



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

Cải thiện tiên lượng & chất lượng sống cho bệnh nhân bệnh mạch vành Các điểm mới từ ESC 2024

PGS.TS.BS Phạm Trường Sơn
Phó chủ tịch Phân hội Nhịp Tim Việt Nam

**ESC Congress
2024 London**

30 August - 2 September
Onsite & Online

- ✓ 31,800 người tham dự
- ✓ 5,400 người trong ban tổ chức.
- 220 Phiên báo cáo
- ✓ 162 Nghiên cứu nhỏ và
- ✓ 38 nghiên cứu lớn
- Cập nhật 4 guidelines
- ✓

“Your Journey to the heart of Cardiology”



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)



European Heart Journal (2024) 00, 1–123
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>

ESC GUIDELINES

2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes

Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)

Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



**Cập nhật ESC 2024 về cải thiện TIỀN LƯỢNG
cho bệnh nhân hội chứng vành mạn**

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Vấn đề 1: Cập nhật kháng huyết khối



ESC 2024: Mở rộng định nghĩa nhóm nguy cơ Huyết khối CAO

ESC 2019

¹High risk of ischemic events is defined as diffuse multivessel CAD with at least one of the following: diabetes mellitus requiring medication, recurrent MI, PAQ, or QKD with eGFR 15–39 mL/min/1.73 m².

²Moderately increased risk of ischemic events is defined as at least one of the following: multivessel diffuse CAD, diabetes mellitus requiring medication, recurrent MI, PAQ, HF, or QKD with eGFR 15–39 mL/min/1.73 m².

³High bleeding risk is defined as history of intracranial hemorrhage or ischemic stroke, history of other intracranial pathology, recent gastrointestinal bleeding or anemia due to possible gastrointestinal blood loss, other gastrointestinal pathology associated with increased bleeding risk, liver failure, bleeding diathesis or coagulopathy, extreme old age or frailty, or renal failure requiring dialysis or with eGFR <15 mL/min/1.73 m².

Định nghĩa nguy cơ huyết khối tăng cao:

- ESC 2019: Bệnh mạch vành đa nhánh, lantỏa **KÈM THEO** các yếu tố nguy cơ (đái tháo đường cần dùng thuốc, tái NMCT, PAD, CKD).
- ESC 2024:** Chỉ cần 1 TRONG CÁC yếu tố nguy cơ như Đái tháo đường cần dùng thuốc, Bệnh thận mạn, Bệnh mạch vành đa nhánh, PAD, tiền sử NMCT, mắc kèm bệnh lý viêm hệ thống, ít nhất 3 stent, ít nhất 3 tổn thương, tổng chiều dài stent >60mm, PCI phức tạp.

ESC 2024

Table S3 Thrombotic/ischemic risk criteria for extended intensified antithrombotic therapy

Ischaemic risk criteria
Complex or non-complex epicardial CAD and at least one of the following
Risk enhancers
DM requiring medication
History of recurrent MI
Polyvascular disease (CAD plus PAD)
Any multivessel CAD
Premature (<45 years) or accelerated (new lesion within a 3-year time frame) CAD
Concomitant systemic inflammatory and/or prothrombotic disease (e.g. HIV, systemic lupus erythematosus, chronic arthritis, antiphospholipid syndrome)
Procedural or stent-related aspects
At least 3 stents implanted
At least 3 lesions treated
Total stent length >60 mm
History of complex revascularization (left main, bifurcation stenting with ≥2 stents implanted, chronic total occlusion, stenting of left patent vessel)
History of stent thrombosis on antiplatelet treatment

© ESC 2024

ESC 2024

11a

A



BMV đánh giá

1. *European Heart Journal* Volume 41, Issue 3, 14 January 2020, Pages 407–477 2. *European Heart Journal* hae177

HỘI THI KHOA HỌC THUỐC THIỀN NĂM 2025

Clopidogrel/Prasugrel có thể là 1 lựa chọn, tuy nhiên hạn chế về mặt bằng chứng

Vui lòng tham khảo thông tin khoa các thuốc tại Việt Nam

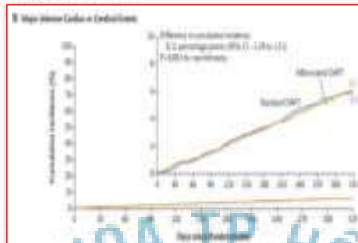
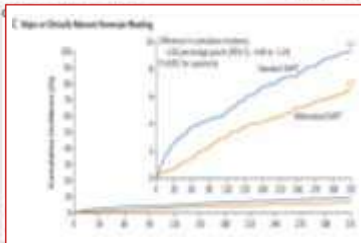
Việt Nam
 The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.

HỘI NGHỊ KHÓA 10C THƯỜNG NIÊN NĂM 2005

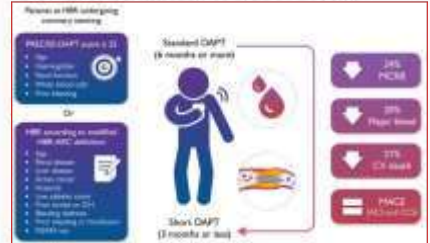


ESC 2024: Rút ngắn DAPT sau 1-3 tháng trên người bệnh nguy cơ Xuất huyết cao được khuyến cáo Class IA

MASTER-DAPT

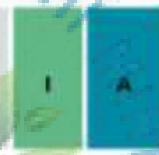


Meta-analysis by Costa et al.



UPDATED

Người bệnh có nguy cơ xuất huyết cao nhưng không có nguy cơ Huyết khối cao, khuyến cáo dùng DAPT 1-3 tháng sau PCI và tiếp tục Đơn trị kháng kết tập tiểu cầu.



2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>
Vui lòng tham khảo thêm thông tin khoa của thuốc tại Việt Nam

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

9



Vấn đề 2:

Cập nhật liệu pháp hạ lipid máu

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



ESC 2024: Cập nhật vai trò quan trọng của Statin cường độ cao trên bệnh nhân Hội chứng vành mạn

Recommendations	Class	Level
Lipid-lowering drugs in patients with chronic coronary syndrome		
Lipid-lowering treatment with an LDL-C goal of <1.4 mmol/L (55 mg/dL) and a ≥50% reduction in LDL-C vs. baseline is recommended.	I	A
For patients who are statin intolerant and do not achieve their goal on ezetimibe, combination with bempedoic acid is recommended.	I	B
For patients who do not achieve their goal on a maximum tolerated dose of statin and ezetimibe, combination with bempedoic acid should be considered.	Ila	C

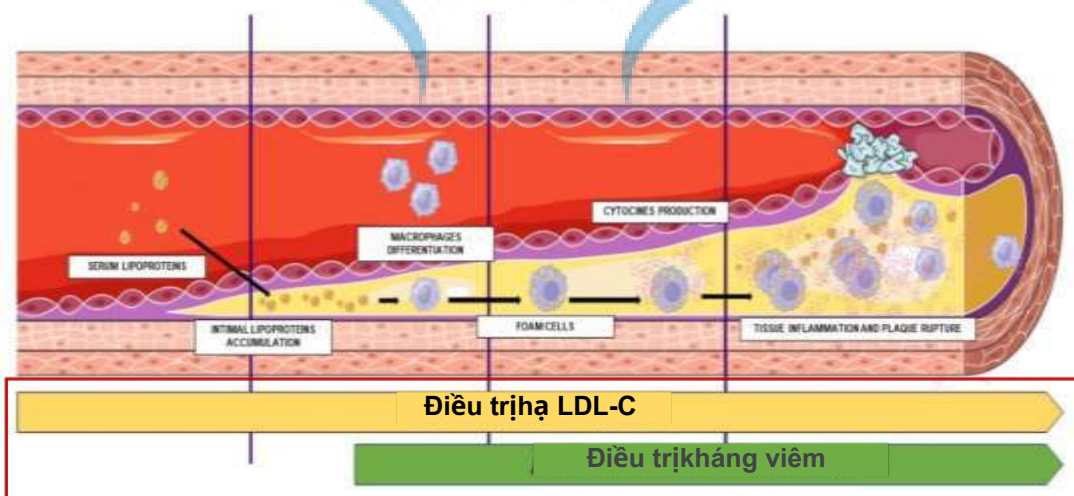
Recommendations in 2019 version	Class ^a	Level ^b	Recommendations in 2024 version	Class ^a	Level ^b
Recommendations for lipid-lowering drugs in patients with chronic coronary syndrome—Section 4					
Statins are recommended in all patients with CCS.	I	A	A high-intensity statin up to the highest tolerated dose to reach the LDL-C goals is recommended for all patients with CCS.	I	A

2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae035> / HỌI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Tại sao lại cần Statin cường độ cao?

Điều trị chống nứt vỡ mảng xơ vữa:
Cần song hành hiệu quả Kháng viêm và Hạ LDL-C



<https://doi.org/10.3390/ph16091242>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Statin có thể giảm hầu hết marker viêm, Ezetimibe thì không (PCSK9i không giúp giảm hsCRP)

Table 1. Impact of lipid-lowering drugs on selected inflammatory biomarkers.

Medication	Inflammatory Biomarkers				
	CRP or hsCRP	IL-1	IL-6	TNF	IL-10
Statins	↓	↑↓	↓	↓	/
Ezetimibe	↔	/	/	/	/
BAS	↓	/	↔	↔	/
PCSK9i	↔	↓	↓	↓	↑
Bempedoic acid	↓	/	/	/	/
Lomitapide	↓	/	/	/	/
Evinacumab	↓	/	/	/	/
Fibrates	↓	↓	↓	↓	↑
Omega-3 fatty acids	/	/	/	↓	/
Icosapent ethyl	↓	↓	↓	/	/

↑—increased concentration; ↓—decreased concentration; /—no data available; ↔—no changes in the concentration; CRP—C—reactive protein; hsCRP—high-sensitivity C—reactive protein; IL-1—interleukin 1; IL-6—interleukin 6; TNF—tumor necrosis factor; IL-10—interleukin 10; BAS—bile acid sequestrants; PCSK9i—proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 inhibitors.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



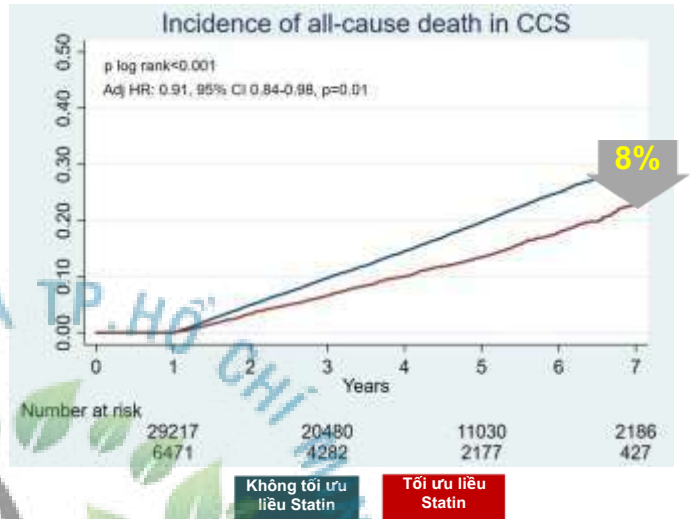
Hiệu quả của Statin không đồng nhất giữa các mức liều:
**Statin cường độ cao giảm hsCRP gấp hơn 3 lần
so với Statin trung bình/yếu**

	Total Population			Propensity-Matched Population		
	High-Intensity Statin (n=372)	Non-High-Intensity Statin (n=1374)	P Value	High-Intensity Statin (n=567)	Non-High-Intensity Statin (n=798)	P Value
Baseline lipid profile, mg/dL						
LDL-C	126±41	112±41	<0.01	125±41	123±41	0.54
HDL-C	46±12	45±12	0.14	46±12	46±12	0.89
Triglycerides	155±114	151±102	0.57	155±114	154±97	0.90
Time-averaged LDL-C, mg/dL*	59±13	61±12	0.04	59±13	62±13	0.03
Reduction from baseline LDL-C, mg/dL	66±36	51±35	<0.01	66±36	61±35	0.10
Percent reduction from baseline LDL-C, %	48.0	39.4	<0.01	47.9	42.9	<0.01
Population with available hs-CRP data						
	(n=292)	(n=924)		(n=287)	(n=556)	
Baseline hs-CRP, mg/L	9.6±35.3	6.9±21.5	0.22	9.7±35.6	6.2±16.9	0.11
Time-averaged hs-CRP, mg/L*	3.0±9.0	4.8±15.7	0.01	3.0±9.0	4.1±13.7	0.15
Reduction from baseline hs-CRP, mg/L	6.6±34.8	2.1±24.6	0.04	6.7±35.1	2.1±19.0	0.04



ESC 2024: Tăng liều Statin tối đa giúp giảm tử vong ở bệnh nhân CCS

Quality and Outcomes of Lipid Management in High-Risk Patients with Acute or Chronic Coronary Syndromes in the Prospective LDL Target Discovery Registry



Multivariate model adjusted for age, sex, ethnicity, prior CABG, CKD, COPD, active smoker, CVA, diabetes, hypertension, dyslipidemia, known CAD, obesity, PVD, ACE/ARB treatment, B-blockers, statin treatment, and PPI/H2RAS. <https://www.esccardio.org/2025-ESC>



Rosuvastatin 20mg: Giảm đồng thời LDL-C, hsCRP (kháng viêm) và biến cố tim mạch

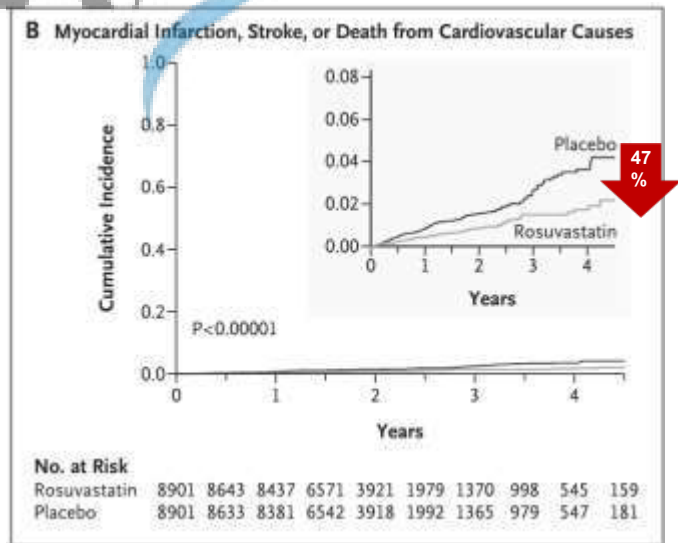
Table 7. Lipid and High-Sensitivity C-Reactive Protein Levels during the Follow-up Period, According to Study Group^a

Level	12 Mo		24 Mo		36 Mo		48 Mo	
	Rosuvastatin	Placebo	Rosuvastatin	Placebo	Rosuvastatin	Placebo	Rosuvastatin	Placebo
High-sensitivity C-reactive protein (mg/dL)								
Median	2.2	3.3	2.2	3.3	2.0	3.5	2.8	3.1
Interquartile range	1.2-4.9	2.9-6.3	1.3-4.3	3.0-6.1	1.3-3.9	1.8-4.8	1.3-4.3	1.7-4.2
LDL cholesterol (mg/dL)								
Median	55	118	54	108	51	106	53	109
Interquartile range	34-73	94-125	33-69	95-123	33-69	95-123	34-73	94-124
HDL cholesterol (mg/dL)								
Median	52	30	52	38	58	49	58	58
Interquartile range	33-64	43-43	44-61	43-63	43-62	40-59	43-61	40-60
Triglycerides (mg/dL)								
Median	69	118	69	118	106	123	94	118
Interquartile range	14-137	87-187	75-134	85-165	77-148	98-173	74-148	87-194

^a P<0.001 for all between-group comparisons except for high-density lipoprotein (HDL) cholesterol at 36 months (P=0.80) and at 48 months (P=0.14). The mean difference in low-density lipoprotein (LDL) cholesterol levels between the two groups at 12 months was 67 mg per deciliter (1.2 mmol per liter). To convert values for cholesterol to millimoles per liter, multiply by 0.0259. To convert values for triglycerides to millimoles per liter, multiply by 0.0129.

DOI: 10.1056/NEJMoa0807646

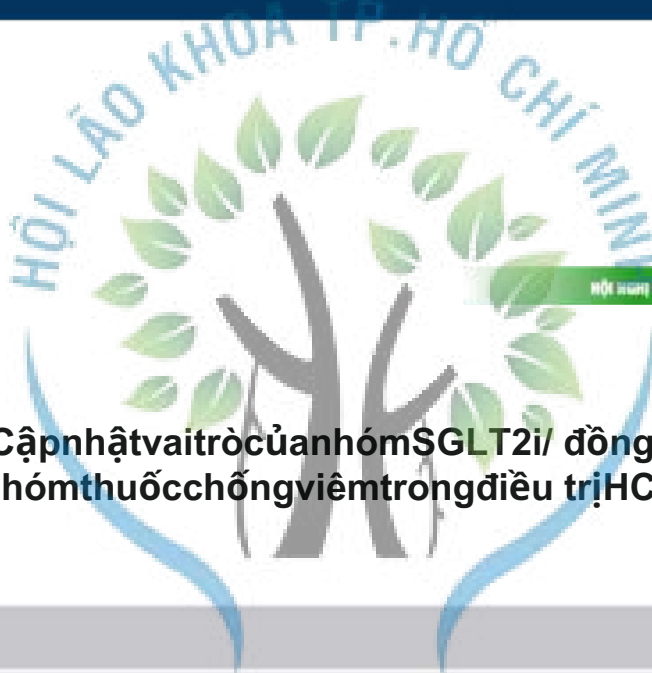
Rosuvastatin không chỉ định kháng viêm, vui lòng tham khảo tikt tại Việt Nam



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Vấn đề 3: Cập nhật vai trò SGLT2i/GLP1-RA và các liệu pháp chống viêm

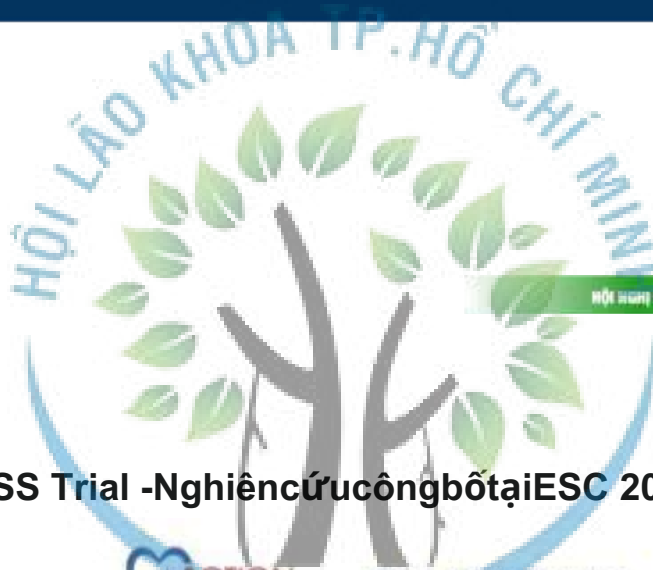


ESC 2024: Cập nhật vai trò của nhóm SGLT2i/ đồng vận GLP-1
và nhóm thuốc chống viêm trong điều trị HCVM

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors and/or glucagon-like peptide-1 receptor agonists in patients with chronic coronary syndrome—Section 4		
SGLT2 inhibitors with proven CV benefit are recommended in patients with T2DM and CCS to reduce CV events, independent of baseline or target HbA1c and independent of concomitant glucose-lowering medication.	I	A
The GLP-1 receptor agonist semaglutide should be considered in CCS patients without diabetes, but with overweight or obesity (BMI >27 kg/m ²), to reduce CV mortality, MI, or stroke.	IIa	B
Anti-inflammatory drugs in patients with chronic coronary syndrome—Section 4		
In CCS patients with atherosclerotic CAD, low-dose colchicine (0.5 mg daily) should be considered to reduce myocardial infarction, stroke, and need for revascularization.	IIa	A



Vấn đề 4: Vai trò của chẹn beta trên bệnh nhân có tiền sử NMCT



ABYSS Trial - Nghiên cứu công bố tại ESC 2024



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Beta-Blocker Interruption or Continuation after Myocardial Infarction

J. Tikkanen, G. Capá, E. Ferrer, G. Borgia, T. Pyörälä, N. Delarche, P. Gaudin, T. Gassier, F. Isenhardt, T. Uusitalo, T. Devereux, G. Lonnqvist, F. Bessière, J.-M. Laine, T. Poyry, J. G. Delgado, F. Luchini, F. Boccia, P. Laroche, C. Thiele, P. Delgado, N. Probst, R. Durrant, M. Serna, I. Paster, M. El Khatib, K. Aalto, A. Djalil, E. Vignati, and G. Montanari, for the ABYSS Investigators of the ACTION Study Group



The ABYSS trial



Assessment of β -blocker interruption one Year after an uncomplicated myocardial infarction on Safety and Symptomatic cardiac events requiring hospitalization

N= 3700 stabilized post-MI patients (> 6 months from the acute event) on Beta-Blocker therapy and without reduced LVEF (>40%)



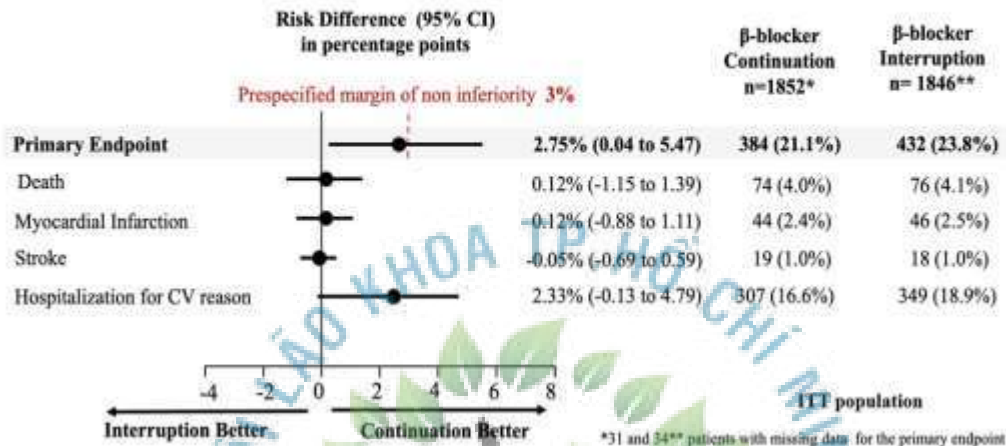
NCT03498066 - EUDRACT No: 2017-003903-23 www.action-groups.org

DOI: 10.1056/NEJMoa2404204



Kết quả tiêu chí chính

Tiếp tục chẹn beta lâu dài giúp giảm biến cố gộp: tử vong, nhồi máu cơ tim, đột quỵ và nhập viện do biến cố tim mạch



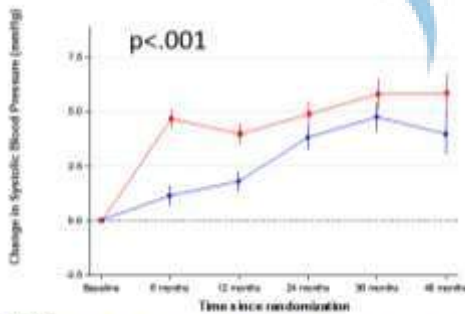
DOI: 10.1056/NEJMoa2404204

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

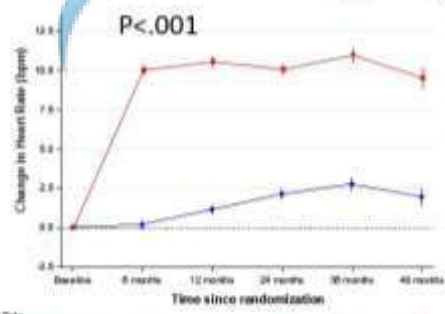
21



Nghiên cứu ABYSS: Tác động trên huyết áp, nhịp tim



Nhóm ngưng chẹn beta tăng 3.7mmHg huyết áp tâm thu



Nhóm ngưng chẹn beta tăng 9.8 nhịp/phút

DOI: 10.1056/NEJMoa2404204

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

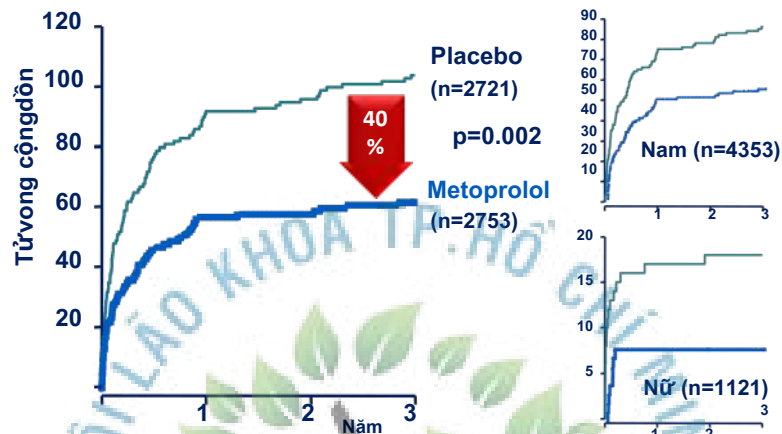
22



Chẹn beta nào có bằng chứng trên bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim?

Metoprolol giúp giảm 40% tỷ lệ đột tử sau NMCT

[Tổng hợp từ 5 nghiên cứu Amsterdam, Belfast, Gothenburg, Stockholm and LIT (n=5474)]



Olsson G et al, EurHeart J 1992;13:28-32

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

23



Cập nhật ESC 2024 về cải thiện TRIỆU CHỨNG cho bệnh nhân hội chứng vành mạn

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Vấn đề1

Cập nhật điều trị đau thắt ngực

ESC 2024: **Vấn đề1** **Class I** với chỉ định chọn Beta đầu tay ở các bệnh nhân Hội chứng vành mạn



Recommendations	Class	Level
Selection of antianginal medication		
Short-acting nitrates are recommended for immediate relief of angina	I	B
Khởi trị từ đầu thuốc Hb beta and/or CCBs to control heart rate and relieve symptoms	I	B
trở nên được khuyến cáo cho hầu hết bệnh nhân bị hội chứng vành mạn		
If anginal symptoms are not successfully controlled by monotherapy with beta-blockers or CCBs alone, the combination of a beta-blocker and a DHP CCB should be considered, unless contraindicated	IIa	B



ESC 2024: Chỉ nên dùng trimetazidine, ivabradine,... như điều trị bổ sung khi có chống chỉ định chẹn Beta/ CCB hoặc không thể đạt mục tiêu khi đã tối ưu điều trị

Recommendations in 2019 version	Class ^a	Level ^b	Recommendations in 2024 version	Class ^a	Level ^b
Recommendations for antianginal drugs in patients with chronic coronary syndrome—Section 4					
Nicorandil, ranolazine, ivabradine, or trimetazidine should be considered as a second-line treatment to reduce angina frequency and improve exercise tolerance in subjects who cannot tolerate, have contraindications to, or whose symptoms are not adequately controlled by beta-blockers, CCBs, and long-acting nitrates.	IIa	B	Long-acting nitrates or ranolazine should be considered as add-on therapy in patients with inadequate control of symptoms while on treatment with beta-blockers and/or CCBs, or as part of initial treatment in properly selected patients.	IIa	B
In selected patients, the combination of a beta-blocker or a CCB with second-line drugs (ranolazine, nicorandil, ivabradine, and trimetazidine) may be considered for first-line treatment according to heart rate, blood pressure, and tolerance.	IIb	B	Nicorandil or trimetazidine may be considered as add-on therapy in patients with inadequate control of symptoms while on treatment with beta-blockers and/or CCBs, or as part of initial treatment in properly selected patients.	IIb	B

European Heart Journal (2024) 00, 1–123

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

27



ESC 2024: Không dùng Ivabradine cho bệnh nhân có EF >40% mà không có suy tim

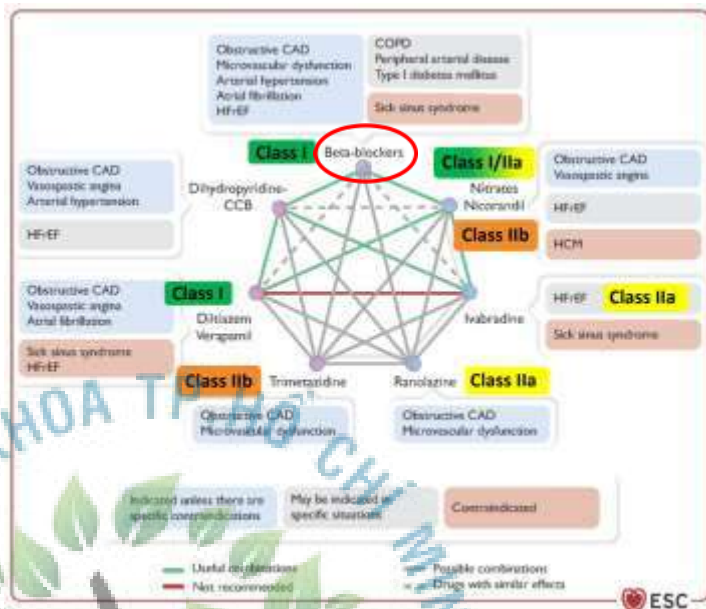
Recommendations	Class	Level
Selection of antianginal medication cont.		
<u>Ivabradine is not recommended as add-on therapy in patients with CCS, LVEF >40%, and no clinical heart failure.</u>	III	B
Combination of ivabradine with non-DHP-CCB or other strong CYP3A4 inhibitors is not recommended.	III	B
Nitrates are not recommended in patients with hypertrophic cardiomyopathy or in co-administration with phosphodiesterase inhibitors.	III	B

European Heart Journal (2024) 00, 1–123 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



ESC 2024 : Tiếp cận kim
cương đề cao vai trò cốt
lõi của cá thể hóa điều trị
Hội chứng vành mạn
**Chẹn Beta vẫn đứng
hàng đầu**



2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes:
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

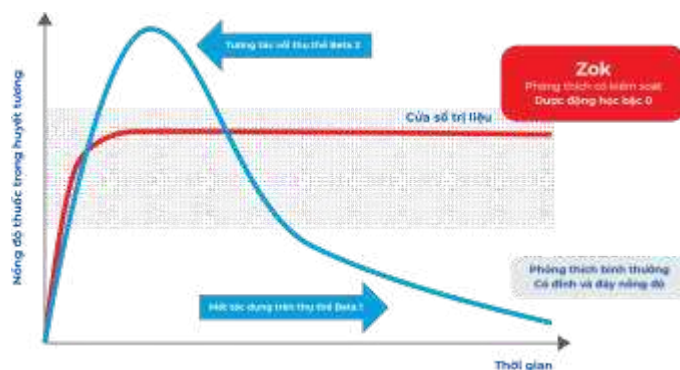
29



Nhưng, không phải mọi thuốc chẹn beta đều giống nhau!

Dạng bào chế ZOK (dược động học bậc 0) giúp tối ưu hiệu quả & giảm tác dụng phụ ngoại ý

- Không có đỉnh nồng độ giúp hạn chế các tác dụng ngoại ý do ức chế thụ thể Beta 2
- Không có đáy nồng độ giúp duy trì hiệu quả ức chế thụ thể Beta 1



Chugh Isha et al. JP 2012,3,(5)

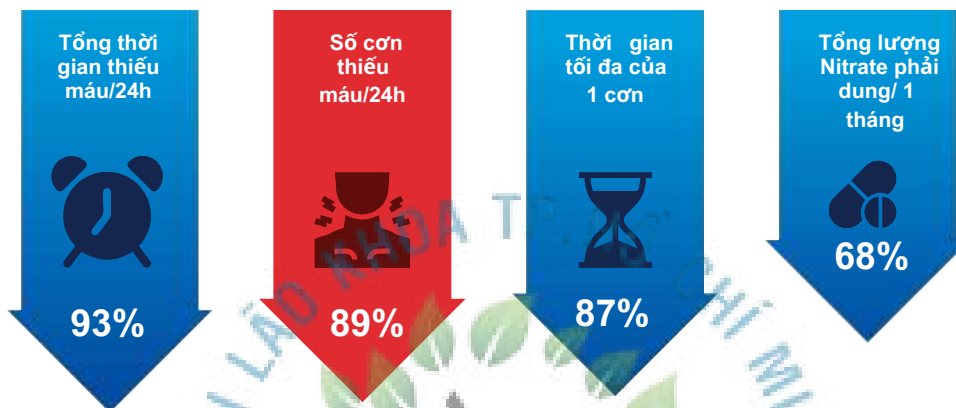
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

30



Metoprolol dạng Zok giúp giảm 9/10 cơn TMCB cơ tim trong 24h và giảm 68% lượng nitrate cần dùng trong 1 tháng

Nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, bắt chéo trên 52 bệnh nhân đau thắt ngực, theo dõi trong 8 tuần. Để đánh giá hiệu quả giảm gánh nặng đau thắt ngực của Metoprolol dạng phóng thích kéo dài so với Metoprolol dạng ZOK



Bongers, V., Sabin, G.V. Comparison of the Effect of Two Metoprolol Formulations on Total Ischaemic Burden. Clin. Drug Investig. 17, 103-110 (1999)

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

31



Vấn đề Điều trị đau thắt ngực do ANOCA/INOCA

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

Cập nhật ESC 2024



Recommendations	Class/Level	
Recurrent or refractory angina/ischaemia		
In patients with refractory angina leading to poor quality of life and with documented or suspected ANOCA/INOCA, invasive coronary functional testing is recommended to define ANOCA/INOCA endotypes and appropriate treatment, considering patient choices and preferences.	I	B
Diagnosis and management of patients with angina/ischaemia with non-obstructive coronary arteries		
Management of ANOCA/INOCA		
In symptomatic patients with ANOCA/INOCA, medical therapy based on coronary functional test results should be considered to improve symptoms and quality of life.	IIa	A
For the management of endothelial dysfunction, ACE-I should be considered for symptom control.	IIa	B
For the management of microvascular angina associated with reduced coronary/myocardial blood flow reserve, beta-blockers should be considered for symptom control.	IIa	B
For the treatment of isolated vasospastic angina:		
• calcium channel blockers are recommended to control symptoms and to prevent ischaemia and potentially fatal complications;	I	A
• nitrates should be considered to prevent recurrent episodes.	IIa	B
In patients with evidence of overlapping endotypes, combination therapy with nitrates, calcium channel blockers, and other vasodilators may be considered.	IIb	B

European Heart Journal (2024) 00, 1–123 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



KẾT LUẬN

- ESC 2024 được tổ chức tại London vào tháng 9. Với điểm nổi bật là công bố guideline điều trị Hội chứng vành mạn sau 5 năm
- Guideline CCS 2024 cập nhật toàn diện về cải thiện tiên lượng và chất lượng cho hầu hết đối tượng bệnh nhân. Trong đó:
 - Cải thiện tiên lượng: Cập nhật nguy cơ huyết khối cao và vai trò của KKTTC mạnh, **vai trò bắt buộc của statin cường độ cao và những điểm mới từ các thuốc kháng viêm/SGLT2i/GLP-1.**
 - Cải thiện chất lượng sống: Nêu bật vai trò nền tảng đầu tay của chẹn beta, cập nhật mức khuyến cáo mới về các liệu pháp điều trị đau ngực bổ sung, inoan/anocan,...

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025