

hưởng trực tiếp đến việc trẻ có gặp phải tình trạng sâu răng hay không, vì trong giai đoạn nhỏ tuổi này, trẻ chưa có tính tự giác VSRM bên cạnh việc trẻ hay có xu hướng thích sử dụng các loại bánh kẹo, đồ ngọt và một thói quen ăn uống chưa tốt (ăn ngậm, ăn chậm...). Bên cạnh đó, VSRM cho trẻ trong giai đoạn này cũng phụ thuộc vào cha mẹ, và nếu các bậc phụ huynh chưa quan tâm chu đáo đến điều này thì trẻ hoàn toàn có thể gặp phải tình trạng sâu răng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc sâu răng cao nhất ở nhóm VSRM kém, chiếm 98,7%, tỷ lệ sâu răng cao nhất tập trung ở nhóm tuổi 36-48 tháng tuổi chiếm (55,4%). Nhóm răng hàm là nhóm gặp phải tình trạng sâu nhiều nhất đặc biệt là nhóm răng hàm dưới. Tỷ lệ trẻ đạt vệ sinh răng miệng tốt còn rất thấp chiếm 17,3%. Vệ sinh răng miệng kém vẫn đang chiếm tỷ lệ rất cao 60,3%. Qua đó ta có thể thấy được việc vệ sinh răng miệng là yếu tố vô cùng quan trọng để kiểm soát tình trạng sâu răng ở trẻ nhỏ.

KIẾN NGHỊ

Cần có các biện pháp tuyên truyền, giáo dục cho các bậc phụ huynh về cách chăm sóc và phương pháp chăm sóc răng miệng cho trẻ. Ngoài ra cũng cần có các biện pháp khắc phục tình trạng sâu răng hiện tại của trẻ trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (25/3/2020) fact sheets/ Detail/ Oral health.
2. **World Health Organization (1994)**, "Oral Hygiene Indices", Oral-Health.
3. **Nguyễn Thị Thảo (2023)**, "Thực trạng sâu răng sữa ở trẻ em dưới 36 tháng tuổi tại trường Mầm non **Nguyễn Khuê, Đông Hà, Hà Nội năm 2022**", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 523, tháng 02, số 01 (2023), 34.
4. **Nguyễn Hà Thu, Trần Thị Mỹ Hạnh, Lương Minh Hằng (2021)**, "Thực trạng sâu răng sữa trên trẻ 4-6 tuổi tại một số trường mầm non ở Hà Nội", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 504, tháng 07, số 02 (2021), 76.
5. **Kế hoạch số 446/KH-TTYT** ngày 04/10/2024 về việc Khám quản lý sức khỏe chuyên khoa cho học sinh Mầm non trên địa bàn huyện Dầu Tiếng năm 2024.
6. **Báo cáo số 633/BC-TTYT** ngày 15/11/2024 báo cáo tổng kết quả Khám quản lý sức khỏe chuyên khoa cho học sinh Mầm non trên địa bàn huyện Dầu Tiếng năm 2024.

TIÊN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG SAU CAN THIỆP TÁI THÔNG THÀNH CÔNG DO TẮC ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA ĐOẠN M1

Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn¹, Lê Văn Phước², Nguyễn Thanh Thảo¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quy cấp do tắc động mạch não giữa đoạn M1 là tình trạng nặng, dù tái thông thành công nhưng kết cục không luôn thuận lợi. Nghiên cứu xác định yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng dự báo kết cục không thuận lợi sau can thiệp lấy huyết khối. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên bệnh nhân tắc động mạch não giữa đoạn M1 được tái thông thành công tại Bệnh viện Chợ Rẫy (01/2023-12/2024). Hồi quy logistic phân tích các yếu tố liên quan kết cục không thuận lợi (modified Rankin Scale – mRS 3-6) sau 90 ngày. **Kết quả:** Có 48 ca, mRS 3-6 39,6%. Điểm NIHSS 24 giờ là yếu tố dự báo độc lập mạnh (OR=1,413; 95%CI: 1,164-1,716; p<0,001). Ngưỡng NIHSS 24 giờ ≥ 10 điểm dự báo kết cục xấu (AUC=0,880; độ nhạy 89,5%; độ đặc hiệu 72,4%). Phương trình tiên đoán mức độ nặng Logit (mRS 3-6) = $-4,121 + 0,346 \times \text{NIHSS}_{24\text{gio}}$. **Kết**

luận: Điểm NIHSS sau 24 giờ là yếu tố tiên lượng độc lập, đáng tin cậy, dự báo sớm kết cục không thuận lợi ở bệnh nhân đột quy tắc động mạch não giữa đoạn M1 tái thông thành công. **Từ khóa:** đột quy, động mạch não giữa, lấy huyết khối, tiên lượng

SUMMARY

PROGNOSIS OF POOR OUTCOME AFTER SUCCESSFUL RECANALIZATION OF M1 SEGMENT MIDDLE CEREBRAL ARTERY OCCLUSION

Background: Acute ischemic stroke due to M1 segment middle cerebral artery occlusion is associated with severe outcome. Despite successful reperfusion, clinical outcome is not always favorable. This study aimed to identify clinical and subclinical factors predicting unfavorable outcome after successful thrombectomy. **Materials and methods:** A prospective study was conducted on patients with acute ischemic stroke due to M1 segment middle cerebral artery occlusion successfully reperfused at Cho Ray Hospital (January 2023–December 2024). Logistic regression was used to analyze factors associated with unfavorable outcome (modified Rankin Scale – mRS 3-6) at 90 days. **Results:** Among 48 patients, 39.6% patients had unfavorable outcome (mRS 3-6). NIHSS score at 24 hours was a strong

¹ Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

² Trường Đại học Y, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn

Email: nhntuan.22ncs012@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025

independent predictor (OR=1.413; 95%CI: 1.164–1.716; $p<0.001$). An NIHSS 24-hour threshold ≥ 10 likely predicted unfavorable outcome (AUC=0.880; sensitivity 89.5%; specificity 72.4%). The logistic regression equation predicting outcome was Logit (mRS 3–6) = $-4.121 + 0.346 \times \text{NIHSS}_{24\text{hour}}$.

Conclusion: The NIHSS score at 24 hours is a strong, reliable, and independent early predictor of unfavorable outcome after successful thrombectomy for M1 segment middle cerebral artery occlusion.

Keywords: Stroke, Middle Cerebral Artery, Thrombectomy, Prognosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tử vong do đột quỵ thiếu máu não xấp xỉ 2,8 triệu người trên thế giới hàng năm. Tắc động mạch não giữa cấp tính chiếm 49,7% trong tất cả các trường hợp tắc động mạch nội sọ. Đột quỵ do tắc động mạch não giữa thường ảnh hưởng vùng não lớn, nhiều chức năng quan trọng, thường để lại di chứng nặng, nguy cơ tử vong cao. Hiện nay can thiệp nội mạch lấy huyết khối là điều trị tiêu chuẩn cho các trường hợp đột quỵ cấp do tắc động mạch não nhánh lớn, trong đó các trường hợp tắc động mạch não giữa đoạn M1 đạt được tỷ lệ tái thông cao, tỷ lệ thành công khoảng 75,2 - 84,9%, nhưng tỷ lệ cải thiện kết cục lâm sàng chức năng lại không tương xứng 46,3 - 56,2% [1, 2]. Mặc dù tái thông mạch thành công làm tăng khả năng phục hồi lâm sàng thuận lợi sau khi điều trị, tuy nhiên không phải tất cả các bệnh nhân đều có kết quả lâm sàng thuận lợi. Do đó, để nhân viên y tế, cũng như gia đình theo dõi, chăm sóc vật lý trị liệu, phục hồi chức năng tốt cho bệnh nhân, cần phải tiên lượng, dự đoán khả năng phục hồi của bệnh nhân. Thang điểm đột quỵ của Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ (National Institutes of Health Stroke Scale) NIHSS là thước đo được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá sự thay đổi tình trạng thần kinh, mức độ nghiêm trọng của khiếm khuyết thần kinh trong đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp tính, và dự đoán khả năng phục hồi chức năng. Điểm NIHSS 24 giờ có khả năng dự đoán mạnh mẽ kết quả phục hồi chức năng sau đột quỵ can thiệp lấy huyết khối. Các yếu tố khác như tuổi, tình trạng không tái thông (modified Thrombolysis in Cerebral Infarction mTICI $\leq 2a$), chuyển dạng xuất huyết, lõi nhồi máu lớn, có thể dự đoán kết cục không thuận lợi sau can thiệp. Các xét nghiệm về sinh hóa, huyết học có thể liên quan đến độ nặng như tiểu cầu, glucose, đã được chứng minh là đóng một vai trò quan trọng trong sinh bệnh học của bệnh xơ vữa động mạch và thiếu máu não cấp [3, 4]

Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định các yếu tố lâm sàng (Tuổi, NIHSS, Tăng huyết áp –

THA), cận lâm sàng (huyết học, sinh hóa, hình ảnh), đặc điểm can thiệp (thời gian tái thông, thời gian thực hiện thủ thuật), có thể dự báo sớm kết cục không thuận lợi sau can thiệp tái thông thành công. Hiện nay chưa có nghiên cứu tại Việt Nam xác định mối liên hệ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Phương pháp: nghiên cứu tiền cứu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** 1. Đột quỵ thiếu máu não cấp do tắc động mạch não giữa đoạn M1 được can thiệp lấy huyết khối tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2023 đến 12/2024, 2. Tuổi ≥ 18 , 3. NIHSS ≥ 6 điểm, 4. ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score) ≥ 6 điểm, 5. Thời gian từ lúc khởi phát đến khi bắt đầu đâm kim để tiến hành can thiệp dưới 6 giờ

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp tái thông không thành công mTICI $\leq 2a$

- Kỹ thuật thực hiện: bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính và hoặc cộng hưởng từ để đánh giá đặc điểm nhu mô não, vị trí mạch máu tắc và tuần hoàn bàng hệ. Đặt ống thông dẫn đường vào động mạch cảnh trong (Guide catheter 8F, NeuronMax 088), chụp xác định mạch máu bị tắc. Luồng vi dây dẫn, vi ống thông qua ống thông hút huyết khối (SMAX ACE, SOFIA, RED) đồng trục đến gần huyết khối. Luồng vi ống thông qua huyết khối tới đoạn M2. Tiến hành hút và hoặc kéo huyết khối (stent Eric, Solitaire). Chụp DSA kiểm tra sau can thiệp.

- Thu thập số liệu các đặc điểm: tuổi, giới tính, đái tháo đường (ĐTĐ), huyết áp tâm thu (HATT), huyết áp tâm trương (HATTr), tăng huyết áp (HATT ≥ 130 mmHg và hoặc HATTr ≥ 80 mmHg), rung nhĩ, tăng lipid máu (cholesterol >5.2 mmol/L hay 200 mg/dL, LDL-C > 3.4 mmol/L hay 130 mg/dL, HDL-C < 0.9 mmol/L hay 35 mg/dL hoặc triglycerides >1.7 mmol/L hay 150 mg/dL), hồng cầu, tiểu cầu, NIHSS nhập viện và NIHSS 24 giờ, ASPECTS, thời gian khởi phát - tái thông, thời gian thực hiện thủ thuật, xuất huyết não, tắc M1 đoạn gần - xa, thời gian nằm viện, hiệu quả lâm sàng (mRS) trong 90 ngày theo dõi, được phân đôi thành kết quả chức năng thuận lợi (mRS 0-2) hoặc kết quả chức năng không thuận lợi (mRS 3-6). Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xây dựng các mô hình dự đoán. Xác định các yếu tố có thể tiên lượng mRS tại 90 ngày. Tất cả các phân tích đều được thực hiện bằng SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/2023 đến 12/2024 có 51 ca đột quỵ cấp tắc động mạch não giữa đoạn

M1 được can thiệp lấy huyết khối, 48 ca tái thông thành công (mTICI \geq 2b) tỷ lệ 91,1%. Kết cục thuận lợi mRS 0-2 là 29 ca (60,4%) và kết

cục không thuận lợi mRS 3-6 là 19 ca (39,6%) trong thời gian theo dõi 90 ngày. Kết quả các biến số được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm mẫu

	Tổng n=48	Kết cục thuận lợi (mRS 0-2) n=29	Kết cục không thuận lợi (mRS3-6) n=19	Giá trị p
Tuổi	65,25 \pm 12,54	65,76 \pm 12,21	64,47 \pm 13,34	0,733
Giới tính: Nam	26 (54,2%)	16 (55,2%)	10 (52,6%)	0,863
Nữ	22 (45,8%)	13 (44,8%)	9 (47,4%)	
Tăng huyết áp	35 (72,9%)	20 (69%)	15 (78,9%)	0,447
HATT (mmHg)	130 (40)	130 (30)	140 (40)	0,128*
HATTr (mmHg)	80 (20)	80 (20)	80 (30)	0,752
Đái tháo đường	20 (41,7%)	13 (44,8%)	7 (36,8%)	0,583
Glucose (mg/dl)	121 (55,8)	122 (70)	120 (30)	0,381
Rung nhĩ	15 (31,3%)	7 (24,1%)	8 (42,1%)	0,189*
Tăng lipid máu	33 (68,8%)	20 (69,0%)	13 (68,4%)	0,968
Hồng cầu (T/L)	4,47 \pm 0,72	4,56 \pm 0,71	4,33 \pm 0,75	0,281
Tiểu cầu (G/L)	235,90 \pm 79,93	240,31 \pm 72,69	229,16 \pm 91,56	0,641
NIHSS ban đầu	16 (8)	16 (10)	16 (9)	0,141*
ASPECTS	9 (1)	9 (1)	8 (2)	0,039 *
Tắc đoạn M1 gần	24 (50%)	16 (55,2%)	8 (42,1%)	0,376
Tắc đoạn M1 xa	24 (50%)	13 (44,8%)	11 (57,9%)	
Bên phải	23 (47,9%)	13 (44,8%)	10 (52,6%)	0,597
Bên trái	25 (52,1%)	16 (55,2%)	9 (47,4%)	
Thời gian khởi phát – tái thông (phút)	273 (178)	286 (196,5)	267 (132)	0,825
Thời gian thực hiện thủ thuật (phút)	21,5 (16,5)	20 (16,5)	24 (16)	0,540
Số lần hút/kéo huyết khối	1 (1)	1 (0)	1 (1)	0,019*
Chiều dài huyết khối (mm)	7,5 (10)	7 (8,5)	8 (11)	0,727
NIHSS 24h	10 (9,8)	6 (6,5)	15 (5)	0,000*
Xuất huyết não	15 (31,3%)	4 (13,8%)	11 (57,9%)	0,001*
Thời gian nằm viện (giờ)	114 (110)	122 (123,5)	101 (96)	0,317

Dữ liệu mô tả trung bình \pm độ lệch chuẩn cho biến có phân phối chuẩn, n (%) biến định tính, trung vị (khoảng tứ phân vị) cho biến không có phân phối chuẩn. (*) các biến có giá trị p < 0,25. Modified Rankin Scale (mRS), National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS), modified Thrombolysis in cerebral ischemia (mTICI).

Chúng tôi chọn ngưỡng giá trị p < 0,25 để đưa biến số vào phân tích hồi quy đa biến, đây là tiêu chuẩn được khuyến cáo rộng rãi trong thống kê ứng dụng lâm sàng và dịch tễ học, giúp giảm nguy cơ bỏ sót các biến quan trọng, nếu chọn ngưỡng 0,05 có thể loại bỏ những biến có giá trị dự đoán, ảnh hưởng đến kết quả và giúp tăng khả năng phát hiện các yếu tố nhiễu. Chọn p < 0,25 gồm các biến HATT, rung nhĩ, ASPECTS, số lần hút/ kéo huyết khối, NIHSS 24 giờ, xuất huyết não. Phân tích hồi quy đa biến (Bảng 2).

Bảng 2: Kết quả phân tích hồi quy

logistic đa biến

Biến số	OR (95% CI)	Giá trị p
HATT	1,012 (0,980-1,045)	0,469
Rung nhĩ (có)	1,605 (0,227-11,334)	0,635
ASPECTS	1,101 (0,413-2,933)	0,847
Số lần hút/ kéo huyết khối	2,118 (0,555-8,091)	0,272
NIHSS 24 giờ	1,341 (1,079-1,668)	0,008
Xuất huyết não (có)	6,854 (0,865-54,305)	0,068

Tỷ số chênh - odds ratio (OR), Khoảng tin cậy - confidence interval (CI)

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy điểm NIHSS 24 giờ là yếu tố dự báo kết quả không thuận lợi (p < 0,05). Mỗi điểm NIHSS sau 24 giờ tăng làm tăng 34,1% nguy cơ tiên lượng xấu. Đây là yếu tố dự báo mạnh nhất trong mô hình. Xuất huyết não có nguy cơ tiên lượng xấu gấp 6,854 lần người không xuất huyết (0,05 < p < 0,1), tuy nhiên mức độ ý nghĩa thống kê không cao. Do đó, chúng tôi xây dựng mô hình dự đoán

với biến độc lập NIHSS 24 giờ (Bảng 3). Diện tích dưới đường cong ROC là 0,88 ($p < 0,05$) (Hình 1). Ngưỡng NIHSS 24 giờ tối ưu theo chỉ số Youden là 10 điểm, với độ nhạy (Sensitivity): 89,5%, độ đặc hiệu (Specificity): 72,4%, Chỉ số Youden (J): 0,619

Bảng 3: Mô hình dự đoán với NIHSS 24 giờ

Biến số	Hệ số B	OR (95% CI)	Giá trị p
NIHSS 24 giờ	0,346	1,413 (1,164-1,716)	0,000

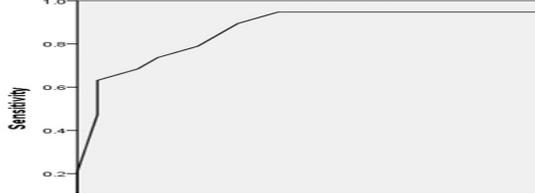
Tỷ số chênh - odds ratio (OR), Khoảng tin cậy - confidence interval (CI)

Hệ số hồi quy B = 0,346, nghĩa là mỗi điểm NIHSS 24 giờ tăng làm tăng log-odds của tiên lượng xấu thêm 0,346 với $p = 0,000 (< 0,05)$. Do đó, NIHSS 24 giờ là yếu tố dự báo mạnh và đáng tin cậy, OR = 1,413, tương ứng với mỗi điểm NIHSS 24 giờ tăng làm tăng 41,3% nguy cơ tiên lượng xấu (mRS 3-6).

Phương trình hồi quy như sau: Logit (mRS 3-6) = $-4,121 + 0,346 \times \text{NIHSS24gio}$

Công thức tính xác suất tiên lượng nặng từ phương trình hồi quy:

$$P = \frac{1}{1 + \exp[-(-4,121 + 0,346 \times \text{NIHSS24gio})]}$$



Hình 1: Đường cong ROC

Phân tích kết quả đường cong ROC và điểm cắt (cutoff): diện tích dưới đường cong (Area Under the Curve) AUC = 0,880 (khoảng tin cậy 95%: 0,770 – 0,990, $p < 0,001$). Giá trị này cho thấy khả năng dự báo tốt rất cao, vì AUC càng gần 1 càng tốt. Ngưỡng NIHSS 24 giờ tối ưu theo chỉ số Youden là 10 điểm, với độ nhạy (Sensitivity): 89,5%, độ đặc hiệu (Specificity): 72,4%, chỉ số Youden (J): 0,619

IV. BÀN LUẬN

Tình trạng thần kinh được tính dựa trên điểm NIHSS có liên quan chặt chẽ với các kết quả chức năng lâu dài. Định nghĩa và phân tích thống kê về kết cục này rất khác nhau trong tài liệu về đột quỵ cấp tính. Các thử nghiệm trước đây đã xem xét mức giảm tuyệt đối về điểm NIHSS 4, 8, 10 điểm, hoặc điểm NIHSS 24 giờ là 0-1 [6] để phản ánh sự phục hồi thần kinh sớm. Do đó, NIHSS 24 giờ thường được phân tích dưới dạng kết quả nhị phân, thường không có sự tính toán phù hợp về phép đo cơ bản để tăng hiệu quả.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm NIHSS 24 giờ sau can thiệp lấy huyết khối là yếu tố độc lập tiên lượng cho kết cục lâm sàng không thuận lợi tại thời điểm 90 ngày ($p < 0,001$), phát hiện này phù hợp các nghiên cứu của các tác giả khác [7]. Đây là nghiên cứu đầu tiên điều tra các yếu tố tiên lượng này trong các trường hợp đột quỵ cấp tắc động mạch não giữa đoạn M1. Tỷ số chênh OR = 1,413 cho thấy mỗi khi NIHSS sau 24 giờ tăng thêm 1 điểm, nguy cơ gặp kết cục xấu tăng 41,3%, điểm NIHSS 24 giờ càng cao, khả năng tiên lượng xấu càng tăng mạnh. Bên cạnh đó, hằng số có giá trị OR rất thấp (0,016), cho thấy khi NIHSS sau 24h bằng 0, xác suất tiên lượng xấu rất thấp, gần như không xảy ra.

So sánh với các tác giả khác, theo tác giả Wirtz [8] nghiên cứu 159 trường hợp được lấy huyết khối, đoạn M1 của động mạch não giữa là vị trí tắc thường gặp nhất (57,2%). Điểm NIHSS trung vị trước khi lấy huyết khối là 18 (10), mTICI 2b/3 (92,4%). Điểm NIHSS trung vị 24 giờ sau khi lấy huyết khối là 14 (16), mRS 0-2 90 ngày 23,9%. Điểm cắt điểm NIHSS tuyệt đối trong 24 giờ ≤ 10 có liên quan đến kết quả chức năng tốt sau 90 ngày. Tác giả Mistry [7] nghiên cứu tại 12 trung tâm đột quỵ ở Mỹ, 485 bệnh nhân được can thiệp lấy huyết khối, theo dõi trong 90 ngày. Đối với NIHSS 24 giờ ≤ 7 dự đoán mRS trong 90 ngày là 0-2, độ nhạy 80,1%, độ đặc hiệu 80,4%, diện tích dưới đường cong 0,855 [0,819-0,887], $p < 0,001$. Bệnh nhân có điểm NIHSS 24 giờ ≤ 7 thì tỷ lệ mRS 0-2 sau 90 ngày tăng lên (tỷ số chênh [OR], 16,67 [khoảng tin cậy 95%, 10-25], $p < 0,001$). Nghiên cứu chúng tôi có kết cục thuận lợi mRS 0-2 là 60,4%, cao hơn tác giả Wirtz, có thể do điểm NIHSS nhập viện trung vị 16 (8) và NIHSS 24 giờ 10 (9,8) thấp hơn, thời gian thực hiện thủ thuật khá nhanh, trung vị 21,5 (16,5). Ngưỡng NIHSS 24 giờ tối ưu trong nghiên cứu của chúng tôi là 10, độ nhạy 89,5% và độ chuyên 72,4%, diện tích dưới đường cong AUC = 0,880 (khoảng tin cậy 95%: 0,770 – 0,990, $p < 0,001$), cho thấy khả năng dự báo rất tốt. Ngưỡng NIHSS 24 giờ này tương tự tác giả Wirtz và cao hơn tác giả Mistry, điều này có thể do khác biệt cỡ mẫu và mặc khác chúng tôi nghiên cứu chuyên biệt về các trường hợp tắc động mạch não giữa đoạn M1.

Ở nhóm bệnh nhân có kết cục không thuận lợi mRS 3-6 có sự khác biệt có ý nghĩa so với nhóm có kết cục thuận lợi mRS 0-2 về các biến số: ASPECTS, số lần hút/ kéo huyết khối, xuất huyết não ($p < 0,05$). Tuy nhiên khi xây dựng mô hình hồi quy đa biến thì không có ý nghĩa

thống kê. Do đó những phát hiện của chúng tôi cần nghiên cứu bổ sung với cỡ mẫu lớn hơn.

Mô hình chúng tôi chỉ dùng một biến NIHSS 24 giờ, đây là mô hình đơn giản để áp dụng trên thực tế lâm sàng, ý nghĩa thống kê cao, phù hợp với dự báo mức độ nặng sau can thiệp tái thông thành công. Mặc dù số lượng bệnh nhân tương đối nhỏ trong nghiên cứu là một hạn chế, nhưng lưu ý rằng nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào một phân nhóm cụ thể và rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Điểm NIHSS sau 24 giờ là một yếu tố tiên lượng độc lập, có ý nghĩa mạnh và đáng tin cậy trong dự báo kết cục lâm sàng xấu ở bệnh nhân đột quỵ sau tái thông thành công. Bác sĩ có thể sử dụng NIHSS sau 24 giờ để đánh giá tiên lượng sớm, giúp điều chỉnh chiến lược điều trị và phục hồi chức năng.

VI. KIẾN NGHỊ

Có thể sử dụng mô hình này để xây dựng thang điểm dự báo đơn giản trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saber H, Narayanan S, Palla M, Saver JL, Nogueira RG, Yoo AJ, et al.** Mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke with occlusion of the M2 segment of the middle cerebral artery: a meta-analysis. *Journal of neurointerventional surgery*. 2018;10(7):620-4.

2. **Phuoc LV, Tuan NH, Khoa LV, Bao NVT, Tu PD, Hoan DD, et al.** Initial Results of Management for Acute Ischemic Stroke due to Large Vessel Occlusion by a Direct Aspiration First Pass Technique at a Vietnamese Hospital. *Asian journal of neurosurgery*. 2020;15(1):65-9.
3. **Olivot JM, Heit JJ.** What predicts poor outcome after successful thrombectomy in early time window? 2022;14(11):1051-5.
4. **Sabença F, Carvalho A, Rocha M, Araújo A, Rodrigues M, Cunha A, et al.** Mean platelet volume and mechanical thrombectomy. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association*. 2020;29(8):104971.
5. **Flottmann F, Leischner H, Brekenfeld C, Schön G, Deb-Chatterji M, Alegiani A, et al.** *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*.
6. **Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, Dippel DW, Mitchell PJ, Demchuk AM, et al.** Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet (London, England)*. 2016;387(10029):1723-31.
7. **Mistry EA, Yeatts S, de Havenon A, Mehta T, Arora N, De Los Rios La Rosa F, et al.** Predicting 90-Day Outcome After Thrombectomy: Baseline-Adjusted 24-Hour NIHSS Is More Powerful Than NIHSS Score Change. *Stroke*. 2021;52(8):2547-53.
8. **Wirtz MM, Hendrix P, Goren O, Beckett LA, Dicristina HR, Schirmer CM, et al.** Predictor of 90-day functional outcome after mechanical thrombectomy for large vessel occlusion stroke: NIHSS score of 10 or less at 24 hours. *Journal of neurosurgery*. 2021;134(1):115-21.

THỰC TRẠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI CHỨNG HÔI MIỆNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

Chu Thị Quỳnh Hương^{1,2}, Đào Thị Dung², Đỗ Thị Thu Hương²

TÓM TẮT

Chứng hôi miệng ảnh hưởng nghiêm trọng tới chất lượng sống cũng như trong giao tiếp xã hội của người bệnh. Tỷ lệ mắc chứng hôi miệng ở người Việt Nam chiếm khoảng 45%. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến chứng hôi miệng của người bệnh từ 15 tuổi trở lên tại Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 140 người bệnh từ 15 tuổi trở lên được khám tại phòng khám Răng Hàm Mặt từ tháng 3 đến tháng 4 năm 2023. Biến số chính là tình trạng hôi miệng được đánh giá

bằng chỉ số cảm quan hơi thở (OSI) và đo khí H₂S bằng máy Breath Checker. Kết quả được phân tích và trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ hiện mắc. Người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ hiện mắc chứng hôi miệng là 80%. Các yếu tố liên quan đến chứng hôi miệng gồm viêm lợi (81,25%), vệ sinh răng miệng kém (82,08%), mảng bám lưỡi (84,38%). Mức độ khí H₂S vừa và nặng chiếm 34% và 26%. Các yếu tố như hút thuốc, uống rượu, uống cà phê và ăn thực phẩm có mùi có mối liên quan rõ rệt đến chứng hôi miệng. **Kết luận:** Chứng hôi miệng là rất phổ biến ở người bệnh đến khám tại chuyên ngành răng hàm mặt, các nguyên nhân chủ yếu là do vệ sinh răng miệng kém, viêm lợi, có mảng bám lưỡi và một số yếu tố liên quan đến thói quen sinh hoạt của người bệnh.

Từ khóa: Hôi miệng, viêm lợi, vệ sinh răng miệng, khí H₂S.

SUMMARY

CURRENT SITUATION AND FACTORS

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương

²Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Quỳnh Hương

Email: quynhhuong1234@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025