

- N. Soehendra**, "Endoscopic mucosal resection," *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 57, no. 4, pp. 567-579, 2003/04/01/ 2003, doi:
- A. Nett and K. Binmoeller**, "Underwater Endoscopic Mucosal Resection," *Gastrointest Endosc Clin N Am*, vol. 29, no. 4, pp. 659-673, Oct 2019, doi: 10.1016/j.giec.2019.05.004.
  - M. Spadaccini et al.**, "Underwater EMR for colorectal lesions: a systematic review with meta-analysis (with video)," *Gastrointest Endosc*, vol. 89, no. 6, pp. 1109-1116 e4, Jun 2019, doi: 10.1016/j.gie.2018.10.023.
  - Trần Thanh Hà, Nguyễn Lĩnh Toàn, Dương Quang Huy, Nguyễn Quang Duật**, "Nghiên cứu hình ảnh nội soi, mô bệnh học, của polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm", (in vietnam), *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 517 (2), tr.136-140., 2022.
  - Lê Quang Đình, Lê Nhân Quang, Quách Trọng Đức**, Comparison of Underwater versus Conventional Endoscopic Mucosal Resection for Nonpedunculated Colorectal Neoplasms: A Randomized Controlled Trial. 2024.
  - M. Ferlitsch et al.**, "Sex-specific prevalence of adenomas, advanced adenomas, and colorectal cancer in individuals undergoing screening colonoscopy," *JAMA*, vol. 306, no. 12, pp. 1352-8, Sep 28 2011, doi: 10.1001/jama.2011.1362.
  - Trần Văn Sơn**, "Kết quả điều trị polyp đại trực tràng bằng kỹ thuật nội soi cắt niêm mạc trong môi trường nước tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh," *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. Tập 537- Tháng 4-Số 1, pp. 117-121, 2024.

## 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

Nguyễn Xuân Quyết<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>2,3</sup>, Đào Việt Phương<sup>2,3,4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhồi máu não do tắc mạch lớn tuần hoàn trước là một thể đột quy nghiêm trọng với tiên lượng nặng nếu không được tái thông kịp thời. Trong điều kiện hạn chế kỹ thuật, sử dụng cắt lớp vi tính (CLVT) cơ bản để lựa chọn bệnh nhân can thiệp trong khung giờ muộn (6–24 giờ) là giải pháp thực tiễn. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của can thiệp lấy huyết khối ở nhóm bệnh nhân được tuyển chọn dựa trên CLVT cơ bản. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 66 bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước, được can thiệp lấy huyết khối tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 - 12/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 67,4 ± 10,6, đa số sống tại nông thôn. Tắc động mạch não giữa (MCA) đơn thuần (37,9%) hoặc kết hợp với động mạch cảnh trong (ICA) là phổ biến nhất (31,8%). Tỷ lệ tái thông tốt (mTICI ≥ 2b) đạt 84,8%, mTICI3 đạt 53%. Sau 3 tháng, 18,2% bệnh nhân cải thiện lâm sàng tốt (mRS 0 – 2). Tắc MCA có khả năng tái thông tốt cao gấp 6,27 lần so với tắc ICA đoạn trong sọ. Thời gian đến can thiệp càng dài thì tỷ lệ tái thông càng thấp. Tuổi ≥ 60 là yếu tố tiên lượng hồi phục kém hơn sau can thiệp 3 tháng. **Kết luận:** Lấy huyết khối cơ học trong cửa sổ muộn dựa trên CLVT cơ bản vẫn mang lại hiệu quả tái thông và phục hồi tốt, gợi mở khả năng mở

rộng chỉ định tại các tuyến y tế không có điều kiện kỹ thuật cao. **Từ khóa:** Đột quy não, tắc mạch lớn, lấy huyết khối, CLVT, cửa sổ muộn.

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF MECHANICAL THROMBECTOMY IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH ANTERIOR CIRCULATION LARGE VESSEL OCCLUSION DIAGNOSED BY CT SCAN IN THE 6 TO 24-HOUR TIME WINDOW

**Objects:** Acute ischemic stroke due to anterior circulation large vessel occlusion (LVO) is a severe condition with poor outcomes if not promptly reperfused. In settings without advanced imaging, basic CT scan can be a practical tool for selecting patients for thrombectomy in the extended time window (6–24 hours). This study evaluates the effectiveness of mechanical thrombectomy in such patients. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 66 medical records with acute anterior circulation LVO stroke who underwent mechanical thrombectomy at Bach Mai Hospital between 6 - 12/2024. **Results:** The mean age was 67.4 ± 10.6 years, with most patients living in rural areas. The most common occlusion sites were the middle cerebral artery (MCA), either alone (37.9%) or combined (31.8%) with internal carotid artery (ICA). Good recanalization (mTICI ≥ 2b) was achieved in 84.8% of cases, with 53% reaching mTICI 3. After 3 months, 18.2% showed significant clinical improvement (mRS 0 - 2). MCA occlusion was 6.27 times more likely to have good recanalization compared to intracranial ICA occlusion. Longer onset-to-treatment time was linked to lower recanalization success. Patients aged ≥60 had worse functional outcomes at 3 months. **Conclusion:** Mechanical thrombectomy guided by

<sup>1</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Phương

Email: daovietphuong85@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

basic CT in the extended time window remains effective for recanalization and clinical recovery. These findings support expanding intervention access in primary care settings without advanced imaging capabilities.  
**Keywords:** Stroke, large vessel occlusion, thrombectomy, CT scan, extended time window.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đột quy não là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong toàn cầu, trong đó nhồi máu não chiếm tỷ lệ cao nhất. Mặc dù xu hướng chăm sóc sức khỏe đang giúp giảm tỷ lệ mắc, đột quy vẫn gia tăng ở nhóm trên 80 tuổi và có xu hướng trẻ hóa, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển. Dự báo đến năm 2030, gánh nặng đột quy toàn cầu có thể ảnh hưởng tới 5 triệu người<sup>5</sup>. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc và tử vong do đột quy ngày càng tăng, phản ánh quá trình già hóa dân số và sự phổ biến của các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường và lối sống thiếu lành mạnh<sup>6</sup>.

Trong các thể nhồi máu não, tắc mạch lớn tuần hoàn trước (Large Vessel Occlusion – LVO) là nguyên nhân thường gặp, với tiên lượng nặng nếu không được tái thông sớm. Điều trị LVO chủ yếu dựa vào thời gian, mức độ tổn thương và kỹ thuật như tiêu sợi huyết tĩnh mạch hoặc lấy huyết khối cơ học. Đặc biệt, nhiều nghiên cứu như DAWN và DEFUSE-3 cho thấy can thiệp lấy huyết khối vẫn hiệu quả nếu được chọn lọc đúng trong cửa sổ muộn (6–24 giờ), nhưng thường yêu cầu hình ảnh học nâng cao như MRI hoặc CT tưới máu (CTP)<sup>8</sup>.

Tại Việt Nam, các kỹ thuật hình ảnh cao cấp này chủ yếu tập trung ở tuyến trung ương, trong khi CLVT và cắt lớp vi tính mạch máu (CTA) lại phổ biến hơn ở tuyến tỉnh và huyện. Do đó, tận dụng hình ảnh học cơ bản để đánh giá vị trí tắc và mô não có nguy cơ là phương án thực tiễn nhằm chọn bệnh nhân phù hợp để can thiệp trong khung giờ muộn. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của lấy huyết khối cơ học ở bệnh nhân được chọn lọc dựa trên CLVT cơ bản trong khoảng 6–24 giờ sau khởi phát, góp phần làm rõ giá trị lâm sàng của kỹ thuật này trong bối cảnh hạn chế nguồn lực tại Việt Nam.

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

**2.1. Thiết kế nghiên cứu**

- **Đối tượng nghiên cứu**
- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- + Tuổi ≥ 18, được thực hiện điều trị trong vòng 6 - 24 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng
- + điểm NIHSS ≥ 6 và hoặc điểm ASPECTS từ 6 – 10 trước khi thực hiện can thiệp
- + Hình ảnh xác nhận tắc ICA hoặc MCA trên CLVT mạch máu

- + Điểm mRS từ 0 - 2 điểm trước đột quy.
- **Tiêu chuẩn loại trừ**
- + Bệnh nhân tắc hệ tuần hoàn não sau;
- + Được chỉ định can thiệp dựa trên MRI hoặc CTP/MRP
- + Tiền sử đột quy trong 6 tuần gần đây có di chứng;
- + Bệnh nền nặng (suy thận nặng, ung thư,...).
- **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang
- **Thời gian nghiên cứu:** tháng 6/2024 đến tháng 12/2024
- **Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Đột quy, Bệnh viện Bạch Mai
- **Các bước tiến hành nghiên cứu:**

Thu thập dữ liệu được thực hiện thông qua khai thác bệnh án và biên bản can thiệp, kết quả đánh giá cận lâm sàng đã được thực hiện bởi các chuyên gia chẩn đoán hình ảnh và trích xuất từ phần mềm bệnh viện và phần mềm PACS lưu trữ hình ảnh.

**2.2. Phân tích số liệu.** Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả chung các biến số nghiên cứu bao gồm biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Nghiên cứu thực hiện phân tích hồi quy logistic đơn biến để dự đoán các biến số có tương quan tới khả năng tái thông tốt sau can thiệp (có mức tái thông đạt mTICI 2B trở lên) và phục hồi lâm sàng tốt khi ra viện (có điểm mRS sau 3 tháng trong khoảng 0 - 2). Giá trị p < 0,05 là mức ý nghĩa thống kê.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được hội đồng đề cương trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học bệnh viện Bạch Mai thông qua. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2024, có 66 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lấy vào nghiên cứu

**Bảng 1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân (n=66)**

Đặc điểm	n	%
<b>Giới</b>		
Nam	42	63,6%
Nữ	24	36,4%
<b>Nhóm tuổi</b>		
Dưới 60	16	24,2%
60 - 74	34	51,5%
75 trở lên	16	24,2%
<b>Nơi sống</b>		

Thành thị	24	36,4%
Nông thôn	42	63,6%
<b>Bệnh đồng mắc</b>		
Tăng huyết áp	31	47,0%
Đái tháo đường	17	25,8%
Tim mạch (Rung nhĩ)	12	18,2%
Tiền sử tai biến	9	13,6%
<b>Số lượng bệnh nền</b>		
Không có	16	24,2%
1 bệnh	32	48,5%
2 bệnh	13	19,7%
3 bệnh	5	7,6%
<b>Phân loại TOAST</b>		
Xơ vữa mạch máu lớn	38	57,6%
Căn nguyên tử tim	13	19,7%
Không rõ căn nguyên	15	22,7%
<b>Đánh giá mRS trước cơn đột quy</b>		
0	19	28,8%
1	33	50,0%
2	14	21,2%
	<b>TB±ĐLC</b>	<b>Min-Max</b>
Tuổi	67,4±10,6	40,0-89,0
Điểm mRS trước đột quy	0,9±0,7	0,0-2,0
Điểm NIHSS trước can thiệp	13,5±3,4	7,0-25,0
Điểm Glasgow trước can thiệp	13,5±1,4	9,0-15,0

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, tỷ lệ nam giới cao gần gấp 2 lần nữ giới. Nhóm tuổi phổ biến nhất là nhóm 60 – 74 (51,5%), tuổi trung bình là 67,4 ± 10,6, với bệnh nền phổ biến là tăng huyết áp với 47%. Có 21,2% người vào viện được chấm điểm mRS trước đột quy mức 2.

**Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh học của đôi tượng tham gia nghiên cứu trước can thiệp (n=66)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vị trí tắc mạch</b>		
Tắc ICA đoạn ngoài sọ	3	4,5%
Tắc ICA đoạn trong sọ	17	25,8%
Tắc phối hợp ICA + MCA	21	31,8%
Tắc MCA (M1 hoặc/và M2)	25	37,9%
	<b>TB±ĐLC</b>	<b>Min-Max</b>
Điểm ASPECTS trước can thiệp	6,9±0,9	6,0-9,0

**Bảng 4: Những yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị lấy huyết khối cửa số 6 - 24 giờ của bệnh nhân nhồi máu do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước**

Đặc điểm	Tái thông tốt (từ mức mTICI 2b trở lên)			Hồi phục tốt sau 3 tháng (mRS 0-2)		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
<b>Nhóm tuổi</b>						
Dưới 60	1,00			1,00		
60 - 74	1,34	0,28 - 6,46	0,72	0,22	0,05 - 0,95	0,04
75 trở lên	1,62	0,23 - 11,26	0,63	0,24	0,04 - 1,43	0,12
<b>Giới</b>						
Nữ	1,00			1,00		

**Nhận xét:** Vị trí tắc gặp nhiều nhất là tắc tại MCA (M1 hoặc/và M2) với 21 ca (31,8%), theo sau là tắc phối hợp ICA và MCA (31,8%). Điểm ASPECT trung bình là 6,9 ± 0,9.

**Bảng 3: Thông tin liên quan đến can thiệp lấy huyết khối trên bệnh nhân (n=66)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dụng cụ sử dụng trong can thiệp</b>		
Stent	47	71,2%
Ông hút	53	80,3%
Sử dụng cả 2 dụng cụ	40	60,6%
<b>Sử dụng liệu pháp tiêu sợi huyết</b>	9	13,6%
<b>Kết quả tái thông</b>		
mTICI 0	9	13,6%
mTICI 1	1	1,5%
mTICI 2B	8	12,1%
mTICI 2C	13	19,7%
mTICI 3	35	53,0%
<b>Kết quả tái thông tốt (từ mTICI 2B trở lên)</b>	56	84,8%
<b>Biến chứng trong và sau can thiệp</b>	34	51,5%
<b>Điểm mRS đánh giá lại sau 3 tháng</b>		
1	5	7,6%
2	7	10,6%
3	8	12,1%
4	21	31,8%
5	15	22,7%
6	10	15,2%
	<b>TB±ĐLC</b>	<b>Min-Max</b>
<b>Thời gian từ khi khởi phát đến can thiệp (giờ)</b>	8,9±3,2	6,0-21,5
<b>Điểm Glasgow ra viện</b>	12,7±3,0	3,0-15,0
<b>Điểm mRS đánh giá lại sau 3 tháng</b>	4,0±1,4	1,0-6,0

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân được thực hiện can thiệp bằng ông hút (71,2%) và stent (80,3%). Số ca đạt kết quả tái thông tốt là 56 ca (84,8%), mức tái thông mTICI 3 là cao nhất (chiếm 53,0%). Có 34 trường hợp có xuất hiện biến chứng xuất huyết sau can thiệp (51,5%).

Nam	0,71	0,17 - 3,07	0,65	0,50	0,14 - 1,77	0,28
<b>Nơi sống</b>						
Nông thôn	1,00			1,00		
Thành thị	3,17	0,79 - 12,64	0,10	3,44	0,69 - 17,24	0,13
<b>Bệnh đồng mắc</b>						
Tăng huyết áp						
Không	1,00			1,00		
Có	0,23	0,05 - 1,19	0,08	0,37	0,10 - 1,38	0,14
<b>Đái tháo đường</b>						
Không	1,00			1,00		
Có	0,45	0,11 - 1,86	0,27	1,58	0,41 - 6,10	0,51
<b>Tim mạch (Rung nhĩ)</b>						
Không	1,00			1,00		
Có	-			1,67	0,38 - 7,39	0,50
<b>Tiền sử tai biến</b>						
Không	1,00			1,00		
Có	0,57	0,10 - 3,26	0,53	0,52	0,06 - 4,63	0,56
<b>Số lượng bệnh nền</b>						
1 bệnh	1,00			1,00		
2 bệnh	0,23	0,04 - 1,24	0,09	1,30	0,27 - 6,22	0,74
3 bệnh	0,41	0,03 - 5,01	0,49	-		
Không có bệnh nền	0,72	0,11 - 4,84	0,74	1,00	0,21 - 4,65	1,00
<b>Vị trí tắc mạch</b>						
Tắc ICA đoạn trong sọ	1,00			1,00		
Tắc phối hợp ICA + MCA	5,18	0,89 - 30,25	0,07	2,67	0,25 - 28,28	0,42
Tắc MCA (M1 hoặc/và M2)	6,27	1,09 - 36,25	0,04	6,22	0,69 - 56,20	0,10
Tắc ICA đoạn ngoài sọ	-			8,00	0,35 - 184,36	0,19
<b>Thời gian từ khởi phát đến can thiệp (giờ)</b>	0,83	0,69 - 0,99	0,04	1,01	0,83 - 1,23	0,91
<b>Điểm mRS trước đột quy</b>	0,66	0,25 - 1,73	0,39	0,80	0,32 - 1,96	0,62
0	1,00			1,00		
1	0,66	0,11 - 3,78	0,64	0,83	0,20 - 3,43	0,80
2	0,43	0,06 - 3,01	0,40	0,63	0,10 - 4,01	0,62
<b>Điểm NIHSS trước can thiệp</b>	1,23	0,97 - 1,57	0,09	1,08	0,90 - 1,30	0,39
<b>Điểm Glasgow trước can thiệp</b>	0,75	0,43 - 1,32	0,32	1,36	0,80 - 2,29	0,25
<b>Điểm ASPECTS trước can thiệp</b>	0,78	0,38 - 1,56	0,48	1,01	0,51 - 2,00	0,98
<b>Biến chứng trong theo dõi sau can thiệp</b>						
Không						
Không	1,00			1,00		
Có	2,89	0,68 - 12,35	0,15	1,40	0,39 - 4,96	0,60

**Nhận xét:** Tắc động mạch não giữa có khả năng đạt mức tái thông tốt cao hơn tắc vị trí động mạch cảnh trong đoạn trong sọ gấp 6,27 lần. Thời gian từ khi khởi phát đến khi bệnh nhân được thực hiện can thiệp có tương quan có ý nghĩa thống kê với hiệu quả tái thông sau can thiệp, OR = 0,83 (95% CI = 0,69 - 0,99). Trong đánh giá hồi phục khi ra viện sau 3 tháng, bệnh nhân trong nhóm 60 đến 74 tuổi chỉ có khả năng hồi phục đạt mức tốt chỉ bằng 0,22 lần so với nhóm dưới 60 tuổi.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả của can thiệp lấy huyết khối cơ học trong khung thời gian muộn (6–24 giờ sau khởi phát) ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn

trước, với chẩn đoán dựa trên CLVT cơ bản thay vì các kỹ thuật hình ảnh nâng cao như CTP hoặc MRI. Trong bối cảnh nhiều cơ sở y tế thiếu thiết bị hiện đại, CLVT cơ bản trở thành công cụ sàng lọc phù hợp. Việc chứng minh hiệu quả của phương pháp này giúp mở rộng cơ hội can thiệp và cải thiện tiên lượng tại các tuyến y tế cơ sở.

Trong 66 bệnh nhân được nghiên cứu, phần lớn là nam giới, tuổi từ 60 -74 (nhóm có nguy cơ cao bị đột quy). Khoảng hai phần ba sống ở nông thôn, phản ánh rào cản tiếp cận y tế cấp cứu tại khu vực này. Thời gian từ khởi phát đến can thiệp trong nghiên cứu ngắn hơn đáng kể so với số liệu trước đó (15,7 giờ), nhưng vẫn cho thấy hệ thống phát hiện và chuyển tuyến chưa thực sự hiệu quả<sup>7</sup>. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ

biến, phù hợp với y văn, tuy nhiên trong nghiên cứu này, tiền sử tăng huyết áp chưa cho thấy mối liên quan rõ ràng đến hiệu quả can thiệp.

Trong nghiên cứu này, kết quả tái thông tốt (mTICI 2b hoặc 3) đạt 83,3%, trong đó 53% đạt tái thông hoàn toàn mTICI 3, cho thấy hiệu quả cao của can thiệp lấy huyết khối ngay cả trong khung giờ muộn nếu lựa chọn bệnh nhân phù hợp. So với nghiên cứu tại Bệnh viện Nhân dân 115 với tỷ lệ tái thông tốt 73,9%, kết quả tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy xu hướng cải thiện, có thể nhờ tối ưu hóa quy trình sàng lọc và kỹ thuật can thiệp<sup>3</sup>. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Hường cũng ghi nhận CLVT cơ bản có thể sử dụng hiệu quả trong sàng lọc bệnh nhân can thiệp muộn, khi không có khác biệt đáng kể về tái thông hay tử vong giữa nhóm điều trị sớm và muộn<sup>2</sup>. Điều này nhấn mạnh tính khả thi của hình ảnh học nền tảng tại các cơ sở chưa có kỹ thuật cao. Phân tích hồi quy cho thấy tắc MCA (M1/M2) có khả năng tái thông tốt cao hơn gấp 6,27 lần so với tắc ICA đoạn trong sọ. Điều này phù hợp với sinh lý bệnh khi tắc ICA thường liên quan huyết khối lớn và lan rộng, trong khi MCA dễ tiếp cận hơn<sup>4</sup>. Kết quả này khẳng định vai trò quan trọng của việc xác định chính xác vị trí tắc mạch và giá trị ứng dụng từ CLVT trong tiên lượng hiệu quả can thiệp.

Dù không ghi nhận biến chứng ngay sau can thiệp, 53,7% bệnh nhân xuất huyết trong quá trình theo dõi, nhưng phần lớn không nghiêm trọng và không cần can thiệp bổ sung. Mặc dù đạt tái thông tốt, nhiều bệnh nhân vẫn còn hạn chế chức năng, và chỉ có thể hiện qua 18,2% cải thiện lâm sàng tốt sau khi ra viện 3 tháng, có thể do thời gian từ khởi phát đến can thiệp còn kéo dài, làm giảm khả năng bảo tồn mô não. Phân tích hồi quy logistic cho thấy thời gian can thiệp có liên quan rõ rệt đến hiệu quả tái thông. Kết quả nhấn mạnh vai trò then chốt của yếu tố thời gian – “time is brain” – ngay cả trong khung 6–24 giờ, cho thấy cần tối ưu hóa phát hiện và chuyển tuyến sớm để cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân đột quỵ<sup>1,2</sup>. Kết quả cho thấy bệnh nhân 60–74 tuổi có khả năng hồi phục tốt sau 3 tháng thấp hơn đáng kể so với nhóm dưới 60 tuổi (OR = 0,22; 95% CI: 0,05–0,95), dù được tái thông mạch hiệu quả. Nguyên nhân có thể do tình trạng mạch máu xơ vữa, tuần hoàn bàng hệ kém hoặc khả năng phục hồi thần kinh suy giảm theo tuổi<sup>5</sup>. Ngoài ra, người lớn tuổi thường mắc nhiều bệnh nền và việc theo dõi điều trị sau can thiệp tại tuyến dưới còn hạn chế. Phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá kỹ toàn

trạng trước can thiệp và xây dựng chiến lược chăm sóc – phục hồi chức năng phù hợp cho bệnh nhân lớn tuổi nhằm tối ưu hóa kết quả điều trị.

Các nghiên cứu như DAWN và DEFUSE 3 – vốn đặt nền tảng cho việc mở rộng cửa sổ điều trị đến 24 giờ – đều dựa trên tiêu chí hình ảnh phức tạp như sự không tương xứng giữa vùng mô não còn sống và vùng tổn thương<sup>8</sup>. Tuy nhiên, nghiên cứu này cho thấy việc kết hợp tiêu chí lâm sàng với CLVT cơ bản (ASPECTS  $\geq$ 6, dấu hiệu mất ranh giới vỏ xám-trắng còn giới hạn, dấu hiệu đậm động mạch) vẫn có thể xác định được nhóm bệnh nhân phù hợp cho can thiệp muộn. Điều này đặc biệt có ý nghĩa tại các cơ sở y tế không có điều kiện triển khai kỹ thuật cao như ở Việt Nam. Ngoài ra, tỷ lệ hồi phục lâm sàng thấp có thể ảnh hưởng bởi quá trình điều trị sau can thiệp không đồng nhất khi bệnh nhân chuyển về tuyến dưới.

## V. KẾT LUẬN

Lấy huyết khối cơ học trong cửa sổ muộn dựa trên CLVT cơ bản vẫn mang lại hiệu quả tái thông và phục hồi tốt, gợi mở khả năng mở rộng chỉ định tại các tuyến y tế không có điều kiện kỹ thuật cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quang Anh.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh học và đánh giá hiệu quả của kỹ thuật lấy huyết khối cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp. Đại học Y Hà Nội; 2023.
2. **Nguyễn Thị Bích Hường, Quốc Trung Nguyễn, Nguyễn Bình Phạm và cộng sự.** Điều trị can thiệp nội mạch ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp trong cửa sổ 6 giờ đầu và cửa sổ 6-24 giờ bằng quy trình hình ảnh học đơn giản. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* 2020;15(6):21-27.
3. **Vũ Việt Lanh.** Nghiên cứu kết quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn trong 6 giờ đầu bằng dụng cụ stent Solitaire. Đại học Y Hà Nội; 2019.
4. **Đào Việt Phương, Chi Nguyễn Văn, Lưu Vũ Đăng.** Nghiên cứu điều trị tắc động mạch lớn hệ tuần hoàn trước trong vòng 6 giờ đầu bằng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch kết hợp với lấy huyết khối cơ học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
5. **Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.** *The Lancet Neurology.* Oct 2021;20(10): 795-820. doi:10.1016/s1474-4422(21)00252-0
6. **C. Carr, Kahn L., Mathkour M. và cộng sự.** The shifting burden of neurosurgical disease: Vietnam and the middle-income nations. *Neurosurgical focus.* Oct 2018;45(4):E12. doi:10.3171/2018.7.Focus18297
7. **Thang Huy Nguyen, Gall Seana, Cadillac Dominique A. và cộng sự.** Processes of Stroke

Unit Care and Outcomes at Discharge in Vietnam: Findings from the Registry of Stroke Care Quality (RES-Q) in a Major Public Hospital. 2019;2(2): 119-127. doi:10.1177/2516608519869132

8. A. Ragoschke-Schumm, Walter S. DAWN and DEFUSE-3 trials: is time still important? Der Radiologe. Nov 2018;58(Suppl 1):20-23. Die DAWN- und DEFUSE-3-Studie: ist Zeit immer noch wichtig? doi:10.1007/s00117-018-0406-4

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ THỂ NỘI ỔNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Nguyễn Đức Long<sup>1</sup>, Trương Minh Tuấn<sup>1</sup>, Vũ Kiên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống (DCIS) tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 70 bệnh nhân được chẩn đoán xác định DCIS và điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 6/2022 đến tháng 10/2024. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn bệnh nhân, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $53,4 \pm 11,4$  tuổi, nhóm tuổi 41–50 chiếm tỷ lệ cao nhất (34,3%). Phần lớn bệnh nhân (84,3%) đến viện do tự sờ thấy u. Tổn thương chủ yếu ở vú trái (51,4%) và vị trí 1/4 trên ngoài (57,1%). Kích thước khối u phổ biến từ 11–25 mm (48,6%). 75,7% được chẩn đoán ác tính trên lâm sàng. Trên X-quang vú, BIRADS 4 chiếm 60,9%; siêu âm cho thấy 51,4% khối giảm âm bờ tua gai. Sinh thiết kim thực hiện ở 82,9%, xác định DCIS trong 69,0% trường hợp. Về mô bệnh học, thể trung cá chiếm 57,1%, độ mô học III chiếm 71,4%. Hóa mô miễn dịch cho thấy ER(+): 57,1%, PR(+): 45,7%, Her2/neu(+): 60%. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú chiếm 61,4%, với thời gian mổ trung bình 53,2 phút. Biến chứng sau mổ ít gặp (2,8%). Xạ trị bổ trợ được áp dụng cho 1,4%, điều trị nội tiết cho 42,9%. Không ghi nhận tái phát hay di căn trong thời gian theo dõi. **Kết luận:** DCIS là thể ung thư có tiên lượng tốt nếu được phát hiện và điều trị kịp thời. Chẩn đoán mô học và hóa mô miễn dịch có vai trò quan trọng trong quyết định điều trị. Phẫu thuật triệt căn cùng điều trị cá thể hóa và theo dõi sát đã góp phần kiểm soát bệnh hiệu quả. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống, DCIS

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF DUCTAL CARCINOMA IN SITU AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical, paraclinical characteristics and evaluate the treatment outcomes

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Minh Tuấn

Email: tuantruong28101996@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025

of ductal carcinoma in situ (DCIS) at Hanoi Oncology Hospital. **Patients and methods:** A cross-sectional study was conducted on 70 patients diagnosed and treated for DCIS at Hanoi Oncology Hospital between June 2022 and October 2024. Data were collected from medical records and patient interviews, and analyzed using SPSS 20.0. **Results:** The mean age was  $53.4 \pm 11.4$  years, with the 41–50 age group accounting for 34.3%. Most patients (84.3%) presented with palpable masses. Lesions were predominantly in the left breast (51.4%) and upper outer quadrant (57.1%). Tumor size ranged mostly from 11–25 mm (48.6%). Clinically malignant diagnosis was present in 75.7%. On mammography, 60.9% were BIRADS 4; ultrasound showed typical spiculated hypoechoic masses in 51.4%. Core needle biopsy confirmed DCIS in 69.0%. Histologically, the comedo subtype was most common (57.1%), with grade III tumors accounting for 71.4%. Immunohistochemistry revealed ER(+) in 57.1%, PR(+) in 45.7%, and Her2/neu(+) in 60%. Mastectomy was performed in 61.4%, with an average surgical time of 53.2 minutes. Postoperative complications were rare (2.8%). Adjuvant radiotherapy was given to 1.4%, and hormonal therapy to 42.9%. No recurrence or metastasis was observed during follow-up. **Conclusion:** DCIS has an excellent prognosis with early detection and appropriate treatment. Histopathology and immunohistochemistry are crucial in treatment planning. Appropriate surgery combined with individualized hormonal management and close follow-up contributes to optimal disease control.

**Keywords:** Ductal carcinoma in situ, DCIS

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư hay gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở phụ nữ tại các nước trên thế giới và Việt Nam. Mặc dù tỷ lệ mắc UTV có xu hướng tăng trong những năm gần đây nhưng tỷ lệ tử vong do bệnh vẫn từng bước được cải thiện nhờ các thành tựu đạt được trong phòng bệnh, phát hiện bệnh sớm, chẩn đoán và điều trị. Đặc biệt việc sử dụng sàng lọc ung thư vú bằng chụp mamography đã giúp phát hiện sớm các trường hợp ung thư vú giai đoạn tại chỗ. Khoảng 20% bệnh nhân ung thư vú được chẩn đoán ở Mỹ là ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống (DCIS) và