

Kết quả lấy huyết khối người bệnh nhồi máu não do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước cửa sổ 6-24 giờ tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Outcomes of mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke due to anterior circulation large vessel occlusion in the 6–24-hour time window at Nghe An friendship general hospital

Đặng Quang Thịnh^{1,2}, Nguyễn Ngọc Hòa², Võ Hồng Khôi^{1,3,4}✉

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

³Viện Thần kinh Bạch Mai

⁴Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Tác giả liên hệ

PGS.TS.BS. Võ Hồng Khôi
Trường Đại học Y Hà Nội
Email: drvohongkhai@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 8/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/6/2026

Ngày duyệt bài: 4/8/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả can thiệp lấy huyết khối cơ học ở người bệnh nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước trong cửa sổ 6–24 giờ tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả trên 47 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước, được can thiệp lấy huyết khối cơ học trong cửa sổ 6–24 giờ từ thời điểm khởi phát hoặc thời điểm cuối cùng còn bình thường. Bệnh nhân được lựa chọn khi NIHSS ≥ 6 , ASPECTS ≥ 6 , mRS trước đột quỵ 0–2 và có tắc ICA hoặc MCA đoạn M1 trên CTA. Các kết cục chính gồm tái thông tốt mTICI 2b–3 và phục hồi chức năng độc lập sau 90 ngày, thông qua tái khám trực tiếp hoặc phỏng vấn điện thoại theo bộ câu hỏi chuẩn hóa. Kết cục phụ gồm xuất huyết nội sọ bất kỳ, xuất huyết nội sọ có triệu chứng theo tiêu chuẩn ECASS III, tử vong sau 90 ngày.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $66,59 \pm 12,49$ tuổi; nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm 78,72%. Nữ chiếm 55,3%, nam chiếm 44,7%. Phương pháp lấy huyết khối được sử dụng nhiều nhất là stent retriever, chiếm 53,2%; đa số bệnh nhân cần 1–2 lần lấy huyết khối, chiếm 76,6%. Thời gian trung vị từ khởi phát hoặc thời điểm cuối cùng còn bình thường đến nhập viện là 7,28 giờ (IQR: 6,62–9,18); thời gian trung vị từ nhập viện đến bắt đầu can thiệp là 60 phút (IQR: 48–87). Tỷ lệ tái thông tốt, mTICI 2b–3, đạt 80,9%; trong đó mTICI 3 chiếm 19,2%. Tỷ lệ

xuất huyết nội sọ bất kỳ là 31,9%, trong đó xuất huyết nội sọ có triệu chứng chiếm 6,4%. Sau 90 ngày, 36,2% bệnh nhân đạt phục hồi chức năng độc lập, mRS 0–2; tỷ lệ mRS 3–6 là 63,8%.

Kết luận: Can thiệp lấy huyết khối cơ học trong cửa sổ 6–24 giờ ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái thông tốt 80,9%, xuất huyết nội sọ có triệu chứng 6,4% và phục hồi chức năng độc lập sau 90 ngày 36,2%. Kết quả bước đầu gợi ý tính khả thi của chiến lược lựa chọn bệnh nhân bằng CLVT không tiêm thuốc kết hợp CTA trong thực hành tại trung tâm đột quỵ tuyến tỉnh.

Từ khóa: nhồi máu não cấp; tắc động mạch lớn; lấy huyết khối cơ học; cửa sổ 6–24 giờ; tuần hoàn trước

ABSTRACT

Objective: To describe the outcomes of mechanical thrombectomy in patients with acute ischemic stroke due to anterior circulation large vessel occlusion within the 6–24-hour time window at Nghe An Friendship General Hospital.

Methods: This prospective descriptive study included 47 patients aged ≥ 18 years with acute ischemic stroke due to anterior circulation large vessel occlusion who underwent mechanical thrombectomy within the 6–24-hour time window from symptom onset or last known well. Patients were selected based on NIHSS ≥ 6 , ASPECTS ≥ 6 , pre-stroke mRS 0–2, and ICA or MCA M1 occlusion confirmed on CTA. The primary outcomes were successful reperfusion, defined as mTICI 2b–3, and functional independence at 90 days, assessed through in-person follow-up or a standardized telephone interview. Secondary outcomes included any intracranial hemorrhage, symptomatic intracranial hemorrhage according to ECASS III criteria, and 90-day mortality.

Results: The mean age was 66.59 ± 12.49 years, and patients aged ≥ 60 years accounted

for 78.72%. Female patients accounted for 55.3%, and male patients for 44.7%. The most frequently used thrombectomy technique was stent retriever thrombectomy, accounting for 53.2%; most patients required one or two thrombectomy passes, accounting for 76.6%. The median onset/last-known-well-to-door time was 7.28 hours (IQR: 6.62–9.18), and the median door-to-puncture time was 60 minutes (IQR: 48–87). Successful reperfusion, defined as mTICI 2b–3, was achieved in 80.9% of patients; complete reperfusion, mTICI 3, was achieved in 19.2%. Any intracranial hemorrhage occurred in 31.9% of patients, whereas symptomatic intracranial hemorrhage occurred in 6.4%. At 90 days, 36.2% of patients achieved functional independence, defined as mRS 0–2, while 63.8% had mRS 3–6.

Conclusion: Mechanical thrombectomy within the 6–24-hour time window in the study population was associated with a successful reperfusion rate of 80.9%, a symptomatic intracranial hemorrhage rate of 6.4%, and a 90-day functional independence rate of 36.2%. These preliminary findings suggest the feasibility of a patient selection strategy based on non-contrast CT combined with CTA in routine practice at a provincial stroke center.

Keywords: acute ischemic stroke; large vessel occlusion; mechanical thrombectomy; 6–24-hour time window; anterior circulation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu. Tại Việt Nam, phân tích từ dữ liệu GBD 2021 cho thấy đột quỵ vẫn là gánh nặng y tế đáng kể, với tỷ suất mới mắc chuẩn hóa theo tuổi cao hơn mức trung bình toàn cầu⁷. Trong các thể đột quỵ, nhồi máu não chiếm tỷ lệ chủ yếu; trong đó, nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước

là nhóm bệnh có diễn biến nặng, nguy cơ tàn tật và tử vong cao nếu không được tái thông mạch kịp thời.

Can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học hiện là phương pháp điều trị tái thông mạch có hiệu quả cao ở người bệnh nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn. Ban đầu, chỉ định lấy huyết khối chủ yếu được áp dụng trong cửa sổ 6 giờ đầu sau khởi phát. Tuy nhiên, các thử nghiệm DAWN và DEFUSE 3 đã chứng minh lợi ích của can thiệp nội mạch ở bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch lớn được lựa chọn chặt chẽ trong cửa sổ muộn (6–24 giờ), nhưng thường yêu cầu hình ảnh học nâng cao như MRI hoặc CT tưới máu^{3,5}.

Trong lựa chọn bệnh nhân cửa sổ muộn, các kỹ thuật hình ảnh học tưới máu như CTP hoặc MRP giúp đánh giá lõi nhồi máu và vùng mô não còn khả năng cứu vãn^{3,5}. Tuy nhiên, không phải cơ sở y tế nào cũng có điều kiện triển khai thường quy các kỹ thuật này, đặc biệt tại các trung tâm đột quỵ tuyến tỉnh. Trong bối cảnh đó, việc sử dụng cắt lớp vi tính sọ não không tiêm thuốc để đánh giá ASPECTS kết hợp với chụp mạch não CTA nhằm xác định tắc động mạch lớn là một chiến lược thực tế, dễ triển khai và có thể giúp rút ngắn thời gian ra quyết định điều trị^{4,6}.

Tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, can thiệp lấy huyết khối cơ học trong cửa sổ 6–24 giờ đã được triển khai trên những bệnh nhân được lựa chọn dựa trên lâm sàng, ASPECTS trên CLVT sọ não không tiêm thuốc và bằng chứng tắc động mạch lớn trên CTA. Tuy nhiên, dữ liệu đánh giá kết quả điều trị, tỷ lệ tái thông, biến chứng xuất huyết nội sọ và kết cục chức năng sau 90 ngày ở nhóm bệnh nhân này còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả can thiệp lấy huyết khối cơ học ở người bệnh nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước cửa sổ 6–24 giờ tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 47 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước trong cửa sổ 6–24 giờ và được điều trị bằng can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 7/2025 đến tháng 2/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Tuổi ≥ 18 , được thực hiện can thiệp trong vòng 6–24 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng hoặc từ thời điểm cuối cùng bệnh nhân được ghi nhận còn chức năng thần kinh bình thường

- + Điểm NIHSS ≥ 6 và điểm ASPECTS ≥ 6 trước khi thực hiện can thiệp

- + Hình ảnh xác nhận tắc ICA hoặc MCA đoạn M1 trên CLVT mạch máu

- + Điểm mRS trước đột quỵ từ 0–2 điểm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân tắc hệ tuần hoàn não sau.

- + Bệnh nhân có bệnh lý huyết học gây tình trạng dễ chảy máu, đang dùng thuốc kháng đông đường uống với INR > 3 , số lượng tiểu cầu trước thủ thuật dưới 50.000/uL

- + Bằng chứng hình ảnh học các bệnh lý u não, dị dạng động tĩnh mạch, xuất huyết nội sọ.

- + Tiền sử đột quỵ não có mRS ≥ 3 điểm.

- + Bệnh lý nội khoa giai đoạn cuối làm hạn chế tiên lượng sống dưới 90 ngày; rối loạn tâm thần hoặc tình trạng lâm sàng không cho phép đánh giá mRS sau 90 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu. Cỡ mẫu thuận tiện.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; Các biến định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn khi có phân phối gần chuẩn hoặc bằng trung vị và khoảng tứ phân vị

khi phân phối không chuẩn. Kết cục chính gồm tỷ lệ tái thông tốt sau can thiệp(mTICI 2b–3), và tỷ lệ phục hồi chức năng độc lập sau 90 ngày(mRS 0–2). Kết cục phụ gồm xuất huyết nội sọ bất kỳ, xuất huyết nội sọ có triệu chứng, tử vong sau 90 ngày, thời gian từ nhập viện đến bắt đầu can thiệp, thời gian thủ thuật và số lần lấy huyết khối.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm dân số học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	21	44,7
Nữ	26	55,3
Nhóm tuổi		
< 60 tuổi	10	21,3
≥ 60 tuổi	37	78,7

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 66,59 ± 12,49 tuổi; nhóm ≥60 tuổi chiếm 78,7%. Nữ giới chiếm 55,3% và nam giới chiếm 44,7%.

3.2. Đặc điểm điều trị và thời gian

Bảng 2. Đặc điểm can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Phương pháp lấy huyết khối		
stent retriever	25	53,2
Hút huyết khối	13	27,7
Solubra	9	19,1
Số lần lấy huyết khối		
Trung vị(min- max)	2(1- 5)	

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
1 lần	18	38,3
2 lần	18	38,3
3 lần	7	14,9
4 lần	1	2,1
5 lần	3	6,4

Nhận xét: Số lần lấy huyết khối trung vị là 2 lần, dao động từ 1 đến 5 lần. Stent retriever là kỹ thuật được sử dụng nhiều nhất, chiếm 53,2%. Đa số bệnh nhân cần 1–2 lần lấy huyết khối, chiếm 76,6%; có 3 bệnh nhân cần 5 lần lấy huyết khối, chiếm 6,4%.

Bảng 3. Các khoảng thời gian liên quan đến điều trị tái thông mạch

Khoảng thời gian	Trung vị (IQR)	Khoảng dao động
Khởi phát– nhập viện(giờ)	7,28 (6,62–9,18)	6,00–16,43
Nhập viện– bắt đầu lấy huyết khối(phút)	60 (48–87)	43–134
Bắt đầu – kết thúc lấy huyết khối(phút)	60 (45–75)	30–120

Nhận xét: Thời gian trung vị từ khởi phát hoặc thời điểm cuối cùng còn bình thường đến nhập viện là 7,28 giờ (IQR: 6,62–9,18), dao động từ 6,00 đến 16,43 giờ. Thời gian trung vị từ nhập viện đến bắt đầu lấy huyết khối là 60 phút (IQR: 48–87), dao động từ 43 đến 134 phút.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 4. Kết quả tái thông sau can thiệp

Mức độ tái thông	Tần số	Tỷ lệ%
mTICI 0	1	2,1
mTICI 1	1	2,1
mTICI 2a	7	14,9

Mức độ tái thông	Tần số	Tỷ lệ%
mTICI 2b	19	40,4
mTICI 2c	10	21,3
mTICI 3	9	19,2
Tái thông tốt, mTICI 2b–3	38	80,9
Tái thông kém, mTICI 0–2a	9	19,1

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân đạt được kết quả tái thông tốt chiếm tỷ lệ 80,9%, với 9 bệnh nhân đạt được mức độ tái thông hoàn toàn (mTICI 3). Tỷ lệ tái thông kém, gồm mTICI 0–2a, là 19,1%.

Bảng 5. Tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết nội sọ sau can thiệp

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ(%)
Xuất huyết nội sọ có triệu chứng	3	6,4
Xuất huyết nội sọ không triệu chứng	12	25,5
Không xuất huyết nội sọ	32	68,1

Nhận xét: Tỷ lệ xuất huyết nội sọ bất kỳ trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 31,9%, trong đó xuất huyết nội sọ có triệu chứng chiếm 6,4%.

IV. KẾT QUẢ LÂM SÀNG SAU 90 NGÀY

Bảng 6. Kết quả điều trị sau 90 ngày

Kết quả	Tần số	Tỷ lệ %
mRS 0	2	4,3
mRS 1	5	10,6
mRS 2	10	21,3
mRS 3	14	29,8
mRS 4	10	21,3
mRS 5	1	2,1
mRS 6	5	10,6
Đạt độc lập chức năng (mRS 0–2)	17	36,2
Không đạt độc lập chức năng (mRS 3–6)	30	63,8

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu bệnh nhân có mức độ hồi phục chức năng độc lập (mRS 0–2) sau 90 ngày chiếm tỷ lệ 36,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ không đạt độc lập chức năng (mRS 3–6) sau 90 ngày là 63,8%.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu này mô tả kết quả can thiệp lấy huyết khối cơ học trong cửa sổ 6–24 giờ sau khởi phát ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Bệnh nhân được lựa chọn dựa trên CLVT không tiêm thuốc để đánh giá ASPECTS kết hợp CTA có tắc mạch lớn tuần hoàn trước, trong bối cảnh chưa triển khai thường quy CTP hoặc MRP. Cách tiếp cận này có tính thực tiễn tại các trung tâm đột quỵ tuyến tỉnh, giúp rút ngắn thời gian ra quyết định điều trị và phù hợp với điều kiện trang thiết bị hiện có. Tuy nhiên, so với các kỹ thuật hình ảnh học tưới máu, chiến lược lựa chọn bằng CLVT không tiêm thuốc và CTA có hạn chế trong việc đánh giá chính xác thể tích lõi nhồi máu và vùng mô não còn khả năng cứu vãn.

Về đặc điểm dân số nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là $66,59 \pm 12,49$ tuổi, phần lớn từ 60 tuổi trở lên. Kết quả này tương đối gần với nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai trên nhóm bệnh nhân tắc động mạch lớn tuần hoàn trước trong cửa sổ 6–24 giờ được lựa chọn bằng CLVT cơ bản là $67,4 \pm 10,6$ tuổi². Tuổi cao là đặc điểm thường gặp ở bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch lớn và có thể ảnh hưởng đến kết cục sau can thiệp do liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ mạch máu, bệnh lý phối hợp, dự trữ chức năng thấp hơn và khả năng phục hồi thần kinh hạn chế hơn. Về giới tính, tỷ lệ nữ trong nghiên cứu là 55,3% và nam là 44,7%, cho thấy phân bố giới trong mẫu nghiên cứu không có sự chênh lệch lớn. Với cỡ mẫu còn nhỏ và nghiên cứu không

nhằm đánh giá sự khác biệt kết cục theo giới, kết quả này chỉ nên được xem là đặc điểm mô tả của quần thể nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, phương pháp lấy huyết khối được sử dụng nhiều nhất là stent retriever, chiếm 53,2%, tiếp theo là hút huyết khối đơn thuần và kỹ thuật phối hợp Solumbra. Số lần lấy huyết khối trung vị là 2 lần; đa số bệnh nhân chỉ cần 1–2 lần lấy huyết khối để đạt kết quả tái thông. Thời gian trung vị từ khởi phát hoặc thời điểm cuối cùng còn bình thường đến nhập viện là 7,28 giờ (IQR: 6,62–9,18), cho thấy phần lớn người bệnh được tiếp nhận trong giai đoạn cửa sổ muộn. Thời gian trung vị từ nhập viện đến bắt đầu can thiệp là 60 phút (IQR: 48–87), trong khi thời gian từ bắt đầu đến kết thúc lấy huyết khối là 60 phút (IQR: 45–75). Trong bối cảnh của sổ muộn, rút ngắn thời gian nội viện và thời gian thủ thuật vẫn có ý nghĩa quan trọng, vì sự chậm trễ tái thông có thể làm giảm thể tích mô não còn khả năng cứu vãn, ngay cả khi bệnh nhân vẫn còn nằm trong khung điều trị 24 giờ.

Tỷ lệ tái thông tốt, định nghĩa là mTICI 2b–3, đạt 80,9% trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương đối gần với nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai², nơi tỷ lệ tái thông tốt đạt 84,8%, và thấp hơn so với báo cáo của Trần Thị Minh Hằng¹ và cộng sự trong nhóm bệnh nhân can thiệp cửa sổ 6–24 giờ, với tỷ lệ TICI 2b–3 được báo cáo khoảng 96,2%. So với các thử nghiệm quốc tế, tỷ lệ tái thông tốt của nghiên cứu chúng tôi tương đối phù hợp với một số báo cáo quốc tế về lấy huyết khối trong cửa sổ muộn; DAWN ghi nhận tỷ lệ tái thông thành công khoảng 84%⁵; MR CLEAN-LATE báo cáo tái thông trên CTA/MRA sau 24 giờ là 81%⁶. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng mTICI sau can thiệp và tái thông trên hình ảnh sau 24 giờ không hoàn toàn tương đồng về định nghĩa. Ngoài ra, sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân,

vị trí tắc mạch, tỷ lệ tắc tandem, đặc điểm tuần hoàn bàng hệ, kỹ thuật can thiệp, kinh nghiệm trung tâm và phương pháp đánh giá tái thông. Do đó, các so sánh này chỉ mang tính tham khảo và không thể diễn giải như so sánh trực tiếp về hiệu quả điều trị.

Mặc dù tỷ lệ tái thông tốt đạt 80,9%, tỷ lệ phục hồi chức năng độc lập sau 90 ngày trong nghiên cứu chỉ đạt 36,2%. Đây là điểm cần được bàn luận kỹ, vì nó cho thấy thành công về mặt kỹ thuật không luôn chuyển hóa tương ứng thành kết cục chức năng tốt. Có nhiều lý do có thể giải thích sự không tương xứng này. Thứ nhất, nghiên cứu được thực hiện trong cửa sổ muộn 6–24 giờ, khi vùng mô não còn cứu được có thể đã giảm ở một số bệnh nhân. Thứ hai, chiến lược lựa chọn bệnh nhân chủ yếu dựa trên CLVT cơ bản và CTA, thay vì CTP/MRP, có thể làm giảm khả năng xác định chính xác thể tích lõi nhồi máu và vùng tranh tối tranh sáng.

Tỷ lệ xuất huyết nội sọ bất kỳ trong nghiên cứu là 31,9%, trong đó xuất huyết nội sọ có triệu chứng theo tiêu chuẩn ECASS III chiếm 6,4%. Tỷ lệ này nằm trong khoảng được báo cáo ở một số thử nghiệm lấy huyết khối cửa sổ muộn như DAWN, DEFUSE 3 và MR CLEAN-LATE^{3,5,6}. Tuy nhiên, việc so sánh trực tiếp cần thận trọng do các nghiên cứu có thể sử dụng tiêu chuẩn định nghĩa xuất huyết nội sọ có triệu chứng khác nhau, cũng như khác biệt về tiêu chuẩn chọn bệnh nhân, mức độ lõi nhồi máu, phương pháp hình ảnh học và đặc điểm quần thể nghiên cứu.

Tỷ lệ tử vong mọi nguyên nhân sau 90 ngày trong nghiên cứu là 10,6%. Kết quả này cần được diễn giải thận trọng do cỡ mẫu nhỏ, số biến cố tử vong ít và nghiên cứu không có nhóm chứng. Vì vậy, tỷ lệ tử vong được xem là kết quả mô tả bước đầu, chưa đủ cơ sở để kết luận ưu thế về an toàn so với các nghiên cứu khác.

Hạn chế nghiên cứu: Nghiên cứu có một số

hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu còn nhỏ, không có nhóm chứng và được thực hiện tại một trung tâm nên khả năng khái quát hóa kết quả còn hạn chế. Thứ hai, việc lựa chọn bệnh nhân chủ yếu dựa trên CLVT không tiêm thuốc và CTA, chưa sử dụng thường quy CTP hoặc MRP, có thể làm hạn chế khả năng đánh giá chính xác lõi nhồi máu và vùng mô não còn cứu được. Cần có các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định kết quả.

KẾT LUẬN

Can thiệp lấy huyết khối cơ học trong cửa sổ 6–24 giờ ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An đạt tỷ lệ tái thông tốt 80,9%, tỷ lệ xuất huyết nội sọ có triệu chứng 6,4% và tỷ lệ phục hồi chức năng độc lập sau 90 ngày 36,2%. Kết quả bước đầu gợi ý tính khả thi của chiến lược lựa chọn bệnh nhân bằng CLVT không tiêm thuốc kết hợp CTA trong thực hành tại trung tâm đột quỵ tuyến tỉnh. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế so sánh để đánh giá đầy đủ hiệu quả và độ an toàn của chiến lược này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Minh Hằng, Nguyễn Quốc Trung, Nguyễn Huy Thắng. Kết quả điều trị can thiệp nội mạch lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong cửa sổ từ 6 đến 24 giờ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;519(Số đặc biệt):37-43.
<https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/3712>
2. Nguyễn Xuân Quyết, Nguyễn Anh Tuấn, Đào Việt Phương. Kết quả lấy huyết khối bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn não trước cửa sổ 6 đến 24 giờ được chẩn đoán bằng cắt lớp vi tính. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;553(1). doi:10.51298/vmj.v553i1.15180
3. Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. *N Engl J Med*. 2018;378(8):708-718. doi:10.1056/NEJMoa1713973
4. Kobeissi H, Ghozy S, Adusumilli G, et al. CT Perfusion vs Noncontrast CT for Late Window Stroke Thrombectomy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neurology*. 2023;100(22):2304-2311. doi:10.1212/WNL.0000000000207262
5. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. *N Engl J Med*. 2018;378(1):11-21. doi:10.1056/NEJMoa1706442
6. Olthuis SGH, Pirson FAV, Pinckaers FME, et al. Endovascular treatment versus no endovascular treatment after 6–24 h in patients with ischaemic stroke and collateral flow on CT angiography (MR CLEAN-LATE) in the Netherlands: a multicentre, open-label, blinded-endpoint, randomised, controlled, phase 3 trial. *The Lancet*. 2023;401(10385):1371-1380. doi:10.1016/S0140-6736(23)00575-5
7. Truyen TTTT, Vo NLY, Vo QP, et al. Burden and risk factors of stroke in Vietnam from 1990 to 2021 – a systematic analysis from global burden disease 2021. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2025; 34(3):108241. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2025.108241