CẬP NHẬT CÁC KHUYẾN CÁO MỚI VỀ ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG

PGS. TS. Phạm Nguyễn Vinh
Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Đại học Y khoa Tân Tạo
Bệnh viện Tim Tâm Đức
Viện Tim Tp. HCM

- Rung nhĩ
- Huyết khối TMS thuyên tắc và thuyên tắc phổi
- Hội chứng ĐMV cấp

Định nghĩa Rung nhĩ

Term	Definition
Paroxysmal AF	• AF that terminates spontaneously or with intervention within 7 d of onset. • Episodes may recur with variable frequency.
Persistent AF	• Continuous AF that is sustained >7 d.
Longstanding persistent AF	• Continuous AF of >12 mo duration.
Permanent AF	• Permanent AF is used when there has been a joint decision by the patient and clinician to cease further attempts to restore and/or maintain sinus rhythm. • Acceptance of AF represents a therapeutic attitude on the part of the patient and clinician rather than an inherent pathophysiological attribute of the AF. • Acceptance of AF may change as symptoms, the efficacy of therapeutic interventions, and patient and clinician preferences evolve.
Nonvalvular AF	• AF in the absence of rheumatic mitral stenosis, a mechanical or bioprosthetic heart valve, or mitral valve repair.

AF indicates atrial fibrillation.

TL: January CT et al, 2014 ACC/AHA/HRS Guideline for the management of Patients with atrial fibrillation. J. Am Coll Cardiol (2014). 03.022

Pham Nguyen Vinh

Phòng ngừa đột quỵ trên bệnh nhân rung nhĩ: rất cần thiết

Pham Nguyen Vinh

Điều trị rung nhĩ

- 3 mục tiêu :
- Kiểm soát tần số thất
- Phòng ngừa huyết khối thuyên tắc
- Chuyển nhịp và duy trì

TL : Circulation 2006 : 114 ; e 257 – e 354

Nguy cơ đột quỵ/RN dựa theo chỉ số CHA_2DS_2-VASc

CHA_2DS_2-VASc criteria	Score
Congestive heart failure/ left ventricular dysfunction	1
Hypertension	1
Age ≥75 yrs	**2**
Diabetes mellitus	1
Stroke/transient ischaemic attack/TE	**2**
Vascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease or aortic plaque)	1
Age 65–74 yrs	1
Sex **c**ategory (i.e. female gender)	1

CHA_2DS_2-VASc total score	Rate of stroke/other TE (%/yr) (95% CI)*
0	0 (0–0)
1	0.6 (0.0–3.4)
2	1.6 (0.3–4.7)
3	3.9 (1.7–7.6)
4	1.9 (0.5–4.9)
5	3.2 (0.7–9.0)
6	3.6 (0.4–12.3)
7	8.0 (1.0–26.0)
8	11.1 (0.3–48.3)
9	100 (2.5–100)

*Theoretical rates without therapy corrected for the percentage of patients receiving Aspirin within each group, assuming 22% reduction in risk with Aspirin

Adapted from Lip G et al. Chest 2010;137:263–72

Pham Nguyen Vinh

Phòng ngừa huyết khối thuyên tắc/ Rung nhĩ (1)

Recommendations	COR	LOE	References
Antithrombotic therapy based on shared decision-making, discussion of risks of stroke and bleeding, and patient's preferences	I	C	N/A
Antithrombotic therapy selection based on risk of thromboembolism	I	B	(65-68)
CHA_2DS_2-VASc score recommended to assess stroke risk	I	B	(69-71)
Warfarin recommended with mechanical heart valves. Target INR intensity should be based on the type and location of prosthesis	I	B	(72-74)
With prior stroke, TIA, or CHA_2DS_2-VASc score ≥2, oral anticoagulants recommended. Options include:			
• Warfarin	I	A	(69-71)
• Dabigatran, rivaroxaban, or apixaban	I	B	(75-77)

TL: January CT et al, 2014 ACC/AHA/HRS Guideline for the management of Patients with atrial fibrillation. J. Am Coll Cardiol (2014). 03.022

Phòng ngừa huyết khối thuyên tắc/ Rung nhĩ (2)

With warfarin, determine INR at least weekly during initiation and monthly when stable	I	A	(78-80)
Direct thrombin or factor Xa inhibitor recommended, if unable to maintain therapeutic INR	I	C	N/A
Re-evaluate the need for anticoagulation at periodic intervals	I	C	N/A
Bridging therapy with LMWH or UFH recommended with a mechanical heart valve if warfarin is interrupted. Bridging therapy should balance risks of stroke and bleeding	I	C	N/A

TL: January CT et al, 2014 ACC/AHA/HRS Guideline for the management of Patients with atrial fibrillation. J. Am Coll Cardiol (2014). 03.022

Pham Nguyen Vinh

Các kháng đông mới/ phòng ngừa thuyên tắc hay đột quỵ trên bệnh nhân rung nhĩ không do van tim

	Dabigatran	Apixaban	Edoxaban[a]	Rivaroxaban
Action	Direct thrombin inhibitor	Activated factor Xa inhibitor	Activated factor Xa inhibitor	Activated factor Xa inhibitor
Dose	150 mg bid 110 mg bid	5 mg bid 2.5 mg bid	60 mg qd 30 mg qd 15 mg qd	20 mg qd 15 mg qd
Phase 3 clinical trial	RE-LY[3]	ARISTOTLE[4] AVERROES[4]	ENGAGE-AF[5]	ROCKET-AF[6]

[a]No EMA approval yet. Needs update after finalization of SmPC.
bid, twice daily; qd, once daily.
See further Tables and text for discussion on dose considerations.
Hatching, as (being) studied in Phase 3 clinical trial; not yet approved by EMA.

TL: Heidbuchel H et al. Europace (2013) 15, 625-651

Pham Nguyen Vinh

Dabigatran (Pradaxa*)

- Ức chế trực tiếp thrombin
- Phòng ngừa đột quỵ/ RN:
  - Clcr > 30 ml/phút: 150 mg x 2/ngày
  - Clcr 15-30 ml/phút: 75 mg x 2/ngày
  - Clcr < 15 ml/phút: không dùng
- Clcr < 30ml/ph/ bn đang sử dụng ức chế P-gp: không dùng
- Đào thải thuốc qua bơm P-glycoprotein (P-gp)
- Các thuốc ức chế P-gp (TD: quinidine, verapamil, amiodarone): tăng nồng độ huyết tương dabigatran

Pham Nguyen Vinh

Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch thuyên tắc/đột quỵ

- Đột quỵ: nằm viện lâu, giảm vận động
- Heparin KPĐ: 10000 UI- 15000 UI/ngày
- Heparin TLPTT (LMWH): 3000-6000 UI/ngày
- Dụng cụ ép hơi chi dưới từng lúc
- Khởi đầu trong 48 giờ đầu. Không sử dụng trong 24 giờ đầu sau thuốc tiêu sợi huyết
- Xuất huyết nội sọ:
  - Ép hơi > heparin
  - Heparin từ ngày 2 hoặc 4
- Thuốc KĐ mới: giảm nguy cơ XH nội sọ

TL: Lansberg MG et al. Chest 2012; 141 (2) (Suppl): e601S- e636S

Pham Nguyen Vinh

Điều trị chống huyết khối bệnh thuyên tắc phổi

(Acute Pulmonary Embolism)

Pham Nguyen Vinh

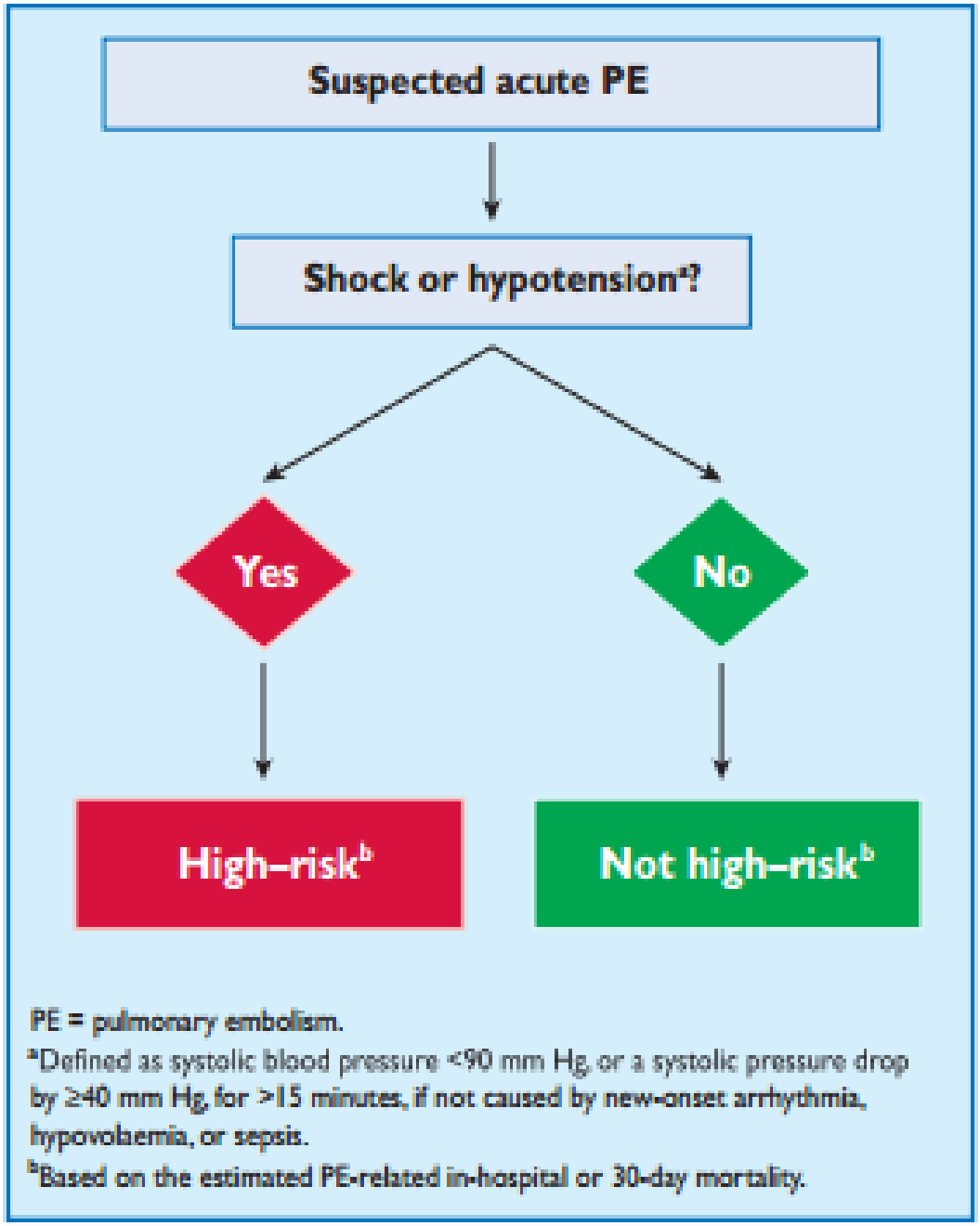
Tần suất thuyên tắc phổi (PE)

- Hoa kỳ: 40 - 53/ 100.000 dân/ năm được chẩn đoán PE
- Pháp: 60/100.00 dân/năm bị PE
- PE và huyết khối TM sâu (DVT): cùng yếu tố thúc đẩy
- 50% DVT đoạn gần bị PE
- 70% PE có huyết khối TM sâu
- Tử vong do PE cấp: 7 – 11%
- 60% tái phát sau PE lần đầu

TL: European Heart Journal (2008) 29, 2276-2315

Pham Nguyen Vinh

Khảo sát nguy cơ ban đầu của TTP cấp (Acute PE)



Pham Nguyen Vinh

TL: Konstantinids SV et al. 2014 ESC Guidelines/Acute pulmonary embolism Eur. HJ (2014) 35, 3033-3080

Thang điểm lâm sàng tiên đoán TTP

Items	Clinical decision rule points	
Wells rule	**Original version[95]**	**Simplified version[107]**
Previous PE or DVT	1.5	1
Heart rate ≥100 b.p.m.	1.5	1
Surgery or immobilization within the past four weeks	1.5	1
Haemoptysis	1	1
Active cancer	1	1
Clinical signs of DVT	3	1
Alternative diagnosis less likely than PE	3	1
Clinical probability		
Three-level score		
Low	0–1	N/A
Intermediate	2–6	N/A
High	≥7	N/A
Two-level score		
PE unlikely	0–4	0–1
PE likely	≥5	≥2

TL: Konstantinids SV et al. 2014 ESC Guidelines/Acute pulmonary embolism Eur. HJ (2014) 35, 3033-3080

Pham Nguyen Vinh

Điều trị thuyên tắc phổi cấp (1)

BN thuyên tắc phổi cấp: kháng đông (KĐ) chích (Loại 1B):

- Heparin TLPTT (LMWH)
- Fondaparinux
- Heparin KPĐ (UFH) tiêm dưới da hoặc TTM

Hoặc

- Rivaroxaban (15 mg x 2/ngày/3 tuần lễ
  sau đó: 20mg/ng/ 3,6 hoặc 12 tháng)
- Dabigatran

TL: - Chest 2012;141;e419S-e494S
- 2014 ESC Guidelines/ Acute Pulmonary Embolism

Điều trị thuyên tắc phổi cấp (2)

- LMWH hoặc fondaparinux > UFH (Loại 2B, 2C).
- LMWH nên dùng ngày 1 lần (Loại 2C).
- UFH được chọn lựa:
  - ✓ Suy thận nặng
  - ✓ Có chỉ định điều trị tiêu sợi huyết (TSH)

TL:Chest 2012;141;e419S-e494S

Pham Nguyen Vinh

Điều trị thuyên tắc phổi cấp (3)

- Bắt đầu dùng thuốc kháng vitamin K (VKA) sớm (cùng ngày KĐ chích), dùng KĐ chích liên tục, tối thiểu 5 ngày, cho đến khi INR ≥ 2.0 ít nhất 24 giờ (Loại 1B).

TL:Chest 2012;141;e419S-e494S

Điều trị thuyên tắc phổi cấp (4)

- LS có khả năng cao PE cấp : dùng ngay KĐ chích trong khi chờ kết quả CLS chẩn đoán (Loại 2C).
- LS có khả năng trung bình PE cấp : dùng ngay KĐ chích nếu kết quả CLS chẩn đoán chờ trên 4 giờ (Loại 2C).
- LS có khả năng thấp PE cấp : không điều trị KĐ chích khi chờ kết quả CLS chẩn đoán mà kết quả có trong vòng 24 giờ (Loại 2C).

TL:Chest 2012;141;e419S-e494S

Pham Nguyen Vinh

So sánh các đặc tính của Heparin, Heparin TLPTT và Fondaparinux

FEATURES	HEPARIN	LMWH	FONDAPARINUX
Source	Biologic	Biologic	Synthetic
Molecular weight	15,000	5000	1500
Target	Xa and IIa	Xa and IIa	Xa
Bioavailability (%)	30	90	100
Half-life (hr)	1	4	17
Renal excretion	No	Yes	Yes
Antidote	Complete	Partial	No
HIT	<5%	<1%	Never

HIT = heparin-induced thrombocytopenia.

TL: Weitz J I. Braunwald's Heart Disease 10th ed, 2015, p 1809-1832

Liều LMWH (TDD) điều trị TTP

	Dose	Interval
Enoxaparin	1.0 mg/kg	Every 12 h
	or 1.5 mg/kg[a]	Once daily[a]
Tinzaparin	175 U/kg	Once daily
Fondaparinux	5 mg (body weight <50 kg)	Once daily
	7.5 mg (body weight 50–100 kg)	
	10 mg (body weight >100 kg)	

In patients with cancer, Dalteparin is approved for extended treatment of symptomatic VTE (proximal DVT and/or PE), at an initial dose of 200 U/kg s.c. once daily (see drug labelling for details).

[a]Once-daily injection of enoxaparin at the dose of 1.5 mg/kg is approved for inpatient (hospital) treatment of PE in the United States and in some, but not all, European countries.

TL: European Heart Journal (2008) 29, 2276-2315

Pham Nguyen Vinh

Ưu điểm của Heparin TLPTT và Fondaparinux so với Heparin KPĐ

ADVANTAGE	CONSEQUENCE
Better bioavailability and longer half-life after subcutaneous injection	Can be given subcutaneously once or twice daily for both prophylaxis and treatment
Dose-independent clearance	Simplified dosing
Predictable anticoagulant response	Monitoring of coagulation is unnecessary in most patients
Lower risk for HIT	Safer than heparin for short- or long-term administration
Lower risk for osteoporosis	Safer than heparin for long-term administration

TL: Weitz J I. Braunwald's Heart Disease 10th ed, 2015, p 1809-1832

Các thuốc kháng đông mới được nghiên cứu và chấp thuận sử dụng thay thế kháng vit K trong TTP (1)

Thuốc	Nghiên cứu	Thiết kế	Thuốc và điều trị	Thời gian	Số bệnh nhân	Hiệu quả	An toàn
Dabigatran	RE-COVER	Mù đôi/ placebo đôi	Enoxaparin /dabigatran 150 mg và enoxaparin /warfarin	6 tháng	25939 bn VTE	Tái phát VTE hoặc TTP tử vong 2.4% dabigatran 2.1% warfarin	Chảy máu nặng: 1.6% dabigatran 1.9% warfarin
	RE-COVER	Mù đôi/ placebo đôi	Enoxaparin /dabigatran 150 mg và enoxaparin /warfarin	6 tháng	2589 bn VTE	Tái phát VTE hoặc TTP tử vong 2.3% dabigatran 2.2% warfarin	Chảy máu nặng: 15 dabigatran 22% warfarin

- Dabigatran: - 150 mg x 2/ng/ DVT & PE/ after 5-10 days heparin (Clor > 30 ml/mn): - 110 mg x 2/ng/ 28-35ng/ DVT Prophylaxis

TL: Konstantinids SV et al. 2014 ESC Guidelines/Acute pulmonary embolism Eur. HJ (2014) 35, 3033-3080

Pham Nguyen Vinh

Các thuốc kháng đông mới được nghiên cứu và chấp thuận sử dụng thay thế kháng vit K trong TTP (2)

Thuốc	Nghiên cứu	Thiết kế	Thuốc và điều trị	Thời gian	Số bệnh nhân	Hiệu quả	An toàn
Rivaroxaban	EINSTEIN - DVT	Mở	Rivaroxaban (15 mg cho 3 tuần và 20 mg) enoxaparin	3,6 hoặc 12 tháng	3449 bn DVT	Tái phát VTE hoặc TTP tử vong 2.1% dabigatran 3.0% warfarin	Chảy máu nặng: 8.1% dabigatran 8.1% warfarin
	EINSTEIN -PE	Mở	Rivaroxaban (15 mg cho 3 tuần và 20 mg) enoxaparin	3,6 hoặc 12 tháng	4832 bn thuyên tắc phổi cấp	Tái phát VTE hoặc TTP tử vong 2.1% dabigatran 1.8% warfarin	Chảy máu nặng: 10.3% dabigatran 11.4% warfarin

- Rivaroxaban: - 15mg x 2/ng/ 21 ngày/ DVT & PE
  - 20mg/ng

TL: Konstantinids SV et al. 2014 ESC Guidelines/Acute pulmonary embolism Eur. HJ (2014) 35, 3033-3080

Pham Nguyen Vinh

Chỉ định điều trị TSH trong TTP

- Bn bị PE cấp + tụt HA (HATT< 90 mmHg), không có nguy cơ chảy máu: dùng tiêu sợi huyết đường toàn thân (Loại 2C).

- Một số Bn bị PE cấp chọn lọc, không tụt HA và nguy cơ chảy máu thấp mà ngay từ đầu, hoặc diễn tiến có nguy cơ tụt HA: điều trị tiêu sợi huyết (Loại 2C).

TL:Chest 2012;141;e419S-e494S

Pham Nguyen Vinh

Cách dùng Tiêu sợi huyết (TSH) trong TTP

- Dùng TSH: truyền trong thời gian ngắn (vd, 2 giờ) hơn là truyền kéo dài (24 giờ) (Loại 2C).

- Dùng tiêu sợi huyết: qua đường TM ngoại biên > qua catheter ĐMP (Loại 2C).

TL:Chest 2012;141;e419S-e494S

Liều TSH trong điều trị TTP

Streptokinase	250 000 IU as a loading dose over 30 min, followed by 100 000 IU/h over 12–24 h
	Accelerated regimen: 1.5 million IU over 2 h
Urokinase	4400 IU/kg as a loading dose over 10 min, followed by 4400 IU/kg/h over 12–24 h
	Accelerated regimen: 3 million IU over 2 h
rtPA	100 mg over 2 h
	or 0.6 mg/kg over 15 min (maximum dose 50 mg)

rtPA = recombinant tissue plasminogen activator.

TL: European Heart Journal (2008) 29, 2276-2315

Pham Nguyen Vinh

Điều trị hút huyết khối ĐMP

- Bn bị PE cấp + tụt HA, kèm:

➊Chống chỉ định tiêu sợi huyết

➊Tiêu sợi huyết thất bại

➊Sốc có thể đưa đến tử vong trước khi điều trị tiêu sợi huyết toàn thân có hiệu quả (trong vòng vài giờ)

è Dùng catheter hút huyết khối nếu có chuyên gia và phương tiện sẵn có (Loại 2C)

TL:Chest 2012;141;e419S-e494S

Pham Nguyen Vinh

Phẫu thuật lấy huyết khối ĐMP

- Bn PE cấp + tụt HA: mổ lấy huyết khối ĐMP (Loại 2C) khi:

  ➉ Chống chỉ định tiêu sợi huyết.

  ➉ Tiêu sợi huyết thất bại hoặc lấy huyết khối qua catheter ĐMP thất bại.

  ➉ Sốc có thể đưa đến tử vong trước khi điều trị tiêu sợi huyết toàn thân có hiệu quả (trong vòng vài giờ)

TL:Chest 2012;141;e419S-e494S

Pham Nguyen Vinh

Đặt màng lọc TMCD/ TTP

- Đang điều trị chống đông: không có chỉ định sử dụng màng lọc TMCD (Loại 1B).
- Chống chỉ định thuốc KĐ: dùng màng lọc TMCD (Loại 1B).
- Màng lọc TMCD thay cho điều trị KĐ: điều trị chống đông như kinh điển khi đã hết nguy cơ chảy máu (Loại 2B)

TL:Chest 2012;141;e419S-e494S

- Antithrombotic Therapy for VTE Disease. Chest 2016; 149 (2): 315-352

Khuyến cáo sử dụng kháng đông 3 tháng và lâu dài/Huyết khối TMTT và TTP (2016)

1. Kháng đông 3 tháng đầu: dabigatran, rivaroxaban apixaban hoặc edoxaban; ưu tiên hơn thuốc kháng vit K (Grade 2B)
2. Bệnh nhân có kèm ung thư (kháng đông 3 tháng đầu): Heparin TLPTT ưu tiên hơn kháng vit K (Gr 2C), dabigatran (Gr 2D), rivaroxaban (Gr 2C), apixaban (2C) hoặc edoxaban (2C)

   (Chú ý: (1), (2) kháng đông tiêm trước dabigatran và edoxaban; không cần/rivaroxaban, apixaban)
3. Bệnh nhân điều trị lâu dài, sau 3 tháng đầu, không cần đổi kháng đông (2C)

TL: Kearon C et al. Chest 2016; 149 (2): 315-352
Grade 1: strong Grade 2: weak
A: high evidence; B: moderate evidence; C: low evidence

Pham Nguyen Vinh

Thời gian sử dụng kháng đông/HKTMTT và TTP (2016)

1. Sau phẫu thuật: 3 tháng
2. Yếu tố nguy cơ thoáng qua không phẫu thuật: 3 tháng hoặc 6, 12, 24 tháng
3. Bệnh nhân ung thư hoạt động (active cancer) kháng đông lâu dài
4. Khi ngưng kháng đông, sử dụng liên tục aspirin

TL: Kearon C et al. Chest 2016; 149 (2): 315-352
Grade 1: strong Grade 2: weak
A: high evidence; B: moderate evidence; C: low evidence

Tái phát huyết khối TMTT/ đang sử dụng kháng đông

1. Đang sử dụng kháng đông mới hoặc kháng vit K: chuyển sang heparin TLPTT (Grade 2C)
2. Đang sử dụng heparin TLPTT: tăng liều thêm ¼ hay 1/3 tổng liều (Gr 2C)

TL: Kearon C et al. Chest 2016; 149 (2): 315-352
Grade 1: strong Grade 2: weak
A: high evidence; B: moderate evidence; C: low evidence

Pham Nguyen Vinh

Ưu tiên lựa chọn thuốc kháng đông- bệnh nội khoa đi kèm (1)

Factor	Preferred Anticoagulant	Qualifying Remarks
Cancer	LMWH	More so if: just diagnosed, extensive VTE, metastatic cancer, very symptomatic; vomiting; on cancer chemotherapy.
Parenteral therapy to be avoided	Rivaroxaban; apixaban	VKA, dabigatran, and edoxaban require initial parenteral therapy.
Once daily oral therapy preferred	Rivaroxaban; edoxaban; VKA	
Liver disease and coagulopathy	LMWH	NOACs contraindicated if INR raised because of liver disease; VKA difficult to control and INR may not reflect antithrombotic effect.
Renal disease and creatinine clearance <30 mL/min	VKA	NOACs and LMWH contraindicated with severe renal impairment. Dosing of NOACs with levels of renal impairment differ with the NOAC and among jurisdictions.
Coronary artery disease	VKA, rivaroxaban, apixaban, edoxaban	Coronary artery events appear to occur more often with dabigatran than with VKA. This has not been seen with the other NOACs, and they have demonstrated efficacy for coronary artery disease. Antiplatelet therapy should be avoided if possible in patients on anticoagulants because of increased bleeding.

TL: Kearon C et al. Chest 2016; 149 (2): 315-352

Pham Nguyen Vinh

Ưu tiên lựa chọn thuốc kháng đông- bệnh nội khoa đi kèm (2)

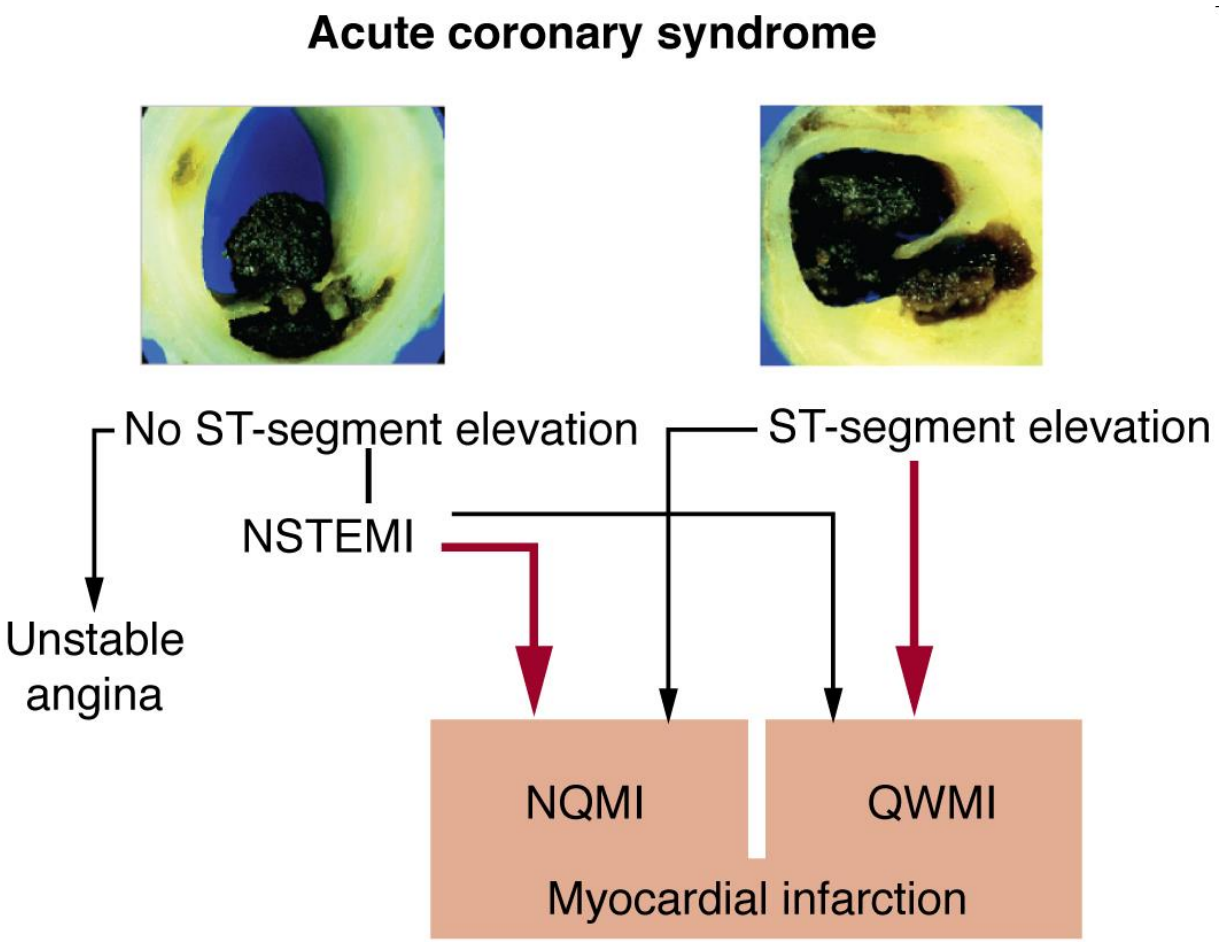
Factor	Preferred Anticoagulant	Qualifying Remarks
Dyspepsia or history of GI bleeding	VKA, apixaban	Dabigatran increased dyspepsia. Dabigatran, rivaroxaban, and edoxaban may be associated with more GI bleeding than VKA.
Poor compliance	VKA	INR monitoring can help to detect problems. However, some patients may be more compliant with a NOAC because it is less complex.
Thrombolytic therapy use	UFH infusion	Greater experience with its use in patients treated with thrombolytic therapy
Reversal agent needed	VKA, UFH	
Pregnancy or pregnancy risk	LMWH	Potential for other agents to cross the placenta
Cost, coverage, licensing	Varies among regions and with individual circumstances	

INR = International Normalized Ratio; NOAC = non-vitamin K oral coagulant. See Table 1 legend for expansion of other abbreviations.

TL: Kearon C et al. Chest 2016; 149 (2): 315-352

Pham Nguyen Vinh

Các định nghĩa và sinh lý bệnh hội chứng động mạch vành cấp (HCĐMVC)

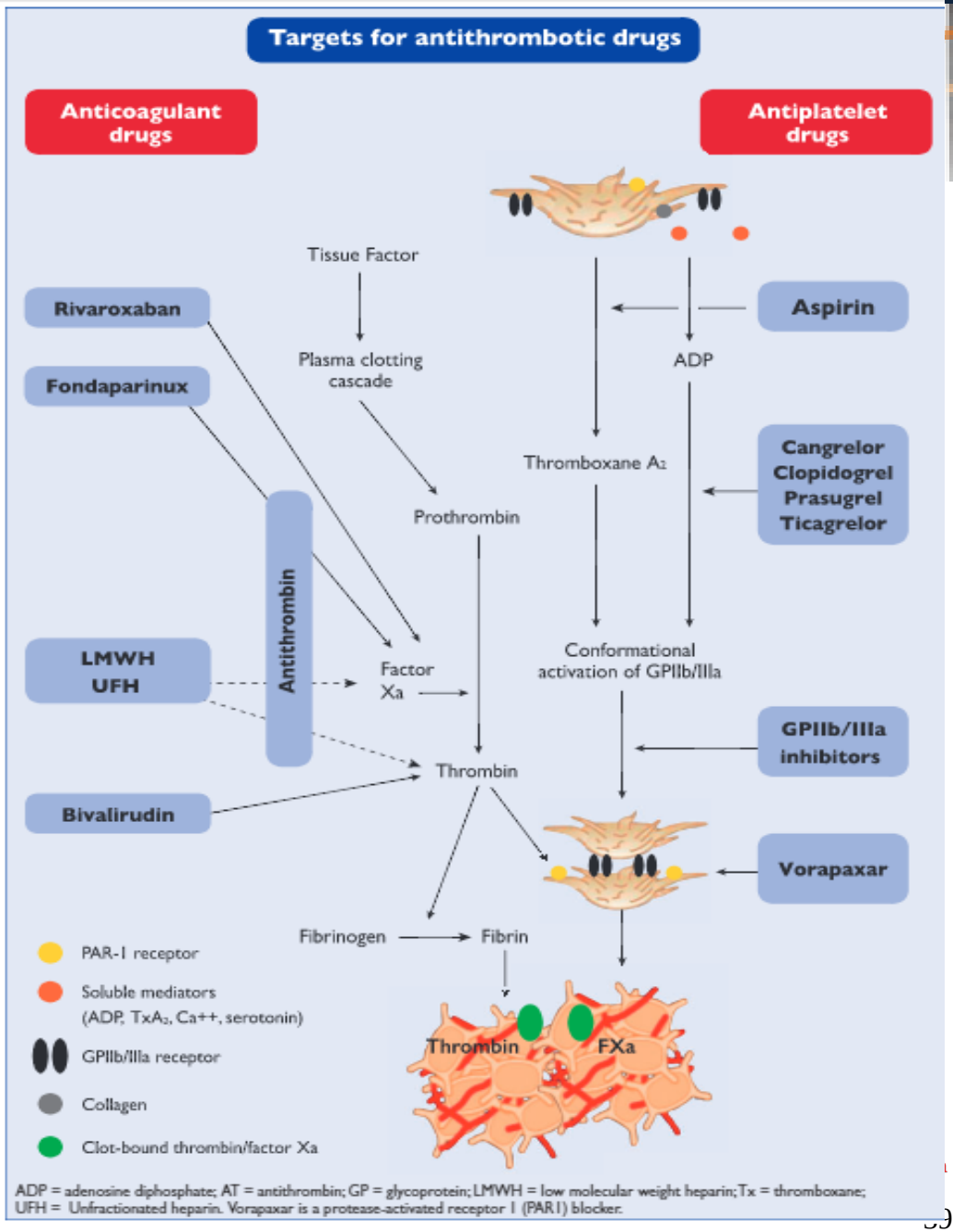


TL: De Lemos JA et al. Hurt's The Heart, 13th ed 2011, McGraw-Hill. p. 1328-1351

Các biện pháp điều trị cấp thời HCĐMVC/KSTC

- Điều trị chống TMCB: chẹn bêta, nitrates, ức chế calci (nhóm non-DHP), nicorandil
- Điều trị chống đông
- Chống kết tập tiểu cầu
- Tái lưu thông ĐMV

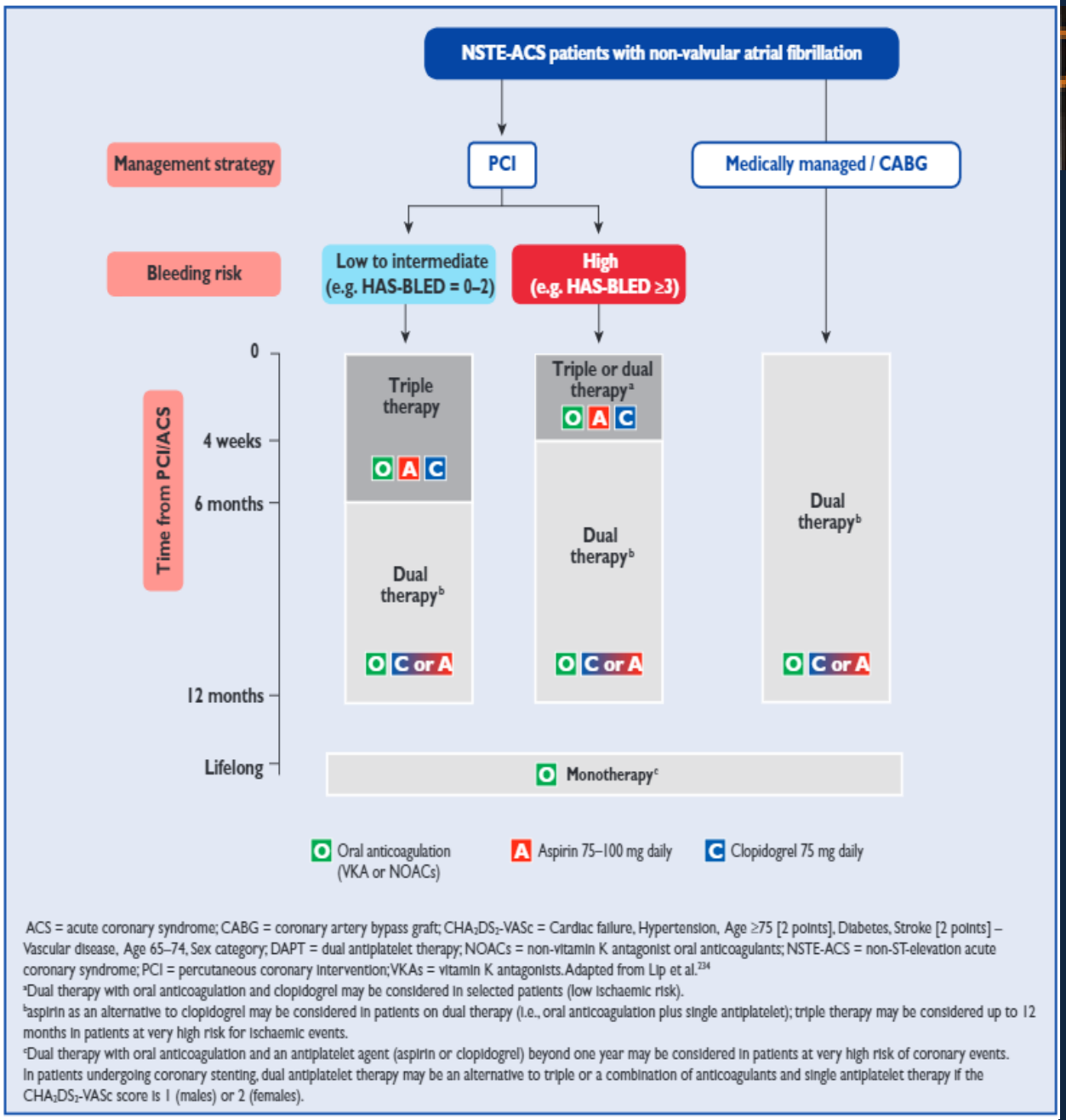
Mục tiêu thuốc chống huyết khối



Pham Nguyen Vinh

TL: Roffi M et al. 2015 ESC Guidelines for the management of non STEMI. Eur. H. J 2015, doi: 10.1093/eurheartf/ehv 320

Thuốc chống huyết khối trên HCĐMVC kèm rung nhĩ không do van tim



ACS = acute coronary syndrome; CABG = coronary artery bypass graft; CHA_2DS_2-VASc = Cardiac failure, Hypertension, Age ≥75 [2 points], Diabetes, Stroke [2 points] – Vascular disease, Age 65–74, Sex category; DAPT = dual antiplatelet therapy; NOACs = non-vitamin K antagonist oral anticoagulants; NSTE-ACS = non-ST-elevation acute coronary syndrome; PCI = percutaneous coronary intervention; VKAs = vitamin K antagonists. Adapted from Lip et al.[234]

[a]Dual therapy with oral anticoagulation and clopidogrel may be considered in selected patients (low ischaemic risk).

[b]aspirin as an alternative to clopidogrel may be considered in patients on dual therapy (i.e., oral anticoagulation plus single antiplatelet); triple therapy may be considered up to 12 months in patients at very high risk for ischaemic events.

[c]Dual therapy with oral anticoagulation and an antiplatelet agent (aspirin or clopidogrel) beyond one year may be considered in patients at very high risk of coronary events. In patients undergoing coronary stenting, dual antiplatelet therapy may be an alternative to triple or a combination of anticoagulants and single antiplatelet therapy if the CHA_2DS_2-VASc score is 1 (males) or 2 (females).

Pham Nguyen Vinh

TL: Roffi M et al. 2015 ESC Guidelines for the management of non STEMI. Eur. H. J 2015, doi: 10.1093/eurheartf/ehv 320

Kết luận

- Kháng đông trên rung nhĩ không do van tim: kháng đông mới > kháng vit K
- Kháng đông trên bệnh nhân huyết khối TM sâu và thuyên tắc phổi: kháng đông mới > kháng vit K (hầu hết các trường hợp)
- Kháng đông trên bệnh nhân rung nhĩ kèm HC/ĐMV cấp: kháng đông mới # kháng vit K

Pham Nguyen Vinh