

Hướng dẫn phòng ngừa đột quỵ tiên phát của Hiệp hội Tim mạch Hoa kỳ-2010

PGS.TS Cao Phi Phong lược dịch

(Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals. From the American Heart Association/American Stroke Association. ©2010 American Heart Association, Inc. All rights reserved)

Yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ kinh điển (chứng minh rõ)(Well-documented Risk Factors)

- Tăng huyết áp
- Hút thuốc lá
- Đái tháo đường
- Rung nhĩ và bệnh tim khác
- Rối loạn lipid máu
- Hẹp động mạch cảnh không triệu chứng
- Bệnh thiếu máu do hồng cầu hình liềm
- Điều trị hormone sau mãn kinh
- Dinh dưỡng kém
- Ít hoạt động cơ thể
- Béo phì và phân bố mỡ trong cơ thể

Các yếu tố nguy cơ ít được chứng minh hay tiềm tàng có thể sửa đổi (Less well-documented or potentially modifiable Risk Factors)

- Hội chứng chuyển hóa
- Uống rượu quá mức
- Lạm dụng thuốc ma túy (*Drug abuse*)
- Dùng thuốc ngừa thai uống
- Rối loạn hô hấp lúc ngủ
- Migraine
- Tăng homocystein máu
- Tăng lipoprotein(a)
- Tăng đông
- Viêm nhiễm
- Nhiễm trùng

Các yếu tố nguy cơ không sửa đổi

- Tuổi
- Chủng tộc-dân tộc
- Giới tính
- Sinh thiếu cân (<2500g)
- Tiền sử gia đình đột quy/ thiếu máu não thoáng qua(cả cha hay mẹ)

Nguyên nhân di truyền của đột quy

- Một số ít bệnh nhân đột quy do di truyền(Class. IIb, Level of Evidence. C). Chưa có đầy đủ số liệu trong tầm soát di truyền cho phòng ngừa

đột quy(CADASIL, Marfan's syndrome, Fabry's disease (thiếu men α -galactosidase) , neurofibromatosis)

Đánh giá nguy cơ đột quy tiên phát

Mỗi bệnh nhân phải được đánh giá nguy cơ đột quy (Class I, Level of Evidence A). (C. I, L. A)

Dụng cụ đánh giá nguy cơ cần xem xét như thang điểm FSP (the Framingham Stroke Profile), chúng có thể giúp xác định khi nào điều trị có lợi hay không cần điều trị dựa trên cơ sở YTNC. (C IIa, L B).

Tăng huyết áp

1. Hướng dẫn hiện nay kiểm soát đường huyết và mục tiêu huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường cũng được khuyến cáo cho những bệnh nhân có đột quy hay cơn thiếu máu não thoáng qua. Sự tán thành báo cáo JNC 7 tầm soát huyết áp thường xuyên và điều trị thích hợp. (C. I, L. A) bao gồm cả thay đổi lối sống và điều trị thuốc (theo JNC 7)
2. Điều trị HA tâm thu <140mmHg, HA tâm trương<90mmHg, do giới hạn này liên hệ với nguy cơ đột quy và tim mạch thấp hơn (C.I,L.A)
3. Tăng HA có đái tháo đường hay bệnh thận, mục tiêu HA< 130/80 mmHg (C. I, L. A)

Phân loại và điều trị huyết áp (JNC7)

Phân loại	HA tâm thu mmHg	HA tâm trương, mmHG	Không chỉ định bắt buộc*	Chỉ định bắt buộc*
Bình thường	<120 và	<80	Không dùng	Không dùng
Tiền tăng HA	120-139 hay	80-89	Không dùng	Thuốc trong chỉ định bắt buộc

Tăng HA giai đoạn 1	140-159 hay	90-99	Phần lớn dùng lợi tiểu. Có thể xem xét ACEI, ARB, BB, CCB hay kết hợp	Thuốc trong chỉ định bắt buộc. Các thuốc khác (lợi tiểu, ACEI, ARB, BB, CCB khi cần
Tăng HA giai đoạn 1	≥ 160 hay	≥100	Phần lớn kết hợp 2 thuốc, thường dùng lợi tiểu và ACEI, ARB, BB, CCB	Thuốc trong chỉ định bắt buộc. Các thuốc khác (lợi tiểu, ACEI, ARB, BB, CCB khi cần

ACEI, ACE inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; BB, β adrenergic receptor blocker; CCB, calcium channel blocker; DBP, diastolic blood pressure; EtOH, alcohol; SBP, systolic blood pressure.

Chỉ định bắt buộc: (1) suy tim ứ huyết, (2) nhồi máu cơ tim, (3) đái tháo đường, (4) suy thận mãn và (5) tiền sử đột quỵ.

** Thay đổi lối sống được khuyến khích cho tất cả và bao gồm (1) giảm cân nếu thừa cân; (2) hạn chế uống rượu; (3) gia tăng tập thể dục (30–45 phút mỗi ngày); (4) kiêng ăn mặn (<2.34 g); (5) cung cấp đầy đủ potassium (120 mmol/ngày); (6) ngưng hút thuốc lá và (7) chế độ ăn (nhiều trái cây, rau quả, ít pho sản từ sữa, giảm mỡ bão hòa và toàn thể*

† Phối hợp điều trị khởi đầu thận trọng hạ huyết áp tư thế

Hút thuốc lá

Khuyến cáo

1. Tránh hút thuốc với người chưa hút và ngưng hút thuốc với người đang hút, khuyến cáo dựa trên cơ sở các nghiên cứu dịch tễ cho thấy sự tương quan giữa hút thuốc lá và cả đột quỵ thiếu máu và xuất huyết dưới nhện (C.I, L.B)

2. Mặc dù không có dữ liệu tránh môi trường thuốc lá giảm mắc đột quỵ, trên cơ sở dữ liệu dịch tễ học cho thấy gia tăng nguy cơ đột quỵ và tránh

nguy cơ tim mạch khác, tránh tiếp xúc môi trường có thuốc lá là hợp lý (C.IIa, L.C)

3. Tình trạng dùng thuốc lá sẽ thảo luận với cuộc đấu trí từng bệnh nhân. Dùng nhiều kỹ thuật bao gồm khuyên răn, nicotine thay thế và thuốc uống ngưng hút thuốc có thể giúp ích một phần trong toàn bộ chiến lược ngưng thuốc lá. Tình trạng dùng thuốc lá sẽ xử trí tùy theo ý chí từng bệnh nhân (C.I, L.B)

Đái tháo đường

1. Kiểm soát HA trong ĐTĐ type 1 và 2 theo hướng dẫn JNC7 (HA<130/80 mmHg) (C.I, L.A)

2. Điều trị HA bằng ức chế men chuyển angiotensin hay ức chế thụ thể angiotensin (C.I, L.A)

3. Điều trị đái tháo đường người lớn với statin, đặc biệt khi có thêm YTNC khác, được khuyến cáo hạ thấp nguy cơ đột quy lần đầu tiên (C.I, L.A). (không kết hợp với fibrate, có thể đơn trị liệu fibrate)

4. Đơn trị liệu fibrate giảm thấp nguy cơ đột quy có thể xem xét ở bệnh nhân đái tháo đường (C.IIb, L.B)

5. Thêm fibrate với statin ở bệnh nhân đái đường không ích lợi giảm nguy cơ đột quy (C.III, L.B)

6. Ích lợi của aspirin giảm nguy cơ đột quy không được chứng minh thỏa đáng ở bệnh nhân đái tháo đường; Tuy nhiên dùng aspirin có thể hợp lý (C.IIb, L.B).

Rối loạn lipid máu

1. Điều trị Statin (HMG-CoA reductase inhibitor) và thay đổi lối sống, mục tiêu LDL-cholesterol theo hướng dẫn của NCEP phòng ngừa đột quy tiên

phát có bệnh mạch vành hay có yếu tố nguy cơ cao như đái tháo đường (C.I, L.A)

2. Các dẫn xuất của Acid fibric xem xét khi tăng triglyceride nhưng hiệu quả phòng ngừa đột quy chưa thiết lập (C.IIb. L.C)

3. Niacin có thể xem xét trong bệnh nhân HDL cholesterol thấp hay tăng lipoprotein(a) nhưng hiệu quả phòng ngừa đột quy thiếu máu chưa thiết lập. (C.IIb, L.C)

4. Điều trị hạ lipid máu khác như : dẫn xuất acid fibric, acid mật (bile acid sequestrants), niacin và ezetimibe có thể xem xét trong những bệnh nhân điều trị statin không đạt được mục tiêu LDL cholesterol hay không dung nạp statin. Tuy nhiên hiệu quả điều trị này trong giảm nguy cơ đột quy thiếu máu chưa thiết lập(C.IIb, L.C)

NCEP III (National Cholesterol Education Program): khuyến cáo điều trị rối loạn lipid máu

<i>Yếu tố</i>	<i>Mục tiêu</i>	<i>Khuyến cáo</i>
LDL-C 0-1 ytnc CHD*	LDL-C<160mg/dl	Ăn kiêng, giảm cân và tập thể dục. Khuyến cáo điều trị thuốc nếu LDL-C ≥190mg/dl, không bắt buộc LDL-C 160-189mg/dl
2+ytnc CHD và nguy cơ CHD 10 năm <20%	LDL-C <130mg/dl	Ăn kiêng, giảm cân và tập thể dục. Khuyến cáo điều trị thuốc nếu LDL-C ≥160mg/dl
2+ytnc CHD và nguy cơ CHD 10 năm 10-20%	LDL-C <130mg/dl hay không bắt buộc LDL-C	Ăn kiêng, giảm cân và tập thể dục. Khuyến cáo điều trị thuốc nếu LDL-C ≥130mg/dl(không bắt buộc ≥100mg/dl)

	<100mg/dl	
CHD hay nguy cơ tương đương [†] (nguy cơ 10 năm >20%)	LDL-C <100mg/dl hay không bắt buộc LDL-C <70mg/dl	Ăn kiêng, giảm cân và tập thể dục. Khuyến cáo điều trị thuốc nếu LDL-C ≥130mg/dl. Thuốc điều trị không bắt buộc LDL 70-129mg/dl)
Non -HDL-C ở BN có Triglyceride ≥200mg/dl,	Mục tiêu 30mg/dl, cao hơn mục tiêu LDL-C	Tương tự LDL-C với mục tiêu cao hơn 30mg/dl
Low -HDL-C	Không đồng thuận	Giảm cân, tập thể dục, xem xét điều trị Niacin(nicotinic acid) hay fibrate bn có nguy cơ cao, HDL-C <40mg/dl
Lp(a)	Không đồng thuận	Điều trị yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch khác ở bn Lp(a) cao. Xem xét điều trị Niacin (phóng thích nhanh hay chậm) lên đến 2000mg/ngày giảm Lp(a), không bắt buộc liên kết kiểm soát đường huyết, LDL-C

CHD: coronary heart disease; HDL-C, high-density lipoprotein cholesterol; LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol; and Lp(a), lipoprotein a.

*Tầm soát rối loạn lipid máu, lipoprotein lúc đói (cholesterol, triglyceride, HDL-C, and LDL-C) mỗi 5 năm ở người lớn. nếu có 2 nguy cơ CHD phải kiểm tra thường xuyên hơn(hút thuốc, tăng huyết áp, HDL-C: 40 mg/dL; CHD độ một ở nam 55 tuổi hay nữ 65 tuổi hay 45 tuổi với nam và 65 tuổi nữ) hay nếu LDL-C ở mức giới hạn hay cao. Tầm soát Lp(a) không khuyến cáo trong phòng ngừa tiên phát trừ phi (1) không giải thích biến cố tim mạch sớm xảy ra liên hệ độ một hay (2) Lp(a) cao độ một

[†] Nguy cơ tương đương CHD bao gồm đái tháo đường hay các dạng khác của xơ vữa động mạch (bệnh động mạch ngoại biên, phình động mạch chủ bụng hay bệnh động mạch cảnh có triệu chứng)

Rung nhĩ

1. Tích cực tầm soát rung nhĩ (theo dõi mạch, tiếp theo ECG) bệnh nhân trên 65 tuổi trong chăm sóc sức khỏe ban đầu có thể ích lợi(C.IIa, L.B).
2. Điều chỉnh Warfarin(đích INR 2.0-3.0) cho tất cả bệnh nhân rung nhĩ không có bệnh van tim có nguy cơ đột quỵ cao và nhiều trường hợp nguy cơ trung bình có thể điều trị an toàn (C.I, L.A).
3. Điều trị chống tiểu cầu Aspirin cho bệnh nhân rung nhĩ nguy cơ thấp và một số trường hợp rung nhĩ nguy cơ trung bình, trên cơ sở ưa chuộng của bệnh nhân(C.I, L.A). *(ước lượng nguy cơ xuất huyết nếu dùng kháng đông, và chất lượng theo dõi khi dùng kháng đông)*
4. Bệnh nhân rung nhĩ nguy cơ cao không dùng được kháng đông, dùng kết hợp Clopidogrel và Aspirin phòng ngừa tốt hơn Aspirin đơn thuần nhưng gia tăng nguy cơ xuất huyết nặng và có thể hợp lý (C.IIb, L.B).
5. Điều trị tấn công huyết áp kết hợp phòng ngừa huyết khối ở bệnh nhân rung nhĩ lớn tuổi thì có lợi (C.IIa, L.B)

CHADS2 score (thang điểm CHADS2)

Tính điểm

C Suy tim ứ huyết ([Congestive heart failure](#)) 1

H Tăng huyết áp ([Hypertension](#)) huyết áp trên 140/90 mmHg (hay điều trị thuốc huyết áp) 1

A tuổi \geq 75 (Age \geq 75) 1

D Đái tháo đường([Diabetes mellitus](#)) 1

S₂ Tiền căn đột quỵ hay TIA (Prior [Stroke](#) or [TIA](#)) 2

Điểm	Nguy cơ	Điều trị kháng đông	Xem xét
0	Thấp	Không hay Aspirin	Aspirin hàng ngày
1	Trung bình	Aspirin hay Warfarin	Aspirin hàng ngày hay tăng INR từ 2.0 đến 3.0 tùy thuộc điều kiện bệnh nhân
2 hay lớn hơn	Trung bình hay cao	warfarin	tăng INR từ 2.0 đến 3.0 trừ phi có chống chỉ định

Các bệnh tim mạch khác

Hướng dẫn thực hành ACC/AHA cung cấp chiến lược giảm nguy cơ đột quỵ ở bệnh nhân có bệnh lý tim mạch khác bao gồm bệnh van tim, cơn đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim cấp đã được công nhận

1. Không khuyến cáo tầm soát các bệnh lý tim mạch như còn lỗ bầu dục (PFO) khi không có biểu hiện thần kinh hay nguyên nhân tim mạch đặc biệt (C.III, L.A).
2. Hợp lý khi kê đơn Warfarin phòng ngừa đột quỵ sau nhồi máu cơ tim ST chênh, bệnh nhân huyết khối thành thất trái hay thất trái mất động tĩnh vùng (C.IIa, L.A)

Hẹp động mạch cảnh không triệu chứng

1. BN hẹp động mạch cảnh không triệu chứng tầm soát và điều trị các YTNC đột quỵ khác, điều trị thuốc và thay đổi lối sống thích hợp (C.I, L.C).

2. Chọn lựa tái thông tùy thuộc vào đánh giá bệnh kết hợp, triển vọng cuộc sống cũng như các yếu tố bản thân khác và bàn bạc kỹ lưỡng nguy cơ và ích lợi của thủ thuật với ưu tiên sự hiểu biết của người bệnh(C.I, L.C)
3. Khuyến cáo dùng Aspirin kết hợp CEA trừ khi chống chỉ định, do Aspirin được dùng chống kết tập tiểu cầu trong tất cả các nghiên cứu CEA (C.I, L.C)
4. Đặt stent động mạch cảnh dự phòng có thể xem xét bệnh nhân hẹp không triệu chứng nguy cơ cao (hẹp sau chụp động mạch tối thiểu 60% hay 70% qua siêu âm Doppler) (CIIa, L.A).
5. Đặt stent dự phòng: có thể chọn lọc khi angiography $\geq 60\%$; siêu âm Doppler $\geq 70\%$; hay CTA, MRA $\geq 80\%$ nếu hẹp trên siêu âm Doppler 50-69% (CIIb, C.B).
6. CEA dự phòng bệnh nhân hẹp động mạch cảnh không triệu chứng có thể ích lợi khi tỷ lệ tử vong và bệnh tật $< 3\%$ (hẹp sau chụp động mạch tối thiểu 60% hay 70% qua siêu âm Doppler).(CIIa, L.A)
7. CAS* ích lợi thay thế CEA ở bệnh nhân hẹp không triệu chứng có nguy cơ cao khi phẫu thuật thì chưa rõ (C.IIb, L.A)
8. Tầm soát hẹp động mạch cảnh không triệu chứng trong cộng đồng không khuyến cáo(C.III. L.C)

**carotid artery angioplasty and stenting (CAS)*

Bệnh hồng cầu liềm(Sickle Cell Disease: SCE)

1. Trẻ em SCD khởi đầu tầm soát bằng siêu âm xuyên sọ(TCD) lúc 2 tuổi (C.I, L.B)
2. Khoảng cách tối ưu không xác định, hợp lý cho trẻ em nhỏ hơn và vận tốc TCD có ranh giới bất thường, tầm soát nhiều hơn để phát hiện TCD nguy cơ cao có chỉ định can thiệp (CIIa, L.B).

3. Truyền máu(mục tiêu giảm hemoglobin S từ >90% đến<30%) hiệu quả giảm nguy cơ đột quy ở trẻ em nguy cơ đột quy cao(C.I, L.B)
4. Trong khi chờ đợi nghiên cứu tương lai, tiếp tục truyền máu, ngay cả vận tốc TCD trở về bình thường là chỉ định hợp lý(C.I, L.B)
5. Trẻ em nguy cơ cao đột quy không khả năng hay không bằng lòng điều trị với truyền hồng cầu đều đặn. Có thể xem xét điều trị hydroxyurea hay ghép tủy xương(C.IIb, L.C)
6. Tiêu chuẩn MRI và MRA chọn lựa trẻ em truyền máu phòng ngừa đột quy tiên phát không được thiết lập và không được khuyến cáo thay TCD (C.III, L.B)
7. Người lớn SCD sẽ được đánh giá nguy cơ đột quy và điều trị theo hướng dẫn chung (C.I, L.A)

Điều trị kích thích tố sau mãn kinh

1. Điều trị hormone (CEE* có hay không MPA**) sẽ không được dùng phòng ngừa đột quy tiên phát ở phụ nữ sau mãn kinh (C.III, L.A)
2. SERM*** như raloxifene, tamoxifen hay tibolone không dùng trong phòng ngừa đột quy tiên phát (C.III, L.A).

(*conjugated equine estrogens (CEE), **medroxy-progesterone acetate (MPA), ***a selective estrogen receptor modulator (SERM))

Thuốc ngừa thai uống

- 1.Thuốc ngừa thai uống có thể nguy hại ở phụ nữ có thêm yếu tố nguy cơ (như hút thuốc lá hay huyết khối thuyên tắc trước đó) (C.III, L.A)
2. Điều trị tấn công YTNC đột quy là hợp lý cho những người đã chọn dùng thuốc ngừa thai mặc dù gia tăng nguy cơ phối hợp với việc dùng này(C.IIb, L.C)

Chế độ ăn và dinh dưỡng

1. Báo cáo hướng dẫn chế độ ăn ở Hoa kỳ, giảm sodium và gia tăng potassium được khuyến cáo làm hạ huyết áp (C.I, L.A)
2. Chế độ ăn ngưng tăng huyết áp (DASH diet: Dietary Approaches to Stop Hypertension) nhấn mạnh đến ăn nhiều rau quả, trái cây, sản phẩm bơ ít chất béo(low-fat dairy products), giảm mỡ bão hòa(saturated fat) làm giảm huyết áp, và được khuyến cáo(C.I, L.A)
3. Chế độ ăn nhiều trái cây và rau quả có liên quan đến tăng potassium có lợi và có thể giảm nguy cơ đột quy(C.I, L.B)

Thiếu vận động cơ thể

1. Gia tăng hoạt động cơ thể được khuyến cáo bởi vì giảm nguy cơ đột quy (C.I, L.B)
2. Khuyến cáo người lớn tham gia ít nhất 150 phút(2 giờ 30 phút) trong một tuần với cường độ trung bình hay 75 phút (1 giờ 15 phút) với cường độ cao, vận động cơ thể tăng cường nhịp hô hấp và nhịp tim(C.I, L.B)

(Physical Activity Guidelines for Americans-2008)

Béo phì và phân bố mỡ trong cơ thể

1. Người quá cân và béo phì, khuyến cáo giảm cân làm giảm huyết áp (C.I, L.A)
2. Người quá cân và béo phì, giảm cân là hợp lý vì giảm nguy cơ đột quy (C.IIa, L.B)

Các yếu tố nguy cơ ít được chứng minh

- Migraine
- Hội chứng biến dưỡng

- Uống rượu
- Lạm dụng ma túy (drugs abuse)
- Rối loạn hô hấp lúc ngủ
- Tăng homocystein máu
- Tăng Lipoprotein(a)
- Tăng đông máu
- Viêm nhiễm và nhiễm trùng
- Aspirin phòng ngừa tiên phát

Migraine

1. Do có sự phối hợp giữa migraine xảy ra thường xuyên và nguy cơ đột quy, điều trị giảm cơn migraine là hợp lý, mặc dù không có dữ liệu cho thấy sự điều trị này giảm nguy cơ đột quy. (C.IIb, L.C)

Hội chứng biến dưỡng

1. Khuyến cáo điều trị các thành phần của hội chứng biến dưỡng bao gồm các biện pháp trong lối sống (thí dụ thuốc hạ huyết áp, hạ lipid, kiểm soát đường huyết và chống kết tập tiểu cầu).

Hiệu quả các tác nhân cải thiện hội chứng đề kháng insulin (insulin resistance syndrome) để giảm nguy cơ đột quy thì chưa rõ (C. IIb, L.C)

Uống rượu

1. Khuyến cáo thiết lập tầm soát và tư vấn những người nghiện rượu nặng giảm hay bỏ uống rượu (C. I, L.A) (*the US Preventative Services Task Force Recommendation Statement of 2004*)

2. Đối với bệnh nhân lựa chọn uống rượu, uống ≤ 2 ly(drinks)/ngày đối với nam và ≤ 1 ly/ngày đối với nữ không mang thai(C.IIb, L.B) có thể hợp lý.

Lạm dụng ma túy(drugs abuse)

1.Tham khảo chương trình điều trị thích hợp cho bệnh nhân lạm dụng ma túy (C.IIa, L.C)

Rối loạn hô hấp lúc ngủ (Sleep –Disordered Breathing: SDB)

1. Do có mối tương quan với các YTNC mạch máu khác và bệnh lý tim mạch, khuyến cáo đánh giá SDB thông qua bệnh sử, các test chuyên biệt nếu có chỉ định, đặc biệt trong trường hợp béo bụng(abdominal obesity), tăng huyết áp, bệnh tim hay kháng thuốc huyết áp (C.I, L.A)

2. Điều trị ngưng thở lúc ngủ giảm nguy cơ đột quỵ có thể hợp lý, mặc dù hiệu quả của nó chưa biết (C.IIb, L.C)

Tăng homocystein máu

1. Sử dụng vitamin nhóm B, pyridoxine, cobalamin và acid folic có thể xem xét trong phòng ngừa đột quỵ thiếu máu ở bệnh nhân tăng homocystein máu, nhưng hiệu quả của nó chưa được thiết lập (C.IIb, L.B)

Tăng Lipoprotein(a)

1. Sử dụng niacin có thể hợp lý cho phòng ngừa đột quỵ thiếu máu ở bệnh nhân tăng Lp(a) nhưng hiệu quả chưa được thiết lập(C.IIb, L.B)

Tăng động(Hypercoagulability)

1.Lợi ích tầm soát gen phát hiện bệnh tăng đông di truyền phòng ngừa đột quỵ tiên phát thì không thiết lập(CIIf, L.C)

2. Ích lợi điều trị đặc hiệu phòng ngừa đột quy tiên phát ở bệnh nhân tăng đông di truyền hay mắc phải không triệu chứng thì không được thiết lập (C. IIb, L.C)

3. Liều thấp aspirin (81mg) không chỉ định phòng ngừa tiên phát bệnh nhân aPL dương tính kéo dài (C.III, L.B)

Viêm nhiễm và nhiễm trùng

1. Đo lường các dấu ấn viêm nhiễm (inflammatory markers) như hs-CRP hay Lp-PLA2 trong bệnh nhân không bệnh tim mạch có thể xem xét xác định bệnh nhân có thể gia tăng nguy cơ đột quy. Mặc dù hiệu quả (ví dụ: ích lợi trong thực hành lâm sàng thường quy) của nó chưa được thiết lập (C.IIb, L.B)

1. Bệnh kèm tình trạng viêm nhiễm mạn như thấp khớp (*rheumatoid arthritis*: RA) hay lupus (Systemic lupus erythematosus: SLE) gia tăng nguy cơ đột quy (C.I, L.B)

2. Điều trị kháng sinh cho nhiễm trùng mạn ngăn ngừa đột quy không khuyến cáo (C.III, L.A)

3. Điều trị Statin bệnh nhân tăng hs-CRP giảm nguy cơ đột quy có thể xem xét (C.IIb, L.B)

4. Chủng ngừa vacin cúm hàng năm có thể ích lợi cho những bệnh nhân nguy cơ cao đột quy (C.II, L.B)

Aspirin và phòng ngừa tiên phát

1. Khuyến cáo dùng aspirin dự phòng tim mạch (bao gồm nhưng không đặc hiệu đột quy) cho bệnh nhân mà nguy cơ của họ nặng hơn nguy cơ phối hợp với điều trị (C.I, L.A)

2. Aspirin(81mg hàng ngày hay 100mg cách ngày) có thể dùng trong phòng ngừa đột quy tiên phát ở phụ nữ mà nguy cơ của họ nặng hơn nguy cơ phối hợp với điều trị(C.IIa L.B)

3. Không dùng aspirine phòng ngừa đột quy tiên phát ở bệnh nhân nguy cơ thấp (*nguy cơ tim mạch 10 năm <6-10%*)

4. Aspirin không dùng phòng ngừa đột quy tiên phát ở những người đái tháo đường hay đái tháo đường có bệnh động mạch ngoại biên không triệu chứng(ankle brachial pressure index \leq 0.99) và không có bệnh lý tim mạch khác(C.III, L.B).

Đánh giá nguy cơ đột quy tiên phát

1.Mỗi bệnh nhân sẽ được đánh giá YTNC đột quy(C.I, L.A)

2.Dùng thang điểm như FSP có thể giúp xác định người nào lợi trong điều trị can thiệp và ai không cần điều trị trên cơ sở bất cứ YTNC riêng biệt nào(C.IIa, L.B)

Phòng ngừa tiên phát ở khoa cấp cứu

1.Khuyến cáo chương trình ngưng hút thuốc và can thiệp(C.I, L.B)

2.Khuyến cáo xác định rung nhĩ và đánh giá dùng kháng đông(C.I, L.B)

3. Tầm soát tăng huyết áp trong cộng đồng(C.IIa, L.C)

4.Khi bệnh nhân có nghiện ma túy hay rượu có chương trình điều trị thích hợp(C.IIa, L.C)

5.Hiệu quả tầm soát, hướng dẫn can thiệp, chỉ dẫn điều trị đái tháo đường và YTNC đột quy do lối sống(béo phì, uống rượu, ma túy, lối sống thụ động) trong cấp cứu chưa thiết lập(C.IIb, L.C)

PHỤ LỤC

The Framingham Stroke Risk Profile

TABLE 5. Probability of Stroke Within 10 Years for Men Aged 55–84 Years and Free of Previous Stroke: Framingham Study

Risk factor	Points										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Age (yr)	54–56	57–59	60–62	63–65	66–68	69–71	72–74	75–77	78–80	81–83	84–86
SBP (mm Hg)	95–105	106–116	117–126	127–137	138–148	149–159	160–170	171–181	182–191	192–202	203–213
Hyp Rx	No		Yes								
DM	No		Yes								
Cigs	No			Yes							
CVD	No			Yes							
AF	No				Yes						
LVH	No						Yes				

Points		10-yr probability	Points		10-yr probability	Points		10-yr probability
1	2.6%	11	11.2%	21	41.7%			
2	3.0%	12	12.9%	22	46.6%			
3	3.5%	13	14.8%	23	51.8%			
4	4.0%	14	17.0%	24	57.3%			
5	4.7%	15	19.5%	25	62.8%			
6	5.4%	16	22.4%	26	68.4%			
7	6.3%	17	25.5%	27	73.8%			
8	7.3%	18	29.0%	28	79.0%			
9	8.4%	19	32.9%	29	83.7%			
10	9.7%	20	37.1%	30	87.9%			

SBP, systolic blood pressure; Hyp Rx, under antihypertensive therapy; DM, history of diabetes mellitus; Cigs, smokes cigarettes; CHD, history of myocardial infarction, angina pectoris, or coronary insufficiency; CVD, history of intermittent claudication or congestive heart failure; AF, history of atrial fibrillation; LVH, left ventricular hypertrophy on electrocardiogram.

TABLE 6. Probability of Stroke Within 10 Years for Women Aged 55–84 Years and Free of Previous Stroke: Framingham Heart Study

Risk factor	Points										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Age (yr)	54–56	57–59	60–62	63–65	66–68	69–71	72–74	75–77	78–80	81–83	84–86
SBP (mm Hg)	95–104	105–114	115–124	125–134	135–144	145–154	155–164	165–174	175–184	185–194	195–204
Hyp Rx	No; if yes, see below										
DM	No			Yes							
Cigs	No			Yes							
CVD	No		Yes								
AF	No						Yes				
LVH	No				Yes						

If currently under antihypertensive therapy, add points depending on SBP:

Points	SBP (mm Hg)										
	95–104	105–114	115–124	125–134	135–144	145–154	155–164	165–174	175–184	185–194	195–204
	6	5	5	4	3	3	2	1	1	0	0

Points	10-yr probability	Points	10-yr probability	Points	10-yr probability
1	1.1%	10	6.3%	19	31.9%
2	1.3%	11	7.6%	20	37.3%
3	1.6%	12	9.2%	21	43.4%
4	2.0%	13	11.1%	22	50.0%
5	2.4%	14	13.3%	23	57.0%
6	2.9%	15	16.0%	24	64.2%
7	3.5%	16	19.1%	25	71.4%
8	4.3%	17	22.8%	26	78.2%
9	5.2%	18	27.0%	27	84.4%

Table 6. Classification and Treatment of Blood Pressure (JNC 7)

Classification	SBP, mm Hg	DBP, mm Hg	No Compelling Indication*	With Compelling Indication*
Normal	<120 and	<80	No antihypertensive drug	No antihypertensive drug
Prehypertension	120–139 or	80–89	No antihypertensive drug	Drugs for compelling indication
Stage 1 hypertension	140–159 or	90–99	Thiazide-type diuretics for most. May consider ACEI, ARB, BB, CCB, or combination.	Drugs for compelling indication. Other drugs (diuretics, ACEI, ARB, BB, CCB) as needed.
Stage 2 hypertension	≥160 or	≥100	Two-drug combination for most† (usually thiazide-type diuretic and ACEI or ARB or BB or CCB).	Drugs for compelling indication. Other drugs (diuretics, ACEI, ARB, BB, CCB) as needed.

ACEI indicates ACE inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; BB, β-adrenergic receptor blocker; CCB, calcium channel blocker; DBP, diastolic blood pressure; EtOH, alcohol; and SBP, systolic blood pressure.

Compelling indications are (1) congestive heart failure, (2) myocardial infarction, (3) diabetes, (4) chronic renal failure, and (5) prior stroke.

*Lifestyle modifications are encouraged for all and include (1) weight reduction if overweight; (2) limitation of EtOH intake; (3) increased aerobic physical activity (30–45 minutes daily); (4) reduction of sodium intake (<2.34 g); (5) maintenance of adequate dietary potassium (>120 mmol/d); (6) smoking cessation; and (7) DASH diet (rich in fruits, vegetables, and low-fat dairy products and reduced in saturated and total fat).

†Initial combined therapy should be used cautiously in those at risk for orthostatic hypotension.

Dyslipidemia: Guideline Management Recommendations

Factor	Goal	Recommendations
LDL-C		
0–1 CHD risk factor*	LDL-C <160 mg/dL	Diet, weight management, and physical activity. Drug therapy recommended if LDL-C remains \geq 190 mg/dL. Drug therapy optional for LDL-C 160–189 mg/dL.
2+ CHD risk factors and 10-year CHD risk <20%	LDL-C <130 mg/dL	Diet, weight management, and physical activity. Drug therapy recommended if LDL-C remains \geq 160 mg/dL.
2+ CHD risk factors and 10-year CHD risk 10%–20%	LDL-C <130 mg/dL, or optionally LDL-C <100 mg/dL	Diet, weight management, and physical activity. Drug therapy recommended if LDL-C remains \geq 130 mg/dL (optionally \geq 100 mg/dL).
CHD or CHD risk equivalent† (10-year risk >20%)	LDL-C <100 mg/dL or optionally LDL-C <70 mg/dL	Diet, weight management, and physical activity. Drug therapy recommended if LDL-C \geq 130 mg/dL. Drug therapy optional for LDL-C 70–129 mg/dL.
Non-HDL-C in persons with triglyceride \geq 200 mg/dL	Goals are 30 mg/dL higher than LDL-C goal	Same as LDL-C with goals 30 mg/dL higher.
Low HDL-C	No consensus goal	Weight management and physical activity. Consider niacin (nicotinic acid) or fibrate in high-risk persons with HDL-C <40 mg/dL.
Lp(a)	No consensus goal	Treat other atherosclerotic risk factors in patients with high Lp(a). Consider niacin (immediate- or extended-release formulation), up to 2000 mg/d for reduction of Lp(a) levels, optimally in conjunction with glycemic control and LDL control.

CHD indicates coronary heart disease; HDL-C, high-density lipoprotein cholesterol; LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol; and Lp(a), lipoprotein a.

*To screen for dyslipidemia, a fasting lipoprotein profile (cholesterol, triglyceride, HDL-C, and LDL-C) should be obtained every 5 y in adults. It should be obtained more often if \geq 2 CHD risk factors are present (risk factors include cigarette smoking; hypertension; HDL-C <40 mg/dL; CHD in a male first-degree relative <55 y or in a female first-degree relative <65 y; or age >45 y for men or >65 y for women) or if LDL-C levels are borderline or high. Screening for Lp(a) is not recommended for primary prevention unless (1) unexplained early cardiovascular events have occurred in first-degree relatives or (2) high Lp(a) is known to be present in first-degree relatives.

†CHD risk equivalents include diabetes or other forms of atherosclerotic disease (peripheral arterial disease, abdominal aortic aneurysm, or symptomatic carotid artery disease).