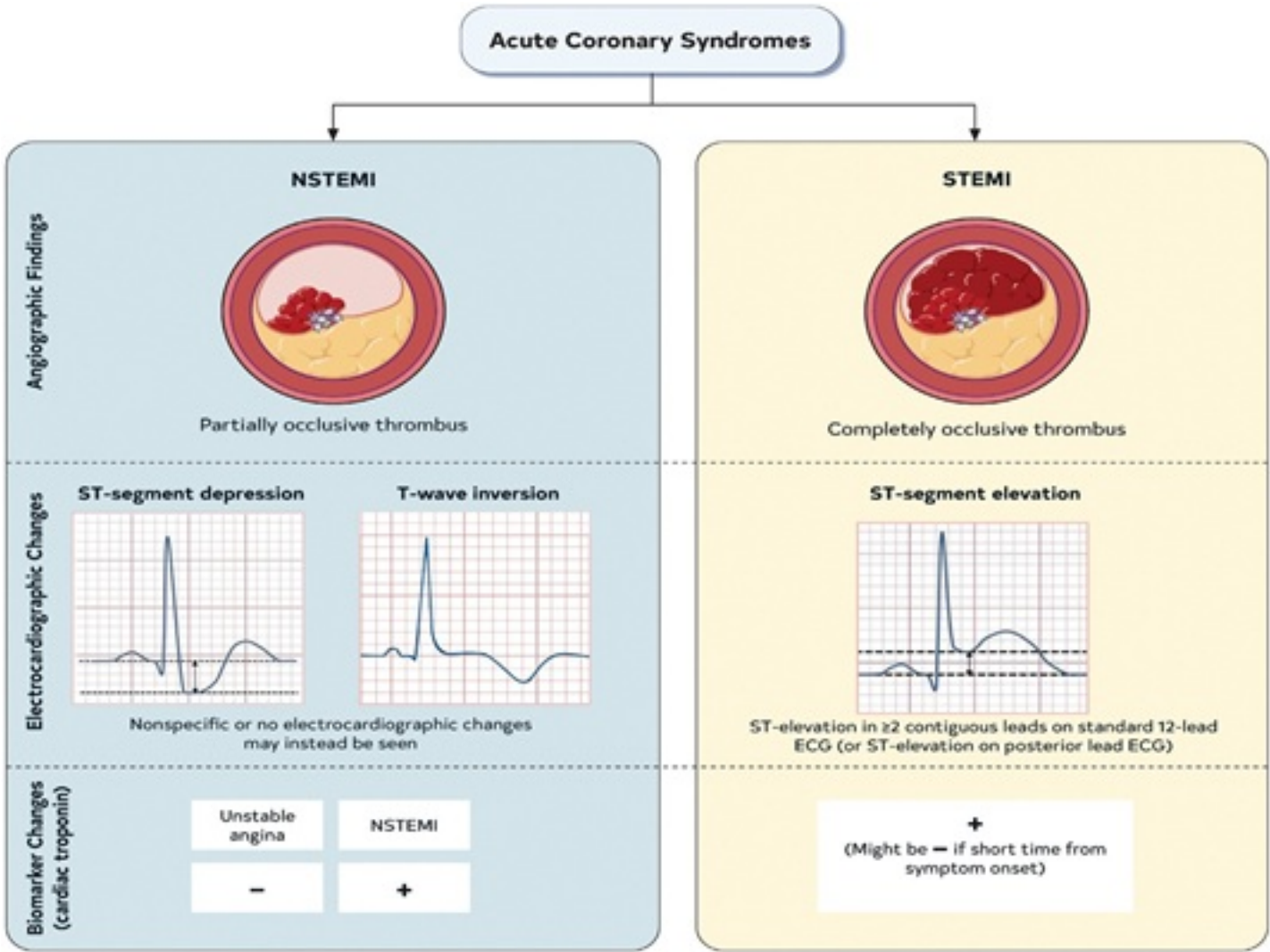


BS. Nguyễn Lê Quang -

Hội đồng ACC/AHA 2025 về Hội chứng vành cấp là bản cập nhật toàn diện nhất trong hơn một thập kỷ, tích hợp nhiều bằng chứng mới nhất từ nghiên cứu hóa học, điều trị và phòng ngừa cho bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp (ACS). Khuyến cáo nhấn mạnh đánh giá ban đầu nhanh – chính xác, ưu tiên PCI sớm ngay, chiến lược tái thông toàn diện khi phù hợp, sử dụng hình ảnh nhồi máu cơ tim, cấp phát điều trị kháng tiểu cầu và hạ lipid máu, đồng thời hướng dẫn rõ ràng về hỗ trợ tuần hoàn cơ học trong sốc tim. Hội đồng cũng đề cao chăm sóc sau xuất viện, phòng ngừa phát và phục hồi chức năng tim mạch cá nhân hóa dài hạn. Sau đây là những thông điệp đáng ghi nhớ của hội đồng này.



Phân loại và hướng dẫn phòng ngừa và điều trị

1. Bệnh nhân ACS được can thiệp mạch vành qua da (PCI): Lựa chọn pháp kháng tiểu cầu kép, ticagrelor hoặc prasugrel được khuyến cáo ưu tiên hơn clopidogrel. Bệnh nhân bệnh nhân hướng dẫn mạch vành cấp không ST chênh lên (Non STEMI) có thể được chuyển mạch >24 giờ, có thể cân nhắc điều trị trước hoặc sau PCI bằng clopidogrel hoặc ticagrelor để giảm biến chứng tim mạch trầm trọng (MACE).

2. Lựa chọn pháp kháng tiểu cầu kép với aspirin và thuốc ức chế P2Y12 được khuyến cáo cho bệnh nhân trong ít nhất 12 tháng cho bệnh nhân ACS không có nguy cơ chảy máu cao. Có một số chỉ định liên quan đến giảm nguy cơ chảy máu ở bệnh nhân ACS đã trải qua PCI:

- Bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa, khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế bơm proton.
- Bệnh nhân dùng aspirin trước lựa chọn pháp kháng tiểu cầu kép với ticagrelor, khuyến cáo chuyển sang điều trị với ticagrelor ≥ 1 tháng sau khi PCI.
- Bệnh nhân cần dùng thuốc chống đông máu kéo dài, khuyến cáo ngừng aspirin từ 1 đến 4 tuần sau khi PCI và tiếp tục sử dụng thuốc ức chế P2Y12 (tốt nhất là clopidogrel).

3. High-intensity statin therapy được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân ACS, có thể bắt đầu dùng điều trị với ezetimibe. Mục tiêu thuốc hạ lipid không phải statin (ví dụ: ezetimibe, evolocumab, alirocumab, inclisiran, axit bempedoic) được khuyến cáo cho bệnh nhân đang dùng statin tối đa và có mức LDL-C ≥ 70 mg/dL (1,8 mmol/L). Nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, việc tăng cường liệu pháp hạ lipid hơn nữa là hợp lý nếu mức LDL-C từ 55 đến <70 mg/dL (1,4 đến <1,8 mmol/L) và bệnh nhân đang dùng statin tối đa.

4. Bệnh nhân bệnh nhân Non STEMI có nguy cơ thiếu máu cục bộ trung bình hoặc cao, nên tiến hành tái thông mạch vành trong thời gian sớm nhất để giảm MACE, bệnh nhân bệnh nhân có nguy cơ thiếu máu cục bộ thấp nên áp dụng phương pháp tiếp cận tái thông thông quy hoặc chuyển đến với phân tầng nguy cơ sâu hơn để giúp xác định bệnh nhân bệnh nhân cần tái thông mạch vành để giảm MACE.

5. Hai chỉ số liên quan đến thời gian sống được khuyến cáo cho bệnh nhân ACS được PCI:

- Tiếp cận bằng đường động mạch quay động mạch ưu tiên hơn đường động mạch đùi để giảm chảy máu, biến chứng mạch máu và tử vong.
- Hình ảnh nội mạch (Intracoronary imaging) động mạch khuyến cáo để hướng dẫn PCI ở bệnh nhân ACS có tổn thương động mạch vành phức tạp.

6. Chỉ định liệu pháp tái thông hoàn toàn động mạch khuyến cáo cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên (STEMI) hoặc Non STEMI.

- Việc lựa chọn phương pháp tái thông ở bệnh nhân với bệnh lý nhồi máu cơ tim nên dựa trên mức độ phức tạp của bệnh động mạch vành và các bệnh lý đi kèm.
- Can thiệp mạch vành cho các tổn thương không phải là tổn thương đơn lẻ bệnh nhân STEMI có thể được thực hiện trong cùng một thủ thuật hoặc sau đó, với xu hướng ưu tiên làm PCI nhồi máu nhánh trong một lần can thiệp.
- Ở bệnh nhân ACS kèm suy tim, tái thông cấp cứu động mạch vành thông thường là cần thiết để giảm tử vong, tuy nhiên không khuyến cáo can thiệp thường quy các động mạch không liên quan đến vùng nhồi máu trong cùng một lần đi làm PCI.

7. Việc sử dụng Microaxial flow pump (ví dụ Impella) một số bệnh nhân bệnh suy tim liên quan đến nhồi máu cơ tim cấp là hợp lý để giảm tử vong. Tuy nhiên, các biến chứng như chảy máu, thiếu máu cục bộ chi và suy thận cao hơn, do đó, cần chú ý đến đường vào mạch máu và quá trình cai thiết bị bệnh nhân cần bằng giã để giảm thiểu biến chứng.

8. Truy vết nồng độ huyết sắc tố Hb 10 g/dL có thể được xem là hợp lý ở bệnh nhân ACS kèm thiếu máu cấp hoặc mạn tính, dù không có tình trạng chảy máu tiềm ẩn.

9. Sau ra viện, việc tập trung vào phòng ngừa phát là một số quan trọng. Khuyến cáo kiểm tra lipid lúc đói sau 4 đến 8 tuần kể từ khi bắt đầu hoặc điều chỉnh thuốc hạ lipid máu. Đồng thời, nên giới thiệu bệnh nhân tham gia chương trình phòng ngừa bệnh tim, với lựa chọn chương trình tại nhà dành cho bệnh nhân không thể hoặc không muốn tham gia trực tiếp.

TÀI LIỆU TÀI KHẢO

Rao SV. Et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2025 Apr;151(13):e771-e862.