

Phòng ngừa đột quy thứ phát trong bệnh viện(cập nhật 2019)

(In-Hospital Institution of Secondary Stroke Prevention)

Các khuyến cáo trong phần này được tham khảo từ các hướng dẫn hiện hành của AHA về phòng ngừa đột quy thứ phát. Những hướng dẫn khác không được đề cập trong tài liệu này cần tham khảo để biết thêm thông tin về phòng ngừa đột quy thứ phát. Các hướng dẫn được cập nhật thường xuyên và nên sử dụng các phiên bản mới nhất.

Danh mục viết tắt

ACC: American College of Cardiology;

AHA: American Heart Association;

AIS: acute ischemic stroke;

ASA: American Stroke Association

ASCVD: atherosclerotic cardiovascular disease

COR : Class of Recommendation

CEA: carotid endarterectomy

ECC: emergency cardiovascular care;

EO: expert opinion

EVT: Endovascular therapy

HT: Hemorrhagic Transformation

HRS: Heart Rhythm Society;

ICH: intracranial hemorrhage

LD: limited data

LOE: Level of Evidence

NCCT: Noncontrast CT

NR: nonrandomized

R: randomized

RTC: randomized controlled trial

Hướng dẫn liên quan đến phòng ngừa đột quy thứ phát

1.1. Hình ảnh não

- Để phòng ngừa đột quy tái phát, việc sử dụng MRI là hợp lý ở một số bệnh nhân AIS để cung cấp thêm thông tin hướng dẫn lựa chọn phương pháp điều trị phòng ngừa đột quy thứ phát phù hợp.

IIa C-EO Khuyến cáo mới.

NCCT ở bệnh nhân bị đột quy cấp tính có hiệu quả để phát hiện ICH cấp tính và tránh điều trị chống huyết khối ở những bệnh nhân này. Ở nhiều bệnh nhân, chẩn đoán đột quy do thiếu máu cục bộ có thể được thực hiện chính xác trên cơ sở biểu hiện lâm sàng và NCCT âm tính hoặc một trong những thay đổi thiếu máu cục bộ sớm, có thể được phát hiện ở phần lớn bệnh nhân cần chú ý cẩn thận. Nhiều RCT cung cấp bằng chứng tốt nhất hiện nay cho các phương pháp điều trị phòng ngừa đột quy thứ phát không cần MRI để lựa chọn bệnh nhân.

DW-MRI nhạy hơn CT khi phát hiện AIS, nhưng dữ liệu không đầy đủ tại thời điểm này để xác định bệnh nhân nào sẽ được hưởng lợi từ MRI não hoặc thay vì NCCT để cải thiện hiệu quả điều trị để ngăn ngừa đột quy tái phát. Một đánh giá có hệ thống vào năm 2012 đã xác định gần như không có bằng chứng trực tiếp nào cho thấy MRI ảnh hưởng đến kết quả ở bệnh nhân bị đột quy và bằng chứng hạn chế MRI ảnh hưởng đến việc xử trí. Phân tích xác định bệnh nhân mắc TIA và đột quy nhẹ kết luận việc sử dụng MRI thường quy không cải thiện kết quả ngoại trừ bệnh nhân xuất hiện > 1 tuần sau khi có triệu chứng chẩn đoán xuất huyết. Hai nghiên cứu từ những năm 1990 đánh giá việc lập lại chẩn đoán hình ảnh được khuyến cáo lập lại CT so với MRI cho hầu hết các tình huống lâm sàng trong AIS với các trường hợp ngoại lệ là nhồi máu lỗ khuyết và dưới lều, nhưng không đưa ra bằng chứng về lợi ích đối với kết cục của những tình huống này.

Ví dụ, 2 tình huống MRI có thể hữu ích để lựa chọn phương pháp điều trị đã được chứng minh bằng RCT để cải thiện kết quả là (1) bệnh nhân bị hẹp động mạch cảnh là ứng cử viên tiềm năng cho tái thông mà NCCT hoặc khám thần kinh (ví dụ, liệt nửa người thuần túy) không cho phép khu trú chính xác và (2) bệnh nhân tồn tại lỗ bầu dục (patent foramen ovale, PFO) là những ứng cử viên tiềm năng cho việc đóng cơ học

- MRI não là hợp lý ở những bệnh nhân được chọn là một phần của đánh giá toàn diện để xác định xem họ có đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện của RCT xem xét đóng PFO cơ học để ngăn ngừa đột quy tái phát hay không.
- Hiệu quả của MRI não thường quy để hướng dẫn lựa chọn điều trị ngăn ngừa đột quy tái phát là không chắc chắn.

IIb B-NR Khuyến cáo mới.

1.2. Hình ảnh mạch máu

- Đối với bệnh nhân AIS (mRS score 0–2) không tàn phế trong phạm vi cung cấp máu của động mạch cảnh là ứng cử viên cho CEA hoặc đặt stent, hình ảnh không xâm lấn của động mạch cảnh đoạn cổ nên được thực hiện thường xuyên trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện.

I B-NR Khuyến cáo mới

Dữ liệu trong quá khứ cho thấy nguy cơ đột quy tái phát do hẹp động mạch cảnh có triệu chứng xảy ra sớm cao nhất sau sự cố ban đầu. Mặc dù có bằng chứng cho thấy tái thông mạch sớm hoặc khãn cấp CEA hoặc carotid angioplasty và stenting có thể an toàn trong các trường hợp được chọn, nhưng không có dữ liệu tiền cứu cung cấp hỗ trợ tái thông mạch cảnh sớm so với muộn trong mọi trường hợp. Trong trường hợp đột quy không tàn phế, De Rango và cộng sự meta-analysis cho thấy tỷ lệ biến chứng cao khi điều trị < 48 giờ sau sự cố ban đầu và không có sự khác biệt về rủi ro khi điều trị trong khoảng từ 0 đến 7 ngày và 0 đến 15 ngày. Tái thông mạch máu trong khoảng 48 giờ đến 7 ngày sau khi đột quy ban đầu được cung cấp bởi dữ liệu các trường hợp đột quy không tàn phế (điểm mRS 0 - 2). Hình ảnh trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện là khả thi và được khuyến cáo để tạo điều kiện cho CEA/carotid angioplasty và stenting ở bệnh nhân đủ điều kiện trong cửa sổ 48 đến 72 giờ.

- Để phòng ngừa đột quy tái phát, việc sử dụng hình ảnh mạch máu nội sọ là hợp lý ở một số bệnh nhân AIS cung cấp thêm thông tin để hướng dẫn lựa chọn phương pháp điều trị phòng ngừa đột quy thứ phát phù hợp.

Ila C-EO Khuyến cáo mới

Thông tin trong y văn không mang lại dữ liệu đầy đủ để xác định nhóm bệnh nhân AIS mà hình ảnh mạch máu nội sọ sẽ dẫn đến cải thiện kết cục. Không có bằng chứng RCT cho thấy bệnh nhân AIS và hẹp nội sọ có triệu chứng nên được điều trị khác với những bệnh nhân khác bị đột quy thiếu máu cục bộ do nguyên nhân xơ vữa động mạch. Trong WASID RCT (Warfarin-Aspirin Symptomatic Intracranial Disease), warfarin không mang lại lợi ích trên aspirin 325 mg / ngày, ngay cả ở những người đang dùng thuốc chống huyết khối tại thời điểm xảy ra sự cố. Thử nghiệm SAMMPRIS (Stenting and Aggressive Medical Management for Preventing Recurrent Stroke in Intracranial Stenosis) cho thấy không có lợi ích gì khi đặt stent Wingspan thêm vào điều trị nội khoa tích cực bao gồm aspirin 325 mg / ngày và clopidogrel 75 mg / ngày trong 90 ngày sau khi tuyển chọn, ngay cả ở những người đang dùng thuốc chống huyết khối tại thời điểm biến cố. Thử nghiệm CHANCE (The Clopidogrel in High-Risk Patients with Acute Nondisabling Cerebrovascular Events), so sánh điều trị kháng tiểu cầu kép với clopidogrel và aspirin và aspirin đơn độc trong 21 ngày ở bệnh nhân TIA nguy cơ cao và đột quy nhẹ, cho thấy không có bằng chứng về lợi ích từ điều trị kháng tiểu cầu kép ở bệnh nhân bị hẹp động mạch nội sọ.

So với các nhóm chứng trong WASID (pooled historical control subjects in WASID), nhóm chỉ điều trị nội khoa trong SAMMPRIS có nguy cơ đột quy hoặc tử vong thấp hơn gần 2 lần trong vòng 30 ngày hoặc đột quy do thiếu máu cục bộ trong phạm vi của động mạch sau 30 ngày. Liệu đây có phải là kết quả của điều trị kháng tiểu cầu kép bằng aspirin và clopidogrel trong 90 ngày hay không vẫn còn được chứng minh bằng RCT

- Hình ảnh của mạch máu nội sọ để phát hiện hẹp xơ vữa động mạch của một động mạch lớn nội sọ là hợp lý ở những bệnh nhân được chọn như một phần của đánh giá toàn diện xác định xem họ có đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện của RCTs đóng PFO cơ học ngăn ngừa đột quy tái phát không.

Ila B-R

Khuyến cáo mới

Sáu RCT đánh giá việc đóng cơ học của PFO được phát hiện qua siêu âm tim để ngăn ngừa đột quy tái phát ở bệnh nhân không có nguyên nhân rõ ràng cho đột quy của họ. Những thử nghiệm này hạn chế vì các tiêu chí đủ điều kiện đòi hỏi MRI não, hình ảnh của mạch máu nội sọ và siêu âm tim. Các phân tích tổng hợp của các thử nghiệm này cho thấy giảm đáng kể nguy cơ đột quy tái phát khi đóng cơ học so với điều trị nội khoa với số lượng cần thiết để điều trị là 131. Một phân tích tổng hợp đã kết luận rằng, ở những bệnh nhân <60 tuổi, việc đóng PFO có thể giúp giảm tái phát đột quy do thiếu máu cục bộ so với điều trị kháng tiểu cầu đơn thuần nhưng có thể không có sự khác biệt so với chống đông máu. Việc đóng PFO cũng gây ra nguy cơ rung nhĩ dai dẳng và tác dụng phụ liên quan đến thiết bị.

So với các lựa chọn thay thế, thuốc chống đông máu có thể làm tăng chảy máu nặng. Trong số 6 thử nghiệm này có ≥ 1 phương pháp luận có nguy cơ sai lệch cao được xác định, bao gồm thiếu sự mù của người tham gia và nhân sự, thiếu mù đánh giá kết quả, dữ liệu kết cục không đầy đủ và báo cáo chọn lọc

- Hình ảnh thường quy của mạch máu nội sọ để phát hiện hẹp xơ vữa động mạch của một động mạch lớn nội sọ để hướng dẫn lựa chọn điều trị chống huyết khối hoặc nội mạch nội sọ để ngăn ngừa đột quy tái phát không được thiết lập tốt

Ilb B NR Khuyến cáo mới

1.3. Đánh giá tim mạch

1.3.1. Theo dõi điện tim (Electrocardiographic Monitoring)

- Theo dõi tim được khuyến cáo để sàng lọc rung nhĩ và rối loạn nhịp tim và có khả năng loạn nhịp nghiêm trọng khác cần phải can thiệp tim khẩn cấp. Theo dõi tim nên được thực hiện trong ít nhất 24 giờ đầu tiên.

I B-NR Khuyến cáo và COR không thay đổi so với hướng dẫn AIS 2013. LOE được sửa đổi để phù hợp với hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015

- Hiệu quả của theo dõi tim kéo dài trong khi nhập viện sau AIS để hướng dẫn lựa chọn điều trị để ngăn ngừa đột quy tái phát là không chắc chắn.

IIb C-LD Khuyến cáo mới

1.3.2. Siêu âm tim (Echocardiography)

- Để phòng ngừa đột quy tái phát, việc sử dụng siêu âm tim là hợp lý ở một số bệnh nhân mắc AIS để cung cấp thêm thông tin để hướng dẫn lựa chọn phòng ngừa đột quy thứ phát phù hợp.

Ia C-EO Khuyến cáo mới

- Siêu âm tim là hợp lý ở những bệnh nhân được chọn là một phần của đánh giá toàn diện để xác định xem họ có đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện của RCT nghiên cứu việc đóng PFO cơ học để ngăn ngừa đột quy tái phát hay không.

Ia B-R Khuyến cáo mới

- Hiệu quả của siêu âm tim thường quy để hướng dẫn lựa chọn điều trị để ngăn ngừa đột quy tái phát là không chắc chắn.

IIb B-NR Khuyến cáo mới

1.4. Glucose

- Sau AIS, việc sàng lọc tất cả các bệnh nhân bị đái tháo đường bằng xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói, hemoglobin A1c hoặc xét nghiệm dung nạp glucose đường uống là điều hợp lý. Lựa chọn xét nghiệm và thời gian nên được hướng dẫn bằng đánh giá lâm sàng và công nhận rằng bệnh cấp tính có thể tạm thời gây nhiễu glucose huyết tương. Nhìn chung, hemoglobin A1c có thể chính xác hơn các xét nghiệm sàng lọc khác trong giai đoạn sau ngay lập tức

Ia C-EO Từ ngữ khuyến cáo được sửa đổi từ Phòng ngừa thứ phát 2014 để phù hợp với các phân tầng COR IIa và được sắp xếp lại cho rõ ràng. COR không thay đổi. LOE được sửa đổi để phù hợp với Hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015

1.5. Các tests khác trong phòng ngừa thứ phát

- Sự hữu ích của sàng lọc các tình trạng huyết khối (thrombophilic states) ở bệnh nhân đột quy thiếu máu cục bộ là không rõ.

IIb C-LD Khuyến cáo được điều chỉnh lại cho rõ ràng từ phòng ngừa thứ phát 2014. COR không thay đổi. LOE được sửa đổi để phù hợp với hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015.

- Không nên kiểm tra thường quy bệnh nhân bị đột quy do thiếu máu cục bộ gần đây cho chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (obstructive sleep apnea - OSA).

III: Không có lợi B-R Khuyến cáo mới

- Xét nghiệm thường quy tìm kháng thể kháng phospholipid không được khuyến cáo cho bệnh nhân đột quy thiếu máu cục bộ không có biểu hiện khác của hội chứng kháng phospholipid và có giải thích thay thế cho trường hợp thiếu máu cục bộ như xơ vữa động mạch, hẹp động mạch cảnh hay rung nhĩ.

III: Không có lợi C-LD Khuyến cáo được điều chỉnh lại cho rõ ràng từ phòng ngừa thứ phát 2014. COR và LOE được sửa đổi để phù hợp với hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015.

- Sàng lọc thường quy hyperhomocysteinemia trong số những bệnh nhân bị đột quy do thiếu máu cục bộ gần đây không được chỉ định.

III: Không có lợi C EO Khuyến cáo được điều chỉnh lại cho rõ ràng từ phòng ngừa thứ phát 2014. COR và LOE được sửa đổi để phù hợp với Hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015

- Sàng lọc thường quy tăng cholesterol máu trong số những bệnh nhân bị đột quy do thiếu máu cục bộ gần đây không được chỉ định.

III: Không có lợi CEO Khuyến cáo được điều chỉnh lại cho rõ ràng từ phòng ngừa thứ phát 2014. COR và LOE được sửa đổi để phù hợp với hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015

1.6. Điều trị chống huyết khối (Antithrombotic Treatment)

1.6.1. Đột quy không do thuyên tắc từ tim (Noncardioembolic Stroke)

- Đối với bệnh nhân AIS không do tim mạch, nên sử dụng thuốc chống tiểu cầu thay vì chống đông bằng đường uống để giảm nguy cơ đột quy tái phát và các biến cố tim mạch khác.

I A Khuyến cáo được điều chỉnh lại cho rõ ràng từ phòng ngừa thứ phát 2014. COR và LOE không thay đổi

- Để phòng ngừa thứ phát sớm ở bệnh nhân AIS không do tim mạch, việc lựa chọn thuốc chống kết tập tiểu cầu phải được cá nhân hóa dựa trên yếu tố nguy cơ của bệnh nhân, chi phí, dung nạp, hiệu quả tương đối đã biết của các thuốc và các đặc điểm lâm sàng khác.

I C-EO Khuyến cáo được điều chỉnh lại cho rõ ràng từ phòng ngừa thứ phát 2014. COR không thay đổi. LOE được sửa đổi để phù hợp với hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015.

- Đối với những bệnh nhân AIS không do tim mạch trong khi dùng aspirin, việc tăng liều aspirin hoặc chuyển sang dùng thuốc chống tiểu cầu thay thế để có thêm lợi ích trong phòng ngừa đột quỵ thứ phát không được thiết lập tốt.

IIb B-R Khuyến cáo sửa đổi từ phòng ngừa thứ cấp 2014

- Thuốc chống đông máu có thể được xem xét ở những bệnh nhân được phát hiện có kết quả bất thường về xét nghiệm đông máu sau đột quỵ thiếu máu cục bộ ban đầu, tùy thuộc vào sự bất thường và hoàn cảnh lâm sàng.

IIb C-LD Khuyến cáo được điều chỉnh lại cho rõ ràng từ phòng ngừa thứ cấp 2014. COR không thay đổi. LOE được sửa đổi để phù hợp với hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015

- Đối với những bệnh nhân AIS không do tim mạch trong khi dùng liệu pháp kháng tiểu cầu, việc chuyển sang dùng warfarin không được chỉ định để phòng ngừa đột quỵ thứ phát.

III: Không có lợi B-NR Khuyến cáo mới

- Ở những bệnh nhân bị đột quỵ thiếu máu cục bộ không do tim, điều trị bằng liệu pháp kháng tiểu cầu ba (aspirin + clopidogrel + dipyridamole) để phòng ngừa đột quỵ thứ phát là có hại và không nên dùng.

III: Tác hại B-R Khuyến cáo mới.

1.6.2. Rung nhĩ

- Đối với hầu hết bệnh nhân AIS có rung nhĩ, việc bắt đầu chống đông bằng đường uống trong khoảng từ 4 đến 14 ngày sau khi xuất hiện các triệu chứng thần kinh là điều hợp lý.

IIa B-NR Khuyến cáo sửa đổi từ phòng ngừa thứ cấp 2014.

- Đối với những bệnh nhân có tiền sử đột quỵ do thiếu máu cục bộ, rung nhĩ và bệnh động mạch vành, tính hữu ích của việc thêm liệu pháp kháng tiểu cầu vào thuốc chống đông máu đường uống là không chắc chắn nhằm mục đích giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch do thiếu máu cục bộ và tai biến mạch máu não. Đưa thắt ngực không ổn định và đặt stent động mạch vành đại diện cho các trường hợp đặc biệt trong đó điều trị kháng tiểu cầu kép / chống đông uống có thể đảm bảo.

IIb C-LD Khuyến cáo được điều chỉnh lại cho rõ ràng từ phòng ngừa thứ phát 2014. COR không thay đổi. LOE được sửa đổi để phù hợp với hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015

1.6.3. Bóc tách động mạch (Arterial Dissection)

- Đối với bệnh nhân AIS và bóc tách động mạch cảnh ngoài sọ hoặc động mạch đốt sống, điều trị bằng liệu pháp kháng tiểu cầu hoặc chống đông máu trong 3 đến 6 tháng là hợp lý.

IIa B-NR Khuyến cáo sửa đổi từ phòng ngừa thứ cấp 2014

- Đối với bệnh nhân AIS và bóc tách động mạch cảnh ngoài sọ hoặc động mạch sống ngoài sọ, có các biến cố thiếu máu não tái phát mặc dù điều trị nội khoa, giá trị của EVT ngoài sọ (đặt stent) không được thiết lập tốt.

IIb C-LD Khuyến cáo sửa đổi từ phòng ngừa thứ phát 2014

1.6.4. Chuyển dạng xuất huyết (Hemorrhagic Transformation)

- Đối với bệnh nhân AIS và HT, có thể cân nhắc bắt đầu hoặc tiếp tục điều trị kháng tiểu cầu hoặc chống đông máu, tùy thuộc vào điều kiện lâm sàng cụ thể và cơ sở chỉ định.

IIb C-LD Khuyến cáo sửa đổi từ phòng ngừa thứ phát 2014.

1.7. Tái thông động mạch cảnh (Carotid Revascularization)

- Khi tái thông mạch được chỉ định để phòng ngừa thứ phát ở những bệnh nhân bị đột quỵ nhẹ, không tàn phế (mRS điểm 0, 2), việc thực hiện thủ thuật trong khoảng 48 giờ đến 7 ngày là hợp lý thay vì trì hoãn điều trị nếu không có chống chỉ định sớm tái tạo mạch máu.

Ila B-NR Khuyến cáo sửa đổi từ phòng ngừa thứ phát 2014

1.8. Điều trị tăng lipid máu

1.8.1. Nguyên tắc chính

- Bệnh nhân AIS nên được điều trị theo Hướng dẫn về Cholesterol ACC / AHA 2018, bao gồm sửa đổi lối sống, khuyến cáo chế độ ăn uống và khuyến cáo về thuốc.

I A Khuyến cáo, COR và LOE được cập nhật từ Dự phòng thứ phát 2014 để tham khảo Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở những người trưởng thành từ 20 tuổi trở lên và không điều trị hạ lipid máu, việc theo dõi lipid huyết tương lúc đói hoặc không nhịn đói có hiệu quả trong việc ước tính nguy cơ mắc bệnh tim mạch xơ vữa động mạch (ASCVD) và ghi nhận low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C).

I B-NR Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018.

- Cần đánh giá sự tuân thủ thay đổi trong lối sống và tác dụng của thuốc hạ LDL-C bằng cách đo lipid lúc đói và các chỉ số an toàn thích hợp từ 4 đến 12 tuần sau khi bắt đầu sử dụng statin hoặc điều chỉnh liều và cứ sau 3 đến 12 tháng dựa trên nhu cầu đánh giá tuân thủ hoặc sự an toàn.

I A Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

1.8.2. Chọn thuốc hạ Lipid cho bệnh nhân có lâm sàng ASCVD*

- Ở những bệnh nhân từ 75 tuổi trở xuống với lâm sàng ASCVD, nên bắt đầu hoặc tiếp tục điều trị bằng statin liều cao với mục đích đạt được mức giảm 50% hoặc cao hơn ở mức LDL-C.

I A Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở những bệnh nhân lâm sàng ASCVD khi điều trị bằng statin liều cao bị chống chỉ định hoặc gặp phải các tác dụng phụ liên quan đến statin, nên bắt đầu hoặc tiếp tục điều trị bằng statin với liều giảm 30% đến 49% mức LDL-C.

I A Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở những bệnh nhân có nguy cơ ASCVD tăng với bệnh gan mạn tính, ổn định (bao gồm cả bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu) khi được chỉ định một cách thích hợp, nên sử dụng statin sau khi đạt được xét nghiệm cơ bản và xác định lịch theo dõi và kiểm tra an toàn.

I B-R Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở những bệnh nhân ASCVD lâm sàng, những người được đánh giá là có nguy cơ rất cao và được xem xét điều trị bằng thuốc ức chế proprotein convertase subtilisin / kexin type 9 (PCSK9), liệu pháp giảm LDL-C được dung nạp tối đa nên bao gồm liệu pháp statin dung nạp tối đa và ezetimibe.

I B-R Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở những bệnh nhân ASCVD lâm sàng được đánh giá là có nguy cơ rất cao và đang điều trị hạ LDL-C dung nạp tối đa với LDL-C 70 mg / dL hoặc cao hơn (≥ 1.8 mmol/L) hoặc mức non-HDL-C 100 mg / dL hoặc cao hơn ($\geq 2,6$ mmol / L), thật hợp lý khi thêm chất ức chế PCSK9 sau khi thảo luận với bệnh nhân về lợi ích, an toàn và chi phí

Ila A Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở mức giá niêm yết giữa năm 2018, các chất ức chế PCSK9 có giá chi phí thấp (>\$150 000 per quality-adjusted life-year) so với giá chi phí tốt (>\$150 000 per quality-adjusted life-year)

Value Statement: Low Value (LOE: B-NR) Xác nhận không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018.

- Ở những bệnh nhân ASCVD lâm sàng đang điều trị statin dung nạp tối đa và được đánh giá là có nguy cơ rất cao và có mức LDL-C từ 70 mg / dL trở lên ($\geq 1,8$ mmol / L), việc thêm liệu pháp ezetimibe là hợp lý .

Ila B-R Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018.

- Ở những bệnh nhân trên 75 tuổi ASCVD lâm sàng, việc bắt đầu điều trị bằng statin cường độ trung bình hoặc cường độ cao là hợp lý sau khi đánh giá khả năng giảm nguy cơ ASCVD, tác dụng phụ và tương tác thuốc, cũng như tình trạng suy yếu và sở thích bệnh nhân.

Ila B-R Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018.

- Ở những bệnh nhân trên 75 tuổi đang điều trị bằng statin cường độ cao, việc tiếp tục điều trị bằng statin cường độ cao là hợp lý sau khi đánh giá khả năng giảm nguy cơ ASCVD, tác dụng phụ và tương tác thuốc, cũng như bệnh nhân yếu đuối và sở thích bệnh nhân.

Ila C-LD Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở những bệnh nhân ASCVD lâm sàng đang được điều trị bằng statin dung nạp tối đa và mức LDL-C vẫn duy trì 70 mg / dL hoặc cao hơn (≥ 1.8 mmol/L), có thể hợp lý khi thêm ezetimibe.

IIb B-R Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

* ASCVD lâm sàng bao gồm hội chứng mạch vành cấp tính, những người có tiền sử MI, đau thắt ngực ổn định hoặc không ổn định, hoặc tái thông mạch vành hoặc động mạch khác, đột quỵ, TIA hoặc bệnh động mạch ngoại biên, bao gồm phình động mạch chủ, tất cả có nguồn gốc xơ vữa động mạch

Đối với liệu pháp statin cường độ cao, Hướng dẫn về Cholesterol ACC / AHA 2018 khuyên dùng atorvastatin 80 mg mỗi ngày hoặc rosuvastatin 20 mg mỗi ngày. Vui lòng tham khảo các hướng dẫn này để chống chỉ định với liệu pháp statin cường độ cao và các khuyến cáo cho điều trị statin cường độ trung bình

Very high risk includes a history of multiple major ASCVD events or 1 major ASCVD event and multiple high-risk conditions:

Major ASCVD Events:

- Recent acute coronary syndrome (within the past 12 months)

- History of MI (other than recent acute coronary syndrome event listed above)
- History of ischemic stroke
- Symptomatic peripheral arterial disease (history of claudication with ankle-brachial index <0.85, or previous revascularization or amputation).

High-Risk Conditions:

- Age ≥65 years
- Heterozygous familial hypercholesterolemia
- History of prior coronary artery bypass surgery or percutaneous coronary intervention outside of the major ASCVD events
- Diabetes mellitus
- Hypertension
- Chronic kidney disease (estimated glomerular filtration rate 15–59 mL·min⁻¹·1.73 m²)
- Current smoking

1.8.3 sự hoàn tất (Implementation)

- Một cuộc thảo luận về rủi ro giữa bác sĩ và bệnh nhân được khuyến cáo trước khi bắt đầu điều trị bằng statin để xem xét lợi ích lâm sàng, cân nhắc khả năng giảm rủi ro ASCVD so với khả năng tác dụng phụ liên quan đến statin, tương tác thuốc và an toàn, trong khi nhấn mạnh rằng tác dụng phụ có thể được giải quyết thành công.

I A Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở những bệnh nhân có chỉ định điều trị bằng statin, nên xác định các yếu tố ảnh hưởng tiềm ẩn đối với các tác dụng phụ liên quan đến statin, bao gồm đái tháo đường mới khởi phát và các triệu chứng cơ liên quan đến statin, được khuyến cáo trước khi bắt đầu điều trị.

I B-R Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở những bệnh nhân có tác dụng phụ liên quan đến statin không nghiêm trọng, nên đánh giá lại và kiểm tra lại để đạt được mức giảm LDL-C tối đa bằng sửa đổi liều dùng thuốc, thay thế statin hoặc kết hợp với liệu pháp không dùng statin.

I B-R Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở những bệnh nhân có nguy cơ ASCVD tăng với các triệu chứng cơ liên quan đến statin nghiêm trọng hoặc các triệu chứng cơ liên quan

đến statin tái phát mặc dù điều trị lại bằng statin thích hợp, việc sử dụng liệu pháp nonstatin đã được chứng minh bằng RCT có khả năng mang lại lợi ích lâm sàng.

Ila B-R Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

1.8.4. Quyết định thời gian (Timing)

- Trong số những bệnh nhân đã sử dụng statin tại thời điểm bắt đầu đột quỵ do thiếu máu cục bộ, việc tiếp tục điều trị bằng statin trong giai đoạn cấp tính là hợp lý.

Ila B-R Khuyến cáo và COR không thay đổi so với Hướng dẫn AIS 2013. LOE được sửa đổi để phù hợp với Hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015

- Đối với những bệnh nhân mắc AIS đủ điều kiện điều trị bằng statin, việc bắt đầu điều trị bằng statin tại bệnh viện là hợp lý.

Ila C-LD Khuyến cáo mới

1.8.5 Nhóm bệnh nhân đặc biệt

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ được điều trị bằng liệu pháp statin và có hoạt động tình dục nên được tư vấn sử dụng một hình thức tránh thai đáng tin cậy.

I C-LD Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ bị tăng cholesterol máu dự định có thai nên ngừng statin từ 1 đến 2 tháng trước khi mang thai hoặc nếu họ có thai trong khi dùng statin, nên ngừng statin ngay khi phát hiện mang thai.

I C-LD Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở những người trưởng thành mắc bệnh thận tiến triển cần điều trị lọc máu hiện đang điều trị hạ LDL bằng statin, có thể hợp lý để tiếp tục dùng statin.

IIb C-LD Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

- Ở người lớn bị bệnh thận tiến triển cần điều trị lọc máu, việc bắt đầu sử dụng statin không được khuyến cáo.

III: Không có lợi B-R Khuyến cáo không thay đổi từ Hướng dẫn về Cholesterol 2018

1.9. Thuốc điều trị tăng huyết áp

- Bắt đầu hoặc khởi động lại liệu pháp hạ huyết áp khi nhập viện ở bệnh nhân có HA > 140/90 mm Hg ổn định về thần kinh là an toàn và hợp lý để cải thiện kiểm soát HA lâu dài trừ khi chống chỉ định.

Ia B-R Khuyến cáo mới

1.10. Ngưng hút thuốc

- Những người hút thuốc AIS nên được bắt đầu can thiệp tại bệnh viện cường độ cao để thúc đẩy cai thuốc lá.

I A Khuyến nghị mới

- Đối với những người hút thuốc có AIS, nhận được sự bắt đầu trong bệnh viện bằng các biện pháp can thiệp hành vi cường độ cao để thúc đẩy cai thuốc lá, nên sử dụng nicotine thay thế.

I A Khuyến cáo mới

- Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nên khuyên mọi bệnh nhân AIS đã hút thuốc trong năm qua bỏ thuốc.

I C-EO Khuyến cáo được điều chỉnh lại cho rõ ràng từ phòng ngừa thứ phát 2014. COR không thay đổi. LOE được sửa đổi để phù hợp với Hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015.

- Điều hợp lý là khuyên bệnh nhân sau đột quỵ thiếu máu cục bộ tránh khói thuốc lá thụ động (passive).

Ia B-NR Khuyến cáo được điều chỉnh lại cho rõ ràng từ phòng ngừa thứ phát 2014. COR không thay đổi. LOE được sửa đổi để phù hợp với Hệ thống phân loại khuyến cáo của ACC / AHA 2015.

- Đối với những người hút thuốc có AIS, việc bắt đầu sử dụng varenicline trong bệnh viện để thúc đẩy cai thuốc lá có thể được xem xét.

IIb B-R Khuyến cáo mới.

1.11. Giáo dục về đột quỵ (Stroke Education)

- Giáo dục bệnh nhân về đột quỵ được khuyến khích. Bệnh nhân cần được cung cấp thông tin, lời khuyên và cơ hội nói về ảnh hưởng của bệnh tật đến cuộc sống của họ.

I C-EO Khuyến cáo và COR không thay đổi so với Hướng dẫn Phục hồi năm 2016. LOE sửa đổi.

Ngày 17/2/2020

Lược dịch từ “ Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke”

PGS.TS Cao Phi Phong