

của túi phình, có triệu chứng lâm sàng và bạch cầu cao là những yếu tố góp phần làm tăng tỉ lệ tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật [6], [7].

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ sống còn tại thời điểm 10 năm chiếm 64,8% mẫu nghiên cứu. Các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự chúng tôi. Tác giả Chandra V, tác giả Blair R lần lượt chiếm 51% và 72%. Biến chứng chiếm tỉ lệ cao gồm tắc miêng nối, nhiễm trùng prothese và giả phình miêng nối lần lượt chiếm 8,6%; 5,7% và 3,3% mẫu nghiên cứu. Các tác giả khác cũng có ít biến chứng như trong nghiên cứu chúng tôi [5], [7], [8]. Qua đây cho thấy phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng có tỉ lệ sống còn cao và ít biến chứng trong thời gian theo dõi.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có tỉ lệ thành công về kỹ thuật cao, ít biến chứng và tỉ lệ sống cao ở giai đoạn theo dõi. Do đó, phương pháp này đem lại hiệu quả, an toàn và ít biến chứng

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hertzer NR, Mascha EJ, Karafa MT, O'Hara PJ, Krajewski LP, Beven EG. Open infrarenal abdominal aortic aneurysm repair: the Cleveland Clinic experience from 1989 to 1998. *J Vasc Surg.* 2002;35(6):1145-1154.
- AlOthman O, Bobat S. Comparison of the short and long-term outcomes of endovascular repair and open surgical repair in the treatment of unruptured abdominal aortic aneurysms: meta-analysis and systematic review. *Cureus.* 2020;12(8):e9683.

- Giannopoulos S, Kokkinidis DG, Armstrong EJ. Long-Term outcomes of endovascular vs open surgical repair for Abdominal Aortic Aneurysms: a meta-analysis of randomized trials. *Cardiovasc Revasc Med.* 2020;21(10):1253-1259.
- Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, Lee WA, Mansour MA, Mastracci TM, Mell M, Murad MH, Nguyen LL, Oderich GS, Patel MS, Schermerhorn ML, Starnes BW. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2018;67:2.e2-77.e2. doi: 10.1016/j.jvs.2017.10.044
- Blair R, Harkin D, Johnston D, Lim A, McFetridge L, Mitchell H. Open Surgical Repair for Abdominal Aortic Aneurysm: 980 Consecutive Patient Outcomes from a High-Volume Centre in the United Kingdom. *Vasc Endovascular Surg.* 2023 Jul;57(5):463-470.
- Gruber M, Sotir A, Klopff J, Lakowitsch S, Domenig C, Wanhainen A, Neumayer C, Busch A, Eilenberg W. Operation time and clinical outcomes for open infrarenal abdominal aortic aneurysms to remain stable in the endovascular era. *Front Cardiovasc Med.* 2023 Nov 14;10:1213401.
- Cvetkovic S, Koncar I, Ducic S, Zlatanovic P, Mutavdzic P, Maksimovic D, Kukic B, Markovic D, Davidovic L. Early and long-term results of open repair of inflammatory abdominal aortic aneurysms: Comparison with a propensity score-matched cohort. *J Vasc Surg.* 2020 Sep;72(3):910-917.
- Chandra V, Tranq K, Virain-Downey W, Dalman RL, Mell MW. Long-term outcomes after repair of symptomatic abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2018 Nov;68(5):1360-1366.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỐT SAU LẤY HUYẾT KHỐI Ở BỆNH NHÂN TẮC M2 ĐƠN ĐỘC

Nguyễn Minh Anh<sup>1</sup>, Mai Duy Tôn<sup>1,2,3</sup>, Đinh Trung Hiếu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm ra tỷ lệ kết cục điều trị, và các yếu tố tiên lượng sự độc lập về chức năng ở thời điểm 3 tháng sau khi can thiệp lấy huyết khối đối với các bệnh nhân đột quy thiếu máu não do tắc nhánh M2 đơn độc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 52 bệnh nhân tại

Trung tâm Đột Quy - Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2021 - 2022. Bệnh nhân đột quy thiếu máu não do tắc M2 được điều trị lấy huyết khối, có thể kết hợp thêm tiêu sợi huyết hoặc không tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch. Mục tiêu tiên phát là tìm ra tỷ lệ kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-2). Phân tích hồi quy đa biến được thực hiện nhằm tìm ra các yếu tố tiên lượng kết cục tốt ở thời điểm sau 3 tháng. **Kết quả:** 52 bệnh nhân được tuyển chọn (gồm 25 nam (48,1%), tuổi trung vị là 68 (60-76)). Điểm trung vị NIHSS và ASPECTS lúc thời điểm nhập viện lần lượt là: 12 (9-15) và 7 (6-8). Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị lấy huyết khối cơ học kết hợp với tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch là 14 bệnh nhân (26,9%). Sau 3 tháng, 31 bệnh nhân (59,6%) đạt kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-2). Phân tích đa biến chỉ ra rằng tái thông thành công (mTICI 2b-3) liên quan độc lập với kết cục lâm sàng tốt ở thời điểm sau 3 tháng (OR=51,33; 95% KTC: 3,81-691,02; p=0,003). **Kết**

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Anh

Email: dr.minhanh207.man@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

**luận:** Trong nghiên cứu, tỷ lệ kết cục lâm sàng tốt là 59,6% ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não do tắc M2 được lấy huyết khối cơ học. Tái thông thành công (mTICI 2b-3) là yếu tố tiên lượng độc lập tới kết cục lâm sàng tốt sau 3 tháng. **Từ khóa:** Yếu tố tiên lượng, đột quỵ thiếu máu não do tắc M2, can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học.

## SUMMARY

### RESULTS AND PREDICTORS OF GOOD OUTCOME AFTER THROMBECTOMY FOR ISOLATED M2 OCCLUSION: DATA FROM A STROKE CENTER IN VIETNAM

**Background and aims:** Mechanical thrombectomy (MT) for acute ischemic stroke (AIS) with medium-size vessel occlusions is a matter of controversy. This study aimed to find out the predictors of favorable outcomes 3 months after MT for acute ischemic stroke patients with isolated M2 occlusions at Bach Mai Stroke Center (BMSC). **Methods:** A cross-sectional retrospective study was conducted at BMSC from January 2021 to May 2022. The AIS patients due to M2 occlusion treated with mechanical thrombectomy with or without intravenous thrombolysis were recruited. The primary endpoint was the rate of favorable outcomes (defined as mRS 0-2). Multivariate regression analysis was performed to find out the predictors of favorable outcomes after 3 months. **Results:** 52 patients were recruited (males 48.1%; median age 68 (60-76)). The baseline NIHSS and ASPECTS scores were 12 (9-15), and 7 (6-8), respectively. The bridging therapy was applied in 14 (26.9%) patients. After 3 months, 31 (59.6%) patients got favorable outcomes (mRS 0-2). The multivariate regression model revealed that a successful recanalization (mTICI 2b-3) independently related to a 90th-day good outcome (OR=51.33; 95% CI: 3.81-691.02; p=0.003). **Conclusion:** In this study, a good outcome was observed in 59.6% of AIS patients due to M2 occlusion receiving thrombectomy therapy. A successful recanalization (mTICI 2b-3) was the independent predictor of a favorable outcome after 3 months. **Keywords:** Predictors, Acute ischemic stroke patients due to M2 occlusion, mechanical thrombectomy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đã chứng minh tính an toàn và hiệu quả của phương pháp điều trị can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học trong đột quỵ thiếu máu não do tắc mạch máu lớn<sup>1</sup>. Tắc mạch máu lớn được định nghĩa là tắc nghẽn ở động mạch cảnh trong và đoạn M1 của động mạch não giữa. Do đó, đối với những bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não do tắc mạch lớn, can thiệp lấy huyết khối cơ học đã được đưa vào thực hành lâm sàng hàng ngày của các trung tâm đột quỵ, cũng như trong các hướng dẫn quốc tế<sup>2</sup>.

Hiện nay, can thiệp lấy huyết khối cơ học đối với nhóm bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não do

tắc mạch não kích thước trung bình vẫn còn là một vấn đề gây nhiều tranh cãi. Nhiều đơn vị đột quỵ có xu hướng tiến hành lấy huyết khối đối với nhóm bệnh nhân này, đặc biệt là đối với phân đoạn M2 động mạch não giữa. Liệu lấy huyết khối cơ học có an toàn hơn và hiệu quả hơn so với điều trị nội khoa tối ưu (có thể tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch hoặc không tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch kèm theo) trong điều trị bệnh nhân tắc mạch M2 hay không đang trở thành những câu hỏi quan trọng cần được giải đáp<sup>3</sup>.

Tại Việt Nam, chỉ định lấy huyết khối cơ học ở nhóm bệnh nhân tắc mạch não trung bình đang còn hạn chế, thường chỉ tập trung tại một số trung tâm đột quỵ lớn. Những khó khăn thường được đưa ra đó là: chưa có các hướng dẫn điều trị uy tín cụ thể cho chỉ định này, hay can thiệp mạch ở các nhánh xa thường gặp khó khăn hơn về mặt kỹ thuật và các dụng cụ có sẵn. Hơn nữa, các nghiên cứu phần nhiều tập trung vào việc mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân này, mà chưa đi sâu vào phân tích kết quả điều trị cũng như các yếu tố liên quan đến kết cục lâm sàng tốt.

Với mong muốn góp phần vào việc hướng dẫn điều trị và tiên lượng cho các bệnh nhân tắc mạch não M2 tại Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhóm bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não do tắc M2 được lấy huyết khối cơ học nhằm tìm ra: *Kết cục điều trị và các yếu tố tiên lượng kết cục lâm sàng tốt tại thời điểm sau 3 tháng ở nhóm bệnh nhân này.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi  $\geq 18$
- Đột quỵ thiếu máu não cấp trong vòng 24h tính từ lúc khởi phát triệu chứng hoặc tính từ thời điểm cuối cùng bệnh nhân còn bình thường.
- Điểm NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scales)  $\geq 6$  tại thời điểm nhập viện.
- Có bằng chứng tắc đoạn M2 động mạch não giữa trên cắt lớp vi tính mạch não hoặc cộng hưởng từ mạch não.
- Triệu chứng đột quỵ thiếu máu não cấp phù hợp với mạch M2 bị tắc.
- Bệnh nhân được điều trị can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tắc đồng thời các nhánh: động mạch cảnh trong, động mạch thân nền, động mạch não trước hoặc động mạch não sau kèm theo.
- Chảy máu nội sọ bất kỳ.

- Tàn tật nặng tại thời điểm trước nhập viện (điểm Rankin sửa đổi  $\geq 3$ )

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đơn trung tâm.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** chọn mẫu thuận tiện. Hồi cứu các hồ sơ bệnh án đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

**Chỉ số nghiên cứu:** Các biến số ứng viên cho yếu tố tiên lượng bao gồm:

- Lâm sàng: Tuổi, giới, tiền sử bệnh nhân (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, đột quỵ cũ, suy tim), rung nhĩ, NIHSS nhập viện, chỉ số huyết áp.

- Cận lâm sàng: đường máu, chỉ số tiểu cầu, chỉ số mỡ máu.

- Hình ảnh học: điểm ASPECTS, vị trí tắc mạch trên phim chụp ban đầu.

- Điều trị tái tưới máu: thời gian từ khi khởi phát tới lúc nhập viện, thời gian từ nhập viện đến bắt đầu dùng thuốc tiêu sợi huyết, mức độ tái thông mạch cuối cùng được chăm theo thang điểm TICI sửa đổi (mTICI)<sup>4</sup>.

- Tiến triển sau điều trị: NIHSS tại thời điểm sau 24 giờ điều trị tái tưới máu, biến chứng chảy máu chuyển dạng theo phân độ của Heidelberg<sup>5</sup>.

- Biến số đầu ra: đầu ra lâm sàng cuối cùng chăm theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) tại thời điểm 90 ngày sau khởi phát. Đầu ra lâm sàng tốt được định nghĩa với điểm mRS  $\leq 2$ .

Thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) bao gồm:

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.

### Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu này thực hiện bằng cách hồi cứu các hồ sơ bệnh án có ngày vào viện trong thời gian từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 05 năm 2022 tại Trung tâm Đột Quỵ - Bệnh viện Bạch Mai.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị hoặc trung bình và độ lệch chuẩn.

Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng

tần suất và phần trăm. Các biến số lâm sàng, hình ảnh, can thiệp, căn nguyên đột quỵ, tiến triển sau can thiệp được so sánh giữa hai nhóm dựa vào đầu ra lâm sàng bằng kiểm định T-test, kiểm định chi bình phương và Mann-Whitney U test.

Phân tích hồi quy đơn biến để xác định các yếu tố liên quan đến kết quả phục hồi lâm sàng tốt, sau đó đưa các yếu tố này vào mô hình hồi quy đa biến để tính ra chỉ số OR (odds ratio) cho mỗi liên quan giữa các yếu tố tiên lượng và đầu ra.

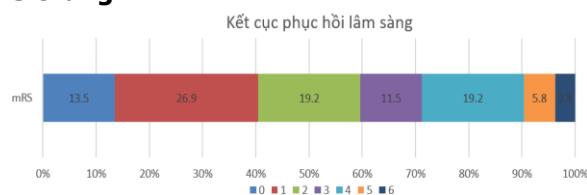
Các số liệu được nhập và xử lý dựa trên phần mềm SPSS bản 22.0.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu này chỉ hồi cứu các số liệu bệnh án của bệnh nhân đột quỵ não được điều trị tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai, mà không có bất kỳ can thiệp nào trên người bệnh, do vậy không gây bất kỳ ảnh hưởng nào đến kết quả điều trị của bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu.** Từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 05 năm 2022, có tổng cộng 52 bệnh nhân được tuyển vào nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu gồm 25 nam (48,1%) và 27 nữ (51,9%); trung vị tuổi là 68 (IQR, 60 - 76). Trung vị điểm NIHSS ban đầu là 12 (IQR, 9 - 15). Trung vị điểm Aspects ban đầu là 7 (IQR, 6 - 8). Tắc đoạn gốc M2 động mạch não giữa gồm 27 bệnh nhân (51,9%), tắc đoạn M2 trái gồm 32 bệnh nhân (61,5%). Trong các phương pháp điều trị tái tưới máu: can thiệp nội mạch đơn thuần là 38 bệnh nhân (73,1%), và 14 bệnh nhân (26,9%) điều trị kết hợp tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và can thiệp nội mạch.

### 3.2. Tỷ lệ kết cục phục hồi lâm sàng sau 3 tháng



Trong 52 bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp do tắc nhánh M2 được lấy huyết khối cơ học: có 31 bệnh nhân (59,6%) có kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-2), còn lại 21 bệnh nhân (40,4%) có kết cục lâm sàng xấu (mRS 3-6) sau 3 tháng.

**3.3. Yếu tố tiên lượng kết quả phục hồi lâm sàng tốt sau 3 tháng.** Bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi chia 2 nhóm dựa trên đầu ra lâm sàng ở thời điểm sau 90 ngày: kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-2) và kết cục lâm sàng xấu (mRS 3-6). Bằng cách so sánh các đặc điểm của 2 nhóm như bảng 1, chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê ở một số đặc điểm: điểm NIHSS 3, tắc nhánh M2 bên trái và điểm NIHSS giảm từ thời điểm nhập viện, mức độ tái thông mTICI 2b- 4 điểm trở lên sau 24 giờ nhập viện.

**Bảng 1: So sánh đặc điểm 2 nhóm dựa trên đầu ra lâm sàng**

	mRS 0-2 (n=31)	mRS 3-6 (n=21)	P
<b>Tuổi, năm, M ± SD</b>	67,6 ± 10,2	70,8 ± 13,2	0,345 <sup>I</sup>
<b>Trung vị (IQR)</b>	68 (60-74)	70 (61-83)	
<b>Nam giới, n (%)</b>	16 (51,6)	9 (42,9)	0,54 <sup>S</sup>
<b>Bệnh đồng mắc</b>			
Tăng huyết áp, n (%)	17 (54,8)	9 (42,9)	0,40 <sup>S</sup>
Đái tháo đường, n (%)	5 (16,1)	2 (9,5)	0,69 <sup>S</sup>
Rung nhĩ, n (%)	5 (16,1)	3 (14,3)	0,86 <sup>S</sup>
Bệnh lý van tim, n (%)	5 (16,1)	2 (9,5)	0,69 <sup>S</sup>
Tiền sử đột quỵ não, n (%)	2 (6,5)	3 (14,3)	0,38 <sup>S</sup>
<b>Tình trạng nhập viện</b>			
Nihss nhập viện, M ± SD	10,9 ± 3,8	14,2 ± 3,9	0,007 <sup>II*</sup>
<b>Trung vị (IQR)</b>	12 (7-13)	14 (12-18)	
HA tâm thu (mmHg), M ± SD	143,8 ± 21,3	141,6 ± 21,2	0,72 <sup>I</sup>
Đường máu nhập viện (mmol/l), M ± SD	6,8 ± 1,8	7,7 ± 2,9	0,22 <sup>I</sup>
Tiểu cầu (G/L), M ± SD	242,0 ± 71,6	262,3 ± 59,2	0,27 <sup>I</sup>
Chỉ số LDL-C (mmol/l), M ± SD	2,5 ± 0,7	2,9 ± 0,8	0,23 <sup>I</sup>
Thời gian khởi phát tới lúc nhập viện (phút), M ± SD	272,0 ± 181,0	251,2 ± 151,4	0,58 <sup>I</sup>
Thời gian nhập viện tới lúc TSH (phút), M ± SD	35,2 ± 7,5	35,1 ± 8,0	0,98 <sup>I</sup>
Thời gian nhập viện tới lúc LHK (phút), M ± SD	106,7 ± 44,3	93,6 ± 30,6	0,23 <sup>I</sup>
<b>Hình ảnh học</b>			
Aspects, trung vị (IQR)	8 (6-8)	7 (6-8)	0,25 <sup>II</sup>
Tắc gốc M2, n (%)	16 (51,6)	11 (52,4)	0,96 <sup>S</sup>
Tắc M2 trái, n (%)	15 (48,4)	17 (81,0)	0,02 <sup>S*</sup>
<b>Tiêu sợi huyết, n (%)</b>	8 (25,8)	6 (28,6)	0,83 <sup>S</sup>
<b>Kết quả điều trị</b>			
Tái thông mTICI 2b-3, n (%)	30 (96,8)	8 (38,1)	<0,001 <sup>S*</sup>
Chuyển dạng chảy máu có triệu chứng, n (%)	1 (3,2)	2 (9,5)	0,59 <sup>S</sup>
Nihss giảm từ 4 điểm	22 (71,0)	8 (38,1)	0,02 <sup>S*</sup>

*Ghi chú:* I<sup>p</sup> tính theo T-test; S<sup>p</sup> tính theo kiểm định chi bình phương; II<sup>p</sup> tính theo test Mann - Whitney U; \*p < 0,05. IQR: Khoảng tứ phân vị; TSH: tiêu sợi huyết; LHK: lấy huyết khối; M: trung bình; SD: độ lệch chuẩn.

Trong phân tích đơn biến, các yếu tố được xác định liên quan đến kết cục lâm sàng tốt gồm: điểm NIHSS thời điểm nhập viện, mức độ

tái thông mTICI 2b-3, tắc nhánh M2 bên trái và điểm NIHSS giảm từ 4 điểm trở lên sau 24 giờ nhập viện. Tuy nhiên trong phân tích hồi quy đa biến chỉ có mức độ tái thông mTICI 2b-3 (OR=51,33; 95% CI: 3,81-691,02; p=0,003) là yếu tố tiên lượng độc lập cho kết cục lâm sàng tốt sau 3 tháng (bảng 2).

	OR chưa hiệu chỉnh	95% KTC	p	OR hiệu chỉnh	95% KTC	p
Nihss nhập viện, giảm mỗi 1 điểm	1.25	1.06-1.48	0.008	1.23	0.96 - 1.58	0.109
Tắc M2 trái	0.22	0.06-0.81	0.022	0.19	0.02 - 2.04	0.170
mTICI 2b-3	48.75	5.52-430.54	<0.001	51.33	3.81 - 691.02	0.003
Nihss giảm từ 4 điểm	3.97	1.23-12.84	0.021	3.40	0.55 - 21.00	0.187

OR: tỷ suất chênh (Odd ratio); KTC: khoảng tin cậy.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não do tắc đơn độc nhánh M2, được lấy huyết khối cơ học có kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-2) là 59,6%. Tỷ lệ này của chúng tôi tương đương với tỷ lệ trong một phân

tích gộp các dữ liệu được lấy từ các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng từ nghiên cứu HERMES. Trong nghiên cứu HERMES có 67 bệnh nhân được lấy huyết khối cơ học do tắc đoạn M2, tỷ lệ kết cục lâm sàng tốt đạt được ở 39 bệnh nhân (58,2%)<sup>6</sup>. Nghiên cứu của Yi Xu vào năm 2023,

ngiên cứu 42 bệnh nhân tắc M2 được lấy huyết khối cơ học trong cửa sổ 6 giờ đầu từ khi khởi phát triệu chứng, kết quả có tới 32 bệnh nhân (76,2%) có kết cục lâm sàng tốt<sup>3</sup>. Mặc dù nghiên cứu của Yi Xu là một nghiên cứu đơn trung tâm và số lượng bệnh nhân không quá lớn, nhưng chúng ta cũng có thể thấy được hiệu quả điều trị lấy huyết khối ở bệnh nhân tắc M2 ngày càng được nâng cao nhờ vào sự đánh giá chỉ định lấy huyết khối kỹ càng, hay kỹ năng ngày càng cao của các nhà điện quang can thiệp cũng như dụng cụ can thiệp ngày càng tinh xảo hơn.

Tại Mỹ, trong một nghiên cứu quan sát đời thực, Muhib Khan nghiên cứu 90 bệnh nhân tắc M2 đơn độc, kết quả chỉ ra rằng các yếu tố ảnh hưởng độc lập đến kết cục lâm sàng tốt sau 3 tháng của bệnh nhân bao gồm: tuổi < 80, điểm NIHSS nhập viện  $\leq 10$  và thể tích lõi thiếu máu < 26 ml tại thời điểm nhập viện<sup>7</sup>. Trong một đăng ký số bộ tại Đức, đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân tắc nhánh M2 được can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học. Kết quả chỉ ra rằng, các yếu tố như tuổi trẻ hơn, điểm NIHSS lúc nhập viện thấp hơn, sử dụng thuốc tiêu sợi huyết trước can thiệp nội mạch và tái thông thành công mức độ mTICI 2b-3 có liên quan tốt đến kết cục phục hồi chức năng độc lập sau 3 tháng. Ngược lại, bệnh lý tiểu đường và số lần lấy huyết khối cao hơn lại có liên quan xấu đến kết cục phục hồi chức năng độc lập sau 3 tháng<sup>8</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi so sánh đặc điểm 2 nhóm dựa trên đầu ra lâm sàng, chúng tôi thấy tái thông mức độ mTICI 2b-3 và mức giảm NIHSS từ 4 điểm trở lên sau 24h nhập viện ở nhóm mRS 0-2 cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) so với nhóm mRS 3-6 (bảng 1). Ngược lại, điểm NIHSS lúc nhập viện và tắc M2 trái ở nhóm mRS 0-2 lại thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mRS 3-6 (bảng 1). Lý giải cho điều này, chúng ta biết các bệnh nhân tắc M2 trái thường là những bệnh nhân tổn thương bán cầu ưu thế; nên khi tổn thương bán cầu ưu thế, bệnh nhân thường có xu thế hồi phục mức độ lâm sàng kém hơn so với bán cầu không ưu thế.

Tuy nhiên, khi đưa các yếu tố tiên lượng này vào phân tích đơn biến và đa biến thì chỉ có yếu tố tái thông thành công mức độ mTICI 2b-3 là có ý nghĩa thống kê: OR hiệu chỉnh = 51,33 (95% KTC: 3,81-691,02;  $p = 0,003$ ).

**Các hạn chế:** Nghiên cứu này có 3 hạn chế chính. Thứ nhất là số lượng bệnh nhân giới hạn trong một nghiên cứu đơn trung tâm. Thứ hai, định nghĩa giải phẫu chính xác của nhánh M2 vẫn còn đang gây tranh cãi, và sẽ có sự sai lệch

khi sử dụng đồng thời cả phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu và cộng hưởng từ mạch máu khi xác định nhánh tắc M2. Cuối cùng, quyết định điều trị lấy huyết khối M2 thường chưa thống nhất ở các bác sĩ lâm sàng mà phụ thuộc nhiều vào đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học tại thời điểm ban đầu của bệnh nhân; đó cũng là một trong các yếu tố nhiều cần tính đến.

## V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-2) của bệnh nhân tắc M2 được điều trị can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học sau 3 tháng là 59,6%. Tỷ lệ tái thông thành công mTICI 2b-3 là yếu tố tiên lượng độc lập đến kết cục lâm sàng tốt của nhóm bệnh nhân này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Goyal, M. et al.** Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: A meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet* 387(10029), 1723–1731 (2016).
- 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
- Xu Y, Fu W, Wang Y, Bi Q, Wang Q, Yang L, Zhang Q and Wang F** (2023). Endovascular treatment for acute M2 occlusion stroke within 6 hours—a retrospective real-world evidence. *Front. Cardiovasc. Med.* 9:1063078. doi: 10.3389/fcvm.2022.1063078.
- Chamorro A, Blasco J, López A, et al.** Complete reperfusion is required for maximal benefits of mechanical thrombectomy in stroke patients. *Sci Rep.* 2017;7:11636. doi:10.1038/s41598-017-11946-y
- Von Kummer R, Broderick JP, Campbell BCV, et al.** The Heidelberg Bleeding Classification: Classification of Bleeding Events After Ischemic Stroke and Reperfusion Therapy. *Stroke*. 2015; 46(10): 2981-2986. doi:10.1161/STROKEAHA.115.010049
- Menon BK, Hill MD, Davalos A, Roos YBWEM, Campbell BCV, Dippel DWJ, Guillemin F, Saver JL, van der Lugt A, Demchuk AM, Muir K, Brown S, Jovin T, Mitchell P, White P, Bracad S, Goyal M.** Efficacy of endovascular thrombectomy in patients with M2 segment middle cerebral artery occlusions: meta-analysis of data from the HERMES Collaboration. *J Neurointerv Surg.* 2019 Nov;11(11):1065-1069. doi: 10.1136/neurintsurg-2018-014678. Epub 2019 Apr 11.
- Khan M, Goddeau RP Jr, Zhang J, Moonis M, Henninger N.** Predictors of Outcome following Stroke due to Isolated M2 Occlusions.

Cerebrovasc Dis Extra. 2014 Mar 7;4(1):52-60.  
doi: 10.1159/000360075.

8. **Kniep H, Meyer L, Broocks G, Bechstein M, Guerreiro H, Winkelmeier L, Brekenfeld C, Flottmann F, Deb-Chatterji M, Alegiani A, Hanning U, Thomalla G, Fiehler J, Gellißen**

**S;** German Stroke Registry – Endovascular Treatment (GSR – ET). Predictors of functional outcome after thrombectomy for M2 occlusions: a large scale experience from clinical practice. Sci Rep. 2023 Oct 31;13(1):18740.

## DÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SẸO LỒI VÀNH TAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

Lê Thị Thu Hải<sup>1</sup>, Lê Diệp Linh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị sẹo lồi vành tai bằng phương pháp phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên gồm 45 bệnh nhân có sẹo lồi vành tai được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ 06/2020 – 06/2023. **Đối tượng nghiên cứu:** 45 bệnh nhân với 79 sẹo lồi vành tai được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật. **Kết quả:** 96,2% sẹo lồi được cắt bỏ hoàn toàn, 55,7% tạo hình che phủ bằng đóng trực tiếp, 44,3% tạo vạt tại chỗ và ghép da, 75,94% sẹo lồi vành tai không tái phát sau điều trị. **Kết luận:** sẹo lồi vành tai được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp cắt khâu trực tiếp hay tạo vạt tại chỗ đạt kết quả tốt, tỷ lệ tái phát thấp, giảm chi phí và thời gian điều trị cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** sẹo lồi, sẹo vành tai, phẫu thuật sẹo lồi

### SUMMARY

#### EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT OUTCOMES FOR EARLOBE KELOIDS

**Objectives:** To evaluate surgical treatment outcomes for earlobe keloids. **Research subjects and methods:** The cross-sectional study mentioned above comprised 45 patients with keloids on the earlobe who underwent surgical intervention at 108 Central Military Hospital between June 2020 and June 2023. **Research subjects:** 45 patients with keloids on the earlobe who underwent surgical intervention. **Results:** 96.2% of keloids were completely excised, 55.7% underwent direct closure for coverage, 44.3% underwent local flap and skin grafting, and 75.94% of earlobe keloids did not recur after treatment. **Conclusion:** Surgical treatment of earlobe keloids using direct closure or local flap reconstruction achieves good outcomes, with low recurrence rates, reduced costs, and shorter treatment times for patients.

**Keywords:** Keloids, earlobe scars, keloid surgery

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo lồi vành tai là bệnh lý hay tái phát,

thường phải áp dụng nhiều phương pháp điều trị kết hợp. Xu hướng hiện nay là kết hợp điều trị đa mô thức kết hợp với phẫu thuật đóng vai trò cơ bản. Tuy vậy, khi áp dụng nhiều phương pháp điều trị cũng đồng nghĩa với việc tốn kém về chi phí, kéo dài về thời gian điều trị, kèm theo các tác dụng phụ của hoá chất tía xạ. Vì vậy khi điều trị sẹo lồi vành tai triệt để và dứt điểm bằng một lần phẫu thuật luôn là lựa chọn ưu tiên hàng đầu của cả bệnh nhân và phẫu thuật viên. Việc lựa chọn bệnh nhân và chỉ định phẫu thuật đúng cách để đạt hiệu quả, tránh tái phát là một thách thức cho các phẫu thuật viên.

Tại Bệnh viện 108 đã có nhiều bệnh nhân điều trị sẹo lồi vành tai bằng 1 lần phẫu thuật và không có hiện tượng tái phát sẹo, kết quả phẫu thuật đạt yêu cầu thẩm mỹ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu góp phần đưa ra đặc điểm lâm sàng sẹo lồi vành tai có thể điều trị phẫu thuật và các giải pháp cho các hình thái sẹo lồi được phẫu thuật ở một bệnh viện trung ương tuyến cuối làm nguồn làm tư liệu tham khảo cho các đồng nghiệp.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** gồm 45 bệnh nhân có sẹo lồi vành tai được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ 6/2020 – 6/2023

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang không có nhóm chứng, mẫu nghiên cứu bao gồm 2 nhóm:

Nhóm hồi cứu: gồm 32 bệnh nhân, thu thập số liệu dựa trên bệnh án lưu trữ tại phòng lưu trữ hồ sơ, lựa chọn các hồ sơ theo tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân từ tháng 6/2020- 1/2023

Nhóm tiến cứu: gồm 13 bệnh nhân, bệnh nhân được phẫu thuật điều trị, theo dõi theo mẫu bệnh án nghiên cứu từ tháng 1/2023- 6/2023

#### 2.3. Các bước tiến hành

Nhóm hồi cứu: thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án, lấy các biến số nghiên cứu theo hồ sơ

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Diệp Linh

Email: ledieplinh270274@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024