



# CAN THIỆP LẤY HUYẾT KHỐI ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BVĐK CHÂU ĐỐC

## Chúng Tôi Đang Ở Đâu?



**BS. CKII. HÀ MINH ĐỨC**

Trưởng Khoa Thần Kinh – Đột Quy.  
Bệnh Viện Đa Khoa Châu Đốc

Phú Quốc, 16 - 17/01/2026



BỆNH VIỆN ĐA KHOA CHÂU ĐỐC

KHOA KHẨN

KHOA NỘI



BỆNH VIỆN ĐA KHOA CHÂU ĐỐC

**Khoa**

**NỘI THẦN KINH - ĐỘT QUỴ**

Department Of Neurology - Stroke



QUY ĐỊNH CHỜ  
HỒI NGƯỜI MÙN  
SÁNG: 8:30  
TRƯA: 10:30  
CHIỀU: 16:30  
TỐI: 19:00





**ĐƠN VỊ HỒI SỨC THẦN KINH - ĐỘT QUY**  
**Neuro - Stroke Intensive Care Unit**

# NỘI DUNG



**1. CẬP NHẬT VỀ ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ NÃO**



**2. ĐỘT QUỴ VÀ NHỒI MÁU CƠ TIM**



**3. CASE LÂM SÀNG**



# 1. CẬP NHẬT VỀ ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ NÃO

# Phân loại ĐỘT QUỲ NÃO

## Classification of Strokes

### Ischemic Stroke (85%)

Large-artery atherosclerosis (LAA) (20%)

Small-vessel occlusion (SVO) (25%)

Cardio-embolism (CE) (20%)

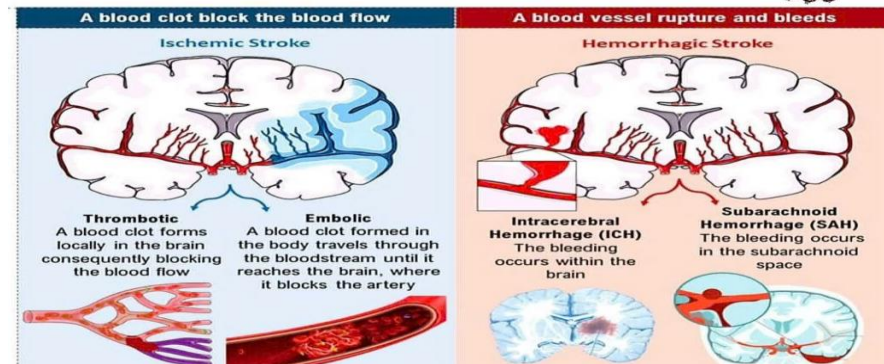
Cryptogenic (30%)

Other (5%)

### Hemorrhagic Stroke (15%)

Intracerebral hemorrhage (ICH) (8%)

Subarachnoid hemorrhage (SAH) (7%)



# Phân loại TOAST

## (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment)

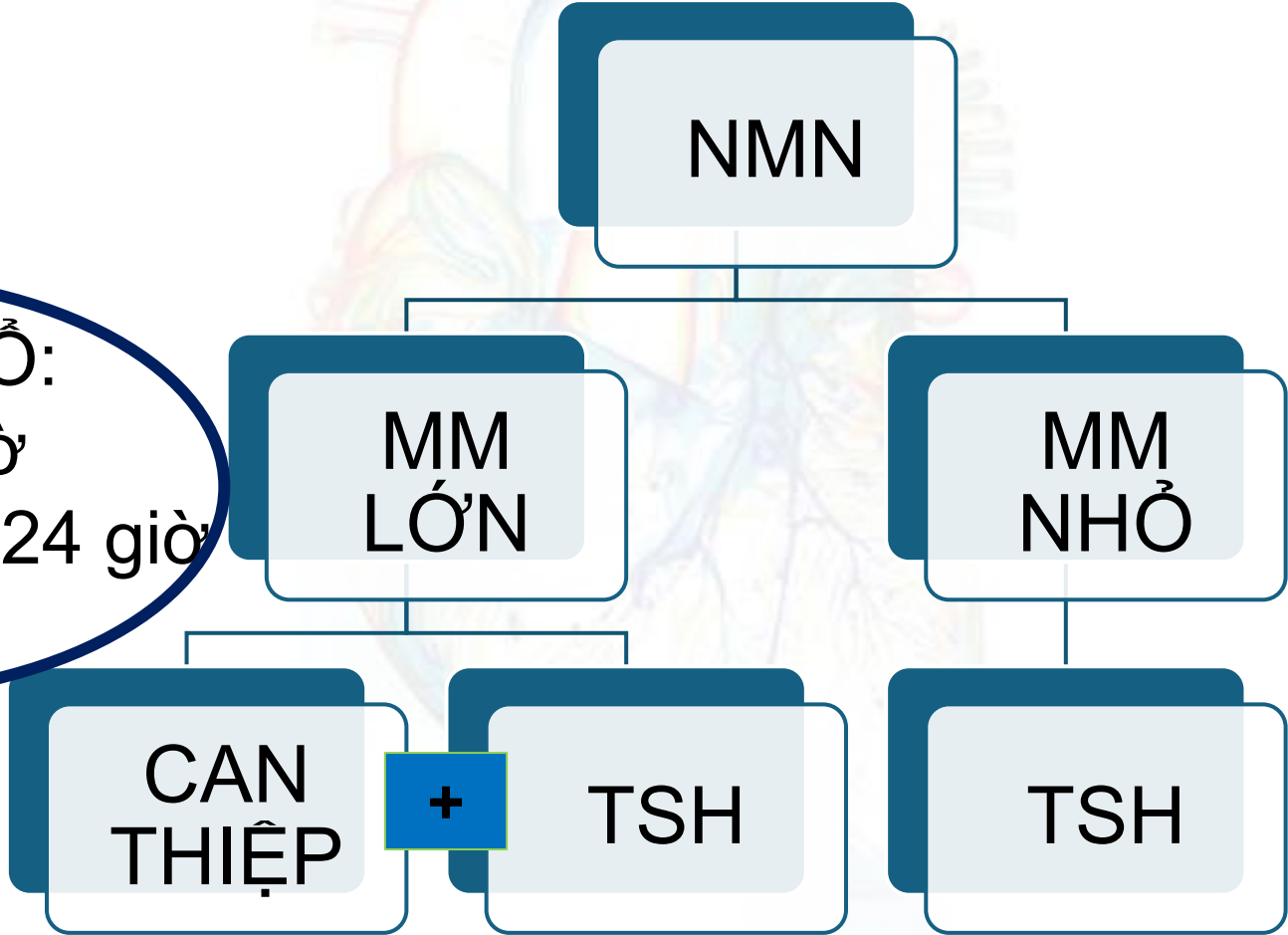
- **1. Xơ vữa động mạch lớn (LAA):** Hẹp >50% hoặc tắc động mạch lớn tương ứng vùng tổn thương.
- **2. Thuyên tắc từ tim (Cardioembolism):** Rung nhĩ, bệnh van tim, huyết khối buồng tim... (Đây là nhóm liên quan trực tiếp đến rung nhĩ).
- **3. Tắc mạch máu nhỏ (Nhồi máu ổ khuyết):** Do tăng huyết áp, đái tháo đường gây tổn thương các nhánh xuyên.
- **4. Nguyên nhân xác định khác:** Bóc tách động mạch, dị dạng mạch máu, rối loạn đông máu.
- **5. Nguyên nhân chưa xác định:** Do thăm khám chưa đầy đủ, có trên 2 nguyên nhân phối hợp hoặc không tìm thấy nguyên nhân dù đã tầm soát kỹ (ESUS).

# Đột Quy Do Tắc Mạch Máu Lớn

- Đột quy thiếu máu não cấp do tắc mạch máu lớn (LVO) là bệnh lý nặng nguy hiểm đến tính mạng.
- **Có 2 phương pháp điều trị tái thông** là tiêu sợi huyết (TSH) tĩnh mạch và can thiệp nội mạch lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học (MT), cả hai phương pháp đều phụ thuộc rất nhiều vào thời gian.
- Mỗi 30 phút trì hoãn việc tái thông làm giảm cơ hội phục hồi tốt cho bệnh nhân từ 8 -14%

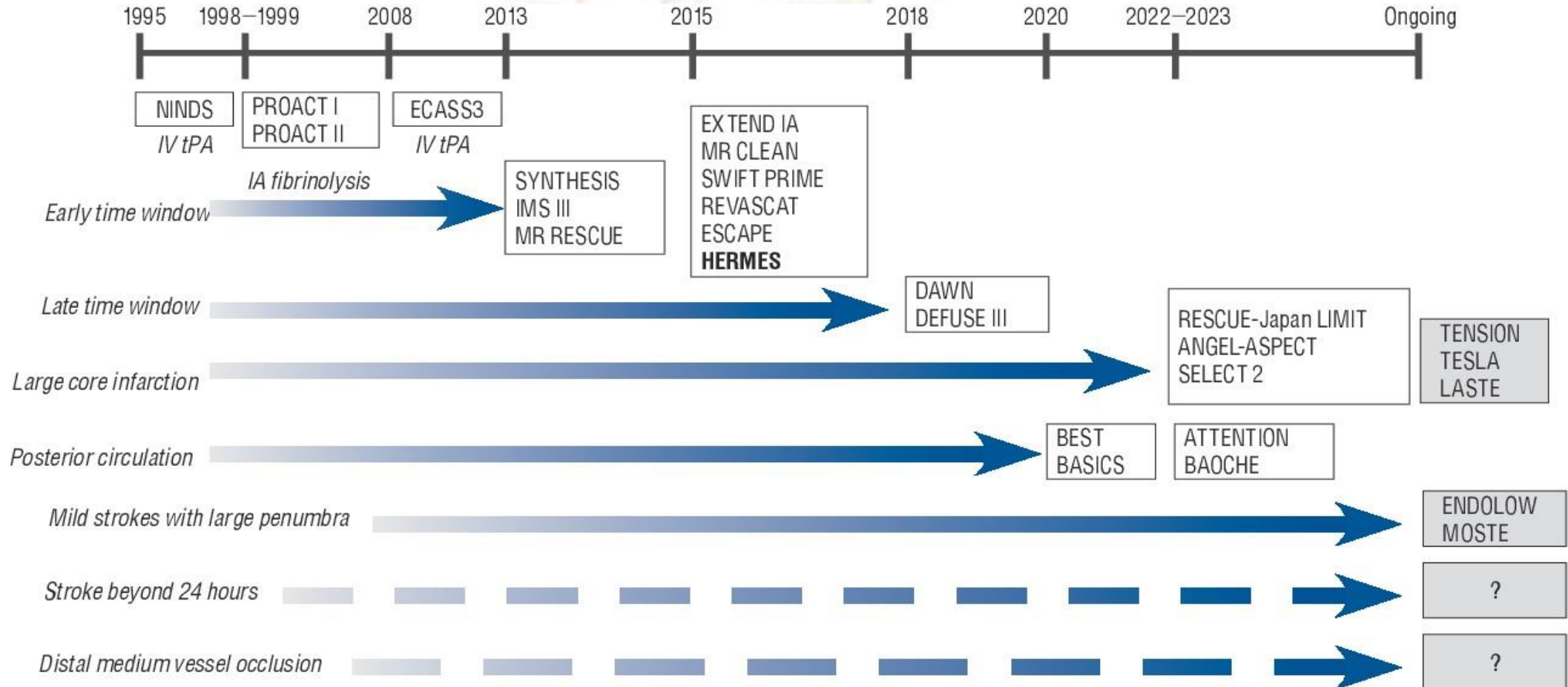
# Phương Pháp Tái Thông

**CỬA SỔ:**  
- Chuẩn < 6 giờ  
- Mở rộng: 6 – 24 giờ



**CỬA SỔ:**  
- Chuẩn < 4,5 giờ  
- Mở Rộng: < 9 giờ

# Timeline of major stroke trials



# Các NC RCT và Phân Tích Gộp Đột Quy Tuần Hoàn Trước (< 6 Giờ)

- Năm 2015: 5 nghiên cứu bản lề (**MR CLEAN, ESCAPE, REVASCAT, EXTEND-IA, SWIFT PRIME**). Kết quả: MT kết hợp chăm sóc nội khoa vượt trội hoàn toàn so với chỉ dùng IV tPA đơn thuần về kết quả cải thiện chức năng (mRS 0-2) ở 90 ngày.
- Phân tích gộp **HERMES (2016)**: Khẳng định lợi ích của MT với **NNT** (Number Needed to Treat) cực thấp là **2.6** để cải thiện tiên lượng chức năng.

# Các Nghiên Cứu RCT

## (MR CLEAN, ESCAPE, REVASCAT, EXTEND-IA, SWIFT PRIME)

RCT	MR CLEAN	ESCAPE	EXTEND-IA	SWIFT PRIME	REVASCAT	Therapy	Thrace
Number of patients	500 (267/233)	315 (150/165)	70 (35/35)	196 (98/98)	206 (103/103)	108 (54/54)	412 (208/204)
Baseline NIHSS (median)	18 (14–22) versus 17 (14–21)	17 (12–20) versus 16 (13–20)	13 (9–19) versus 17 (13–20)	17 (13–19) versus 17 (13–20)	17 (12–19) versus 17 (14–20)	NR	17 (13–20) versus 18 (15–21)
Median stroke onset to groin puncture (min)	260	241	210	224	269	226	255
mRS (0–2) at 90 days %	19.1 versus 32.6	29.3 versus 53	40 versus 70	35.5 versus 60.2	28.2 versus 43.7	30.4 versus 38	42.1 versus 54.2
NNT	7.1	4.2	3.2	4.0	6.3	13.2	8.3

RCT=Randomized controlled trial, NIHSS=National Institutes of Health Stroke Scale, NNT=Number needed to treat, mRS=Modified Rankin scale, IA=Intra-arterial

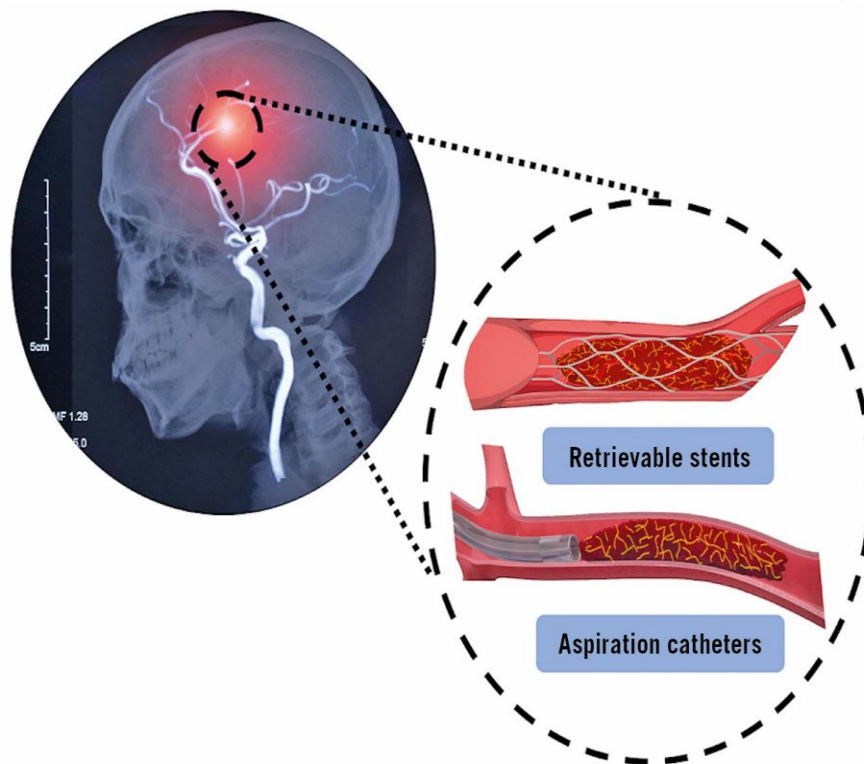
# Các NC RCT và Phân Tích Gộp Đột Quy Tuần Hoàn Trước ( 6 - 24 Giờ)

- **DAWN Trial:** MT cho bệnh nhân tắc mạch lớn từ 6-24h có sự mất tương xứng giữa lâm sàng và hình ảnh học (mismatch).
- **DEFUSE 3 Trial:** MT cho bệnh nhân từ 6-16h dựa trên phần mềm RAPID (mismatch giữa vùng lõi hoại tử và vùng thiếu máu).
- **Kết quả:** Mở rộng chỉ định can thiệp lên đến 24 giờ cho các bệnh nhân có chọn lọc.

1. Nogueira, R. G., et al. (2018). "Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct." NEJM.
2. Albers, G. W., et al. (2018). "Thrombectomy for Proximal Cerebral Artery Occlusion 6 to 16 Hours after Stroke." NEJM.

# Mechanical thrombectomy with retrievable stents and aspiration catheters for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of randomised controlled trials

Christopher A. Rajkumar<sup>1,2</sup>, MBBS, BSc; Sashiananthan Ganesanathan<sup>1</sup>, BSc; Yousif Ahmad<sup>1,3</sup>, MBBS, BSc; Henry Seligman<sup>1,2</sup>, MBBS, MA; George D. Thornton<sup>4,5</sup>, MBBS, BSc; Michael Foley<sup>1,2</sup>, MBBS, BSc; Alexandra N. Nowbar<sup>1,2</sup>, MBBS, BSc; James P. Howard<sup>1,2</sup>, MA, MBBChir; Darrel P. Francis<sup>1,2</sup>, MBBS, MA, MBBChir; Thomas R. Keeble<sup>6,7</sup>, MBBS, MD, BSc; Iris Q. Grunwald<sup>7,8</sup>, MD; Rasha K. Al-Lamee<sup>1,2</sup>, MBBS, MA, PhD; Iqbal Malik<sup>2</sup>, MA, MBBChir, PhD; Matthew J. Shun-Shin<sup>1,2</sup>, MBBCh, MA, PhD;



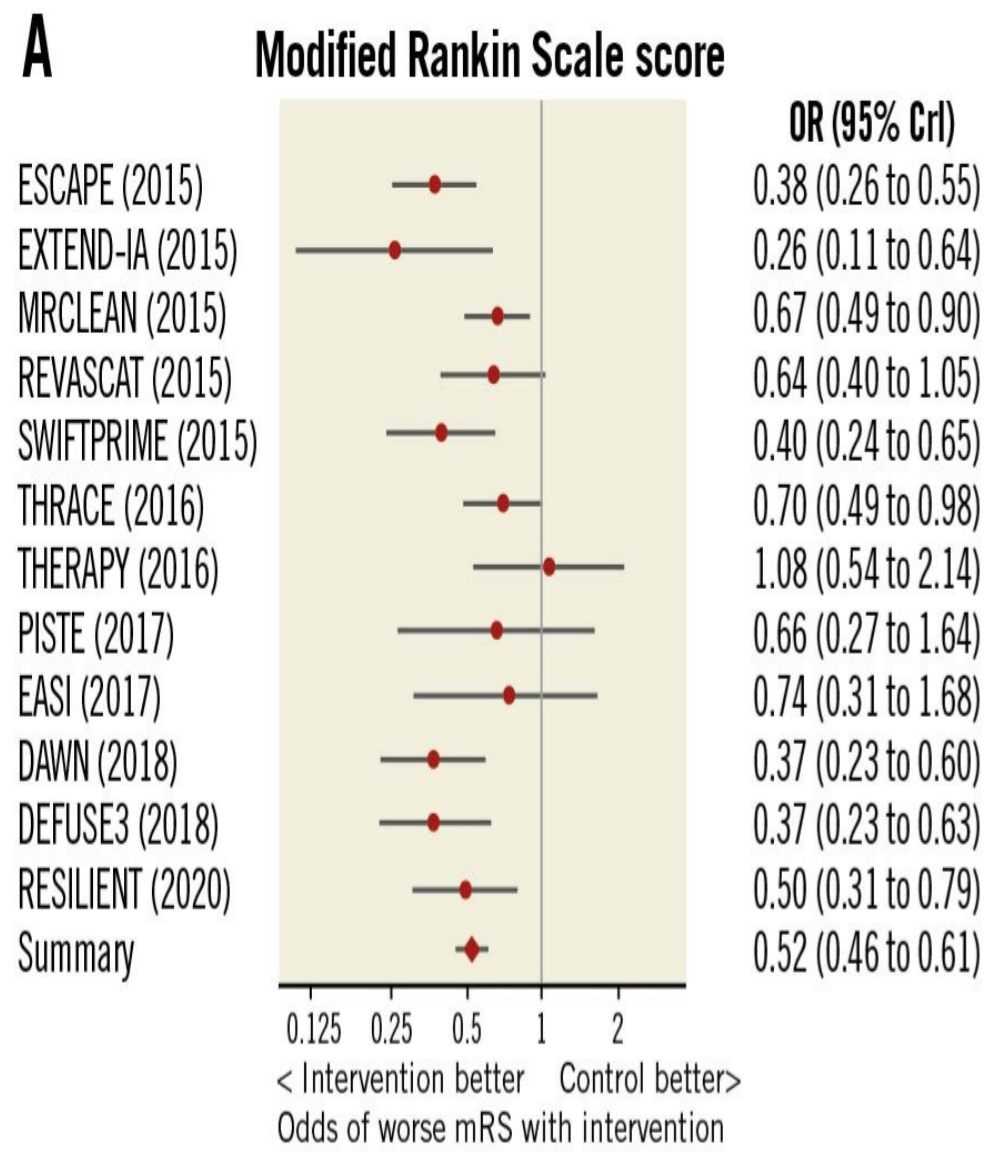
**12 trials**  
Thrombectomy vs control  
1,276 vs 1,282

### Endpoints

**Disability (90-day mRS)**  
OR 0.52 (95% CrI 0.46-0.61)  
Favours intervention  $p < 0.0001$

**Death**  
OR 0.81 (95% CrI 0.66-0.99)  
Favours intervention  $p = 0.024$

**NNT to prevent one functionally dependent outcome** **5.4**



# Các NC RCT và Phân Tích Gộp Đột Quy Tuần Hoàn Sau

- **NC BEST & BASICS:** Các nghiên cứu ban đầu không cho thấy sự khác biệt rõ rệt
- Bước ngoặt 2022 (**NC ATTENTION & BAOICHE**): \* Thực hiện tại Trung Quốc, cho thấy MT cải thiện rõ rệt tỷ lệ sống sót và chức năng ở bệnh nhân tắc động mạch thân nền trong vòng 12-24 giờ.
- Phân tích gộp (2023): Khẳng định can thiệp nội mạch là lựa chọn ưu tiên cho tắc động mạch thân nền.

1. Tao, C., et al. (2022). "Trial of Endovascular Treatment of Basilar-Artery Occlusion." NEJM (ATTENTION).

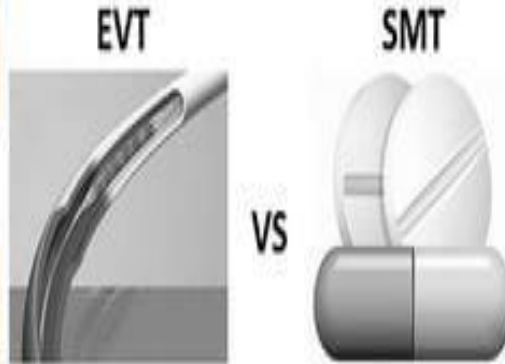
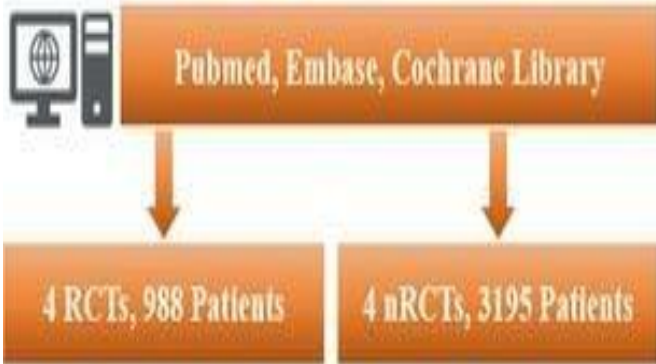
2. Jovin, T. G., et al. (2022). "Trial of Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke Due to Basilar-Artery Occlusion." NEJM (BAOICHE).



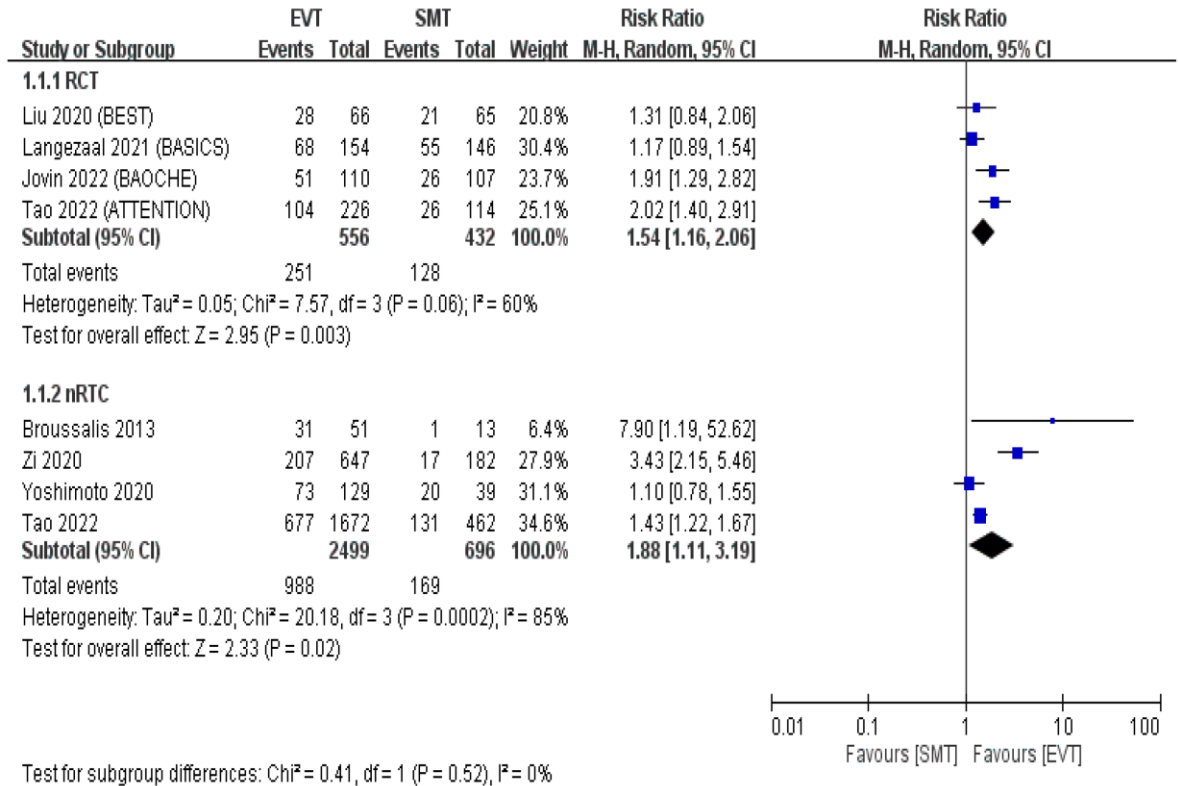
Systematic Review

# Outcomes of Endovascular Treatment versus Standard Medical Treatment for Acute Ischemic Stroke with Basilar Artery Occlusion: A Systematic Review and Meta-Analysis

Jia-Hung Chen <sup>1,†</sup>, Sheng-Chieh Lin <sup>1,†</sup>, Chien-Tai Hong <sup>1,2</sup> and Lung Chan <sup>1,2,\*</sup>



90-days mRS 0-3	Mortality	sICH
RCT : RR 1.54[1.16-2.06] nRCT : RR 1.88[1.11-3.19]	RCT : RR 0.76[0.65-0.89] nRCT : RR 0.72[0.62-0.83]	RCT : RR 5.98[2.11-16.97] nRCT : RR 4.95[2.40-10.23]



**BỘ Y TẾ**

**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: 3312 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 05 tháng 11 năm 2024

**QUYẾT ĐỊNH**

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn  
**“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quy não”**

**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP NỘI MẠCH  
TRONG NHỒI MÁU NÃO CẤP**

➤ **ĐỐI VỚI VÒNG TUẦN HOÀN TRƯỚC:**

1. LẤY HUYẾT KHỐI TRONG VÒNG 6 GIỜ ĐỐI VỚI LỖI NHỒI MÁU NHỎ
2. LẤY HUYẾT KHỐI TRONG VÒNG 6 – 24 GIỜ ĐỐI VỚI LỖI NHỒI MÁU NHỎ
3. LẤY HUYẾT KHỐI TRONG VÒNG 6 – 24 GIỜ ĐỐI VỚI LỖI NHỒI MÁU LỚN

➤ **ĐỐI VỚI VÒNG TUẦN HOÀN SAU:**

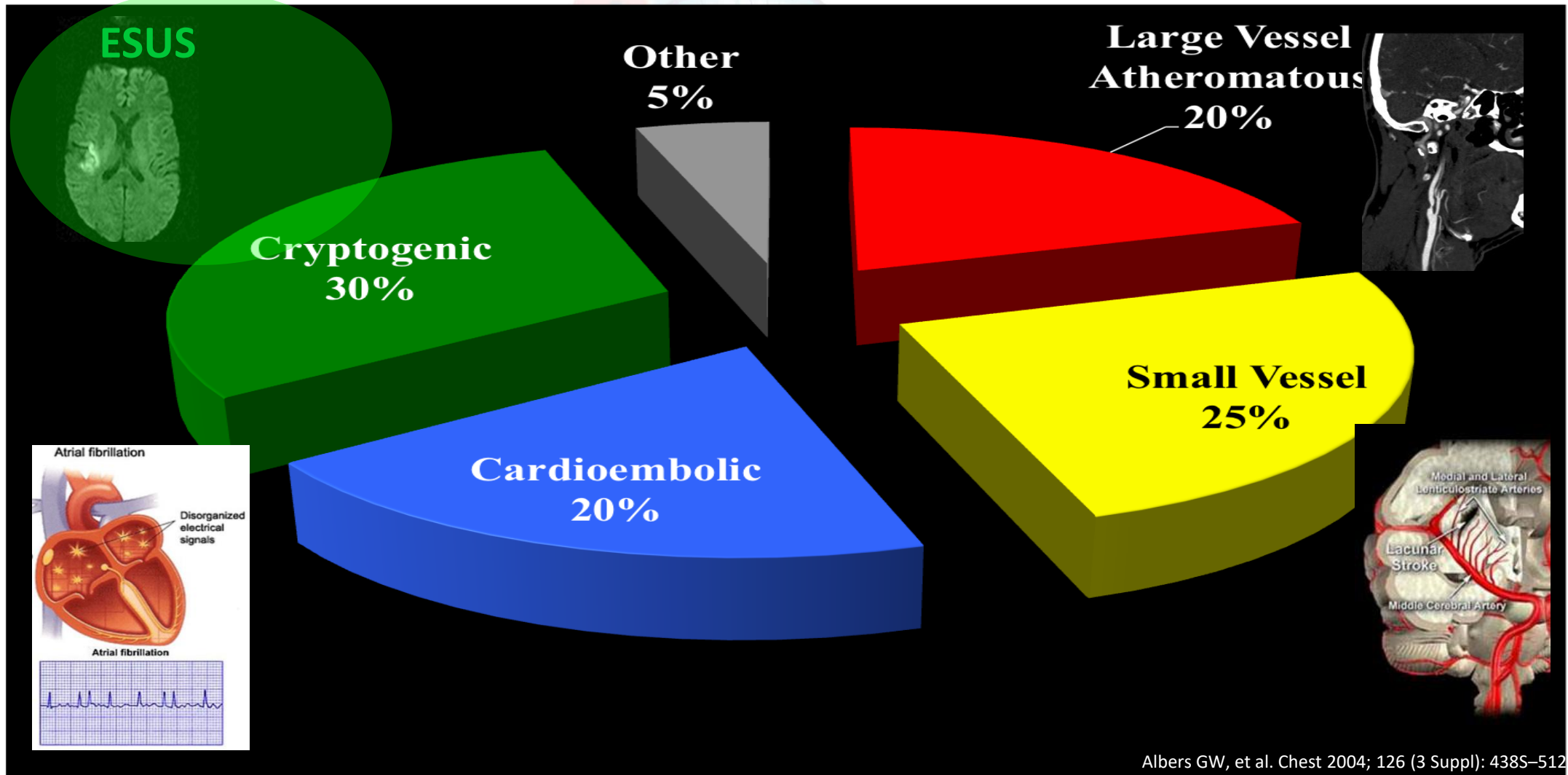
1. LẤY HUYẾT KHỐI TRONG VÒNG 12 GIỜ



## **2. ĐỘT QUỴ VÀ NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP**

# Phân loại TOAST

(Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment)



# Tổng quan & Tỷ lệ biến cố

- **Tỷ lệ đột quy sau NMCT cấp:**
  - Trong giai đoạn cấp (30 ngày đầu): Khoảng 0.9% - 2 %.
  - Trong vòng 1 năm: Tỷ lệ tăng lên khoảng 2% - 4%.
- **Đặc điểm:**
  - Phần lớn là đột quy nhồi máu não (Ischemic stroke), chiếm > 90%.
  - Tỷ lệ này cao hơn đáng kể ở bệnh nhân NMCT có ST chênh lên (STEMI) so với không có ST chênh lên (NSTEMI).
  - Nguy cơ cao nhất trong 48 giờ đầu tiên sau nhập viện.

1. Merkler, A. J., et al. (2019). "Risk of Ischemic Stroke After Hospitalization for Myocardial Infarction." JAMA Neurology.  
2. Witt, B. J., et al. (2006). "Ischemic stroke after myocardial infarction in the community." Arch Intern Med.

# Nguyên nhân và Cơ chế bệnh sinh

Có 3 cơ chế chính:

- **1. Huyết khối từ tim (Cardioembolism):** Sự giảm động hoặc vô động vùng vách tim dẫn đến ứ trệ dòng máu. Hình thành huyết khối buồng tim (mởm tâm thất trái).
- **2. Rung nhĩ (Atrial Fibrillation - AF):** NMCT gây thay đổi huyết động và cấu trúc nhĩ, kích hoạt AF cấp tính.
- **3. Huyết động không ổn định:** Choáng tim hoặc suy tim nặng làm giảm tưới máu não toàn thể.
- **Tình trạng tăng đông và Viêm:** Phản ứng viêm hệ thống sau NMCT thúc đẩy hình thành cục máu đông.

1. Libby, P., et al. (2018). "Inflammation and Atherosclerosis." *Circulation*.

2. Reynen, K. (2003). "Frequency of left ventricular mural thrombus after transmural myocardial infarction." *The American Journal of Cardiology*.

# Các yếu tố nguy cơ

Các nhóm bệnh nhân NMCT có nguy cơ đột quỵ cao hơn:

- **1. Vị trí NMCT:** NMCT thành trước rộng (nguy cơ tạo huyết khối buồng tim cao nhất).
- **2. Chức năng thất trái:** Phân suất tổng máu (LVEF) < 30-35%.
- **3. Biến chứng đi kèm:** Suy tim cấp, rung nhĩ mới xuất hiện.
- **4. Đặc điểm bệnh nhân:** Tuổi cao (>75 tuổi), tiền sử đột quỵ trước đó, bệnh tiểu đường.

# Các nghiên cứu lâm sàng (RCTs)

- **Nghiên cứu VALIANT (2005):**

- Đối tượng: 14,703 bệnh nhân sau NMCT có suy thất trái hoặc rối loạn chức năng thất.
- Kết quả: Nguy cơ đột quỵ là 1.5% trong 30 ngày đầu và 4.6% sau 3 năm. Tỷ lệ tử vong tăng gấp nhiều lần nếu có đột quỵ đi kèm.

- **Nghiên cứu COMPASS (2017):**

- Kết quả: Sử dụng Rivaroxaban liều thấp (2.5mg x 2) kết hợp Aspirin giúp giảm 42% nguy cơ đột quỵ ở bệnh nhân có bệnh động mạch vành ổn định hoặc tiền sử NMCT.

- **Phân tích từ GUSTO-I và EXTREME:**

- Chỉ ra rằng việc tái tưới máu sớm (PCI hoặc tiêu sợi huyết) dù giảm tỷ lệ tử vong do tim nhưng cần quản lý chặt chẽ để không làm tăng nguy cơ xuất huyết não.

1. McMurray, J. J., et al. (2005). "Stroke in patients with left ventricular systolic dysfunction, heart failure, or both after myocardial infarction: VALIANT trial." *Circulation*.
2. Eikelboom, J. W., et al. (2017). "Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease (COMPASS)." *The New England Journal of Medicine*.

# Chiến lược dự phòng và Điều trị

- **Kháng kết tập tiểu cầu kép (DAPT):** Tiêu chuẩn vàng sau can thiệp mạch vành để giảm biến cố huyết khối.
- **Kháng đông:** Chỉ định khi có huyết khối buồng tim hoặc Rung nhĩ đi kèm (Warfarin hoặc NOACs).
- **Kiểm soát các yếu tố nguy cơ:** Statin liều cao, kiểm soát huyết áp và đường huyết.
- **Theo dõi siêu âm tim:** Phát hiện sớm huyết khối mỏm thất trái ở bệnh nhân NMCT thành trước.



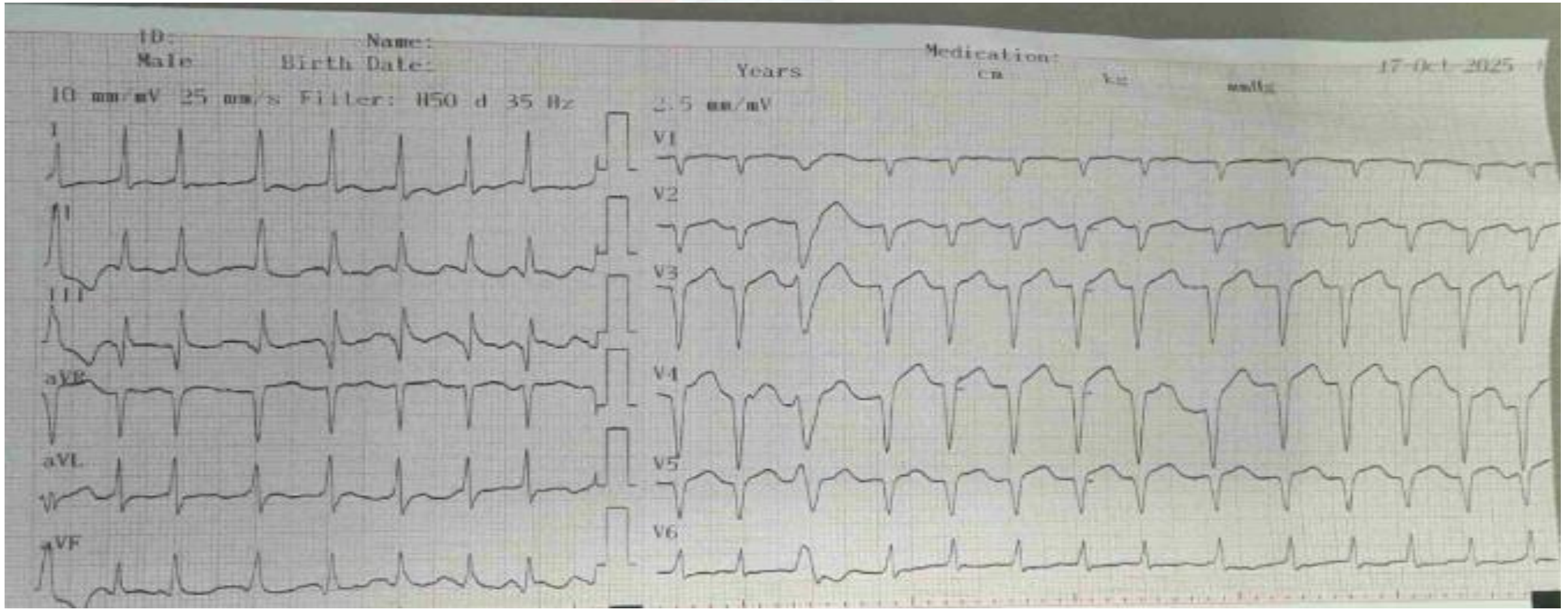
### **3. CASE LÂM SÀNG**

# CASE LÂM SÀNG

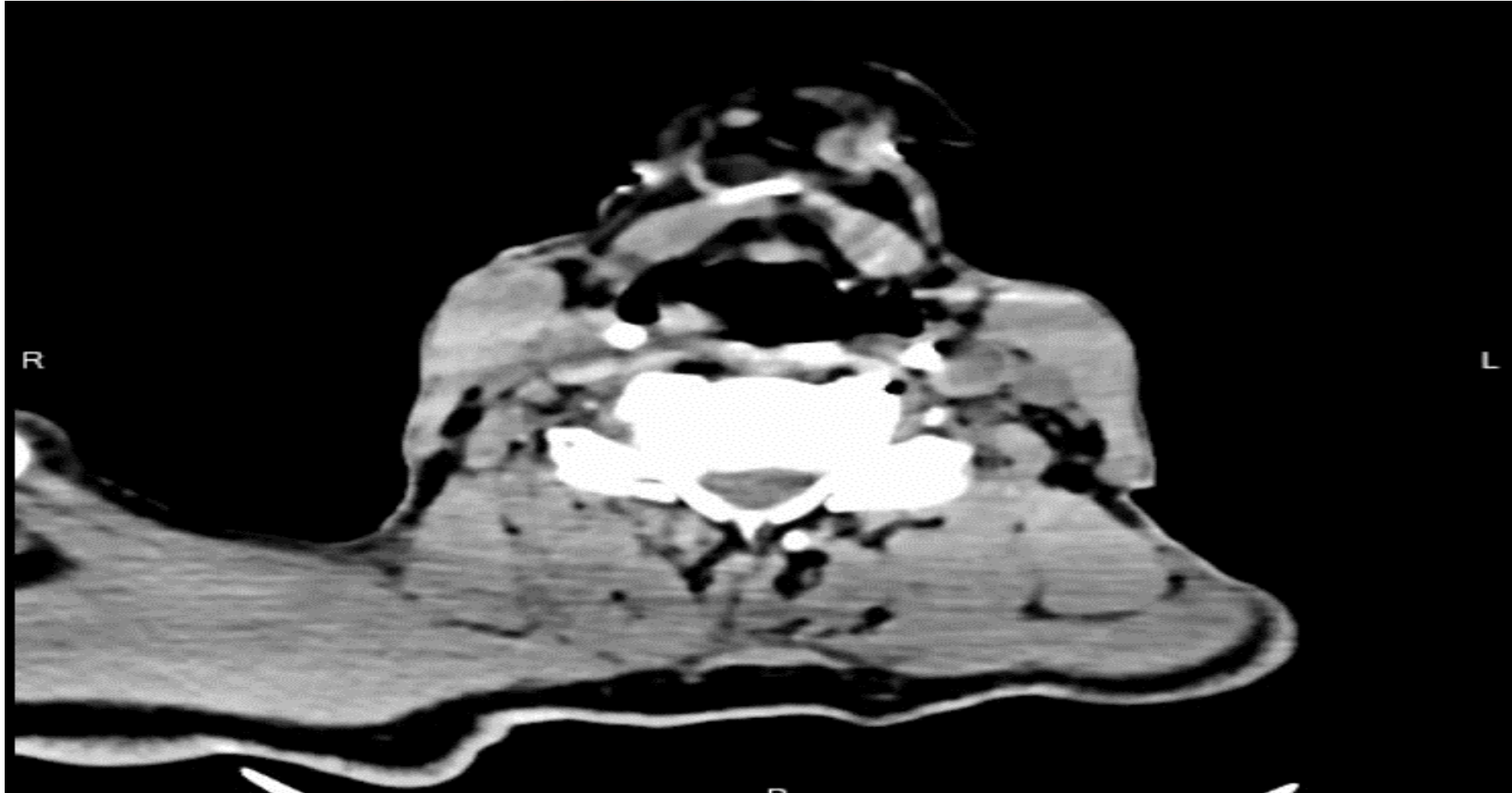
- BN nam 73 T. Vào viện vì khó thở về đêm phải ngủ ngồi => NV khoa TMLH 1 ngày (troponin I: 1175 pg/ml) => chuyển khoa TMCT điều trị 4 ngày. Xử trí: DAPT, kháng đông, chụp MV
- Sáng sớm bệnh nhân đột ngột lơ mơ, glasgow 12 điểm
- Điện tim đồ (ECG): rung nhĩ đáp ứng thất nhanh 130 lần /phút
- Chẩn đoán: TD đột quy/ NSTEMI/ Suy tim/ Rung nhĩ cơn
- Chụp CT scan: chưa ghi nhận giảm đậm độ
- Mời khoa TK – Đột Quy hội chẩn

**CÂU HỎI: QUÝ ĐỒNG NGHIỆP NÀO NGHĨ BỆNH NHÂN BỊ ĐỘT QUY?**

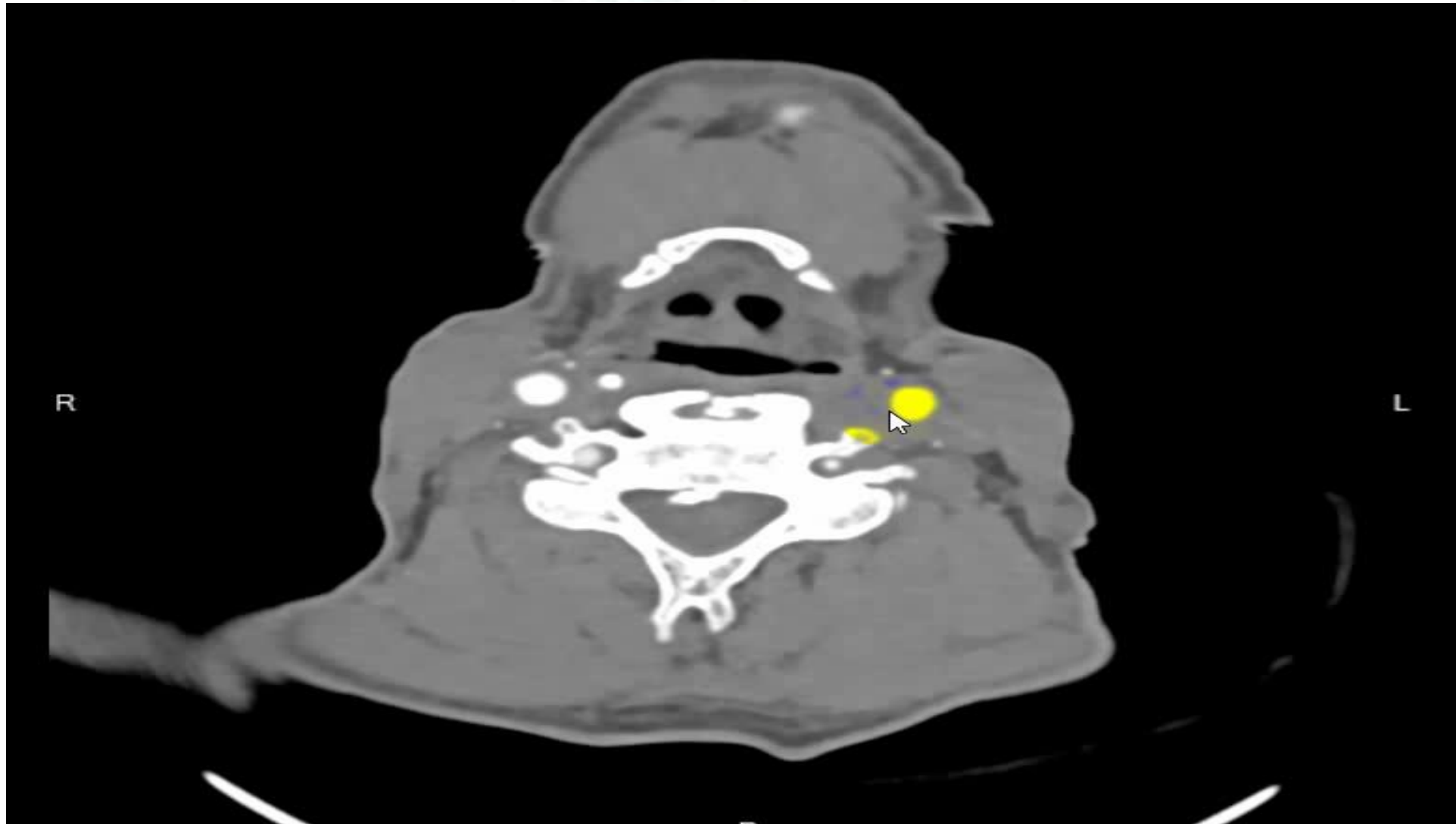
# Hình ảnh ECG



# CT Scan không Thuốc



# Hình ảnh CTA

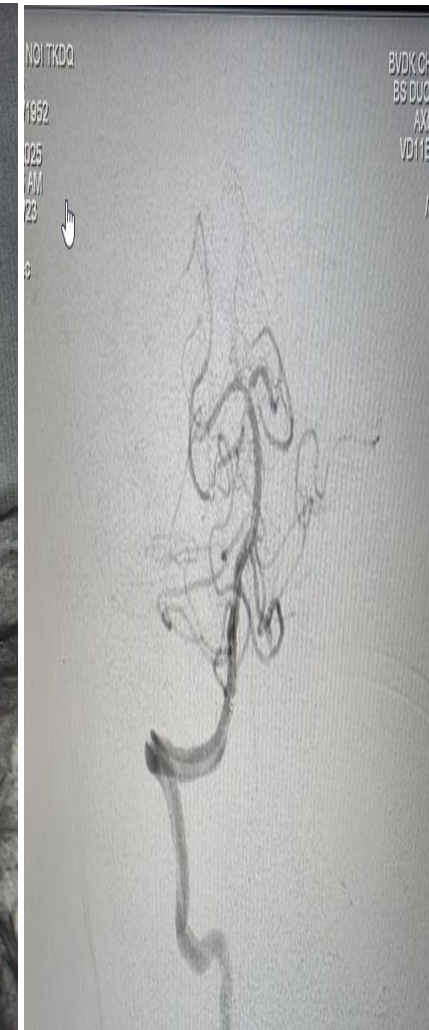
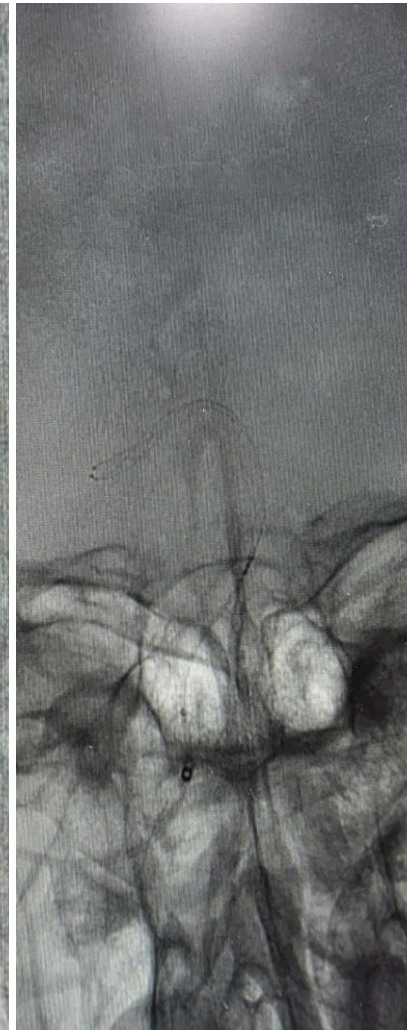
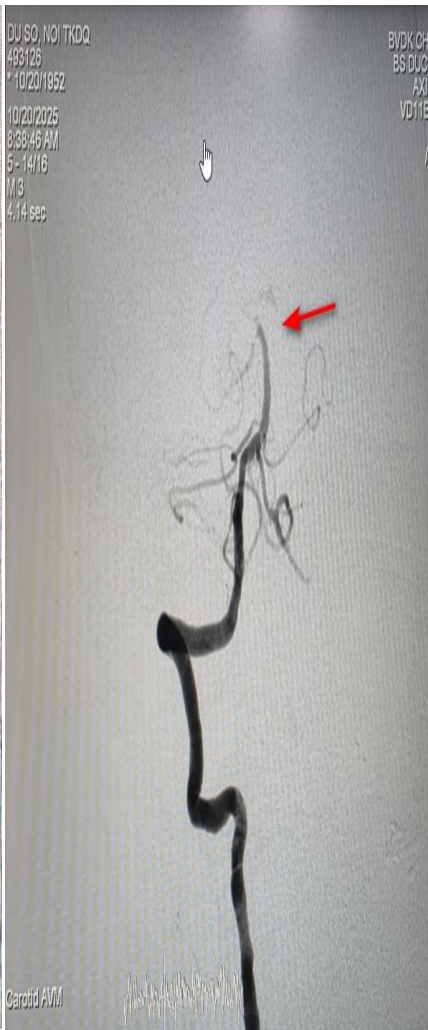


# Diễn Tiến Lâm Sàng

- CTA : Hình ảnh ĐM thân nền bắt thuốc kém khả năng do tắc
- Khám: bệnh mê (GCS: E1V1M5: 7đ), HA = 170/90mmHg, đồng tử co # 1 mm bên T, giãn # 3.5 mm bên P, PXAS (+), NIHSS > 20đ. Xử Trí cấp cứu: đặt nội khí quản, thở máy
- Chẩn đoán: **ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO CẤP GIỜ 4/ TẮC ĐỘNG MẠCH THÂN NỀN/NMCT KHÔNG ST CHÊNH + RUNG NHỈ**
- Chỉ định Can Thiệp mạch não cấp cứu

**CÂU HỎI: QUÝ ĐỒNG NGHIỆP NÀO ĐỒNG Ý BỎ QUA THUỐC TIÊU SỢI HUYẾT?**

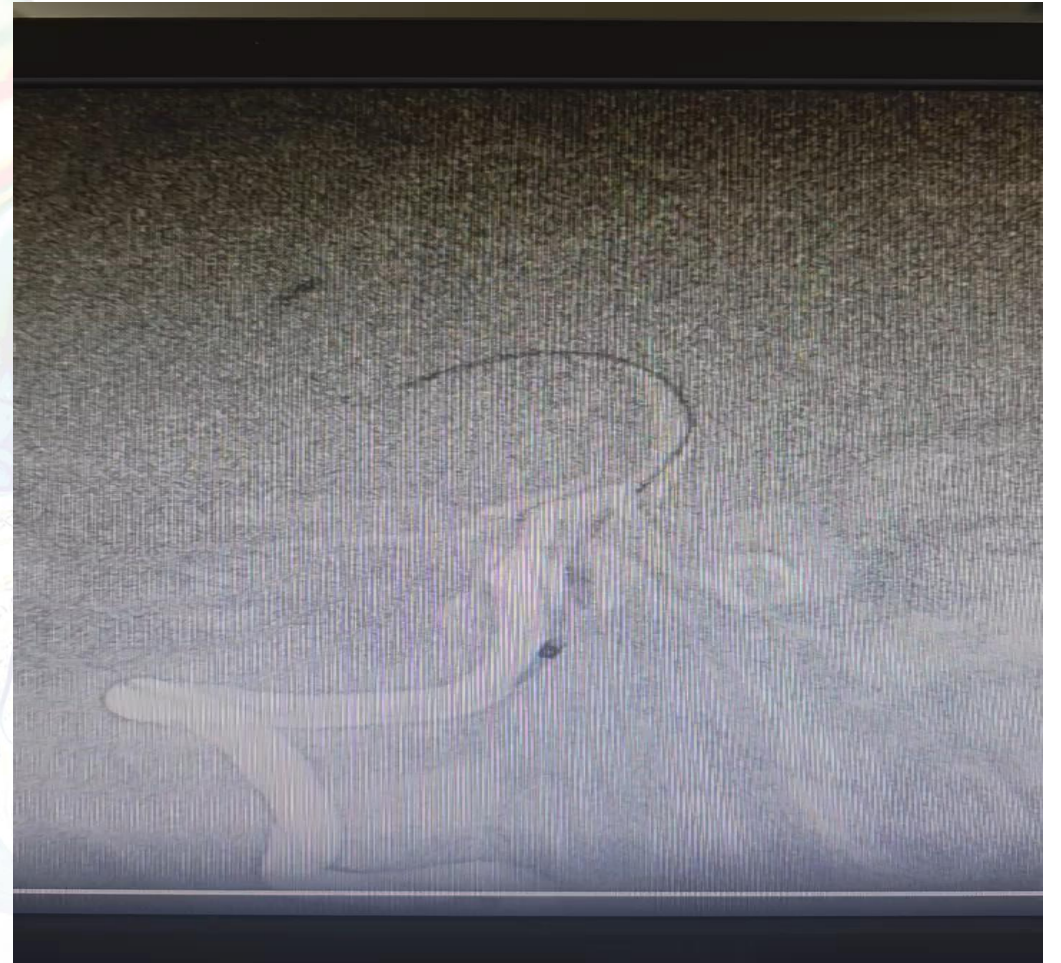
# Hình ảnh Can Thiệp Lấy Huyết Khối



# Kỹ Thuật Can Thiệp Lấy Huyết Khối

## DỤNG CỤ:

- Guiding:
  - + Fubuki 8F 90 cm, Neuronmax
  - + Fubuki 0,043, Fagomax
- Micro catheter:
  - + Rebar 18, Vasco 21+.....
- **Stent lấy huyết khối:**
  - + **CathView**
  - + **Solitaire**
  - + **SkyFlow**
  - + **Aperio**
  - + **pRESET**
  - + **Tigertriver**



# Sau can thiệp lấy huyết khối 1 giờ

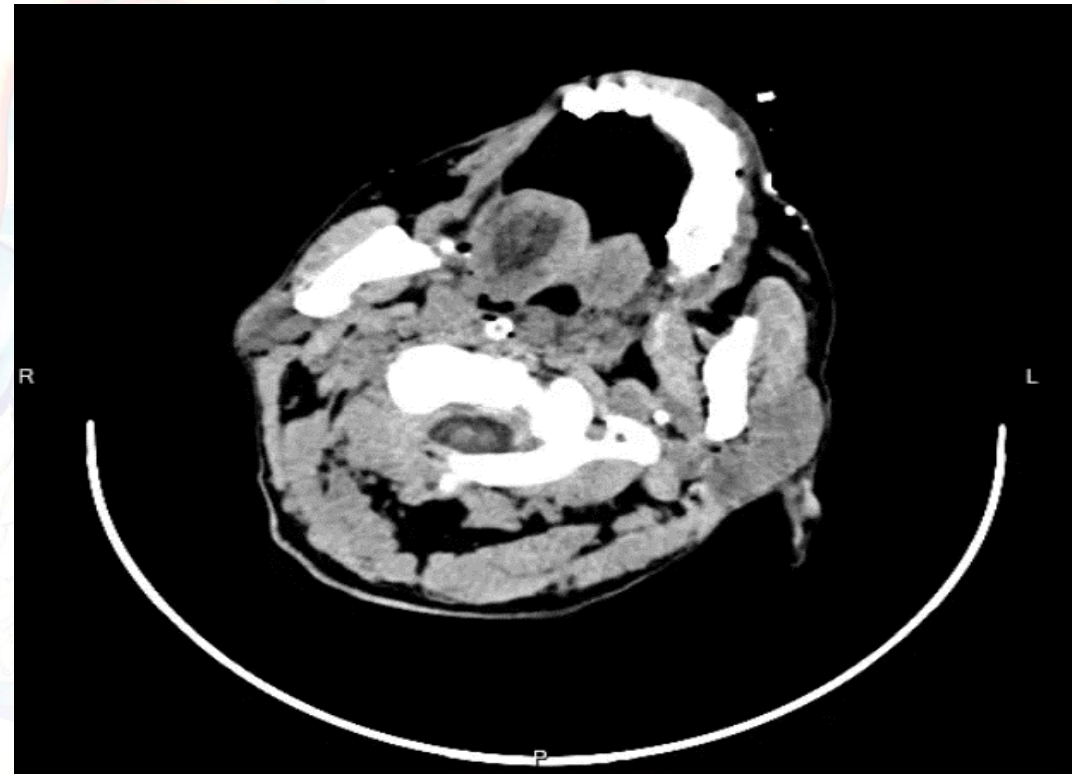
- Bệnh mê, thở qua ống nội khí quản
- GCS: E1V1M5 ( 7 điểm)
- Mạch: 90 lần/phút
- HA: 80/50 mmHg
- Nhiệt độ: 37 °C
- SpO<sub>2</sub>: 90% % Oxy 6 lít/phút
- Tác động mạch thân nền đã tái thông, dòng chảy TIC1 3

# Sau can thiệp 12 giờ

## Lâm sàng

- Bệnh nhân tỉnh, đừ, gọi biết
- Ngưng Thở máy, Rút NKQ.
- Mạch: 80 lần/phút
- HA: 120/80 mmHg
- Nhiệt độ: 37 °C
- SpO<sub>2</sub>: 99%
- Tim không đều

## Hình Ảnh CT Scan

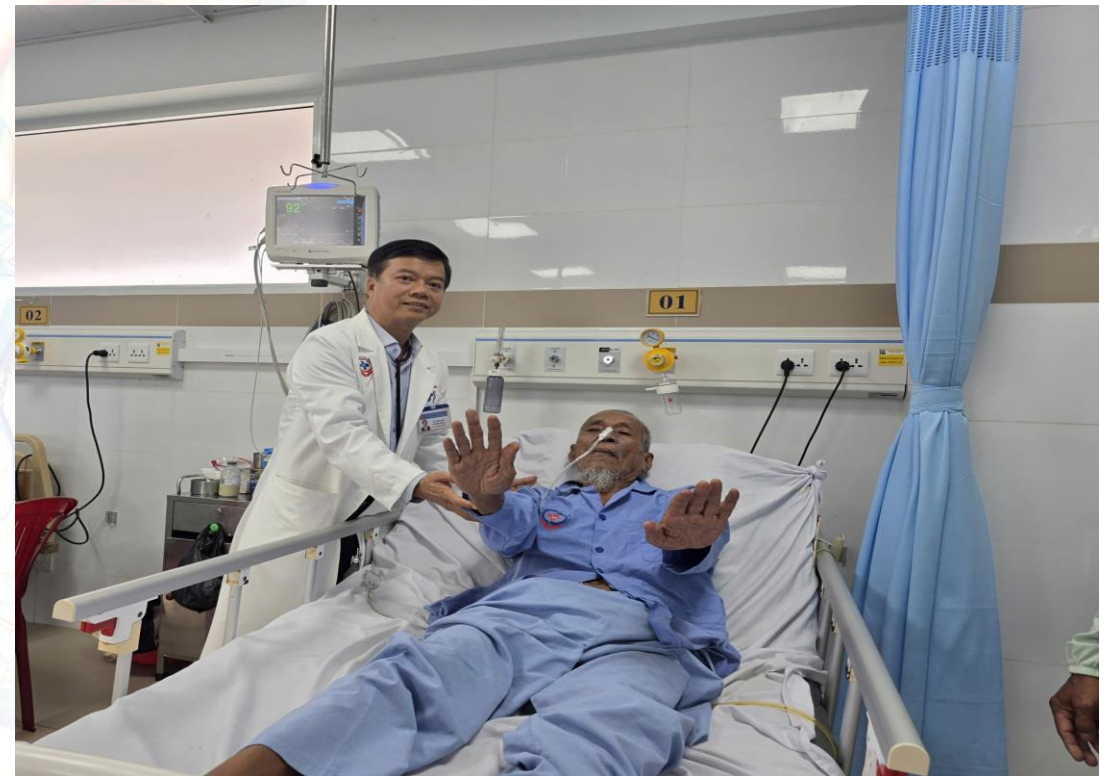


# Sau 1 ngày can thiệp

## Lâm Sàng

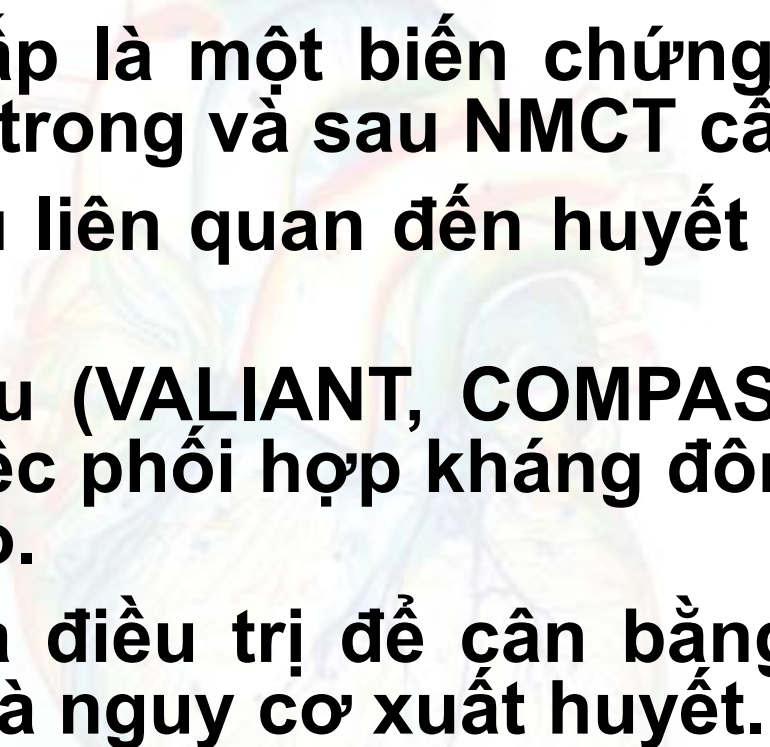
- Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt
- Hiểu và thực hiện đúng y lệnh
- GCS: 15 điểm
- Mạch: 75 lần/phút
- HA: 120/80 mmHg
- Sức cơ cải thiện rõ
- Tim không đều

## Hình ảnh Bệnh Nhân





# KẾT LUẬN

- 
- **1. Đột quy não cấp là một biến chứng nguy hiểm và làm tăng tỷ lệ tử vong trong và sau NMCT cấp.**
  - **2. Cơ chế chủ yếu liên quan đến huyết khối từ tim và rung nhĩ.**
  - **3. Các nghiên cứu (VALIANT, COMPASS) nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phối hợp kháng đông/kháng tiểu cầu ở nhóm nguy cơ cao.**
  - **4. Cần cá thể hóa điều trị để cân bằng giữa lợi ích giảm nguy cơ đột quy và nguy cơ xuất huyết.**



Thank  
you