

Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Xử trí
XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA
ở bệnh nhân đang dùng DAPT

Võ Thị Mỹ Dung
ĐHYD TP HCM

TP. Hồ Chí Minh, 02-11-2019

Nội dung

- Đại cương
- Đánh giá mức độ xuất huyết
- Xử trí xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên
- Dự phòng XHTH khi dùng DAPT
- Kết luận

Đại cương

- Biến chứng xuất huyết (XH) có liên quan đến việc tăng nguy cơ của những kết cục bất lợi tiếp theo, gồm MI, đột quỵ, huyết khối stent và tử vong, ở bệnh nhân bị hội chứng vành cấp (ACS) hoặc can thiệp mạch vành qua da (PCI),¹⁻⁶ và trong điều trị chống huyết khối lâu dài^{7,8}
- Phòng ngừa XH nặng là quan trọng trong cải thiện kết cục, tạo nên sự cân bằng giữa tính an toàn và tính hiệu quả trong điều trị ACS

1. Eikelboom JW. Adverse impact of bleeding on prognosis in patients with ACS.
2. Rao SV. Impact of bleeding severity on clinical outcomes among patients with ACS.
3. Kinnaird TD. Incidence, predictors, and prognostic implications of bleeding and blood transfusion following PCI.
4. Kirtane AJ. Correlates of bleeding events among moderate- to high-risk patients undergoing PCI and treated with eptifibatide.
5. Manoukian SV. Impact of major bleeding on 30-day mortality and clinical outcomes in patients with ACS.
6. Moscucci M. Predictors of major bleeding in ACS.
7. Berger PB. Bleeding complications with DAPT among patients with stable vascular disease or risk factors for vascular disease.
8. Ducrocq G. Riskscore to predict serious bleeding in stable outpatients with or at risk of atherothrombosis.

Đại cương

- XH biến chứng thường gặp ở BN được điều trị thuốc chống đông đường uống (OAC) và điều trị kháng tiểu cầu, tỉ lệ chảy máu rõ # 5%/năm¹⁻⁸.
- Liệu pháp kháng tiểu cầu kép (DAPT), aspirin và chất ức chế P2Y12, là nền tảng điều trị ở BN bị ACS và PCI.
- DAPT có nguy cơ XH nhưng bảo vệ chống lại các biến cố thiếu máu cục bộ. XH khi sử dụng DAPT là một yếu tố dự đoán độc lập về kết cuộc lâu dài

1. Baber U. Use of prasugrel vs clopidogrel and outcomes in patients with ACS undergoing PCI in contemporary clinical practice. AHJ. 2017;188:73–81.
2. Proietti M. Time in therapeutic range and major adverse outcomes in atrial fibrillation patients undergoing PCI. AHJ. 2017;190:86–93.
3. Connolly SJ. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. NEJM. 2009;361(12):1139–51.
4. Giugliano RP. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. NEJM. 2013;369(22):2093–104.
5. Granger CB. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. NEJM. 2011;365(11):981–92.
6. Patel MR. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. NEJM. 2011;365(10):883–91.
7. Wiviott SD. Prasugrel versus clopidogrel in patients with ACS. NEJM. 2007;357(20):2001–15.
8. Wallentin L. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with ACS. NEJM. 2009;361(11):1045–57.

Đại cương

- Tần suất của xuất huyết được báo cáo trong sổ bộ ADAPT-DES là 6,2% sau trung bình 300 ngày theo dõi sau xuất viện.¹ Hầu như 2/3 các trường hợp xuất huyết xảy ra từ đường tiêu hóa (GI). XHTH ước tính xảy ra 1,2-2,4% bệnh nhân có can thiệp mạch vành.²
- Xác định bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao hơn trước can thiệp mạch vành có thể giúp giảm sự xuất hiện của các biến chứng chảy máu.

1. Genereux P. Incidence, predictors and impact of post-discharge bleeding after percutaneous coronary intervention. JACC 2015;66:1036–1045
2. Niteen V. Bleeding on dual antiplatelet therapy- real-life challenges. European Heart Journal Supplements (2018)

Đánh giá mức độ xuất huyết

Bleeding Academic Research Consortium

Definition for Bleeding

- Type 0: no bleeding
- Type 1: XH không can thiệp và không khiến bệnh nhân phải nhập viện hoặc điều trị
- Type 2: bất kỳ dấu hiệu XH nào, không phù hợp với tiêu chí cho loại 3, 4 hoặc 5 nhưng không đáp ứng ít nhất một trong số các tiêu chí sau:
 - (1) yêu cầu can thiệp nội khoa, không phẫu thuật
 - (2) nhập viện hoặc tăng mức độ chăm sóc, hoặc
 - (3) đánh giá ngay lập tức

Bleeding Academic Research Consortium

Definition for Bleeding

- Type 3:

3a:

- XH rõ kèm \downarrow Hb từ 3 - <5 g / dL * (do XH)
- Truyền máu do XH

3b:

- XH rõ kèm \downarrow Hb ≥ 5 g / dL * (do XH)
- Chèn ép tim
- XH cần can thiệp phẫu thuật (trừ nha/mũi/da/trĩ)
- Chảy máu cần dùng thuốc vận mạch tĩnh mạch

3c:

- XH nội sọ (không bao gồm chảy máu vi thể)
- XH nội nhãn

Bleeding Academic Research Consortium

Definition for Bleeding

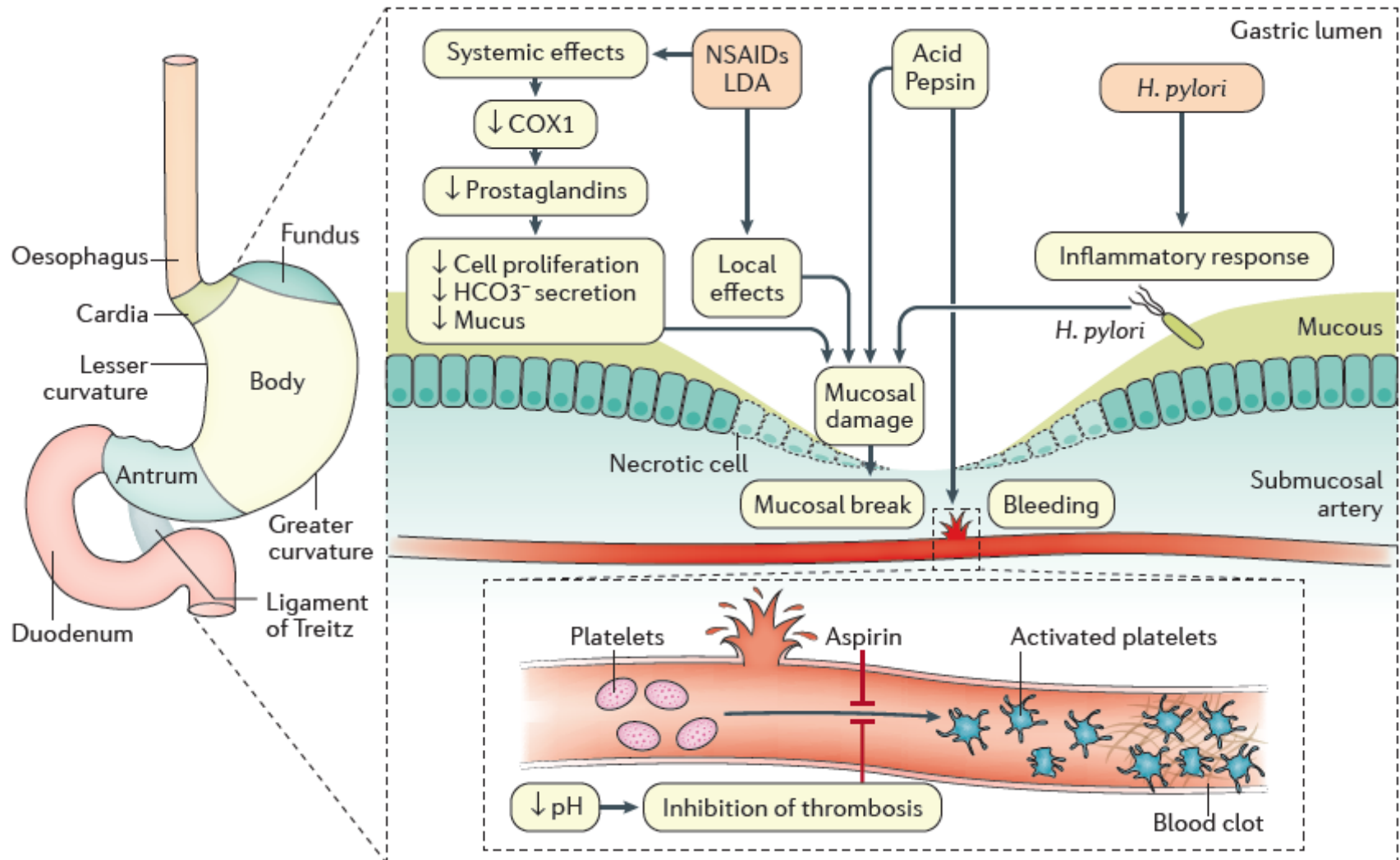
- Type 4: XH liên quan ghép động mạch vành
 - XH nội sọ trong vòng 48 giờ
 - Mở lại để kiểm soát XH sau khi đóng chỗ mở thông xương ức
 - Truyền ≥ 5 đv máu toàn phần, HC lắng trong 48 g.†
 - Lượng ống ngực 2 lít trong 24 giờ
- Type 5:
 - 5a: XH gây tử vong, không khám nghiệm tử thi hoặc xác nhận hình ảnh
 - 5b: XH gây tử vong, khám nghiệm tử thi hoặc xác nhận hình ảnh

Etiology of GI bleeding by case control status

Etiology of GI bleeding in patients on DAPT. J Dig Dis. 2018

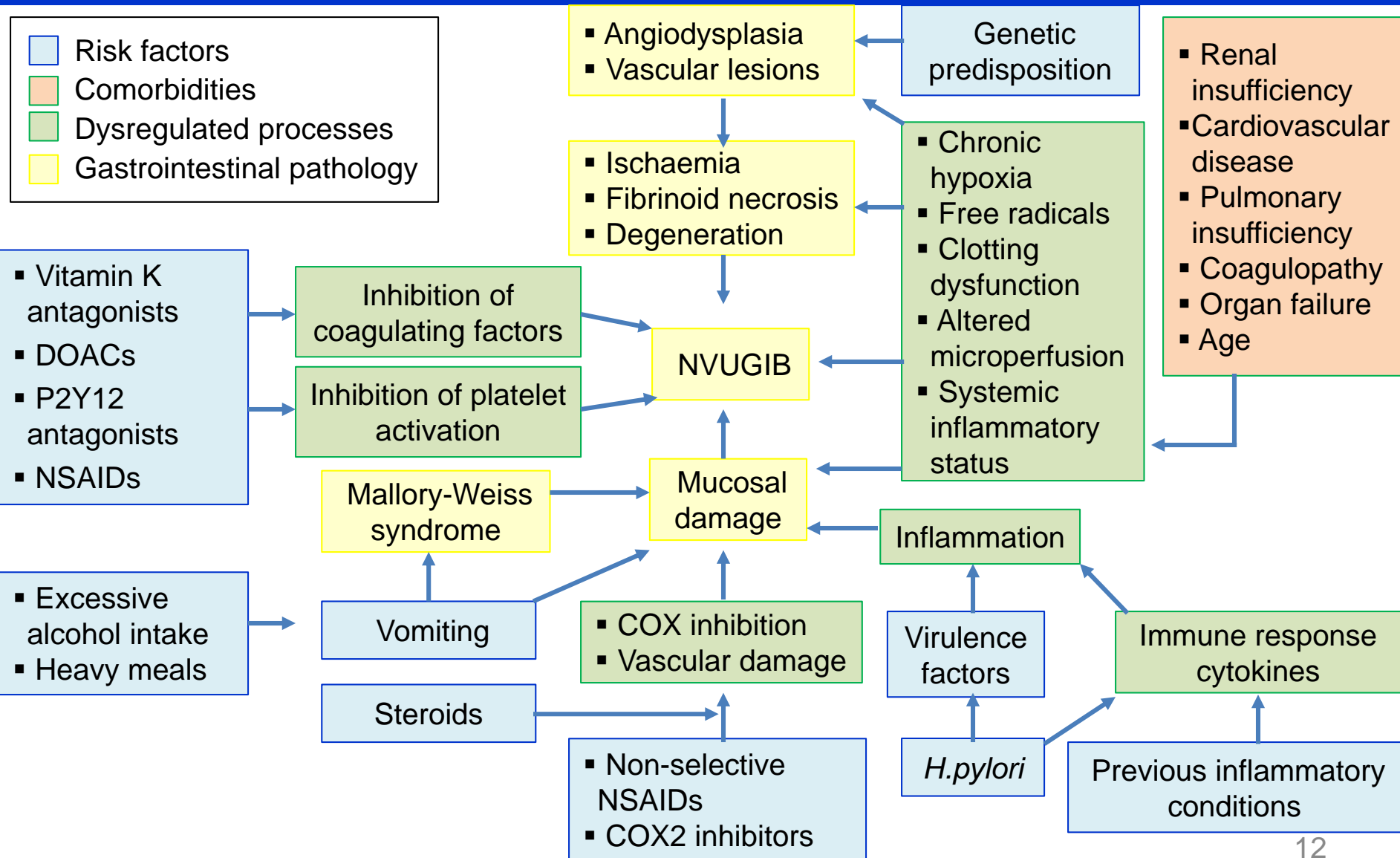
Etiology	DAPT group n (%)	Control group n (%)	P value
Peptic ulcer disease	28 (24.6)	25 (21.9)	0.8
Diverticular bleeding	14 (12.3)	16 (14)	0.9
Esophagitis/gastritis/duodenitis	13 (11.4)	10 (8.8)	0.8
Hemorrhoids	10 (8.8)	15 (13.2)	0.7
Varices	5 (4.4)	14 (12.3)	0.6
AVM	7 (6.1)	9 (7.9)	0.9
Colon polyp	8 (7)	6 (5.3)	0.9
Colitis	6 (5.3)	6 (5.3)	1
Colon ulcer	4 (3.5)	2 (1.8)	0.9
Colon cancer	2 (1.8)	2 (1.8)	1
UGI polyp/cancer	1 (0.9)	3 (2.6)	Too few
Other	1 (0.9)	7 (6.1)	Too few
None	26 (22.8)	6 (5.3)	0.3 ¹⁰

Mechanisms of upper GI bleeding induced by NSAIDs, Low-dose Aspirin (LDA) or *H.pylori* infection



Complex pathophysiology of NVUGIB

Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. 2018 Springer Nature



CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

XHTH	nhẹ	trung bình	nặng
Máu mất	<1 L	1–2 L	≥2 L
Huyết áp	bình thường	giới hạn dưới bình thường	hạ áp
Hạ áp tư thế	không	có thể	chắc chắn
Mạch nhanh	không	vừa phải	nhiều
Da	ấm, tươi máu tốt	đỏ mồ hôi	mát – lạnh, ẩm ướt
Nhịp thở	bình thường	bình thường/ ↓ nhẹ	bất thường
Nước tiểu	bình thường	giảm	vô niệu
Tri giác	tỉnh/lo âu	lo âu	lẫn lộn/ngủ gà

Forest: khả năng chảy máu tái phát

Ia	máu đang phun ra	80–90%
Ib	máu đang rỉ ra	10–30%
IIa	lộ mạch	50-60%
IIb	cục máu đông bám	25-35%
IIc	cặn máu đen	0-8%
III	ổ loét đáy sạch	0-12%

Risk prediction using the Forrest classification

Klein A. Acute, nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Curr. Opin. Crit. Care* 21, 154–162 (2015)

Endoscopic stigmata	Forrest	Risk of persistent bleeding or rebleeding without endoscopic treatment	Risk of re-bleeding after endoscopic haemostasis	Risk of needing surgery for bleeding without endoscopic treatment	Risk of mortality without endoscopic treatment
<i>Acute bleeding</i>					
Spurting haemorrhage	Ia	Very high	High	High	Low
Oozing haemorrhage	Ib		Very low		
<i>Signs of recent bleeding</i>					
Non-bleeding visible vessel	IIa	High	High	High	Low
Adherent clot	IIb	High	Very low	Low	Low
Flat pigmented spo	IIc	Low	Not applicable	Very low	Very low
<i>Lesion without active bleeding or signs of bleeding</i>					
Clean base	III	Very low	Not applicable	Extremely low	Very low

Xử trí

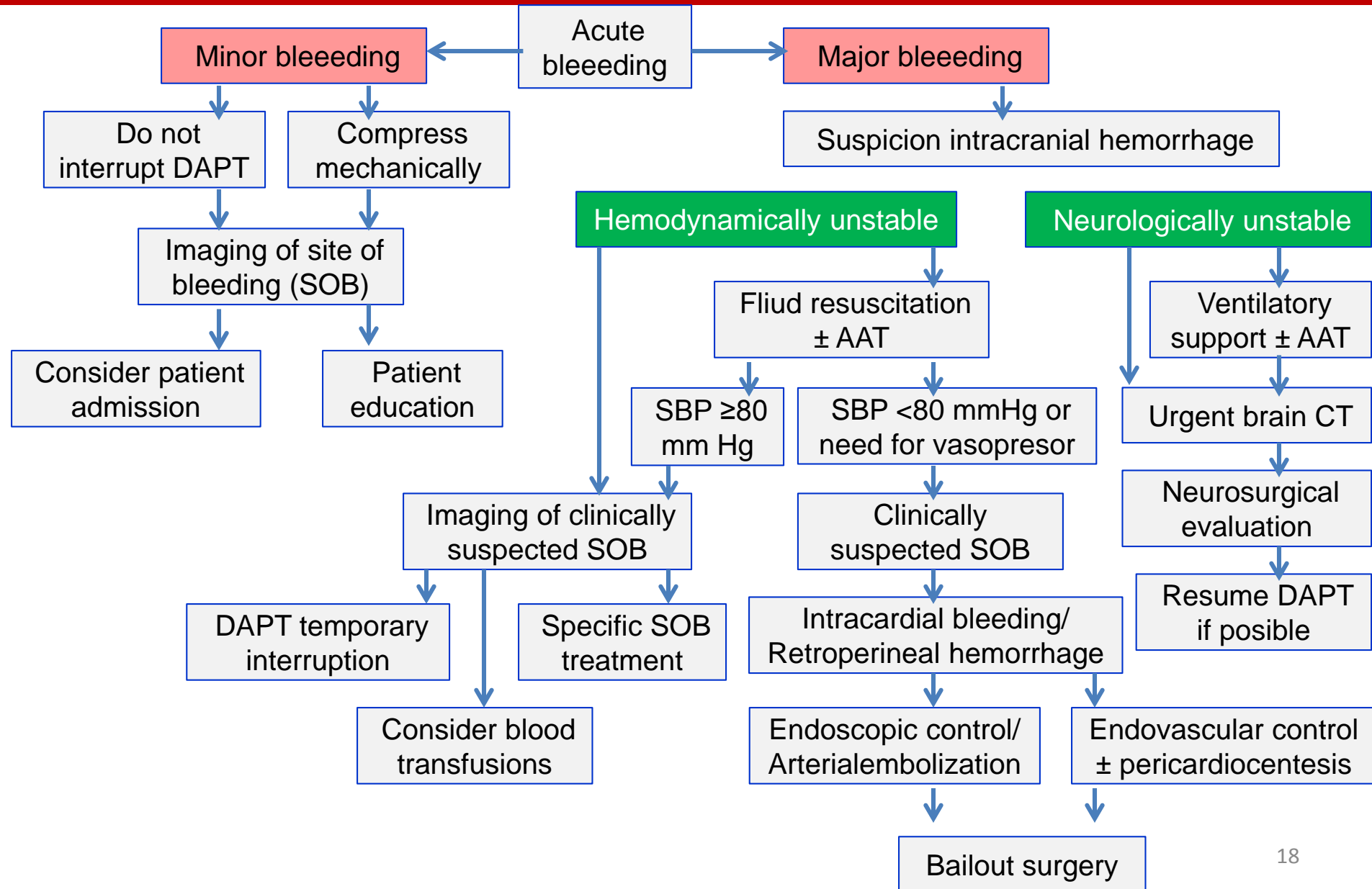
Management of Bleeding After Recent Stenting

General stages of bleeding management

1. Assessment of bleeding entity
2. Determination of hemodynamic/neurological condition
3. Stabilization — Anti-antithrombotic therapy (AAT)
4. Imaging of clinically suspected site of bleeding (SOB)
5. Local bleeding control if possible or specific treatment of SOB — blood transfusions
6. Consider bailout surgery
7. Resume DAPT as soon as possible

Management of Bleeding After Recent Stenting

Restenosis, Stent Thrombosis, and Bleeding Complications. JACC, vol 71, I 15, April 2018



KEY MESSAGE

- Chảy máu nhẹ có thể tiếp tục sử dụng DAPT.
- Chảy máu vừa phải: cân nhắc ngừng DAPT và tiếp tục điều trị kháng tiểu cầu đơn.
- Chảy máu nghiêm trọng: ngừng tất cả các loại thuốc chống huyết khối.
- Nên khởi động lại liệu pháp chống huyết khối sau khi bị chảy máu, ngoại trừ sau XH nội sọ thùy.
- DAPT nên được bắt đầu lại trong vòng ba ngày, nên xem xét lại thời gian DAPT và chuyển từ ticagrelor / prasugrel sang clopidogrel.

Bleeding while using antiplatelet therapy

XH không đáng kể	XH nhẹ	XH trung bình
<ul style="list-style-type: none">Tiếp tục DAPT	<ul style="list-style-type: none">Tiếp tục DAPTCân nhắc rút ngắn thời gian DAPT hoặc chuyển sang thuốc ức chế ít mạnh hơn P2Y12	<ul style="list-style-type: none">Cân nhắc ngừng DAPT và tiếp tục SAPT, tốt nhất là với thuốc ức chế P2Y12, đặc biệt trong trường hợp XHTH trênSử dụng lại DAPT ngay khi thấy an toàn, tốt nhất là trong vòng 3 ngày <p>Cân nhắc rút ngắn thời gian DAPT hoặc chuyển sang chất ức chế P2Y12 ít mạnh hơn</p>
	<ul style="list-style-type: none">Cân nhắc PPI tiêu mạch nếu XHTH trênPhẫu thuật hoặc nội soi điều trị nguồn chảy máu nếu có thểBù dịchCân nhắc truyền hồng cầu nếu Hb <6 mmol/L	

Bleeding while using antiplatelet therapy

XH nặng

- Cân nhắc ngừng tất cả các thuốc chống huyết khối
- Khi XH ngừng, đánh giá lại nhu cầu DAPT / SAPT
- Nếu dùng lại DAPT, hãy xem xét rút ngắn thời gian DAPT hoặc chuyển sang các chất ức chế P2Y12 ít mạnh hơn

XH đe dọa tính mạng

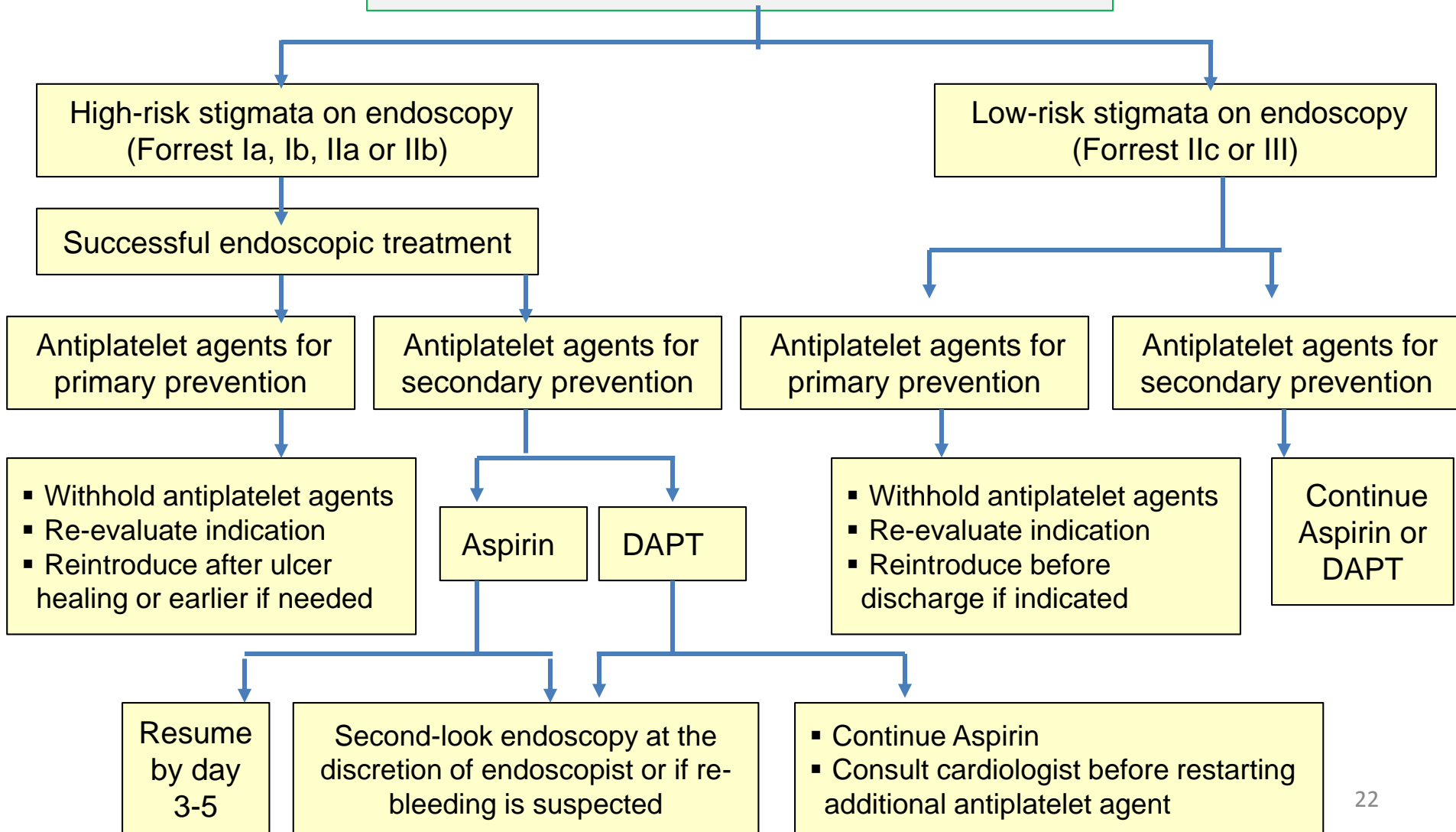
- Ngay lập tức ngừng tất cả các thuốc chống huyết khối
- Khi XH ngừng, đánh giá lại nhu cầu DAPT / SAPT, tốt nhất là với thuốc ức chế P2Y12, đặc biệt là trong trường hợp XHTH trên

- Cân nhắc PPI tiêm mạch nếu XHTH trên
- Phẫu thuật hoặc nội soi điều trị nguồn chảy máu nếu có thể
- Bù dịch
- Cân nhắc truyền hồng cầu nếu Hb <6 mmol/L

Management of NVUGIB in those using antiplatelet agents

Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. 2018 Springer Nature

NVUGIB in patients taking antiplatelet agents



XHTH khi sử dụng liệu pháp kháng tiểu cầu

- ESGE và ESC, khuyên cáo sử dụng aspirin hoặc DAPT để phòng ngừa thứ phát với XHTH trên, tiếp tục aspirin hoặc DAPT nếu nội soi không có đang chảy máu [16,17]. Cân nhắc ngừng aspirin 3 ngày nếu đang chảy máu khi nội soi; nếu đang dùng DAPT, tiếp tục thuốc ức chế P2Y12 và ngừng aspirin trong ba ngày [16,17].
- ACG, XHTH dưới cấp nên tiếp tục dùng aspirin [32]. bệnh nhân đang DAPT, nên ngừng thuốc ức chế P2Y12 trong tối đa 7 ngày, nên tiếp tục dùng aspirin. Nếu bệnh nhân bị ACS trong vòng 90 ngày hoặc đặt stent mạch vành trong vòng 30 ngày thì nên tiếp tục DAPT [32].
- ESC DAPT khuyến cáo nên xem xét rút ngắn thời gian DAPT và chuyển sang DAPT gồm aspirin với clopidogrel [11].

XHTH khi sử dụng liệu pháp kháng tiểu cầu

- ESGE khuyến cáo những bệnh nhân bị XHTH trên, bắt đầu ngay lập tức các thuốc ức chế bơm proton (PPI) tiêm tĩnh mạch liều cao [17] và tiếp tục truyền tĩnh mạch kéo dài 72 giờ sau nội soi [17]. PPI làm giảm đáng kể nguy cơ XHTH trên ở những bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp kháng tiểu cầu. Nên tiếp tục PPI đường uống sau khi xuất viện khi điều trị lại thuốc kháng tiểu cầu [11,16,33-35].

Advice

- Ngừng OAC khi XHTH trung bình hoặc nặng [11,16,17].
- Khởi động lại OAC 7-15 ngày sau XHTH [17,21,30].
- BN có nguy cơ huyết khối cao (van tim cơ học, thiết bị hỗ trợ tim) có thể có hưởng khi sử dụng lại trong tuần đầu tiên [11,17].
- Cân nhắc sử dụng NOAC hoặc apixaban liều thấp ở bệnh nhân XHTH do NOAC [12].
- Những bệnh nhân đang dùng aspirin hoặc DAPT, tiếp tục dùng aspirin hoặc DAPT nếu nội soi thấy không có đang chảy máu [16,17].

Advice

- Cân nhắc ngừng sử dụng aspirin 3 ngày ở BN đang chảy máu khi nội soi. Nếu dùng DAPT, tiếp tục thuốc ức chế P2Y12 và ngừng aspirin trong 3 ngày [16,17].
- Aspirin nên được tiếp tục ở bệnh nhân bị XHTH dưới.
- BN dùng DAPT, ngừng thuốc ức chế P2Y12 trong 7 ngày và tiếp tục dùng aspirin, trừ khi BN bị ACS trong 90 ngày hoặc PCI trong 30 ngày [32].
- Bắt đầu PPI tiêm tĩnh mạch trong trường hợp XHTH trên và tiếp tục PPI đường uống sau xuất viện khi điều trị lại thuốc kháng tiểu cầu [11,17].

The Role of PPIs in Reducing GI Bleeding Associated With Antiplatelet Therapy

- PPI làm giảm bài tiết axit dạ dày kéo dài 36 giờ,[1] thúc đẩy quá trình lành vết loét loét loét niêm mạc, ổn định huyết khối và giảm tỷ lệ chảy máu GI ở bệnh nhân dùng DAPT.
- Một thử nghiệm ngẫu nhiên [2] đánh giá sử dụng DAPT kết hợp với PPI so với sử dụng clopidogrel đơn độc cho thấy ít biến cố tiêu hóa trong nhóm DAPT và PPI (HR 0,34; 95% CI, 0,18-0,63).

1. Laine L. Proton pump inhibitor and clopidogrel interaction: fact or fiction? AJG. 2010;105(1):34–41.
2. Bhatt DL. COGENT Investigators. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. NEJM. 2010;363(20):1909–1917.

HỒI SỨC, ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ & ĐIỀU TRỊ TRƯỚC KHI NỘI SOI

1. XHTHT cấp rối loạn huyết động, hồi sức ngay
- 2a. XHTHT cấp, điểm Glasgow Blatchford ≤ 1 : nguy cơ XH tái phát/tử vong rất thấp, không cần nhập viện/nội soi.
- 2b. XHTHT cấp, không nên sử dụng thang điểm AIMS65.
3. XHTHT cấp, không mắc bệnh tim mạch, nên truyền máu khi Hb < 80 g/L.
4. XHTHT cấp, có bệnh tim mạch, nên truyền máu ở ngưỡng Hb cao hơn so với không bệnh tim mạch.
5. XHTHT cấp, dùng thuốc chống đông máu: nội soi sớm
6. PPI trước nội soi để giảm bớt tổn thương và giảm nhu cầu can thiệp nội soi, nhưng không nên trì hoãn nội soi. ‡

HỒI SỨC, ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ & ĐIỀU TRỊ TRƯỚC KHI NỘI SOI

6. XHTHT cấp, dùng thuốc chống đông máu (thuốc kháng vitamin K, DOAC), đề nghị nội soi sớm (có hoặc không điều trị cầm máu nội soi).
7. Không nên sử dụng thuốc promotility thường qui trước khi nội soi, để tăng hiệu quả chẩn đoán. ‡
8. XH do loét cấp, nguy cơ tái phát thấp dựa lâm sàng và nội soi, có thể được xuất viện sớm sau khi nội soi.
9. PPI trước nội soi có thể được xem xét để giảm bớt tổn thương nội soi và giảm nhu cầu can thiệp nội soi, nhưng không nên trì hoãn nội soi. ‡

ĐIỀU TRỊ NỘI SOI

1. XHTHT cấp, thực hiện nội soi sớm (trong 24 giờ).
2. Điều trị cầm máu nội soi không được chỉ định cho những bệnh nhân có dấu hiệu nguy cơ thấp (loét đáy sạch hoặc chấm đen phẳng ở đáy ổ loét). †
3. Tìm thấy cục máu đông ở đáy ổ loét, tưới rửa và điều trị sang thương gốc. ‡
4. Điều trị nội soi các ổ loét có các cục máu đông dính còn tranh cãi.
5. Điều trị cầm máu nội soi được chỉ định cho bệnh nhân có dấu hiệu nguy cơ cao (đang chảy máu, lộ mạch).
6. Tiêm epinephrine hiệu quả thấp, nên kết hợp với phương pháp khác.

ĐIỀU TRỊ NỘI SOI

7. Điều trị cầm máu bằng nhiệt không vượt trội so với phương pháp khác.
8. Loét XH cấp, có dấu hiệu nguy cơ cao, nên điều trị bằng nội soi nhiệt đông hoặc chích xơ.
9. Loét XH cấp, có dấu hiệu nguy cơ cao, nên điều trị bằng kẹp clip qua nội soi
10. Nội soi thường quy lần hai không được khuyến cáo. ‡
11. Thử điều trị nội soi lần hai thường được khuyến nghị trong các trường hợp XH tái phát. †

ĐIỀU TRỊ THUỐC

1. H2RA không được khuyến cáo cho XH cấp do loét.
2. Somatostatin và octreotide không sử dụng thường qui cho bệnh nhân XH cấp do loét.
3. Loét XH, có dấu hiệu nguy cơ cao, điều trị nội soi thành công, nên điều trị PPI tĩnh mạch liều tấn công và sau đó truyền tĩnh mạch liên tục.
4. Loét XH có nguy cơ tái phát cao (loét cần điều trị nội soi và điều trị PPI liều cao 3 ngày), nên sử dụng PPI uống 2 lần/ngày X 14 ngày, tiếp theo 1 lần/ngày.
5. Bệnh nhân xuất viện, PPI uống liều duy nhất/ngày với liều lượng và thời gian tùy thuộc nguyên nhân.

ĐIỀU TRỊ NỘI VIỆN

1. BN có nguy cơ thấp sau khi nội soi có thể được cho ăn trong vòng 24 giờ. †
2. Hầu hết các bệnh nhân được cầm máu qua nội soi vì có dấu hiệu nguy cơ cao nên được nằm viện ít nhất 72 giờ sau đó. ‡
3. Tư vấn phẫu thuật cho những bệnh nhân bị thất bại với điều trị nội soi. †
5. Bệnh nhân bị loét dạ dày XH nên được thử nghiệm *H.pylori* và được điều trị diệt trừ nếu có, xác nhận loại trừ. ‡
6. Các thử nghiệm chẩn đoán *H.pylori* âm tính trong bệnh cảnh cấp tính nên được lặp lại. ‡

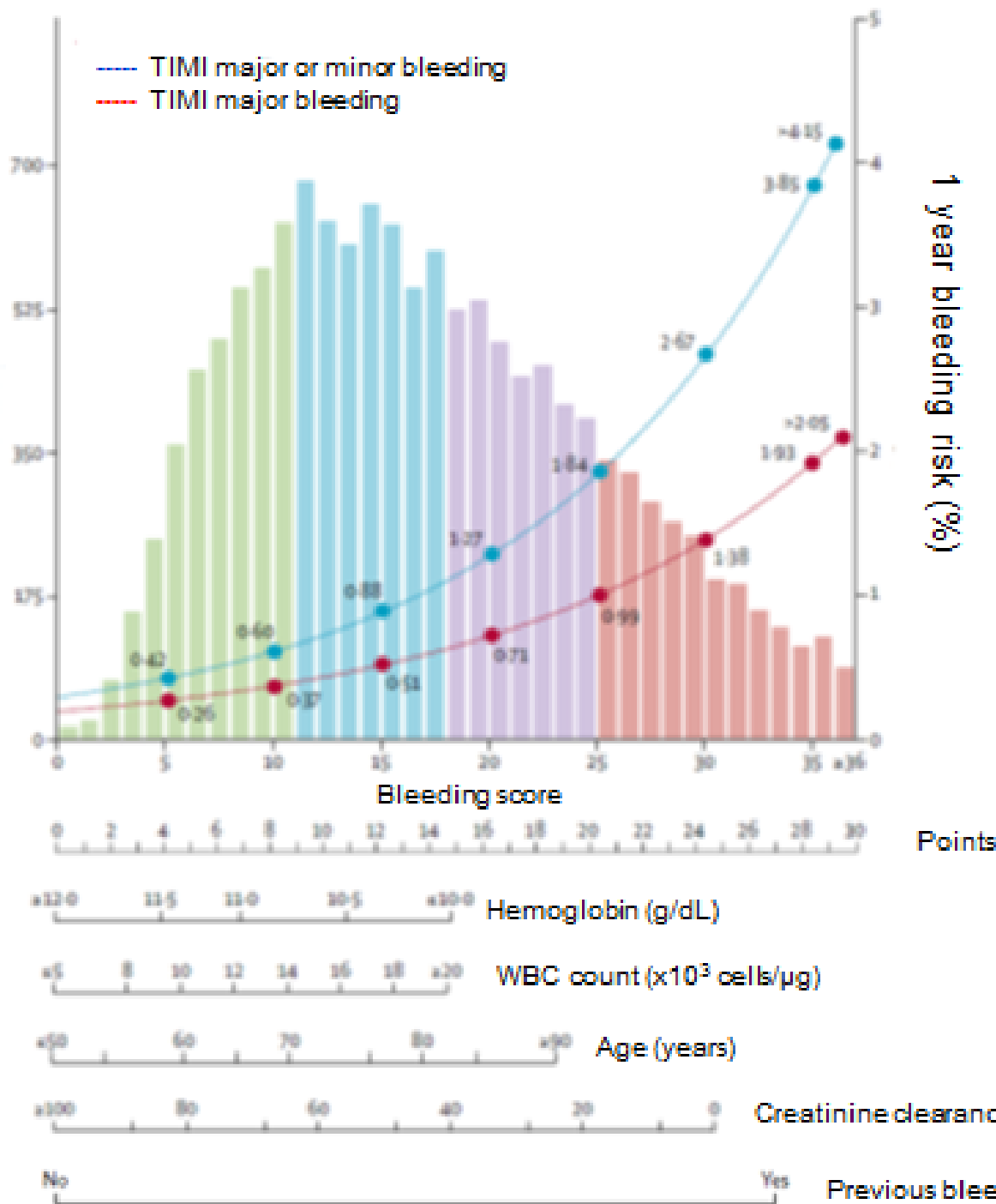
DỰ PHÒNG XUẤT HUYẾT

YẾU TỐ NGUY CƠ XUẤT HUYẾT

- Các yếu tố làm tăng nguy cơ XH: tuổi >75, tiền căn XH, suy tim, bệnh động mạch ngoại biên, tăng huyết áp, chức năng gan/thận bất thường và đột quy. Các yếu tố góp phần khác gồm sử dụng steroid kéo dài, hút thuốc, nghiện rượu, thiếu máu và bệnh ác tính.¹
- Xác định BN có nguy cơ XH khi bắt đầu DAPT sử dụng điểm PRECISE-DAPT: tuổi, độ thanh thải creatinin, huyết sắc tố, số lượng bạch cầu và XH trước đó.²
- Kết hợp điểm PRECISE-DAPT, kiến thức về giải phẫu mạch vành và tình trạng lâm sàng giúp lựa chọn liệu pháp và thời gian điều trị phù hợp.³

1. Mehran R. Cessation of dual anti-platelet treatment and cardiac events after PCI. Lancet 2013;382:1714–1722.
2. Costa F. Derivation and validation of the predicting bleeding complications in patients undergoing stent implantation and subsequent dual anti-platelet therapy (PRECISEDAPT) score. Lancet 2017;389:1025–1034.
3. Binder RK. Duration of DAPT after coronary artery stenting. EHJ 2015;36:1207–1211..

Number of patients



The
PRECISE-
DAPT score
nomogram
for bedside
application

Risk of GI
Bleeding
following
Myocardial
Infarction
in Patients
Treated
With DAPT:
A
Nationwide
Cohort
Study.
Circulation.
2017;136:A
19839

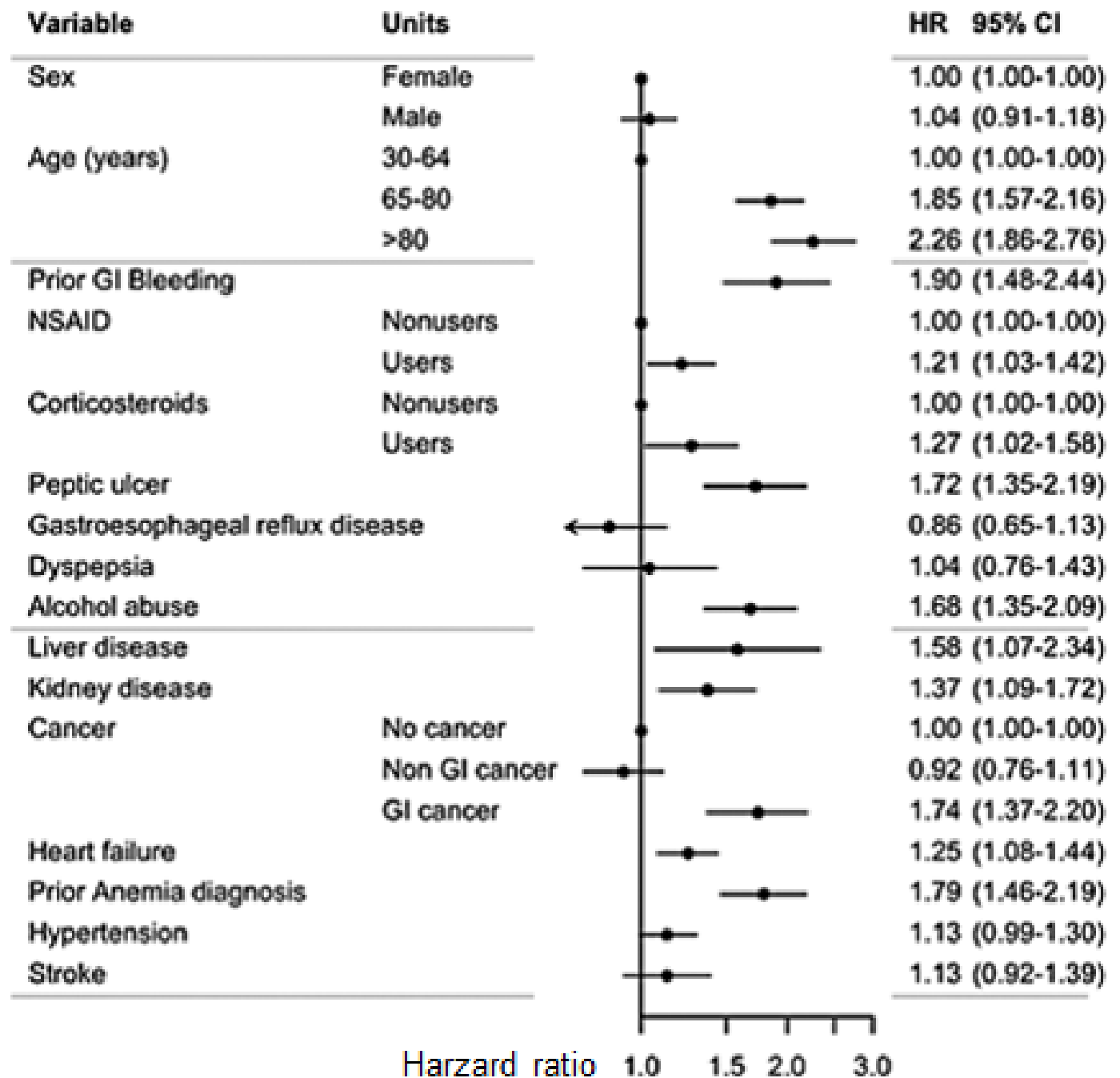


Table 4. Recommendations for Prevention of NSAID-Related Ulcer Complications

<i>Cardiovascular risk</i>	<i>Gastrointestinal risk*</i>	<i>Recommendation</i>
		<i>American College of Gastroenterology²²</i>
Low	Low	NSAID
	Moderate	NSAID plus PPI or misoprostol (Cytotec)
	High	Alternative therapy if possible, or COX-2 inhibitor plus PPI or misoprostol
High	Low	Naproxen plus PPI or misoprostol
	Moderate	Naproxen plus PPI or misoprostol
	High	Avoid NSAID and COX-2 inhibitor; alternative therapy

COX-2 = cyclooxygenase-2; NSAID = nonsteroidal anti-inflammatory drug; PPI = proton pump inhibitor.

*—Risk factors for peptic ulcers from NSAID use include older age; use of high-dose NSAID; use of aspirin, anticoagulants, or corticosteroids; and history of ulcer. Low risk = no risk factors; moderate risk = 1 or 2 risk factors; high risk = > 2 risk factors or history of previous complicated ulcer.

Information from references 22 and 24.

DỰ PHÒNG THỬ PHÁT

1. Những BN bị XH do loét trước đó, được điều trị dự phòng tim mạch bằng liệu pháp kháng tiểu cầu đơn hoặc kép, nên sử dụng PPI kèm
2. Những BN bị XH do loét trước đó, cần điều trị dự phòng tim mạch liên tục bằng liệu pháp chống đông máu (thuốc đối kháng vitamin K, DOAC), nên sử dụng PPI kèm

Kết luận

- Sử dụng DAPT có khả năng XH cao hơn đáng kể do viêm đường tiêu hóa trên
- Xử trí tốt nhất trong XHTH khi đang dùng DAPT: tích cực tìm nguyên nhân gây XH và điều trị. Khi kiểm soát tốt nguyên nhân XH, việc tiếp tục DAPT dễ dàng hơn
- Bệnh nhân điều trị DAPT bị XHTH trên, ít nhất một thuốc chống tiểu cầu phải được sử dụng lại
- Cần theo dõi cẩn thận và thường xuyên để đảm bảo không có chảy máu mới
- Sử dụng PPI thời gian dài là an toàn, ngăn ngừa XHTH ở những bệnh nhân này

The background of the slide is decorated with several potted plants. There are five plants in the top row, two in the middle row (flanking the central text box), and five in the bottom row. The plants are in light-colored pots and have green leaves. Some have red heart-shaped flowers, while others have brown, spiral-shaped flowers.

Trân Trọng Cảm Ơn