

Bs Nguyễn Tuấn Long - CLB KH Tr



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehv320

ESC GUIDELINES

2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation



Vào trung tuần tháng 9 năm 2015, Hiệp hội Tim Mạch Châu Âu đã phát hành hướng dẫn cấp nhét và đi đường đi hội chẩn vòng cấp (HCVC) không ST chênh lên với một số thay đổi và khuyến cáo đối với xét nghiệm hs-Troponin, liều pháp kháng tiểu cầu kép, thời điểm tiếp nhận bệnh nhân vào các trung tâm nhóm 1c cho P2Y12 và một số vấn đề khác. Xin được tóm tắt một số điểm mới để quý đồng nghiệp tiếp tục theo dõi.

Can thiệp qua da động mạch quay trở thành khuyến cáo IA

Hướng dẫn mới đã nhấn mạnh vai trò của can thiệp tim mạch qua da động mạch quay với những ưu điểm: giảm nguy cơ biến chứng mạch máu, biến chứng chảy máu nội, giảm thời gian nằm viện toàn bộ. Can thiệp qua da động mạch quay bây giờ đã trở thành khuyến cáo IA dựa trên kết quả nghiên cứu MATRIX và các nghiên cứu công bố gần đây được phát hành đầu năm trên tạp chí Lancet^{1,2}.

Nghiên cứu MATRIX, bao gồm 8400 bệnh nhân HCVC có hoặc không có ST chênh lên, đã chứng minh được lợi ích rõ ràng và giảm có ý nghĩa các biến chứng lâm sàng (liệu ích sau khi kết hợp các biến số thời gian máu và xu hướng huyết), và hơn hết là đã làm giảm thời gian nằm viện toàn bộ.

BS Marco Roffi (University Hospital, Geneva, Thụy Sĩ), chủ tịch hội đồng biên soạn hướng dẫn này, nhận xét rằng: can thiệp qua ống dẫn mạch quay đã có những bằng chứng mạnh mẽ hơn từ những nghiên cứu lớn như RIVAL và MATRIX hay những nghiên cứu nhỏ đã cho thấy sự giảm mortality nghĩa các biến chứng chảy máu lớn, tỷ vong/NMCT/đột quỵ, cũng như tỷ vong toàn bộ khi so sánh với can thiệp qua ống dẫn mạch dài.

Tuy nhiên, mortality không kém phần quan trọng mà BS Roffi đã nhắc đến đó là các bác sĩ can thiệp và các trung tâm tim mạch không nên lo ngại bỏ sót can thiệp qua ống dẫn mạch dài hoặc là bỏ quên huấn luyện can thiệp qua ống dẫn mạch dài. Thực tế là can thiệp qua ống dẫn mạch dài vẫn còn nhiều khó khăn thu thập dữ liệu xung quanh can thiệp (IABP), can thiệp các bệnh tim cấu trúc, như thay van ống dẫn mạch qua da (TAVI).

Xét nghiệm hs-Troponin sau 1 giờ

Những khuyến cáo yêu cầu để nhận diện hướng hs-Troponin tại thời điểm 3 giờ vẫn còn có giá trị với mức khuyến cáo IB. Những đã có khuyến cáo mới cho phép các trung tâm đánh giá hs-Troponin tại thời điểm đầu tiên và 1 giờ sau đó để xác định hoặc loại trừ NMCT (khuyến cáo IB). Điều này sẽ cho phép các bác sĩ đưa ra chẩn đoán nhanh hơn để biết có hay không có NMCT. Hội cũng có thể cho bệnh nhân ra viện hoặc tiến hành các xét nghiệm kiểm tra khác. Sau cùng, các bác sĩ thời xử trí nhanh chóng mà không cần các thang điểm hỗ trợ.

Mortality rất quan trọng, bệnh nhân với 2 lần xét nghiệm hs-Troponin âm tính có khả năng rất ít là NMCT hoặc tỷ vong, và trong trường hợp nếu không có các chẩn đoán khác yêu cầu như vậy, bệnh nhân có thể xuất viện. Nếu cần thiết, các xét nghiệm khác như nghiệm pháp gắng sức có thể tiến hành ngay lập tức.

Không còn điều trị thuốc ức chế P2Y12 trước can thiệp có chuẩn bị

Một thay đổi nữa trong hướng dẫn này là xác định thời điểm bắt đầu sử dụng các thuốc ức chế P2Y12 các bệnh nhân can thiệp có chuẩn bị. Trong quá khứ, bao gồm cả hướng dẫn năm 2011, điều trị trước được khuyến cáo là sớm nhất có thể sau khi được chẩn đoán. Tuy nhiên điều này đã không còn đúng nữa, ít nhất là đối với prasugrel.

Kết quả của nghiên cứu ACCOAST đã không ủng hộ việc điều trị prasugrel trước can thiệp cho bệnh nhân có chuẩn bị vớ kết quả chấp nhận vành sụn. Chúng không cho thấy được lợi ích giảm các biến chứng nhồi máu và gia tăng mortality cách có ý nghĩa biến chứng chảy máu.

Theo BS Roffi, các hội chứng độn trọng đây phần nào đã quá tin khi khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế P2Y12, kết hợp với aspirin, ngay khi HCVC được chẩn đoán. Nghiên cứu ACCOAST đã làm độn phần nào sự nghi ngờ tình đó. Hơn nữa, thời điểm tối ưu để sử dụng ticagrelor hoặc clopidogrel cũng không được biết đến cho bệnh nhân độn trọng bệnh nhân can thiệp có chuẩn bị, cũng như chưa bao giờ được nghiên cứu trọng đó. Vì vậy, trong hội chứng độn 2015 lần này sự không có khuyến cáo nên hay không nên sử dụng các thuốc này trọng can thiệp.

Có thể rút ngắn hoặc kéo dài liệu pháp kháng tiểu cầu kép (DAPT) - IIB

Với hội chứng độn lần này, thời gian điều trị chuẩn các thuốc ức chế P2Y12 và aspirin vẫn là 12 tháng trọng khi có các bệnh lý phức tạp, ví dụ nguy cơ chảy máu quá cao. Khuyến cáo liệu pháp kháng tiểu cầu kép trong 12 tháng vẫn là mức độ IA. Tuy nhiên, hội chứng độn bây giờ đã nên lưu ý cho các nhà lâm sàng sẽ chẩn đoán rút ngắn hay kéo dài liệu pháp kháng tiểu cầu kép phụ thuộc vào nguy cơ xuất huyết và biến chứng nhồi máu.

Hội chứng độn rút ngắn hoặc kéo dài liệu pháp kháng tiểu cầu kép so với 1 năm tiêu chuẩn là khuyến cáo mức độ yếu – mức độ chẩn đoán mà bác sĩ lâm sàng có thể xem xét – mức độ IIB. Cần lưu ý là khuyến cáo này là dành cho bệnh nhân vớ NMCT không ST chên lên. Bệnh nhân độn trọng, xu hướng giảm độ dài của liệu pháp phụ thuộc vào kết quả stent và kiểm soát các nguy cơ huyết khối trong stent. Tuy nhiên, với bệnh nhân HCVC, sự kéo dài liệu pháp kháng tiểu cầu kép còn có ý nghĩa để phòng các biến chứng phát không liên quan đến stent.

Một số vấn đề khác

Hội chứng độn 2015 cũng cung cấp một số hội chứng độn về điều trị liệu pháp kháng tiểu cầu ở bệnh nhân uống thuốc kháng đông kéo dài, ví dụ các thuốc kháng vitamin K hoặc các thuốc kháng đông mới. Cùng với đó là hội chứng độn sử dụng thuốc kháng tiểu cầu ở bệnh nhân HCVC không

ST chênh lên tiến hành phẫu thuật cứu sống vành (CABG) hoặc rung nhĩ.

Tài liệu tham khảo:

1. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndrome in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2015; DOI:10.1093/eurheartj/ehv320. Article
2. Valgimigli M, Gagnor A, Calabró, P, et al. Radial versus femoral access in patients with acute coronary syndromes undergoing invasive management: A randomised multicentre trial. Lancet 2015; 385: 2465–2476. Abstract
3. Collet JP, Roffi M, Mueller C et al. Questions and answers on antithrombotic therapy: A companion document of the 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2015; DOI:10.1093/eurheartj/ehv407. Article
4. DOI:10.1093/eurheartj/ehv407. Article
5. Mueller C, Patrono C, Valgimigli M, et al. Questions and answers on diagnosis and risk assessment: a companion document of the 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2015; DOI:10.1093/eurheartj/ehv409. Article
6. DOI:10.1093/eurheartj/ehv409. Article
7. Valgimigli M, Patrono C, Collet JP, et al. Questions and answers on coronary revascularization: A companion document of the 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2015; DOI:10.1093/eurheartj/ehv408. Article
8. DOI:10.1093/eurheartj/ehv408. Article