

ĐỊNH NGHĨA VÀ ĐIỀU TRỊ CƠN THIẾU MÁU NÃO THOÁNG QUA

Định nghĩa CTMNTQ

Cơn thiếu máu não thoáng qua(CTMNTQ) là đợt cấp rối loạn chức năng thần kinh do thiếu máu não cục bộ tạm thời, không kết hợp với nhồi máu não lâu dài, lâm sàng CTMNTQ không quá một giờ, nhưng đôi khi có thể kéo dài hơn. Trong khi định nghĩa cổ điển CTMNTQ các triệu chứng thần kinh cục bộ kéo dài trong 24 giờ, sự tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh đã ghi nhận nhiều trường hợp là đột quy nhẹ có triệu chứng thoáng qua trong thời gian này hơn là CTMNTQ thật sự.

Từ năm 2002 một nhóm chuyên gia bệnh lý mạch máu não đã đề nghị thay đổi định nghĩa CTMNTQ từ dựa trên cơ sở thời gian tùy ý sang cơ sở mô học. Định nghĩa CTMNTQ là cơn ngắn rối loạn chức năng thần kinh do thiếu máu khu trú ở não hay võng mạc mắt với các triệu chứng lâm sàng kéo dài ít hơn một giờ và không có bằng chứng nhồi máu não cấp. Đề nghị này được sự chấp nhận và tán thành rộng rãi của các thầy thuốc lâm sàng. Năm 2009 Hiệp hội Tim mạch và Hội Đột quy Hoa Kỳ (AHA/ASA) đã phê chuẩn và bổ sung CTMNTQ là cơn rối loạn chức năng thần kinh thoáng qua do thiếu máu cục bộ ở não, tùy sống hay võng mạc mắt, không có nhồi máu não cấp, thời gian tham khảo trước một giờ không giúp ích vì không phân biệt được ranh giới có hay không nhồi máu ở mô. Nguy cơ tổn thương mô lâu dài(nhồi máu) ngay cả khi triệu chứng thiếu máu thoáng qua ít hơn một giờ.

Ưu điểm định nghĩa mới:

- Dựa trên tiêu chí sinh học(tổn thương mô khi xác định hay loại trừ bằng chẩn đoán hình ảnh)
- Định nghĩa khuyến khích sử dụng cận lâm sàng trong chẩn đoán thần kinh, xác định tổn thương và nguyên nhân.
- Sự hiện diện có hay không có thiếu máu não được phản ánh chính xác hơn.

Các ý kiến chống đối:

- Hình ảnh học giữ vai trò trung tâm cả xác định căn nguyên và phân loại hội chứng mạch máu não cấp (Loại I, Mức chứng cứ A).Tuy nhiên hiện nay chẩn đoán hình ảnh vẫn còn hạn chế.
- Định nghĩa mới sẽ thay đổi vừa phải tỷ lệ mới mắc và hiện mắc của đột quy và CTMNTQ. Nhưng sự thay đổi này chỉ được khuyến khích khi sự chẩn đoán chính xác (Loại IIa, Mức chứng cứ C).
- Các bác sĩ có thể lẩn lộn, xác định cơn thiếu máu não thoáng qua hay là “đột quy” nếu không có chẩn đoán hình ảnh
- Nhồi máu não triệu chứng thoáng qua “cerebral infarction with transient symptoms (CITS)” được mô tả triệu chứng kéo dài < 24 giờ nhưng kết hợp nhồi máu não. Tuy nhiên, không có bằng chứng cung cấp thống nhất về bất cứ tiêu chuẩn thời gian nào cho CITS.
- Không thể xác định một điểm cắt riêng biệt về thời gian để phân biệt có hay không triệu chứng thiếu máu não mà kết cục sẽ là một tổn thương não với độ nhạy và chuyên biệt cao (Loại III, Mức chứng cứ A).Thời điểm một giờ, giống như 24 giờ không thể phân biệt chính xác bệnh nhân có hay không nhồi máu não cấp.

Thuật ngữ khác:

- Hội chứng thần kinh mạch máu cấp (acute neurovascular syndrome): được dùng trong trường hợp đánh giá chẩn đoán chưa được thực hiện hoặc đến khi chẩn đoán hoàn thành

- Nhồi máu với triệu chứng thoáng qua ("*cerebral infarction with transient signs*" (CITS)), thuật ngữ này được dùng để phân biệt với triệu chứng thoáng qua không có nhồi máu. Nhồi máu với triệu chứng thoáng qua thường có thể tích nhồi máu nhỏ hơn đột quỵ thiếu máu theo định nghĩa kinh điển (dấu hiệu thần kinh tồn tại ≥ 24 giờ), tuy nhiên chưa có sự thống nhất khác biệt kích thước giữa CITS với đột quỵ thiếu máu. Bệnh nhân CITS có nguy cơ đột quỵ thiếu máu tái phát cao hơn bệnh nhân có triệu chứng thoáng qua không có nhồi máu.

Dịch tễ học

Hàng năm tại Hoa Kỳ có 200.000 đến 500.000 trường hợp được chẩn đoán CTMNTQ, tỷ lệ hiện mắc trong dân số chiếm 2,3% (năm triệu) và 1/15 số người trên 65 tuổi có tiền căn TMNTQ (JAMA 2002). Ở Anh 150.000 trường hợp TMNTQ xảy ra hàng năm. Tỷ lệ mới mắc ở người da đen 98 trường hợp/100.000 dân, cao hơn người da trắng 81 trường hợp / 100.000 dân, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới và gia tăng theo tuổi. Xác định chính xác rất khó khăn do tiêu chuẩn thay đổi trong chẩn đoán TMNTQ. Tỷ lệ mới mắc tăng đáng kể theo tuổi và thay đổi theo chủng tộc – sắc tộc, dân số nghiên cứu. và chẩn đoán hình ảnh cũng ảnh hưởng đến ước lượng tỷ lệ mới mắc và hiện mắc .

Cơ chế bệnh sinh

CTMNTQ xảy ra khi lưu lượng máu đến vùng phân bố của mạch máu giảm hay ngưng do dòng chảy yếu khi đi qua mạch máu bị tắc một phần, thuyên tắc huyết khối cấp hay hẹp động mạch xuyên thấu nhỏ. CTMNTQ là hội chứng, gồm ba cơ chế bệnh sinh : (1) dòng chảy yếu ở động mạch lớn, (2) thuyên tắc, có thể nguồn từ động mạch tới động mạch, nguồn từ tim hay không rõ nguồn và (3) động mạch nhỏ xuyên thấu hay lỗ khuyết

- *CTMNTQ do dòng chảy yếu ở động mạch lớn*: cơn xảy ra ngắn (thường từ vài phút đến vài giờ), tái phát và cơn giống nhau. Thường phối hợp với hẹp do xơ vữa ở phần xuất phát động mạch cảnh trong hay đoạn trong sọ (đoạn siphon), khi dòng chảy bàng hệ từ vòng Willis đến động mạch não giữa và não trước cùng bên bị tổn thương. Một nguyên nhân quan trọng khác là hẹp do xơ vữa thân động mạch não giữa hay phần tiếp giáp động mạch sừng và thân nền. Bất cứ tắc mạch trong hay ngoài sọ đều có thể gây hội chứng TMNTQ do dòng chảy yếu nếu tuần hoàn bàng hệ đến vùng thiếu máu cũng bị tổn thương.

- *CTMNTQ do thuyên tắc*: cơn thường kéo dài hơn (nhiều giờ) và đơn độc, thời gian triệu chứng trên một giờ nhiều khả năng do thuyên tắc (86%). Vật thuyên tắc có thể do bệnh lý động mạch ngoài sọ hay từ tim. Nhồi máu xảy ra nếu triệu chứng kéo dài trên 24 giờ, tuy nhiên đôi khi ít hơn 24 giờ (thường chỉ trong một giờ) cũng có thể gây nhồi máu. Lâm sàng nếu nghi do thuyên tắc, việc đầu tiên là cần xác định nguồn thuyên tắc trước khi khởi đầu điều trị phòng ngừa đột quỵ

- *CTMNTQ lỗ khuyết hay mạch máu nhỏ (nhánh xuyên)*: do hẹp nhánh xuyên của thân động mạch não giữa, động mạch thân nền, động mạch sừng hay vòng Willis gây thiếu máu thoáng qua. Cơ chế tắc các mạch máu nhỏ trong não là do thoái hóa mỡ-hyalin trong tăng huyết áp, tuy nhiên có thể xơ vữa mạch ở động mạch gốc. CTMNTQ động mạch nhỏ đôi khi tái phát tương tự.

Tiếp cận bệnh nhân thiếu máu não thoáng qua

Bệnh nhân nghi ngờ TMNTQ cần được đánh giá khẩn cấp do nguy cơ đột quỵ rất cao, can thiệp nhanh chóng sau CTMNTQ có thể ngăn ngừa được đột quỵ. Đánh giá đầu tiên

bao gồm chẩn đoán hình ảnh của não bộ, điện tim. các xét nghiệm thường quy giúp chẩn đoán loại trừ triệu chứng thần kinh do căn nguyên biến dưỡng hay huyết học như tăng đường huyết, hạ natri máu, tăng tiểu cầu. Cần chẩn đoán biệt một số bệnh lý thần kinh cho các triệu chứng cục bộ thoáng qua như cơn động kinh, đau đầu vận mạch có tiền triệu, ngất. Các bệnh lý ít gặp hơn như chèn ép các dây thần kinh ngoại biên, rễ thần kinh gây dị cảm, tê bì thoáng qua, cơn chóng mặt do bệnh lý tiền đình ngoại biên hoặc rối loạn biến dưỡng hạ đường huyết, suy gan, suy thận gây xáo trộn về hành vi và vận động.

Điều trị nội trú và ngoại trú: Đánh giá và điều trị khẩn cấp bệnh nhân nội trú và ngoại trú rất cần thiết, tuy nhiên đòi hỏi phải nhập viện để đánh giá thì chưa rõ ràng. Thuận lợi bệnh nhân nội trú là có thể điều trị tiêu sợi huyết sớm và các triệu chứng nội khoa khác nếu triệu chứng tái phát, tiến hành đánh giá CTMNTQ và phòng ngừa thứ phát. Hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch và Đột quy Hoa Kỳ năm 2009 đề nghị nội trú cho những bệnh nhân có CTMNTQ khởi phát trong 72 giờ và có một trong các tiêu chuẩn sau đây: (1) điểm ABCD2 ≥ 3 , (2) ABCD2 từ 0-2 và không chắc chắn hoàn thành chẩn đoán trong 2 ngày ở ngoại trú, (3) ABCD2 từ 0-2 và có bằng chứng khác có thể gây thiếu máu cục bộ. Hiệp hội Đột quy Hoa Kỳ khuyến cáo nội trú cho bệnh nhân có CTMNTQ đầu tiên xảy ra trong 24- 48 giờ: thời gian triệu chứng trên 1 giờ, hẹp động mạch cảnh có triệu chứng >50%, biết rõ nguồn thuyên tắc từ tim như rung nhĩ, tăng đông và nguy cơ cao đột quy sớm sau CTMNTQ.

Bệnh ngoại trú cần thực hiện nhanh chóng các chẩn đoán cận lâm sàng:

- CT hay MRI não
- Chụp mạch máu CTA, MRA và siêu âm
- Điện tim

CTMNTQ xảy ra trong 2 tuần phải được thăm khám trong 24-48 giờ, xác định nguyên nhân thiếu máu và điều trị phòng ngừa. Bệnh nhân được hướng dẫn nhập viện cấp cứu nếu triệu chứng tiếp tục tái diễn.

Chẩn đoán hình ảnh: CT hay MRI não tất cả bệnh nhân nghi ngờ CTMNTQ hay đột quy nhẹ, đặc biệt CTMNTQ ở bán cầu. Hiệp hội Tim mạch và Đột quy Hoa Kỳ năm 2009 khuyến cáo chẩn đoán hình ảnh trong 24 giờ triệu chứng khởi phát, khuyến cáo thực hiện MRI và DWI (MRI diffusion-weighted), CT não nếu MRI không thực hiện được. Nhồi máu có thể chẩn đoán sớm hơn trên MRI so với CT, DWI và ADC (apparent diffusion coefficient) phân biệt được mô tổn thương rất sớm sau khởi phát triệu chứng, xác định không những chỉ có thiếu máu xảy ra mà còn cả yếu tố nhồi máu. Các kỹ thuật này có thể giúp chẩn đoán đột quy trong giờ đầu .

Khảo sát mạch máu não: Một yếu tố rất quan trọng trong đánh giá đầu tiên CTMNTQ và đột quy có tổn thương tắc mạch máu lớn cung cấp máu cho vùng bị ảnh hưởng hay không. Các chẩn đoán không xâm lấn được chọn lựa bao gồm MRA, CTA, siêu âm động mạch cảnh (CDUS) và siêu âm xuyên sọ (TCD). Hiệp hội Tim mạch và Đột quy Hoa Kỳ năm 2009 khuyến cáo thực hiện thường quy chẩn đoán không xâm lấn các mạch máu vùng đầu cổ trong thăm khám bệnh nhân nghi ngờ CTMNTQ, điều trị thay đổi nếu phát hiện hẹp hay tắc mạch máu nội sọ, đặc biệt ở nhóm có nguy cơ cao hẹp động mạch nội sọ như người da đen, châu Á, châu Mỹ la tinh. Mặc dù có độ tin cậy để loại trừ hẹp động mạch nội sọ, Hiệp hội Tim mạch và Đột quy Hoa Kỳ khuyến cáo chẩn đoán sự hiện diện và mức độ hẹp cần phải chụp động mạch não xâm lấn. DSA được chỉ định khi phát hiện bất thường trong chẩn đoán không xâm lấn.

Chỉ định chẩn đoán hình ảnh trong hệ thống tuần hoàn trước: MRI và MRA hay CT và CTA có thể xác định vị trí hẹp khi CTMNTQ hay đột quy nhẹ do dòng chảy yếu hay thuyên tắc từ động mạch tới động mạch. DWI và PWI có thể mô tả vùng thiếu máu hay nhồi máu khu trú. Siêu âm Duplex và Doppler xuyên sọ có thể đánh giá dòng chảy yếu nơi chia hai động mạch cảnh chung, trong đoạn siphon động mạch cảnh trong, động mạch mắt, thân động mạch não giữa, não trước và não sau, test dương tính xác định vị trí bệnh lý động mạch, tuy nhiên test âm tính không loại trừ.

Chỉ định chẩn đoán hình ảnh trong hệ thống tuần hoàn sau: Bệnh nhân có triệu chứng tuần hoàn sau thực hiện MRA hay CTA vùng cổ. Bệnh lý động mạch spong ngoài sọ ít gây đột quy, tuy nhiên bóc tách và xơ vữa của động mạch spong có thể bỏ sót nếu không có chẩn đoán hình ảnh, tốt nhất MRA có gadolinium hay CTA. Siêu âm Duplex phần gốc động mạch spong hay Doppler xuyên sọ phần ngọn động mạch spong và động mạch nền có thể cho thấy bệnh lý hệ tuần hoàn sau, tuy nhiên chẩn đoán chỉ được xác định bằng MRA có chất tương phản và CTA. Rất ít khi cần chụp động mạch não quy ước chẩn đoán bệnh lý tuần hoàn sau trong điều trị.

Mạch máu lớn nội sọ: Hẹp do xơ vữa các động mạch lớn nội sọ (đoạn siphon động mạch cảnh, động mạch não giữa, động mạch spong và động mạch thân nền) là nguyên nhân quan trọng đột quy thiếu máu, đặc biệt ở người da đen, châu Á và người Tây ban nha, Bồ đào nha. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh lý động mạch lớn nội sọ là chụp động mạch não quy ước. TCD, MRA và CTA có thể sử dụng, tuy nhiên không đủ độ tin cậy chẩn đoán chính xác hẹp động mạch nội sọ. Mặc dù còn những hạn chế, các chẩn đoán không xâm lấn TCD, MRA và CTA được đề nghị trong đánh giá đầu tiên động mạch nội sọ ở những bệnh nhân có tỷ lệ hiện mắc cao hơn: (1) người da đen, người châu Á và người Tây ban nha, Bồ đào nha, (2) bệnh nhân dưới 50 tuổi không có nguồn từ tim hay ngoài sọ, (3) bệnh nhân có CTMNTQ tái phát tương tự, (4) bệnh nhân có bệnh lý tuần hoàn sau và không có nguồn từ tim, (5) đánh giá tuần hoàn bằng hệ trước phẫu thuật.

Hầu hết các trường hợp chẩn đoán hình ảnh tim, động mạch ngoài sọ được thực hiện trước khi đánh giá động mạch lớn nội sọ.

Mạch máu nhỏ: Chẩn đoán hình ảnh không nhìn thấy trực tiếp mạch máu nhỏ, tuy nhiên khảo sát động mạch cảnh ngoài sọ được khuyến cáo cho bệnh nhân nhồi máu lỗ khuyết hay nghi ngờ CTMNTQ động mạch nhỏ của tuần hoàn trước. Thực hiện các chẩn đoán không xâm lấn mạch máu trong các trường hợp sau:

- Không có các yếu tố nguy cơ mạch máu
- Lâm sàng hội chứng lỗ khuyết không điển hình
- Bằng chứng hình ảnh lỗ khuyết trong khu vực không điển hình
- Hội chứng lỗ khuyết điển hình nhưng chẩn đoán hình ảnh không có nhồi máu lỗ khuyết

Đánh giá tim mạch: Bệnh nhân có CTMNTQ do thuyên tắc hay đột quy nhẹ đo điện tim ngay sau khi triệu chứng khởi phát.

- *Siêu âm tim:* chỉ định bệnh nhân dự kiến dùng kháng đông hay nghi ngờ viêm nội tâm mạc. Siêu âm qua lồng ngực (TTE) không xâm lấn nhưng có thể hạn chế bệnh nhân thể trạng lớn cửa sổ không đủ. TTE tốt hơn siêu âm qua thực quản (TEE) phát hiện huyết khối ở đỉnh tâm thất trái, vôi hoá van hai lá ở người lớn tuổi và đánh giá chức năng thất trái. TEE được chọn lựa đánh giá xơ vữa động mạch chủ, phát hiện bất thường vách liên nhĩ và nhĩ trái. Hiệp hội Tim mạch và Đột quy Hoa Kỳ năm 2009 khuyến cáo siêu âm tim, TTE cho bệnh nhân có CTMNTQ hay đột quy thiếu máu không xác định nguyên

nhân bằng các chẩn đoán cận lâm sàng khác. TEE xác định còn lỗ bầu dục (PFO), xơ vữa cung động mạch chủ, bệnh van tim. Mặc dù TTE không nhạy bằng TEE trong hầu hết các rối loạn liên quan nguồn thuyên tắc từ tim, TTE được khuyến cáo đầu tiên vì không xâm lấn, tiến hành TEE nếu TTE âm tính.

- *Monitoring tim*: cần thiết trong chẩn đoán loại trừ rung nhĩ, Holter monitoring bệnh nhân có tiền sử đánh trống ngực, cơn rung nhĩ kịch phát

Xét nghiệm huyết học: Bệnh nhân nội trú nghi ngờ CTMNTQ đánh giá công thức máu, PT, PTT, ion đồ, creatinine, glucose, lipid và tốc độ máu lắng (ESR). Khả năng thiếu máu não do căn nguyên huyết học tăng lên khi có những điều kiện sau đây: (1) đột quy hay CTMNTQ vô căn, (2) tuổi 45 hay trẻ hơn, (3) có tiền sử rối loạn đông máu, (4) tắc nhiều động tĩnh mạch, (5) ung thư, (6) tiền sử gia đình bị huyết khối.

Tiền lượng CTMNTQ

CTMNTQ là một cấp cứu thần kinh, do nguy cơ tái phát đột quy rất cao, nhận thức và đánh giá khẩn cấp rất ích lợi trong điều trị phòng ngừa hay tái thông các động mạch lớn như động mạch cảnh. CTMNTQ do các nhánh động mạch cảnh xảy ra trước từ 50 đến 75% ở bệnh nhân đột quy thiếu máu do bệnh lý động mạch cảnh ngoài sọ và CTMNTQ động mạch sống nền gây đột quy tái phát và tử vong tương tự hay cao hơn CTMNTQ động mạch cảnh. Khoảng 15 đến 20% bệnh nhân đột quy có CTMNTQ trước đó. Nguy cơ cao đột quy tái phát ngày thứ 7 và 3 tháng sau cao hơn ở nhóm xơ vữa động mạch so với CTMNTQ do thuyên tắc từ tim, động mạch nhỏ, không xác định nguyên nhân hay nguyên nhân khác. Kết quả các nghiên cứu đoàn hệ nguy cơ đột quy tiếp theo sau CTMNTQ khoảng 4% ngày thứ 2, 8% sau 30 ngày và 9% sau 90 ngày. Theo dõi tiên cứu tần suất đột quy là 11% ở ngày thứ 7, nguy cơ tăng cao nhất ngay sau khi xảy ra CTMNTQ và giảm dần trong 2 năm rồi tăng dần sau đó.

Các yếu tố nguy cơ đột quy sau CTMNTQ

Nguy cơ đột quy sau CTMNTQ được đề cập đến từ năm 1970 và nhiều cách phân loại xác định nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao theo: (1) vùng chi phối mạch máu, (2) cơ chế bệnh sinh và chẩn đoán hình ảnh, (3) đặc điểm lâm sàng

- *Thang điểm California*: Năm 2000 Johnston và cộng sự đưa ra thang điểm dựa trên 5 yếu tố lâm sàng, tương ứng mỗi yếu tố là một điểm: tuổi trên hay 60, thời gian triệu chứng kéo dài trên hay 10 phút, đại tháo đường, yếu chi và rối loạn ngôn ngữ. Tỷ lệ đột quy tái phát gia tăng dao động từ 0%(không điểm) đến 34%(5 điểm).

- *Thang điểm ABCD*: Năm 2005 Rothwell và cộng sự đề xuất thang điểm ABCD tiên đoán nguy cơ đột quy tái phát sau 7 ngày. Bao gồm **A**ge (tuổi) trên 60: 1 điểm, **B**lood pressure (huyết áp) $\geq 140/90$ mmHg trong lần đánh giá đầu tiên: 1 điểm, **C**linical (triệu chứng lâm sàng) yếu liệt một bên: 2 điểm, rối loạn ngôn ngữ không có yếu liệt: 1 điểm và **D**uration (thời gian) kéo dài từ 10 đến 59 phút: 1 điểm, dưới 10 phút: không điểm.

- *Thang điểm ABCD2*: Johnston và cộng sự, năm 2007 đề xuất một thang điểm mới trên cơ sở hai thang điểm California và ABCD, tiên lượng nguy cơ đột quy tái phát sớm trong 2 ngày: điểm từ 6-7 nguy cơ cao (8%), điểm từ 4-5 nguy cơ trung bình (4%) và từ 0-3 nguy cơ thấp (1%). Thang điểm được kiểm định bởi 4 nghiên cứu lớn thực hiện độc lập tại Mỹ và Anh cho thấy độ tin cậy cao hơn 2 thang điểm trước. Hiện nay thang điểm ABCD2 được dùng trong hướng dẫn xử trí CTMNTQ tại Mỹ, Anh, Canada, Châu Âu và Úc, xác định nguy cơ cao khi ≥ 4 điểm với độ nhạy cao (92%). Hạn chế độ đặc hiệu thấp trong dân số có nguy cơ cao, tiên lượng không tối ưu thường thấp hơn trong nghiên cứu

bệnh viện so nghiên cứu cộng đồng. Hình ảnh nhồi máu trên DWI hay tổn thương cấp, mạn tính trên CT sau CTMNTQ cũng là những yếu tố tiên đoán đột quy quan trọng. Nguy cơ đột quy sau 90 ngày < 1% nếu chẩn đoán hình ảnh âm tính và 14% khi có hình ảnh nhồi máu. Sự phối hợp giữa chẩn đoán hình ảnh trên DWI, chụp mạch máu không xâm lấn và thang điểm ABCD2 có thể cải thiện chính xác sự tiên đoán đột quy sau CTMNTQ trong 2 ngày hay 7 ngày.

Điều trị khẩn cấp CTMNTQ

CTMNTQ và đột quy nhẹ có nguy cơ cao tái phát sớm, nguy cơ đột quy vào ngày thứ 2 từ 4 đến 10%. Thang điểm ABCD2 có thể xác định bệnh nhân có nguy cơ cao trong thời gian này. Đánh giá bệnh nhân nghi ngờ CTMNTQ và đột quy nhẹ bao gồm chẩn đoán hình ảnh não, mạch máu trong và ngoài sọ, đánh giá tim mạch. Các xét nghiệm cận lâm sàng giúp loại trừ nguyên nhân thần kinh do biến dưỡng và huyết học. Tiếp cận trong điều trị CTMNTQ và đột quy thiếu máu nhẹ ưu tiên là xác định cơ chế sinh lý bệnh và điều trị phòng ngừa. Các bằng chứng cho thấy ngoài điều trị đặc hiệu, can thiệp khẩn cấp có thể giảm nguy cơ tái phát đột quy so với trì hoãn. Đánh giá và can thiệp sớm bệnh lý động mạch cảnh có triệu chứng rất quan trọng phòng ngừa đột quy. Nghiên cứu NASCET và ECST can thiệp sớm cắt bỏ nội mạc động mạch cảnh trong 2 tuần lễ đầu sau khởi phát đột quy nhẹ hay CTMNTQ cải thiện dự hậu đáng kể so với can thiệp trễ. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị không trì hoãn, tốt nhất là trong ngày đầu sau biến cố thiếu máu cho những bệnh nhân có CTMNTQ hay đột quy nhẹ. Điều trị các yếu tố nguy cơ bao gồm giảm huyết áp, điều trị statin và chống kết tập tiểu cầu, thay đổi lối sống như ngưng hút thuốc lá.

- **Chống kết tập tiểu cầu:** Bệnh nhân TMNTQ hay đột quy nhẹ do xơ vữa mạch, lỗ khuyết (tắc mạch máu nhỏ) hay không biết nguồn gốc khuyến cáo điều trị chống kết tập tiểu cầu (Mức bằng chứng 1A). Khởi đầu ngay Aspirin liều 325mg/ngày sau đó duy trì liều từ 50-325mg/ngày, Aspirin phối hợp với Dipyridamole phóng thích kéo dài và Clopidogrel đơn trị liệu, tất cả được lựa chọn trong điều trị đầu tiên, không có sự khác biệt rõ về lợi ích. Aspirin phối hợp với Dipyridamole phóng thích kéo dài được khuyến cáo hơn Aspirin đơn thuần. Bệnh nhân không dung nạp Aspirin hay đã xử dụng Aspirin trước có thể chọn Clopidogrel hay Aspirin phối hợp với Dipyridamole. Clopidogrel có thể hơn Aspirin đơn thuần dựa trên nghiên cứu so sánh trực tiếp, bệnh nhân dị ứng Aspirin, dùng Clopidogrel là hợp lý tuy nhiên Aspirin phối hợp Clopidogrel gia tăng nguy cơ chảy máu. Kết hợp điều trị Aspirin và Clopidogrel không được khuyến cáo thường quy cho bệnh nhân đột quy thiếu máu hay CTMNTQ qua trừ khi có chỉ định điều trị đặc biệt (đặt stent động mạch vành hay hội chứng suy vành cấp).

- **Chống đông:** Bệnh nhân rung nhĩ có đột quy thiếu máu hay CTMNTQ khuyến cáo dùng kháng đông uống (Mức bằng chứng 1A). Warfarin được lựa chọn, liều đề nghị duy trì INR từ 2-3. Dùng Aspirin cho những bệnh nhân rung nhĩ và đột quy do thuyên tắc từ tim trường hợp chống chỉ định dùng kháng đông (Mức bằng chứng 1B).

- **Phẫu thuật cắt bỏ nội mạc động mạch cảnh:** Chọn lựa bệnh nhân hẹp động mạch cảnh từ 50-99%, có triển vọng sống ít nhất trên 5 năm sau điều trị phẫu thuật cắt bỏ nội mạc động mạch. Aspirin liều từ 81-325mg/ ngày dùng khởi đầu trước phẫu thuật (Mức bằng chứng 1A).

PGS.TS.BS. Cao Phi Phong