VI. KIẾN NGHỊ

Cần tăng cường tuyên truyền kiến thức phòng chống lây nhiễm bệnh lý do nhiễm ký sinh trùng gây ra cho cả trẻ em và người lớn. Đảm bảo vệ sinh môi trường, giảm thiểu các yếu tố nguy cơ lây nhiễm ký sinh trùng đến từ thú nuôi, gia súc,... Thực hiện tẩy giun sán định kỳ cho trẻ em, thú nuôi.

Cần có các nghiên cứu về việc ô nhiễm ký sinh trùng trong môi trường đất và trên sau sống tại địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Phượng Linh, Lương Trường Sơn, Đặng Thị Nga, Phạm Thị Thu Giang.** Đánh giá một số chỉ số sinh hoá, huyết học trên những bệnh nhân nhiễm ấu trùng Toxocara spp. Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh. 2013;Tập 17:105 - 109.
2. **Nguyễn Thị Nga, Lê Trần Anh, Nguyễn Khắc Lực.** Đặc điểm kiến thức và thực hành nuôi chó, mèo liên quan đến nhiễm Toxocara spp. ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại viện 103 (2012 - 2013). Tạp chí Y Học thực hành - Bộ Y Tế. 2013;878:113 - 115.
3. **Trần Vinh HIển, Trần Thị Kim Dung.** Ký sinh trùng liên quan giữa thú và người. 2008:54 - 57.
4. **Nguyen T, Cheong FW, Liew JW, Lau YL.** Seroprevalence of fascioliasis, toxocariasis, strongyloidiasis and cysticercosis in blood samples diagnosed in Medic Medical Center Laboratory, Ho Chi Minh City, Vietnam in 2012. Parasit Vectors. Sep 5 2016;9(1):486. doi:10.1186/s13071-016-1780-2
5. **Ngô Thị Minh Châu, Tôn Nữ Phương Anh, Lê Chí Cao, Võ Minh Tiếp, Nguyễn Phước Vinh, Trần Thị Giang.** Tỷ lệ huyết thanh dương tính và đánh giá các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ấu trùng giun đũa chó mèo (Toxocara spp.) ở bệnh nhân tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh. 2021;Tập 25:76 - 83.
6. **Nguyễn Tấn Vinh, Đặng Văn Chính, Lê Thị Ngọc Ánh.** Tỷ lệ nhiễm giun đũa chó mèo trên trẻ em tại xã Thạng An, huyện Vĩnh thạnh, Thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh. 2019;Số 5:561 - 571.
7. **Lê Thành Đông, Trịnh Ngọc Hải, Hoàng Thị Mai Anh, Phạm Nguyễn Thuý Vy.** Kết quả xét nghiệm giun sán tại cộng đồng dân cư khu vực biên giới Việt Nam - Campuchia bằng kỹ thuật ELISA. Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh. 2014;Tập 18:321 - 325.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO CẤP HỆ TUẦN HOÀN TRƯỚC BẰNG ALTEPLASE KẾT HỢP LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC

Hà Trần Hưng[1], Mai Duy Tôn[2,3], Nguyễn Tiến Dũng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ kết quả điều trị tốt, mRS 0-2 ở ngày thứ 90,và một số yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não cấp hệ tuần hoàn trước điều trị bằng Alteplase liều 0.9mg/kg kết hợp lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** thiết kế nghiên cứu quan sát, phân tích 35 bệnh nhân nhồi máu não cấp trong cửa sổ 4,5 giờ do tắc mạch lớn hệ tuần hoàn trước được tiêu sợi huyết và lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2018 – 2020. **Kết quả:** Nghiên cứu thu tuyển được 35 bệnh nhân, trong đó, nam giới chiếm 59,1%. Nhóm có kết quả điều trị tốt, mRS 0-2 ngày thứ 90, chiếm 22/35 (62,9%). Một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị tốt là: tuổi (OR 0,91; 95%CI 0,82-0,98; p=0,04), điểm NIHSS ban đầu (OR 0,95; 95% CI 0,92-0,98; p=0,02), số lần lấy huyết khối (OR 0,62; 95%CI 0,55-0,68; p=0,03). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não cấp hệ tuần hoàn trước điều trị kết hợp alteplase và lấy huyết khối cơ học đạt kết quả điều trị tốt là 62,9% và một số yếu tố liên quan là tuổi, điểm NIHSS ban đầu và số lần lấy huyết khối.

Từ khóa: nhồi máu não cấp, điều trị kết hợp, kết quả điều trị, một số yếu tố liên quan

SUMMARY

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH CLINICAL OUTCOMES IN PATIENTS' ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO LARGE ARTERY OCCLUSION OF THE ANTERIOR CEREBRAL CIRCULATION TREATED WITH AN ALTEPLASE COMBINED WITH MECHANICAL THROMBECTOMY

Target: To determine the rate of good clinical outcome, mRS 0-2 at day 90th, and some factors associated with patients' acute ischemic stroke due to large artery occlusion of the anterior cerebral circulation have been treated with an Alteplase dose of 0.9mg/kg combined with mechanical thrombectomy at Bach Mai Hospital. **Methods:** Observational study design, and analysis of 35 patients with acute ischemic stroke within a 4.5-hour window due to large artery

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
[3]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng
Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023
Ngày duyệt bài: 9.8.2023

occlusion of the anterior cerebral circulation with an Alteplase dose of 0.9mg/kg combined with mechanical thrombectomy at Bach Mai Hospital from 2018 to 2020. **Results**: The study recruited 35 patients; men accounted for 59.1%. The group with good clinical outcomes, mRS 0-2 days 90, accounted for 22/35 (62.9%). Some factors associated with good clinical outcomes are age (OR 0.91; 95%CI 0.82-0.98; p=0.04), admitted NIHSS score (OR 0.95; 95 % CI 0.92-0.98; p=0.02), number of retrieval attempts (OR 0.62; 95%CI 0.55-0.68; p=0.03). **Conclusions**: The rate of good clinical outcomes for patients with acute ischemic stroke of the anterior cerebral circulation who have been bridge treated with good clinical outcomes was 62.9% and some associated factors were age, baseline NIHSS score, and number of retrieval attempts.

Keywords: acute ischemic stroke, bridge treatment, good clinical outcome, associated factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não cấp tính là tình trạng tắc nghẽn cục bộ, cấp tính của động mạch não, gây thiếu máu tức thì vùng nhu mô não được cấp máu bởi động mạch đó.[1] Điều trị tái tưới máu, tức là giúp tái thông mạch sau nhồi máu não cấp giúp cải thiện kết cục lâm sàng cũng như giảm tỉ lệ tử vong. Điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch trong thời gian 4,5 giờ là điều trị chuẩn với bệnh nhân nhồi máu não cấp, làm giảm tỉ lệ tử vong cũng như giảm mức độ tàn tật. Bệnh nhân nhồi máu não do tắc các mạch lớn thuộc tuần hoàn não trước mặc dù được điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch hay không, vẫn có tới 60 – 80% bệnh nhân tử vong hoặc bị di chứng thần kinh nặng nề.[1]

Cho đến đầu năm 2015, một loạt các nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng kết hợp giữa tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và can thiệp nội mạch được công bố bao gồm các thử nghiệm MR CLEAN, ESCAPE, SWIFT PRIME, EXTEND IA, REVASCAT đều chỉ ra kết cục cải thiện lâm sàng ở nhóm kết hợp giữa tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và can thiệp nội mạch là cao hơn so với điều trị nội khoa đơn thuần, bao gồm cả tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch ở các bệnh nhân nhồi máu não do tắc các mạch máu lớn.[2] Chính vì thế hiệu quả của kết hợp can thiệp nội mạch với tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch giúp tối ưu hoá hiệu quả điều trị vẫn luôn là câu hỏi được đặt ra và được nghiên cứu hiện nay.[1,3]

Tại bệnh viện Bạch Mai, tiêu sợi huyết được áp dụng từ năm 2009 và lấy huyết khối cơ học từ năm 2012. Việc áp dụng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch bằng Alteplase kết hợp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học trong 4,5 giờ đầu có ưu điểm là tận dụng thời gian điều trị sớm của tiêu sợi huyết kết hợp khả năng tái thông mạch cao của lấy huyết khối để nâng cao hiệu quả hồi phục lâm sàng chính.[4] Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu não cấp hệ tuần hoàn trước điều trị Alteplase liều 0,9mg/kg kết hợp lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2018 – 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: bao gồm 1) Tuổi của bệnh nhân trên 18 tuổi; 2) Các triệu chứng khởi phát của đột quỵ rõ ràng dưới 270 phút trước khi dùng thuốc Alteplase; 3) Dưới 360 phút khi kết thúc can thiệp lấy huyết khối, chẩn đoán nhồi máu não cấp tính với điểm NIHSS ≥ 6. 4)Hình ảnh: tắc động mạch cảnh trong và/hoặc động mạch não giữa với ASPECTS ≥ 6.

Tiêu chuẩn loại trừ: bao gồm: 1) Bệnh nhân có điểm mRS trước đột quỵ ≥ 2; 2) Thời gian từ khi tiêu sợi huyết tới khi chọc mạch đùi > 60 phút. 3)Không tiếp cận được động mạch đùi; 4) Bệnh nhân dị ứng nặng với thuốc cản quang.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kết nghiên cứu**:** thiết kế nghiên cứu quan sát, phân tích, theo dõi dọc

Cỡ mẫu nghiên cứu: thuận tiện, chọn mẫu toàn bộ

Chỉ số nghiên cứu:

Biến số phụ thuộc: kết quả điều trị ngày thứ 90 theo thang điểm mRS

Thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) bao gồm[5]

- 0: Không có bất kỳ triệu chứng gì.
- 1: Không có tàn tật. Có thể thực hiện mọi hoạt động thường nhật mặc dù có triệu chứng nhẹ.
- 2: Tàn tật nhẹ. Có thể tự chăm sóc bản thân mà không cần hỗ trợ, nhưng không thể thực hiện toàn bộ hoạt động trước đây.
- 3: Tàn tật mức độ trung bình. Cần sự giúp đỡ nhưng vẫn có thể đi mà không cần giúp đỡ.
- 4: Tàn tật mức độ trung bình nặng. Không thể di chuyển cơ thể mà không có sự trợ giúp hoặc không thể đi mà không có sự trợ giúp.
- 5: Tàn tật nặng. Cần y tá chăm sóc thường xuyên, nằm tại giường.
- 6: Tử vong.

Biến số độc lập

- Lâm sàng: tuổi, giới, NIHSS ban đầu, mRS trước đột quỵ, đường máu mao mạch ban đầu, yếu tố nguy cơ (đột quỵ cũ, rung nhĩ, tăng huyết áp).
- Hình ảnh: điểm ASPECTS ban đầu, vị trí tắc mạch ban đầu trên CLVT hoặc CHT.

- Can thiệp: thời gian từ lúc khởi phát đến khi nhập viện, thời gian từ nhập viện đến bắt đầu dùng tiêu huyết khối, thời gian từ nhập viện tới chọc động mạch đùi, thời gian từ chọc động mạch đùi tới tái thông cuối cùng, sự kết hợp với tiêu huyết khối, phương pháp lấy huyết khối, số lần lấy huyết khối, phương pháp can thiệp giải cứu, mức độ tái thông mạch cuối cùng được chấm theo thang điểm TICI sửa đổi, các biến chứng trong can thiệp (thủng mạch hoặc lóc tách mạch).

Thang điểm TICI chia ra 4 mức độ dựa trên tình trạng tái thông mạch máu và mức độ tái tưới máu phía sau vị trí tắc ban đầu[6]

TICI 0 (không tưới máu): thuốc cản quang không đi qua vị trí động mạch tắc và không có dòng chảy phía sau.

TICI 1 (tái tưới máu nhỏ): thuốc cản quang đi qua vị trí động mạch tắc nhưng không thấy hiện hình toàn bộ các nhánh mạch tận.

TICI 2 (tái tưới máu phần lớn): thuốc cản quang đi qua vị trí động mạch tắc và hiện hình các nhánh mạch tận:

TICI 2a: hiện hình<2/3 các nhánh mạch tận.

TICI 2b: hiện hình toàn bộ các nhánh mạch tận nhưng tốc độ chậm và không rõ nét so với hình ảnh bình thường.

TICI 3 (tái tưới máu toàn bộ): thuốc cản quang đi qua vị trí động mạch tắc và hiện hình rõ nét toàn bộ các nhánh mạch tận với tốc độ bình thường.

- Tiêu chuẩn thành công khi TICI = 2b - 3.
- Tiêu chuẩn thất bại khi TICI = 0 – 1 – 2a.

- Căn nguyên đột quỵ theo phân loại TOAST: huyết khối tim, xơ vữa động mạch lớn, căn nguyên xác định khác hay căn nguyên không xác định.[7]

- Tiến triển sau can thiệp: chảy máu nội sọ (không triệu chứng hay có triệu chứng theo tiêu chuẩn SITS-MOST), biến cố bất lợi nặng (bất kỳ biến cố y khoa không mong muốn nào xảy ra trong thời gian bệnh nhân tham gia nghiên cứu gây tử vong hoặc tàn phế)

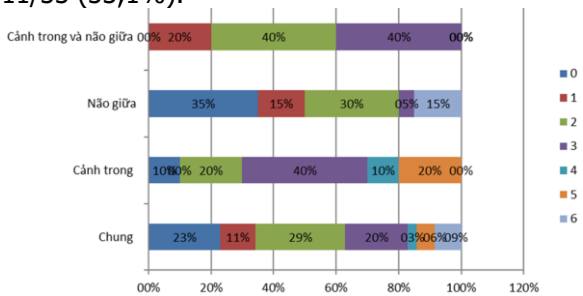
Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng chương trình phần mềm thống kê y học. Các thuật toán thống kê được áp dụng: Tính tỷ lệ phần trăm (%). Tính trung bình cộng, trung vị. Tính độ lệch chuẩn (standard deviation - SD): các thông số được trình bày dưới dạng trung bình cộng ± độ lệch chuẩn. Kiểm định kết quả bằng phương pháp so sánh cặp (t Student). Các khác biệt được cho là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Các thuật toán phi tham số. Phân tích hồi quy đa biến logistic: các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023, hồi cứu hồ sơ bệnh án bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu nhập Khoa Cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian 1/1/2018 đến 30/12/2020.

Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được chấp thuận theo khía cạnh khoa học và đạo đức theo quyết định số 1574/QĐ-BVBM của Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu: thu tuyển được 35 bệnh nhân vào nghiên cứu. Trong đó, nam giới chiếm 59,1%. Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là tăng huyết áp chiếm 43%, hút thuốc lá chiếm 31,4%, rung nhĩ chiếm 8,6%, đái tháo đường chiếm 8,6%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là liệt nửa người (100%), rối loạn ngôn ngữ (88,5%) và méo miệng (68,6%). Điểm NIHSS của nhóm nghiên cứu là 14 (IQR 6, 22); điểm Glasgow 15 (IQR 10, 15). Điểm ASPECT 6-7 chiếm 28,6%, ASPECT 8-10 chiếm 71,4%. Vị trí tắc mạch lớn thường gặp nhất là động mạch não giữa đơn thuần chiếm 20/35 (57,1%). Mức độ tái thông mạch theo thang điểm TICI: mức độ 2b-3 chiếm 94%. Số nỗ lực lấy huyết khối từ 2 lần trở xuống chiếm 63%. Tỉ lệ tái thông mạch vô nghĩa trong nghiên cứu của chúng tôi là 11/33 (33,1%).



Hình 1: Phân bố thang điểm mRS ngày thứ 90 theo vị trí tắc mạch não

Có 3 bệnh nhân tử vong (tương ứng mRS = 6) tại thời điểm 90 ngày, chiếm tỉ lệ 8,6% và cả 3 bệnh nhân này đều thuộc nhóm động mạch não giữa.

Bảng 1: Đặc điểm hai nhóm đạt kết quả điều trị tốt (mRS 0-2) và xấu (mRS 3-6)

	mRS 0-2 n=22	mRS 3-6 n=13	p
Tuổi (IQR)	64,5 (58-72,5)	71 (62,5-81)	0,03
Giới, nam, n, %	13 (59,1)	07 (53,8)	0,24
NIHSS ban đầu (IQR)	12 (10-14)	16 (12,5-19)	0,00

Rung nhĩ, n, %	2 (9,1)	1(7,7)	0,73
Tăng huyết áp, n, %	9 (40,9)	6(46,1)	0,19
Căn nguyên tim, n, %	6(27,2)	4(30,7)	0,21
Xơ vữa mạch lớn, n, %	6(27,2)	4(30,7)	0,39
Căn nguyên chưa xác định, n, %	10(45,5)	5(38,5)	0,24
Tắc động mạch cảnh trong, n, %	6(27,3)	4(30,8)	0,49
Tắc động mạch não giữa, n, %	12(54,5)	7(53,8)	0,62
Tắc ĐM cảnh trong và não giữa, n, %	3(13,6)	2(15,4)	0,47
ASPECT ban đầu, trung vị, IQR	7(7-8)	7(7-8)	0,19
Từ khởi phát tới nhập viện, phút	105,5 ±51,9	110,5 ±61,7	0,24
Từ khởi phát tới tiêu sợi huyết, phút	165,9 ±64,7	172,7 ±65,9	0,32
Từ khởi phát tới chọc mạch đùi, phút	205,8 ±54,5	210,8 ±77,8	0,53
Từ chọc mạch đùi tới tái thông, phút	36,7 ±27,6	41,3 ±34,8	0,54
Tái thông thành công, n, %	21(95,5)	12(92,3)	0,31
Số lần lấy huyết khối, trung vị, IQR	2(1-4)	3(2-5)	0,01
Chảy máu chuyển dạng, n, %	8(36,4)	5(38,5)	0,23
Chảy máu nội sọ có triệu chứng, n, %	2(9,1)	1(7,7)	0,73

Khi so sánh các đặc điểm của hai nhóm trên chúng tôi thấy: nhóm có kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-2) có tuổi thấp hơn, điểm NIHSS ban đầu thấp hơn và số lần lấy huyết khối ít hơn so với nhóm có kết cục lâm sàng xấu (mRS 3-6) ngày thứ 90. Dựa vào đây chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến 3 yếu tố trên liên quan tới kết quả điều trị tốt mRS 0-2 ngày thứ 90 cho kết quả như Bảng 2.

Bảng 2: Hồi quy logistic đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan kết quả điều trị tốt mRS 0-2 ngày thứ 90

	OR chưa hiệu chỉnh	**95% CI**	**p**	**OR hiệu chỉnh**	**95% CI**	**p**
Tuổi, Tăng mỗi 1 tuổi	0,93	0,87-0,96	0,03	0.91	0,82-0,98	0,04
NIHSS ban đầu Tăng mỗi 1 điểm	0,97	0,95-0,99	0,04	0,95	0,92-0,98	0,02
Số lần lấy huyết khối Tăng mỗi 1 lần	0,67	0,59-0,77	0,02	0,62	0,55-0,68	0,03

IV. BÀN LUẬN

Tiêu chí đánh giá hiệu quả điều trị chính của chúng tôi là tỉ lệ hồi phục lâm sàng tại thời điểm 3 tháng qua thang điểm Rankin sửa đổi. Tiêu chí thành công là tỉ lệ điểm Rankin sửa đổi 0-2 tại thời điểm 3 tháng. Đây cũng là tiêu chuẩn được áp dụng hầu hết ở các nghiên cứu về đột quỵ hiện nay. Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu, có 22 bệnh nhân có điểm Rankin sửa đổi ngày thứ 90 là 0 – 2 chiếm tỉ lệ 62,8%, không có sự khác biệt về tỉ lệ giữa các nhóm. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với tỉ lệ hồi phục lâm sàng theo thang điểm Rankin sửa đổi 0-2 tại thời điểm 90 ngày của nhóm can thiệp mạch của tác giả Nguyễn Hoàng Ngọc và cộng sự là 58,7%, tác giả Berkhemer trong nghiên cứu MR CLEAN là 33%, tác giả Goyal trong nghiên cứu ESCAPE là 53%, tác giả Saver trong nghiên cứu SWIFT PRIME là 60%, tác giả Jovin trong nghiên cứu REVASCAT là 44% và thấp hơn với kết quả của tác giả Campbell trong nghiên cứu EXTEND IA là 71%, và thấp hơn so với nghiên cứu của Mai Duy Ton là 69.8%.[8]

Bảng 3: So sánh đặc điểm các nghiên cứu tương tự

Tác giả/Nghiên cứu	**mRS 0-2**	**Tiêu chuẩn điểm NIHSS**	**Trung vị điểm NIHSS**	**Tiêu chuẩn ASPECTS**	**ASPECTS**	**% tiêu sợi huyết**	**Thời gian tái thông**
EXTEND-IA	71%	Không giới hạn	15	Không giới hạn	Không dữ liệu	100%	248
MR CLEAN	33%	≥ 2	18	Không giới hạn	9	87%	>260
ESCAPE	53%	≥ 6	17	≥ 6	9	76%	241
SWIFT PRIME	60%	≥ 8	17	≥ 6	9	100%	252
REVASCAT	44%	≥ 6	17	≥ 6	7	73%	355
Mai Duy Ton	69,8%	≥ 6	15,5	≥ 6	8	100%	251
Chúng tôi	62,8%	≥ 6	14	≥ 6	8	100%	247

Để lí giải kết quả của nghiên cứu chúng tôi tiến hành so sánh chi tiết từng nghiên cứu sau đây. Đầu tiên là nghiên cứu MR CLEAN của tác giả Berkhemer và cộng sự, là nghiên cứu được

công bố đầu tiên chỉ ra lợi ích của can thiệp nội mạch so với điều trị thông thường ở bệnh nhân tắc mạch lớn tuần hoàn não trước. Tuy nhiên tỉ lệ mRS 0-2 của nhóm can thiệp của nghiên cứu chỉ là 33%. Một số điểm của nghiên cứu MR CLEAN được chỉ ra để lí giải cho kết quả này so với kết quả của các nghiên cứu khác: (1) không sử dụng tiêu chuẩn điểm ASPECTS, phân tích sau này chỉ ra có tới 30 bệnh nhân có điểm ASPECTS 0-4 và chỉ duy nhất 1 bệnh nhân có mRS 2 tại thời điểm 3 tháng 128, (2) điểm NIHSS khi nhập viện 18, (3) tỉ lệ tiêu sợi huyết trong nghiên cứu 87%, (4) tỉ lệ sử dụng dụng cụ can thiệp thế hệ thứ 2 chỉ chiếm 81,5%, trong nghiên cứu này vẫn còn có 10,3% sử dụng thuốc tiêu sợi huyết đường động mạch (đây có lẽ là lí do chỉ ra tỉ lệ tái thông thấp sau can thiệp sẽ được trình bày sau này), thời gian từ khi khởi phát tới khi tái thông kéo dài > 260 phút.

Nghiên cứu ESCAPE của tác giả Goyal có tiêu chuẩn lựa chọn tương tự nghiên cứu của chúng tôi với ASPECTS ≥ 6, NIHSS ≥ 6, tuy nhiên lí giải cho việc kết quả hồi phục thần kinh thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có lẽ do: (1) thời gian thu tuyển bệnh nhân kéo dài tới 12 giờ (trong 316 bệnh nhân có 49 bệnh nhân ngoài cửa sổ 6 giờ), (2) điểm NIHSS nhập viện cao hơn, (3) tỉ lệ tiêu sợi huyết phối hợp 76%.[8]

Nghiên cứu SWIFT PRIME của tác giả Saver ở nhóm can thiệp mạch, 100% bệnh nhân được phối hợp với tiêu sợi huyết tĩnh mạch, thời gian tái thông tương đương nghiên cứu của chúng tôi là 252 phút tuy nhiên bệnh nhân trong nghiên cứu SWIFT PRIME có điểm NIHSS khi ngập viện là 17, cao hơn của chúng tôi là 14, đây có thể là lí do giải thích tỉ lệ hồi phục kết cục thần kinh của chúng tôi có xu hướng cao hơn.

Nghiên cứu EXTEND IA cho kết quả hồi phục chức năng sau 3 tháng ở nhóm can thiệp là 71%, cao hơn với kết quả của chúng tôi. Nghiên cứu EXTEND IA là nghiên cứu áp dụng chụp tưới máu não, đánh giá lõi nhồi máu với tiêu chuẩn thu tuyển là thể tích lõi nhồi máu dưới 70 ml (thay vì điểm ASPECTS), tỉ lệ tiêu sợi huyết nhóm can thiệp là 100%, và điểm NIHSS khi nhập viện trong nghiên cứu này chỉ là 15 kết quả của nghiên cứu EXTEN IA tương đương với nghiên cứu Mai Duy Ton, cao hơn với nghiên cứu của chúng tôi.[8] Nhưng nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân có tuần hoàn bang hệ kém, ASPECT ≥ 6, cả 4 bệnh nhân này đều có tiên lượng kém mRS ngày thứ 90 trong khoảng 3 – 6, còn nghiên cứu của Mai Duy Ton không có bệnh nhân nào tuần hoàn bàng hệ kém.

Những lí do trên đây giải thích tỉ lệ hồi phục lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với nghiên cứu EXTEND IA, và cao hơn các nghiên cứu khác.3 Một số điểm được chỉ ra: (1) thời gian can thiệp và tái thông ngắn, (2) điểm NIHSS khi nhập viện, (3) điểm ASPECTS, (4) tỉ lệ điều trị tiêu sợi huyết, (5) mức độ tái thông sau can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não cấp hệ tuần hoàn trước điều trị kết hợp alteplase và lấy huyết khối cơ học đạt kết quả điều trị tốt là 62,9% và một số yếu tố liên quan là tuổi (OR 0,91; 95%CI 0,82-0,98; p=0,04), điểm NIHSS ban đầu (OR 0,95; 95% CI 0,92-0,98; p=0,02), số lần lấy huyết khối (OR 0,62; 95%CI 0,55-0,68; p=0,03).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al.** Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019;50(12):e344-e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211
2. **Turc G, Bhogal P, Fischer U, et al.** European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke. J NeuroInterventional Surg. Published online March 1, 2019. doi:10.1136/neurintsurg-2018-014569
3. **Berge E, Whiteley W, Audebert H, et al.** European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. Eur Stroke J. 2021;6(1):I-LXII. doi:10.1177/2396987321989865
4. **Anh N, Luu V, Khoe L, et al.** Effect of mechanical thrombectomy with vs. without intravenous thrombolysis in acute ischemic stroke. Clin Ter. 2022;173:257-264. doi:10.7417/CT.2022.2429
5. **Banks JL, Marotta CA.** Outcomes Validity and Reliability of the Modified Rankin Scale: Implications for Stroke Clinical Trials. Stroke. 2007;38(3):1091-1096. doi:10.1161/01.STR.0000258355.23810.c6
6. **Fugate JE, Klunder AM, Kallmes DF.** What Is Meant by "TICI"? AJNR Am J Neuroradiol. 2013;34(9):1792-1797. doi:10.3174/ajnr.A3496
7. **Chung J, Park SH, Kim N, et al.** Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) Classification and Vascular Territory of Ischemic Stroke Lesions Diagnosed by Diffusion-Weighted Imaging. J Am Heart Assoc. 3(4):e001119. doi:10.1161/JAHA.114.001119
8. **Mai DT, Dao VP, Nguyen VC, et al.** Low-Dose vs. Standard-Dose Intravenous Alteplase in Bridging Therapy Among Patients With Acute Ischemic Stroke: Experience From a Stroke Center in Vietnam. Front Neurol. 2021;12:653820. doi:10.3389/fneur.2021.653820