



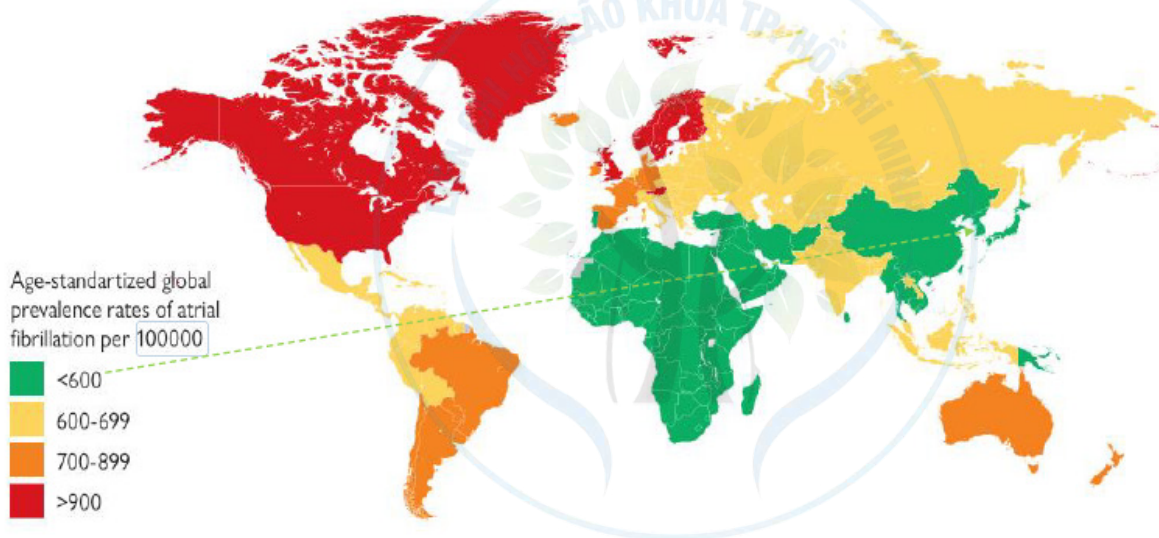
## NHỮNG NHẬN ĐỊNH MỚI HƠN VỀ VAI TRÒ CỦA THUỐC KHÁNG ĐÔNG TRÊN CÁC DÂN SỐ CHUYÊN BIỆT

TS Tôn Thất Minh  
GD BV Tim Tâm Đức  
CT Phân Hội Nhịp Tim Việt Nam  
CT LCH Nhịp Tim TP HCM

### Suất độ rung nhĩ trên 10.000 dân đang ngày càng gia tăng

#### GLOBAL PREVALENCE OF AF

(globally, 43.6 million individuals had prevalent AF/AFL in 2016)



European Heart Journal (2020) 42, 373498

## Rung nhĩ (theo định nghĩa mới nhất từ ESC 2020)

- Là nguyên nhân gây đột quỵ, suy tim và các bệnh lý tim mạch khác
- Định nghĩa: Rung nhĩ là một rối loạn nhịp nhanh trên thất với sự mất phối hợp hệ thống điện sinh lý và sự co bóp không hiệu quả của nhĩ.
- ECG của nhĩ:
  - Khoảng R-R bất thường và không đều (nếu dẫn truyền nhĩ-thất không suy giảm)
  - Không có sóng P được lặp lại một cách rõ rệt.
  - Tâm nhĩ hoạt động bất thường.

European Heart Journal (2020) 42, 373498

## Ảnh hưởng của rung nhĩ

UK primary care database 4.3 million adults aged 30-90y

Event	Association with AF
Death	Increased mortality, especially cardiovascular mortality due to sudden death, heart failure or stroke.
Stroke	20–30% of all strokes are due to AF. A growing number of patients with stroke are diagnosed with 'silent', paroxysmal AF.
Hospitalizations	10–40% of AF patients are hospitalized every year.
Quality of life	Quality of life is impaired in AF patients independent of other cardiovascular conditions.
Left ventricular dysfunction and heart failure	Left ventricular dysfunction is found in 20–30% of all AF patients. AF causes or aggravates LV dysfunction in many AF patients, while others have completely preserved LV function despite long-standing AF.
Cognitive decline and vascular dementia	Cognitive decline and vascular dementia can develop even in anticoagulated AF patients. Brain white matter lesions are more common in AF patients than in patients without AF.

### AF versus no-AF

**Ischemic Heart Disease**  
HR 2.52 (2.23-2.84)

**Heart Failure**  
HR 3.80 (3.50-4.12)

**Ischemic Stroke**  
HR 2.72 (2.19-3.38)

**Hemorrhagic stroke**  
HR 2.22 (1.60-3.08)

**Chronic Kidney Disease**  
HR 1.42 (1.31-1.54)

**Peripheral Artery Disease**  
HR 2.09 (1.73-2.53)

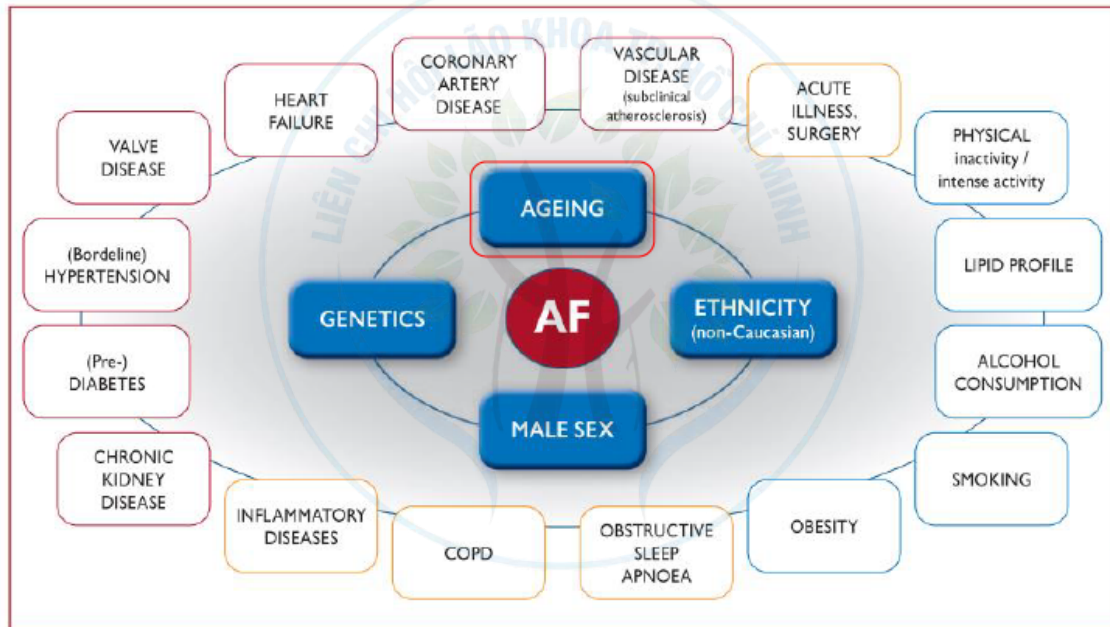
**Vascular Dementia**  
HR 1.57 (1.14-2.17)

ESC Guidelines on AF 2016; doi: 10.1093/eurheartj/ehw210.

Emdin CA, et al. Int J Epidemiol 2016.

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

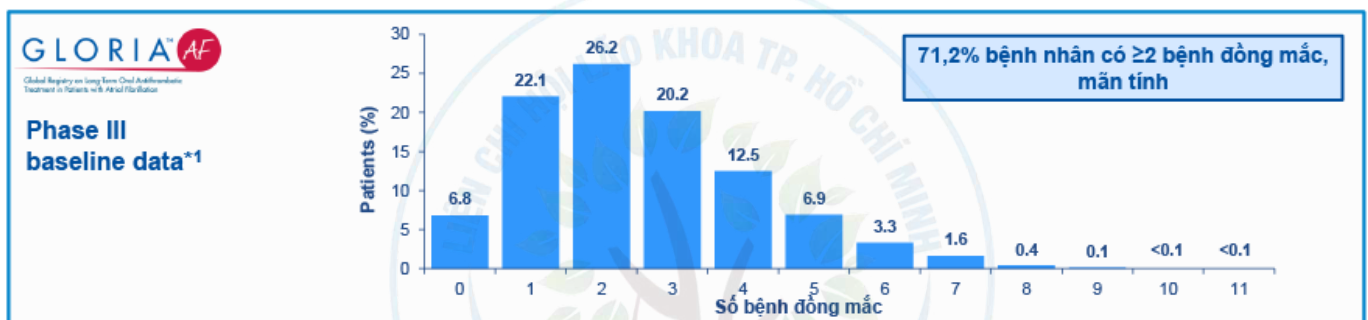
**-Có nhiều loại dân số đặc biệt quanh bệnh lý rung nhĩ -  
Tập trung những bệnh nhân rung nhĩ có thêm bệnh lý đồng mắc**



© ESC 2020

European Heart Journal (2020) 00, 1126

## Bệnh đồng mắc thường gặp ở bệnh nhân AF và có liên quan đến tăng nguy cơ đột quy, chảy máu nặng và tử vong



**Population-based cohort study<sup>2</sup>**

**Chỉ số bệnh đồng mắc (Charlson Comorbidity Index<sup>1</sup>) được sử dụng để đánh giá gánh nặng bệnh đồng mắc**

	HR	95% CI	P value
Đột quy	1.04	1.02–1.06	<0.001
Chảy máu nặng	1.03	1.01–1.06	<0.001
Tử vong mọi nguyên nhân	1.10	1.09–1.11	<0.001

\*Patients (N= 21 241) enrolled from Jan 2014 to Dec 2016. Data do not equal 100% due to rounding; <sup>1</sup>Data from administrative claims databases in Lombardy. Eligible patients (N=24 040) were admitted to hospital with AF in 2002 and followed up until 2014; <sup>2</sup>Adjusted for sex, age and use of OAC

1. Koziol et al. PLoS One 2021;16:e0249524; 2. Proietti et al. Mayo Clin Proc 2019;94:2427

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

## 2020 ESC guidelines: điều trị rung nhĩ – Nhấn mạnh vai trò quan trọng của NOAC



1. Xác định bệnh nhân nguy cơ thấp CHA2DS2-VASc 0 (m), 1 (f)
2. Chỉ định phòng ngừa đột quỵ nếu CHA2DS2-VASc  $\geq 1$  (m), 2 (f)  
Đánh giá nguy cơ chảy máu, giải quyết các yếu tố nguy cơ chảy máu có thể điều chỉnh
3. Chọn OAC (NOAC hoặc VKA với thời gian INR trong mức mục tiêu cao)

Đánh giá các triệu chứng, chất lượng sống và mong muốn của bệnh nhân

Tối ưu hóa kiểm soát nhịp  
Xem xét chiến lược kiểm soát tần số (chuyển nhịp, thuốc chống loạn nhịp, cắt đốt)

Các bệnh đi kèm và các yếu tố nguy cơ tim mạch  
Thay đổi lối sống (giảm cân, tập thể dục thường xuyên, giảm sử dụng rượu, v.v.)

✓ NOAC thường được khuyến cáo như là liệu pháp đầu tay (IA)

AAD, antiarrhythmic drug; CV, cardioversion; QoL, quality of life; TTR, time in therapeutic range  
Hindricks et al. Eur Heart J 2021;42:373; Lane, Lip. Eur Heart J Suppl 2020;22(Suppl O):O14

## TUỔI TÁC VÀ SỰ SUY YẾU

Older population  
(Người cao tuổi)

Tỷ lệ AF tăng đều theo tuổi; đến năm 2050, 4,4% dân số thế giới sẽ già hơn 80 tuổi

Fraity and fall  
(Yếu và té ngã)

Frailty thường được định nghĩa là tình trạng được đánh giá trên lâm sàng theo thang điểm Frailty về mức độ suy yếu

Cognitive impairment  
and dementia  
(Suy giảm nhận thức  
và sa sút trí tuệ)

Suy giảm nhận thức nhẹ cũng như sa sút trí tuệ là phổ biến ở người cao tuổi. Rung nhĩ là một yếu tố rủi ro cho sa sút trí tuệ và ngược lại, bằng chứng đáng khích lệ chỉ ra rằng sử dụng OAC có thể làm giảm nguy cơ sa sút trí tuệ

Europace (2021) 00, 1–65

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

**Older population  
(Người cao tuổi)**

Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân rung nhĩ ≥75 tuổi

Trong nghiên cứu ATRIA, tần suất bệnh nhân rung nhĩ ở người trưởng thành



Nghiên cứu số bộ gần đây cho thấy con số tương tự

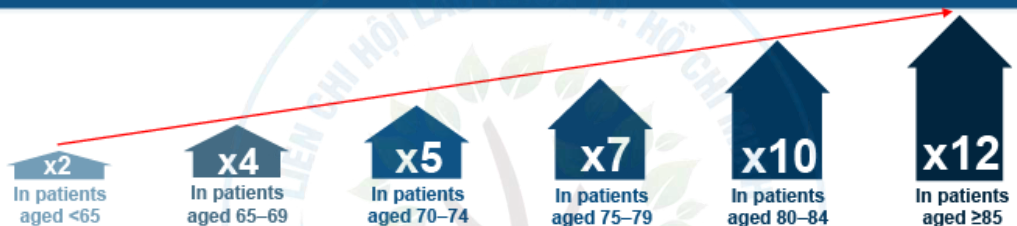


Nghiên cứu Phase III của NOACs trên chỉ định phòng ngừa đột quỵ cho bệnh nhân rung nhĩ bao gồm dân số bệnh nhân trên 75 tuổi:  
RE-LY®, 40%;<sup>4,5</sup> ROCKET-AF, 44%;<sup>6-8</sup> ARISTOTLE, 31%;<sup>9,10</sup> ENGAGE-AF, 40%<sup>11</sup>

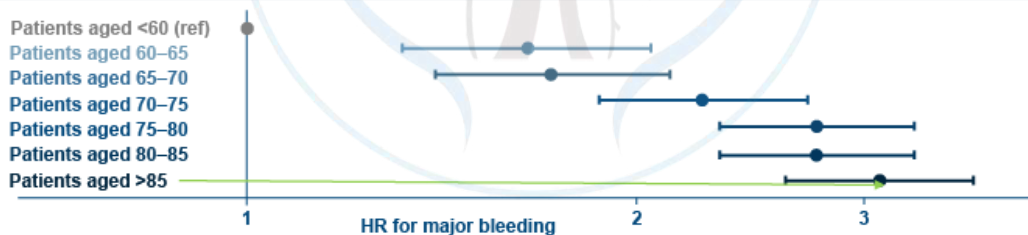
1. Go AS et al. JAMA 2001; 2. BI, data on file; 3. Kakkar AK et al. PLoS One 2013; 4. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009; 5. Eikelboom JW et al. Circulation 2011; 6. Nessel C et al. Chest 2012; 7. Patel MR et al. N Engl J Med 2011; 8. Halperin JL et al. Circulation 2014; 9. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 10. Halvorsen S et al. Eur Heart J 2014; 11. Giugliano RP et al. N Engl J Med 2013

## Nguy cơ đột quỵ và chảy máu ở bệnh nhân rung nhĩ gia tăng theo tuổi

So với bệnh nhân không có rung nhĩ, nguy cơ đột quỵ ở bệnh nhân rung nhĩ mãn tính tăng xấp xỉ:



So với bệnh nhân không có rung nhĩ, nguy cơ chảy máu ở bệnh nhân rung nhĩ mãn tính tăng xấp xỉ:

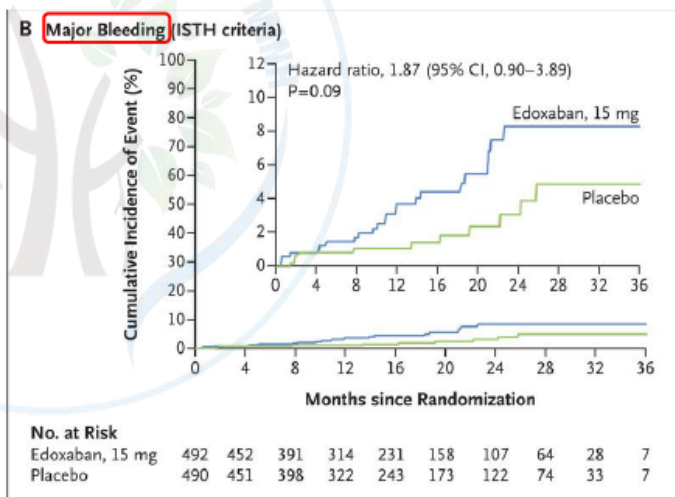
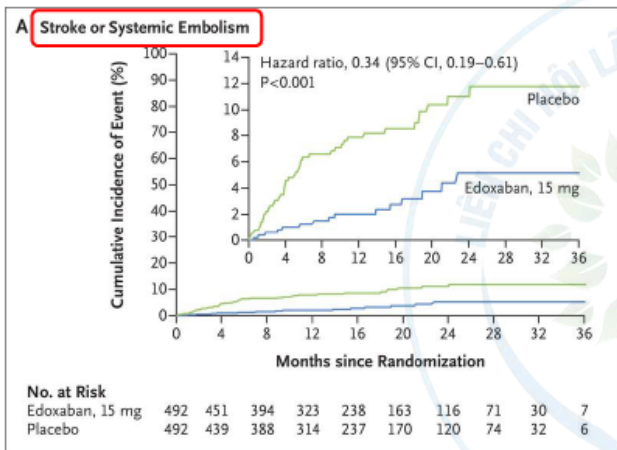


OAC, oral anticoagulant

1. Rietbrock S et al. Am Heart J 2008; 2. Olesen JB et al. J Thromb Haemost 2011

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP. HỒ CHÍ MINH

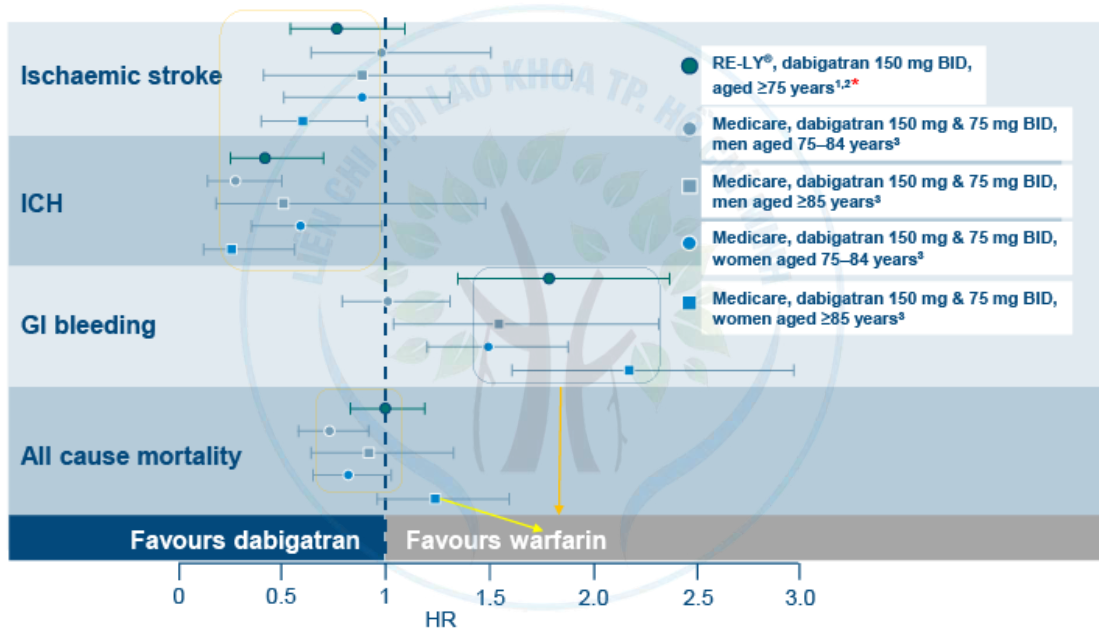
Việc sử dụng kháng đông vẫn có lợi nhiều hơn ở bệnh nhân trên 80 tuổi



N Engl J Med 2020; 383:1735-1745

11  
Jan 2016

Cũng như trên 75 tuổi



\*Dabigatran 75 mg BID and 150 mg BID not approved in patients with AF aged ≥80 years in the EU;<sup>4</sup> 1. Eikelboom JW et al. Circulation 2011; 2. BI, data on file; 3. Graham DJ et al. Circulation 2014; 4. Pradaxa®: EU SPC, January 2015

12  
Jan 2016

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

Fraity and fall  
(Yếu và té ngã)

Fraity – Sự suy yếu

Đồng thuận các chuyên gia ủng hộ việc đánh giá lão khoa toàn diện ở tất cả những người lớn tuổi có dấu hiệu suy yếu

- Định nghĩa sự suy yếu: bệnh nhân có nguy cơ hoặc với tình trạng sinh lý kém, nguy cơ té ngã, trầm cảm cao cũng như sa sút trí tuệ, hoạt động thể chất kém và tăng tỷ lệ tử vong.
- Tình trạng suy yếu thường gặp khi tuổi cao nên cần có những cân nhắc về rủi ro-lợi ích của OAC.
- Chuyên gia đồng thuận việc đánh giá lão khoa toàn diện ở tất cả những người lớn tuổi bệnh nhân gầy yếu, mệt mỏi có liên quan đến giảm cân và nguy cơ suy giảm chức năng thận.
- Do đó, bệnh nhân cần được cân nhắc và theo dõi thường xuyên chức năng thận.

Europace (2021) 00, 1–65

## NOACs chứng minh việc cải thiện dự hậu cho bệnh nhân rung nhĩ so với warfarin qua các nghiên cứu RCTs.



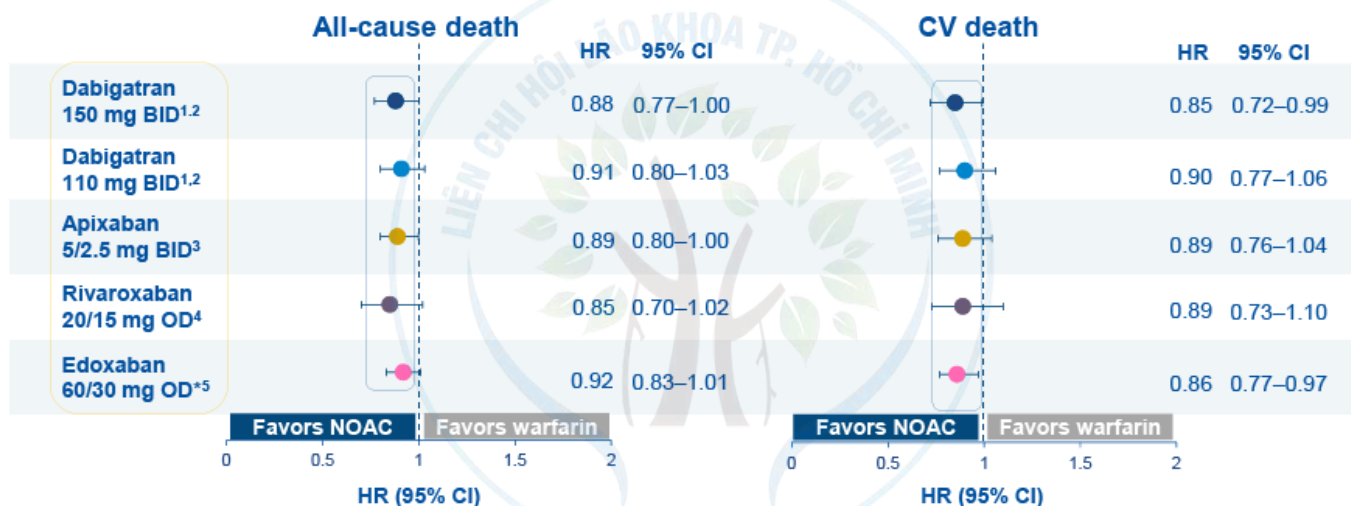
Not for direct comparison because of differences in study design and populations

\*Data reflect the high-dose edoxaban regimen (60/30 mg OD) only. RCT, randomized controlled trial; SE, systemic embolism

1. Connolly et al. NEJM 2014;371:1464; 2. Pradaxa SPC; 3. Granger et al. NEJM 2011;365:981; 4. Patel et al. NEJM 2011;365:883; 5. Giugliano et al. NEJM; 2013;369:2093

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP. HỒ CHÍ MINH

## Tỷ lệ tử vong tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân có phần ưu thế hơn ở nhóm NOAC tuy không có ý nghĩa thống kê



Similar rates of all-cause and CV death observed with each NOAC vs warfarin in the pivotal RCTs

Not for direct comparison because of differences in study design and populations

\*Data reflect the high-dose edoxaban regimen (60/30 mg OD) only

1. Connolly et al. NEJM 2010;363:1875; 2. Pradaxa SPC; 3. Granger et al. NEJM 2011;365:981; 4. Patel et al. NEJM 2011;365:883; 5. Giugliano et al. NEJM;2013;369:2093

## Sử dụng kháng đông tùy thuộc vào mức độ suy yếu của bệnh nhân rung nhĩ

Category	Description	Recommendation
Well	commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age. People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.	Nên dùng
Managing Well	People whose medical problems are well controlled but are not regularly active beyond routine walking.	Thận trọng
Vulnerable	While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.	Không nên dùng
Mildly Frail	These people often have more evident slowing and need help in high order with ADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.	Không nên dùng
Moderately Frail	People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.	Không nên dùng
Severely Frail	Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).	Không nên dùng
Very Severely Frail	Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.	Không nên dùng
Terminally Ill	Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy of less than 6 months.	Không nên dùng

Europace (2021) 00, 1–65



# HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

## Risk of falling- Nguy cơ té ngã

## Thang điểm đánh giá

### (A) High risk of falls<sup>a</sup>

Presence of one or more of

- prior history of falls
- lower extremity weakness
- poor balance
- cognitive impairment
- orthostatic hypotension
- use of psychotropic drugs
- severe arthritis
- dizziness

### (B) Probability of falls assessment<sup>b</sup>

1 point for each 'yes'

Previous falls	Yes/no
Medications >4	Yes/no
Psychotropics	Yes/no
Low visual acuity	Yes/no
Diminished sensation	Yes/no
Near tandem stand 10 s	Yes/no
Alternate step test 10 s	Yes/no
Sit to stand 12 s	Yes/no

Score	0-1	2-3	4-5	6+
Probability of fall per year	7%	13%	27%	49%

Europace (2021) 00, 1-65

## Risk of falling- Nguy cơ té ngã

**TABLE 2. Independent Predictors of Not Receiving Warfarin Among Hospitalized Patients With AF**

- Té ngã có thể được ước tính bằng cách sử dụng các thang điểm.
- Bệnh nhân lớn tuổi dễ bị ngã.
- Tỷ lệ té ngã hàng năm do mọi nguyên nhân là 25% và ở những người > 75 tuổi là 8%.
- Té ngã thường xuyên được coi là một chống chỉ định đối với OAC do nguy cơ ICH

Variable	Adjusted Odds Ratio (95% CI)	P Value
Age, per decade	1.49 (1.08-2.06)	0.015
Female	1.56 (0.98-2.47)	0.059
Cognitive impairment	6.35 (2.74-14.74)	<0.001
History of falling	5.61 (2.50-12.57)	<0.001
History of hemorrhage	3.22 (1.87-5.56)	<0.001
History of ischemic stroke	1.19 (0.59-2.40)	0.63
Advanced malignancy	4.57 (1.82-11.46)	0.001
Renal dysfunction	1.45 (0.86-2.45)	0.16

Europace (2021) 00, 1-65

Stroke 2006;37:1075-80.

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

## Cognitive impairment and dementia (Suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ)

- Đột quy cũng như xuất huyết não là một nguy cơ lớn đối với bệnh nhân sa sút trí tuệ do họ sẽ bị ảnh hưởng nặng nề hơn về nhận thức và suy giảm chức năng; mức tàn phế nặng nề hơn so với bệnh nhân không sa sút trí tuệ.
- Do đó cần đánh giá nghiêm ngặt hơn về việc dự phòng đột quy cho bệnh nhân sa sút trí tuệ mắc rung nhĩ

	All n = 9662	Dementia n = 1689	No dementia n = 7973	P Value
In-hospital deaths	1495 (16%)	287 (17%)	1208 (15%)	.057
Survivors from hospitalization n = 8167				
Place of discharge				
Home	4465 (55%)	457 (33%)	4008 (60%)	<.001
Nursing home	2047 (25%)	712 (51%)	1335 (20%)	<.001
Geriatric rehabilitation	1453 (18%)	210 (15%)	1243 (18%)	.003
Other/still hospitalized	175 (2.1%)	14 (1%)	161 (2.4%)	<.001
Follow-up at 3 mo				
Deaths at 3 mo	2364 (25%)	526 (31%)	1838 (23%)	<.001
Survivors at 3 mo, n = 7298				
Level of residential assistance at 3 mo				
Home without help	3168 (49%)	198 (21%)	2970 (55%)	<.001
Home with help	1811 (29%)	274 (29%)	1537 (28%)	.654
Nursing home	1296 (20%)	458 (49%)	838 (16%)	<.001
Other	84 (1.3%)	12 (1.3%)	72 (1.3%)	.891
Mobility at 3 mo				
Independent	3871 (61%)	343 (37%)	3528 (66%)	<.001
Dependent outdoors	1251 (20%)	1003 (19%)	248 (27%)	<.001
Dependent indoors and outdoors	1188 (19%)	844 (16%)	344 (37%)	<.001

P values obtained from  $\chi^2$  tests. Dead at 3 months includes in-hospital deaths and deaths occurring up to 3 months after the stroke. Missing data. Mortality: none; accommodation at discharge 27 (<1%); level of residential assistance at 3 months:

Journal of the American Medical Directors Association (2018) 19(2) 154-161

Bệnh nhân rung nhĩ kèm suy tim

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP. HỒ CHÍ MINH

**Kháng đông được duy trì điều trị trong  
phác đồ xử trí suy tim phân suất tống máu  
giảm theo khuyến cáo ESC 2021**



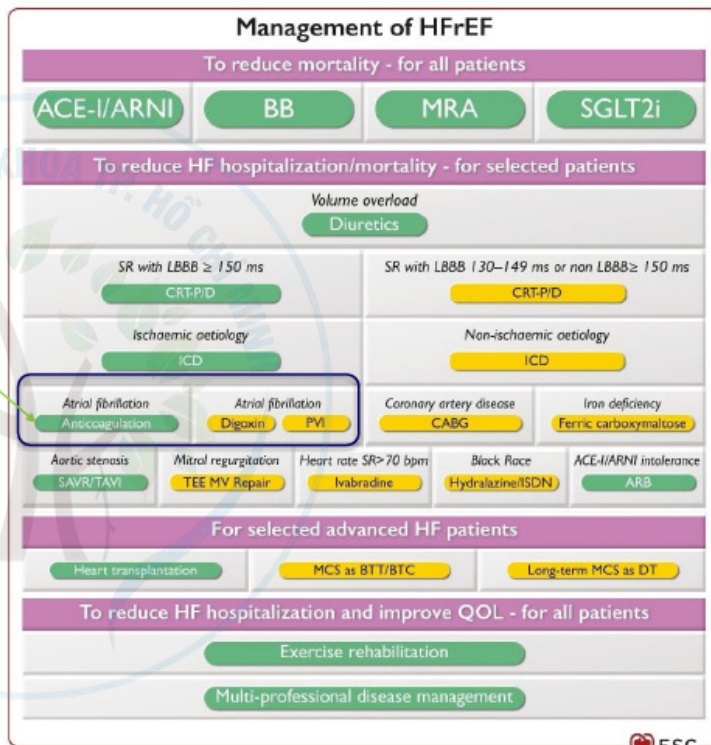
ESC GUIDELINES

## 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

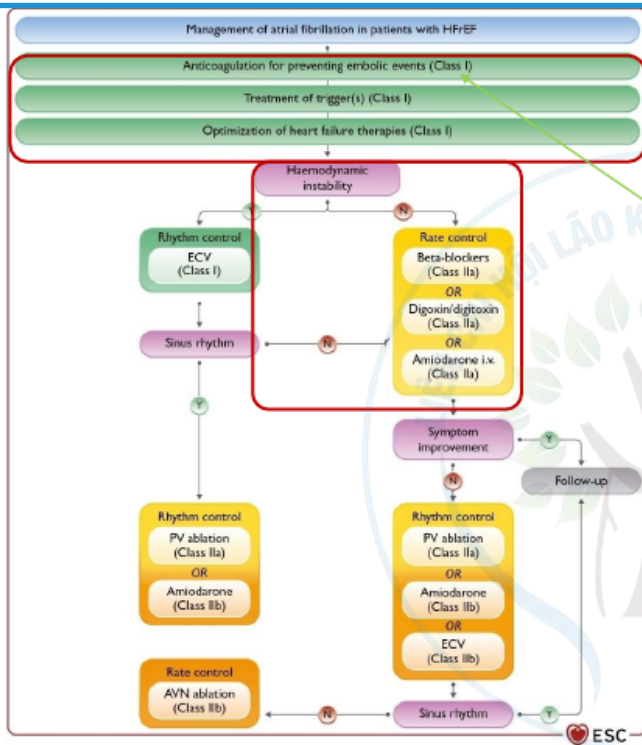
Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

Authors/Task Force Members: Theresa A. McDonagh\* (Chairperson) (United Kingdom), Marco Metra @\* (Chairperson) (Italy), Marianna Adamo (Task Force Coordinator) (Italy), Roy S. Gardner (Task Force Coordinator) (United Kingdom), Andreas Baumhach (United Kingdom), Michael Böhm (Germany), Haran Burri (Switzerland), Javed Butler (United States of America), Jelena Celutkienė (Lithuania), Ovidiu Chioncel (Romania), John G.F. Cleland (United Kingdom), Andrew J.S. Coats (United Kingdom), Maria G. Crespo-Leiro (Spain), Dimitrios Farmakis (Greece), Martine Gilard (France), Stephane Heymans (Netherlands), Arno W. Hoes (Netherlands), Tiny Jaarsma (Sweden), Ewa A. Jankowska (Poland), Mitja Lainscak (Slovenia), Carolyn S.P. Lam (Singapore), Alexander R. Lyon (United Kingdom), John J.V. McMurray (United Kingdom), Alex Mebazaa (France), Richard Mindham (United Kingdom), Claudio Muneretto (Italy), Massimo Francesco Piepoli (Italy), Susanna Price (United Kingdom), Giuseppe M.C. Rosano (United Kingdom), Frank Ruschitzka (Switzerland), Anne Kathrine Skibelund (Denmark), ESC Scientific Document Group



(European Heart Journal 2021 - doi:10.1093/eurheartj/ehab368)

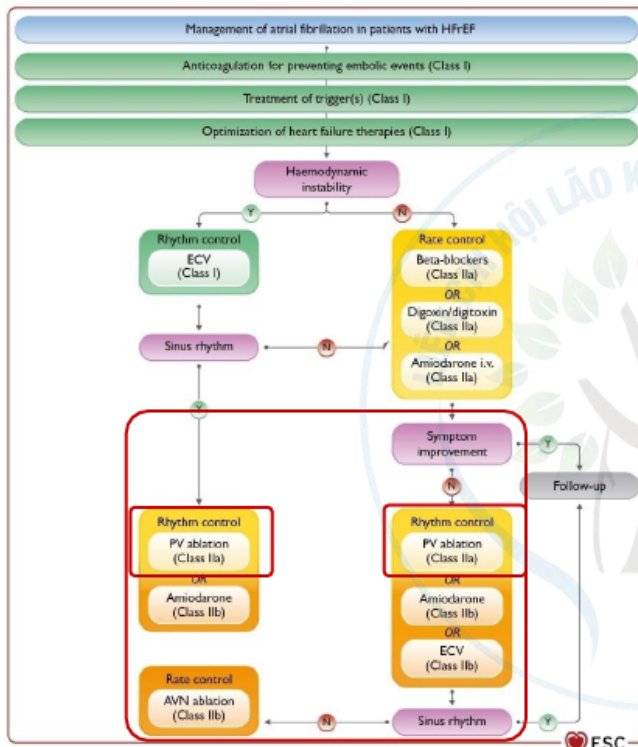


**Quản lý bệnh nhân rung nhĩ kèm suy tim  
theo khuyến cáo ESC 2021  
Kháng đông là bước khởi đầu**

AF = atrial fibrillation; AVN = atrioventricular node; ECV = electrical cardioversion; HF = heart failure; i.v. = intravenous; PV = pulmonary vein. Colour code for classes of recommendation: Green for Class of recommendation I; Yellow for Class of recommendation IIa; Orange for Class of recommendation IIb; Red for Class of recommendation III (see Table 1 for further details on classes of recommendation).



2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (European Heart Journal 2021 - doi:10.1093/eurheartj/ehab368)



Quản lý bệnh nhân rung nhĩ kèm suy tim theo khuyến cáo ESC 2021

Liệu pháp chuyển nhịp được khuyến cáo từ IIb (ESC 2020) -> IIa (ESC 2021)

AF = atrial fibrillation; AVN = atrioventricular node; ECV = electrical cardioversion; HF = heart failure; i.v. = intravenous; PV = pulmonary vein. Colour code for classes of recommendation: Green for Class of recommendation I; Yellow for Class of recommendation IIa; Orange for Class of recommendation IIb; Red for Class of recommendation III (see Table 1 for further details on classes of recommendation).

[www.escardio.org/guidelines](http://www.escardio.org/guidelines)

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (European Heart Journal 2021 – doi:10.1093/eurheartj/ehab368)

## OAC được khuyến cáo sử dụng ngay trong quá trình thủ thuật cắt đốt (IA)

### Recommendations for stroke risk management peri-catheter ablation

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
In AF patients with stroke risk factors not taking OAC before ablation, it is recommended that pre-procedural management of stroke risk includes initiation of anticoagulation and:		
• Preferably, therapeutic OAC for at least 3 weeks before ablation, or	I	C
• Alternatively, the use of TOE to exclude LA thrombus before ablation.	IIa	C
For patients undergoing AF catheter ablation who have been therapeutically anticoagulated with warfarin, dabigatran, rivaroxaban, apixaban, or edoxaban, performance of the ablation procedure without OAC interruption is recommended. <sup>878,879,881</sup>	I	A
After AF catheter ablation, it is recommended that:		
• Systemic anticoagulation with warfarin or a NOAC is continued for at least 2 months post ablation, and	I	C
• Long-term continuation of systemic anticoagulation beyond 2 months post ablation is based on the patient's stroke risk profile and not on the apparent success or failure of the ablation procedure.	I	C

## Dabigatran trên bệnh nhân cần cắt đốt rung nhĩ

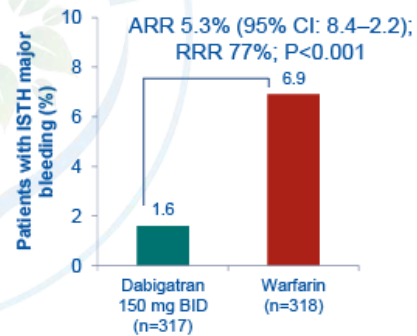
RE-CIRCUIT®  = 678

### Mục tiêu

Nghiên cứu tính an toàn và hiệu quả của dabigatran 150 mg BID nhằm thay thế cho warfarin (INR 2.0–3.0) ở bệnh nhân cắt đốt rung nhĩ (N=678)

### Kết quả

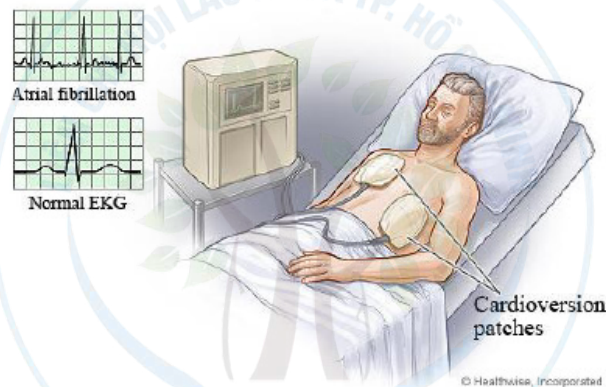
Trong suốt quá trình trong và sau can thiệp cắt đốt, nguy cơ chảy máu nặng thấp hơn 77% ở nhóm dabigatran so với warfarin



Đồng thuận từ các chuyên gia đã khuyến cáo với **mức khuyến cáo cao nhất (1A)** thủ thuật cắt đốt có thể tiến hành mà **không cần gián đoạn dabigatran**

Calkins et al. N Engl J Med 2017; Calkins et al. Heart Rhythm 2017

Dabigatran được dùng không gián đoạn trong khi đang được chuyển nhịp.



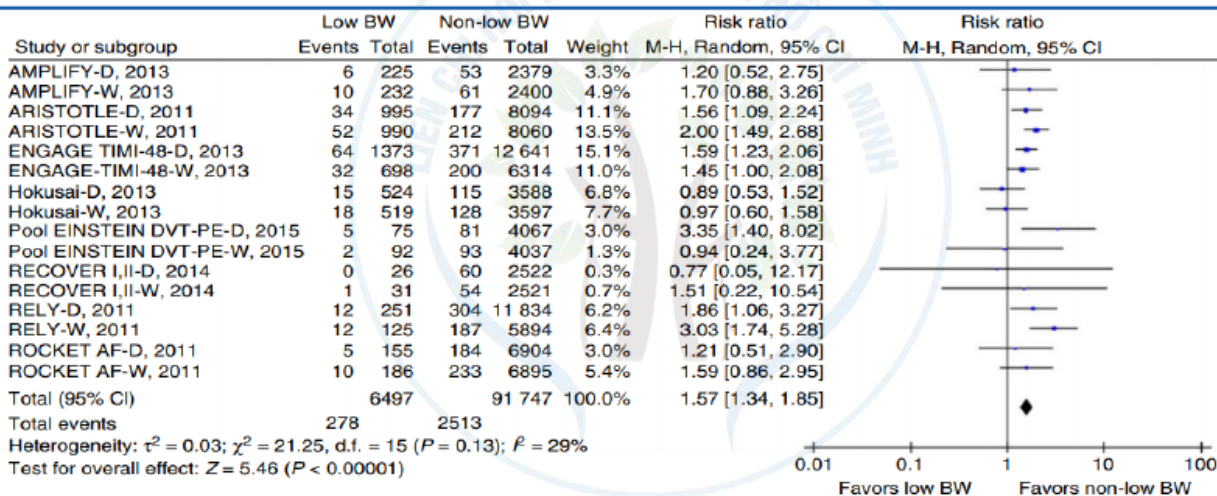
Thông tin kê toa Dabigatran 2020

Bệnh nhân rung nhĩ nhẹ cân

Cân nặng bệnh nhân

Tiêu chí đột quy/thuyên tắc hệ thống

Tỷ lệ xuất hiện biến cố ở nhóm nhẹ cân ( $\leq 50-60$  kg) nhiều hơn nhóm cân nặng bình thường ở 2 nhóm NOAC và warfarin



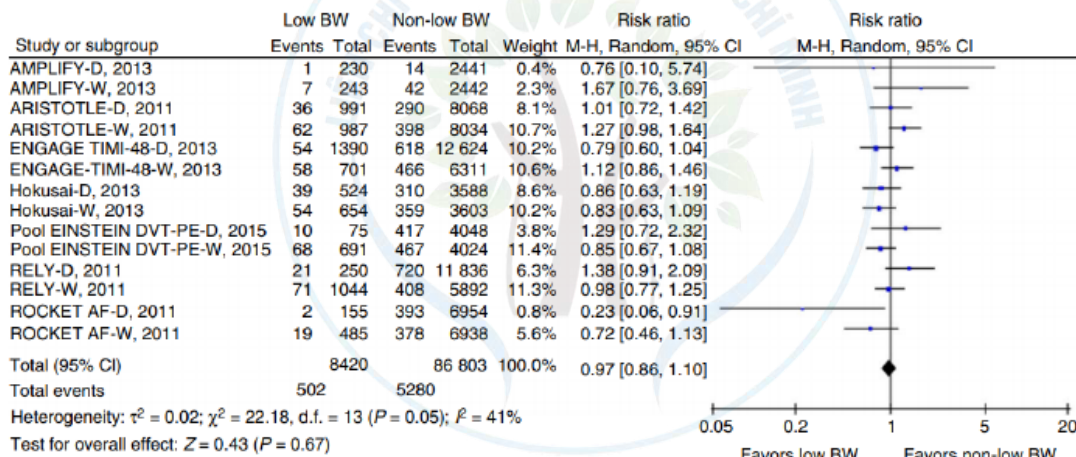
-D, direct oral anticoagulants [DOACs]; -W, warfarin; BW: cân nặng

J Thromb Haemost 2017; 15: 1322-33.

Cân nặng bệnh nhân

Tiêu chí chảy máu nặng

Không thấy sự khác biệt giữa nhóm nhẹ cân ( $\leq 50-60$  kg) và cân nặng bình thường ở cả 2 nhóm NOACs và warfarin



J Thromb Haemost 2017; 15: 1322-33

Đối với bệnh nhân nhẹ cân

- ❖ Việc sử dụng liều chuẩn theo nghiên cứu của các NOAC trên bệnh nhân nhẹ cân cho thấy an toàn về các biến cố xuất huyết so với warfarin
- ❖ Trên bệnh nhân nhẹ cân có khuynh hướng xuất hiện biến cố đột quỵ nhiều hơn so với bệnh nhân có cân nặng bình thường.



Nên việc giảm liều ở bệnh nhân nhẹ cân cần được cân nhắc thận trọng



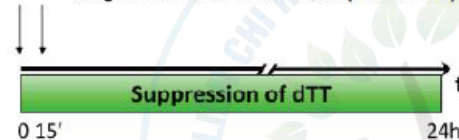
Hiện tại không có khuyến cáo giảm liều trên bệnh nhân nhẹ cân theo thông tin kê toa của các thuốc NOAC

## Xử trí cấp cứu kháng đông

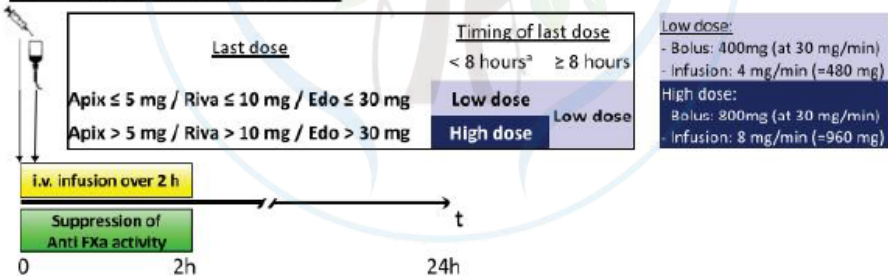
### Các thuốc hóa giải kháng đông là cần thiết để xử trí cấp cứu kháng đông

#### Application of Idarucizumab

5g i.v. in two consecutive infusions of  
2.5g i.v. over 5-10 minutes each (or as a bolus)



#### Application of Andexanet Alpha



Europace (2021) 00, 1-65

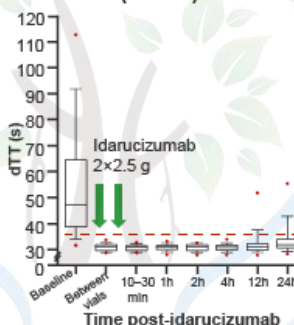


## CHẤT HÓA GIẢI ĐẶC HIỆU IDARUCIZUMAB

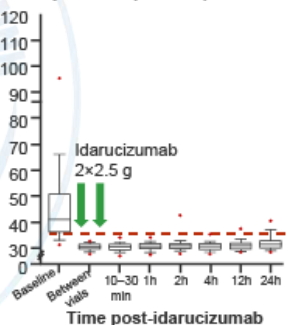
2017 RE-VERSE AD  = 503

**Mục tiêu:** Chứng minh sự hóa giải một cách kéo dài hoạt tính kháng đông của dabigatran ở bệnh nhân chảy máu không kiểm soát hoặc phẫu thuật/thủ thuật khẩn cần được cầm máu như bình thường.

Group A: chảy máu không kiểm soát (N=293)



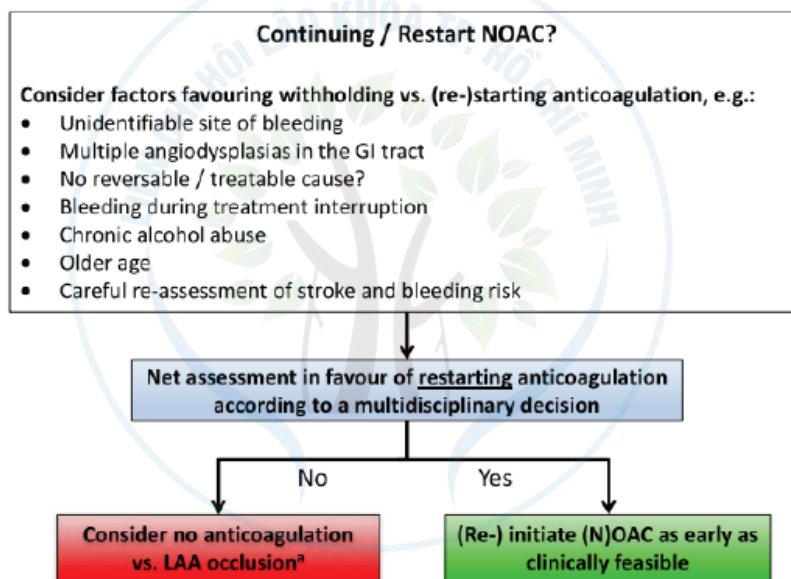
Group B: BN cần phẫu thuật/ thủ thuật khẩn (N=195)



**Kết quả:** Idarucizumab cho thấy khả năng hóa giải tức thì, hoàn toàn, và duy trì kéo dài.

Pollack et al. N Engl J Med 2017; Praxbind SPC 2017

## Sử dụng lại kháng đông sau xuất huyết tiêu hóa – theo EHRA 2021



Europace (2021) 00, 1–65

## TỔNG KẾT

**1**

Những dân số đặc biệt luôn là những quan tâm lớn của các BS trong thực hành điều trị

**2**

Cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ để có thể mang đến việc trị liệu tối ưu

**3**

Cần thiết có một giải pháp đảm bảo an toàn trong các trường hợp khẩn cấp trên dân số này, và chất hóa giải là một sự lựa chọn.