

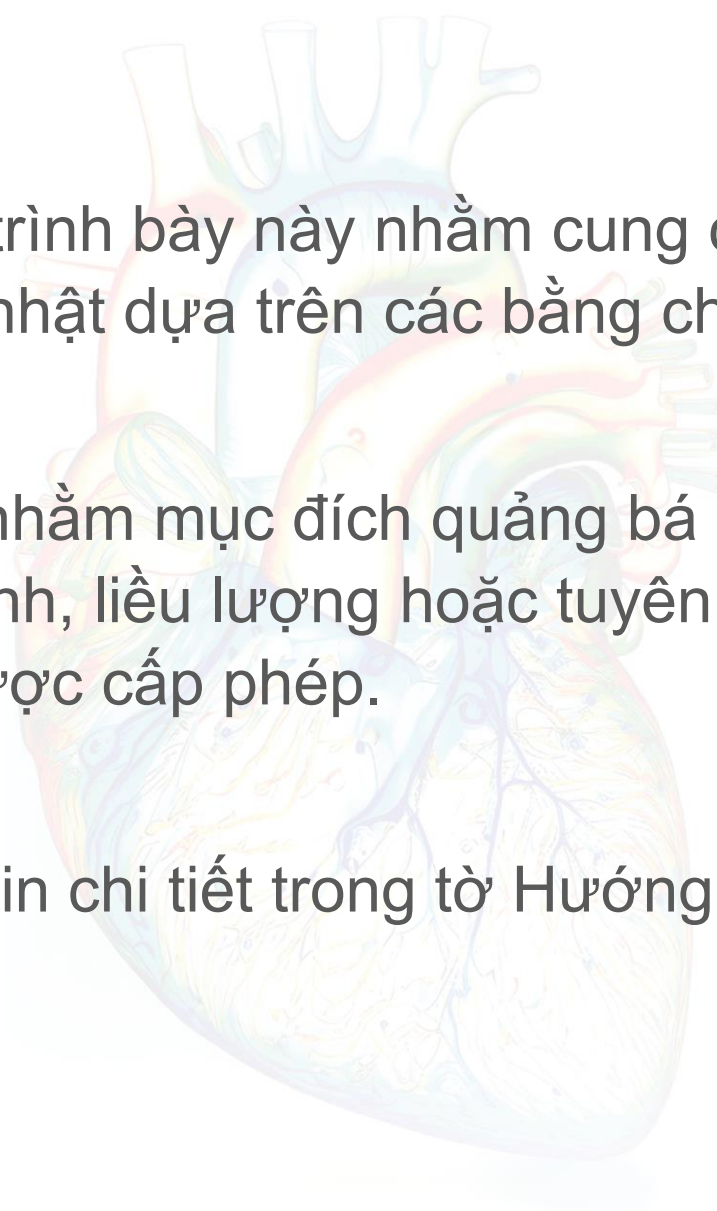


# **KHÁNG ĐÔNG SAU CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA TRÊN BỆNH NHÂN RUNG NHỈ CÓ BỆNH THẬN MẠN**

*BS. CKI. NGUYỄN ĐỨC CHỈNH  
Bệnh Viện Đa Khoa Quốc Tế S.I.S Cần Thơ*

## Miễn trừ trách nhiệm

- ❖ Thông tin trong phần trình bày này nhằm cung cấp cho các quý đồng nghiệp dữ liệu khoa học cập nhật dựa trên các bằng chứng và khuyến cáo quốc tế
- ❖ Thông tin này không nhằm mục đích quảng bá hoặc khuyến nghị việc sử dụng thuốc với bất kỳ chỉ định, liều lượng hoặc tuyên bố nào khác không có trong thông tin sản phẩm được cấp phép.
- ❖ Xin tham khảo thông tin chi tiết trong tờ Hướng dẫn sử dụng được phê duyệt bởi Bộ Y Tế Việt Nam



# Chiến lược phối hợp chống huyết khối sau PCI?

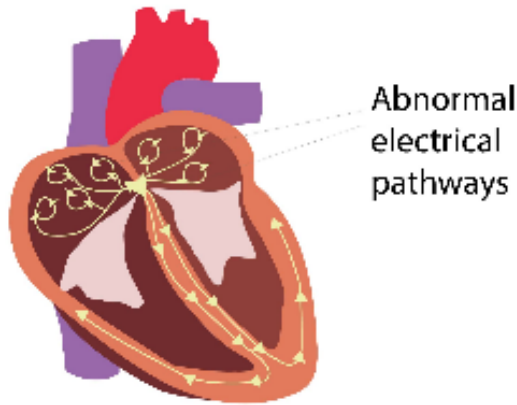
---



# Rung nhĩ và bệnh mạch vành là những bệnh đồng mắc thường gặp


## Atrial Fibrillation

Clinical Characteristics



1% in general population



 56.9 – 80.2%

Hypertension

 30.1%

Coronary artery disease

 15.2 – 44.4 %

Diabetes mellitus

 11.7 – 27.5 %

History of Stroke/ TIA

 22.2%

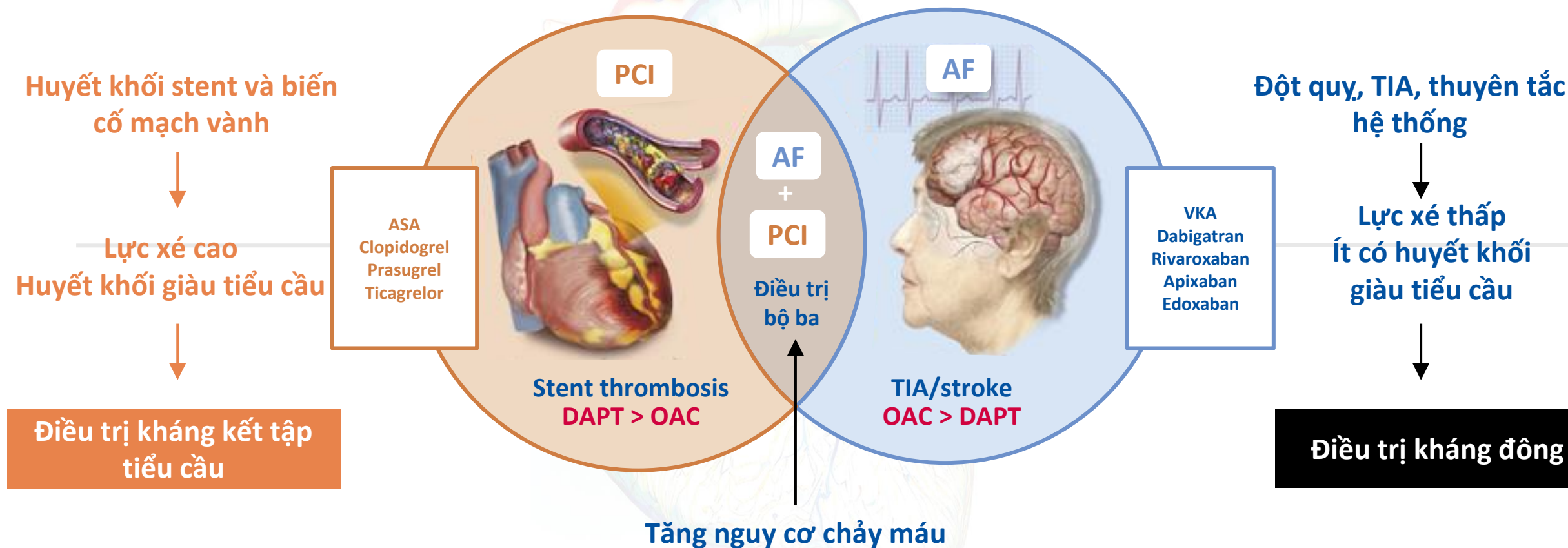
Renal impairment

 55 – 88.9 %

Elderly (≥ 65 year old)

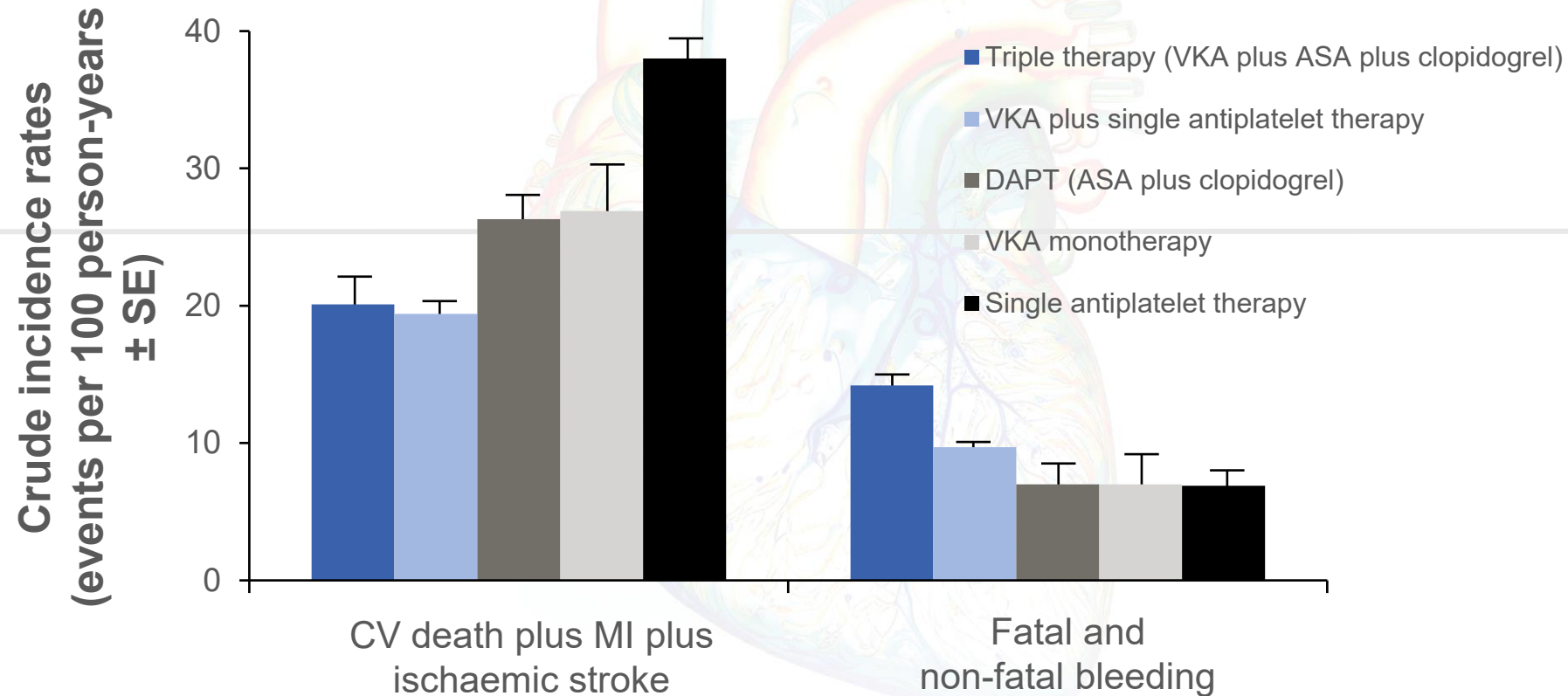
~ **1/3** bệnh nhân  
rung nhĩ Việt Nam  
có bệnh mạch vành

# Trong và sau PCI, điều trị bệnh nhân rung nhĩ phải cân bằng giữa nguy cơ chảy máu và nguy cơ huyết khối



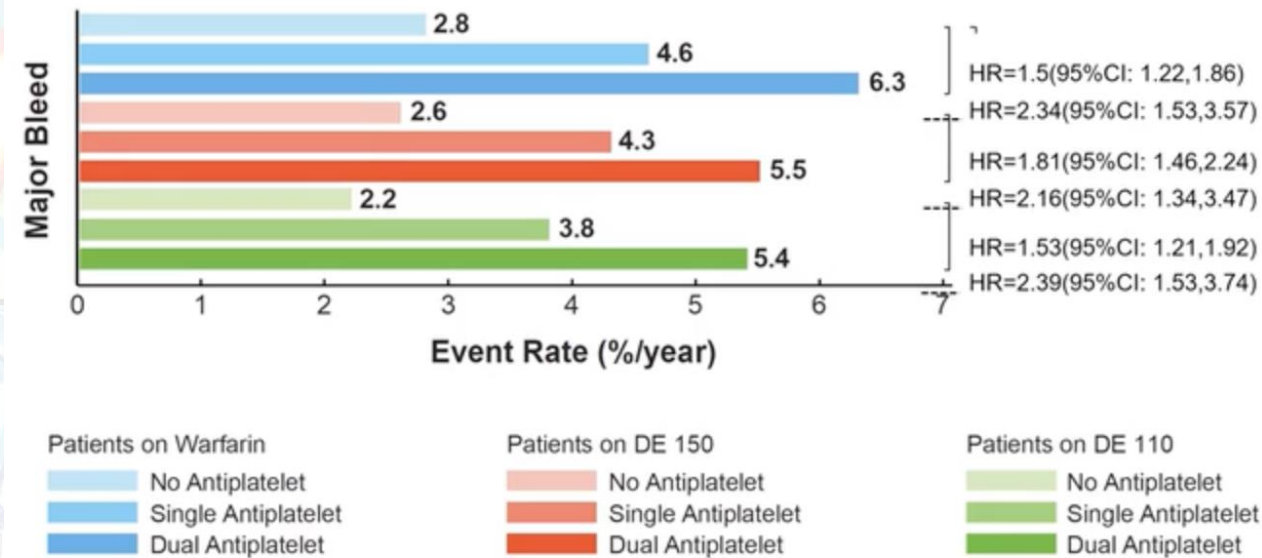
# Lựa chọn chiến lược chống huyết khối từng là bài toán khó trên lâm sàng

- ◆ Dữ liệu sổ bộ Đan Mạch Danish registry data (2000–2009; N=11,480): phối hợp 3 thuốc chống huyết khối giảm nguy cơ huyết khối nhưng tăng nguy cơ xuất huyết

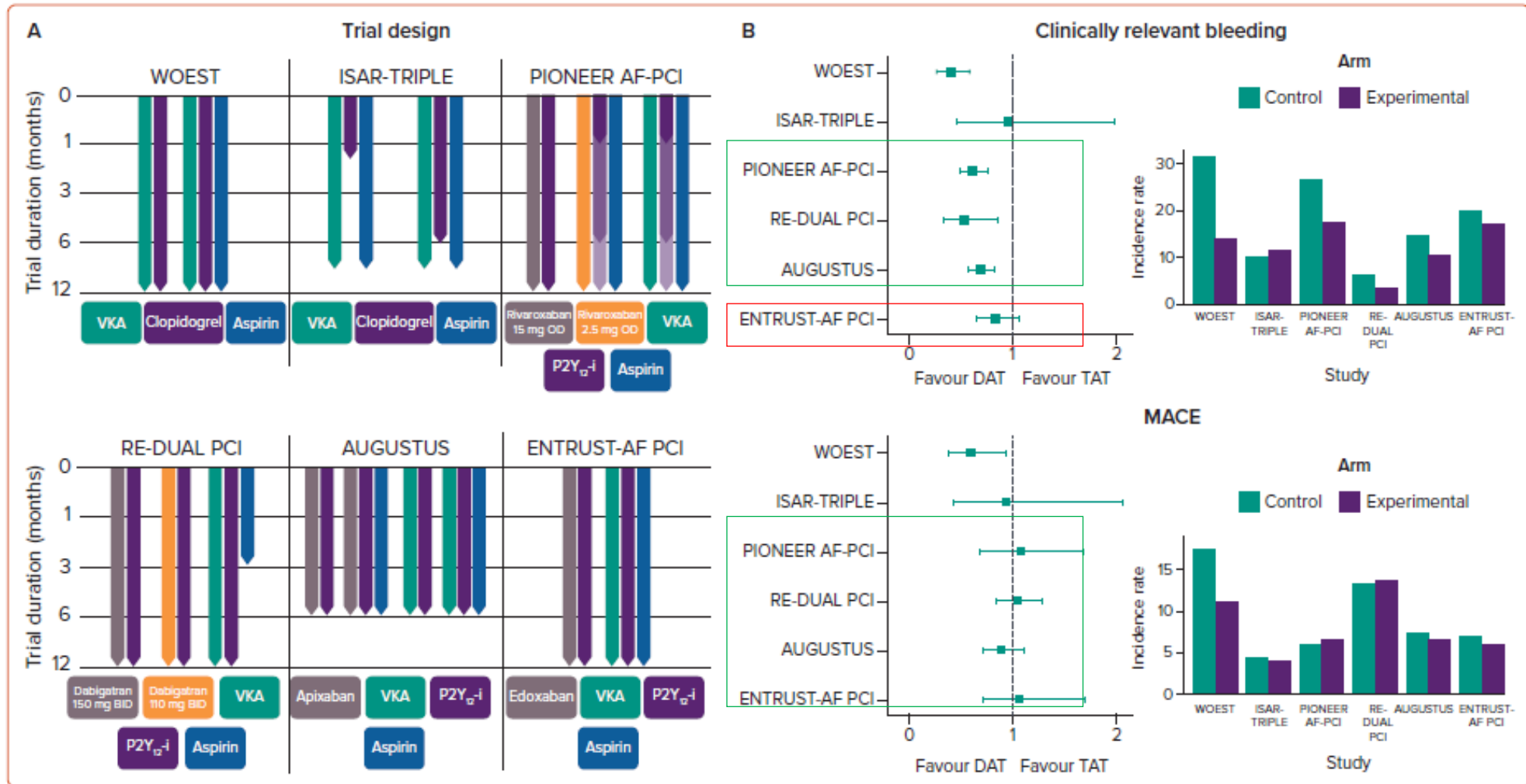


# Thêm kháng tiểu cầu trên nền kháng đông làm tăng nguy cơ xuất huyết

- Thêm 1 kháng tiểu cầu trên nền kháng vitamin K → tăng nguy cơ xuất huyết lên 60%
- Thêm 2 kháng tiểu cầu trên nền kháng vitamin K → tăng nguy cơ xuất huyết lên 230%



# Sự ra đời các DOAC phần nào giải quyết bài toán phối hợp thuốc chống huyết khối trên bệnh nhân AF- PCI



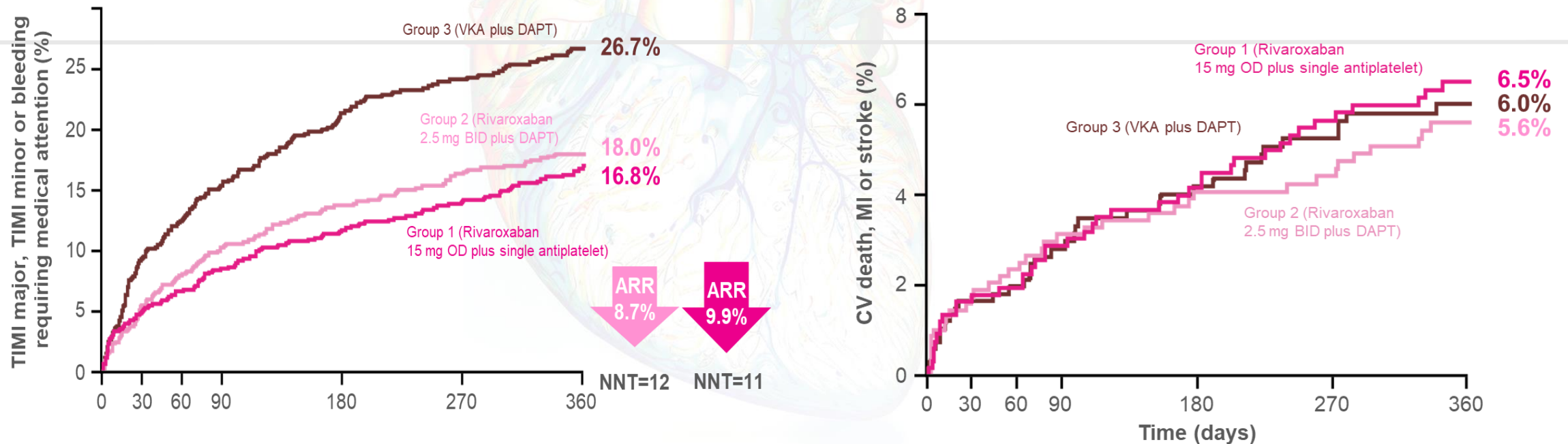
# PIONEER: nghiên cứu RCT đầu tiên của DOAC trên bệnh nhân rung nhĩ cần thực hiện PCI

## ❖ Cả hai phác đồ với rivaroxaban đều giảm nguy cơ xuất huyết so với phác đồ VKA + DAPT:

- Rivaroxaban 15 mg OD + SAPT vs VKA + DAPT: HR=0.59; (95% CI 0.47–0.76);  $p<0.001$
- Rivaroxaban 2.5 mg BID + DAPT vs VKA plus DAPT: HR=0.63 (95% CI 0.50–0.80);  $p<0.001$

## ❖ Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các phác đồ trên các biến cố MACE\*:

- Rivaroxaban 15 mg OD + SAPT vs VKA plus DAPT: HR=1.08; (95% CI 0.69–1.68);  $p=0.750$
- Rivaroxaban 2.5 mg BID plus DAPT vs VKA plus DAPT: HR=0.93 (95% CI 0.59–1.48);  $p=0.765$



\*Trial not powered to definitively demonstrate either superiority or non-inferiority for efficacy endpoints  
Gibson CM et al, *New Engl J Med* 2016; doi: 10.1056/NEJMoa1611594]

# NOAC là lựa chọn đầu tay trên bệnh nhân AF-PCI



2023

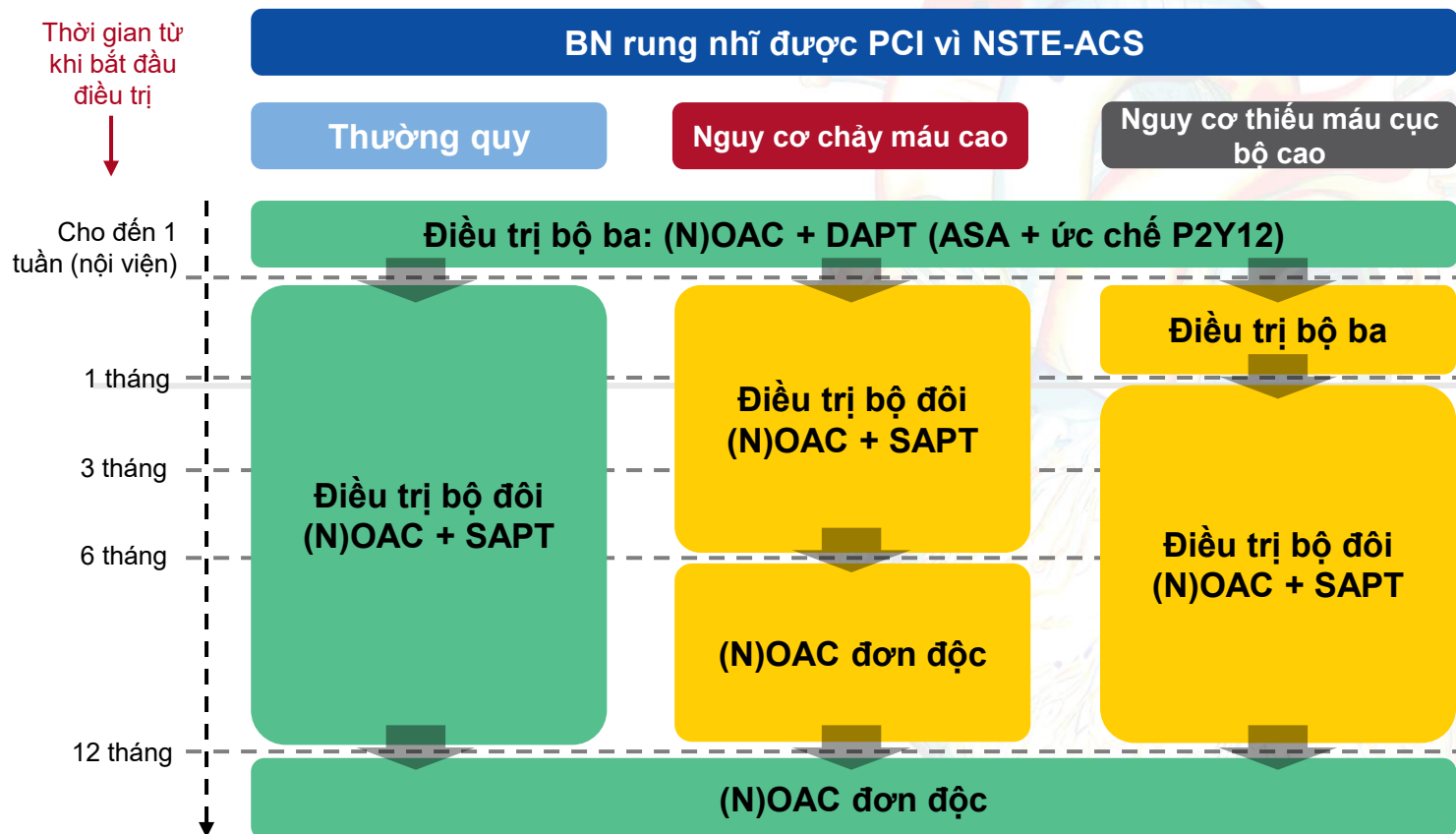
COR	LOE	Recommendations
1	A	1. In patients with AF and an increased risk for stroke who undergo PCI, DOACs are preferred over VKAs in combination with APT to reduce the risk of clinically relevant bleeding.
1	A	2. In most patients with AF who take oral anticoagulation and undergo PCI, early discontinuation of aspirin (1-4 wk) and continuation of dual antithrombotic therapy with OAC and a P2Y12 inhibitor is preferred over triple therapy (OAC, P2Y12 inhibitor, and aspirin) to reduce the risk of clinically relevant bleeding.

## Recommendation Table 24 — Recommendations for patients with acute coronary syndromes or undergoing percutaneous intervention (see also Evidence Table 24)

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
<b>General recommendations for patients with AF and an indication for concomitant antiplatelet therapy</b>		
For combinations with antiplatelet therapy, a DOAC is recommended in eligible patients in preference to a VKA to mitigate bleeding risk and prevent thromboembolism. <small>764,766</small>	I	A



# ESC 2020: Liệu pháp chống huyết khối ở BN rung nhĩ và sau PCI (NSTE-ACS)



## Thường quy

Điều trị bộ đôi chống huyết khối có NOAC với liều đã khuyến cáo cho phòng ngừa đột quỵ và một thuốc kháng tiểu cầu (ưu tiên clopidogrel) được khuyến cáo thường quy với thời gian lên đến 12 tháng sau 1 giai đoạn ngắn (đến 1 tuần) điều trị bộ ba

## Nguy cơ chảy máu cao

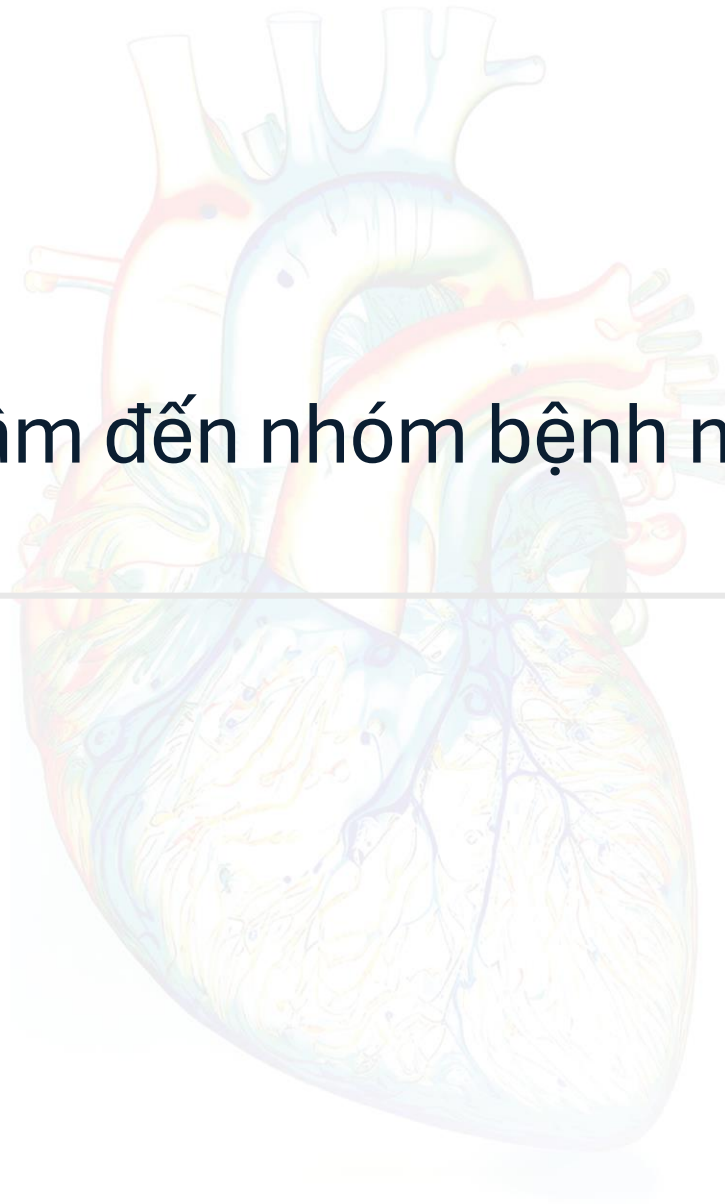
Ở BN có nguy cơ chảy máu cao, điều trị bộ đôi nên rút lại còn 6 tháng bằng cách ngưng thuốc kháng tiểu cầu

## Nguy cơ thiếu máu cục bộ cao

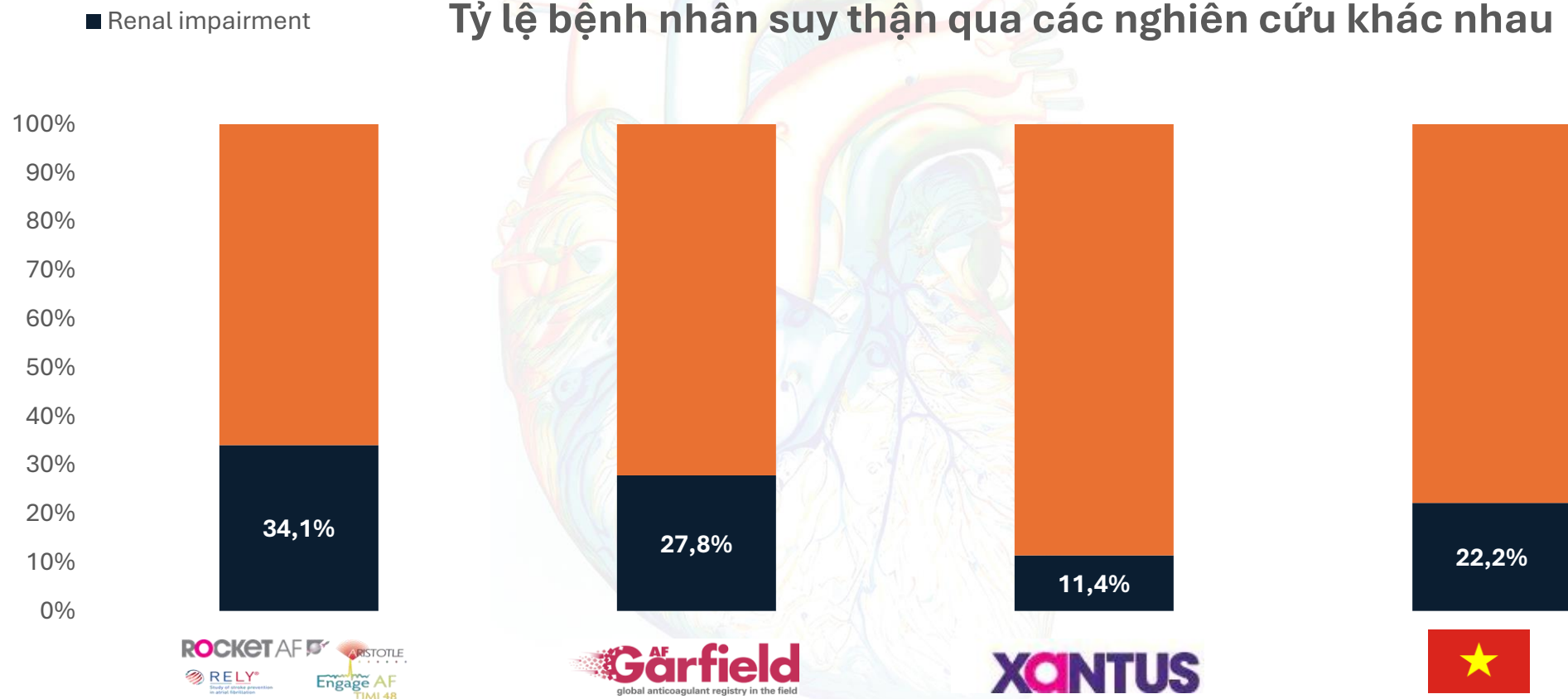
Ở BN có nguy cơ thiếu máu mạch vành cao, nên kéo dài điều trị bộ ba lên đến 1 tháng, sau đó là điều trị bộ đôi lên đến 12 tháng

Tại sao cần quan tâm đến nhóm bệnh nhân rung nhĩ kèm bệnh thận mạn?

---

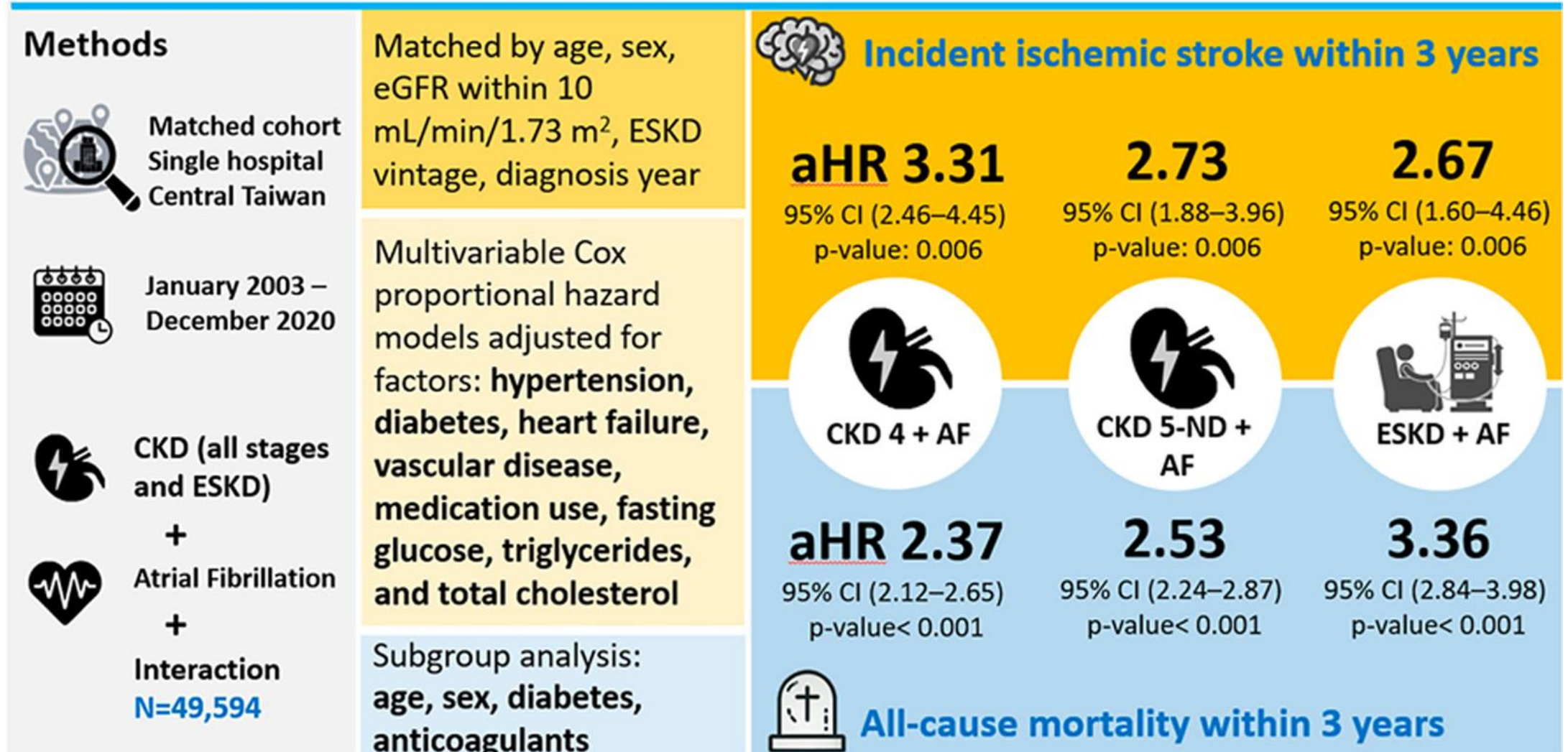


# Bệnh thận mạn là bệnh đồng mắc phổ biến ở bệnh nhân rung nhĩ



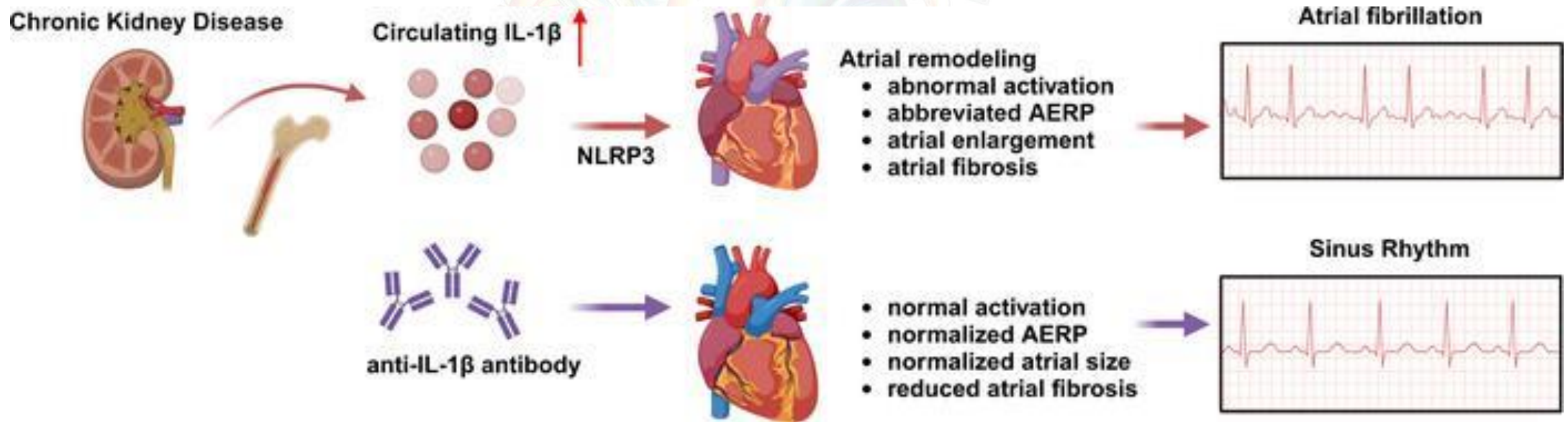
1. Harrington, Josephine et al. *Circulation* vol. 147,23 (2023): 1748-1757. ; 2. Goto, Shinya et al. *Journal of the American Heart Association* vol. 8,3 (2019): e010510.; 3. Kirchhof, Paulus et al. *Journal of the American College of Cardiology* vol. 72,2 (2018): 141-153. ; 4. Quang Ho, Tri Huynh et al. *European cardiology* vol. 18 e61. 15 Dec. 2023

# Nguy cơ đột quỵ và tử vong tăng ở bệnh nhân rung nhĩ có RLCN thận

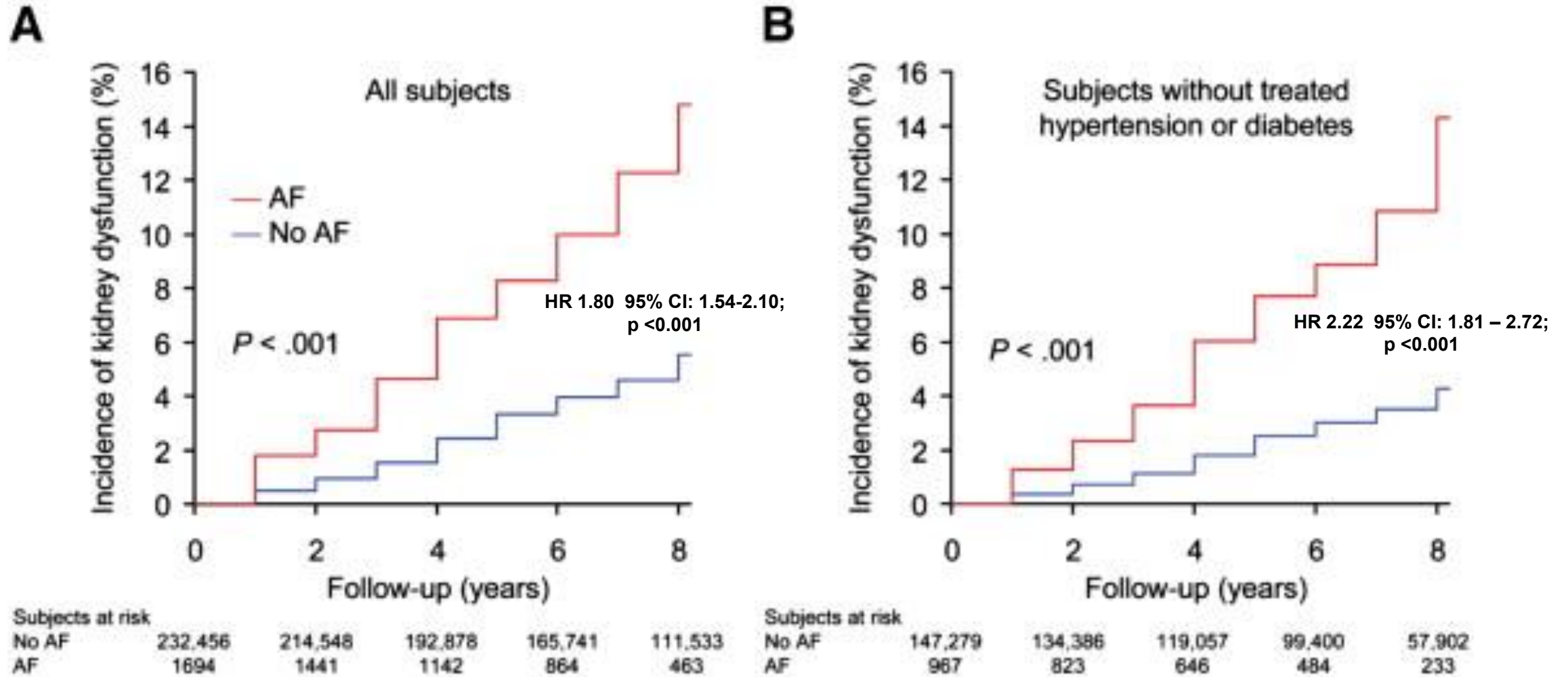


## Bệnh thận mạn có liên quan với tăng nguy cơ khởi phát rung nhĩ

- ◆ Bệnh thận mạn có liên quan với tăng nguy cơ khởi phát rung nhĩ (HR 1.47; 95% CI, 1.21–1.78).
- ◆ Rung nhĩ khởi phát có thể là kết quả của sự hoạt hóa phản ứng viêm hệ thống ở người bệnh thận mạn.

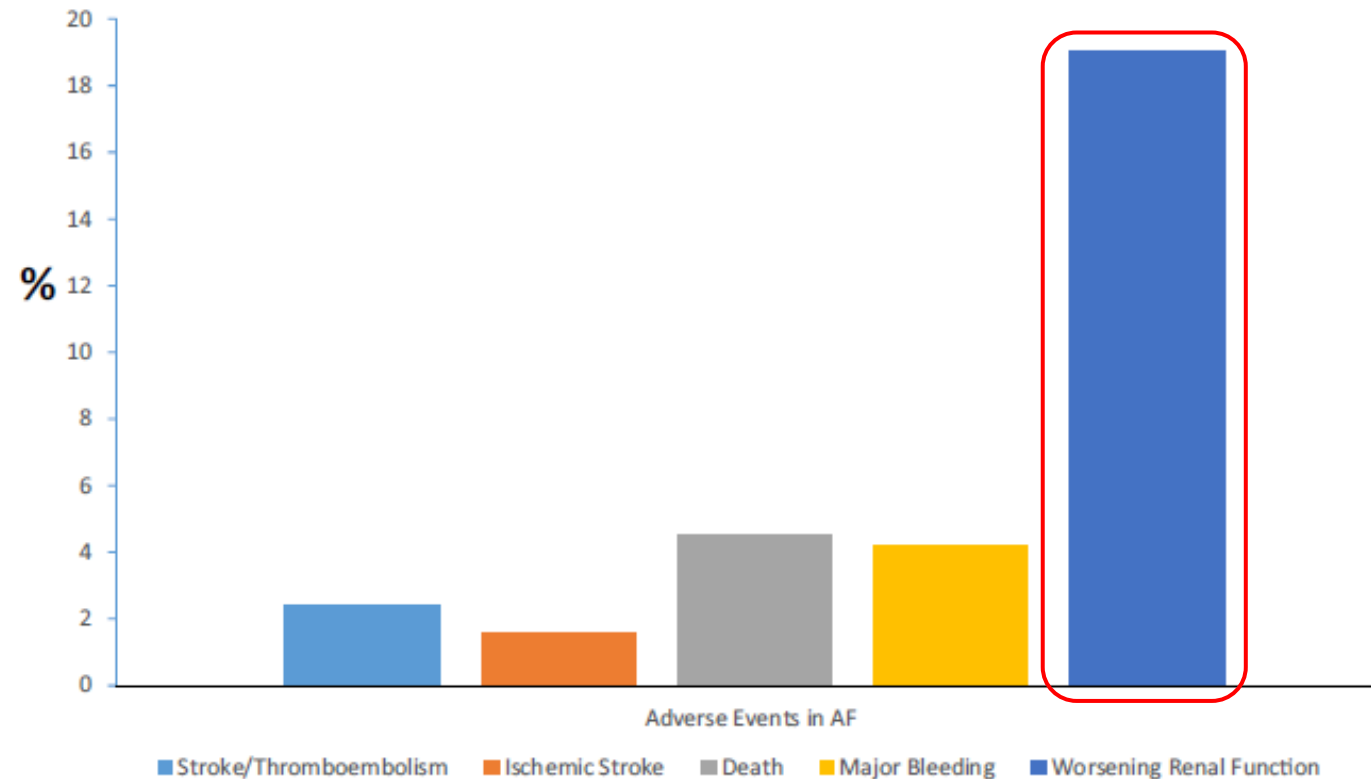


# Rung nhĩ thúc đẩy sự suy giảm chức năng thận



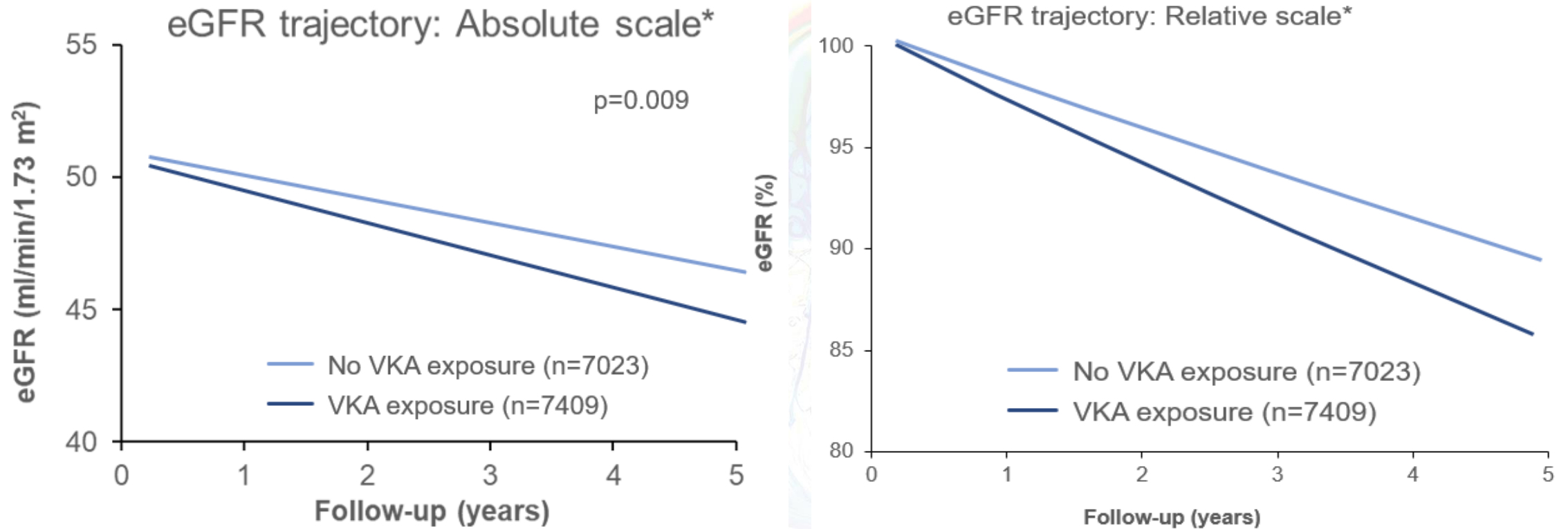
# Đột quy và xuất huyết không phải vấn đề duy nhất cần quan tâm trên bệnh nhân AF-CKD

- ◆ Phân tích trên 29.481 bệnh nhân rung nhĩ từ 2 nghiên cứu ROCKET AF và ARISTOTLE, chức năng thận diễn tiến xấu là biến cố phổ biến nhất



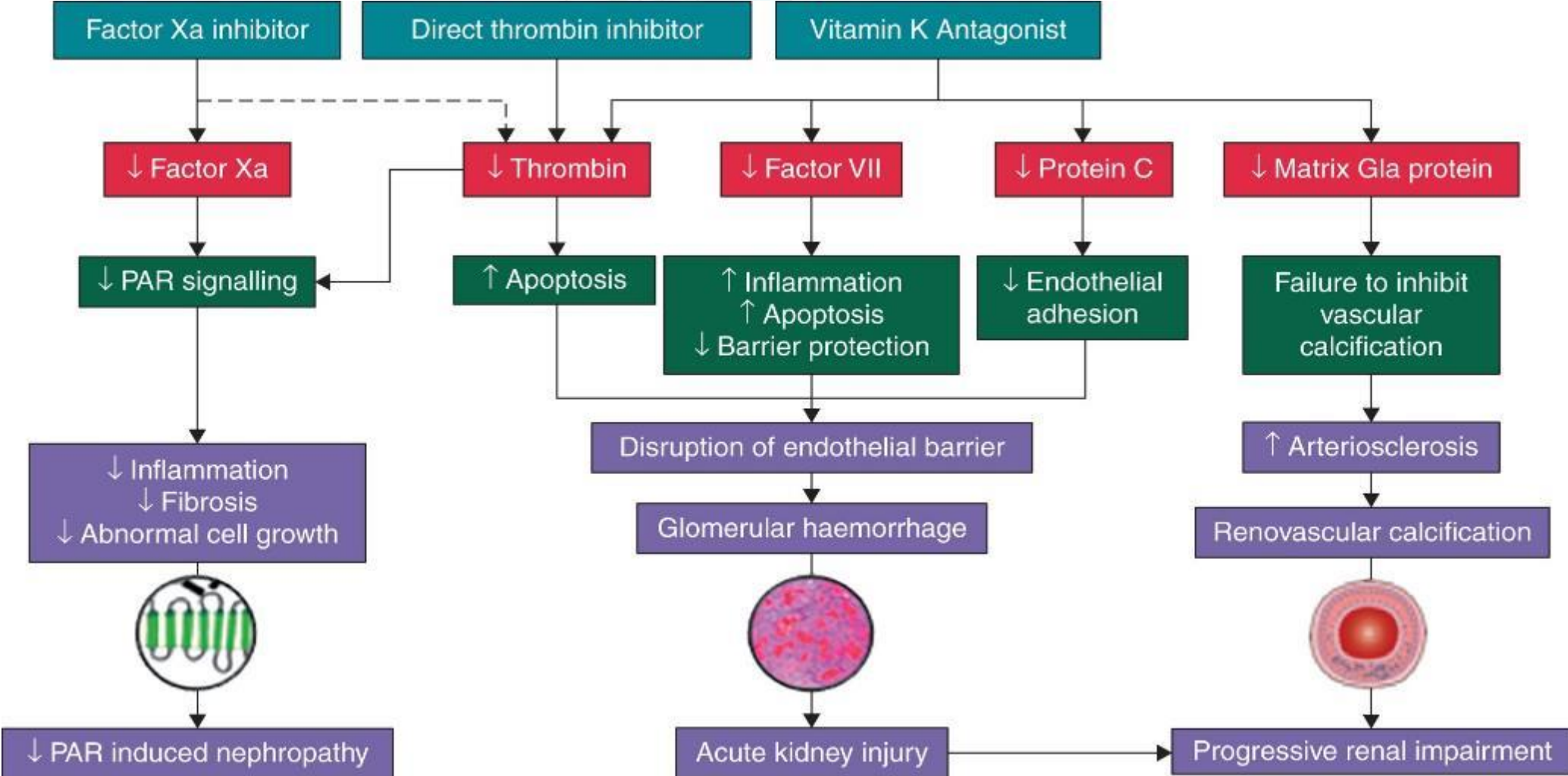
## VKA thúc đẩy diễn tiến bệnh thận ở bệnh nhân rung nhĩ

- ◆ Suy giảm chức năng thận sau 5 năm ở bệnh nhân rung nhĩ kèm bệnh thận mạn giai đoạn III/IV: Kết quả từ phân tích dữ liệu thực tế lâm sàng



\*Kidney function trajectory over time is defined as the annualised change in eGFR.

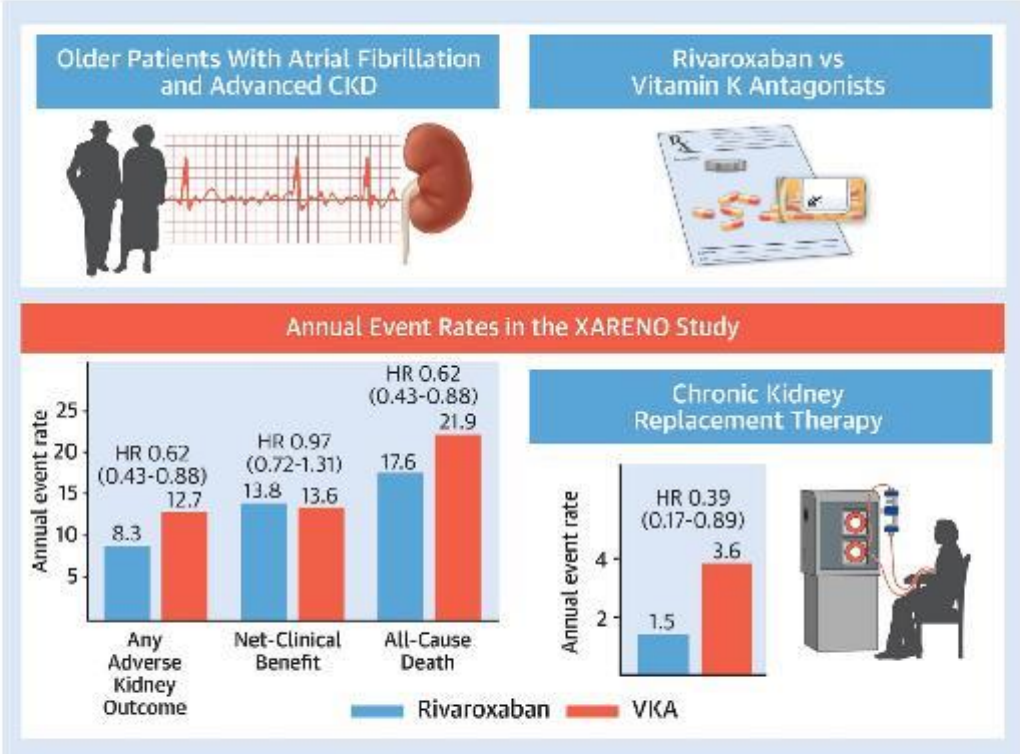
# Ảnh hưởng của các kháng đông lên chức năng thận có thể khác nhau



# XARENO: Rivaroxaban bảo tồn chức năng thận đồng thời giảm tử vong ở bệnh nhân AF-CKD

- ❖ Nghiên cứu quan sát tiền cứu đầu tiên so sánh rivaroxaban và VKA trên các biến cố thận ở bệnh nhân rung nhĩ có bệnh thận mạn
- ❖ Nhóm bệnh nhân AF-CKD được bảo tồn chức năng thận tốt hơn (rivaroxaban) cũng có nguy cơ tử vong thấp hơn.

## CENTRAL ILLUSTRATION: Rivaroxaban vs Vitamin K Antagonist in Patients With Atrial Fibrillation and Advanced Chronic Kidney Disease



Kreutz R, et al. *JACC Adv.* 2024;3(2):100813.

# Evaluating Renal Benefits of Rivaroxaban versus Vitamin K Antagonist in Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-analysis of Real-World Evidence

# RESTORE

## Phương pháp

**Dữ liệu được thu thập từ EMBASE, Cochrane Library, PubMed từ 01/2017 to 06/2023**

**Bệnh nhân rung nhĩ, đang sử dụng kháng đông**

**Nhánh can thiệp: rivaroxaban  
Nhánh chứng: Các thuốc kháng vitamin K**

**Các nghiên cứu được chọn:**

- Nghiên cứu thể giới thực
- Cỡ mẫu  $\geq 500$

**Kết cục**

Tổn thương thận cấp    Tăng gấp đôi creatinine máu    Giảm  $\geq 30\%$  eGFR    Chức năng thận xấu đi

## Kết quả

EMBASE, Cochrane Library, PubMed → 1666 Tài liệu → 14 nghiên cứu 418,201 BN rung nhĩ

**RoB assessment**

- Critical: 0
- Serious: 3
- Moderate: 4
- Low: 7

### Rivaroxaban vs. VKA

HR 0.68; 95% CI: 0.61 - 0.77;  $p < 0.00001$

$\geq 30\%$  eGFR

HR 0.71; 95% CI: 0.57 - 0.88;  $p = 0.002$

x2 HR 0.50; 95% CI: 0.36 - 0.70;  $p < 0.0001$

HR 0.56; 95% CI: 0.45 - 0.69;  $p < 0.00001$

### Các phân tích dưới nhóm

Đái tháo đường    BN có bệnh thận từ trước

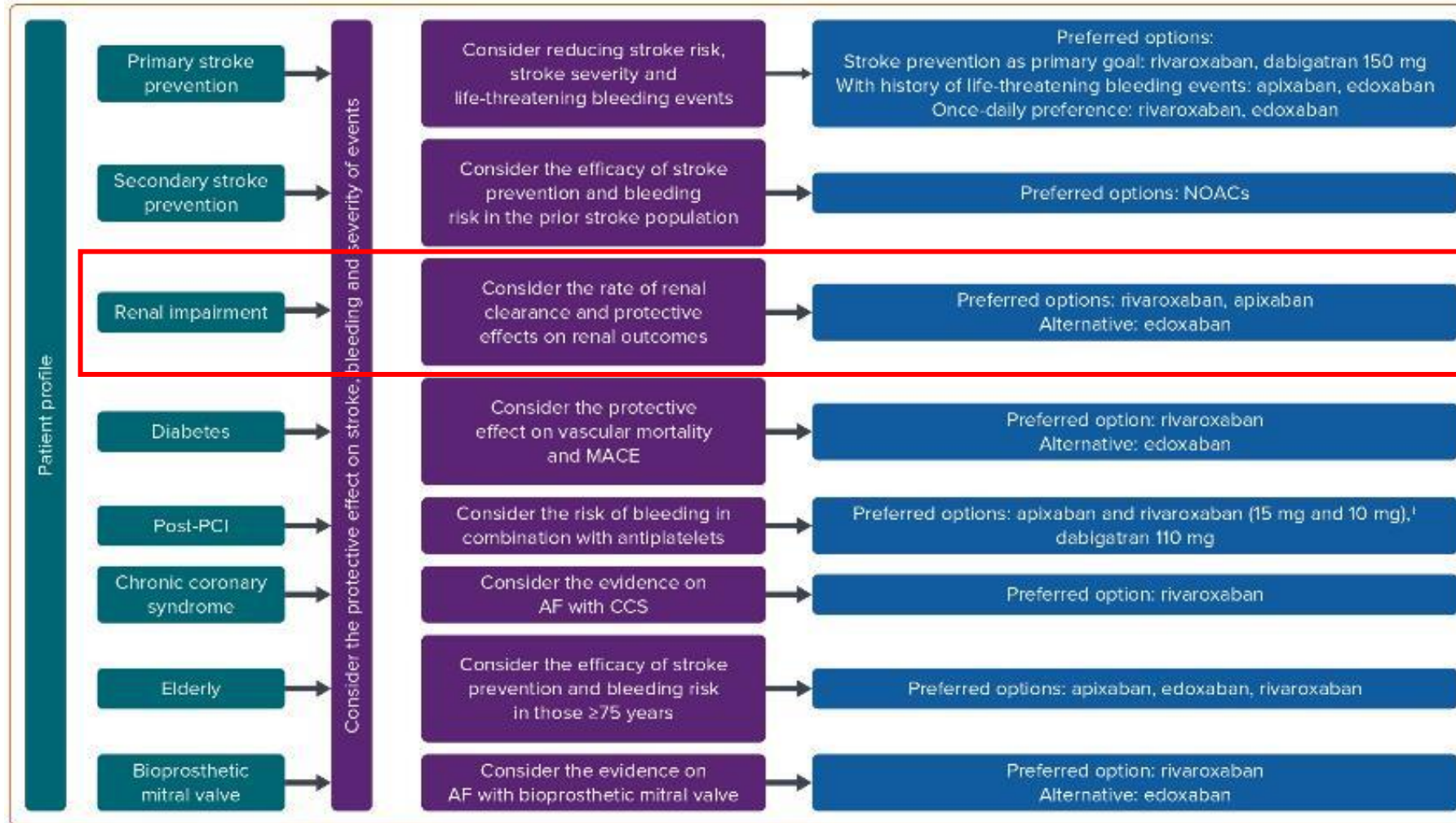
Người cao tuổi    Dân số châu Á

**Kết luận:** Kết quả phân tích gộp cho thấy ảnh hưởng tích cực của rivaroxaban trên các biến cố về thận ở bệnh nhân rung nhĩ, bao gồm cả các phân nhóm có nguy cơ tổn thương cao.

**Citation:** Phong, Phan Dinh et al. *European Cardiology Review* 2024;19:e05. <https://doi.org/10.15420/ocr.2024.07>



# Hướng dẫn lựa chọn NOAC trên bệnh nhân rung nhĩ – quan điểm nhóm chuyên gia Việt Nam



**Bệnh nhân rung nhĩ – rối loạn chức năng thận:**

- ❖ Lựa chọn ưu tiên: rivaroxaban, apixaban
- ❖ Lựa chọn thay thế: edoxaban

<sup>†</sup>15 mg rivaroxaban for patients with creatinine clearance ≥50 ml/min; 10 mg rivaroxaban for patients with creatinine clearance 30–49 ml/min. CCS = chronic coronary syndromes, MACE = major adverse cardiac events; NOAC = non-vitamin K antagonist oral anticoagulant; PCI = percutaneous coronary intervention.

# Kết luận

- ◆ Bệnh nhân rung nhĩ kèm bệnh mạch vành là nhóm bệnh nhân thường gặp trên lâm sàng. Quản lý nhóm bệnh nhân này gặp nhiều thách thức khi bệnh nhân đối mặt với đồng thời với nguy cơ huyết khối (stent/đột quy) và xuất huyết
- ◆ Bệnh thận mạn làm tăng nguy cơ đột quy và tử vong cho bệnh nhân rung nhĩ cũng như làm phức tạp thêm việc sử dụng kháng đông
- ◆ Dựa trên bằng chứng hiện tại, nhóm chuyên gia Việt Nam đưa ra đồng thuận:
  - Ở bệnh nhân rung nhĩ sau PCI: rivaroxaban (15/10 mg), dabigatran 110 mg, apixaban là những lựa chọn ưu tiên khi phối hợp với các thuốc kháng tiểu cầu
  - Ở bệnh nhân rung nhĩ có bệnh thận mạn: rivaroxaban hay Apixaban là lựa chọn ưu tiên khi sử dụng