

NGHIÊN CỨU THANG ĐIỂM XUẤT HUYẾT NÃO TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO TỰ PHÁT DO TĂNG HUYẾT ÁP

Cao Phi Phong*, Mạc Văn Hòa**

TÓM TẮT

Mở đầu: Xuất huyết não chiếm từ 10 đến 15% toàn bộ đột quỵ và điều trị vẫn chưa chứng minh ích lợi. Mặc dù có nhiều thang điểm tiên lượng dự hậu xuất huyết não, chưa có một thang điểm lâm sàng chuẩn mực cho xuất huyết não giống như các thang điểm chấn thương não, xuất huyết dưới nhện hay thiếu máu não.

Mục tiêu: Chúng tôi đánh giá tiên lượng tử vong và phục hồi trong 30 ngày sau xuất huyết não theo thang điểm xuất huyết não(XHN)

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang 148 bệnh nhân xuất huyết não nhập vào khoa Bệnh lý mạch máu não và Hồi sức tích cực Bệnh viện nhân dân 115 Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 04/ 2009 đến tháng 06/ 2009.

Kết quả: Các yếu tố tiên lượng tử vong độc lập trong 30 ngày bao gồm Glasgow Coma Scale ($p<0,001$); tuổi ≥ 80 ($p=0,003$); xuất huyết dưới lều ($p<0,001$); thể tích xuất huyết ($p<0,001$); sự hiện diện máu trong não thất($p<0,001$). GCS từ 3-4(12 ca); 5-12(58 ca);13-15(12 ca). Tuổi ≥ 80 (17ca); dưới 80 (131ca). Xuất huyết dưới lều có(23 ca); không (125 ca). Thể tích xuất huyết ≥ 30 cm³ có(46ca); không(102ca). Xuất huyết vào não thất có(55ca); không(93ca). Tất cả 45 bệnh nhân có điểm XHN=0 đều sống, 2 bệnh nhân có điểm XHN=5 đều chết, không có điểm 6. Tiên lượng hồi phục kém khi điểm XHN >3 , mRS ≥ 4 trong nhóm XHN = 1 chiếm 20%, tăng khi điểm XHN tăng, tỷ lệ 100% khi điểm XHN = 4 hoặc 5. Tỷ lệ tử vong 30 ngày tăng đều theo điểm XHN ($p<0.001$).

Kết luận: Thang điểm xuất huyết não có thể đánh giá nhanh chóng và chính xác lúc khởi bệnh, đặc biệt với những bác sĩ không chuyên khoa đột quỵ. Thang điểm xuất huyết não là thước đo lâm sàng đơn giản cho phép phân tầng nguy cơ của xuất huyết não.

Từ khoá: Xuất huyết não, dự hậu, tiên lượng

ABSTRACT

STUDY THE ICH SCORE IN PREDICTING SPONTANEOUS INTRACEREBRAL HEMORRHAGE BY HYPERTENSION

Cao Phi Phong, Mạc Văn Hòa

Background: Intracerebral hemorrhage (ICH) constitutes 10% to 15% of all strokes and remains without a treatment of proven benefit. Despite several existing outcome prediction models for ICH, there is no standard clinical grading scale for ICH analogous to those for traumatic brain injury, subarachnoid hemorrhage, or ischemic stroke.

Objectives: The purpose of this study was to define a clinical grading scale of ICH for predictive of outcome.

* TS, Bộ môn Nội Thần Kinh, ĐHYDược TP Hồ Chí Minh

** BVĐK Khánh hoà, Địa chỉ liên hệ: TS. Cao Phi Phong, ĐT: 0903679019, Email : caophiphong2002@yahoo.com

Methods : Cross section study, records of all patients with acute ICH presenting to the stroke unit and ICU of People's Hospital 115 from 04/ 2009 to 06/ 2009.

Results: Factors independently associated with 30-day mortality were Glasgow Coma Scale ($p=0.001$), age ≥ 80 years ($p=0.003$), infratentorial origin of ICH ($p<0.001$), ICH volume ($p<0.001$), and presence of intraventricular hemorrhage ($p<0.001$). The ICH Score was the sum of individual points assigned as follows: GCS score 3 to 4 (12 points), 5 to 12 (58), 13 to 15 (78); age ≥ 80 years yes (17), no (131); infratentorial origin yes (23), no (125); ICH volume ≥ 30 cm³ (46), <30 cm³ (102); and intraventricular hemorrhage yes (55), no (93). All 45 patients with an ICH Score of 0 survived, and all 2 patients with an ICH Score of 5 died. Prognosis was poor when ICH Score >3 , mRS ≥ 4 in group ICH Score =1 were 20%, increase when ICH Score increase, 100% when ICH Score =4 or 5. Thirty-day mortality increased steadily with ICH Score ($p<0.001$).

Conclusions: ICH score can be rapidly and accurately assessed at the time of presentation, especially by personnel not specifically trained in stroke. The ICH Score is a simple clinical grading scale that allows risk stratification on presentation with ICH.

Keywords: intracerebral hemorrhage, outcome, prognosis

Đặt vấn đề

Xuất huyết não chỉ chiếm khoảng 10-15% tất cả các trường hợp đột quỵ nhưng có tỉ lệ tử vong cao nhất 35-52% trong tháng đầu, phần lớn trong số đó tử vong trong hai ngày đầu^(1,5). Mặc dù có những tiến bộ trong điều trị nhồi máu não và xuất huyết dưới nhện nhưng vẫn chưa có phương pháp điều trị nào chứng minh cải thiện được dự hậu sau xuất huyết não. Tại khoa Thần kinh Bệnh viện Chợ Rẫy, số liệu thống kê năm 1997, tỉ lệ tử vong xuất huyết não là 33,3% (100/300) và 75% tử vong trong 3 ngày đầu nhập viện⁽¹⁵⁾. Tiên lượng xuất huyết não là một vấn đề rất được quan tâm hiện nay, giúp chọn lựa phác đồ điều trị thích hợp, phân nhóm bệnh nhân trong thử nghiệm lâm sàng, so sánh kết quả điều trị cũng như đánh giá hiệu quả của các ứng dụng mới trong điều trị xuất huyết não. Tiên lượng tử vong 30 ngày ở bệnh nhân xuất huyết não tùy thuộc vào các yếu tố như tuổi, mức độ tri giác, áp suất mạch, huyết áp trung bình, thể tích ổ xuất huyết, máu chảy vào não thất, vị trí ổ xuất huyết, đường huyết. Chúng tôi nghiên cứu đánh giá tiên lượng tử vong theo thang điểm xuất huyết não (XHN) và sự phục hồi của bệnh nhân trong 30 ngày sau xuất huyết não.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang 148 bệnh nhân chẩn đoán xuất huyết não tại Bệnh viện Nhân dân 115 Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 04/ 2009 đến tháng 06/ 2009. Tất cả bệnh nhân được chụp CT scan sọ não ngay khi được nhập vào khoa Cấp cứu. Loại trừ các trường hợp xuất huyết não do chấn thương đầu, vỡ dị dạng mạch máu não, xuất huyết não trong u, nhồi máu não chuyển dạng xuất huyết, xuất huyết não thất hoặc khoang dưới nhện đơn thuần, xuất huyết não trên bệnh nhân dùng thuốc tiêu sợi huyết rối loạn đông máu và xuất huyết não kèm theo bệnh lý nội khoa nổi bật có thể thúc đẩy tử vong như suy tim giai đoạn cuối, suy thận mạn nặng, nhồi máu cơ tim, xơ gan.

- *Vị trí ổ xuất huyết:* được chia thành 2 nhóm: (1) dưới lều và (2) trên lều. Thể tích ổ xuất huyết được tính theo công thức $V = ABC/2$, trong đó A là đường kính ngang lớn nhất của lát cắt có ổ xuất huyết lớn nhất, B là đường kính dọc lớn nhất đo vuông góc với A trên cùng 1 lát cắt có ổ xuất huyết lớn nhất và C là tổng số lát cắt có chứa máu. Thể tích ổ xuất huyết được tính bằng cm³ (1cm³ = 1ml). Thể tích ổ xuất huyết được chia thành 2 mức: (1) <30 ml và (2) ≥ 30 ml

- *Điểm XHN lúc nhập viện*: được tính theo bảng viết sẵn với năm thông số điểm hôn mê Glasgow, thể tích ổ xuất, máu chảy vào não thất, vị trí xuất huyết dưới lều và tuổi. Điểm nhỏ nhất là 0 và lớn nhất là 6. Điểm Glasgow 3-4: điểm 2; 5-12: điểm 1 và 13-15: điểm 0. Thể tích ổ xuất huyết ≥ 30 ml điểm 1, < 30 ml điểm 0. Máu chảy vào não thất có điểm 1, không điểm 0. Vị trí xuất huyết dưới lều có điểm 1, không điểm 0. Tuổi ≥ 80 điểm 1, dưới 80 điểm 0.

- *Tiền sử tăng huyết áp và quá trình theo dõi điều trị*: theo Tổ chức Y tế Thế giới, tăng huyết áp là khi bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc hạ áp hoặc đã ghi nhận ít nhất hai lần huyết áp $\geq 140/90$ mmHg.

- *Tiền sử đột quỵ*: thiếu sót thần kinh kéo dài hơn 24 giờ đã có trước xuất huyết não lần này, hoặc đã được chẩn đoán đột quỵ trước đây và hồi phục với điểm mRS ≤ 2 .

- *Tiền sử đái tháo đường*: đã được chẩn đoán từ trước đang dùng insulin tiêm hay thuốc viên uống, hoặc đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dl (sau 8 giờ không ăn), hoặc đường huyết bất kì ≥ 200 mg/dl kết hợp triệu chứng tăng đường huyết.

- *Tiền sử uống rượu*: được ghi nhận trực tiếp từ bệnh nhân hoặc thông qua người nhà và được chia làm 3 nhóm: (1) không uống rượu, (2) uống rượu thỉnh thoảng, (3) uống rượu mỗi ngày.

- *Điểm Glasgow lúc nhập viện*: được tính theo bảng viết sẵn với ba thông số mở mắt, lời nói, vận động, điểm tối thiểu là 3 và tối đa là 15, được chia thành 3 mức độ: (1) 3-4 điểm, (2) 5-12 điểm, (3) 13-15 điểm.

- *Kết cục sau 30 ngày*: được đánh giá (1) sống hoặc (2) tử vong (những bệnh nhân nặng xin về cũng được gộp chung trong nhóm này).

- *Đánh giá mức độ phục hồi*: theo thang điểm Rankin sửa đổi 0-6 điểm (bệnh nhân tử vong Rankin = 6), chia thành hai mức độ: (1) từ 0-3 điểm; (2) từ 4-6 điểm.

Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu thu thập được sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0 for Window. Phân tích đơn biến sử dụng phép kiểm T-test độc lập để so sánh 2 trị số trung bình, phép kiểm Chi bình phương để tìm ra mối tương quan giữa các biến định tính. Những biến số có tương quan với tình trạng tử vong của bệnh sau 30 ngày mức ý nghĩa $p < 0,05$ sẽ được đưa vào phân tích hồi qui đa biến logistic Binary nhằm tìm ra những biến thật sự có ý nghĩa độc lập trong dự đoán tử vong 30 ngày ở bệnh nhân xuất huyết não. Các biến có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

Kết quả

1. Đặc điểm mẫu khảo sát

Kết quả 148 trường hợp xuất huyết não, tuổi trung bình $60,9 \pm 12,9$, trên 80 tuổi 11,5%, nam chiếm 57%, thời gian nhập viện trung bình $7,8 \pm 6,8$ giờ. Tiền sử tăng huyết áp chiếm 72,9%, tiền sử đột quỵ 20%, đái tháo đường 7%. Huyết áp trung bình lúc nhập viện ≥ 140 mmHg chiếm 17% (25/148), huyết áp tâm thu tập trung nhiều nhất ở mức huyết áp từ 160-180 mmHg (49%). Tình trạng tri giác GCS: 13-15 điểm tỉ lệ cao nhất 52%, GCS: 5-12 tỉ lệ 40% và GCS: 3-4 tỉ lệ thấp nhất 8%. Thể tích ổ xuất huyết trung bình lúc nhập viện là $23,4 \pm 24,8$ ml, thể tích ổ xuất huyết ≥ 30 ml lúc nhập viện 31% (46/148). Xuất huyết nhu mô não chảy máu vào não thất 37% (55/148). Vị trí thường gặp nhất là nhân bèo 38%, lan tỏa nhiều vùng chiếm 18%, đồi thị 17%, cầu não 10%, thùy não 7%, nhân đuôi 5%, tiểu não 5% và xuất huyết dưới lều 16%.

2. Đặc điểm lâm sàng liên quan với tử vong

Tử vong trong 30 ngày có 39 trường hợp (26%), nhóm tử vong có tuổi trung bình $63,1 \pm 13,6$ (bảng 1)

Bảng 1: Phân tích đơn biến 148 trường hợp xuất huyết não

	Tổng số n = 148	Tử vong n = 39	Sống n = 109	p =
Tuổi, năm (TB \pm ĐLC)	60,9 \pm 12,9	63,1 \pm 13,6	60,1 \pm 12,5	0,218
Tuổi \geq 80 (n, %)	17(11,5%)	10(25,6%)	7(6,4%)	0,003
Giới: nam (n, %)	85(57,4%)	27(69,2%)	58(53,2%)	0,06
Thời gian nhập viện (giờ)	7,8 \pm 6,8	4,3 \pm 3,9	9 \pm 7,2	<0,001
Thời gian nằm viện (ngày)	10 \pm 6,7	5,1 \pm 5,9	11,8 \pm 6,2	<0,001
Tiền sử THA (n, %)	107(72%)	32(82%)	75(69%)	0,113
Tiền sử đột quy (n, %)	29(20%)	12(31%)	17(15%)	0,04
Tiền sử ĐTD (n, %)	11(7%)	2(5%)	9(8%)	0,523
Lâm sàng (TB \pm ĐLC)				
HATT nhập viện (mmHg)	173,5 \pm 28	179,5 \pm 31	171,6 \pm 27	0,14
HATT _r nhập viện (mmHg)	98,4 \pm 16,3	100 \pm 15	97,8 \pm 16,8	0,473
Áp suất mạch (mmHg)	75 \pm 21,4	78,9 \pm 23,1	73,7 \pm 20,7	0,186
HATB (mmHg)	124,6 \pm 18	126,8 \pm 18	123,3 \pm 18	0,381
HATB \geq 140 (mmHg)	25(17%)	9(23%)	16(15%)	0,23
GCS lúc nhập viện	11,5 \pm 3,8	7,2 \pm 3,5	13,14 \pm 2,5	<0,001
Phân độ GCS(n, %)				<0,001
3-4 điểm	12(8,1%)	12(30,8%)	0(0%)	
5-12 điểm	58(39,2%)	22(56,4%)	36(33%)	
13-15 điểm	78(52,5%)	5(12,8%)	73(67%)	

	7%)		%)	
Cận lâm sàng (TB ± DLC)				
Đường huyết nhập viện	125,4 ±49	136±45,1	121,7 ±51	0,124
Thể tích ổ xuất huyết (ml)	23,4±24,8	41±31,8	17±18,2	<0,001
Thể tích xuất huyết ≥ 30ml(n, %)	46(31%)	23(59%)	23(21,1%)	<0,001
Xuất huyết lan vào não thất(n, %)	55(37%)	24(61,5%)	31(28,5%)	<0,001
Vị trí xuất huyết dưới lều(n, %)	23(16%)	14(35,9%)	9(8,3%)	<0,001

Các yếu tố liên quan tử vong bao gồm: bệnh nhân ≥ 80 tuổi, tiền sử đột quỵ, điểm Glasgow lúc nhập viện, thể tích ổ xuất huyết, xuất huyết vào não thất và vị trí dưới lều. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ về mức độ hôn mê theo điểm Glasgow giữa sống và tử vong. Thể tích ổ xuất huyết lúc nhập viện trung bình là $41 \pm 31,8$ ml cao hơn gấp 2,5 lần so với nhóm sống $17 \pm 18,2$ ml, $p < 0,001$. Nhóm bệnh nhân có thể tích ổ xuất huyết, ≥ 30 ml có tử vong cao gấp 5,37 lần so với nhóm có thể tích ổ xuất huyết < 30 ml với $p < 0,001$; 95% CI = 2,44-11,80. Xuất huyết nhu mô chảy vào não thất tử vong gấp 4,06 so với nhóm xuất huyết nhu mô đơn thuần với $p < 0,001$; 95% CI = 1,86-8,67. Xuất huyết dưới lều tử vong gấp 6,22 so với nhóm xuất huyết trên lều, $p < 0,001$; 95% CI = 1,86-8,67.

3. Phân tích hồi quy đa biến

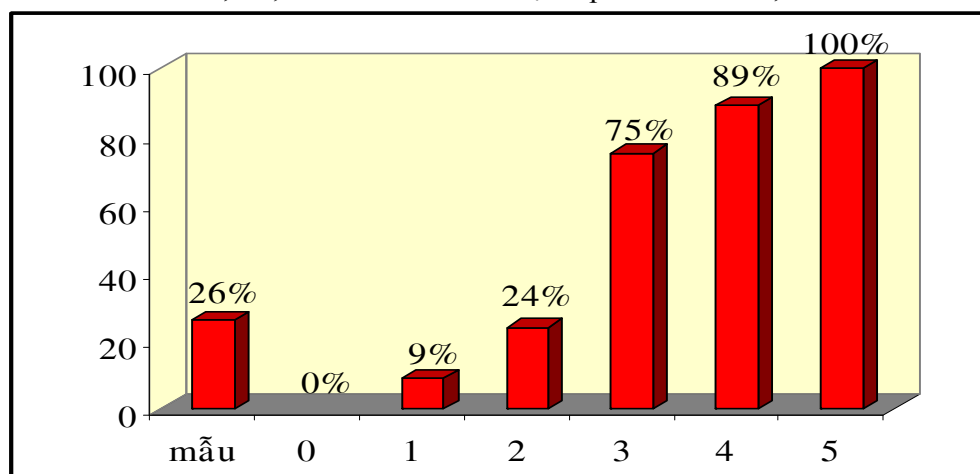
Đưa vào phân tích hồi qui đa biến logistic, 5 yếu tố dự đoán tử vong trong 30 ngày sau xuất huyết não có ý nghĩa thống kê bao gồm mức độ hôn mê theo điểm Glasgow, thể tích ổ xuất huyết, xuất huyết dưới lều, xuất huyết chảy vào não thất lúc nhập viện và tuổi ≥ 80 (bảng 2). Mức độ hôn mê Glasgow có sự liên quan mạnh nhất với tử vong và giảm dần theo thứ tự thể tích ổ xuất huyết, xuất huyết dưới lều, xuất huyết chảy vào não thất và tuổi ≥ 80 .

Bảng 2 : Phân tích hồi qui đa biến các yếu tố liên quan độc lập đến tử vong trong 30 ngày sau xuất huyết não.

Biến số	p	OR	95% CI
Điểm GCS	0,001	0,17	0,06-0,50
Thể tích ổ xuất huyết	0,002	9,61	2,27-40,57
Xuất huyết chảy vào não thất	0,039	3,22	1,06-9,80
Xuất huyết dưới lều	0,01	16,47	3,19-85,00
Tuổi ≥ 80	0,047	4,46	1,01-19,62

4. Tiên lượng tử vong theo điểm ICH

Điểm XHN lúc nhập viện: Nhóm điểm XHN= 0 chiếm tỉ lệ cao nhất 30,4%, và giảm dần tương ứng: XHN =1 chiếm 23,6%; XHN = 2 chiếm 22,3%; XHN =3 chiếm 16,2%; XHN = 4 chiếm 6,1%; XHN = 5 chiếm tỉ lệ thấp nhất chỉ có 1,4%.



Biểu đồ 1: Tỉ lệ tử vong của mẫu và tỉ lệ tử vong theo điểm XHN

Tỉ lệ tử vong của mẫu nghiên cứu là 26%, trong khi đó tỉ lệ tử vong tăng khi điểm XHN tăng, không có bệnh nhân nào trong nhóm XHN = 0 tử vong, tỉ lệ tử vong rất cao ở nhóm XHN từ 3 đến 5 tương ứng từ 75% đến 100%. Không có trường hợp XHN = 6

5. Đánh giá sự phục hồi của bệnh nhân theo điểm Rankin sửa đổi

Tỉ lệ mRS ≥ 4 ở nhóm có XHN = 1 chỉ chiếm 20%, nhưng tỉ lệ này tăng cao nhanh khi nhóm có điểm XHN tăng dần, và tỉ lệ này là 100% ở nhóm có XHN = 4 hoặc 5, bệnh nhân có điểm XHN càng cao thì khả năng phục hồi càng kém sau 30 ngày.

Bàn luận

Thang điểm lâm sàng giữ vai trò quan trọng trong đánh giá và điều trị bệnh nhân tổn thương thần kinh cấp, đặc biệt bệnh nhân chấn thương sọ não và đột quỵ cấp, thang điểm dùng cho dự hậu, mục tiêu trước hết của các thang điểm này là cải thiện sự theo dõi bệnh nhân do đó cần phải được đánh giá giống nhau. Tiêu chuẩn đánh giá có thể sử dụng trong phân tầng nguy cơ, chọn lựa điều trị và nghiên cứu lâm sàng. Các yếu tố như mức độ ý thức lúc nhập viện(xử dụng thang điểm GCS), thể tích khối máu tụ kết hợp sự hiện diện và số lượng máu trong não thất, tiên lượng mạnh cho dự hậu và có độ chính xác cao trong tiên lượng dài hạn. Một số mô hình sử dụng phương trình đại số trong tiên lượng, tuy nhiên độ phức tạp và không đơn giản như các thang điểm GCS, NIHSS, Hunt-Hess, do đó mất sự thống nhất. Để áp dụng lâm sàng rộng rãi thang điểm cần dễ sử dụng, không cần huấn luyện đặc biệt, các kiến thức về thống kê, nhưng phải có độ tin cậy cao trong phân tầng bệnh nhân, bao gồm các yếu tố liên quan dự hậu, và được đánh giá thường quy trong theo dõi lâm sàng hàng ngày. Thang điểm lâm sàng cần thiết phải hội đủ 2 điều kiện trong tiên lượng: đơn giản và chính xác. Thang điểm XHN là thang điểm lâm sàng bao gồm những yếu tố liên quan đến thăm khám cơ bản thần kinh (GCS), tuổi, chẩn đoán hình ảnh ban đầu(thể tích khối máu tụ, chảy máu lan vào não thất và vị trí trên/dưới lều). Mục tiêu thang điểm này là cung cấp công cụ đánh giá có thể dễ dàng và nhanh chóng xác định bởi một bác sĩ tổng quát.

Điểm GCS hiện nay là tiêu chuẩn đánh giá thần kinh tin cậy, nó liên quan đến dự hậu xuất huyết não trong nhiều mô hình tiên lượng khác nhau, đây là một thang điểm ngắn

gọn, đơn giản và dễ sử dụng, nhưng lại có giá trị rất cao. Theo các tác giả Broderick (1993); Phan (2000); el Chami (2000) chia GCS (thang điểm hôn mê) thành 2 mức độ: (1) ≤ 8 điểm và (2) > 8 điểm, điểm Glasgow ≤ 8 có giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày ở bệnh nhân xuất huyết não^(2,4,10). Hemphill (2001) chia thang điểm hôn mê thành 3 mức độ: (1) 3-4 điểm; (2) 5-12 điểm và (3) 13-15 điểm cho thấy tỉ lệ vong giữa các nhóm khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$ ⁽⁵⁾. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy có sự liên quan giữa điểm Glasgow lúc nhập viện và tử vong, nhóm điểm hôn mê 13-15 điểm có tỉ lệ tử vong 6%, 5-8 điểm là 38% và 3-4 điểm là 100%, tỉ lệ tử vong giữa các nhóm rất khác nhau và tăng dần lên khi điểm Glasgows giảm xuống, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Nghiên cứu tiên lượng tử vong xuất huyết não trong 30 ngày của Ruiz-Sandoval (2007) trên 378 bệnh nhân, Kim (2009) trên 585 bệnh nhân^(8,12) kết quả tương tự với $p < 0,001$. Tuổi được tìm thấy là yếu tố tiên lượng độc lập xuất huyết não và không liên quan dự hậu trong điều kiện khác. Chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân ≥ 80 tử vong cao gấp 5,025 so với nhóm bệnh nhân < 80 tuổi, tuổi ≥ 80 có liên quan với tử vong với mức ý nghĩa $p = 0,003$ trong phân tích đơn biến. Nghiên cứu đoàn hệ trong xuất huyết não chỉ có tuổi ≥ 80 có liên quan tử vong trong 30 ngày. Thể tích khối máu tụ liên quan đến dự hậu trong nhiều mô hình tiên lượng khác nhau, thường thể tích xuất huyết được chia thành 3 nhóm kích thước nhỏ, trung bình và lớn, nhỏ $< 30\text{cm}^3$ và lớn $> 60\text{cm}^3$. Tuy nhiên thể tích khối máu tụ không là yếu tố tiên lượng độc lập xuất huyết dưới lều, trong khi xuất huyết lớn trên lều tăng nguy cơ tử vong. Chúng tôi thấy có sự liên quan giữa thể tích ổ xuất huyết lúc nhập viện và tử vong với $p < 0,001$, thể tích ổ xuất huyết ≥ 30 ml tiên lượng tử vong 30 ngày với $p < 0,001$, tương tự Takahashi (2006)⁽¹³⁾, Hemphill (2001)⁽⁵⁾. Điểm quan trọng thể tích máu tụ đánh giá bằng công thức ABC/2 chính xác và tin cậy. Sự hiện diện xuất huyết trong não thất và vị trí dưới lều là yếu tố độc lập khác tiên lượng tử vong 30 ngày, cả 2 dễ dàng đánh giá và là biến có 2 giá trị. Có nhiều yếu tố khác có thể có giá trị dự hậu sau xuất huyết não như các bệnh lý nội khoa kết hợp, thay đổi hình ảnh học, và tiến triển dấu thần kinh khu trú, tuy nhiên không đưa vào điểm XHN bởi vì chúng không thực sự đánh giá khi xuất huyết hiện diện đầu tiên.

Trong nghiên cứu chúng tôi điểm XHN, chiếm tỉ lệ cao nhất là điểm 0, tỉ lệ này giảm dần khi điểm XHN tăng lên, XHN = 0-4 dao động trong khoảng 30,4 đến 6,1%, chỉ có điểm 5 là thấp nhất (1,4%), không có bệnh nhân điểm XHN = 6 điểm. Tỉ lệ tử vong từ 0% với điểm XHN = 0 tăng đến 100% đối với điểm XHN = 5. Nghiên cứu Jamora (2003) có hai điểm khác là điểm XHN = 0 có tỉ lệ tử vong là 5% và điểm XHN = 4 là 68%⁽⁷⁾, nghiên cứu của Hemphill (2001) cho thấy bệnh nhân phân bố gần giống nhau giữa các điểm⁽⁵⁾. Tỉ lệ tử vong tăng dần khi điểm XHN tăng (75 đến 100% khi điểm XHN ≥ 3). Tử vong 30 ngày trong nghiên cứu là 26% (39/148), Jamora (2003) là 23%, Hemphill (2001) là 45% (68/152).

Giá trị tiên lượng của thang điểm XHN cũng được công nhận qua các nghiên cứu của các tác giả khác Cheung (2003) nghiên cứu 141 bệnh nhân xuất huyết não tiên lượng tử vong 30 ngày theo thang điểm XHN và hai thang điểm XHN mới và sửa đổi do tác giả lập ra cho thấy kết quả tiên lượng tử vong 30 ngày giữa các thang điểm là như nhau⁽³⁾. Ngoài ra Matchett (2006) nghiên cứu 307 bệnh nhân xuất huyết não để so sánh hệ thống điểm Broderick và thang điểm XHN về tiên lượng tử vong 30 ngày bệnh nhân xuất huyết não kết quả cho thấy thang điểm XHN có độ nhạy, độ đặc hiệu cao hơn⁽⁹⁾. Các nhà nghiên cứu như Rost (2008); Kim (2009); Hemphill (2009) đánh giá sự phục hồi của bệnh nhân sau xuất huyết não tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng hoặc 1 năm, nhưng

một số khác như Jamora (2003); Cheung (2003); Ruiz-Sandoval (2007) chọn thời điểm 1 tháng để đánh giá sự phục hồi^(3,6,7,8,11,12). Chúng tôi chọn thời điểm 1 tháng đánh giá sự phục hồi của bệnh nhân xuất huyết não sau khởi bệnh. Chọn thang điểm Rankin sửa đổi để sử dụng trong thực hành lâm sàng và chia thang điểm này thành 2 nhóm: (1) 0-3 điểm: phục hồi từ trung bình đến tốt và (2) 4-6 điểm phục hồi kém và tử vong. Tỷ lệ mRS \geq 4 ở nhóm có XHN = 0 chỉ chiếm 20%, nhưng tỷ lệ này tăng cao nhanh khi nhóm có điểm XHN tăng dần XHN = 1 là 57%; XHN = 2 là 75%; XHN = 3 là 96% và tỷ lệ này là 100% ở nhóm có XHN = 4 hoặc 5. Như vậy, bệnh nhân có điểm XHN càng cao thì khả năng phục hồi càng kém sau 30 ngày, tương tự như của nghiên cứu Jamora (2003) thực hiện tại Phillipine⁽⁷⁾.

Kết luận

Qua nghiên cứu 148 bệnh nhân xuất huyết não, tiên lượng tử vong trong 30 ngày theo thang điểm XHN, chúng tôi ghi nhận các yếu tố tiên lượng tử vong gồm có 6 yếu tố lúc nhập viện: điểm hôn mê Glasgow, thể tích ổ xuất huyết, máu chảy vào não thất, vị trí xuất huyết dưới lều, tuổi \geq 80 và tiền sử đột quy. Sau khi phân tích qua hồi qui đa biến: cho thấy 5 yếu tố lúc nhập viện có giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày sau xuất huyết não gồm: điểm hôn mê Glasgow, thể tích ổ xuất huyết, máu chảy vào não thất, vị trí xuất huyết dưới lều và tuổi \geq 80. Đánh giá tiên lượng tử vong trong 30 ngày bệnh nhân xuất huyết não theo thang điểm XHN theo thứ tự 0,1, 2, 3, 4, 5 là 0%, 9%, 24%, 75%, 89%, 100%. Sự phục hồi của bệnh nhân xuất huyết não theo thang điểm Rankin sửa đổi sau 30 ngày cho thấy khả năng phục hồi của bệnh nhân rất kém khi điểm XHN từ 3 điểm trở lên lúc vào viện.

Tài liệu tham khảo

1. Broderick JP et al (1993). "Intracerebral hemorrhage more than twice as common as subarchnoid hemorrhage". *J Neurosurg*, 78, pp 188-191.
2. Broderick JP et al (1993). "Volume of intracerebral hemorrhage. A powerful and easy-to-use predictor of 30-day mortality". *Stroke*, 24, pp 987-993.
3. Cheung RTF et al (2003). "Use of the original, modified, or new Intracerebral Hemorrhage score to predict mortality and morbidity after intracerebral hemorrhage". *Stroke*, 34, pp 1717-1722.
4. El Chami B et al (2000). "Intracerebral hemorrhage survival: French register data". *Neurol Res*, 22, pp 791-796.
5. Hemphill JC III et al (2001). "The ICH score: A simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage". *Stroke*, 32, pp 891-897.
6. Hemphill JC III et al (2009). "Prospective validation of the ICH score for 12-month functional outcome". *Neurology*, 73, pp 1088-1094.
7. Jamora RDG et al (2003). "The ICH score: predicting mortality and functional outcome in an Asian population". *Stroke*, 34, pp 6-7.
8. Kim Kyu-Hong et al (2009). "Predictors of 30-day and day functional recovery after primary intracerebral hemorrhage: hospital based multivariate analysis in 585 patients". *J Korean Neurosurg Soc*, 45, pp 341-349.
9. Matchett SC et al (2006). "Predicting mortality after intracerebral hemorrhage: comparison of scoring systems and influence of withdraw of care". *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 15(4), pp 144-50.

10. Phan TG et al (2000). "Hydrocephalus is a determinant of early mortality in putaminal hemorrhage". *Stroke*, 31, pp 2157-2162.
11. Rost NS et al (2008). "Prediction of functional outcome in patients with primary intracerebral hemorrhage: The FUNC score". *Stroke*, 39, pp 2304-2309.
12. Ruiz-Sandoval JL et al (2007). "Grading scale for prediction of outcome in primary intracerebral hemorrhage". *Stroke*, 38, pp 1641-1644.
13. Takahashi O et al (2006). "Risk stratification for in-hospital mortality in spontaneous intracerebral hemorrhage: A classification and regression tree analysis". *Q J Med*, 99, pp 743-750.
14. Tetsuji I et al (2003). "Primary intracerebral hemorrhage in Izumo city, Japan: incidence rates and outcome in relation to the site of hemorrhage". *Neurosurgery*, 53, pp 1283-1298.
15. Trần Công Thắng (1999). "Sử dụng các dữ liệu lâm sàng và CT scan não lúc nhập viện để tiên lượng xuất huyết não". *Luận án tốt nghiệp nội trú*. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.