

Đánh giá tiên lượng bệnh nhân chảy máu não có tăng huyết áp theo thang điểm ICH tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Assessment of the prognosis for cerebral hemorrhage patients with high blood pressure based on the ICH score in Thai Binh Province

Dương Huy Hoàng*, Lê Đình Tuấn*,
Nguyễn Tiến Sơn*, Đỗ Như Bình**,
Khương Tùng Ân***

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình,
**Học viện Quân y,
***Phòng Y tế, UBND huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá tiên lượng nặng theo thang điểm chảy máu não ICH (Intracerebral Hemorrhage) ở bệnh nhân chảy máu não có tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 81 bệnh nhân chảy máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** Độ tuổi ≥ 80 nguy cơ tử vong tăng gấp 7,38 lần so với tuổi < 80 ; điểm Glasgow < 13 điểm khi khởi phát và trong quá trình điều trị có nguy cơ tử vong tăng gấp 11,3 lần so với nhóm bệnh nhân điểm Glasgow ≥ 13 điểm. Tình trạng nôn và co giật không liên quan với tiên lượng bệnh nhân. Thể tích máu tụ $\geq 30\text{cm}^3$ nguy cơ tử vong tăng gấp 10,3 lần so với bệnh nhân có thể tích máu tụ $< 30\text{cm}^3$. Chảy máu não máu vào não thất nguy cơ tử vong tăng gấp 10 lần so với bệnh nhân không có máu vào não thất. Đánh giá tiên lượng nặng/tử vong bệnh nhân chảy máu não theo thang điểm ICH. Tỷ lệ tử vong tăng dần khi điểm ICH tăng dần (ICH = 1 điểm là 11,1%, ICH = 2 điểm là 23,6%, ICH = 3 điểm là 77,7% và tỷ lệ này là 100% ở nhóm có ICH = 4 điểm). **Kết luận:** Tuổi ≥ 80 năm, nam giới; khởi phát đột ngột kèm rối loạn ý thức; vào viện điểm Glasgow ≤ 13 ; rối loạn cơ tròn có ý nghĩa tiên lượng nặng bệnh nhân chảy máu não. Tỷ lệ tử vong tăng dần khi điểm ICH tăng.

Từ khóa: Thang điểm ICH, chảy máu não, cắt lớp vi tính.

Summary

Objective: To evaluate the prognosis of severity based on the ICH (Intracerebral hemorrhage) score in patients with hypertensive cerebral bleeding. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 81 patients with cerebral bleeding at Thai Binh General Hospital. **Result:** At the age of 80 or over, the risk of death increases by 7.38 times compared to that of the age < 80 ; the risk of death among patients with Glasgow < 13 points increases 11.3 times compared with the Glasgow ≥ 13 points group of patients. Vomiting and convulsions were not associated with the prognosis of patients. Hematoma volume $\geq 30\text{cm}^3$ increases the risk of death by 10.3 times compared to that of volume $< 30\text{cm}^3$. Cerebral hemorrhage induced intraventricular hemorrhage increases the risk of death by 10 times compared with patients without intraventricular hemorrhage. Respecting severe prognosis/death of patients with cerebral hemorrhage based on the ICH score, the mortality rate increases with increasing

Ngày nhận bài: 02/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 12/01/2021

Người phản hồi: Dương Huy Hoàng, Email: hoangdh@tbmc.edu.vn - Đại học Y Dược Thái Bình

scores (1-point-ICH was 11.1%, 2-point-ICH was 23.6%, 3-point-ICH was 77.7%, 4-point-ICH was 100%).

Conclusion: Age $\geq$ 80 years, male gender, sudden onset with consciousness disorder, under-13-point-Glasgow at the time of admission, and sphincter disorder make a significant contribution to the prognosis of severity in patients with cerebral hemorrhage. Mortality increases gradually as ICH scores increase.

Keywords: The ICH score, cerebral hemorrhage, computed tomography.

1. Đặt vấn đề

Đột quỵ não luôn là vấn đề thời sự, vì lẽ tỷ lệ mắc bệnh ở các nước đều cao, là bệnh có tỷ lệ tử vong cao nhất trong bệnh lý thần kinh và cũng là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba sau bệnh tim mạch và ung thư. Đặc biệt ở Việt Nam, tỷ lệ mới mắc hàng năm có xu hướng ngày càng tăng, trong đó chảy máu não chiếm khoảng 15% tổng số bệnh nhân đột quỵ não. Chảy máu não cũng là thể bệnh có tỷ lệ tử vong cao và gây tàn phế nặng nề cho bệnh nhân. Hơn nữa chảy máu não lại xảy ra nhiều ở lứa tuổi trên 40, lứa tuổi đang làm việc và cống hiến với hiệu quả cao, giữ vai trò lãnh đạo trong xã hội và chủ chốt trong gia đình. Chảy máu não (CMN) do nhiều nguyên nhân trong đó tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu [1], [8], [11]. Trong vòng hai mươi năm qua, những tiến bộ về khoa học đã thay đổi quan điểm cho đột quỵ não là hậu quả của tuổi tác và không thể phòng ngừa dẫn đến kết cục là tử vong hoặc tàn tật. Các bằng chứng gần đây cho thấy hiệu quả của các chiến lược điều trị dự phòng tiên phát và thứ phát, nhận biết các bệnh nhân có nguy cơ cao và can thiệp có hiệu quả khi triệu chứng đột quỵ não xuất hiện [1], [9]. Những hiểu biết về điều trị chảy máu não được nâng cao, kèm theo đó vai trò của phục hồi chức năng giảm di chứng tàn tật cho bệnh nhân cũng ngày càng được cải thiện. Nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và đánh giá đúng các yếu tố tiến triển làm giảm tỷ lệ tử vong cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá tiên lượng nặng theo thang điểm chảy máu não ICH (Intracerebral hemorrhage) ở bệnh nhân chảy máu não.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 81 bệnh nhân chảy máu não (CMN) giai đoạn cấp tính, tuổi từ 18 trở lên, có tăng huyết áp được điều trị tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2020 đến tháng 7/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tiêu chuẩn lâm sàng: Dựa theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới về đột quỵ não: Bệnh khởi phát đột ngột với triệu chứng tổn thương các chức năng của não tồn tại trên 24 giờ hoặc tử vong trước 24 giờ, không do nguyên nhân chấn thương [9]. Bệnh nhân tăng huyết áp là những bệnh nhân đang điều trị thuốc hạ áp, hoặc ghi nhận ít nhất 2 lần đo huyết áp $\geq$ 140/90mmHg. Bệnh nhân tuổi từ 18 trở lên, không phân biệt về giới.

Tiêu chuẩn cận lâm sàng: 100% số bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não xác định rõ ràng có CMN, được chụp trong 2 ngày đầu sau khởi phát.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có chấn thương sọ não.

Bệnh nhân có các bệnh về máu, rối loạn đông máu (giảm tiểu cầu nguyên phát, bệnh bạch cầu, suy tủy, hemophilia và các rối loạn đông máu khác v.v...).

CMN kèm bệnh lý nội khoa nổi bật có thể thúc đẩy tử vong như (suy tim nặng, suy thận mạn nặng, nhồi máu cơ tim...).

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang, so sánh với nhóm chứng.

Cỡ mẫu toàn bộ được chọn theo phương pháp tích lũy thuận tiện.

Hỏi bệnh nhân và thân nhân người bệnh về các triệu chứng tại thời điểm xảy ra đột quỵ, triệu chứng đau đầu, nôn, co giật, tình trạng rối loạn cơ vòng...

Cách khởi phát của CMN có 3 kiểu sau: Đột ngột (tính bằng giây dưới 30 phút); cấp tính (tính bằng phút từ 30 - 90 phút); từ từ (tính bằng giờ trên 90 phút).

Khám tri giác tính điểm Glasgow, chia 2 nhóm: ≥ 13 điểm và < 13 điểm.

Khám 12 đôi dây thần kinh sọ não.

Khám vận động: Đánh giá rối loạn vận động.

Khám phản xạ, cảm giác, thực vật dinh dưỡng, cơ tròn và hội chứng màng não.

Theo dõi diễn biến trong quá trình điều trị, kết quả điều trị: Tử vong hoặc ổn định ra viện.

Chụp CLVT sọ não: Xác định thể tích ổ máu tụ theo phương pháp tính gần đúng của Broderick [9]: Mức 1 (nhẹ): Từ 1 - 29cm³; mức 2 (vừa): Từ 30 - 60cm³; mức 3 (nặng): Trên 60cm³.

Nghiên cứu đối chiếu lâm sàng với hình ảnh chụp cắt lớp vi tính theo định khu: Căn cứ vào phân loại CMN theo Tổ chức Y tế Thế giới lần thứ 10 (ICD-10/1992): Chảy máu bán cầu đại não, dưới vỏ (vùng bao trong - nhân xám trung ương); chảy máu bán cầu đại não, ở vỏ não (chảy máu thùy); CMN thất; chảy máu dưới lều.

Từ các thăm khám đánh giá trên quy đổi theo thang điểm ICH (Intracerebral hemorrhage) [9], [10]: điểm CMN 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 ICH nhỏ nhất là 0 và lớn nhất là 6.

Điểm Glasgow 3 - 4 điểm: Điểm 2; 5 - 12: Điểm 1 và 13 - 15: Điểm 0.

Thể tích ổ xuất huyết ≥ 30 ml điểm 1, dưới 30ml điểm 0.

Chảy máu vào não thất có 1 điểm, không có điểm 0.

Vị trí xuất huyết dưới lều có điểm 1; không có điểm 0.

Tuổi trên 80 điểm 1; dưới 80 điểm 0.

Kết cục sau điều trị: 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 điểm (bệnh nhân tử vong Rankin = 6), chia thành hai mức độ: (1) Từ 0 - 3 điểm; (2) Từ 4 - 6 điểm.

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. Kết quả

Tổng số gồm 81 bệnh nhân tuổi từ 18 trở lên, trong đó: Nam: 48 (59,3%), nữ: 33 (40,7%). Tuổi trung bình là $68,6 \pm 11,2$ năm, độ tuổi 60 - 79 chiếm tỷ lệ cao nhất (50,6%), ≥ 80 tuổi chiếm 14,8%. Một số triệu chứng lâm sàng: Đau đầu 98,7%, hội chứng màng não 50,6%; có liệt nửa người 85,2%, rối loạn cơ vòng 39,5%, co giật 2,5%, nôn - buồn nôn 69,1%. Bệnh nhân ổn định ra viện là: 63 (77,7%), tử vong và nặng xin về là: 18 (22,3%).

Bảng 1. So sánh đặc điểm tuổi, giới giữa bệnh nhân nặng/tử vong và ổn định/ra viện

Kết quả		Nặng, tử vong (n = 18)		Nhẹ, ra viện (n = 63)		p, OR 95% CI
Yếu tố nguy cơ		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi	≥ 80 tuổi	7	38,9	5	7,9	p<0,05, OR = 7,38 (3,68 - 12,14)
	< 80 tuổi	11	61,1	58	92,1	
Giới	Nam	14	77,8	36	57,2	p<0,05, OR = 2,62 (1,68 - 4,46)
	Nữ	4	22,2	27	42,8	
Khởi phát	Đột ngột	2	33,4	4	6,73	<0,05
	Cấp tính	13	22,4	45	77,6	
	Tương đối	3	17,6	14	82,3	
Glasgow	< 13 điểm	13	72,2	12	19,0	p<0,05, OR = 11,30

	≥ 13 điểm	5	27,8	51	80,9	(9,58 - 18,68)
--	-----------	---	------	----	------	----------------

Nhận xét: Bệnh nhân có độ tuổi ≥ 80 nguy cơ tử vong tăng gấp 7,38 lần so với tuổi < 80; nam có nguy cơ tử vong cao gấp 2,62 lần so với nữ. Điểm Glasgow < 13 điểm khi khởi phát và trong quá trình điều trị có nguy cơ tử vong tăng gấp 11,3 lần so với nhóm bệnh nhân điểm Glasgow ≥ 13 điểm.

Bảng 2. So sánh các triệu chứng lâm sàng giữa bệnh nhân nặng/tử vong và ổn định/ra viện

Triệu chứng		Kết quả		Tử vong (n = 18)		Nhẹ, ra viện (n = 63)		p
				Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nôn - buồn nôn	Có			12	60,7	44	69,8	-
	Không			6	33,3	19	30,2	
Co giật	Có			1	5,5	1	1,5	-
	Không			17	94,4	62	78,7	
Rối loạn cơ vòng	Có			15	83,3	17	26,9	< 0,05
	Không			3	16,7	46	73,1	

Nhận xét: Rối loạn cơ vòng khi khởi phát và trong quá trình điều trị có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có rối loạn cơ vòng.

Bảng 3. So sánh vị trí máu tụ, thể tích máu tụ trên hình ảnh chụp CLVT giữa bệnh nhân nặng/tử vong và ổn định/ra viện

Vị trí TT		Kết quả		Nặng, tử vong (n = 18)		Nhẹ, ra viện (n = 63)		P, OR 95% CI
				Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Não thất	Có			15	41,6	21	58,4	p<0,05, OR = 10,00 (4,46 - 23,38)
	Không			3	6,7	42	93,3	
Trên lều	Có			7	28,0	18	72,0	p>0,05, OR = 1,59 (1,08 - 4,06)
	Không			11	19,6	45	80,3	
Dưới lều	Cầu não	Có		2	66,7	1	33,3	-
		Không		16	20,5	62	79,4	
	Tiểu não	Có		1	-	2	-	-
		Không		17	-	61	-	
Thể tích máu tụ	≥ 30cm ³			14	46,7	16	53,3	p<0,05, OR = 10,3 (6,46 - 22,84)
	< 30cm ³			4	7,8	47	92,2	

Nhận xét: CMN thất nguy cơ tử vong tăng gấp 10 lần so với bệnh nhân không có máu vào não thất. So sánh hình ảnh chụp CLVT vùng dưới lều giữa bệnh nhân nặng/tử vong và bệnh nhân khỏi/ra viện không có ý nghĩa thống kê. Thể tích máu tụ ≥ 30cm³ nguy cơ tử vong tăng gấp 10,3 lần so với bệnh nhân có thể tích máu tụ < 30cm³.

Bảng 4. So sánh điểm xuất huyết giữa bệnh nhân nặng/tử vong và bệnh nhân khỏi/ra viện

Điểm ICH		Kết quả		Tử vong (n = 18)		Nhẹ, ra viện (n = 63)		Tổng		p, OR 95% CI
				Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Điểm ICH	0			1	4,3	22	95,7	23	28,4	<0,05
	1			3	11,1	24	88,9	27	33,4	

	2	4	23,5	13	76,5	17	20,9	
	3	6	77,7	3	22,2	9	11,1	
	4	4	100	1	0	5	6,2	
Nhóm Điểm	3 - 4	10	71,4	4	28,6	p<0,05, OR = 18,65 (12,89 - 27,85)		
ICH	0 - 2	8	11,9	59	88,0			

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nặng/tử vong nhóm điểm từ 3 đến 4 lớn gấp 18,65 lần so với nhóm bệnh nhân có điểm xuất huyết từ 0 đến 2 điểm, không có bệnh nhân nào có điểm ICH bằng 5 hoặc 6 điểm.

4. Bàn luận

Thang điểm CMN là thang điểm lâm sàng bao gồm những yếu tố liên quan đến thăm khám cơ bản thần kinh (GCS), tuổi, giới, chẩn đoán hình ảnh ban đầu (thể tích khối máu tụ, chảy máu lan vào não thất và vị trí trên dưới lều, theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Chương các triệu chứng phản ánh tiên lượng là: Tiền sử đột quỵ, tăng huyết áp > 210/110mmHg, điểm Glasgow ≤ 9, suy giảm dần ý thức, vã mồ hôi lạnh, tăng tiết đờm dãi, có cơn co cứng mất não, thể tích khối máu 60cm³ (ở bán cầu) và di lệch đường giữa > 0,5cm.

Theo Vũ Anh Nhị [4], trong chảy máu bán cầu đại não, nếu bệnh nhân hôn mê điểm Glasgow < 9, rối loạn hô hấp, có phản ứng bất thường của đồng tử, tăng huyết áp kịch phát, kích thích ổ máu tụ rộng và tràn máu não thất là yếu tố tiên lượng xấu. Còn theo Hyashi M có 3 yếu tố chính dự báo tử vong với độ nhạy và độ đặc hiệu cao là: Điểm Glasgow, thể tích ổ máu tụ và tràn máu não thất [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh mối liên quan giữa độ tuổi, giới trong nhóm bệnh nhân ra viện với nhóm bệnh nhân tử vong cho thấy tỷ lệ CMN tử vong tăng theo tuổi, bệnh nhân có độ tuổi ≥ 80 nguy cơ tử vong tăng gấp 7,38 lần so với tuổi < 80 với 95% CI (3,68 - 12,14) với p<0,05 có liên quan thuận giữa độ tuổi và tỷ lệ tử vong, như vậy tuổi càng cao thì sẽ có nguy cơ bị tử vong càng cao. Đồng thời, nam có nguy cơ tử vong cao gấp 2,62 lần so với nữ với 95% CI (1,68 - 4,46), có liên quan thuận giữa giới tính ở bệnh nhân CMN.

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 (sử dụng thang điểm GCS), thể tích khối máu tụ kết hợp sự hiện diện và số lượng máu trong não thất, tiên lượng bệnh có độ chính xác cao trong tiên lượng, [10]. Kết quả nghiên cứu này khi so sánh các triệu chứng trên lâm sàng chúng tôi thấy các triệu chứng: Khởi phát đột ngột kèm rối loạn ý thức ngay từ đầu; vào viện điểm Glasgow < 13 là những triệu chứng có ý nghĩa tiên lượng nặng trên bệnh nhân CMN. Đồng thời, tỷ lệ bệnh nhân hôn mê khi khởi phát và trong quá trình điều trị nguy cơ tử vong tăng gấp 11,3 lần so với nhóm bệnh nhân không hôn mê có liên quan thuận giữa tỷ lệ bệnh nhân hôn mê và tỷ lệ tử vong, như vậy bệnh nhân rối loạn ý thức càng nặng thì sẽ có nguy cơ bị tử vong càng cao. So sánh triệu chứng rối loạn cơ tròn khi khởi phát và trong quá trình điều trị nguy cơ tử vong tăng gấp 13,89 lần so với nhóm bệnh nhân không có triệu chứng rối loạn cơ tròn 95% CI (7,35 - 20,83). Tóm lại, qua so sánh yếu tố nguy cơ và triệu chứng lâm sàng giữa hai nhóm bệnh nhân CMN tử vong và nhóm bệnh nhân ra viện, chúng tôi thu được các triệu chứng có giá trị tiên lượng là: Tuổi càng cao tiên lượng càng nặng, nam giới có nguy cơ cao hơn nữ giới; khởi phát đột ngột kèm rối loạn ý thức ngay từ đầu; vào viện điểm Glasgow < 13 và rối loạn cơ tròn.

Hình ảnh chụp CLVT sọ não cũng là các yếu tố thể hiện tiên lượng đối với CMN. Bảng 3 chúng tôi so sánh hình ảnh chụp CLVT sọ não giữa hai nhóm tử vong và bệnh nhân ra viện cho thấy thể tích khối máu tụ > 30cm³ trong quá trình điều trị nguy cơ tử

vong tăng gấp 10,3 lần so với nhóm bệnh nhân có khối máu tụ < 30cm³. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Tâm về yếu tố tiên lượng của CMN trên lều là: thể tích khối máu tụ > 60cm³, di lệch đường giữa > 1cm, tràn máu cả 4 não thất [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiện thể tích khối máu tụ ở bán cầu > 60cm³, di lệch đường giữa > 0,5cm và tràn máu não thất [5]. Tác giả Karen C và cộng sự nhận xét tỷ lệ tử vong liên quan đến mức độ hôn mê khi điểm Glasgow < 9 điểm và kích thước ổ máu tụ > 6cm là yếu tố tiên lượng khó hồi phục [9]. Hyashi M cũng nhận xét trong CMN - não thất do tăng huyết áp khi điểm Glasgow < 9 điểm, thể tích ổ máu tụ ≥ 25cm³, áp lực nội sọ > 30mmHg là yếu tố tiên lượng xấu [10]. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy, CMN có tràn máu não thất trong quá trình điều trị nguy cơ tử vong tăng gấp 10 lần so với nhóm bệnh nhân không có tràn máu não thất với 95% CI (4,46 - 23,38) (Bảng 3), như vậy tràn máu não thất có giá trị tiên lượng.

Điểm ICH trong nghiên cứu này (Bảng 4) điểm chiếm tỷ lệ cao nhất là điểm ICH = 1, điểm ICH = 2 chiếm tỷ lệ 20,9%, ICH = 3 chiếm tỷ lệ 11,1%; thấp nhất ICH = 4 chiếm tỷ lệ 6,2%, không có bệnh nhân điểm ICH = 5 điểm và 6 điểm. Tỷ lệ tử vong từ 0% với điểm CMN = 0 tăng đến 100% đối với điểm CMN = 4. Nghiên cứu của Cao Phi Long [6] CMN theo thang điểm ICH theo thứ tự 0, 1, 2, 3, 4, 5 có tỷ lệ tử vong là 0%, 9%, 24%, 75%, 89%, 100%, tỷ lệ tử vong tăng dần khi điểm ICH tăng. Bên cạnh đó, nghiên cứu này cũng cho thấy nhóm điểm 3 - 4 điểm phục hồi kém và tử vong tăng lên cao hơn so với nhóm có điểm ICH 0 - 2 phục hồi kém và tử vong nhóm có ICH = 0 chỉ chiếm 4,3%, nhưng tỷ lệ này tăng cao nhanh khi nhóm có điểm ICH tăng dần ICH = 1 là 11,1%; ICH = 2 là 23,57%, ICH = 3 là 77,7% và tỷ lệ này là 100% ở nhóm có ICH = 4. Như vậy, bệnh nhân có điểm ICH càng cao thì khả năng phục hồi càng kém và tỷ lệ tử vong càng cao.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 81 bệnh nhân chảy máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Độ tuổi ≥ 80 nguy cơ tử vong tăng gấp 7,38 lần so với tuổi < 80; điểm Glasgow < 13 điểm nguy cơ tử vong tăng gấp 11,3 lần so với nhóm bệnh nhân Glasgow ≥ 13 điểm. Tình trạng nôn, buồn nôn và co giật không liên quan với tiên lượng bệnh nhân.

Thể tích máu tụ ≥ 30cm³ nguy cơ tử vong tăng gấp 10,3 lần so với thể tích máu tụ < 30cm³.

Chảy máu não máu vào não thất nguy cơ tử vong tăng gấp 10 lần so với bệnh nhân không có chảy máu vào não thất.

Đánh giá tiên lượng nặng/tử vong bệnh nhân chảy máu não theo thang điểm ICH. Tỷ lệ tử vong tăng dần khi điểm ICH tăng dần ICH = 1 điểm là 11,1%; ICH = 2 điểm là 23,57%; ICH = 3 điểm là 77,7% và tỷ lệ này là 100% ở nhóm có ICH = 4 điểm.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Văn Đăng (2003) *Tai biến mạch máu não*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Lê Quang Cường (2005) *Các yếu tố nguy cơ tai biến mạch máu*. Nội san Thần kinh, 7, tr. 1-4.
3. Hoàng Đức Kiệt (1998) *Chẩn đoán X-quang cắt lớp vi tính sọ não, các phương pháp chẩn đoán hỗ trợ về thần kinh*. Bộ Môn Thần Kinh học, Học Viện Quân Y, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 111-134.
4. Vũ Anh Nhị và Ngô Thị Kim Trinh (2009) *Mối liên quan giữa tăng huyết áp và sự gia tăng thể tích khối máu tụ trong xuất huyết não nhân bèo*. Hội nghị khoa học Thần kinh học Việt Nam lần thứ 5, tr. 133-142.
5. Nguyễn Minh Hiện (2016) *Đánh giá cơ cấu thu dung điều trị đột quỵ não 10 năm tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/2006 đến tháng 6/2016*. Tạp chí Y Dược học Quân sự, số chuyên đề đột quỵ, tr. 5-11.
6. Cao Phi Phong và Mạc Văn Hòa (2011) *Nghiên cứu thang điểm xuất huyết não trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết não tự phát do tăng huyết áp*. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 15(1), tr. 596-602.
7. Nguyễn Thị Tâm, Nguyễn Văn Thông và cộng sự (2004) *Nghiên cứu diễn biến lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng của bệnh nhân chảy máu não trên lều*. Tạp chí Y học Việt Nam 301, tr. 143- 147.

8. Alessandro Biffi, M.C.D (2015) *Association between blood pressure control and risk of recurrent intracerebral hemorrhage*. American Medical Association 314: 904 -912.
9. Aimee M, Aysen, Karen C et al (2013) *24-Hour ICH score is a better predictor of outcome than admission ICH score*. ISRN Stroke: 2-4.
10. Hyashi M and HM, (2001) *Prognosis of intraventricular hemorrhage due to hypertensive hemorrhage cerebrovascular disease*. Zentral neurochir 49(2): 1-10.
11. Wexner MC (2018) *Management of spontaneous intracerebral hemorrhage (ICH)/Intraparenchymal Hemorrhage (IPH)*. The Ohio State University: 1-6.