

# Hướng dẫn phòng ngừa đột quỵ ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu và cơn thiếu máu não thoáng qua năm 2014

*(Khuyến cáo mới hay sửa đổi cơ bản của Hiệp hội Tim mạch /Hiệp hội Đột quỵ Hoa kỳ năm 2014)*

*Lược dịch: PGS.TS Cao Phi Phong*

## **Tăng huyết áp**

1. Khởi đầu điều trị huyết áp được chỉ định cho những bn đột quỵ thiếu máu(ĐQTM) hay cơn thiếu máu não thoáng qua(CTMNTQ) không được điều trị trong vài ngày đầu trước đó, có HA tâm thu  $\geq 140$  mm Hg hay tâm trương  $\geq 90$  mm Hg (C I; LOE B). Khởi đầu điều trị bn với HA tâm thu  $< 140$  mmHg và tâm trương  $< 90$  mmHg chưa rõ ích lợi(C IIb; LOE C).

*Khuyến cáo sửa đổi so năm 2011, thông số rõ ràng cho khởi đầu điều trị*

2. Sự tiếp tục điều trị lại HA được chỉ định cho bn ĐQTM và CTMNTQ điều trị cao HA trước đó để phòng ngừa đột quỵ tái phát và cả phòng ngừa biến cố mạch máu khác sau vài ngày đầu (C I; LOE A)

*Các thông số rõ ràng cho tái khởi động điều trị*

3. Mục tiêu đích HA hay giảm đến mức từ điều trị trước thì chưa rõ ràng và tùy thuộc mỗi cá nhân, nhưng hợp lý là đạt được tâm thu  $< 140$  mmHg và tâm trương  $< 90$  mmHg (C IIa; LOE B). BN đột quỵ lỗ khuyết xảy ra gần đây, có thể hợp lý với đích HA tâm thu  $< 130$  mmHg (C IIb; LOE B)

*Sửa đổi đích HA điều trị*

## **Rối loạn lipid máu**

1. Điều trị Statin hạ lipid mạnh mẽ được khuyến cáo giảm nguy cơ đột quỵ và biến cố tim mạch ở bn ĐQTM và CTMNTQ được cho là do nguồn gốc xơ vữa động mạch và LDL-C  $\geq 100$  mg/dL có hay không bằng chứng cho

bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch (ASCVD: atherosclerotic cardiovascular disease) khác (C I; LOE B).

*Sửa đổi phù hợp với cách diễn đạt trong hướng dẫn cholesterol năm 2013*

2.Điều trị Statin hạ lipid mạnh mẽ được khuyến cáo giảm nguy cơ đột quỵ và biến cố tim mạch ở bn ĐQTM và CTMNTQ được cho là nguồn gốc xơ vữa động mạch và LDL-C <100 mg/dL, và không bằng chứng cho lâm sàng ASCVD khác (C I; LOE C)

*Thêm vào phù hợp hướng dẫn cholesterol AHA/ASA 2013 nhưng chỉ định mức bằng chứng thấp hơn khi LCL<100ml/Dl*

3.BN ĐQTM hay CTMNTQ và ASCVD đồng thời khác sẽ điều trị theo hướng dẫn AHA/ASA 2013 bao gồm thay đổi lối sống, ăn kiêng và khuyến cáo dùng thuốc (C I; LOE A)

*Sửa đổi phù hợp với hướng dẫn cholesterol AHA/ASA 2013*

### **Đái tháo đường**

Sau CTMNTQ(TIA) hay ĐQTM, tất cả bn được tầm soát ĐTĐ bằng test glucose máu lúc đói, HbA1c, hay test dung nạp glucose uống, chọn lựa test và thời gian được hướng dẫn qua đánh giá lâm sàng và nhận thức glucose máu có thể tạm thời xáo trộn trong giai đoạn cấp của bệnh. Thường HbA1c chính xác hơn các test tầm soát khác trong thời gian ngay sau biến cố (Class IIa; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

### **Béo phì (Obesity)**

Tất cả bn TIA hay đột quỵ phải tầm soát béo phì với đo BMI(Class I; Level of Evidence C).

Dựa vào hiệu quả giảm cân ích lợi trên yếu tố nguy cơ tim mạch, ích lợi giảm cân bn mới bị TIA hay đột quỵ và béo phì chưa chắc chắn(Class IIb; Level of Evidence C).

*Khuyến cáo mới*

### **Không hoạt động cơ thể (Physical inactivity)**

1. Đối với bn đột quy thiếu máu hay TIA có khả năng tham dự hoạt động thể lực, tập thể dục tăng cường nhịp hô hấp, nhịp tim (aerobic physical exercise), cường độ từ trung bình đến mạnh ít nhất 3-4 lần/tuần là hợp lý giảm nguy cơ đột quy. Buổi tập trung bình 40 phút. Cường độ luyện tập trung bình được xác định như đủ ra mồ hôi hay nhận thấy nhịp tim tăng (đi bộ nhanh, đạp xe đạp...), Cường độ mạnh bao gồm hoạt động như chạy chậm(Class IIa; Level of Evidence C).

*Khuyến cáo có sửa đổi*

2. Đối với bn có khả năng và sẵn sàng khởi đầu gia tăng hoạt động thể lực, có thể khuyến cáo ưu tiên toàn diện, chương trình định hướng hành vi (Class IIa; Level of Evidence C)

*Khuyến cáo mới.*

### **Dinh dưỡng (Nutrition)**

1. Hướng dẫn đánh giá dinh dưỡng bn có tiền sử đột quy hay TIA, tìm các dấu hiệu thừa hay suy dinh dưỡng là hợp lý(Class IIa; Level of Evidence C).

*Khuyến cáo mới.*

2. BN có tiền sử đột quy hay TIA có dấu hiệu suy dinh dưỡng sẽ tham khảo chỉ dẫn của chuyên viên về dinh dưỡng(Class I; Level of Evidence B).

*Khuyến cáo mới.*

3. Cung cấp thường quy vitamin đơn thuần hay phối hợp thì không khuyến cáo(Class III; Level of Evidence A).

*Khuyến cáo mới.*

4. Hợp lý khuyến cáo bn có tiền sử đột quy hay TIA giảm ăn muối(sodium intake) ít hơn khoảng 2,4g/ngày. Giảm nhiều hơn<1,5g/ngày cũng hợp lý và liên hệ giảm huyết áp lớn hơn(Class IIa; Level of Evidence C).

*Khuyến cáo mới.*

5. Hợp lý khuyến cáo bn có tiền sử đột quỵ hay TIA chế độ ăn Địa Trung Hải (Mediterranean-type diet) thay vì chế độ ăn ít chất béo(low-fat diet). Chế độ ăn Địa Trung Hải nhấn mạnh đến rau, trái cây, hạt nguyên chất và bao gồm các sản phẩm từ sữa ít chất béo, gia cầm, cá, rau đậu, dầu olive và quả hạch(nuts). Hạn chế nọt và thịt đỏ(red meats) (Class IIa; Level of Evidence C).

*Khuyến cáo mới.*

### **Ngưng thở lúc ngủ (Sleep apnea)**

1.Nghiên cứu giấc ngủ có thể xem xét với bn đột quỵ thiếu máu hay TIA trên cơ sở tỷ lệ ngưng thở lúc ngủ hiện mắc rất cao trong dân số này và bằng chứng mạnh điều trị ngưng thở lúc ngủ cải thiện dự hậu trong dân số chung (Class IIb; Level of Evidence B).

*Khuyến cáo mới.*

2. Điều trị khí đạo áp lực dương liên tục(continuous positive airway pressure) có thể xem xét cho bn đột quỵ thiếu máu hay TIA và ngưng thở lúc ngủ xuất hiện những bằng chứng cải thiện dự hậu(Class IIb; Level of Evidence B).

*Khuyến cáo mới.*

### **Bệnh động mạch cảnh**

1.CAS (*carotid angioplasty and stenting*) được chỉ định thay thế cho CEA (*carotid endarterectomy*) cho bn có triệu chứng, nguy cơ biến chứng phối hợp can thiệp nội mạch trung bình hay thấp khi đường kính đm cảnh trong giảm >70% qua hình ảnh không xâm lấn hay >50% bởi hình ảnh chụp qua catheter hay không xâm lấn với tiên đoán tỷ lệ đột quỵ hay tử vong trong thủ thuật <6% (CI IIa; LOE B).

*Class thay đổi từ I đến IIa trên cơ sở các phân tích gộp các nghiên cứu so sánh dự hậu*

2.Hợp lý xem xét tuổi bn chọn lựa giữa CAS và CEA. Bn lớn tuổi (thí dụ lớn hơn hay bằng 70 tuổi) CEA có thể phối hợp cải thiện dự hậu so với CAS, đặc biệt khi giải phẫu động mạch không thuận lợi cho can thiệp nội

mạch. Cho bn trẻ, CAS thì tương đương CEA trong giới hạn nguy cơ biến chứng xung quanh thủ thuật (thí dụ đột quy hay chết) và nguy cơ dài hạn đột quy cùng bên (CI IIa; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

3.CAS và CEA trong tình huống trên sẽ được thực hiện bởi phẫu thuật viên với tỉ lệ đột quy sau thủ thuật và tử vong < 6% cho bn có triệu chứng, tương tự mô tả các nghiên cứu so sánh CEA với điều trị nội khoa và nhiều nghiên cứu quan sát gần đây (CI I; LOE B).

*Thay đổi từ IIa tới I*

4.Theo dõi siêu âm thường quy lâu dài hình ảnh tuần hoàn đm cảnh ngoài sọ thì không khuyến cáo (CI III; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

5. Bn tái phát hay triệu chứng thiếu máu tiến triển cùng bên hẹp hay tắc ở phần xa đm cảnh (phẫu thuật không đến được), hay tắc đm cảnh đoạn giữa cổ sau điều trị nội khoa tối ưu, ích lợi nổi bật cầu EC/IC đang xem xét nghiên cứu (CI IIb; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

### **Xơ vữa động mạch nội sọ (Intracranial atherosclerosis)**

1.Bệnh nhân mới bị đột quy hay TIA (trong 30 ngày) được cho là do hẹp nặng (70-99%) những động mạch lớn nội sọ, kết hợp thêm clopidogrel 75mg/ngày với aspirin trong 90 ngày có thể hợp lý (CI IIb; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

2.Bn đột quy hay TIA do hẹp 50-99% các đm lớn nội sọ, dữ liệu còn thiếu để khuyến cáo về ích lợi clopidogrel đơn thuần, kết hợp aspirin và dipyridamole hay cilostazol đơn thuần (CI IIb; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

3.Bn đột quy hay TIA do hẹp 50-99% các đm lớn nội sọ, khuyến cáo duy trì huyết áp tâm thu 140mmHg và điều trị tích cực statin (CI I; LOE B)

+ *Khuyến cáo mới cholesterol tương tự khuyến cáo AHA/ACC 2013*

+ *Class thay đổi từ IIb sang I*

4. Bn đột quy hay TIA do hẹp trung bình 50-69% các đm lớn nội sọ, angioplasty hay stent thì không khuyến cáo dựa vào tỉ lệ đột quy thấp trong điều trị nội khoa và nguy cơ quanh thủ thuật điều trị nội mạch (CI III; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

5. Bn đột quy hay TIA do hẹp nặng(70-99%) đm lớn nội sọ, đặt stent với stent Wingspan thì không khuyến cáo khởi đầu điều trị ngay cả bn đã đang dùng chống huyết khối ở thời gian đột quy hay TIA (CI III; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

6. Bn đột quy hay TIA do hẹp nặng(70-99%) đm lớn nội sọ, ích lợi angioplasty đơn thuần hay đặt stent khác hơn stent Wingspan thì chưa rõ và đang nghiên cứu(C IIb; LOE C)

+ *Đổi từ hẹp 50 - 99% đến 70-99%*

+ *Thiết bị Wingspan dùng trong SAMMPRIS*

7. Bn hẹp nặng (70-99%) các đm lớn nội sọ và đột quy hay TIA tái phát sau khi điều trị aspirin và clopidogrel, huyết áp tâm thu cần đạt <140 mmHg, điều trị tích cực statin, ích lợi angioplasty đơn thuần hay đặt stent Wingspan hay stent khác thì chưa rõ và đang nghiên cứu(CI IIb; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

8. Bn hẹp nặng (70-99%) các đm lớn nội sọ và triệu chứng tiến triển sau khi điều trị aspirin và clopidogrel, ích lợi angioplasty đơn thuần hay đặt stent Wingspan hay stent khác thì chưa rõ và đang nghiên cứu (CI IIb; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

## **Rung nhĩ**

1. Cho những bn đã trải qua đột quy cấp hay TIA không rõ nguyên nhân khác, theo dõi nhịp rung nhĩ kéo dài (# 30 ngày) là hợp lý trong 6 tháng của sự cố (CI IIa; LOE C)

*Khuyến cáo mới*

2. Điều trị kháng vitamin K (CI I; LOE A) Apixaban(CI I; LOE A) và Dabigatran(CI I; LOE B) chỉ định trong phòng ngừa đột quy tái phát ở bn rung nhĩ không do van tim không kể cơn hay thường trực. Chọn lựa chống huyết khối tùy thuộc từng cá nhân trên cơ sở yếu tố nguy cơ, giá cả, ưa chuộng của bn và tương tác thuốc hay đặc điểm lâm sàng khác bao gồm chức năng thận, INR trong thời gian điều trị nếu bn dùng kháng vitamin K

+ *Khuyến cáo mới quan tâm đến apixaban và dabigatran*

+ *Text mới về chọn lựa thuốc*

3. Rivaroxaban là chọn lựa hợp lý cho phòng ngừa đột quy tái phát ở bn rung nhĩ không do van tim(CI IIa; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

4. Phối hợp của kháng đông uống (thí dụ warfarin hay một thuốc thể hệ mới) với thuốc chống tiểu cầu thì không khuyến cáo cho tất cả bn sau đột quy hay TIA nhưng hợp lý ở bn bệnh mạch vành(CAD) đặc biệt hội chứng vành cấp hay đặt stent (CI IIb; LOE C)

*Khuyến cáo mới*

5. BN đột quy thiếu máu hay TIA và rung nhĩ họ không thể dùng kháng đông uống, khuyến cáo aspirin đơn thuần (CI I; LOE A). Thêm vào clopidogrel với aspirin so với aspirin đơn thuần có thể hợp lý(CI IIb; LOE B)

+ *Viết lại từ khuyến cáo 2011*

+ *Class thay đổi từ III đến IIb*

6. Cho hầu hết bn đột quy hay TIA có rung nhĩ, hợp lý khởi đầu kháng đông uống trong 14 ngày sau khởi phát triệu chứng thần kinh (CI IIa; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

7. Hiện diện nguy cơ cao chuyển dạng xuất huyết (thí dụ nhồi máu rộng, chuyển dạng xuất huyết trong hình ảnh học ban đầu, không kiểm soát tăng huyết áp hay khuynh hướng xuất huyết), hợp lý để trì hoãn khởi đầu dùng kháng đông uống trước 14 ngày (CI IIa; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

8. Ích lợi của đóng tiểu nhĩ trái(left atrial appendage) với thiết bị WATCHMAN ở bn đột quy thiếu máu hay TIA và rung nhĩ thì chưa rõ ràng(CI IIb; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

### **Nhồi máu cơ tim và huyết khối (MI and thrombus)**

1. Điều trị kháng vitamin K (VKA therapy) (đích INR, 2.5; 2.0–3.0) trong 3 tháng có thể xem xét bn đột quy thiếu máu hay TIA có STEMI (ST Elevation Myocardial Infarction) trước cấp không chứng minh thành lập huyết khối thành thất trái nhưng có bất động hay loạn động trước đỉnh được xác định trên siêu âm tim hay hình ảnh khác (CI IIb; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

2. Bn đột quy thiếu máu hay TIA có biến chứng nhồi máu cơ tim cấp thành lập huyết khối thành thất trái hay vận động bất thường thành trước hay đỉnh với EF(ejection fraction) thất trái <40%, không dung nạp điều trị kháng vitamin K do tác dụng phụ không xuất huyết (nonhemorrhagic adverse events), điều trị với LMWH, dabigatran, rivaroxaban hay apixaban trong 3 tháng có thể xem xét thay thế điều trị kháng vitamin K trong điều trị phòng ngừa thứ phát (CI IIb; LOE C)

*Khuyến cáo mới*

### **Bệnh cơ tim (Cardiomyopathy)**

1. Bn đột quy thiếu máu hay TIA nhịp xoang, có huyết khối nhĩ trái hay thất trái được xác nhận qua siêu âm hay chẩn đoán hình ảnh khác, điều trị



kháng đông với kháng vitamin K được khuyến cáo trên hay 3 tháng (CI I; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

2. Bn đột quy thiếu máu hay TIA có LVAD (left ventricular assist device) cơ học, điều trị với kháng vitamin K (đích INR, 2.5; từ 2.0–3.0) là hợp lý khi không có chống chỉ định lớn (đang chảy máu đường tiêu hóa) (CI IIa; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

3. Bn đột quy thiếu máu hay TIA nhịp xoang với cơ tim giãn nở (dilated cardiomyopathy) (LV ejection fraction  $\leq 35\%$ ), bệnh cơ tim hạn chế (restrictive cardiomyopathy) hay LVAD cơ học không dung nạp điều trị kháng vitamin K bởi tác dụng phụ không xuất huyết, hiệu quả điều trị dabigatran, rivaroxaban, hay apixaban không rõ ràng so điều trị kháng vitamin K trong phòng ngừa đột quy thứ phát (CI IIb; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

### **Bệnh van tim**

1. Bn đột quy thiếu máu hay TIA có bệnh van tim hai lá do thấp (rheumatic mitral valve) và rung nhĩ, khuyến cáo điều trị kháng vitamin K lâu dài, INR đích 2.5 (từ 2.0–3.0) (CI I; LOE A).

+ Bn không rung nhĩ thì khác biệt.

+ Class thay đổi từ IIa đến I

2. Bn đột quy thiếu máu hay TIA có bệnh van tim hai lá do thấp không có rung nhĩ hay nguyên nhân khác (thí dụ hẹp động mạch cảnh) điều trị kháng vitamin K lâu dài với INR đích 2.5 (từ 2.0–3.0) có thể xem xét thay vì điều trị chống kết tập tiểu cầu (CI IIb; LOE C).

*Khuyến cáo mới cho bn không rung nhĩ*

3. Bn có bệnh van tim hai lá do thấp bị đột quy thiếu máu hay TIA trong khi đang điều trị đầy đủ kháng vitamin K, thêm vào aspirin có thể xem xét (CI

IIb; LOE C). Sau đột quỵ thiếu máu hay TIA không thêm aspirin thường quy (CI III; LOE C)

*Khuyến cáo mới*

4. Bn đột quỵ thiếu máu hay TIA và bệnh động mạch chủ bẩm sinh hay bệnh van hai lá không do thấp, không có rung nhĩ hay chỉ định khác cho kháng đông, điều trị chống kết tập tiểu cầu được khuyến cáo (CI I; LOE C).

*Khuyến cáo có sửa đổi. Class thay đổi từ IIb đến I*

5. Bn đột quỵ thiếu máu hay TIA và vôi hóa van hai lá hình vòng (mitral annular calcification) không có rung nhĩ hay chỉ định khác dùng kháng đông, khuyến cáo điều trị chống kết tập tiểu cầu, trong khi không dùng trong vôi hóa van hai lá hình vòng (CI I; LOE C).

*Khuyến cáo có sửa đổi. Class thay đổi từ IIb đến I*

6. Bn sa van hai lá (mitral valve prolapse) có đột quỵ thiếu máu hay TIA và không có rung nhĩ hay chỉ định khác dùng kháng đông, khuyến cáo điều trị chống kết tập tiểu cầu, trong khi không dùng trong sa van hai lá (CI I; LOE C).

*Khuyến cáo có sửa đổi. Class thay đổi từ IIb đến I*

### ***Van tim nhân tạo (Prosthetic Heart Valves)***

1. Bn có van động mạch chủ cơ học (mechanical aortic valve) và tiền sử đột quỵ thiếu máu hay TIA trước khi đưa vào, khuyến cáo điều trị kháng vitamin K với INR đích 2.5 (từ 2.0–3.0) (CI I; LOE B)

*Khuyến cáo có sửa đổi khu vực van động mạch chủ*

2. Bn có van hai lá cơ học (mechanical mitral valve) và tiền sử đột quỵ thiếu máu hay TIA trước khi đưa vào, khuyến cáo điều trị kháng vitamin K với INR đích 3 (từ 2.5–3.5) (CI I; LOE C)

+ *Khuyến cáo có sửa đổi khu vực van hai lá.*

+ *Đích INR sửa đổi cho van 2 lá*

3. Bn có van hai lá hay van động mạch chủ cơ học và có tiền sử đột quy thiếu máu hay TIA trước khi đưa vào và có nguy cơ chảy máu thấp, khuyến cáo thêm vào aspirin 75-100mg với kháng vitamin K (CI I; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

4. BN có van tim cơ học bị đột quy thiếu máu hay thuyên tắc hệ thống(embolism) mặc dù điều trị chống huyết khối đầy đủ, hợp lý khi tăng cường điều trị bằng gia tăng liều aspirin lên 325mg/ngày hay gia tăng đích INR tùy thuộc nguy cơ xuất huyết (CI IIa; LOE C).

*Khuyến cáo có sửa đổi*

5. BN có van động mạch chủ hay van hai lá sinh học (bioprosthetic aortic or mitral valve), tiền sử đột quy thiếu máu hay TIA trước khi đưa vào và không có chỉ định khác dùng kháng đông, dùng từ 3-6 tháng từ khi đặt van, điều trị aspirin từ 75-100mg/ngày lâu dài được khuyến cáo ưa chuộng hơn điều trị kháng đông lâu dài(CI I; LOE C).

*Khuyến cáo mới, đặc biệt aspirin ưa chuộng hơn kháng đông trong điều trị lâu dài*

6. BN có van sinh học đm chủ hay hai lá bị TIA, đột quy thiếu máu hay bị thuyên tắc hệ thống(systemic embolism) mặc dù được điều trị chống kết tập tiểu cầu đầy đủ, thêm vào điều trị kháng vitamin K với INR đích 2.5 (từ 2.0–3.0) có thể xem xét (CI IIb; LOE C).

*Khuyến cáo có sửa đổi*

### **Điều trị chống kết tập tiểu cầu(Antiplatelet therapy)**

1. Sự kết hợp aspirin và clopidogrel có thể xem xét khởi đầu 24 giờ trong đột quy nhẹ hay TIA và tiếp tục trong 90 ngày (CI IIb; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

2. Bn có tiền sử đột quy thiếu máu hay TIA, rung nhĩ và bệnh mạch vành, ích lợi thêm chống kết tập tiểu cầu với kháng vitamin K thì chưa rõ ràng trong mục đích làm giảm nguy cơ thiếu máu do mạch máu não và tim mạch(CI IIb; LOE C). Cơn đau thắt ngực không ổn định, đặt stent mạch

vành trong một số tình huống đặc biệt điều trị có thể an toàn chống kết tập tiểu cầu kép/kháng vitamin K (DAPT/VKA therapy)

*Khuyến cáo mới*

3. Sự kết hợp aspirin và clopidogrel, khi bắt đầu nhiều ngày đến nhiều năm sau đột quỵ hay TIA và tiếp tục 2 đến 3 năm, gia tăng nguy cơ xuất huyết ngay cả một thứ và không khuyến cáo phòng ngừa thứ phát thường quy lâu dài sau đột quỵ thiếu máu hay TIA (CI III; LOE A).

4. BN đột quỵ thiếu máu hay TIA không do thuyên tắc từ tim (noncardioembolic), dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu tốt hơn kháng đông uống, được khuyến cáo làm giảm nguy cơ đột quỵ tái phát và biến cố tim mạch khác (CI I; LOE A).

5. Aspirin(50–325 mg/d) đơn trị liệu(CI I; LOE A) hay kết hợp aspirin 25 mg và extended-release dipyridamole 200 mg 2 lần ngày (CI I; LOE B) được chỉ định như điều trị đầu tiên sau TIA hay đột quỵ thiếu máu trong phòng ngừa đột quỵ tương lai

*Khuyến cáo có sửa đổi*

6. Clopidogrel (75 mg) đơn trị liệu là chọn lựa hợp lý phòng ngừa đột quỵ thứ phát thay thế aspirin hay phối hợp aspirin/dipyridamole (CI IIa; LOE B).

*Khuyến cáo này cũng áp dụng cho bn dị ứng aspirin*

7. Sự chọn lựa thuốc chống kết tập tiểu cầu sẽ cá nhân hóa trên cơ sở yếu tố nguy cơ, giá cả, dung nạp, liên quan hiệu quả của thuốc và đặc điểm lâm sàng khác. (CI I; LOE C).

8. BN đột quỵ thiếu máu hay TIA khi dùng aspirin, không có bằng chứng ích lợi gia tăng thêm liều. Mặc dù thay thế thuốc khác thường xem xét, không có thuốc nào hay kết hợp nào được nghiên cứu ở bn bị tái phát trong khi dùng aspirin (CI IIb; LOE C).

### ***Xơ vữa cung động mạch chủ (Aortic arch atheroma)***

1. Bn đột quỵ hay TIA và có bằng chứng xơ vữa cung đm chủ, khuyến cáo dùng chống kết tập tiểu cầu(CI I; LOE A).

*Khuyến cáo mới*

2. Bn đột quy hay TIA và có bằng chứng xơ vữa cung đm chủ, khuyến cáo điều trị statin (CI I; LOE B).

*Khuyến cáo mới*

3. Bn đột quy thiếu máu hay TIA và có bằng chứng xơ vữa cung đm chủ. Hiệu quả kháng đông warfarin so với chống kết tập tiểu cầu chưa biết (CI IIb; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

4. Phẫu thuật cắt viêm áo trong động mạch (endarterectomy) mảng xơ cung động mạch chủ cho phòng ngừa đột quy thứ phát không khuyến cáo (CI III; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

### **Tồn tại lỗ bầu dục (PFO: Patent foramen ovale)**

1. Bn đột quy thiếu máu hay TIA có PFO không trải qua điều trị kháng đông, khuyến cáo điều trị chống kết tập tiểu cầu (CI I; LOE B).

*Class thay đổi từ IIa đến I*

2. Bn đột quy thiếu máu hay TIA và cả hai PFO và nguồn thuyên tắc từ tĩnh mạch (venous source of embolism), chỉ định dùng kháng đông, tùy thuộc tính chất đột quy (CI I; LOE A). Khi chống chỉ định kháng đông lọc tĩnh mạch chủ dưới là hợp lý (inferior vena cava filter) (CI IIa; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

3. Bn đột quy thiếu máu chưa rõ nguyên nhân hay TIA và PFO không có bằng chứng huyết khối tm sâu (DVT), các dữ liệu có thể giúp ích không cung cấp ích lợi đóng PFO (CI III; LOE A).

*Class thay đổi từ IIb đến III,*

4. Bn PFO và DVT, đóng PFO bởi thiết bị qua catheter ( transcatheter device) có thể xem xét, tùy thuộc trên nguy cơ tái phát DVT (CI IIb; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

### **Homocysteinemia**

1. Tầm soát thường quy homocystein máu ở những bn vừa bị đột quy thiếu máu hay TIA thì không chỉ định(CI III; LOE C).

*Khuyến cáo mới*

2. BN người lớn vừa bị đột quy thiếu máu hay TIA có tăng homocystein máu từ nhẹ đến trung bình, cung cấp folate, vitamin B6 và vitamin B12 giảm an toàn mức homocystein nhưng không cho thấy phòng ngừa đột quy (CI III; LOE B).

*Class thay đổi từ IIb đến III*

### **Tăng đông (Hypercoagulation)**

1. Ích lợi tầm soát tình trạng ưa huyết khối(thrombophilic) ở bn đột quy thiếu máu hay TIA thì chưa thực hiện (CI IIb; LOE C).

*Khuyến cáo mới.*

2. Kháng đông có thể xem xét ở bn tìm thấy bất thường test đông máu sau khi khởi phát đột quy hay TIA, tùy thuộc vào bất thường và tình huống lâm sàng (CI IIb; LOE C).

*Viết lại quan trọng,Class thay đổi từ IIa đến IIb*

3. Điều trị chống kết tập tiểu cầu khuyến cáo ở bn tìm thấy bất thường trong test đông máu sau khởi phát đột quy thiếu máu hay TIA nếu điều trị kháng đông không thực hiện (CI I; LOE A).

*Xác định vững chắc hơn khuyến cáo dùng chống tiểu cầu trong tình huống mô tả*

### **Kháng thể chống phospholipid (Antiphospholipid antibodies)**

1. Test thường quy kháng thể kháng phospholipid thì không khuyến cáo cho bn đột quy thiếu máu hay TIA mà không có biểu hiện khác của hội chứng kháng thể kháng phospholipid, biến cố thiếu máu giải thích do xơ vữa động mạch, hẹp động mạch cảnh hay rung nhĩ (Class III; Level of Evidence C).

*Khuyến cáo mới*

2. BN đột quy thiếu máu hay TIA có kháng thể kháng phospholipid nhưng không đầy đủ tiêu chuẩn hội chứng kháng thể kháng phospholipid, khuyến cáo điều trị chống kết tập tiểu cầu(Class I; Level of Evidence B).

*Khuyến cáo điều trị chống tiểu cầu trên kháng đông*

3. BN đột quy thiếu máu hay TIA có hội chứng antiphospholipid antibody nhưng chưa khởi đầu dùng kháng đông, chỉ định điều trị chống tiểu cầu (Class I; Level of Evidence A).

*Khuyến cáo mới*

### ***Bệnh hồng cầu liềm (Sickle cell disease)***

Đối với bệnh nhân hồng cầu liềm và có đột quy thiếu máu hay TIA trước đó, khuyến cáo truyền máu dài hạn giảm hemoglobin S đến <30% hemoglobin toàn bộ (Class I; Level of Evidence B).

*Class thay đổi từ IIa đến I*

### ***Mang thai (Pregnancy)***

1. Hiện nay các nguy cơ cao đòi hỏi phải dùng kháng đông ngoài thai kỳ, các chọn lựa sau đây là hợp lý:

a. LMWH 2 lần/ngày trong suốt thai kỳ, liều sẽ điều chỉnh đến đỉnh kháng Xa theo khuyến cáo nhà sản xuất LMWH sau 4 giờ tiêm thuốc hay

b. Điều chỉnh liều UFH trong suốt thai kỳ, tiêm dưới da mỗi 12 giờ liều điều chỉnh giữ ở khoảng giữa aPTT kiểm soát ít nhất 2 lần hay duy trì anti-Xa heparin từ 0,35 đến 0,70U/mL hay

c. UFH hay LMWH đến tuần thứ 13, tiếp theo thay thế VKA đến khi gần sanh, UFH hay LMWH sử dụng lại(Class IIa; Level of Evidence C).

*Cung cấp nhiều chi tiết hơn dự kiến phù hợp với báo cáo gần đây của American College of Chest Physicians*

2. Đối với phụ nữ mang thai nhận LMWH liều điều chỉnh (adjusted –dose) do nguy cơ cao đòi hỏi kháng đông ngoài thai kỳ, khi sinh đẻ phải có kế hoạch, hợp lý ngưng LMWH  $\geq 24$  giờ trước khi cho uống thuốc kích thích sanh (induction) hay sinh mổ (cesarean) (Class IIa; Level of Evidence C).

*Khuyến cáo mới*

3. Trong tình huống hiện diện nguy cơ thấp, điều trị chống tiểu cầu sẽ được khuyến cáo ngoài thai kỳ, UFH hay LMWH hay không điều trị có thể xem xét phụ thuộc tình huống lâm sàng trong suốt quý 3 tháng đầu thai kỳ (Class IIb; Level of Evidence C)

*Khuyến cáo mới*

### **Cho con bú (Breastfeeding)**

1. Trong sự hiện diện nguy cơ cao đòi hỏi dùng kháng đông ngoài thai kỳ, hợp lý dùng warfarin, UFH hay LMWH (Class IIa; Level of Evidence C)

*Khuyến cáo mới*

2. Hiện diện nguy cơ thấp thuốc chống tiểu cầu được khuyến cáo ngoài thai kỳ, dùng aspirin liều thấp có thể xem xét (Class IIb; Level of Evidence C).

*Khuyến cáo mới*

TP.HCM Ngày 14 tháng 7 năm 2017