

Xử trí **XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA**
ở bệnh nhân đang dùng **DAPT**
Góc nhìn của bác sĩ Tiêu hóa

Võ Thị Mỹ Dung
ĐHYD TP HCM

Nội dung

- Đại cương
- Đánh giá mức độ xuất huyết
- Xử trí xuất huyết tiêu hóa (XHTH) ở bệnh nhân (BN) đang điều trị kháng tiểu cầu
- Dự phòng XHTH ở BN đang điều trị kháng tiểu cầu
- Kết luận

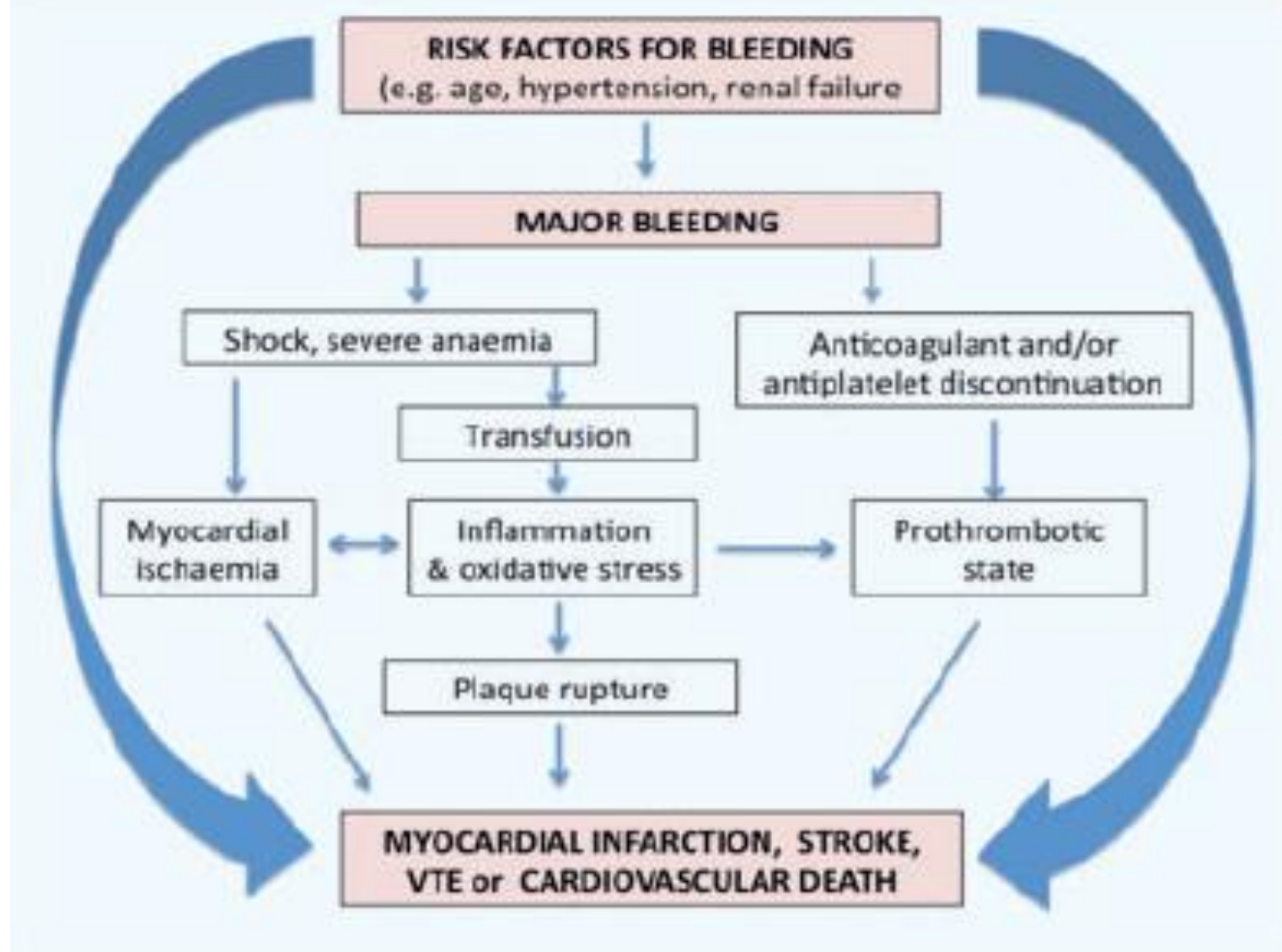
Đại cương

- Điều trị DAPT, với aspirin & dẫn xuất thienopyridine có tác dụng ức chế thụ thể tiểu cầu P2Y₁₂ ADP, là điều trị tiêu chuẩn và nền tảng trong phòng ngừa thứ phát ở BN bị hội chứng vành cấp (ACS) hoặc can thiệp mạch vành qua da (PCI)
- Biến chứng XH thường gặp ở BN được điều trị thuốc chống đông đường uống và điều trị kháng tiểu cầu, tỉ lệ XH rõ # 5% / năm¹⁻⁸.

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 & 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.

Hypothetical mechanisms linking bleeding to thrombotic events and death. Numerous risk factors for bleeding are also risk factors for myocardial infarction, stroke and death

Management of antithrombotic therapy after bleeding in patients with CAD and/or atrial fibrillation



Đại cương

- Biến chứng XH có liên quan đến tăng nguy cơ của những kết cục bất lợi tiếp theo, gồm MI, đột quy, huyết khối stent và tử vong ở BN bị ACS hoặc PCI¹⁻⁶ và trong điều trị chống huyết khối lâu dài^{7,8}
 - XHTH là nguyên nhân phổ biến⁹⁻¹¹ & khiến ngừng điều trị kháng tiểu cầu sớm, gây ra nguy cơ nghiêm trọng trong thời gian nằm viện và sau khi ra viện
- Mục tiêu: Điều trị và phòng ngừa XHTH ở bệnh nhân đang điều trị kháng tiểu cầu kép

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.
9. Halvorsen S. Management of antithrombotic therapy after bleeding in patients with CAD and/or atrial fibrillation. EHJ. 2017;38(19):1455–62.
10. Gralnek IM. Diagnosis and management of nonvariceal upper GI hemorrhage. Endoscopy. 2015;47(10):a1–a46.
11. Sung JJ. Continuation of low-dose aspirin therapy in peptic ulcer bleeding: a randomized trial. Ann Intern Med. 2010;152(1):1–9

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ XUẤT HUYẾT

Bleeding Academic Research Consortium (BARC) 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

BARC Definition for Bleeding

- Type 3:

3a:

- XH rõ kèm ↓ Hb từ 3 – <5 g / dL (do XH)
- Truyền máu do XH

3b:

- XH rõ kèm ↓ Hb ≥ 5 g / dL (do XH)
- Chèn ép tim
- XH cần can thiệp phẫu thuật (trừ răng/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

BARC 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

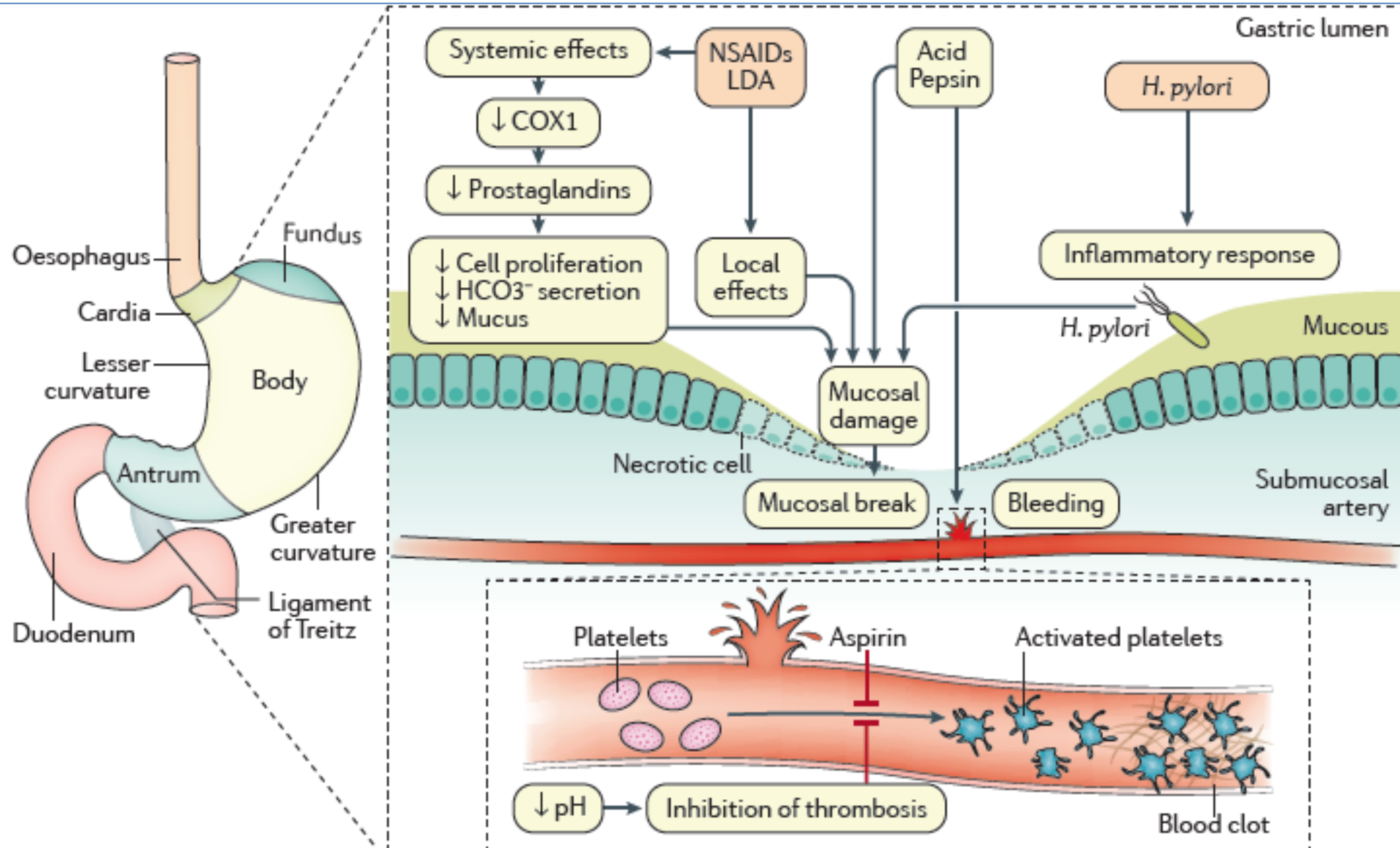
Etiology of GI bleeding by case control status

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

Etiology 125/111	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)	ND
Other	1 (0.9)	7 (6.1)	ND
None	26 (22.8)	6 (5.3)	0.3 ¹⁰

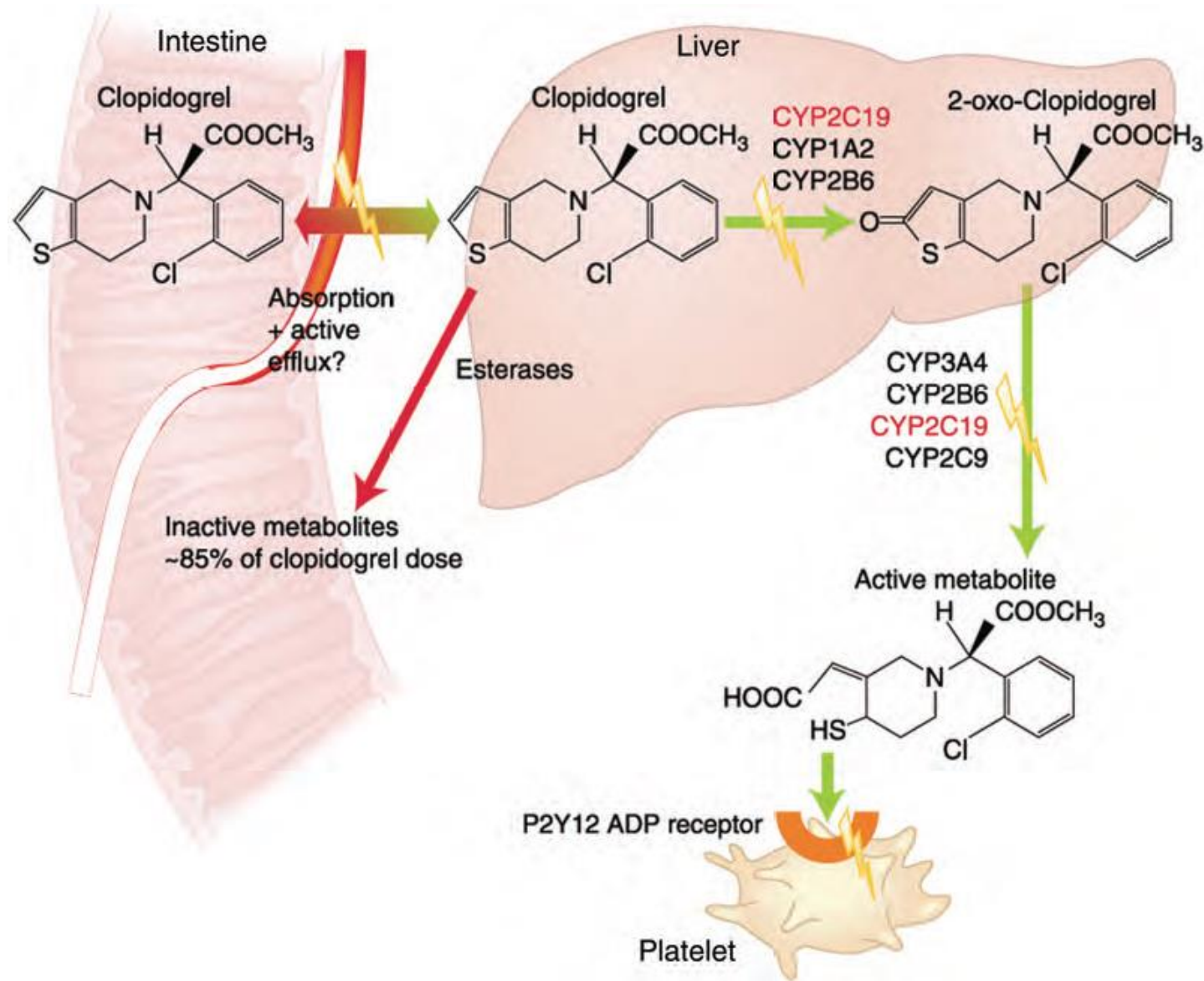
Mechanisms of upper GI bleeding induced by NSAIDs, Low-dose Aspirin (LDA) or *H.pylori* infection

Non-variceal upper gastrointestinal bleeding (NVUGIB). 2018 Springer Nature



Two-step metabolic activation of clopidogrel

Expert position paper on the use of PPI in patients with CVD and antithrombotic therapy



Pathophysiology of NVUGIB

Non-variceal upper gastrointestinal bleeding (NVUGIB). 2018 Springer Nature

- Risk factors
- Comorbidities
- Dysregulated processes
- Gastrointestinal pathology

- Vitamin K antagonists
- DOACs
- P2Y12 antagonists
- LDA
- NSAIDs

- Excessive alcohol intake
- Heavy meals

NVUGIB: XHTH trên không do vỡ tĩnh mạch thực quản

Inhibition of coagulating factors

Inhibition of platelet activation

Mallory-Weiss syndrome

Vomiting

Steroids

- Angiodysplasia
- Vascular lesions

- Ischaemia
- Fibrinoid necrosis
- Degeneration

NVUGIB

Mucosal damage

- COX inhibition
- Vascular damage

- Non-selective NSAIDs
- Low-dose Aspirin (LDA)
- COX2 inhibitors

Genetic predisposition

- Chronic hypoxia
- Free radicals
- Clotting dysfunction
- Altered microperfusion
- Systemic inflammatory status

- Renal insufficiency
- Cardiovascular disease
- Pulmonary insufficiency
- Coagulopathy
- Organ failure
- Age

Inflammation

Virulence factors

H.pylori

Immune response cytokines

Previous inflammatory conditions

Adjusted odds ratios (95% confidence interval) for etiology of GI bleeding in DAPT versus control groups

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

Etiology	Odds ratio (95% CI)
Peptic ulcer disease	1.1 (0.22-5.14)
Varices	3.5 (0.14-92.30)
Hemorrhoids	0.2 (0.02-1.61)
Esophagitis/gastritis/duodenitis	14.0 (1.40-140.36)
Polyps	0.2 (0.01-2.52)
Other	1.3 (0.11-16.61)

CHẨN ĐOÁN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

- Điều trị kháng tiểu cầu có thể gây XHTH, đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi
- XHTH trên được xác định bởi **nôn ra máu** và/hoặc **tiêu phân đen**, giảm nồng độ **hemoglobin** ít nhất 2 g/dL và được xác nhận bằng **nội soi** phát hiện loét dạ dày gây chảy máu
- Loét do điều trị kháng tiểu cầu thường không có triệu chứng rối loạn tiêu hóa

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

Forrest: khả năng chảy máu tái phát

Forrest	Dấu hiệu trên nội soi	Khả năng XH 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)

Lanas A. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. 2018 Macmillan Publishers Limited, Springer Nature

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 spot	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 transfusion
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



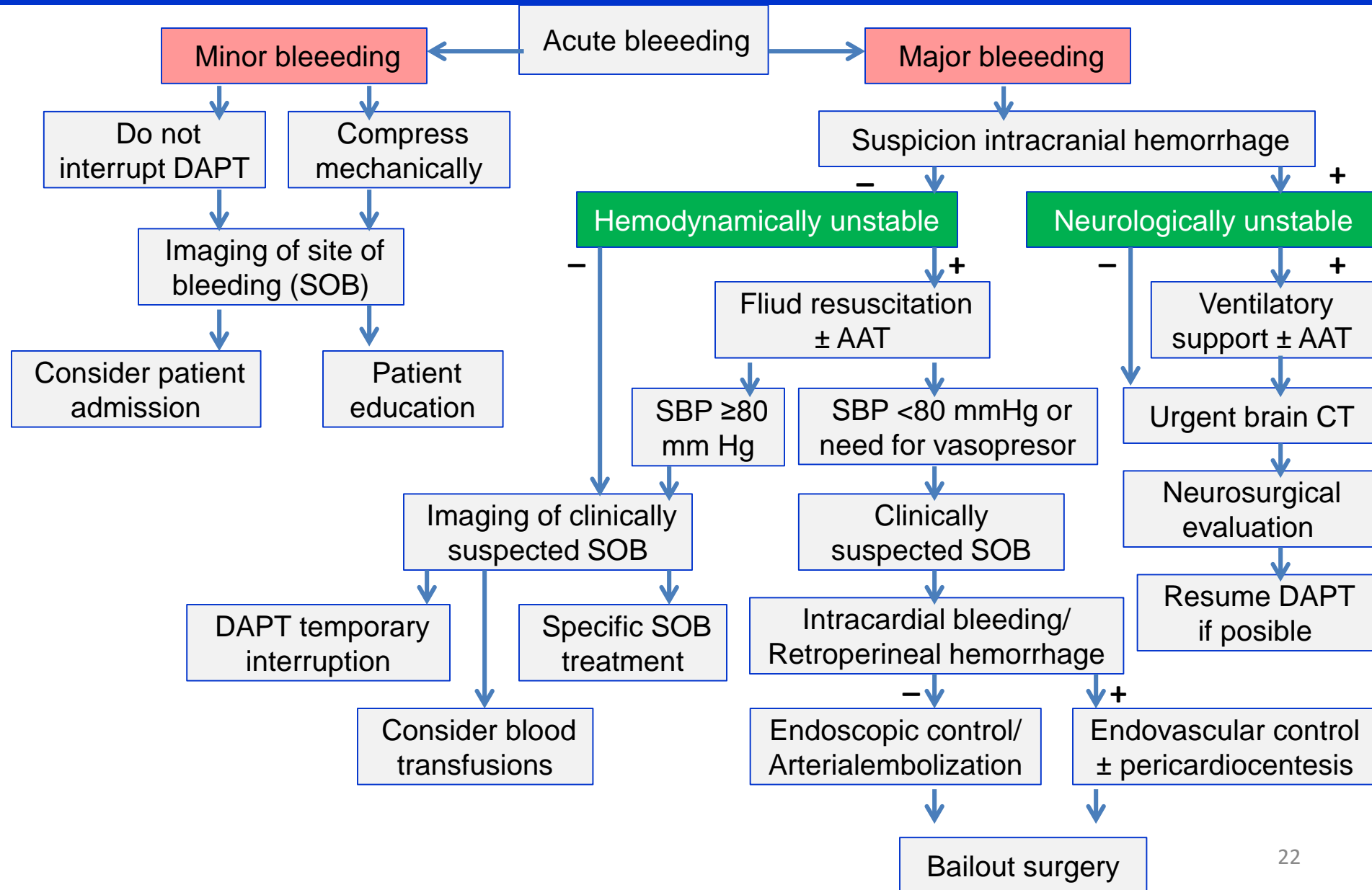
Gastrointestinal,
Genitourinary tract
bleedings,
Intra-articular,
Intramuscular,
Superficial, etc.,
but not meeting the
criteria for major bleeding

Intracranial hemorrhage,
Retroperitoneal hemorrhage,
bleeding that led to clinically
significant disability
(e.g., intraocular bleeding
with vision loss), bleeding
causing hypovolemic shock
or severe hypotension

+

Management of Bleeding After Recent Stenting

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



KEY MESSAGE

- Xuất huyết nhẹ có thể tiếp tục sử dụng DAPT
- Xuất huyết trung bình: cân nhắc ngừng DAPT và tiếp tục điều trị kháng tiểu cầu đơn
- Xuất huyết nặng: 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>

- Cân nhắc PPI tiêu 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

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

High-risk stigmata on endoscopy
(Forrest Ia, Ib, IIa or IIb)

Successful endoscopic treatment

Antiplatelet agents for
primary prevention

Antiplatelet agents for
secondary prevention

- Withhold antiplatelet agents
- Re-evaluate indication
- Reintroduce after ulcer healing or earlier if needed

Aspirin

DAPT

Resume
by day
3-5

Second-look endoscopy at the
discretion of endoscopist or if re-
bleeding is suspected

Low-risk stigmata on endoscopy
(Forrest IIc or III)

Antiplatelet agents for
primary prevention

Antiplatelet agents for
secondary prevention

- Withhold antiplatelet agents
- Re-evaluate indication
- Reintroduce before discharge if indicated

Continue
Aspirin or
DAPT

- Continue Aspirin
- Consult cardiologist before restarting additional antiplatelet agent

Xử trí XHTH: góc nhìn của BSTH

- Hồi sức nội khoa trước nội soi
 - Nhu cầu truyền máu
 - Điều trị PPI
- Nội soi sớm
- Điều trị sau nội soi
 - Điều trị PPI
 - Điều trị thuốc kháng tiểu cầu ?

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, **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 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 & giảm nhu cầu can thiệp nội soi, nhưng không nên trì hoãn nội soi

Glasgow Blatchford	Chỉ điểm nguy cơ lúc nhập viện	Điểm
BUN – mg/dl	≥18,2 - <22,4	2
	(≥22,4 - <28	3
	≥28 - <70	4
	≥70	6
Haemoglobin nam	≥ 12 - < 13	1
(g/dl)	≥ 10 - < 12	3
	< 10	6
Haemoglobin nữ	≥ 10 - < 12	1
(g/dl)	< 10	6
HA tâm thu (mmHg)	100 – 109	1
	90 – 99	2
	< 90	3
Các chỉ điểm khác	Mạch ≥ 100 (/phút)	1
	Có tiêu phân đen	1
	Có ngất xỉu	2
	Có bệnh gan	2
	Có bệnh tim	2

Tác động của truyền máu

- XHTH nặng thường cần truyền hồng cầu
- Truyền máu hồng cầu để tăng cung cấp oxy, làm tăng quá trình oxy hóa mô, tránh các tác động nghiêm trọng của thiếu oxy, nhưng truyền máu có thể có tác động có hại tiềm ẩn ¹
- Truyền máu hạn chế (truyền máu khi Hb <7 g/dL) có kết quả tốt hơn đáng kể so với truyền máu tự do (truyền máu khi Hb <9 g/dL ²
- XHTH cấp, không bệnh tim mạch nên truyền máu khi Hb <80 g/L, có bệnh tim mạch nên truyền máu ở ngưỡng Hb cao hơn ³

1. Doyle BJ. Bleeding, blood transfusion, and increased mortality after PCI: implications for contemporary practice. J Am Coll Cardiol. 2009;53:2019–2027.
2. Villanueva C. Transfusion strategies for acute upper GI bleeding. N Engl J Med. 2013;368:11–21.
3. Management of Nonvariceal Upper GI Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group *Ann Intern Med*. Annals.org on 22 October 2019

Sử dụng PPI trong XHTH trên

- Bắt đầu ngay lập tức các PPI tiêm tĩnh mạch liều cao và tiếp tục truyền tĩnh mạch kéo dài 72 giờ sau nội soi ¹
- PPI làm giảm đáng kể nguy cơ XHTH trên ở BN được điều trị bằng liệu pháp kháng tiểu cầu ¹
- PPI làm giảm bài tiết axit dạ dày kéo dài 36 giờ,² thúc đẩy quá trình lành vết loét & mòn niêm mạc, ổn định huyết khối & giảm tỷ lệ XHTH ở BN dùng DAPT

1. A practical guide on how to handle patients with bleeding events while on oral antithrombotic treatment. Neth Heart J (2018) 26:341–351
2. Laine L. Proton pump inhibitor and clopidogrel interaction: fact or fiction? AJG. 2010;105(1):34–41.

ĐIỀU TRỊ NỘI SOI

1. XHTHT cấp, thực hiện **nội soi sớm (trong 24 giờ)**
2. Nội soi cầm máu không được chỉ định cho BN nguy cơ thấp (loét đáy sạch, chấm đen phẳng ở đáy)
3. Nội soi điều trị loét có cục máu đông bám còn tranh cãi
4. **Nội soi cầm máu** được chỉ định cho BN có dấu hiệu nguy cơ cao (đang chảy máu, lộ mạch)
5. Chích cầm máu bằng epinephrine hiệu quả thấp
6. Cầm máu bằng nhiệt không hơn phương pháp khác
7. Loét XH cấp, có dấu hiệu nguy cơ cao, nên điều trị kẹp clip qua nội soi, chích xơ, nhiệt đông
8. Nội soi thường quy lần hai không được khuyến cáo
9. Nội soi điều trị lần hai trong trường hợp XH tái phát

Điều trị PPI sau nội soi

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 (cần điều trị nội soi và PPI liều cao 3 ngày), sau đó 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 kháng tiểu cầu

- Theo ESGE và ESC, để phòng ngừa XHTH trên tái phát khi đang sử dụng aspirin hoặc DAPT
 - Nội soi không chảy máu: tiếp tục aspirin / DAPT
 - Nếu nội soi đang chảy máu và đang dùng DAPT: tiếp tục thuốc ức chế P2Y12 và ngừng aspirin 3 ngày
- Theo ACG, XHTH dưới cấp: tiếp tục dùng aspirin
 - BN đang dùng DAPT, nên ngừng thuốc ức chế P2Y12 tối đa 7 ngày, nên tiếp tục dùng aspirin
 - Nếu BN bị ACS trong vòng 90 ngày hoặc đặt stent mạch vành trong vòng 30 ngày thì nên tiếp tục DAPT
- Theo ESC, nên rút ngắn thời gian DAPT và chuyển sang DAPT gồm aspirin & clopidogrel

Algorithm for the management of patients with acute upper GI hemorrhage who are using antiplatelet agent(s)

Nonvariceal upper GI hemorrhage_European Society of Gastrointestinal Endoscopy 2018

Acute upper GI hemorrhage in a patient using antiplatelet agent(s) (APA)

Upper GI endoscopy demonstrates a nonvariceal source of bleeding (peptic ulcer bleed)

High risk endoscopic stigmata identified (Fla, Flb, FIIa, FIIb)

APA used for primary prophylaxis

- Withhold low dose acetylsalicylic acid (ASA)
- Re-evaluate risks and benefits of ongoing low dose ASA use
- Resume low dose ASA after ulcer healing or earlier if clinically indicated

APA used for secondary prophylaxis (known cardiovascular disease)

1 Patients on low dose ASA alone

- Resume low dose ASA by day 3 following index endoscopy
- Second-look endoscopy at the discretion of the endoscopist may be considered

2 Patients on DAPT

- Continue low dose ASA without interruption
- Early cardiology consultation for recommendation on resumption/ continuation of second APA
- Second-look endoscopy at the discretion of the endoscopist may be considered

Algorithm for the management of patients with acute upper GI hemorrhage who are using antiplatelet agent(s)

Nonvariceal upper GI hemorrhage_European Society of Gastrointestinal Endoscopy 2018

Acute upper GI hemorrhage in a patient using antiplatelet agent(s) (APA)

Upper GI endoscopy demonstrates a nonvariceal source of bleeding (peptic ulcer bleed)

Low risk endoscopic stigmata identified (FIIc, FIII)

APA used for primary prophylaxis

- Withhold low dose ASA
- Re-evaluate risks and benefits of ongoing low dose ASA use
- Resume low dose ASA at hospital discharge if clinically indicated

APA used for secondary prophylaxis (known cardiovascular disease)

1 Patients on low dose ASA alone

- Continue low dose ASA without interruption

2 Patients on dual antiplatelet therapy (DAPT)

- Continue DAPT without interruption

ĐIỀU TRỊ NỘI VIỆN

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

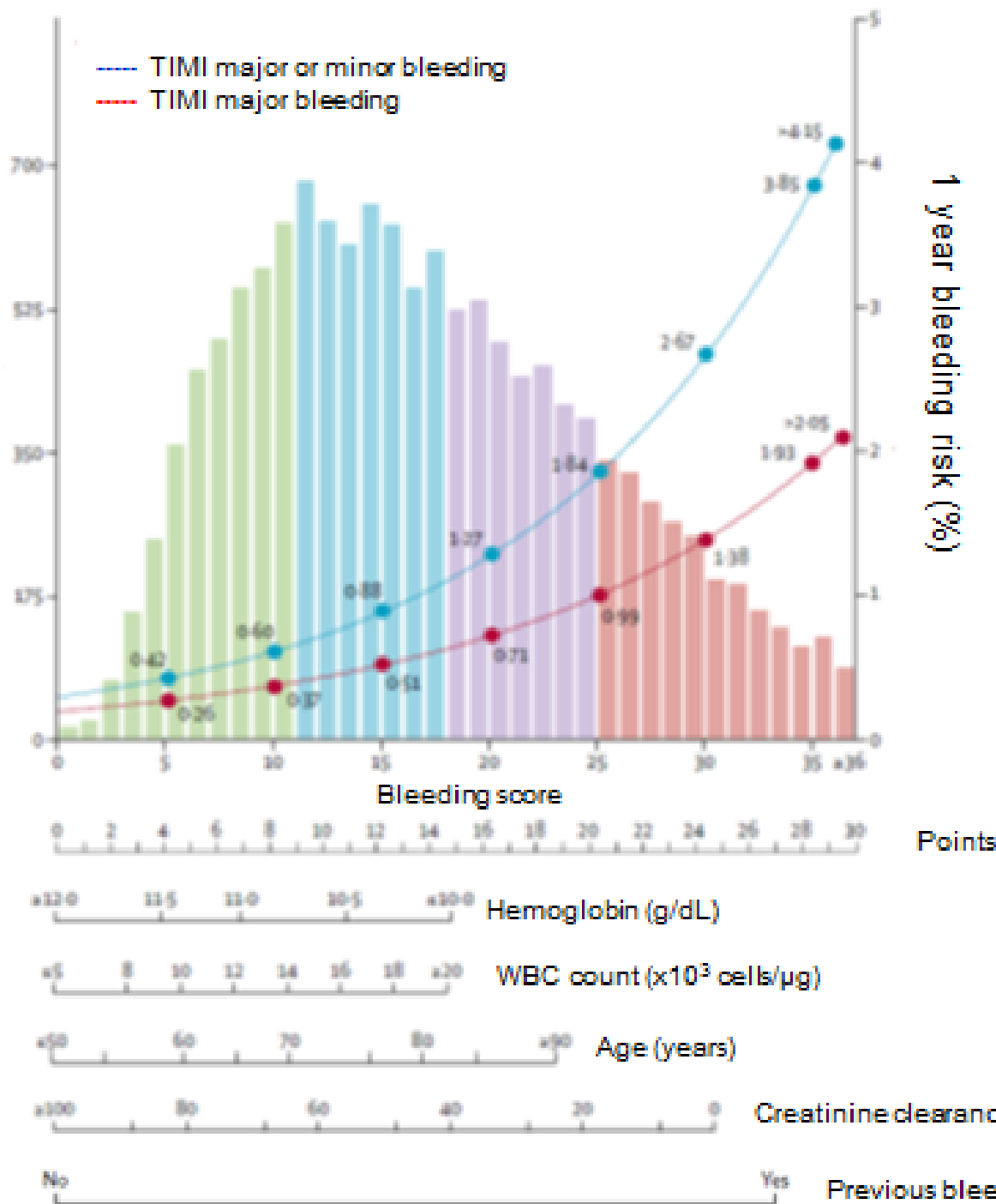
DỰ PHÒNG XUẤT HUYẾT

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 & đột quỵ. Các yếu tố góp phần khác gồm sử dụng steroid kéo dài, hút thuốc, nghiện rượu, thiếu máu & bệnh ác tính.¹
- Sử dụng điểm PRECISE-DAPT để xác định nguy cơ XH khi bắt đầu 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 giải phẫu mạch vành & tình trạng lâm sàng giúp lựa chọn liệu pháp & thời gian phù hợp cho từng cá thể.³

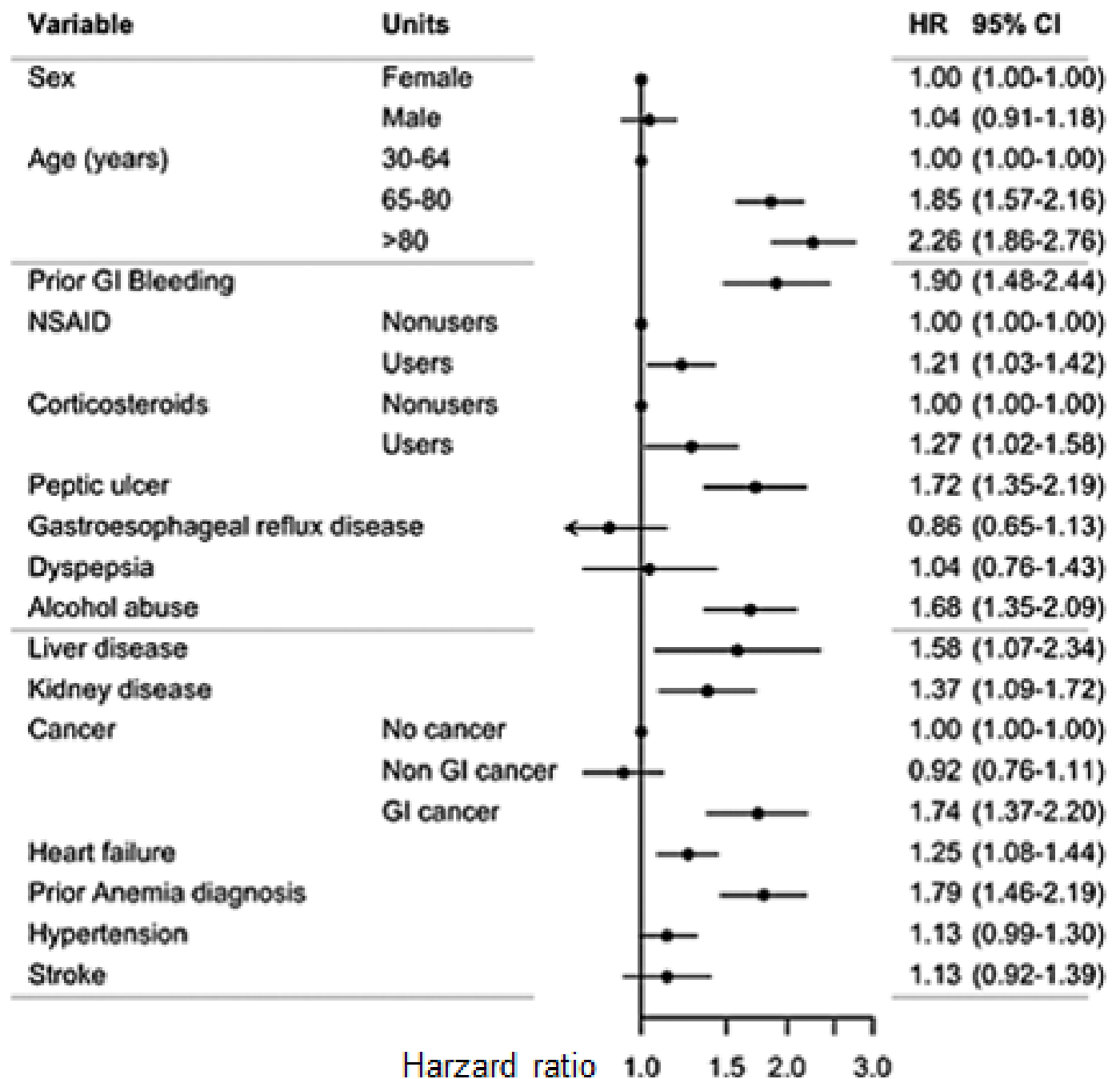
1. Mehran R. Cessation of dual anti-platelet treatment and cardiac events after PCI. Lancet 2013;382:1714–1722.
2. Costa F. Derivation and validation of the predicting bleeding complications in patients undergoing stent implantation and subsequent dual anti-platelet therapy (PRECISEDAPT) score. Lancet 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:A19839



Management of antithrombotic therapy in elective endoscopic procedures with high bleeding risks

Management of patients on antithrombotic agents undergoing emergency and elective endoscopy 2018

Thrombotic risk category	Cardiac events	DAPT in high bleeding risk elective procedures
Very high	ACS or PCI <6 weeks	▶ Defer procedure
High	ACS or PCI 6 weeks–6 months ago	▶ Defer procedure until >6 months after cardiac event if possible
		▶ If elective procedure is deemed necessary within 6 months:
		▶ Continue aspirin
		▶ Withhold P2Y12 receptor inhibitors 5 days before
		▶ Resume P2Y12 receptor inhibitors after adequate haemostasis
Moderate to low	ACS or PCI >6 months ago;	▶ Continue aspirin
	stable coronary artery disease	▶ Withhold P2Y12 receptor inhibitors 5 days before
		▶ Resume P2Y12 receptor inhibitors after adequate haemostasis

The proton pump inhibitor treatment algorithm in patients with acute coronary syndrome.

ACS treated with DAPT in patients with a history of GI hemorrhage or peptic ulcer, and/or or multiple other risk factors for GI bleeding (*Helicobacter pylori* infection, age > 65 years, concurrent use of anticoagulants or steroids)

Prasugrel
Ticagrelor

Any PPI

Clopidogrel

PPI with less CYP2C19
inhibitory capacity
(Pantoprazole) rather than a
PPI with high CYP2C19
inhibitory capacity
(Omeprazole)

Warfarin

Any PPI, with
careful INR
monitoring

DỰ PHÒNG XUẤT HUYẾT TÁI PHÁT

- 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 đồng thời ¹
- Ở BN được điều trị kháng tiểu cầu, việc sử dụng đồng thời PPI có liên quan với giảm đáng kể nguy cơ XHTH trên ở người sử dụng LDA & clopidogrel ²
- PPI đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc ngăn chặn XHTH trên tái phát sau khi đã ổn định, giúp tránh ngưng sử dụng DAPT sớm ³

1. Management of Nonvariceal Upper GI Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group *Ann Intern Med*. Annals.org on 22 October 2019
2. Lanas A. Nitrovasodilators, low-dose aspirin, other nonsteroidal antiinflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. *NEJM*. 2000;343:834–839.
3. Ng FH. Management and outcome of peptic ulcers or erosions in patients receiving a combination of aspirin plus clopidogrel. *J Gastroenterol*. 2008;43:679–686.

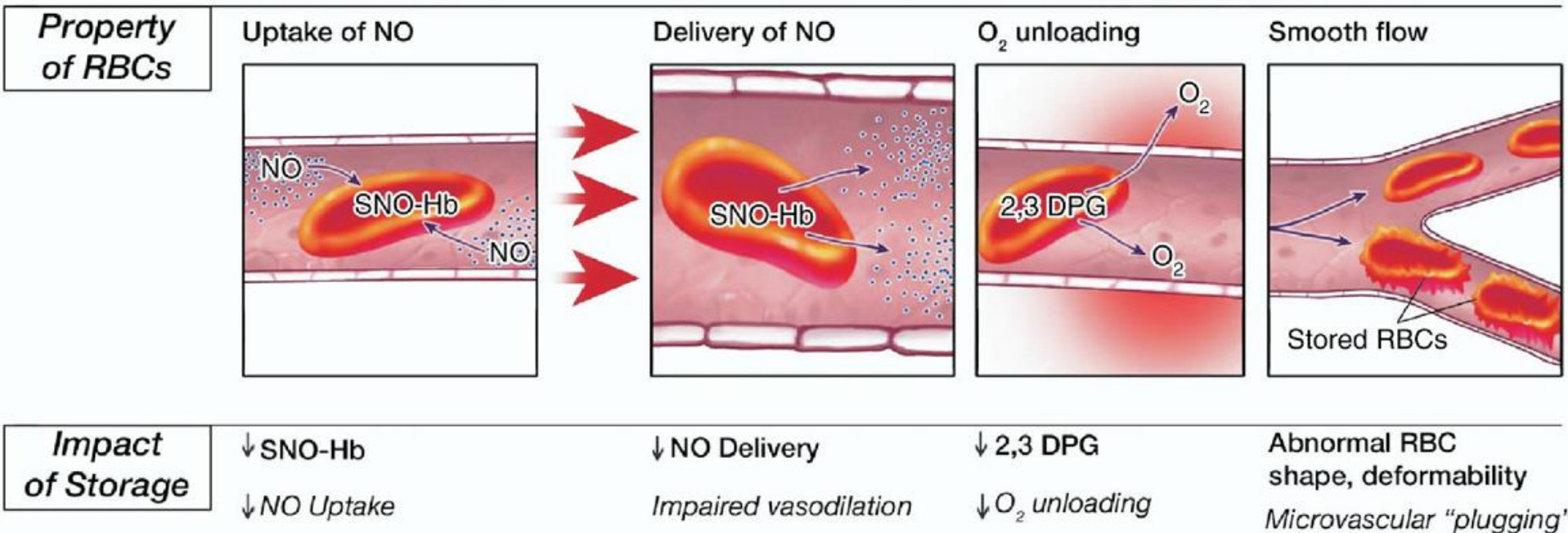
Kết luận

- XHTH là biến chứng tương đối phổ biến ở những BN đang điều trị kháng tiểu cầu và có liên quan đến tăng nguy cơ biến cố thiếu máu cục bộ & tử vong
- Nội soi sớm rất hữu ích để chẩn đoán & điều trị XHTH
- Điều trị kháng tiểu cầu nên được tiến hành lại ngay sau khi cầm máu XHTH qua nội soi, trừ khi chảy máu đe dọa tính mạng
- Dự phòng bằng thuốc kháng tiết PPI làm giảm nguy cơ XHTH

The background of the slide is decorated with a repeating pattern of stylized potted plants. There are two types of plants: one with three red, heart-shaped flowers and green leaves, and another with three brown, spiral-shaped flowers and green leaves. Each plant is in a simple, light-brown pot. The plants are arranged in a grid-like pattern around a central text box.

Trân Trọng Cảm Ơn

Impact of Storage on RBCs & Tissue Oxygen Delivery



DPG diphosphoglycerate;
 NO nitric oxide;
 SNO S-nitrosothiol.

Hb hemoglobin;
 RBC red blood cell;