

TIA疑い

TIA類似疾患(失神、てんかん、低血糖、末梢神経障害、末梢性めまい、末梢動脈疾患など)を除外

発症から相当日数を経て(例:2週間)受診

Yes

次回の専門医診察日などなるべく早めに紹介受診

No

ABCD2スコア2点以下でTIAの典型的な臨床症候でない

Yes

外来にて評価

No

専門医に紹介、脈拍、血圧測定、血管雑音聴取、神経学的診察、心電図、採血(血糖、脂質、BNP、Dダイマー)、拡散強調画像、頭蓋内血管のMRAを含むMRI、頸部血管超音波検査を当日に実施

頸動脈に50%以上の狭窄を有する

Yes

CAS/CEAの有害事象のリスクを評価

No

CEA、CAS またはEC-ICバイパス術

心塞栓性機序および機序不明の場合：ヘパリン10,000単位/日の持続点滴静注で開始する。心房細動を有する場合、ヘパリンを用いず、直接経口抗凝固薬(ダビガトラン、リバーロキサバン、アピキサバンまたはエドキサバン)の経口投与も可能である。
血栓性機序の場合：アスピリン200 mgを経口投与する。
不明時：ヘパリンNa 10,000 u/日の持続点滴静注で治療を開始し、評価後、数日以内に病型に応じた治療に移行する。

A : Age年齢60歳以上で1点、B : Blood Pressure受診時血圧が収縮期140 mmHgまたは拡張期90 mmHg以上で1点、C : Clinical Feature臨床症候が片側の脱力なら2点、脱力はないが言語障害があるなら1点、D : Duration症状持続時間が60分以上で2点、10分から59分で1点、D: Diabetes Mellitus糖尿病があれば1点)

• 急性期の治療：

- アテローム血栓性機序の場合はアスピリン100～300mgまたはアスピリン+クロピドグレル75mg（初回300mgローディング）を経口投与する。アスピリンは最も即効性がある抗血小板薬であり、アテローム血栓性、ラクナ性TIAで用いる薬剤の第一選択薬である。クロピドグレル（プラビックス）は効果発現に数日を要する抗血小板薬だが、初回ローディングしアスピリンとの併用で強力な効果が期待できる^{[21][22]}。また、虚血性血管障害ハイリスク例ではクロピドグレルはアスピリンより血栓予防効果がある。アスピリン（バイアスピリン）とクロピドグレル（プラビックス）は通常いずれか1つを用いるが、アテローム血栓性TIAの場合、ABCD²スコア4点以上の場合など、ハイリスクTIA急性期にクロピドグレルとアスピリンの併用を考慮する。その場合併用療法は出血リスクも高まるため、3週間～30日程度に限定し、その後クロピドグレル（プラビックス）単剤の治療に移行する。90日の併用で重篤な出血合併症が有意に増加したとの報告もあり、より早期の単剤投与への切り替えを考慮することが望まれる^[22]。また、血栓溶解療法を行った場合は、24時間はアスピリン、クロピドグレル（プラビックス）などの抗血小板薬の投与は控える。
- また、アテローム血栓性TIAと初期診断された場合で、入院が要する患者では、アルガトロバン60mg/日の持続点滴静注で治療を開始し、リスク・血行動態評価後、数日以内に病態に応じた経口抗血小板薬に移行する方法もある。
- 頸動脈高度狭窄を合併する例では、嚴重な循環管理（過度の血圧下降や脱水を避ける）、十分な抗血栓療法のもとで準緊急的（発症後2週間以内）の頸動脈内膜剝離術（CEA）、または頸動脈血管形成術およびステント留置術（CAS）を考慮する（詳細は 内頸動脈狭窄症の外科的治療 の項を参照してほしい）。

単独ではTIAの診断が難しい症状

- 意識障害
- 強直性and/or間代性けいれん
- 閃輝性暗点
- 回転性めまい
- 構音障害
- 嚥下障害
- 複視
- 視力障害
- 健忘症状
- 以前は、上記の単一の神経症状ではTIAと診断しないとされたが、DWI普及後は少なからずTIA、マイナーストロークを含む場合もあり、注意が必要。