



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

Dự phòng xơ vữa huyết khối Hiểu cơ chế bệnh sinh để điều trị hiệu quả

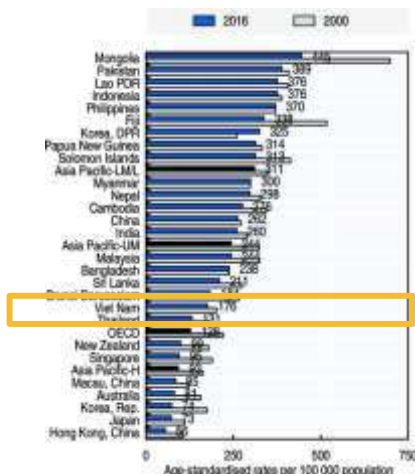
TS.BS Vũ Quỳnh Nga

Phó giám đốc – Bệnh viện Tim Hà Nội



Việt Nam thuộc vùng có **nguy cơ tim mạch CAO** theo tiêu chuẩn WHO

Phân vùng nguy cơ dựa vào tỉ lệ tử vong do nguyên nhân tim mạch của WHO



176 /100,000

Việt Nam thuộc vùng

nguy cơ CAO

(150 - <300 ca tử
vong tim mạch
/100,000 người)



~80% BN HCVC và HCVM có ≥ 1 yếu tố nguy cơ huyết khối CAO (Đái tháo đường, Bệnh thận mạn, BMV đa nhánh,...) làm tăng 2-3 lần nguy cơ tử vong, biến cố

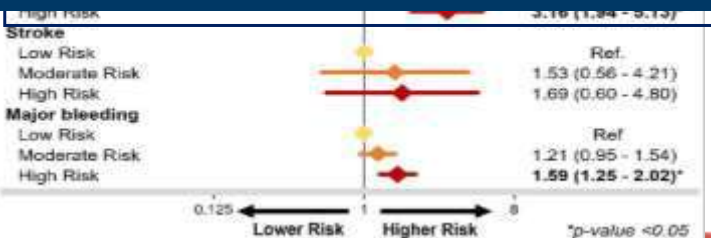
Nghiên cứu trên 11.787 BN ACS và CCS có PCI: BN nguy cơ huyết khối Trung bình – Cao (có ≥ 1 yếu tố nguy cơ huyết khối Cao) làm gia tăng đáng kể tử vong, nhồi máu cơ tim và đột quỵ



≥ 1 yếu tố nguy cơ huyết khối cao

- Đái tháo đường
- Bệnh thận mạn

CẦN DỰ PHÒNG XƠ VỮA – HUYẾT KHỐI HIỆU QUẢ HƠN NỮA!



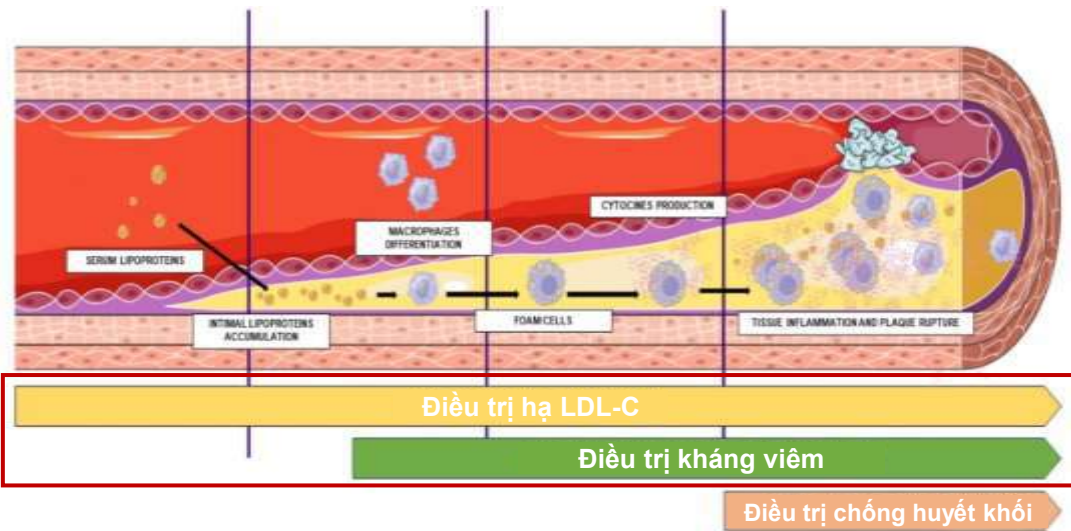
- ≥ 3 stent, ≥ 3 tổn thương, tổng chiều dài stent >60mm, PCI thân chung vành trái, CTO, 2 stent chỗ chia đôi

Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother, Volume 10, Issue 1, January 2024, Pages 11–19, <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvad069>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Điều trị dự phòng xơ vữa huyết khối: Hạ LDL-c, Kháng viêm và dự phòng Huyết khối hiệu quả

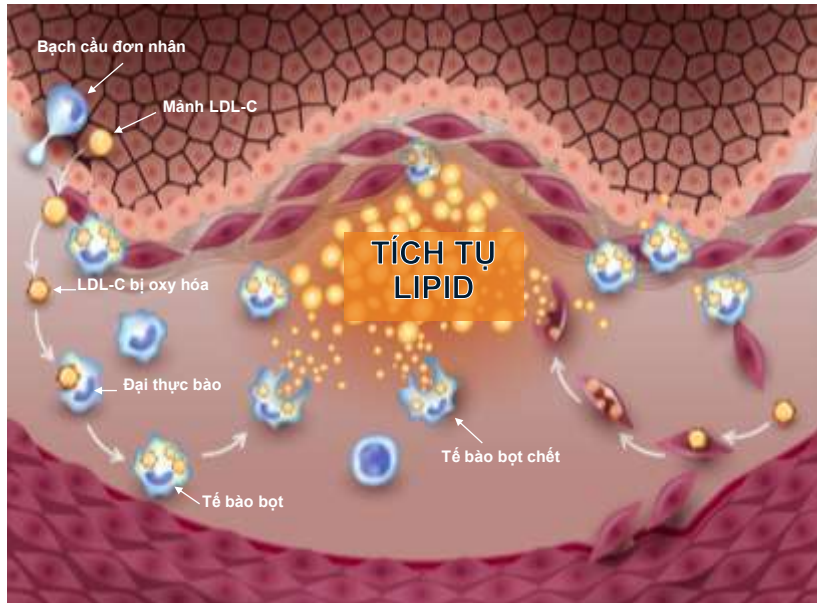


<https://doi.org/10.3390/ph16091242>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



LDL-C là nguyên liệu cho sự hình thành và phát triển của mảng xơ vữa

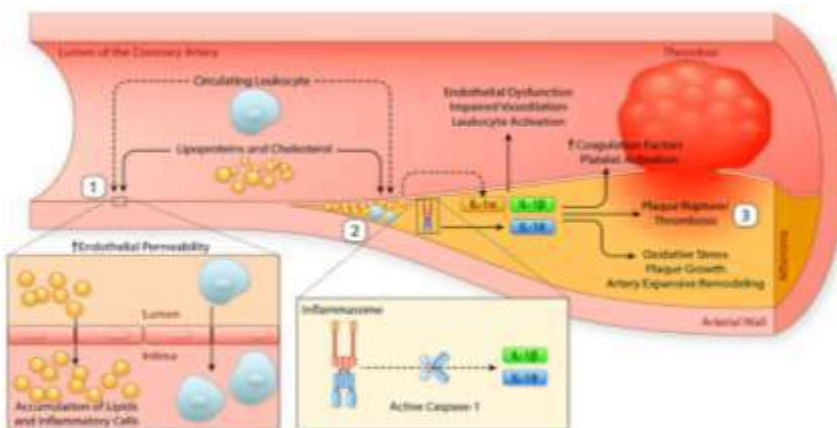


Mechanism of atherosclerotic plaque formation

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Tuy nhiên, dù LDL-C là nguyên liệu của mảng xơ vữa,
YẾU TỐ VIÊM mới là thủ phạm gây bất ổn và nứt vỡ



Infarct Stroke Gangrene Aneurysm



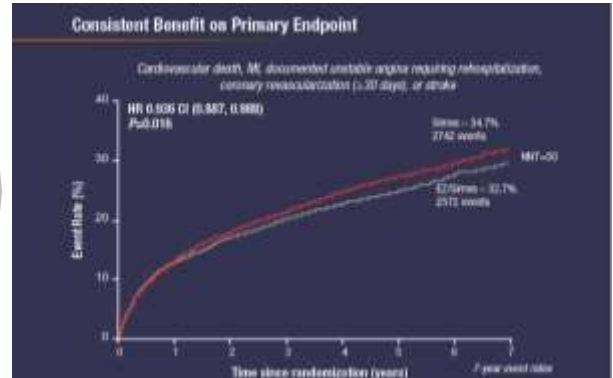
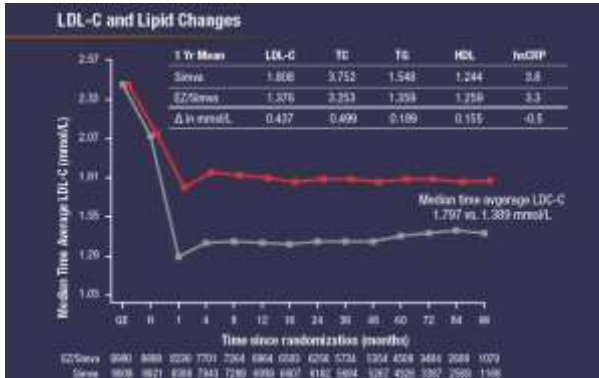
**Nứt vỡ ở đâu,
biến cố ở đó**



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Hạ LDL-C càng thấp càng tốt là chưa đủ. Kháng viêm là chìa khóa để dự phòng biến cố xơ vữa



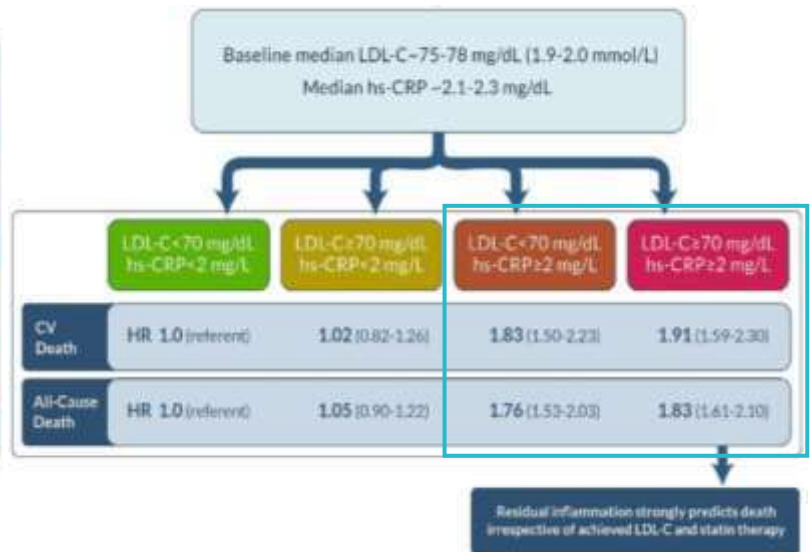
Phối hợp Ezetimibe & Simvastatin giúp giảm thêm **20-25%** LDL-C nhưng chỉ giảm được **6.4%** MACE. Chứng tỏ, yếu tố viêm đóng vai trò quyết định trong dự phòng biến cố. Lựa chọn thuốc có hiệu quả kháng viêm tốt là xu hướng mới hiện nay

IMPROVE-IT: Reaffirmation of Lipid Hypothesis By Non-Statins Ezetimibe in High-Risk Population

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Viêm (hs-CRP) càng cao, biến cố càng xảy ra dữ dội



Subodh Verma, et al. Cell Metabolism 35, July 11, 2023; <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2023.06.011>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Trong các liệu pháp hạ lipid máu được khuyến cáo, **Statin giảm hầu hết marker viêm, Ezetimibe thì không**

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

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

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

Nutrients 2023, 15, 1517. <https://doi.org/10.3390/nu15061517>

Giảm viêm chỉ là tác dụng kèm theo trong nghiên cứu hạ LDL-c, không phải chỉ định của thuốc.
Vui lòng tham khảo thông tin kê toa các thuốc tại Việt Nam

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Các Statin khác nhau có hiệu quả kháng viêm khác nhau

Table 1: Level of CRP at baseline and at the end of 4 weeks

Groups	Baseline	4 weeks	Mean change (%)	P*	P†
Group A (Atorvastatin=40 mg/d)	35.48±11.65	23.07±7.47	34.84±3.68	<0.001	0.02
Group B (Rosuvastatin=20 mg/d)	35.88±9.87	19.91±6.32*	44.54±6.79	<0.001	

In each group as compared to baseline, *Inter group comparison, n=50 in each group, CRP=C-reactive protein, ESR=Erythrocyte sedimentation rate

Ở nhóm A (Atorvastatin 40mg), tỷ lệ phần trăm giảm CRP trung bình so với mức cơ bản sau 4 tuần điều trị là khoảng 35%. Ở nhóm B (Rosuvastatin 20 mg) điều trị làm giảm đáng kể ($P < 0,001$) về nồng độ CRP. Tỷ lệ phần trăm trung bình giảm CRP so với ban đầu sau 4 tuần điều trị điều trị đạt khoảng 45%. Có sự khác biệt đáng kể giữa nồng độ CRP ở bệnh nhân nhóm B so với và nhóm A ($P < 0,05$)...

Giảm viêm chỉ là tác dụng kèm theo trong nghiên cứu hạ LDL-c, không phải chỉ định của thuốc.
Vui lòng tham khảo thông tin kê toa các thuốc tại Việt Nam

Comparison of anti-inflammatory effect of atorvastatin with rosuvastatin in patients of acute coronary syndrome: 10.4103/0976-500X.162011

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



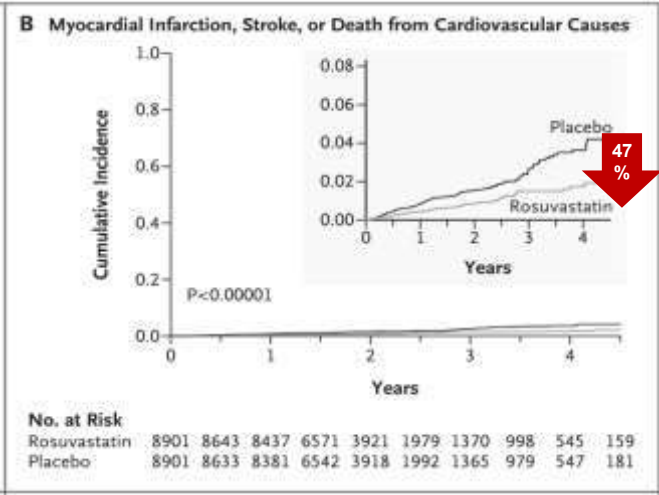
Hiệu quả kháng viêm và giảm biến cố của Rosuvastatin 20mg đồng nhất trên thử nghiệm lâm sàng

Table 2. Lipid and High-Sensitivity C-reactive Protein Levels during the Follow-up Period, According to Study Group.^a

Level	12 Mo		24 Mo		36 Mo		48 Mo	
	Rosuvastatin	Placebo	Rosuvastatin	Placebo	Rosuvastatin	Placebo	Rosuvastatin	Placebo
High-sensitivity C-reactive protein (mg/dL)								
Median	2.2	3.5	2.2	3.5	2.0	3.5	1.8	3.5
Interquartile range	1.2-4.4	2.6-6.2	1.3-4.5	2.6-6.1	1.3-3.9	1.8-4.9	1.1-3.7	1.7-6.1
LDL cholesterol (mg/dL)								
Median	55	118	54	108	53	106	55	109
Interquartile range	44-72	94-125	43-69	93-121	43-69	90-121	44-70	94-124
HDL cholesterol (mg/dL)								
Median	52	50	52	50	53	49	50	50
Interquartile range	43-64	45-61	44-65	43-61	43-62	46-59	43-61	43-60
Triglycerides (mg/dL)								
Median	99	119	99	114	106	123	99	118
Interquartile range	74-137	87-167	73-134	83-165	77-148	90-173	74-140	87-164

^a P<0.001 for all between-group comparisons except for high-density lipoprotein (HDL) cholesterol at 36 months (P=0.800) and at 48 months (P=0.214). The mean difference in low-density lipoprotein (LDL) cholesterol levels between the two groups at 12 months was 47 mg per deciliter (1.2 mmol per liter). To convert values for cholesterol to millimoles per liter, multiply by 0.02586. To convert values for triglycerides to millimoles per liter, multiply by 0.01129.

DOI: 10.1056/NEJMoa0807646



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Statin cường độ cao là nền tảng điều trị dự phòng xơ vữa huyết khối



Recommendations	Class	Level
Statin cường độ cao tới liều tối đa dung nạp để đạt được mục tiêu LDL-C được khuyến nghị cho tất cả bệnh nhân CCS	I	A
Nếu bệnh nhân không đạt được mục tiêu điều trị với liều Statin tối đa dung nạp, có thể cân nhắc phối hợp với Ezetimibe	I	B

Recommendations for Lipid Management

Referenced studies that support recommendations are summarized in the following table.

COR	LOE	Recommendations
I	A	Bệnh nhân ACS , Statin cường độ cao được khuyến cáo để giảm nguy cơ MACE
I	A	Bệnh nhân ACS đã dung liều Statin dung nạp tối đa với LDL-C ≥ 70 mg/dL (≥ 1.8 mmol/L). Cân nhắc phối hợp thêm liệu pháp hạ lipid khác để giảm thêm MACE

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

2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Cần nhắc một số liệu phát mới: Kháng viêm với Colchicine

ESC 2023: Hội chứng vành cấp

Anti-inflammatory drugs

Low-dose colchicine (0.5 mg once daily) may be considered, particularly if other risk factors are insufficiently controlled or if recurrent cardiovascular disease events occur under optimal therapy.

IIb	A
-----	---

ESC 2024: Hội chứng vành mạn

Anti-inflammatory drugs in patients with chronic coronary syndrome

In CCS patients with atherosclerotic CAD, low-dose colchicine (0.5 mg daily) should be considered to reduce myocardial infarction, stroke, and need for revascularization.

IIa	A
-----	---

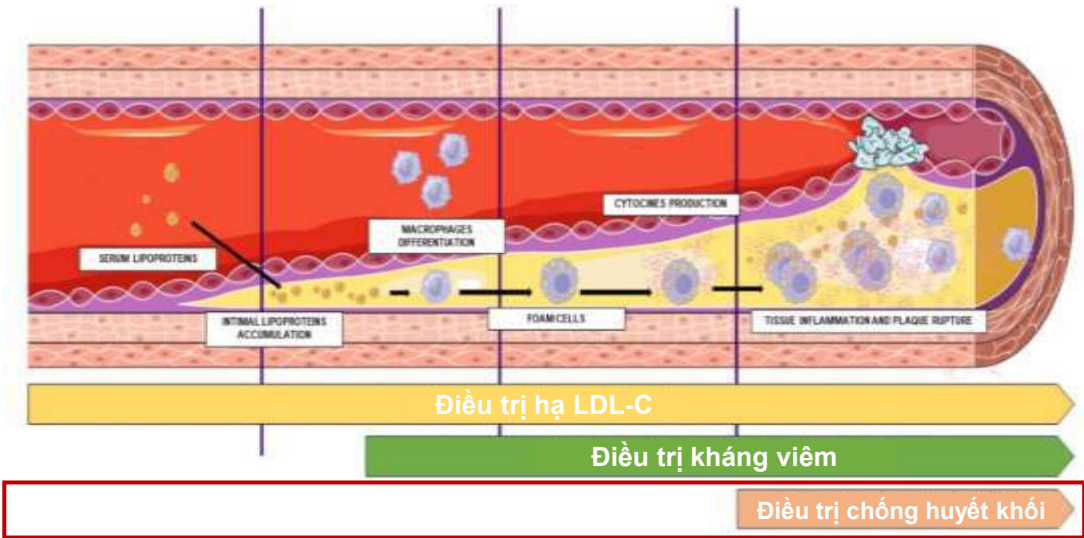
ACC 2025: Hội chứng vành cấp

COR	LOE	Recommendation
2b	B-R	1. In patients after ACS, low-dose colchicine may be reasonable to reduce risk of MACE. ¹⁻⁵

European Heart Journal (2023) 44, 3720–3826 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
European Heart Journal (2024) 00, 1–123 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>
2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

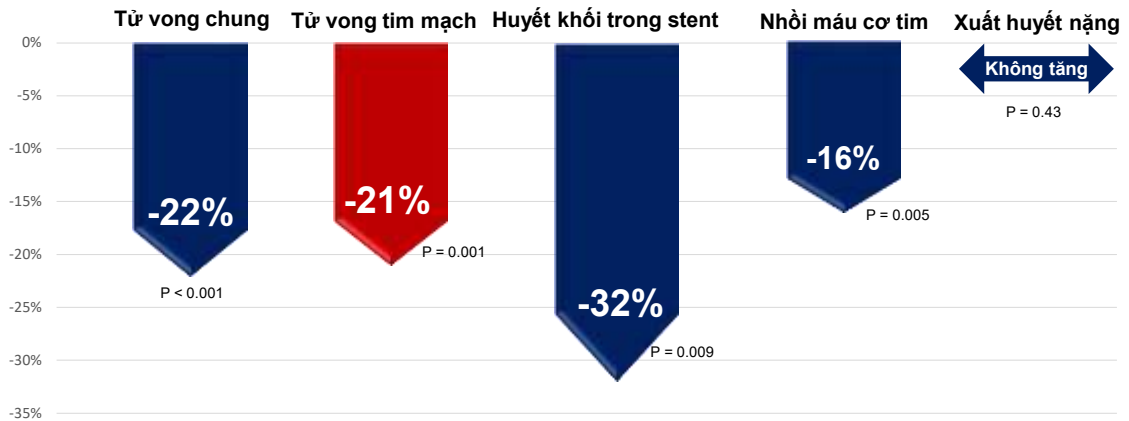


Điều trị dự phòng xơ vữa huyết khối: Hạ LDL-c, Kháng viêm và dự phòng Huyết khối hiệu quả





PLATO: DAPT với Ticagrelor giảm 21% nguy cơ Tử vong tim mạch và không tăng xuất huyết nặng so với Clopidogrel



Wallentin L, et al. *N Engl J Med*. 2009;361:1045–1057.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

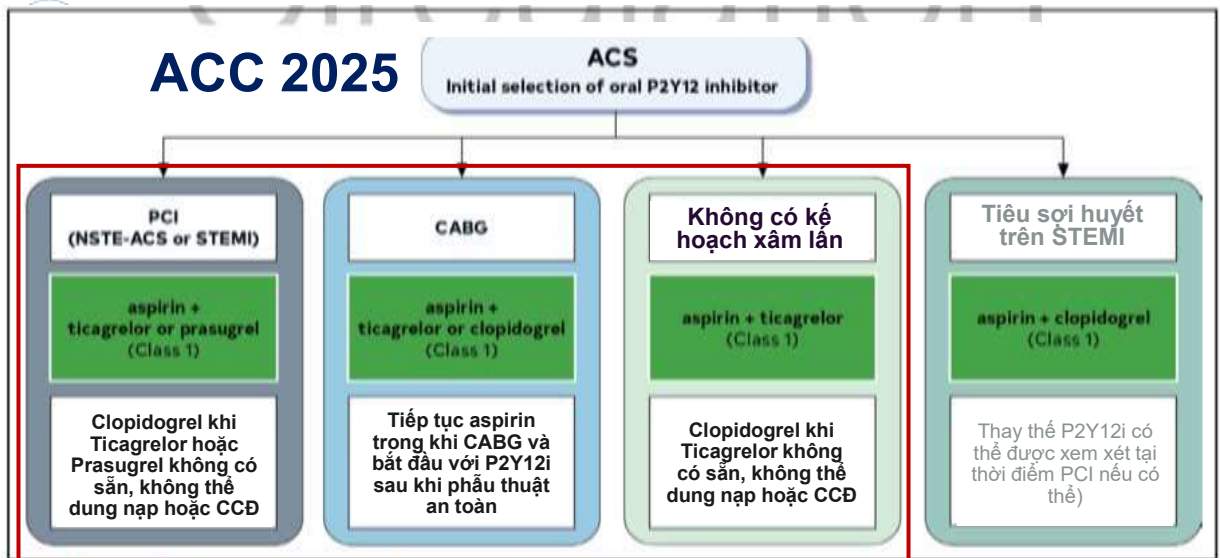


Figure 4. Initial Choice of P2Y12 Inhibitor in Patients Not Requiring an Oral Anticoagulant.

Colors correspond to Class of Recommendation in Table 2.

ACS indicates acute coronary syndromes; ASA, aspirin; CABG, coronary artery bypass grafting; NSTEMI-ACS, non-ST-segment elevation ACS; PCI, percutaneous coronary intervention; and STEMI, ST-segment elevation myocardial infarction.

Ở Việt Nam, Ticagrelor, dùng đồng thời với ASA, được chỉ định để phòng ngừa các biến cố huyết khối do xơ vữa động mạch, bệnh vành tim, bệnh động mạch ngoại biên và bệnh động mạch não bộ. Ticagrelor không được chỉ định để phòng ngừa biến cố huyết khối do huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc huyết khối tĩnh mạch trung ương.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Xu hướng điều trị KKTTC

Đơn trị P2Y₁₂i: ÍT hơn để HIỆU QUẢ hơn ?

EDITORIAL

When Less Becomes More: Insights on the Pharmacodynamic Effects of Aspirin Withdrawal in Patients With Potent Platelet P2Y₁₂ Inhibition Induced by Ticagrelor

David Capodanno¹, MD, PhD; Dominick J. Angiolillo², MD, PhD

ORIGINAL ARTICLE

In the presence of strong P2Y₁₂ receptor blockade, aspirin provides little additional inhibition of platelet aggregation

P. C. J. ARMSTRONG,* F. D. LEADBEATER,† M. V. CHAN,* N. S. KIRKBY,† J. A. JAKUBOWSKI,‡ J. A. MITCHELL and T. D. WARNER*

*The William Harvey Research Institute, Barts & the London School of Medicine & Dentistry, Queen Mary University of London, London;

†Cardiothoracic Pharmacology, National Heart and Lung Institute, Imperial College, London, UK, and ‡Lilly Research Laboratories, Indianapolis, IN, USA

“Nhìn chung, các quan sát từ các nghiên cứu in vitro và ex vivo, cho thấy rằng sự hiệp đồng giữa con đường COX-1 và P2Y₁₂ khiêm tốn hơn khi có mặt của P2Y₁₂i mạnh như Ticagrelor”

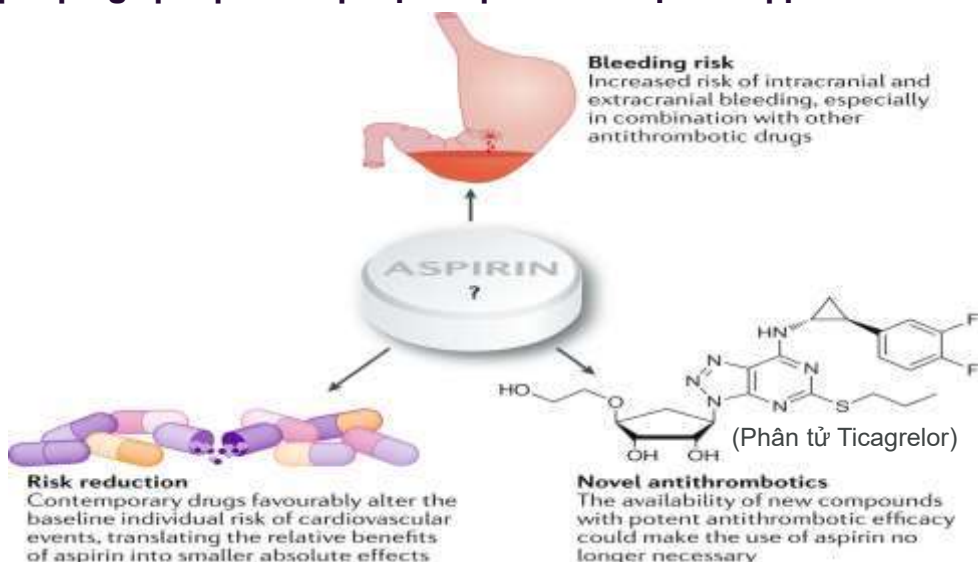
“Với sự hiện diện của chất ức chế P2Y₁₂ mạnh, aspirin chỉ cung cấp thêm một chút tác dụng ức chế kết tập tiểu cầu ”

J Am Heart Assoc. 2020;9:e019432. DOI: 10.1161/JAHA.120.019432

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025 <https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2010.04160.x>



Aspirin sử dụng dài hạn tăng nguy cơ xuất huyết Tiêu hóa & Nội sọ/Ngoại sọ với hiệu quả hạn chế khi phối hợp với P2Y₁₂i mạnh



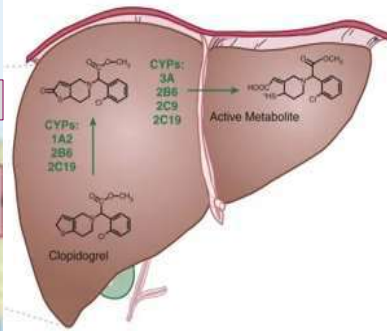
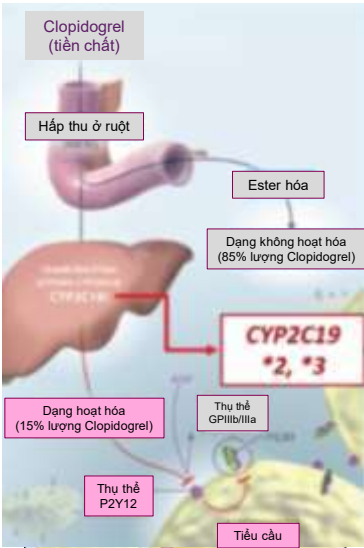
Capodanno, D., Mehran, R., Valgimigli, M. et al. Aspirin-free strategies in cardiovascular disease and cardioembolic stroke prevention. *Nat Rev Cardiol*

15, 480–496 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41569-018-0049-1>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

Clopidogrel là tiền chất và cần chuyển hóa qua men CYP2C19 để có hoạt tính
~50% người Việt Nam mang gen giảm chuyển hóa Clopidogrel

#1



Kiểu hình chuyển hóa [Kiểu gen]	Bình thường (%)	Trung gian + Kém (%)
Hoàng Q. Hòa ¹	51.2	48.8
Đào V. Đôn ¹	41.3	58.7
Trần Hòa ¹	40	60
Vũ Thị Thơm ²	44.4	55.2
Nguyễn T Thúy Mậu ³	40.7	59.3
Nguyễn Hải Hà ⁴	45.83	52.09
Vũ Ngọc Trung ⁵	39.49	58.46

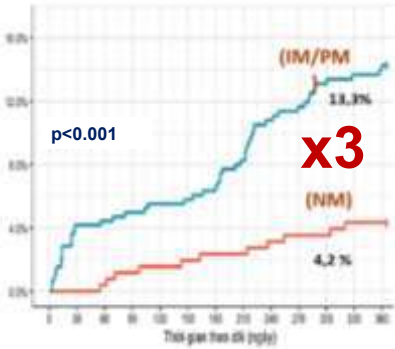
Simon T. et al, N Engl J Med 2009; Desta Z. Clin Pharmacokinet 2002;41:913-58; Wallentin, L. Eur Heart J. 30(16).pp. 1964-77

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

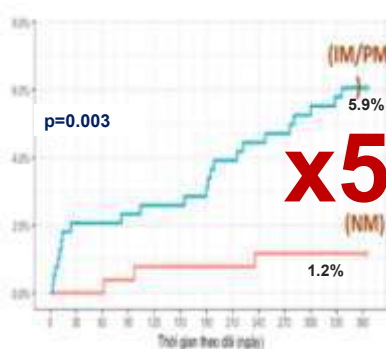


NC trên 650 BN Việt Nam: Kiểu hình chuyển hóa trung gian/chậm của CYP2C19 gia tăng x5 tỷ lệ Tử Vong so với bình thường

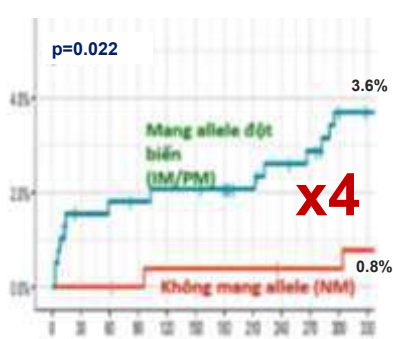
Tỉ lệ biến cố TM chính (MACE)



Tỉ lệ Tử Vong



Tỉ lệ Huyết khối trong stent



IM/PM (Intermediate Metabolizer/ Poor Metabolizer): Chuyển hóa trung gian/ Chuyển hoá kém (Mang allele đột biến)
NM (Normal Metabolizer): Chuyển hóa bình thường (Mang allele bình thường)

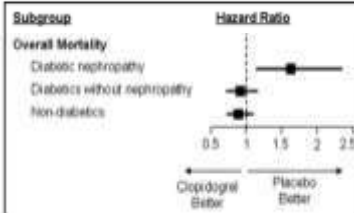


#2

Phân tích hậu kiểm CHARISMA: BN có nguy cơ xơ vữa huyết khối cao (~20% bn có tiền sử NMCT) kèm ĐTD có microalbumin Clopidogrel có thể làm TĂNG ~2 lần Tử Vong Chung

ESC/EASD 2019

7.13.6.2 P2Y₁₂ receptor blockers: Clopidogrel provides an alternative for aspirin-intolerant patients, and is combined with low-dose aspirin as dual antiplatelet therapy (DAPT) (clopidogrel 75 mg o.d. and aspirin 75–160 mg o.d.) in patients with ACS and those undergoing PCI, with unchanged evidence since the 2013 Guidelines.⁷² A *post hoc* analysis of the CHARISMA (Clopidogrel for High Atherothrombotic Risk and Ischemic Stabilization, Management and Avoidance) trial suggested that clopidogrel, added to background aspirin, may increase overall and CV death in DM patients with microalbuminuria (>30 µg/mL).⁷³



Phân tích hậu kiểm CHARISMA:

Clopidogrel

tăng tử vong chung (HR=1.6, p=0.008) trên bn **Đái Tháo Đường** có microalbumin niệu ($\geq 30 \mu\text{g/mL}$)

ESC 2023

Thus, DAPT, i.e. low-dose ASA with prasugrel or ticagrelor are preferred to DAPT with clopidogrel in patients with diabetes and ACS (Supplementary data online, Table S12).^{309–312} unless the patient is deemed at very high bleeding risk. Of note, patients with T2DM have a reduced generation of the active metabolite of clopidogrel compared with patients without diabetes (Supplementary data).

Ở bệnh nhân **đái tháo đường**, có sự giảm sản sinh chất có hoạt tính của clopidogrel so với bệnh nhân không có đái tháo đường

European Heart Journal (2020) 41, 255323; <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2009.01.342>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

#3

KDIGO: “Có tình trạng **ĐỀ KHÁNG** Clopidogrel ở BN Bệnh thận mạn, Đái tháo đường và bệnh tim mạch

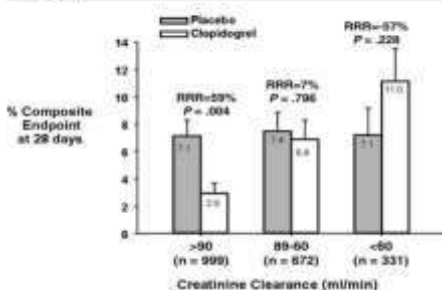
KDIGO 2012

be outweighed by the substantial benefits. Clopidogrel is used as an alternative to aspirin but CKD has been shown to be associated with an increase in platelet reactivity and there is resistance to clopidogrel in people with CKD, diabetes, and CVD.⁴⁵¹ The Clopidogrel for Reduction of Events During

KDIGO: “Bệnh thận mạn có liên quan đến tăng hoạt tính tiểu cầu và có tình trạng **ĐỀ KHÁNG** Clopidogrel ở bệnh nhân Bệnh thận mạn, đái tháo đường và bệnh tim mạch”

Nghiên cứu CREDO

Figure 1



Nghiên cứu CREDO: Clopidogrel **KHÔNG GIẢM** biến cố tim mạch ở bệnh nhân bệnh thận mạn có mức lọc dưới 90ml/phút, thậm chí có xu hướng **TĂNG BIẾN CỐ** tim mạch ở bệnh nhân có mức lọc dưới 60ml/phút

1. Kidney International Supplements (2013) 3, 3; doi:10.1038/kisup.2012.75

2. doi:10.1016/j.ahj.2007.10.046

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Các nc đơn trị Clopidogrel/Prasugrel chưa thành công trên HCVC vì phác đồ đơn trị làm **tăng biến cố tim mạch nặng**

STOP-DAPT 2-ACS	
Mục tiêu	Chứng minh đơn trị Clopidogrel sau 1-2 tháng DAPT không kém hơn so với DAPT 12 tháng (Aspirin + Clopidogrel)
Thiết kế	Thử nghiệm ngẫu nhiên, không kiểm soát (biên độ sai số 50% HR), nhân mô, đa trung tâm
Đối tượng	Bệnh nhân HCMVC tiến hành PCI thành công với stent Xience
Tiêu chí	Tiêu chí gộp của biến cố tim mạch (Tổ vong, NMCT, đột quỵ, huyết khối), biến cố xuất huyết (TIM mạch nặng) trong 12 tháng

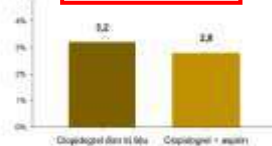


Sự khác biệt huyết động về kết cục chính 1 năm: 0.37%

HR 1.14 (95%CI 0.8-1.62)

= không kém hơn = 0.08

NMCT: HR 1.91 (1.06-3.44)



FAIL

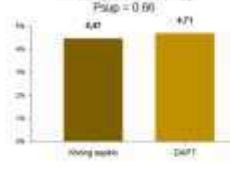
Kết luận: Đơn trị Clopidogrel sau 1-2 tháng DAPT (Aspirin + Clopidogrel) không thỏa mãn tiêu chí không kém hơn so với 12 tháng DAPT sau 1 năm theo dõi.

Watanabe et al. JAMA Cardiol. 2022;7:407-417

STOPDAPT-3	
Mục tiêu	Đánh giá kết cục lâm sàng của liệu pháp không dùng aspirin (đơn trị Clopidogrel 3.75 mg/ngày) so với DAPT (aspirin 80-100 mg/ngày và prasugrel 3.75 mg/ngày) sau PCI với stent Xience
Thiết kế	Thử nghiệm ngẫu nhiên, nhân mô, đa trung tâm
Đối tượng	Bệnh nhân HCMVC có nguy cơ chảy máu cao
Tiêu chí	Chảy máu nghiêm trọng (BARC 3 đến 5) cho tiêu chí vượt trội hơn trong 1 tháng theo dõi MACE: Tổ vong tim mạch, NMCT, huyết khối ngoại hay đột quỵ, thiếu máu não cho tiêu chí không kém hơn sau 1 tháng



Chảy máu nặng 1 tháng
HR 0.35 (95% CI 0.15-0.75) P=0.001



Điểm cố tim mạch chính 1 tháng
HR 1.12 (95% CI 0.67-1.45)

HK trong stent: HR 3.40 (1.26-9.23)

FAIL

Kết luận: Chiến lược không dùng aspirin với đơn trị Clopidogrel đã không vượt trội về chảy máu nghiêm trọng nhưng cũng không kém hơn về biến cố tim mạch chính so với DAPT (aspirin + prasugrel).

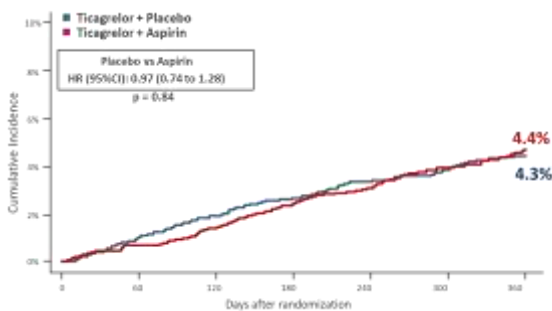
Natsuaki et al. Circulation 2024;149:585-593



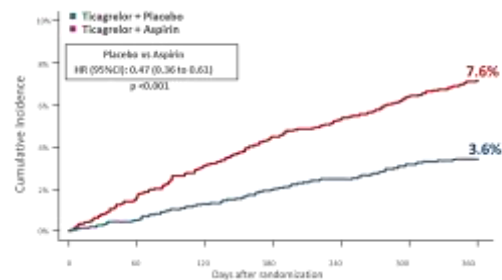
TWILIGHT-ACS: Hiệu quả và tính An toàn



Tiêu chí Tử vong, NMCT hoặc Đột quỵ



Tiêu chí xuất huyết BARC 2,3 hoặc 5



53%
p < 0.001

Nghiên cứu thu nhận 4614 bn NSTEMI-ACS được dùng Aspirin phối hợp Ticagrelor trong 3 tháng đầu tiên

Vui lòng tham khảo Thông tin kê toa ticagrelor được phê duyệt tại Việt Nam khi sử dụng

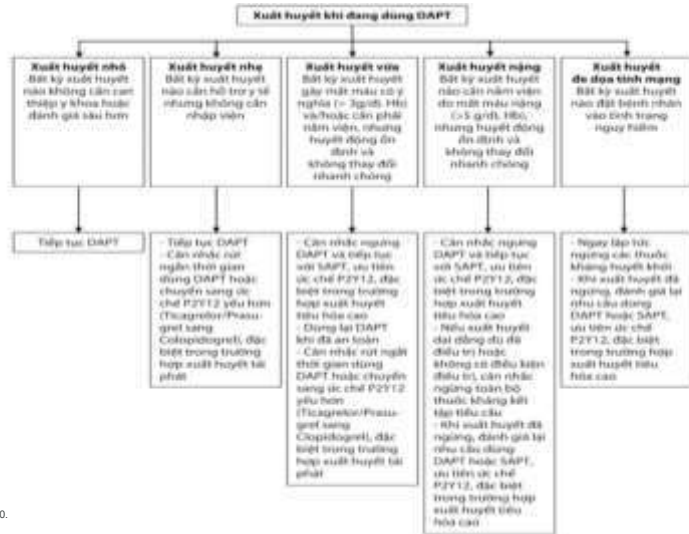
ScientificSessions.org #AHA19
European Heart Journal, Volume 41, Issue 37, 1 October 2020, Pages 3533-3545



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành 2020: Đơn trị P2Y12i ở BN gặp biến cố xuất huyết khi dùng DAPT



Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành 2020.

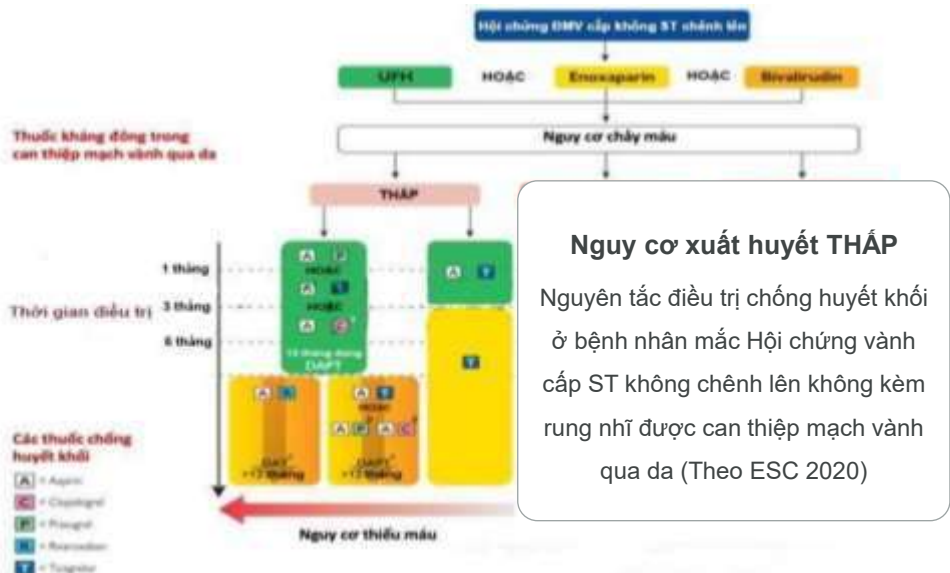
Vui lòng tham khảo thông tin kê toa các thuốc tại Việt Nam.

Ticagrelor được chỉ định dùng đồng thời với acid acetylsalicylic (ASA) để phòng ngừa các biến cố huyết khối do xơ vữa động mạch ở bệnh nhân bị hội chứng vành cấp.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành 2020: Đơn trị P2Y12i sau 3 tháng ở BN HCVC nguy cơ xuất huyết thấp



Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành 2020. Vui lòng tham khảo thông tin kê toa các thuốc tại Việt Nam. Ticagrelor được chỉ định dùng đồng thời với acid acetylsalicylic (ASA) để phòng ngừa các biến cố huyết khối do xơ vữa động mạch ở bệnh nhân bị hội chứng vành cấp.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Kết luận

1. Viêm, LDL-c và Huyết khối là các yếu tố then chốt ảnh hưởng đến nguy cơ biến cố tim mạch. Nhờ cơ chế kép: Hạ LDL-c & kháng viêm, Statin cường độ cao (Rosuvastatin 20mg,...) đóng vai trò nền tảng trong dự phòng biến cố tim mạch (IA). Bên cạnh đó, các khuyến cáo gần đây bắt đầu đề cập tới vai trò của thuốc kháng viêm Colchicine trong điều trị (IIA)
2. DAPT với P2Y12i mạnh (Ticagrelor) là lựa chọn ưu tiên trừ khi không có sẵn hoặc có chống chỉ định
3. Theo KDIGO 2012 và 1 số nghiên cứu, có tình trạng đề kháng Clopidogrel trên bệnh tim mạch có Đái tháo đường, Bệnh thận mạn và đột biến gen giảm chuyển hóa CYP2C19
4. ACC 2025 Đơn trị Ticagrelor sau ≥ 1 tháng DAPT mức 1A

Ở Việt Nam, Ticagrelor, dùng đồng thời với ASA, được chỉ định để phòng ngừa các biến cố huyết khối do xơ vữa động mạch ở bệnh nhân bệnh mạch vành cấp, hoặc tiền sử nhồi máu cơ tim và có nguy cơ cao tiến triển biến cố huyết khối do xơ vữa

HỘI NỘI KHOA HỌC THỤỞNG NIÊN NĂM 2025