các câu hỏi thường gặp trên lâm sàng?

- 1** Có nên rút ngắn thời gian dùng DAPT? → Thời gian dùng DAPT đã được rút ngắn trong nhiều tình huống LS
- 2** Thời gian dùng DAPT thay đổi ra sao với loại stent được dùng? → Nếu stent phủ thuốc DAPT có thể chỉ cần dùng trong 3 tháng đầu
- 3** Có nên dùng chẹn beta giao cảm kéo dài sau PCI? → Không nên kéo dài nếu ko có TS NMCT hoặc ST
- 4** Có nên kê thuốc generic cho BN CCD? → Có thể dùng để tiết kiệm chi phí
- 5** Vai trò các thuốc non - statin → Exetimibe, axit bempedoic hoặc inclisiran





**Tái tưới máu
mạch vành**

Tái tưới máu mạch vành

Các câu hỏi thường gặp trên lâm sàng?

- 1 BN nhiều thân ĐMV và chức năng tim giảm nhiều có nên tái tưới máu mạch vành?
- 2 Vai trò của PCI và CABG ở BN tổn thương nhiều thân ĐMV?
- 3 Vai trò của PCI và CABG ở BN tổn thương thân chung?



Tái tưới máu

Khuyến nghị tái tưới máu		
Các nghiên cứu được tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
Mục tiêu tái thông mạch máu		
1	A	1. Ở những bệnh nhân bị CCD và đau thắt ngực hạn chế lối sống mặc dù GDMT và có hẹp động mạch vành đáng kể có thể tái tưới máu, khuyến cáo tái tưới máu để cải thiện các triệu chứng.*
1	B-R	2. Ở những bệnh nhân bị CCD có tổn thương thân chung động mạch vành trái đáng kể hoặc bệnh nhiều thân mạch vành với rối loạn chức năng thất trái nặng (LVEF ≤ 35%), CABG cùng với điều trị nội khoa được khuyến cáo để cải thiện khả năng sống sót. *

*Modified from the 2021 ACC/AHA/SCAI Coronary Revascularization Guideline

Tái tưới máu

Báo cáo giá trị: Giá trị trung gian	B-NR	3. Ở những bệnh nhân mắc CCD và bệnh đa mạch có rối loạn chức năng thất trái nặng, CABG được thêm vào điều trị nội khoa tối ưu có giá trị kinh tế trung gian so với liệu pháp y tế đơn thuần.
2a	B-R	4. Ở những bệnh nhân bị CCD và CAD đa mạch thích hợp cho CABG hoặc PCI, tái tưới máu ngoài GDMT là hợp lý để giảm nguy cơ biến cố tim mạch như nhồi máu cơ tim tự phát, tái tưới máu khẩn cấp ngoài ý muốn hoặc tử vong do tim.*
2a	B-NR	5. Ở những bệnh nhân CCD và hẹp thân chung động mạch vành trái đáng kể mà PCI có thể cung cấp khả năng tái tưới máu tương đương với CABG, PCI là hợp lý để cải thiện khả năng sống sót.*

*Modified from the 2021 ACC/AHA/SCAI Coronary Revascularization Guideline

Quyết định tái tưới máu

1	A	6. Ở những bệnh nhân bị CCD bị đau thắt ngực hoặc tương đương đau thắt ngực, không có đánh giá trước đó về thiếu máu cục bộ và hẹp trung gian chụp động mạch, khuyến cáo sử dụng FFR hoặc các tỷ lệ áp lực không tăng huyết áp đã được chứng minh khác (ví dụ: iFR) trước khi tiến hành PCI.*
Báo cáo giá trị: Giá trị cao	B-NR	7. Ở những bệnh nhân CCD trải qua chụp động mạch vành mà không cần xét nghiệm gắng sức trước đó, việc sử dụng FFR xâm lấn để đánh giá hẹp mạch vành trung gian về mặt động mạch trước khi tiến hành PCI là một can thiệp có giá trị kinh tế cao.
1	B-NR	8. Ở những bệnh nhân bị CCD với bệnh 3 thân mạch vành phức tạp hoặc không rõ ràng về chiến lược điều trị tối ưu, phương pháp tiếp cận của Nhóm Tim bao gồm các đại diện từ tim mạch can thiệp và phẫu thuật tim được khuyến nghị để cải thiện kết quả của bệnh nhân. *

*Modified from the 2021 ACC/AHA/SCAI Coronary Revascularization Guideline

Tái tưới máu: PCI so với CABG

Khuyến nghị tái tưới máu: PCI so với CABG		
Các nghiên cứu được tham khảo hỗ trợ các khuyến nghị được tóm tắt trong Bổ sung dữ liệu trực tuyến.		
COR	LOE	Khuyến nghị
Bệnh nhân bị CCD		
1	B-R	1. Ở những bệnh nhân bị CCD cần tái tưới máu cho tổn thương thân chung ĐMV trái có ý nghĩa kèm với tổn thương CAD phức tạp, CABG được khuyến cáo ưu tiên hơn so với PCI để cải thiện khả năng sống sót.*
2a	B-R	2. Ở những bệnh nhân bị CCD cần tái tưới máu cho CAD đa mạch với CAD phức tạp và lan tỏa (ví dụ: điểm SYNTAX >33), nên chọn CABG thay vì PCI để cải thiện khả năng sống sót.*

*Modified from the 2021 ACC/AHA/SCAI Coronary Revascularization Guideline

Tái tưới máu: PCI so với CABG

		Bệnh nhân CCD có nguy cơ phẫu thuật cao
2a	B-NR	3. Ở những bệnh nhân bị CCD thích hợp để tái tưới máu nhưng không phù hợp với phẫu thuật, nên chọn PCI thay vì CABG để cải thiện triệu chứng và giảm MACE.
		Bệnh nhân CCD và tiểu đường
1	A	4. Ở những bệnh nhân bị CCD, đái tháo đường và CAD nhiều thân mạch vành kèm LAD là ứng cử viên thích hợp cho CABG, khuyến cáo sử dụng CABG (với động mạch vú trong bên trái ở động mạch xuống trước bên trái) được khuyến cáo ưu tiên PCI để giảm tỷ lệ tử vong và lặp lại tái tưới máu.*
2b	B-R	5. Ở những bệnh nhân mắc CCD và tiểu đường có hẹp thân chung h và CAD có độ phức tạp thấp hoặc trung bình (ví dụ: điểm SYNTAX ≤ 33), PCI có thể được coi là một giải pháp thay thế cho CABG để giảm MACE.*

*Modified from the 2021 ACC/AHA/SCAI Coronary Revascularization Guideline

INVITED EXPERT OPINION

STS/AATS-endorsed rebuttal to 2023 ACC/AHA Chronic Coronary Disease Guideline: A missed opportunity to present accurate and comprehensive revascularization recommendations

Faisal G. Bakaeen, MD,^a Marc Ruel, MD,^b John H. Calhoon, MD,^c Leonard N. Girardi, MD,^d Robert Guyton, MD,^e Dawn Hui, MD,^c Rosemary F. Kelly, MD,^f Thomas E. MacGillivray, MD,^g S. Christopher Malaisrie, MD,^h Marc R. Moon, MD,ⁱ Joseph F. Sabik III, MD,^j Peter K. Smith, MD,^k Lars G. Svensson, MD, PhD,^a and Wilson Y. Szeto, MD,^l for the American Association for Thoracic Surgery and The Society of Thoracic Surgeons

The recently published 2023 American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA) Chronic Coronary Disease (CCD) Guideline¹ incorporates salient sections on many aspects of coronary artery disease (CAD). However, it falls short in addressing a number of important issues on coronary revascularization.¹

We had hoped that the 2023 CCD Guideline would resolve the controversial recommendations plaguing the 2021 ACC/AHA/Society for Cardiovascular Angiography and Interventions (SCAI) Guideline for Coronary Artery Revascularization.²⁻⁷ Unfortunately, this did not happen. Instead, it made recommendations on revascularization

Inaccurate CABG Recommendations
Persist in the 2023 ACC/AHA CCD
Guideline

The 2023 ACC/AHA Guideline was a missed opportunity to present accurate recommendations.

CENTRAL MESSAGE

The 2023 ACC/AHA Chronic Coronary Disease Guideline incorporates salient sections on many aspects of coronary disease, but falls short in addressing important issues on coronary revascularization.

From the ^aCoronary Center, Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Heart, Vascular, and Thoracic Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio; ^bDivision of Cardiac Surgery, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada; ^cDepartment of Cardiothoracic Surgery, University of Texas Health Science Center, San Antonio, Tex; ^dDepartment of Cardiothoracic Surgery, NewYork-Presbyterian/

10 THÔNG ĐIỆP HÀNG ĐẦU MANG VỀ

1. Nhấn mạnh vào chăm sóc **dựa trên nhóm, lấy bệnh nhân làm trung tâm**, xem xét các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe cùng với các chi phí liên quan trong khi kết hợp việc ra quyết định chung trong đánh giá nguy cơ, xét nghiệm và điều trị

2. Các liệu pháp không dùng thuốc, bao gồm thói quen ăn uống lành mạnh và tập thể dục, được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân mắc bệnh mạch vành mạn tính (CCD).

3. Bệnh nhân CCD không có chống chỉ định được **khuyến khích tham gia các hoạt động thể chất theo thói quen**, bao gồm các hoạt động để giảm thời gian ngồi và tăng cường tập thể dục nhịp điệu và sức đề kháng. **Phục hồi chức năng tim mạch** cho bệnh nhân đủ điều kiện mang lại lợi ích tim mạch đáng kể, bao gồm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong.

4. Sử dụng **thuốc đối kháng SGLT2 và chất chủ vận thụ thể GLP1** được khuyến cáo cho một số nhóm bệnh nhân mắc CCD, bao gồm cả nhóm không mắc bệnh đái tháo đường.

5. Các khuyến cáo mới về sử dụng thuốc chẹn beta ở bệnh nhân CCD: (a) Điều trị chẹn beta **dài hạn không được khuyến cáo để cải thiện kết cục** ở bệnh nhân CCD trong trường hợp không bị nhồi máu cơ tim trong năm qua, phân suất tống máu thất trái $\leq 50\%$, hoặc một chỉ định chính khác cho liệu pháp chẹn beta; và (b) **Thuốc chẹn kênh canxi hoặc thuốc chẹn beta** được khuyến cáo là liệu pháp chống đau thắt ngực bậc một.

6. **Statin** vẫn là liệu pháp đầu tay để hạ lipid máu ở bệnh nhân CCD. **Một số liệu pháp bổ trợ** (ví dụ: ezetimibe, PCSK9 [chất ức chế proprotein convertase subtilisin/kexin type 9], inclisiran, axit bempedoic) có thể được sử dụng trong các đối tượng được chọn, mặc dù dữ liệu kết quả lâm sàng không có sẵn cho các thuốc mới như inclisiran.

7. Thời gian điều trị kháng tiểu cầu kép **ngắn hơn là an toàn và hiệu quả trong nhiều trường hợp**, đặc biệt là khi nguy cơ chảy máu cao và nguy cơ thiếu máu cục bộ thấp đến trung bình.

8. Việc sử dụng các chất bổ sung không kê đơn hoặc chế độ ăn uống, bao gồm **dầu cá và axit béo omega-3 hoặc vitamin, không được khuyến cáo ở bệnh nhân CCD do thiếu lợi ích trong việc giảm các biến cố tim mạch.**

9. Không khuyến cáo xét nghiệm giải phẫu hoặc thiếu máu cục bộ định kỳ mà không có sự thay đổi tình trạng lâm sàng hoặc chức năng để phân tầng nguy cơ hoặc hướng dẫn ra quyết định điều trị ở bệnh nhân CCD.

10. Mặc dù **thuốc lá điện tử** làm tăng khả năng cai thuốc lá thành công so với liệu pháp thay thế nicotine, nhưng do thiếu dữ liệu an toàn lâu dài và rủi ro sử dụng bền vững, thuốc lá điện tử không được khuyến cáo là liệu pháp đầu tay để cai thuốc lá.

XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

