

Hướng dẫn mới về phòng ngừa đột quỵ tiên phát-2014

PGS.TS Cao Phi Phong lược dịch

Tháng 10 năm 2014 Hiệp hội Tim mạch và Đột quỵ Hoa kỳ đã phát hành hướng dẫn mới về phòng ngừa đột quỵ tiên phát, cập nhật hướng dẫn củ năm 2011. Báo cáo cho thấy 76% đột quỵ là mới xảy ra lần đầu- nhấn mạnh đến tầm quan trọng của phòng ngừa tiên phát

Đánh giá nguy cơ đột quỵ tiên phát

Cơ bản

1. Các công cụ đánh giá nguy cơ có ích lợi nhưng còn giới hạn....
2. Tuy nhiên kế hoạch điều trị sẽ dựa trên kết quả xem xét toàn bộ các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân

Điểm cốt yếu: Một số tác giả cho rằng công cụ đánh giá nguy cơ đột quỵ không hoàn hảo, không một ai trong họ xem xét tất cả các yếu tố có tiềm năng gây ra đột quỵ. Nhưng chúng thì có ích xác định số lượng nguy cơ đột quỵ. Đây là lý do AHA/ACCCV Risk Calculator đề cập đến trong hướng dẫn. Bệnh nhân bị đột quỵ hay có nhiều yếu tố nguy cơ, công cụ đánh giá nguy cơ có thể không cần thiết vì thường rơi vào nhóm điều trị tấn công. Nếu bệnh nhân có rung nhĩ, tính nguy cơ bằng thang điểm CHADS2 hay CHA2DS2-VASc có thể ích lợi.

Yếu tố di truyền

1. Tiền sử gia đình có thể ích lợi trong xác định ai gia tăng nguy cơ đột quỵ (Class IIa; Level of Evidence A).
2. Giới thiệu tham vấn về di truyền có thể xem xét đối với bn có bệnh di truyền gây đột quỵ. (Class IIb; Level of Evidence C).
3. Bệnh Fabry: xem xét điều trị thay thế enzyme, không cho thấy giảm nguy cơ đột quỵ, hiệu quả chưa biết. (Class IIb; Level of Evidence C)

4. Xem xét tầm soát không xâm lấn phình mạch nội sọ chưa vỡ cho bn có mức độ ban đầu liên hệ xuất huyết dưới nhện hay phình mạch nội sọ ≥ 2 (Class IIb; Level of Evidence C).
5. Xem xét tầm soát không xâm lấn phình mạch nội sọ chưa vỡ cho bn bệnh thận đa nang do nhiễm sắc thể thường trội (Autosomal dominant polycystic kidney disease: ADPKD) và liên hệ với ADPKD và xuất huyết dưới nhện ≥ 1 hay liên hệ ADPKD và phình mạch nội sọ ≥ 1 (Class IIb; Level of Evidence C)
6. Xem xét tầm soát không xâm lấn phình mạch nội sọ chưa vỡ cho bn loạn sản xơ cơ vùng cổ (Cervical fibromuscular dysplasia) (Class IIb; Level of Evidence C)
7. Xem xét dược di truyền học (pharmacogenetic) liều đối vận vitamin K khi điều trị khởi đầu điều trị (Class IIb; Level of Evidence C)
8. Tầm soát không xâm lấn phình mạch nội sọ chưa vỡ không khuyến cáo cho bn không có hơn một liên hệ với xuất huyết dưới nhện hay phình mạch nội sọ (Class III; Level of Evidence C)
9. Không khuyến cáo tầm soát phình mạch nội sọ cho mỗi cá nhân mang nhiễm sắc thể thường trội thận đa nang hay Ehlers-Danlos đột biến type IV
10. Tầm soát di truyền trong cộng đồng chung để phòng ngừa đột quy tiên phát thì không khuyến cáo (Class III; Level of Evidence C)
11. Tầm soát di truyền xác định nguy cơ bệnh cơ thì không khuyến cáo khi xem xét khởi đầu điều trị statin (Class III; Level of Evidence C)

Điểm cốt yếu: Mặc dù nguyên nhân di truyền gây đột quy liên quan đến tuổi và chủng tộc vẫn còn là nguy cơ không sửa đổi được do không thể thực hiện điều trị gene, việc cung cấp lời khuyên trong các bệnh CADASIL (*cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy*) có thể có ích cho gia đình bị bệnh này. Điều trị thay thế enzyme có ích lợi trong bệnh Fabry, bn rối loạn chuyển hóa lipid, gia

tăng nguy cơ tim mạch. Cuối cùng xác định nguy cơ đột quỵ tiềm tàng như phình động mạch chưa vỡ, có thể tìm kiếm trong các trường hợp chọn lọc

Không vận động cơ thể (Physical Inactivity)

Cơ bản

1. Khuyến cáo vận động cơ thể bởi vì làm giảm nguy cơ đột quỵ. (Class I; Level of Evidence B)
2. Người lớn khỏe mạnh: thể dục thể thao tăng cường nhịp hô hấp, nhịp tim cường độ trung bình đến mạnh ít nhất 40 phút/ngày, 3-4 ngày/ tuần (Class I; Level of Evidence B)

Điểm cốt yếu

Nhiều nghiên cứu mô tả cho thấy ích lợi việc vận động cơ thể giảm nguy cơ đột quỵ. Con người sẽ tìm những vận động mà họ thích thú, thí dụ ngay cả đi bộ cũng cho thấy giảm nguy cơ đột quỵ. Thời gian luyện tập có thể tản ra cho những người khó khăn luyện tập đầy đủ thời gian theo khuyến cáo

Rối loạn lipid máu

Cơ bản

Can thiệp vào lối sống (Lifestyle), nguy cơ tim mạch trong 10 năm cao: khởi đầu điều trị statin

1. Thêm vào điều trị thay đổi lối sống, điều trị thuốc HMG coenzyme-A reductase inhibitor (statin) được khuyến cáo trong phòng ngừa đột quỵ thiếu máu tiên phát cho bn ước tính có nguy cơ tim mạch 10 năm cao (2013 "ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults") (Class I; Level of Evidence A).
2. Niacin có thể xem xét dùng cho bn có HDL cholesterol thấp hay tăng Lp(a), nhưng hiệu quả trong phòng ngừa đột quỵ thiếu máu chưa được

thiết lập. Thận trọng khi dùng niacin vì gia tăng nguy cơ bệnh cơ. (Class IIb; Level of Evidence B).

3. Các dẫn xuất Fibric acid có thể xem xét cho bn tăng triglyceride máu, nhưng hiệu quả của nó trong phòng ngừa đột quỵ thiếu máu chưa thiết lập (Class IIb; Level of Evidence C).

4. Nếu không dung nạp Statin: xem xét điều trị thuốc hạ lipid khác như dẫn xuất fibric acid, acid mật đã khử ion(bile acid sequestrants), niacin và ezetimibe, mặc dù hiệu quả phòng ngừa đột quỵ chưa thiết lập (Class IIb; Level of Evidence C).

Điểm cốt yếu: Điều trị Statin được chỉ định làm giảm nguy cơ đột quỵ xơ vữa mạch ở bn nguy cơ tim mạch 10 năm cao, xác định qua tính nguy cơ tim mạch. Hiện nay xuất hiện thêm Ezetimibe phòng ngừa bệnh tim và đột quỵ, thuốc ngăn chặn tái hấp thu cholesterol ở ruột. Trong nghiên cứu IMPROVE-IT, kết hợp ezetimibe và simvastatin phòng ngừa tim và đột quỵ tốt hơn simvastatin đơn thuần. Ezetimibe có thể chọn lựa bn không dung nạp statin.

Chế độ ăn và dinh dưỡng

Cơ bản

1. Giảm sodium (<2300 mg/ngày cho người bình thường và < 1500mg/ngày cho bn tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận mãn và ≥51 tuổi) và gia tăng potassium trong chế độ ăn (US Dietary Guidelines for Americans are recommended to lower BP (Class I; Level of Evidence A).

2. Chế độ ăn DASH: nhiều trái cây, rau quả và sản phẩm làm từ sữa ít chất béo, giảm mỡ bão hòa được khuyến cáo để hạ huyết áp (DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension) (Class I; Level of Evidence A)

3. Chế độ ăn nhiều trái cây, rau quả cung cấp nhiều potassium có lợi và có thể giảm nguy cơ đột quỵ (Class I; Level of Evidence B).

4. Chế độ ăn của vùng Địa Trung Hải (Mediterranean diet) bổ sung quả hạch (nuts) có thể xem xét làm giảm nguy cơ đột quỵ (Class IIa; Level of Evidence B).

Điểm cốt yếu: chế độ ăn DASH và Mediterranean-style liên quan giảm nguy cơ đột quỵ. DASH nhấn mạnh đến trái cây, rau quả, ngũ cốc, bơ và phó- mát ít chất béo, cá, thịt gia cầm và dầu thực vật nhưng hạn chế sodium và mỡ bão hòa. Chế độ ăn Mediterranean tương tự nhấn mạnh ưu tiên thức ăn cơ bản là thực vật và mỡ tốt cho sức khỏe (thí dụ: dầu olive), nhưng cũng cho phép đôi khi dùng cá và thịt gia cầm và không thường xuyên dùng thịt. Rượu vang đỏ uống trung bình.

Tăng huyết áp

Cơ bản

1. Tầm soát huyết áp thường xuyên và điều trị thích hợp: thay đổi lối sống và dùng thuốc (Class I; Level of Evidence A).
2. Bệnh nhân tiền tăng huyết áp (systolic BP: 120-139 mm Hg hay diastolic BP: 80-89 mm Hg): thực hiện tầm soát huyết áp hàng năm và thay đổi lối sống (Class I; Level of Evidence A).
2. Tăng huyết áp: điều trị đích huyết áp < 140/90 mm Hg (Class I; Level of Evidence A)
3. Hạ huyết áp thành công thì quan trọng hơn chọn thuốc chuyên biệt trong giảm nguy cơ đột quỵ và điều trị tùy thuộc từng bệnh nhân, trên cơ sở đặc điểm và dung nạp thuốc của bệnh nhân (Class I; Level of Evidence A). BP
4. Tự đo huyết áp và theo dõi huyết áp được khuyến cáo để cải thiện kiểm soát huyết áp (Class I; Level of Evidence A).

Điểm mấu chốt: hướng dẫn mới chỉ ra tăng huyết áp vẫn còn là điểm quan trọng nhất, yếu tố nguy cơ được chứng minh và sửa đổi được, điều trị

tăng huyết áp được nhấn mạnh hiệu quả nhất trong chiến lược phòng ngừa cả đột quỵ thiếu máu và xuất huyết. Mặc dù một vài nghiên cứu đề nghị hạ huyết áp tấn công có thể liên kết với dự hậu xấu ở những người lớn tuổi yếu đuối, phần lớn ủng hộ điều trị huyết áp trên 140/90mmHg. Nếu bn huyết áp tâm thu trên 160mmHg, xem xét khởi đầu điều trị 2 loại thuốc tăng huyết áp như lợi tiểu và ức chế men chuyển

Béo phì và phân bố mỡ trong cơ thể

Cơ bản

1. Những người dư cân (BMI=25 - 29 kg/m²) và béo phì (BMI >30 kg/m²) khuyến cáo giảm cân để giảm huyết áp (Class I; Level of Evidence A).
2. Những người dư cân (BMI=25 - 29 kg/m²) và béo phì (BMI >30 kg/m²) khuyến cáo giảm cân để giảm nguy cơ đột quỵ (Class I; Level of Evidence B)

Điểm mấu chốt: Mặc dù khó chứng minh giảm cân trực tiếp giảm nguy cơ đột quỵ, bằng chứng cơ thể to lớn ủng hộ sự liên kết giữa tăng cân và tỷ lệ mắc đột quỵ lớn hơn. Hướng dẫn khuyến cáo giảm cân ở những người dư cân (BMI=25-29kg/ m²) và béo phì (BMI >30 kg/m²) trong cố gắng làm giảm huyết áp và giảm nguy cơ đột quỵ.

Đái tháo đường

Cơ bản

1. Đái tháo đường Type 1 hay type 2: kiểm soát huyết áp theo khuyến cáo AHA/ACC/CDC đích huyết áp < 140/90 mm Hg(Class I; Level of Evidence A).
2. Điều trị người lớn đái tháo đường với statin, đặc biệt các trường hợp có thêm yếu tố nguy cơ, khuyến cáo làm giảm nguy cơ đột quỵ tiên phát(Class I; Level of Evidence A).

3. Ích lợi dùng aspirin trong phòng ngừa đột quỵ tiên phát cho bn đái tháo đường nhưng nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm thấp thì không rõ ràng(Class IIb; Level of Evidence B).

4. Thêm vào fibrate cho bn đái tháo đường để giảm nguy cơ đột quỵ thì không hữu ích(Class III; Level of Evidence B).

Điểm mấu chốt: ở bn đái tháo đường, kiểm soát tốt huyết áp với thuốc ức chế men chuyển hay ức chế thụ thể angiotensin giảm nguy cơ đột quỵ. Mặc dù kiểm soát đường huyết giảm hay không nguy cơ đột quỵ thì không rõ, dữ liệu đề nghị điều trị statin giảm nguy cơ đột quỵ tiên phát ở bệnh nhân đái tháo đường

Hút thuốc lá

Cơ bản

1.Tham vấn, cho những người đang hút thuốc giúp đỡ họ ngưng hút thuốc, kết hợp điều trị thuốc dùng nicotine thay thế, bupropion hay varenicline (Class I; Level of Evidence A).

2. Tránh hút thuốc lá được khuyến cáo cho những người chưa từng hút thuốc, trên cơ sở nghiên cứu dịch tễ học cho thấy sự tương quan kiên định và mạnh giữa hút thuốc và cả đột quỵ thiếu máu và xuất huyết dưới nhện(Class I; Level of Evidence B).

Điểm mấu chốt: có sự liên kết rõ ràng giữa hút thuốc lá và gia tăng nguy cơ đột quỵ thiếu máu và xuất huyết dưới nhện. Dữ liệu cho thấy kế hoạch ngưng hút thuốc giảm tỷ lệ mới mắc đột quỵ hiện không đầy đủ. Tuy nhiên nghiên cứu dịch tễ học đề nghị ngưng hút thuốc liên hệ giảm nguy cơ đột quỵ. Hướng dẫn mới nhận xét việc cấm hút thuốc ở nơi cộng cộng rộng rãi trong cộng đồng hay cả nước là có cơ sở muốn làm giảm nguy cơ đột quỵ và nhồi máu cơ tim

Rung nhĩ

Cơ bản

1. Bệnh nhân rung nhĩ có bệnh van tim nguy cơ cao đột quy, xác định điểm CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 và nguy cơ biến chứng xuất huyết thấp chấp nhận được, khuyến cáo điều trị kháng đông uống warfarin lâu dài đích INR từ 2.0-3.0 (Class I; Level of Evidence A).
2. Bệnh nhân rung nhĩ không bệnh van tim, có điểm CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 và nguy cơ biến chứng xuất huyết thấp chấp nhận được, khuyến cáo kháng đông uống (Class I). Chọn lựa bao gồm warfarin (INR, 2.0 - 3.0) (Level of Evidence A), dabigatran (Level of Evidence B), apixaban (Level of Evidence B), và rivaroxaban (Level of Evidence B). Sự chọn lựa thuốc chống huyết khối (antithrombotic) phải cá nhân hóa dựa trên yếu tố nguy cơ (đặc biệt nguy cơ xuất huyết nội sọ), giá cả, dung nạp và ưa chuộng của bệnh nhân, khả năng tương tác thuốc và những đặc điểm lâm sàng khác bao gồm thời gian INR trong ngưỡng điều trị cho bệnh nhân dùng warfarin
3. Tích cực tầm soát rung nhĩ trong chăm sóc ban đầu cho bn trên 65 tuổi qua đánh giá mạch và ECG (Class IIa; Level of Evidence B).
4. Bệnh nhân rung nhĩ không bệnh van tim và điểm CHA₂DS₂-VASc = 0, không điều trị chống huyết khối là hợp lý (Class IIa; Level of Evidence B).
5. Bệnh nhân rung nhĩ không bệnh van tim, có điểm CHA₂DS₂-VASc = 1, và nguy cơ biến chứng xuất huyết thấp chấp nhận được: không điều trị chống huyết khối, có thể xem xét, điều trị kháng đông hay aspirin (Class IIb; Level of Evidence C). Thuốc chống huyết khối chọn lựa phải cá nhân hóa trên cơ sở yếu tố nguy cơ của bệnh nhân
6. Bệnh nhân rung nhĩ nguy cơ cao không thích hợp dùng kháng đông: xem xét đóng tiểu nhĩ trái (left atrial appendage closure), nếu thực hiện ở trung tâm tỷ lệ biến chứng thấp và bn có thể dung nạp nguy cơ kháng đông sau thủ thuật ít nhất 45 ngày (Class IIb; Level of Evidence B)

Điểm mấu chốt

Chọn lọc chiến lược phòng ngừa đột quy ở bn rung nhĩ có thể là thách thức. Tuy nhiên phân tầng nguy cơ với điểm CHA₂DS₂-VASc giúp xác định nguy cơ đột quy và chọn lựa tiến trình tác động

Thuốc kháng đông mới bao gồm: dabigatran, rivaroxaban và apixaban, có thể xem xét dùng ở bn có nguy cơ xuất huyết não cao hơn, bởi vì chúng liên quan đến nguy cơ xuất huyết não thấp hơn warfarin. Apixaban duy nhất có khuynh hướng gây chảy máu đường tiêu hóa thấp hơn warfarin. Liều cần chọn lựa cẩn thận trên cơ sở chức năng thận bn.

Các bệnh tim mạch khác

Cơ bản

1. hẹp van hai lá (Mitral stenosis) và thuyên tắc mạch (embolic) trước đó ngay cả nhịp xoang: kháng đông (Class I; Level of Evidence B)
2. hẹp van 2 lá và huyết khối nhĩ trái: kháng đông (Class I; Level of Evidence B).
3. Warfarin (đích INR, 2.0–3.0) và aspirin liều thấp được chỉ định sau thay aortic valve với bileaflet mechanical hay current-generation, single-tilting-disk prostheses ở bn không có yếu tố nguy cơ* (Class I; Level of Evidence B); warfarin (đích INR, 2.5–3.5) và aspirin liều thấp chỉ định bn thay mechanical aortic valve và có yếu tố nguy cơ* (Class I; Level of Evidence B); và warfarin (đích INR, 2.5–3.5) và aspirin liều thấp chỉ định bn sau thay mitral valve với bất cứ mechanical valve (Class I; Level of Evidence B).

**Risk factors include AF, previous thromboembolism, left ventricular dysfunction, and hypercoagulable condition.*

4. thay van động mạch chủ cơ học (Mechanical aortic valve) và có yếu tố nguy cơ: warfarin (INR 2.5-3.5) và aspirin liều thấp

5. thay van hai lá với bất cứ van cơ học nào: warfarin (INR 2.5-3.5) và aspirin liều thấp

6. các yếu tố nguy cơ bao gồm rung nhĩ, huyết khối thuyên tắc (thromboembolism) trước đó, rối loạn chức năng thất trái và tình trạng tăng đông.

7. Atrial myxomas: khuyến cáo phẫu thuật(Surgical excision) (Class I; Level of Evidence C)

8. fibroelastomas triệu chứng và fibroelastomas > 1 cm hay xuất hiện di động: can thiệp phẫu thuật (Class I; Level of Evidence C)

9. thay van động mạch chủ hay van hai lá với van sinh học(bioprosthesi)s: dùng aspirin là hợp lý (Class IIa; Level of Evidence B)

10. trong 3 tháng đầu sau thay van động mạch chủ hay van hai lá với van sinh học(bioprosthesi)s: warfarin (INR 2,0-3,0) là hợp lý (Class IIa; Level of Evidence C).

11. suy tim nhưng không rung nhĩ hay huyết khối thuyên tắc trước đó (thromboembolic): kháng đông hay chống kết tập tiểu cầu là hợp lý (Class IIa; Level of Evidence A).

12. nhồi máu cơ tim ST –chênh (ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI)) và huyết khối thành thất trái không triệu chứng(asymptomatic left ventricular mural thrombi): điều trị đối vận vitamin K là hợp lý (Class IIa; Level of Evidence C).

13. bn hẹp nặng van hai lá không triệu chứng và kích thước nhĩ trái ≥ 55 mm trên echo: xem xét kháng đông (Class IIb; Level of Evidence B)

14. hẹp nặng van hai lá và tâm nhĩ trái lớn (atrium) và tương phản tự phát (spontaneous contrast)trên echo: xem xét kháng đông (Class IIb; Level of Evidence C)

15. STEMI và đĩnh trước mắt động hay vận động yếu(akinesia or dyskinesia): xem xét kháng đông (Class IIb; Level of Evidence C).

16. Patent foramen ovale (PFO): điều trị chống huyết khối hay đóng (catheter-based closure) không khuyến cáo trong phòng ngừa đột quỵ tiên phát (Class III; Level of Evidence C).

Điểm mấu chốt

BN có bệnh lý tim mạch ảnh hưởng đến nguy cơ cao thuyên tắc mạch (embolism), nếu có thể sử dụng kháng đông để phòng ngừa đột quỵ, bao gồm bn hẹp van hai lá và huyết khối(thrombus) hay thuyên tắc mạch, van cơ học (đôi khi thêm aspirin), nguy cơ cao rung nhĩ và huyết khối ở thành (mural thrombi). Atrial myxomas và fibroelastomas được xem xét điều trị phẫu thuật, trong khi các bệnh lý tim mạch khác viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, cả điều trị kháng đông hay chống kết tập tiểu cầu có thể hợp lý.

Hẹp động mạch cảnh không triệu chứng

Cơ bản

1. hẹp động mạch cảnh không triệu chứng: statin cộng với aspirin hàng ngày, tầm soát và điều trị các yếu tố nguy cơ khác. (Class I; Level of Evidence C).

2. bn chỉ định cắt bỏ nội mạc động mạch cảnh(Carotid endarterectomy (CEA)): dùng aspirin trước và sau phẫu thuật, trừ khi có chống chỉ định. (Class I; Level of Evidence C)

3. hẹp không triệu chứng >70% động mạch cảnh trong: xem xét CEA nếu nguy cơ đột quỵ xung quanh phẫu thuật, nhồi máu cơ tim và tử vong thấp (<3%). Tuy nhiên hiệu quả của nó so điều trị nội khoa tốt nhất hiện nay chưa xác định (Class IIa; Level of Evidence A).

4. hẹp >50%: siêu âm đánh giá lại hàng năm sự tiến triển, thoái lui và đáp ứng điều trị(Class IIa; Level of Evidence C)

5. xem xét đặt stent dự phòng(Prophylactic CAS), chọn lọc bn kỹ với hẹp không triệu chứng (tối thiểu $\geq 60\%$ angiography; $\geq 70\%$ Doppler ultrasonography). Tuy nhiên hiệu quả của nó so điều trị nội khoa đơn thuần chưa xác định. (Class IIb; Level of Evidence B)

6. hẹp không triệu chứng, nhưng nguy cơ biến chứng cao với CEA hay đặt stent động mạch cảnh(CAS): hiệu quả tái thông so với điều trị nội khoa chưa được thiết lập (Class IIb; Level of Evidence B)

6. tầm soát hẹp không triệu chứng trong cộng đồng nguy cơ thấp không khuyến cáo (Class III; Level of Evidence C).

Điểm mấu chốt

Mặc dù nghiên cứu ACAS và ACST cho thấy ích lợi của cắt bỏ nội mạc động mạch so với điều trị nội khoa hẹp động mạch cảnh không triệu chứng ở bn nguy cơ phẫu thuật thấp, các nghiên cứu này hoàn thành khi dùng thuốc phòng ngừa như statin hay ức chế ACE chưa được tận dụng. Nghiên cứu CREST-2 do National Institute of Neurological Disorders and Stroke tài trợ so sánh điều trị nội khoa với tái thông bằng cắt bỏ nội mạc hay stent đã khởi đầu tuyển chọn bn

Bệnh hồng cầu liềm (Sickle Cell Disease)

Cơ bản

1. trẻ em bệnh hồng cầu liềm (SCD): siêu âm xuyên sọ (TCD) tầm soát từ năm 2 tuổi và hàng năm đến 16 tuổi(Class I; Level of Evidence B).

2. trẻ em gia tăng nguy cơ đột quỵ: điều trị truyền máu, đích giảm hemoglobin S < 30%.(Class I; Level of Evidence B).

3. mặc dù khoảng cách tầm soát tối ưu không xác định, hợp lý tầm soát thường xuyên hơn cho trẻ em nhỏ hơn và ranh giới vận tốc bất thường trên TCD, phát hiện TCD nguy cơ cao chỉ định can thiệp(Class IIa; Level of Evidence B).

4. trong khi chờ đợi các nghiên cứu, tiếp tục truyền máu có thể hợp lý, ngay cả sau khi vận tốc trên TCD trở về bình thường (Class IIa; Level of Evidence B).

5. trẻ em nguy cơ đột quỵ cao và không thể hay không muốn điều trị truyền hồng cầu theo chu kỳ: xem xét điều trị hydroxyurea hay ghép tủy (bone marrow transplantation) (Class IIb; Level of Evidence B)

6. tiêu chuẩn MRI hay MRA chọn lọc bn truyền máu phòng ngừa đột quỵ tiên phát không thiết lập, vì vậy không khuyến cáo thay TCD cho mục đích này(Class III; Level of Evidence B).

Điểm mấu chốt

Mặc dù khoảng cách tầm soát tối ưu không được thiết lập, TCD là phương pháp có giá trị nhất đánh giá nguy cơ đột quỵ ở trẻ em SCD và hướng dẫn điều trị truyền máu. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả hydroxyurea đang tiếp tục. Không có nghiên cứu trên người lớn SCD phòng ngừa đột quỵ tiên phát

Migraine

Cơ bản

1. phụ nữ có migraine với tiền triệu: ngưng hút thuốc(Class I; Level of Evidence B).

2. phụ nữ có migraine với tiền triệu hoạt động: xem xét thay thế thuốc ngừa thai uống(đặc biệt chứa estrogen) (Class IIb; Level of Evidence B).

3. xem xét điều trị giảm tần số cơn migraine có thể hợp lý giảm nguy cơ đột quỵ(Class IIb; Level of Evidence C).

4. đóng PFO không chỉ định cho phòng ngừa đột quỵ bn migraine (Class III; Level of Evidence B).

Điểm mấu chốt

Nhiều nghiên cứu liên kết migraine với gia tăng nguy cơ đột quỵ thiếu máu. Tuy nhiên nguy cơ tuyệt đối rất thấp và cơ chế phía sau sự tương quan chưa rõ

Hội chứng biến dưỡng (The Metabolic Syndrome)

Cơ bản

1. điều trị các thành phần của hội chứng biến dưỡng

- thay đổi lối sống
- điều trị thuốc

Điểm mấu chốt

Các thành phần của hội chứng biến dưỡng có thể gia tăng nguy cơ đột quỵ và cần điều trị thích hợp, Thuốc và thay đổi lối sống trong điều trị tăng huyết áp, tăng lipid máu và kiểm soát đường huyết.

Uống rượu và lạm dụng ma túy(Drug Abuse)

Cơ bản

1. nghiện rượu nặng(heavy drinkers): giảm hay ngưng uống(Class I; Level of Evidence A). (2004 US Preventive Services Task Force update)

2. cá nhân chọn lựa uống rượu, uống ≤ 2 drinks/ ngày cho nam; ≤ 1 drink/ngày cho phụ nữ không có thai có thể hợp lý. (Class IIb; Level of Evidence B)

3. sự lạm dụng ma túy bao gồm cocaine, khat và amphetamines liên kết với đột quỵ, hướng dẫn và điều trị/ chương trình cai nghiện thích hợp (Class IIa; Level of Evidence C).

Điểm mấu chốt

Sự liên quan giữa rượu và não rất phức tạp. Rượu được báo cáo hiệu quả chống xơ vữa động mạch (antiatherogenic) và kháng viêm (anti-inflammatory) và liên quan cải thiện cholesterol, chức năng tiểu cầu và đông máu, nhạy cảm insulin và giảm thấp nguy cơ cả đột quỵ thiếu máu và xuất huyết. Tuy nhiên chìa khóa ở chỗ tiết chế: tiềm năng ích lợi của rượu đối với tim mạch khi tiêu thụ nhẹ hay trung bình, trong khi tiêu thụ nhiều phối hợp gia tăng nguy cơ đột quỵ xuất huyết và làm nặng hơn thiếu máu não. Như hướng dẫn vạch ra lạm dụng nhiều loại ma túy sau đó là rượu có liên quan đến cả đột quỵ thiếu máu và xuất huyết; thuốc này bao gồm cocaine, khat và amphetamines. Tuy nhiên không có nghiên cứu cho thấy có sự phối hợp giữa sự kiêng cử và giảm nguy cơ đột quỵ.

Sự rối loạn hô hấp lúc ngủ (Sleep-Disordered Breathing)

Cơ bản

1. xem xét tầm soát sự ngưng thở lúc ngủ (Class IIb; Level of Evidence C).
2. điều trị sự ngưng thở lúc ngủ giảm nguy cơ đột quỵ là hợp lý mặc dù hiệu quả của nó trong phòng ngừa đột quỵ tiên phát thì chưa biết (Class IIb; Level of Evidence C).

Điểm mấu chốt

Sự ngưng thở lúc ngủ được cho là góp phần đột quỵ, mặc dù không có những nghiên cứu ngẫu nhiên chứng minh điều trị ngưng thở lúc ngủ hiệu quả trong phòng ngừa đột quỵ tiên phát. Hướng dẫn đề nghị xem xét tầm soát và điều trị ngưng thở lúc ngủ, nó cũng phối hợp với bệnh lý nội khoa khác đặc biệt tăng huyết áp.

Tăng homocysteine máu

Cơ bản

Có thể xem xét dùng vitamins B complex, cobalamin(B12), pyridoxine (B6), và folic acid phòng ngừa đột quỵ thiếu máu ở bn tăng homocysteine máu , tuy nhiên hiệu quả chưa được thiết lập (Class IIb; Level of Evidence B).

Điểm mấu chốt

Homocysteine là amino acid khi ở mức cao có thể làm tổn thương nội mô gia tăng nguy cơ huyết khối và bệnh tim mạch. Mặc dù hiệu quả chưa được thiết lập, hướng dẫn khuyến cáo xem xét dùng cobalamin, pyridoxine và acid folic phòng ngừa đột quỵ cho bn tăng homocysteine máu. Thiếu vitamin nhóm B có thể gây tăng homocysteine

Tăng Lipoprotein(a)

Cơ bản

1. Xem xét dùng niacin giảm Lp(a) có thể hợp lý trong phòng ngừa đột quỵ thiếu máu bn có Lp(a) tăng cao nhưng hiệu quả chưa thiết lập(Class IIb; Level of Evidence B).
2. Ích lợi lâm sàng dùng Lp(a) trong tiên lượng nguy cơ đột quỵ chưa được thiết lập(Class IIb; Level of Evidence B).

Điểm mấu chốt

Lp(a) là low-density lipoprotein (LDL)- trong đó apolipoprotein B100 được nối với glycoprotein apoprotein(a). Một số nghiên cứu di truyền và dịch tễ học đề nghị Lp(a) là yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch bao gồm đột quỵ

Tăng đông (Hypercoagulability)

Cơ bản

1. Ích lợi tầm soát gien(genetic screening) phát hiện tăng đông di truyền phòng ngừa đột quy chưa được thiết lập. (Class IIb; Level of Evidence C).
2. Bệnh nhân Thrombophilia không triệu chứng mắc phải hay di truyền: ích lợi điều trị đặc hiệu phòng ngừa đột quy tiên phát thì chưa thiết lập(Class IIb; Level of Evidence C).
3. Bệnh nhân có antiphospholipid antibody-dương tính(aPL positive) dai dẳng: aspirin liều thấp(81mg/ngày) không chỉ định để phòng ngừa đột quy tiên phát (Class III; Level of Evidence B)

Điểm mấu chốt

Tình trạng tăng đông phối hợp huyết khối tĩnh mạch, hướng dẫn chỉ ra chưa rõ có phối hợp nhồi máu động mạch não không. Mặc dù antiphospholipid antibodies có liên kết huyết khối động mạch, các nghiên cứu cho tới nay cho thấy không có chỉ định aspirin cho phòng ngừa tiên phát khi hiện diện kháng thể kháng phospholipid dai dẳng.

Viêm nhiễm và nhiễm trùng

Cơ bản

1. BN với bệnh viêm nhiễm mãn như RA, SLE phải được xem xét gia tăng nguy cơ đột quy. (Class I; Level of Evidence B).
2. Chủng ngừa vaccine cúm hàng năm có thể ích lợi giảm nguy cơ đột quy ở bn có nguy cơ đột quy(Class IIa; Level of Evidence B).
3. Đo lường dấu ấn viêm nhiễm(inflammatory markers) như hs-CRP hay lipoprotein-liên kết phospholipase A2 ở bn không có bệnh mạch vành có thể xem xét xác định bn có thể gia tăng nguy cơ đột quy, mặc dù ích lợi

trong thực hành lâm sàng thường quy chưa được thiết lập (Class IIb; Level of Evidence B).

4. Điều trị bn hs-CRP >2.0 mg/dL với statin có thể được xem xét để giảm nguy cơ đột quy.(Class IIb; Level of Evidence B).

5. Điều trị kháng sinh cho nhiễm trùng mãn tính ngăn ngừa đột quy thì không được khuyến cáo(Class III; Level of Evidence A)

Điểm mấu chốt

Viêm nhiễm có vai trò quan trọng cho nguy cơ đột quy, ảnh hưởng đến thành lập, phát triển và ổn định mảng xơ vữa động mạch. Tuy nhiên ích lợi việc đo lường các dấu ấn viêm nhiễm đánh giá nguy cơ đột quy vẫn còn đang nghiên cứu.

Bn có hs-CRP cao tăng nguy cơ bệnh tim mạch và đột quy. Nghiên cứu ngẫu nhiên JUPITER bn không có bệnh tim mạch và LDL cholesterol bình thường nhưng hs-CRP > 2 mg/dL điều trị statin hay placebo, kết quả giảm biến cố tim mạch và đột quy bn điều trị với statin. Tuy nhiên bn hs-CRP thấp bị loại trừ, không biết có hay không vai trò của CRP và ích lợi hs-CRP và các dấu ấn viêm nhiễm khác không rõ.

Bn viêm nhiễm mãn bao gồm thấp khớp, lupus hệ thống được xem như gia tăng nguy cơ đột quy và cần tăng cường kiểm soát

Chống kết tập tiểu cầu và aspirin

Cơ bản

1. dùng aspirin trong phòng ngừa tim mạch(bao gồm nhưng không đặc hiệu cho đột quy) là hợp lý cho những người mà nguy cơ đột quy cao (10-year risk >10%), ích lợi lớn hơn so với nguy cơ liên hệ điều trị. (Class IIa; Level of Evidence A).

(A cardiovascular risk calculator to assist in estimating 10-year risk can be found online at <http://my.americanheart.org/cvriskcalculator>)

2. aspirin (81 mg/ngày hay 100 mg cách ngày (every other day) có thể dùng phòng ngừa đột quy tiên phát ở phụ nữ, bao gồm đái tháo đường, khi ích lợi lớn hơn so với nguy cơ kết hợp với điều trị (Class IIa; Level of Evidence B).

3. bệnh suy thận mãn(tốc độ thanh thải cầu thận < 45 mL/min/1.73 m²): xem xét điều trị aspirin trong phòng ngừa đột quy tiên phát(không điều trị suy thận nặng GFR<30 mL/min/1.73 m²) (Class IIb; Level of Evidence C).

4. bệnh lý động mạch ngoại biên: xem xét điều trị cilostazol phòng ngừa đột quy tiên phát(Class IIb; Level of Evidence B).

5. bn nguy cơ thấp: aspirin không ích lợi trong phòng ngừa đột quy tiên phát(Class III; Level of Evidence A).

6. đái tháo đường không có yếu tố nguy cơ cao khác: aspirin không ích lợi trong phòng ngừa đột quy tiên phát(Class III; Level of Evidence A).

7. đái tháo đường có bệnh lý động mạch ngoại biên không triệu chứng: aspirin không ích lợi trong phòng ngừa đột quy tiên phát (định nghĩa không triệu chứng: ankle brachial index ≤0.99) (Class III; Level of Evidence B).

8. chống kết tập tiểu cầu khác hơn aspirin và cilostazol không khuyến cáo trong phòng ngừa đột quy tiên phát(Class III; Level of Evidence C).

Điểm mấu chốt

Mặc dù một vài cung cấp dùng aspirin trong phòng ngừa đột quy tiên phát ở phụ nữ, tuy nhiên ích lợi rất ít, nếu chọn lựa điều trị aspirin, khả năng nguy cơ đột quy phải nặng hơn nguy cơ dùng aspirin

Phòng ngừa trong cấp cứu và cơ sở phòng ngừa

Cơ sở

Phòng ngừa tiên phát ở cấp cứu: khuyến cáo

1. khuyến cáo một chương trình ngưng hút thuốc hay can thiệp ở cấp cứu (Class I; Level of Evidence B).
2. xác định rung nhĩ và đánh giá dùng kháng đông được khuyến cáo ở cấp cứu (Class I; Level of Evidence B).
3. tầm soát tăng huyết áp bn ở cấp cứu là hợp lý (Class IIa; Level of Evidence C).
4. khi bn xác định có vấn đề lạm dụng ma túy hay rượu, hướng dẫn ở cấp cứu một chương trình điều trị thích hợp là hợp lý (Class IIa; Level of Evidence C).
5. hiệu quả tầm soát, can thiệp ngăn và tham khảo điều trị đái tháo đường và yếu tố nguy cơ đột quy do lối sống(béo phì, lạm dụng rượu/ma túy, ít vận động) ở cấp cứu không thiết lập (Class IIb; Level of Evidence C)

Phòng ngừa của dịch vụ y tế: khuyến cáo

1. Thực hiện đầy đủ chương trình xác định và điều trị các yếu tố nguy cơ cho tất cả bn có nguy cơ đột quy là hợp lý(Class IIa; Level of Evidence A).

Điểm mấu chốt

Khoa cấp cứu có thể giữ một vai trò quan trọng cung cấp dịch vụ góp phần phòng ngừa đột quy. Các đánh giá cơ bản như đo huyết áp, phát hiện nhịp tim không đều và cảnh báo bn các bệnh lý thực thể như tăng huyết áp hay rung nhĩ có thể đòi hỏi can thiệp. Hiệu quả tầm soát đái tháo đường ở cấp cứu, can thiệp ngăn và đưa vào điều trị không được thiết lập. Vai trò phòng ngừa của dịch vụ y tế có thể không nhấn mạnh phòng ngừa đột quy và các tàn phế liên hệ. Đây là trách nhiệm của người cung cấp có cơ hội nhận định trong mỗi thời điểm tiếp xúc, xác định và sửa đổi yếu tố nguy cơ tiềm tàng. Thay đổi hệ thống là cần thiết giúp hợp tác thực hiện chăm sóc đầy đủ và phục vụ người lớn tuổi của chúng ta

PHỤ LỤC

Thuốc uống chống huyết khối phòng ngừa đột quỵ rung nhĩ không do bệnh lý van tim

(Oral Antithrombotic Agents for the Prevention of Stroke in Nonvalvular Atrial Fibrillation)

A Science Advisory for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association. Stroke. 2012;43:3442-3453

Khuyến cáo

Warfarin (C I; L A), dabigatran *(C I; L B), apixaban *(C I; L B), và rivaroxaban* (C IIa; L B) được chỉ định trong phòng ngừa đột quỵ tiên phát và thứ phát bệnh nhân rung nhĩ không bị van tim

Dabigatran

Dabigatran (Pradaxa: Australia, Europe, USA và Canada) là thuốc kháng đông uống thuộc nhóm ức chế trực tiếp thrombin. Được chỉ định trong nhiều trường hợp lâm sàng và được dùng thay thế warfarin từ khi nó không đòi hỏi xét nghiệm máu theo dõi INR thường xuyên, trong khi hiệu quả tương tự. Tuy nhiên không giống warfarin, dabigatran không có thuốc đảo ngược lại tác dụng kháng đông khi có biến cố xuất huyết xảy ra. Liều ở Mỹ 150 mg 2 lần mỗi ngày cho bệnh nhân có độ thanh thải creatinine >30ml/phút

Apixaban

Apixaban (tên thương mại Eliquis) là kháng đông phòng ngừa huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch. Tác dụng ức chế trực tiếp yếu tố Xa. Apixaban được dùng ở châu Âu từ năm 2011 và được phê chuẩn trong phòng ngừa huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch sau thay khớp háng hay gối. Tháng 12 năm 2012 FDA phê chuẩn chỉ định Apixaban trong giảm nguy cơ đột quỵ và thuyên tắc hệ thống (systemic embolism) ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý van tim. Thuốc được sản xuất bởi [Pfizer](#) và [Bristol-Myers Squibb](#). Liều 2,5mg uống 2 lần mỗi ngày trong 10-14 ngày

Rivaroxaban

Rivaroxaban (BAY 59-7939) là thuốc kháng đông uống được công ty Bayer phát minh và sản xuất ở nhiều quốc gia với tên thương mại Xarelto. Thuốc uống tác dụng trực tiếp

ức chế yếu tố Xa. Rivaroxaban hấp thu tốt ở ruột và ức chế tối đa yếu tố Xa sau 4 giờ, hiệu quả kéo dài từ 8-12 giờ nhưng hoạt động của yếu tố X không trở về bình thường trong 24 giờ, do vậy liều 1 lần/ngày là hợp lý

Hiệu quả sinh học của rivaroxaban ở liều 20mg lúc đói khoảng chừng 66%, tăng với thức ăn. Một phần ba thuốc bài tiết qua thận, 2/3 được chuyển hóa. Half-life của thuốc 5-13 giờ.

Liều dùng 1 lần trong ngày(20mg) cho rung nhĩ và 2 lần/ngày trong hội chứng mạch vành cấp, phần lớn kết hợp với chống kết tập tiểu cầu