

có mối liên quan rõ rệt với các dấu hiệu thoát huyết tương và rối loạn đông máu huyết tương ($p < 0,05$). Tái sốc, giảm tiểu cầu $< 50.000/\text{mm}^3$ và truyền dịch trước khi sốc là ba yếu tố liên quan độc lập đến tình trạng giảm albumin máu ở trẻ SXHD nặng ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Thị Huệ** (2020), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị và mối liên quan giữa tổn thương gan với biến chứng sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ, Luận văn bác sĩ nội trú, trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. **Tạ Văn Trầm, Hoàng Trọng Kim, Nguyễn Trọng Luân** (2003), "Các yếu tố liên quan đến sốc

sốt xuất huyết Dengue kéo dài ở trẻ em", Tạp chí Nhi khoa, 11(1), pp. 64-70.

3. **Baiduri Senja, Dominicius Husada, Dwiyantri Puspitasari, et al** (2020), "Prognostic factors of severe dengue infections in children", Indonesian Journal of Tropical and Infectious Disease, 8(1), pp. 43-53.
4. **Nguyễn Văn Hào** (2017), Nghiên cứu biến đổi albumin máu với tình trạng tăng tính thấm thành mạch, rối loạn đông máu trong bệnh nhiễm Dengue người lớn, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Lý Hoa Anh Minh, Trần Văn Minh, Nguyễn Trần Nam** (2024), "Đánh giá đáp ứng điều trị albumin cho bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue nặng tại khoa Nhiễm Bệnh viện Nhi đồng Thành Phố", Tạp chí Nhi khoa, 17(1).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC BẰNG STENT TIGERTRIEVER TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Tạ Quang Huy¹, Nguyễn Quang Anh^{1,2}, Vũ Đăng Lưu^{1,2}, Trần Anh Tuấn²,
Nguyễn Tất Thiện², Lê Hoàng Kiên², Trần Cường², Từ Đức Ngọc²,
Lê Hoàng Khỏe², Nguyễn Văn Hoàng², Võ Hồng Quân²

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả tái thông và phục hồi lâm sàng của phương pháp lấy huyết khối cơ học sử dụng stent Tigertriever ở những bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp. **Phương pháp và hiệu quả:** Trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2025 đã có 229 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp được can thiệp lấy huyết khối cơ học sử dụng stent Tigertriever tại Trung tâm Điện Quang, Bệnh viện Bạch Mai. Độ tuổi trung bình là 67 ± 13 với 53,7% là nam giới. Điểm trung bình NIHSS, ASPECTS và pcASPECTS lần lượt là 14,6; 7,5 và 7,6 với sự phân bố các vị trí tắc nghẽn là 31% động mạch cảnh trong (ICA), 45,8% động mạch não giữa M1, 13,1% động mạch não giữa M2, 4,4% tắc động mạch nội sọ kèm hẹp động mạch cảnh ngoài sọ (Tandem) và 5,7% tắc động mạch thân nền (BA). Tỷ lệ tái thông mạch tốt (TICI 2b-3) là 77,3% sau khi sử dụng stent Tigertriever để tái thông mạch máu; Và sau toàn bộ quá trình tái thông bao gồm cả sử dụng các dụng cụ hỗ trợ (rescue device) như bóng (balloon) và stent, tỷ lệ tái thông mạch máu thành công (TICI 2b-3) đạt 92,6%. Tỷ lệ tái thông mạch máu từ lần đầu tiên đạt 42,4%. 3 tháng sau khi điều trị, bệnh nhân phục hồi lâm sàng tốt (mRS ≤ 2) chiếm 53,7% trong khi tỷ lệ xuất huyết nội sọ có triệu chứng chỉ là 5,7%. **Kết luận:** Phương pháp lấy huyết khối cơ học cho bệnh

nhân đột quỵ nhồi máu não cấp do tắc các động mạch lớn sử dụng stent Tigertriever có hiệu quả với tỷ lệ tái thông mạch tốt và phục hồi lâm sàng cao.

Từ khóa: Nhồi máu não cấp, tắc mạch lớn, lấy huyết khối cơ học, TigerTrievers.

SUMMARY

EVALUATION OF MECHANICAL THROMBECTOMY OUTCOMES USING THE TIGERTRIEVER STENT AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: Evaluating the results of recanalization and clinical recovery of mechanical thrombectomy using stent Tigertriever in patients with acute ischemic stroke. **Method and result:** From January 2024 to June 2025, 229 patients with acute ischemic stroke underwent mechanical thrombectomy treatment using stent Tigertriever at Radiology Center, Bach Mai Hospital. The average age was 67 ± 13 with 53.7% being male. The average scores of NIHSS, ASPECTS and pcASPECTS were 14.6; 7.5 and 7.6 with the distribution of occlusion sites being 31% internal carotid artery (ICA), 45.8% middle cerebral artery M1, 13.1% middle cerebral artery M2, 4.4% intracranial artery occlusion with extracranial carotid artery stenosis (Tandem) and 5.7% basilar artery occlusion (BA). The good recanalization rate (TICI 2b-3) was 77.3% after using Tigertriever stent for recanalization; And after the entire recanalization process including the use of rescue devices such as balloons and stents, the successful recanalization rate (TICI 2b-3) reached 92.6%. The recanalization rate from the first attempt was 42.4%. 3 months after treatment, patients with good clinical recovery (mRS ≤ 2) accounted for 53.7% while the rate of symptomatic intracranial hemorrhage (sICH) was only 5.7%. **Conclusion:** Mechanical thrombectomy for patients with acute ischemic stroke

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Anh

Email: quanganh_rad@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025

due to large artery occlusion using Tigertriever stent is effective with good recanalization rate and high clinical recovery. **Keywords:** Acute ischemic stroke (AIS), Large vessel occlusion (LVO), Mechanical thrombectomy (MT), TigerTrieve.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ nhồi máu não chiếm 80-85% đột quỵ nói chung và là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu trên thế giới và Việt Nam. Mặc dù thuốc hoạt hóa plasminogen mô tái tổ hợp (rt-PA) tiêm tĩnh mạch đã được FDA chấp thuận từ năm 1995 và thời gian điều trị được mở rộng đến 4,5 giờ vào năm 2005 (nhờ thử nghiệm ECASS III), tỷ lệ tái thông ở những bệnh nhân tắc mạch lớn sử dụng phương pháp này vẫn còn thấp (<15%)¹. Ngược lại, điều trị can thiệp nội mạch (Endovascular thrombectomy - EVT) đóng vai trò ngày càng quan trọng trong điều trị nhóm AIS này nhờ vào sự tiếp xúc và tác động trực tiếp của dụng cụ can thiệp với huyết khối. Sau thất bại năm 2013 với thể hệ dụng cụ lấy huyết khối cơ học đầu tiên, năm thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng lớn sử dụng thể hệ thứ 2 đã được công bố năm 2016 chứng minh kết quả tích cực và làm rõ vai trò của điều trị can thiệp nội mạch trong nhồi máu não do tắc mạch lớn^{2,3,4,5}. Năm 2016, đứng trước thách thức tìm ra dụng cụ mới có thể sử dụng một cách an toàn và hiệu quả hơn, công ty Rapid Medical của Israel đã cho ra đời mẫu stent retriever đầu tiên trên thế giới có thể điều khiển mức độ giãn nở của stent trong quá trình can thiệp mang tên Tigertriever. Tại Việt Nam, trong nhiều năm trở lại đây, số lượng bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não được điều trị hàng năm đã tăng nhanh cùng với nhiều trung tâm đột quỵ khác trong cả nước nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả lấy huyết khối cơ học sử dụng stent Tigertriever được tiến hành với số lượng bệnh nhân lớn. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi nhằm chứng minh hiệu quả của lấy huyết khối cơ học sử dụng stent Tigertriever tại bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân để lấy huyết khối cơ học trong nghiên cứu của chúng tôi dựa trên hướng dẫn năm 2018 của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA/ASA):

- (1) Tuổi ≥ 18 ;
- (2) NIHSS ≥ 6 ;
- (3) ASPECTS ≥ 6 ; pcASPECTS ≥ 7 ;
- (4) Các vị trí tắc mạch lớn: động mạch cảnh trong (ICA), động mạch não giữa (MCA) đoạn

M1, M2 và động mạch thân nền (BA);

(5) Bệnh nhân đến bệnh viện sau khung thời gian 6 giờ cần đáp ứng các tiêu chuẩn về hình ảnh tưới máu não theo nghiên cứu DEFUSE 3: lõi nhồi máu < 70ml và tỷ lệ thể tích vùng tranh tối tranh sáng/lõi nhồi máu (penumbra/core) $\geq 1,8$ lần⁶;

(6) Gia đình bệnh nhân đã nhận thức đầy đủ và chấp nhận rủi ro và ký cam kết điều trị bệnh.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Nếu có một trong các tiêu chuẩn sau

(1) Có bất kỳ bằng chứng chảy máu nội sọ kèm theo nào trên thăm khám hình ảnh;

(2) Các trường hợp không xác định rõ thời điểm khởi phát;

(3) Các trường hợp hẹp tắc mạch mạn tính (bệnh lý Moya Moya, ...);

(4) Bệnh nhân có điểm mRS trước đột quỵ ≥ 2 ;

(5) Bệnh nhân có bệnh nền nặng nề, không thể hoàn thành theo dõi sau điều trị.

(6) Bệnh nhân không có đầy đủ thông tin và hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo dõi dọc so sánh trước và sau can thiệp.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2025

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Điện Quang, Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Quy trình nghiên cứu. Bác sĩ lâm sàng tiếp nhận và đánh giá các khiếm khuyết thần kinh của bệnh nhân dựa trên thang điểm NIHSS (0 - 42 điểm), đồng thời thu thập các thông tin khác (tuổi, giới tính, thời gian khởi phát) và các xét nghiệm cần thiết (Glucose, INR). Sau đó, tiến hành chụp cắt lớp vi tính đa lát dày (MSCT) đánh giá các tổn thương nhu mô (theo thang điểm ASPECTS và pc-ASPECTS), vị trí tắc nghẽn và đánh giá tuần hoàn bằng hệ (CTA đa pha). Bệnh nhân đến viện muộn hơn 6 giờ kể từ khi khởi phát phải chụp cắt lớp vi tính tưới máu não (Perfusion), xử lý kết quả trên phần mềm tưới máu thần kinh của Siemens. Dựa trên tỷ lệ thể tích vùng tranh tối tranh sáng/lõi (penumbra/core), chúng tôi sẽ quyết định chỉ định lấy huyết khối cơ học theo tiêu chuẩn DEFUSE 3⁷. Các trường hợp nghi ngờ tắc nghẽn tuần hoàn sau sẽ được ưu tiên chụp cộng hưởng từ (MRI) để đánh giá chính xác các tổn thương ở thân não. Bệnh nhân nhập viện trong vòng 4,5 giờ đầu không có chống chỉ định dùng thuốc rt-PA tĩnh mạch (IV), sẽ được dùng thuốc ngay tại phòng chụp sau khi loại trừ đột quỵ xuất huyết não để tối ưu hóa liệu pháp trước khi chuyển thẳng đến phòng can thiệp dưới số hóa xóa nền (DSA).

Lấy huyết khối cơ học được thực hiện tại

phòng chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) bởi bác sĩ can thiệp thần kinh được cấp chứng chỉ thực hiện các thủ thuật thần kinh. Bệnh nhân được gây tê tại chỗ hoặc toàn thân tùy thuộc vào ý thức của họ. Thông thường, một ống thông 8F (sheath) được đưa vào vị trí động mạch đùi nông. Sau đó, một ống thông dẫn hướng 8F (guiding) được đặt vào động mạch bị tắc để xác nhận vị trí tắc sau khi chụp mạch. Một vi ống thông (microcatheter) (kích thước 18-24) với vi dây dẫn đồng trục (microwire) 0,014" được đưa đến vị trí tắc nghẽn để hỗ trợ việc đưa ống hút hoặc stent Tigertriever tiếp cận đầu gần hoặc đầu xa huyết khối. Quy trình được hoàn thành khi đạt được tỷ lệ tái thông TICI 2b-3 hoặc dừng lại nếu không có thêm lợi ích nào cho bệnh nhân (nguy cơ chảy máu cao trong cửa sổ muộn, tổn thương thành mạch với việc can thiệp nội mạch kéo dài và tái thông nhiều lần...). Thông tin liên quan đến quy trình can thiệp được ghi lại, bao gồm: thời gian từ khi nhập viện đến khi chọc động mạch đùi, thời gian tái thông, số lần tái thông, xuất huyết nội sọ có triệu chứng (sICH), v.v.

Theo dõi, đánh giá dựa trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ (MRI) sau can thiệp 01 ngày, lúc ra viện và khả năng phục hồi lâm sàng sau 03 tháng.

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá

- Mức độ phục hồi lâm sàng: thang điểm NIHSS, điểm Rankins cải biên (mRS 0 – 6).

- Mức độ tái thông: dựa vào hình ảnh, đánh giá bằng thang điểm TICI (0-3).

2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Thông tin lâm sàng và hình ảnh được lưu trữ trong hồ sơ bệnh án gốc, bệnh án điện tử và hệ thống PACS. Phân tích mô tả dữ liệu về số lượng bệnh nhân, tỷ lệ giới tính, điểm NIHSS trung bình, ASPECTS... với độ lệch chuẩn. Trong phân tích đơn biến ở các nhóm điều trị, sự phân bố về tuổi, giới tính, thông tin lâm sàng và hình ảnh giữa các nhóm được thực hiện bằng thuật toán "chi-square" hoặc kiểm định ANNOVA. Các phân tích thống kê này sử dụng phần mềm SPSS 20.1. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 229 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp được điều trị bằng phương pháp lấy huyết khối cơ học sử dụng stent Tigertriever do tắc động mạch lớn cấp tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 06 năm 2025. Độ tuổi trung bình là 67 ± 13 với 53,7% là nam giới, 71,6% bệnh nhân có độ tuổi từ 55 đến 80. Các bệnh đi kèm bao gồm tăng huyết áp (50,7%), đái tháo đường (51,9%) và rung nhĩ (28,8%).

Tại thời điểm nhập viện, điểm NIHSS trung bình là 14,6, tổn thương nhu mô có ASPECTS trung bình là 7,5 (ở 216 bệnh nhân tắc tuần hoàn trước) và pc-ASPECTS là 7,5 (ở 13 bệnh nhân tắc tuần hoàn sau).



Biểu đồ 1. Vị trí động mạch tắc

Chúng tôi ghi nhận tắc 45,8% đoạn M1 động mạch não giữa, 31% tắc động mạch cảnh trong, 5,7% tắc động mạch thân nền và 13,1% bệnh nhân tắc đoạn M2 động mạch não giữa. Có 4,4% trường hợp huyết khối nội sọ kết hợp tắc động mạch cảnh ngoài sọ (tổn thương Tandem). Thời gian can thiệp trung bình là 43 ± 26 phút, nhanh nhất là 8 phút. Sau can thiệp, tỷ lệ tái thông tốt đạt 77,3% trường hợp sử dụng stent Tigertriever để tái thông mạch máu; Và sau toàn bộ quá trình tái thông bao gồm cả sử dụng các dụng cụ hỗ trợ (rescue device) như bóng (balloon) và stent, tỷ lệ tái thông mạch máu thành công (TICI 2b-3) đạt 92,6%. Xuất huyết nội sọ có triệu chứng sICH quan sát được ở trường hợp (5,7%). Tỷ lệ phục hồi lâm sàng tốt sau 3 tháng là 53,7%.

Với lần tái thông đầu tiên, có 42,4% bệnh nhân tái thông tốt (mức độ TICI 2b-3) và 23,6% phục hồi lâm sàng tốt sau 3 tháng. Và đến khi kết thúc quá trình can thiệp nội mạch, tỷ lệ tích lũy lần lượt là 92,6% và 53,7%.

Bảng 1. Kết quả khảo sát thời gian

	Thời gian trung bình (phút)
Thời gian từ lúc khởi phát đến vào viện	$199,5 \pm 103,5$
Thời gian từ lúc vào viện đến chọc động mạch đùi (bắt đầu can thiệp)	$129,5 \pm 55,1$
Thời gian từ lúc khởi phát đến khi chọc động mạch đùi (bắt đầu can thiệp)	$327,3 \pm 118,3$
Thời gian can thiệp	43 ± 26

Bảng 2. Tỷ lệ tái thông sau can thiệp

Mức độ tái thông (theo TICI)	Số ca (N=229)	Tỷ lệ (%)
Không tốt	0	2,6
	1	2,2
	2a	2,6
Tốt	2b	35,8
	3	56,8

Bảng 3. Biến chứng xuất huyết chuyển dạng sau can thiệp

	Số ca (N=229)	Tỉ lệ (%)
Không chuyển dạng	152	66,4
Xuất huyết nội sọ nhỏ không triệu chứng	64	27,9
Xuất huyết nội sọ có triệu chứng	13	5,7

Bảng 4. Tỷ lệ phục hồi lâm sàng (theo thang điểm Rankins cải biến mRS)

Mức độ phục hồi (mRS)	Bệnh nhân (N=229)	Tỉ lệ (%)
Tốt (0-2)	123	53,7
Trung bình (3-4)	70	30,6
Kém (5)	14	6,1
Tử vong	22	9,6

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 229 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp đã can thiệp lấy huyết khối cơ học. Tỷ lệ nam (53,7%) cao hơn so với SWIFT (42%) và IMS III (50%)⁷. Bệnh nhân trung niên và cao tuổi vẫn chiếm đa số (80,2%) với độ tuổi trung bình là 67 ± 13 , tương tự như kết quả của nghiên cứu MR CLEAN ($65,4 \pm 14$) hoặc nghiên cứu ESCAPE ($71 \pm 11,5$)^{3,8}. Số bệnh nhân đột quỵ trẻ (định nghĩa thay đổi theo một số tài liệu tuy nhiên giới hạn phổ biến là < 45 tuổi¹⁰) chỉ chiếm 7,4%, nhưng nhóm này cần được xem xét vì xu hướng gia tăng trong những năm gần đây.

Các kết quả chính tương đương với các thử nghiệm quốc tế lớn khác về lấy huyết khối cơ học bao gồm vị trí tắc nghẽn, số lần can thiệp huyết khối, tỷ lệ tái thông, tỷ lệ chuyển dạng xuất huyết sau can thiệp và tỷ lệ phục hồi lâm sàng sau 90 ngày. Tại thời điểm nhập viện, chúng tôi ghi nhận điểm NIHSS trung bình là 13,6, trong khi điểm ASPECTS là 7,5. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu MR CLEAN hoặc ESCAPE (điểm ASPECTS trung bình là 9) nhưng tương đương với SWIFT PRIME (điểm trung bình là 7). Điều này được giải thích bởi thực tế là MR CLEAN chọn những bệnh nhân có tình trạng lâm sàng tốt (điểm NIHSS ≥ 2) trong khi ESCAPE ưu tiên những bệnh nhân có điểm bảng hệ tốt (4-5 điểm). Vị trí tắc nghẽn phổ biến nhất, tương tự như kết quả trong nước và quốc tế, là đoạn động mạch não giữa M1 (chiếm 45,8%). Tuy nhiên, tỷ lệ phục hồi lâm sàng là 53,7% là một kết quả đáng chú ý, chỉ thấp hơn EXTEND IA (71%) và SWIFT PRIME (60%), ngang bằng với ESCAPE (53%)¹³. Điều này một phần là do tỷ lệ tái thông tốt (TICI 2b-3) ở lần đầu tiên lấy huyết khối đạt 42,4% và tỷ lệ chung sau can thiệp là

92,6%. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ của các nghiên cứu REVASCAT hoặc ESCAPE (66% và 72%). Thời gian can thiệp tái thông hoàn toàn mạch máu nhanh ($43,4 \pm 26$ phút).

Khi so sánh với các nghiên cứu lớn khác trên thế giới về lấy huyết khối cơ học sử dụng stent Tigertriever như TIGER Trial⁷ hay nghiên cứu so sánh hiệu quả giữa Tigertriever với các dòng stent retriever khác (Solitaire, pRESET) của Piotr Piasecki (2023)⁹, chúng tôi nhận thấy các kết quả chính cũng có những giá trị tương đương như tỷ lệ tái thông mạch máu tốt (TICI 2b-3) cao là 92,6% so với TIGER Trial là 95,7% và cao hơn so với nghiên cứu của Piotr Piasecki (2023) là 77%. Tỷ lệ phục hồi lâm sàng tốt sau 90 ngày (mRS ≤ 2) cũng có các kết quả tương tự là 53,7% so với 58% của TIGER Trial và cao hơn (36,5%) trong nghiên cứu của tác giả Piotr Piasecki (2023). Đồng thời tỷ lệ tái thông thành công ngay từ lần đầu tiên cho kết quả tương đồng giữa nghiên cứu của chúng tôi và hai nghiên cứu còn lại lần lượt là 42,4%, 41,4% và 46%. Thời gian can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự tương đồng ($43,4 \pm 26$ phút) so với 43 phút của TIGER Trial.

Ngoài ra, xuất huyết nội sọ có triệu chứng (sICH) cũng là một vấn đề cần quan tâm, đánh giá tỷ lệ sICH sau điều trị, chúng tôi ghi nhận 13 trường hợp, chiếm 5,7%. Đây là tỷ lệ thấp khi so sánh với nghiên cứu MR CLEAN (7,7%) hoặc nghiên cứu TREVO 2 (7%), điều này có thể lý giải do stent Tigertriever có khả năng hỗ trợ bác sĩ can thiệp kiểm soát sự giãn nở stent một cách chủ động cũng như kiểm soát khẩu kính stent theo vị trí và kích thước lòng mạch. Tỷ lệ tử vong sau 90 ngày của chúng tôi là thấp hơn (9,6%) so với TIGER Trial (18,1%), có thể do tại thời điểm nghiên cứu của chúng tôi (2024-2025) khả năng hồi sức cũng như trang thiết bị y tế đã tốt hơn so với thời điểm nghiên cứu TIGER Trial (2021), đồng thời tình trạng lâm sàng lúc vào viện (điểm NIHSS trung bình) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng là thấp hơn (13,55 so với 17,4).

Điều trị nhồi máu não cấp qua đường động mạch rất hiệu quả đối với tái thông mạch cấp cứu, tuy nhiên vẫn có nguy cơ gây xuất huyết chuyển dạng đặc biệt là các trường hợp xuất huyết chuyển dạng có triệu chứng (sICH).

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá trên 229 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp được can thiệp lấy huyết khối cơ học sử dụng stent Tigertriever cho thấy hiệu quả tái thông và phục hồi lâm sàng tốt. Tỷ lệ chảy máu sau can thiệp được cải thiện và thấp hơn so

với các nghiên cứu khác. Đây là một kỹ thuật, dụng cụ mới, có giá trị và hiệu quả cao trong điều trị, cần tiếp tục được triển khai và nghiên cứu để mở rộng áp dụng stent Tigertriever ở các trung đột quỵ và điện quang can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, et al.** Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet*. 2010;375(9727):1695-1703. doi:10.1016/S0140-6736(10)60491-6.
2. **Fransen PSS, Beumer D, Berkhemer OA, et al.** MR CLEAN, a multicenter randomized clinical trial of endovascular treatment for acute ischemic stroke in the Netherlands: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15:343. doi:10.1186/1745-6215-15-343.
3. **Menon BK, Sajobi TT, Zhang Y, et al.** Analysis of Workflow and Time to Treatment on Thrombectomy Outcome in the Endovascular Treatment for Small Core and Proximal Occlusion Ischemic Stroke (ESCAPE) Randomized, Controlled Trial. *Circulation*. 2016;133(23):2279-2286. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019983.
4. **Goyal M, Menon BK, Zwam WH van, et al.** Endovascular thrombectomy after large vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *The Lancet*. 2016;387(10029):1723-1731. doi:10.1016/S0140-6736(16)00163-X.
5. **Molina CA, Chamorro A, Rovira À, et al.** REVASCAT: a randomized trial of revascularization with SOLITAIRE FR device vs. best medical therapy in the treatment of acute stroke due to anterior circulation large vessel occlusion presenting within eight-hours of symptom onset. *Int J Stroke*. 2015;10(4):619-626. doi:10.1111/ij.s.12157.
6. **Albers GW, Lansberg MG, Kemp S, et al.** A multicenter randomized controlled trial of endovascular therapy following imaging evaluation for ischemic stroke (DEFUSE 3). *Int J Stroke*. 2017;12(8):896-905. doi:10.1177/1747493017701147.
7. **R. Gupta, JL Saver et al** (2021), New Class of Radially Adjustable Stentriever for Acute Ischemic Stroke: Primary Results of the Multicenter TIGER Trial.
8. **Khatri, Pooja.** Time to angiographic reperfusion and clinical outcome after acute ischaemic stroke: an analysis of data from the Interventional Management of Stroke (IMS III) phase 3 trial. 2014;13(6):567-574.
9. **Piotr Piasecki, Marek Wierzbicki, Jerzy Narloch1 et al** (2023), Mechanical thrombectomy of large vessel occlusion using adjustable vs. self-expanding stent-retriever—Comparison of Tigertriever device with stent-like stent-retrievers: A propensity score analysis.
10. **Inoue M., Mlynash M., Christensen S., et al.** (2014). Early DWI Reversal Following Endovascular Reperfusion Is Typically Transient in Patients Imaged 3-6 Hours After Onset. *Stroke*, 45(4), 1024–1028.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ DINH DƯỠNG TĨNH MẠCH Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA SẢN NHI TỈNH SÓC TRĂNG NĂM 2024 - 2025

Hồ Tuyết Trinh^{1,2}, Lê Văn Khoa¹, Bùi Quang Nghĩa¹,
Dương Mỹ Linh¹, Đỗ Phước Đạt², Lý Quốc Trung²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trẻ sơ sinh non tháng là nhóm có nguy cơ cao nhất về bệnh tật và tử vong. Khởi đầu sớm dinh dưỡng tĩnh mạch có thể cải thiện tăng trưởng thể chất, giảm nguy cơ biến chứng ở trẻ sơ sinh cực non. Điều chỉnh các thành phần trong dịch truyền là yếu tố then chốt để tối ưu hiệu quả điều trị.
Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị dinh dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu

mô tả cắt ngang tiến cứu có phân tích trên trẻ sơ sinh non tháng được chỉ định dinh dưỡng tĩnh mạch và điều trị tại bệnh viện từ 06/2024 - 06/2025, theo hướng dẫn ESPGHAN 2024. **Kết quả:** Nghiên cứu có 52 bé trai. Nhóm tuổi thai từ 32 đến <37 tuần chiếm 60 trẻ. Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh là 66,3%, suy hô hấp chiếm 39,5%. Có 83 trẻ được nuôi dưỡng tĩnh mạch sớm, trong đó 41 trẻ sử dụng đường truyền trung tâm. Tỷ lệ bắt đầu protein từ ngày 1 là 70,9%, lipid bắt đầu từ ngày 2 là 55,8%. Trẻ từ 32 đến <37 tuần có mức tăng cân trung bình 21,6 ± 2,9g/ngày. Nhóm trẻ mắc phổi hợp 1-2 bệnh có tăng cân trung bình 25,4 ± 5,3g/ngày, có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). **Kết luận:** Các bệnh như nhiễm trùng sơ sinh, suy hô hấp thường gặp ở nhóm trẻ non tháng, tuổi thai từ 32-<37 tuần có cải thiện rõ rệt về tăng cân khi được dinh dưỡng tĩnh mạch sớm. Hướng dẫn ESPGHAN 2024 nên được áp dụng để hỗ trợ cho điều trị và giúp trẻ bắt kịp tăng trưởng trong đợt bệnh.

Từ khóa: dinh dưỡng tĩnh mạch, sơ sinh non tháng, dinh dưỡng, non tháng

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Tỉnh Sóc Trăng

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Tuyết Trinh

Email: tuyettrinhst910@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025