

DOI: 10.58490/ctjump.2026i100.4949

KẾT QUẢ NGẮN HẠN CỦA CAN THIỆP LẤY HUYẾT KHỎI ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC MẠCH MÁU LỚN TUẦN HOÀN TRƯỚC*Nguyễn Nam Hòa Thịnh^{1*}, Trần Minh Hoàng², Trần Công Khánh³, Đinh Văn Tuyền⁴, Nguyễn Phùng Diễm Nhi⁴, Lê Thiên Bảo⁴, Tô Nhật Đăng³, Trần Quang Minh³, Lê Hoàng Phúc³, Đoàn Dũng Tiến¹**1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ**2. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh**3. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ**4. Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ***Email: nguyennamhoathinh@gmail.com**Ngày nhận bài: 30/3/2026**Ngày phản biện: 25/5/2026**Ngày duyệt đăng: 25/7/2026***TÓM TẮT**

Đặt vấn đề: Nhồi máu não cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong. Can thiệp nội mạch ở bệnh nhân nhồi máu não cấp cửa sổ mở rộng đã được chứng minh là cải thiện kết cục lâm sàng và tỷ lệ tử vong so với điều trị nội khoa đơn thuần, tuy nhiên hiệu quả và tính an toàn thay đổi trên các đối tượng bệnh nhân khác nhau. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước sau 6 giờ; Đánh giá kết quả và một số yếu tố liên quan đến kết quả can thiệp lấy huyết khối điều trị nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước sau 6 giờ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước có DWI-ASPECT 3-5 điểm nhập viện trong cửa sổ 6-24 giờ sau khởi phát tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ tháng 01/2025 đến tháng 01/2026. Tiêu chí chính là tỷ lệ tái thông thành công. Tiêu chí phụ là tỷ lệ cải thiện thần kinh sớm, xuất huyết trong sọ có triệu chứng, mở sọ giải áp và tử vong nội viện. **Kết quả:** Trong 41 bệnh nhân, tỷ lệ tái thông thành công là 87,8%, tỷ lệ cải thiện thần kinh sớm là 9,8 %, xuất huyết trong sọ có triệu chứng là 12,2%, mở sọ giải áp là 9,8% và tử vong nội viện là 4,9%. **Kết luận:** Can thiệp lấy huyết khối ở những bệnh nhân có điểm DWI-ASPECT 3-5 khởi phát sau 6 giờ có tỷ lệ tái thông thành công cao với tỷ lệ mở sọ giải áp và tử vong nội viện thấp.

Từ khóa: Nhồi máu não cấp, tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước, DWI-ASPECT 3-5, cửa sổ mở rộng.

ABSTRACT**SHORT-TERM OUTCOMES OF MECHANICAL THROMBECTOMY FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO ANTERIOR CIRCULATION LARGE VESSEL OCCLUSION***Nguyen Nam Hoa Thinh^{1*}, Tran Minh Hoang², Tran Cong Khanh³, Dinh Van Tuyen⁴, Nguyen Phung Diem Nhi⁴, Le Thien Bao⁴, To Nhat Dang³, Tran Quang Minh³, Le Hoang Phuc³, Doan Dung Tien¹**1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy**2. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City**3. Can Tho Central General Hospital**4. Can Tho Stroke International Services*

Background: Acute ischemic stroke is one of the leading causes of disability and mortality. Endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke patients within the extended window has been

shown to improve clinical outcomes and reduce mortality rates compared to medical management alone; however, its efficacy and safety profile vary among different patient populations. **Objectives:** To describe the magnetic resonance imaging characteristics in patients with acute ischemic stroke due to anterior circulation large vessel occlusion presenting after 6 hours from symptom onset, and to evaluate the outcomes and associated factors of mechanical thrombectomy in these patients. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 41 patients with acute ischemic stroke due to anterior circulation large vessel occlusion, with a DWI-ASPECTS of 3 to 5, who were admitted within the 6-to-24-hour window after onset at Can Tho Stroke International Services from January 2025 to January 2026. The primary endpoint was the rate of successful recanalization. Secondary endpoints included the rates of early neurological improvement, symptomatic intracranial hemorrhage, decompressive craniectomy, and in-hospital mortality. **Results:** Among 41 patients, the successful recanalization rate was 87.8%. The rate of early neurological improvement was 9.8%, symptomatic intracranial hemorrhage occurred in 12.2%, decompressive craniectomy was 9.8%, and in-hospital mortality was 4.9%. **Conclusions:** Endovascular thrombectomy in patients with DWI-ASPECTS of 3-5 presenting after 6 hours from onset demonstrates a high rate of successful recanalization, along with low rates of decompressive craniectomy and in-hospital mortality.

Keywords: Acute ischemic stroke, anterior circulation large vessel occlusion, DWI-ASPECTS 3-5, extended time window, mechanical thrombectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và khuyết tật trên thế giới, đa số các trường hợp đột quỵ não là thiếu máu não cục bộ hay nhồi máu não, ở Việt Nam tỷ lệ này là 76,2% [1]. Can thiệp lấy huyết khối được xem là tiêu chuẩn trong điều trị nhồi máu não do tắc động mạch lớn trong cửa sổ 6 giờ đầu, sau đó được mở rộng lên đến 16 và 24 giờ với điểm ASPECT ≥ 6 có lõi nhồi máu nhỏ dựa trên các tiêu chuẩn lâm sàng và hình ảnh học nâng cao [2], [3]. Dù cửa sổ thời gian đã được mở rộng, nhóm bệnh nhân có lõi nhồi máu lớn - thường định nghĩa bằng điểm ASPECT 3-5 hoặc thể tích lõi nhồi máu lớn hơn 70ml - vẫn thường bị loại trừ khỏi các chỉ định can thiệp. Bước ngoặt lớn vào năm 2023 với sự công bố của hai thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm là SELECT2 và ANGEL-ASPECT [4], [5]. Nghiên cứu SELECT2 đã chứng minh can thiệp lấy huyết khối giúp cải thiện đáng kể kết cục lâm sàng ở nhóm ASPECTS 3-5. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt độc lập chức năng (mRS 0-2) sau 90 ngày ở nhóm can thiệp cao hơn rõ rệt so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần (20,3% so với 7,0%), ngay cả trong giai đoạn sớm, can thiệp lấy huyết khối cũng giúp đạt được tỷ lệ phục hồi thần kinh sớm đạt mức 11,5% với tỷ lệ xuất huyết trong sọ có triệu chứng khoảng 0,6% [4] và đưa chỉ định can thiệp lấy huyết khối ở nhóm bệnh nhân này đạt mức IA theo khuyến cáo của AHA/ASA [6]. Qua những bằng chứng nêu trên, nghiên cứu: “Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ và kết quả can thiệp lấy huyết khối điều trị nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước sau 6 giờ” được tiến hành với 2 mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước sau 6 giờ; Đánh giá kết quả và một số yếu tố liên quan đến kết quả can thiệp lấy huyết khối điều trị nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước sau 6 giờ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tuổi từ 18-85 được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp đến viện sau 6 giờ từ thời điểm cuối cùng được biết là bình thường. Điểm mRS 0-1. Điểm

NIHSS ≥ 6 . Tắc động mạch cảnh trong và/hoặc động mạch não giữa đoạn M1 cùng bên. Điểm DWI-ASPECTS 3-5. Can thiệp lấy huyết khối có thể thực hiện trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm trước đó mà người bệnh bình thường [4].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Xuất huyết trong sọ, u trong sọ (ngoại trừ u màng não nhỏ), dị dạng động tĩnh mạch não, hiệu ứng khối đáng kể gây di lệch đường giữa, có đặt stent mạch máu não. Có bệnh lý đồng mắc ảnh hưởng đến việc đánh giá thần kinh [4].

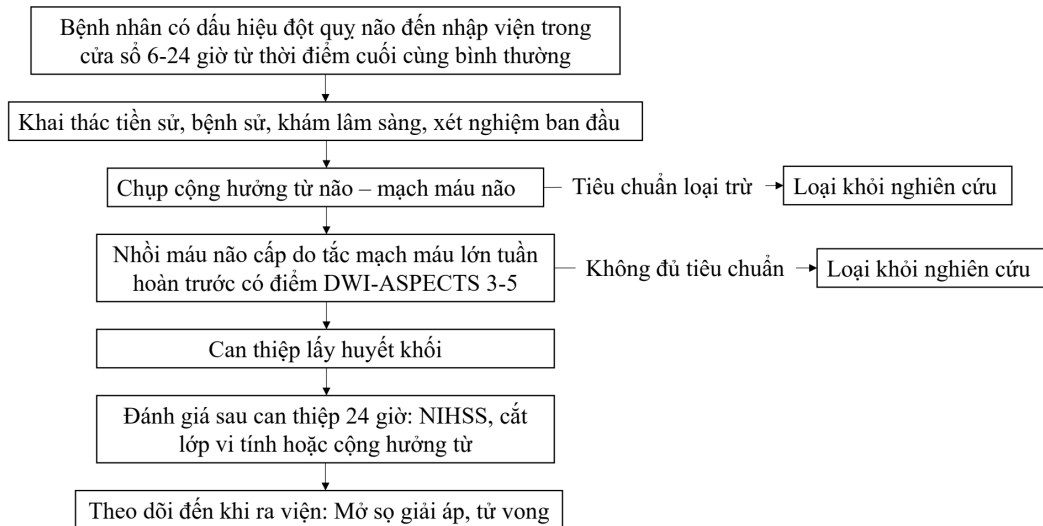
2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, không nhóm chứng.

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 01/2025 đến tháng 01/2026 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, phi xác suất, dựa vào bệnh án nghiên cứu (Hình 1). Cỡ mẫu tính theo công thức so sánh một tỷ lệ. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đào Nhật Huy và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ, tỷ lệ tái thông thành công (mTICI 2b-3) là 95,3% [7]. Cỡ mẫu tối thiểu là 41 bệnh nhân.

Từ tháng 01/2025 đến tháng 01/2026, có 41 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu, toàn bộ bệnh nhân đều được theo dõi đến khi ra viện.



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27.0.

- **Nội dung nghiên cứu**

+ Tuổi; giới; tiền sử: nhồi máu não, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, rung nhĩ, bệnh tim thiếu máu cục bộ; thời gian khởi phát-vào viện; điểm NIHSS lúc vào viện.

+ Nhồi máu bán cầu trái; nhồi máu nhu mô não theo phân vùng ASPECTS; điểm DWI-ASPECTS.

+ Vị trí tắc mạch trên DSA; tỷ lệ tái thông thành công (mTICI 2b-3); cải thiện thần kinh sớm (điểm NIHSS tại thời điểm sau can thiệp 24 giờ cải thiện ≥ 8 điểm so với lúc vào viện hoặc đạt 0-1); xuất huyết trong sọ có triệu chứng sau can thiệp 24 giờ (theo tiêu chuẩn SITS-MOST); mở sọ giải áp nội viện; tử vong nội viện.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số

25.044.HV/PCT-HĐĐĐ và được sự chấp thuận của Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ. Các bước tiến hành tuân thủ theo các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu Y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2025 đến tháng 01/2026, có 41 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu, toàn bộ bệnh nhân đều được theo dõi đến khi ra viện.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n = 41
Tuổi – năm (trung vị)	63 (52-72)
Giới nam – số lượng (%)	25 (61%)
Tiền sử	
Đột quỵ não	6 (14,6%)
Tăng huyết áp	31 (75,6%)
Đái tháo đường	12 (29,3%)
Rối loạn lipid máu	13 (31,7%)
Rung nhĩ	19 (46,3%)
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	10 (24,4%)
Thời gian khởi phát-vào viện-giờ (trung vị)	9 (7,5-10 giờ)
Điểm NIHSS lúc vào viện (trung vị)	18 (15,5-20)

Nhận xét: Nam giới chiếm ưu thế. Tăng huyết áp là bệnh nền phổ biến nhất. Rung nhĩ chiếm gần một nửa số trường hợp. Thời gian khởi phát-vào viện trung bình là 8,9 (KTPV 7,5-10 giờ). Điểm NIHSS lúc vào viện trung bình 17,7 giờ (KTPV 15,5-20).

3.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ

Đặc điểm hình ảnh	n = 41
Nhồi máu bán cầu trái	20 (48,8%)
Nhồi máu nhu mô não theo phân vùng ASPECTS	
M1	20 (48,8%)
M2	35 (85,4%)
M3	32 (78%)
M4	24 (58,5%)
M5	19 (46,3%)
M6	10 (24,4%)
Thùy đảo	37 (90,2%)
Nhân đuôi	21 (51,2%)
Nhân bèo	30 (73,2%)
Bao trong	4 (9,8%)
Điểm DWI-ASPECTS (trung vị)	5 (4-5)

Nhận xét: Tổn thương thùy đảo chiếm ưu thế, rất ít trường hợp tổn thương bao trong, điểm DWI-ASPECTS trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu cao.

3.3. Kết quả chụp và can thiệp lấy huyết khối

Bảng 3. Kết quả can thiệp lấy huyết khối

Kết quả can thiệp lấy huyết khối	n = 41
Vị trí tắc mạch trên DSA	
Động mạch cảnh trong	9 (22%)
Động mạch não giữa đoạn M1	32 (78%)
Tắc hai tầng (Tandem)	1 (2,4%)
Tỷ lệ tái thông thành công	36 (87,8%)
Cải thiện thần kinh sớm	4 (9,8%)
Xuất huyết trong sọ có triệu chứng	5 (12,2%)
Mở sọ giải áp nội viện	4 (9,8%)
Tử vong nội viện	2 (4,9%)

Nhận xét: Tỷ lệ tắc động mạch não giữa đoạn M1 đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ tái thông thành công cao, với số trường hợp cần mở sọ giải áp và tử vong nội viện thấp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung vị là 63 tuổi (52-72) và nam giới chiếm ưu thế. Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu đa trung tâm của Nguyễn Quốc Trung (tuổi trung vị 64; nam giới khoảng 65%) [8]. Nhìn chung, bệnh nhân đột quỵ tại Việt Nam trẻ tuổi hơn so với bệnh nhân trong nghiên cứu quốc tế (ví dụ tuổi trung vị trong thử nghiệm SELECT2 là 66 [4] và ANGEL-ASPECT là 68 [5]).

Tăng huyết áp là bệnh nền phổ biến nhất (75,6%) trong nghiên cứu của chúng tôi, điều này nhất quán với các nghiên cứu đột quỵ khác: Nguyễn Đào Nhật Huy (86%) [7], thử nghiệm ANGEL-ASPECT (59,1%) [5]. Rung nhĩ là một điểm khác biệt đáng chú ý, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử rung nhĩ rất cao, chiếm tới 46,3%. Trong khi đó, con số này ở các nghiên cứu khác thấp hơn khá nhiều: Nguyễn Đào Nhật Huy là 25,6% [6], Nguyễn Quốc Trung là 28,4% [8]. Tỷ lệ rung nhĩ cao gợi ý rằng căn nguyên thuyên tắc từ tim chiếm vai trò rất quan trọng trong nhóm bệnh nhân đến muộn này.

Thời gian khởi phát-vào viện trung vị là 9 giờ, kéo dài hơn hẳn so với các nghiên cứu khác. Điều này phù hợp với thiết kế của nghiên cứu chọn nhóm bệnh nhân đến viện ở "cửa sổ mở rộng" (từ sau 6 giờ đến 24 giờ). Ngược lại, nghiên cứu của Nguyễn Đào Nhật Huy lấy mốc thời gian 0-6 giờ đầu nên trung vị thời gian nhập viện chỉ là 211 phút (khoảng 3,5 giờ) [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trung bao trùm cả cửa sổ sớm và muộn (0-24 giờ) nên có mức trung vị nằm ở giữa là gần 6 giờ [8].

Điểm NIHSS trung vị lên tới 18 điểm (15,5-20) trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh đặc trưng của nhóm bệnh nhân có tắc mạch máu lớn và lõi nhồi máu rộng. Tác giả Nguyễn Quốc Trung cũng ghi nhận mức điểm tương đương là 17 điểm (14-22) [8], trong khi thử nghiệm SELECT2 và ANGEL-ASPECT ghi nhận lần lượt là 19 và 16 điểm [4], [5].

4.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ

Nhồi máu bán cầu trái là 48,8%, chiếm gần một nửa số bệnh nhân, tương đương với tác giả Nguyễn Đào Nhật Huy (48,8%) [7], thấp hơn so với SELECT2 là 44,9% [4].

Tổn thương thùy đảo cao nhất (90,2%), tiếp đến là nhân bèo (73,2%) và nhân đuôi (51,2%). Số liệu này tương đồng với nghiên cứu của Panni trên 344 bệnh nhân lõi lớn (thùy đảo 95,3%, nhân bèo 70,1%, nhân đuôi 51,7%) [9]. Tổn thương bao trong rất thấp, chỉ 9,8%.

Trong khi đó, nghiên cứu của Panni ghi nhận tổn thương bao trọng lên tới 28,2% [9]. Điều này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn. Vùng vỏ não M1-M6 trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tổn thương nhiều nhất ở M2 (85,4%), M3 (78%), và thấp nhất ở M6 (24,4%). Dữ liệu này tương đồng với Panni [9] và Lu [10] với M2 là vùng vỏ não bị ảnh hưởng nhiều nhất. Nghiên cứu của Lu [10] đã chứng minh rằng tổn thương nhồi máu vùng M2 là một yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến tình trạng phù não sau can thiệp tái thông, điều này giải thích hợp lý việc tại sao trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, dù tỷ lệ tử vong rất thấp nhưng vẫn có khoảng 10% bệnh nhân diễn tiến phù não ác tính và cần phẫu thuật mở sọ giải áp.

Điểm DWI-ASPECTS trung vị là 5 (KTPV 4-5) trong nghiên cứu của chúng tôi thể hiện lõi nhồi máu "nhỏ hơn" so với nghiên cứu của Nguyễn Đào Nhật Huy (trung vị là 3, với 39,5% bệnh nhân có điểm cực thấp từ 0-2) [7] và thử nghiệm ANGEL-ASPECT (trung vị là 3) [5]. Việc tập trung vào nhóm có điểm 4-5, số ít trường hợp có tổn thương quá lớn, góp phần tiên lượng kết cục lâm sàng chung.

4.3. Kết quả can thiệp lấy huyết khối

Tắc động mạch não giữa đoạn M1 đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (78%), chỉ có 1 trường hợp tắc hai tầng (2,4%). Khi đối chiếu với các nghiên cứu trong nước và quốc tế khác, nghiên cứu của chúng tôi có sự chênh lệch đáng kể. Điều này có thể xuất phát từ cỡ mẫu chưa đủ lớn cùng với tiêu chuẩn loại trừ đã bỏ qua các trường hợp đặt stent vĩnh viễn thường được thực hiện ở nhóm bệnh nhân hẹp nặng-tắc đoạn gốc động mạch cảnh trong có hoặc không có tắc động mạch não giữa kèm theo (Tandem).

Tỷ lệ tái thông thành công đạt 87,8%, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Đào Nhật Huy (95,3%) tại cùng trung tâm [7]. Tuy nhiên, nó cao hơn đáng kể so với thử nghiệm quốc tế SELECT2: 79,8% [4]. Tắc M1 chiếm ưu thế (81,5%) trong nghiên cứu của chúng tôi giúp cho kỹ thuật đưa ống hút hoặc stent kéo huyết khối tiếp cận cục máu đông dễ dàng hơn. Ngược lại, những nghiên cứu có tỷ lệ tắc ICA hoặc tắc hai tầng cao thường gặp khó khăn lớn về mặt kỹ thuật, làm giảm tỷ lệ tái thông thành công.

Có 9,8% bệnh nhân đạt được sự cải thiện thần kinh sớm. Kết quả này cao hơn thử nghiệm ANGEL-ASPECT (chỉ đạt 5,7%) [5]. Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm ASPECTS trung vị là 5 và tỷ lệ tái thông thành công cao, tuy nhiên cũng có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn.

Tỷ lệ xuất huyết trong sọ có triệu chứng sau can thiệp 24 giờ là 12,2%, cao hơn khá nhiều so với thử nghiệm SELECT2 (0,6%) [4] và ANGEL-ASPECT (6,1%) [5]. Sự gia tăng tỷ lệ sICH có thể là do bệnh nhân của chúng tôi được can thiệp ở cửa sổ muộn hơn (trung vị thời gian khởi phát-vào viện là 9 giờ). Tình trạng thiếu máu não kéo dài làm hàng rào máu não suy yếu. Khi kết hợp với tỷ lệ tái thông mạch máu cao (87,8%), dòng máu ồ ạt trở lại vào vùng mô não đã bị tổn thương sẽ làm tăng nguy cơ tổn thương tái tưới máu, dẫn đến chuyển dạng xuất huyết. Một nguyên nhân khác nằm ở tỷ lệ rung nhĩ cao thường đi kèm với việc sử dụng thuốc chống huyết khối, làm tăng nguy cơ xuất huyết chuyển dạng.

Tỷ lệ can mở sọ giải áp nội viện là 9,8%. Tỷ lệ này tương đương với thử nghiệm ANGEL-ASPECT (7,4%) [5] nhưng lại thấp hơn phân nửa so với tác giả Nguyễn Đào Nhật Huy (20,9%) [7], do tác giả cho phép thu nhận cả nhóm bệnh nhân có lõi nhồi máu cực lớn (ASPECTS 0-2 chiếm 39,5%), tổn thương càng rộng thì nguy cơ phù não ác tính càng cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp tử vong nội viện, chiếm 4,9%, con số này không đại diện cho kết cục lâm sàng dài hạn của bệnh nhân do thời gian theo dõi ngắn, tuy nhiên điều này cho thấy số bệnh nhân có thể sống sót qua giai đoạn cấp sau cơn đột quỵ.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp lấy huyết khối ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước là phương pháp điều trị mang lại hiệu quả tái thông mạch máu cao, có tính an toàn tốt với tỷ lệ tử vong nội viện thấp ngay cả khi bệnh nhân nhập viện sau 6 giờ từ thời điểm khởi phát bệnh và có lỗi nhồi máu lớn. Việc sử dụng cộng hưởng từ giúp đánh giá chính xác mức độ lan rộng của tổn thương, nhằm lựa chọn đúng những bệnh nhân còn khả năng nhận được lợi ích từ can thiệp tái thông. Ngoài ra, cộng hưởng từ còn giúp xác định chi tiết từng vùng nhồi máu, trong đó vùng vỏ não M2 liên quan đến phù não ác tính đòi hỏi phẫu thuật mở sọ giải áp. Điều này hỗ trợ việc đưa ra chiến lược theo dõi và xử trí sau can thiệp, cũng như tiên lượng kết cục dài hạn của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Việt Nam. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quỵ não. Hà Nội. 2024. 148.
 2. Albers G.W., Marks M.P., Kemp S., Christensen S., Tsai J.P., *et al.* Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. *The New England Journal of Medicine*. 2018. 378(8), 708-718, doi: 10.1056/NEJMoa1713973.
 3. Nogueira R.G., Jadhav A.P., Haussen D.C., Bonafe A., Budzik R.F., *et al.* Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with Mismatch between Deficit and Infarct. *The New England Journal of Medicine*. 2017. 378(1), 11-21, doi: 10.1056/NEJMoa1706442.
 4. Sarraj A., Hassan A.E., Abraham M.G, Ortega-Gutierrez S., Karner S.E., *et al.* Trial of Endovascular Thrombectomy for Large Ischemic Strokes. *The New England Journal of Medicine*. 2023. 388(14), 1259-1271, doi: 10.1056/NEJMoa2214403.
 5. Huo X., Ma G., Tong X., Zhang X., Pan Y., *et al.* Trial of Endovascular Therapy for Acute Ischemic Stroke with Large Infarct. *The New England Journal of Medicine*. 2023. 388(14), 1272-1283, doi: 10.1056/NEJMoa2213379.
 6. American Heart Association/American Stroke Association. Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. 2026. 57, e00–e00, doi: 10.1161/STR.0000000000000513.
 7. Nguyễn Đào Nhật Huy, Hà Tấn Đức. Tác động của can thiệp nội mạch trên tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước có lỗi nhồi máu rộng trong 6 giờ đầu khởi phát. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 2022. 54, 138-144, doi: 10.58490/ctump.2022i54.370.
 8. Nguyễn Quốc Trung, Nguyễn Thị Kim Anh, Hoàng Châu Bảo Định và cộng sự. Tần suất và các yếu tố tiên lượng kết cục lâm sàng tốt sau can thiệp nội mạch lấy huyết khối ở bệnh nhân nhồi máu não cấp với lỗi lớn. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2025. 28(4), 137-147, doi: 10.32895/hejm.m.2025.12.18.
 9. Panni P., Caterina M., Blanc R., *et al.* The role of infarct location in DWI-ASPECTS 0-5 acute stroke patients treated with thrombectomy. *Neurology*. 2020. 95(24), e3344-e3354, doi: 10.1212/WNL.00000000000011096.
 10. Lu J., Lu Z., Li Y., *et al.* Association between ASPECTS region of infarction and clinical outcome in non-acute large vessel occlusion ischaemic stroke after endovascular recanalisation. *Stroke and Vascular Neurology*. 2024. 10(3), 279-288, doi: 10.1136/svn-2024-003355.
-