



Hội nghị Y học Liên ngành
Lần thứ 4

Cập nhật Hướng dẫn Phòng ngừa Tiên phát Đột quỵ

Trình bày: BSNT. VÕ THÀNH DUY

TS.BS. NGUYỄN BÁ THẮNG

Cập nhật theo: 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke

Hướng dẫn của Hội Đột quỵ và Tim mạch Hoa Kỳ (American Heart Association/American Stroke Association)



American
Heart
Association.

Bảng 1.

Mức khuyến cáo và Mức độ bằng chứng của các can thiệp lâm sàng, điều trị, hoặc cận lâm sàng trong chăm sóc người bệnh



MỨC ĐỘ KHUYẾN CÁO	
CLASS 1 (MẠNH)	Lợi ích >>> Nguy cơ
Thuật ngữ - Được khuyến cáo - Được chỉ định/có ích/có lợi - Nên được sử dụng - Các thuật ngữ so sánh: - Điều trị/chiến lược A được khuyến cáo/chỉ định hơn điều trị B - Điều trị A nên được chọn hơn điều trị B	
CLASS 2a (VỪA)	Lợi ích >> Nguy cơ
Thuật ngữ - Có thể hợp lý - Có thể có ích/có lợi - Các thuật ngữ so sánh: - Điều trị/chiến lược A có thể được khuyến cáo/chỉ định hơn điều trị B - Hợp lý khi lựa chọn điều trị A hơn điều trị B	
CLASS 2b (YẾU)	Lợi ích ≥ Nguy cơ
Thuật ngữ - Có thể hợp lý - Có thể cần nhắc - Hiệu quả/lợi ích chưa được xác định/chứng minh rõ ràng	
CLASS 3: Không Lợi ích (VỪA)	Lợi ích = Nguy cơ
Thuật ngữ - Không được khuyến cáo - Không được chỉ định/Không có ích/Không có lợi - Không nên được thực hiện	
CLASS 3: Có hại (MẠNH)	Nguy cơ > Lợi ích
Thuật ngữ - Tiềm tàng nguy hại - Có hại - Có liên quan tang nguy cơ tử vong/bệnh tật - Không nên được thực hiện	

MỨC ĐỘ CHỨNG CỨ

LEVEL A

- High-quality evidence‡ from more than 1 RCT
- Meta-analyses of high-quality RCTs
- One or more RCTs corroborated by high-quality registry studies

LEVEL B-R
(Randomized)

- Moderate-quality evidence‡ from 1 or more RCTs
- Meta-analyses of moderate-quality RCTs

LEVEL B-NR
(Nonrandomized)

- Moderate-quality evidence‡ from 1 or more well-designed, well-executed nonrandomized studies, observational studies, or registry studies
- Meta-analyses of such studies

LEVEL C-LD
(Limited Data)

- Randomized or nonrandomized observational or registry studies with limitations of design or execution
- Meta-analyses of such studies
- Physiological or mechanistic studies in human subjects

LEVEL C-EO
(Expert Opinion)

- Consensus of expert opinion based on clinical experience.

*COR and LOE are determined independently (any COR may be paired with any LOE).

*A recommendation with LOE C does not imply that the recommendation is weak. Many important clinical questions addressed in guidelines do not lend themselves to clinical trials. Although RCTs are unavailable, there may be a very clear clinical consensus that a particular test or therapy is useful or effective.

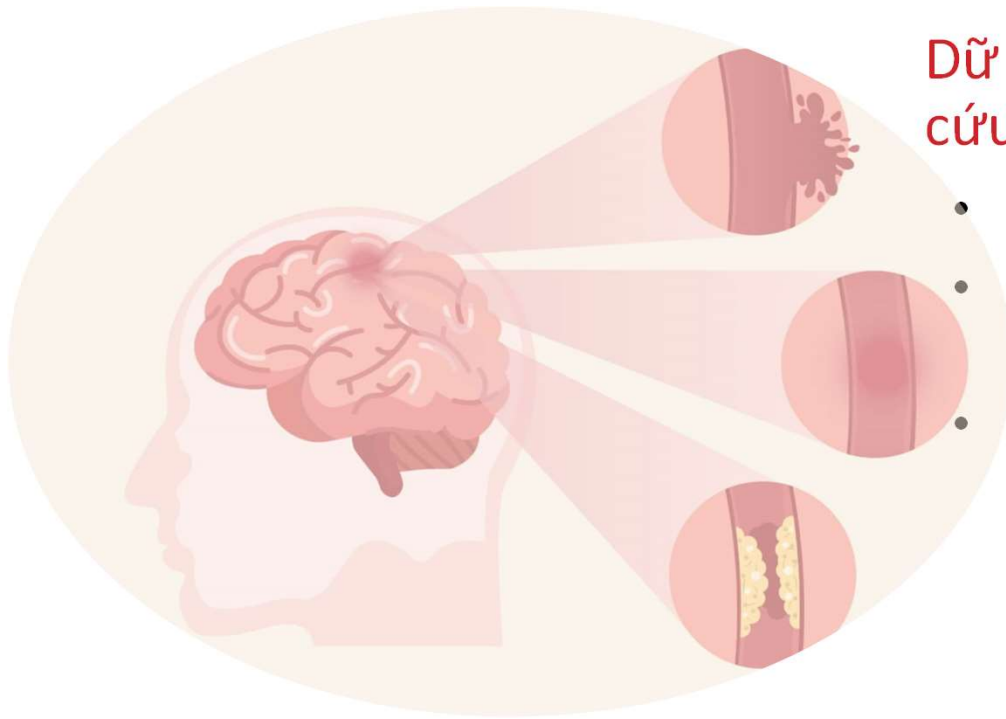
**The outcome or result of the intervention should be specified (an improved clinical outcome or increased diagnostic accuracy or incremental prognostic information).

*‡For comparative-effectiveness recommendation (COR 1 and 2a; LOE A and B only), studies that support the use of comparator verbs should involve direct comparisons of the treatments or strategies being evaluated.

*‡The method of assessing quality is evolving, including the application of standardized, widely-used, and preferably validated evidence grading tools; and for systematic reviews, the incorporation of an Evidence Review Committee.

*COR indicates Class of Recommendation; EO, expert opinion; LD, limited data; LOE, Level of Evidence; NR, nonrandomized; R, randomized; and RCT, randomized controlled trial

Các bằng chứng sử dụng trong khuyến cáo



Dữ liệu về Outcome trong các nghiên cứu dựa trên dân số:

- Không có yếu tố nguy cơ tim mạch
- Có YTNC tim mạch nhưng không có đột quỵ hoặc TIA
- Có YTNC tim mạch với $\leq 50\%$ có tiền sử đột quỵ.

Nội dung

1. Tầm soát – Đánh giá nguy cơ tim mạch 10 năm
2. Life's Essential 8
3. Sử dụng thuốc kháng tiểu cầu trong dự phòng tiên phát.
4. Các yếu tố nguy cơ xơ vữa và không xơ vữa (Migraine)
5. Các yếu tố nguy cơ đặc thù giới (thai kỳ và biến chứng thai kỳ, lạc nội mạc tử cung, tránh thai nội tiết, mãn kinh, sử dụng testosterone ngoại sinh)

Phòng ngừa tiên phát: **Tâm soát**

COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người từ 40-79 tuổi, ước tính YTNC tim mạch mỗi 1-5 năm là có lợi trong việc quyết định điều trị và khuyến cáo thay đổi lối sống có thể giảm nguy cơ đột quỵ.
1	Ở người bệnh có rung nhĩ, khuyến cáo sử dụng thang điểm CHA2DS2-VASc để hướng dẫn quyết định sử dụng kháng đông đường uống để giảm nguy cơ đột quỵ.
1	Ở người từ 18 tuổi trở lên, khuyến cáo tầm soát định kỳ về các hành vi và bệnh lý nội khoa làm tăng nguy cơ đột quỵ có thể điều chỉnh được.
1	Ở người từ 18 tuổi trở lên, tầm soát các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe là có lợi trong việc xác định các yếu tố làm gia tăng đột quỵ.



AMERICAN
COLLEGE of
CARDIOLOGY

ASCVD Risk Estimator Plus

<https://tools.acc.org/ascvd-risk-estimator-plus/#!/calculate/estimate/>

Inputs

1

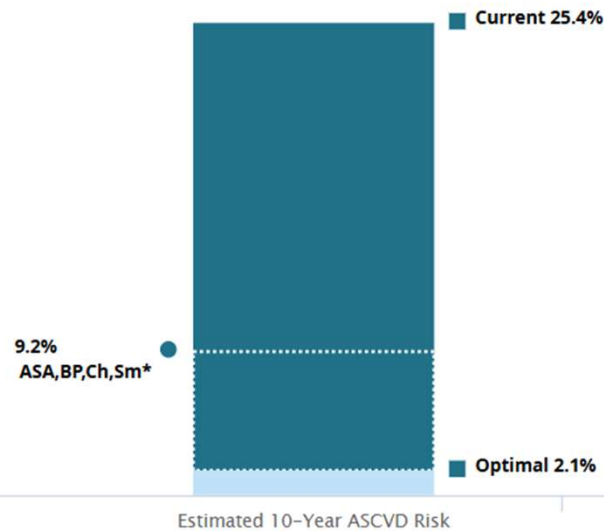
Sex: **Male**

Race: **Other**

Values	Current
Age:	50
Total Cholesterol (mg/dL)	250
HDL Cholesterol (mg/dL)	25
LDL Cholesterol (mg/dL)	200
Systolic Blood Pressure (mm Hg)	134
Diastolic Blood Pressure (mm Hg)	90
Diabetes:	No
Smoker:	Current
Treatment for Hypertension:	Yes
Aspirin Therapy:	No
Statin:	No

2

ASCVD Risk Profile



Treatment Advice*

3

- LDL-C Management (for this Patient)
- Blood Pressure Management (for this Patient)
- Tobacco Cessation (for this Patient)
- Diabetes Mellitus Management (General)
- Lifestyle Recommendations (General)
- Aspirin Use Recommendations (for this Patient)
- Immunization Practice (General)
- Therapy Safety Information (General)



Bushnell, C., et al. 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*.

Life's Essential 8 (1) – Chế độ ăn

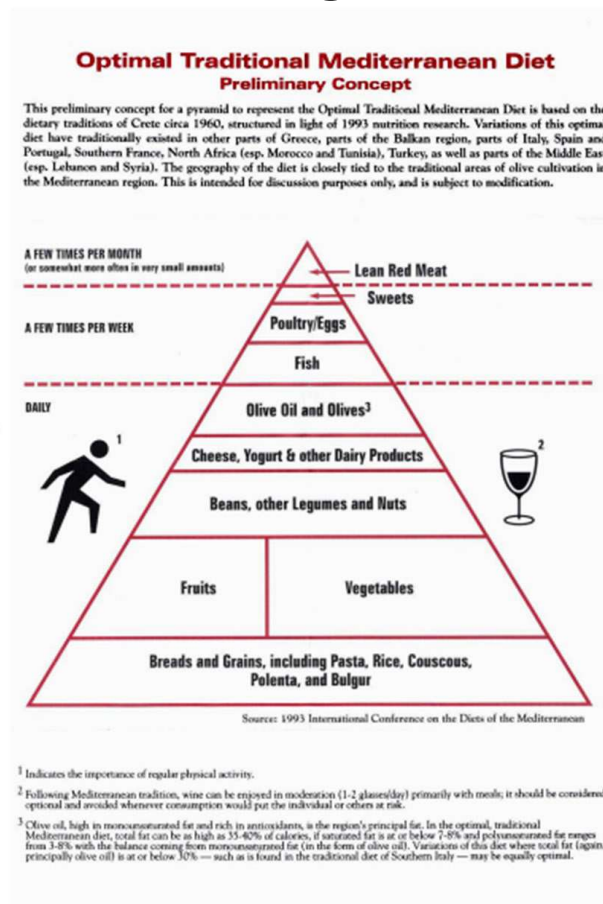


Chất lượng Chế độ ăn	
COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người lớn không có bệnh tim mạch và ở người có YTNC mắc bệnh tim mạch trung bình hoặc cao, khuyến cáo chế độ ăn Địa Trung Hải để giảm nguy cơ mắc đột quỵ.
2a	Ở người từ 60 tuổi trở lên và có THA không kiểm soát, so với khẩu phần 100% muối NaCl, sử dụng khẩu phần muối thay thế là hợp lý để giảm nguy cơ mắc đột quỵ.
2b	Ở người lớn, chưa có chứng cứ rõ ràng sử dụng bổ sung folic acid và phức hợp vitamin nhóm B để giảm nguy cơ đột quỵ.
3: Không có Lợi ích	Ở người lớn không có bệnh tim mạch trước đó, sử dụng acid béo chuỗi dài không hiệu quả trong việc giảm nguy cơ đột quỵ.
3: Không có Lợi ích	Ở người lớn, bổ sung vitamin C, vitamin E, selenium, chất chống oxy hóa, calci kèm vitamin D, hoặc multivitamin không hiệu quả để giảm nguy cơ đột quỵ.

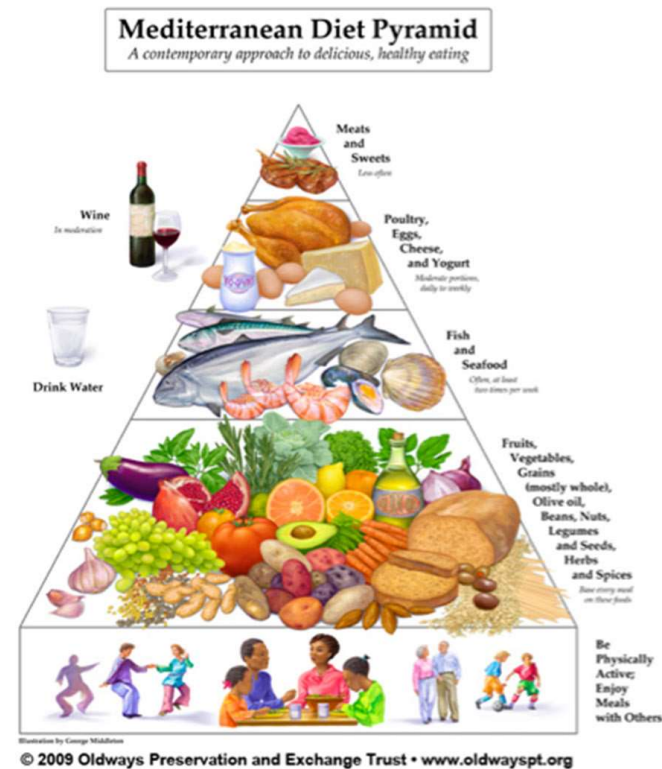
Viết tắt: THA: tăng huyết áp, YTNC: yếu tố nguy cơ.

Chế độ ăn Địa Trung Hải

1993



2018



Chế độ ăn Địa Trung Hải cho người Châu Á



Life's Essential 8 (2) – Hoạt động thể chất



Hoạt động Thể chất	
COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người lớn, khuyến cáo hỏi về hoạt động thể chất để tư vấn nguy cơ đột quỵ.
1	Ở người lớn, khuyến cáo tư vấn người bệnh hoạt động thể chất ít nhất 150 phút cường độ trung bình hoặc 75 phút cường độ cao mỗi tuần để giảm nguy cơ đột quỵ.
1	Ở người lớn, khuyến cáo tư vấn tránh tình trạng ít hoạt động thể chất để giảm nguy cơ đột quỵ.

Life's Essential 8 (2) – Hoạt động thể chất



Hoạt động Thể chất	
COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người lớn, khuyến cáo hỏi về hoạt động thể chất để tư vấn nguy cơ đột quỵ.
1	Ở người lớn, khuyến cáo tư vấn người bệnh hoạt động thể chất ít nhất 150 phút cường độ trung bình hoặc 75 phút cường độ cao mỗi tuần để giảm nguy cơ đột quỵ.
1	Ở người lớn, khuyến cáo tư vấn tránh tình trạng ít hoạt động thể chất để giảm nguy cơ đột quỵ.



Bushnell, C., et al. 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association

The American Heart Association Recommendations for Physical Activity in Adults

For Overall Cardiovascular Health:

At least 30 minutes of moderate-intensity aerobic activity **At least 5 days** per week for a total of **150 minutes**

OR

At least 25 minutes of vigorous aerobic activity **At least 3 days** per week for a total of **75 minutes**

or a combination of the two

AND

Moderate to HIGH INTENSITY muscle-strengthening activity **At least 2 days** per week for additional health benefits

For Lowering Blood Pressure and Cholesterol:

An average of 40 minutes of moderate-to-vigorous-intensity aerobic activity **3-4 days** per week

© 2014 Learn more at heart.org/ActivityRecommendations.

Life's Essential 8 (3) – Kiểm soát đường huyết



Đường huyết	
COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người từ 18 tuổi trở lên, có thừa cân, béo phì, hoặc YTNC bệnh tim mạch do xơ vữa, khuyến cáo tầm soát đái tháo đường để ước tính nguy cơ đột quỵ.
1	Ở người bệnh có đái tháo đường và nguy cơ tim mạch cao hoặc đã có bệnh tim mạch, điều trị với đồng vận GLP-1 là có hiệu quả giảm nguy cơ đột quỵ.
3: Không có Lợi ích	Ở người bệnh có ĐTD type 1 hoặc type 2, kiểm soát đường huyết chặt chẽ không cho thấy lợi ích phòng ngừa đột quỵ.

Viết tắt: ASCVD indicates atherosclerotic cardiovascular disease; CV, cardiovascular; CVD, cardiovascular disease; GLP-1, glucagon-like protein-1; T1D, type 1 diabetes mellitus; and T2D, type 2 diabetes mellitus.

Bushnell, C., et al. 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*.

GLP-1 Receptor Agonists and Risk of Adverse Cerebrovascular Outcomes in Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

Mainak Banerjee,^{1*} Rimesh Pal,^{2,*} Satinath Mukhopadhyay,¹ and Kirthana Nair²

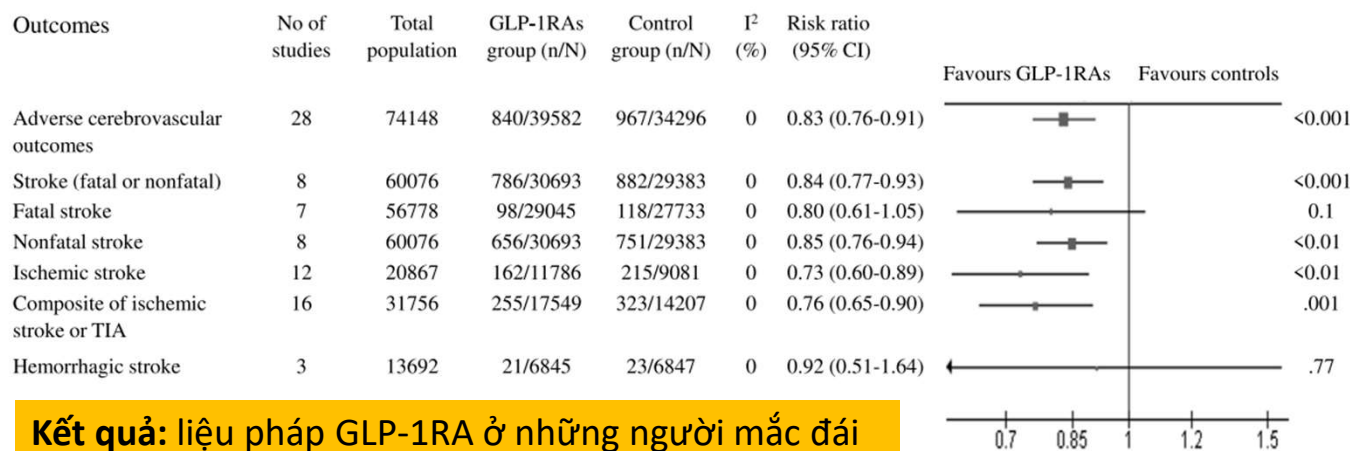
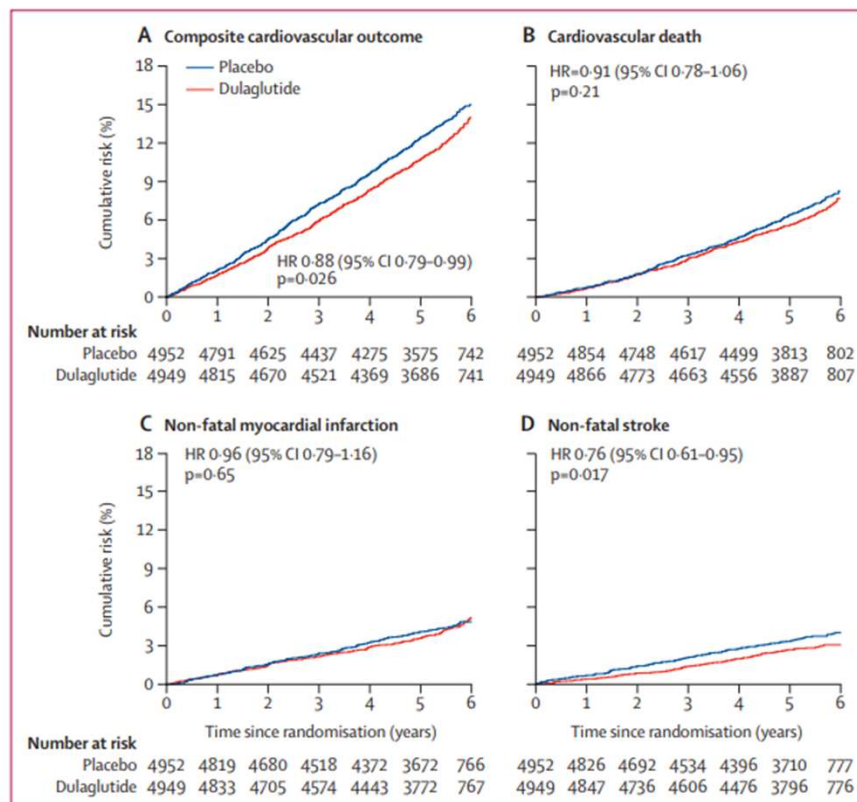


Figure 1
glucagon

Kết quả: liệu pháp GLP-1RA ở những người mắc đái tháo đường cho thấy nguy cơ đột quỵ không tử vong giảm khoảng 27% — đặc biệt là nhờ tác dụng bảo vệ chống lại đột quỵ thiếu máu cục bộ.

Dulaglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes (REWIND): a double-blind, randomised placebo-controlled trial



- Thử nghiệm REWIND trên 9.901 người
- Thời gian theo dõi trung vị dài, kéo dài 5,4 năm;
- Tuyển chọn một tỷ lệ thấp người có tiền sử bệnh tim mạch (31,5%)
- Mức HbA1c trung bình là 7,3%.

Kết quả: tiêm hàng tuần **GLP-1RA dulaglutide** giúp giảm các biến cố tim mạch bao gồm đột quỵ không tử vong ở cả nam và nữ, dù có hay không có tiền sử bệnh tim mạch



Figure 2: Cumulative incidence of cardiovascular outcomes
HR=hazard ratio. HbA_{1c}=glycated haemoglobin A_{1c}.

Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*.

Life's Essential 8 (4) – Kiểm soát cân nặng



Cân nặng và Béo phì	
COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người từ 18 tuổi trở lên, khuyến cáo tầm soát thừa cân và béo phì để tư vấn nguy cơ đột quỵ.
2b	Ở người bệnh béo phì từ độ II trở lên, có thể cân nhắc phẫu thuật bariatric để giảm cân giúp giảm nguy cơ đột quỵ.

Life's Essential 8 (5) – Điều chỉnh rối loạn lipid máu



Lipids	
COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người bệnh thỏa điều kiện điều trị giảm lipid máu theo hướng dẫn AHA, khuyến cáo sử dụng statin để giảm nguy cơ đột quỵ lần đầu.
2b	Ở người bệnh không có bệnh tim mạch được điều trị giảm lipid máu, theo hướng dẫn của AHA, mà không đạt mục tiêu với statins, lợi ích của việc sử dụng ofalirocumab hoặc evolocumab trong giảm nguy cơ đột quỵ chưa được chứng minh.
2b	Ở người lớn không dung nạp với liệu pháp statin và tăng LDL-c và tăng nguy cơ tim mạch, điều trị với bempedoic acid để giảm nguy cơ đột quỵ chưa được chứng minh.
3: Không có Lợi ích	Ở người lớn, không khuyến cáo sử dụng acid béo chuỗi dài omega-3 lượng ít-trung bình để giảm nguy cơ đột quỵ lần đầu

Viết tắt: AHA indicates the American Heart Association ; CV, cardiovascular; CVD, cardiovascular disease; and LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol.



AMERICAN
COLLEGE *of*
CARDIOLOGY

2013 ACC/AHA GUIDELINE ON THE TREATMENT OF BLOOD CHOLESTEROL TO REDUCE ATHEROSCLEROTIC CARDIOVASCULAR RISK IN ADULTS

1 Four Statin Benefit Groups



► Individuals with **clinical atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD)**

– **acute coronary syndromes**, or a **history of myocardial infarction**, stable or unstable **angina**, **coronary or other arterial revascularization**, **stroke**, **TIA**, or **peripheral arterial disease** presumed to be of atherosclerotic origin – without New York Heart Association (NYHA) class II-IV heart failure or receiving hemodialysis.



► Individuals with primary elevations of low-density lipoprotein cholesterol (**LDL-C**) **≥ 190 mg/dL**.



► Individuals **40-75** years of age with **diabetes**, and **LDL-C 70-189 mg/dL** without clinical ASCVD.



► Individuals without clinical ASCVD or diabetes, who are **40-75** years of age with **LDL-C 70-189 mg/dL**, and have an estimated **10-year ASCVD risk of 7.5% or higher**.



American
Heart
Association

<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.007>

Bushnell, C., et al. 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*.

Life's Essential 8 (6) – Kiểm soát huyết áp

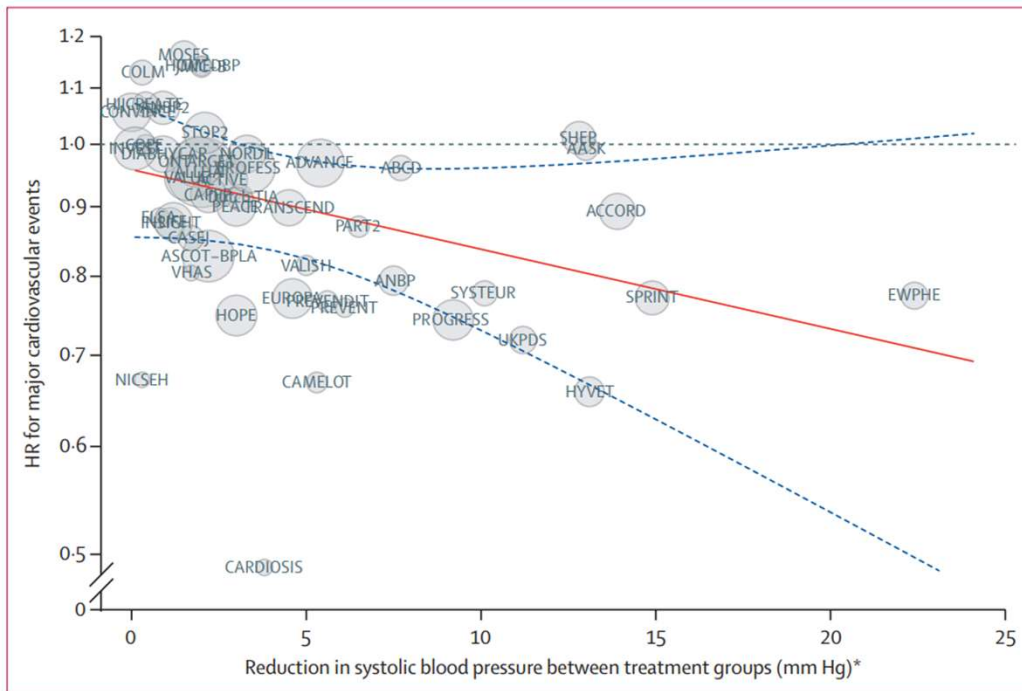


Huyết áp	
COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người từ 18 tuổi trở lên, khuyến cáo tầm soát tăng huyết áp để xác định nguy cơ đột quỵ và điều trị.
1	Ở người lớn có tăng huyết áp giai đoạn 1 hoặc 2, khuyến cáo điều chỉnh lối sống và điều trị thuốc để huyết áp < 130/80mmHg để giảm nguy cơ đột quỵ.
1	Ở người lớn có THA, khuyến cáo sử dụng đầu tay lợi tiểu thiazide và thiazide-like, chẹn kênh calci, UCMC, và UCTT để giảm nguy cơ đột quỵ.
1	Ở người lớn có THA, chỉ định điều trị thuốc với một hoặc nhiều loại hơn để đạt kiểm soát huyết áp trong phòng ngừa đột quỵ.

Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis



The Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration*



- Thời gian theo dõi trung bình 4 năm
- Giảm 5 mm Hg huyết áp tâm thu giúp giảm 10% nguy cơ tương đối mắc các biến cố tim mạch chính
- Nguy cơ đột quỵ, suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ và tử vong do bệnh tim mạch lần lượt giảm 13%, 13%, 8% và 5%.

Mối liên quan J-shape giữa huyết áp và các biến cố tim mạch, trong đó nguy cơ thấp nhất xảy ra ở mức huyết áp khoảng 130/75 mmHg

Life's Essential 8 (7) – Bỏ hút thuốc lá



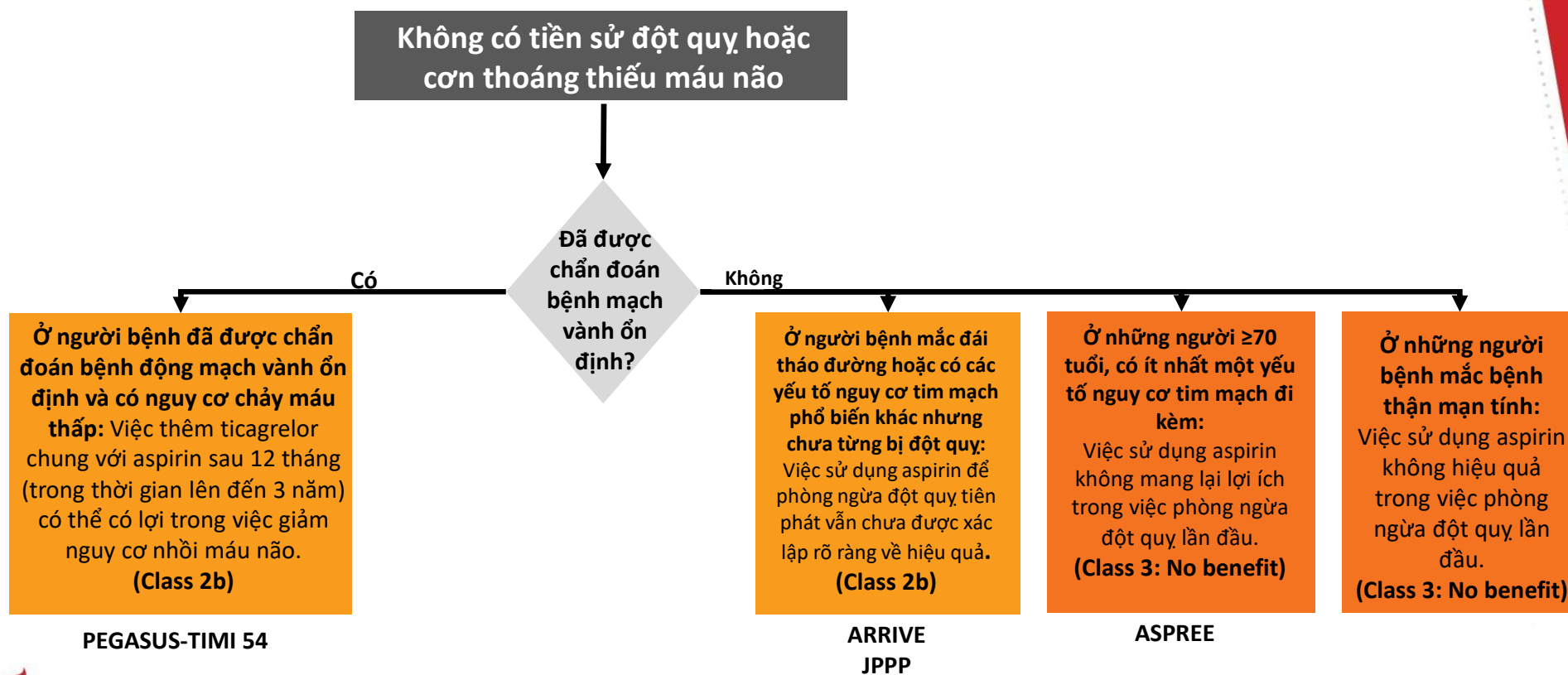
Hút thuốc lá/Can thiệp bỏ thuốc lá	
COR	KHUYẾN CÁO
1	Đối với người còn đang hút thuốc lá, khuyến cáo sử dụng thuốc giúp cai thuốc lá và tư vấn thay đổi hành vi.
1	Đối với người còn đang hút thuốc lá và các chế phẩm khác, khuyến cáo hỗ trợ bỏ thuốc lá để giảm nguy cơ đột quỵ.
2a	Đối với những người đang hút thuốc lá khi nhập viện, việc sử dụng thuốc cai thuốc kết hợp với tư vấn hành vi được xem là hợp lý để hỗ trợ cai thuốc lá.
2b	Đối với những người đang hút thuốc, lợi ích sức khỏe lâu dài của việc sử dụng thuốc lá điện tử thay thế cho liệu pháp thay thế nicotine trong cai thuốc lá vẫn chưa được xác định rõ.

Life's Essential 8 (8)



Giấc ngủ	
COR	KHUYẾN CÁO
2b	Hiệu quả của tầm soát ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ để phòng ngừa đột quỵ ở người lớn hiện chưa được xác định rõ.
2b	Ở người bệnh có ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, thở áp lực dương liên tục là hợp lý để làm giảm nguy cơ đột quỵ.

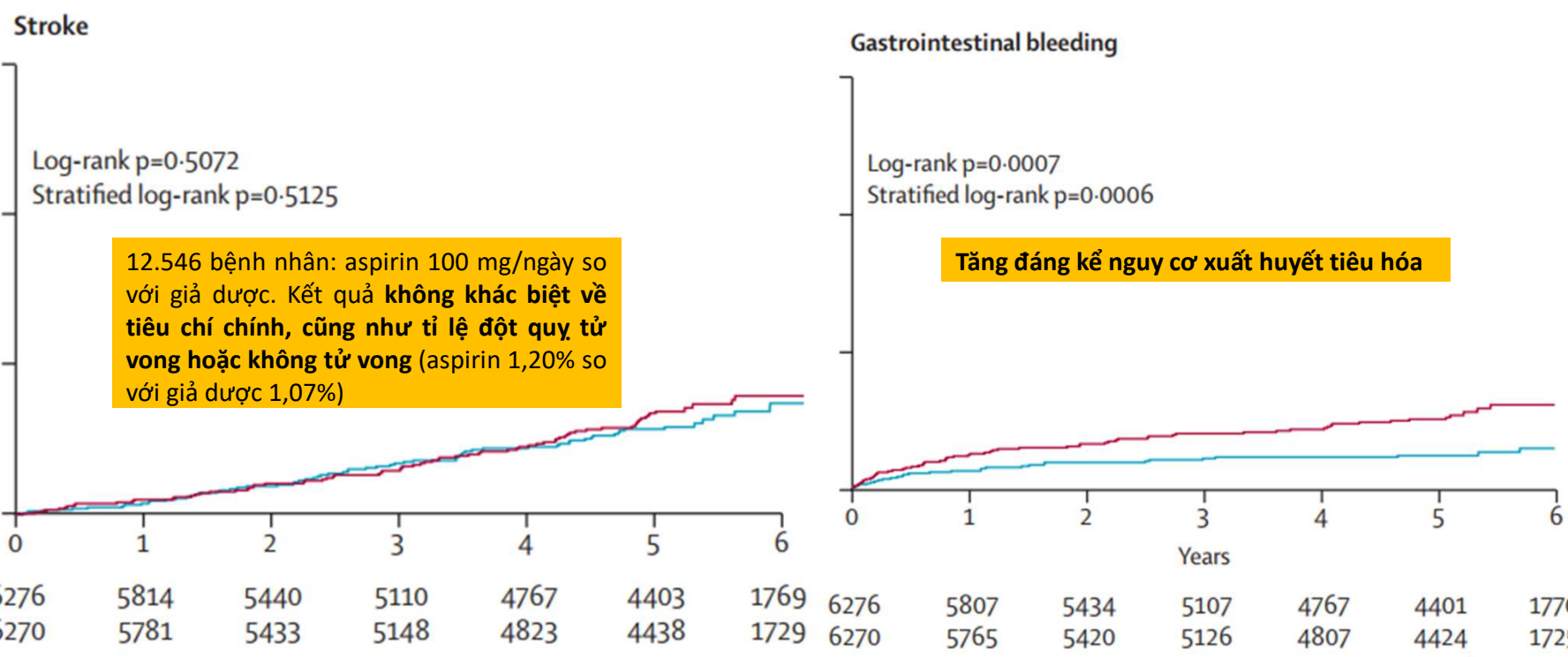
Sử dụng Kháng Tiểu cầu trong Phòng ngừa Tiên phát Đột quỵ





Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial

Ở bệnh nhân có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ, aspirin đã được thử nghiệm trong dự phòng các biến cố mạch máu lớn, bao gồm đột quỵ



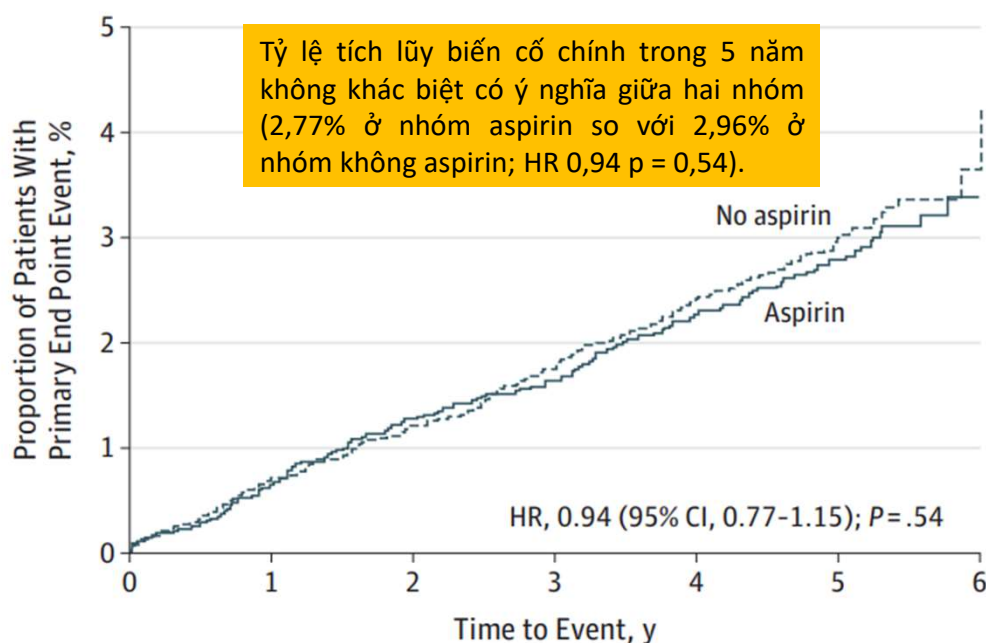
Bushnell, C., et al. 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*.

Original Investigation

Low-Dose Aspirin for Primary Prevention of Cardiovascular Events in Japanese Patients 60 Years or Older With Atherosclerotic Risk Factors A Randomized Clinical Trial

- 14.464 bệnh nhân, tuổi từ 60 đến 85 tuổi, có THA, RLLPM, ĐTĐ
- Theo dõi tối đa **6,5 năm**
- Nghiên cứu đã bị dừng sớm

- Aspirin làm tăng đáng kể nguy cơ xuất huyết ngoài sọ cần truyền máu hoặc nhập viện



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

MAY 7, 2015

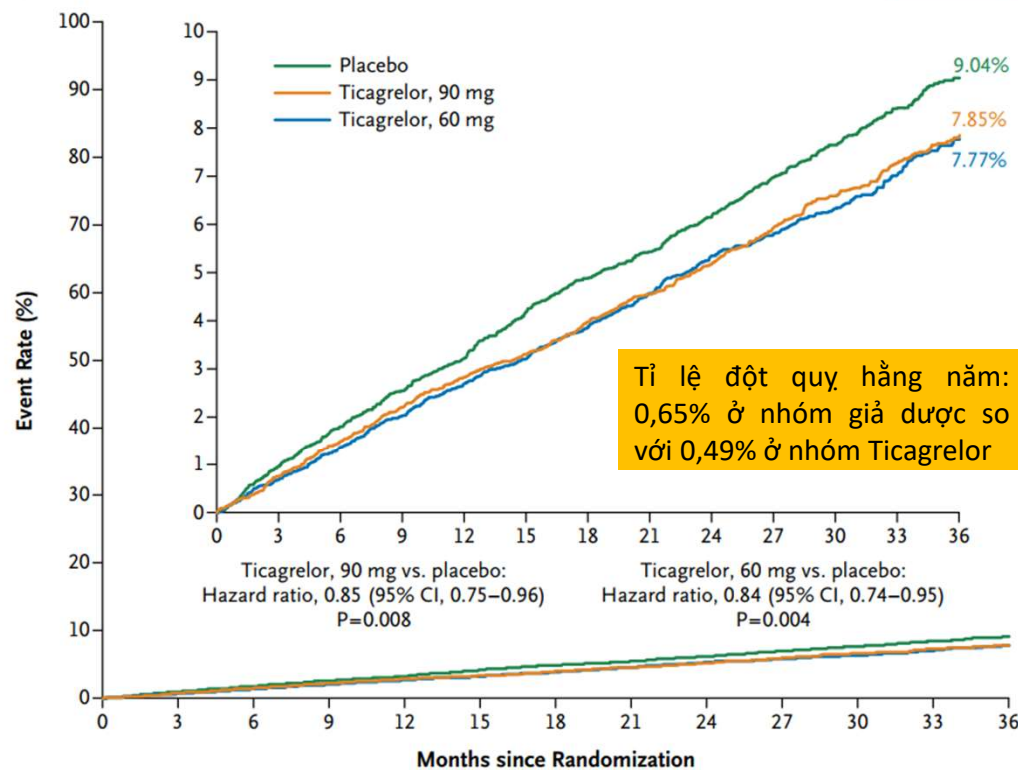
VOL. 372 NO. 19

Long-Term Use of Ticagrelor in Patients with Prior Myocardial Infarction

- Người 60–85 tuổi có tăng huyết áp, đái tháo đường hoặc rối loạn lipid máu
- Theo dõi 33 tháng, ticagrelor 60 mg giảm tỉ lệ đột quỵ bất kỳ (HR 0,75; $p=0,03$)
- Có xu hướng giảm đột quỵ thiếu máu (HR 0,76; $p=0,06$)

Tỉ lệ chảy máu nặng cao hơn ở nhóm ticagrelor (2,3–2,6% so với 1,06%).

PEGASUS–TIMI 54



Hướng tiếp cận mới?

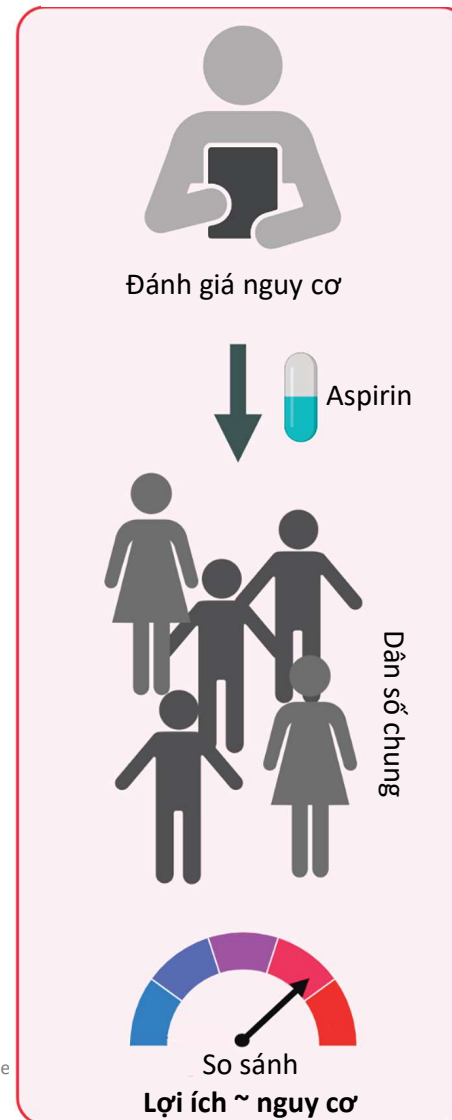
- **“Platelet phenotype”**
- Xác định kiểu hình tiểu cầu (qua đo chức năng ngưng tập hoặc hồ sơ gene tiểu cầu)
→ nhận diện những người có hoạt tính tiểu cầu cao, nguy cơ biến cố tim mạch cao và có thể hưởng lợi nhiều hơn từ aspirin đồng thời hạn chế nguy cơ chảy máu



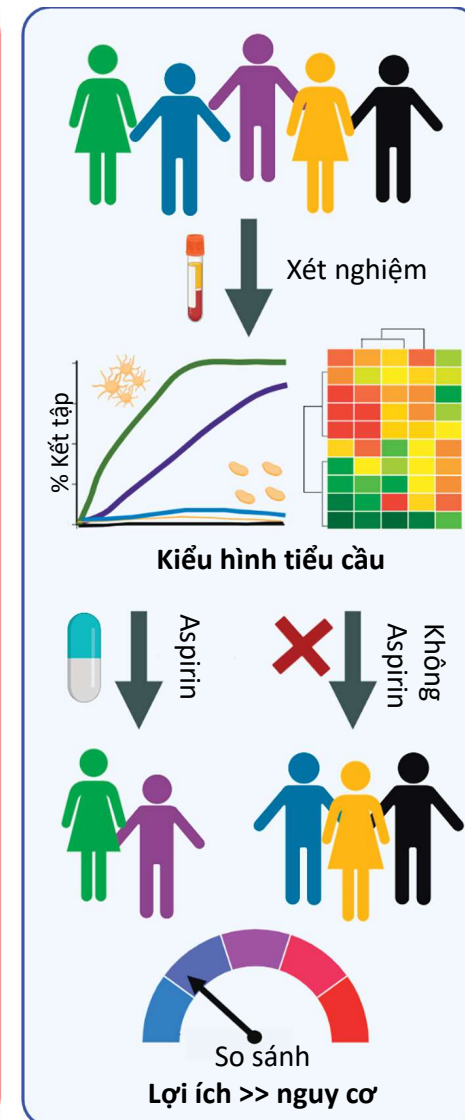
JAMA Network Open. 2022;5(4):e2210144.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.10144 (R

Bushnell, C., et al. 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the

Tiếp cận truyền thống



Tiếp cận cá thể hóa



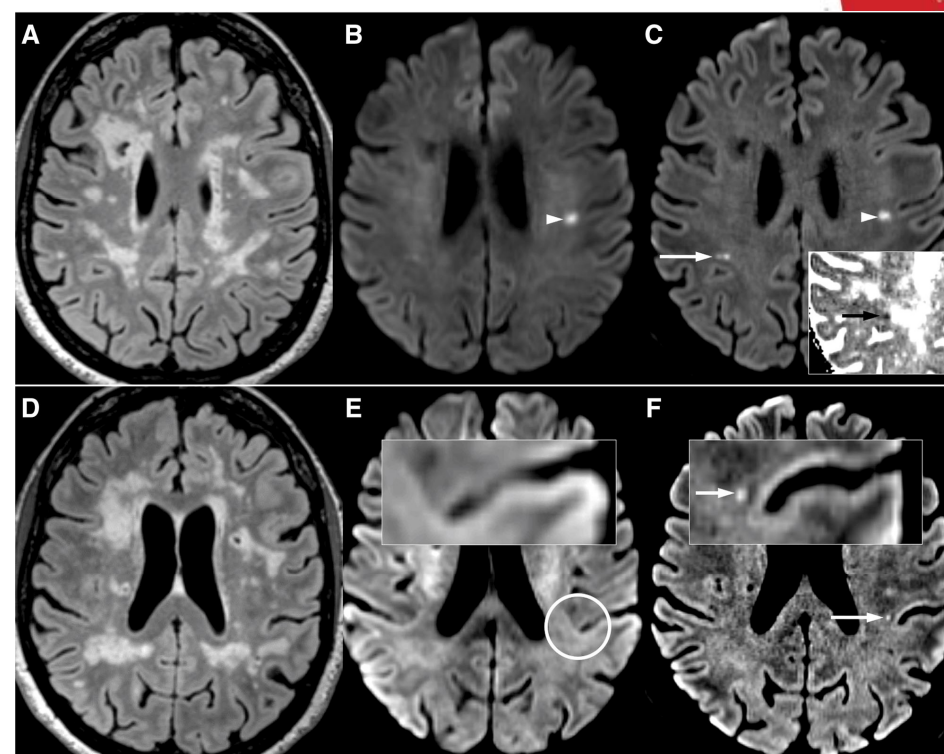
Các Yếu tố Nguy cơ Xơ vữa và Không xơ vữa: Hẹp Động mạch cảnh không Triệu chứng

COR	KHUYẾN CÁO
3: Không có Lợi ích	 Đối với dân số không triệu chứng, tầm soát thường quy hẹp động mạch cảnh <u>KHÔNG</u> được khuyến cáo để giảm nguy cơ đột quỵ.
1	 Ở người bệnh có hẹp động mạch cảnh > 70% không triệu chứng, khuyến cáo ra quyết định chung giữa người bệnh và đội ngũ y tế để quyết định tái tạo mạch cảnh hay điều trị nội khoa.
2a	 Ở người bệnh có hẹp động mạch cảnh do xơ vữa, điều trị nội khoa với statins có thể có lợi trong việc giảm nguy cơ đột quỵ,
2b	 Ở người bệnh có hẹp động mạch cảnh không triệu chứng, do xơ vữa > 70% và nguy cơ chu phẫu thấp , tái tạo mạch cảnh kết hợp điều trị nội khoa tích cực, có thể hợp lý để giảm nguy cơ đột quỵ,
2b	 Ở người bệnh có hẹp động mạch cảnh không triệu chứng >50%, siêu âm duplex mạch cảnh mỗi năm có thể hợp lý để đánh giá diễn tiến bệnh và mức độ tăng nguy cơ đột quỵ sau đó.
2b	 Ở người bệnh có hẹp động mạch cảnh không triệu chứng do xơ vữa và nguy cơ chu phẫu cao, hiệu quả của tái tạo mạch cảnh để phòng ngừa đột quỵ chưa được xác định rõ.

Các Yếu tố Nguy cơ Xơ vữa và Không xơ vữa: Bệnh mạch máu nhỏ



COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người có bệnh mạch máu nhỏ không triệu chứng bao gồm nhồi máu im lặng, khuyến cáo đánh giá và quản lý các yếu tố nguy cơ để giảm nguy cơ đột quỵ.
2b	Ở người có nhồi máu não im lặng mà không có chỉ định liệu pháp statin, sử dụng statin liều thấp có thể cân nhắc để giảm nguy cơ nhồi máu não.
2b	Ở người có nhồi máu não im lặng, lợi ích sử dụng liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu để giảm nguy cơ nhồi máu não chưa được xác định rõ.



Các Yếu tố Nguy cơ Xơ vữa và Không xơ vữa: **Migraine**

Liên hệ giữa Migraine với Đột quy:

- ☒ Mối liên quan giữa migraine, đặc biệt là migraine có aura (thoáng báo), và nguy cơ đột quy đã được xác định một cách nhất quán trong các nghiên cứu quan sát.
- ☒ Mối liên quan này mạnh hơn đối với nhồi máu não so với xuất huyết, và rõ ràng hơn ở phụ nữ trẻ.
- ☒ Các yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến ở người bệnh migraine và góp phần làm tăng nguy cơ đột quy.
- ☒ Việc sử dụng thuốc tránh thai nội tiết kết hợp ở những người bị đau nửa đầu có aura có liên quan đến việc tăng nguy cơ đột quy thiếu máu cục bộ.

Các Yếu tố Nguy cơ Xơ vữa và Không xơ vữa: **Migraine**

COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người bệnh từ 18-64 tuổi có migraine có hoặc không có aura, khuyến cáo đánh giá và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ mạch máu có liên quan đến nguy cơ đột quỵ.
1	Ở người lớn có migraine có aura muốn sử dụng thuốc ngừa thai, khuyến cáo dạng chỉ có progestin hoặc dạng không chứa hormon để tránh gia tăng nguy cơ nhồi máu não liên quan đến dung thuốc ngừa thai hormone phối hợp.

TABLE Migraine headache and the risk of stroke

Risk factors		Tzourio, ^a RR	Chang, ^a OR
Migraine		3.5	3.7
Migraine + smoking	 	10.2	7.4
Migraine + COCs	 	13.9	6.6
Migraine + smoking + COCs	  	–	34.4

Abbreviations: COCs, combination oral contraceptives; OR, odds ratio; RR, relative risk.

- Tzourio C, Tehindrazanarivo A, Iglesias S, et al. Case-control study of migraine and risk of ischemic stroke in young women. *BMJ*. 1995;310:830-833. 6.
- Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ*. 1999;318(7175):13-18.

Phòng ngừa Đột quỵ Liên quan đến Thai kỳ

Ở người bệnh có thai hoặc giai đoạn hậu sản sớm (trong vòng 6 tuần sau sinh) tăng huyết áp nặng, khuyến cáo điều trị với thuốc hạ áp mục tiêu < 160/110 mmHg càng sớm càng tốt để giảm nguy cơ xuất huyết não ở mẹ (Class 1)



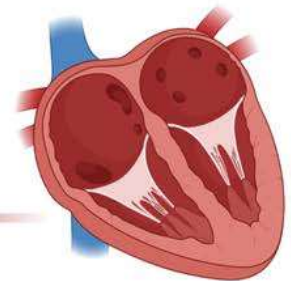
Ở người bệnh có tăng huyết áp thai kỳ, bao gồm tăng huyết áp mạn, điều trị với thuốc hạ áp mục tiêu <140/90 mmHg là hợp lý để giảm nguy cơ đột quỵ liên quan đến thai kỳ (Class 2a)



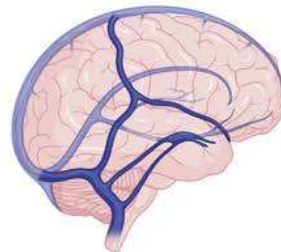
Mechanisms of Pregnancy-Associated Stroke



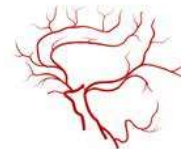
Hypertensive Disorders of Pregnancy
Hypertensive intracerebral hemorrhage



Cardioembolic
Valvular heart disease
Atrial Fibrillation
Peripartum cardiomyopathy
PFO



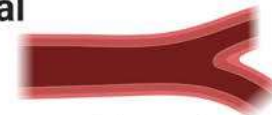
Intracranial Venous Disease
Dural sinus thrombosis
Cerebral venous thrombosis



Extracranial and Intracranial Arterial Disease



Aneurysm
Arterio-venous malformation



Dissection
Arteritis
RCVS

<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.051460>



Phòng ngừa Đột quỵ ở Phụ nữ Nguy cơ do các Biến cố trong Thai kỳ



Lạc nội mạc tử cung tăng Nguy cơ Đột quỵ trong Tương lai

Tiền sử lạc nội mạc tử cung tăng nguy cơ



Đột quỵ



Hypertension



Tăng cholesterol máu



Quá trình viêm

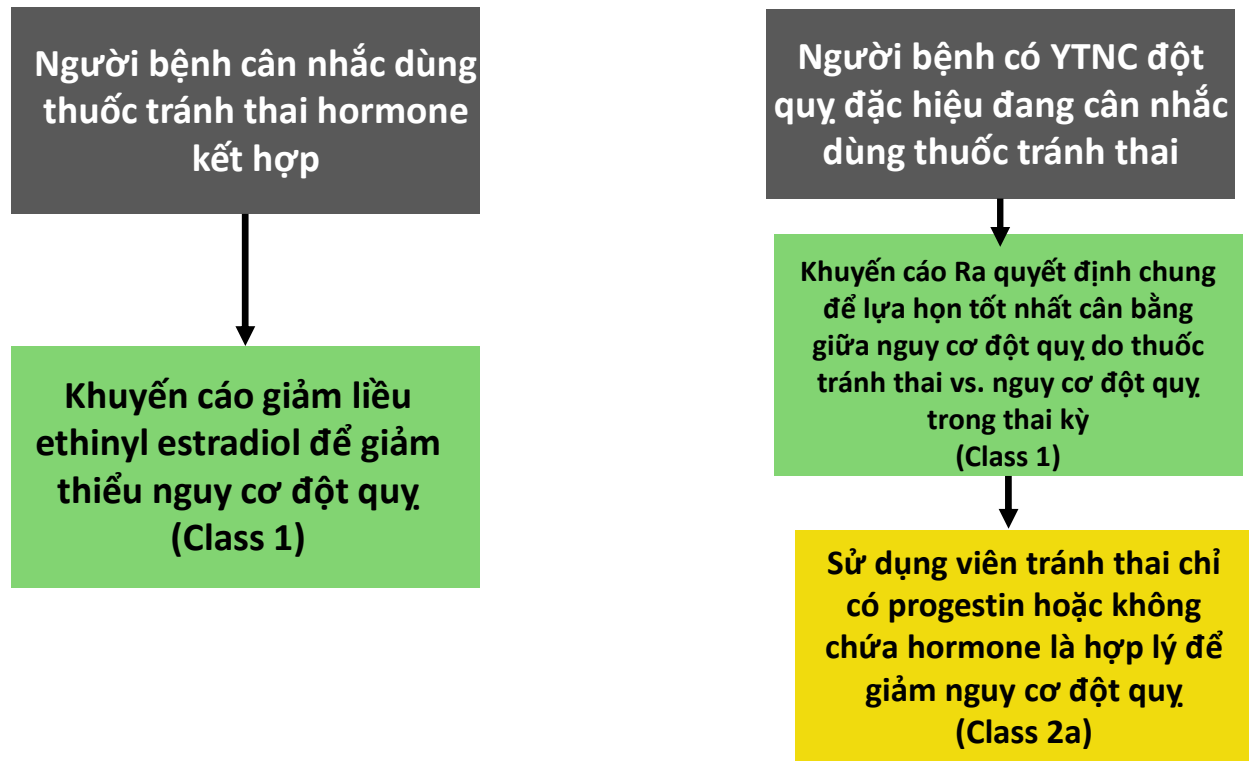


Các bệnh lý tim mạch khác

COR	KHUYẾN CÁO
2a	Tầm soát tiền sử Lạc nội mạc tử cung là hợp lý để xác định nguy cơ đột quỵ.
	CÓ TIỀN SỬ
2a	Đánh giá và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ mạch máu là hợp lý để giảm nguy cơ đột quỵ.



Nguy cơ Đột quy khi Sử dụng Thuốc tránh thai Hormone

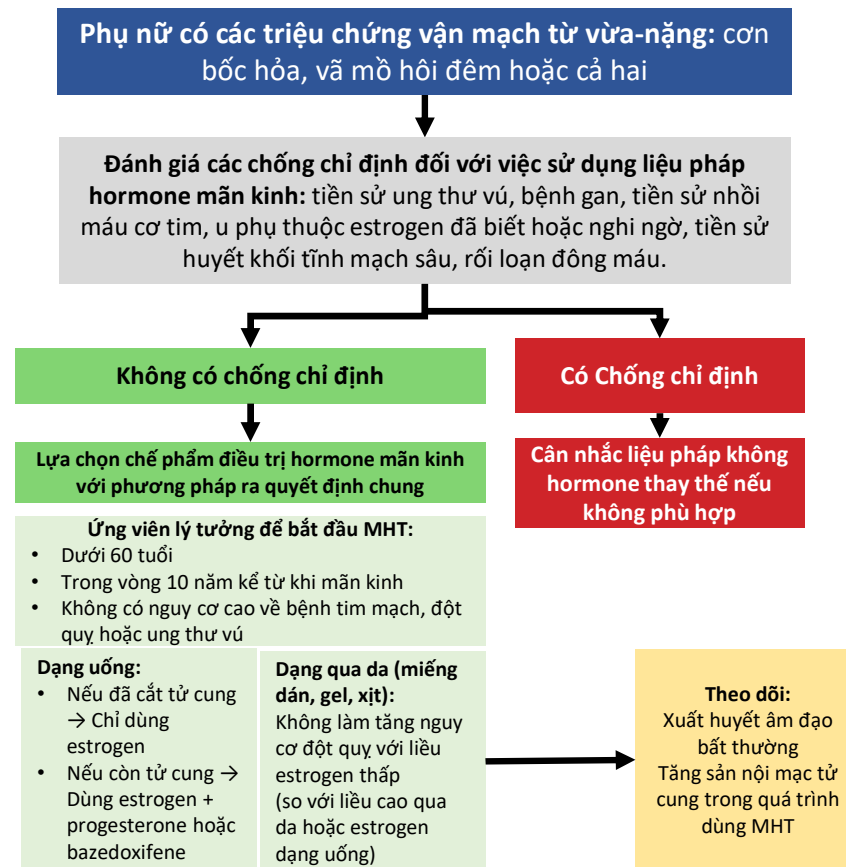


Giảm nguy cơ Đột quỵ liên quan đến Mãn kinh

COR	KHUYẾN CÁO
1	Tầm soát tiền sử suy buồng trứng sớm hoặc mãn kinh sớm có thể có lợi trong xác định nguy cơ đột quỵ.
1	Ở người bệnh có suy buồng trứng sớm hoặc mãn kinh sớm, khuyến cáo đánh giá và điều chỉnh yếu tố nguy cơ mạch máu để giảm nguy cơ đột quỵ.
3: Có hại	Ở phụ nữ từ 60 tuổi trở lên, hoặc đã mãn kinh tự nhiên hơn 10 năm, hoặc có nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch hoặc đột quỵ, liệu pháp hormone mãn kinh đường uống có chứa estrogen có liên quan đến nguy cơ đột quỵ tăng cao và cần được cân nhắc so với lợi ích lâm sàng.

Viết tắt: MHT indicates menopausal hormonal treatment.

Giảm nguy cơ Đột quỵ liên quan đến Mãn kinh



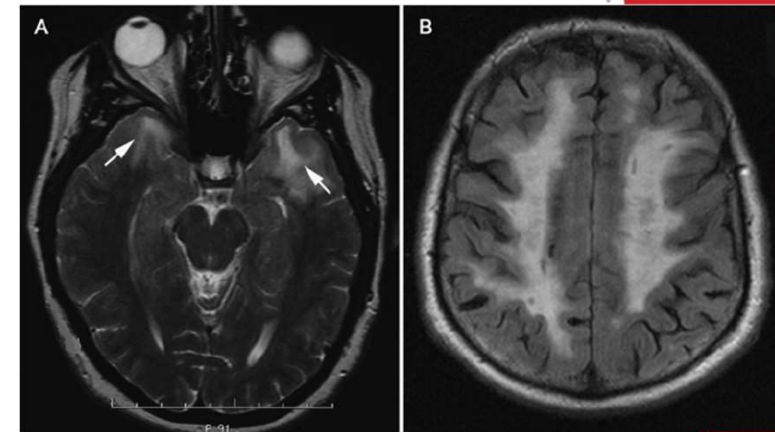
Viết tắt: MHT indicates menopausal hormonal treatment.

Sử dụng Hormone và Giảm Nguy cơ Đột quỵ

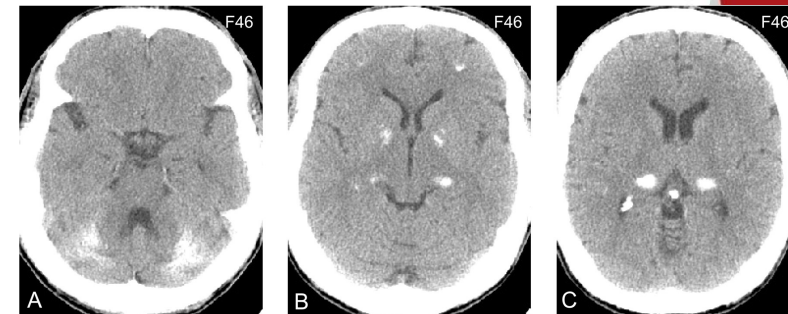
COR	KHUYẾN CÁO
2a	 Đối với phụ nữ chuyển giới và người đa dạng giới đang sử dụng estrogen để khẳng định giới tính: Việc đánh giá và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ có thể mang lại lợi ích trong việc giảm nguy cơ đột quỵ.
2a	 Đối với nam giới từ 45 đến 80 tuổi bị suy sinh dục được chẩn đoán và đang cân nhắc liệu pháp testosterone: Việc khởi đầu hoặc tiếp tục liệu pháp thay thế testosterone là hợp lý và không làm tăng nguy cơ đột quỵ.

Các Hội chứng Đột quỵ Di truyền

COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người bệnh CADASIL, tư vấn bỏ thuốc lá và điều trị tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ mạch máu là có lợi trong giảm nguy cơ mắc đột quỵ.
2a	Ở người lớn có giãn mạch xuất huyết di truyền (Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia), tầm soát dị dạng động-tĩnh mạch ở phổi là hợp lý để xác định nhu cầu phối hợp đa chuyên khoa trong quản lý nguy cơ đột quỵ.
2b	Ở người bệnh Fabry, hiệu quả của liệu pháp thay thế enzyme để giảm nguy cơ đột quỵ chưa được xác định rõ.

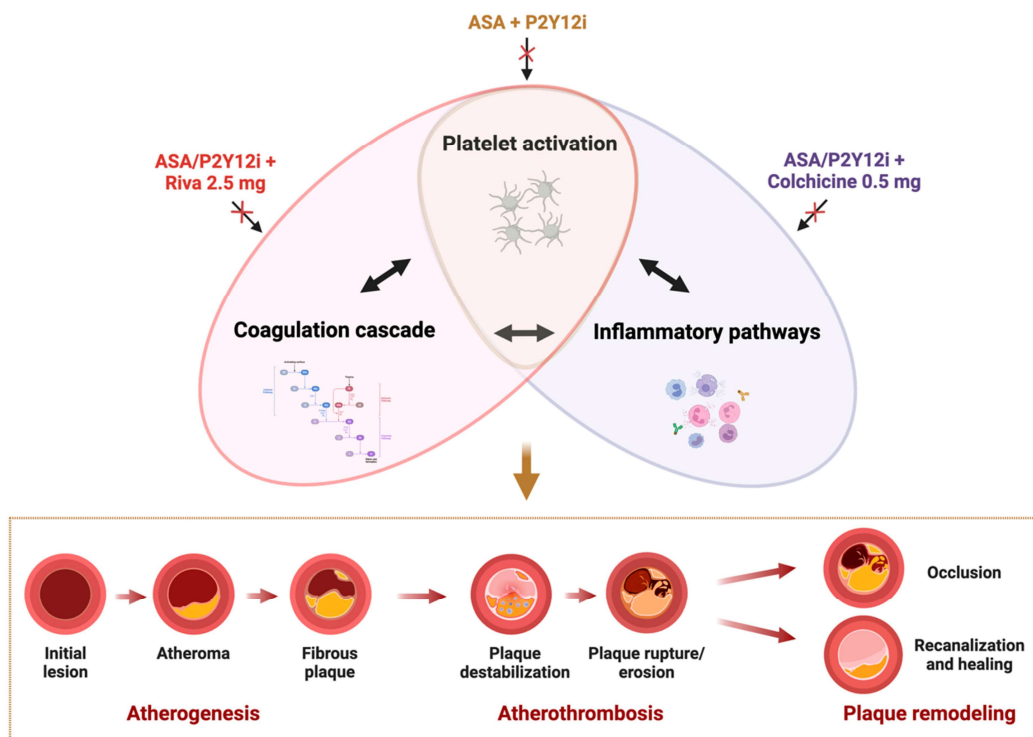


Hình ảnh MRI người bệnh CADASIL



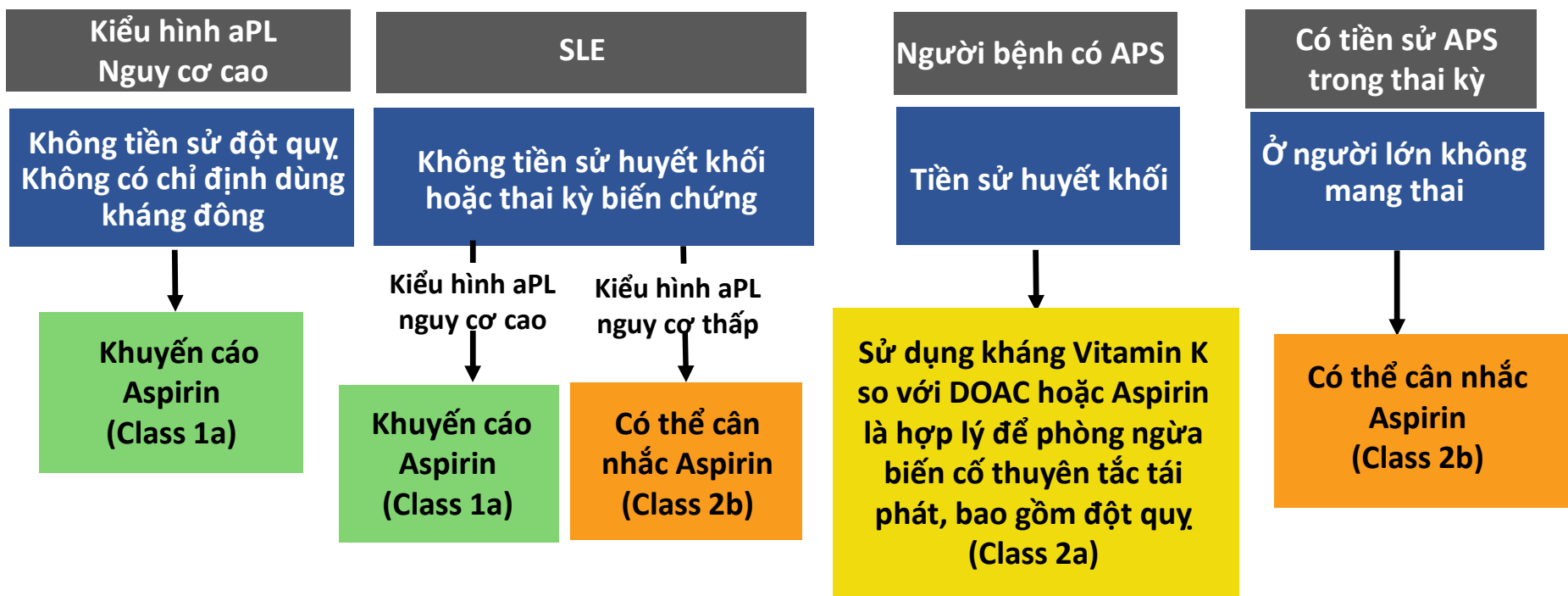
Hình ảnh CT-scan người bệnh Fabry

Quá trình viêm trong Xơ vữa mạch máu



COR	KHUYẾN CÁO
2b	Ở người bệnh vừa có nhồi máu cơ tim, bổ sung colchicine liều thấp kết hợp với statin cường độ cao có thể hợp lý để giảm nguy cơ nhồi máu não.

Phòng ngừa Đột quỵ trong Bệnh lý Tự miễn: Hội chứng Kháng Phospholipid (APS) và Lupus ban đỏ hệ thống (SLE)



Viết tắt: aPL indicates antiphospholipid antibodies; APS, autoimmune condition characterized by the presence of venous or arterial thrombosis and/or pregnancy-related complications in patients with antiphospholipid antibodies; DOAC, direct oral anticoagulant; Hx, history; and SLE, systemic lupus arthritis.

Phòng ngừa Đột quy trong Bệnh lý Tự miễn: Viêm khớp dạng thấp

**Người bệnh có viêm
khớp dạng thấp**

**Điều trị statin có thể
hợp lý để phòng
ngừa đột quy
(Class 2b)**

Phòng ngừa Đột quỵ liên quan đến nhiễm trùng

COR	KHUYẾN CÁO
2a	Ở người bệnh có bệnh nha chu, vệ sinh răng miệng và khám nha khoa định kỳ có thể có lợi trong việc giảm nguy cơ đột quỵ.
3: Không có Lợi ích	Ở người bệnh nhập viện vì COVID-19, không khuyến cáo điều trị với kháng đông liều chuẩn để phòng ngừa đột quỵ.



Phòng ngừa Đột quy trong Rối loạn Sử dụng Chất



COR	KHUYẾN CÁO
1	Ở người lớn, khuyến cáo tầm soát lạm dụng hoặc rối loạn sử dụng chất để xác định nguy cơ đột quy,
2a	Ở người bệnh sử dụng chất kích thích hoặc lạm dụng rượu hoặc các thuốc kê toa hoặc có rối loạn sử dụng chất, tư vấn ngưng, hoặc điều trị rối loạn sử dụng chất là hợp lý để giảm nguy cơ đột quy.

Bệnh Cơ tim Và Giảm Nguy cơ Đột quỵ

Sử dụng kháng đông để phòng ngừa đột quỵ tiên phát ở người bệnh cơ tim

COR	KHUYẾN CÁO
3: Không có Lợi ích	Ở người bệnh suy chức năng tâm thu thất trái và không bằng chứng rung nhĩ hoặc huyết khối buồng thất, kháng đông không được chỉ định để ngăn ngừa đột quỵ và liên quan đến nguy cơ chảy máu cao.



Kết luận

7 Key Updates in the 2024 AHA/ASA Primary Prevention of Stroke Guideline

Điều chỉnh chế độ ăn

Chế độ ĐTH: Class 1
Muối thay thế Class 2a nếu HATT $\geq 140\text{mmHg}$ /đang trị $\geq 160\text{mmHg}$ nếu không điều trị ở người ≥ 60 tuổi

Giảm 42% nguy cơ tương đối, giảm 1,5% nguy cơ tuyệt đối (ARR) so với chế độ ăn kiểm soát theo giả được.



Giảm 26% nguy cơ tương đối, 1,2% ARR
Hiệu quả được ghi nhận cả ở người ≥ 60 tuổi và bệnh nhân đái tháo đường type 2 (T2D).

Mục tiêu HA

$<130/80\text{mmHg}$: class 1 đối với THA gđ2 hoặc THA gđ1 có YTNC tim mạch cao



Giảm 18% nguy cơ tương đối, 6,8% ARR đối với các biến cố bất lợi trong thai kỳ.

Liên quan giới tính

*Điều trị PNMT có HA $\geq 160/110\text{mmHg}$ (Class1) hoặc $\geq 140/90\text{mmHg}$ (Class2)
* Tầm soát mãn kinh sớm
*Liều E2 thấp nhất có thể

Giảm lipid

Statin: Class1
PCSK9i: Class2b nếu kết hợp
Bempedoic acid: Class2b nếu không dung nạp statin



Giảm 22% nguy cơ tương đối, 0,5% ARR đối với đột quỵ.
Đối tượng chỉ định statin có thể sẽ thay đổi theo các hướng dẫn mới dựa trên công cụ đánh giá nguy cơ PREVENT.

Kháng tiểu cầu

Aspirin: Class2b
Ticagrelor: Class2b nếu DAPT kéo dài trong bệnh mạch vành mạn



Lợi ích phòng ngừa đột quỵ nên được cân bằng với nguy cơ chảy máu

Bushnell, C., et al. 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association

Stroke Association. Stroke.

Stroke Association. Stroke.

46

GLP-1 RA so với giả được ở bệnh nhân T2D: Giảm 24% nguy cơ tương đối, 0,9% ARR đối với đột quỵ.



Điều trị ĐTĐ2 & Béo phì

GLP-1RA: Class1 trong ĐTĐ2
PT Bariatric: Class2b ở NB có BMI $\geq 35-39\text{kg/m}^2$

Kháng viêm

Colchicine: Class2b ở NB vừa NMCT và đang dùng statin



Lợi ích phòng ngừa đột quỵ của colchicine hiện chưa có bằng chứng rõ ràng



American Heart Association