



Ý nghĩa tiên lượng của biến cố chảy máu ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp

PGS.TS. Tạ Mạnh Cường
Phó Viện trưởng
Trưởng Đơn vị Cấp cứu và Hồi sức tích cực tim mạch
Viện Tim Mạch Việt Nam

Hà nội - 2016

Thế nào là chảy máu nặng

GUSTO	TIMI	ACUITY	ISTH	PLATO
Nặng (severe)	Nặng (major)	Nặng (major)	Nặng (major)	Nặng, đe dọa tính mạng (mj threatening)
Chảy máu chết người; Chảy máu nội sọ; Chảy máu gây suy giảm huyết động cần phải điều chỉnh	Chảy máu nội sọ; Chảy máu nhiều làm Hb giảm $\geq$ 5g/dL hoặc Ht giảm $\geq$ 15%.	Chảy máu nội sọ hoặc chảy máu nội nhãn, chảy máu chỗ chọc ĐM phải can thiệp, khối máu tụ có đường kính $>5\text{cm}$, giảm Hb $\geq 4\text{g/dl}$ mà không nhìn thấy điểm chảy máu hoặc $>3\text{g/dl}$ + điểm chảy máu phải can thiệp cầm máu hoặc phải truyền máu.	Chảy máu gây tử vong, triệu chứng chảy máu ở những vị trí nguy hiểm (nội sọ, nội nhãn, trong ống sống, sau phúc mạc, nội khớp, màng ngoài tim, trong cơ), Hb giảm $>2\text{g/dl}$ hoặc phải truyền > 2 đv máu	Chảy máu gây tử vong, chảy máu màng tim gây ép tim, sốc giảm thể tích hoặc tụt HA nặng do mất máu phải nâng áp hoặc phẫu thuật, Hb giảm $> 5\text{g/dl}$ hoặc cần phải truyền từ 4 đơn vị KHC trở lên.

GUSTO: Growing Up in Singapore Towards healthy Outcomes; TIMI: The Thrombolysis in Myocardial Infarction; ACUITY: Acute Catheterization and Urgent Intervention Triage strategy.; ISTH: International Society of Thrombosis and Haemostasis; PLATO: Platelet Inhibition and Patient Outcomes

Steg et al. EHJ 2011; 32, 1854-1864

Định nghĩa của BARC

(Bleeding Academic Research Consortium)

Type 0	Không chảy máu
Type 1	Chảy máu nhưng không cần bất cứ hành động can thiệp nào, không cần điều trị y tế chuyên biệt
Type 2	Như trên, có dấu hiệu chảy máu nhưng không thuộc type 3,4 hoặc 5 nhưng có 1 trong những đặc điểm sau: (1) không phải phẫu thuật, can thiệp điều trị, (2) cần nhập viện hoặc tăng mức độ chăm sóc y tế, hoặc (3) đánh giá nhanh.
Type 3 a,b,c	Như trên + giảm Hb 3-5 g/dl; (b) Như trên + truyền máu; (c) Như trên + chảy máu MNT gây ép tim, chảy máu nội sọ, chảy máu võng mạc.
Type 4	Phẫu thuật CABG + chảy máu
Type 5 a	Tử vong có thể do chảy máu; không có bằng chứng trên autopsy hoặc chẩn đoán hình ảnh nhưng lâm sàng nghi ngờ
Type 5 b	Tử vong do chảy máu (+): chảy máu như trên, có autopsy hoặc hình ảnh xác định.

Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)

(n= 24.045 ACS)

Chảy máu nặng trong quá trình điều trị
(theo tiêu chuẩn của GRACE)

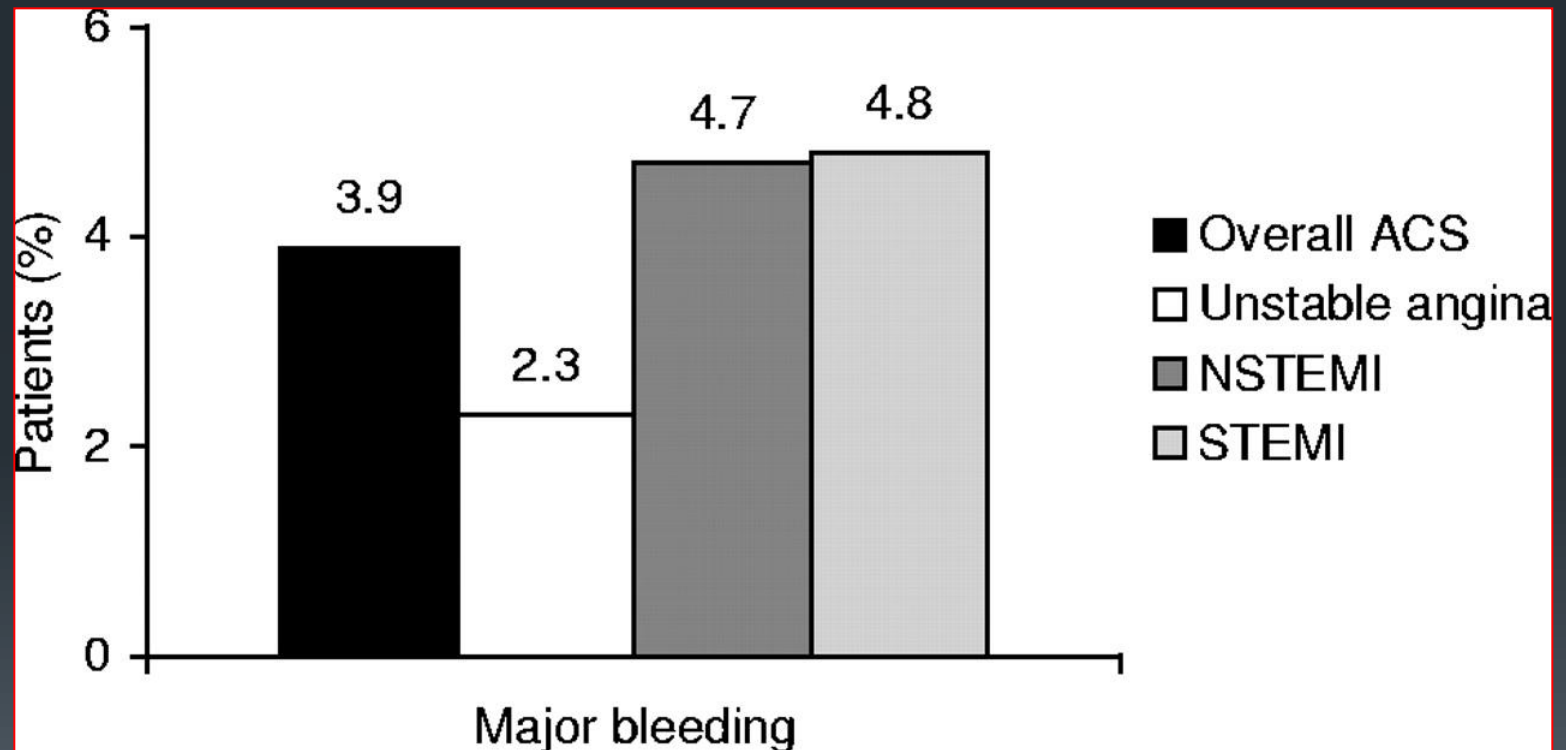
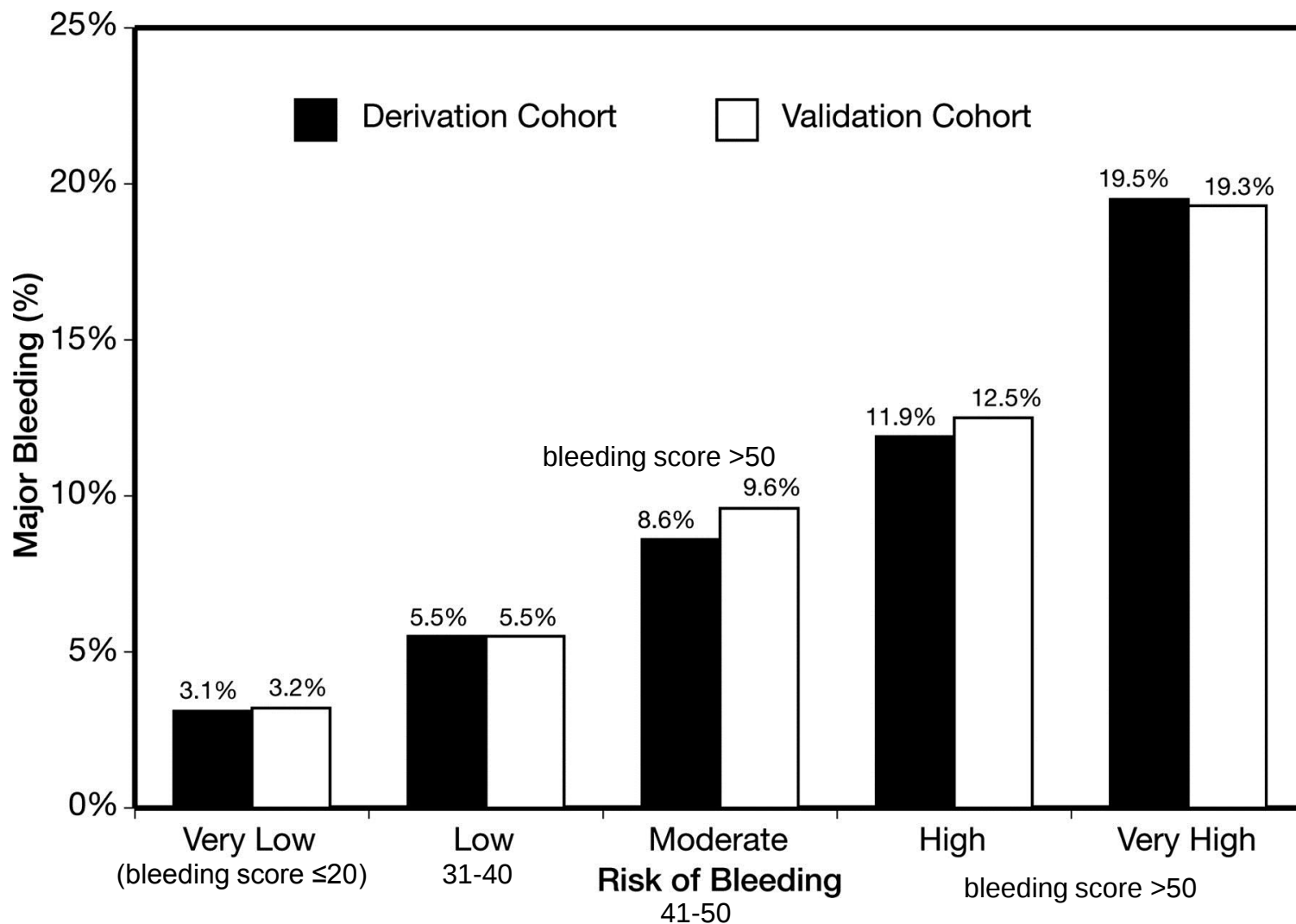


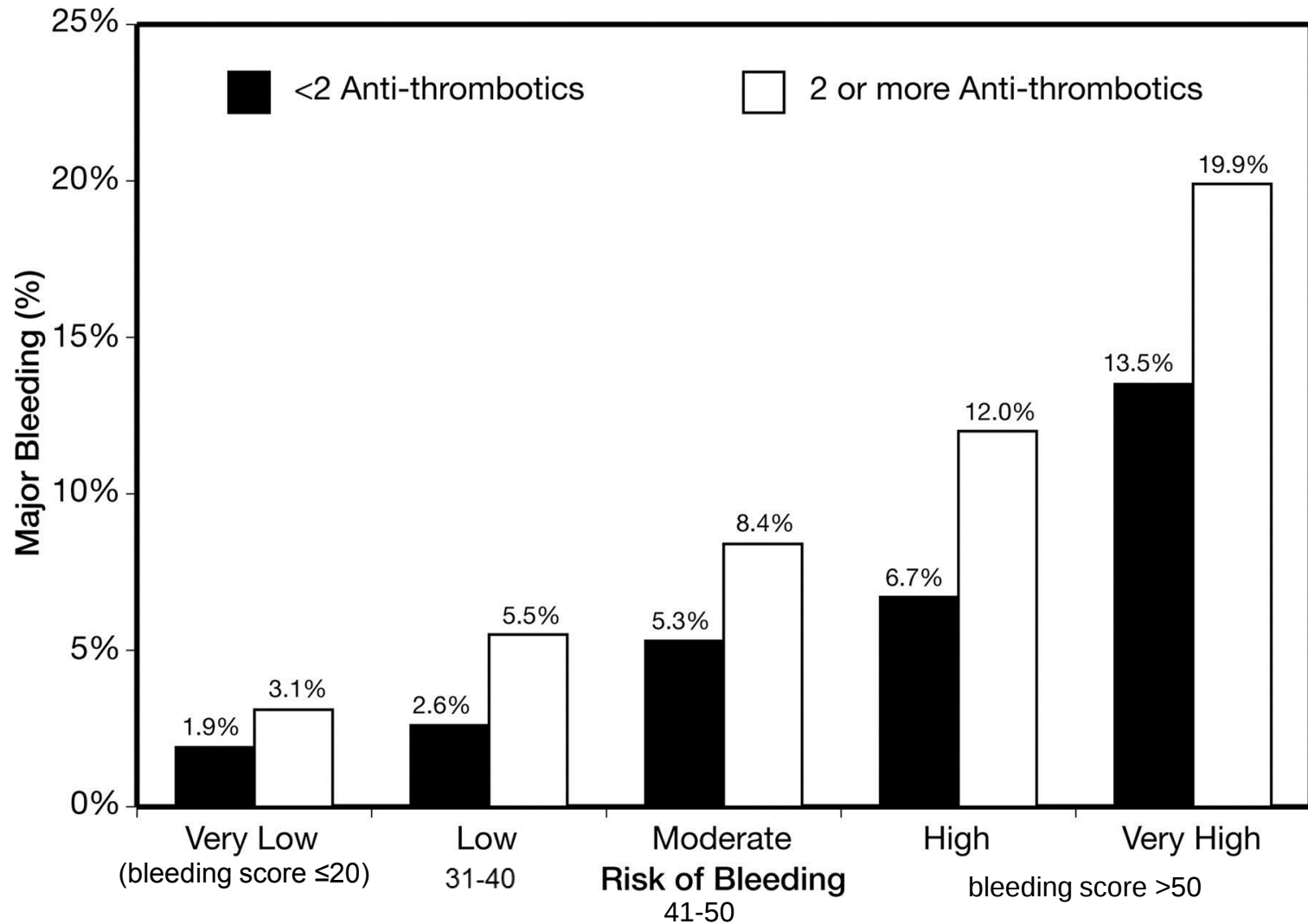
Figure 2. Rate of major bleeding across CRUSADE bleeding score risk groups in the derivation and validation cohorts.



Sumeet Subherwal et al. *Circulation*. 2009;119:1873-1882



Figure 3. Rate of major bleeding among patients treated with <2 vs ≥2 antithrombotic drugs across CRUSADE bleeding score in the derivation cohort.



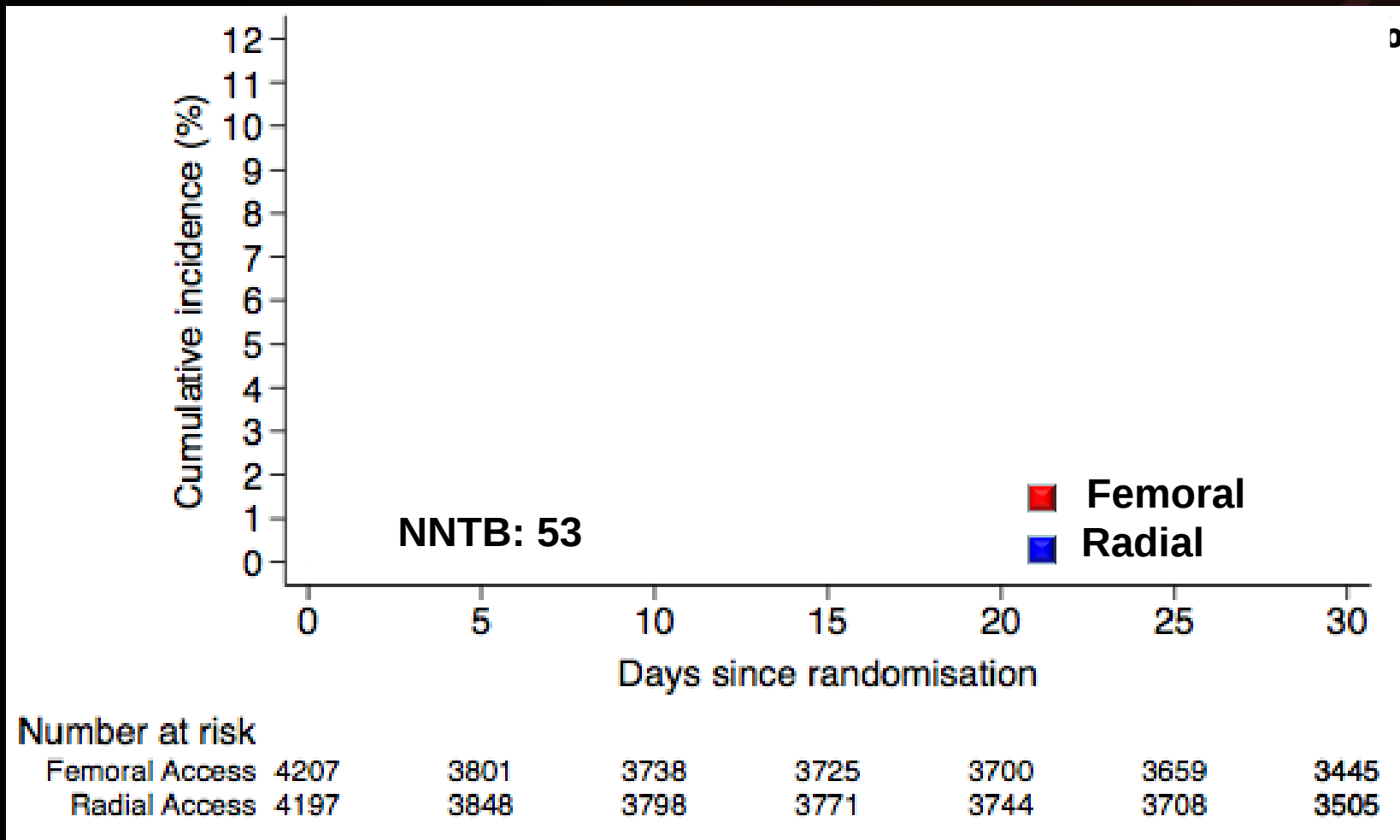
Sumeet Subherwal et al. *Circulation*. 2009;119:1873-1882



Primary EP: NACE



Net adverse clinical events: chảy máu nặng không liên quan đến CABG hoặc các biến cố tim mạch nặng.



Thang điểm chảy máu (Bleeding Score)



- CRUSADE SCORE
- ACUITY BLEEDING SCORE
- ACTION BLEEDING SCORE
- ...
- **ESC NSTEMI GUIDELINES 2015: CRUSADE SCORE (IIb; B)**

Thang điểm chảy máu CRUSADE

-95 VinaPhone 15:13

crusadebleedingscore.org

Enter values in drop-down boxes below:

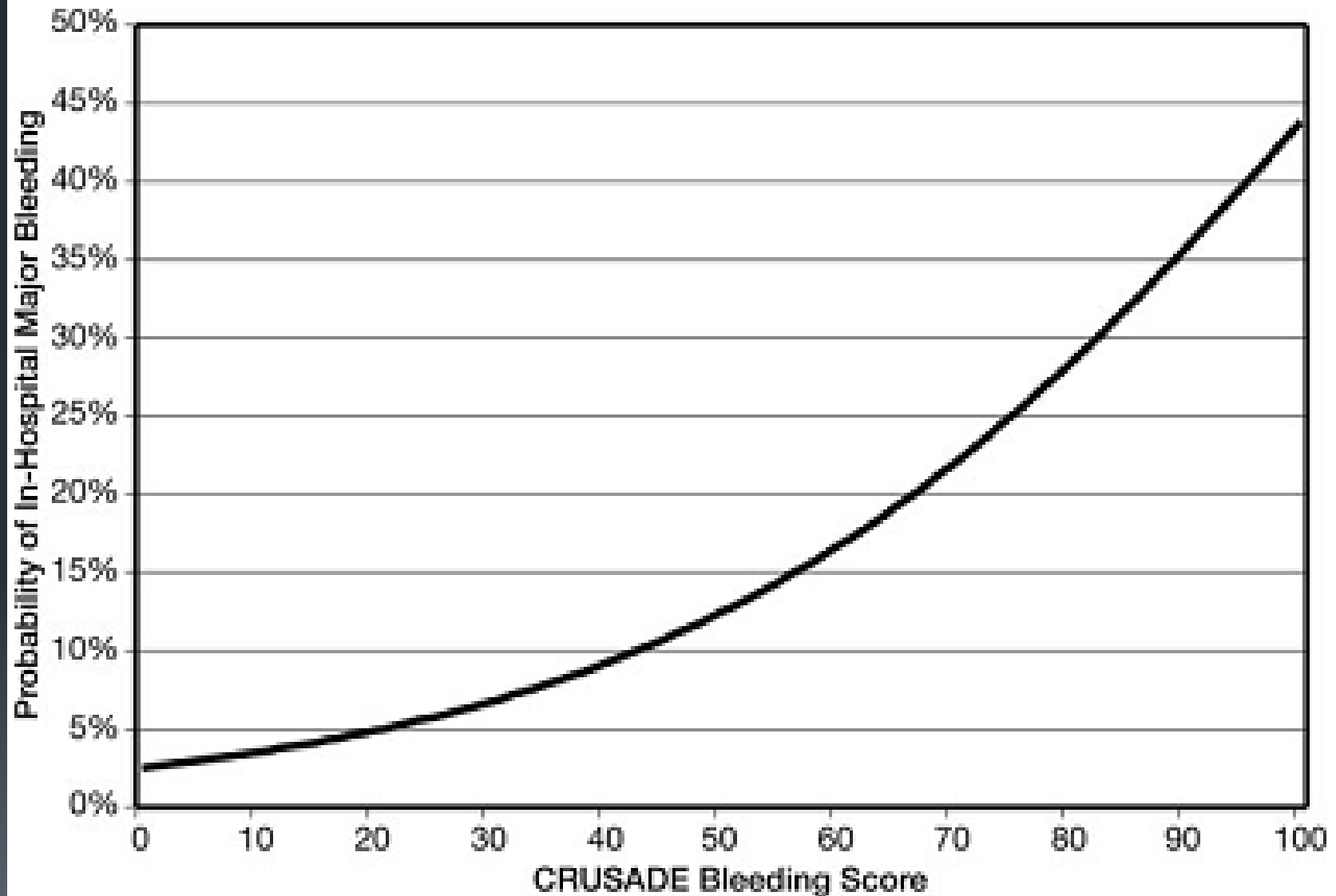
Baseline Hematocrit ?	34 - 36.9 ▼	Prior Vascular Disease ?	Yes ▼
GFR: Cockcroft-Gault ?	31 - 60 ▼ Calculate GFR	Diabetes Mellitus	Yes ▼
Heart rate on admission	101 - 110 ▼	Signs of CHF on admission ?	Yes ▼
Systolic blood pressure on admission	91 - 100 ▼	Sex	Male ▼

[Clear Selections](#)

CRUSADE Bleeding Score ? 66 Very High Risk	Risk of In-Hospital Major Bleeding ? 19.7%
--	---

Palm OS and Pocket PC versions of this calculator are available on the [downloads page](#).

Dự báo khả năng xảy ra biến cố chảy máu nặng trong bệnh viện theo thang điểm CRUSADE



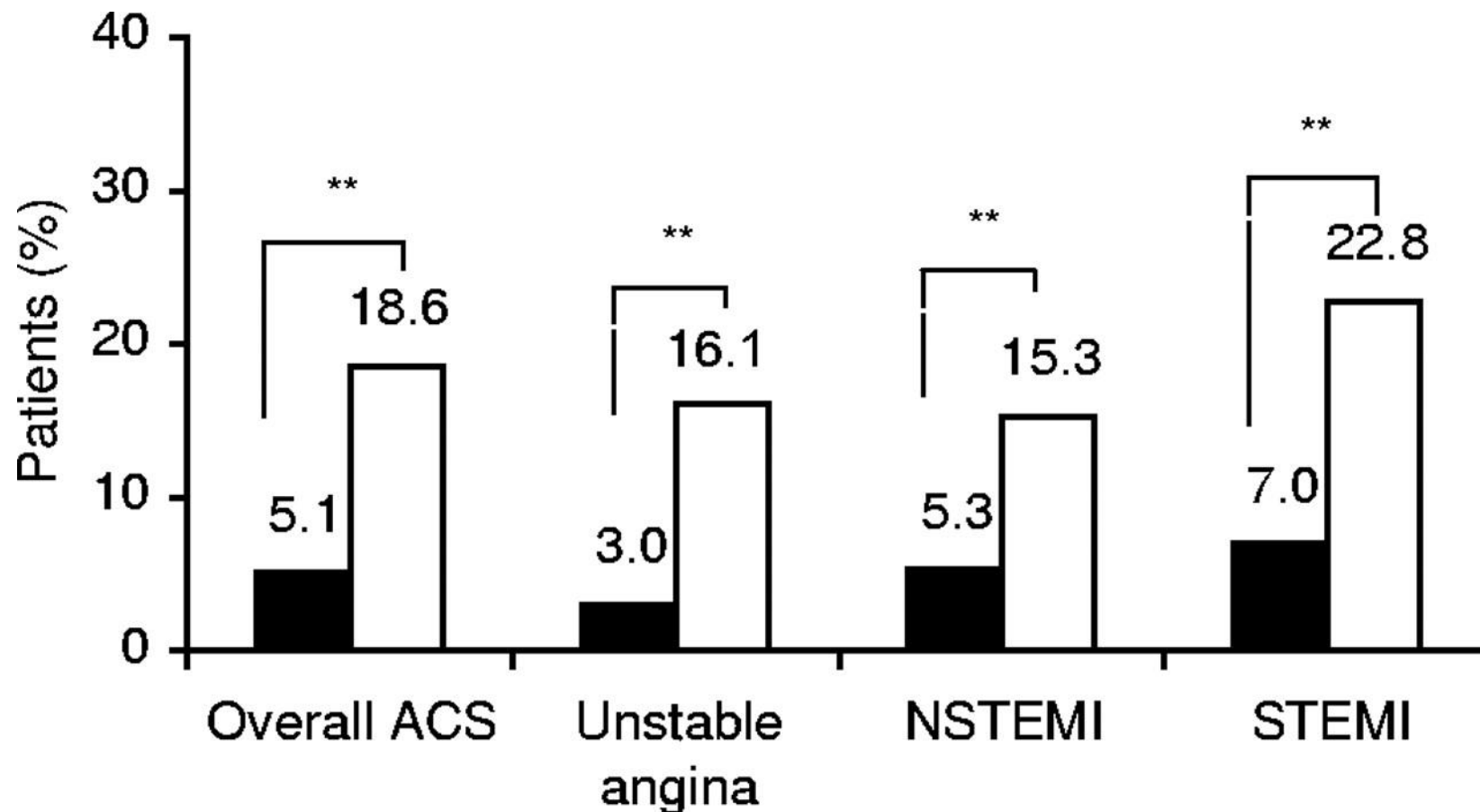
Những yếu tố thuận lợi của chảy máu

- Tuổi cao
- Giới nữ
- Cân nặng thấp
- Tiền sử có suy thận do bệnh thận mạn
- Tiền sử chảy máu
- Hội chứng ĐMV cấp
- Dùng thuốc chống hình thành huyết khối (anti-thrombotic drugs)
- Có chịu đựng phương pháp can thiệp xâm lấn



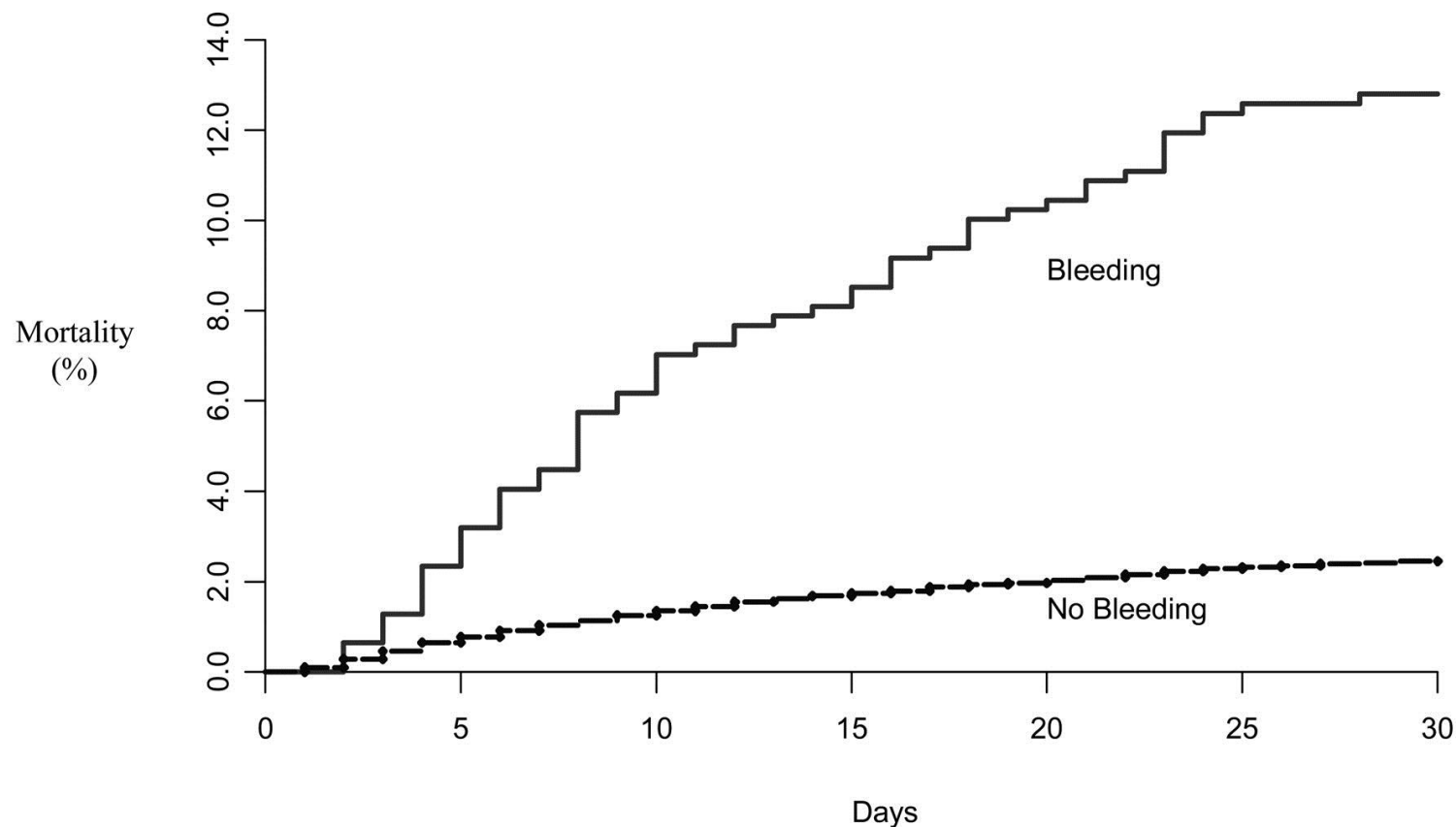
Tỷ lệ tử vong bệnh viện ở những bệnh nhân có/không biến chứng chảy máu

In-hospital death rates in patients who developed (open bars) or did not develop major bleeding (closed bars) (STEMI=ST-segment elevation myocardial infarction; NSTEMI=non-ST-segment elevation myocardial infarction). **P< 0.001 for differences in unadjusted death rates.



M. Moscucci et al. Eur Heart J 2003;24:1815-1823

Figure 2. Kaplan-Meier estimates of mortality during the first 30 days among patients who developed and those who did not develop major bleeding.

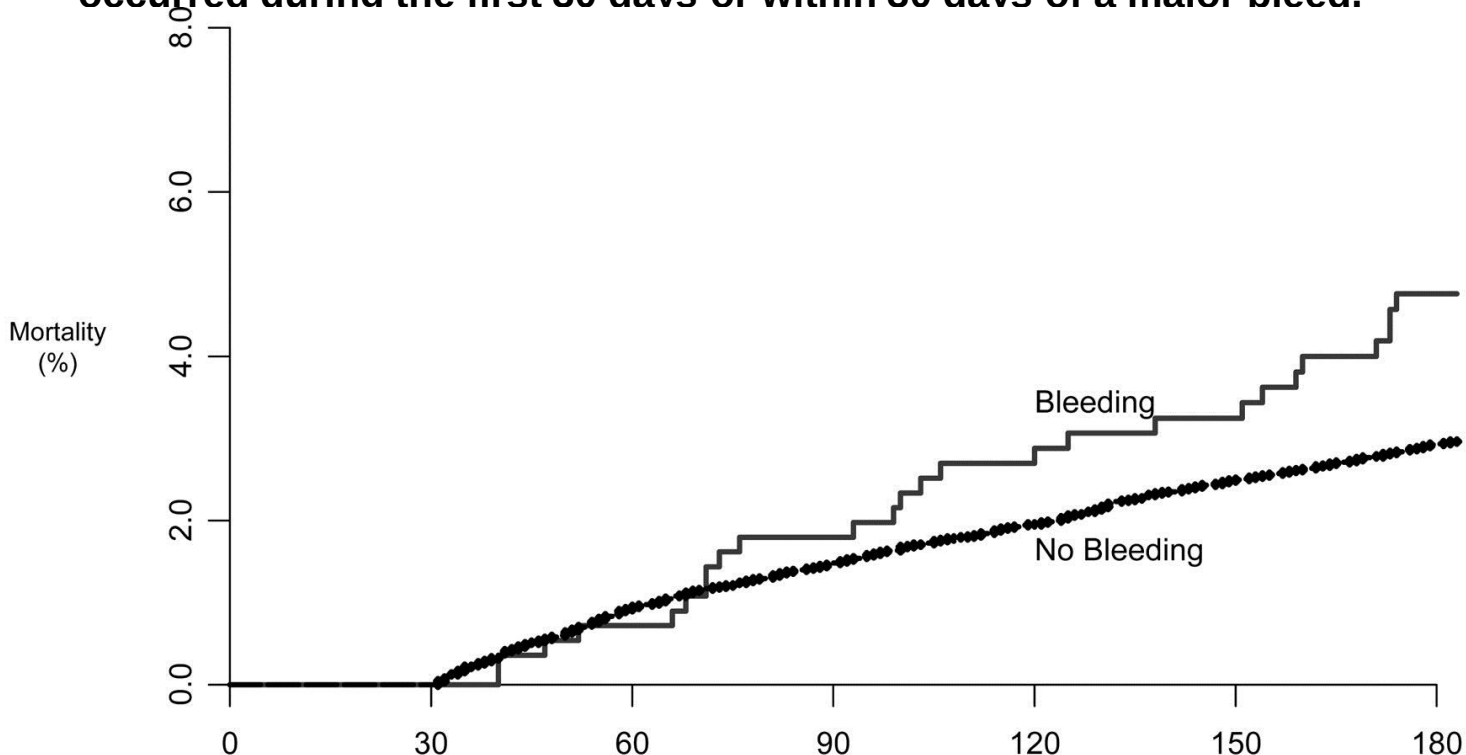


No. at Risk

No Bleeding	33676	33419	33157	32990	32879	32769	32710
Bleeding	470	459	440	430	420	410	408

John W. Eikelboom et al. *Circulation*. 2006;114:774-782

Figure 3. Kaplan-Meier estimates of mortality between 30 days and 6 months among patients who developed and those who did not develop major bleeding, excluding deaths that occurred during the first 30 days or within 30 days of a major bleed.



No. at Risk

Days

No Bleeding	32634	32491	32161	31981	31166	30316	29238
Bleeding	560	559	554	548	533	519	489

John W. Eikelboom et al. *Circulation*. 2006;114:774-782

CRUSADE STUDY: Tỷ lệ tử vong trong bệnh viện của bệnh nhân chảy máu và không chảy máu nặng

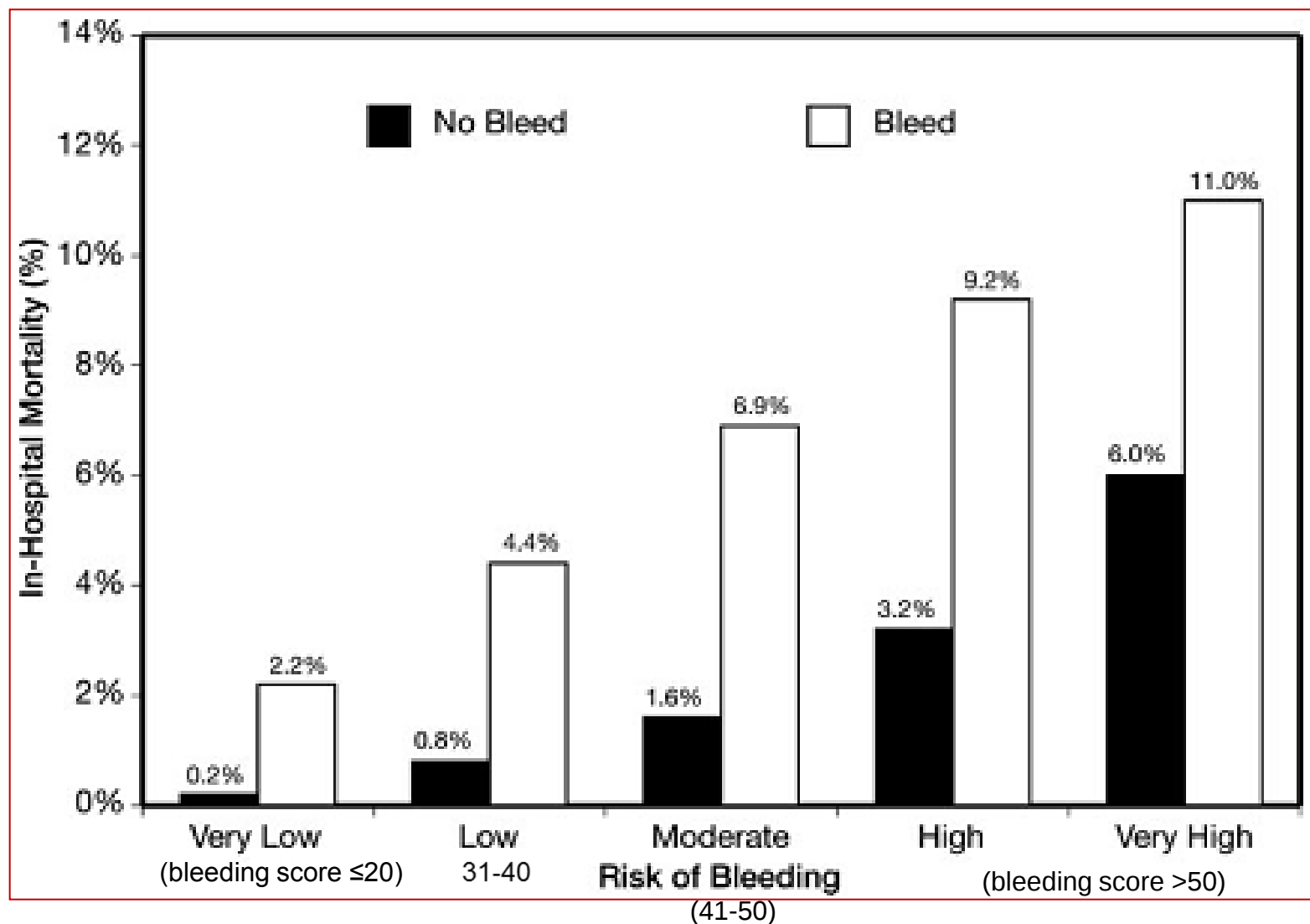
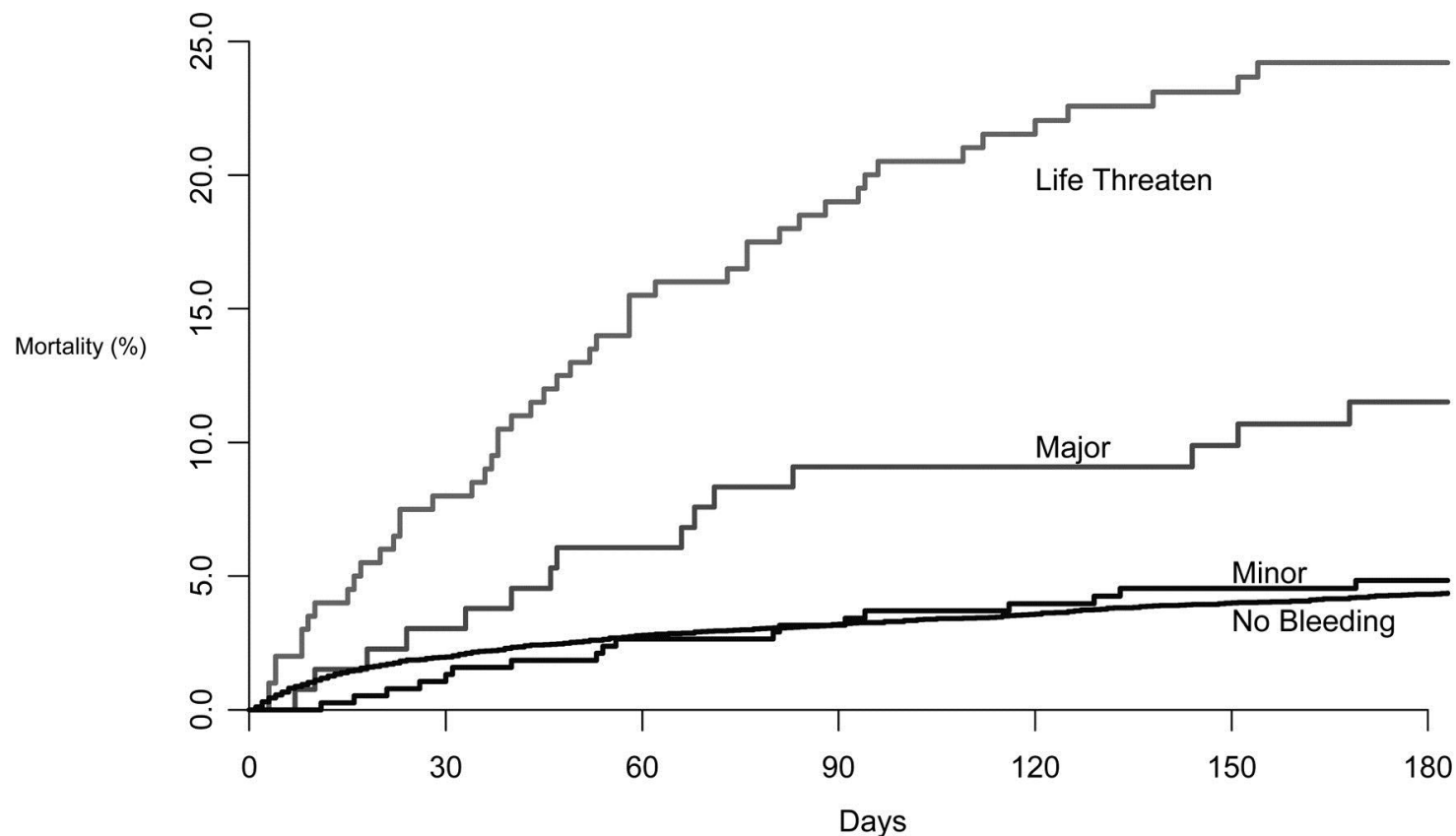


Figure 4. Kaplan-Meier estimates of mortality among patients who developed no, minor, major (excluding life-threatening), or life-threatening bleeding in the CURE trial.



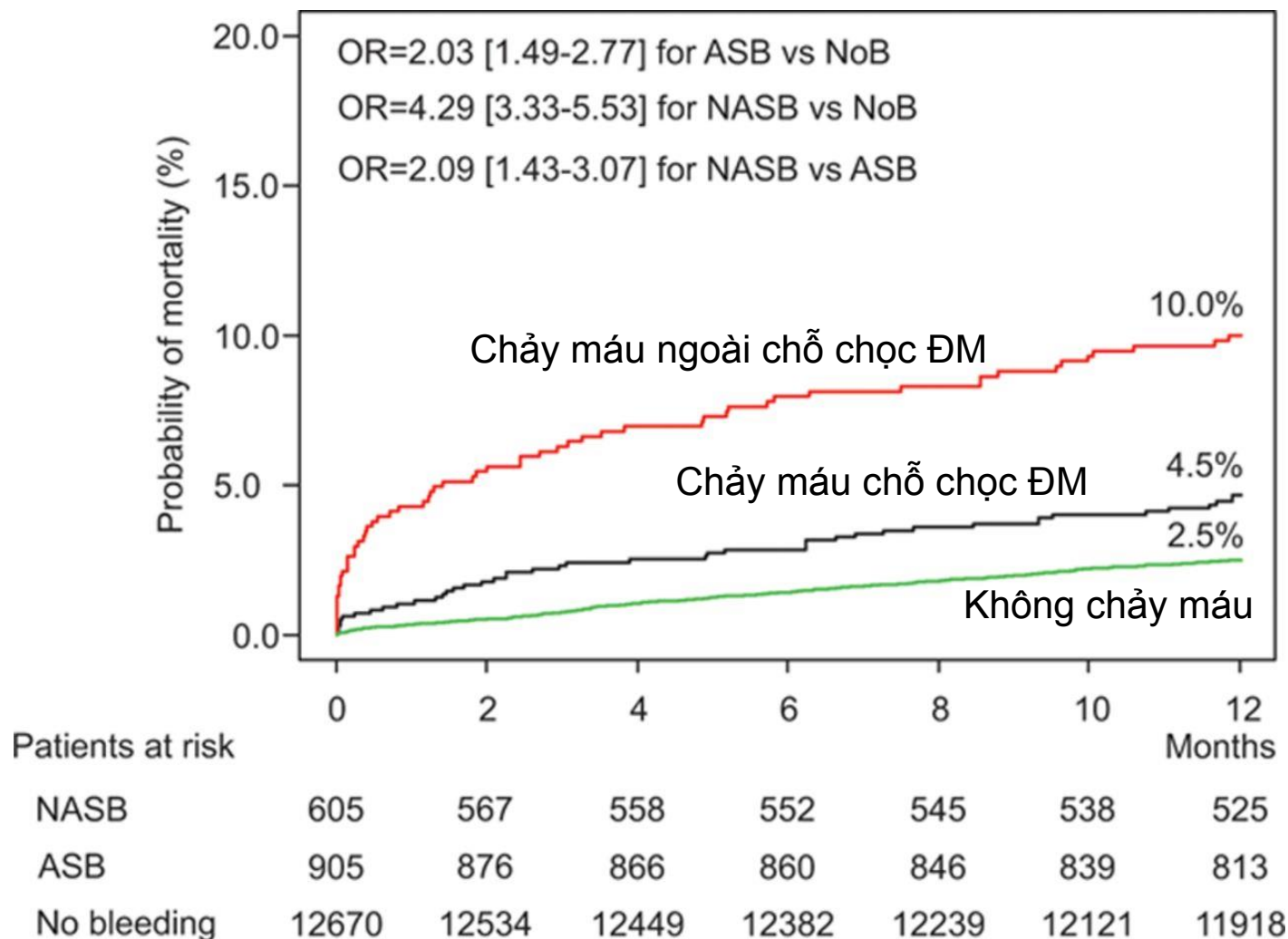
No. at Risk							
Life Threaten	200	185	172	163	152	141	130
Major	132	129	125	121	117	112	107
Minor	379	375	370	368	349	326	308
No Bleeding	11851	11612	11514	11465	10790	10105	9368

John W. Eikelboom et al. *Circulation*. 2006;114:774-782

Tỷ lệ tử vong năm đầu và tỷ số nguy cơ (RR) không điều chỉnh (unadjusted) kết hợp với lâm sàng trong 30 ngày điều trị (đánh giá theo TIMI bleed)

Lâm sàng	Tỷ lệ tử vong trong năm đầu (%)	RR (95% CI) so sánh với BN không chảy máu	Giá trị p
Không chảy máu	2,54	-	-
Chảy máu chỗ chọc động mạch	6,16	2,33 (1,53-3,53)	< 0,001
Tất cả BN chảy máu ngoài chỗ chọc ĐM	14,4	5,40 (4,32-6,74)	< 0,0001

Kaplan–Meier curves of 1-year mortality in patients without bleeding and those with access and non-access site bleeding.

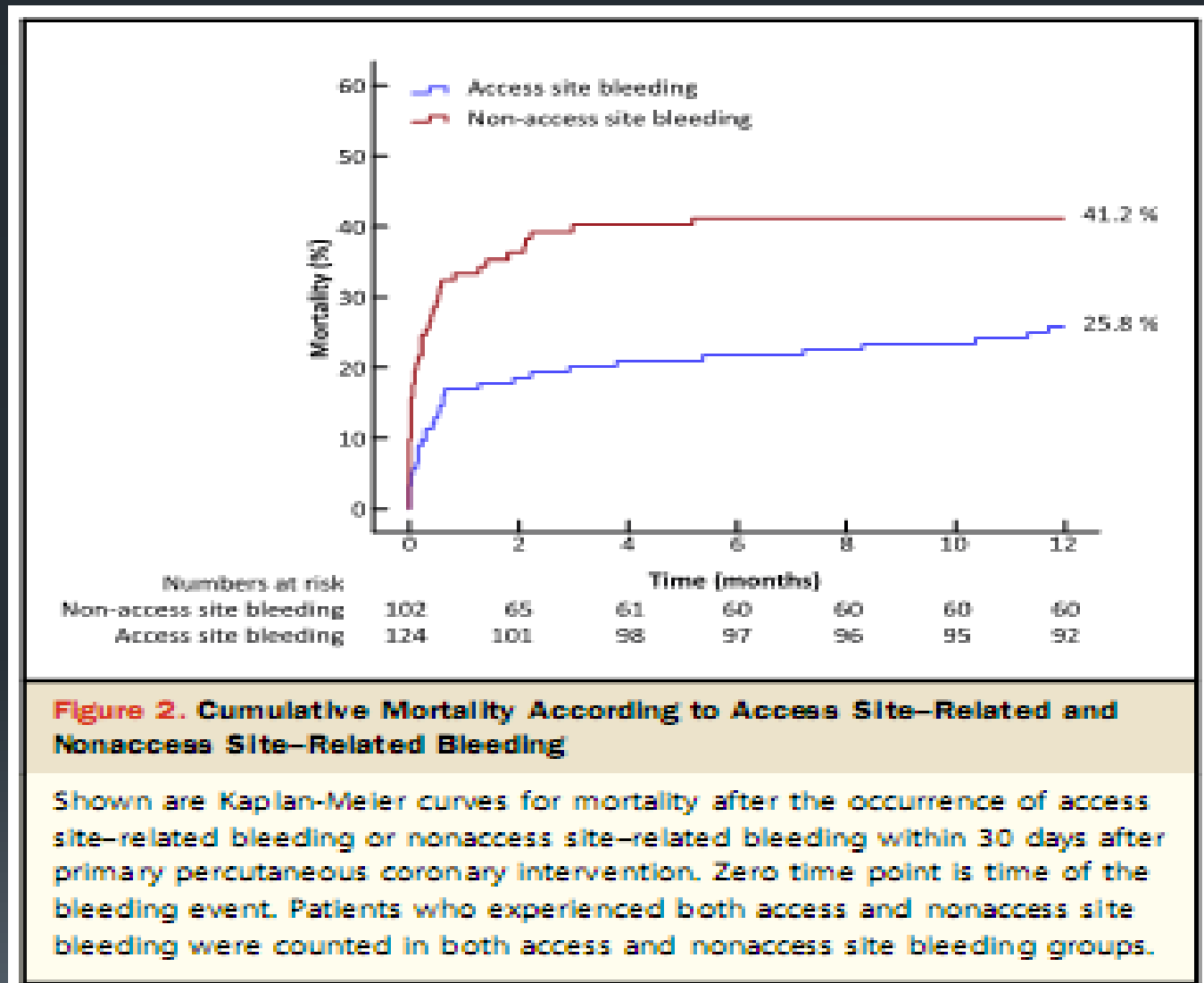


Gjin Ndrepepa et al. Circ Cardiovasc Interv. 2013;6:354-361

Table 7. Results of Multivariable Analysis on Predictors of 1-Year Mortality

Characteristic	Adjusted Hazard Ratio (95% Confidence Interval)	P Value
Access site bleeding (versus no bleeding)	1.72 [1.19–2.47]	0.003
Non-access site bleeding (versus no bleeding)*	2.78 [2.00–3.86]	<0.001

Tỷ lệ tử vong cộng dồn liên quan đến BN STEMI được PCI bị chảy máu chỗ chọc ĐM và ngoài chỗ chọc ĐM



Những điểm ghi nhớ

- Tỷ lệ chảy máu nặng ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp từ 2%-20% tùy theo các công trình nghiên cứu, đặc điểm đối tượng nghiên cứu, cách thức điều trị và thời gian theo dõi,
- Từ số liệu của những nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng lớn nhất tổng kết được, tỷ lệ chảy máu nặng trong thời gian 30 ngày từ 1%-5%

Ghi nhớ (tiếp...)

- Chảy máu nặng liên quan đến hậu quả làm tăng có ý nghĩa nguy cơ bệnh nhân tử vong,
- Nguy cơ tử vong liên quan đến chảy máu tăng lên với mức độ chảy máu,
- Sự phối hợp giữa chảy máu và tử vong thể hiện rõ hơn trong 30 ngày đầu của biến cố mạch vành,

Ghi nhớ



- Tử vong liên quan đến chảy máu càng thể hiện rõ ở những người chảy máu không ở vị trí chỗ chọc động mạch khi can thiệp và chảy máu không rõ nguồn gốc chảy máu.
- Những tiếp cận này giúp nhận thức sâu hơn về ý nghĩa tiên lượng quan trọng của chảy máu ở bệnh nhân HCĐMC cấp
- Chiến lược làm giảm biến cố chảy máu (nặng, nhẹ) rất quan trọng, giúp cải thiện tiên lượng trước mắt cũng như lâu dài của người bệnh.