

MỐI LIÊN HỆ GIỮA TĂNG HUYẾT ÁP VÀ SỰ GIA TĂNG THỂ TÍCH KHỐI MÁU TỤ CỦA XUẤT HUYẾT NÃO NHÂN BÈO TRONG GIAI ĐOẠN CẤP

BS. Ngô Thị Kim Trinh^{*}, PGS.TS. Vũ Anh Nhị^{**}

^{*} Khoa Bệnh lý Mạch Máu não- BV. Nhân Dân 115, ^{**} BM. Nội Thần Kinh- ĐHYD TP. HCM

TÓM TẮT

Cơ sở: Sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não trong giai đoạn cấp làm tăng nguy cơ diễn biến lâm sàng xấu hơn gấp năm lần và là một nguyên nhân gây tử vong cho bệnh nhân [1]. Có nhiều nghiên cứu đã không tìm thấy được bất cứ yếu tố nào có ý nghĩa thống kê tiên đoán sự gia tăng thể tích khối máu tụ, kể cả huyết áp, ngược lại những nghiên cứu khác cho rằng huyết áp tăng sau xuất huyết não có liên quan với sự gia tăng thể tích khối máu tụ sau nhập viện. Như vậy, có hay không có mối liên hệ giữa tăng huyết áp và sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não vẫn còn là vấn đề. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm ra mối liên hệ giữa tăng huyết áp và sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo trong giai đoạn cấp.

Phương pháp: Nghiên cứu thực hiện trên 75 bệnh nhân xuất huyết não nhân bèo nhập bệnh viện Chợ Rẫy trong vòng 48 giờ tính từ khi khởi phát đột quy (07/05-02/06) và có điểm Glasgow lúc nhập viện ≥ 8 điểm. Bệnh nhân được theo dõi lâm sàng, đánh giá mức độ ý thức dựa theo thang điểm Glasgow và đo huyết áp mỗi 2 đến 8 giờ tùy theo tình trạng bệnh và được chụp lại CT scan sọ trong vòng 48 giờ sau lần một, hoặc khi bệnh nhân có biểu hiện xấu hơn trên lâm sàng.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết não nhân bèo có gia tăng thể tích khối máu tụ sau hai lần chụp CT scan sọ não cách nhau trong vòng 48 giờ là 37,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có HATT lúc nhập viện ≥ 180 mmHg ở nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ cao hơn nhóm không có gia tăng thể tích khối máu tụ (82,1% so với 42,6% với $p = 0,001$; OR = 6,210; CI 95%: 2,012 - 19,162). Ngoài ra, khi phân chia HATT lúc nhập viện thành hai nhóm: ≥ 200 mmHg và < 200 mmHg, kết quả thu được tỷ lệ bệnh nhân có HATT lúc nhập viện ≥ 200 mmHg ở nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ (46,4%) cao hơn nhóm không gia tăng thể tích khối máu tụ (17%). Tỷ lệ bệnh nhân có HATT giữa hai lần chụp CT scan sọ não ≥ 160 mmHg ở nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ (71,4%) cao hơn nhóm không gia tăng thể tích khối máu tụ (25,5%) ($p < 0,001$; OR = 7,292; CI 95%: 2,552 - 20,833).

Kết luận: Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo trong giai đoạn cấp là 37,3%; huyết áp tâm thu lúc nhập viện ≥ 180 mmHg và huyết áp tâm thu giữa hai lần chụp CT scan sọ não ≥ 160 mmHg trong vòng 48 giờ là các yếu tố tiên đoán độc lập sự gia tăng thể tích khối máu tụ ở bệnh nhân xuất huyết não nhân bèo trong giai đoạn cấp.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây người ta cho rằng xuất huyết não xảy ra đơn pha và rất ít hoặc không có chảy máu thêm. Những nghiên cứu lâm sàng và hình ảnh học gần đây cho thấy có xảy ra sự gia tăng thể tích khối máu tụ và chiếm khoảng 14-38% các trường hợp xuất huyết não. Phần lớn các trường hợp gia tăng thể tích khối máu tụ xảy ra trong 24 giờ đầu [2]. Sự gia tăng thể tích khối máu tụ cùng với một số yếu tố khác có ý nghĩa độc lập xác định tiên lượng tử vong và dự hậu xấu về chức năng ở những bệnh nhân sau xuất huyết não. Ở những bệnh nhân xuất huyết não có gia tăng thể tích khối máu tụ, người ta ghi nhận có tăng huyết áp mạn tính trước đó và/hoặc tăng huyết áp đột ngột. Tăng huyết áp trong giai đoạn cấp của xuất huyết não mà không được kiểm soát có thể làm tăng nguy cơ tiếp tục xuất huyết và/hoặc tái xuất huyết dẫn đến gia tăng thể tích khối máu tụ. Tuy nhiên, có thể khối máu tụ gia tăng thể tích làm tăng áp lực nội sọ và khi đó cơ thể đáp ứng lại bằng cách tăng huyết áp để cố gắng duy trì lưu lượng máu não. Cho đến hiện nay, người ta vẫn còn chưa thống nhất việc huyết áp gia tăng là nguyên nhân hay là hậu quả của sự gia tăng thể tích khối máu tụ.

Như vậy, có hay không có mối liên hệ giữa tăng huyết áp và sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não vẫn còn là vấn đề. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm ra mối liên hệ giữa tăng huyết áp và sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo trong giai đoạn cấp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, cắt ngang có phân tích.

Đối tượng nghiên cứu: chúng tôi thu thập được 75 bệnh nhân xuất huyết não nhân bèo nhập vào khoa Thần Kinh bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 7/2005 đến tháng 2/2006 phù hợp các tiêu chuẩn đưa vào như tất cả những bệnh nhân xuất huyết não nhân bèo nhập vào bệnh viện Chợ Rẫy trong vòng 48 giờ đầu tính từ lúc khởi phát đột quy. Xuất huyết não nhân bèo được chẩn đoán dựa trên lâm sàng là khởi phát bệnh đột ngột với các dấu hiệu thiếu sót thần kinh và CT scan sọ não không có cản quang cho thấy hình ảnh của xuất huyết vùng nhân bèo; điểm Glasgow lúc nhập viện ≥ 8 điểm; bệnh nhân phải được chụp lại CT scan sọ não không có cản quang lần hai trong vòng 48 giờ so với CT lần đầu. Chúng tôi loại ra khỏi nghiên cứu những bệnh nhân xuất huyết não có vị trí không phải chỉ có vùng nhân bèo hoặc xuất huyết não do chấn thương đầu; sử dụng thuốc kháng đông hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu, tiền sử đột quy trước đó; không được chụp lại CT scan sọ não lần hai hoặc chụp lại CT lần hai trễ hơn 48 giờ so với lần đầu; tử vong hoặc được phẫu thuật trước khi CT scan sọ não lần hai được chụp.

Phương pháp thu thập dữ kiện: Những bệnh nhân mới bị đột quy trong vòng 48 giờ đầu nhập vào khoa Cấp Cứu bệnh viện Chợ Rẫy được thăm khám, lấy dấu hiệu sinh tồn, chụp CT scan sọ não hoặc sử dụng CT scan đã có của tuyến trước, xử trí cấp cứu ban đầu, sau đó được chuyển đến khoa Thần Kinh điều trị tiếp. Tại đây, bệnh nhân được hỏi bệnh sử, tiền sử, thăm khám cẩn thận, đo huyết áp và đưa vào mẫu nghiên cứu theo đúng tiêu chuẩn đưa vào và loại ra như ở trên. Sau đó theo dõi lâm sàng, đánh giá mức độ ý thức dựa theo thang điểm Glasgow và đo huyết áp mỗi 2 đến 8 giờ tùy theo tình trạng bệnh. Đọc CT scan sọ não đánh giá hình dạng khối máu tụ: bờ có đều hay không? (dựa trên CT scan sọ não lần đầu), đo thể tích khối máu tụ, tràn máu não thất có hay không? Bệnh nhân được chụp CT scan sọ não hai lần: lần một, chụp CT scan ngay khi bệnh nhân nhập vào khoa Cấp Cứu bệnh viện Chợ Rẫy hoặc chụp từ tuyến trước. Nếu sử dụng CT scan sọ não của tuyến trước thì bệnh nhân đó phải có thời gian từ lúc khởi phát đột quy đến khi nhập vào bệnh viện Chợ Rẫy trong vòng 24 giờ đầu vì cần phải có thời gian để theo dõi huyết áp của bệnh nhân và phải đảm bảo thời gian chụp lại CT scan lần hai. Lần hai, bệnh nhân được chụp lại CT scan sọ não trong vòng 48 giờ sau lần một. CT scan sọ não được chụp với lát cắt dày 8mm hoặc 10mm.

Thể tích khối máu tụ được tính theo công thức $V = (AxBxC) / 2$, trong đó A là đường kính ngang lớn nhất của lát cắt có khối máu tụ lớn nhất; B là đường kính dọc lớn nhất đo vuông góc với A trên cùng một lát cắt có khối máu tụ lớn nhất; và C là tổng số lát cắt có chứa máu. C được tính bằng cách so sánh mỗi lát cắt có chứa máu với lát cắt có khối máu tụ lớn nhất đã chọn trước đó. Nếu kích thước của khối máu tụ của lát cắt được chọn lớn hơn 75% kích thước khối máu tụ của lát cắt lớn nhất đã chọn thì được tính là 1; khoảng 25% - 75% là 0,5 và cuối cùng nếu nhỏ hơn 25% thì không được tính. Như vậy giá trị C được tính bằng cách cộng các giá trị đã xác định ở trên. A, B, C được tính theo đơn vị centimet (cm) và thể tích khối máu tụ được tính bằng đơn vị cm^3 .

Sự gia tăng thể tích khối máu tụ giữa hai lần chụp CT scan sọ não được xác định khi thể tích khối máu tụ trên phim CT scan sọ não lần hai (V_2) tăng lớn hơn hoặc bằng 33% so với lần đầu (V_1) và tính bằng cách $[(V_2 / V_1) - 1] \times 100 \geq 33\%$. Sở dĩ chọn điểm mốc là 33 là vì khi thể tích khối máu tụ tăng lên 33% tương ứng với tăng đường kính của khối máu tụ lên 10% và sự khác biệt này tương đối rõ ràng, có thể nhận biết được bằng mắt thường.

Huyết áp: bệnh nhân được đo huyết áp ngay khi nhập viện vào khoa Cấp Cứu của bệnh viện Chợ Rẫy, theo dõi và xử trí cấp cứu. Khi nhập vào khoa Thần Kinh, tùy theo tình trạng bệnh, bệnh nhân được theo dõi huyết áp mỗi 2-8 giờ trong suốt khoảng thời gian giữa hai lần chụp CT scan sọ não. Các điều dưỡng của khoa Cấp Cứu, khoa Thần Kinh và bản thân tác giả trực tiếp đo huyết áp cho bệnh nhân bằng huyết áp kế đồng hồ, với tư thế bệnh nhân nằm ngửa. HATT và HATT_r được ghi nhận theo tiếng Korotkoff thứ nhất và thứ năm. HATT lúc nhập viện là trị số huyết áp đo được ngay tại khoa Cấp Cứu của bệnh viện Chợ Rẫy hoặc trị số huyết áp ghi nhận được từ tuyến dưới

trong trường hợp bệnh nhân được chuyển viện đến bệnh viện Chợ Rẫy. HATT giữa hai lần chụp CT scan sọ não được tính bằng cách cộng các trị số HATT theo dõi giữa hai lần chụp CT scan sọ não lại và chia trung bình, không tính trị số huyết áp lúc vào viện.

Thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến khi nhập viện: là khoảng thời gian tính từ lúc bệnh nhân có triệu chứng khởi phát đột quỵ, do bệnh nhân hoặc người xung quanh nhận thấy cho biết, đến khi bệnh nhân được chụp CT scan sọ não lần đầu. Trong trường hợp bệnh nhân bị rối loạn ý thức, không biết được thời gian khởi phát đột quỵ thì chúng tôi tính mốc là điểm giữa của khoảng thời gian từ lần cuối cùng nhận thấy bệnh nhân còn bình thường cho đến khi phát hiện bệnh nhân hôn mê và khoảng thời gian này phải dưới 12 giờ.

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

Điểm Glasgow lúc nhập viện: được tính theo bảng viết sẵn với ba thông số mở mắt, lời nói và vận động. Điểm tối đa là 15 và tối thiểu là 3. Chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân có điểm Glasgow lúc nhập viện ≥ 8 điểm để đưa vào mẫu nghiên cứu vì những bệnh nhân này được theo dõi và phải chụp lại CT scan lần hai trong vòng 48 giờ. Tất cả bệnh nhân được chọn đều được điều trị nội khoa theo một phác đồ tương đối thống nhất.

Xử lý số liệu: Các dữ kiện thu thập sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 11.5. Khởi đầu là phân tích đơn biến: Các biến định tính được so sánh bằng phép kiểm chi bình phương, các biến định lượng được so sánh bằng kiểm định t - student độc lập. Biến phụ thuộc là gia tăng thể tích khối máu tụ. Tất cả các phép kiểm đều hai chiều. Các biến có mức ý nghĩa $p < 0,05$ trong phân tích đơn biến sẽ được đưa vào phân tích hồi quy đa biến logistic nhằm tìm ra những biến thật sự có liên hệ với sự gia tăng thể tích khối máu tụ.

KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu từ 15/7/2005 đến 15/2/2006, tổng cộng có 75/91 bệnh nhân (82,4%) xuất huyết não nhân bèo thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào phân tích. 16 bệnh nhân (17,6%) bị loại ra do tử vong trong quá trình theo dõi (3 trường hợp), chụp CT lần hai quá 72 giờ so với lần đầu (6 trường hợp), không chụp CT lần hai (7 trường hợp).

Bảng 1. Tình hình chung về các đối tượng nghiên cứu.

Các thông số	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Đối tượng (n)	75	
Giới (nam/nữ)	46/29	
Tuổi (năm)	53,68	11,17
Tiền căn (có/không)		
Nghiện rượu	12/63	
Tăng huyết áp	55/20	
Thời gian từ khởi phát đến nhập viện (giờ)	14,78	12,50
HATT lúc nhập viện (mmHg)	175,2	31,72
HATT giữa hai lần chụp CT sọ não (mmHg)	159,80	15,80
Điểm Glasgow lúc nhập viện (điểm)	12,16	2,56
Thể tích khối máu tụ lần 1: V_1 (cm^3)	23,86	13,00
Thể tích khối máu tụ lần 2: V_2 (cm^3)	29,81	18,71
Số lượng tiểu cầu ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	212,3	57,41
Gia tăng thể tích khối máu tụ (%)	28	0,59

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi (75 bệnh nhân xuất huyết não nhân bèo), tỉ lệ bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ chiếm 37,3% (28 bệnh nhân), còn lại 62,7% (47 bệnh nhân) không có gia tăng thể tích khối máu tụ. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 53,68

$\pm 11,17$ (năm). Người lớn tuổi nhất là 80, nhỏ nhất là 32. Tuổi trung bình của bệnh nhân ở nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ nhỏ hơn nhóm không gia tăng ($52,04 \pm 10,99$ năm so với $54,66 \pm 11,27$ năm với $p = 0,328$). Nam chiếm tỉ lệ 61,3% và nữ chiếm 38,7%; tỉ lệ nam cao hơn nữ (71,4% so với 28,6%) trong nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ, tương tự như ở nhóm không có gia tăng thể tích khối máu tụ (55,3% so với 44,7%) với $p = 0,166$. Tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp trong nhóm nghiên cứu chiếm 73,3%. Tiền sử tăng huyết áp ở hai nhóm bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ và không gia tăng có tỉ lệ tương đương nhau (78,6% và 70,2%). 32% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu này có thời gian từ lúc khởi phát đột quy đến khi nhập viện trong vòng 6 giờ đầu. Tỉ lệ bệnh nhân nhập viện sớm trong vòng 6 giờ đầu ở nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ chiếm 50% và ở nhóm không gia tăng khối máu tụ chiếm 21,3% ($p = 0,01$; OR = 3,7; CI 95%: 1,337 - 10,242). Chúng tôi ghi nhận được sự gia tăng thể tích khối máu tụ chiếm tỉ lệ cao nhất (50%) ở nhóm bệnh nhân nhập viện sớm trong vòng 6 giờ đầu và giảm dần theo sự gia tăng của thời gian từ lúc khởi phát đột quy đến khi nhập viện. Điểm Glasgow lúc nhập viện trong nhóm nghiên cứu này từ 8 điểm trở lên và điểm Glasgow lúc nhập viện trung bình là $12,2 \pm 2,46$.

Những bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ có mức HATT lúc nhập viện đa số phân bố ở mức ≥ 180 mmHg và phân bố đều theo V_1 . Vì thế chúng tôi chia HATT lúc nhập viện ra thành hai nhóm: ≥ 180 mmHg và < 180 mmHg. 43 bệnh nhân có HATT lúc nhập viện ≥ 180 mmHg, chiếm tỉ lệ 57,3%.

Bảng 2. Mối liên hệ giữa HATT lúc nhập viện, HATT giữa hai lần chụp CT scan sọ não, điểm Glasgow lúc nhập viện và sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo.

Các yếu tố	Gia tăng thể tích	Trung bình	Độ lệch chuẩn	t	df	p
HATT lúc nhập viện (mmHg)	Có Không	192,50 164,89	29,39 28,65	3,997	73	0,000
HATT giữa 2 lần chụp CT scan (mmHg)	Có Không	169,06 154,28	13,24 14,74	4,358	73	0,000
Điểm Glasgow lúc nhập viện	Có Không	12,11 12,28	2,30 2,57	0,287	73	0,775

Tỉ lệ bệnh nhân có HATT lúc nhập viện ≥ 180 mmHg ở nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ cao hơn nhóm không có gia tăng thể tích khối máu tụ (82,1% so với 42,6% với $p = 0,001$; OR = 6,210; CI 95%: 2,012 - 19,162). Ngoài ra, khi phân chia HATT lúc nhập viện thành hai nhóm: ≥ 200 mmHg và < 200 mmHg, kết quả thu được tỉ lệ bệnh nhân có HATT lúc nhập viện ≥ 200 mmHg ở nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ (46,4%) cao hơn nhóm không gia tăng thể tích khối máu tụ (17%). Những bệnh nhân có HATT lúc nhập viện < 200 mmHg thì ngược lại ($p = 0,006$; OR = 4,225; CI 95%: 1,459 - 12,233). Như vậy, theo cách phân chia này có $p = 0,006 > 0,001$ khi phân chia HATT lúc nhập viện theo mức 180 mmHg nên không được đưa vào phân tích hồi quy đa biến logistic.

Chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ có mức HATT giữa hai lần chụp CT scan sọ não phần lớn phân bố ở mức ≥ 160 mmHg và phân bố đều theo V_1 . Vì thế chúng tôi chia HATT giữa hai lần chụp CT scan ra thành hai nhóm: ≥ 160 mmHg và < 160 mmHg. Trong nghiên cứu này, số lượng bệnh nhân có HATT giữa hai lần chụp CT scan sọ não ≥ 160 mmHg là 32 người, chiếm tỉ lệ 42,7%. Tỉ lệ bệnh nhân có HATT giữa hai lần chụp CT scan sọ não ≥ 160 mmHg ở nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ (71,4%) cao hơn nhóm không gia tăng thể tích khối máu tụ (25,5%) ($p < 0,001$; OR = 7,292; CI 95%: 2,552 - 20,833).

Chúng tôi chia thể tích khối máu tụ trên phim CT scan sọ não lần một (V_1) thành hai nhóm ≤ 25 cm³ và < 25 cm³. Kết quả ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,740$).

giữa hai nhóm bệnh nhân có và không có gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo. Những bệnh nhân thuộc hai nhóm có V_1 nằm trong khoảng từ $\geq 10-20 \text{ cm}^3$ và $\geq 20-40 \text{ cm}^3$ có tỉ lệ gia tăng thể tích khối máu tụ bằng nhau (35,7%) cao hơn so với nhóm có $V_1 < 10 \text{ cm}^3$ (10,7%) và $V_1 \geq 40 \text{ cm}^3$ (17,9%). Khối máu tụ có bờ không đều chiếm tỉ lệ 41,3% trong nhóm nghiên cứu chung. Tỉ lệ bệnh nhân xuất huyết não nhân bèo có khối máu tụ bờ không đều ở nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ chiếm 60,7% cao hơn rất nhiều so với nhóm không gia tăng (29,8%) ($p = 0,009$; OR = 3,643; CI 95%: 1,363 - 9,734).

Qua phân tích đơn biến, chúng tôi tìm được năm biến (bảng 3) có ý nghĩa thống kê trong mối liên hệ với biến phụ thuộc là gia tăng thể tích khối máu tụ $\geq 33\%$ của xuất huyết não nhân bèo được đánh giá dựa trên hình ảnh CT scan sọ não chụp hai lần cách nhau trong vòng 48 giờ.

Bảng 3. Các biến có ý nghĩa thống kê qua phân tích đơn biến.

Các biến có ý nghĩa thống kê	p	OR	CI 95%
Thời gian từ khởi phát đột quy đến nhập viện < 6 giờ	0,01	3,7	1,337-10,242
HATT lúc nhập viện $\geq 180 \text{ mmHg}$	0,001	6,210	2,012-19,162
HATT giữa 2 lần chụp CT scan não $\geq 160 \text{ mmHg}$	< 0,001	7,292	2,552-20,833
Số lượng tiểu cầu $\leq 150 \times 10^3/\text{mm}^3$	0.006	3,840	1,431-10,301
Hình dạng khối máu tụ có bờ không đều	0,009	3,643	1,363-9,734

Tất cả 5 biến có ý nghĩa thống kê qua phân tích đơn biến ở trên được đưa vào phân tích hồi quy đa biến logistic. Kết quả phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy có bốn biến có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) là HATT giữa hai lần chụp CT scan sọ não, HATT lúc nhập viện, số lượng tiểu cầu và thời gian từ lúc khởi phát đột quy đến khi nhập viện.

Bảng 4. Các biến độc lập có khả năng tiên đoán sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo.

Biến	Hệ số tương quan (B)	p	Exp(B)	CI 95% của Exp(B)	
				Thấp	Cao
HATT giữa hai lần chụp CT scan sọ não (mmHg)	2,489	0,001	12,055	2,726	53,300
HATT lúc nhập viện (mmHg)	2,281	0,004	9,786	2,061	46,467
Số lượng tiểu cầu ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	2,091	0,006	8,093	1,806	36,267
Thời gian từ lúc khởi phát đột quy đến nhập viện (giờ)	2,090	0,011	8,083	1,629	40,117
Hằng số	-4,873	0,000	0,008		

HATT giữa hai lần chụp CT scan sọ não, HATT lúc nhập viện, số lượng tiểu cầu và thời gian từ lúc khởi phát đột quy đến khi nhập viện là bốn biến độc lập có khả năng tiên đoán sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo, với tỉ lệ tiên đoán đúng là 84%.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 75 bệnh nhân xuất huyết não nhân bèo nhập bệnh viện Chợ Rẫy trong vòng 48 giờ tính từ khi khởi phát đột quy và ghi nhận tỉ lệ gia tăng thể tích khối máu tụ sau hai lần chụp CT scan sọ não cách nhau trong vòng 48 giờ là 37,3% (bảng 1). Tỉ lệ này nằm trong phạm vi thay đổi chung là 14% - 38% ghi nhận được từ nhiều nghiên cứu [3]. Tiêu chuẩn đánh giá sự gia tăng thể tích khối máu tụ tùy theo từng nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi định nghĩa sự gia tăng thể tích khối máu tụ khi thể tích khối máu tụ trên CT scan não lần hai tăng $\geq 33\%$ so với lần một. Tác giả Brott và cộng sự [4] đã thực hiện nghiên cứu trên 103 bệnh nhân xuất huyết não. Tất cả bệnh nhân đều được chụp CT scan sọ não lần đầu trong vòng ba giờ đầu tính từ lúc khởi phát đột quy, và sau đó chụp thêm hai lần CT khác sau CT lần đầu trong vòng một giờ và 20 giờ. Tiêu chuẩn đánh giá sự gia tăng thể tích khối máu tụ là khi thể tích khối máu tụ trên phim CT scan sọ não lần sau tăng $\geq 33\%$ so với phim CT scan lần đầu. Kết quả ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ là 38%, trong đó 26% bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ xảy ra giữa hai lần chụp CT scan sọ não lần đầu và lần hai tại thời điểm 1 giờ sau đó và 12% bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ giữa hai lần chụp CT scan tại thời điểm 1 giờ và 20 giờ. Tác giả Nguyễn Hữu Tín và cộng sự [3], nghiên cứu trên 90 bệnh nhân xuất huyết não do tăng huyết áp nhập viện trong vòng 24 giờ tính từ lúc bị đột quy và tất cả bệnh nhân đều được chụp CT scan não hai lần cách nhau trong vòng 24 - 36 giờ đầu. Nghiên cứu này cũng sử dụng tiêu chuẩn gia tăng thể tích khối máu tụ giữa hai lần chụp CT scan sọ não là $\geq 33\%$. Kết quả có 21,1% bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ.

Theo Kazui và cộng sự, họ đều chọn tiêu chuẩn gia tăng thể tích khối máu tụ trong cả hai nghiên cứu [5,6] là khi thể tích khối máu tụ trên phim CT scan chụp lần thứ hai tăng $\geq 140\%$ hoặc $\geq 12,5 \text{ cm}^3$ so với CT lần đầu. Nghiên cứu thứ nhất khảo sát trên 186 bệnh nhân xuất huyết não nhập viện và được chụp CT scan sọ não xác định chẩn đoán trong vòng 24 giờ sau khi khởi phát đột quy. CT scan lần hai được chụp lại trong vòng vài ngày sau nhập viện hoặc khi bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng xấu hơn. Họ ghi nhận tỉ lệ gia tăng thể tích khối máu tụ là 22%. Trong nghiên cứu thứ hai, họ khảo sát trên 204 bệnh nhân xuất huyết não được điều trị nội khoa và chụp CT scan sọ não lần đầu trong vòng 48 giờ tính từ lúc khởi phát đột quy. CT scan lần hai được chụp lại trong vòng 120 giờ sau khi khởi phát đột quy. Kết quả có 18% bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ.

Tác giả Ohwaki và cộng sự [9] cũng chọn tiêu chuẩn đánh giá sự gia tăng thể tích khối máu tụ giống như các nghiên cứu của Kazui và cộng sự. Họ nghiên cứu trên 76 bệnh nhân xuất huyết não do tăng huyết áp và ghi nhận có 21% bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ. Tất cả bệnh nhân đều được chụp CT scan sọ não để xác định chẩn đoán ngay lúc nhập viện và chụp lại CT lần hai thường quy sau nhập viện một ngày hoặc khi bệnh nhân có các dấu hiệu thần kinh nặng hơn.

Thời gian từ lúc khởi phát đột quy đến khi nhập viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $14,78 \pm 12,5$ giờ, gần giống với kết quả nghiên cứu của Hàn Tiểu Sảo [4] ($12,47 \pm 11,33$ giờ). So với các nghiên cứu của nước ngoài, khoảng thời gian này của họ luôn thấp hơn ở nghiên cứu của chúng tôi [5,6,7]. Điều này có thể do tiêu chuẩn chọn mẫu của chúng tôi chọn những bệnh nhân có thời gian từ lúc khởi phát đột quy đến khi nhập viện trong vòng 48 giờ đầu, bao gồm cả những bệnh nhân từ các tỉnh chuyển đến nếu thỏa mãn các điều kiện. Khi xảy ra đột quy, phần lớn những bệnh nhân từ các tỉnh được nhập ngay vào tuyến y tế địa phương khám và điều trị ban đầu, sau đó có những bệnh nhân được chuyển lên bệnh viện Chợ Rẫy vì bệnh nặng cần can thiệp phẫu thuật hoặc theo yêu cầu của thân nhân bệnh nhân. Vì thế, điều này góp phần vào làm cho thời gian từ lúc khởi phát đột quy tới khi nhập bệnh viện Chợ Rẫy kéo dài hơn. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 78,7% bệnh nhân xuất huyết não nhân bèo nhập viện trong vòng 24 giờ đầu, trong đó những bệnh nhân nhập viện trong vòng 6-24 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7% còn lại những bệnh nhân nhập viện sớm trong vòng 6 giờ đầu là 32%. Số bệnh nhân nhập viện trong vòng 24-48 giờ chiếm 21,3%.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trung bình HATT lúc nhập viện là $175,2 \pm 31,72$ mmHg cao hơn ít so với nghiên cứu của Hàn Tiểu Sào [4] ($169,8 \pm 36,6$ mmHg). Trung bình HATT lúc nhập viện trong nhóm bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không gia tăng ($192,5 \pm 29,4$ so với $164,9 \pm 28,6$ mmHg, với $p = 0,000$). Dựa theo đồ thị phân tán phân bố sự gia tăng và không gia tăng thể tích khối máu tụ theo HATT lúc nhập viện và thể tích khối máu tụ lần đầu (V_1) chúng tôi phân chia HATT lúc nhập viện thành hai nhóm ≥ 180 mmHg và < 180 mmHg. Tỷ lệ bệnh nhân có HATT lúc nhập viện ≥ 180 mmHg trong nhóm nghiên cứu chung là 57,3% và trong nhóm có và không có gia tăng thể tích khối máu tụ tương ứng là 82,1% và 42,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ (bảng 2).

Nghiên cứu của Kazui và cộng sự [5] ghi nhận HATT lúc nhập viện cũng có liên quan với sự gia tăng thể tích khối máu tụ ở những bệnh nhân xuất huyết não trong giai đoạn cấp nhưng mức HATT lúc nhập viện mà họ ghi nhận là ≥ 200 mmHg. Kết quả nghiên cứu của họ cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm có và không có gia tăng gia tăng thể tích khối máu tụ có HATT lúc nhập viện ≥ 200 mmHg tại thời điểm chụp CT lần đầu tương ứng là 46% và 26%, $p = 0,018$. Và theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Tín [8], tỷ lệ lan rộng khối máu tụ ở những bệnh nhân có HATT lúc nhập viện ≥ 200 mmHg là 34,6% còn ở nhóm bệnh nhân có huyết áp tâm thu < 200 mmHg là 15,9% với $p < 0,05$

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi phân chia HATT lúc nhập viện thành hai nhóm: ≥ 200 mmHg và < 200 mmHg cho kết quả tương tự như nghiên cứu của Kazui và cộng sự, nhưng so sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tín thì cao hơn. Điều này có thể do sự khác biệt trong tiêu chuẩn chọn mẫu, cỡ mẫu giữa nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu của các tác giả trên. Với cỡ mẫu là 75 bệnh nhân, trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng cả những trị số HATT lúc nhập viện từ tuyến dưới đối với các bệnh nhân được chuyển viện đến bệnh viện Chợ Rẫy. Do phần lớn những bệnh nhân được chuyển viện đến bệnh viện Chợ Rẫy đều được xử trí ban đầu tại địa phương, hoặc do yếu tố di chuyển lúc chuyển viện khi mà tình trạng huyết động của bệnh nhân còn biến động nhiều nên trị số huyết áp lúc nhập vào khoa Cấp Cứu không phản ánh đúng mức huyết áp ngay sau đột quỵ và mối liên hệ giữa huyết áp với sự gia tăng thể tích khối máu tụ, ngoại trừ những trường hợp bệnh nhân được nhập trực tiếp vào bệnh viện Chợ Rẫy ngay sau khởi phát đột quỵ.

Tuy nhiên, giá trị p trong cách phân chia HATT lúc nhập viện theo mức 200 mmHg cao hơn cách phân chia theo mức 180mmHg. Do đó, chúng tôi chỉ đưa vào phân tích hồi quy đa biến logistic với mức HATT lúc nhập viện ≥ 180 mmHg. Vì chúng tôi phân nhóm HATT lúc nhập viện dựa vào kết quả phân bố của dữ kiện trên đồ thị phân tán nên với mức HATT lúc nhập viện ≥ 180 mmHg mà chúng tôi tìm được có thể là một khuyến cáo mới cho các nghiên cứu về sau với cỡ mẫu lớn hơn.

Tác giả Willmot và cộng sự [10] đã tiến hành hồi cứu có hệ thống từ các nghiên cứu khác và cho rằng những bệnh nhân có HATT lúc nhập viện cao có nguy cơ gia tăng thể tích khối máu tụ gấp hai lần.

Qua phân tích hồi quy đa biến logistic, nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy HATT lúc nhập viện cũng là yếu tố tiên đoán độc lập đối với sự gia tăng thể tích khối máu tụ với $p = 0,004$.

Chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy đa biến logistic và nhận thấy HATT ≥ 160 mmHg giữa hai lần chụp CT scan não là yếu tố có giá trị tiên đoán mạnh nhất đối với sự gia tăng thể tích khối máu tụ với $p = 0,001$. Như vậy, mặc dù vẫn còn tranh luận về mối liên hệ giữa tăng huyết áp sau nhập viện và sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nói chung nhưng với nghiên cứu của chúng tôi tiến hành theo dõi tiên cứu 75 bệnh nhân xuất huyết não nhân bèo đã tìm thấy yếu tố HATT ≥ 160 mmHg giữa hai lần chụp CT scan sọ não trong vòng 48 giờ là yếu tố có ý nghĩa độc lập tiên đoán sự gia tăng thể tích khối máu tụ (bảng 4).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 75 trường hợp xuất huyết não nhân bèo trong giai đoạn cấp tại bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ bệnh nhân có gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo trong giai đoạn cấp là 37,3%; huyết áp tâm thu lúc nhập viện ≥ 180 mmHg và huyết áp tâm thu giữa hai lần chụp CT scan sọ não ≥ 160 mmHg trong vòng 48 giờ là các yếu tố tiên đoán độc lập sự gia tăng thể tích khối máu tụ ở bệnh nhân xuất huyết não nhân bèo trong giai đoạn cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bae HG, Lee KS, Yun IG, et al (1992). Rapid expansion of hypertensive intracerebral hemorrhage. *Neurosurgery*. 31(1):35-41.
2. Brott T, Broderick J, Kothari R, et al (1997). Early hemorrhage growth in patients with intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 28:1-5.
3. Fisher CM (1971). Pathological observations in hypertensive cerebral hemorrhage. *J Neuropathol Exp Neurol*. (30):536-550.
4. Hàn Tiểu Sào (2001). Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và CT scan của bệnh nhân xuất huyết trong não. *Nội san lâm sàng bệnh viện Chợ Rẫy*. Số tháng 5-2001, trang 43-53.
5. Kazui S, Minematsu K, Yamamoto H, Sawada T, Yamaguchi T (1997). Predisposing factors to enlargement of spontaneous intracerebral hematoma. *Stroke*. (28):2370-2375.
6. Kazui S, Naritomi H, Yamamoto H, Sawada T, Yamaguchi T (1996). Enlargement of spontaneous intracerebral hemorrhage: Incidence and Time Course. *Stroke*. (27):1783-1787.
7. Kiyohara Y, Kato Y, Iwamoto H, Nakayama K, Fujishima M (1995). The impact of alcohol and hypertension on incidence in a general Japanese population: The Hisayama study. *Stroke*. (26):368-372.
8. Nguyễn Hữu Tín, Vũ Văn Đính (2004). Nghiên cứu diễn biến lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng sự lan rộng của khối máu tụ ở bệnh nhân chảy máu trong não do tăng huyết áp. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. Tổng hội Y Dược học Việt Nam. Số đặc biệt tháng 8-2004. Tập 301, trang 172-178.
9. Ohwaki K, Yano E, Nagashima H, Hirata M, Nakagomi T, Tamura A (2004). Blood pressure management in acute intracerebral hemorrhage. Relationship between elevated blood pressure and hematoma Enlargement. *Stroke*.(35):1364-1367.
10. Willmot M, Bee JL, Bath PMW (2004). High blood pressure in acute stroke and subsequent outcome. A systematic review. *Hypertension*. (43):18-24.