

**CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG KẾT QUẢ ĐIỀU  
TRỊ BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO  
TẮC MẠCH MÁU LỚN TUẦN HOÀN TRƯỚC  
ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG TIÊU SỢI HUYẾT  
TĨNH MẠCH VÀ LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC**

**Nguyễn Thanh Long  
Nguyễn Huy Thắng  
Dương Đình Chính**

# ĐẶT VẤN ĐỀ

IV rtPA được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị nhồi máu não cấp tính.

Phương pháp lấy huyết khối cơ học là bước đột phá mới và tiêu chuẩn mới trong điều trị, được khuyến cáo ở mức độ cao nhất (class I, level A) trong guidelines 2015 của AHA/ASA.

Những bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp lấy huyết khối cơ học có tiêu sợi huyết tĩnh mạch có kết quả tốt hơn, không khác biệt về tỉ lệ chảy máu trong não so với những bệnh nhân chỉ được điều trị bằng lấy huyết khối cơ học mà không dùng tiêu sợi huyết tĩnh mạch.

Tại Việt Nam, việc ứng dụng phương pháp lấy huyết khối cơ học nói chung và lấy huyết khối cơ học phối hợp tiêu sợi huyết tĩnh mạch nói riêng ngày càng được mở rộng và cho kết quả khả quan.

Chưa có nghiên cứu chính thức nào về các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị.

# ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

# ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp tính do tắc mạch lớn tuần hoàn trước trong vòng 4,5 giờ đầu kể từ khi khởi phát.

Được điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch và lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện Nhân dân 115 và Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 6/2016 tới tháng 4/2017.



# ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ.

Các tiêu chuẩn này dựa theo các tiêu chuẩn của các nghiên cứu EXTEND-1A, SWIFT PRIME và tiêu chuẩn trong khuyến cáo 2015 của Hiệp hội Đột quy não Hoa Kỳ.



# TIÊU CHUẨN CHỌN BỆNH NHÂN

- Bệnh nhân > 18 tuổi
- Điểm Rankin hiệu chỉnh (mRS) trước đột quỵ < 2
- Chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp tính do tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước (ICA, M1-M2 MCA, A1-A2 ACA)
- NIHSS 6-25 điểm
- Đáp ứng các tiêu chuẩn điều trị IV rtPA.

# TIÊU CHUẨN LOẠI TRỪ

- Có các chống chỉ định IV rtPA
- Có các chống chỉ định can thiệp nội mạch
- Không tiếp cận được vị trí tắc mạch
- Không theo dõi được trong vòng 90 ngày kể từ khi khởi phát đột quy.

# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu mô tả can thiệp có theo dõi dọc, không nhóm chứng
- Cỡ mẫu thuận tiện, số bệnh nhân là 43
- Bệnh nhân được hỏi, khám bệnh, làm các xét nghiệm, hình ảnh học cần thiết, được dùng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch (alteplase) sau đó lấy huyết khối cơ học (Solitaire AB/2).

# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đánh giá kết quả tái thông theo thang điểm TIC1 hiệu chỉnh (mTIC1 – modified Thrombolysis in Cerebral Infarction), mTIC1 2b-3 được coi là tái thông tốt
- Bệnh nhân được theo dõi, đánh giá các dấu hiệu thần kinh, huyết áp, chụp lại CT/MRI sọ não sau 24h hoặc khi có diễn biến bất thường.

# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Thuốc chống đông/ngưng tập tiểu cầu chỉ được dùng khi có bằng chứng hình ảnh học không có xuất huyết nội sọ
- Đánh giá kết quả theo thang điểm Rankin hiệu chỉnh sau 90 ngày, mRS 0-2 được coi là kết quả tốt, xác định tỉ lệ tử vong (mRS 6), tỉ lệ xuất huyết nội sọ.

# XỬ LÝ SỐ LIỆU

- Số liệu được thu thập, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS for Windows phiên bản 23.0
- Thống kê mô tả chung các biến số nghiên cứu. Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %.

# XỬ LÝ SỐ LIỆU

- Tìm mối liên quan giữa nhiều biến nghiên cứu với mức độ hồi phục, tử vong hay biến chứng chảy máu nội sọ bằng phân tích hồi quy logistic đa biến (có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ ), có tính tỉ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy (CI) 95%.



# ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi thông qua hội đồng đạo đức của các đơn vị được lấy bệnh nhân vào nghiên cứu
- Mọi thông tin và số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không tiết lộ hay sử dụng vào mục đích khác dưới mọi hình thức.

# KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

# CÁC ĐẶC ĐIỂM CƠ BẢN

<b>Ng.cứu</b> <b>Đặc điểm</b>	<b>Chúng tôi</b>	<b>Jiang et al</b>	<b>Yoon et al</b>	<b>Castonguay et al</b>	<b>Campbell et al</b>
<b>Số bệnh nhân</b>	<b>43</b>	<b>89</b>	<b>335</b>	<b>354</b>	<b>401</b>
<b>Tuổi TB</b> (min-max)	<b>57,5</b> (27-94)	<b>63</b> (21-85)	<b>72</b> (64-79)	<b>67,3</b> (20-100)	<b>67,8</b> (/-/)
<b>Nam/Nữ</b>	<b>1,4/1</b>	<b>1,6/1</b>	<b>0,98/1</b>	<b>0,99/1</b>	<b>0,94/1</b>
<b>NIHSS TB</b> (min-max)	<b>14,4</b> (6-25)	<b>19</b> (10-34)	<b>13</b> (10-16)	<b>18.1</b> (/-/)	<b>17</b> (13-20)
<b>Tắc CCA/ ICA</b>	<b>34,9%</b>	<b>19,1%</b>	<b>30,4%</b>	<b>23,2%</b>	<b>18,2%</b>

**TB:** trung bình; **NIHSS:** National Institute of Health Stroke Scale; **CCA:** động mạch cảnh chung; **ICA:** động mạch cảnh trong

# CÁC ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP

<b>Ng.cứu</b> <b>Đặc điểm</b>	<b>Chúng tôi</b>	<b>Jiang et al</b>	<b>Yoon et al</b>	<b>Castonguay et al</b>	<b>Campbell et al</b>
<b>Thời gian khởi phát- can thiệp (min-max)</b>	<b>264,1</b> (105-390)	<b>170,6</b> (60-356)	<b>230</b> (170-310)	<b>363,4</b> (/-/)	<b>225</b> (157-302)
<b>Thời gian khởi phát- kết thúc (min-max)</b>	<b>325,7</b> (125-450)	<b>285,2</b> (120-660)	<b>263</b> (205-340)	<b>439,8</b> (/-/)	<b>274</b> (196-365)
<b>mTICI 2b-3</b>	<b>83,7%</b>	<b>67,4%</b>	<b>81,8%</b>	<b>72,0%</b>	<b>71,1%</b>

Đơn vị thời gian: **phút**; **mTICI**: modified Thrombolysis in Cerebral Infarction

# KẾT QUẢ BỆNH NHÂN

<b>Ng.cứu</b> <b>Đặc điểm</b>	<b>Chúng tôi</b>	<b>Jiang et al</b>	<b>Yoon et al</b>	<b>Castonguay et al</b>	<b>Campbell et al</b>
<b>mRS 0-2</b>	<b>55,8%</b>	<b>41,6%</b>	<b>45,1%</b>	<b>37,0%</b>	<b>54,0%</b>
<b>Chảy máu nội sọ</b>	<b>34,9%</b>	<b>47,2%</b>	<b>28,7%</b>	<b>9,9%</b>	<b>8,0%</b>
<b>Tử vong</b>	<b>25,6%</b>	<b>23,6%</b>	<b>10,7%</b>	<b>27,4%</b>	<b>12,0%</b>

Jiang S et al (2015) PLoS One, Dec 7; 10 (12): e0144452

Yoon W et al (2017) J Stroke, Jan; 19 (1): 97-103

Castonguay AC et al (2014) Stroke, Dec; 45 (12): 3631-6

Campbell BC et al (2016) Stroke, Mar; 47 (3): 798-806

**mRS:** modified Rankin Scale

# CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI KẾT QUẢ HỒI PHỤC LÂM SÀNG TỐT

Yếu tố	Tỉ suất chênh (OR)	Khoảng tin cậy (CI) 95%	p
<b>NIHSS nhập viện</b>	0,77	0,61 – 0,97	0,03
<b>Tuổi</b>	0,91	0,83 – 0,98	0,02
<b>Tắc động mạch cảnh</b>	8,11	0,77 – 84,6	0,08
<b>Chảy máu não</b>	0,52	0,10 – 2,72	0,45

Jiang (2015): **NIHSS** là yếu tố tiên lượng độc lập; Yoon (2017): **NIHSS & tuổi** là yếu tố tiên lượng độc lập; Yoon (2017) và Castonguay (2014): **bệnh nhân  $\geq 80$  tuổi** thì tỉ lệ hồi phục thấp hơn nhiều

# CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI BIẾN CHỨNG CHẢY MÁU NỘI SỌ

Yếu tố	Tỉ suất chênh (OR)	Khoảng tin cậy (CI) 95%	p
Nam giới	2,59	0,65 – 10,31	0,17
NIHSS nhập viện	1,03	0,88 – 1,20	0,69
Tiểu đường	3,17	0,51 – 19,7	0,21
Tăng huyết áp	0,51	0,10 – 2,63	0,42

Jiang (2015): Các yếu tố **giới tính, NIHSS nhập viện, tiểu đường** có liên quan tới biến chứng chảy máu trong não trong vòng 1 ngày kể từ khởi phát



# CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI KẾT CỤC TỬ VONG SAU 3 THÁNG

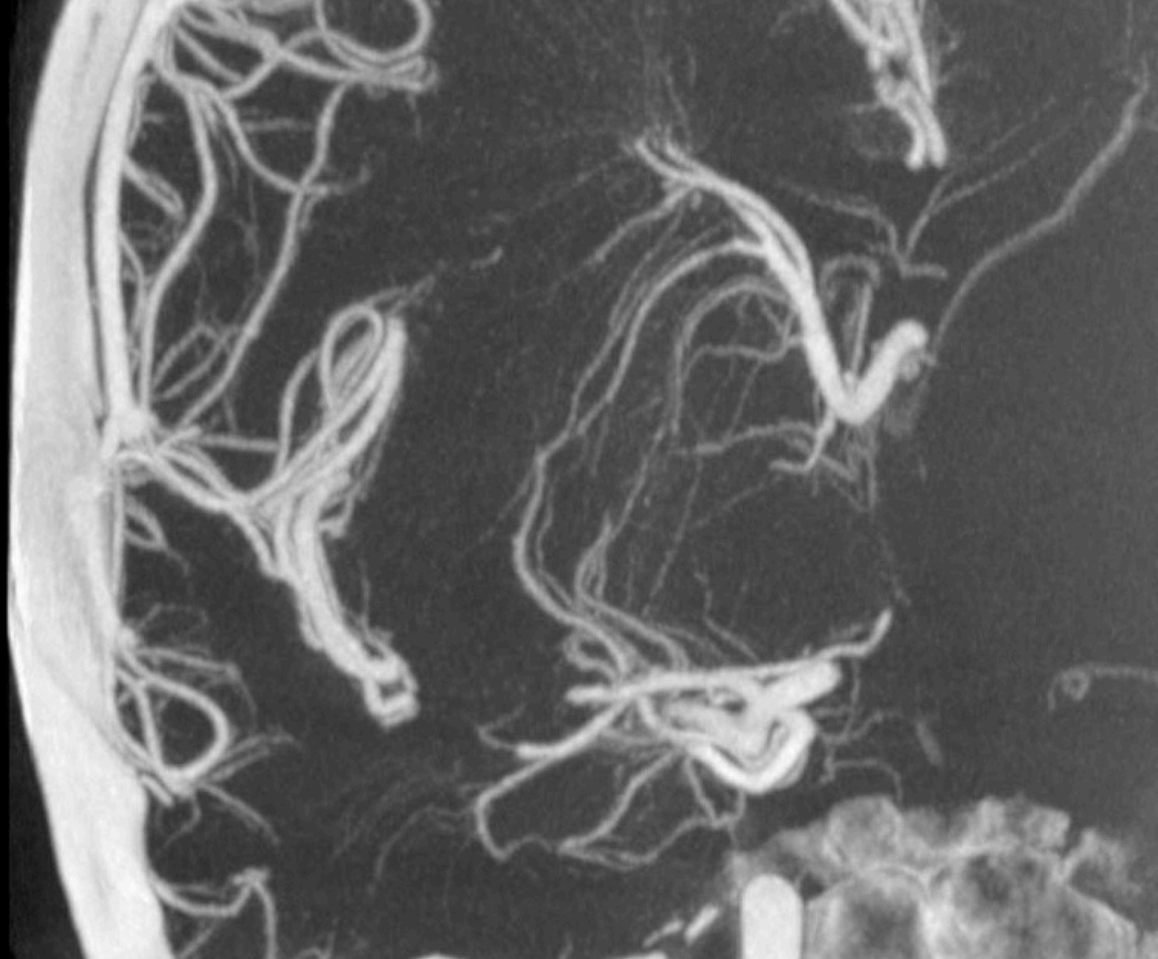
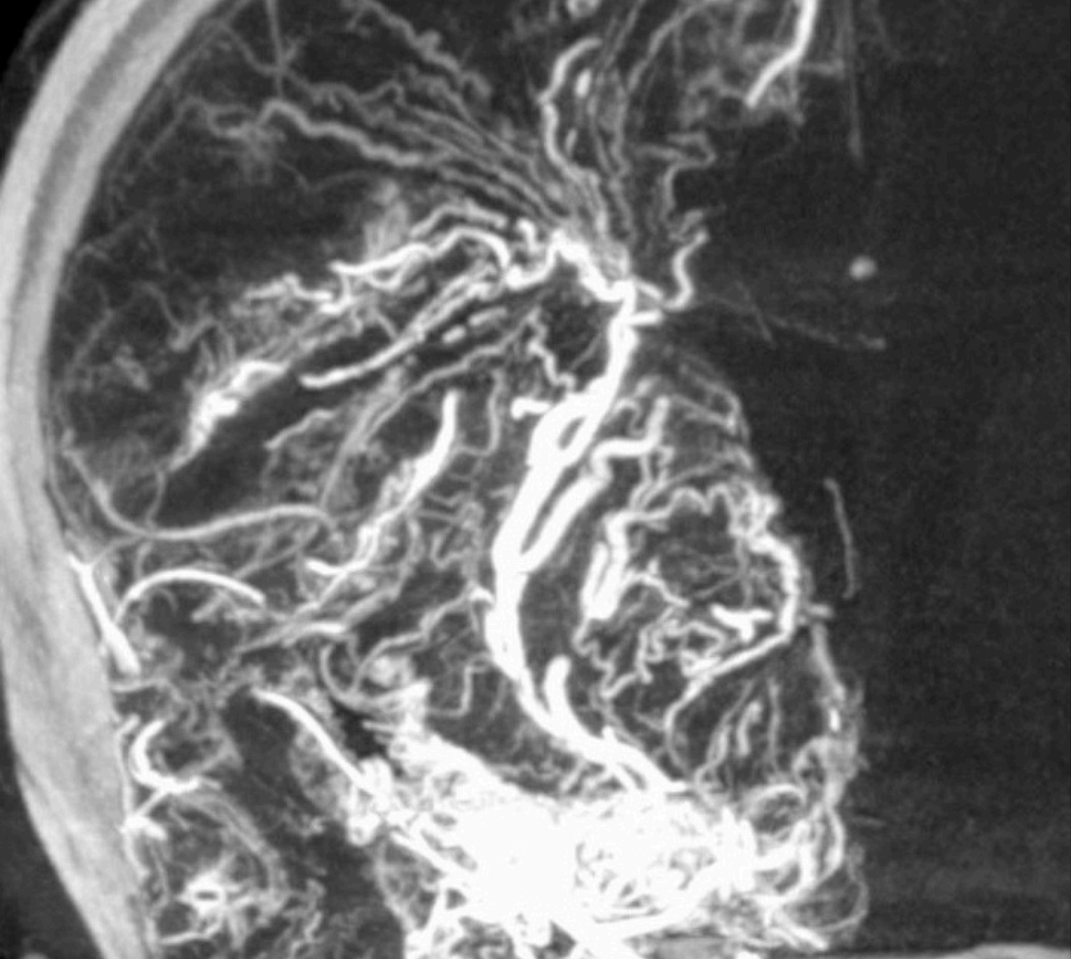
Yếu tố	Tỉ suất chênh (OR)	Khoảng tin cậy (CI) 95%	p
<b>NIHSS &gt; 20</b>	0,65	0,05 – 9,01	0,74
<b>Tăng huyết áp</b>	1,12	0,13 – 10,1	0,92
<b>Tiểu đường</b>	0,16	0,02 – 1,31	0,08
<b>Chảy máu não</b>	0,19	0,03 – 1,18	0,07
<b>Tái thông mạch kém (mTICI 0-2a)</b>	0,16	0,02 – 1,20	0,07
<b>Thời gian khởi phát-tái thông mạch &gt; 5 giờ</b>	3,24	0,55 – 19,0	0,19

Jiang (2015), Yoon (2017): **Chảy máu não** là yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ tử vong

Yoon (2017): yếu tố **tuổi**; Jiang (2015) và Campbell (2016): **NIHSS, mức độ tái thông mạch máu, khoảng thời gian khởi phát-tái thông mạch > 5 tiếng**: là các yếu tố tiên lượng độc lập

# KẾT LUẬN

- **NIHSS nhập viện** và **tuổi** là các yếu tố tiên lượng độc lập, **tắc động mạch cảnh** có xu hướng là yếu tố tiên lượng độc lập đối với kết quả hồi phục lâm sàng tốt.
- Không có yếu tố tiên lượng độc lập đối với biến chứng chảy máu não.
- Đối với biến cố tử vong sau 3 tháng thì **tiểu đường, chảy máu não** và **tái thông mạch kém** có xu hướng là các yếu tố tiên lượng độc lập.
- Cần nghiên cứu rộng thêm và cỡ mẫu lớn hơn để phát hiện thêm các yếu tố giúp tiên lượng được các kết quả điều trị của bệnh nhân.



***THANKS FOR YOUR ATTENTION!***

