



ĐIỀU TRỊ CÁ THỂ TRONG THỰC HÀNH SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG ĐƯỜNG UỐNG VÀ CÁC LƯU Ý THƯỜNG GẶP

BS. Đỗ Văn Bửu Đan
BV Tim Tâm Đức

SC-VN-02727

This presentation is financially support by BIVN

Thực hành lâm sàng điều trị rung nhĩ cần có góc nhìn đa chiều



1. Xác định bệnh nhân nguy cơ thấp CHA2DS2-VASc 0 (m), 1 (f)
2. Chỉ định phòng ngừa đột quỵ nếu CHA2DS2-VASc ≥ 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)

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

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

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

Những bệnh nhân AF có những vấn đề kèm theo thường liên quan đến tăng nguy cơ đột quỵ, chảy máu nặng và tử vong



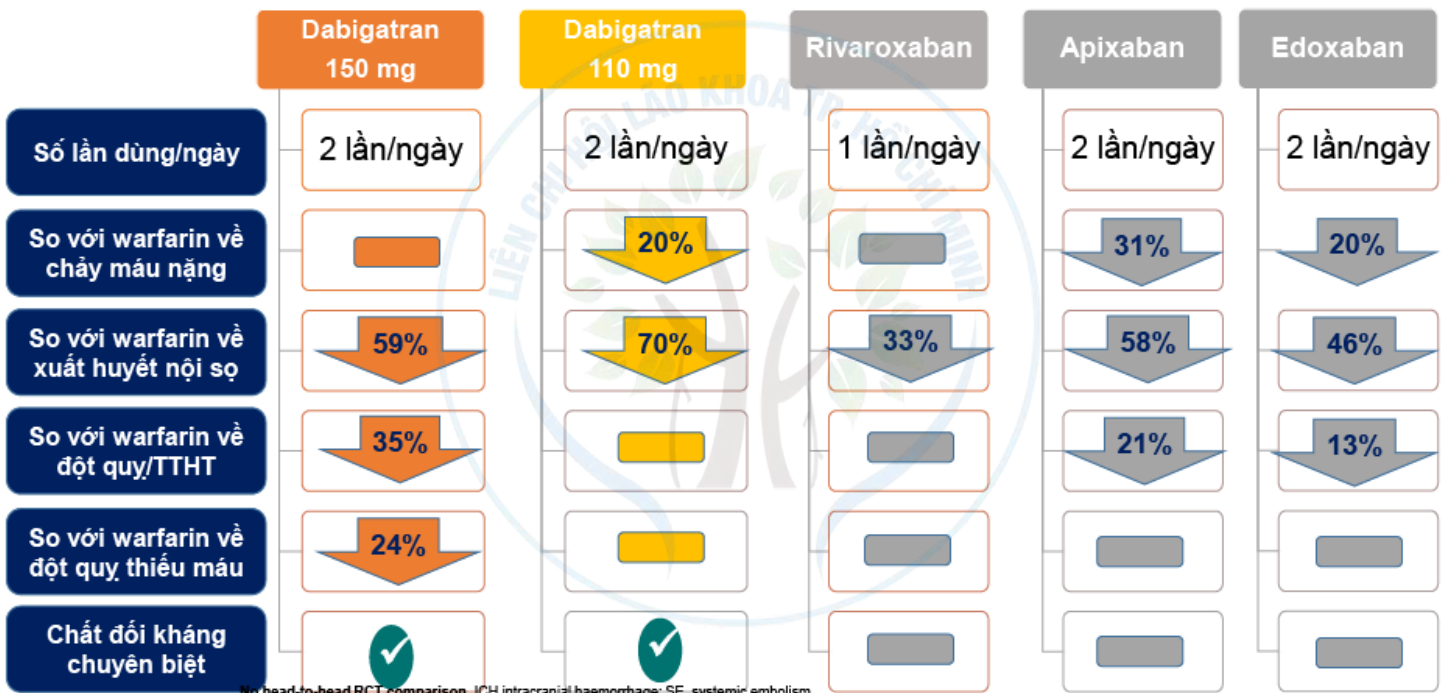
Population-based cohort study†2

Chỉ số bệnh đồng mắc (Charlson Comorbidity Index‡) được sử dụng để đánh giá gánh nặng bệnh đồng mắc

	HR	95% CI	P value
Đột quỵ	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

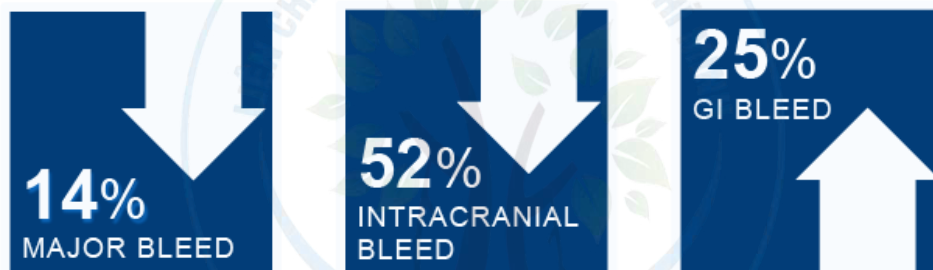
*Patients (N= 21 241) enrolled from Jan 2014 to Dec 2016. Data do not equal 100% due to rounding; †Data from administrative claims databases in Lombardy. Eligible patients (N=24 040) were admitted to hospital with AF in 2002 and followed up until 2014; ‡Adjusted for sex, age and use of OAC
1. Kozielec et al. PLoS One 2021;16:e0249524; 2. Proietti et al. Mayo Clin Proc 2019;94:2427

NGHIÊN CỨU NGẪU NHIÊN SO SÁNH NOAC VÀ WARFARIN



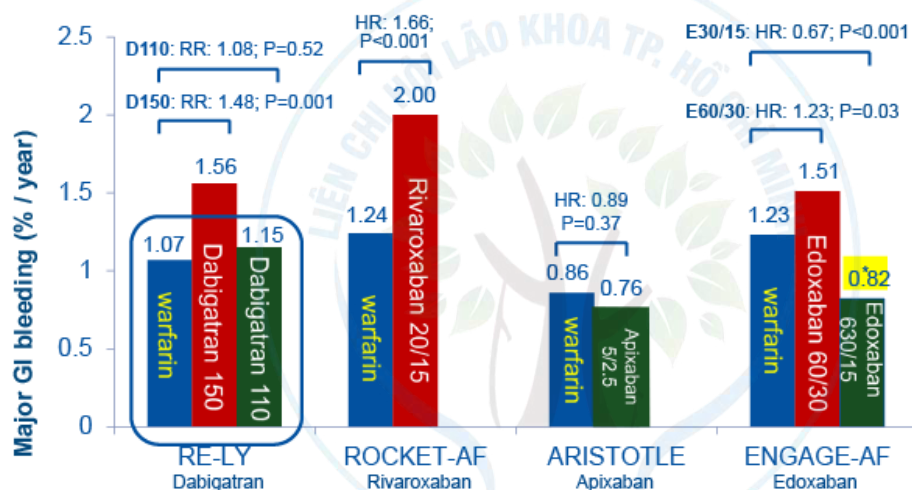
1. Vấn đề về an toàn trên đường
tiêu hóa liên quan kháng đông

NOACs cũng cải thiện các tiêu chí chính về an toàn so với warfarin, mặc dù xuất huyết tiêu hoá vẫn là mối quan tâm lớn.



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

Dabigatran 110 mg BID và apixaban là 2 đại diện NOAC đạt được an toàn tiêu hóa tương đương warfarin



1. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010; 2. Sherwood MW et al. J Am Coll Cardiol 2015; 3. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 4. Giugliano RP et al. N Engl J Med 2013

Dabigatran 110 mg không tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa so với warfarin và được khuyến cáo lựa chọn trên nhóm BN có nguy cơ.

ESC
European Society of Cardiology

ESC GUIDELINES

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Overall, NOAC use is associated with an increased risk of gastrointestinal bleeding^{1184,1185} but in patients treated with apixaban or dabigatran 110 mg the risk is similar to warfarin.^{419,421} Bleeding in patients with a recent bleeding event, attention should be directed towards addressing the predisposing pathology (e.g. bleeding ulcer or polyp in a patient with gastrointestinal bleeding), and the reintroduction of OAC as soon as feasible, as part of a multidisciplinary team decision. Consideration should be made for drugs such as apixaban or dabigatran 110 mg b.i.d., which are not associated with an excess of gastrointestinal bleeding compared with warfarin.

Nhìn chung NOAC có thể gia tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa, tuy nhiên với apixaban và dabigatran 110 mg nguy cơ tương đương với warfarin.

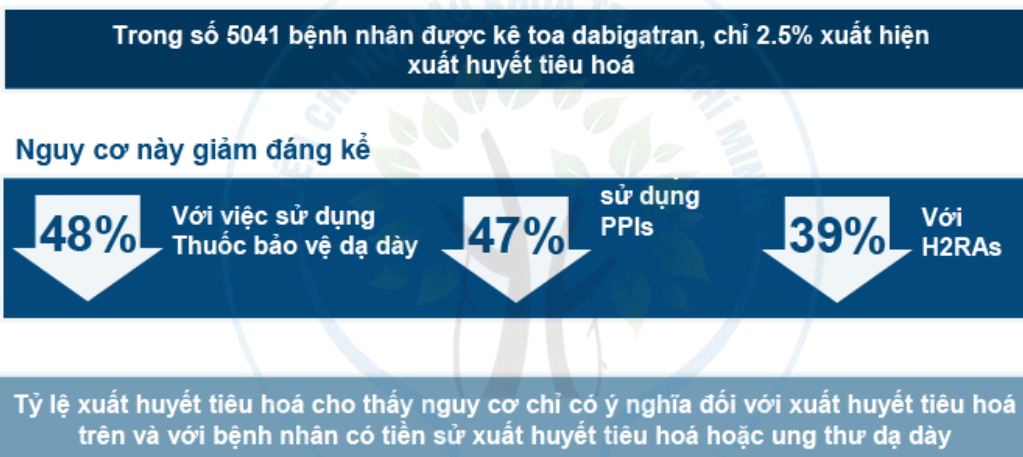
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

Chiến lược ngăn chặn nguy cơ xuất huyết tiêu hoá trên bệnh nhân đang sử dụng NOAC



1. Desai J et al. Thromb Haemost 2013

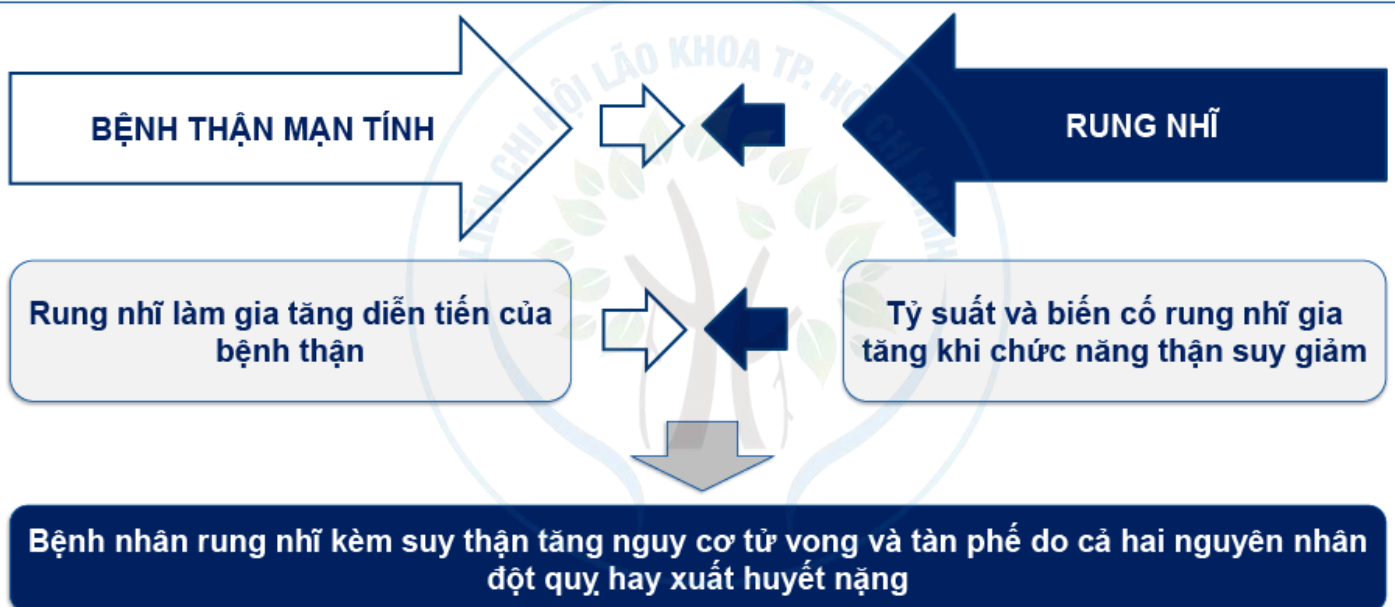
Nghiên cứu trên thực tế cho rằng nguy cơ xuất huyết tiêu hoá sẽ giảm đi bằng cách sử dụng các tác nhân bảo vệ hệ tiêu hoá



Data from Hong Kong Hospital Authority database; PPI, proton pump inhibitor; H2RA, histamine type-2 receptor antagonist
1. Chan EW et al. Gastroenterology 2015

2. Đánh giá tính an toàn trên thận
của các thuốc kháng đông

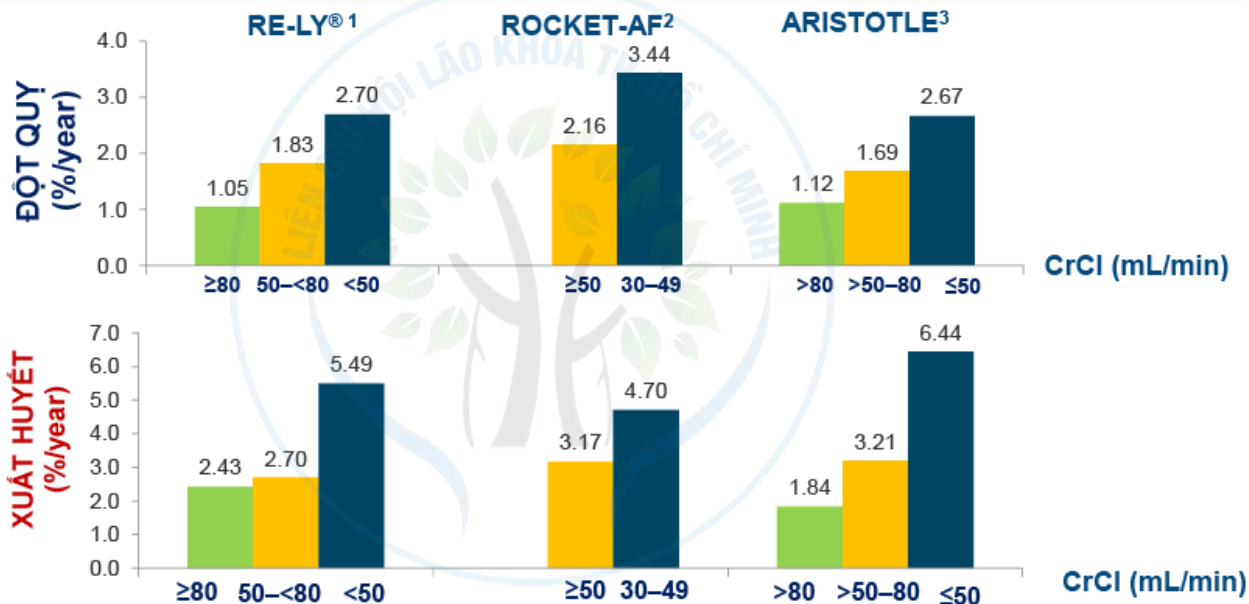
CÓ SỰ TƯƠNG TÁC GIÁN TIẾP GIỮA BỆNH THẬN MẠN TÍNH VÀ RUNG NHĨ



Clin J Am Soc Nephrol 2017;12:1386–1398

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

Đối với tất cả NOAC, nguy cơ gia tăng khi chức năng thận suy giảm



1 Hijazi et al. Circulation 2014; 2. Fox et al. Eur Hear J 2011; 3. Hohnloser et al. Eur Heart J 2012

Chức năng thận của bệnh nhân nên được đánh giá trước khi sử dụng NOAC

Xét nghiệm CrCl*

trước khi khởi đầu điều trị

- Để chỉ định liều dùng phù hợp và dabigatran không dùng cho bệnh nhân có bệnh thận nặng (CrCl <30 mL/min)
- Dabigatran 110 mg 2 lần/ngày được khuyến cáo trên bệnh nhân bệnh thận trung bình (CrCl 30-50 mL/min)

Chức năng thận có thể được đánh giá lại khi xuất hiện yếu tố nguy cơ trong quá trình điều trị (ví dụ: giảm thể tích máu, mất nước, hoặc thuốc dùng kèm...)

Ở người lớn tuổi, (>75 tuổi), chức năng thận nên được đánh giá:

- Trước khi khởi trị.
- Trong các tình huống lâm sàng có nguy cơ làm suy giảm chức năng thận

*Cockcroft-Gault method; Dabigatran®: EU SPC, 2015

=> FDA MỸ công nhận liều dùng Dabigatran 75 mg cho bệnh nhân suy thận nặng

1 INDICATIONS AND USAGE

PRADAXA is indicated to reduce the risk of stroke and systemic embolism in patients with non-valvular atrial fibrillation.

2 DOSAGE AND ADMINISTRATION

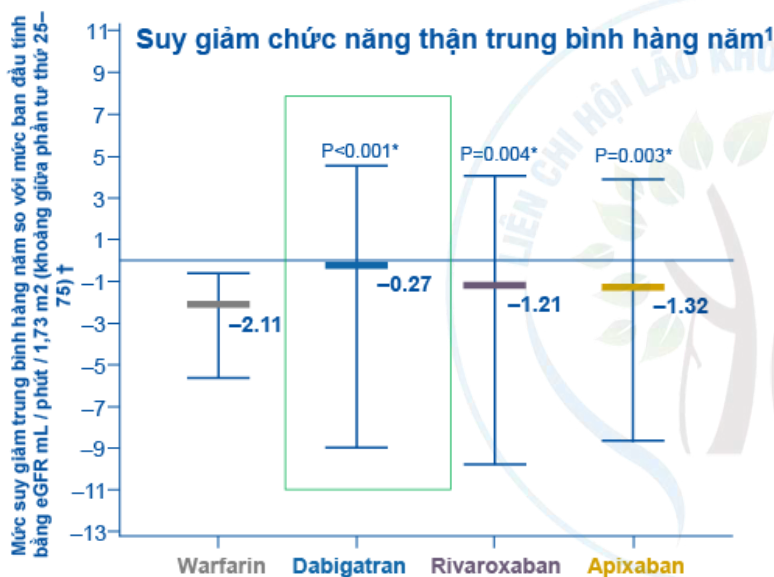
2.1 Recommended Dose

For patients with creatinine clearance (CrCl) >30 mL/min, the recommended dose of PRADAXA is 150 mg taken orally, twice daily, with or without food. For patients with severe renal impairment (CrCl 15-30 mL/min), the recommended dose is 75 mg twice daily [see Use in Specific Populations (8.6) and Clinical Pharmacology (12.3)]. Dosing recommendations for patients with a CrCl <15 mL/min or on dialysis cannot be provided.

Lưu ý: Liều dùng này không được chấp nhận ở Việt Nam

https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/022512s007lbl.pdf

ATHERO-AF: một nghiên cứu đoàn hệ đa trung tâm ở Ý đánh giá những thay đổi chức năng thận ở bệnh nhân AF được điều trị bằng warfarin hoặc NOACs



VKAs có liên quan đến sự suy giảm nhanh chóng chức năng thận do tăng vôi hóa mạch máu, bao gồm cả ở động mạch thận²

Tất cả NOACs cho thấy tốc độ giảm chức năng thận chậm hơn so với warfarin¹

Dabigatran cho thấy tốc độ suy giảm chức năng thận chậm hơn các nhóm khác

ATHERO-AF was an Italian multicenter cohort study evaluating renal function changes in patients with AF treated with warfarin (n=743) or NOACs (dabigatran, n=280; rivaroxaban, n=299; apixaban, n=345). *Vs warfarin; †According to Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation

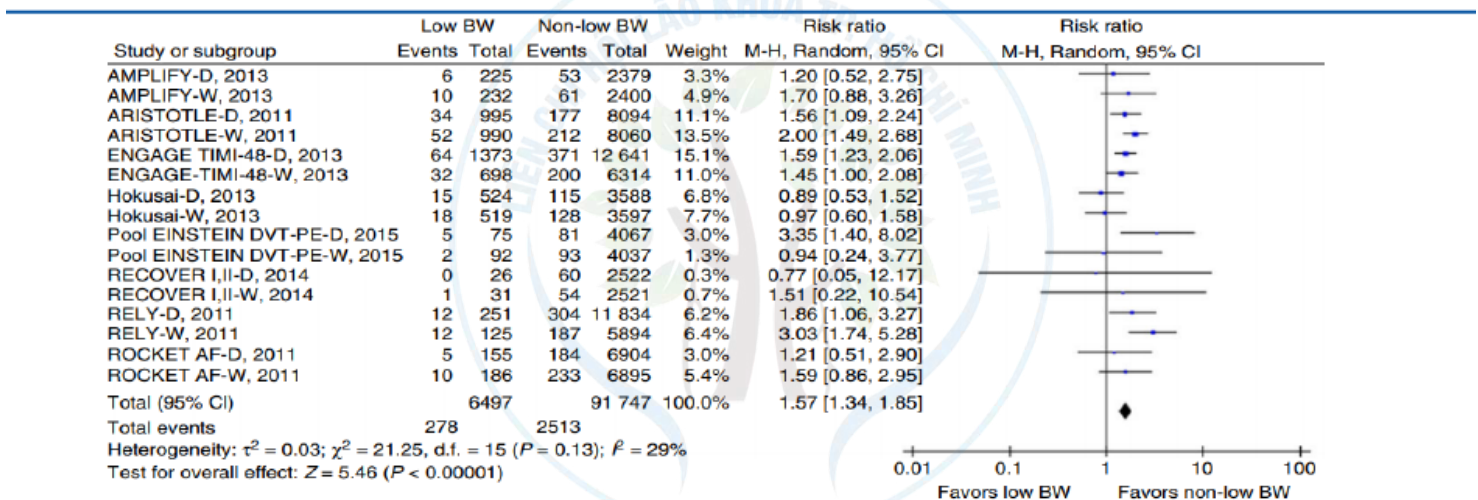
1. Pastori et al. Br J Clin Pharmacol 2020; doi:10.1111/bcp.14350; 2. Chatrou et al. Blood Rev 2012;26:155; 3. Böhm et al. J Am Coll Cardiol 2015;65:2481

3. Sử dụng kháng đông và cân nặng bệnh nhân

Cân nặng bệnh nhân

Tiêu chí đột quỵ/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



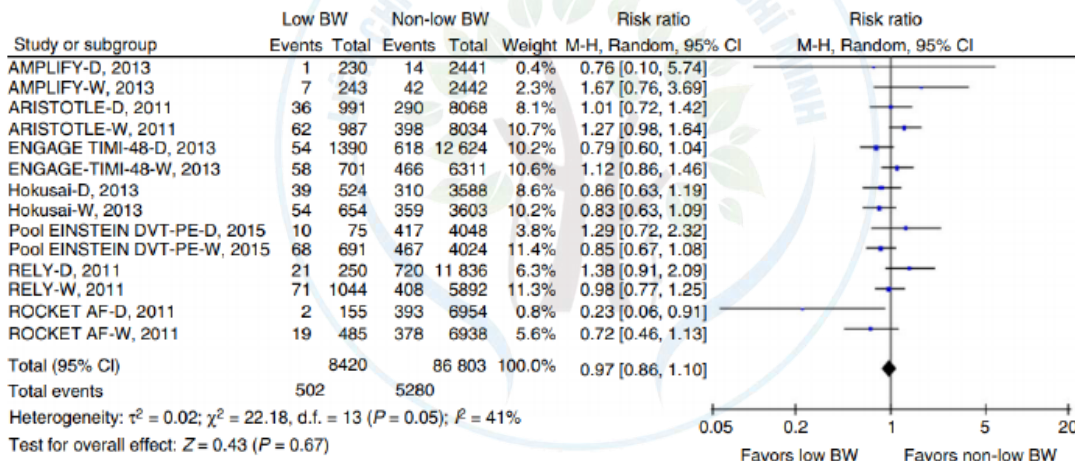
-D, direct oral anticoagulants [DOACs]; -W, warfarin; BW: cân nặng

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

Tóm tắt

- ❖ 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

4. Tính an toàn của kháng đông trên các phẫu thuật không tại tim

Các biến cố tim mạch quanh phẫu thuật dẫn đến tử vong và tàn phế ở các phẫu thuật không tại tim.¹⁻⁴

**Tổn thương cơ tim do các phẫu thuật không tại tim (MINS):
tổn thương do nguyên nhân nhồi máu xuất hiện trong khoảng 30 ngày
sau phẫu thuật⁵**

Trên thế giới, **200 triệu** người trưởng thành phải gánh chịu phẫu thuật không tại tim mỗi năm⁶

100 triệu phẫu thuật loại này ảnh hưởng đến những người trưởng thành >45 tuổi và có nguy cơ cao dẫn đến nhồi máu hoặc tổn thương cơ tim⁷



**~8% (hay 8 triệu) trong số này phải chịu
tổn thương cơ tim⁷**

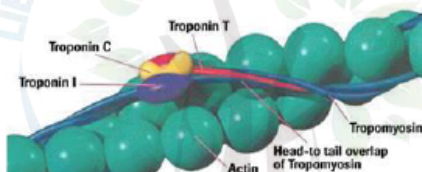
Tổn thương cơ tim là nguyên nhân dẫn đến tử vong sau những phẫu thuật không tại tim nặng^{5,8} – ước chừng ~ca tử vong hàng năm^{3,5,7}

1. Landesberg et al. Circulation 2009; 2. Badner et al. Anaesthesiology 1998; 3. Devereaux et al. Ann Intern Med 2011; 4. Lee et al. Circulation 1999; 5. Botto et al. Anesthesiology 2014; 6. Weiser et al. Lancet 2008; 7. Devereaux et al. N Engl J Med 2015; 8. Devereaux et al. JAMA 2017

MINS (Myocardial injury after noncardiac surgery) được xác định dựa vào xét nghiệm đánh giá nồng độ troponins tại tim

Troponin là các sợi cơ cơ protein được tìm thấy trong cơ vân và cơ tim. Có 2 typ sợi cơ : một sợi dày chứa myosin và một sợi mỏng bao gồm 3 protein khác nhau : actin, tropomyosin và troponin. Bản thân troponin là một phức hợp gồm 3 thành phần : troponin C, I và T. Các troponin T và I là các protein điều hòa chức năng cơ bóp đặc hiệu đối với các sợi cơ tim do chúng kiểm soát tình trạng tương tác giữa actin và myosin trung gian qua canxi.

Tn levels are elevated following cardiac damage and Tn concentrations correlate with the extent of myocardial damage²



TnI and TnT subunits are used as biomarkers for MI¹

High-sensitivity troponin assays have improved the detection of MI¹

MINS diagnostic cut-off point defined by ESA-ESICM joint task force as:
'...an increase in conventional, 4th generation troponin T at least 0.03 µg/l judged to be due to myocardial ischaemia'³

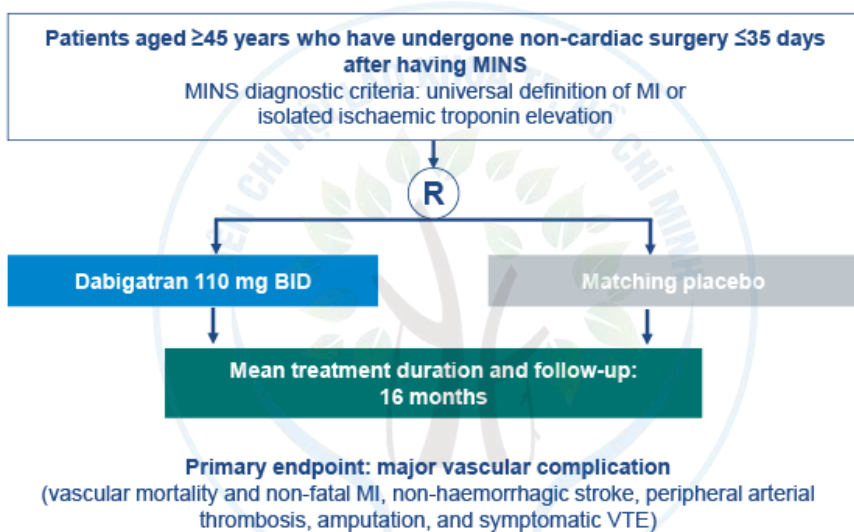
ESA, European Society of Anaesthesiology; ESICM, European Society of Intensive Care Medicine

1. Mauermann et al. Curr Opin Anaesthesiol. 2016; 2. Licka et al. Heart 2002; 3. Jammer et al. Eur J Anaesthesiol 2015

23

Dabigatran là kháng đông có sự đánh giá so với placebo trên các bệnh nhân sau hội chứng MINS

Other RCTs



The study also assessed the impact of omeprazole on the risk of a major upper GI complications using a partial factorial design (patients not receiving proton pump inhibitors were randomized to omeprazole 20 mg OD vs placebo VTE, venous thromboembolism

Devereaux et al. ACC 2018; Duceppe et al. Can J Cardiol 2018

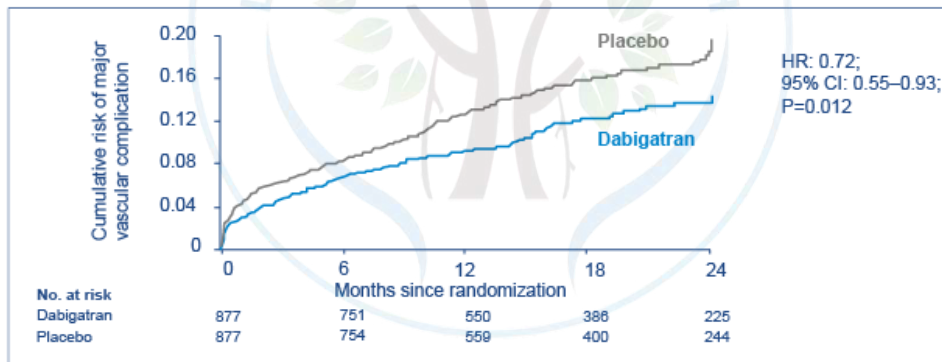
24

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

Dabigatran 110 mg BID giảm nguy cơ biến chứng mạch máu lớn so với giả dược ở bệnh nhân MINS

Other RCTs

Outcome	Dabigatran (n=877) n (%)	Placebo (n=877) n (%)	HR (95% CI)	P value
Major vascular complication (composite of vascular mortality and non-fatal events such as MI)	97 (11)	133 (15)	0.72 (0.55–0.93)	0.012



Devereaux et al. ACC 2018

25

Tiêu chí hiệu quả phụ, bao gồm nhồi máu cơ tim đơn độc tương đương giữa dabigatran và placebo

Other RCTs

Outcome	Dabigatran (n=877) no. (%)	Placebo (n=877) no. (%)	HR (95% CI)
Vascular mortality	52 (6)	64 (7)	0.80 (0.56–1.16)
All-cause mortality	100 (11)	110 (13)	0.90 (0.69–1.18)
MI	35 (4)	43 (5)	0.80 (0.51–1.26)
Cardiac revascularization	32 (4)	21 (2)	1.53 (0.88–2.65)
Peripheral arterial thrombosis	0 (0)	4 (1)	–
Amputation	18 (2)	26 (3)	0.70 (0.38–1.27)
Symptomatic VTE	8 (1)	17 (2)	0.47 (0.20–1.08)
Vascular readmission	113 (13)	130 (15)	0.86 (0.67–1.11)
Non-haemorrhagic stroke*	2 (<1)	10 (1)	0.20 (0.04–0.90)

Please see the MSL deck 'MANAGE trial' for further information

*Significant reduction in non-haemorrhagic stroke with dabigatran vs placebo
Devereaux et al. ACC 2018

26

5. Lưu ý trên bệnh nhân lớn tuổi

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



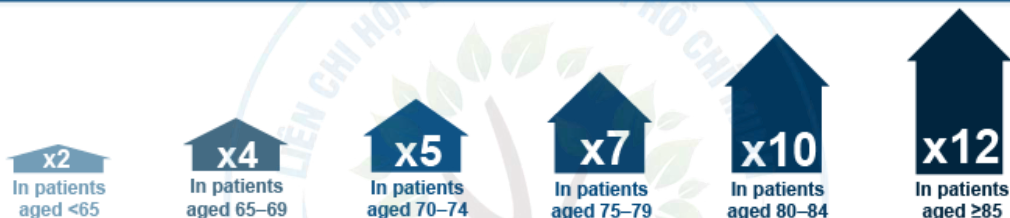
Nghiên cứu Phase III của NOACs trên chỉ định phòng ngừa đột quỵ cho bệnh nhân rung nhĩ bao gồm dân số bệnh nhân trên 75 tuổi:

RE-LY®, 40%;^{4,5} ROCKET-AF, 44%;⁶⁻⁸ ARISTOTLE, 31%;^{9,10} ENGAGE-AF, 40%¹¹

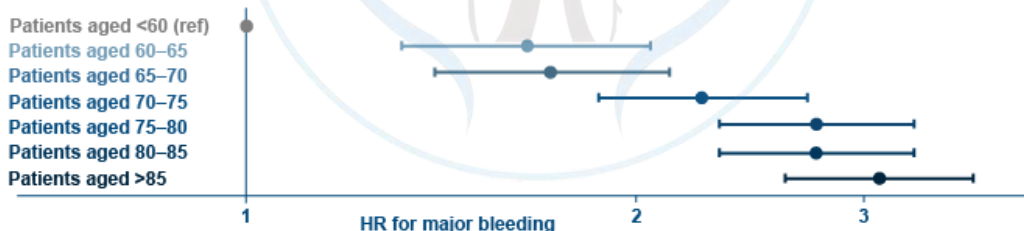
1. Go AS et al. JAMA 2001; 2. BI, data on file; 3. Kakkar AK et al. PLoS One 2013; 4. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009; 5. Eikelboom JW et al. Circulation 2011; 6. Nessel C et al. Chest 2012; 7. Patel MR et al. N Engl J Med 2011; 8. Halperin JL et al. Circulation 2014; 9. Granger CB et al. N Engl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



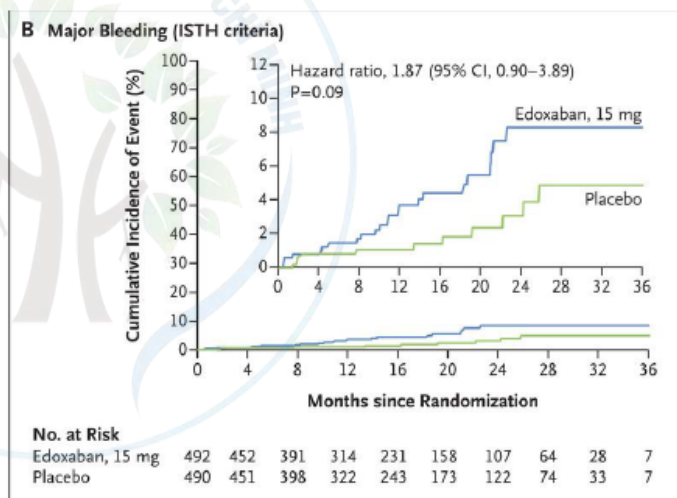
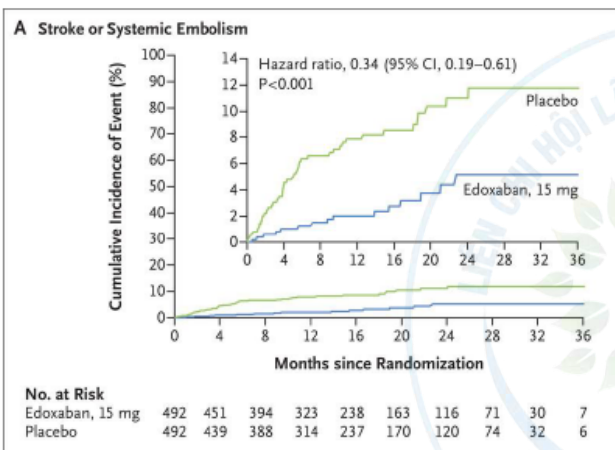
So với bệnh nhân không có rung nhĩ, nguy cơ chảy máu ở bệnh nhân rung nhĩ mãn tính tăng xấp xỉ:



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

28
Jan 2014

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

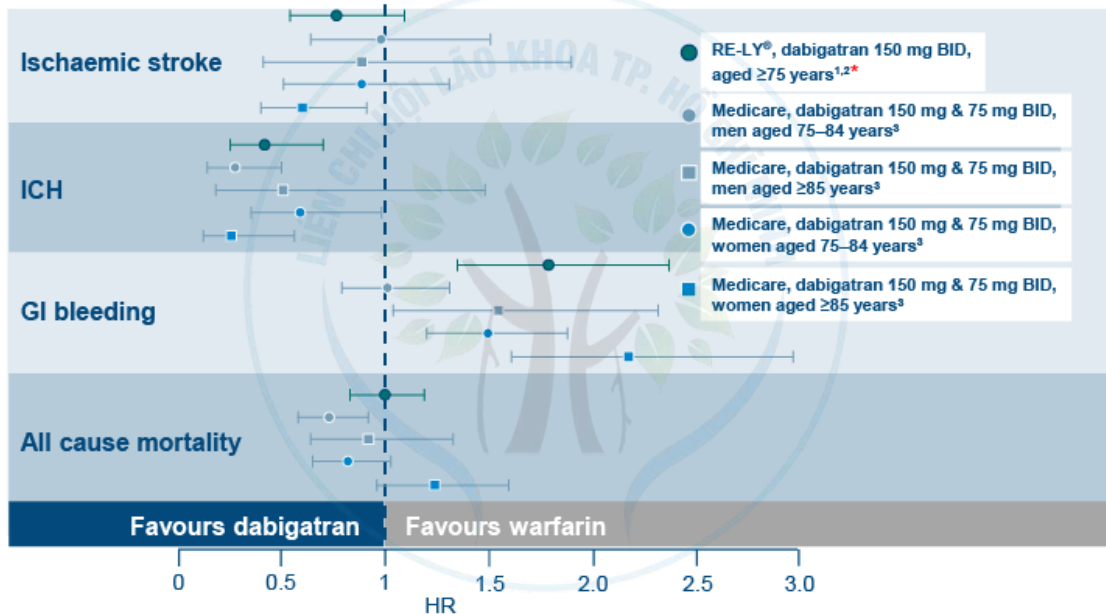


N Engl J Med 2020; 383:1735-1745

30
Jan 2014

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

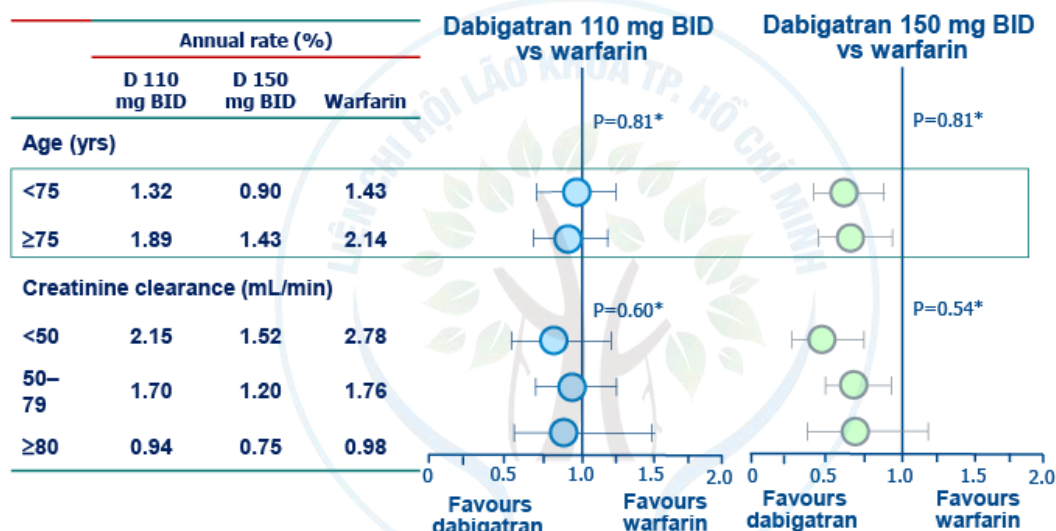
Cũng như trên 75 tuổi



*Dabigatran 75 mg BID and 150 mg BID not approved in patients with AF aged ≥80 years in the EU;⁴ 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

31
Jan 2016

Dabigatran so sánh warfarin theo tuổi bệnh nhân trên tiêu chí đột quỵ/TTHT



p tương tác >0.05 chứng tỏ không có sự khác biệt của các nhóm tuổi bệnh nhân và dân số chung trên tiêu chí đột quỵ

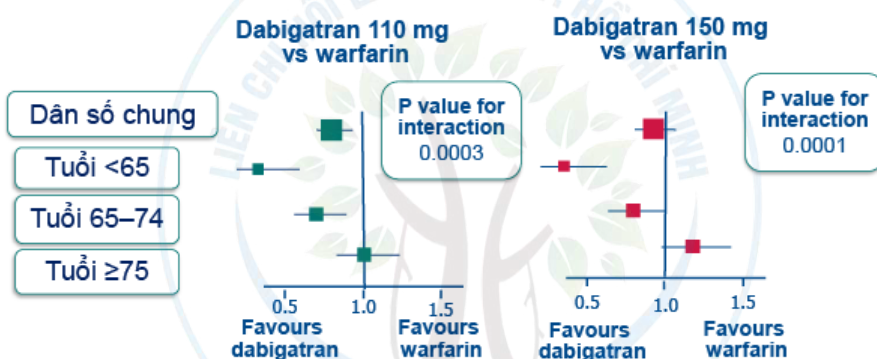
Connolly SJ et al. New Engl J Med 2009;361:1139-51; Eikelboom JW et al. Circulation 2011;123:2363-72

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

Kết quả nghiên cứu RELY trên tiêu chí đột quỵ và thuyên tắc hệ thống được chứng minh hiệu quả trên phân nhóm Tuổi

- Dabigatran 150 mg BID thấp hơn warfarin về tỷ lệ đột quỵ và thuyên tắc hệ thống và tương đương về tỷ lệ chảy máu nặng.
- Dabigatran 110 mg BID thấp hơn warfarin về tỷ lệ chảy máu nặng và tương đương về tỷ lệ đột quỵ và thuyên tắc hệ thống.

Dabigatran so với warfarin theo tuổi bệnh nhân trên tiêu chí chảy máu nặng



Tuổi cao làm gia tăng nguy cơ chảy máu ở bệnh nhân (p tương tác <0.05)

6. Bệnh nhân cần cắt đốt rung nhĩ

Dabigatran trên bệnh nhân cần cắt đốt rung nhĩ

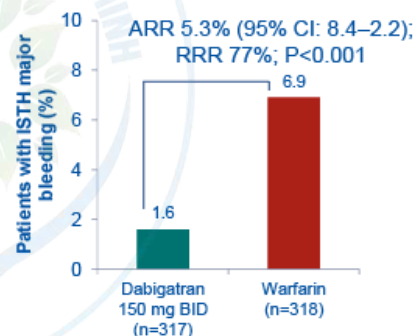
RE-CIRCUIT®  = 678

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 cần cắt đốt rung nhĩ (N=678)

Kết quả

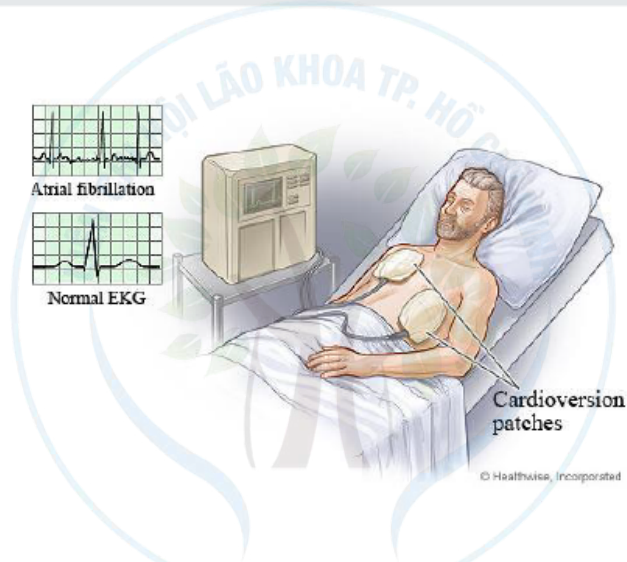
Trong suốt quá trình trong và sau can thiệp cắt đốt, nguy cơ chảy máu nặng thấp hơn 77% ở nhóm dabigatran so với warfarin



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

Chuyển nhịp

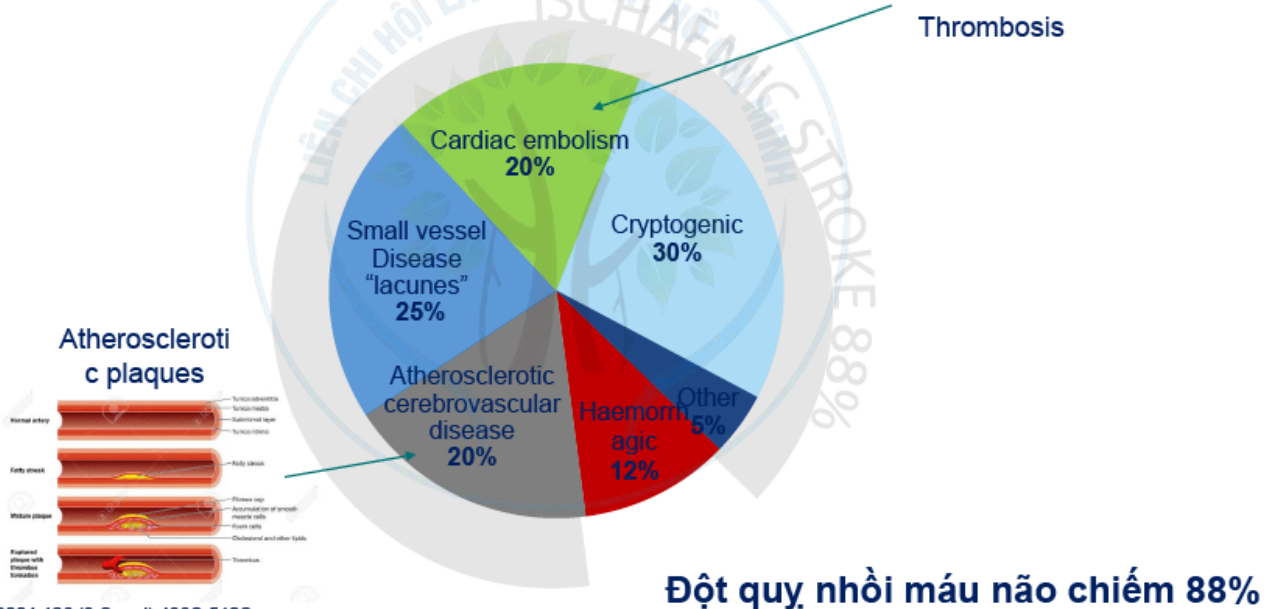
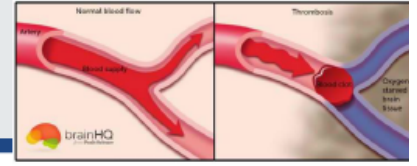


Bệnh nhân có thể tiếp tục dùng dabigatran trong khi đang được chuyển nhịp.

Thông tin kê toa Dabigatran 2020

7. Bệnh nhân có tiền sử đột quỵ hoặc xuất huyết não

PHÂN LOẠI ĐỘT QUỴ



Albers G, et al. Chest 2004;126 (3 Suppl):438S-512S.

CHIẾN LƯỢC DỪNG LẠI KHÁNG ĐÔNG SAU XUẤT HUYẾT NÃO

Bệnh nhân sau xuất huyết não

Xem xét yếu tố bất lợi và việc tái sử dụng kháng đông đường uống

- ✓ Xuất huyết não mức độ nặng
- ✓ Nhiều ổ xuất huyết (>10)
- ✓ Không thể hóa giải/chữa trị nguyên nhân gây xuất huyết
- ✓ Xuất huyết trong quá trình ngưng kháng đông
- ✓ Xuất huyết với liều thấp kháng đông
- ✓ Không thể kiểm soát huyết áp
- ✓ Nghiện rượu
- ✓ Cần sử dụng kháng kết tập tiểu cầu kép sau PCI

Đánh giá lợi ích và nguy cơ bằng cách hội chẩn đa chuyên khoa

Yes

No

Xem xét không sử dụng kháng đông

Sử dụng lại kháng đông sau 4-8 tuần

The 2018 EHRA Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in Pts w AF

EHRA 2021: Chiến lược sử dụng lại kháng đông

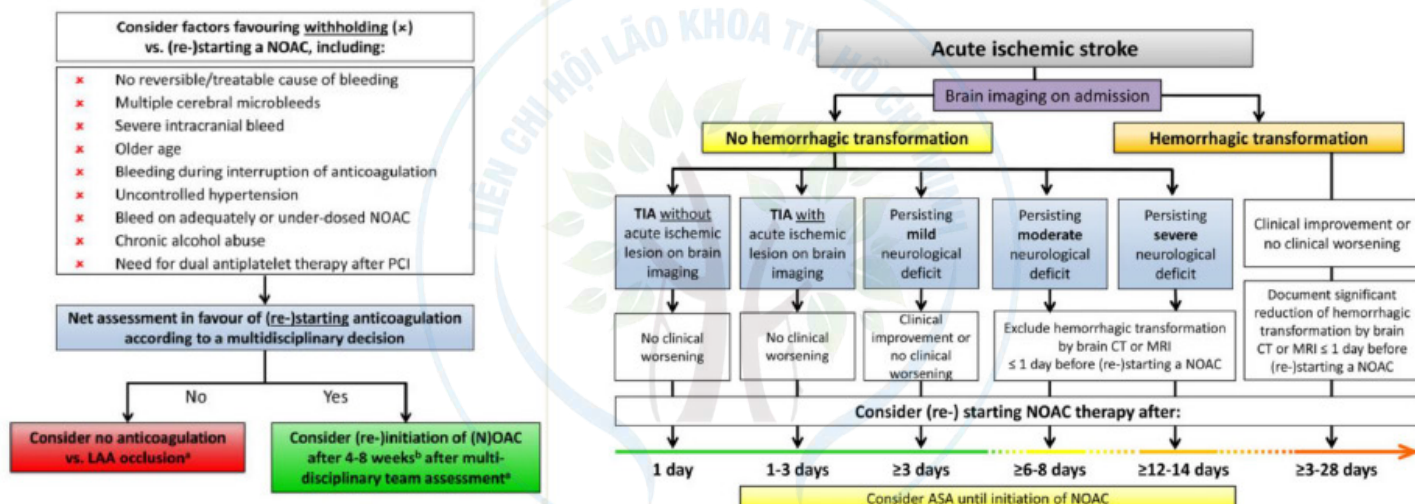


Figure 22 (Re-) initiation of anticoagulation post intracranial bleeding. ^aWithout RCT evidence; ideally include patient in an ongoing trial. ^bBrain imaging mandatory before (re-)initiation of (N)OAC. NOAC, non-vitamin K antagonist oral anticoagulant; PCI, percutaneous coronary intervention.

ĐIỀU TRỊ NOACs TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘT QUY THIẾU MÁU

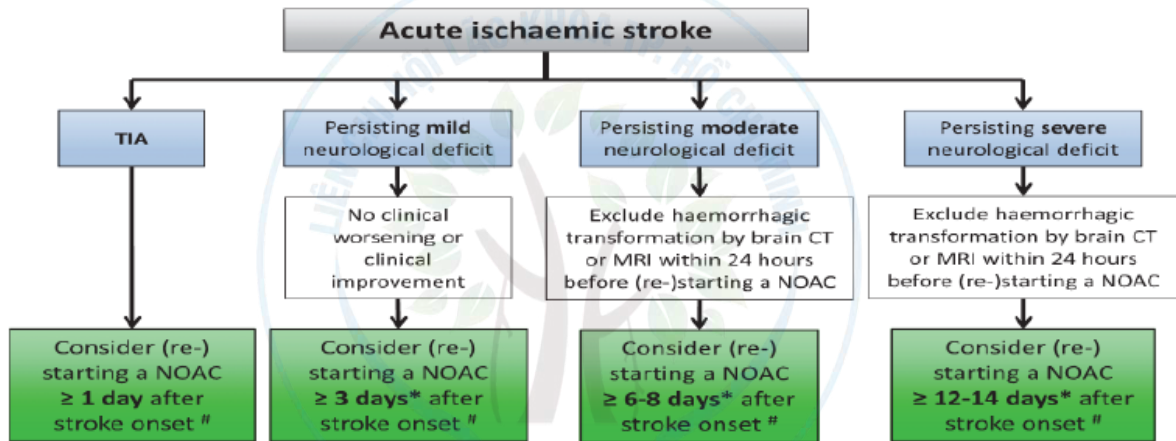
Cần cân nhắc giữa lợi ích dự phòng và nguy cơ xuất huyết não liên quan đến chiến lược tái tưới máu/BN đang dùng NOAC.

AHA 2016 đề nghị: không dùng rTPA ở những bệnh nhân đã dùng NOACs trừ khi xét nghiệm thuốc trong máu bình thường hoặc bệnh nhân không dùng NOACs trong vòng ít nhất 48 giờ.

Cần đánh giá tuân thủ điều trị thuốc NOAC và tìm nguyên nhân gây đột quy thiếu máu cấp.

Yếu tố cần quan tâm khác: tuổi cao, THA, bệnh lý mạch máu nhỏ nặng, bệnh nhân có nhu cầu sử dụng liệu pháp bộ 3 do hội chứng vành cấp mới hoặc đặt stent mạch vành.

DỪNG LẠI KHÁNG ĐÔNG SAU NHỒI MÁU NÃO



Chụp CT hoặc MRI não nên được lặp lại thường xuyên ở bệnh nhân nhồi máu não mức độ trung bình trở lên để loại trừ xuất huyết não.

ESC 2016 of AF

The 2018 EHRA Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in Pts w AF

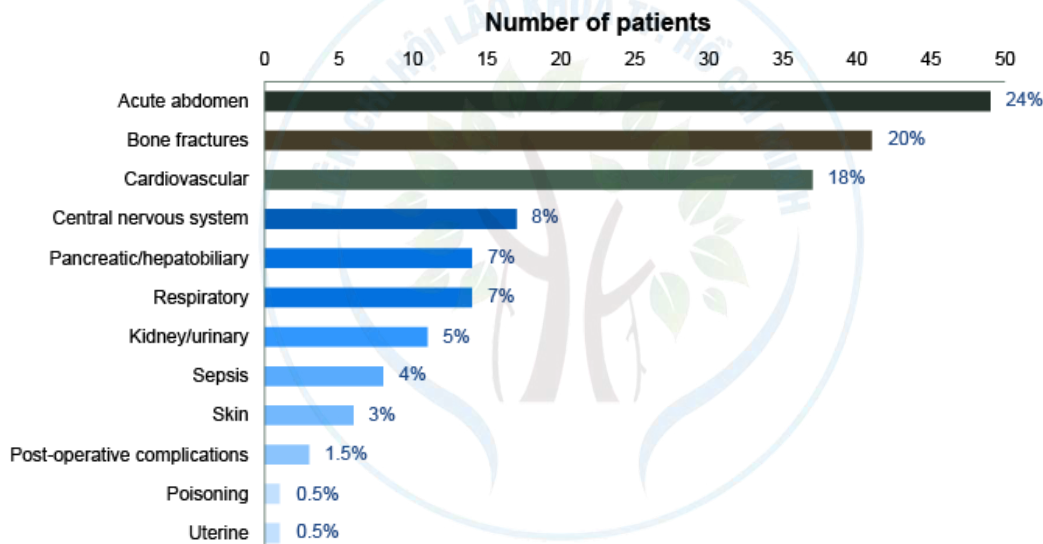
TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP, XỬ TRÍ TRÊN DÂN SỐ CÓ BỆNH ĐỒNG MẮC ...LÀ MỘT THÁCH THỨC LỚN...

8. Giải pháp khi có tình huống khẩn cấp liên quan kháng đông

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

TRONG NGHIÊN CỨU REVERSE AD

BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ TIM MẠCH CẦN HÓA GIẢI KHÁNG ĐÔNG CHIẾM GẦN 20%



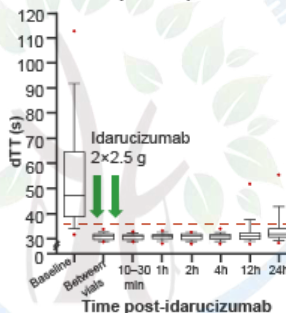
Pollack et al. N Engl J Med 2017⁴¹

CHẤT HÓA GIẢI ĐẶC HIỆU IDARUCIZUMAB

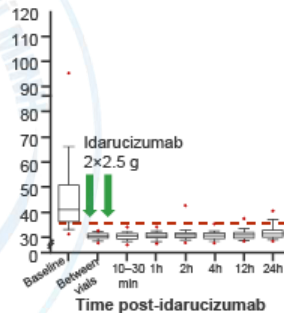
2017 RE-VERSE AD = 503

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

Idarucizumab trong thực tế lâm sàng

TẠI HÀ LAN

- Nghiên cứu đoàn hệ quan sát từ 2016 -2018 tại Hà Lan. Idarucizumab được sử dụng trên 88 bệnh nhân.
- Tỷ lệ thuyên tắc huyết khối trong 90 ngày (4,2%), chảy máu (4,2%) và tử vong (19%), phù hợp với những báo cáo của thử nghiệm REVERSE AD lớn.
- Nguyên nhân tử vong không liên quan đến chảy máu hoặc huyết khối tắc mạch, mà có thể do bệnh lý có từ trước.



Europace (2019) **21**, 414–420
doi:10.1093/europace/euy220

Idarucizumab trong thực tế lâm sàng

TẠI NHẬT

Cardiol Ther
<https://doi.org/10.1007/s40119-020-00165-8>

ORIGINAL RESEARCH

Idarucizumab for Emergency Reversal of Anticoagulant Effects of Dabigatran: Interim Results of a Japanese Post-Marketing Surveillance Study

Masahiro Yasaka · Hiroyuki Yokota · Michiyasu Suzuki ·
Hidesaku Asakura · Teiichi Yamane · Yukako Ogi · Kaori Ochiai ·
Daisuke Nakayama

Kết luận: Phân tích này, dựa trên dữ liệu từ 262 bệnh nhân ở Nhật Bản, tiếp tục chứng thực hồ sơ an toàn thuận lợi của idarucizumab tương đồng với kết quả nghiên cứu RE-VERSE AD.

Khảo sát đa trung tâm, nhãn mở, không đối chứng, không can thiệp
Kết quả:

- ✓ Từ 11-2016 đến 4- 2018 ghi nhận 262 bệnh nhân được dùng idarucizumab.
- ✓ Tỷ lệ phần % giải tối đa trung bình là 100%.
- ✓ Ở nhóm chảy máu nặng đe dọa tính mạng , thời gian trung bình để ngừng chảy máu là 3,3 giờ.
- ✓ Ở nhóm B, cầm máu trong mổ bình thường được báo cáo ở 63 bệnh nhân (72,4%).
- ✓ Huyết khối: 6.1% trong 4 tuần điều trị. Chỉ 3/16 bn có tái sử dụng kháng đông

Cardiology and Therapy volume 9, pages167–188 (2020)

THUỐC HÓA GIẢI TÁC DỤNG CỦA DABIGATRAN
TRONG TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU: IDARUCIZUMAB

