

không dám cầm máu kỹ đầu vạt sau mổ bệnh nhân tăng huyết áp nên bị chảy máu.

## V. KẾT LUẬN

Vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi với 11/31 đơn vị chiếm tỷ lệ 35,48%. Hầu hết BN có kích thước tổn thương lớn  $\geq 2\text{cm}^2$ , với 19/21 BN chiếm tỷ lệ 90,48%.

Cắt cuống vạt sau 10-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%. Thời gian nằm viện trung bình là  $15,9 \pm 5,3$  ngày. Kết quả sau mổ đa số BN trong nhóm NC có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 71,4%, khá chiếm 23,8%. Tỷ lệ BN có kết quả ở mức độ trung bình chiếm 4,8% và không có trường hợp nào đạt kết quả kém.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huệ Chi, Nguyễn Huy Thọ (2004). Đánh giá kết quả điều trị khuyết cánh mũi, trư

2. Bùi Văn Cường (2014). Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi. Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Chen C.L., Most S.P., Branham G.H. et al. (2019), "Postoperative Complications of Paramedian Forehead Flap Reconstruction". JAMA Facial Plast Surg, 21(4), pp. 298-304.
4. Bạch Minh Tiên (2002). Đánh giá kết quả sử dụng vạt trán và vạt rãnh mũi má trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng mũi. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. J. S. Yong, J. J. Christophel, S. S. Park (2014), "Repair of intermediate-size nasal defects: a working algorithm". JAMA Otolaryngol Head Neck Surg, 140(11), pp. 1027-33.
6. Ngô Thế Mạnh (2022). Nghiên cứu điều trị tổn khuyết mũi bằng các vạt da vùng trán có cuống mạch nuôi. Luận án Tiến sỹ, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC TRÊN NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC MẠCH LỚN TUẦN HOÀN TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC

Ngô Mạnh Hà<sup>1</sup>, Lê Hồng Trung<sup>2</sup>, Mai Duy Tôn<sup>3,4</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị lấy huyết khối cơ học của người bệnh nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn tuần hoàn não trước được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả - quan sát. Đối tượng nghiên cứu bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước được can thiệp lấy huyết khối trong 6h đầu: với các dấu hiệu thiếu sót thần kinh rõ ràng và định lượng được dựa trên bảng điểm NIHSS  $\geq 6$ , ASPECTs  $\geq 6$  trên phim CLVT, điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc từ tháng 01- 2021 đến hết tháng 12- 2023, được theo dõi kết cục lâm sàng sau khi ra viện 03 tháng. **Kết quả:** Tổng số đối tượng nghiên cứu là 92 bệnh nhân. Tuổi trung bình:  $68.03 \pm 14.08$  trong đó tỉ lệ nam/nữ = 1.55/1. Số bệnh nhân nhập viện trong 3 giờ đầu sau khởi phát chiếm 86.95%. Trong các yếu tố nguy cơ, thường gặp nhất là tăng huyết áp là 62%, hút thuốc lá 55.4%, rung nhĩ 32.6%, đái tháo đường 12.28%, yếu tố huyết khối 15.2%, rối loạn chuyển hóa lipid 12% và tiền sử đột

quy não 10.5%. Bệnh nhân điều trị bắc cầu 25 trường hợp chiếm 27.17%, bệnh nhân lấy huyết khối 67 trường hợp chiếm 72.83%. Điểm NIHSS thời điểm nhập viện trung bình là  $18.21 \pm 5.89$  có trung vị là 19 điểm. Tại thời điểm ra sau ra viện 03 tháng, bệnh nhân phục hồi tốt có điểm mRS 0-2 chiếm 46.73%, bệnh nhân tàn tật phụ thuộc vào người chăm sóc hoặc cần hỗ trợ chiếm tỷ lệ cao 36.71% và có 18 bệnh nhân bị tử vong chiếm tỷ lệ 19.56%. **Kết luận:** Kết quả điều trị can thiệp lấy huyết khối nội mạch tuần hoàn trước ở bệnh nhân nhồi máu não cấp hồi phục tốt mRS 0-2 ở cả nhóm điều trị can thiệp và điều trị bắc cầu chiếm tỷ lệ là 46.73%. Yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp, hút thuốc lá, rung nhĩ, đái tháo đường, yếu tố huyết khối, rối loạn chuyển hóa lipid và tiền sử đột quy não. **Từ khóa:** Nhồi máu não cấp, lấy huyết khối cơ học.

## SUMMARY

### RESULTS OF TREATMENT OF MECHANICAL THROMBECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO LARGE ANTERIOR CEREBRAL OCCLUSION AT VINH PHUC PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics and results of mechanical thrombectomy treatment of patients with acute ischemic stroke due to large vessel occlusion of the anterior cerebral circulation treated at Vinh Phuc Provincial General Hospital. **Methods:** The study subjects were patients diagnosed with acute cerebral infarction due to occlusion of large blood vessels in

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc

<sup>2</sup>Sở Y tế tỉnh Vinh Phúc

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

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

Chịu trách nhiệm chính: Mai Duy Tôn

Email: Tonresident@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024

the anterior circulation and underwent thrombectomy within the first 6 hours. with clear and quantifiable signs of neurological deficits based on NIHSS score  $\geq 6$ , ASPECTs  $\geq 6$  on CT scan, treated at Vinh Phuc Provincial General Hospital from January 2021 to the end of December 2023, were monitored for clinical outcomes 3 months after discharging. **Results:** The total number of study subjects was 92 patients, in which the male/female ratio = 1.55/1. Mean age:  $68.03 \pm 14.08$ . The number of patients hospitalized within 3 hours after onset accounted for 86.95%. Among the risk factors, the most common were hypertension with 62%, smoking with 55.4%, following that was atrial fibrillation with 32.6%, diabetes mellitus with 12.6% , history of thrombosis with 15.2%, lipid metabolism disorders with 12% and history of stroke with 10.5%. The percentage of patients treated with bridging therapy accounted for 27.7%, and treated with Mechanical thrombectomy was 72.83%. The median NIHSS score on admission was 19. At the time of hospital discharge 03 months, patients with good recovery who had mRS score 0-2, accounting for 46.73%, while disabled patients dependent on caregivers accounted for a high rate of 36.71%, and there were 18 death, equivalent to 19.56%. **Conclusion:** Results of anterior circulation mechanical thrombectomy treatment in patients with acute cerebral infarction recovered well with mRS 0-2 in both intervention and bridging treatment groups, accounting for 46.73%. Common risk factors are hypertension, smoking, atrial fibrillation, diabetes, patients with history of thrombosis, lipid metabolism disorders and history of stroke. **Keyword:** Acute ischemic stroke, mechanical thrombectomy

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, đột quỵ não là nguyên nhân gây ra tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh lý tim mạch và ung thư và là nguyên nhân gây tàn tật nhiều nhất tại các nước phát triển. Gánh nặng của bệnh gây ra cho gia đình và xã hội là rất lớn. Trong đó đột quỵ thiếu máu não chiếm đến 60-80%<sup>1,2,3</sup>

Tái thông sau nhồi máu não cấp liên quan đến cải thiện kết cục lâm sàng cũng như giảm tỷ lệ tử vong. Một phân tích gộp từ 53 nghiên cứu trên 2000 bệnh nhân cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa tỷ lệ tái thông mạch não và sự cải thiện kết cục lâm sàng sau ba tháng so với nhóm không được tái thông mạch não.<sup>4</sup>

Điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch trong thời gian 4,5 giờ là điều trị chuẩn với bệnh nhân nhồi máu não cấp, làm hạn chế tỷ lệ tử vong cũng như giảm mức độ tàn tật. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong cũng như tàn tật lên tới 60-80% các trường hợp nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn tuần hoàn não trước dù có hoặc không điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch. Tỷ lệ tái thông mạch não sau tiêu sợi huyết tĩnh mạch xấp xỉ 30% trong đó tỷ lệ tái thông mạch cảnh

dưới 10%, tỷ lệ tái thông động mạch não giữa đoạn M1 30%, đoạn M2 42%.<sup>5</sup>

Khuyến cáo của AHA/ASA năm 2018: lấy huyết khối đường động mạch bằng dụng cụ cơ học với các bệnh nhân có tắc động mạch lớn của não là có lợi ích rõ ràng với bằng chứng cấp độ IA.<sup>6</sup>

Can thiệp nội mạch đã được sử dụng trong nhiều năm trong điều trị nhồi máu não cấp. Các nghiên cứu chỉ ra hiệu quả tái thông của can thiệp nội mạch cao hơn tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch.<sup>7</sup> Tại Việt Nam hiện nay việc ứng dụng phương pháp lấy huyết khối cơ học ngày càng được mở rộng và cho kết quả khả quan ở nhiều địa phương trong cả nước.

Tại Bệnh viện Bạch Mai lấy huyết khối cơ học được triển khai năm 2012 với stent Solitaire<sup>8</sup>. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, nhằm đem lại lợi ích tối đa cho người bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp chúng tôi đã áp dụng tiêu huyết khối tĩnh mạch từ năm 2015 và đến năm 2020 chúng tôi triển khai kỹ thuật lấy huyết khối bằng dụng cụ. Tuy nhiên chưa có tổng kết về kết quả điều trị cho nhóm bệnh nhân này do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài 'Kết quả điều trị lấy huyết khối cơ học trên người bệnh nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn tuần hoàn trước tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN nhồi máu não do tắc mạch lớn tuần hoàn não trước được can thiệp lấy huyết khối trong 6h đầu.

- ASPECT  $\geq 6$  trên phim CLVT hoặc MRI

- NIHSS  $\geq 6$

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có xuất huyết não trên phim chụp

- Dùng thuốc cản quang

- mRS  $\geq 2$

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Quan sát mô tả hồi cứu – tiền cứu

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Thuận tiện, toàn bộ bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn nghiên cứu từ tháng 1-2021 đến hết tháng 12-2023 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, thực tế chúng tôi thu thập được 92 bệnh nhân.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê. Thống kê mô tả các biến số nghiên cứu.

**Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1 Đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng	Người bệnh (N=92)
<b>Đặc điểm chung</b>	
Tuổi trung bình (min – max)	68,03 ± 14.08 (30-98)
Nam giới (%)	56 (52,4%)
<b>Đặc điểm tiền sử</b>	
Tăng huyết áp	57 (62%)
Đái tháo đường	11 (12%)
Rung nhĩ	30 (32,6%)
Đột quỵ não cũ	11 (10,5%)
Rối loạn chuyển hóa Lipid	11 (12%)
Tiền sử huyết khối mạch máu	14 (15,2%)
Hút thuốc	51(55,4%)
<b>Triệu chứng lâm sàng</b>	
Rối loạn ý thức	84 (91,3%)
Thất ngôn	85 (92,4%)
Liệt VII trung ương	35 (38%)
Rối loạn cảm giác nửa người	13 (14,1%)
Liệt nửa người	92 (100%)
Buồn nôn, nôn	30 (32,6%)
Chóng mặt	14 (15,2%)
<b>Đặc điểm NIHSS lúc nhập viện</b>	
Điểm NIHSS nhập viện trung bình (trung vị)	18,76 ± 5,97 (19)
P25	14
P75	22
Min – Max	8-30

**Nhận xét:** - Độ tuổi trung bình là 68,03 ± 14,08. Trong đó, thấp nhất là 30 tuổi và cao nhất là 98 tuổi. Bệnh nhân nam có 56 người, chiếm 60,9%.

- BN có tiền sử tăng huyết áp hay gặp nhất 62%, hút thuốc lá, rung nhĩ cũng chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 55,4% và 32,6%.

- Tất cả bệnh nhân nhồi máu não nhập viện đều bị liệt nửa người 100%, rối loạn ý thức, thất ngôn gặp tỷ lệ cao lần lượt là 91,3% và 92,4%.

- Điểm NIHSS trung bình trước điều trị của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 18,76 điểm. Cao nhất 30 điểm và thấp nhất là 8 điểm. Trung vị là 19 điểm.

**3.2 Đặc điểm hình ảnh học**

**Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh học.**

ĐM cảnh trong	48,91%
M1	46,73%
M2	4,36%

**Nhận xét:** Bệnh nhân bị tắc mạch M1 chiếm tỷ lệ cao 46,73%, tắc mạch cảnh trong chiếm tỷ lệ 48,91%.

**3.3 Kết quả điều trị**

**Bảng 3. Phương pháp điều trị**

Phương pháp điều trị N =92	
Tiêu sợi huyết kết hợp lấy huyết khối	25 (27,17%)
Can thiệp mạch lấy huyết khối đơn thuần	67 (72,83%)
<b>Kết quả tái thông sau can thiệp theo mTICI</b>	
0	3 (3,3%)
1	1 (1,1%)
2a	5 (5,4%)
2b	26 (28,2%)
3	57 (62%)

**Nhận xét:** - Tỷ lệ bệnh nhân can thiệp nội mạch đơn thuần chiếm tỷ lệ cao là 72,83%, cao gấp 2,68 lần bệnh nhân điều trị bắc cầu 27,17%.

- Tỷ lệ tái thông hoàn toàn chiếm 62%, không tái thông có 3 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,3%

**Bảng 4. Kết cục lâm sàng theo thang điểm đánh giá tàn tật Rankin sửa đổi (mRS) tại thời điểm 90 ngày sau điều trị (n=92)**

Điểm mRS	Số người bệnh	Tỷ lệ %
mRS0	10	10,9
mRS 1	13	14,1
mRS2	20	21,7
mRS 3	12	13
mRS 4	9	9,8
mRS 5	10	10,9
mRS 6	18	19,6

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân phục hồi tốt 43 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 46,73%. Mức tàn tật phụ thuộc vào người chăm sóc 31 bệnh nhân (mRS từ 3 đến 5), chiếm tỷ lệ 36,71%. Có 18 bệnh nhân tử vong trong vòng 03 tháng chiếm tỷ lệ 19,56%

**Bảng 5. Liên quan giữa thay đổi điểm NIHSS sau can thiệp và hiệu quả hồi phục sau 3 tháng**

	mRS 0-2	mRS 3-6	CHUNG	p
NIHSS giảm dưới 4 điểm	26 (40%)	39 (60%)	65 (70,65%)	0,03
NIHSS giảm trên 4 điểm	17 (63%)	10 (37%)	27 (29,35%)	

**Nhận xét:** Bệnh nhân có điểm NIHSS giảm trên 4 điểm sau can thiệp có kết cục lâm sàng mRS 0-2 sau 3 tháng tốt hơn so với nhóm giảm thấp hơn 4 điểm p=0.03.

**Bảng 6. Tỷ lệ các biến chứng**

Biến chứng N (%)	
Không chảy máu	59 (64,1%)
PH2	8 (8,7%)
PH1	5 (5,4%)
HI2	7 (7,6%)
HI1	13 (14,1%)

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 59 bệnh nhân chiếm 64,1% không có chuyển dạng xuất huyết và có 33 bệnh nhân có chảy máu nội sọ. Bệnh nhân chảy máu nội sọ không triệu chứng tương ứng HI1 14,1% và HI2 7,6%. Bệnh nhân chảy máu nội sọ có triệu chứng PH1 là 05 bệnh nhân chiếm 5,4% và PH2 là 08 bệnh nhân chiếm 8,7%. Nhận thấy, biến chứng chảy máu nội sọ có triệu chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn biến chứng chảy máu nội sọ không có triệu chứng.

#### IV. BÀN LUẬN

**3.4 Đặc điểm người bệnh.** Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là (68,03 tuổi), thấp hơn rõ rệt so với tuổi trung bình ở nhóm can thiệp của các thử nghiệm ESCAPE (71 tuổi)<sup>10</sup>, EXTENDED IA (70 tuổi)<sup>11</sup>, nhưng cao hơn so với thử nghiệm MR CLEAN (65.8 tuổi)<sup>9</sup>, SWIFT – PRIME (66 tuổi)<sup>13</sup> và cao hơn Vũ Đăng Lưu (56.6 tuổi). Điều này một phần cho thấy, tuổi mắc đột quỵ của người Việt Nam thấp hơn. Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (62%). Hút thuốc, rung nhĩ, tiền sử đột quỵ não chiếm tỷ lệ khá cao với tỷ lệ lần lượt là 55.4%; 32.6%, 18.5%. Các triệu chứng điển hình gặp ở đa số bệnh nhân nhồi máu não là liệt nửa người, nói khó/thất ngôn, rối loạn ý thức với tỷ lệ lần lượt là 100%, 92.4% và 91.3%. Về mức độ nặng của bệnh, điểm NIHSS trung bình trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi là 18 điểm. Mức điểm này gần tương đồng với thử nghiệm MR CLEAN (17 điểm)<sup>9</sup>, SWIFT – PRIME (17 điểm)<sup>12</sup> và ESCAPE (18 điểm)<sup>10</sup> nhưng cao hơn nghiên cứu EXTENDED IA (13 điểm).

**3.5 Đặc điểm hình ảnh học.** Về vị trí tắc mạch, tắc đơn thuần đoạn M1 của động mạch não giữa trong nghiên cứu của chúng tôi là 46.73%, trong khi đó ở các nghiên cứu MR CLEAN<sup>9</sup>, ESCAPE<sup>10</sup>, EXTENDED IA, SWIFT – PRIME và REVASCAT lần lượt là 66.1%, 68.1%, 51%, 77% và 64.7%. Đối với tắc động mạch cảnh trong có hoặc không kèm tắc đoạn M1, nghiên cứu của chúng tôi có 48.91%, cao hơn so với các thử nghiệm ngẫu nhiên nêu trên (từ 16% đến 31%).

**3.6 Kết quả điều trị.** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 27.17% bệnh nhân được điều trị bắc cầu, 72.83% bằng can thiệp nội mạch.

Về tái thông mạch máu, tỷ lệ tái thông từ trung bình đến tốt (mTICI từ 2a đến 3) của chúng tôi đạt 90,2%, trong đó tái thông tốt đạt 62%(TICI 2b 28,2%, TICI 3 62%). Tỷ lệ tái thông tốt của chúng tôi thấp hơn so với các thử nghiệm ngẫu nhiên: MR CLEAN (75.4%)<sup>9</sup>, ESCAPE (72.4%)<sup>10</sup>, EXTENDED IA (86%), SWIFT

– PRIME (88%) và Vũ Đăng Lưu (71.9%). Theo chúng tôi, lí do chính dẫn tới sự khác biệt này, đó là kinh nghiệm can thiệp của chúng tôi còn chưa nhiều bằng các trung tâm lớn khác. Về biến chứng sau can thiệp, chúng tôi có 13/92 trường hợp xuất huyết não có triệu chứng, chiếm tỷ lệ cao (14.1%). Trong khi đó, xuất huyết não có triệu chứng ở nghiên cứu MR CLEAN là 7.7%<sup>9</sup>, ESCAPE là 3.6%<sup>10</sup>, và EXTENDED IA là 6%. Nguyên nhân có thể do yếu tố chủng tộc, bệnh mạn tính. Đặc biệt yếu tố kinh nghiệm can thiệp cũng cần phải tính đến. Về mức độ phục hồi chức năng thần kinh theo thang điểm Rankin sửa đổi, tỷ lệ phục hồi tốt mRS 0-2 tại thời điểm 3 tháng chiếm 46.7%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu MR CLEAN (33%)<sup>9</sup>, tương tự nghiên cứu REVASCAT (43.7%) và thấp hơn các nghiên cứu EXTENDED IA (72%), SWIFT – PRIME (60%) và Vũ Đăng Lưu (58.2%). Tử vong sau 3 tháng 18/92 trường hợp chiếm tỷ lệ 19.56%. Sự khác biệt này có thể phần lớn là do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân ở mỗi nghiên cứu khác nhau. Trong nghiên cứu này, tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân của chúng tôi tương tự thử nghiệm MR CLEAN.

#### V. KẾT LUẬN

Can thiệp lấy huyết khối đường động mạch bằng dụng cụ cơ học cho bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn tuần hoàn não trước tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc cho thấy thành công về mặt kỹ thuật. Tỷ lệ có tái thông cao (90.2%), trong đó tái thông hoàn toàn đạt 62%. Tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng chiếm 14.1%. Mức độ hồi phục chức năng thần kinh tốt (mRS 0 – 2) tại thời điểm 3 tháng đạt 46.7%. Tử vong sau 3 tháng chiếm 19.56%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hình.L.Đ (2010)** Chẩn đoán sớm đột quỵ não. Nội san hội Thần kinh học Việt Nam, 6(1), tr.3-7.
2. **Mai, Duy Ton, et al.** Current state of stroke care in Vietnam. Stroke: Vascular and Interventional Neurology 2.2 (2022): e000331.
3. **Ton MD, Dao PV, Nguyen DT, et al.** Sex disparity in stroke outcomes in a multicenter prospective stroke registry in Vietnam. International Journal of Stroke. 2023;18(9):1102-1111. doi:10.1177/17474930231177893.
4. **Rha J. H., Saver J. L. (2007).** The impact of recanalization on ischemic stroke outcome: a meta-analysis. Stroke, 38(3), 967-973.
5. **Goyal M., Demchuk A. M., Menon B. K., et al. (2015).** Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. N Engl J Med, 372(11), 1019-1030.
6. **Powers J. W, Rabinstein A. A, Ackerson T.** Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for

- Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke is available at <http://stroke.ahajournals.org> DOI: 10.1161/STR.000000000000158. 2018.
7. **Kidwell C. S., Jahan R., Gornbein J., et al. (2013).** A trial of imaging selection and endovascular treatment for ischemic stroke. *N Engl J Med*, 368(10), 914-923.
  8. **Lưu V. Đ (2012)** Kết quả ban đầu điều trị nội nha máu não tối cấp bằng dụng cụ Solitaire kết hợp tiêu sợi huyết đường động mạch: nhân 2 trường hợp. *Tạp chí điện quang Việt nam*, 08, tr 254-260.
  9. **Olvert A. Berkhemer, Puck S.S. Fransen, Debbie Beumer, et al.,** for the MR CLEAN Investigators (2015): A Randomized Trial of Intraarterial Treatment for Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med* 2015; 372:11-20.
  10. **Mayank Goyal, Andrew M. Demchuk, Bijoy K. Menon, et al.,** for the ESCAPE Trial Investigators (2015): Randomized Assessment of Rapid Endovascular Treatment of Ischemic Stroke *N Engl J Med* 2015; 372:1019-1030

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA NHÓM RĂNG HÀM LỚN HÀM DƯỚI CÓ SỬ DỤNG HỆ THỐNG TRÂM XOAY JIZAI

Phạm Hùng Cường\*, Trịnh Thị Thái Hà\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị nội nha nhóm răng hàm lớn hàm dưới có sử dụng hệ thống trâm xoay Jizai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 45 răng hàm lớn hàm dưới viêm tủy không hồi phục có chỉ định điều trị nội nha được đưa vào nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** Thời gian tạo hình ống tủy trung bình là  $28,87 \pm 5,15$  phút, thời gian tạo hình nhanh nhất là 18 phút, lâu nhất là 39 phút. Không có tai biến xảy ra trong quá trình sửa soạn ống tủy. Sau hàn tủy 6 tháng: tỷ lệ thành công là 95,56%; nghi ngờ là 4,44%. Không có trường hợp nào thất bại. **Kết luận:** Tạo hình bằng trâm xoay Jizai giúp rút ngắn đáng kể thời gian làm việc so với hệ thống trâm tay truyền thống, an toàn, không xảy ra tai biến và cho kết quả bước đầu thành công với tỷ lệ cao.

**Từ khóa:** nội nha, răng hàm lớn hàm dưới, Jizai

### SUMMARY

#### RESULTS OF ENDODONTIC TREATMENT OF LOWER MOLAR TEETH GROUP USING JIZAI ROTARY FILE SYSTEM

**Objective:** Evaluation of endodontic treatment results of lower molars using Jizai rotary file system. **Research subjects and methods:** 45 mandibular molars with irreversible pulpitis indicated for endodontic treatment were included in a non-randomized clinical intervention study. **Results:** The average root canal shaping time was  $28.87 \pm 5.15$  minutes, the fastest shaping time was 18 minutes, the longest was 39 minutes. There were no complications during the root canal preparation process. After 6 months of filling, the success rate was 95.56%; doubtful rate was 4.44%. There were no cases of failure. **Conclusion:** Shaping with Jizai rotary file

significantly shortens working time compared to traditional hand file system, is safe, has no complications and gives initial successful results with high rate.

**Keywords:** endodontics, mandibular molars, Jizai

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kết quả điều trị tủy phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó dụng cụ nội nha đóng vai trò quan trọng. Trước đây, tạo hình ống tủy chủ yếu sử dụng dụng cụ làm bằng thép không gỉ có độ thuận 2%. Sự ra đời của hệ thống trâm Ni-Ti, với độ mềm dẻo và khả năng nhớ hình dạng ban đầu đã mang đến một cuộc cách mạng trong điều trị nội nha

Các hệ thống trâm xoay NiTi hiện đại đều đang hướng đến việc giúp nha sỹ đơn giản hóa công việc điều trị nội nha. Đặc biệt những hệ thống trâm xoay này được thiết kế với độ thuận lớn (ví dụ như dentsply Wave one là 8%, trâm Protaper Next hoàn thiện có độ thuận nhỏ nhất là 7%...), để giúp cho việc bơm rửa dễ dàng, tuy nhiên lại lấy nhiều tổ chức ngà răng khi tạo hình ống tủy làm chân răng yếu đi, hậu quả dễ gây nứt gãy chân răng sau một thời gian điều trị nội nha. Xu hướng gần đây của nha khoa hiện đại là xâm lấn tối thiểu, nên năm 2021 công ty Mani đã cho ra mắt thị trường hệ thống trâm xoay Jizai, với độ thuận 4% để tránh những hậu quả trên.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân đến khám tại Trung tâm kỹ thuật cao Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội và khoa Răng Hàm Mặt - Bệnh viện 198 Bộ Công An, có răng hàm lớn hàm dưới được chẩn đoán là viêm tủy không hồi phục có chỉ định điều trị nội nha.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Răng đã đóng chóp và chân răng không dị dạng.

\*Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

\*\*Viện đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hùng Cường

Email: ddscuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 18.9.2024