

# ACC Highlights 2019: Những điểm mới qua Hội nghị ACC 2019

Phạm Mạnh Hùng\*, Nguyễn Ngọc Quang\*, Phan Đình Phong\*  
Phạm Nhật Minh\*, Nguyễn Bá Ninh\*\*

Bộ môn Tim mạch, Trường Đại học Y Hà Nội\*  
Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai\*\*

Hội nghị thường niên của Trường môn Tim mạch học Hoa Kỳ 2019 (ACC - 2019) đã diễn ra từ ngày 17 đến ngày 19 tháng 03 năm 2019 tại thành phố New Orleans, tiểu bang Louisiana, Hoa Kỳ. Như thường lệ, cùng với Hội nghị Tim mạch châu Âu (ESC) đây là 1 trong 2 Hội nghị chuyên ngành Tim mạch lớn nhất trên toàn thế giới với tổng số 363 phiên báo cáo, 1520 báo cáo viên báo cáo 3125 bài báo cáo khoa học chuyên ngành Tim mạch với nhiều hình thức khác nhau. Khuyến cáo mới nhất của AHA/ACC về dự phòng Tim mạch cũng đã được công bố trong hội nghị lần này. Hội nghị năm nay cũng đã thu hút trên 16000 bác sỹ, chuyên gia y tế từ Hoa Kỳ và Quốc tế. Bài viết này tổng hợp những nghiên cứu nổi bật được đưa ra trong Hội nghị năm nay, cũng như những định hướng với chuyên ngành Tim mạch trong tương lai.

**1. Nghiên cứu COACT:** *Đối với bệnh nhân sau cấp cứu ngừng tuần hoàn ngoại viện thành công mà không có NMCT ST chênh lên cho thấy chụp ĐMV cấp cứu không tốt hơn so với chụp ĐMV trì hoãn [1].*

Nghiên cứu COACT là một nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm trên 552 bệnh nhân sau cấp cứu ngừng tuần hoàn nhưng không có dấu hiệu của NMCT ST chênh lên được chia thành 2 nhóm: 1 nhóm được chụp ĐMV ngay lập tức và 1 nhóm chụp ĐMV trì hoãn sau khi đã hồi phục chức năng thần kinh. Tiêu chí chính là tỉ lệ cứu sống sau 90

ngày. Sau 90 ngày, có 176/273 bệnh nhân ( 64.5%) của nhóm chụp ĐMV ngay lập tức và 178/265 bệnh nhân (67.2%) của nhóm chụp ĐMV trì hoãn còn sống (OR: 0.89, với 95% khoảng tin tưởng [CI], 0.62 to 1.27; P=0.51 không có ý nghĩa thống kê ).Thời gian từ lúc ngừng tim tới lúc được chụp ĐMV là 2.3 giờ ở nhóm chụp ĐMV ngay lập tức và 121 giờ ở nhóm chụp ĐMV trì hoãn. Tiêu chí phụ là được cứu sống với hồi phục chức năng thần kinh tốt hoặc tần tật mức độ nhẹ ở 2 nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê: ở nhóm chụp ĐMV ngay lập tức là 171/272 (62.9%) và ở nhóm chụp ĐMV trì hoãn là 170/264 (64.4%) (với OR là 0.94 [CI], 0.66 to 1.31). Vậy xét trên cả hai tiêu chí là khả năng cứu sống sau 90 ngày và phục hồi chức năng thần kinh thì chụp ĐMV ngay lập tức với bệnh nhân sau cấp cứu ngừng tuần hoàn không có NMCT ST chênh lên thì chụp ĐMV ngay lập tức không tốt hơn chụp ĐMV trì hoãn.

**2. Các nghiên cứu mới về thay van chủ qua da trên bệnh nhân nguy cơ phẫu thuật thấp**

**2.1. Nghiên cứu PARTNER 3:** *Đối với bệnh nhân hẹp van động mạch chủ khít có nguy cơ phẫu thuật thấp thì thay van động mạch chủ qua đường ống thông (TAVR) làm giảm thấp nguy cơ chết, tai biến mạch não hoặc tái nhập viện trong 1 năm so với phẫu thuật [2].*

Với những bệnh nhân hẹp chủ khít có nguy cơ phẫu thuật cao hoặc trung bình, thì TAVR có giá trị

tương tự phẫu thuật, còn đối với bệnh nhân nguy cơ phẫu thuật thấp thì chưa có nghiên cứu. PARTNER 3 là một nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm trên 1000 bệnh nhân hẹp chủ khít ở 71 trung tâm có nguy cơ phẫu thuật thấp với thang điểm STS trung bình là 1.9%. Bệnh nhân được phân ngẫu nhiên thành 2 nhóm: một nhóm là TAVR và một nhóm phẫu thuật. Tiêu chí chính là cộng dồn tử vong, tai biến mạch não và tái nhập viện trong vòng 1 năm. Kết quả cho thấy TAVR làm giảm có ý nghĩa các biến cố chính so với phẫu thuật 8.5% ở nhóm TAVR và 15.1% ở nhóm phẫu thuật (;95% khoảng tin tưởng [CI], -10.8 to -2.5;  $P < 0.001$  cho không dưới; với HR, 0.54; 95% CI, 0.37 to 0.79;  $P = 0.001$  cho vượt trội). TAVR cũng làm giảm nguy cơ tử vong trong 30 ngày so với phẫu thuật, giảm số ngày nằm viện và giảm biến cố đột quỵ trong 30 ngày so với phẫu thuật. Cũng không có sự khác biệt về biến chứng mạch máu lớn, cấy máy tạo nhịp mới hay hở van ĐMC vừa tới nặng. Tóm lại PARTNER 3 chứng minh sự vượt trội của thay van động mạch chủ qua đường ống thông (TAVR) so với phẫu thuật trên bệnh nhân hẹp chủ khít nguy cơ thấp.

### 2.1. Nghiên cứu EVOLUT LOW RISK TRIAL:

*Chứng minh thay van động mạch chủ qua da với van tự nở (TAVR) không kém phẫu thuật thay van động mạch chủ mở (SAVR) trên bệnh nhân hẹp chủ khít nguy cơ phẫu thuật thấp [3].*

Giá trị của TAVR đã được chứng minh vượt trội và không kém SAVR ở những bệnh nhân hẹp chủ khít nguy cơ phẫu thuật cao và nguy cơ trung bình nhưng trên bệnh nhân nguy cơ thấp chưa có bằng chứng. Nghiên cứu đăng trên tờ NEJM ngày 16/3/2019 trên 1403 bệnh nhân hẹp van động mạch chủ nguy cơ phẫu thuật thấp. Biến cố chính là tử vong do mọi nguyên nhân trong 12h tháng hoặc đột quỵ có di chứng trong vòng 24 tháng. Biến cố chính xảy ra ở 2.7% bệnh nhân TAVR và 4.6% bệnh nhân SAVR ( $P = 0.065$ ) không có ý nghĩa khác

nhau giữa hai nhóm. Nhưng SAVR tăng nguy cơ biến chứng đột quỵ có di chứng trong 12 tháng so với TAVR (2.3% so với 0.7% với  $p = 0.023$ ) và tăng nguy cơ suy tim nhập viện so với TAVR (6.4% so với 3.1% với  $p = 0.006$ ). Ngoài ra TAVR còn giảm thời gian nằm viện và thời gian làm can thiệp so với SAVR. Trong 30 ngày, bệnh nhân chịu TAVR so với SAVR giảm thấp biến cố đột quỵ (0.5% so với 1.7%), biến chứng chảy máu (2.4% so với 7.5%) và suy thận cấp (0.9% với 2,8%), rung nhĩ (7.7% với 35.4%), nhưng TAVR làm tăng nguy cơ bị hở van ĐMC vừa tới nhiều (3.5% với 0.5%) và tăng tỉ lệ đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn (17.4% so với 6.1%) so với SAVR.

**Bình luận:** Với các kết quả đầy lạc quan của 2 nghiên cứu nói trên, đặc biệt là PARTNER-3, trong 5- 10 năm tới có lẽ thay van ĐMC qua da sẽ trở thành điều trị nền tảng thay thế cho phẫu thuật ở các bệnh nhân có chỉ định.

**3. Nghiên cứu WRAP-IT:** *Đối với những bệnh nhân được cấy các thiết bị điện trong buồng tim (cardiac implantable electronic devices CEIDs), phủ thuốc kháng sinh toàn bộ hệ thống CEIDs làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tử vong, tàn tật so với bệnh nhân cấy CEIDs không phủ thuốc kháng sinh [4].*

WRAP-IT là một nghiên cứu RCT trên 6983 bệnh nhân cấy CEIDs được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, một nhóm được phủ thuốc kháng sinh hệ thống CEIDs, một nhóm không phủ thuốc kháng sinh hệ thống CEIDs. Tiêu chí chính là nhiễm trùng hệ thống CEIDs hoặc tử vong trong vòng 12 tháng sau cấy CEIDs, tiêu chí phụ là tính an toàn và biến chứng của thuốc kháng sinh phủ CEIDs. Kết quả cho thấy ở nhóm cấy CEIDs được phủ thuốc kháng sinh làm giảm 60% nguy cơ nhiễm khuẩn và tử vong so với nhóm cấy CEIDs không phủ thuốc kháng sinh. (0.7% với 1.2% với khoảng tin tưởng 95% [CI], 0.36 to 0.98;  $P = 0.04$ ) và không làm tăng các nguy cơ biến chứng ở nhóm cấy CEIDs phủ thuốc kháng

sinh với 6.0% ở nhóm phủ thuốc và 6.9% nhóm không phủ thuốc (với HR :0.87; 95% CI, 0.72 to 1.06; P<0.001 cho không dưới).

**4. Nghiên cứu AUGUSTUS:** Ở bệnh nhân rung nhĩ có hội chứng vành cấp hoặc được can thiệp ĐMV được điều trị với một thuốc kháng P2Y12 và một thuốc chống đông đường uống thế hệ mới ở nghiên cứu này là Apixaban không có Aspirin làm giảm chảy máu và nhập viện nhưng không làm tăng các biến cố thiếu máu so với dùng thuốc kháng vitamin K, aspirin hoặc kết hợp cả hai [5].

Đây là nghiên cứu RCT trên 4614 bệnh nhân trên 33 quốc gia, được chia thành 4 nhóm ngẫu nhiên, nhóm 1: dùng apixaban + kháng P2Y12 + giả dược, nhóm 2 dùng kháng vitamin K và kháng P2Y12 và giả dược, nhóm 3 dùng apixaban + aspirin + kháng P2Y12, nhóm 4 dùng kháng vitamin K + Aspirin + kháng p2y12. Thời gian nghiên cứu 6 tháng, tiêu chí chính là chảy máu lớn hoặc chảy máu không lớn có ý nghĩa lâm sàng, tiêu chí phụ là chết hoặc nhập viện và một biến cố thiếu máu cộng dồn. biến cố chảy máu giảm đáng kể ở bệnh nhân dùng Apixaban so với bệnh nhân dùng thuốc kháng vitamin K (10.5% so với 14.7% HR, 0.69; 95% [CI], 0.58 to 0.81; P<0.001), và tăng đáng kể ở bệnh nhân dùng aspirin so với bệnh nhân dùng giả dược (16.1% so với 9.0% với HR, 1.89; 95% CI, 1.59 to 2.24; P<0.001). Ở nhóm bệnh nhân dùng Apixaban giảm thấp tỉ lệ tử vong và nhập viện so với nhóm bệnh nhân dùng kháng vitamin K (23.5% vs. 27.4%; HR, 0.83; 95% CI, 0.74 to 0.93; P=0.002). Tóm lại điều trị tối ưu với bệnh nhân rung nhĩ bị hội chứng vành cấp gần đây hoặc được can thiệp ĐMV qua da là apixaban và một kháng P2Y12 làm giảm đáng kể nguy cơ chảy máu nhưng không làm tăng các biến cố tử vong và chảy máu so với thuốc kháng vitamin K, aspirin hoặc cả 2.

**Bình luận:** Với các kết quả công bố trong AUGUSTUS có lẽ trong thời gian tới liệu pháp

kháng đông chuẩn cho bệnh nhân HCVC có kèm rung nhĩ sẽ là 1 NOAC + 1 P2Y12.

**5. Các nghiên cứu về kháng tiểu cầu kép trên bệnh nhân sau can thiệp đặt Stent ĐMV**

**5.1. Nghiên cứu STOPDAPT-2:** Ở bệnh nhân can thiệp ĐMV qua da được đặt stent phủ thuốc, sử dụng Clopidogrel đơn thuần sau 01 tháng dùng kháng tiểu cầu kép (DAPT) vượt trội liệu pháp chuẩn kháng ngưng tập tiểu cầu kép trong 12 tháng về lợi ích lâm sàng thực sự và giảm các biến cố chảy máu.

Nghiên cứu thực hiện trên 3045 bệnh nhân sau đặt stent phủ thuốc ĐMV (Stent sử dụng trong nghiên cứu là CoCr - EES) là nghiên cứu ngẫu nhiên, song song, có đối chứng, bệnh nhân được chia làm 2 nhóm, 1 nhóm được uống thuốc kháng ngưng tập tiểu cầu kép 1 tháng sau đó duy trì đơn trị liệu với Clopidogrel trong 5 năm, 1 nhóm dùng thuốc kháng ngưng tập tiểu cầu kép trong 12 tháng sau đó duy trì đơn trị liệu với aspirin trong 5 năm, thời gian theo dõi là 12 tháng.

Tiêu chí chính là gọi bao gồm: tử vong, NMCT, huyết khối trong stent, đột quy, chảy máu có ý nghĩa sau 01 năm là 2.4 % ở nhóm dùng 1 tháng DAPT, so với 3.7% ở nhóm dùng 12 tháng DAPT với p =0.04 có ý nghĩa thống kê.

Tiêu chí phụ gồm có tử vong, NMCT, huyết khối trong stent, hoặc đột quy trong 1 năm: là 2% ở nhóm dùng 1 tháng DAPT so với 2.5% ở nhóm dùng 12 tháng DAPT (với p = 0.005 cho không dưới). Biến cố chảy máu theo tháng điểm TIMI bao gồm chảy máu lớn và nhỏ 0.4% ở nhóm dùng 1 tháng DAPT so với 1.5% ở nhóm dùng 12 tháng DAPT (với p = 0.004 vượt trội). Chảy máu theo tháng điểm BARC từ mức độ 3 tới 5 là 0.5% ở nhóm dùng 1 tháng DAPT so với 1.8% ở nhóm dùng 12 tháng DAPT.

Tóm lại bệnh nhân sau can thiệp ĐMV, thì liệu pháp dùng 1 tháng DAPT sau đó duy trì bằng Clopidogrel đơn thuần so với liệu pháp chuẩn

dùng 12 tháng DAPT, có lợi ích lâm sàng thực sự với bệnh nhân hơn. Dùng 1 tháng DAPT giảm rõ rệt các biến cố chảy máu nhưng không làm tăng các biến cố tử vong, NMCT hay huyết khối trong stent, đột quy thiếu máu não.

**5.2. Nghiên cứu SMART – CHOICE:** So sánh đơn liệu pháp kháng P2Y12 và liệu pháp chuẩn DAPT (liệu pháp kháng ngưng tập tiểu cầu kép) trong 12 tháng ở bệnh nhân đặt stent ĐMV phủ thuốc [6].

Nghiên cứu được thực hiện trên 2993 bệnh nhân sau đặt stent phủ thuốc ĐMV (Stent được sử dụng trong nghiên cứu là CoCr-EES, PtCr-EES hoặc BP-SES), chia ngẫu nhiên làm 2 nhóm: 1 nhóm sau 03 tháng dùng DAPT sau đó duy trì kháng P2Y12 trong 9 tháng còn lại, một nhóm dùng toàn bộ DAPT trong 12 tháng, thời gian theo dõi là 12 tháng.

Tiêu chí chính là biến cố tim mạch chính MACCE (tử vong do mọi nguyên nhân, nhồi máu cơ tim hoặc đột quy) trong 12 tháng ở 2 nhóm lần lượt là 2.9% và 2.5% với  $p=0.007$  với tiêu chí không dưới. Tử vong do mọi nguyên nhân là 1.4% và 1.2%,  $p=0.61$ . NMCT là 0.8% và 1.2% với  $p=0.28$ .

Tiêu chí phụ gồm huyết khối trong stent là 0.2% và 0.1% với  $p=0.65$  không có ý nghĩa thống kê. Chảy máu theo phân loại của BARC từ 2-5 là 2% và 3.4% với  $p=0.002$  có ý nghĩa thống kê.

Tóm lại với bệnh nhân sau đặt stent phủ thuốc động mạch vành, sau 3 tháng duy trì DAPT sau đó duy trì kháng P2Y12 đơn thuần so với dùng DAPT 12 tháng không làm tăng các biến cố tim mạch chính, nhưng lại làm giảm có ý nghĩa các biến cố chảy máu.

**Bình luận:** Cùng với 2 nghiên cứu STOP-DAPT 2 và SMART-CHOICE, dùng kháng tiểu cầu kép có thể hiệu quả hơn và rút ngắn thời gian trên một số đối tượng bệnh nhân cụ thể.

**6. Nghiên cứu REDUCE-IT:** Hiệu quả của Icosapent –Ethyl làm giảm các biến cố tim mạch [6].

Tiêu chí lựa chọn bệnh nhân: Tuổi từ 45 với các bệnh lý mạch máu có trước đó hoặc tuổi từ 50 bị đái tháo đường với từ 1 yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống trở lên. Hoặc mức triglyceride từ 135mg/dl và dưới 500 mg/dl. Hoặc mức LDL-C > 40 mg/dl và dưới 100 mg/dl mặc dù đã duy trì liệu pháp statin ( $\pm$  ezetimide) từ 4 tuần trở lên.

Nghiên cứu được thực hiện trên 19212 bệnh nhân là một nghiên cứu mù đôi, đa trung tâm, ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) với tiêu chí chính là biến cố tim mạch gây tử vong, NMCT không tử vong, đột quy không tử vong, can thiệp ĐMV, nhập viện do đau ngực không ổn định. Tiêu chí phụ là tử vong do tim mạch, NMCT không tử vong và đột quy không tử vong. Icosapent–Ethyl được dùng 2g/ngày. Thời gian theo dõi trung bình là 4.9 năm.

Kết quả: biến cố chính là 23% ở nhóm bệnh nhân dùng Icosapent - Ethyl so với 28.3% ở nhóm bệnh nhân dùng giả dược, khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với  $p<0.00001$ , số bệnh nhân cần điều trị để giảm được 1 biến cố chính là 21 (NNT = 21). Tiêu chí phụ xảy ra 16.2% ở nhóm dùng Icosapent –Ethyl so với 20% ở nhóm dùng giả dược với  $p=0.000006$ , Vậy ở nhóm bệnh nhân phù hợp Icosapent – Ethyl làm giảm đáng kể các biến cố tim mạch và tử vong.

**Bình luận:** Cùng với một vài nghiên cứu khác (Chẳng hạn CLEAR-WISDOM), REDUCE-IT cho thấy xu thế trong nghiên cứu một số thuốc mới - bổ sung cho Statin trong dự phòng các biến cố Tim mạch.

**7. Nghiên cứu DECLARE TIMI - 58:** Ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có các yếu tố nguy cơ tim mạch được điều trị với Dapagliflozin không chỉ chứng minh Dapagliflozin an toàn với tim mạch mà còn làm giảm biến cố tử vong do tim mạch, nhập viện do suy tim ở những bệnh nhân suy tim [7].

Nghiên cứu thực hiện trên 17160 bệnh nhân đái tháo đường type 2. Với mục tiêu đánh giá hiệu và an toàn của Dapagliflozin trên bệnh nhân tim mạch

so với giả dược. Biến cố chính gồm có: tử vong do mọi nguyên nhân, tử vong do tim mạch, nhập viện do suy tim, suy tim sung huyết. Dapagliflozin không chỉ chứng minh an toàn trên tim mạch khi biến cố chính xảy ra ở nhóm dùng Dapagliflozin là 8.8% và nhóm dùng giả dược là 9.4% (với HR =0.93, 0.93; 95% CI, 0.84 to 1.03; P=0.17). Mà dapagliflozin còn chứng minh giảm biến cố tử vong do tim mạch và nhập viện do suy tim (4.9% vs. 5.8%; HR, 0.83; 95% CI, 0.73 to 0.95; P=0.005). Về tổng thể thì Dapagliflozin không làm giảm tử vong do mọi nguyên nhân, tử vong do tim mạch, và làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn sinh dục tiết niệu (0.9% với 0.1%) tăng dapagliflozin làm tăng nguy cơ nhiễm toan ceton (0.3% với 0,1%).

**8. Một số điểm mới nổi bật khác được công bố:**

+ *Nghiên cứu Ticargrelor reversal*: Nghiên cứu pha 1 trên 64 người khỏe mạnh tìm ra kháng thể đơn dòng PB2452 trung hòa Ticargrelor [8].

+ *Nghiên cứu Hot-PE*: Ở bệnh nhân nhồi máu phổi nguy cơ thấp có thể xuất viện an toàn và hiệu quả với thuốc uống Rivaroxaban.

+ *Nghiên cứu: SAFARI - STEMI*: Chứng minh ở bệnh nhân NMCT ST chênh lên thì can thiệp đường động mạch quay không vượt trội so với can thiệp đường động mạch đùi về các biến cố tim mạch chính và chảy máu.

+ *Nghiên cứu GALASSY*: Chứng minh liệu pháp đơn trị liệu với Ticargrelor sau 1 tháng với DAPT không dưới liệu pháp DAPT trong 1 năm về các biến cố tử vong do mọi nguyên nhân, huyết khối trong stent, NMCT và đột quy không tử vong.

+ *The apple heart study*: Sử dụng Iphone từ 5s trở lên và 1 chiếc Apple watch có thể phát hiện được rung nhĩ, tuy tỉ lệ phát hiện rung nhĩ chưa cao (0.52% người từ 22 tuổi trở lên) nhưng nhờ cải thiện kỹ thuật trong tương lai thì chúng ta có thể tin tưởng đây sẽ là một cách rất hiệu quả trong dự phòng và theo dõi. Nghiên cứu cũng cho thấy triển vọng của

trí tuệ nhân tạo trong chăm sóc và dự phòng bệnh tật trong tương lai.

+ *Nghiên cứu số bộ về bệnh lý phình tách ĐMC*: hơn 9000 bệnh nhân được tuyển và theo dõi vào nghiên cứu (International Registry of Acute Aortic Dissection) IRAD ở trên 55 trung tâm và 13 quốc gia khác nhau từ năm 1996 tới năm 2019.Đánh giá chính của nghiên cứu là về chẩn đoán, điều trị, tử vong trong viện và trong 5 năm. Kết quả chỉ ra THA, hút thuốc lá và xơ vữa động mạch là những yếu tố nguy cơ chính của bệnh lý phình tách động mạch chủ. Chụp CT vẫn là phương tiện chẩn đoán phổ biến và hiệu quả nhất với bệnh lý này. Quản lý phẫu thuật đối với tách type A tăng từ 85% bệnh nhân lên 88,6% bệnh nhân. Đối với tách type A, tử vong trong viện giảm đáng kể từ 26.2% xuống 16.3% theo thời gian, nhưng tử vong sau 5 năm tăng từ 81.9% lên 88.5%. Đối với tách type B, can thiệp nội mạc ĐMC tăng từ 19.5% lên 31.2%, và phẫu thuật giảm từ 15% xuống 6.1%. Tử vong trong viện với type B giảm từ 10.2% xuống 7.4% và tử vong sau 5 năm tăng từ 74% lên 83.7%. Số liệu đã chứng minh những tiến bộ trong điều trị bệnh lý động mạch chủ theo thời gian.

**9. Những điểm nổi bật về khuyến cáo dự phòng biến cố tim mạch năm 2019 của ACC/AHA [9]**

+ Cách quan trọng nhất để dự phòng bệnh lý xơ vữa mạch máu, rung nhĩ, suy tim là thay đổi lối sống theo hướng lành mạnh.

+ Người lớn từ 40 tới 75 tuổi nên được đánh giá về nguy cơ bệnh lý tim mạch trong 10 năm (ASCVD) để quyết định về các liệu pháp dùng thuốc như aspirin, thuốc huyết áp, statin.

+ Huyết áp: nên điều trị tăng huyết áp và duy trì cho đa số người bệnh huyết áp < 130/80mmHg.

+ Hoạt động thể lực: nên từ 150 phút/tuần hoặc phải từ 75 phút/tuần.

+ Aspirin không còn là “thần dược” cho người trung niên và cao tuổi nữa ACC đã hạ mức bằng

chúng của aspirin từ IA xuống IIb-A.

+ Kiểm soát tiểu đường bằng metformin (lựa chọn số 1), nhóm ức chế SGLT2 hoặc đồng vận GLP-1 (lựa chọn số 2).

+ Chế độ ăn nhiều rau, quả, ngũ cốc nguyên hạt.

+ Bỏ thuốc lá! Không nói nhiều vì thuốc lá là nguy cơ số 1 mắc bệnh động mạch vành.

+ Liệu pháp statin là điều trị đầu tay để dự phòng bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân có LDL từ 190mg/dl, bệnh nhân đái tháo đường, bệnh nhân từ 40 tới 75 tuổi.

**Bình luận:** ACC 2019 cho thấy chỉ định rộng rãi hơn của Statin và thu hẹp chỉ định của Aspirin trong dự phòng tiên phát các bệnh lý Tim mạch

### 10. JACC Highlights và Eugene Braunwald Keynote Lecture

Một điểm đặc biệt nữa của Hội nghị năm nay đó là phiên quan trọng Tổng hợp lại những bài báo hay và đặc biệt nhất của tờ JACC trong năm

2019 và công bố 2 ấn phẩm mới JACC sẽ được ấn hành trong năm 2019 đó là tờ JACC case reports và JACC CardioOncology phản ánh xu hướng mới trong trình bày các ca bệnh hay, hiếm gặp trong Tim mạch cũng như các bệnh lý Tim mạch liên quan trong bệnh cảnh Ung thư. Đây hứa hẹn là các hướng nghiên cứu mới và phát triển của chuyên ngành Tim mạch trong Tương lai.

Như thông lệ, bài giảng Keynote Lecture do trực tiếp GS. Eugene Braunwald giới thiệu trong năm nay do BS Paul.M. Ricker của ĐH Harvard tổng hợp lại quá trình phát triển của CRP.hs như một marker trong các bệnh lý Tim mạch, cũng như vinh danh cá nhân Eugene Braunwald trong quá trình nghiên cứu này cho đến ngày nay dựa trên những phát triển đó mà liệu pháp "chống viêm hệ thống"-anti-Cytokine có thể trong tương lai 5-10 năm tới sẽ là hướng đi mới tiên phong phát triển trong chuyên ngành Tim mạch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lemkes, J.S., et al., *Coronary Angiography after Cardiac Arrest without ST-Segment Elevation*. N Engl J Med, 2019. **380**(15): p. 1397-1407.
2. Mack, M.J., et al., *Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Balloon-Expandable Valve in Low-Risk Patients*. N Engl J Med, 2019.
3. Popma, J.J., et al., *Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Self-Expanding Valve in Low-Risk Patients*. N Engl J Med, 2019.
4. Tarakji, K.G., et al., *Antibacterial Envelope to Prevent Cardiac Implantable Device Infection*. N Engl J Med, 2019.
5. Lopes, R.D., et al., *Antithrombotic Therapy after Acute Coronary Syndrome or PCI in Atrial Fibrillation*. N Engl J Med, 2019. **380**(16): p. 1509-1524.
6. Bhatt, D.L., et al., *Cardiovascular Risk Reduction with Icosapent Ethyl for Hypertriglyceridemia*. N Engl J Med, 2019. **380**(1): p. 11-22.
7. Furtado, R.H.M., et al., *Dapagliflozin and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes and Prior Myocardial Infarction: A Sub-analysis From DECLARE TIMI-58 Trial*. Circulation, 2019.
8. Bhatt, D.L., et al., *Antibody-Based Ticagrelor Reversal Agent in Healthy Volunteers*. N Engl J Med, 2019.
9. Bittner, V.A., *The New 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease*. Circulation, 2019.