

QUẢN LÝ BỆNH NHÂN DÙNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG VÀ KHÁNG TIỂU CẦU TRONG GIAI ĐOẠN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CẤP TÍNH VÀ TRONG GIAI ĐOẠN NỘI SOI

Ds. Hoàng Thị Thanh Huyền

I. Quản lý chống huyết khối trong giai đoạn xuất huyết tiêu hoá (XHTH) cấp

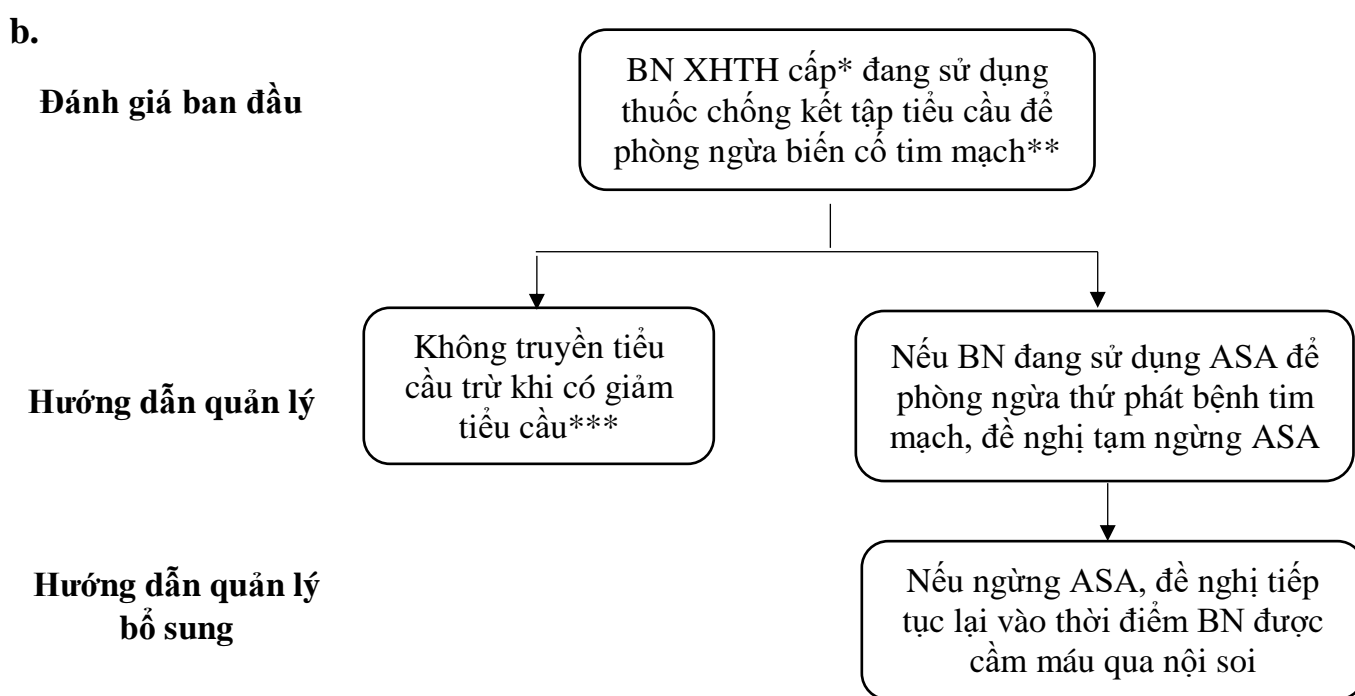
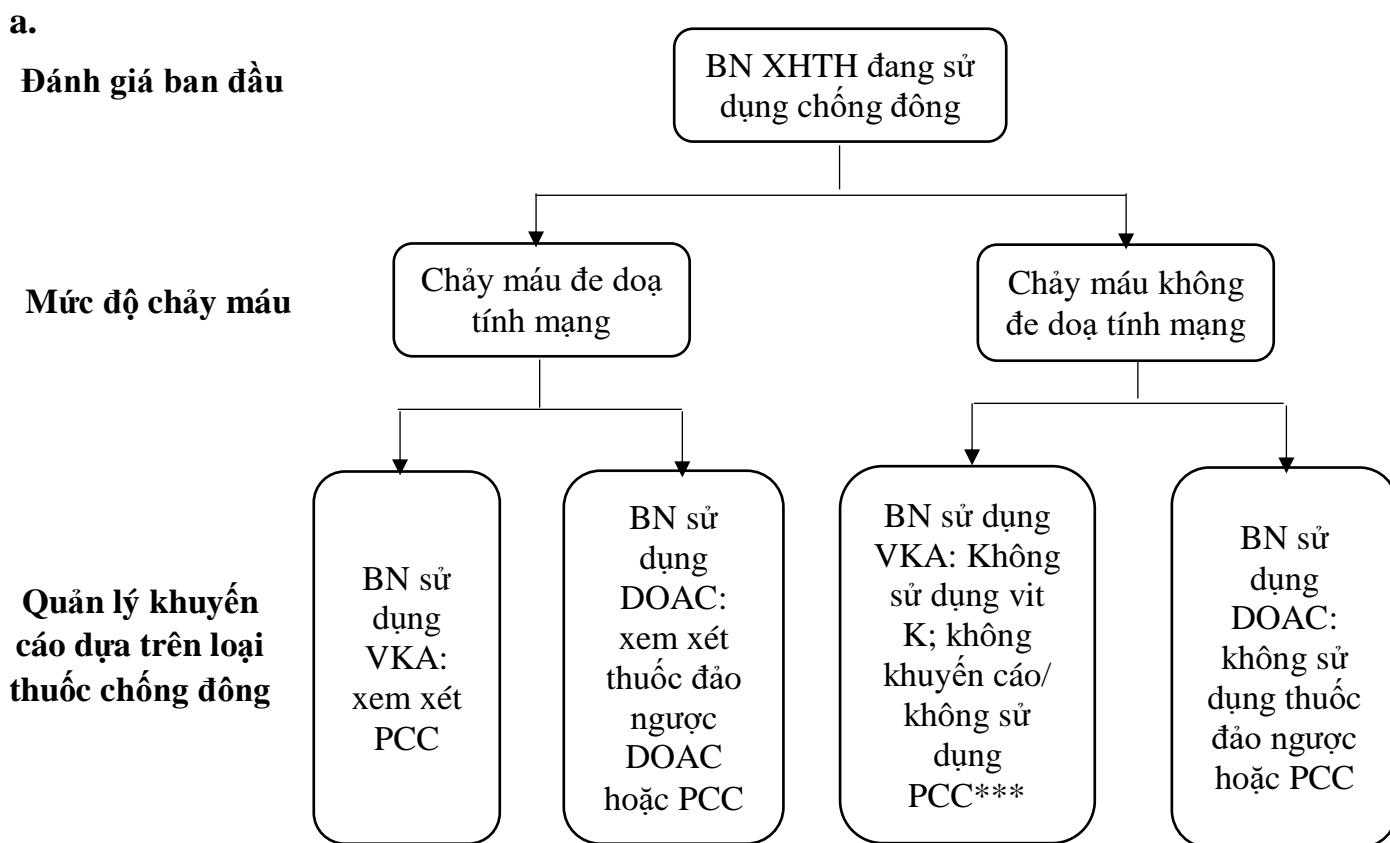
1.1. Quản lý bệnh nhân (BN) sử dụng chống đông trong giai đoạn XHTH cấp

Đối với BN XHTH cấp được kê đơn thuốc kháng vitamin K (VKA), hội đồng đề xuất không nên sử dụng vitamin K vì thuốc khởi phát tác dụng chậm, cũng như không dùng huyết tương tươi đông lạnh do có rất ít bằng chứng đồng thời gia tăng nguy cơ lây truyền tác nhân gây bệnh truyền nhiễm. Hội đồng không khuyến cáo sử dụng thường quy phức hợp prothrombin đậm đặc (PCC) vì không đủ bằng chứng, nhưng phức hợp này hiệu chỉnh thông số INR nhanh chóng, đáng tin cậy hơn, hiệu quả vượt trội hơn. So sánh với huyết tương tươi đông lạnh, PCC sử dụng thuận tiện hơn, có nhiều ưu điểm hơn trong trường hợp XHTH đe dọa tính mạng (Hình 1a).

Không khuyến cáo sử dụng Vitamin K hoặc PCC hoặc các thuốc hỗ trợ đảo ngược DOAC (DOAC: thuốc chống đông đường uống tác dụng trực tiếp) ở BN XHTH cấp được kê đơn DOAC vì bằng chứng về lợi ích còn hạn chế và chi phí cao khi dùng thuốc đảo ngược. Thuốc PCC và thuốc đảo ngược đặc hiệu với DOAC có thể được xem xét chọn lọc ở một số BN XHTH đe dọa tính mạng đã dùng DOAC trong vòng 24 giờ qua (Hình 1a).

1.2. Quản lý BN sử dụng kháng kết tập tiểu cầu trong giai đoạn XHTH cấp

Trong số những BN XHTH cấp được kê đơn thuốc chống kết tập tiểu cầu ức chế P2Y₁₂, hội đồng đề nghị không nên truyền tiểu cầu nếu không có giảm tiểu cầu ($100.000/\mu\text{l}$), do có thể tăng tỷ lệ tử vong khi sử dụng thuốc cho BN XHTH và các tình trạng bệnh lý khác cũng như không có lợi ích trong việc giảm xuất huyết (Hình 1b). Trong số những BN XHTH sử dụng aspirin để phòng ngừa thứ phát bệnh tim mạch, hội đồng đề nghị không duy trì aspirin. Nếu ngừng aspirin, thuốc có thể được tiếp tục sử dụng vào thời điểm sau khi cầm máu qua nội soi. Cơ sở cho khuyến cáo này bao gồm xu hướng giảm tỷ lệ tử vong được quan sát thấy ở BN nhồi máu cơ tim cấp và chảy máu do loét dạ dày tá tràng vẫn tiếp tục sử dụng aspirin và giảm tỷ lệ tử vong đã được chứng minh ở BN có nguy cơ chảy máu cao do loét dạ dày tá tràng tiếp tục dùng aspirin ngay sau khi cầm máu qua nội soi (Hình 1b).



Hình 1.

(a) Quản lý BN dùng thuốc chống đông trong trường hợp XHTH cấp

* XHTH cấp được định nghĩa là BN nhập viện hoặc đang theo dõi tình trạng XHTH cấp quá mức (trên và /hoặc dưới) biểu hiện như phân đen, đái ra máu, hoặc nôn trớ.

** Xuất huyết đe dọa tính mạng được định nghĩa là tình trạng chảy máu rõ hoặc có triệu chứng nặng trên lâm sàng dẫn đến sốc giảm thể tích hoặc hạ huyết áp nghiêm trọng hoặc

phẫu thuật hoặc liên quan đến giảm lượng hemoglobin > 0,5 g /dL cần truyền ≥ 5 đơn vị hồng cầu đóng gói, hoặc có thể gây tử vong.

*** Hội đồng kết luận rằng trong khi hầu hết BN XHTH cấp đang dùng warfarin sẽ không yêu cầu quản lý PCC. Việc sử dụng PCC có thể được cân nhắc với các BN XHTH không đe dọa tính mạng, có liều duy trì INR vượt quá phạm vi điều trị hoặc những BN không muốn truyền máu nhiều vì ảnh hưởng đến rối loạn đông máu hoặc hoà loãng các thành phần của máu. Quyết định cuối cùng về thời gian tiến hành thủ thuật và các cân nhắc lâm sàng khác ở BN có nguy cơ cao về biến cố huyết khối có thể được xác định một cách lý tưởng tùy vào từng trường hợp theo nhiều phương thức.

(b) *Quản lý BN dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu trong trường hợp XHTH cấp*

* XHTH cấp được định nghĩa là BN nhập viện hoặc đang theo dõi tình trạng XHTH cấp quá mức (trên và /hoặc dưới) biểu hiện như phân đen, đái ra máu, hoặc nôn trớ.

** Thuốc kháng tiểu cầu ức chế thụ thể ASA và /hoặc P2Y12. Khuyến cáo này không áp dụng cho BN sử dụng ASA để phòng ngừa tiên phát bệnh tim mạch. Các hướng dẫn hiện hành đề xuất ASA phòng ngừa tiên phát chỉ được xem xét trong một số BN hạn chế và không nên sử dụng cho BN có nguy cơ chảy máu cao.

*** Giảm tiểu cầu < 100.000/ μ l. Quyết định cuối cùng về thời gian tiến hành thủ thuật và các cân nhắc lâm sàng khác ở BN có nguy cơ cao về biến cố huyết khối có thể được xác định một cách lý tưởng tùy vào từng trường hợp theo nhiều phương thức.

ASA: aspirin; DOAC: thuốc chống đông máu đường uống trực tiếp; INR: tỷ lệ chuẩn hóa quốc tế; PCC: phức hợp prothrombin đậm đặc; Vit K: vitamin K; VKA: chất đối kháng vitamin K (tức là warfarin)

II. Quản lý chống huyết khối khi lựa chọn thủ thuật nội soi đường tiêu hoá

2.1. Phân tầng nguy cơ biến cố huyết khối của bệnh nhân

Nguy cơ thuyên tắc huyết khối cho từng BN dựa theo kinh nghiệm từ các khuyến cáo về phân tầng nguy cơ và ý kiến chuyên gia được nêu chi tiết trong Hướng dẫn thực hành lâm sàng (CPG). Điều quan trọng là, các khuyến cáo sau đây loại trừ BN có nguy cơ cao bị biến cố huyết khối mà các thủ thuật được lựa chọn nên trì hoãn. Những BN nguy cơ huyết khối cao được chỉ định chống đông bao gồm BN van tim cơ học, BN rung nhĩ trong vòng 3 tháng sau đột quy, cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua, hoặc rút ống thông; và những BN hiện đang được điều trị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (chẳng hạn như huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới hoặc thuyên tắc phổi). Bệnh nhân nguy cơ huyết khối cao được kê đơn thuốc chống kết tập tiểu cầu bao gồm những BN trong vòng 3 tháng sau hội chứng mạch vành cấp (ACS) và những BN trong vòng 6 tháng sau khi đặt stent phủ thuốc hoặc 1 tháng sau khi đặt stent mạch vành kim loại không phủ thuốc mà không có tiền sử ACS. Bệnh nhân trong vòng 12 tháng sau khi đặt stent phủ thuốc hoặc 2 tháng sau đặt stent kim loại không phủ thuốc sau ACS cũng được coi là có nguy cơ cao.

Bảng 1 phân loại BN đang điều trị chống đông theo nguy cơ huyết khối. Những BN có nguy cơ huyết khối cao có thể yêu cầu cân nhắc việc trì hoãn thủ thuật hoặc liệu pháp bắc cầu trong thời gian tạm ngừng VKA khi lựa chọn thủ thuật nội soi. Đối với BN rung nhĩ nguy cơ cao, nên thảo luận với bác sĩ tim mạch trước khi tạm thời ngừng chống đông khi lựa chọn thủ thuật nội soi, bao gồm cả BN đã biết có huyết khối trong tim hoặc tâm nhĩ trái; BN trong vòng 2-3 tháng sau khi rút catheter, trong vòng 4-6 tuần sau loạn nhịp tim, và trong vòng 3 tháng sau khi cô lập tĩnh mạch phổi cho BN rung hoặc cuồng nhĩ; và những BN mới bị huyết khối tâm nhĩ trái hoặc thất trái (trong vòng 6 tháng).

Bảng 1. Phân tầng nguy cơ huyết khối trong thủ thuật theo kinh nghiệm đối với bệnh nhân đang điều trị chống đông

Mức độ nguy cơ	Chỉ định chống đông		
	Van tim cơ học	Rung nhĩ	Huyết khối tĩnh mạch
Cao ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Van hai lá nhân tạo - Van động mạch chủ nhân tạo loại đĩa nghiêng hoặc bi lỏng - Đột quy gần đây (trong vòng 3 tháng) hoặc cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua 	<ul style="list-style-type: none"> - Điểm CHADS2: 5 hoặc 6 - Điểm CHA2DS2VaSc: ≥ 7 - Đột quy gần đây (trong vòng 3 tháng) hoặc cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua - Bệnh van tim hậu thấp 	<ul style="list-style-type: none"> - VTE gần đây (trong vòng 3 tháng) - Hội chứng tăng đông trầm trọng (ví dụ, thiếu protein C, protein S hoặc antithrombin, kháng thể kháng phospholipid, nhiều yếu tố bất thường)
Trung bình	<ul style="list-style-type: none"> Van động mạch chủ nhân tạo 2 đĩa (bileaflet) và ≥ 1 trong các yếu tố sau: rung nhĩ, đột quy hoặc cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua trước đó, tăng huyết áp, tiểu đường, suy tim sung huyết, trên 75 tuổi 	<ul style="list-style-type: none"> - Điểm CHADS2: 2 đến 4 (không có đột quy hoặc cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua trước đó) - Điểm CHA2DS2VaSc: 5 hoặc 6 	<ul style="list-style-type: none"> - VTE trong vòng 3–12 tháng qua - Hội chứng tăng đông không nghiêm trọng (ví dụ: yếu tố V leiden dị hợp tử hoặc đột biến gen prothrombin) - VTE tái phát - Ung thư (được điều trị trong vòng 6 tháng hoặc giảm nhẹ)
Thấp	<ul style="list-style-type: none"> Van động mạch chủ nhân tạo 2 đĩa (bileaflet) mà không có 	<ul style="list-style-type: none"> - Điểm CHADS2: 0 hoặc 1 - Điểm CHA2DS2VaSc: 	<ul style="list-style-type: none"> VTE hơn 12 tháng trước và không có yếu tố nguy cơ nào

rung nhĩ và không có các yếu tố nguy cơ đột quỵ khác	1–4	khác
--	-----	------

BN có nguy cơ cao biến cố huyết khối mà các thủ thuật lựa chọn nên được trì hoãn bao gồm những người bị đột quỵ gần đây (trong vòng 3 tháng) hoặc TIA (đối với nhóm BN có van tim cơ học và rung nhĩ) và VTE gần đây (trong vòng 3 tháng) (bao gồm huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới hoặc thuyên tắc phổi). Các quyết định về thời gian tiến hành thủ thuật và các cân nhắc lâm sàng khác (như liệu pháp bắc cầu kháng đông) ở những BN có nguy cơ cao về biến cố huyết khối nên được xác định tùy vào từng trường hợp theo nhiều phương thức.

VTE: huyết khối tĩnh mạch.

^a BN có nguy cơ cao có thể bao gồm BN huyết khối tắc mạch trước đó trong thời gian tạm ngừng VKA và những BN đang trải qua một số loại phẫu thuật (ví dụ: thay van tim, cắt bỏ nội mạc động mạch cảnh và phẫu thuật mạch máu lớn).

2.2. Phân tầng nguy cơ chảy máu khi thủ thuật

Tổng quan các hướng dẫn nêu bật sự thiếu đồng thuận liên quan đến nguy cơ cơ bản về chảy máu sau thủ thuật nội soi được tóm tắt trong Bảng 2, cung cấp các kinh nghiệm về phân tầng nguy cơ chảy máu trong và sau thủ thuật. Với những tiến bộ trong kỹ thuật nội soi, ước tính hiện tại về nguy cơ chảy máu sau thủ thuật sẽ thay đổi.

Bảng 2. Phân tầng nguy cơ chảy máu khi thủ thuật nội soi theo kinh nghiệm

Thủ thuật có nguy cơ chảy máu cao (nguy cơ chảy máu > 2%)	Thủ thuật có nguy cơ chảy máu trung bình/thấp (nguy cơ chảy máu ≤ 2%)
Cắt polyp (≥1 cm)	EGD có / không có sinh thiết
Đặt PEG/PEJ	Nội soi đại tràng có / không có sinh thiết
ERCP để cắt cơ vòng mật hoặc tụy	Nội soi đại tràng sigma có / không sinh thiết
EMR / ESD	ERCP để đặt stent (mật hoặc tụy) hoặc nong bằng bóng mà không cắt cơ vòng, lấy mẫu mô hoặc điều trị sỏi đường mật
EUS-FNA	EUS không có FNA
Cầm máu qua nội soi (không bao gồm APC)	Nội soi ruột có xung đẩy và nội soi ruột có thiết bị hỗ trợ bằng bóng để chẩn đoán
Đốt bằng sóng cao tần	Triển khai đặt stent đường ruột
POEM	Cầm máu bằng Argon plasma
Điều trị giãn tĩnh mạch (bao gồm cả thất giãn tĩnh mạch).	Bóng nong chỗ hẹp lòng mạch
Nội soi ruột có thiết bị hỗ trợ bằng bóng để điều trị	Cắt polyp (< 1 cm)
Cắt bỏ khối u	ERCP không có cắt cơ vòng mật hoặc tụy
Nói nang vào dạ dày	Đánh dấu (bao gồm cắt bớt, điện đông, xăm)

Cắt bỏ bóng/ nang	Nội soi viên nang
Giãn nở bằng nong hoặc khí nén để điều trị chứng đau thắt ngực hoặc hẹp thực quản	
Cầm máu và đốt bằng laser	
APC: Cầm máu bằng argon plasma; EGD: Nội soi thực quản; EMR: Cắt niêm mạc qua nội soi; ERCP: Nội soi mật tụy ngược dòng; ESD: Cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi; EUS: Siêu âm qua nội soi; FNA: Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ; PEG: Mở thông dạ dày qua da bằng phương pháp nội soi; PEJ: Mở thông hồng tràng qua da bằng phương pháp nội soi; POEM: Mở cơ qua nội soi đường miệng	

2.3. Quản lý bệnh nhân được kê đơn VKA trong thủ thuật được lựa chọn

Không thể ước tính nguy cơ chảy máu do thủ thuật GI liên quan đến liệu pháp VKA không gián đoạn, với sự hạn chế các bằng chứng mô tả quần thể bệnh nhân và loại thủ thuật. Đối với BN sử dụng VKA đang lựa chọn thủ thuật nội soi được về trong ngày, hội đồng đề nghị tiếp tục dùng warfarin trừ khi đang trải qua thủ thuật nội soi tiên tiến có thể có nguy cơ chảy máu cao hơn (Bảng 2). Như hướng dẫn chung, trước khi làm thủ thuật nội soi có nguy cơ chảy máu cao hơn, việc ngắt quãng tạm thời 5 ngày VKA mà không dùng liệu pháp bắc cầu bằng heparin là thích hợp cho hầu hết BN. (Hình 2a, b).

Hội đồng đề nghị không sử dụng liệu pháp kháng đông bắc cầu vì làm tăng nguy cơ chảy máu sau thủ thuật mà không cải thiện kết cục tim mạch. Liệu pháp bắc cầu trước thủ thuật có thể thích hợp ở một số ít BN có nguy cơ cao bị biến cố huyết khối bao gồm BN có van cơ học, rung nhĩ với điểm CHADS₂ >5. Nên tham khảo ý kiến của bác sĩ tim mạch và bác sĩ huyết học khi quản lý những BN có nguy cơ cao bị biến cố huyết khối tắc mạch (Hình 2a).

Hội đồng không thể đưa ra khuyến cáo liên quan đến việc sử dụng lại VKA vì dữ liệu có hạn. Sau khi thực hiện các thủ thuật có nguy cơ chảy máu thấp, VKA nên được tiếp tục lại nhanh chóng, hầu hết trong ngày (Hình 2a, b). Sau các thủ thuật nội soi được biết có nguy cơ chảy máu cao, thời gian sử dụng lại VKA phụ thuộc vào việc cầm máu nội soi đầy đủ, ước tính nguy cơ huyết khối của bệnh nhân sau quá trình gián đoạn VKA kéo dài, và ý thích của BN, tham khảo ý kiến bác sĩ tim mạch và bác sĩ huyết học.

2.4. Quản lý bệnh nhân được kê đơn DOAC trong thủ thuật được lựa chọn

Đối với BN sử dụng DOAC đang trải qua các thủ thuật nội soi GI tự chọn, hội đồng đề nghị tạm thời ngừng điều trị mà không cần dùng liệu pháp kháng đông bắc cầu vì đặc tính dược lực học của DOAC cho phép đạt được hiệu quả chống đông nhanh chóng khi tiếp tục dùng thuốc. Mặc dù có sự hạn chế của

bằng chứng, thời gian ngừng tạm thời DOAC trước khi thủ thuật nội soi là từ 1 đến 2 ngày không kể ngày thực hiện thủ thuật để có kết quả thuận lợi. Điều này cho phép thời gian gián đoạn DOAC ngắn nhất trước khi thực hiện thủ thuật đồng thời cân bằng giữa nguy cơ chảy máu và thuyên tắc huyết khối. Việc tiếp tục sử dụng DOAC nên xảy ra vào ngày sau thủ thuật nội soi ở hầu hết BN (Hình 2c). Đối với những BN đã lựa chọn thủ thuật nội soi có nguy cơ chảy máu cao sau phẫu thuật, thời điểm nối lại DOAC nên xem xét theo khả năng khởi phát tác dụng nhanh, đạt hiệu quả cầm máu sau thủ thuật, nguy cơ huyết khối của bệnh nhân, ý thích của BN, tham khảo ý kiến của bác sĩ tim mạch và bác sĩ huyết học.

a.

Đánh giá nguy cơ của BN

BN nguy cơ huyết
khô cao*

Đánh giá nguy cơ
sau thủ thuật**

Nguy cơ chảy máu
sau thủ thuật thấp

Nguy cơ chảy máu
sau thủ thuật cao

Quản lý

Tiếp tục
VKA

Nếu ngừng VKA, xem xét duy trì VKA 5 ngày trước thủ thuật, và tiếp tục trong vòng 5 ngày sau thủ thuật***, không khuyến cáo liệu pháp bắc cầu trong thủ thuật mặc dù có thể phù hợp với một số BN****. Nếu ngừng, xem xét sử dụng lại VKA và cầm máu nội soi ngay lập tức ***

b.

Đánh giá nguy cơ của BN

BN không có nguy cơ
tím mạch cao/TB *

Đánh giá nguy cơ
sau thủ thuật

Nguy cơ chảy máu
sau thủ thuật thấp

Nguy cơ chảy máu
sau thủ thuật cao

Quản lý

Tiếp tục
VKA

Nếu ngừng VKA, xem xét duy trì VKA 5 ngày trước thủ thuật, không khuyến cáo liệu pháp bắc cầu trong thủ thuật và xem xét sử dụng lại VKA và cầm máu nội soi ngay lập

c.

Đánh giá BN

BN sử dụng DOAC

Đánh giá trước thủ thuật

Ngừng tạm thời DOAC, xem xét gián đoạn 1-2 ngày trước ngày thủ thuật ở hầu hết BN*

Quản lý sau thủ thuật

Xem xét ngừng tạm thời DOAC ngày sau thủ thuật hầu hết BN; ngừng tạm thời DOAC 2 ngày sau thủ thuật ở BN có nguy cơ chảy máu cao**

Hình 2.

(a) *Quản lý BN dùng VKA khi lựa chọn thủ thuật nội soi đường tiêu hóa.*

* Xem Bảng 1 về phân tầng nguy cơ huyết khối trong thủ thuật theo kinh nghiệm đối với BN đang điều trị chống đông. Việc trì hoãn các thủ thuật tự chọn nên xem xét ở BN trong vòng 3 tháng sau VTE cấp tính (bao gồm huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới hoặc thuyên tắc phổi), đột quỵ, hoặc cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua.

** Xem Bảng 2 về phân tầng nguy cơ chảy máu trong thủ thuật nội soi theo kinh nghiệm.

*** Ở BN có lo ngại về tình trạng chảy máu chậm sau phẫu thuật trên lâm sàng, quyết định nối lại thuốc kháng vitamin K dựa trên việc đạt được hiệu quả cầm máu tại thời điểm làm thủ thuật, nguy cơ chảy máu chậm liên quan đến thực hiện thủ thuật nội soi, nguy cơ huyết khối và ý thích của BN, tham khảo ý kiến của bác sĩ tim mạch và bác sĩ huyết học.

**** Liệu pháp bắc cầu Heparin, thường với heparin trọng lượng phân tử thấp tiêm dưới da, liều đầy đủ (LMWH), đôi khi được sử dụng trong 3 ngày trước và 3-5 ngày sau phẫu thuật hoặc thủ thuật. Liệu pháp bắc cầu trong phẫu thuật như vậy có thể thích hợp ở nhóm BN có van cơ học và rung nhĩ với điểm CHADS2 ≥ 5 và có thể cũng bao gồm cả những BN bị thuyên tắc huyết khối trước đó trong thời gian tạm ngừng VKA. Nên tham khảo ý kiến của bác sĩ tim mạch và bác sĩ huyết học ở những BN có nguy cơ huyết khối cao này. Quyết định cuối cùng về thời gian tiến hành thủ thuật và cân nhắc trên lâm sàng khác (chẳng hạn như liệu pháp bắc cầu kháng đông) ở những BN có nguy cơ cao về biến cố huyết khối có thể được xác định một cách lý tưởng tùy vào từng trường hợp theo nhiều phương thức.

(b) *Quản lý BN dùng thuốc VKA khi lựa chọn thủ thuật nội soi.*

* Xem Bảng 1 về phân tầng nguy cơ huyết khối theo kinh nghiệm đối với BN đang điều trị chống đông.

** Xem Bảng 2 về phân tầng nguy cơ chảy máu trong thủ thuật nội soi theo kinh nghiệm.

*** Ở BN có lo ngại về tình trạng chảy máu chậm sau phẫu thuật trên lâm sàng, thời gian tiếp tục thuốc kháng vitamin K dựa trên hiệu quả cầm máu đầy đủ tại thời điểm làm thủ thuật, nguy cơ chảy máu chậm liên quan đến thực hiện thủ thuật nội soi, nguy cơ huyết khối và ý thích của BN, tham khảo ý kiến của bác sĩ tim mạch và bác sĩ huyết học. Quyết định cuối cùng về thời gian tiến hành thủ thuật và các cân nhắc lâm sàng khác (chẳng hạn như liệu pháp bắc cầu kháng đông) ở những BN có nguy cơ cao về biến cố huyết khối có thể được xác định lý tưởng tùy vào từng trường hợp theo nhiều phương thức.

(c) *Quản lý BN đang dùng thuốc DOAC khi lựa chọn thủ thuật nội soi tiêu hóa.*

Việc trì hoãn các thủ thuật tự chọn nên được xem xét ở BN trong vòng 3 tháng sau VTE cấp tính (bao gồm huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới hoặc thuyên tắc phổi), đột quỵ, hoặc cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua.

* Thời gian gián đoạn trước thủ thuật thường là 1 ngày nhưng có thể là 2 ngày nếu thủ thuật nội soi có nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật rất cao hoặc nếu BN đang điều trị Dabigatran có độ thanh thải creatinin là 50 mg / mL.

** Xem Bảng 2 về phân tầng nguy cơ chảy máu trong thủ thuật nội soi theo kinh nghiệm. Thời điểm nối lại DOAC nên xem xét dựa theo khởi phát tác dụng nhanh chóng của DOAC, hiệu quả cầm máu nội soi tại thời điểm tiến hành thủ thuật, nguy cơ và thời gian chảy máu chậm, nguy cơ huyết khối của BN, và nếu thấy cần thiết tham khảo ý kiến của bác sĩ tim

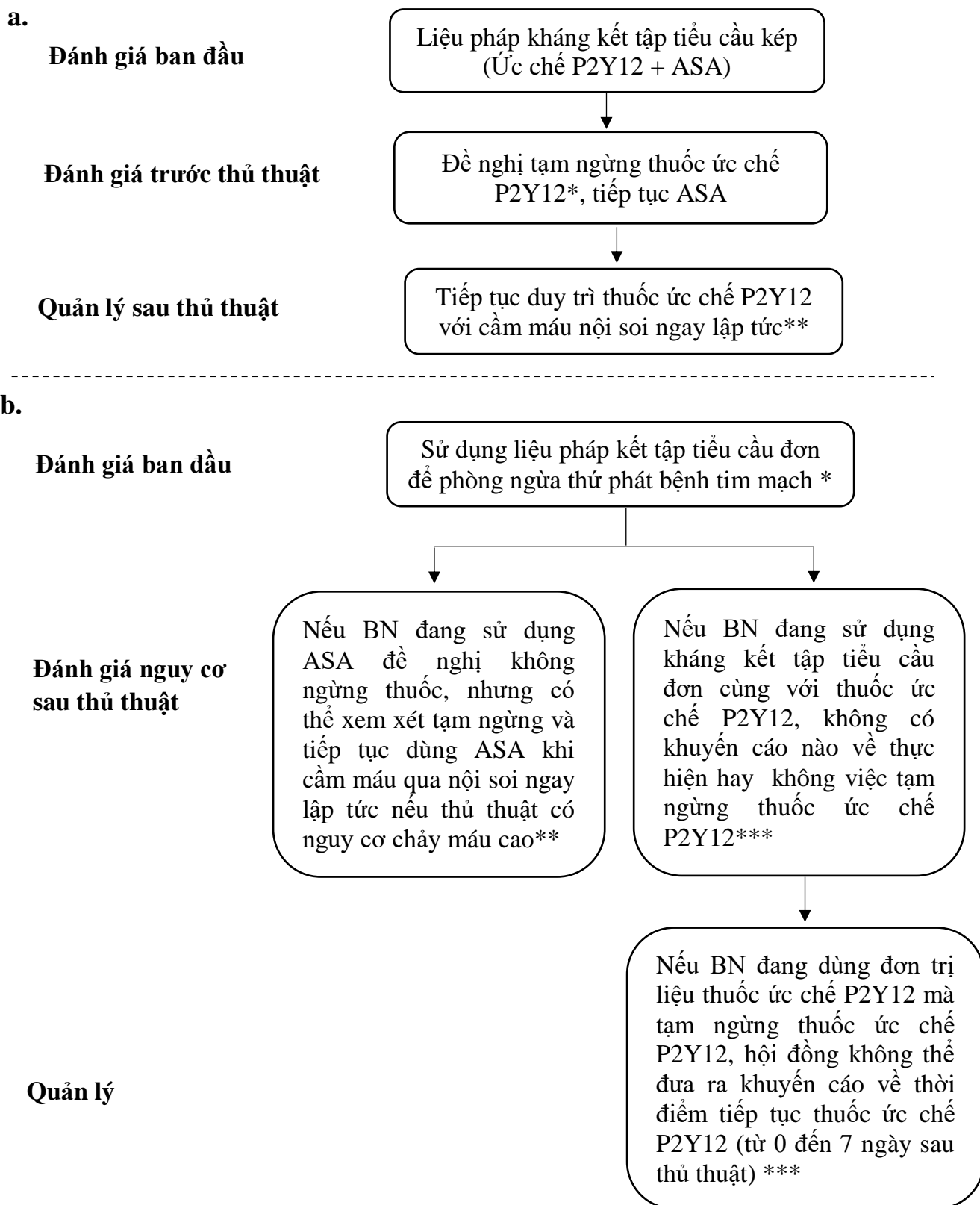
mạch hoặc bác sĩ huyết học. Quyết định cuối cùng về thời gian tiến hành thủ thuật và các cân nhắc lâm sàng khác ở những BN có nguy cơ cao về biến cố huyết khối có thể được xác định một cách lý tưởng tùy vào từng trường hợp theo nhiều phương thức.

DOAC: thuốc chống đông đường uống trực tiếp. VTE: huyết khối tĩnh mạch

2.5. Quản lý BN đang dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu trong các thủ thuật tự chọn

Trong số những BN đang điều trị kháng tiểu cầu kép (thuốc ức chế P2Y12 [clopidogrel, prasugrel, hoặc ticagrelor] và aspirin [ASA] 81–325 mg / ngày) để phòng ngừa thứ phát bệnh tim mạch, hội đồng khuyến cáo tạm ngừng thuốc ức chế P2Y12 trong khi tiếp tục ASA (Hình 3a). Tuy nhiên, đối với BN đang điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu đơn ức chế P2Y12 khi lựa chọn thủ thuật nội soi đường tiêu hoá, không có khuyến cáo nào về thực hiện hay không việc tạm ngừng thuốc ức chế P2Y12 vì dữ liệu hiện còn hạn chế (Hình 3b). Trên BN gián đoạn thuốc ức chế P2Y12, hội đồng không thể đưa ra khuyến cáo về thời điểm tiếp tục sử dụng thuốc ức chế P2Y12 (từ 0 đến 7 ngày sau thủ thuật) vì thiếu dữ liệu. Thận trọng hơn, chúng ta sẽ tiếp tục sử dụng chất ức chế P2Y12 với phương pháp cầm máu nội soi ngay lập tức.

Những lợi ích đã biết của ASA trong việc phòng ngừa thứ phát bệnh tim mạch và giảm biến cố huyết khối của các thủ thuật, phẫu thuật không nội soi, do đó nhóm nghiên cứu đề xuất ASA cho hầu hết các thủ thuật nội soi (Hình 3a, b). Đối với các thủ thuật tiên tiến có nguy cơ chảy máu cao nhất, chẳng hạn như cắt niêm mạc nội soi diện rộng, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi, cắt cụt, mở cơ qua nội soi đường miệng, đốt bằng sóng cao tần, và có thể cắt cơ vòng mật hoặc tụy (Bảng 2), sự gián đoạn ASA có thể được cân nhắc sau khi cân bằng giữa nguy cơ chảy máu trong thủ thuật và nguy cơ tim mạch. Hội đồng đã không đề cập chính thức thời điểm nối lại ASA nếu ngừng điều trị nội soi có nguy cơ cao, nhưng ở hầu hết các BN, ASA sẽ được tiếp tục. Bệnh nhân sử dụng ASA làm phòng ngừa tiên phát nên ngừng ASA trước các thủ thuật nội soi có nguy cơ cao hơn vì nguy cơ chảy máu lớn hơn lợi ích tim mạch tối thiểu.



Hình 3.

(a) Quản lý BN dùng thuốc kháng tiểu cầu kép khi lựa chọn thủ thuật nội soi

Thuốc ức chế tiểu cầu P2Y12 bao gồm clopidogrel, prasugrel và ticagrelor. Việc trì hoãn các thủ thuật được lựa chọn nên xem xét ở những BN trong vòng 3 tháng sau biến cố mạch vành cấp tính (ACS), trong vòng 6 tháng sau khi đặt stent phủ thuốc, hoặc 1 tháng sau đặt stent mạch vành bằng kim loại không phủ thuốc mà không có tiền sử ACS, hoặc sau biến

cổ ACS trong vòng 12 tháng đối với đặt stent phủ thuốc hoặc 2 tháng đối với đặt stent kim loại không phủ thuốc. Dựa trên các khuyến cáo của FDA Hoa Kỳ, bác sĩ lâm sàng có thể cân nhắc việc ngừng sử dụng prasugrel trong 7 ngày hoặc clopidogrel và ticagrelor trong 5 ngày trước khi làm thủ thuật. ** Ở những BN có lo ngại về chảy máu chậm sau phẫu thuật trên lâm sàng, việc tiếp tục P2Y12 nên xem xét dựa trên hiệu quả cầm máu tại thời điểm làm thủ thuật, nguy cơ chảy máu chậm liên quan đến thủ thuật nội soi được thực hiện, nguy cơ huyết khối và ý thích của BN, tham khảo ý kiến của bác sĩ tim mạch và bác sĩ huyết học. Quyết định cuối cùng về thời gian tiến hành thủ thuật và các cân nhắc lâm sàng khác ở những BN có nguy cơ cao về biến cố huyết khối có thể được xác định một cách lý tưởng tùy vào từng trường hợp theo nhiều phương thức.

(b) Quản lý BN dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu đơn lẻ khi lựa chọn thủ thuật nội soi

Thuốc ức chế tiểu cầu P2Y12 bao gồm clopidogrel, prasugrel và ticagrelor. Việc trì hoãn các thủ thuật được lựa chọn nên xem xét ở những BN trong vòng 3 tháng sau biến cố ACS, trong vòng 6 tháng sau khi đặt stent phủ thuốc, hoặc 1 tháng sau khi đặt stent mạch vành bằng kim loại không phủ thuốc mà không có tiền sử ACS hoặc sau biến cố ACS trong vòng 12 tháng kể từ khi đặt stent phủ thuốc hoặc 2 tháng đặt stent kim loại không phủ thuốc.

* Bệnh nhân sử dụng ASA làm phòng ngừa tiên phát nên ngừng ASA trước các thủ thuật nội soi có nguy cơ cao vì nguy cơ chảy máu lớn hơn lợi ích tim mạch tối thiểu.

** Mặc dù hướng dẫn đề xuất không tạm ngừng ASA, nhưng không thể đưa ra khuyến nghị chung cho tất cả các thủ thuật và BN, vì nguy cơ chảy máu khác nhau rõ rệt giữa các thủ thuật nội soi và nguy cơ tim mạch cũng khác nhau giữa các BN. Xem Bảng 2 về phân tầng nguy cơ chảy máu trong thủ thuật nội soi theo kinh nghiệm. Quyết định cuối cùng về thời gian tiến hành thủ thuật và các cân nhắc lâm sàng khác (chẳng hạn như liệu pháp bắc cầu kháng đông) ở những BN có nguy cơ cao về biến cố huyết khối có thể được xác định một cách lý tưởng tùy theo từng trường hợp theo nhiều phương thức (ASA: aspirin)

TLTK: Management of Patients on Anticoagulants and Antiplatelets During Acute Gastrointestinal Bleeding and the Peri-Endoscopic Period: A Clinical Practice Guideline Dissemination Tool, Am J Gastroenterol 2022; 117:513–519; <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001688>; published online February 24, 2022.