Hướng dẫn năm 2021 về phòng ngừa đột quỵ ở người bệnh đã bị đột quỵ hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua

Bản dịch tiếng Việt các khuyến cáo cốt lõi và tóm lược bằng chứng
American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA), 2021

Mã tài liệu	GL-DQ-2021-01
Tên gốc	2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack
Nguồn	Stroke. 2021;52:e364–e467. AHA/ASA Clinical Practice Guideline
Phạm vi bản dịch	Thông điệp chính, khuyến cáo thực hành và tóm lược bằng chứng; giữ nguyên thuật ngữ, liều, ngưỡng và phân hạng khuyến cáo.

Lưu ý về bản dịch

Đây là bản dịch học thuật phục vụ tra cứu. Tài liệu gốc dài 104 trang. Bản này dịch đầy đủ các thông điệp chính, chọn lọc các khuyến cáo cốt lõi và cô đọng phần diễn giải bằng chứng; không chép lại danh sách tác giả, xung đột lợi ích, phụ lục dữ liệu và toàn bộ 859 tài liệu tham khảo. Khi quyết định điều trị, cần đối chiếu bản gốc và cập nhật hướng dẫn hiện hành, đặc biệt với thuốc, chỉ định can thiệp và các nhóm người bệnh đặc thù.

Cách đọc mức khuyến cáo

- **COR 1:** Khuyến cáo mạnh: lợi ích vượt rõ rệt nguy cơ; nên thực hiện.
- **COR 2a:** Hợp lý: lợi ích có khả năng vượt nguy cơ; có thể ưu tiên thực hiện.
- **COR 2b:** Có thể cân nhắc: lợi ích chưa chắc chắn hoặc bằng chứng hạn chế.
- **COR 3 – không lợi ích:** Không nên dùng vì không cải thiện kết cục.
- **COR 3 – có hại:** Không được dùng vì nguy cơ vượt lợi ích.
- **LOE A/B-R/B-NR/C-LD/C-EO:** Mức chứng cứ từ nhiều thử nghiệm ngẫu nhiên đến ý kiến chuyên gia.

Mười thông điệp thực hành quan trọng

1. Khuyến cáo phòng ngừa thứ phát cần được cá thể hóa theo căn nguyên của đột quỵ/TIA; vì vậy phải hoàn tất đánh giá chẩn đoán có hệ thống, thường bắt đầu ngay và hoàn thành hoặc đang tiến hành trong 48 giờ đầu.

2. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ mạch máu là nền tảng: huyết áp, lipid, đái tháo đường, hút thuốc, dinh dưỡng, vận động và tuân thủ thuốc phải được xử trí đồng thời.

3. Chế độ ăn kiểu Địa Trung Hải, giảm muối ở người tăng huyết áp và hoạt động thể lực đều đặn được khuyến khích; chương trình thay đổi hành vi giúp duy trì hiệu quả.

4. Điều trị chống huyết khối được chỉ định cho hầu hết người bệnh nếu không có chống chỉ định; tuy nhiên phối hợp kháng tiểu cầu kép kéo dài không được dùng thường quy.

5. Kháng tiểu cầu kép ngắn hạn chỉ dành cho một số tình huống sớm, như đột quỵ nhẹ không do tim hoặc TIA nguy cơ cao và hẹp động mạch nội sọ có triệu chứng.

6. Rung nhĩ là căn nguyên quan trọng; thường cần thuốc chống đông. Theo dõi nhịp kéo dài làm tăng khả năng phát hiện rung nhĩ kịch phát ở đột quỵ không rõ nguyên nhân.

7. Hẹp động mạch cảnh ngoài sọ nặng có triệu chứng cần đánh giá tái thông sớm; lựa chọn bóc nội mạc hay đặt stent phụ thuộc tuổi, giải phẫu, nguy cơ thủ thuật và kinh nghiệm cơ sở.

8. Hẹp động mạch nội sọ nặng nên ưu tiên điều trị nội khoa tích cực; nong/stent không phải điều trị ban đầu.

9. Đóng lỗ bầu dục còn (PFO) có thể hợp lý ở người 18–60 tuổi bị nhồi máu não không ổ khuyết, không tìm thấy nguyên nhân sau đánh giá đầy đủ và có PFO nguy cơ cao.

10. Một hệ thống chăm sóc đa chuyên ngành, ra quyết định chung và giải quyết các rào cản xã hội—ngôn ngữ, chi phí thuốc, thực phẩm, nhà ở, đi lại—là phần thiết yếu của phòng ngừa thứ phát.

1. Đánh giá chẩn đoán

Mục tiêu là xác nhận nhồi máu não/TIA, xác định cơ chế, nhận diện nguồn thuyên tắc và lựa chọn biện pháp phòng ngừa tái phát. Đánh giá phải phù hợp biểu hiện lâm sàng và không trì hoãn điều trị cấp cứu.

1.1. Đánh giá ban đầu và tìm căn nguyên

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / B-R	Thực hiện điện tâm đồ ở người nghi đột quỵ hoặc TIA để sàng lọc rung nhĩ, cuồng nhĩ và các bệnh tim kèm theo.
1 / B-NR	Ở người bệnh nhồi máu não hoặc TIA, cần đánh giá chẩn đoán để xác định căn nguyên và lập chiến lược phòng ngừa tối ưu; xét nghiệm cần hoàn tất hoặc đang được tiến hành trong 48 giờ từ khởi phát.
1 / B-NR	Nếu nhồi máu tuần hoàn trước/TIA có triệu chứng và có thể tái thông, cần khảo sát động mạch cảnh cổ không xâm lấn bằng siêu âm, CTA hoặc MRA.
1 / B-NR	CT hoặc MRI não được khuyến cáo để xác nhận bệnh mạch máu não thiếu máu cục bộ có triệu chứng.
1 / B-NR	Xét nghiệm máu gồm công thức máu, PT, aPTT, glucose, HbA1c, creatinine và lipid lúc đói hoặc không đói để xác định nguy cơ và mục tiêu điều trị.
2a / B-R	Trong đột quỵ không rõ nguồn, siêu âm tim có hoặc không cản âm là hợp lý để tìm nguồn tim hoặc đường thông tim gây thuyên tắc.
2a / B-R	Nếu không chống chỉ định chống đông, theo dõi nhịp dài hạn bằng telemetry ngoại trú, máy ghi vòng cấy dưới da hoặc phương pháp tương đương là hợp lý để phát hiện rung nhĩ ngắt quãng.
2a / B-NR	Nếu CT/MRI ban đầu chưa thấy tổn thương nhưng vẫn nghi nhồi máu não, nên chụp lại; với TIA, MRI theo dõi giúp củng cố chẩn đoán và dự báo nguy cơ sớm.
2a / C-LD	Xét nghiệm tăng đông, nhiễm trùng máu/dịch não tủy, HIV, giang mai, ma túy, viêm hệ thống và bệnh di truyền chỉ thực hiện khi lâm sàng gợi ý.
2a / C-LD	MRA/CTA hệ động mạch nội sọ và đốt sống–thân nền ngoài sọ có thể phát hiện xơ vữa, bóc tách, moyamoya hoặc bệnh mạch liên quan.
2b / C-LD	Trong ESUS, có thể cân nhắc TEE, CT tim hoặc MRI tim để tìm nguồn tim–động mạch chủ; nếu cân nhắc đóng PFO, Doppler xuyên sọ phát hiện shunt phải–trái có thể dùng để sàng lọc.

2. Kiểm soát yếu tố nguy cơ mạch máu

2.1. Dinh dưỡng, vận động, thuốc lá và chất gây nghiện

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
2a / B-R	Tư vấn chế độ ăn kiểu Địa Trung Hải, nhấn mạnh chất béo không bão hòa đơn, thực phẩm nguồn gốc thực vật, cá, dầu ô-liu nguyên chất hoặc các loại hạt, thay cho chế độ ít chất béo.
2a / B-R	Nếu tăng huyết áp và chưa hạn chế natri, giảm ít nhất 1 g natri/ngày (tương đương 2,5 g muối/ngày).
1 / C-LD	Nếu có khả năng vận động: hoạt động aerobic cường độ vừa ít nhất 10 phút, 4 lần/tuần, hoặc cường độ mạnh ít nhất 20 phút, 2 lần/tuần.
2a / B-R	Lớp tập luyện kèm tư vấn thay đổi hành vi giúp cải thiện yếu tố nguy cơ chuyển hóa và tăng hoạt động thể lực.
2a / C-EO	Nếu di chứng hạn chế vận động, chương trình tập cần được giám sát bởi nhân viên y tế, vật lý trị liệu hoặc phục hồi chức năng tim.

2b / B-NR	Người ngồi lâu có thể ngắt quãng bằng đứng hoặc vận động nhẹ khoảng 3 phút mỗi 30 phút.
1 / A	Tư vấn ngừng thuốc lá là bắt buộc; phối hợp tư vấn hành vi và dược trị liệu phù hợp. Tránh phơi nhiễm khói thuốc thụ động.
1 / B-NR	Uống rượu >2 ly/ngày (nam) hoặc >1 ly/ngày (nữ): tư vấn bỏ hoặc giảm rượu. Người dùng chất kích thích (cocaine, amphetamine…): tư vấn ngừng (1 / C-EO). Rối loạn sử dụng chất (ma túy hoặc rượu): chuyển dịch vụ chuyên biệt (1 / C-EO).

2.2. Tăng huyết áp

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / A	Sau đột quỵ/TIA ở người tăng huyết áp, thiazide, ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể angiotensin II hữu ích để hạ áp và giảm tái phát.
1 / B-R	Mục tiêu huyết áp tại phòng khám <130/80 mmHg được khuyến cáo cho đa số người bệnh.
1 / B-NR	Cá thể hóa phác đồ theo bệnh đồng mắc, nhóm thuốc và sở thích người bệnh để tối đa hiệu quả và tuân thủ.
2a / B-R	Dù chưa có tiền sử tăng huyết áp, nếu huyết áp trung bình ≥130/80 mmHg sau đột quỵ/TIA, điều trị hạ áp có thể giúp giảm tái phát, xuất huyết não và biến cố mạch.

2.3. Lipid và triglyceride

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / A	Nhồi máu não không có bệnh mạch vành đã biết, không có nguồn thuyên tắc tim lớn và LDL-C >100 mg/dL: atorvastatin 80 mg/ngày được chỉ định.
1 / A	Nhồi máu não/TIA kèm xơ vữa nội sọ, động mạch cảnh, động mạch chủ hoặc mạch vành: statin, thêm ezetimibe nếu cần, hướng đến LDL-C <70 mg/dL.
2a / B-NR	Nguy cơ rất cao, đã dùng statin tối đa dung nạp cộng ezetimibe mà LDL-C vẫn >70 mg/dL: hợp lý khi thêm thuốc ức chế PCSK9.
1 / A	Kiểm tra lipid và chỉ số an toàn sau 4–12 tuần từ khi bắt đầu/chỉnh liều, rồi mỗi 3–12 tháng tùy nhu cầu.
2a / B-R	Triglyceride 135–499 mg/dL, LDL-C 41–100 mg/dL, đang dùng statin vừa/cao, HbA1c <10%, không viêm tụy, rung nhĩ hay suy tim nặng: có thể dùng icosapent ethyl 2 g hai lần/ngày.
2a / B-NR	Triglyceride ≥500 mg/dL: tìm nguyên nhân, ăn rất ít chất béo, tránh carbohydrate tinh chế và rượu, dùng omega-3; cân nhắc fibrate để phòng viêm tụy cấp.

2.4. Glucose, béo phì và ngưng thở khi ngủ

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / A	Đái tháo đường: cá thể hóa mục tiêu; với đa số người <65 tuổi không có bệnh giới hạn tuổi thọ, HbA1c ≤7% giúp giảm biến chứng vi mạch.
1 / B-R	Ưu tiên thuốc hạ đường huyết đã chứng minh lợi ích tim mạch để giảm biến cố tim mạch lớn.
1 / C-EO	Áp dụng chăm sóc đa thành phần: dinh dưỡng, vận động, giáo dục tự quản lý, hỗ trợ và thuốc.
2a / B-R	Tiền đái tháo đường: tối ưu lối sống để ngăn tiến triển; HbA1c là xét nghiệm sàng lọc thuận tiện.
2b / B-R	Metformin có thể có ích, nhất là BMI ≥35 kg/m², tuổi <60 hoặc tiền sử đái tháo đường thai kỳ.

2b / B-R	Trong 6 tháng sau TIA/nhồi máu, kháng insulin, HbA1c <7%, không suy tim hoặc ung thư bàng quang: có thể cân nhắc pioglitazone.
1 / C-EO	Sàng lọc béo phì bằng BMI; tư vấn giảm cân với can thiệp lối sống đa thành phần. Lợi ích của giảm cân riêng đối với tái phát đột quỵ chưa chắc chắn.
2b / B-R	Có thể cân nhắc đánh giá ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) ở người sau đột quỵ/TIA. Nếu có OSA, điều trị áp lực đường thở dương (CPAP) có lợi cho triệu chứng ngưng thở, huyết áp và buồn ngủ ban ngày (2a / B-R); bằng chứng giảm tái phát đột quỵ còn hạn chế.

3. Điều trị theo căn nguyên

3.1. Xơ vữa động mạch lớn nội sọ

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / B-R	Hẹp 50–99% động mạch nội sọ lớn gây đột quỵ/TIA: aspirin 325 mg/ngày được ưu tiên hơn warfarin.
2a / B-NR	Biến cố trong 30 ngày do hẹp nặng 70–99%: thêm clopidogrel 75 mg/ngày vào aspirin tối đa 90 ngày là hợp lý.
2b / B-NR	Đột quỵ nhẹ/TIA nguy cơ cao trong 24 giờ kèm hẹp nội sọ cùng bên >30%: có thể cân nhắc ticagrelor 90 mg hai lần/ngày cộng aspirin trong 30 ngày.
2b / C-LD	Có thể cân nhắc cilostazol 200 mg/ngày cộng aspirin hoặc clopidogrel trong hẹp 50–99%; hiệu quả đơn trị clopidogrel, ticagrelor, cilostazol hay aspirin–dipyridamole chưa được xác lập.
1 / B-NR	Kiểm soát tích cực: huyết áp tâm thu <140 mmHg, statin cường độ cao và ít nhất vận động mức vừa.
3 – có hại / A	Không nong và đặt stent như điều trị ban đầu cho hẹp 70–99%, kể cả khi người bệnh đang dùng thuốc chống huyết khối lúc xảy ra biến cố.
3 – có hại / B-NR	Hẹp 50–69%: nong/stent gây bệnh suất và tử vong cao hơn điều trị nội khoa.
3 – không lợi ích / B-R	Không khuyến cáo phẫu thuật bắc cầu ngoài sọ–nội sọ cho hẹp/tắc 50–99%.

3.2. Hẹp động mạch cảnh ngoài sọ

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / A	TIA hoặc nhồi máu không tàn phế trong 6 tháng, hẹp động mạch cảnh cùng bên 70–99%: bóc nội mạc (CEA) nếu nguy cơ bệnh/tử vong chu phẫu ước tính <6%.
1 / B-R	Hẹp 50–69% có triệu chứng: CEA tùy tuổi, giới và bệnh đồng mắc, với điều kiện nguy cơ chu phẫu <6%.
1 / A	Mọi người bệnh cần điều trị nội khoa tích cực: kháng tiểu cầu, hạ lipid và kiểm soát huyết áp.
2a / B-R	Tuổi ≥70 hoặc tái thông trong 1 tuần: ưu tiên CEA hơn đặt stent động mạch cảnh (CAS) để giảm đột quỵ chu thủ thuật.
2a / C-LD	Khi có chỉ định tái thông sau TIA/đột quỵ không tàn phế, nên thực hiện trong 2 tuần thay vì trì hoãn.
2a / C-LD	Có thể ưu tiên CAS khi hẹp nặng và có yếu tố làm tăng nguy cơ phẫu thuật, như hẹp sau xạ trị hoặc tái hẹp sau CEA.
3 – không lợi ích / A	Không CEA/CAS nếu hẹp <50%.
3 – không lợi ích / A	Không tái thông thường quy nếu đột quỵ gây tàn phế nặng làm mất khả năng bảo tồn chức năng hữu ích.

3.3. Động mạch đốt sống, quai động mạch chủ, moyamoya và mạch nhỏ

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / A	Hẹp động mạch đốt sống ngoài sọ có triệu chứng: điều trị nội khoa tích cực gồm kháng tiểu cầu, hạ lipid và kiểm soát huyết áp.
2b / B-R	Nếu tái phát dù điều trị nội khoa tối ưu, lợi ích của stent động mạch đốt sống ngoài sọ chưa chắc

	chắn; phẫu thuật tái tạo cũng chưa được xác lập.
1 / C-LD	Mảng xơ vữa quai động mạch chủ: điều trị kháng tiểu cầu và statin; không có bằng chứng thường quy cho chống đông chỉ vì mảng quai.
2a / C-LD	Moyamoya có triệu chứng thiếu máu não: chuyển trung tâm có kinh nghiệm; phẫu thuật tái tưới máu có thể có lợi ở người được chọn.
2b / B-R	Đột quỵ do bệnh mạch máu nhỏ: lợi ích của cilostazol trong phòng ngừa đột quỵ thứ phát chưa chắc chắn. Dùng kháng tiểu cầu và kiểm soát yếu tố nguy cơ theo nguyên tắc chung của đột quỵ không do tim; không dùng DAPT quá 90 ngày.

3.4. Rung nhĩ và cuồng nhĩ

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / A	Rung nhĩ kèm đột quỵ/TIA: chống đông đường uống được khuyến cáo để giảm tái phát.
1 / B-R	Rung nhĩ không do van tim: ưu tiên DOAC hơn warfarin nếu không có hẹp van hai lá vừa–nặng hoặc van tim cơ học.
1 / C-EO	Cuồng nhĩ được xử trí chống đông tương tự rung nhĩ.
2a / C-EO	TIA kèm rung nhĩ không do van: có thể bắt đầu chống đông ngay nếu không có chống chỉ định.
2b / B-NR	Đột quỵ nguy cơ chuyển dạng xuất huyết thấp: có thể bắt đầu chống đông sau 2–14 ngày; nếu nguy cơ cao, hợp lý khi trì hoãn quá 14 ngày.
2b / B-R	Nếu chống chỉ định chống đông suốt đời nhưng chịu được ít nhất 45 ngày, có thể cân nhắc đóng tiểu nhĩ trái qua da bằng thiết bị phù hợp.
2b / B-NR	Bệnh thận giai đoạn cuối/lọc máu: có thể cân nhắc warfarin hoặc apixaban chỉnh liều.

3.5. Bệnh van tim và viêm nội tâm mạc

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / B-R	Rung nhĩ do van (hẹp hai lá vừa–nặng hoặc bất kỳ van cơ học): dùng warfarin.
1 / C-LD	Van hai lá cơ học, có đột quỵ/TIA trước thay van: thêm aspirin 75–100 mg/ngày vào warfarin, INR đích 3,0 (2,5–3,5).
1 / C-EO	Bệnh van động mạch chủ tự nhiên hoặc van hai lá không do thấp, không rung nhĩ/chỉ định chống đông khác: dùng kháng tiểu cầu.
1 / C-EO	Van sinh học và không còn chỉ định chống đông sau 3–6 tháng: aspirin dài hạn được ưu tiên hơn chống đông dài hạn.
2a / B-NR	Viêm nội tâm mạc có thuyên tắc tái phát và sùi dai dẳng dù kháng sinh thích hợp: phẫu thuật van sớm nếu không xuất huyết nội sọ hoặc tổn thương thần kinh rộng.
3 – có hại / B-R	Không dùng dabigatran cho van tim cơ học.

3.6. Huyết khối thất trái và bệnh cơ tim

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / B-NR	Đột quỵ/TIA kèm huyết khối thất trái: warfarin điều trị ít nhất 3 tháng.
2a / C-EO	Sau nhồi máu cơ tim cấp, nên siêu âm tim cản âm hoặc MRI tim để tìm huyết khối thất trái khi thích

	hợp.
2b / C-LD	Huyết khối thất trái mới <3 tháng: độ an toàn của DOAC so với warfarin chưa chắc chắn.
1 / C-EO	Bệnh cơ tim kèm huyết khối nhĩ trái/tiểu nhĩ trái và rối loạn chức năng thất trái: warfarin ít nhất 3 tháng.
2a / C-LD	Thiết bị hỗ trợ cơ học: warfarin cộng aspirin có thể có lợi; không thay warfarin bằng dabigatran ở LVAD.
2b / B-R	Bệnh cơ tim giảm EF, nhịp xoang, không huyết khối nhĩ/thất: lựa chọn chống đông hay kháng tiểu cầu phải cá thể hóa vì hiệu quả tương đối chưa rõ.

3.7. Lỗ bầu dục còn (PFO)

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / C-EO	Quyết định đóng PFO hay điều trị nội khoa phải do người bệnh, bác sĩ tim mạch và bác sĩ thần kinh cùng đưa ra sau đánh giá đầy đủ khả năng PFO là nguyên nhân.
2a / B-R	Tuổi 18–60, nhồi máu không ổ khuyết không rõ nguyên nhân sau đánh giá kỹ, PFO có đặc điểm giải phẫu nguy cơ cao: đóng qua catheter cộng kháng tiểu cầu dài hạn hợp lý hơn kháng tiểu cầu đơn thuần.
2b / C-LD	PFO không có đặc điểm nguy cơ cao: lợi ích của đóng chưa được xác lập; lợi ích tương đối giữa đóng PFO và warfarin chưa biết.

3.8. Bóc tách, tăng đông và hội chứng kháng phospholipid

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / C-EO	Bóc tách động mạch cảnh/đốt sống ngoài sọ gây đột quỵ/TIA: điều trị chống huyết khối ít nhất 3 tháng.
2a / B-R	Trong 3 tháng đầu sau bóc tách, aspirin hoặc warfarin đều hợp lý; nếu tái phát dù điều trị, có thể cân nhắc can thiệp nội mạch.
1 / B-NR	Chỉ có kháng thể kháng phospholipid đơn độc, chưa đủ tiêu chuẩn hội chứng: dùng kháng tiểu cầu.
2a / B-R	Hội chứng kháng phospholipid xác định dùng warfarin: chọn INR 2–3 thay vì >3 để cân bằng huyết khối và chảy máu.
2a / C-LD	Hội chứng kháng phospholipid xác định: warfarin là lựa chọn hợp lý để giảm tái phát.
3 – có hại / B-R	Hội chứng kháng phospholipid có huyết khối và bộ ba kháng thể dương tính: không dùng rivaroxaban vì tăng biến cố huyết khối so với warfarin.
3 – không lợi ích / B-R	Không dùng vitamin B6/B12/folate chỉ nhằm giảm tái phát ở tăng homocysteine nếu không có thiếu vitamin hay chỉ định khác.

3.9. Các căn nguyên hiếm và đặc thù

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
2a / C-LD	U tim bên trái gây đột quỵ/TIA: phẫu thuật cắt u có thể giảm tái phát.
1 / B-NR	Viêm động mạch tế bào khổng lồ gây đột quỵ/TIA: bắt đầu glucocorticoid liều cao ngay; có thể thêm methotrexate hoặc tocilizumab.
2a / B-NR	Viêm mạch nguyên phát hệ thần kinh trung ương: điều trị tấn công bằng glucocorticoid và/hoặc ức

	chế miễn dịch, sau đó duy trì thuốc tiết kiệm steroid.
3 – có hại / B-R	Không dùng infliximab cho viêm động mạch tế bào khổng lồ.
1 / B-NR	Mạng động mạch cảnh cùng bên, không tìm thấy nguyên nhân khác: dùng kháng tiểu cầu; nếu tái phát dù điều trị, có thể cân nhắc stent hoặc CEA.
1 / C-LD	Loạn sản xơ cơ (FMD) không có nguyên nhân khác: kháng tiểu cầu, kiểm soát huyết áp và thay đổi lối sống. Nong động mạch cảnh có hoặc không đặt stent chỉ có thể hợp lý khi đột quỵ tái phát dù điều trị nội khoa tối ưu (2b / C-LD).
1 / B-NR	Bệnh hồng cầu hình liềm có tiền sử đột quỵ/TIA: truyền máu định kỳ để giữ HbS <30% tổng hemoglobin; nếu không thể truyền máu, hydroxyurea là hợp lý (2a / B-R). Phối hợp chuyên khoa huyết học.
2b / B-NR	Bệnh Anderson–Fabry: lợi ích của agalsidase alfa hoặc agalsidase beta (điều trị thay thế enzyme) trong phòng tái phát đột quỵ/TIA chưa chắc chắn; vẫn cần xử trí chuẩn yếu tố nguy cơ và cơ chế đột quỵ.

4. Thuốc chống huyết khối

4.1. Đột quỵ không do tim và ESUS

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / A	Đột quỵ/TIA không do tim: kháng tiểu cầu được ưu tiên hơn chống đông đường uống.
1 / A	Lựa chọn dài hạn: aspirin 50–325 mg/ngày; clopidogrel 75 mg/ngày; hoặc aspirin 25 mg cộng dipyridamole phóng thích kéo dài 200 mg, hai lần/ngày.
1 / A	Đột quỵ nhẹ gần đây (NIHSS ≤3) hoặc TIA nguy cơ cao (ABCD² ≥4): bắt đầu aspirin + clopidogrel càng sớm càng tốt, lý tưởng 12–24 giờ và không muộn quá 7 ngày; duy trì 21–90 ngày rồi chuyển đơn trị.
2b / B-R	Trong 24 giờ: NIHSS ≤5, TIA ABCD² ≥6 hoặc hẹp động mạch có triệu chứng ≥30%: có thể cân nhắc ticagrelor + aspirin 30 ngày, nhưng tăng nguy cơ chảy máu nặng và xuất huyết nội sọ.
2b / B-NR	Nếu đang dùng aspirin lúc xảy ra biến cố, bằng chứng về tăng liều hoặc đổi thuốc kháng tiểu cầu chưa chắc chắn.
3 – có hại / A	Không kéo dài aspirin + clopidogrel quá 90 ngày và không dùng ba thuốc kháng tiểu cầu vì tăng xuất huyết.
3 – không lợi ích / B-R	ESUS: không dùng dabigatran hoặc rivaroxaban thay aspirin để phòng tái phát.
3 – không lợi ích / B-NR	ESUS: không dùng ticagrelor thường quy thay aspirin.

Nguyên tắc an toàn

- Xác định chắc chắn cơ chế tim hay không do tim trước khi chọn chống đông hoặc kháng tiểu cầu.
- Tránh phối hợp kháng tiểu cầu và chống đông nếu không có chỉ định riêng biệt, vì nguy cơ chảy máu thường vượt lợi ích.
- Đánh giá chức năng thận, cân nặng, tương tác thuốc, tiền sử xuất huyết và khả năng tuân thủ trước khi chọn/liều DOAC.
- Thời điểm bắt đầu lại chống huyết khối sau chuyển dạng xuất huyết hoặc xuất huyết nội sọ cần cá thể hóa và hội chẩn chuyên khoa.

5. Hệ thống chăm sóc và thay đổi hành vi

5.1. Tổ chức chăm sóc

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch
1 / C-EO	Chương trình giám sát và cải tiến chất lượng tại bệnh viện hoặc ngoại trú được khuyến cáo để tăng tuân thủ hướng dẫn phòng ngừa thứ phát.
2a / B-R	Nhóm ngoại trú đa chuyên ngành có quyền chủ động chỉnh thuốc—bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, chuyên viên thực hành nâng cao—giúp kiểm soát huyết áp, lipid và yếu tố nguy cơ.
2a / B-R	Ở tuyến chăm sóc ban đầu sau TIA/đột quỵ nhẹ, công cụ hỗ trợ quyết định giúp tăng độ chính xác chẩn đoán, phân tầng nguy cơ, chuyển tuyến và khởi trị sớm.

5.2. Thay đổi hành vi và công bằng y tế

COR / LOE	Khuyến cáo đã dịch

1 / B-R	Can thiệp thay đổi hành vi tập trung vào hiểu biết về đột quỵ, lối sống và tuân thủ thuốc được khuyến cáo.
2a / B-R	Dạy kỹ năng tự quản lý và phỏng vấn tạo động lực có thể cải thiện tuân thủ.
2a / B-R	Kết hợp tập luyện với thay đổi hành vi hiệu quả hơn tư vấn hoặc tập luyện đơn độc để giảm yếu tố nguy cơ sinh lý.
2a / B-R	Chương trình phòng ngừa mục tiêu, phục hồi chức năng tim hoặc tư vấn vận động–lối sống có lợi sau TIA/đột quỵ không tàn phế; có thể điều chỉnh cho người tàn phế.
3 – không lợi ích / B-R	Cung cấp thông tin đơn thuần, không kèm can thiệp hành vi, không đủ để thay đổi yếu tố nguy cơ và giảm biến cố.
1 / C-EO	Đánh giá và giải quyết trình độ đọc hiểu, ngôn ngữ, khả năng chi trả thuốc, an ninh lương thực, nhà ở và đi lại để giảm bất bình đẳng.
1 / C-EO	Theo dõi các chỉ số chất lượng dựa trên bằng chứng, phân tầng theo nhóm dân số để phát hiện và khắc phục chênh lệch.

6. Bảng kiểm áp dụng tại phòng khám

Miền đánh giá	Câu hỏi kiểm tra
Căn nguyên	Cơ chế đã xác định? Đã khảo sát mạch đầu–cổ, tim và nhịp kéo dài khi cần?
Chống huyết khối	Đúng nhóm thuốc, đúng liều, đúng thời hạn DAPT? Có tương tác hoặc nguy cơ xuất huyết?
Huyết áp	Mục tiêu thường <130/80 mmHg; đã có đo tại nhà và kế hoạch chỉnh thuốc?
Lipid	Statin cường độ cao? LDL-C mục tiêu <70 mg/dL khi có xơ vữa? Kiểm tra lại 4–12 tuần?
Đường huyết	Đã sàng lọc HbA1c; mục tiêu cá thể hóa; thuốc có lợi ích tim mạch nếu phù hợp?
Lối sống	Không thuốc lá; ăn kiểu Địa Trung Hải; giảm muối; vận động; cân nặng; rượu/chất gây nghiện?
Ngủ	Có triệu chứng ngưng thở khi ngủ và cần khảo sát?
Tuân thủ	Người bệnh hiểu chỉ định, cách dùng, tác dụng phụ và có khả năng chi trả/tiếp cận?
Theo dõi	Lịch tái khám, xét nghiệm an toàn, phục hồi chức năng và dấu hiệu cần cấp cứu đã rõ?

Thuật ngữ viết tắt

Viết tắt	Nghĩa tiếng Việt
AF	Rung nhĩ
ASCVD	Bệnh tim mạch do xơ vữa

CEA	Bóc nội mạc động mạch cảnh
CAS	Đặt stent động mạch cảnh
CTA/MRA	Chụp mạch CT / MR
DAPT/SAPT	Kháng tiểu cầu kép / đơn
DOAC	Thuốc chống đông đường uống trực tiếp
ESUS	Đột quỵ thuyên tắc không xác định nguồn
ICH	Xuất huyết nội sọ
INR	Tỷ số chuẩn hóa quốc tế
LV/EF	Thất trái / phân suất tống máu
NIHSS	Thang điểm đột quỵ NIH
OSA/PAP	Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ / áp lực đường thở dương
PFO	Lỗ bầu dục còn
TIA	Cơn thiếu máu não thoáng qua
TCD	Doppler xuyên sọ

Nguồn và đối chiếu

Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, và cs. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. Stroke. 2021;52:e364–e467. DOI: 10.1161/STR.0000000000000375.

Bản dịch giữ nguyên tên thuốc, liều, ngưỡng xét nghiệm và phân hạng COR/LOE theo bản gốc. Các trích dẫn số trong từng khuyến cáo được lược bỏ để tăng khả năng đọc; danh mục đầy đủ nằm trong PDF nguồn GL-DQ-2021-01.