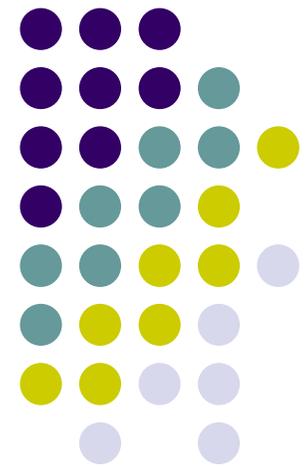


CHÍNH SÁCH & LIÊN TỈNH

Lê Minh,
*Bộ Môn Tài Chính, Đại Học Y Dược Thành Phố HCM;
Phân Khoa Tài Chính, Bệnh Viện Đại Học Y
Dược Thành Phố HCM.*



NH NGH A T QU & C N THOÁNG THI U MÁU NÃO



- **t qu (*Stroke*)** là s xu t hi n t ng t c a các thi u sót th n kinh c c b v n kéo dài h n 24 gi , và v i nguyên nhân khác không do m ch máu ã c lo i tr (n WHO)
- **C n thoáng thi u máu não** (transient ischemic attack, *TIA*) có nh ngh a t ng t nh ng v i th i gian kéo dài c a tri u ch ng thi u sót ng n h n 24 gi , th ng là ch vài phút.

NH NHGH A T QU & C N THOÁNG THI U MÁU NÃO



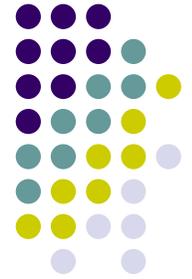
- Xu t huy t d i nh n (Subarachnoid haemorrhage, **SAH**) th ng không có d u th n kinh nh v , do ó là m t ngo i l so v i nh ngh a ã nêu c a WHO v t qu
- M t s nh ngh a v t qu và TIA có ch a thêm y u t hình nh h c não b (d a trên các c i m CT và MRI c a nh i máu não và xu t huy t não)

D C H T H C C A T Q U



- t qu là nguyên nhân t vong hay g p ng hàng th ba (sau b nh m ch vành và ung th) và là nguyên nhân chính c a ph t t
- t qu là nhóm b nh a d ng v i nhi u nguyên nhân khác nhau: **85% là thi u máu não, 10% là xu t huy t não, 5% là xu t huy t d i nh n** (s li u các n c ph ng tây; Nh t và Trung Qu c có t l XHN cao h n)

D CH T H C C A T QU



- Tỷ lệ mắc bệnh mới (incidence) thay đổi theo từng vùng:
 - 4,2 đến 6,5/1000 dân/năm (số liệu cao ở phía tây)
- 20% bệnh nhân tái phát trong vòng 1 tháng và 30% chết trong vòng một năm đầu tiên
- 1/3 bệnh nhân tái phát bất thường, 1/3 bệnh nhân phát triển hoàn toàn hoặc có triệu chứng lâm sàng sinh học bất thường

D C H T H C C A T Q U



- Xu t huy t não và xu t huy t d ình n có m c ã t vong cao trong 30 ngày u (kho ng 50%) và gây nhi u ph ã t t ãn s ng sót

CHẨN ĐOÁN T QU & C N THOÁNG THI U MÁU NÃO (TIA)



- Chẩn đoán t qu /TIA u c d a ch y u trên b nh s và th m khám th n kinh c thù ph i h p v i s h tr c a kh o sát hình nh não b lo i tr các b nh gây ch n oán nh m khác
- **MRI diffusion weighted imaging (DWI)** có th phát hi n ph n l n các t qu thi u máu trong vòng vài gi u c a t qu

CHỈ ĐỊNH OÁN T QU & C N THOÁNG THI U MÁU NÃO (TIA)



- **Chỉ định oán t q y c n c kh n**
tr ng th c hi n vì c n thi t cho cho s
quy t nh s m và úng ph ng th c i u tr
t qu
- **Chỉ định oán TIA c n c th c hi n kh n**
tr ng nh m xác nh c ch b nh sinh c a
TIA và có tác ng ng n ch n k p th i (phòng
ng a di n ti n thành t qu)

CHẨN ĐOÁN T QU & C N THOÁNG THI U MÁU NÃO (TIA)



Bệnh sử

- Sự xuất hiện, khởi phát **t ng t** (*abrupt onset*) của triệu chứng thần kinh **c c b** (*focal neurological deficit*) là **c i m** then chốt của **t qu**. Sự xác nh *th i i m* khởi phát của **t qu** /TIA là h t s c quy t nh i v i s ch n l a cách i u tr phù h p i v i t qu c p.
- Trong xu t huy t d i nh n không có d u th n kinh c c b . **c i m** chính là **au u d d i và t ng t**, và th ng có s ánh sáng, bu n nôn và c ng gáy i kèm.

CHẨN ĐOÁN T QU & C N THOÁNG THI U MÁU NÃO (TIA)



D u th n kinh th c th

- D u th n kinh c c b t ng ng v i m t vùng t i máu c a m t ng m ch c th
- Nh ng tri u ch ng g i ý các b nh gây ch n oán nh m là t qu
 - lú l n
 - nói ng ng ngh u
 - chóng m t n c

CHẨN ĐOÁN T Q U & C N THOÁNG THI U MÁU NÃO (TIA)



D u th n kinh th c th

- t qu c ã có t tr c, r i lo n nh n th c có s n t tr c khi n ch n oán khó h n
- t qu c có b nh c nh tr n ng do m t b nh toàn thân m i x y ra (nhi m trùng, ng kinh)

CHỈ ĐỊNH OÁN ĐỊNH T QU & C N THOÁNG THI U MÁU NÃO (TIA)



Th m dò c n lâm sàng :

- Ch n oán phân bi t t qu v i các b nh khác
- Ch n oán xác nh nguyên nhân c a t qu

Bảng 1: Các câu hỏi tra tra m t t qu c p



1. Nguyên nhân c a h i ch ng não c c b và c p tính?
(m ch máu, viêm nhi m, u, v.v...)
2. N u là t qu : thi u máu c c b hay ch y máu?
3. N u là t qu nh i máu thì là b nh c a tim, ng m ch, t nh m ch, máu?
4. Là huy t kh i, thuyên t c, phình tách hay viêm ng m ch?
5. B nh gây ra h i ch ng t qu có th còn ti p t c là nguy hi m h n n a cho ch c n ng não b hay không?
6. Ph n nào c a não b ã b t n th ng?
7. Th tích não b t n th ng?
8. Bao nhiêu mô não ã b ho i t ?
9. C ch nào hi n nay ang ti p t c gây nguy hi m cho c u trúc và ch c n ng não

Bảng 2: Bệnh khác có thể làm chẩn đoán nhầm là sốt qu



- Ung kinh cục bộ
- Viêm não màng não
- Hội chứng huyết, tăng huyết, hạ natri huyết
- Khí choán chẩnisis (apxe, u não)
- Ngộ
- Bệnh tim hình ngoại biên
- Migraine
- Máu tụ dãn màng cứng
- Xúc động rí rác
- Liệt thẩn kinh ngoại biên

XÁC NHẬN LÂM SÀNG VÀ VỊ TRÍ TAI BIẾN



- Không có các triệu chứng lâm sàng nào liên quan đến phân biệt các chấn thương nội sọ và xuất huyết não do đột biến cục bộ có thể phát hiện bằng hình ảnh học.
- Cũng có thể có nhồi máu trong chấn thương sọ não do thoát vị máu não và xuất huyết não như một bệnh khác và nên có bệnh cảnh lâm sàng như TIA do đó khó phát hiện nhưng luôn là cần thiết trong chấn thương sọ não.

XÁC NHẬN LOI T QU VÀ V TRÍ TẠI BIN



Chọn oán xác nh nh i máu não

- **MRI là kh o sát hình nh não b t t nh t cho t qu nh i máu não c p:**
 - hình DWI cho th y ngay t n thu ng thi u máu trong vài gi u tiên (t ng tín hi u)
 - hình nh MRA cho bi t tình tr ng c a các m ch máu n i s và m ch máu vùng c
 - nh c i m: th c hi n lâu, khó áp d ng cho bn không h p tác ho c bn có tình tr ng lâm sàng jhông n nh
- **CT scans th ng là bình th ng trong nh ng gi u tiên c a nh i máu não c p:**
 - giúp lo i tr xu t huy t não
 - b t th ng hình nh CT xu t hi n rõ khi th i gian trôi qua/khi th tích nh i máu l n

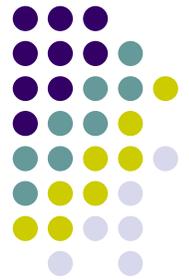
XÁC NH LO I T QU VÀ V TRÍ TAI BI N



Ch n oán xác nh nh i máu não

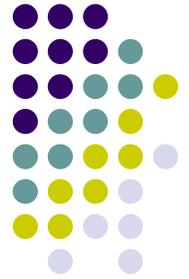
- N u hình nh CT não bình th ng lúc u thì:
 - ch p MRI
 - ch p l i CT sau 3-7 ngày
- **Phân lo i lâm sàng nh i máu não:**
 - phân lo i c a Oxfordshire Community Stroke Project (TACI, PACI, LACI, POCI)
- **Ch n oán v trí nh i máu não d a trên hình nh h c:**
 - nh i máu trong vùng t i máu c a các nhánh ng m ch l n (thuyền t c)
 - nh i máu l khuy t (huy t kh i c a ng m ch xuyên th u)

Bảng 3. Phân loại đột quỵ do thiếu máu (Oxfordshire Community Stroke Project)



Loại	Chức năng lâm sàng	Nguyên nhân & tiên lượng
TACI (total anterior circulation infarct)	Liệt nửa người và/hoặc mất cảm giác nửa người và rối loạn chức năng thính giác cao cấp (mất ngôn ngữ, bán mất định hướng, bất tỉnh không gian)	Nhồi máu não trong vùng tưới máu của MNG do thuyên tắc; sự lắng đọng, đột biến

Bảng 3. Phân loại đột quỵ do thiếu máu (Oxfordshire Community Stroke Project)



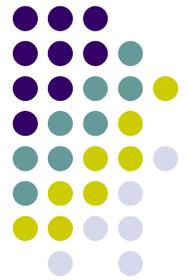
Loại	Chẩn đoán lâm sàng	Nguyên nhân & tiên lượng
PACI (partial anterior circulation infarct)	Có hai trong ba triệu chứng sau: thiếu máu cục bộ thần kinh cao cấp, liệt nửa thân trên hoặc thiếu máu cục bộ thần kinh/cảm giác khu trú (mặt chi hay mặt và bàn tay)	Nhồi máu não nhàn nhạt có nguyên nhân giống nhồi máu cục bộ TACI, phức tạp hơn, tiên lượng nguy cơ tái phát cao

Bảng 3. Phân loại đột quỵ do thiếu máu (Oxfordshire Community Stroke Project)



Loại	Chẩn đoán lâm sàng	Nguyên nhân & tiên lượng
LACI (lacunar infarct)	Yếu tố nguy cơ Mất cảm giác nửa thân trên Yếu tố và mất cảm giác nửa thân trên và thùy trước não	Nhồi máu não và sâu do tắc nghẽn nhỏ, tiên lượng tốt

Bảng 3. Phân loại đột quỵ do thiếu máu (Oxfordshire Community Stroke Project)



Loại	Chẩn đoán lâm sàng	Nguyên nhân & tiên lượng
POCI (posterior circulation infarct)	Đột quỵ thiếu máu thân não hay thiếu máu não không có đột quỵ thóp kèm theo, hay bán manh nhẹ danh nhân c, hay phối hợp c hai	Thiếu máu phần sau của bán cầu não, thân não, thiếu máu não do bệnh của động mạch chẹn, động mạch chẹn hay thuyên tắc tim; tiên lượng dao động

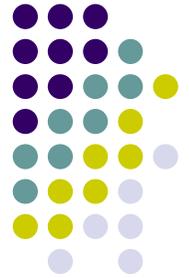
XÁC NHẬN LOI T QU VÀ V TRÍ TAI BIN



Ch n oán xác nh xu t huy t não

- CT và MRI có nh y cao i v i xu t huy t não c p (MRI phát hi n máu t t h n t qu ã di n ra nhi u ngày)
- Ch p hình m ch não (DSA) c ch nh trong phình ng m ch và d d ng ng-t nh m ch

Bảng 4. Nguyên nhân của xuất huyết não



Nguyên nhân	Chẩn đoán lâm sàng
Vết thương mạch máu sâu trong não bộ	Xuất huyết sâu (hạch não, tiểu não, thân não) Thường do tăng huyết áp Tuổi > 45
Bệnh amyloid mạch máu não	Xuất huyết thùy (hay nhũ xuất huyết) Tuổi > 70 Ít khi có tăng huyết áp đi kèm

Bảng 4. Nguyên nhân của xuất huyết não



Nguyên nhân	Chẩn đoán lâm sàng
Đau đầu mức độ nặng hay uщем chằng	Vị trí ổ đau Hình ảnh “bia” trên MR Thống tư 45
Túi phình động mạch	Vị trí ổ đau Xuất huyết điển hình
Rối loạn đông máu	Thuốc kháng đông Thuốc chống kết tập tiểu cầu Thuốc tiêu huyết khối Giảm tiểu cầu Thiếu hụt yếu tố đông máu

Bảng 4. Nguyên nhân của xuất huyết não



Nguyên nhân	Chẩn đoán lâm sàng
U não	Di căn của melanoma, ung thư phổi, ung thư thận, choriocarcinoma, carcinoma tinh hoàn; u sao bào IV
Chấn thương	Xuất huyết trán hai bên ± xuất huyết thùy thái dương Xuất huyết đỉnh chẩm hay xuất huyết đỉnh chẩm Đột quỵ lan tỏa Bệnh chuyển động

Bảng 4. Nguyên nhân của xuất huyết não



Nguyên nhân	Clinic lâm sàng
Huyết khối tĩnh mạch não	Thường là đau đầu, co giật Nhiều xuất huyết
Viêm nội tâm mạch não trung	Triệu chứng toàn thân của nhiễm trùng
Thuốc	Rượu Amphetamine Cocaine
Cần thận trọng huyết áp cao	Clinic lâm sàng của bệnh tăng huyết áp, suy thận cấp, sảng

XÁC NHẬN LỖI T Q U VÀ V TRÍ TAI BI N



Chẩn đoán xác định xuất huyết nội

- 85% các trường hợp do vỡ túi phình động mạch
- CT là kỹ thuật chẩn đoán rất nhạy (95%) để xác định xuất huyết nội trong 24-48 giờ đầu, sự thay đổi âm tính các ngày về sau đó
- Chẩn đoán dịch não tủy là cần thiết trong trường hợp CT âm tính (dịch vàng, có bilirubine, nghiệm pháp 3 ống nghiệm)

CHỈ DẪN OÁN NGUYÊN NHÂN CÁI T QU



Phân loại TOAST (Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment):

- Huyết khối và thuyên tắc động mạch lớn (35%)
- Thuyên tắc do tim (24%)
- Bệnh mạch máu nhỏ (18%)
- Không biết nguyên nhân (18%)
- Nguyên nhân hiếm (5%)

Nguyên nhân hiếm gặp của t qu



- Phình tách động mạch
- Viêm động mạch (Takayasu, viêm động mạch tế bào khổng lồ, polyarteritis nodosa, viêm mạch máu, lupus toàn thân, viêm đa khớp dạng thấp)
- Huyết khối tĩnh mạch não
- CADASIL (cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical ischaemic stroke and leukoencephalopathy)
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng
- Hội chứng antiphospholipid
- Các tình trạng tăng đông máu khác

I U TR

T QU



I U TR C N THOÁNG THI U MÁU NÃO (TIA)



- Thu c kháng k t t p ti u c u (aspirin) là thu c c l a ch n u tiên
- Heparin TM trong 24-72H t APTT = 1,5-2,5 giá tr bình th ng:
 - ch nh cho các chít h p n ng c a ng m ch c nh hay c a ng m ch t s ng-th n n n,
 - giá tr th t s ?
- Endarterectomy s m i v i chít h p n ng c a ng m ch c nh



I U TR T QU C P

- t qu là m t kh n c p n i khoa
- 3 ph ng th c can thi p ã c ch ng minh là có hi u qu :
 - **stroke unit** ch m sóc t t c các lo i t qu (.tr 20/ng a 1 t vong hay ph t t n ng)
 - **aspirin** trong vòng 48 gi u tiên c a t qu thi u máu (.tr 77/ng a 1 t vong hay ph t t n ng)
 - **alteplase** (tissue plasminogen activator) trong vòng 3 gi u tiên c a t qu thi u máu (.tr 10/1 t vong hay ph t t n ng)



Stroke unit (S.U.)

- C i thi n r ã r t k t c c c a t t c các b nh nhân t qu (thi u máu và xu t huy t)
- Các tính ch t h u ích c a stroke unit:
 - ch m sóc a chuyên khoa
 - ph trách t ng vùng a d
 - quy t nh là c a ê kip liên chuyên khoa
 - có ph c h i ch c n ng
 - ào t o liên t c cho các thành viên c a S.U.

I U TR T QU THI U
MÁU NÃO C P



Aspirin cho t qu thi u máu



- Aspirin 150-300 mg (u ng, t h u môn, TM) cho trong 48 gi u c a t qu thi u máu.
- Là bi n pháp h u hi u cho ph n l n các tr ng h p (ít tai bi n, r ti n)

Tiêu huyết khối bằng alteplase hay r-tPA (thrombolysis)



- Cas i u tr 3 gi
- M i 5 phút ch m tr a n gi m 5% c may có c m t k t qu t t
- T ng li u là 0,9 mg/kg TM, phân b nh sau:
 - 10% TM bolus
 - 90% còn l i TTM trong 1 gi
- S d ng r-tPA có liên quan v i xu t huy t não 6-7% các tr ng h p (t ng g p 3 l n). Y u t d oán xu t huy t não khi dùng alteplase là:
 - hình nh bi n i s m c a nh i máu não trên CT
 - ki m soát kém tình tr ng t ng huy t áp

Phụ thu t trong t qu thi u máu não



1. Nh i máu ti u não
2. Nh i máu do t c hoàn toàn ng m ch não gi a

Phụ thu t trong nh i máu ti u não



- Nh i máu ti u não có bi n ch ng phù não trong 48-72 gi u tiên c a tai bi n
- H qu là:
 - chèn ép thân não
 - tràn d ch não th t c p tính
- Theo dõi d a trên bi n i c a ý th c-tri giác
- Ph u thu t kh n tr ng h sau + d n l u não th t

Phẫu thuật trong nhồi máu não lớn do tắc hoàn toàn động mạch não giữa



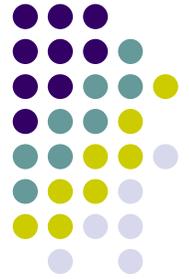
- Bệnh cảnh quan trọng trong nhồi máu não lớn do tắc hoàn toàn MNG là phù não lớn gây tăng áp nội sọ, tụt não và tụt võng.
- Phẫu thuật mở màng não trước (hemicraniectomy) có thể sử dụng như một phương pháp giảm áp nội sọ do tắc hoàn toàn MNG.

I U TR XU T HUY T NÃO



- Cần chú ý chi tiết về stroke unit
- Chỉ định dùng thuốc hạ huyết áp khi có hôn mê bất tỉnh nhân sự, điều trị chứng tăng huyết áp vì kết quả nói chung thường kém.
- Cao huyết áp cấp tính lúc khởi phát tại bệnh (Huyết áp trung bình > 120 mmHg) có liên quan với sự phát triển của các biến chứng và kết quả xấu. Do đó cần kiểm soát huyết áp tích cực trong trường hợp xử lý hạ huyết áp (duy trì < 160/90 mmHg)

Phẫu thuật trong xuất huyết não



- Không nên thực hiện phẫu thuật lấy khối máu tụ thường quy
- Phẫu thuật có thể hữu ích và có chỉ định trong:
 - xuất huyết não cấp tính xác định là do vỡ phình mạch
 - xuất huyết nội sọ gây chèn ép thân não và não úng thủy
- Cũng có thể chỉ định phẫu thuật cho những trường hợp phù xuất huyết não nông và màng nhện dưới trục u
- Riêng với xuất huyết cavernoma (cavernoma), thường là không cần thi phẫu thuật, hoặc nếu có thì là phẫu thuật lấy máu tụ.

NGUYÊN TẮC CHUNG CỦA X TRÍ TỌA ĐỘ



- Quan sát và theo dõi tình trạng kinh và các sinh hiệu giúp phát hiện môi trường xâm lấn, và giúp có các kế hoạch biện pháp xử trí thích hợp
- Cần theo dõi sát mức độ mất lún trong giai đoạn này
- Tình trạng trượt lở và tình trạng kinh thủng các gờ (40% các trường hợp)

Yêu cầu chính các thông số sinh lý



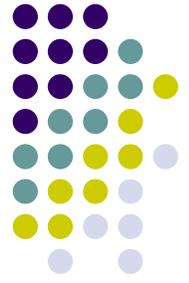
1. Cung cấp oxy
2. Cung cấp nước
3. Truy n d ch
4. Nuôi d ỡng
5. X ử trí nu ốt khó
6. X ử trí s ỉt
7. Kiểm soát huyết áp

Đặc điểm sinh lý của hệ thống tiêu hóa ở động vật nhai lại



- **Đặc điểm sinh lý**
 - **Đặc điểm sinh lý** có liên quan với **đặc điểm**
sinh lý
 - **Đặc điểm sinh lý** **đặc điểm** **sinh lý**
 - không dùng dung dịch glucose trong giai đoạn **sinh lý**
- **Cung cấp oxy**
 - có thể **sinh lý** **đặc điểm**

Chỉ định và các thông số sinh lý



- Truy n d ch
 - nh m duy trì tình tr ng ng th tích
 - c n truy n d ch s m cho b nh nhân t qu ang b m t n c ho c khó có th u ng b ng ng mi ng
- Dinh d ng
 - nuôi n qua tube Levine c n c th c hi n trong tu n u (i v i bn nu t khó)
 - gastrostomy ôi khi c n thi t cho tr ng h p c bi t

Chỉ số sinh học các thông số sinh lý



- X trí s t
 - t ng thân nhi t có liên quan v i k t c c x u sau t qu
 - dùng thu c h nhi t
 - x trí nguyên nhân gây s t

Chỉ số sinh lý



- Kiểm soát huyết áp

- tránh hạ áp trong giai đoạn sốc (vì có thể gây thiếu máu các vùng tranh chấp) (sáng)

- có thể tiếp tục thu hẹp mà bệnh nhân vẫn sống được khi bắt đầu sốc

- nếu bệnh nhân có cao huyết áp nặng và kéo dài (230/120 mmHg) hoặc có cao huyết áp kèm với tổn thương các quan trọng (vd suy tim trái, phình tách động mạch chủ) có thể cần điều trị ngay trong giai đoạn sốc cấp:

Chỉ định và chống chỉ định của thuốc điều trị tăng huyết áp



- Kiểm soát huyết áp (tiếp theo)
 - + hạ áp thận trọng (10-20%) kết hợp với theo dõi tình trạng thận kinh
 - + nên dùng thuốc hạ áp theo nhóm (điều kiện kiểm soát huyết áp)
 - + nên dùng labetalol, sodium nitroprusside, glyceryl trinitrate
 - + tránh dùng thuốc kháng calci và ACEI (vì dễ gây tụt nhanh HA)

I U TR PH C H I TRONG T QU



- Ph c h i ch c n ng b nh nhân t qu (n i trú, ngo i trú) có c i thi n k t c c c a t qu
- Ch ng trình, k ho ch i u tr ph c h i cho m i bn tùy thu c vào nhi u y u t khác nhau:
 - tính áp ng c a c s t i ch
 - m c n ng nh c a t qu
 - s thích c a bn và ng i i u tr
 - kh n ng h tr c a gia ình

I U TR PH C H I TRONG T QU



- i u tr có nh h ng ch c n ng và có m c tiêu c th
- i u tr ch ng m t ngôn ng r t khó kh n và th ng kém hi u qu

I Ư TR PHÒNG NG A TH PHÁT



Bảng. Yếu tố nguy cơ cá nhân



Yếu tố không thay đổi

Tuổi

Giới tính

Yếu tố di truyền

Yếu tố xã hội

Yếu tố có thể thay đổi

Tăng huyết áp

Hút thuốc lá

Rung nh

ái tháo đường

Ung thư u nhũ

Hẹp động mạch vành

Mất cân bằng lipid

Bệnh tim

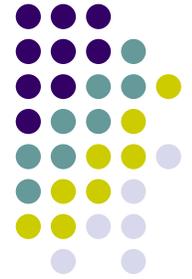
Tăng cholesterol máu

Thiếu hụt vitamin D

Biện pháp phòng ngừa atherosclerosis



1. Sử dụng thuốc kháng kết tụ tiểu cầu
2. Sử dụng thuốc chống đông
3. Sử dụng statin
4. Sử dụng thuốc hạ cholesterol máu
5. Kiểm soát huyết áp
6. Carotid endarterectomy



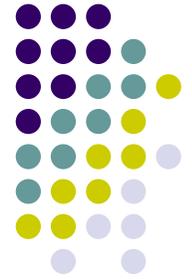
Chỉ định kháng tiểu cầu

- Thuốc kháng tiểu cầu dùng trong phòng ngừa phát có làm giảm nguy cơ tắc nghẽn mạch máu / tăng nguy cơ chảy máu bất ngờ hay TIA trừ các trường hợp:
 - aspirin
 - clopidogrel
 - aspirin + dipyridamole



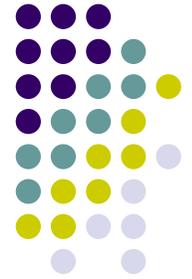
Chỉ định thuốc kháng tiểu cầu

- Aspirin liều thấp (75-150 mg/ngày) có hiệu lực như aspirin liều cao, nhưng ít tác dụng phụ hơn
- 10% bệnh nhân không dung nạp aspirin do tác dụng phụ về tiêu hóa cá biệt
- Aspirin (50 mg x 2/ngày) cùng với dipyridamole (200 mg x 2) **có hiệu lực cao hơn aspirin đơn thuần trong phòng ngừa tái phát tắc mạch**; phác đồ này không có hiệu quả phòng ngừa tái phát nhồi máu cơ tim.
- Clopidogrel (75 mg/ngày) có hiệu lực phòng ngừa tái phát tắc mạch gần như aspirin (và có thể tốt hơn một chút). Thuốc ít tác dụng phụ về dạ dày nhưng lại gây tiêu chảy và mẩn ngứa.



i u tr kháng ông

- C n i u tr kháng ông warfarin cho t t c các b nh nhâ t qu nh i máu và bn TIA có rung nh .
- B nh nhâ t qu có rung nh c n c ng c n c i u tr kháng ông.
- i u tr warfarin cho bn có ch nh kháng ông c n c duy trì su t i.
- Bn t qu c p có van tim nhâ t o và có rung nh c n c i u tr b ng aspirin 100 mg/ngày c ng v i warfarin (INR 3,0-4,5)



Điều trị huyết áp

- Điều trị huyết áp cho Bệnh nhân đột quỵ hay TIA bằng perindopril 4 mg + indapamide 2,5 mg hoặc ramipril 10 mg/ngày có làm giảm nguy cơ tái phát đột quỵ, nhồi máu cơ tim và tử vong do bệnh mạch máu, bệnh nhân là huyết áp có thể chấp nhận 130/70 mm Hg.
- Điều trị cao huyết áp bằng thuốc khác có thể cần cho lợi ích ngắn hạn.
- Khi nào thì khi ngừng điều trị cao huyết áp:
 - Đối với BN huyết áp bình thường, nên chỉ cho ngừng khi bệnh nhân có xu hướng duy trì ổn định
 - Đối với BN đã sẵn sàng cao huyết áp, nên bắt đầu điều trị sớm hơn.

Chỉ định giảm cholesterol máu



- Các thử nghiệm lâm sàng cho thấy việc dùng statin cho Bn nhân sau thuyên tắc và Bn nhồi máu cơ tim có làm giảm nguy cơ tử vong
- Chưa có bằng chứng gián tiếp cho thấy statin có làm giảm nguy cơ tái phát tử vong Bn TIA hay ãb tử vong.
- Statin có làm giảm các số có thi u máu cơ tim Bn tử vong
- Nên chỉ định statin (vd, simvastatin 40 mg/ngày) cho tất cả các bn ãb TIA hay tử vong. Cần lưu ý tác dụng phụ quan trọng của statin là bệnh cơ và bệnh thận nặng chức năng gan.



Carotid endarterectomy

- Cần xem xét vị trí của bệnh nhân carotid endarterectomy cho Bn có TIA hay đột quỵ nhồi máu có chỉ định phẫu thuật mạch máu cùng bên với bên bán cầu não bị thiếu máu.
- Phần lớn Bn có chỉ định phẫu thuật mạch máu có 70% cần thực hiện carotid endarterectomy.
- Bn có chỉ định 50%-69% cũng có thể cần carotid endarterectomy nếu mức nguy cơ vữa động mạch



Tài liệu tham khảo

- Adams HP, del Zoppo G, Alberts MJ et al (2007). Guidelines for the early management of Adults with ischemic stroke. Stroke, 38: 1655-1711.
- Biller J, Love BB, Schneck MJ (2008). Ischemic cerebrovascular disease. In Walter G Bradley, Robert B Daroff, Gerald M Fenichel, Joseph Jankovic ed Neurology in Clinical Practice, 5th edition, vol 2, Butterworth Heinemann-Elsevier, p 1165-1223.
- Broderick J, Connolly S, Feldmann E et al (2007). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage in adults. Stroke, 38: 2001-2023.
- Dewey HM, Chambers BR, Donnan GA (2006). Stroke. In Charles Warlow ed The Lancet Handbook of Treatment in Neurology, Elsevier, p 87-116.