

THÔNG TIN THUỐC THÁNG 3/2026

1. Việc sử dụng Acoramidis sớm mang lại lợi nhuận dài hạn cho ATTR-CM.
2. Aspirin liều thấp chưa được tận dụng triệt để trong phòng ngừa tiền sản giật.
3. Tiêm thuốc kháng VEGF an toàn đối với các biến cố tim mạch.
4. Thuốc ức chế axit dạ dày hoặc thuốc ức chế bơm proton (PPI) kết hợp với Clopidogrel có liên quan đến nguy cơ đột quỵ.

## **Việc sử dụng Acoramidis sớm mang lại lợi nhuận dài hạn cho ATTR-CM.**

Ở những bệnh nhân mắc bệnh cơ tim do lắng đọng amyloid transthyretin (ATTR-CM), việc điều trị sớm và liên tục bằng acoramidis trong suốt 54 tháng có liên quan đến nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân, tử vong do tim mạch và nhập viện tim mạch lần đầu thấp hơn so với việc bắt đầu điều trị muộn, và không ghi nhận bất kỳ mối lo ngại nào về an toàn lâu dài.

- Thử nghiệm lâm sàng giai đoạn 3 ATTRIBUTE-CM trên bệnh nhân mắc ATTR-CM đã cho thấy kết quả khả quan với acoramidis trong suốt 30 tháng. Trong giai đoạn mở rộng không che giấu đang diễn ra của nghiên cứu đa trung tâm này, các nhà nghiên cứu đã báo cáo về hiệu quả và độ an toàn lâu dài của thuốc.
- Tổng cộng 389 bệnh nhân mắc ATTR-CM đã hoàn thành thử nghiệm kéo dài 30 tháng được ghi danh vào giai đoạn mở rộng nhãn mở từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 4 năm 2025.
- Nhìn chung, 263 bệnh nhân tiếp tục dùng acoramidis đường uống 800 mg hai lần mỗi ngày, và 126 bệnh nhân chuyển từ giả dược sang cùng phác đồ acoramidis vào tháng thứ 30.
- Các nhà nghiên cứu đã đánh giá tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân, tỷ lệ tử vong liên quan đến tim mạch và lần nhập viện đầu tiên do bệnh tim mạch trong thời gian theo dõi trung bình là 53,2 tháng.
- Các phân tích bổ sung bao gồm xác định nồng độ peptide natriuretic loại B tiền thân đầu N (NT-proBNP) và transthyretin huyết thanh (sTTR), khoảng cách đi bộ 6 phút, điểm số cho thấy tình trạng sức khỏe liên quan đến suy tim và độ an toàn.
- Bệnh nhân tiếp tục điều trị bằng acoramidis đến tháng thứ 54 có nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân thấp hơn 45% và nguy cơ tử vong liên quan đến tim mạch thấp hơn 49% so với những người chuyển từ giả dược sang acoramidis (  $P < 0,001$  cho cả hai).
- Điều trị liên tục bằng acoramidis có liên quan đến việc giảm 47% nguy cơ nhập viện do bệnh tim mạch lần đầu tiên ở tháng thứ 54 (  $P < 0,001$ ).

- Những bệnh nhân tiếp tục dùng acoramidis có mức NT-proBNP ổn định, mức sTTR tăng bền vững (cao hơn so với những người chuyển sang dùng thuốc khác), và tốc độ suy giảm quãng đường đi bộ 6 phút chậm hơn, đồng thời duy trì tình trạng sức khỏe liên quan đến suy tim ở tháng thứ 54. Những người chuyển từ giả dược sang acoramidis có mức NT-proBNP ổn định sau khi chuyển đổi và quãng đường đi bộ 6 phút được cải thiện.
- Không có vấn đề an toàn mới nào được báo cáo trong suốt thời gian theo dõi kéo dài đến tháng thứ 54. Các biến cố bất lợi phát sinh trong quá trình điều trị xảy ra ở 94,3% bệnh nhân, không có sự khác biệt giữa những người tiếp tục sử dụng và những người chuyển sang sử dụng acoramidis.

“Những phát hiện này chứng minh lợi ích lâm sàng lâu dài và bền vững của acoramidis trong ATTR-CM và nhấn mạnh sự cần thiết phải chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời ở những bệnh nhân mắc ATTR-CM,” các nhà nghiên cứu viết. Việc sử dụng nhiều hơn các liệu pháp nền điều trị suy tim khi bắt đầu giai đoạn mở rộng nhãn mở có thể đã dẫn đến việc đánh giá thấp hiệu quả của acoramidis, đặc biệt là ở những người chuyển từ giả dược sang acoramidis. Các thông số liên quan đến tiến triển bệnh, cùng với các đặc điểm cơ bản khác, không cân bằng giữa các nhóm và có thể đã làm sai lệch kết quả. Việc thiếu nhóm đối chứng trong giai đoạn nghiên cứu nhãn mở có thể đã gây ra sự không chắc chắn trong việc giải thích các kết quả an toàn dài hạn.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/early-acoramidis-yields-long-term-gains-attr-cm-2026a10009q6>

## **Aspirin liều thấp chưa được tận dụng triệt để trong phòng ngừa tiền sản giật.**

Theo nghiên cứu được trình bày tại Hội nghị Khoa học thường niên năm 2026 của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (ACC) ở New Orleans, khoảng 75% bệnh nhân mang thai có nguy cơ tiền sản giật không dùng aspirin liều thấp, phương pháp điều trị dự phòng được khuyến cáo.

Mặc dù đáp ứng các tiêu chí nguy cơ cao hoặc trung bình đối với tiền sản giật, chỉ có 24% phụ nữ đủ điều kiện có chỉ định hoặc đơn thuốc được ghi chép lại cho loại thuốc này, bất chấp giá cả tương đối phải chăng và ít tác dụng phụ tiềm ẩn.

“Xu hướng này đáng báo động,” Tiến sĩ Emily Lau, Giám đốc Chương trình Sức khỏe Tim mạch Phụ nữ tại Bệnh viện Brigham and Women's ở Boston, người đứng đầu nghiên cứu, cho biết. “Đa số phụ nữ đủ điều kiện dùng aspirin lại không được tiếp cận liệu pháp phòng ngừa quan trọng này.”

Tiền sản giật xảy ra ở tới 8% các trường hợp mang thai và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở phụ nữ mang thai. Tuy nhiên, việc dự đoán ai sẽ mắc phải tình trạng này rất khó khăn vì các yếu tố nguy cơ rất đa dạng và phổ biến. Các yếu tố nguy cơ trung bình bao gồm béo phì, tăng huyết áp, thu nhập thấp và tuổi trên 35. Ngoài những biến chứng cấp tính đối với người mẹ, Lau cho biết phụ nữ bị tiền sản giật cũng có nguy cơ cao hơn mắc bệnh tim mạch.

Năm 2014, Lực lượng Đặc nhiệm Dịch vụ Phòng ngừa Hoa Kỳ bắt đầu khuyến nghị sử dụng aspirin liều thấp (81 mg/ngày) cho phụ nữ sau 12 tuần thai kỳ, và Trường Cao đẳng Sản phụ khoa Hoa Kỳ cũng đưa ra khuyến nghị tương tự vào năm 2018. Lau và nhóm của cô đã phân tích hồ sơ sức khỏe điện tử của các bệnh nhân mang thai sinh con trong hệ thống chăm sóc sức khỏe Mass General Brigham ở New England từ năm 2013 đến năm 2023 cho nghiên cứu đoàn hệ. Họ đã phân loại 30.767 trường hợp mang thai (21.326 phụ nữ) là có nguy cơ cao mắc tiền sản giật dựa trên việc có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ cao hoặc hai hoặc nhiều yếu tố nguy cơ trung bình. Sau đó, nhóm nghiên cứu đã xem xét các loại thuốc mà bệnh nhân được kê đơn hoặc được chỉ định dùng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng phụ nữ được kê đơn aspirin tăng nhẹ từ năm 2013 đến năm 2019, từ 4% lên 13% đối với những người được xếp vào nhóm nguy

cơ cao. Tính đến năm 2023, 24% bệnh nhân có nguy cơ cao đang sử dụng aspirin, được ghi nhận bằng đơn thuốc hoặc chỉ định mua thuốc không cần kê đơn.

Ông Lau cho biết vô số các yếu tố rủi ro tương chừng như vô hại có thể góp phần giải thích tại sao tỷ lệ kê đơn aspirin lại thấp như vậy. “Bạn có thể gặp một vận động viên chạy marathon da đen 35 tuổi, không có bệnh lý nào khác, sức khỏe rất tốt, nhưng cô ấy vẫn được coi là có nguy cơ cao và cần được chỉ định dùng aspirin để phòng ngừa,” Lau nói. Nhưng bệnh nhân này có thể bị bỏ sót bởi bác sĩ “khi bạn đang làm việc trong một phòng khám sản khoa bận rộn.”

Bác sĩ Alexandra Edwards, chuyên gia về sản khoa và y học bào thai tại Mercy, một hệ thống y tế ở St. Louis, cho biết việc giảm nhạy cảm với rủi ro cũng có thể góp phần vào tỷ lệ thấp.

“Những bệnh nhân thừa cân thường có nguy cơ cao hơn [mắc tiền sản giật], nhưng hiện tại, bệnh nhân trung bình của tôi đều béo phì,” Edwards nói. “Bạn có thể trở nên thờ ơ với các yếu tố nguy cơ nếu gặp chúng ngày này qua ngày khác.”

Lau cho biết một giải pháp có thể là tạo ra các hệ thống nhắc nhở các bác sĩ lâm sàng về sự cần thiết phải kê đơn aspirin khi có các yếu tố nguy cơ.

Edwards cho biết các bác sĩ trong mạng lưới của bà nhận được "hướng dẫn về thực hành tốt nhất" với lời nhắc nhở kê đơn aspirin trước khi hoàn tất hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

Edwards cho biết, một yếu tố khác góp phần có thể là xu hướng của các bác sĩ lâm sàng trong việc hạn chế tiếp xúc với bất kỳ loại thuốc nào trong thời kỳ mang thai.

Lau cho biết các bác sĩ lâm sàng nên xem xét hệ thống hồ sơ điện tử của riêng mình và đảm bảo rằng các rủi ro của bệnh nhân được ghi nhận chính xác và họ tuân theo các hướng dẫn để cải thiện việc phòng ngừa tiền sản giật.

“Phương pháp này không tốn kém, dễ thực hiện, rủi ro khá thấp, thế nhưng, gần ba phần tư phụ nữ đủ điều kiện lại không được tiếp cận với biện pháp can thiệp quan trọng này”, Lau nói. “Rõ ràng, chúng ta cần phải làm tốt hơn nữa trên mọi phương diện.”

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/low-dose-aspirin-underutilized-preeclampsia-prevention-2026a10009m6?ecd=a2a>

## **Tiêm thuốc kháng VEGF an toàn đối với các biến cố tim mạch.**

Bệnh nhân được tiêm thuốc kháng VEGF vào mắt vào thời điểm đột quy hoặc nhồi máu cơ tim không có nguy cơ tử vong hoặc biến chứng nghiêm trọng cao hơn, và kết quả không khác biệt giữa các loại thuốc kháng VEGF thường được sử dụng.

- Các nhà nghiên cứu đã tiến hành một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu sử dụng dữ liệu từ hồ sơ sức khỏe điện tử từ một mạng lưới lớn của Hoa Kỳ (2005-2025) để đánh giá xem việc tiêm thuốc kháng VEGF vào mắt được thực hiện vào thời điểm xảy ra biến cố tim mạch có ảnh hưởng đến tỷ lệ sống sót và các biến chứng nghiêm trọng hay không.
- Họ đã xác định những bệnh nhân trước đây từng được điều trị bằng liệu pháp kháng VEGF và bị đột quy hoặc nhồi máu cơ tim. Những người được tiêm thuốc trong vòng 14 ngày trước đến 6 tuần sau biến cố tim mạch được ghép cặp theo điểm xu hướng với nhóm bệnh nhân đối chứng có tiền sử tiêm thuốc kháng VEGF nhưng không tiêm trong vòng 3 tháng trước hoặc sau biến cố.
- Các nhóm bệnh nhân được tiêm thuốc kháng VEGF bao gồm 1526 người bị đột quy (tuổi trung bình 72,1 năm; 53,9% là nữ) và 1523 người bị nhồi máu cơ tim (tuổi trung bình 71,4 năm; 46,9% là nữ), mỗi nhóm đều có số lượng người đối chứng tương đương.
- Các kết quả lâm sàng bao gồm tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân, di chứng thần kinh kéo dài sau đột quy và suy tim tâm thu sau nhồi máu cơ tim, được đánh giá sau 3 tháng và 1 năm.
- Các nhà nghiên cứu cũng tiến hành phân tích chỉ giới hạn ở các mũi tiêm được thực hiện trong vòng 14 ngày trước khi xảy ra biến cố tim mạch và so sánh kết quả giữa các loại thuốc kháng VEGF khác nhau.
- So với nhóm đối chứng, bệnh nhân được tiêm thuốc kháng VEGF vào thời điểm đột quy có nguy cơ tử vong giảm ở 3 tháng và 1 năm (tỷ lệ rủi ro tương đối [RR] lần lượt là 0,39 và 0,52;  $P < 0,001$  cho cả hai) và nguy cơ di chứng thần kinh kéo dài giảm ở 3 tháng (RR, 0,64;  $P = 0,007$ ) nhưng không giảm ở 1 năm.
- Bệnh nhân được tiêm thuốc kháng VEGF vào thời điểm nhồi máu cơ tim có nguy cơ tử vong giảm sau 3 tháng và 1 năm (tỷ lệ rủi ro tương ứng là 0,34 và

0,58;  $P < 0,001$  cho cả hai) và nguy cơ suy tim giảm sau 3 tháng (tỷ lệ rủi ro tương ứng là 0,65;  $P = 0,02$ ) nhưng không giảm sau 1 năm.

- Nguy cơ tử vong giảm vẫn được duy trì khi việc tiếp xúc chỉ giới hạn ở các mũi tiêm được thực hiện trong vòng 14 ngày trước khi xảy ra biến cố tim mạch, nhưng sự khác biệt về nguy cơ thiếu hụt thần kinh và suy tim trở nên không đáng kể.
- Kết quả không khác biệt tùy thuộc vào loại thuốc kháng VEGF được lựa chọn (aflibercept, bevacizumab hoặc ranibizumab).

Các phát hiện này “cho thấy việc trì hoãn lựa chọn thuốc kháng VEGF hoặc thuốc điều chỉnh trong giai đoạn quanh biến cố tim mạch có thể là không cần thiết và việc ra quyết định lâm sàng có thể ưu tiên tiếp tục điều trị bằng thuốc kháng VEGF mà không cần điều chỉnh trong giai đoạn quanh biến cố tim mạch, đồng thời bảo tồn thị lực và tránh các rủi ro toàn thân bổ sung”, các nhà nghiên cứu báo cáo.

“Mặc dù có lẽ còn quá sớm để nói về tác dụng bảo vệ của liệu pháp kháng VEGF nội nhãn đối với sự xuất hiện của các biến cố mạch máu não, chúng tôi hoan nghênh kết quả của [nghiên cứu này], nghiên cứu này, cụ thể hơn, mở rộng một số báo cáo thí điểm cho thấy liệu pháp được lý kháng VEGF nội nhãn an toàn ở những bệnh nhân bị các biến cố mạch máu não và các biến cố mạch máu não gần đây,” Tiến sĩ Igor Kozak, MD, PhD, đã viết trong một bài bình luận được mời kèm theo bài báo trên tạp chí.

Nghiên cứu này mang tính quan sát, do đó dễ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố gây nhiễu và sai sót trong mã hóa dữ liệu. Thông tin về mức độ nghiêm trọng của các biến cố tim mạch và số lần tiêm không có sẵn. Một số nhóm đối tượng sử dụng thuốc cụ thể có quy mô tương đối nhỏ, không đủ để đưa ra kết luận đáng tin cậy.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/anti-vegf-injections-safe-around-cvd-events-2026a10009bh>

## **Thuốc ức chế axit dạ dày hoặc thuốc ức chế bơm proton (PPI) kết hợp với Clopidogrel có liên quan đến nguy cơ đột quỵ.**

Một nghiên cứu đoàn hệ mới cho thấy việc sử dụng đồng thời thuốc ức chế acid cạnh tranh kali (P-CAB) hoặc thuốc ức chế bơm proton (PPI) với clopidogrel có liên quan đến nguy cơ gia tăng các biến cố tim mạch bất lợi nghiêm trọng (MACE) và tái phát đột quỵ so với chỉ sử dụng clopidogrel đơn thuần ở những bệnh nhân có tiền sử đột quỵ thiếu máu cục bộ .

- Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu bao gồm dữ liệu của hơn 65.000 bệnh nhân bị đột quỵ thiếu máu cục bộ (tuổi trung bình 66; 58% nam giới) từ cơ sở dữ liệu của Dịch vụ Bảo hiểm Y tế Quốc gia Hàn Quốc.
- Hơn 40.000 bệnh nhân đã được điều trị bằng clopidogrel từ năm 2017 đến năm 2021 và được phân loại thành ba nhóm: chỉ dùng clopidogrel, clopidogrel kết hợp với P-CABs, và clopidogrel kết hợp với PPI.
- Các thuốc P-CAB được kiểm tra bao gồm tegoprazan, fexuprazan, vonoprazan và revaprazan; các thuốc PPI được kiểm tra bao gồm esomeprazole , dextlansoprazole , omeprazole, pantoprazole , ilaprazole và rabeprazole .
- Phương pháp ghép cặp điểm xu hướng (PSM) đã so sánh kết quả giữa 536 bệnh nhân trong mỗi nhóm dùng clopidogrel cộng với P-CAB và nhóm chỉ dùng clopidogrel, cũng như giữa 5847 bệnh nhân trong mỗi nhóm dùng clopidogrel cộng với PPI và nhóm chỉ dùng clopidogrel.
- Tiêu chí đánh giá chính là sự xuất hiện của các biến cố tim mạch nghiêm trọng (MACE), bao gồm nhồi máu cơ tim , đột quỵ tái phát và tử vong do mọi nguyên nhân, cũng như xuất huyết tiêu hóa. Tất cả đều được đánh giá trong thời gian theo dõi 180 ngày.
- Sau khi ghép cặp theo điểm xu hướng (PSM), nhóm dùng clopidogrel cộng với P-CAB có nguy cơ mắc MACE cao hơn (tỷ lệ nguy cơ [HR], 2,40) và nguy cơ tái phát đột quỵ cao hơn (HR, 2,64) so với nhóm chỉ dùng clopidogrel, tương tự như nhóm dùng clopidogrel cộng với PPI (HR lần lượt là 1,38 và 1,41).
- Trong số các thuốc ức chế bơm proton (PPI) riêng lẻ, chỉ có esomeprazole liên quan đến nguy cơ mắc các biến cố tim mạch nghiêm trọng (MACE) cao hơn (HR, 1,46) và tái phát đột quỵ (HR, 1,50) so với clopidogrel đơn độc.

- Không có sự khác biệt đáng kể nào được ghi nhận về tỷ lệ mắc nhồi máu cơ tim, tử vong hoặc xuất huyết tiêu hóa giữa ba nhóm điều trị.
- Trong các phân tích bổ sung, phụ nữ (nhưng không phải nam giới) trong nhóm dùng clopidogrel cộng với PPI có nguy cơ mắc các biến cố tim mạch nghiêm trọng (MACE) và tái phát đột quỵ cao hơn (tỷ lệ nguy cơ lần lượt là 1,61 và 1,58) so với phụ nữ trong nhóm chỉ dùng clopidogrel.

“Đây là nghiên cứu đầu tiên cho thấy P-CAB và esomeprazole có thể làm giảm hiệu quả của clopidogrel ở bệnh nhân đột quỵ”, các nhà nghiên cứu viết.

"Các bác sĩ lâm sàng nên thận trọng khi kê đơn thuốc ức chế bơm proton (PPI) hoặc thuốc đối kháng thụ thể phospholipid (P-CAB) cho những người đang dùng clopidogrel," họ nói thêm.

Nghiên cứu này bị hạn chế bởi cỡ mẫu nhỏ của nhóm bệnh nhân dùng clopidogrel cộng với P-CAB; việc loại trừ những bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim, cuống nhĩ hoặc rung nhĩ trong vòng một năm trước đó; và thời gian theo dõi ngắn. Ngoài ra, P-CAB là những thuốc tương đối mới và chưa được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới, làm hạn chế khả năng khái quát hóa các phát hiện.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/acid-blockers-or-ppi-clopidogrel-tied-stroke-risk-2026a10007yb>