

Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não

Nguyễn Thành Công^{1*}, Võ Thành Sơn¹, Trần Nguyễn Thiên Long¹, Kiều Văn Bức², Trần Thị Phấn¹

(1) Khoa Lão, Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Gia Lai

(2) Khoa Hồi sức tích cực chống độc, Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Gia Lai

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xuất huyết não (XHN) là bệnh có tỷ lệ tử vong cao. Đối với những người còn sống, 70 - 80% gặp phải các di chứng nặng nề ảnh hưởng đến chức năng vận động và nhận thức. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ tử vong và xác định các yếu tố tiên lượng liên quan đến tử vong ở bệnh nhân XHN điều trị nội trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân vào viện được chẩn đoán XHN theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại khoa Lão và khoa Hồi sức tích cực chống độc từ 5/2024 đến 10/2024. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 59 bệnh nhân XHN tuổi trung bình $66 \pm 14,6$, nam chiếm 71,2%. Tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 64,4%. Khởi phát hôn mê (50,8%), đau đầu (40,7%), liệt khu trú bên trái (50,8%), liệt hai bên (15,3%). CTscan xuất huyết não, não thất chiếm tỷ lệ cao nhất 67,8%. Bệnh nhân tử vong 52,5%, sống ra viện 47,5% trong đó điểm mRS 0-2 chiếm 33,9%. Các yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhân XHN: Glasgow vào viện < 9 điểm (OR = 32,51 (95% CI: 4,37-241,82), $P < 0,01$), HA tâm thu vào viện ≥ 180 mmHg (OR = 7,22 (95% CI: 1,18-44,16), $P = 0,03$), CTscan có XHN và não thất (OR = 11,64 (95% CI: 1,36 - 99,44), $P = 0,03$). **Kết luận:** Xuất huyết não là một bệnh có tỷ lệ tử vong cao, khởi phát đột ngột với hôn mê, liệt khu trú. Điểm Glasgow vào viện < 9, HA tâm thu vào viện ≥ 180 mmHg, CTscan với xuất huyết não thất là yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân XHN.

Từ khóa: xuất huyết não, yếu tố tiên lượng.

Study of factors predicting mortality in patients with intracerebral hemorrhage

Nguyen Thanh Cong^{1*}, Vo Thanh Son¹, Tran Nguyen Thien Long¹, Kieu Van Buo², Tran Thi Phan¹

(1) Department of Geriatrics, Gia Lai General Hospital

(2) Department of Intensive Care and Anti-Poisoning, Gia Lai General Hospital

Abstract

Background: Intracerebral hemorrhage (ICH) is a disease with a high mortality rate. For survivors, 70 - 80% experience severe sequelae affecting motor and cognitive functions. Therefore, we conducted this study with the following objectives: Describe clinical and subclinical characteristics, mortality rate and identify prognostic factors related to mortality in ICH patients. **Materials and methods:** Patients admitted to the hospital were diagnosed with ICH according to the guidelines of the Ministry of Health at the Department of Geriatrics and the Department of Intensive Care and Anti-Poisoning from May 2024 to October 2024. **Results:** Through the study, 59 ICH patients had an average age of 66 ± 14.6 years, male (71.2%). History of hypertension accounted for the highest rate of 64.4%. Onset of coma (50.8%), headache (40.7%), left-sided localized paralysis (50.8%), bilateral paralysis (15.3%). Computed tomography of the head: intracerebral hemorrhage with intraventricular hemorrhage accounted for the highest rate of 67.8%. Mortality was 52.5%, 47.5% survived to discharge from hospital, of which mRS score 0 - 2 accounted for 33.9%. Factors associate with mortality in ICH patients: Glasgow score < 9 points (OR = 32.51 (95% CI: 4.37 - 241.82), $P < 0.01$), systolic blood pressure ≥ 180 mmHg (OR = 7.22 (95% CI: 1.18 - 44.16), $P = 0.03$), ICH with intraventricular hemorrhage (OR = 11.64 (95% CI: 1.36 - 99.44), $P = 0.03$). **Conclusion:** Intracerebral hemorrhage is a disease with high mortality rate, sudden onset with coma, localized paralysis. Glasgow score on admission < 9, systolic blood pressure ≥ 180 mmHg, CT scan lesions with intraventricular hemorrhage are predictive factors for mortality in ICH patients.

Key words: intraventricular hemorrhage, prognostic factors.

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thành Công. Email: drcongl@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 19/3/2025; Ngày đồng ý đăng: 25/4/2025; Ngày xuất bản: 10/6/2025

DOI: 10.34071/jmp.2025.3.10

1.ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết não là tình trạng chảy máu đột ngột trong nhu mô não, do vỡ mạch máu não, gây ra sự tổn thương nghiêm trọng đến cấu trúc và chức năng của não. Xuất huyết não chiếm khoảng 10 - 15% tổng số các trường hợp đột quỵ. Tỷ lệ tử vong do xuất huyết não rất cao, ước tính khoảng 40% bệnh nhân tử vong trong vòng 30 ngày kể từ khi khởi phát, và hơn 50% bệnh nhân tử vong trong vòng một năm. Đối với những người còn sống, 70 - 80% gặp phải các di chứng nặng nề ảnh hưởng đến chức năng vận động và nhận thức [1].

Trên thế giới, cũng như tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu được tiến hành để xác định các yếu tố tiên lượng trong xuất huyết não. Các yếu tố như tuổi, huyết áp (HA) cao, kích thước khối máu tụ, vị trí xuất huyết, xuất huyết trong não thất, và thang điểm Glasgow khi vào viện được cho là có ảnh hưởng lớn đến tỷ lệ sống và mức độ hồi phục của bệnh nhân. Tuy nhiên, nghiên cứu về xuất huyết não vẫn còn nhiều khoảng trống trong đó Gia Lai chưa có nghiên cứu tìm hiểu về đặc điểm và tiên lượng bệnh nhân xuất huyết não. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não”** với mục tiêu nghiên cứu:

- Nhận xét về một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não.
- Tìm các yếu tố nguy cơ có liên quan đến tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

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 các triệu chứng thần kinh khu trú tồn tại trên 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong trong vòng 24 giờ, không có nguyên nhân nào khác ngoài căn nguyên mạch máu.

Tiêu chuẩn cận lâm sàng: 100% số bệnh nhân được chụp CLVT sọ não xác định rõ ràng có XHN.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Xuất huyết não do nguyên nhân: chấn thương, do u, sau nhồi máu não, xuất huyết dưới nhện tự phát, huyết khối xoang tĩnh mạch não, rối loạn đông máu, do thuốc như amphetamin... Bệnh nhân được chụp CLVT nhưng không đúng kỹ thuật, thiếu thông tin trong hồ sơ. Bệnh nhân hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiền cứu mô tả, phân tích, theo dõi dọc từ 59 bệnh nhân XHN từ tháng 5/2024 đến tháng 10/2024.

- Các chỉ số nghiên cứu: Các biến số ứng viên cho yếu tố tiên lượng bao gồm:

o Lâm sàng: Tuổi, giới, điểm GCS (Glasgow Coma Scale) của bệnh nhân khi nhập viện đánh giá dựa trên thang điểm GCS, huyết áp.

o Cận lâm sàng CTscan sọ não:

+ Vị trí xuất huyết não.

+ Thể tích của XHN: được tính theo công thức $(Ax BxC)/2$; 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 [2].

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: 59 bệnh nhân xuất huyết não nhập viện khoa Lão, khoa Hồi sức tích cực chống độc - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai từ tháng 5/2024 đến tháng 10/2024.

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 27.0. Các biến số định tính được mô tả dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, phân phối không bình thường báo cáo trung vị (khoảng tứ phân vị). Dùng phép kiểm χ^2 , kiểm định chính xác Fisher để so sánh các dữ liệu trình bày dưới dạng tỷ lệ. So sánh hai giá trị trung bình dùng phép kiểm t-test (phân phối chuẩn) và Mann-Whitney U test (phân phối không chuẩn). Hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Trong quá trình nghiên cứu giá trị $P < 0,05$ là mức có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: thông qua Hội đồng khoa học của bệnh viện. (bổ sung số giấy chấp thuận y đức)

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các biến số nghiên cứu trong bệnh xuất huyết não

Biến số	N (%), trung bình (SD), trung vị (IQR)
Tuổi (năm)	66 (14,6)
≥ 80 tuổi	11 (18,6)
Giới	
Nam	42 (71,2)
Nữ	17 (28,8)

Tiền sử	
Không rõ	10 (16,9)
Tăng huyết áp	38 (64,4)
Tăng huyết áp + suy thận	4 (6,8)
Tăng huyết áp + đái tháo đường	4 (6,8)
Tăng huyết áp + suy tim	3 (5,1)
Khởi phát	
Đau đầu	24 (40,7)
Nôn	5 (8,5)
Mê	30 (50,8)
Liệt khu trú	
Không	9 (15,3)
Bên trái	30 (50,8)
Bên phải	11 (18,6)
Hai bên	9 (15,3)
CT Scan sọ não không cản quang	
Xuất huyết hai bán cầu	17 (28,8)
Xuất huyết não + não thất	40 (67,8)
Thể tích khối máu tụ (ml) (N = 35)	8,4 (4,3 - 16,3)
Ngày điều trị (ngày)	7 (2 - 13)
Kết quả điều trị	
Sống ra viện	28 (47,5)
mRS ra viện ≤ 2 điểm	20 (33,9)
Tử vong	31 (52,5)

Ghi chú: N: số lượng, SD: Standard Deviation = độ lệch chuẩn, IQR: Interquartile Range = tứ phân vị, mRS: modified Rankin Scale = thang điểm Rankin sửa đổi

Tiền sử bệnh nhân có tăng HA chiếm 64,4%. Bệnh nhân khởi phát hôn mê chiếm 50,8%. CTscan có tổn thương xuất huyết não kèm não thất chiếm tỷ lệ cao 67,8%. Tỷ vong chiếm tỷ lệ cao (52,5%).

Bảng 2. So sánh giá trị một số biến số giữa hai nhóm bệnh nhân xuất huyết não tử vong và còn sống

Biến số	N (%), trung bình (SD), trung vị (IQR)		P
	Sống (N=28)	Tử vong (N=31)	
Tuổi (năm)	68,2 (10,9)	64,03 (17,3)	0,28
Glasgow	14 (10 - 14)	5 (5 - 9)	< 0,01
Huyết áp tối đa (mmHg)	160 (30)	190 (30)	< 0,01
Huyết áp tối thiểu (mmHg)	90 (70 - 100)	100 (90 - 100)	< 0,01
Hồng cầu (T/L)	4,7 (3,7 - 5,1)	4,2 (3,6 - 4,5)	0,06
Hb (g/dL)	13,2 (2,1)	13,2 (1,8)	0,97
Bạch cầu (G/L)	10 (7,8 - 14,9)	10,4 (6,1 - 13,7)	0,57
Tiểu cầu (G/L)	271 (71)	306 (102)	0,14
Glucose (mmol/L)	6,7 (5,9 - 8)	7,8 (6,2 - 10,2)	0,26
Natri (mmol/L)	136,7 (5,2)	134,2 (6,3)	0,11
Kali (mmol/L)	3,3 (3 - 3,6)	3,4 (3,1 - 3,6)	0,92
Clo (mmol/L)	100,5 (5,1)	100 (4,6)	0,63

Creatinin (μmol/L)	83 (73 - 97)	70 (56 - 98)	0,11
Ngày điều trị (ngày)	8,5 (2 - 14,8)	6 (3 - 11)	0,57

Ghi chú: N: số lượng, SD: Standard Deviation = trung bình, IQR: Interquartile Range = tứ phân vị

Bệnh nhân XHN ở nhóm tử vong có điểm Glasgow thấp hơn, có HA tâm thu và tâm trương cao hơn nhóm bệnh nhân còn sống.

Bảng 3. So sánh một số yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não

Biến số	Tử vong (N (%))	RR (95% CI)	P
Tuổi			
≥ 80 tuổi	7 (63,6)		
< 80 tuổi	24 (50,0)	1,27 (0,75 - 2,16)	0,41
Giới			
Nam	18 (49,2)		
Nữ	13 (76,5)	1,78 (1,15 - 2,76)	0,02
Glasgow vào viện			
≥ 9 điểm	9 (26,5)		
< 9 điểm	22 (88,0)	3,32 (1,86 - 5,93)	< 0,01
HA tâm thu vào viện			
< 180 mmHg	9 (32,1)		
≥ 180 mmHg	22 (71)	2,21 (1,23 - 3,96)	< 0,01
CTscan			
Không XHN + não thất	4 (21,1)		
Có XHN + não thất	27 (67,5)	3,21 (1,31 - 7,86)	< 0,01

Ghi chú: RR: Risk ratio, tỷ số nguy cơ; CI = confidence interval, khoảng tin cậy

Giới, điểm Glasgow vào viện, HA tâm thu, tổn thương trên CTscan có liên quan đến tử vong ở bệnh nhân XHN.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan với tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não:

Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến

Biến số	Tử vong do xuất huyết não			
	OR thô (95% CI)	P	OR hiệu chỉnh (95% CI)	P
Giới				
Nam	1			
Nữ	4,33 (1,21 - 15,53)	0,02	6,25 (0,72 - 54,17)	0,10
Glasgow vào viện				
≥ 9 điểm	1			
< 9 điểm	20,37 (4,89 - 84,85)	< 0,01	32,51 (4,37 - 241,82)	< 0,01
HA tâm thu vào viện				
< 180 mmHg	1			
≥ 180 mmHg	5,16 (0,05 - 1,40)	< 0,01	7,22 (1,18 - 44,16)	0,03
CTscan				
Không XHN não thất	1			
Có XHN não thất	7,79 (1,70 - 15,65)	< 0,01	11,64 (1,36 - 99,44)	0,03

Ghi chú: OR: Odds ratio, tỷ số chênh; CI = confidence interval, khoảng tin cậy

Phân tích hồi quy logistic cho thấy điểm Glasgow vào viện, HA tâm thu, có hình ảnh xuất huyết não thất trên CT scan có liên quan đến tử vong ở bệnh nhân XHN.

4. BÀN LUẬN

Theo Bảng 1, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 66 tuổi, bệnh nhân trên 80 tuổi chiếm 18,6%, trong đó nam chiếm 71,2%. Kết quả này tương đồng với một số các nghiên cứu như: nghiên cứu 61 bệnh nhân XHN, tác giả Hoàng Hồng Quân và cộng sự (CS) ghi nhận tuổi trung bình nhóm nghiên cứu $64,44 \pm 10,667$ tuổi, chủ yếu là nam với tỷ lệ 72,1% [3]. Tương tự nghiên cứu của nhóm tác giả Đào Quang Anh tuổi trung bình $64,67 \pm 13,22$ tuổi, nam chiếm 73,38% [4]. Nghiên cứu của tác giả Mai Duy Tôn và CS tuổi trung bình là $60,71 \pm 15,41$ tuổi và nam chiếm 66,1% [5]. Safatli, Diaa A và CS, nghiên cứu 342 bệnh nhân XHN, ghi nhận tuổi trung bình $67 \pm 11,2$ [6].

Về tiền sử bệnh chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 64,4% (Bảng 1). Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu như nghiên cứu của nhóm tác giả Mai Duy Tôn và CS tiền sử tăng HA là 72,3% [5]. Theo tác giả Đỗ Văn Vân và CS tiền sử tăng HA được ghi nhận trong 84% ở bệnh nhân XHN [7]. Theo nghiên cứu của tác giả Rahmani F và CS [8], tiền sử tăng HA (69,0%), đột quỵ cũ (16,8%) và đái tháo đường (14,0%). Nhóm tác giả Safatli, Diaa A và CS ghi nhận tiền sử tăng HA 86,5%, đái tháo đường 28% [6].

Chúng tôi ghi nhận bệnh nhân khởi phát với hôn mê chiếm 50,8%, đau đầu 40,7% (Bảng 1). Theo tác giả Hồng Hoàng Quân và CS [3], bệnh khởi phát đau đầu nôn ói chiếm 11,5%, hôn mê chiếm 13,1%.

Đặc điểm tổn thương trên CTscan sọ não ở bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi theo Bảng 1: xuất huyết não kèm xuất huyết não thất (67,8%) và XHN cả hai bán cầu chiếm 28,8%. Nghiên cứu của tác giả Mai Duy Tôn và CS [5], chảy máu não thất chiếm 33,6%. Theo nghiên cứu của tác giả Hồng Hoàng Quân và CS [3], Vị trí tổn thương, tổn thương nhân bào 27,9%, đồi thị 29,5%, thùy 21,3%, thân não 16,4%, tiểu não 4,9%. Di lệch đường giữa < 5 mm là chủ yếu (83,6%), di lệch ≥ 5 mm là 16,4%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 35 bệnh nhân có đo thể tích khối máu tụ trên phim CTscan và kết quả là trung vị 8,4 mL (tứ phân vị: 4,3 - 16,3 mL) (Bảng 1), thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hồng Hoàng Quân và CS [3], với thể tích khối máu tụ trung bình $29,16 \pm 48,24$ mL.

Trong nghiên cứu này chúng tôi xem tử vong trong thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong khá cao 52,5%. Bệnh nhân ra viện có điểm mRS ra viện ≤ 2 điểm chiếm 33,9%. Thời gian điều trị 7 ngày (tứ phân vị: 2 - 13 ngày) (Bảng 1). Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của một số tác giả như: Nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Vân và CS tỷ lệ tử vong 45,7% [7]. Nghiên cứu 107 bệnh

nhân XHN tác giả Rahmani F và CS [8], tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 57%. Nghiên cứu của tác giả Mai Duy Tôn và CS tỷ lệ tử vong 21%, ra viện điểm mRS 0 - 2 điểm là 46% [5]. Nghiên cứu của nhóm tác giả Hồng Hoàng Quân và CS [3], tỷ lệ tử vong là 11,5% và ngày điều trị trung bình là $13,066 \pm 9,117$ ngày.

Theo Bảng 3, chúng tôi nhận thấy nguy cơ tử vong ở nhóm bệnh nhân dưới 80 tuổi so với nhóm bệnh nhân ≥ 80 tuổi là như nhau (RR = 1,27 (95% CI: 0,75 - 2,16; P = 0,41). Trong nghiên cứu này nhóm bệnh nhân nữ XHN có tỷ lệ tử vong (76,5%) cao hơn nhóm bệnh nhân nam (49,2%) có ý nghĩa thống kê (P = 0,02). Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy nguy cơ tử vong của nữ cao hơn nam với OR = 4,33 (95% CI: 1,21 - 15,53; P = 0,02). Tuy nhiên phân tích hồi quy logistic đa biến không ghi nhận có sự khác biệt về nguy cơ tử vong giữa hai giới (bảng 4). Kết quả của chúng tôi có khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Dương Huy Hoàng và CS [9], trên nhóm bệnh nhân ≥ 80 tuổi có nguy cơ tử vong cao hơn nhóm bệnh nhân < 80 tuổi với OR = 7,38 (95% CI: 3,68-12,14), cũng trong nghiên cứu này nhóm tác giả nhận thấy bệnh nhân nam có nguy cơ tử vong cao hơn nữ OR = 2,62 (95% CI: 1,68 - 4,46).

Theo Bảng 2, chúng tôi ghi nhận HA khi vào viện (HA tâm thu và HA tâm trương) ở nhóm bệnh nhân XHN tử vong cao hơn nhóm bệnh nhân còn sống có ý nghĩa thống kê. Những bệnh nhân có HA tâm thu vào viện ≥ 180 mmHg có tỷ lệ tử vong (72,1%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có HA tâm thu vào viện < 180 mmHg (32,1%) với P < 0,01 (Bảng 3). Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến cho thấy HA tâm thu vào viện ≥ 180 mmHg là yếu tố nguy cơ tử vong ở bệnh nhân XHN với OR = 7,22 (95% CI: 1,18 - 44,16; P = 0,03) (Bảng 4). Theo nghiên cứu của nhóm tác giả Martono N và CS, huyết áp tâm thu và tâm trương càng cao thì nguy cơ tử vong sau khi nhập viện càng lớn (OR = 2,340, 95% CI 1,334 - 4,104; P = 0,022 và OR = 2,110, 95% CI: 1,042 - 4,273; P = 0,026) [10]. Vậy HA tâm thu vào viện ≥ 180 mmHg là yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân XHN.

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận ở nhóm bệnh nhân tử vong có điểm Glasgow vào viện trung vị 5 (IQR: 5-9) thấp hơn nhóm bệnh nhân còn sống (điểm Glasgow vào viện trung vị 14 (IQR: 10-14)) có ý nghĩa thống kê (p < 0,01, Bảng 2). Nhóm bệnh nhân XHN khi vào viện có điểm Glasgow < 9 điểm tỷ lệ tử vong (80%) cao hơn nhóm bệnh nhân có điểm Glasgow ≥ 9 điểm (RR = 3,32 (95% CI: 1,86 - 5,93), P < 0,01) (Bảng 3). Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến chúng tôi nhận thấy điểm Glasgow vào viện < 9 điểm là yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhân XHN với OR = 32,51 (95% CI: 4,37 - 241,82; P < 0,01)

(Bảng 4). Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu khác như: Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn và CS [11], bệnh nhân có điểm Glasgow < 9 điểm có tỷ lệ tử vong 66,7% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có điểm Glasgow ≥ 9 điểm. Theo nhóm tác giả Đỗ Văn Vân và CS [7], điểm Glasgow là yếu tố tiên lượng tử vong với OR = 0,611 (0,497 - 0,752). Trong nghiên cứu về yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân XHN tác giả Fallenius, M và CS [12], ghi nhận những bệnh nhân có Glasgow < 9 điểm tử vong 81% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có điểm Glasgow ≥ 9 điểm, và điểm Glasgow < 9 là yếu tố tiên lượng tử vong trong 12 tháng OR = 5,82 (95% CI: 3,62 - 9,36). Nghiên cứu của Rahmani F và CS [8], ở 107 bệnh nhân XHN ghi nhận những bệnh nhân tử vong có điểm Glasgow 7 ± 4 thấp hơn có ý nghĩa đối với nhóm bệnh nhân còn sống (Glasgow 12 ± 3 điểm, $P < 0,001$). Nghiên cứu 342 bệnh nhân XHN nhóm tác giả Safatli, Diaa A và CS [6], nhận thấy điểm Glasgow khi vào viện là yếu tố tiên đoán tử vong trong 30 ngày với OR = 0,726 (95% CI: 0,661 - 0,796, $P < 0,001$). Theo tác giả Martono N và CS [10], điểm Glasgow khi nhập viện càng thấp (< 5), thì khả năng tử vong của bệnh nhân càng cao (OR = 1,376, 95% CI: 0,816 - 2,320; $P = 0,038$). Như vậy điểm Glasgow vào viện < 9 điểm là yếu tố liên quan đến tử vong trong bệnh xuất huyết não.

Các yếu tố tiên lượng xấu trong XHN như chúng ta biết bao gồm khối máu tụ lớn, khối máu tụ lan rộng, xuất huyết não thất, vị trí dưới lều, lớn tuổi, sử dụng thuốc chống đông,... [13]. Theo Bảng 3, tổn thương trên phim CTscan sọ não ở những bệnh nhân XHN: Chúng tôi cũng nhận thấy nhóm bệnh nhân tổn thương XHN kèm xuất huyết não thất có tỷ lệ tử vong 67,5% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân XHN không có kèm xuất huyết não thất (21,1%) ($P < 0,01$). Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến chúng tôi ghi nhận XHN kèm xuất huyết não thất trên phim CTscan sọ não là yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhân XHN (OR = 11,64 (95% CI: 1,36 - 99,44; $P < 0,01$)) (Bảng 4). Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu như nghiên cứu của nhóm tác giả Đào Quang Anh và CS

những bệnh nhân có xuất huyết não thất có tỷ lệ tử vong (51,6%), cao hơn nhóm không có xuất huyết não thất (8,3%) với OR = 11,71 (4,145 - 33,079) [4]. Theo nhóm tác giả Đỗ Văn Vân và CS [7], bệnh nhân XHN vào não thất tỷ lệ tử vong 87% cao hơn nhóm còn sống ($P < 0,001$), và là yếu tố tiên lượng tử vong với OR = 27 (95% CI: 7,673 - 95,006). Theo tác giả Dương Huy Hoàng và CS [9], bệnh nhân chảy máu não thất có nguy cơ tử vong cao hơn nhóm bệnh nhân XHN không chảy máu não thất OR = 10 (95% CI: 4,46 - 23,38). Tương tự nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Văn Tuấn và CS [11], nhóm bệnh nhân chảy máu não thất tỷ lệ tử vong 40% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có chảy máu não thất (11,9%). Theo tác giả Fallenius, M và CS [12], thể tích khối máu tụ và xuất huyết não thất là yếu tố tiên lượng tử vong trong 12 tháng ở bệnh nhân XHN với OR = 1,01 (95% CI: 1,01-1,02) và OR = 1,64 (95% CI: 1,16-2,30). Tóm lại, xuất huyết não thất là yếu tố liên quan đến tử vong trong bệnh xuất huyết não.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 59 bệnh nhân XHN chúng tôi có một số kết luận như sau:

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị:
- Tuổi trung bình $66 \pm 14,6$, nam chiếm 71,2%.
- Tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 64,4%.
- Khởi phát hôn mê (50,8%), đau đầu (40,7%).
- Liệt khu trú bên trái (50,8%), hai bên (15,3%).
- CTscan xuất huyết não, não thất chiếm tỷ lệ cao nhất 67,8%.
- Bệnh nhân sống ra viện 47,5% (điểm mRS 0-2 chiếm 33,9%), tử vong 52,5%.
- Các yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhân XHN:
 - Glasgow vào viện < 9 điểm với OR = 32,51 (95% CI: 4,37 - 241,82; $P < 0,01$).
 - HA tâm thu vào viện ≥ 180 mmHg với OR = 7,22 (95% CI: 1,18 - 44,16; $P = 0,03$).
 - CTscan có XHN và não thất với OR = 11,64 (95% CI: 1,36 - 99,44; $P = 0,03$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Qureshi AI, Tuhim S, Broderick JP, Batjer HH, Hondo H, Hanley DF. Spontaneous intracerebral hemorrhage. The New England Journal Of Medicine. 2001;344(19): 1450-60.
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quỵ não. Bộ Y tế. 2024. Số 3312/QĐ-BYT.

3. Hoàng Hồng Quân, Nguyễn Thị Thanh Bé, Lê Vũ Duy, Đào Thị Thu Trang. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não bệnh nhân đột quỵ xuất huyết não cấp tại Bệnh viện Quân Y 103. Tạp chí Y học Việt Nam 2024;538(3).
4. Đỗ Quang Anh, Trần Quang Lục, Nguyễn Văn Sơn, Bùi Công Nguyên, Nguyễn Đức Trung, Trần Phương Chinh.

Đánh giá một số yếu tố tiên lượng tử vong trên cắt lớp vi tính đa dãy phối hợp với thang điểm RICH ở bệnh nhân xuất huyết não trên lều do tăng huyết áp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;541(2).

5. Mai Duy Tôn, Đào Việt Phương. Kết quả điều trị chảy máu não tại 8 Bệnh viện thuộc khu vực miền Bắc - Bắc Trung bộ Việt Nam. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2023;169(8):35-42.

6. Safatli DA, Günther A, Schlattmann P, Schwarz F, Kalff R, Ewald CJSni. Predictors of 30-day mortality in patients with spontaneous primary intracerebral hemorrhage. 2016;7(Suppl 18):S510.

7. Đỗ Văn Vân, Hồ Ngọc Diệp, Tạ Thị Kim Liên, Đỗ Thị Thủy. Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong trong xuất huyết não. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học bệnh viện An Giang. 2011; 139.

8. Rahmani F, Rikhtegar R, Ala A, Farkhad-Rasooli A, Ebrahimi-Bakhtavar H. Predicting 30-day mortality in patients with primary intracerebral hemorrhage: Evaluation of the value of intracerebral hemorrhage and modified new intracerebral hemorrhage scores. Iran J

Neurol. 2018; 17(1): 47-52.

9. Dương Huy Hoàng, Lê Đình Tuấn, Nguyễn Tiến Sơn, Đỗ Như Bình, Khương Tùng Ân. 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. Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 2021; 224-230.

10. Martono M, Sudiro S, Satino S, Lestari S, Insiyah I, Martuti S, et al. Prediction of factors influencing hemorrhagic stroke death with brain herniation in teaching hospitals. Electronic Journal of General Medicine. 2024;21(1).

11. Nguyễn Văn Tuấn, Phan Văn Đức, Trần Thị Ngát. Một số yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh nhân chảy máu não đa ổ ở người lớn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;537(1B).

12. Fallenius M, Skrifvars MB, Reinikainen M, Bendel S, Curtze S, Sibolt G, et al. Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. Stroke. 2019;50(9):2336-43.

13. An SJ, Kim TJ, Yoon B-WJ. Epidemiology, risk factors, and clinical features of intracerebral hemorrhage: an update. Journal of Stroke. 2017;19(1):3.