



BÀI BÁO NGHIÊN CỨU

Tiếp nhận
28.06.2026Chỉnh sửa
04.07.2026Chấp nhận đăng
06.07.2026Công bố online
01.08.2026

KẾT QUẢ LẤY HUYẾT KHỐI BẰNG DỤNG CỤ CƠ HỌC TRONG ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC MẠCH LỚN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KIÊN GIANG

Nguyễn Văn Thảo¹, Trần Quốc Tuấn², Phạm Văn Minh¹, Huỳnh Trung Cang^{1,3*}¹Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ***Tác giả liên hệ**

Huỳnh Trung Cang,
Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang,
Trường Đại học Y Dược
Cần Thơ

Corresponding Author e-mail:
htcang@ctump.edu.vn



Bản quyền: © 2026
Nguyễn Văn Thảo và cs.
Đây là một bài báo truy cập mở được phân phối theo các điều khoản của Giấy phép Ghi công Creative Commons ([CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)), cho phép sử dụng, phân phối và tái bản với mục đích phi thương mại, tác giả gốc và nguồn tác phẩm phải được ghi nhận đầy đủ.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới. Can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học đã được chứng minh hiệu quả ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp trên ở 243 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não do tắc mạch lớn nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang từ 05/2023 đến 12/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình 62,4±12,8; tắc động mạch não giữa chiếm 46,1%. Thời gian trung bình từ nhập viện đến tái thông một phần và hoàn toàn lần lượt là 359±211 phút và 393±224 phút. Thời gian tái thông liên quan có ý nghĩa với mức độ tái thông ($p=0,002$). Tỷ lệ tái thông tốt đạt 93%. Điểm NIHSS giảm từ 16,8±6,7 lúc vào viện xuống 9,9±9,2 khi xuất viện. Sau 3 tháng, 44% bệnh nhân đạt mRS 0–2; 26% còn di chứng trung bình và 30% di chứng nặng hoặc tử vong. Biến chứng thủ thuật 7,4%. **Kết luận:** Kết quả cho thấy can thiệp cơ học mang lại hiệu quả phục hồi khả quan ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não do tắc mạch lớn.

Từ khóa: nhồi máu não cấp, tắc mạch lớn, lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học.

Trích dẫn: Nguyễn Văn Thảo và cs.. Kết quả lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học trong điều trị nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang. *Vietnam Journal of Physiology*. 2026;30(3):37-44. doi: 10.54928/vjop.v30i3.228.

1. Giới thiệu

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh tim mạch, ung thư; và là nguyên nhân thường gặp nhất gây tàn phế tại các nước phát triển. Đột quy não bao gồm chảy máu não và nhồi máu não, trong đó nhồi máu não chiếm từ 80-85% các trường hợp [1,2,3]. Với những tiến bộ trong điều trị nhồi máu não bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học đã mang lại nhiều cơ hội sống cho bệnh nhân đột quy nhồi máu não [4,5] phương pháp điều trị này hiện nay đã được triển khai ở một số bệnh viện vùng đồng bằng sông Cửu Long.

Tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang đã áp dụng phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học từ năm 2020 và đã đem lại hiệu quả nhất định giúp nhiều người bệnh đột quy hồi phục tuy nhiên vẫn chưa có dữ liệu đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu này nhằm mục tiêu: “Đánh giá kết quả điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn”.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn được can thiệp lấy huyết khối cơ học qua đường động mạch (có thể kết hợp thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch hoặc không), thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tuổi ≥ 18 được chẩn đoán xác định là nhồi máu não cấp tính với NIHSS ≥ 6 , ASPECT ≥ 6 và bệnh nhân có bằng chứng tắc động mạch lớn được xác định bằng chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT) sọ não/mạch não và thời gian khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện dưới 6 giờ.

- Hoặc trường hợp không xác định được thời gian khởi phát triệu chứng hoặc đến viện trong khoảng thời gian sau 6 giờ đến 24 giờ khởi phát triệu chứng với NIHSS ≥ 6 , điểm ASPECTS 3-5 điểm hoặc có bất xứng giữa các chuỗi xung Flair và DWI trên MRI.

- Các thành viên của gia đình bệnh nhân và/hoặc bệnh nhân đồng ý điều trị can thiệp lấy huyết khối cơ học.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Chụp CLVT/CHT mạch máu hoặc DSA không thấy hình ảnh tắc động mạch não.
- Có bằng chứng chảy máu não trên hình ảnh CLVT/CHT hoặc các trường hợp hẹp tắc mạch mạn tính (bệnh Moyamoya...) hoặc bệnh nhân có điểm mRS trước đột quy ≥ 2 .
- Bệnh nhân có bệnh nền nặng nề (bệnh thận nặng hoặc ung thư giai đoạn cuối...), không thể hoàn thành theo dõi sau điều trị.
- Có các chống chỉ định liên quan tới can thiệp lấy huyết khối (dị ứng thuốc cản quang, giải phẫu hoặc bệnh lý cản trở việc đưa dụng cụ tới mạch bị tắc...).

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu thuần tập vừa hồi cứu vừa tiền cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất, lựa chọn tất cả các đối tượng đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu trong thời gian từ tháng 05/2023 đến tháng 12/2025.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bệnh nhân được khám lâm sàng, đánh giá điểm NIHSS và thực hiện các cận lâm sàng gồm công thức máu, hóa sinh máu, chụp cắt lớp vi tính sọ não/cộng hưởng từ não-mạch não. Sau khi xác định bệnh nhân có thể được tiêu sợi huyết bắc cầu trước khi lấy huyết khối và tiến hành theo dõi dọc và đánh giá hồi phục sau 3 tháng.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, các yếu tố nguy cơ: Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, rung nhĩ, đái tháo đường, tiền sử uống thuốc ngừa thai, hút thuốc lá, suy tim, hẹp van 2 lá. Vị trí tắc mạch: cảnh trong, não giữa M1, thân nền, não sau, tắc trong sọ kèm hẹp mạch ngoài sọ kèm theo và tắc trên nền hẹp. Các khoảng thời gian: Từ khi khởi phát đến khi vào viện, từ khi vào viện đến khi chọc mạch bện, từ khi chọc mạch bện đến khi tái thông, từ khi vào viện đến khi tái thông.

Một số yếu tố liên quan đến mức độ tái thông như: tuổi, giới tính, tuần hoàn bị tắc, vị trí tắc mạch, thời gian can thiệp và tăng huyết áp.

Đánh giá kết quả lấy huyết khối:

- Thang điểm TICl: tái thông tốt khi TICl $\geq 2b$ trở lên, thất bại khi TICl 0 đến 2a [8].
- Thang điểm NIHSS: khi vào viện và khi xuất viện. Lâm sàng cải thiện tốt khi điểm NIHSS giảm ≥ 4 điểm trở lên so với trước can thiệp [9].
- Thang điểm mRS cải biên sau 3 tháng: kết quả lâm sàng hồi phục tốt khi mRs ≤ 2 [10].
- Các biến chứng: thủng mạch máu, huyết khối di chuyển.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 23.0, biến định tính mô tả dạng tần số và tỷ lệ, biến định lượng phân phối chuẩn là trung bình và không phân phối chuẩn là trung vị. Kiểm định mối liên quan giữa hai tỷ lệ sử dụng kiểm định chi bình phương (χ^2) và Fisher's exact test.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng xét duyệt đề cương và cho phép thực hiện với các nguyên tắc đạo đức Y sinh học (Số 670/QĐ-SYT, ngày 20 tháng 6 năm 2025). Tất cả bệnh nhân và gia đình được giải thích và đồng thuận tham gia nghiên cứu, nghiên cứu mang tính bảo mật và tuân thủ các nguyên tắc đạo đức nghiên cứu y sinh học.

3. Kết quả

Bảng 1. Một số đặc điểm chung bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	152
	Nữ	91
Tuổi	< 60	97
	≥ 60	146
	Trung bình	62,4 $\pm$ 12,8
	Nhỏ nhất	29
	Lớn nhất	91

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nam chiếm 62,6%, nữ 37,4%, tuổi dưới 60 chiếm 39,9%, tuổi từ 60 trở lên 60,1%. Tuổi nhỏ nhất 29, lớn nhất 91 và tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,4 $\pm$ 12,8.

Bảng 2. Một số yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	208	85,6
Đái tháo đường	30	12,3
Hút thuốc lá	91	37,4
Rung nhĩ	38	15,6
Hẹp van 2 lá	14	5,7
Rối loạn lipid máu	40	16,5
Suy tim	19	7,8
Thuốc ngừa thai	3	1,2

Chúng tôi ghi nhận tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 85,6%, hút thuốc lá 37,4%, rối loạn lipid máu 16,5%, rung nhĩ 16,5%, đái tháo đường 12,3%, suy tim 7,8%, hẹp 2 lá 5,7% và sử dụng thuốc ngừa thai 1,2%.

Bảng 3. Vị trí tắc mạch qua chụp mạch

Tuần hoàn	Vị trí tắc	Tần số (n)		Tỷ lệ (%)	
Trước	Động mạch não giữa M1	112	207	46,1	85,2
	Cảnh trong	77		31,7	
	Tắc trong sọ kèm hẹp mạch ngoài sọ kèm theo	18		7,4	
Sau	Não sau	2	36	0,8	14,8
	Thân nền	34		14	
Tắc trên nền hẹp/xơ vữa			36		14,8

Vị trí tắc mạch não giữa cao nhất 46,1%, cảnh trong 31,7%, tắc trong sọ kèm hẹp mạch ngoài sọ kèm theo 7,4%, thân nền 14% và não sau 0,8%. Tắc trên nền hẹp/xơ vữa 14,8%.

Bảng 4. Các khoảng thời gian từ khi khởi phát đến lúc mạch được tái thông

Khoảng thời gian	Thời gian trung bình (phút)	
Khởi phát đến khi vào viện	Chung	178±164
	Tuần hoàn trước	165±143
	Tuần hoàn sau	246±243
Vào viện đến khi chọc mạch bện		188±110
Từ khi chọc mạch bện đến khi tái thông 1 phần		52±40
Từ khi chọc mạch bện đến khi tái thông hoàn toàn		86±65
Từ khi vào viện đến khi tái thông 1 phần		359±211
Từ khi vào viện đến khi tái thông hoàn toàn		393±224

Thời gian trung bình từ khi có triệu chứng đến khi vào viện 178 phút, thời gian trung bình từ khi vào viện đến khi chọc mạch bện 188 phút, thời gian trung bình từ khi chọc mạch bện đến tái thông 1 phần 52 phút, thời gian trung bình từ khi chọc mạch bện đến tái thông hoàn toàn 86 phút, thời gian trung bình từ khi vào viện đến tái thông 1 phần 359 phút, thời gian trung bình từ khi vào viện đến tái thông hoàn toàn 393 phút.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến mức độ tái thông

Yếu tố liên quan		Tái thông tốt (TICI 2b-3)	Tái thông kém (TICI 0-2a)	p
Tuổi	< 60	90(92,8%)	7(7,2%)	0,9
	≥ 60	136(93,2%)	10(6,8%)	
Giới tính	Nam	142(93,4%)	10(6,6%)	0,7
	Nữ	84(92,3%)	7(7,7%)	
Tuần hoàn bị tắc	Trước	191(92,3%)	16(7,7%)	0,4
	sau	35(97,2%)	1(2,8%)	
Vị trí tắc mạch	Động mạch não giữa M1	103(92%)	9(8%)	0,3
	Cảnh trong	70(90,9%)	7(9,1%)	
	Thân nền	35(97,2%)	1(2,8%)	

Yếu tố liên quan		Tái thông tốt (TICI 2b-3)	Tái thông kém (TICI 0-2a)	p
	Hẹp mạch ngoài sọ kèm theo	18(100%)	0(0%)	
Thời gian tái thông	≤60 phút	112(98,2%)	2(1,8%)	0,002
	> 60 phút	114(88,4%)	15(11,6%)	
Tăng huyết áp	Có	193(92,8%)	15(7,2%)	0,7
	Không	33(94,3%)	2(5,7%)	

Từ kết quả trên cho thấy, có sự khác biệt về thời gian tái thông có liên quan đến mức độ tái thông và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$).

Bảng 6. Kết quả tái thông sau can thiệp

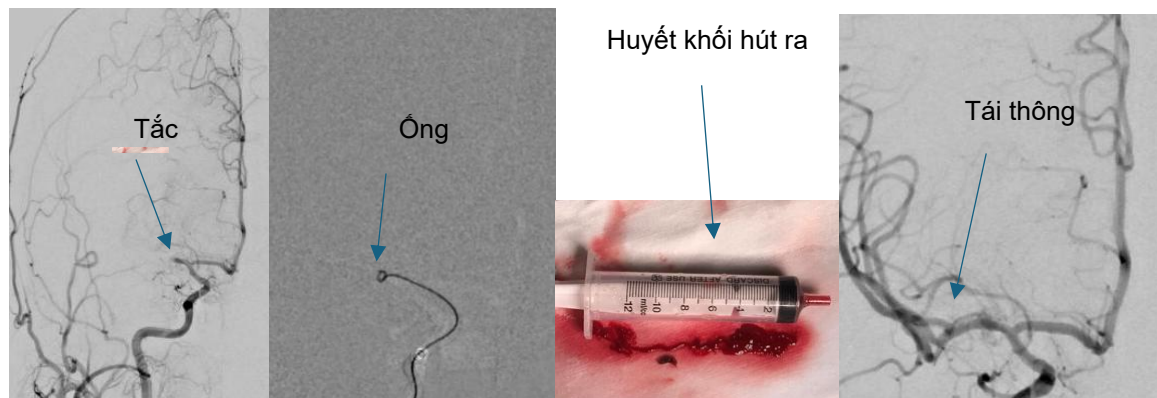
Kết quả		Tần số (n)		Tỷ lệ %
				Mức tái thông
Không tốt	TICI 0-2a	17	7	7
Tốt	TICI 2b	29	12	93
	TICI 2c-3	197	81	
Thang điểm NIHSS				Điểm NIHSS trung bình
Lúc vào viện				16,8±6,7
Lúc ra viện				9,9±9,2
Kết quả hồi phục		Tần số (n)		Tỷ lệ %
Tốt (0 – 2 đ)		106		44
Trung bình (3-4 đ)		62		26
Di chứng nặng hoặc tử vong		75		30
Biến chứng		Tần số (n)		Tỷ lệ %
Thủng mạch máu		12		4,9
Tắc thêm mạch máu khác		6		2,5
Tổng		18		7,4

Tỷ lệ tái thông TICI2c-3 chiếm tỷ lệ 81%, TICI2b 12% và TICI0-2a 7%, thang điểm NIHSS trung bình lúc vào viện 16,8 điểm, thang điểm NIHSS trung bình lúc ra viện 9,9 điểm, tỷ lệ hồi phục sau 3 tháng theo thang điểm mRs tốt (0-2đ) chiếm 44%, trung bình (3-4đ) 26% và di chứng nặng hoặc tử vong (5-6đ) 30%, thủng mạch máu 4,9%, tắc thêm mạch máu mới 2,5%.

Trường hợp lâm sàng: Bệnh nhân nữ, 43 tuổi nhập viện vì lơ mơ, liệt ½ (T) giờ thứ 2. Khám lâm sàng ghi nhận:

Bệnh nhân mờ mắt, không tiếp xúc, gọi hỏi không trả lời, không thực hiện theo y lệnh, xoay đầu mắt (P), không rõ mắt thị trường, liệt mặt trung ương (T), liệt 1/2 (T), 0/5, không rõ thất điều chi, giảm cảm giác 1/2 (T), không nói được, mất chú ý, thờ ơ. Thang điểm NIHSS ghi nhận 25 điểm.

Chẩn đoán: tắc động mạch não giữa (P) đoạn M1.



Bệnh nhân được tái thông bằng dụng cụ cơ học TICI3. Xuất viện sau 7 ngày điều trị với NIHSS 0 điểm, và mRS sau 90 ngày là 0.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đặc điểm chung và yếu tố nguy cơ cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Công Thành [1], Bùi Hải Huyền [2]. Vị trí tắc động mạch trong nghiên cứu của chúng tôi: tắc động mạch não giữa là chủ yếu chiếm 46,1%; động mạch cảnh trong 31,7%, động mạch đốt sống thân nền chiếm 14%. Theo nghiên cứu của Sarzetto (2016), tỷ lệ tắc động mạch não giữa chiếm 53,0%, động mạch cảnh trong chiếm 33,8%, động mạch thân nền chiếm 12,1%. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới, tỉ lệ tắc động mạch não giữa đoạn M1 luôn chiếm số lượng lớn [3,4].

Trong một số yếu tố liên quan đến mức độ tái thông, thì yếu tố thời gian tái thông có liên quan đến mức độ tái thông. Tỷ lệ tái thông từ trung bình đến tốt (mTICI từ 2b đến 3) trong nghiên cứu của chúng tôi là 93%, trong đó tái thông tốt đạt 81% (TICI2b 12%, TICI 2C-3 81%). Tỷ lệ tái thông tốt của chúng tôi cao hơn so với các thử nghiệm ngẫu nhiên: MR CLEAN (75,4) % [4] và ESCAPE (72,4%) [5] nhưng thấp hơn EXTENDED IA (86%) [6] và SWIFT-PRIME (88%) [7]. Điểm NIHSS trung bình vào viện của nhóm nghiên cứu khá cao 16,8±6,7. Mức điểm này tương đồng với các thử nghiệm MR CLEAN (17 điểm) [4], SWIFT-PRIME (17 điểm) [7] và ESCAPE (18 điểm) [5] nhưng cao hơn nghiên cứu EXTENDED IA (13 điểm).

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 44%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu MR CLEAN (33%) [4], thấp hơn các nghiên cứu EXTENDED IA (72%) [6], SWIFT -PRIME (60%) [7]. Biến chứng do thủ thuật trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 7,4% so với nghiên cứu MR CLEAN4 là 7,7%, ESCAPE là 3,6% [5] và EXTENDED IA là 6% [6].

5. Kết luận

Phương pháp lấy huyết khối cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn có kết quả khả quan với tỉ lệ tái thông cao, tỉ lệ hồi phục sau 3 tháng tốt và khá an toàn cho người bệnh.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang đã hỗ trợ thực hiện đề tài, cảm ơn bệnh nhân và đồng nghiệp đã giúp đỡ nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài này.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả tuyên bố không có xung đột về lợi ích tài chính hoặc mối quan hệ cá nhân nào có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu được báo cáo trong bài báo này.

Tuyên bố về việc sử dụng trí tuệ nhân tạo

Nhóm tác giả không có sử dụng trí tuệ nhân tạo trong quá trình nghiên cứu.

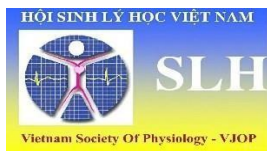
Đóng góp của tác giả

Nguyễn Văn Thảo, Huỳnh Trung Cang: Lên ý tưởng, thiết kế nghiên cứu, giải thích kết quả, chỉnh sửa và rà soát bản thảo, phê duyệt bản thảo cuối cùng. Nguyễn Văn Thảo, Huỳnh Trung Cang, Trần Quốc Tuấn, Phạm Văn Minh: Tham gia thiết kế nghiên cứu, phân tích, giải thích kết quả và rà soát bản thảo. Nguyễn Văn Thảo: Tham gia chuẩn bị hình ảnh và soạn bản thảo.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Công Thành, Nguyễn Văn Phương, Lê Văn Trường và cộng sự. Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp do tắc nhánh lớn động mạch nội sọ có rung nhĩ. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. 2021;16(DB4). doi:10.52389/ydls.v16iDB4.948.
2. Bùi Thị Huyền, Nguyễn Trường Giang, Trần Quốc Huy và cộng sự. Kết quả điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học trong nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn. *Tạp chí Thần kinh học*. 2021;(31).

3. Sarzetto F, Gupta S, Alotaibi NM, et al. Outcome evaluation of acute ischemic stroke patients treated with endovascular thrombectomy: a single-institution experience in the era of randomized controlled trials. *World Neurosurg.* 2017;99:593-8. doi:10.1016/j.wneu.2016.12.054.
4. Werner Hacke. Interventional Thrombectomy for Major Stroke- A Step in the Right Direction. *N Engl J Med.* 2015;372:76-77. doi: 10.1056/NEJMe1413346
5. Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2015;372(11):1019-30. doi:10.1056/NEJMoa1414905.
6. Campbell BCV, Mitchell PJ, Kleinig TJ, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *N Engl J Med.* 2015;372(11):1009-18. doi:10.1056/NEJMoa1414792.
7. Saver JL, Goyal M, Bonafe A, et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. *N Engl J Med.* 2015;372(24):2285-95. doi:10.1056/NEJMoa1415061.
8. Zaidat OO, Yoo AJ, Khatri P, et al. Recommendations on angiographic revascularization grading standards for acute ischemic stroke: a consensus statement. *Stroke.* 2013;44(9):2650-63. doi:10.1161/STROKEAHA.113.001972.
9. Lyden P, Brott T, Tilley B, et al. Improved reliability of the NIH Stroke Scale using video training. *Stroke.* 1994;25(11):2220-6. doi:10.1161/01.STR.25.11.2220.
10. Berkhemer OA, Fransen PSS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2015;372(1):11-20. doi:10.1056/NEJMoa1411587.



OUTCOMES OF MECHANICAL THROMBECTOMY IN THE TREATMENT OF ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO LARGE VESSEL OCCLUSION AT KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Nguyen Van Thao¹, Tran Quoc Tuan², Pham Van Minh¹, Huynh Trung Cang^{1,3*}

¹Kien Giang General Hospital

²University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

³Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background and Objectives: Stroke is one of the leading causes of death worldwide. Mechanical thrombectomy has been proven effective in patients with acute ischemic stroke caused by large-vessel occlusion. **Methods:** This study aimed to evaluate the treatment outcomes of mechanical thrombectomy in 243 patients with acute ischemic stroke due to large-vessel occlusion who were admitted to Kien Giang General Hospital between May 2023 and December 2025. **Results:** The mean age of the patients was 62.4 ± 12.8 years, and middle cerebral artery occlusion accounted for 46.1% of cases. The mean times from hospital admission to partial and complete recanalization were 359 ± 211 minutes and 393 ± 224 minutes, respectively. Recanalization time was significantly associated with the degree of recanalization ($p = 0.002$). Successful recanalization was achieved in 93% of patients. The mean NIHSS score decreased from 16.8 ± 6.7 at admission to 9.9 ± 9.2 at discharge. At three months, 44% of patients achieved a modified Rankin Scale score of 0–2, 26% had moderate disability, and 30% had severe disability or had died. Procedure-related complications occurred in 7.4% of patients. **Conclusion:** Mechanical thrombectomy was associated with favorable functional recovery in patients with acute ischemic stroke caused by large-vessel occlusion.

Keywords: acute ischemic stroke, large vessel occlusion, mechanical thrombectomy.