

- World Health Organization.** WHO Guidelines for the Treatment of Chlamydia trachomatis. Geneva: World Health Organization; 2016.
- World Health Organization.** Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021.
- World Health Organization.** Point-of-care tests for sexually transmitted infections: target product profiles. Geneva: World Health Organization; 2023.
- Hanny Nilasari RIAK, Yeva Rosana, Fitri Azizah** Diagnostic value of the QuickStripe™ chlamydia rapid test among high-risk women in Jakarta. *Int J STD AIDS* 2022; 33(6): 570-4.
- Zhou Y, Jiang TT, Li J, Yin YP, Chen XS.** Performance of point-of-care tests for the detection of chlamydia trachomatis infections: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2021; 37: 100961.
- Peng L, Chen JL, Wang D.** Progress and Perspectives in Point of Care Testing for Urogenital Chlamydia trachomatis Infection: A Review. *Med Sci Monit* 2020; 26: e920873.

## SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH LỚN TRONG CỬA SỐ 6 - 16 VÀ 16 - 24 GIỜ

Phạm Nguyên Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Thái An<sup>1</sup>, Nguyễn Bá Thắng<sup>2</sup>, Nguyễn Huy Thắng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Lấy huyết khối cơ học đã được chứng minh là phương pháp điều trị hiệu quả cho nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn trong cửa sổ điều trị mở rộng 6-24 giờ, theo kết quả từ các nghiên cứu DEFUSE-3 (đến 16 giờ) và DAWN (đến 24 giờ). Tuy nhiên, so với cửa sổ 6-16 giờ, nơi điều trị lấy huyết khối cơ học được khuyến cáo mức IA, dữ liệu về điều trị này trong cửa sổ điều trị từ 16-24 giờ vẫn còn hạn chế, chỉ đạt mức khuyến cáo IIA. Mục tiêu của nghiên cứu này là so sánh hiệu quả và an toàn của lấy huyết khối cơ học ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị trong cửa sổ 16-24 giờ so với 6-16 giờ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu tiến hành trên 200 bệnh nhân từ tháng 8/2022 đến 9/2024 tại Bệnh viện Nhân dân 115. Bệnh nhân chẩn đoán nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước trong cửa sổ 6-24 giờ được tiến hành điều trị lấy huyết khối cơ học dựa trên tiêu chuẩn hình ảnh học tưới máu não (Perfusion-RAPID, iSchemaView). Các đặc điểm nền và kết cục lâm sàng sẽ được so sánh giữa nhóm điều trị trong cửa sổ 6-16 giờ và 16-24 giờ. **Kết quả:** Trong 200 bệnh nhân, có 103 bệnh nhân điều trị trong cửa sổ 6-16 giờ và 97 bệnh nhân điều trị trong cửa sổ 16-24 giờ. Tuổi trung vị của bệnh nhân. Tuổi trung vị của các bệnh nhân 66 (59-75), điểm NIHSS trước can thiệp trung vị là 12 (8,5-17,0), thể tích lõi nhồi máu trung vị là 11 (3-24) ml. Về độ an toàn và hiệu quả, nghiên cứu ghi nhận không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về các tiêu chí: tỷ lệ tái tưới máu thành công (TICI 2b-3: 88,3% so với 81,4%; p = 0,242), tỷ lệ bệnh nhân đạt điểm mRS 0-2 sau 90 ngày (44,7% so với 47,4%; p =

0,915), tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng (1,0% so với 4,1%; p = 0,330) và tỷ lệ tử vong (mRS 6) sau 90 ngày (12,6% so với 11,3%; p = 0,915). **Kết luận:** Lấy huyết khối cơ học trong cửa sổ 16-24 giờ vẫn duy trì hiệu quả và an toàn tương tự trong cửa sổ 6-16 giờ, mở rộng cơ hội điều trị cho bệnh nhân đột quỵ tắc mạch lớn. **Từ khóa:** Nhồi máu não cấp, tắc động mạch lớn, lấy huyết khối cơ học, cửa sổ 6-24 giờ.

### SUMMARY

#### COMPARING OUTCOMES OF THROMBECTOMY IN THE 6-16-HOUR AND 16-24-HOUR WINDOWS FOR PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO LARGE VESSEL OCCLUSION

**Introduction:** Endovascular thrombectomy (EVT) has been proven to be an effective treatment for acute ischemic stroke caused by large vessel occlusion within the extended treatment window of 6–24 hours, according to findings from the DEFUSE-3 (up to 16 hours) and DAWN (up to 24 hours) trials. However, data on EVT within the 16–24 hour treatment window remains limited, with a Class IIA recommendation. Our study evaluates the efficacy and safety of EVT in patients with acute ischemic stroke within the 16–24 hour window, compared to those treated within the 6–16-hour window. **Methods:** A prospective cohort study was conducted on 200 patients from August 2022 to September 2024 at People's Hospital 115. Patients diagnosed with acute ischemic stroke due to large vessel occlusion in the anterior circulation within the 6–24 hour window underwent endovascular thrombectomy based on perfusion imaging criteria (Perfusion-RAPID, iSchemaView). Baseline characteristics and clinical outcomes will be compared between the group treated within the 6–16 hour window and the >16–24 hour window. **Results:** Among 200 patients, 103 were treated within the 6–16 hour window, and 97 within the 16–24 hour window. The median age of the patients was 66 (59–75), the median pre-intervention

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân dân 115

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nguyên Bình

Email: pnbinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

NIHSS score was 12 (8.5–17.0), and the median infarct core volume was 11 (3–24) ml. Regarding safety and efficacy, the study found no significant differences between the two groups in the following criteria: Successful reperfusion rate (TICI 2b–3: 88.3% vs. 81.4%;  $p = 0.242$ ), proportion of patients achieving mRS 0–2 at 90 days (44.7% vs. 47.4%;  $p = 0.915$ ), rate of symptomatic intracranial hemorrhage (1.0% vs. 4.1%;  $p = 0.330$ ), mortality rate (mRS 6) at 90 days (12.6% vs. 11.3%;  $p = 0.915$ ). **Conclusion:** Thrombectomy within the window 16–24 hours remains as effective and safe as interventions within the window 6–16 hours, expanding treatment opportunities for large vessel occlusion stroke patients. **Keywords:** Acute ischemic stroke, large vessel occlusion, thrombectomy, 6–24 hour window.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lấy huyết khối cơ học là phương pháp hiệu quả trong điều trị đột quỵ do tắc mạch lớn, giúp tái thông mạch máu và cải thiện phục hồi chức năng thần kinh. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị phụ thuộc vào thời gian và các yếu tố khác như tuần hoàn bàng hệ và vùng tranh tối tranh sáng, đòi hỏi đánh giá bằng tiêu chí lâm sàng và hình ảnh học. Dựa trên các nghiên cứu DEFUSE-3 và DAWN, Hội Đột quỵ Hoa Kỳ đã mở rộng cửa sổ điều trị lên đến 16 giờ (mức IA) và 24 giờ (mức IIA).<sup>1,2</sup> Tuy nhiên, hiệu quả và độ an toàn của lấy huyết khối cơ học sau 16 giờ vẫn chưa rõ ràng do hạn chế về cỡ mẫu trong các nghiên cứu trước.<sup>3-5</sup> Nghiên cứu này được thực hiện nhằm so sánh hiệu quả và an toàn của phương pháp lấy huyết khối cơ học ở hai nhóm bệnh nhân điều trị trong cửa sổ 6–16 giờ và 16–24 giờ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước trong cửa sổ 6–24 giờ, điều trị lấy huyết khối cơ học theo tiêu chuẩn hình ảnh tưới máu não (DEFUSE-3, Perfusion-RAPID), tham gia nghiên cứu tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ 8/2022 đến 9/2024.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nhồi máu não cấp nhập viện tại Bệnh viện Nhân Dân 115 trong khoảng thời gian 6–24 giờ kể từ thời điểm khởi phát triệu chứng.
- Tuổi  $\geq 18$  tuổi
- BN không có hình ảnh nhồi máu não diện rộng (vùng nhồi máu não  $< 1/3$  vùng chi phối động mạch não giữa) và có tắc động mạch cảnh trong, động mạch não giữa đoạn M1, được xác định bằng chụp cắt lớp vi tính mạch máu não có bơm thuốc cản quang, cộng hưởng từ não.
- Bệnh nhân có sự bất tương xứng trên hình ảnh học tưới máu MRI perfusion theo tiêu chuẩn

DEFUSE-3 (thể tích vùng nhồi máu não  $< 70$  ml, thể tích vùng tranh tối tranh sáng penumbra  $\geq 15$  ml và tỷ số vùng giảm tưới máu/vùng nhồi máu  $\geq 1,8$ ).

- Được sự đồng ý của thân nhân bệnh nhân

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có điểm Rankin hiệu chỉnh trước đột quỵ não  $> 2$  điểm
- NIHSS  $\geq 30$  hoặc hôn mê sâu.
- Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.
- Bệnh nhân dị ứng thuốc cản quang.
- Tiểu cầu  $\leq 30.000$ .
- Đường huyết  $\leq 50$  mg/dL.
- Giải phẫu mạch máu không thuận lợi cho can thiệp nội mạch.
- Thời gian sống còn ước tính  $\leq 90$  ngày (do mắc các bệnh lý mạn tính nặng hay ác tính).
- Chụp cắt lớp vi tính sọ não hoặc cộng hưởng từ não có hình ảnh xuất huyết não, hiệu ứng chuyển chỗ hoặc u nội sọ (trừ u màng não nhỏ).
- Tắc động mạch có triệu chứng cấp tính ở nhiều hơn một vùng phân bố mạch máu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Bệnh nhân được thu tuyển từ nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu được thực hiện trên 200 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước. Tất cả bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, khảo sát hình ảnh học mạch máu và tưới máu não, đồng thời tiến hành điều trị lấy huyết khối cơ học khi thỏa tiêu chuẩn thu nhận và loại trừ. Bệnh nhân được theo dõi trong suốt quá trình điều trị và sau can thiệp để đánh giá:

- Tính an toàn: Dựa trên tỷ lệ xuất huyết nội sọ có triệu chứng và tỷ lệ tử vong.
- Tính hiệu quả: Dựa trên kết cục lâm sàng sau 3 tháng (thang điểm Rankin hiệu chỉnh - mRS và tỷ lệ tái thông mạch máu (thang điểm mTICI).

Bệnh nhân được phân thành hai nhóm dựa trên thời gian từ thời điểm cuối cùng được biết còn bình thường đến thời điểm đâm kim can thiệp: nhóm 6–16 giờ và nhóm 16–24 giờ. Các đặc điểm nền và kết cục lâm sàng giữa hai nhóm được so sánh để đánh giá hiệu quả và độ an toàn của lấy huyết khối cơ học trong từng khoảng thời gian.

**2.3. Phân tích thống kê.** Các đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị giữa hai nhóm 6–16 giờ và 16–24 giờ được so sánh bằng phần mềm SPSS (phiên bản 27) và Excel. Phân tích đơn biến sử dụng kiểm định  $\chi^2$  hoặc Mann-Whitney U tùy loại biến số, với ngưỡng ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Dữ liệu trình bày dưới dạng trung vị, khoảng tứ phân vị, tần suất và tỷ lệ phần trăm.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

## 3.1. Các đặc điểm chung của bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Các đặc điểm chung dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Dân số chung (n=200)	Nhóm 6-16 giờ (n=103)	Nhóm 16-24 giờ (n=97)	Giá trị p
Tuổi, trung vị, năm	66 (59-75)	67 (62-79)	65 (58-72)	0,016
Giới nữ, n (%)	59 (29,5)	32 (31,1)	27 (27,8)	0,729
Tiền sử đột quỵ, n (%)	36 (18)	18 (17,5)	18 (18,6)	0,988
Tăng huyết áp, n (%)	191 (95,5)	99 (96,1)	92 (94,8)	0,927
Đái tháo đường, n (%)	55 (27,5)	27 (26,2)	28 (28,9)	0,794
Rối loạn lipid máu				
Rung nhĩ, n (%)	34 (17,0)	26 (25,2)	8 (8,2)	0,003
Kiểu khởi phát, n (%)				
Xác định rõ thời gian	109 (54,5)	69 (67,0)	40 (41,2)	<0,001
Không xác định rõ	91 (45,5)	34 (33,0)	57 (58,8)	
Điều trị rtPA tĩnh mạch, n (%)	10 (5)	6 (5,8)	4 (4,1)	0,820
NIHSS trước can thiệp, trung vị (KTPV)	12 (8,5-17,0)	12 (8,0-18,5)	12 (9,0-15,0)	0,638
Vị trí mạch máu tắc, n (%)				
Cảnh trong	75 (37,5)	34 (33,0)	41 (42,3)	0,347
Não giữa đoạn M1	97 (48,5)	53 (51,5)	44 (42,3)	
Não giữa M2 chính	15 (7,5)	7 (6,8)	8 (8,2)	
Tắc nối đuôi (Tandem)	13 (6,5)	9 (8,7)	4 (4,1)	
TOAST, n (%)				
Động mạch lớn	119 (59,5)	75 (72,8)	85 (87,6)	0,002
Thuyên tắc từ tim	28 (14,0)	24 (23,3)	6 (6,2)	
Không xác định	50 (25,0)	4 (3,9)	3 (3,1)	
Khác	3 (1,5)	0 (0)	3 (3,1)	
Điểm ASPECT	7 (6-8)	7 (6-8)	7 (6-8)	0,819
Thể tích lõi nhồi máu (KTPV), ml	11 (3-24)	11 (3,0-22,5)	11 (3,0-25,0)	0,780
Thể tích Tmax > 6 giây (KTPV), ml	106,5 (69,0-146,5)	107 (66-139)	106 (73-155)	0,560
Thể tích bất tương xứng (KTPV), ml	88,5 (53-127)	87 (51-122)	90 (55-127)	0,520
Tỷ số bất tương xứng	9,2 (3,8-32,6)	8,7 (3,9-26,7)	9,7 (3,7-35,6)	0,552
Tỷ số giảm tưới máu				
HIR < 0,4, n (%)	148 (74)	70 (68,0)	77 (79,4)	0,095
HIR ≥ 0,4, n (%)	52 (26)	33 (32,0)	20 (20,6)	

**Nhận xét:** Các yếu tố giới tính, tiền sử đột quỵ, tăng huyết áp, đái tháo đường, điều trị rtPA tĩnh mạch, điểm NIHSS trước can thiệp, vị trí mạch máu bị tắc không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

Nhóm 6–16 giờ có tuổi trung vị cao hơn (67 so với 65,  $p=0,016$ ), tỷ lệ rung nhĩ (25,2% so với 8,2%,  $p=0,003$ ), thuyên tắc từ tim cao hơn (23,3% so với 6,2%,  $p=0,002$ ) và xác định rõ thời gian khởi phát cao hơn (67,0% so với

41,2%,  $p<0,001$ ) so với nhóm 16–24 giờ. Ngược lại, tỷ lệ xơ vữa động mạch lớn thấp hơn (72,8% so với 87,6%,  $p=0,002$ ).

Các đặc điểm hình ảnh học (điểm ASPECT, thể tích lõi nhồi máu, vùng thiếu máu nguy cơ, vùng bất tương xứng, tỷ số bất tương xứng, tỷ số giảm tưới máu) không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

## 3.2. Các kết cục lâm sàng của bệnh nhân trong hai nhóm cửa sổ điều trị

Bảng 3.2. Các kết cục lâm sàng của bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Dân số nghiên cứu (n=200)	Nhóm 6-16 giờ (n=103)	Nhóm 16-24 giờ (n=97)	Giá trị p
Tái thông mạch máu TICI 2b – 3, n (%)	170 (85)	91 (88,3)	79 (81,4)	0,242
mRS 0 - 2	92 (46)	46 (44,7)	46 (47,4)	0,915
mRS 3 - 5	84 (42)	44 (42,7)	40 (41,2)	0,915
mRS 6 (tử vong)	24 (12)	13 (12,6)	11 (11,3)	0,915
Xuất huyết não bất kỳ	76 (38)	42 (40,8)	34 (35,1)	0,174
Xuất huyết não PH2	9 (4,5)	3 (2,9)	6 (6,2)	0,174

Xuất huyết não có triệu chứng (tiêu chuẩn ECASS III)	5 (2,5)	1 (1,0)	4 (4,1)	0.330
--	---------	---------	---------	-------

**Nhận xét:** Tỷ lệ tái thông mạch máu tốt (TICI 2b-3) đạt 85%, không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm 6–16 giờ (88,3%) và nhóm 16–24 giờ (81,4%,  $p = 0,242$ )

Tỷ lệ phục hồi chức năng thần kinh tốt (mRS 0-2) trong dân số nghiên cứu là 46%, với tỷ lệ tương tự giữa nhóm 6-16 giờ (44,7%) và nhóm 16-24 giờ (47,4%). Về tỷ lệ tử vong (mRS 6), dân số nghiên cứu ghi nhận 12%, với nhóm 6-16 giờ là 12,6% và nhóm 16-24 giờ là 11,3%. Phân tích thống kê không ghi nhận sự khác biệt đáng kể về mRS 0-2 và mRS 6 giữa hai nhóm ( $p = 0,915$ ).

Tỷ lệ xuất huyết não trong nghiên cứu là 38%, không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm 6-16 giờ (40,8%) và nhóm 16-24 giờ (35,1%). Tỷ lệ xuất huyết PH2 là 4,5%, xuất huyết não có triệu chứng (theo tiêu chuẩn ECASS III) là 2,5%, với sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân được can thiệp trong khoảng 6–16 giờ có tuổi trung vị cao hơn (67 (62–79)) so với nhóm can thiệp trong khoảng 16–24 giờ (65 (58–72)), với  $p = 0,016$ , chứng tỏ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuổi trung vị chung của bệnh nhân trong nghiên cứu là 66 (59–75), tương đồng với nghiên cứu trong nước của Trần Thị Minh Hằng (65,0).<sup>6</sup> Tuy nhiên, con số này thấp hơn so với nhóm can thiệp nội mạch trong nghiên cứu DAWN (69,4 ± 14,1)<sup>2</sup> và nghiên cứu DEFUSE-3 (70 (59–79)).<sup>1</sup> Sự khác biệt này có thể do các nước phát triển có hệ thống y tế tốt hơn, khả năng kiểm soát yếu tố nguy cơ đột quỵ hiệu quả hơn và tuổi thọ dân số cao hơn.

Trong nhóm 6-16 giờ, tỷ lệ bệnh nhân có thời gian khởi phát rõ ràng là 67,0%, cao hơn đáng kể so với nhóm 16-24 giờ (41,2%),  $p < 0,001$ . Điều này có thể giải thích do bệnh nhân được xác định rõ thời gian khởi phát thường được phát hiện sớm và đưa đến viện sớm hơn.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân tắc động mạch lớn tuần hoàn trước, do đó nhóm nguyên nhân bệnh lý mạch máu nhỏ không hiện diện. Tỷ lệ cao nhất là nhóm xơ vữa động mạch lớn (59,5%) tương đồng với số liệu từ các nghiên cứu trên bệnh nhân châu Á như nghiên cứu trong nước của Trần Thị Minh Hằng (72,5%)<sup>6</sup> và nghiên cứu nước ngoài của Kim và cộng sự (65,2%).<sup>7</sup> Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt nổi bật về cơ

chế đột quỵ giữa hai nhóm. Cụ thể, tỷ lệ rung nhĩ ở nhóm 6–16 giờ (25,2%) cao hơn đáng kể so với nhóm 16–24 giờ (8,2%), với  $p = 0,003$ . Kết quả này phù hợp với tỷ lệ đột quỵ do thuyên tắc tử tim cao hơn ở nhóm 6–16 giờ (23,3% so với 6,2%,  $p = 0,002$ ). Đột quỵ do thuyên tắc tử tim thường diễn tiến cấp tính, triệu chứng khởi phát nhanh và rõ ràng, dẫn đến bệnh nhân được đưa đến viện sớm hơn, nhưng thường đi kèm tuần hoàn bàng hệ kém hơn.<sup>8</sup> Ngược lại, nhóm 16–24 giờ có tỷ lệ đột quỵ do xơ vữa động mạch lớn cao hơn đáng kể (87,6% so với 72,8%,  $p = 0,002$ ). Xơ vữa động mạch lớn có khả năng dẫn đến sự phát triển tuần hoàn bàng hệ nhờ các thay đổi mạch máu lâu dài nên triệu chứng của nhóm này có xu hướng khởi phát chậm hơn hoặc không được chú ý ngay dẫn đến kéo dài thời gian phát hiện và nhập viện.<sup>9,10</sup> Như vậy nghiên cứu ghi nhận bệnh nhân đến viện sớm (6-16 giờ) thường liên quan đến nguyên nhân thuyên tắc tử tim, trong khi bệnh nhân đến muộn (16-24 giờ) có mối liên hệ với xơ vữa động mạch.

**4.2. Các kết cục lâm sàng.** Tỷ lệ tái thông mạch máu tốt TICI 2b-3, kết quả phục hồi chức năng thần kinh và tử vong sau 3 tháng ở nhóm 16-24 giờ tương tự nhóm 6–16 giờ. Tỷ lệ phục hồi chức năng thần kinh tốt (mRS 0-2) trong nhóm cửa sổ 6–16 giờ, 16-24 giờ tương đồng với tỷ lệ trong các nhóm điều trị can thiệp nội mạch của nghiên cứu DAWN<sup>2</sup> và DEFUSE-3,<sup>1</sup> lần lượt đạt 44,7%, 47,4%, 49%, và 45%, cho thấy hiệu quả nhất quán của can thiệp nội mạch trên các khung thời gian khác nhau.

Tỷ lệ xuất huyết nội sọ có triệu chứng (theo định nghĩa ECASS III) ở nhóm bệnh nhân được can thiệp sau hơn 16 giờ trong nghiên cứu là 4,1%, thấp hơn so với nghiên cứu DAWN (6%)<sup>2</sup> và DEFUSE-3 (7%).<sup>1</sup> Đáng chú ý, tỷ lệ tử vong sau 3 tháng ở nhóm này cũng thấp hơn, chỉ 11,3% so với các nhóm nghiên cứu DAWN (19%)<sup>2</sup> và DEFUSE-3 (14%).<sup>1</sup>

Kết quả này cho thấy rằng độ an toàn và hiệu quả của can thiệp nội thực hiện trong cửa sổ 16-24 giờ có thể tương đương với can thiệp nội mạch trong cửa sổ 6-16 giờ khi ứng dụng tiêu chuẩn hình ảnh học tưới máu của nghiên cứu DEFUSE-3. Điều này củng cố rằng điều trị can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học sau hơn 16 giờ vẫn là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn thỏa tiêu chuẩn hình ảnh học tưới máu não.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị lấy huyết khối cơ học cho bệnh nhân đột quỵ tuần hoàn trước trong cửa sổ 16-24 giờ bước đầu cho thấy tính an toàn và hiệu quả tương đương với điều trị trong cửa sổ 6-16 giờ khi ứng dụng tiêu chuẩn hình ảnh học chọn bệnh của nghiên cứu DEFUSE-3. Những kết quả này khẳng định tính khả thi của việc mở rộng thời gian can thiệp nội mạch lên đến 24 giờ. Tuy nhiên, cần tiến hành thêm các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng để xác nhận và củng cố các phát hiện này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al.** Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. 2018;378:708-18.
2. **Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al.** Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. 2018;378:11-21.
3. **Motyer R, Thornton J, Power S, et al.** Endovascular thrombectomy beyond 12 hours of stroke onset: a stroke network's experience of late intervention. Journal of neurointerventional surgery 2018;10:1043-6.
4. **Tsurukiri J, Ota T, Jimbo H, et al.** Thrombectomy for Stroke at 6-24 hours without Perfusion CT Software for Patient Selection. Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association 2019;28:774-81.
5. **Alsahli K, Cheung AK, Wijesuriya N, et al.** Thrombectomy in stroke of unknown onset, wake up stroke and late presentations: Australian experience from 2 comprehensive stroke centres. Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia 2019;59:136-40.
6. **Trần Thị Minh Hằng NHT.** Kết quả điều trị can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong cửa sổ từ 6 đến 24 giờ. TP. Hồ Chí Minh: Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh; 2020.
7. **Kim YS, Kim BJ, Noh KC, et al.** Distal versus Proximal Middle Cerebral Artery Occlusion: Different Mechanisms. Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland) 2019;47:238-44.
8. **Rebello LC, Bousslama M, Haussen DC, et al.** Stroke etiology and collaterals: atheroembolic strokes have greater collateral recruitment than cardioembolic strokes. European journal of neurology 2017;24:762-7.
9. **Sun B, Shi Z, Pu J, et al.** Effects of mechanical thrombectomy for acute stroke patients with etiology of large artery atherosclerosis. Journal of the neurological sciences 2019;396:178-83.
10. **Tian C, Cao X, Wang J.** Recanalisation therapy in patients with acute ischaemic stroke caused by large artery occlusion: choice of therapeutic strategy according to underlying aetiological mechanism? Stroke and vascular neurology 2017;2:244-50.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẤM HUYỆT TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024

Sơn Võ Duy Dương<sup>1</sup>, Nguyễn Trí<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Hồng Vân<sup>1</sup>, Đào Minh Phúc<sup>2</sup>, Lê Minh Hoàng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Liệt dây thần kinh VII ngoại biên là bệnh lý thường gặp tại Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên bằng phác đồ của bệnh viện là điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết, từ đó cung cấp thông tin về hiệu quả và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả điều trị Liệt dây thần kinh VII ngoại biên bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết. **Đối tượng và phương pháp:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang người bệnh được chẩn đoán liệt dây thần kinh VII ngoại biên, điều trị ngoại trú và nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Trước điều trị, 66,7% bệnh nhân thuộc phân độ HB IV – nặng. Sau khi kết thúc điều trị, 75,5% hồi phục hoàn toàn và 15,6% giảm đến phân độ HB II. Bệnh nhân có nguyên nhân vô căn hoặc phong hàn phạm kinh lạc đạt tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn là 95,1% trong khi bệnh nhân do chấn thương hoặc huyết ứ tại kinh lạc có tỷ lệ 50%. **Kết luận:** Phác đồ điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên mang bằng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết có hiệu quả cao với 91,1% giảm và hồi phục hoàn toàn.

**Từ khóa:** liệt VII ngoại biên, liệt Bell, điện châm, xoa bóp bấm huyết.

### SUMMARY

**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ELECTRO-ACUPUNCTURE COMBINED WITH ACUPRESSURE MASSAGE FOR THE**

<sup>1</sup>Bệnh viện Y học Cổ truyền thành phố Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Hoàng

Email: lmhoang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025