

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

BỘ QUỐC PHÒNG

NGUYỄN THANH LONG

**NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ LẤY HUYẾT KHỐI
CƠ HỌC BẰNG SOLITAIRE
SAU DÙNG TIÊU SỢI HUYẾT TĨNH MẠCH
TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP**

Ngành: Khoa học thần kinh

Mã số: 9720158

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hà Nội – 2023

Công trình được hoàn thành
tại Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Dương Đình Chính
2. TS. Ngô Tiến Tuấn

Phản biện:

- 1.
- 2.
- 3.

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Viện họp tại:
Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108.

Vào hồi giờ ngày tháng năm 2023

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia Việt Nam
2. Thư viện Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay đột quỵ não là một vấn đề thời sự, ở Đông Nam Á, trong đó có Việt Nam, là khu vực có tỉ lệ mới mắc cao thứ ba thế giới. Nguyên nhân tắc động mạch lớn có thể chiếm tới 46% các trường hợp NMN cấp tính và có nguy cơ tử vong và tàn phế cao hơn.

Mục tiêu chính trong điều trị NMN cấp tính là tái thông mạch nhằm cứu lấy vùng não nguy cơ bị tổn thương không hồi phục, với phương pháp TSH TM bằng tPA là điều trị tiêu chuẩn. Phương pháp can thiệp LHK bằng dụng cụ cơ học được chứng minh là đạt tỉ lệ tái thông mạch máu cao và mở rộng cửa sổ điều trị, stent Solitaire là một trong những dụng cụ tiêu biểu được sử dụng rộng rãi khi LHK động mạch não điều trị NMN do tắc động mạch lớn.

TSH TM trước kết hợp can thiệp LHK sau (phương pháp điều trị bắc cầu) ở những bệnh nhân có chỉ định TSH TM có thể làm tăng các biến cố và nguy cơ, nhưng cũng có những bằng chứng cho thấy việc điều trị bắc cầu có các kết quả tốt hơn.

Nhằm đánh giá thực chất kết quả áp dụng chiến lược này trong thực hành lâm sàng nên chúng tôi triển khai nghiên cứu với tựa đề **“Nghiên cứu điều trị lấy huyết khối cơ học bằng Solitaire sau dùng tiêu sợi huyết tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp”** với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chủ yếu ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch tuần hoàn trước được lấy huyết khối cơ học sau tiêu sợi huyết tĩnh mạch.*
2. *Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch tuần hoàn trước được lấy huyết khối cơ học sau tiêu sợi huyết tĩnh mạch.*

ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Kết quả nghiên cứu cung cấp một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở BN NMN do tắc mạch lớn tuần hoàn trước được TSH TM và can thiệp LHK (điều trị bắc cầu).

Kết quả điều trị bắc cầu ở BN NMN tắc mạch lớn tuần hoàn trước, với tỉ lệ tái thông tốt, tỉ lệ hồi phục tốt cao và tỉ lệ biến chứng nghiêm trọng thấp, trong đó kết quả hồi phục không khác biệt giữa các liều tPA khi TSH TM nhưng tỉ lệ tử vong sau 3 tháng cao hơn ở nhóm liều chuẩn. Chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị, trong đó NIHSS 24 giờ là yếu tố tiên lượng độc lập kết quả hồi phục theo mRS sau 3 tháng và kết quả tái thông vô nghĩa.

CẤU TRÚC LUẬN ÁN

Luận án gồm 123 trang (không kể tài liệu tham khảo và phụ lục): Đặt vấn đề 2 trang; Tổng quan 34 trang; Đối tượng và phương pháp 20 trang; Kết quả nghiên cứu 24 trang; Bàn luận 40 trang; Kết luận 2 trang; Kiến nghị 1 trang, với 4 chương, 32 bảng, 14 biểu đồ, 23 hình, 2 sơ đồ, 177 tài liệu tham khảo.

CHỮ VIẾT TẮT

ASPECTS: Thang điểm cắt lớp vi tính sớm của chương trình đột quy Alberta, BN: Bệnh nhân, CHT: Cộng hưởng từ, CI: Khoảng tin cậy, CLVT: Cắt lớp vi tính, CTA: Cắt lớp vi tính mạch máu, CTP: Cắt lớp vi tính tưới máu, DSA: Chụp mạch số hóa xóa nền, DWI: Xung khuếch tán, LHK: Lấy huyết khối, MRA: Cộng hưởng từ mạch máu, mRS: Điểm Rankin hiệu chỉnh, NIHSS: Điểm đột quy não của Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ, NMN: Nhồi máu não, OR: Tỉ suất chênh, TM: Tĩnh mạch, tPA: thuốc hoạt hóa plasminogen mô, trong luận án là alteplase, TSH: Tiêu sợi huyết, XHNS: Xuất huyết nội sọ.

CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1 Giải phẫu động mạch não

Não được cấp máu bởi hệ thống tuần hoàn trước và hệ thống tuần hoàn sau, chủ yếu nối với nhau qua đa giác Willis.

Tưới máu não được bảo đảm an toàn nhờ tuần hoàn bàng hệ theo ba đường khác nhau, nhờ các con đường nối thông này thì khi một động mạch não nào đó bị tắc nghẽn có thể dẫn máu tới bổ sung.

1.2 NMN do tắc động mạch lớn

NMN do tắc động mạch lớn có thể xảy ra qua 4 cơ chế khác nhau. Có các ngưỡng lưu lượng dòng máu não khác nhau và càng thấp thì rối loạn và hậu quả càng nặng nề. Có các vùng lõi không hồi phục và vùng tranh tối tranh sáng có thể hồi phục nếu tái tưới máu kịp thời.

Triệu chứng lâm sàng của NMN do tắc mạch lớn thường theo phân bố cấp máu của động mạch. Vị trí và số lượng mạch tắc ở BN NMN cấp ảnh hưởng tới mức độ nặng của đột quy và kết cục lâm sàng.

Các yếu tố nguy cơ của NMN do tắc mạch lớn giống NMN nói chung với các tỉ lệ tương đương, chỉ rung nhĩ có tỉ lệ cao hơn rõ rệt.

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh thần kinh giúp chẩn đoán, phân biệt, đánh giá mạch máu, xác định lõi nhồi máu, vùng penumbra và bằng chứng để điều trị tái tưới máu. CLVT và CHT đánh giá nhu mô (áp dụng ASPECTS) và mạch máu (tuần hoàn bàng hệ, tưới máu). DSA chủ yếu áp dụng can thiệp tái thông mạch. Một số cận lâm sàng khác giúp phát hiện các nguyên nhân đột quy và các bệnh lý kèm theo.

1.3 Điều trị tái tưới máu trong NMN cấp tính

Alteplase đường TM được sử dụng trong điều trị NMN cấp trong vòng 4,5 giờ (các nghiên cứu NINDS và ECASS III) và có thể áp dụng trong cửa sổ 4,5-9 giờ khi có bằng chứng bất tương xứng lõi nhồi máu/tưới máu và không có chỉ định LHK. Liều chuẩn của tPA đường TM được

sử dụng là 0,9 mg/kg, ngoài ra còn có liều 0,6 mg/kg (liều thấp) và các liều thấp khác với giá trị biến thiên trong khoảng 0,6-0,9 mg/kg. Các biến chứng: XHNS, xuất huyết hệ thống và phù mạch miệng lưỡi.

LHK dùng dụng cụ đi đường động mạch lên vị trí mạch não bị tắc để tái thông mạch. Có các tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng để chỉ định LHK trong cửa sổ 0-6 giờ. Cửa sổ 6-24 giờ thì cần các tiêu chí hình ảnh học tưới máu, nhưng có thể cân nhắc LHK nếu có bất tương xứng giữa lâm sàng và ASPECTS. Hai dạng dụng cụ chính là dụng cụ dạng lưới (Solitaire là dụng cụ nổi bật) và ống thông hút. Một số biến chứng: NMN mới, XHNS hoặc tử vong, các biến chứng do thủ thuật. Kết hợp TSH TM và LHK còn gọi là điều trị bắc cầu, NMN trong vòng 4,5 giờ vừa có chỉ định TSH TM và can thiệp LHK thì khuyến cáo vẫn nên dùng TSH TM trước và triển khai LHK ngay sau đó.

1.4 Các nghiên cứu liên quan đến đề tài

Nghiên cứu quốc tế: Loạt nghiên cứu năm 2015 đã chứng minh hiệu quả khi LHK đối với NMN do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước; Các nghiên cứu so sánh điều trị bắc cầu và LHK đơn thuần không chứng minh được sự vượt trội của LHK đơn thuần; Một số nghiên cứu so sánh hiệu quả giữa các liều tPA khi điều trị bắc cầu cho thấy ít khác biệt nhưng còn ít nghiên cứu và mức độ bằng chứng không cao. Nghiên cứu trong nước: chủ yếu LHK nói chung, ít nghiên cứu hoàn toàn là điều trị bắc cầu, chưa đầy đủ các liều TSH TM được sử dụng, cũng như chưa đề cập nhiều tới các yếu tố tiên lượng kết quả điều trị.

1.5 Các vấn đề tồn tại cần giải quyết trong luận án

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở BN NMN cấp được điều trị bắc cầu với các liều tPA khác nhau khi TSH TM trước khi LHK.

Kết quả điều trị ra sao và những yếu tố nào ảnh hưởng tới kết quả điều trị ở những BN NMN cấp được áp dụng phương pháp bắc cầu.

CHƯƠNG 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Gồm 79 BN NMN cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn não trước được điều trị bắc cầu tại Bệnh viện Nhân Dân 115 và Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 6/2016 đến tháng 11/2019.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Tuổi ≥ 18 , lâm sàng phù hợp với NMN cấp tính, TSH TM ≤ 270 phút bằng tPA liều chuẩn hoặc liều thấp và LHK bằng stent Solitaire (chọc động mạch đùi ≤ 360 phút), NIHSS ≥ 6 và < 30 , tắc động mạch cảnh trong, động mạch não giữa – đoạn M1, M2, ASPECTS ≥ 6 .

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

Các chống chỉ định tuyệt đối của TSH TM và LHK, không tiếp cận được vị trí tắc, không đánh giá được/không liên lạc được sau 90 ngày.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu có theo dõi dọc.

2.2.2 Cơ mẫu và chọn mẫu

Công thức tính cỡ mẫu:
$$N = 2 \times \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{\delta_0} \right)^2 \times p \times (1 - p)$$

Trong đó: N -cỡ mẫu của nghiên cứu; α -sai sót loại I, $\alpha = 0,05$, độ tin cậy tương ứng là $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; β -sai sót loại II, $\beta = 0,8$ với $Z_{1-\beta} = 0,842$; p -tỉ lệ mRS 0-2 sau 90 ngày của nghiên cứu EXTEND-IA là 0,71; δ_0 -mức lệch chuẩn, lấy giá trị $\delta_0 = 0,25$. Tính được số BN tối thiểu là $N = 52$. Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3 Các biến số nghiên cứu và tiêu chí đánh giá

Các đặc điểm chung: tuổi, giới. Các yếu tố nguy cơ đột quy và tiền sử liên quan. Các biến lâm sàng: triệu chứng khởi phát-vào viện, dấu hiệu sinh tồn, NIHSS vào viện. Các biến về một số kết quả xét nghiệm máu. Các biến về hình ảnh học: ASPECTS, tổn thương và tình trạng mạch

máu, siêu âm Doppler tim và động mạch cảnh. Các biến về thời gian khởi phát, vào viện và các thời điểm. Các biến về các đặc điểm TSH TM và LHK, đánh giá hiệu quả điều trị. Các biến về biến chứng điều trị; mRS, tử vong, tái thông vô nghĩa sau 3 tháng.

2.2.4 Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

Hỏi bệnh, thăm khám BN; Quan sát, đánh giá và sử dụng các thông tin về xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh; Phỏng vấn BN, người nhà trong quá trình theo dõi BN.

2.2.5 Các bước tiến hành nghiên cứu

2.2.5.1 Trong 24 giờ đầu

BN đột quy cấp 0-4,5 giờ được khai thác tiền sử, bệnh sử, khám, chụp CLVT/CHT sọ não, làm các cận lâm sàng cần thiết. Được TSH TM trước (liều chuẩn hoặc liều thấp) và LHK. Theo dõi sát trong 24 giờ, điều trị theo phác đồ, chụp lại CLVT sọ não nếu nghi ngờ có XHNS.

2.2.5.2 Sau 24-48 giờ

Tiếp tục theo dõi và đánh giá lâm sàng, Chụp lại CLVT mạch máu não hoặc CHT não-mạch não để đánh giá tình trạng tái thông mạch máu, tổn thương não và biến chứng XHNS. Tiếp tục điều trị theo phác đồ.

2.2.5.3 Các ngày tiếp theo cho đến khi ra viện

Tiếp tục điều trị theo phác đồ; theo dõi, dự phòng và xử trí các biến chứng, diễn biến khác trong quá trình nằm viện.

2.2.5.4 Sau đột quy 03 tháng

Đánh giá mức độ hồi phục theo thang điểm mRS, biến cố tử vong.

2.2.6 Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu, xử lý số liệu và phân tích bằng SPSS 25.0 (64-bit): Thống kê mô tả, các phép so sánh tỉ lệ, so sánh trung bình/trung vị, so sánh trung bình trước sau, phân tích hồi quy logistic nhị phân đơn biến và đa biến; p có ý nghĩa thống kê khi $< 0,05$.

CHƯƠNG 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1 Đặc điểm tuổi và giới tính

Tuổi trung bình là $57,9 \pm 13,3$ tuổi, độ tuổi hay gặp nhất là 40-59 tuổi (46,8%). Nam giới 57% (nam:nữ = 1,3:1).

3.1.2 Đặc điểm yếu tố nguy cơ và tiền sử

Rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và rung nhĩ hay gặp nhất (79,7%, 63,3% và 43%). Có 16,5% các BN dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu hoặc thuốc chống đông trước đột quy (69,2% dùng kháng vitamin K).

3.1.3 Triệu chứng khi khởi phát và vào viện

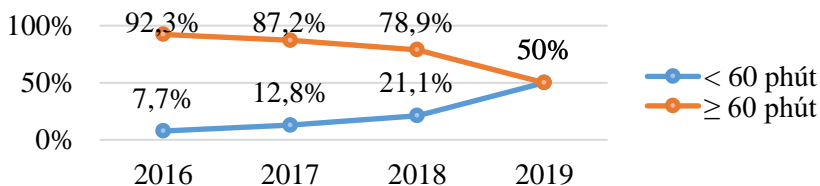
Hay gặp nhất là liệt nửa người (96,2% khi khởi phát và 100% khi vào viện). Quay mắt quay đầu gặp ở 34,2% khi vào viện.

3.1.4 Đặc điểm dấu hiệu sinh tồn khi vào viện

Glasgow trung bình là 13,8, các dấu hiệu sinh tồn khác phần lớn đều trong ngưỡng sinh lý hoặc ổn định và không phải xử trí cấp cứu.

3.1.5 NIHSS khi vào viện và các đặc điểm về thời gian

NIHSS vào viện có trung vị/trung bình là 13/13,5. NIHSS 9-15 chiếm 41,8%. Thời gian khởi phát-TSHTM có trung bình/trung vị là 160/165 phút, trung vị của thời gian bắt đầu TSH TM-bắt đầu LHK là 85 phút.



Biểu đồ 3.7 Phân loại khoảng thời gian TSH TM-bắt đầu LHK theo năm nghiên cứu

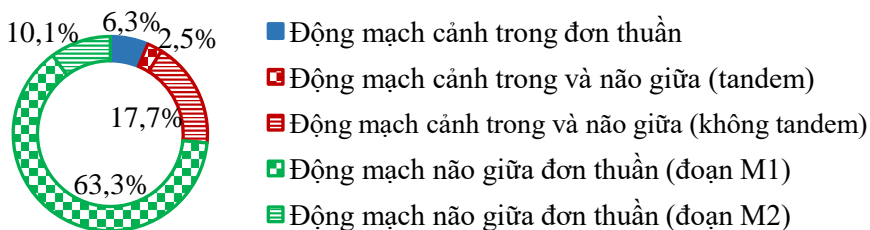
Nhận xét: Có 17,7% BN bắt đầu LHK trong vòng < 60 phút kể từ khi bắt đầu TSH TM và tỉ lệ tăng dần theo từng năm, có ý nghĩa thống kê khi phân tích hồi quy logistic đơn biến.

3.1.6 Đặc điểm xét nghiệm máu

Phần lớn các kết quả xét nghiệm máu đều trong ngưỡng sinh lý, chỉ có một số ít các trường hợp có bất thường như thiếu máu nặng hoặc INR cao nhất là 1,37 nhưng không vi phạm các chống chỉ định tuyệt đối của TSH TM. Dùng kháng vitamin K làm tăng tỉ lệ INR > 1,1.

3.1.7 Đặc điểm hình ảnh học

Điểm ASPECTS khi vào viện phần lớn là cao, thể hiện qua trung vị và trung bình của ASPECTS lần lượt là 9 và 8,75 và gần 2/3 BN có điểm ASPECTS 9-10.



Biểu đồ 3.8 Vị trí tắc mạch

Nhận xét: Đa số tắc đoạn M1 động mạch não giữa đơn thuần.

Đa số BN bị tắc bên phải (62%) và chỉ có 21,5% có hẹp động mạch nội sọ cùng bên tổn thương.

Bảng 3.8 Tuần hoàn bàng hệ và phân loại

Tuần hoàn bàng hệ		Số BN	Tỉ lệ %	Chung (%)
Phân loại	Điểm đánh giá			
Kém	0	0	0	71,4
	1	3	6,1	
	2	16	32,7	
	3	16	32,7	
Tốt	4	10	20,4	28,6
	5	4	8,2	
Tổng số		49	100	

Nhận xét: 28,6% được đánh giá là có tuần hoàn bàng hệ tốt.

BN có tuần hoàn bàng hệ tốt thì tỉ lệ ASPECTS 9-10 cao hơn.

3.1.8 Đặc điểm điện tim và siêu âm Doppler

Điện tim trong quá trình nằm viện: 40,5% phát hiện rung nhĩ, 2,5% có tiền sử rung nhĩ nhưng không phát hiện rung nhĩ.

Bất thường hay gặp nhất khi siêu âm tim/động mạch cảnh là hẹp van 2 lá (19,7%) và vữa xơ/dày thành chưa tắc hẹp đáng kể (64,7%).

44,1% BN rung nhĩ không do bệnh lý van tim, 41,2% có hẹp van 2 lá và 5,9% có van tim cơ học, 88,9% bệnh lý van tim phát hiện có rung nhĩ kèm theo.

3.2 Kết quả điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng

3.2.1 Đặc điểm điều trị tái thông mạch máu

Bảng 3.11 Đặc điểm điều trị khi TSH TM và LHK

Điều trị	Giá trị	n = 79		
		Số BN	Tỉ lệ %	
<i>TSH đường TM</i>	<i>Liều chuẩn</i>	39	49,4	
	<i>Liều thấp</i>	40	50,6	
<i>Số lần LHK</i>	<i>1 lần</i>	27	34,2	
	<i>> 1 lần</i>	52	65,8	
<i>Nong động mạch bằng bóng</i>	<i>Có</i>	<i>Ngoài sọ</i>	2	2,5
		<i>Trong sọ</i>	12	15,2
	<i>Không</i>	65	82,3	

Nhận xét: Tỉ lệ liều chuẩn và liều thấp khi TSH TM khá tương đồng nhau, 34,2% được LHK 1 lần, 17,7% được nong mạch bằng bóng.

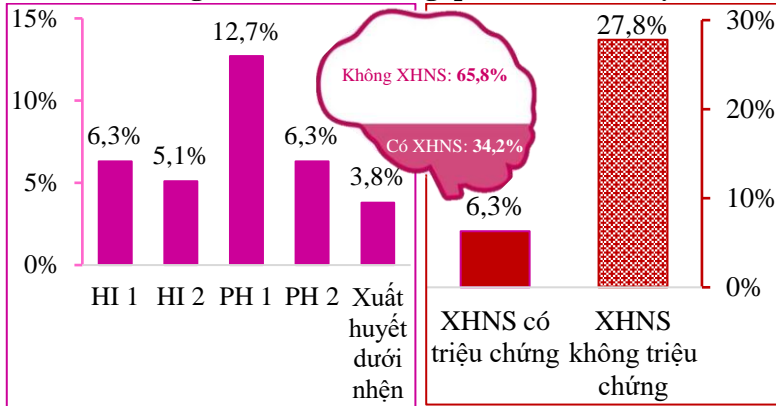
3.2.2 Kết quả tái thông mạch và thay đổi của NIHSS

Bảng 3.12 Kết quả tái thông mạch theo thang điểm TIC1

Tái thông mạch	Giá trị	Số BN	Tỉ lệ %	Chung (%)
<i>Kém</i>	<i>TICI 0</i>	1	1,3	3,8
	<i>TICI 1</i>	0	0	
	<i>TICI 2a</i>	2	2,5	
<i>Tốt</i>	<i>TICI 2b</i>	32	40,5	96,2
	<i>TICI 3</i>	44	55,7	
Tổng số		79	100	

Nhận xét: Kết quả tái thông tốt (TICI 2b-3) chiếm tỉ lệ 96,2%.
 Trung bình NIHSS sau 24 giờ thấp hơn hẳn so với NIHSS vào viện (7,46 & 13,5), giảm có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước sau.

3.2.3 Biến chứng và diễn biến trong quá trình nằm viện



Biểu đồ 3.12 Biến chứng XHNS và phân loại

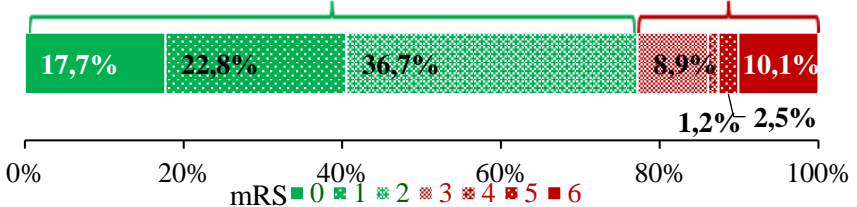
Nhận xét: 34,2% BN bị XHNS nói chung, hay gặp nhất là PH 1 với tỉ lệ 12,7%, có 5/79 BN (6,3%) bị XHNS có triệu chứng.

Có 5,1% bị biến chứng liên quan đến điều trị bắc cầu, 20,3% có các biến chứng/diễn biến khác trong quá trình nằm viện, hay gặp nhất là viêm phổi (10,1%).

3.2.4 Kết quả lâm sàng sau 3 tháng

Kết quả phục hồi tốt
 (mRS 0-2): **77,2%** (n=61)

Kết quả phục hồi xấu
 (mRS 3-6): **22,8%** (n=18)



Biểu đồ 3.13 Kết quả hồi phục lâm sàng sau 3 tháng theo mRS

Nhận xét: Sau 3 tháng tổng cộng có 77,2% BN hồi phục tốt (mRS 0-2) và 8 BN (10,1%) tử vong. Tỷ lệ tái thông vô nghĩa là 19,7%.

3.2.5 Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả mRS sau 3 tháng

Nhóm mRS 0-2 so với nhóm mRS 3-6: Nhóm mRS 0-2 có các giá trị trung bình/trung vị của điểm Glasgow vào viện cao hơn (14,2/15 so với 12,5/12), NIHSS vào viện thấp hơn (12,3/12 so với 17,4/17), NIHSS 24 giờ thấp hơn (4,7/4 so với 16,9/16,5) và tỷ lệ có quay mắt quay đầu thấp hơn (26,2% so với 61,1%); các tỷ lệ TICI 2b-3 cao hơn (100% so với 83,3%) và TICI 3 cao hơn (62,3% so với 33,3%), tỷ lệ có XHNS nói chung thấp hơn (26,2% so với 61,1%), XHNS có triệu chứng thấp hơn (0% so với 27,8%) và có các biến chứng khác khi nằm viện thấp hơn (14,8% so với 38,9%).

Bảng 3.19 Mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng và kết quả mRS sau 3 tháng

Hồi quy logistic	Biến độc lập	OR	95% CI	p*
Đơn biến	Glasgow vào viện**	0,498	0,337-0,738	0,001
	NIHSS vào viện**	1,236	1,090-1,400	0,001
	NIHSS 24 giờ**	1,532	1,246-1,883	< 0,001
	Quay mắt quay đầu	4,420	1,462-13,359	0,008
	TICI 3	0,303	0,100-0,917	0,035
	Có XHNS	4,420	1,462-13,359	0,008
	Có các biến chứng khác khi nằm viện	3,677	1,127-11,998	0,031
Đa biến	Glasgow vào viện**	0,365	0,067-1,997	0,245
	NIHSS vào viện**	0,599	0,297-1,209	0,152
	NIHSS 24 giờ**	2,400	1,178-4,891	0,016
	Quay mắt quay đầu	31,321	0,706-1389,8	0,075
	TICI 3	0,130	0,004-3,920	0,240
	Có XHNS	470,5	0,47-470634	0,081
	Có các biến chứng khác khi nằm viện	0,383	0,004-39,131	0,684

*Binary Logistic Regression, **mỗi 01 điểm tăng thêm

Nhận xét: Các yếu tố trên được đưa vào phân tích hồi quy logistic đơn biến thì tất cả các yếu tố này đều ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê. Phân tích đa biến chỉ có NIHSS 24 giờ có giá trị tiên lượng độc lập.

3.2.6 Các yếu tố ảnh hưởng tới kết cục sống-tử vong sau 3 tháng

Nhóm sống so với nhóm tử vong: có trung bình điểm Glasgow vào viện cao hơn (14 & 12), tỉ lệ có rung nhĩ thấp hơn (38% & 87,5%), trung bình/trung vị NIHSS vào viện thấp hơn (12,9/13 & 18,7/17) và NIHSS 24 giờ thấp hơn (6/4 & 20,3/22); thì tỉ lệ INR > 1,1 thấp hơn (25,4% & 62,5%); tỉ lệ TSH TM liều chuẩn thấp hơn (45,1% & 87,5%), tỉ lệ XHNS có triệu chứng thấp hơn (1,4% & 50%) và tỉ lệ có các biến chứng khác khi nằm viện thấp hơn (12,7% & 87,5%).

Bảng 3.23 Mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng và kết cục sống-tử vong sau 3 tháng

Hồi quy logistic	Biến độc lập	OR	95% CI	p*
Đơn biến	Glasgow vào viện**	0,520	0,335-0,808	0,004
	NIHSS vào viện**	1,248	1,058-1,472	0,009
	NIHSS 24 giờ**	1,311	1,140-1,508	< 0,001
	Rung nhĩ	11,407	1,330-97,87	0,026
	INR > 1,1	4,907	1,065-22,617	0,041
	TSH TM liều chuẩn	8,531	0,997-73,0	0,05
	XHNS có triệu chứng	70,0	6,275-780,8	0,001
	Có các biến chứng khác khi nằm viện	48,222	5,296-439,1	0,001
Đa biến	Glasgow vào viện**	0,662	0,189-2,321	0,519
	NIHSS vào viện**	0,774	0,338-1,775	0,546
	NIHSS 24 giờ**	1,445	0,836-2,496	0,187
	Rung nhĩ	18,253	0,286-1164,6	0,171
	INR > 1,1	14,301	0,131-1563,9	0,267
	XHNS có triệu chứng	0,447	0,000-14274	0,879
	Có các biến chứng khác khi nằm viện	32,094	0,706-1459,7	0,075

*Binary Logistic Regression, **mỗi 01 điểm tăng thêm

Nhận xét: Kết quả phân tích đơn biến thì các yếu tố Glasgow vào viện, NIHSS vào viện, NIHSS 24 giờ, có rung nhĩ, INR > 1,1 và bị XHNS

có triệu chứng có ý nghĩa thống kê và được đưa vào phân tích đa biến nhưng không có yếu tố nào có giá trị tiên lượng độc lập.

Tỉ lệ dùng liều chuẩn khi TSH đường TM cao hơn ở nhóm $INR > 1$ so với nhóm $INR \leq 1$ có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ XHNS có triệu chứng cao hơn ở nhóm $INR > 1$ so với nhóm $INR \leq 1$ nhưng không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ XHNS có triệu chứng cao hơn ở nhóm TSH TM liều chuẩn so với nhóm TSH TM liều thấp (12,8% so với 0%) có ý nghĩa thống kê.

3.2.7 Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả tái thông vô nghĩa

Bảng 3.25 Mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng và kết quả tái thông vô nghĩa

Hồi quy logistic	Biến độc lập	OR	95% CI	p*
Đơn biến	Glasgow vào viện**	0,496	0,330-0,745	0,001
	NIHSS vào viện**	1,216	1,070-1,382	0,003
	NIHSS 24 giờ**	1,509	1,224-1,859	<0,001
	Rung nhĩ	3,304	1,003-10,882	0,049
	Có XHNS	5,625	1,668-18,971	0,005
	Có các biến chứng khác khi nằm viện	3,852	1,101-13,473	0,035
Đa biến	Glasgow vào viện**	0,366	0,083-1,619	0,185
	NIHSS vào viện**	0,677	0,378-1,211	0,189
	NIHSS 24 giờ**	2,102	1,235-3,578	0,006
	Rung nhĩ	3,598	0,199-65,05	0,386
	Có XHNS	57,266	0,86-3811,6	0,059
	Có các biến chứng khác khi nằm viện	0,196	0,002-19,204	0,486

*Binary Logistic Regression, **mỗi 01 điểm tăng thêm

Nhận xét: Các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới kết quả tái thông vô nghĩa khi phân tích đơn biến là Glasgow vào viện, NIHSS vào viện, NIHSS 24 giờ, có rung nhĩ, có XHNS nói chung và có các biến chứng khác khi nằm viện. Khi phân tích đa biến với tất cả các yếu tố này thì chỉ có NIHSS 24 giờ có giá trị tiên lượng độc lập.

CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

4.1.1 Đặc điểm tuổi và giới tính

Tuổi trung bình của nghiên cứu này (57,9) và các nghiên cứu trong nước (56,6-62,7 tuổi) có xu hướng thấp hơn các nghiên cứu ngoài nước (65,0-71 tuổi), có thể là dấu hiệu cho thấy tuổi khởi phát đột quy trong nước đang trẻ hóa hoặc cũng có thể do các nghiên cứu quốc tế nói trên được thực hiện ở các nước phát triển có dân số già.

Tỉ lệ nam giới chiếm đa số (57%), tương đồng với nhiều các nghiên cứu trong và ngoài nước (55-69,4%), có thể do thói quen sử dụng thuốc lá/rượu bia làm tăng nguy cơ đột quy ở nam giới.

4.1.2 Đặc điểm yếu tố nguy cơ và tiền sử

Tăng huyết áp chiếm tỉ lệ 63,3%, tương đương với các kết quả của Vũ Đăng Lưu (62,1%), các nghiên cứu REVASCAT (60,2%), ESCAPE (63,6%), cao hơn so với 40,7% của Nguyễn Văn Tuyên. *Rối loạn lipid máu* chiếm tỉ lệ rất cao là 79,7%, cao hơn rất nhiều so với kết quả 44,4% của Vũ Anh Nhị và 17,5% của Võ Văn Tân, có thể vì xét có rối loạn lipid máu khi có bất thường ở cả 4 chỉ số lipid máu theo NCEP ATP III (2001). *Có rung nhĩ* chiếm 43% tương đồng với 44,8% của Vũ Đăng Lưu, 40,7% theo Nguyễn Văn Tuyên, cao hơn so với các với nghiên cứu SWIFT PRIME là 39%, ESCAPE là 37%. Có 16,5% dùng thuốc chống đông/kháng kết tập tiểu cầu trước đột quy.

4.1.3 Triệu chứng khi khởi phát và vào viện

Triệu chứng hay gặp nhất là liệt nửa người với 96,2% khi khởi phát và 100% khi vào viện, quay mắt quay đầu gặp 34,2% khi vào viện. Các triệu chứng khởi phát chủ yếu tập trung vào các dấu hiệu dễ nhận biết.

4.1.4 Đặc điểm dấu hiệu sinh tồn khi vào viện

Điểm Glasgow trung bình là 13,8, điểm Glasgow phần nào phản ánh

mức độ nặng của đột quy. Các dấu hiệu sinh tồn khác phần lớn đều trong ngưỡng sinh lý, một số trường hợp huyết áp cao cần xử trí trước TSH TM. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Đột quy Hoa Kỳ thì trước khi TSH TM lần LHK cần đảm bảo huyết áp $\leq 185/110$ mmHg.

4.1.5 NIHSS khi vào viện và các đặc điểm về thời gian

NIHSS trung bình là 13,5, thấp hơn so với Vũ Anh Nhị là 18. Trung vị của NIHSS vào viện là 13, thấp hơn so với các nghiên cứu MR CLEAN, EXTEND-IA, SWIFT PRIME và REVASCAT cùng là 17, của nghiên cứu ESCAPE là 16 và 15,5 của Đào Việt Phương. NIHSS 9-15 có tỉ lệ 41,8%, do đó có thể kỳ vọng kết quả điều trị tốt hơn. Trung vị thời gian khởi phát-TSH TM là 165 phút, cao hơn so với 127 phút của nghiên cứu EXTEND-IA, 110,5 phút của nghiên cứu SWIFT PRIME, có thể do cơ sở hạ tầng-giao thông-y tế thuận lợi hơn.

Trung vị thời gian bắt đầu TSH TM-bắt đầu LHK là 85 phút, dài hơn so với 74 phút của nghiên cứu EXTEND-IA, do nghiên cứu của chúng tôi không loại trừ các trường hợp có khoảng thời gian từ khi TSH tới khi bắt đầu LHK (chọc động mạch đùi) > 60 phút.

Biểu đồ 3.7 cho thấy tỉ lệ BN được bắt đầu LHK trong vòng < 60 phút kể từ khi TSH TM tăng liên tục theo từng năm, từ 7,7% năm 2016 lên 50% năm 2019, phản ánh những nỗ lực có hiệu quả của các cơ sở y tế theo từng năm để cải thiện và tối ưu hóa quá trình xử lý đột quy cấp.

4.1.6 Đặc điểm xét nghiệm máu

Phần lớn các kết quả xét nghiệm máu đều trong ngưỡng sinh lý. Tỉ lệ BN có INR bất thường cao hơn có ý nghĩa thống kê khi có dùng thuốc kháng vitamin K trước đột quy so với không dùng.

4.1.7 Đặc điểm hình ảnh học

ASPECTS vào viện chủ yếu có giá trị là 9-10 điểm (gần 2/3 các trường hợp), có trung vị là 9, tương đương với kết quả cùng là 9 của các

ngiên cứu MR CLEAN, ESCAPE và SWIFT PRIME, cao hơn so với 7 của nghiên cứu REVASCAT. Một tiêu chuẩn lựa chọn để LHK đối với NMN cấp do tắc mạch lớn tuần hoàn trước là ASPECTS ≥ 6 .

Tỉ lệ tắc đoạn M1 động mạch não giữa đơn thuần (63,3%) cao hơn so với kết quả của Vũ Anh Nhị là 47,2%, 46,5% của Nguyễn Văn Tuyền, tương đương kết quả 64,7%-68,1% của các nghiên cứu quốc tế. Với khuyến cáo ở mức cao nhất thì vị trí tắc mạch nên được LHK là động mạch cảnh trong và đoạn M1 động mạch não giữa. Tỉ lệ hẹp động mạch nội sọ của nghiên cứu là 21,5%, những trường hợp này đang thách thức về mặt kỹ thuật khi tiến hành can thiệp tái tưới máu nội mạch. Có 28,6% trong 49 BN được đánh giá tuần hoàn bàng hệ có tuần hoàn bàng hệ tốt, ASPECTS 9-10 ở nhóm tuần hoàn bàng hệ tốt gặp nhiều hơn nhóm tuần hoàn bàng hệ kém.

4.1.8 Đặc điểm điện tim và siêu âm Doppler

Tỉ lệ có rung nhĩ trên điện tim là 40,5%, có 2,5% được chẩn đoán rung nhĩ trước đó nhưng không thấy rung nhĩ trên điện tim, do đó tỉ lệ rung nhĩ thực tế có thể cao hơn.

Có 19,7% BN được siêu âm có hẹp van 2 lá, suy tim gặp ở 8,5% và 4,2% có van tim cơ học. Các bệnh lý này là những nguyên nhân gây đột quy do huyết khối từ tim. Siêu âm động mạch cảnh có 64,7% chỉ phát hiện vữa xơ hoặc dày thành, 2,9% tắc hoàn toàn động mạch cảnh. Tỉ lệ rung nhĩ do bệnh lý van tim (hẹp van 2 lá, van tim cơ học) và tỉ lệ rung nhĩ không do bệnh lý van tim lần lượt là 47,1% và 44,1%, điều này quan trọng trong việc dự phòng thuốc chống đông.

4.2 Kết quả điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng

4.2.1 Đặc điểm điều trị tái thông mạch máu

Bảng 3.11 cho biết tỉ lệ TSH TM sử dụng liều chuẩn là 49,4%, còn lại (50,6%) sử dụng liều thấp, 34,3% các BN được LHK 1 lần, tương đồng

với nghiên cứu của Kaesmacher và cộng sự là 29,4%. Tỷ lệ có nông động mạch bằng bóng là 17,7%, gồm 2,5% nông động mạch ngoài sọ và 15,2% nông động mạch trong sọ. Các biện pháp cứu nguy như dùng bóng nông tạo hình mạch máu là lựa chọn có thể áp dụng hiệu quả ở các trường hợp hẹp động mạch trong sọ.

4.2.2 Kết quả tái thông mạch và thay đổi của NIHSS

Bảng 3.12 cho thấy tỉ lệ tái thông tốt (TICI 2b-3) là 96,2% có xu hướng cao hơn so với các nghiên cứu khác (65,7-94,1%), có thể là nhờ các biện pháp điều trị hỗ trợ khi can thiệp, cụ thể là nông bóng tạo hình mạch máu. Sử dụng các dụng cụ thế hệ thứ 2 trở lên khi LHK như Solitaire có kết quả tái thông rất cao, các nghiên cứu có tỉ lệ điều trị bắc cầu càng cao thì tỉ lệ tái thông mạch có xu hướng càng cao, phần nào được khẳng định qua phân tích tổng hợp của Mistry.

Trung bình của NIHSS sau 24 giờ là 7,46, giảm trung bình 6,03 điểm so với NIHSS khi vào viện, phản ánh hiệu quả của việc tái thông mạch nhờ LHK thường biểu hiện nhanh và dễ nhận biết.

4.2.3 Biến chứng và diễn biến trong quá trình nằm viện

Theo **Biểu đồ 3.12** thì tỉ lệ XHNS nói chung là 34,2, cao hơn không đáng kể so với kết quả 29,1% trong nghiên cứu của Đào Việt Phương với tất cả các BN nghiên cứu được điều trị bắc cầu được dùng tPA liều. Tỉ lệ XHNS có triệu chứng là 6,3%, tương đồng với các kết quả 6,1% của nghiên cứu DIRECT-MT, 6,8% trong nghiên cứu DEVT, 5,8% của Đào Việt Phương, thấp hơn so với tỉ lệ 11,1% của Vũ Anh Nhị. Có 5,1% bị biến chứng khác liên quan đến điều trị bắc cầu, bao gồm cả xuất huyết tiêu hóa là 3,8%, thấp hơn so với các kết quả 5,3% ở những BN được TSH TM theo nghiên cứu của Chang. Chỉ 1,3% bị máu tụ vùng chọc động mạch đùi nhưng không nghiêm trọng, thấp hơn so với 7,5% ở nhóm TSH TM kết hợp LHK trong nghiên cứu MR

CLEAN NO-IV. Các biến chứng khác trong quá trình nằm viện có tổng tỉ lệ là 20,3%, bao gồm 10,1% là viêm phổi vốn thường gặp.

4.2.4 Kết quả lâm sàng sau 3 tháng

Biểu đồ 3.13 cho thấy tỉ lệ hồi phục tốt (mRS 0-2) chiếm tỉ lệ 77,2%, tương đồng với 76,5% của Tajima, cao hơn so với 71% của nghiên cứu EXTEND-IA, 69,8% của Đào Việt Phương. Kết quả mRS 0-2 trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng cao hơn các nghiên cứu khác, điều này phụ thuộc vào nhiều yếu tố, nhưng khả năng cao là nhờ NIHSS thấp hơn, tổn thương não ít hơn. Tỉ lệ tử vong sau 3 tháng là 10,1% (mRS = 6), khác biệt không đáng kể với các kết quả 10,3% của Vũ Đăng Lưu, 10,4% của nghiên cứu ESCAPE, 9 % là tỉ lệ ở các nhóm bậc cầu ở các nghiên cứu SWIFT PRIME, EXTEND-IA và SKIP. Tỉ lệ tái thông vô nghĩa là 19,7%, tỉ lệ này thấp hơn đáng kể so với kết quả 54% của HERMES.

4.2.5 Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả mRS sau 3 tháng

Một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới kết quả mRS sau 3 tháng khi so sánh hai nhóm mRS 0-2 và mRS 3-6. Trong đó trung bình và trung vị của Glasgow thấp hơn ở nhóm mRS 3-6, Glasgow càng thấp thể hiện tình trạng tri giác suy giảm càng nhiều, phản ánh phần nào tổn thương lớn, quan trọng ở não.

Trung vị và trung bình của cả NIHSS vào viện và NIHSS sau 24 giờ đều cao hơn ở nhóm mRS 3-6, theo Wouters thì NIHSS vào viện là một yếu tố có giá trị tiên lượng kết quả hồi phục chức năng sau 90 ngày của đột quy, điều tương tự cũng quan sát được đối với NIHSS 24 giờ trong nghiên cứu của Rangaraju. Ảnh hưởng của NIHSS vào viện và NIHSS 24 giờ tới kết quả lâm sàng là dễ hiểu bởi NIHSS càng cao thì mức độ đột quy càng nặng. Ngoài ra tỉ lệ có quay mắt quay đầu cũng cao hơn ở nhóm mRS 3-6.

Về các đặc điểm điều trị và biến chứng liên quan tới kết quả mRS sau 3 tháng, các tỉ lệ kết quả tái thông và biến chứng XHNS khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm mRS 0-2 và mRS 3-6.

Tỉ lệ tái thông tốt (TICI 2b-3) hoặc tái thông hoàn toàn (TICI 3) cao hơn ở nhóm mRS 0-2 so với nhóm mRS 3-6 đều có ý nghĩa thống kê, nhưng vì giá trị quan sát của số lượng BN hồi phục tốt nhưng tái thông kém (TICI 0-2a) bằng 0 nên không so sánh tỉ lệ hoặc phân tích hồi quy logistic được, nên lựa chọn tiêu chí tái thông hoàn toàn (TICI 3).

Tỉ lệ có XHNS nói chung và tỉ lệ XHNS có triệu chứng đều cao hơn ở nhóm mRS 3-6. XHNS có triệu chứng có thể nói là biến chứng đáng sợ nhất sau khi LHK và luôn là một trong các tiêu chuẩn quan trọng nhất trong việc đánh giá mức độ an toàn trong các nghiên cứu về phương pháp LHK.

Các biến chứng khác khi nằm viện như phẫu thuật mở sọ, NMN tái phát/tiến triển, viêm phổi... ảnh hưởng rõ rệt tới kết quả mRS sau 3 tháng khi tỉ lệ có các biến chứng này cao hơn hẳn ở nhóm mRS 3-6 so với nhóm mRS 0-2 (38,9% so với 14,8%).

Các đặc điểm khác biệt trên đưa vào phân tích hồi quy logistic nhị phân đơn biến đều có ý nghĩa thống kê, trong đó Glasgow vào viện càng tăng và kết quả tái thông TICI 3 thì làm tăng xác suất hồi phục tốt (mRS 0-2); còn NIHSS vào viện, NIHSS 24 giờ càng tăng, có quay mắt quay đầu, có XHNS nói chung và có các biến chứng khác khi nằm viện làm giảm xác suất hồi phục tốt. Khi phân tích đa biến thì chỉ có NIHSS 24 giờ có giá trị tiên lượng độc lập (OR 2,400). Lý do có thể là trong các yếu tố được phân tích thì NIHSS 24 giờ phản ánh chính xác nhất tình trạng của BN, tương đồng với nghiên cứu của Hendrix: NIHSS 24 giờ ≤ 8 sau LHK là yếu tố tiên lượng độc lập cho kết quả hồi phục lâm sàng tốt.

4.2.6 Các yếu tố ảnh hưởng tới kết cục sống-tử vong sau 3 tháng

Một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới kết cục sống-tử vong khi so sánh hai nhóm: sống & tử vong. Trong đó Glasgow thấp hơn và NIHSS cao hơn ở nhóm tử vong. Lý do có thể là Glasgow càng thấp và NIHSS càng cao thì thể hiện tổn thương não càng lớn dẫn tới các nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp dẫn tới tử vong. Theo nghiên cứu của Li và cộng sự thì NIHSS vào viện > 18 có giá trị tiên lượng độc lập đối với kết cục tử vong. Khi có kết quả NIHSS 24 giờ thấp hoặc hồi phục chức năng thần kinh sớm và rõ rệt sau LHK có tỉ lệ tử vong dài hạn thấp hơn đáng kể và NIHSS 24 giờ có giá trị tiên lượng tốt nhất về khả năng sống sót về ngắn hạn và dài hạn theo nghiên cứu của Kurmann và cộng sự.

Tỉ lệ rung nhĩ cao hơn hẳn ở nhóm tử vong so với nhóm sống sót sau 3 tháng (87,5% so với 38%). Theo nghiên cứu của Alkhouli thì các BN rung nhĩ có tỉ lệ tử vong cao hơn so với những BN không bị rung nhĩ, cũng theo Kimura thì rung nhĩ là yếu tố tiên lượng của đột quỵ mức độ nặng và tử vong sớm ở BN NMN cấp.

Giá trị trung bình INR ở nhóm tử vong cao hơn nhóm sống (1,15 so với 1,05) có ý nghĩa thống kê nhưng không có khác biệt về trung vị. Điều này phần nào phản ánh rằng INR cao hơn thì nguy cơ tử vong cao hơn, lý do có thể là làm tăng nguy cơ XHNS. Theo Ramos-Araque và cộng sự thì dùng kháng vitamin K là yếu tố tiên lượng độc lập đối với nguy cơ XHNS có triệu chứng ở những BN NMN cấp được điều trị bằng can thiệp LHK cơ học.

Tỉ lệ TSH đường TM sử dụng liều chuẩn cao hơn ở nhóm tử vong so với nhóm sống có ý nghĩa thống kê (87,5% so với 45,1%, $p = 0,029$). Theo kết quả nghiên cứu trên 107 BN NMN được TSH TM và LHK của Mai Duy Tôn và cộng sự thì tỉ lệ tử vong có cao hơn ở nhóm dùng

liều chuẩn (8,8%) so với nhóm dùng liều thấp (2,7%) nhưng không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên giá trị $p = 0,053$ rất gần với mốc $< 0,05$, vì vậy có thể kỳ vọng khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu cỡ mẫu đủ lớn. Như vậy khi dùng tPA liều chuẩn trong điều trị bắc cầu cho BN NMN tắc động mạch lớn thì có thể làm tăng tỉ lệ tử vong so với liều thấp, nhưng không khác biệt về kết quả hồi phục sau 3 tháng.

Tỉ lệ bị XHNS có triệu chứng cao hơn ở nhóm tử vong (50%) so với nhóm sống (1,4%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), điều này cũng được thể hiện trong nghiên cứu của Zhang khi kết quả cho thấy XHNS có triệu chứng là yếu tố tiên lượng đối với nguy cơ tử vong cho dù BN được LHK thành công. Đây là điều hoàn toàn dễ hiểu bởi XHNS có triệu chứng có cả ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp tới tình trạng BN NMN và thường khiến cho nguy cơ tử vong xảy đến rất gần. Ngoài ra tương tự như ảnh hưởng tới kết quả phục hồi sau 3 tháng, các biến chứng khác khi nằm viện cũng ảnh hưởng tới kết cục sống-tử vong sau 3 tháng khi tỉ lệ có các biến chứng này cao hơn rõ rệt ở nhóm tử vong (87,5%) so với nhóm sống sót (12,7%), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các đặc điểm trên thì đều có ý nghĩa thống kê khi phân tích logistic đơn biến (trừ TSH đường TM liều chuẩn). Không có yếu tố nào có giá trị tiên lượng độc lập khi phân tích đa biến.

4.2.7 Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả tái thông vô nghĩa

Các yếu tố Glasgow vào viện, NIHSS vào viện, NIHSS 24 giờ, có rung nhĩ, có XHNS và có các biến chứng khác khi nằm viện đều ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới kết quả tái thông vô nghĩa khi phân tích đơn biến, nhưng chỉ có NIHSS 24 giờ là yếu tố tiên lượng độc lập ($OR = 2,102$). NIHSS 24 giờ thể hiện mức độ nặng cuối cùng sau khi điều trị tái tưới máu, ảnh hưởng trực tiếp tới kết quả mRS sau 3 tháng và cũng chính là kết quả tái thông vô nghĩa ở các BN được tái thông tốt.

KẾT LUẬN

1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chủ yếu ở BN NMN cấp do tắc động mạch lớn

- + Tuổi trung bình 57,9, nhóm tuổi 40-59 hay gặp nhất (46,8%). Tỉ số Nam:Nữ = 1,3. Tỉ lệ tăng huyết áp là 63%, rối loạn lipid máu là 79,7%, rung nhĩ là 41,25%.
- + Liệt nửa người gặp 96,2% khi khởi phát và 100% khi vào viện. Tỉ lệ có quay mắt quay đầu khi vào viện là 34,2%.
- + NIHSS vào viện trung bình 13,5, trung vị 13.
- + ASPECTS 9-10 chiếm tỉ lệ 63,3%. Tắc M1 động mạch não giữa đơn thuần gặp 63,3%. Tuần hoàn bàng hệ tốt gặp 28,6%.

2. Kết quả điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị NMN do tắc động mạch lớn được TSH TM và LHK

❖ *Điều trị tái thông:*

- + TSH TM với liều chuẩn chiếm tỉ lệ 49,4%.
- + Tái thông tốt (TICI 2b-3) đạt 96,2%.

❖ *Kết quả lâm sàng:*

- + NIHSS trung bình giảm 6,03 sau 24 giờ, phục hồi tốt (mRS 0-2) sau 3 tháng đạt 77,2%, tử vong gặp 10,1%.
- + Tái thông vô nghĩa gặp 19,7%.

❖ *Biến chứng:*

- + XHNS chung gặp 34,2%, XHNS có triệu chứng gặp 6,3%.
- + Các biến chứng khác trong khi nằm viện gặp ở 20,3%.

❖ *Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị*

- + *Ảnh hưởng kết quả hồi phục theo mRS sau 3 tháng:* Glasgow vào viện, NIHSS vào viện, NIHSS 24 giờ, có quay mắt quay đầu, tái thông hoàn toàn (TICI 3), có XHNS và có các biến chứng khác khi

nằm viện nói chung. NIHSS 24 giờ có giá trị tiên lượng độc lập (OR = 2,400).

- + *Ảnh hưởng tới kết cục sống-tử vong sau 3 tháng*: Glasgow vào viện, có rung nhĩ, NIHSS vào viện, NIHSS 24 giờ, INR > 1,1, TSH đường TM liều chuẩn, XHNS có triệu chứng và có các biến chứng khác khi nằm viện nói chung. Không có yếu tố nào có giá trị tiên lượng độc lập.
- + *Ảnh hưởng tới kết quả tái thông vô nghĩa*: Glasgow vào viện, NIHSS vào viện, NIHSS 24 giờ, có rung nhĩ, có XHNS, có các biến chứng khác khi nằm viện và có các biến chứng khác khi nằm viện nói chung. NIHSS 24 giờ có giá trị tiên lượng độc lập (OR = 2,102).

KIẾN NGHỊ

1. Cần nhắc lựa chọn liều thấp khi TSH TM bằng tPA ở BN NMN do tắc động mạch lớn do không khác biệt về kết quả hồi phục nhưng tỉ lệ tử vong sau 3 tháng cao hơn ở liều chuẩn.
2. Có thể áp dụng phương pháp điều trị hỗ trợ khi LHK là nong bóng tạo hình mạch máu trong các trường hợp hẹp động mạch nội sọ khi có chỉ định, giúp tăng tỉ lệ tái thông tốt.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CỦA ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. **Nguyễn Thanh Long, Dương Đình Chính, Ngô Tiến Tuấn (2018)**, Kết quả điều trị bắc cầu tiêu sợi huyết tĩnh mạch và lấy huyết khối cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tuần hoàn trước, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, (13): 10-15.
2. **Nguyễn Thanh Long, Dương Đình Chính, Ngô Tiến Tuấn (2020)**, Kết quả điều trị bắc cầu kết hợp tiêu sợi huyết tĩnh mạch liều tiêu chuẩn hoặc không tiêu chuẩn với lấy huyết khối cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp, *Tạp chí Y học Việt Nam*, (497): 218-224.
3. **Nguyễn Thanh Long, Dương Đình Chính, Ngô Tiến Tuấn (2020)**, Các yếu tố tiên lượng kết quả điều trị bắc cầu tiêu sợi huyết tĩnh mạch liều tiêu chuẩn hoặc không tiêu chuẩn với lấy huyết khối cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2020, (497): 198-204.