

Đánh giá các yếu tố tiên lượng tử vong trên cắt lớp vi tính đa dãy ở bệnh nhân xuất huyết cầu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Evaluation of the prognostic factors of mortality risk on multislice computed tomography in pontine hemorrhage patients at Phu Tho Provincial General Hospital

Đào Quang Anh, Trần Quang Lục,
Dương Thị Huyền Trang, Bùi Công Nguyên,
Luu Văn Thìn

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong trên cắt lớp vi tính đa dãy ở bệnh nhân xuất huyết cầu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 41 bệnh nhân xuất huyết cầu não (XHCN) được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 01/2020 đến tháng 4/2023. Mô tả các đặc điểm về tuổi, giới, tỉ lệ tử vong trong 30 ngày, điểm Glasgow, đường kính và thể tích XHCN, phân loại theo thang điểm của Huang, phân loại theo Chung và Park, dự báo nguy cơ tử vong trong 30 ngày. **Kết quả:** Trong số 41 bệnh nhân, có 16 bệnh nhân tử vong (39%), 25 bệnh nhân không tử vong (61%). Tuổi trung bình $56,8 \pm 13,1$ (34-93). Nam gặp nhiều hơn nữ ($p=0,001$). Điểm Glasgow < 10 ; đường kính ngang xuất huyết $> 2,15\text{cm}$ với độ nhạy (Se) = 93,8%, độ đặc hiệu (Sp) = 64%, độ chính xác (Acc) = 75,6%, thể tích xuất huyết $> 8,5\text{ml}$ với Se = 81,3%, Sp = 88%, Acc = 85,4% là các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong của bệnh nhân. Theo phân loại Chung và Park, tỉ lệ tử vong trong 30 ngày của xuất huyết loại I (78,6%), loại II (40%), loại III (27,3%), loại IV không có trường hợp nào tử vong. Theo thang điểm của Huang tương ứng với số điểm 0, 1, 2, 3, 4 thì tỉ lệ tử vong lần lượt là 5,9%, 22,2%, 75%, 100%, 100%. Thang phân tầng rủi ro của Huang có giá trị cao để đánh giá tử vong trong 30 ngày sau xuất huyết. **Kết luận:** Cắt lớp vi tính đa dãy có giá trị cao trong việc xác định một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân XHCN. Phân loại theo thang điểm của Huang có giá trị cao hơn so với phân loại Chung và Park để dự đoán nguy cơ tử vong trong 30 ngày.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính đa dãy, xuất huyết cầu não, điểm xuất huyết cầu não nguyên phát.

Summary

Objective: To determine the prognostic factors of mortality risk on multislice computer tomography and to apply the Chung and Park classification, Huang's grading scale to calculate the 30-day risk of death in patients with pontine hemorrhage (PH) at Phu Tho Provincial General Hospital. **Subject and method:** A retrospective study was performed on 41 patients with clinical manifestations of pontine hemorrhagic who were subjected to multislice computed tomography at Phu Tho Provincial General Hospital from January, 2020 to April, 2023. PH description for age, sex, 30-day mortality, Glasgow coma

Ngày nhận bài: 25/6/2023, ngày chấp nhận đăng: 15/09/2023

Người phản hồi: Đào Quang Anh, Email: daoquanganh2592@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

score, diameter and PH volume, Huang's scale classification, Chung and Park classification and projections of 30-day mortality risk report. *Result:* Of the 41 patients, 16 patients died (39%), 25 patients survived (61%). Mean age 56.8 ± 13.1 (34-93). Men were more common than women ($p=0.001$). Glasgow score < 10 , hemorrhage transverse diameter $> 2.15\text{cm}$ with sensitivity (Se) = 93.8%, specificity (Sp) = 64%, accuracy (Acc) = 75.6%, hemorrhage volume $> 8.5\text{ml}$ with Se = 81.3%, Sp = 88%, Acc = 85.36% were prognostic factors of mortality. According to the Chung and Park classification, the 30-day mortality rate of bleeding type I (78.6%), type II (40%), type III (27.3%), and type IV had no deaths. According to Huang's scale with scores of 0, 1, 2, 3, 4, the mortality rates were 5.9%, 22.2%, 75%, 100%, 100%, respectively. Huang's risk stratification scale had high value for predicting 30-day mortality from hemorrhage. *Conclusion:* MSCT has high value in determining some prognostic factors of mortality in patients with pontine hemorrhage. Huang's classification has higher value than the Chung and Park classification for predicting the risk of 30-day mortality.

Keywords: Multislice computed tomography, pontine hemorrhage, primary pontine hemorrhage score.

1. Đặt vấn đề

Xuất huyết não (XHN) chiếm khoảng 10% tổng các ca đột quỵ [6]. Xuất huyết cầu não (XHCN) có tỉ lệ từ 4-10% trong các trường hợp xuất huyết não. Tuy nhiên, triệu chứng lâm sàng, tỉ lệ tử vong cao do cầu não chứa hệ thống lưới chi phối ý thức, trung tâm hô hấp và tuần hoàn. Hiện nay, bệnh chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu, chủ yếu là đảm bảo chức năng sống, dự phòng biến chứng, phục hồi chức năng và đặc biệt là kiểm soát các yếu tố nguy cơ đóng vai trò hết sức quan trọng.

Chụp CLVT là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán XHCN, đây là phương pháp an toàn, không xâm lấn, thời gian chụp nhanh.

Tại các trung tâm cấp cứu và đột quỵ ở Việt Nam đa số dùng theo phân loại Chung và Park [4] để dự đoán nguy cơ tử vong trong 30 ngày, chưa có nhiều nghiên cứu sử dụng thang điểm phân tầng rủi ro của Huang [8] để dự đoán nguy cơ tử vong. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá một số yếu tố tiên lượng tử vong trên cắt lớp vi tính đa dãy ở bệnh nhân xuất huyết cầu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 41 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là XHCN được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 01/2020 đến tháng 4/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng đột quỵ não của Tổ chức Y tế thế giới (1989): Bệnh khởi phát đột ngột với các triệu chứng thần kinh khu trú tồn tại trên 24 giờ hay dẫn đến tử vong trong vòng 24 giờ, không có nguyên nhân nào khác ngoài căn nguyên mạch máu.

Hình ảnh chụp CLVT có XHCN đơn thuần. Đây là tiêu chuẩn chính để lựa chọn bệnh nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân chấn thương sọ não, u não, xuất huyết sau nhồi máu, sau phẫu thuật. Bệnh nhân có XHCN phối hợp với các vị trí khác.

Các trường hợp bệnh nhân không chụp CLVT, hoặc được chụp nhưng không đúng kỹ thuật, thiếu thông tin trong hồ sơ.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu.

Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp CLVT 16 dãy và 128 dãy hãng Siemens.

Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện, không xác suất.

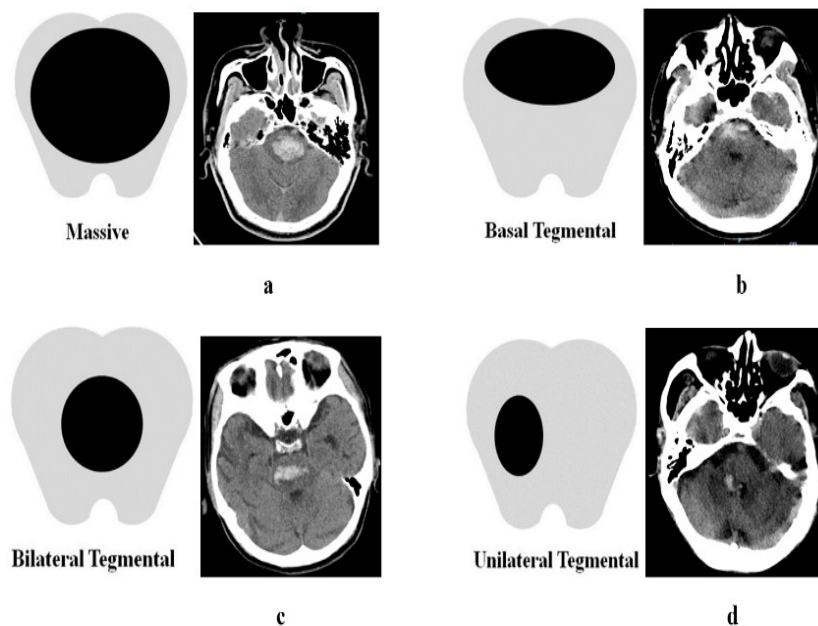
Kỹ thuật chụp CLVT: Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn. Đặt các lớp cắt ngang liên tục theo mặt phẳng song song với đường nối bờ ngoài hốc mắt với lỗ tai ngoài, bề dày lớp cắt 5mm. Những trường hợp nghi ngờ do nguyên nhân mạch máu cần phải tiêm thuốc cản quang với liều thuốc 1,8ml/kg, tốc độ tiêm 4-5ml/giây. Hình ảnh được xử lý tái tạo đa bình diện

(MPR), tái tạo cường độ tối đa (MIP, MIP thin) và tái tạo đa thể tích (VRT).

Quy trình, phương pháp thu thập số liệu:

Thu thập các thông tin về đặc điểm của mẫu nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, tỉ lệ tử vong sau 30 ngày, điểm Glasgow (nhẹ, trung bình, nặng), đường kính ngang và thể tích XHCN, phân loại theo thang điểm của Huang, phân loại theo Chung và Park (Hình 1) và dự báo nguy cơ tử vong trong 30 ngày.

Hình ảnh CLVT được phân tích độc lập bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm trên 5 năm tiến hành đọc riêng rẽ với nhau. XHCN được định nghĩa là hình tăng tỷ trọng dạng máu ở cầu não, có thể đồng nhất hoặc không đồng nhất, có giảm tỷ trọng dạng phù não xung quanh. Thể tích của XHCN được tính bằng ml theo công thức $(A \times B \times C)/2$, trong đó A, B là hai chiều vuông góc với nhau, C là độ dày lát cắt nhân với số lát cắt quan sát thấy tổn thương.



Hình 1. Phân loại vị trí XHCN trên chụp cắt lớp vi tính theo Chung và Park

- BN nam 48 tuổi xuất huyết cầu não loại I (HSBA: MR002727915).
- BN nam 46 tuổi xuất huyết cầu não loại II (HSBA: MR002551571).
- BN nam 57 tuổi xuất huyết cầu não loại III (HSBA: MR002754040).
- BN nam 84 tuổi xuất huyết cầu não loại IV (HSBA: MR002609700).

2.3. Xử lý, phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng nghiên cứu khoa học Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. Mọi thông tin cá nhân và thông tin bệnh án của bệnh nhân trong nghiên cứu này được đảm bảo giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. Kết quả

Trong số 41 bệnh nhân có XHCN. Có 16 bệnh nhân tử vong (39%), 25 bệnh nhân không tử vong (61%) trong 30 ngày. Sau đây là kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới**

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 30	0	0	0	0	0	0	
30-39	1	3,2	2	20	3	7,3	0,564
40-49	9	29	2	20	11	26,8	0,035
50-59	9	29	3	30	12	29,3	0,083
60-69	7	22,7	1	10	8	19,5	0,034
> 69	5	16,1	2	20	7	17,1	0,257
Tổng	31	75,6	10	24,4	41	100	0,001
$\bar{X} \pm SD$	57,3 $\pm$ 12,3		55,2 $\pm$ 15,9		56,8 $\pm$ 13,1		

Nhận xét: Trong số 41 bệnh nhân, có 10 nữ (24,4%) và 31 nam (75,6%) cho thấy sự khác biệt về giới ($p=0,001$). Tuổi trung bình $56,8 \pm 13,1$, thấp nhất 34 tuổi, cao nhất 93 tuổi. Trong nhóm tuổi 40-49 và 60-69 sự khác biệt về giới tính có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 2. Ý thức khi nhập viện

Điểm Glasgow	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
3 đến 5 điểm	7	17,1
6 đến 9 điểm	8	19,5
10 đến 13 điểm	14	34,1
14 đến 15 điểm	12	29,3

Nhận xét: Rối loạn ý thức mức độ vừa chiếm tỉ lệ cao nhất (34,1%).

3.2. Một số yếu tố tiên lượng XHCN**Bảng 3. Giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong trên hình ảnh CLVT và lâm sàng trong XHCN**

Yếu tố	Tử vong (n, %)	Sống (n, %)	Tỷ suất chênh (khoảng tin cậy)
Glasgow < 10	15 (83,3%)	3 (16,7%)	110 (10,424-1160,826)
Đường kính ngang xuất huyết trên 2,15cm	15 (62,5%)	9 (37,5%)	26,6 (3,006-236,555)
Thể tích xuất huyết trên 8,5ml	13 (81,2%)	3 (18,8%)	31,78 (5,572-181,23)
Giãn não thất	13 (86,7)	2 (13,3)	49,8 (7,349-337,907)
Xuất huyết não thất	11 (91,7)	1 (8,3)	52,8 (5,496-507,268)

(Ứng dụng đường cong ROC, chỉ số Youden, tỷ suất chênh OR).

Nhận xét:

Nguy cơ tử vong của nhóm có điểm Glasgow < 10 cao gấp 110 lần nhóm có điểm Glasgow ≥ 10 ($p<0,001$).

Nguy cơ tử vong của nhóm có đường kính ngang xuất huyết trên 2,15cm cao gấp 26,6 lần nhóm có

đường kính ngang xuất huyết dưới 2,15cm ($Se = 93,8\%$, $Sp = 64\%$, $Acc = 75,6\%$).

Nguy cơ tử vong của nhóm có thể tích xuất huyết trên 8,5ml cao gấp 31,78 lần nhóm có thể tích xuất huyết dưới 8,5ml ($Se = 81,3\%$, $Sp = 88\%$, $Acc = 85,4\%$).

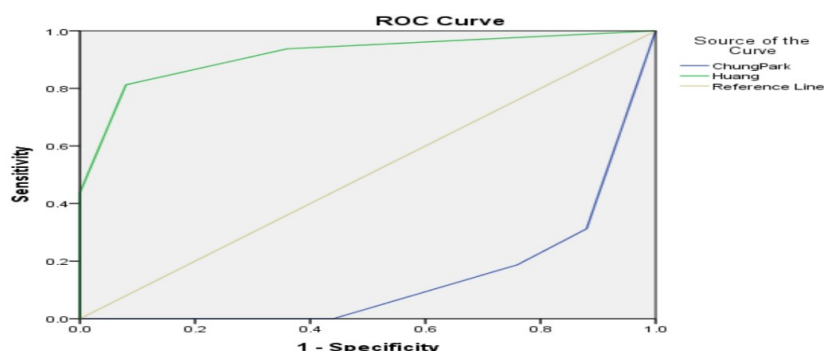
Nguy cơ tử vong của nhóm có giãn não thất cao gấp 49,8 lần nhóm không có giãn não thất ($p<0,001$).

Nguy cơ tử vong của nhóm có xuất huyết não thất cao gấp 52,8 lần nhóm không có xuất huyết não thất ($p<0,001$).

Bảng 4. Giá trị tiên lượng tử vong của XHCN theo phân loại của Chung và Park, và theo thang điểm rủi ro của Huang

Phân loại Chung và Park	Tử vong (n, %)	Sống (n, %)	Tỷ suất chênh (khoảng tin cậy)
Loại I	11 (78,6)	3 (21,4)	OR 1 = 16,133 (3,244-80,221)
Loại II	2 (40%)	3 (60%)	OR 24 = 4,667 (1,712-12,724)
Loại III	3 (27,3%)	8 (72,7%)	OR13 = 9,778 (1,55-61,646)
Loại IV	0 (0%)	11 (100%)	OR14 = 4,667 (1,712-12,724)
Thang điểm rủi ro của Huang	Tử vong (n, %)	Sống (n, %)	Tỷ suất chênh (khoảng tin cậy)
4	4 (100%)	0 (0%)	Nhóm 1: 2-4 điểm Nhóm 2: 0-1 điểm OR12 = 49,833 (7,349-337,907)
3	3 (100%)	0 (0%)	
2	6 (75%)	2 (25%)	
1	2 (22,2%)	7 (77,8%)	
0	1 (5,9%)	16 (94,1%)	

Nhận xét: Theo phân loại của Chung và Park thì nguy cơ tử vong trong 30 ngày: Xuất huyết loại I có nguy cơ tử vong cao gấp 16,1 lần so với các loại khác, gấp 9,778 lần xuất huyết loại III, gấp 4,667 lần xuất huyết loại IV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p<0,05$. Xuất huyết loại II có nguy cơ tử vong cao gấp 4,667 lần xuất huyết loại IV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p<0,05$. Xuất huyết loại IV không có trường hợp nào tử vong. Theo thang điểm rủi ro của Huang thì nguy cơ tử vong sau 30 ngày: Xuất huyết nhóm I có nguy cơ tử vong cao gấp 49,833 lần so với nhóm II với $p<0,001$. Xuất huyết với 3, 4 điểm có tỉ lệ tử vong 100%.



Biểu đồ 1. So sánh giá trị chẩn đoán nguy cơ tử vong trong 30 ngày xuất huyết giữa phân loại của Chung và Park với thang điểm rủi ro của Huang

Nhận xét: Dựa vào đường cong ROC so sánh giữa 2 phương pháp thì phân loại theo thang điểm rủi ro của Huang (AUC= 91,5%, $p<0,001$) có giá trị cao hơn để chẩn đoán tử vong trong 30 ngày.

4. Bàn luận

Độ tuổi bệnh nhân XHCN trong nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với nhận định của các tác giả trong và ngoài nước rằng XHCN thường gặp ở người

trung tuổi. Theo nghiên cứu của Jung [9] công bố tuổi trung bình là 57,2 (từ 31-81 tuổi). Đinh Thị Bảo Lâm [1] cho rằng tuổi trung bình là $56,2 \pm 11,6$ (từ 22-83 tuổi), nhóm tuổi hay gặp nhất từ 50-59 tuổi và 40-49 tuổi. Đây là độ tuổi vẫn đang trong quá trình lao động, tuy nhiên độ tuổi này có nhiều thay đổi về nội tiết, sinh lý, sinh hóa nên dễ phát sinh bệnh tật. Tỷ lệ bệnh ở nam cao gấp 3,1 lần so với nữ, nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Huang

[8] (nam/nữ = 2,8 lần) và thấp hơn so với nghiên cứu của Đinh Thị Bảo Lâm [1] (nam/nữ = 3,9 lần). Tỷ lệ XHCN khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ ($p < 0,001$). Các nghiên cứu đều cho thấy nam mắc bệnh nhiều hơn nữ là do ở nam hay liên quan tới nhiều yếu tố nguy cơ hơn nữ như thói quen uống rượu, hút thuốc lá...

Rối loạn ý thức là một dấu hiệu khởi phát của XHCN, loạn ý thức dẫn tới hôn mê là do tổn thương hệ thống lưới (một cấu trúc đặc biệt liên quan tới sự thức tỉnh) hoặc do tổn thương lớn gây chèn ép vào hệ thống não thất. Những trường hợp tổn thương lớn thường gây ra tình trạng hôn mê sâu và có kết cục xấu. Một nghiên cứu gần đây nhất dựa vào 10 nghiên cứu trước đây [3] chỉ ra rằng điểm Glasgow là một yếu tố quan trọng tiên lượng nguy cơ tử vong của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân nhập viện với điểm Glasgow vừa (10-13 điểm) chiếm 34,1%, phù hợp với nhận định của tác giả Đinh Thị Bảo Lâm [1] là số bệnh nhân rối loạn ý thức nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (Glasgow từ 10-14 điểm chiếm 54,7%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Đinh Ngọc Tuấn [2] với tỷ lệ bệnh nhân rối loạn ý thức mức độ vừa là 11,5%, điều đó cũng giải thích tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Đinh Ngọc Tuấn (39% so với 66%).

Cầu não là cầu nối não giữa và hành não, nơi chứa các trung tâm về hô hấp, tuần hoàn, nhiệt độ và cấu trúc lưới (liên quan tới ý thức). XHCN theo từng vị trí xuất huyết sẽ ảnh hưởng trực tiếp hay gián tiếp lên những trung tâm này gây ra các rối loạn về dấu hiệu sinh tồn. Đây là các triệu chứng ảnh hưởng tới nguy cơ tử vong của bệnh nhân. Qua các nghiên cứu XHCN trong nước và ngoài nước các tác giả đã rút ra kết luận: Điểm Glasgow khi nhập viện, đường kính xuất huyết, giãn não thất và xuất huyết não thất là các yếu tố có ý nghĩa trong tiên lượng bệnh nhân XHCN. Đinh Thị Bảo Lâm [1] khi nghiên cứu xuất huyết thân não thấy các dấu hiệu tiên lượng tử vong là thể tích xuất huyết, tràn dịch não thất là những yếu tố tiên lượng nặng đối với bệnh nhân XHCN. Đinh Ngọc Tuấn [2] cũng kết luận rằng điểm Glasgow dưới 8, đường kính xuất huyết > 2cm, giãn não thất và xuất huyết não thất là những yếu tố độc lập tiên lượng tử vong của bệnh nhân. Wijdicks

[10] nghiên cứu 38 bệnh nhân XHCN với tỷ lệ tử vong 55% cho thấy điểm Glasgow khi nhập viện, tăng thân nhiệt, xuất huyết não thất, giãn não thất là các yếu tố tiên lượng tử vong. Jung [9] cũng chỉ ra xuất huyết não thất và giãn não thất là yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong. Dziewa [5] đã cho thấy đường kính ngang xuất huyết trên 2cm là yếu tố tiên lượng tử vong. Goto [7] đã kết luận XHCN có đường kính trên 2cm, xuất huyết toàn bộ cầu não, xuất huyết não thất IV là các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân XHCN. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh đơn biến các yếu tố tiên lượng tử vong qua Bảng 3 chúng tôi thấy: Điểm Glasgow dưới 10 điểm có nguy cơ tử vong cao gấp 110 lần nhóm Glasgow trên 10 điểm với khoảng tin cậy 95% (10,424-1160,826). Đường kính ngang xuất huyết trên 2,15cm dự đoán nguy cơ tử vong cao gấp 26,6 lần nhóm có đường kính xuất huyết dưới 2,15cm với khoảng tin cậy 95% (3,006-236,555) và Se = 93,8%, Sp = 64%, Acc = 75,6%. Thể tích xuất huyết trên 8,5ml dự đoán nguy cơ tử vong cao gấp 31,78 lần nhóm có thể tích xuất huyết dưới 8,5ml với khoảng tin cậy 95% (5,572-181,23) và Se = 81,25%, Sp = 88%, Acc = 85,36%. Xuất huyết não thất dự đoán nguy cơ tử vong cao gấp 52,8 lần nhóm không có xuất huyết não thất với khoảng tin cậy 95% (5,496-507,268). Giãn não thất dự đoán nguy cơ tử vong cao gấp 49,8 lần nhóm không có giãn não thất với khoảng tin cậy 95% (7,349-337,907). Như vậy, các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong nước và thế giới.

Tỷ lệ tử vong XHCN theo phân loại Chung và Park [4] trong nghiên cứu của chúng tôi: Loại I (78,6%), loại II (40%), loại III (27,3%), loại IV không có trường hợp nào tử vong. So với các nghiên cứu trước một số tác giả đã kết luận có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa các loại XHCN: Wijdicks, Huang [10, 8] cho thấy xuất huyết loại I, II, III là yếu tố tiên lượng tử vong. Chung và Park [4] đã chỉ ra có sự liên quan giữa vị trí XHCN và tỷ lệ tử vong: Loại I (93,5%), loại II (85,6%), loại III (73,9%), loại IV (5,9%). Đinh Ngọc Tuấn [2] thì ghi nhận XHCN loại I có tỷ lệ tử vong cao hơn hẳn và không có bệnh nhân nào XHCN loại IV tử vong. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với các nghiên cứu trong nước và thế giới.

Theo nghiên cứu của Huang [8] tỉ lệ tử vong trong 30 ngày đối với bệnh nhân phân loại theo thang điểm rủi ro có điểm là 0, 1, 2, 3, 4 lần lượt là 2,7%, 31,6%, 42,7%, 81,8% và 100%. Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tử vong có điểm là 0, 1, 2, 3, 4 lần lượt là 5,9%, 22,2%, 75%, 100% và 100%. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi khi áp dụng điểm số theo phân loại của tác giả là ngưỡng 3 điểm có thể là do nghiên cứu của chúng tôi được áp dụng ở một bệnh viện tuyến tỉnh nên cỡ mẫu còn hạn chế trong khi đó nghiên cứu của tác giả được tiến hành trên nhiều cơ sở y tế tuyến trung ương (41 so với 171 bệnh nhân).

Theo nghiên cứu của Hemphill (2009) [8], tác giả xây dựng thang điểm của mình bằng 5 yếu tố: Điểm Glasgow, thể tích xuất huyết, xuất huyết não thất, xuất huyết dưới lều, tuổi để dự báo nguy cơ tử vong trong 30 ngày với tỉ lệ lần lượt là 0%, 13%, 26%, 72%, 97% và 100% tương ứng với số điểm từ 0-6. Tác giả Meguro (2015) [8] xây dựng thang điểm của mình bằng 3 yếu tố: Điểm Glasgow, đồng tử mất phản xạ ánh sáng và đường huyết từ 180 mg/dl trở lên với số điểm từ 0-3 dự đoán nguy cơ tử vong trong 30 ngày với tỉ lệ 7,7%, 33,3%, 78,9% và 100%. Một nghiên cứu gần đây khi so sánh 3 thang điểm dự đoán tỉ lệ tử vong trong 30 ngày giữa các tác giả Huang, Hemphill, Meguro [8] cho thấy diện tích dưới đường cong (AUC) trong phân loại của Huang có giá trị cao nhất để chẩn đoán tử vong trong 30 ngày xuất huyết với AUC = 90,2% với độ nhạy (Se) = 87,9%, độ đặc hiệu (Sp) = 76,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh thang điểm của Huang với phân loại của Chung và Park cũng đưa ra kết quả là thang điểm của Huang có giá trị cao hơn để chẩn đoán tử vong trong 30 ngày xuất huyết với AUC = 91,5% với Se = 81,25%, Sp = 92%.

5. Kết luận

Cắt lớp vi tính đa dãy có giá trị cao trong việc xác định một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân XHCN. Theo phân loại của Chung và Park thì xuất huyết loại I có tỉ lệ tử vong cao nhất, xuất huyết loại IV không có trường hợp nào tử vong. Phân loại

theo thang điểm của Huang có giá trị cao hơn so với phân loại Chung và Park để chẩn đoán nguy cơ tử vong trong 30 ngày.

Tài liệu tham khảo

1. Đinh Thị Bảo Lâm (2012) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và một số yếu tố tiên lượng chảy máu thân não*. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Đinh Ngọc Tuấn (2015) *Nghiên cứu áp dụng phân loại của Chung và Park trong tiên lượng chảy máu cầu não*. Luận văn Thạc sỹ Y học, trường Đại Học Y Hà Nội.
3. Behrouz R (2018) *Prognostic factors in pontine haemorrhage: Asystematic review*. European Stroke Journal 3(2): 101-109.
4. Chung CS, Park CH (1992) *Primary pontine hemorrhage: A new CT classification*. Neurology 42(4): 830-830. doi:10.1212/WNL.42.4.830
5. Dziewas R, Kremer M, Lüdemann P et al (2003) *The prognostic impact of clinical and CT parameters in patients with pontine hemorrhage*. Cerebrovasc Dis 16: 224-229.
6. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C et al (2022) *Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association*. Stroke 53(7). doi: 10.1161/STR.0000000000000407.
7. Goto N, Kaneko M, Hosaka Y, Koga H (1980) *Primary pontine hemorrhage: Clinicopathological correlation*. Stroke 11: 84-90.
8. Huang K, Ji Z, Sun L et al (2017) *Development and validation of a grading scale for primary pontine hemorrhage*. Stroke 48(1): 63-69. doi: 10.1161/STROKEAHA.116.015326.
9. Jung DS, Jeon BC, Park YS et al (2007) *The predictors of survival and functional outcome in patients with pontine hemorrhage*. J Korean Neurosurg Soc 41: 82-87.
10. Wijdicks EFM, St. Louis E (1997) *Clinical profiles predictive of outcome in pontine hemorrhage*. Neurology 41: 1342-1346.