

CƠN THIỂU MÁU NÃO THOÁNG QUA (TIA)

Tài liệu tóm tắt tham khảo (biên soạn lại bằng tiếng Việt)

1. TỔNG QUAN

- Cơn thiếu máu não thoáng qua (Transient Ischemic Attack – TIA) là một giai đoạn rối loạn chức năng thần kinh thoáng qua, do thiếu máu khu trú ở não, võng mạc hoặc tủy sống, nhưng không để lại tổn thương nhồi máu thực sự.
- TIA là yếu tố dự báo quan trọng của đột quỵ: khoảng 7,5–17,4% bệnh nhân TIA sẽ bị đột quỵ trong vòng 3 tháng sau đó; khoảng 15% bệnh nhân đột quỵ có tiền sử TIA gần đây.
- Tên gọi khác: đột quỵ nhỏ (ministroke)

2. DỊCH TỄ HỌC

Tỷ lệ mắc mới

Mỗi năm có khoảng 200.000–500.000 ca TIA mới được ghi nhận. Tại Hoa Kỳ, gần 800.000 người bị đột quỵ mỗi năm, trong đó khoảng 700.000 ca là đột quỵ thiếu máu não cấp.

Tỷ lệ hiện mắc

- Tỷ lệ hiện mắc TIA trong dân số chung: khoảng 2,0%
- Độ tuổi thường gặp: nguy cơ tăng sau 60 tuổi, cao nhất ở thập niên thứ 7 và thứ 8
- Giới tính: nam giới gặp nhiều hơn nữ giới
- Chủng tộc/dân tộc: người Mỹ gốc Phi > người gốc Tây Ban Nha/Latinh > người da trắng

3. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

TIA xảy ra do sự giảm hoặc ngừng tạm thời dòng máu não, ảnh hưởng xấu đến chức năng của tế bào thần kinh. Các nguyên nhân chính bao gồm:

- Bệnh xơ vữa động mạch cảnh/động mạch đốt sống, gây thuyên tắc từ động mạch đến động mạch hoặc thiếu máu do dòng chảy thấp
- Bệnh lý mạch máu nhỏ, sâu liên quan đến tăng huyết áp và đái tháo đường, gây nhồi máu lỗ khuyết

Thuyên tắc thứ phát do:

- Bệnh lý van tim (đặc biệt van hai lá)
- Vùng thành tim giảm/mất vận động kèm huyết khối (sau nhồi máu cơ tim thành trước cấp, bệnh cơ tim sung huyết)
- Rối loạn nhịp tim (rung nhĩ chiếm khoảng 5–20% các trường hợp)

Các tình trạng tăng đông:

- Kháng thể kháng phospholipid
- Tăng estrogen (ví dụ do thuốc tránh thai đường uống)
- Thai kỳ và giai đoạn sinh nở

Viêm động mạch:

- Viêm mạch hoại tử không do nhiễm trùng
- Do thuốc, tia xạ, chấn thương tại chỗ
- Các chất kích thích giao cảm (ví dụ cocaine)

Các nguyên nhân khác: bóc tách động mạch tự phát hoặc sau chấn thương (ví dụ sau nắn chỉnh cột sống), loạn sản xơ cơ.

Yếu tố di truyền

Bệnh có tính di truyền đa gen, với xu hướng các yếu tố nguy cơ tập trung theo gia đình.

4. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tuổi cao (trên 60 tuổi)
- Tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch (rung nhĩ, nhồi máu cơ tim, bệnh van tim)
- Bệnh xơ vữa động mạch (hẹp động mạch cảnh/đốt sống)
- Đái tháo đường
- Rối loạn lipid máu
- Béo phì
- Hút thuốc lá
- Các bệnh lý tăng đông

5. PHÒNG NGỪA CHUNG

- Thay đổi lối sống: ngừng hút thuốc, điều chỉnh chế độ ăn, giảm cân, tập thể dục aerobic đều đặn, hạn chế uống rượu
- Kiểm soát chặt chẽ các yếu tố nguy cơ: đái tháo đường (kiểm soát đường huyết), tăng huyết áp (dùng thiazide và/hoặc thuốc ức chế men chuyển/chẹn thụ thể angiotensin), rối loạn lipid máu (statin), dùng thuốc chống đông khi có nguy cơ thuyên tắc từ tim cao (ví dụ rung nhĩ, van tim cơ học)
- Kiểm soát huyết áp tốt hơn đã được chứng minh có ích; thuốc chống kết tập tiểu cầu đóng vai trò then chốt trong phòng ngừa tái phát nếu đã từng bị TIA

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Nguy cơ đột quỵ trong 48 giờ đầu sau TIA là 1,5–3,5%. Có tới 40% bệnh nhân đột quỵ có tiền sử TIA trước đó.

Lưu ý ở người cao tuổi

- Bệnh nhân lớn tuổi có tỷ lệ tử vong cao hơn, cao nhất ở thập niên thứ 7 và thứ 8 của cuộc đời
- Rung nhĩ là nguyên nhân thường gặp ở người cao tuổi

Lưu ý ở trẻ em

- Bệnh tim bẩm sinh là nguyên nhân thường gặp ở trẻ em
- Các nguyên nhân di truyền: hội chứng Marfan, bệnh Moyamoya, bệnh hồng cầu hình liềm

Lưu ý ở phụ nữ mang thai

- Tiền sản giật, sản giật, hội chứng HELLP
- Ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (TTP) và hội chứng tan máu urê huyết
- Bệnh mạch máu sau sinh
- Huyết khối tĩnh mạch não
- Các tình trạng tăng đông liên quan đến thai kỳ

6. BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

- Rung nhĩ, tăng huyết áp không kiểm soát
- Hẹp động mạch cảnh
- Một số bệnh lý khác có thể biểu hiện giống TIA (động kinh, migraine, rối loạn chuyển hóa, ngất, đa xơ cứng); điểm khác biệt là các bệnh này thường khởi phát từ từ với triệu chứng không đặc hiệu (đau đầu, giảm trí nhớ), trong khi TIA khởi phát đột ngột với thiếu sót thần kinh đặc hiệu

7. CHẨN ĐOÁN

Hỏi bệnh sử

- Cần chú trọng thời điểm khởi phát, diễn tiến và quá trình hồi phục của triệu chứng
- Triệu chứng theo vùng tuần hoàn cảnh (bán cầu): mất thị lực một mắt (mù thoáng qua - amaurosis fugax), liệt nửa người, mất cảm giác nửa người, lảng quên nửa người, thất ngôn, khiếm khuyết thị trường; ít gặp hơn là đau đầu, co giật, mất trí nhớ, lú lẫn
- Triệu chứng theo vùng tuần hoàn đốt sống - thân nền (thân não/tiểu não): mờ mắt hai bên, nhìn đôi, chóng mặt, thất điều, liệt mặt, hội chứng Horner, khó nuốt, nói khó; ngoài ra có thể kèm đau đầu, buồn nôn, nôn và thất điều
- Cần khai thác tiền sử bệnh và tình trạng chức năng nền của bệnh nhân

Có thể sử dụng thang điểm ABCD2 (kết hợp hình ảnh học) hoặc ABCD3-I để dự đoán nguy cơ đột quỵ sau TIA:

- Điểm 0–1: nguy cơ 0%; điểm 2–3: khoảng 1,3%; điểm 4–5: khoảng 4,1%; điểm 6–7: khoảng 8,1%
- Tuổi trên 65: 1 điểm
- Huyết áp từ 140/90 mmHg trở lên: 1 điểm
- Biểu hiện lâm sàng: yếu một bên cơ thể được 2 điểm; rối loạn ngôn ngữ mà không yếu liệt được 1 điểm
- Thời gian kéo dài triệu chứng: 1–2 điểm tùy thời lượng
- Có đái tháo đường: 1 điểm
- TIA kép (xảy ra trong vòng 7 ngày trước đó): 2 điểm
- Có bất thường trên hình ảnh học (tổn thương mới hoặc hẹp động mạch cảnh): 2 điểm

Khám thực thể

- Đo dấu hiệu sinh tồn, độ bão hòa oxy
- Khám thần kinh và tim mạch kỹ lưỡng

Chẩn đoán phân biệt

- Đột quỵ đang tiến triển
- Migraine (thể liệt nửa người)
- Co giật cục bộ (liệt Todd sau cơn)
- Liệt Bell
- U não, xuất huyết dưới nhện
- Ngộ độc
- Rối loạn đường huyết hoặc điện giải
- Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương
- Đa xơ cứng

8. CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm ban đầu

- Chụp hình ảnh thần kinh trong vòng 24 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng
- MRI (bao gồm chuỗi xung khuếch tán) là phương tiện chẩn đoán hình ảnh não được ưu tiên để loại trừ đột quỵ; nếu không có MRI thì dùng CT sọ không cản quang
- Nên thực hiện thường quy các kỹ thuật hình ảnh không xâm lấn cho mạch máu vùng cổ - đầu ở bệnh nhân nghi ngờ TIA, như siêu âm động mạch cảnh/Doppler xuyên sọ, MRA hoặc CTA, tùy theo điều kiện sẵn có, kinh nghiệm và đặc điểm của từng bệnh nhân
- Các xét nghiệm máu thường quy (công thức máu, sinh hóa, PT/PTT, tổng phân tích nước tiểu, tầm soát đông máu, bộ mỡ máu lúc đói, điện tâm đồ) là hợp lý trong đánh giá bệnh nhân TIA

Xét nghiệm bổ sung và các lưu ý đặc biệt

- Siêu âm tim qua thực quản hữu ích trong việc phát hiện lỗ bầu dục còn tồn tại, xơ vữa cung động mạch chủ và bệnh lý van tim
- Theo dõi điện tim kéo dài hữu ích ở những bệnh nhân chưa rõ nguyên nhân sau khi đã chụp hình ảnh não và làm điện tâm đồ ban đầu
- Điện não đồ: nếu nghi ngờ có cơn co giật

Các thủ thuật chẩn đoán khác

- Chụp CT thường là xét nghiệm hình ảnh thần kinh đầu tiên. Loại được ưu tiên là CT không cản quang, tuy nhiên khả năng phát hiện thay đổi mô cấp tính sau khi triệu chứng thiếu máu đã hết trong vòng 24 giờ chỉ khoảng 4%
- MRI khuếch tán có thể phát hiện tình trạng thiếu máu não chỉ trong vài phút sau khởi phát, có độ nhạy cao (88% trong vòng 24 giờ) và độ đặc hiệu cao (95%) đối với nhồi máu cấp, giúp định hướng điều trị

9. ĐIỀU TRỊ

Các biện pháp chung

- TIA là một cấp cứu thần kinh. Bằng chứng hiện tại cho thấy bệnh nhân TIA có nguy cơ cao cần được chuyển viện nhanh và nhập viện theo dõi, làm xét nghiệm trong 24 giờ
- Có thể cân nhắc làm xét nghiệm ngoại trú tùy theo mức độ nguy cơ đột quỵ, khả năng sắp xếp tái khám và hoàn cảnh xã hội của bệnh nhân
- Dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu để phòng ngừa tái phát hoặc đột quỵ trong tương lai
- Điều trị/kiểm soát các bệnh lý nền đi kèm

Điều trị bằng thuốc

Ở bệnh nhân TIA, khuyến cáo dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu thay vì thuốc chống đông đường uống để giảm nguy cơ đột quỵ tái phát và các biến cố tim mạch khác, ngoại trừ trường hợp nguyên nhân là thuyên tắc từ tim. Hiện chưa rõ liệu việc đổi thuốc chống kết tập tiểu cầu có lợi ích gì ở bệnh nhân vẫn còn cơn thiếu máu tái diễn dù đang điều trị hay không.

Lựa chọn hàng đầu:

- Aspirin bao tan trong ruột: 160–325 mg/ngày trong giai đoạn cấp, sau đó chuyển sang điều trị chống kết tập tiểu cầu lâu dài cho TIA không do thuyên tắc từ tim, hoặc dùng thuốc chống đông nếu nguyên nhân là thuyên tắc từ tim

Các thuốc chống kết tập tiểu cầu cụ thể:

- Aspirin 81–325 mg/ngày. Chống chỉ định: loét dạ dày tá tràng đang tiến triển, quá mẫn với aspirin hoặc NSAID. Thận trọng: có thể làm nặng thêm loét dạ dày tá tràng có sẵn hoặc triệu chứng hen. Có thể tương tác làm tăng tác dụng của thuốc chống đông và nhóm sulfonylurea
- Dipyridamole phối hợp kéo dài phối hợp aspirin (Aggrenox): 25/200 mg, 2 lần/ngày. Hiệu quả phối hợp chưa được chứng minh vượt trội so với dùng aspirin đơn thuần; giá thành cao hơn và có thể nhiều tác dụng phụ hơn
- Clopidogrel 75 mg/ngày: có thể dùng cho bệnh nhân dị ứng aspirin. Thận trọng: có thể gây ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (TTP) và tăng nguy cơ chảy máu khi phối hợp với aspirin. Hiệu quả có thể nhỉnh hơn một chút so với aspirin đơn thuần nhưng giá thành cao hơn và nhiều tác dụng phụ hơn
- Phối hợp aspirin và clopidogrel đã được chứng minh giúp giảm 21% nguy cơ đột quỵ tiếp theo ở bệnh nhân TIA nguy cơ cao mà không làm tăng nguy cơ chảy máu, khi dùng trong thời gian ngắn (khoảng 1 tháng hoặc ít hơn) ngay sau TIA hoặc đột quỵ

Điều trị chống đông (dùng khi nguyên nhân là thuyên tắc từ tim):

- Nhóm ức chế trực tiếp thrombin: dabigatran (có thuốc giải là idarucizumab)
- Nhóm ức chế yếu tố Xa: apixaban, rivaroxaban, edoxaban
- Warfarin (điều chỉnh liều theo INR)

Lựa chọn hàng hai:

- Aspirin 325 mg/ngày, hoặc aspirin 81 mg/ngày phối hợp clopidogrel 75 mg/ngày — dành cho bệnh nhân không thể dùng thuốc chống đông vì lý do khác ngoài nguy cơ chảy máu
- Ticlopidine 250 mg uống, 2 lần/ngày — dùng cho bệnh nhân không dung nạp được các thuốc khác. Chống chỉ định: quá mẫn, rối loạn tạo máu/cầm máu, các tình trạng dễ chảy máu, suy gan nặng. Thận trọng: có thể gây giảm bạch cầu trung tính (0,8% mức độ nặng, có thể hồi phục khi ngừng thuốc); cần theo dõi công thức máu mỗi 2 tuần trong 3 tháng đầu; có thể gây TTP. Có thể tương tác làm giảm nồng độ digoxin trong máu khoảng 15% và kéo dài thời gian bán hủy của theophylline từ 8,6 lên 12,2 giờ

Chuyển tuyến

Chuyển phẫu thuật mạch máu nếu có chỉ định bóc nội mạc động mạch cảnh.

Các liệu pháp bổ sung

- Nên bắt đầu các biện pháp phòng ngừa thứ phát TIA; dự phòng huyết khối tĩnh mạch
- Statin liều cao
- Nên giảm huyết áp sau 24 giờ. Thiazide, thuốc ức chế men chuyển và thuốc chẹn thụ thể angiotensin đã cho thấy có lợi ích; thuốc chẹn beta chưa cho thấy hiệu quả rõ ràng trong việc giảm tái phát TIA hoặc đột quỵ
- Bệnh nhân đái tháo đường hoặc tiền đái tháo đường nên được hướng dẫn tuân theo khuyến cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) để kiểm soát đường huyết

Phẫu thuật và các thủ thuật khác

- Cân nhắc bóc nội mạc động mạch cảnh ở bệnh nhân hẹp động mạch cảnh mức độ nặng (từ 70% trở lên)
- Khi có chỉ định bóc nội mạc động mạch cảnh cho bệnh nhân TIA, nên thực hiện phẫu thuật trong vòng 2 tuần nếu không có chống chỉ định tái thông mạch sớm

Lưu ý khi nhập viện và chăm sóc điều dưỡng

Cân nhắc nhập viện khi triệu chứng khởi phát dưới 72 giờ và có một trong các điều kiện sau:

- Điểm ABCD2-I trên 3
- Điểm ABCD2-I từ 0–3 nhưng chưa chắc chắn có thể hoàn tất đánh giá chẩn đoán trong vòng 2 ngày nếu điều trị ngoại trú. Ngoài ra, nếu không có sẵn hình ảnh học khẩn cấp qua khoa cấp cứu hoặc không thể tái khám thần kinh khẩn cấp, nên nhập viện nếu điểm ABCD2-I từ 3 trở lên kèm bằng chứng thiếu máu khu trú

10. CHĂM SÓC LÂU DÀI

Theo dõi bệnh nhân

- Tái khám với hỗ trợ chuyên khoa thần kinh mỗi 3 tháng trong năm đầu, sau đó tái khám hằng năm
- Kiểm soát huyết áp chặt chẽ

Chế độ ăn

- Áp dụng chế độ ăn DASH hoặc chế độ ăn phù hợp với các bệnh lý nền khác
- Bất kỳ mức độ hoạt động thể chất nào cũng có lợi, nhưng nên duy trì ít nhất 30 phút hoạt động thể chất cường độ vừa phải mỗi ngày (khoảng 150 phút/tuần)

Tiên lượng

- Bệnh nhân có tắc mạch máu lớn hoặc nguyên nhân truyền tắc từ tim có nguy cơ tái phát cao hơn
- TIA có liên quan đến nguy cơ tử vong cao; có tới 25% bệnh nhân tử vong trong vòng 1 năm sau TIA

Biến chứng

Đột quy và suy giảm chức năng.

11. MÃ ICD-10

- G45.9 – Cơn thiếu máu não thoáng qua, không xác định
- G45.1 – Hội chứng động mạch cảnh (bán cầu)
- G45.0 – Hội chứng động mạch đốt sống - thân nền

12. GHI NHỚ LÂM SÀNG

- Sử dụng thang điểm ABCD2-I hoặc ABCD3-I để hỗ trợ phân tầng nguy cơ
- Khuyến khích bệnh nhân ngừng hút thuốc, tập thể dục, giảm cân, hạn chế rượu bia, và kiểm soát tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường
- Nên bắt đầu điều trị chống kết tập tiểu cầu (ví dụ aspirin, clopidogrel, hoặc phối hợp aspirin-clopidogrel)
- Nên bắt đầu điều trị chống đông (ví dụ warfarin, apixaban...) ở bệnh nhân có rung nhĩ hoặc các yếu tố nguy cơ thuyên tắc từ tim
- Kiểm soát huyết áp chặt chẽ là yếu tố thiết yếu

Lưu ý: Tài liệu này là bản tóm tắt biên soạn lại bằng tiếng Việt dựa trên một tài liệu tham khảo y khoa gốc, nhằm mục đích tham khảo chung. Đây không phải là bản dịch nguyên văn và không thay thế cho tư vấn, chẩn đoán hoặc điều trị y khoa chuyên nghiệp. TIA là một cấp cứu thần kinh — nếu nghi ngờ có triệu chứng TIA hoặc đột quy, cần đến cơ sở y tế ngay lập tức.