

ĐỒNG THUẬN LÂM SÀNG

<https://vnras.com/drug/>



VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ BỆNH TIM MẠCH

ESC 2025

Biên dịch:

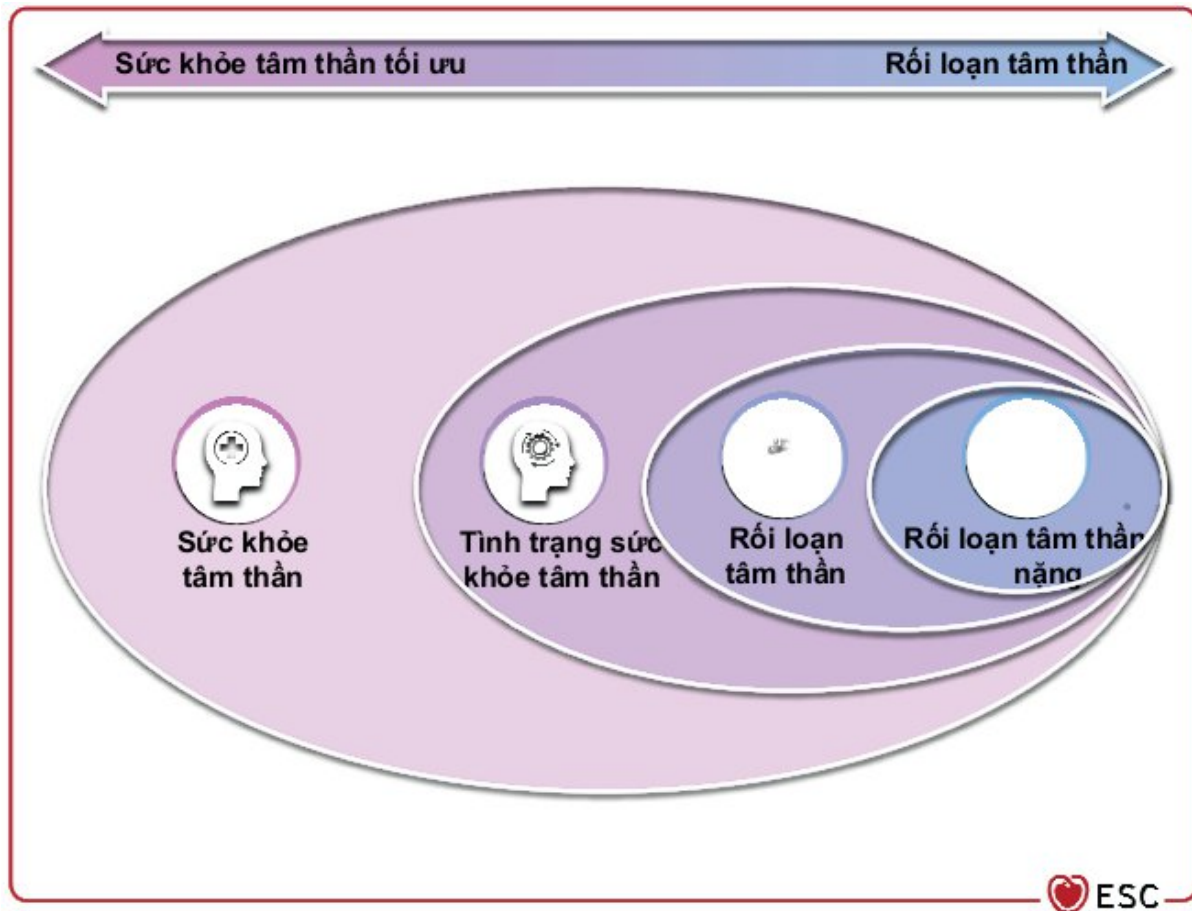
Khoa nội tim mạch, bệnh viện TWQĐ 108

1. Ths.BSNT. Đinh Văn Hưởng, Bs. Bùi Thị Hương Lan, BVTWQĐ 108
2. PGS.TS Phạm Trường Sơn, BVTWQĐ 108

Mối liên hệ giữa sức khỏe tâm thần, sức khỏe tim mạch và bệnh tim mạch

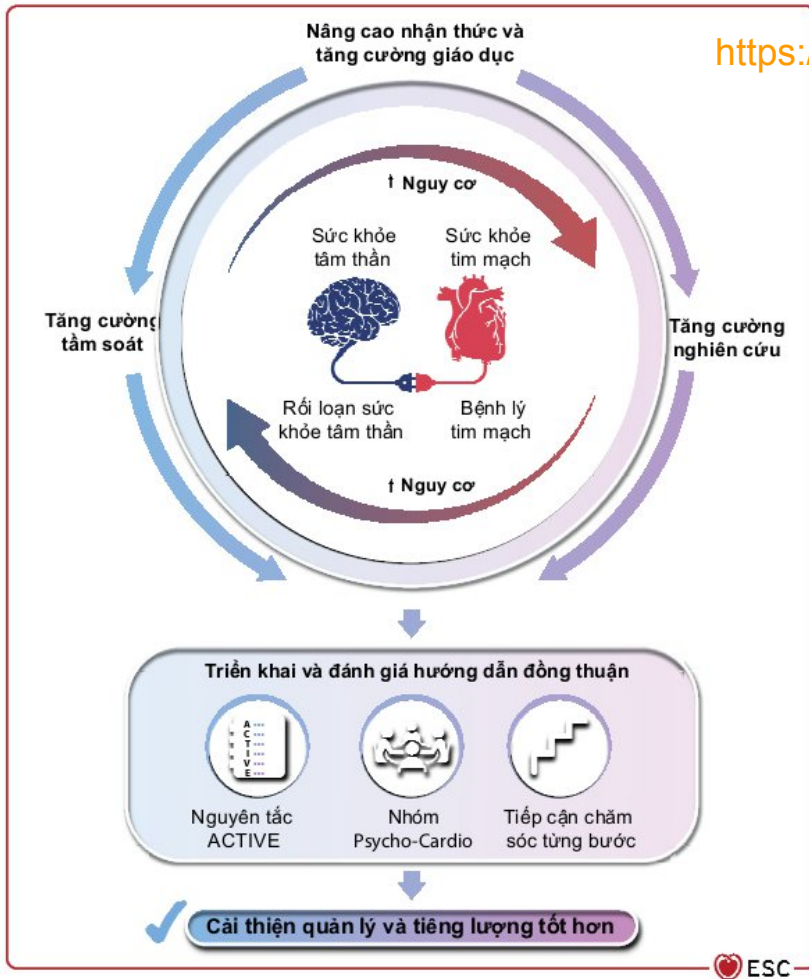
Hình 1

Khái niệm sức khỏe tâm thần trong đồng thuận



Hình 2

Sức khỏe tâm thần/
tim mạch, tương tác
bệnh lý và các định
hướng trong tương lai

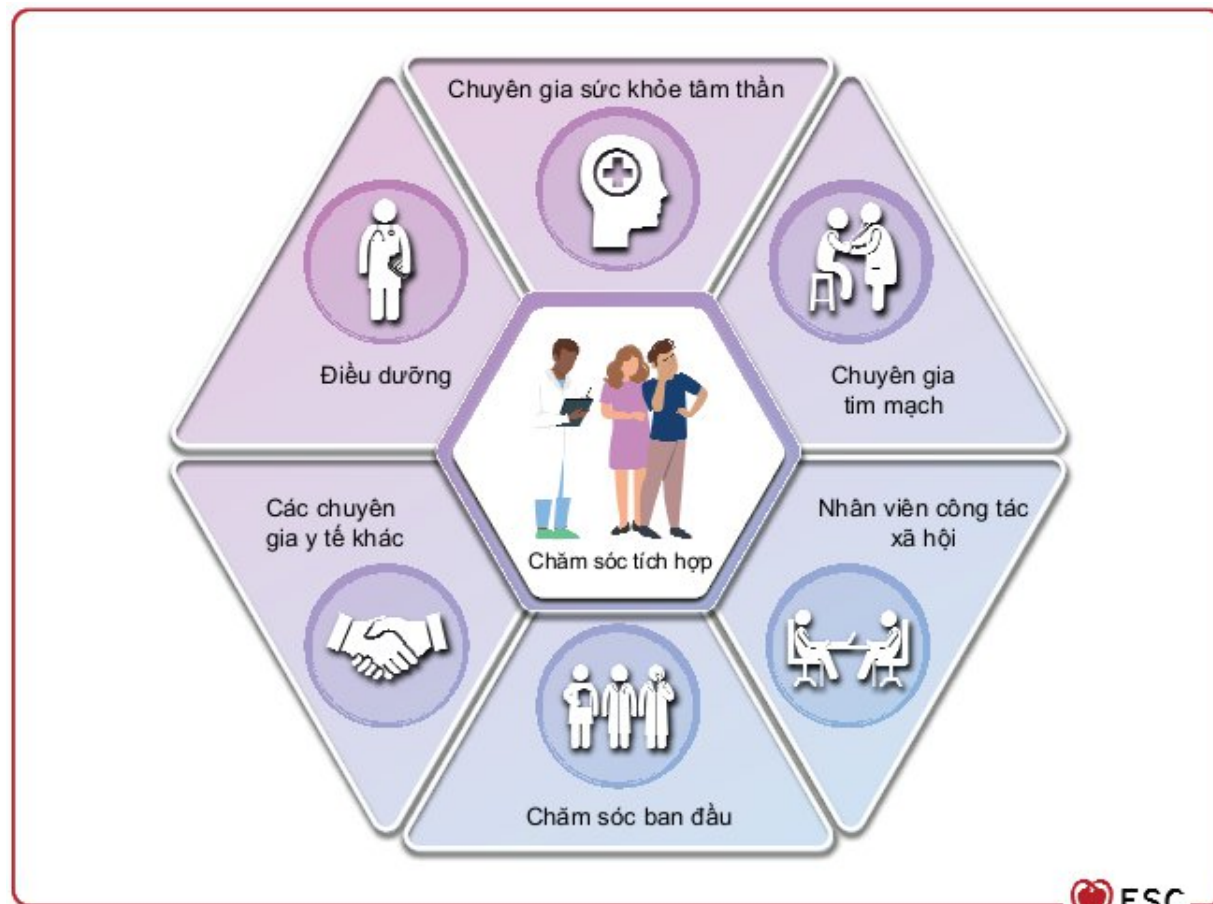


<https://vnras.com/efug> ESC

Hình 3

Nhóm
Tâm thần - Tim mạch

<https://vnras.com.vn> ESC



Hình 4

Nguyên tắc ACTIVE để cải thiện sức khỏe tâm thần trong chăm sóc tim mạch



Acknowledge : Cần thừa nhận mối liên hệ giữa sức khỏe tâm thần và tim mạch cùng các yếu tố quyết định, sự thiên lệch, bất bình đẳng và kỳ thị



Check: Kiểm tra triệu chứng hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần tại mỗi lần khám tim mạch định kỳ; đồng thời sàng lọc các yếu tố nguy cơ tim mạch trong quá trình chăm sóc sức khỏe tâm thần



Tools: Sử dụng các công cụ đã được kiểm chứng để sàng lọc và chẩn đoán triệu chứng cũng như rối loạn sức khỏe tâm thần



Implement: Thực hiện quản lý lấy người bệnh làm trung tâm bằng cách áp dụng mô hình ra quyết định chung và tiếp cận điều trị theo từng bước (stepped-care)



Venture : Tiên phong thay đổi chăm sóc tim mạch bằng cách triển khai những thay đổi về cấu trúc và chức năng cần thiết để tích hợp chăm sóc sức khỏe tâm thần vào thực hành tim mạch



Evaluate: Đánh giá nhu cầu hỗ trợ giáo dục, sự cần thiết thay đổi trong quản lý, và tiến triển về kết cục tim mạch cũng như sức khỏe tâm thần.

NHỮNG ĐIỂM TÓM TẮT CHÍNH

1. Sức khỏe tâm thần và rối loạn tâm thần có mối tương tác đa chiều với sức khỏe và bệnh tim mạch.
2. Sự tồn tại đồng thời của bệnh tim mạch và các rối loạn tâm thần có thể tạo ra sự tương tác hai chiều, làm xấu đi cả sức khỏe tâm thần lẫn sức khỏe tim mạch, dẫn đến những kết cục bất lợi hơn.
3. Thực hành lâm sàng tim mạch còn thiếu sự hệ thống, tích hợp trong sàng lọc, đánh giá, trao đổi và quản lý sức khỏe tâm thần.
4. Bằng chứng còn hạn chế về cách tối ưu giao tiếp, thúc đẩy, duy trì và cải thiện sức khỏe tâm thần cũng như khả năng phục hồi ở những người mắc bệnh tim mạch và người thân của họ.
5. Cơ sở bằng chứng để hướng dẫn sàng lọc và quản lý các rối loạn tâm thần ở bệnh nhân tim mạch còn hạn chế.

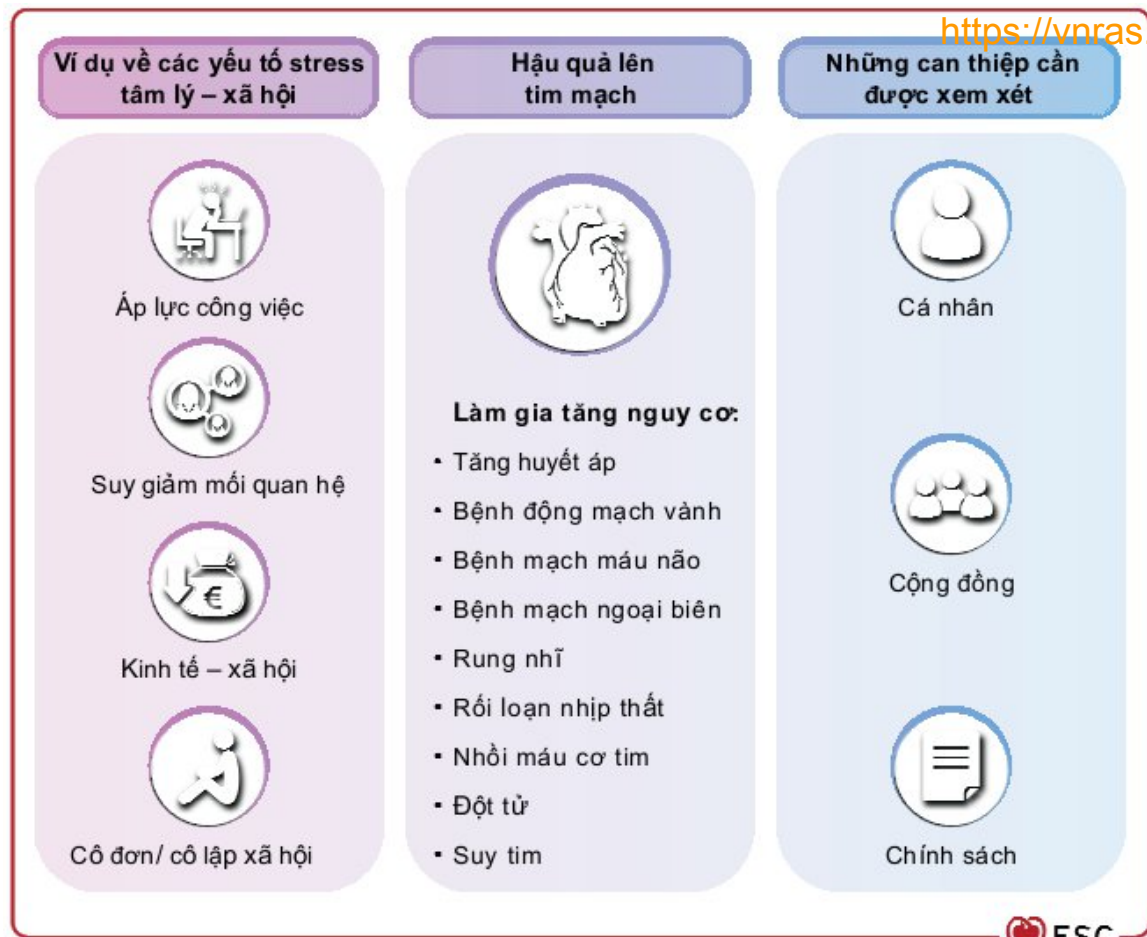
NHỮNG ĐIỂM ĐỒNG THUẬN VỀ QUẢN LÝ

1. Chăm sóc tim mạch được tối ưu nếu định hướng lấy người bệnh làm trung tâm và cải thiện sức khỏe toàn diện, không chỉ tim mạch mà còn cả sức khỏe tâm thần như một thành phần không thể tách rời.
2. Một nhóm đa chuyên khoa gồm chuyên gia sức khỏe tâm thần, nhà tâm lý học và/hoặc bác sĩ tâm thần (Psycho-Cardio) là cần thiết trong chăm sóc tim mạch, nhằm đưa ra định hướng thực hành và đưa ra đánh giá, hỗ trợ cũng như quản lý sức khỏe tâm thần thích hợp cho bệnh nhân tim mạch và người chăm sóc.
3. Các dịch vụ tim mạch nên hướng tới việc triển khai mô hình nhóm Tâm thần – Tim mạch (Psycho-Cardio), được điều chỉnh phù hợp với dân số, thực tế và nguồn lực tại địa phương.
4. Áp dụng nguyên tắc ACTIVE theo hướng lấy người bệnh làm trung tâm, đồng thời tích hợp chăm sóc sức khỏe tâm thần vào thực hành tim mạch thường quy nhằm nâng cao chất lượng điều trị.

**Nguy cơ tim mạch liên
quan đến sức khỏe tâm
thần ở những người chưa
được
chẩn đoán mắc bệnh tim
mạch**

Hình 5

Nguồn gốc stress tâm lý - yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch



NHỮNG ĐIỂM TÓM TẮT CHÍNH

1. Các chỉ dấu của sức khỏe tâm thần tích cực, như sự lạc quan, hạnh phúc và mức độ hài lòng cao với cuộc sống, có liên quan đến nguy cơ tim mạch thấp hơn.
2. Các yếu tố tâm lý – xã hội bất lợi (ví dụ: cô lập xã hội, áp lực tài chính, áp lực công việc) liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch.
3. Các rối loạn tâm thần như trầm cảm, lo âu và rối loạn stress sau sang chấn (PTSD) liên quan đến việc gia tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch.
4. Nhân viên y tế có trách nhiệm:
 - Hiểu rõ các mối liên quan
 - Cảnh giác với các yếu tố nguy cơ trong quá trình thăm khám
 - Tư vấn, chuyển tuyến khi cần thiết
 - Vận động thay đổi hệ thống một cách phù hợp..

NHỮNG ĐIỂM ĐỒNG THUẬN VỀ QUẢN LÝ

1. Quản lý stress tâm lý - xã hội và thúc đẩy sức khỏe tinh thần là những thành phần thiết yếu của dự phòng tim mạch toàn diện.
2. Kết hợp việc sàng lọc trầm cảm, lo âu và rối loạn stress sau sang chấn vào trong đánh giá nguy cơ tim mạch.

Sức khỏe tâm thần và rối loạn tâm thần ở những bệnh nhân có bệnh tim mạch

Tỷ lệ trầm cảm/ triệu chứng trầm cảm ở người mắc bệnh tim mạch (1)

Bệnh	Dữ liệu
Hội chứng vành cấp/ Sau nhồi máu cơ tim (ACS/Post-MI)	31% bệnh nhân báo cáo có triệu chứng trầm cảm sau nhồi máu cơ tim . Tỷ lệ trầm cảm khi nhập viện là 40% ở nữ <60 tuổi, so với 22% ở nam cùng nhóm tuổi. Ở bệnh nhân >60 tuổi, tỷ lệ này là 21% ở nữ và 15% ở nam Trong nghiên cứu gồm 8.580 bệnh nhân ACS từ 22 quốc gia châu Âu, ≥6 tháng sau xuất viện: Triệu chứng trầm cảm gặp nhiều hơn ở nữ (32,3%) so với nam (21,2%). Trầm cảm mức độ vừa/nặng ghi nhận ở 12,7% nữ và 7,4% nam.
Suy tim mạn (Chronic HF)	Trầm cảm ảnh hưởng đến 21,5% bệnh nhân suy tim (HF). Dao động: 33,6% khi đánh giá bằng câu hỏi, 19,3% khi phỏng vấn trực tiếp. Từ 11% ở NYHA I đến 42% ở NYHA IV. Trầm cảm thường gặp hơn ở nữ giới mắc suy tim mạn (32,7% so với 26,1% ở nam). Tỷ lệ dao động: 11-67% ở nữ, 7-63% ở nam, và tăng dần theo mức độ nặng NYHA

Tỷ lệ trầm cảm/ triệu chứng trầm cảm ở người mắc bệnh tim mạch (2)

Bệnh	Dữ liệu
Suy tim giai đoạn cuối – Sau ghép tim	Trầm cảm ảnh hưởng đến 25-30% bệnh nhân sau ghép tim. Trầm cảm được ghi nhận ở 35% bệnh nhân trước ghép tim và 26,3% sau ghép tim. Trầm cảm xảy ra ở 15%–39% bệnh nhân sử dụng thiết bị hỗ trợ thất, thường vượt ngưỡng chẩn đoán lâm sàng, đặc biệt ở người cao tuổi. Người bệnh sau ghép tim có tỷ lệ trầm cảm thấp hơn nhóm có thiết bị hỗ trợ cơ học
Rung nhĩ (AF)	38% bệnh nhân rung nhĩ có trầm cảm (theo thang điểm Beck Depression Inventory (BDI)).
ICD	Phân tích gộp theo mô hình hiệu ứng ngẫu nhiên cho thấy trầm cảm có ý nghĩa lâm sàng ở 15,4% bệnh nhân có ICD, (KTC 95%: 11,9–18,9%) tại tất cả các thời điểm sau cấy. Tỷ lệ mắc mới trầm cảm 2 năm sau cấy ICD là 11,3% (từ cơ sở dữ liệu quốc gia về ICD) Triệu chứng trầm cảm ảnh hưởng đến 20% bệnh nhân có ICD (12% nhẹ, 6% trung bình, Triệu chứng trầm cảm ảnh hưởng đến 20% bệnh nhân có ICD (12% nhẹ, 6% trung bình, 2% nặng). Trầm cảm mức trung bình đến nặng thường gặp hơn ở bệnh nhân được cấy ICD với chỉ định dự phòng thứ phát và ở những người từng nhận ≥ 5 sốc bởi ICD. Bệnh nhân có ICD và máy tạo nhịp đều có mức độ trầm cảm tăng tương tự nhau

Tỷ lệ trầm cảm/ triệu chứng trầm cảm ở người mắc bệnh tim mạch (3)

Bệnh	Dữ liệu
Tim bẩm sinh người lớn (ACHD)	Ở 2161 bệnh nhân tăng áp phổi, tỷ lệ trầm cảm được báo cáo là 28% (KTC 95%: 20,5–36,8). Bệnh nhân tim bẩm sinh ở người trưởng thành (ACHD) có nguy cơ tự tử thấp và tương đương với nhóm tham chiếu
Tăng áp phổi/ Tăng áp động mạch phổi (PH/PAH)	Trong 2.161 bệnh nhân tăng áp phổi (PH), tỷ lệ gộp báo cáo của trầm cảm là 28% (KTC 95%: 20,5–36,8) Các nghiên cứu nhỏ hơn ghi nhận tỷ lệ hiện mắc trầm cảm ở bệnh nhân tăng áp động mạch phổi (PAH) dao động từ 9% đến 70%, có liên quan đến mức độ nặng của bệnh.

Tỉ lệ lo âu/ triệu chứng lo âu ở người mắc bệnh tim mạch (1) <https://vnras.com/doi/10.1093/eurheartj/ehaf191>

Bệnh	Dữ liệu
Hội chứng vành cấp/ Sau nhồi máu cơ tim (ACS/Post-MI)	Trong một nghiên cứu quốc tế, những bệnh nhân sau CABG, PCI, NMCT và ACS, ≥ 6 tháng sau xuất viện, tỷ lệ lo âu dao động từ 12–42% ở nam và 22–64% ở nữ; trong đó lo âu mức vừa đến nặng ghi nhận ở 11% nam và 23% nữ. Sau 3 tháng kể từ nhồi máu cơ tim, 10% bệnh nhân báo cáo lo âu nặng, nhưng tỷ lệ này giảm xuống mức tương đương dân số chung trong giai đoạn 3–18 tháng tiếp theo. Ở bệnh nhân được chẩn đoán lóc tách động mạch vành tự phát, 41% có lo âu mức độ nhẹ, 16% có lo âu mức trung bình đến nặng. Điểm lo âu cao thường gặp hơn ở nữ giới, người trẻ tuổi, những người có khả năng thích ứng kém, và những người mới trải qua biến cố.
Suy tim mạn (Chronic HF)	Có tới 72% bệnh nhân suy tim xuất hiện lo âu; ước tính gộp cho thấy 56% có triệu chứng lo âu, 29% có lo âu có ý nghĩa lâm sàng, và 13,1% mắc rối loạn lo âu. Tỷ lệ này cao hơn trong các nghiên cứu có nhiều nữ giới. Bệnh nhân suy tim có nguy cơ lo âu cao hơn, với 23% có triệu chứng lo âu và 32% mắc đồng thời lo âu và trầm cảm.

Tỉ lệ lo âu/ triệu chứng lo âu ở người mắc bệnh tim mạch (2) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ehaj.12191> ESC

Bệnh	Dữ liệu
Suy tim giai đoạn cuối và sau ghép tim	Tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân sau ghép tim là 11% (KTC 95%: 3,8–28,5).
Rung nhĩ (AF)	Bệnh nhân rung nhĩ có tỷ lệ lo âu 28%, tương đương nhóm chứng, và triệu chứng vẫn tồn tại ở 37% sau 6 tháng. Trong nhóm bệnh nhân được sốc điện chuyển nhịp hoặc triệt đốt, 30% báo cáo lo âu có ý nghĩa lâm sàng.
ICD	Ở bệnh nhân sống sót sau ngừng tim ngoài viện (OHCA), 36% có lo âu ở nữ so với 20% nam; tỷ lệ này cao hơn ở nữ <55 tuổi so với nữ ≥55 tuổi (43% so với 28%). Sau 18 tháng kể từ OHCA, 32% bệnh nhân còn có triệu chứng lo âu. Một cơ sở dữ liệu lớn báo cáo 20% bệnh nhân có lo âu đối với nhóm (OHCA) Phân tích gộp theo mô hình hiệu ứng ngẫu nhiên cho thấy 23% bệnh nhân cấy ICD có lo âu có ý nghĩa lâm sàng (KTC 95%: 18,3–27,0%) tại tất cả các thời điểm sau cấy Tỷ lệ mắc mới lo âu sau 24 tháng kể từ khi cấy ICD là 15%, với tỷ lệ cao hơn ở nữ và ở nhóm bệnh nhân được cấy ICD theo chỉ định dự phòng thứ phát Bệnh nhân có ICD và máy tạo nhịp đều biểu hiện mức độ lo âu tăng cao tương tự nhau.

Tỉ lệ lo âu/ triệu chứng lo âu ở người mắc bệnh tim mạch (3)

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ehaj.12191> ESC

Bệnh	Dữ liệu
Tim bẩm sinh người lớn (ACHD)	Một phân tích tổng quan cho thấy triệu chứng lo âu thường gặp đồng thời ngay sau biến cố tim mạch hoặc phẫu thuật, và trong quá trình theo dõi sau đó. Tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân tim bẩm sinh người lớn (ACHD) là 13%, cao hơn so với đoàn hệ lịch sử bệnh nhân lymphoma không Hodgkin và so với giá trị tham chiếu tại Đức (6%).
Tăng áp phổi/ Tăng áp động mạch phổi (PH/PAH)	Tổng cộng 24 nghiên cứu trên 2161 bệnh nhân tăng áp phổi (PH) báo cáo tỷ lệ có lo âu là 37% (KTC 95%: 28,7–46,4). Các nghiên cứu nhỏ hơn cho thấy tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân tăng áp động mạch phổi dao động từ 9% đến 58%, có liên quan đến mức độ nặng của bệnh. Tỷ lệ lo âu cao hơn ở bệnh nhân tăng áp động mạch phổi sống tại khu vực thành thị và ở những người không hút thuốc hoặc không uống rượu so với nhóm đối chứng tương ứng.

Tỷ lệ rối loạn stress/ triệu chứng stress sau sang chấn (PTSS) ở bệnh nhân tim mạch

<https://www.escardio.org> ESC

Bệnh	Dữ liệu
ACS/Post-MI	PTSD có ý nghĩa lâm sàng: 12%. Tỷ lệ triệu chứng stress sau sang chấn (PTSS) dao động từ 0–26% tùy theo phương pháp. PTSD gặp ở 7–20% bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu chủ-vành (CABG). Tỷ lệ PTSD ở bệnh nhân lóc tách động mạch vành tự phát (SCAD) dao động từ 28–35%.
Suy tim giai đoạn cuối và sau ghép tim	PTSD gặp ở 11–19% bệnh nhân sau ghép tim.
ICD	Tỷ lệ PTSD ở bệnh nhân sống sót sau ngừng tim dao động 12–38%. Trải qua ≥ 1 cú sốc ICD thích hợp là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với PTSD (OR 6,0; KTC 95%: 1,45–24,63; $P < 0,013$). Một nghiên cứu cho thấy tỷ lệ PTSD cao hơn ở bệnh nhân ICD từng trải qua cơn bão điện (electric storm) so với nhóm không trải qua.
ACHD	Tỷ lệ PTSD ở bệnh nhân tim bẩm sinh người trưởng thành (ACHD) dao động từ 1% đến 30%, khác nhau tùy theo phương pháp đo lường và khu vực địa lý. Nữ giới và những người có nhiều lần tiếp xúc y tế nhưng thiếu can thiệp tâm lý – xã hội có nhiều khả năng bị PTSD hơn.

Hình 6

Hỗ trợ những người chăm sóc tim mạch không chuyên

	Lắng nghe	Những người chăm sóc không chuyên cần được quan tâm, họ nắm thông tin về bệnh nhân và thường trải qua nhiều căng thẳng, lo âu
	Trấn an	Người chăm sóc cần được trấn an họ không đơn độc, và các cảm xúc của họ là chính đáng cũng như có ý nghĩa lâm sàng quan trọng
	Hỗ trợ	Người chăm sóc cần được hỗ trợ để tiếp thu kiến thức mới, sắp xếp thông tin, tuân thủ hướng dẫn điều trị và thực hiện các thay đổi lối sống
	Khuyến khích	Người chăm sóc nên được khuyến khích tiếp cận các nguồn hỗ trợ y tế và xã hội, không chỉ cho bệnh nhân mà còn cho chính bản thân họ
	Chuyển tuyến	Người chăm sóc nên được giới thiệu đến các dịch vụ phù hợp để hỗ trợ nhu cầu sức khỏe và xã hội của họ

NHỮNG ĐIỂM TÓM TẮT CHÍNH

1. Bệnh tim mạch và các rối loạn sức khỏe tâm thần như trầm cảm, lo âu và PTSD có mối quan hệ đa chiều và chúng làm tăng nguy cơ lẫn nhau.
2. Các rối loạn sức khỏe tâm thần ở bệnh nhân tim mạch, như trầm cảm, có thể ảnh hưởng tiêu cực đến việc tự quản lý bệnh, bao gồm tuân thủ thuốc và thay đổi lối sống, và liên quan đến tiên lượng kém hơn
3. Tác động của lo âu và PTSD đối với tuân thủ điều trị và kết cục tim mạch còn chưa rõ ràng và có thể phụ thuộc vào thời gian.
4. Người chăm sóc không chuyên (không phải nhân viên y tế) đóng vai trò thiết yếu trong việc hỗ trợ thành viên gia đình mắc bệnh tim mạch duy trì thay đổi lối sống lâu dài và tuân thủ điều trị; việc đánh giá và hỗ trợ sức khỏe người chăm sóc sẽ mang lại lợi ích cho cả hai bên.

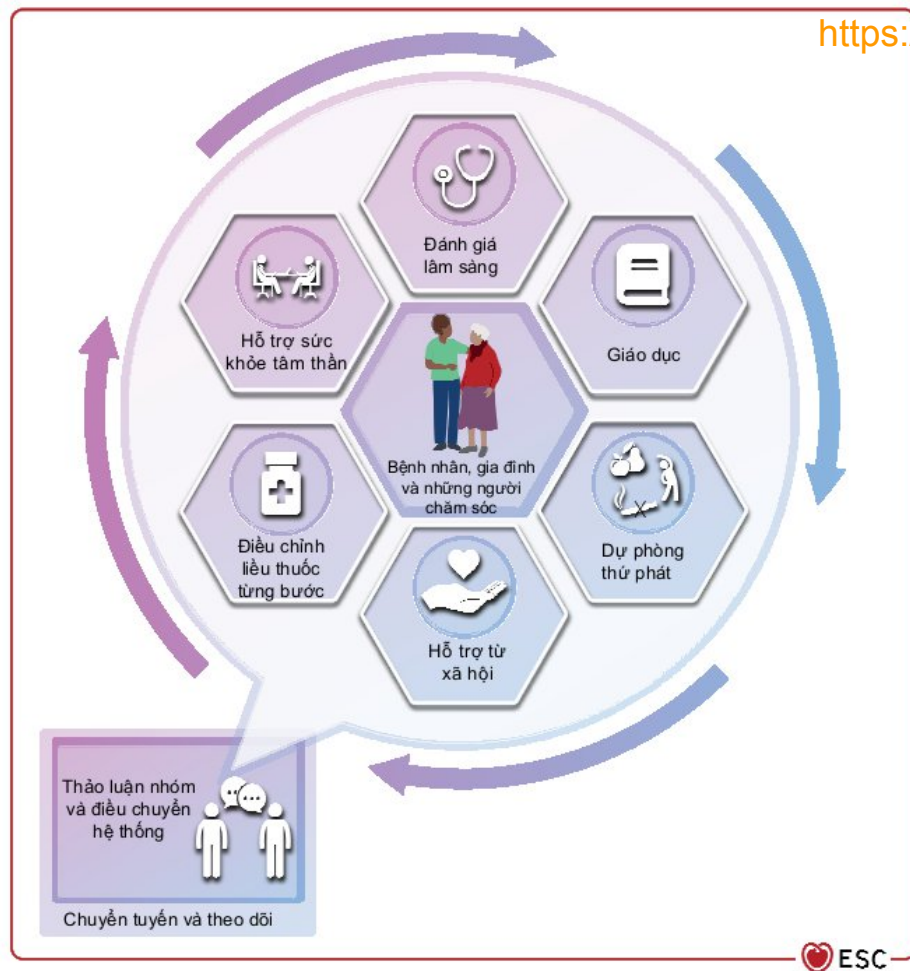
NHỮNG ĐIỂM ĐỒNG THUẬN VỀ QUẢN LÝ

1. Nên đánh giá trầm cảm, lo âu và rối loạn stress sau sang chấn ở bệnh nhân đã có bệnh tim mạch (Tỷ lệ mắc cao và ảnh hưởng đến kết quả điều trị) đồng thời cần chuyển bệnh nhân đến chuyên gia khi cần.
2. Stress lâu dài và cô đơn liên quan đến kết cục bất lợi ở bệnh nhân tim mạch, nếu được phát hiện trong quá trình thăm khám lâm sàng thì nên xem xét chuyển bệnh nhân đến chuyên gia thích hợp
3. Nên lồng ghép và đánh giá hỗ trợ sức khỏe dành cho người chăm sóc không chuyên trong cách tiếp cận toàn diện đối với sức khỏe tâm thần và tim mạch

Nhận diện – Dự phòng – Quản lý vấn đề sức khỏe tâm thần trong bệnh tim mạch

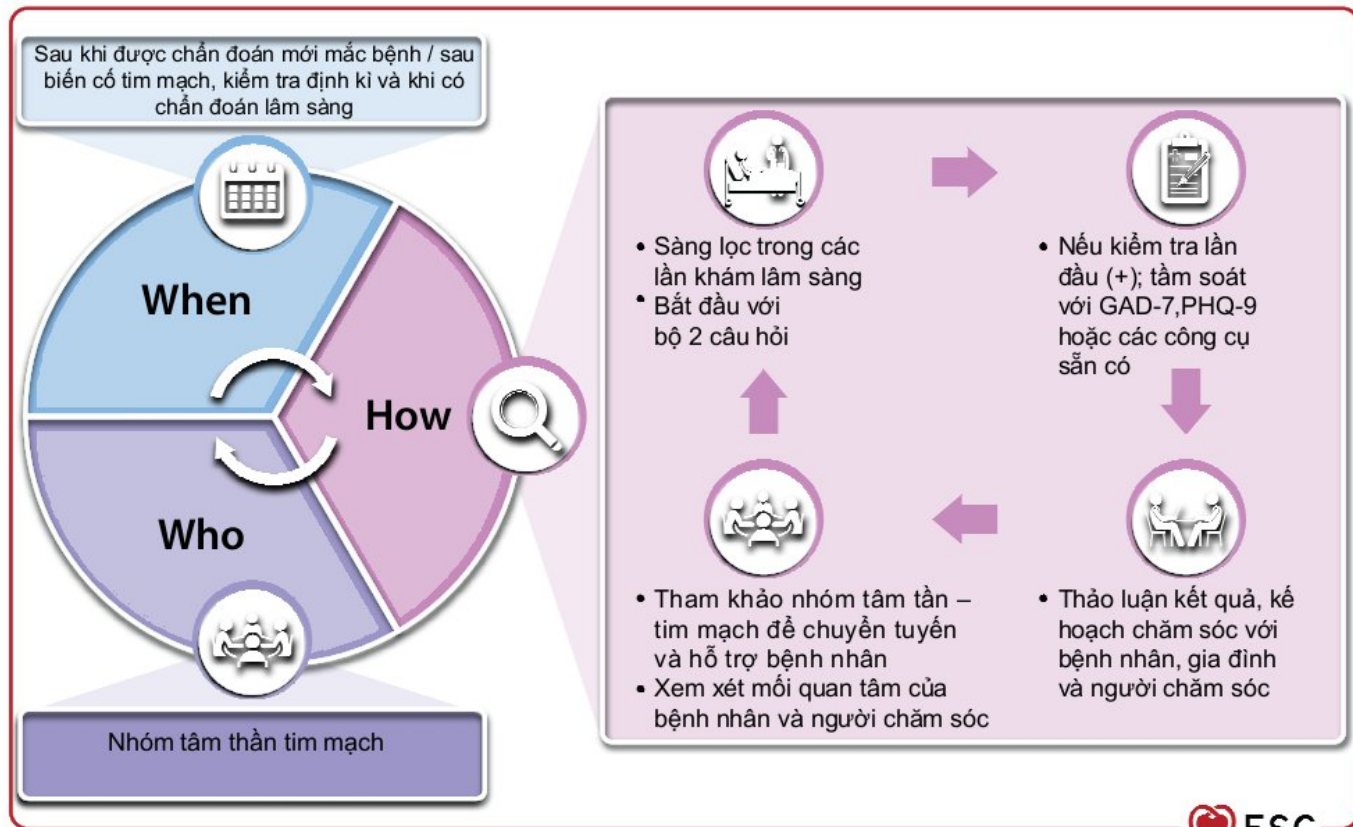
Hình 7

Minh họa hệ thống hỗ trợ 'theo nhu cầu' cho bệnh nhân tim mạch nhằm cải thiện sức khỏe tâm thần



Hình 8

Sàng lọc rối loạn sức khỏe tâm thần ở bệnh nhân tim mạch



Độ nhạy/ độ đặc hiệu của các công cụ sàng lọc triệu chứng lo âu và trầm cảm

<https://vnras.com/doi/10.1093/eurheartj/ehaf191> ESC

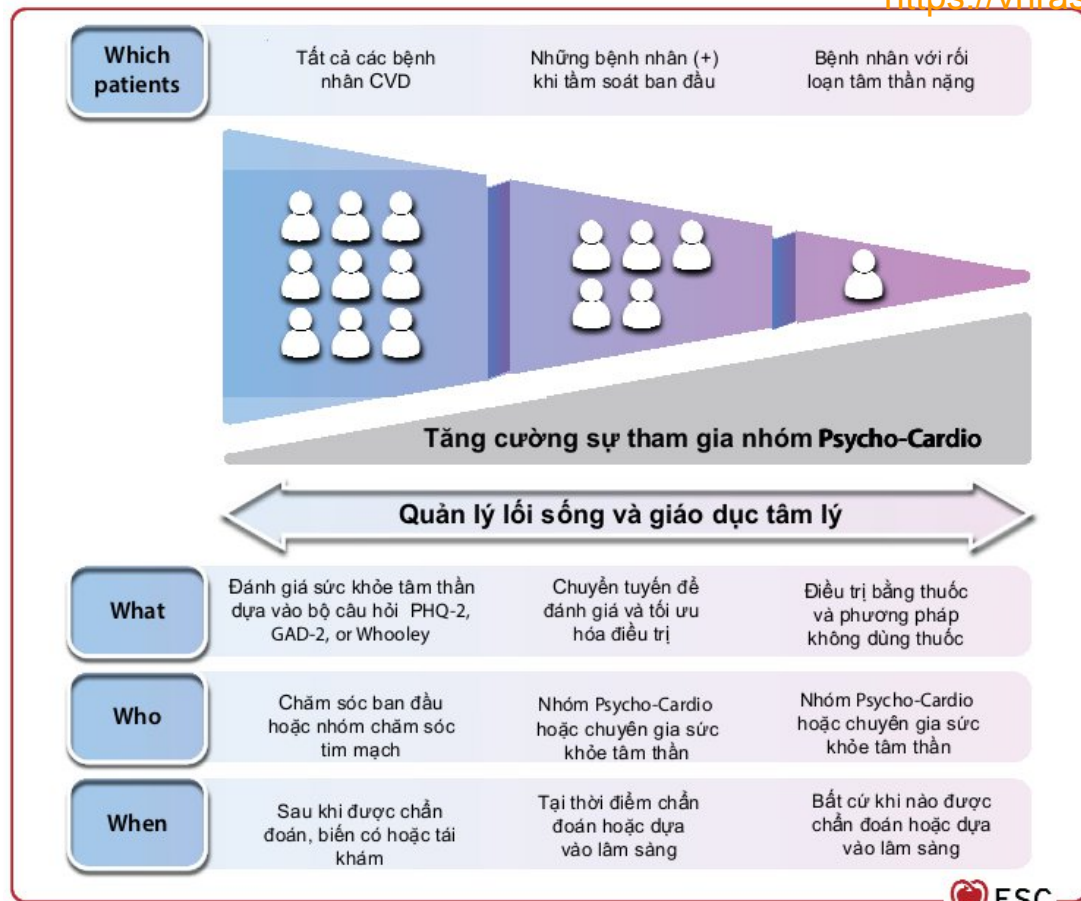
Đặc điểm đo lường	Bộ câu hỏi Whooley	GAD-2	PHQ-2 ≥2 điểm
Độ nhạy	95% (95% CI 88–97)	91%	97%
Độ đặc hiệu	65% (95% CI 56–74)	37%	48%

Thời điểm và công cụ sàng lọc triệu chứng lo âu và trầm cảm

Thời điểm sàng lọc	Công cụ đánh giá	
	Triệu chứng lo âu	Triệu chứng trầm cảm
Sau khi được chẩn đoán mới mắc bệnh CVD hoặc can thiệp tim mạch. Có thể được thực hiện ngay trong thời gian nằm viện.	GAD-2 (Nếu dương tính làm GAD-7)	PHQ-2 (Nếu dương tính làm PHQ-9)
Tại các lần khám theo dõi (ví dụ: hàng năm) để xác định sự thay đổi so với lần khám ban đầu hoặc trước đó.		
Bất cứ lúc nào dựa trên đánh giá lâm sàng của bác sĩ.		

Hình 9

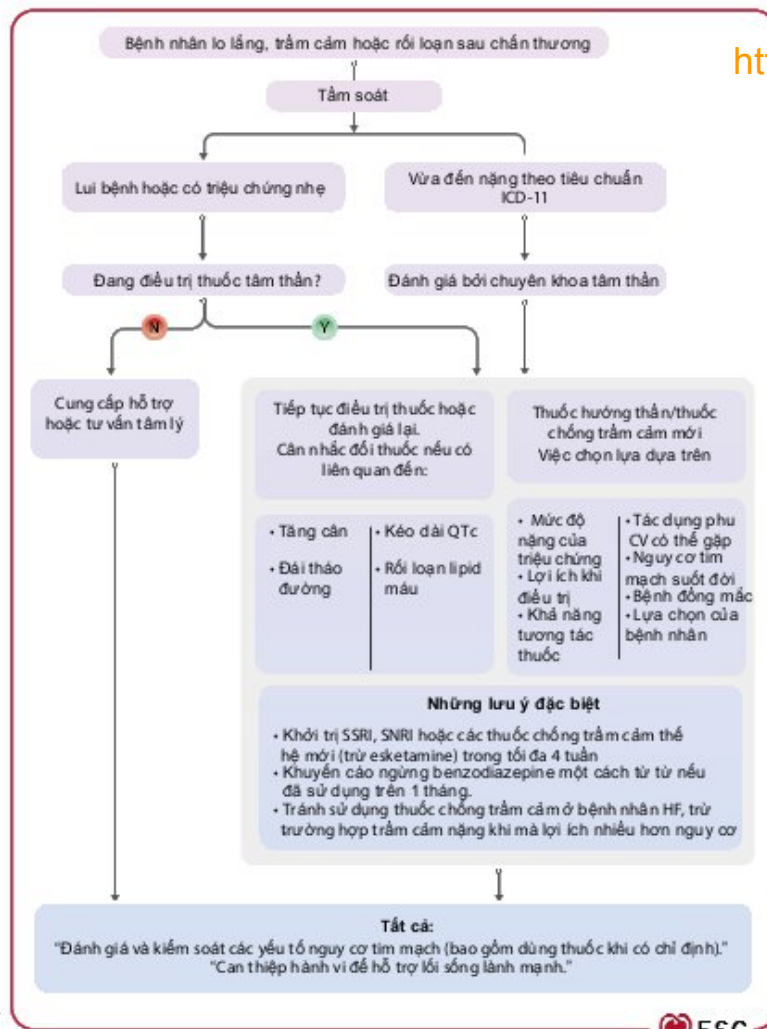
Tuần tự các bước đánh giá và quản lý có hệ thống sức khỏe tâm thần của bệnh nhân tim mạch



Hình 10

Quản lý bằng thuốc
cho bệnh nhân mắc
bệnh tim mạch có lo
âu trầm cảm hoặc
căng thẳng sau sang
chấn

<https://vnras.com/efug> ESC



Tóm tắt điểm chính

1. Lý tưởng nhất, việc đánh giá tình trạng sức khỏe tâm thần nên được thực hiện thường quy trong thực hành lâm sàng bệnh tim mạch và được triển khai khi điều kiện về nguồn lực và năng lực tại cơ sở cho phép.
2. Trầm cảm và lo âu có thể dễ dàng bị bỏ sót trong chăm sóc thường quy cho người bệnh tim mạch và/hoặc bị xem là phản ứng 'bình thường' trước gánh nặng lâm sàng/tiên lượng của bệnh.
3. Tiền sử lâm sàng có thể được sử dụng để nhận diện các triệu chứng sức khỏe tâm thần. Nếu có nghi ngờ lâm sàng, nên tiến hành sàng lọc chính thức bằng các công cụ đã được thẩm định.
4. Các nhóm Chăm sóc tâm thần - Tim mạch (Psycho-Cardio teams) là cần thiết để xây dựng các lộ trình cho:
Sàng lọc (Screening),
Chuyển tuyến (Referral),
Điều trị (Treatment) cho những người mắc bệnh tim mạch (CVD) và có các vấn đề sức khỏe tâm thần nghi ngờ hoặc đã được xác định.
5. Can thiệp y khoa, bao gồm điều trị bằng thuốc, có thể cần thiết cho những người bệnh tim mạch được chẩn đoán rối loạn sức khỏe tâm thần, đặc biệt trong trường hợp có triệu chứng nặng của trầm cảm, lo âu hoặc rối loạn stress sau sang chấn (PTSD).
6. Ở một số bệnh nhân tim mạch, liệu pháp phối hợp giữa can thiệp tâm lý và điều trị bằng thuốc có thể hữu ích.

Đồng thuận điều trị

1. Khuyến cáo sàng lọc sức khỏe tâm thần bằng các công cụ sàng lọc đã được thẩm định sau khi có chẩn đoán mới hoặc biến cố tim mạch, ít nhất một lần trong quá trình theo dõi và bất cứ lúc nào dựa trên đánh giá lâm sàng về nhu cầu.
2. Việc sàng lọc ban đầu đơn giản bằng công cụ hai câu hỏi (ví dụ: bộ câu hỏi Whooley, **PHQ-2**, **GAD-2**) có thể được tích hợp vào các quy trình thực hành thường quy.
3. Nên áp dụng ngưỡng thấp để sàng lọc sức khỏe tâm thần ở những người mắc bệnh tim mạch (CVD), do tỉ lệ các bệnh lý tâm thần ở nhóm bệnh nhân này cao và ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị.
4. Sau khi có kết quả bất thường ở sàng lọc ban đầu, nên sử dụng một công cụ sàng lọc đã được thẩm định với phạm vi rộng hơn để xác định mức độ nặng của tình trạng là nhẹ, trung bình hay nặng
5. Các nhóm Tâm lý – Tim mạch (Psycho-Cardio teams) cần xác định rõ ai là người chịu trách nhiệm trong việc đánh giá các rối loạn sức khỏe tâm thần, cũng như cách thức và thời điểm thực hiện, đồng thời điều chỉnh phù hợp với bối cảnh và nguồn lực cụ thể.
6. Mỗi nhóm Tâm lý – Tim mạch (Psycho-Cardio team) có thể lựa chọn một công cụ sàng lọc cụ thể sau khi đã đánh giá cẩn thận về tính giá trị, độ tin cậy và khả năng áp dụng cho quần thể bệnh nhân của mình; tuy nhiên, ưu tiên sử dụng các công cụ sàng lọc chuẩn hóa trong đánh giá sức khỏe tâm thần.

Đồng Thuận điều trị (tiếp)

7. Những người có điểm số cao trong bảng câu hỏi sàng lọc cần được giới thiệu để đánh giá chẩn đoán và điều trị thích hợp bởi chuyên gia sức khỏe tâm thần.
8. Áp dụng phương pháp chăm sóc theo từng bước (stepped care) để quản lý các rối loạn sức khỏe tâm thần ở người bệnh tim mạch là hợp lý, dựa trên sở thích của bệnh nhân, mức độ nặng của triệu chứng và tình trạng bệnh, cũng như nguồn lực sẵn có.
9. Việc xây dựng và đánh giá các chương trình can thiệp được cá thể hóa nhằm giảm bớt căng thẳng cho người bệnh tim mạch và người chăm sóc có thể hữu ích.
10. Các biện pháp thay đổi lối sống và giáo dục tâm lý có ích cho tất cả người bệnh tim mạch, trong khi các liệu pháp tâm lý có thể hữu ích cho những người đang trải qua trầm cảm và/hoặc lo âu..
11. Phục hồi chức năng tim mạch là cơ hội để sàng lọc trầm cảm và lo âu, đồng thời có thể góp phần cải thiện sức khỏe tâm thần sau các biến cố tim mạch hoặc tạo điều kiện nhận diện và quản lý các rối loạn sức khỏe tâm thần.
12. Nên tránh sử dụng **benzodiazepine** làm liệu pháp đầu tay trong điều trị lo âu và trầm cảm

Đồng Thuận điều trị (tiếp)

13. Các thuốc giảm lo âu (**anxiolytics**), thuốc an thần (**sedatives**) và thuốc ngủ (**hypnotics**) đang bị lạm dụng và kê đơn quá mức trong cộng đồng, đặc biệt là ở người cao tuổi và những người có bệnh lý tâm thần. Do đó, cần cân nhắc cẩn thận khi lựa chọn chỉ định.

14. Nên sử dụng thuốc chống trầm cảm (**antidepressant**) cho những người mắc rối loạn lo âu và trầm cảm từ trung bình đến nặng, dưới sự hướng dẫn của các chuyên gia sức khỏe tâm thần có chuyên môn.

15. Nên sử dụng thuốc chống trầm cảm (**antidepressant**) cho những người mắc rối loạn lo âu và trầm cảm từ trung bình đến nặng, dưới sự hướng dẫn của các chuyên gia sức khỏe tâm thần có chuyên môn.

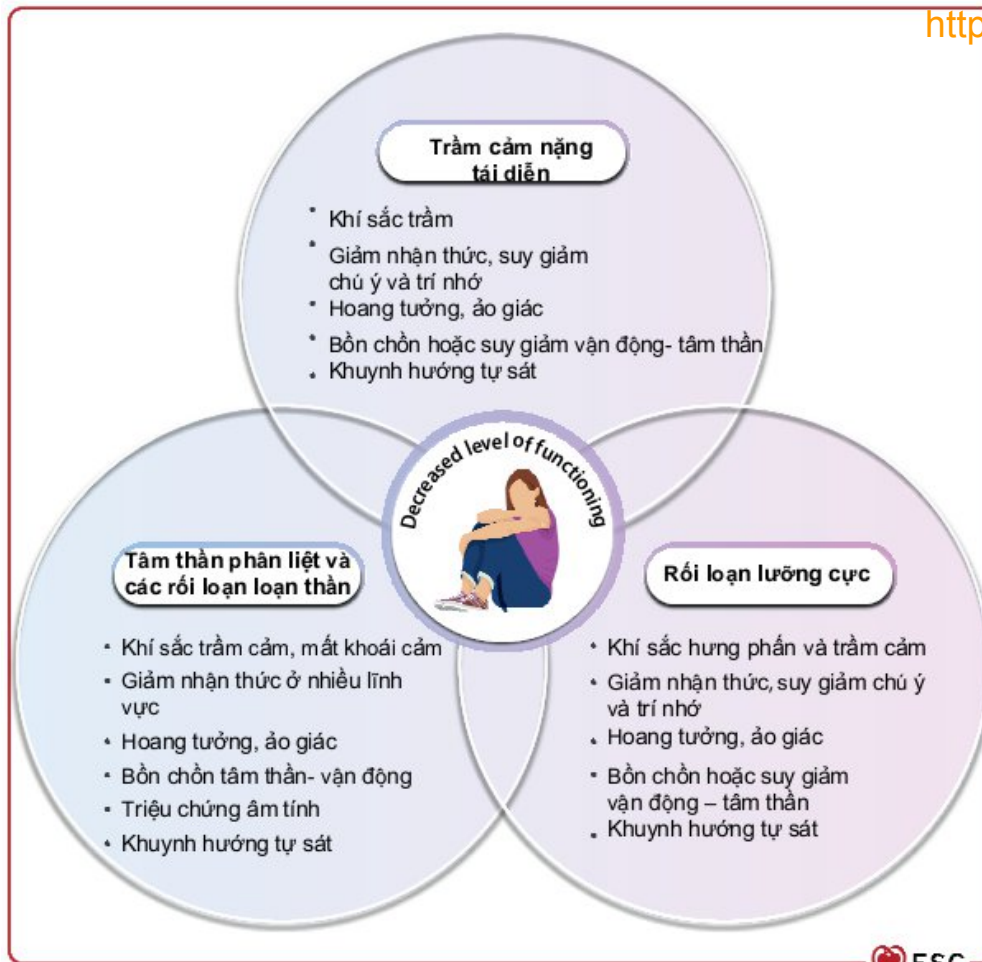
16. Ở những người bệnh có rối loạn nhịp thất, các thuốc chống trầm cảm làm tăng nguy cơ kéo dài QTc (như thuốc chống trầm cảm 3 vòng – TCA, và có thể là citalopram/escitalopram với liều trên 20 mg) có thể được chuyển sang các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới an toàn hơn.

17. Do thuốc chống trầm cảm (**antidepressants**) thường xuyên tương tác với các thuốc tim mạch (**CV drugs**), gây ảnh hưởng đến hiệu quả và độ an toàn, nên việc **theo dõi nồng độ thuốc điều trị (therapeutic drug monitoring)** là cần thiết để tối ưu hóa liệu pháp dùng thuốc và giảm thiểu các tác dụng phụ tiềm ẩn cũng như các tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng..

Bệnh lý tâm thần nghiêm trọng và bệnh tim mạch

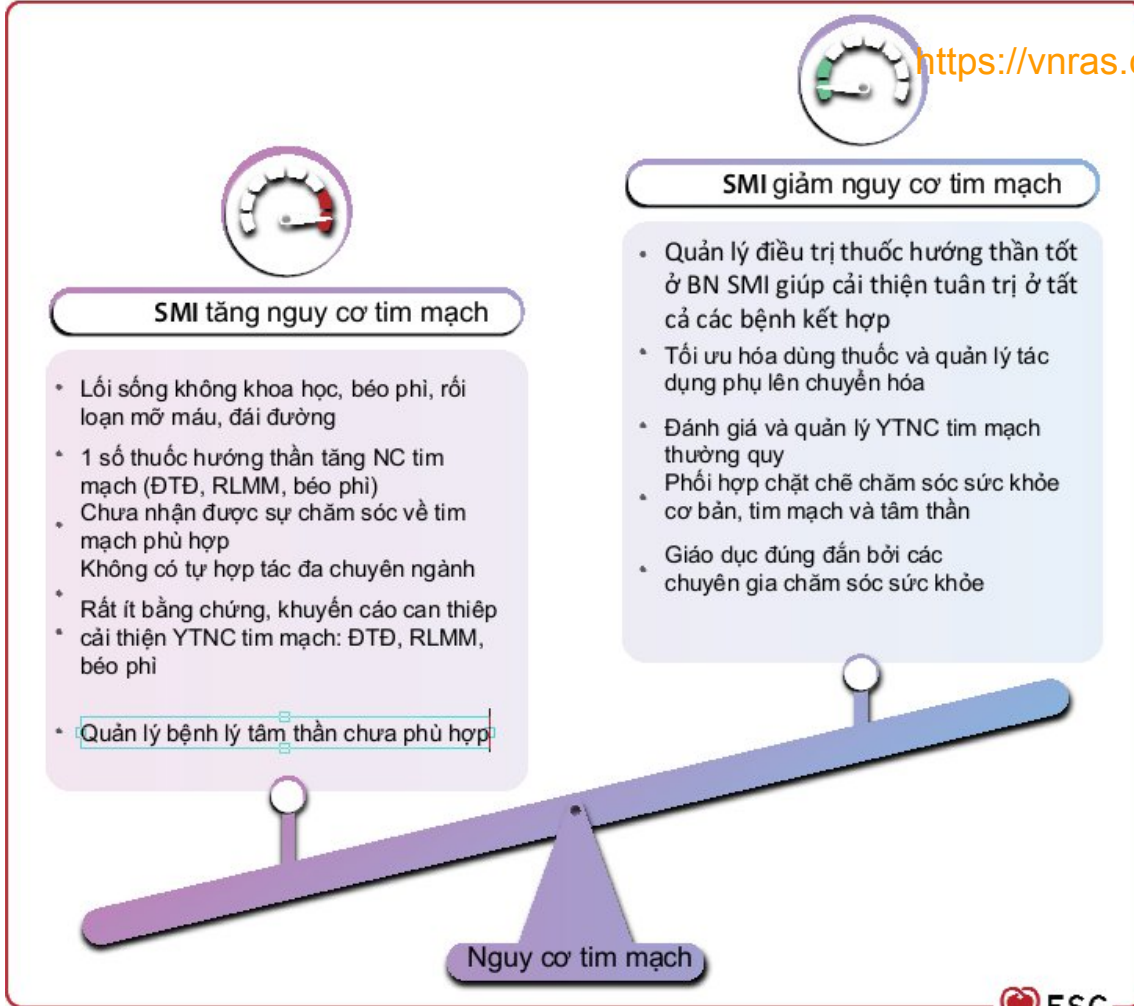
Hình 11

Bệnh lý tâm thần nghiêm trọng



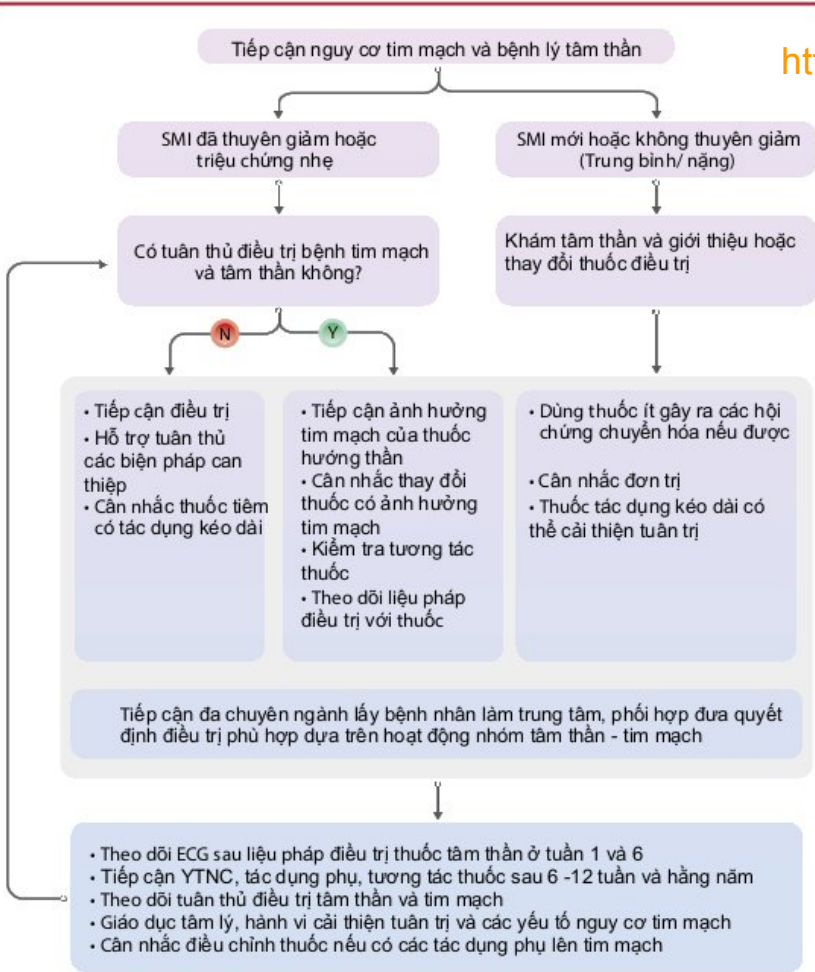
Hình 12

Tác động đa chiều của bệnh lý tâm thần với nguy cơ bệnh tim mạch



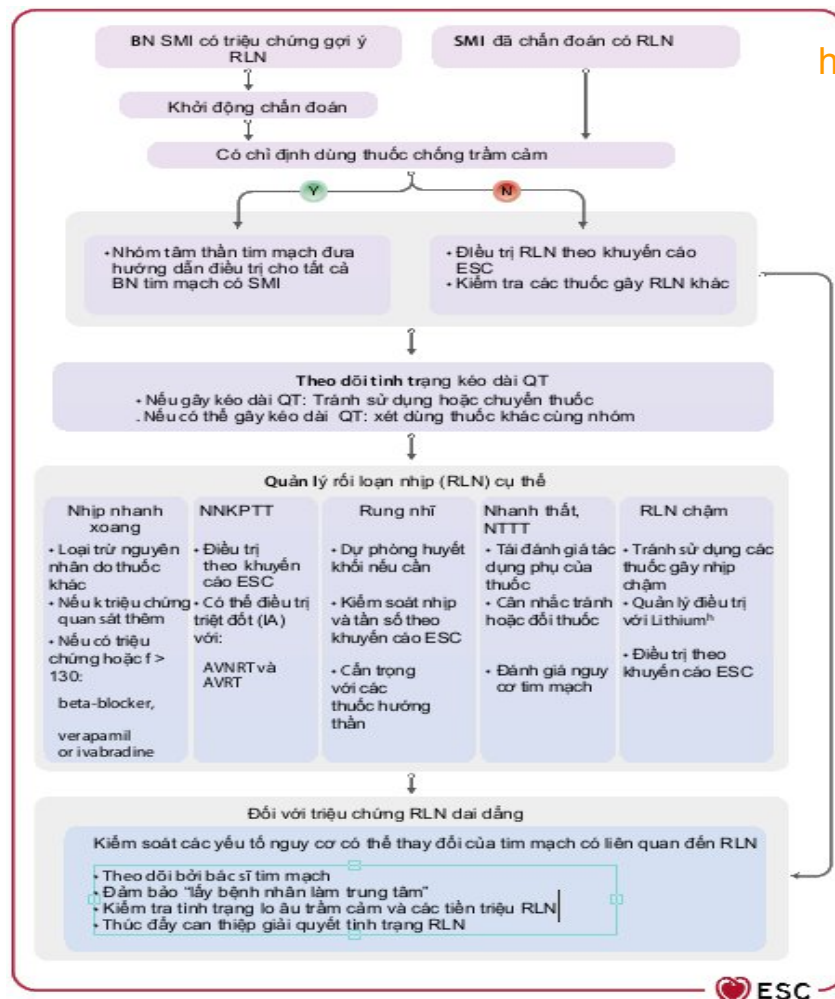
Hình 13

Quản lý điều trị bệnh nhân có bệnh tim mạch và bệnh lý tâm thần



Hình 14

Quản lý điều trị bệnh nhân tâm thần nghiêm trọng có rối loạn nhịp



Tóm tắt các tác động tiêu cực của một số loại thuốc chống loạn thần với các yếu tố nguy cơ tim mạch (1)

Thuốc	Tăng cân	Tăng đường máu	LDL cholesterol	HDL cholesterol	Cholesterol tp	Triglycerides
Haloperidol	0	++	ND	ND	++	++
Ziprasidone	0	+	0	0	+	+
Aripiprazole	+	++	+	+	++	+
Lurasidone	+	0	+	+	+	+
Cariprazine	+	++	0	+	0	+
Fluphenazine	+	ND	ND	ND	ND	ND
Amisulpride	+	0	ND	+++	++	++
Brexpiprazole	+	+	++	0	++	0
Flupentixol	+	ND	ND	ND	ND	ND
Asenapine	++	0	ND	ND	ND	ND
Risperidone	++	+	++	++	++	+
Paliperidone	++	+	++	++	++	+
Quetiapine	++	+	+++	++	+++	++
Iloperidone	++	++	ND	ND	+	++
Sertindole	+++	+	ND	ND	++	+

Tóm tắt các tác động tiêu cực của một số loại thuốc chống loạn thần với các yếu tố nguy cơ tim mạch (2)

Thuốc (tiếp)	Tăng cân	Tăng đường máu	LDL cholesterol	HDL cholesterol	Cholesterol tp	Triglycerides
Zotepine	+++	+++	ND	ND	ND	+++
Clozapine	+++	+++	ND	ND	+++	+++
Olanzapine	+++	++	+++	+++	+++	+++

Quản lý điều trị thuốc hướng thần làm kéo dài khoảng QT

<https://vnras.com/duyng> ESC

Hành động	Nội dung
Điều trị	Cần thận trọng đặc biệt với: sertindole, amisulpride, ziprasidone, iloperidone, risperidone, olanzapine và quetiapine. Luôn hướng tới việc sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả. Kiểm tra sự hiện diện của các thuốc kéo dài QT khác. Kiểm tra tương tác thuốc. Luôn đặc biệt thận trọng khi bắt đầu một loại thuốc mới. Tham khảo https://www.crediblemeds.org/ để có thông tin cụ thể về tác dụng kéo dài QT của thuốc. Điều chỉnh rối loạn điện giải. Xử trí các yếu tố kéo dài QT có thể hồi phục khác (ví dụ: nhịp chậm, suy giáp, đói/bệnh rối loạn ăn uống, lạm dụng rượu và chất gây nghiện, thiếu máu cơ tim). Lưu ý các yếu tố không hồi phục có thể kéo dài QT: suy tim, phì đại thất, mới chuyển nhịp từ rung nhĩ, suy gan/thận, giới nữ, tuổi trên 65. Nếu QTc kéo dài (>470 ms) ngay từ ban đầu, nhìn chung không khuyến cáo khởi trị và cần cân nhắc kỹ dựa trên đánh giá nguy cơ - lợi ích cá thể hóa (nhóm Tâm lý - Tim mạch).

Quản lý điều trị thuốc hướng thần làm kéo dài khoảng QT (1)

Hành động	Nội dung
Tiếp cận triệu chứng	Thông thường không có triệu chứng Trong trường hợp xoắn đỉnh có thể xuất hiện các triệu chứng như đánh trống ngực, chóng mặt, ngất và ngừng tim .
Chẩn đoán	• Thực hiện điện tâm đồ 12 đạo trình để xác định khoảng QTc ở thời điểm ban đầu và sau 1, 6 và 12 tuần kể từ khi bắt đầu dùng thuốc. • Nếu khoảng QT kéo dài, cần thực hiện điện tâm đồ thường xuyên hơn. • Sử dụng công thức Fridericia để hiệu chỉnh nhịp tim trong trường hợp nhịp tim nhanh (tachycardia). • Kiểm tra nồng độ các chất điện giải: kali, canxi, magie. • Theo dõi điện tâm đồ lưu động ở những người có triệu chứng. • Loại trừ khả năng mắc hội chứng QT dài bẩm sinh .

Quản lý điều trị thuốc hướng thần làm kéo dài khoảng QT (2)

Hành động	Nội dung
Cẩn trọng	Việc ngừng điều trị bằng thuốc chống loạn thần và bất kỳ loại thuốc nào khác có khả năng kéo dài khoảng QT được khuyến cáo nếu: • $QTc > 500 \text{ ms}$ • $QTc > 60\text{--}70 \text{ ms}$ so với giá trị ban đầu •

Tóm tắt điểm chính

- Mắc bệnh lý tâm thần nghiêm trọng (SMI) làm tăng nguy cơ tim mạch, đặc biệt ở những người trẻ tuổi.
- Đánh giá rủi ro tim mạch thường xuyên là rất cần thiết ở những người mắc SMI, bất kể tuổi tác, nhằm ngăn ngừa sự phát triển hoặc tiến triển của bệnh tim mạch (CVD). Lý tưởng nhất nên được thực hiện trước khi kê đơn thuốc chống loạn thần và sau đó, được lặp lại định kỳ trong tất cả các giai đoạn của bệnh.
- Quản lý CVD ở người mắc SMI nhằm mục đích giảm các yếu tố nguy cơ tim mạch có thể thay đổi được, bao gồm tăng cân, đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu (dyslipidaemia), hút thuốc, chế độ ăn uống không lành mạnh và thói quen sống ít vận động.
- Việc quản lý CVD ở người mắc SMI sẽ có lợi hơn khi tối ưu hóa liệu pháp dược lý cho SMI: (i) ưu tiên liệu pháp đơn độc (monotherapy), (ii) sử dụng các loại thuốc ít có khả năng gây tăng cân hoặc các rủi ro tim mạch khác, (iii) theo dõi các tương tác thuốc và tác dụng phụ có thể xảy ra, và (iv) đảm bảo sự tuân thủ thuốc.
- Cần nỗ lực để giảm thiểu tác động của các yếu tố tâm lý xã hội và căng thẳng ở những người mắc SMI

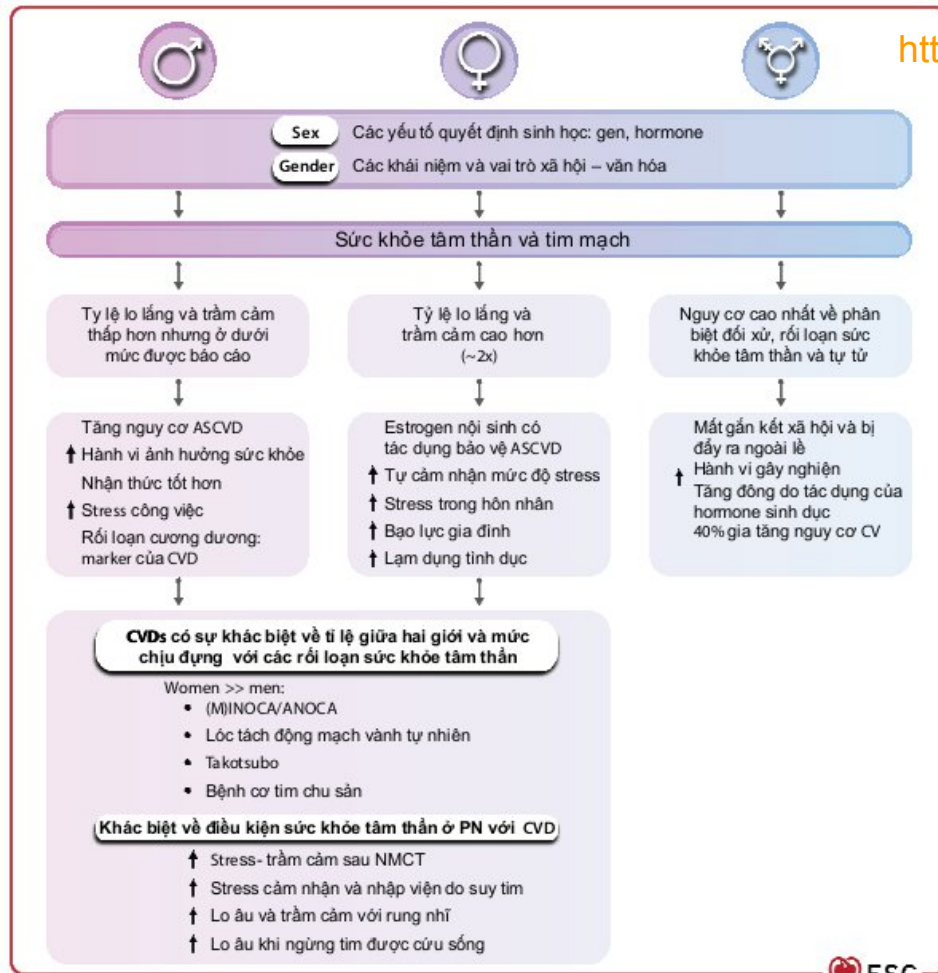
Đồng thuận điều trị

- Giải quyết vấn đề kỳ thị và điều trị bệnh tim mạch (CVD) ở những người mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng (SMI) theo các hướng dẫn tim mạch và thực hành lâm sàng là trách nhiệm của tất cả các chuyên gia chăm sóc sức khỏe.
- Chăm sóc tim mạch cho những người mắc SMI có thể được cải thiện bằng cách áp dụng một cách tiếp cận toàn diện, lấy bệnh nhân làm trung tâm, bao gồm sự hợp tác chặt chẽ giữa đội ngũ Psycho-Cardio với các bác sĩ tâm thần, bác sĩ đa khoa và đôi khi là các chuyên gia khác để chủ động tạo điều kiện cho người mắc SMI tham gia vào các chương trình như vậy

Sức khỏe tâm thần trong các nhóm dân số và tình huống cụ thể.

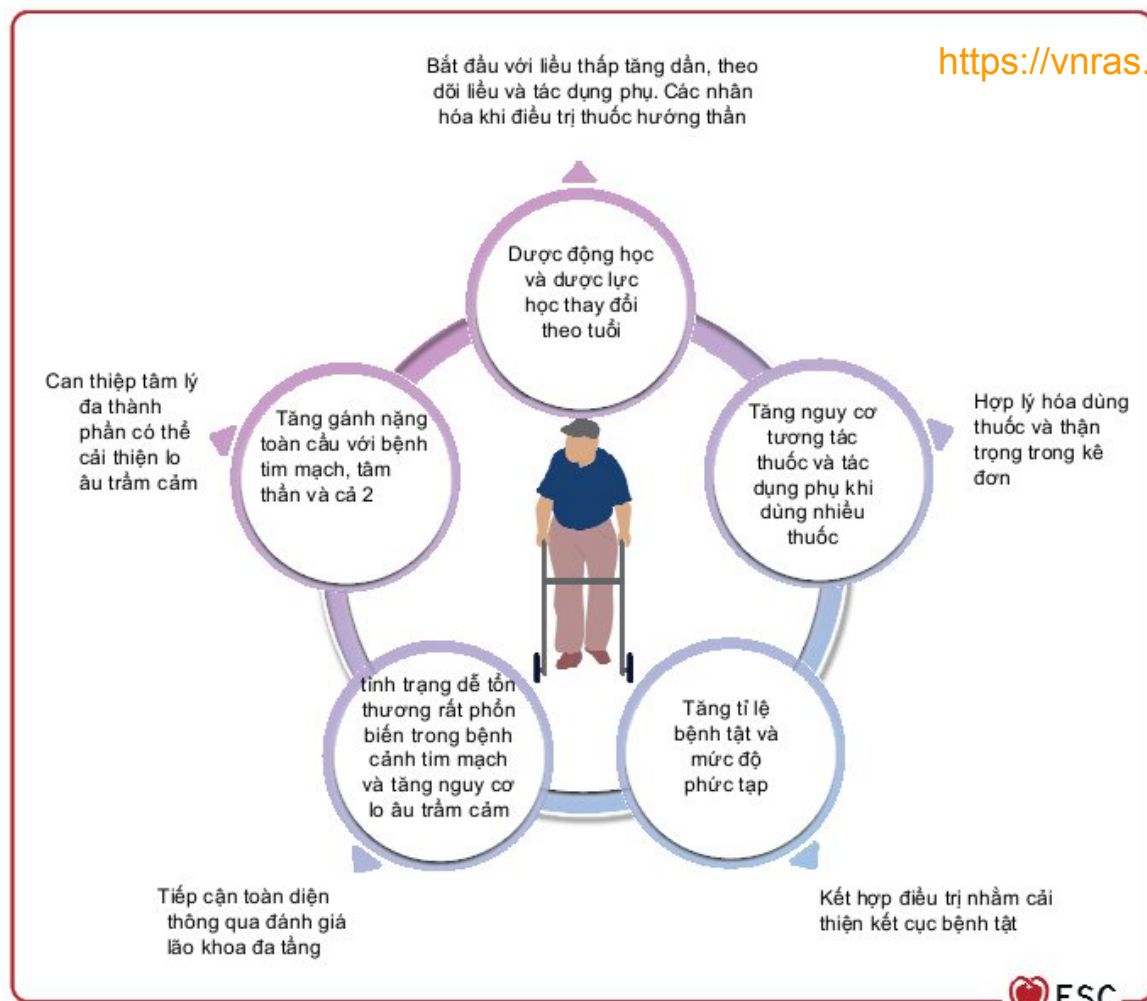
Hình 15

Sự khác biệt về giới trong can thiệp tâm lý - tim mạch



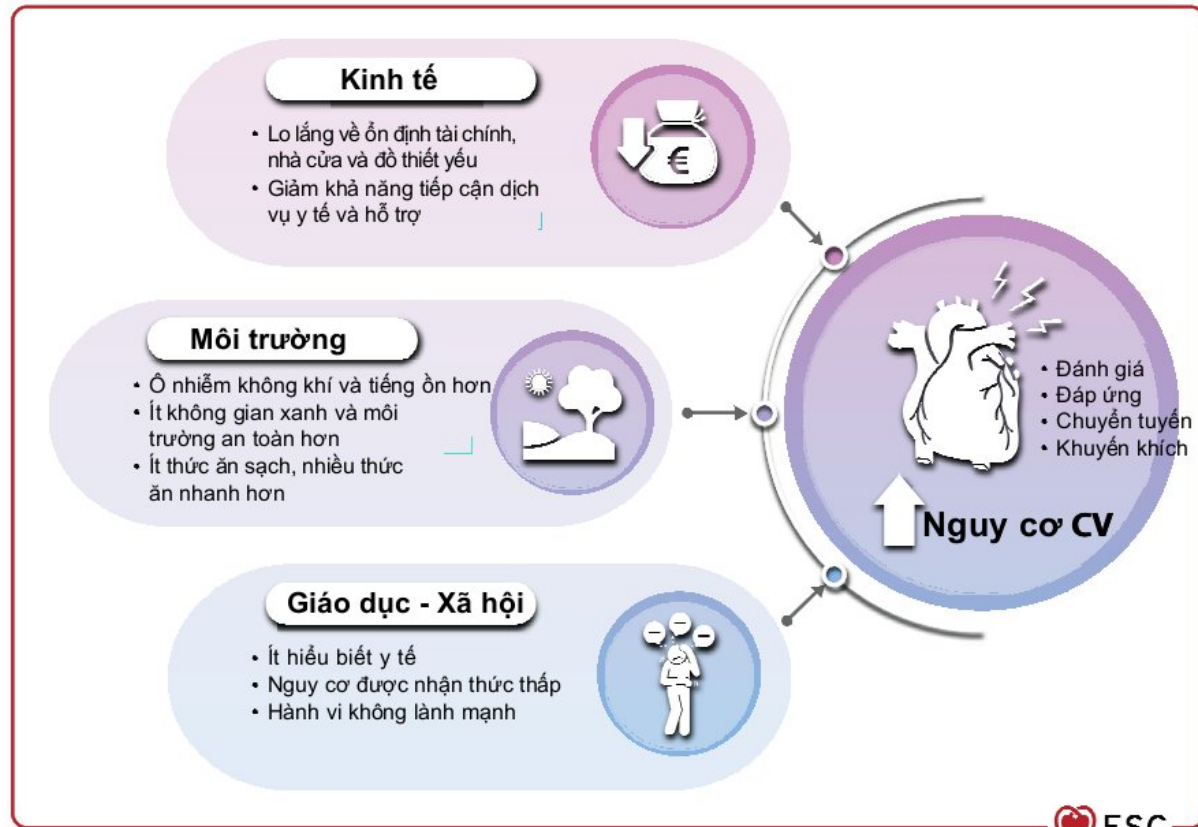
Hình 16

Tuổi, rối loạn tâm thần trong bệnh lý tim mạch



Hình 17

Tình trạng kinh tế xã hội và nguy cơ tim mạch



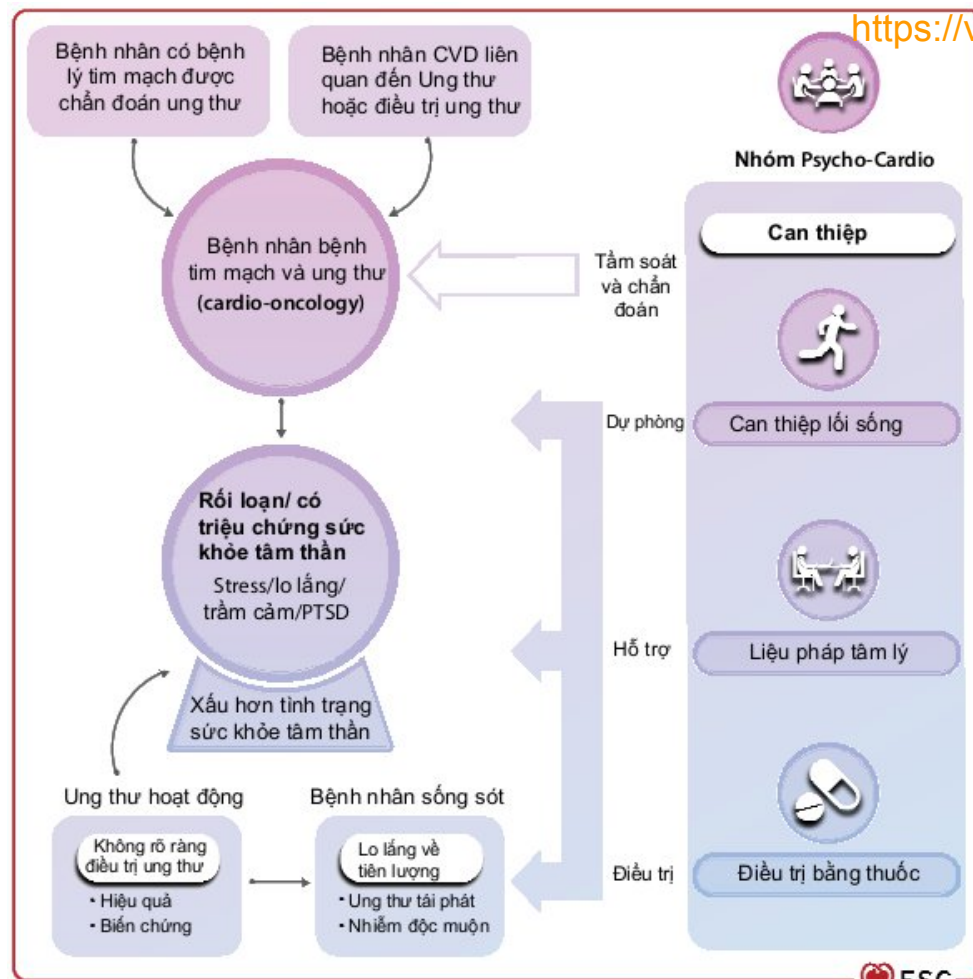
Hình 18

Thách thức quản lý sức khỏe tâm thần ở nhóm người di cư



Hình 19

Quản lý sức khỏe tâm thần ở bệnh nhân tim mạch kèm ung thư



Tóm tắt điểm chính

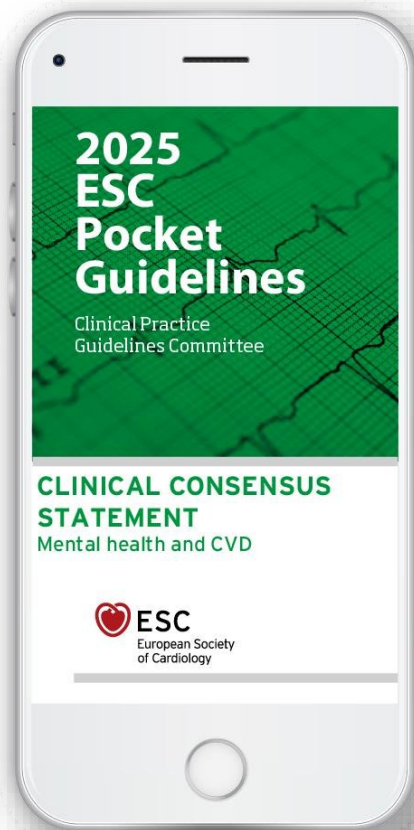
1. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng mạn tính có tỷ lệ hiện mắc cao hơn ở phụ nữ so với nam giới và có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch (CVD).
2. Phụ nữ có bệnh lý tim mạch có tỷ lệ mắc các tình trạng sức khỏe tâm thần cao hơn, điều này liên quan đến lượng lượng xấu hơn, đặc biệt là trầm cảm
3. Sự khác biệt về giới tính trong mối quan hệ đa chiều giữa sức khỏe tim mạch và sức khỏe tâm thần cho thấy vai trò của yếu tố sinh học và văn hóa xã hội
4. Việc đánh giá sức khỏe tâm thần và tình trạng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi mắc CVD là vô cùng quan trọng.
5. Nhóm dân số có hoàn cảnh kinh tế - xã hội khó khăn có tỷ lệ mắc CVD và các rối loạn tâm thần cao hơn; cần được quan tâm đặc biệt.
6. Ung thư, bệnh tim mạch và các rối loạn tâm thần có mối quan hệ ba chiều đáng kể, với những yếu tố nguy cơ chung

Đồng thuận điều trị

Đội ngũ Psycho-Cardio có thể cần phải điều chỉnh các can thiệp của họ cho phù hợp với đặc thù của nhóm dân số mục tiêu, với sự quan tâm đặc biệt đến sự khác biệt về giới tính (sex), tuổi tác, tình trạng dễ bị tổn thương (frailty) và tình trạng kinh tế xã hội (SES).

Sự phù hợp của thuốc chống trầm cảm, các tương tác thuốc và tác dụng phụ ở những người đa bệnh lý, người cao tuổi và người dễ bị tổn thương cần được đánh giá cẩn thận bởi một đội ngũ đa ngành.

Người di cư và người tị nạn có thể được hưởng lợi từ các chương trình chủ động có định hướng để đánh giá sức khỏe tim mạch và sức khỏe tâm thần của họ, do tỷ lệ mắc các bệnh lý cao và những khó khăn tiềm tàng trong việc tiếp cận hệ thống chăm sóc sức khỏe.



■ All ESC Pocket Guidelines

— AND —

■ Over 140 **interactive tools**

- > Clinical decision support
- > Algorithms
- > Calculators
- > Charts & Scores

■ Congress guidelines presentations

■ Official guidelines slide sets

■ Essential messages

