

MỘT SỐ YẾU TỐ DỰ BÁO SỚM KHỐI MÁU TỤ LAN RỘNG Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO

Nguyễn Song Hà¹, Lương Quốc Chính², Vũ Đăng Lưu^{2,3},

Nguyễn Đạt Anh^{2,3}, Mai Duy Tôn²

(1) Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái

(2) Bệnh viện Bạch Mai

(3) Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chảy máu não (CMN) là một cấp cứu thần kinh thường gặp, tỷ lệ tử vong cao, di chứng nặng nề, là gánh nặng lớn cho gia đình và xã hội. Sự lan rộng của khối máu tụ là biến chứng thường xảy ra ở những bệnh nhân CMN nguyên phát giai đoạn cấp sau khi nhập viện và có thể làm tồi tệ hơn kết cục lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá các yếu tố dự báo sớm khối máu tụ lan rộng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả tiến cứu 32 bệnh nhân bị CMN nguyên phát giai đoạn cấp, nhập viện vào Khoa Cấp cứu - Bệnh viện Bạch Mai trong vòng 6 giờ đầu từ khi khởi phát. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não không thuốc cản quang và chụp CLVT mạch não ngay sau khi nhập viện. Bệnh nhân được theo dõi và chụp lại CLVT sọ não không thuốc cản quang sau 24 giờ. Bệnh nhân được chia làm hai nhóm: Có và không có khối máu tụ lan rộng để phân tích các yếu tố về lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh học thông qua các phân tích đơn biến về các yếu tố tiên lượng khối máu tụ lan rộng. **Kết quả:** Tổng số 32 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu và phân tích, kết quả cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân có khối máu tụ lan rộng chiếm 40,6%, số bệnh nhân có dấu hiệu chấm máu là 25% (8/32). Có 5 yếu tố được cho là có liên quan đến khối máu tụ lan rộng, đó là: Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện trong vòng 3 giờ sau đột quỵ não (55% trước 3 giờ so với 16,7% sau 3 giờ, với $p < 0,05$), tỷ lệ prothrombin thấp ($83,8 \pm 12,2\%$ so với $97,7 \pm 18\%$ với $p < 0,05$), tình trạng men gan cao, hình dạng khối máu tụ có bờ không đồng đều, có dấu hiệu chấm máu trên phim chụp CLVT mạch não. **Kết luận:** Có 5 yếu tố có thể liên quan đến dự báo sớm khối máu tụ lan rộng qua phân tích đơn biến, đó là: Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện sớm trước 3 giờ, có dấu hiệu "spot", hình dạng khối máu tụ không đồng đều, tình trạng men gan cao, tỷ lệ prothrombin thấp.

Từ khóa: Chảy máu não, tiên lượng, lâm sàng.

Abstract

SOME PREDICTING FACTORS OF HEMATOMA EXPANSION AFTER PRIMARY INTRACEREBRAL HEMORRHAGE

Nguyen Song Hao¹, Luong Quoc Chinh², Vu Dang Luu^{2,3},

Nguyen Dat Anh^{2,3}, Mai Duy Ton²

(1) Yen Bai General Hospital

(2) Bach Mai Hospital

(3) Hanoi Medical University

Background and purpose: Primary intracerebral hemorrhage is a common neurologic emergency, with high mortality rate, severe sequela and also burdens for families and society. Hematoma expansions after acute primary intracerebral hemorrhage are very important complications that worsen the clinical outcome. Thus, the aim of this research is to predict some factors of the morbidity. **Methods:** We performed a descriptive, observational study of 32 patients with acute primary intracerebral hemorrhage within 6 hours after onset at The Emergency Department, Bach Mai Hospital from November 2014 to July 2016. The computed tomography (CT) and computed tomography angiography (CTA) were indicated for all patients before 6 hours of onset and repeated CLVT without contrast after 24 hours. Patients were divided into 2 groups with or without hematoma expansions to investigate clinical symptoms and signs, blood tests and neuroimaging in univariable analysis of some predicting factors of

hematoma expansion. **Results:** Research on 32 patients with striCLVT criteria showed that the rate of hematoma expansion occurred in 40.6% and spot signs on CTA was seen in 25% (8/32) of cases. There were 5 factors which might associate to hematoma expansions including time from onset to admission less than 3 hours (55% before 3h vs 16.7% after 3h, $p < 0.05$), low prothrombine ratio ($83.8 \pm 12.2\%$ vs $97.7 \pm 18\%$, $p < 0.05$), liver transaminase elevations, heterogeneous hematoma shapes and chấm máu signs on CTA. **Conclusions:** In univariable analysis, there were 5 early predicting factors which might relate to hematoma expansions for acute primary intracerebral hemorrhage, including time from onset to admission less than 3 hours, spot signs on CTA, heterogeneous hematoma shapes, liver transaminase elevations and low prothrombin ratio.

Key Words: Primary intracerebral hemorrhage, clinical,

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não là một bệnh lý thần kinh thường gặp, tỷ lệ tử vong cao, di chứng nặng nề, là gánh nặng lớn cho gia đình và xã hội. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ của các phương tiện hiện đại được ứng dụng trong chẩn đoán, điều trị và hồi sức đột quỵ não nhưng tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày còn cao, lên đến 30 – 50%, trong đó khoảng một nửa số trường hợp xảy ra trong 48 giờ đầu [1], [2]. Khối máu tụ lan rộng là biến chứng thường xảy ra ở những bệnh nhân chảy máu não nguyên phát sau khi nhập viện và có thể làm tồi hơn kết cục lâm sàng. Nhiều nghiên cứu cho thấy khối máu tụ lan rộng là yếu tố tiên lượng độc lập dự báo nguy cơ tử vong và kết cục xấu ở bệnh nhân chảy máu não [1], [2]. Nghiên cứu các yếu tố dự báo sớm sự lan rộng của khối máu tụ giúp cho thầy thuốc thực hành lâm sàng có thể phát hiện sớm những bệnh nhân có nguy cơ khối máu tụ lan rộng, đồng thời phân loại và đưa ra các quyết định điều trị kịp thời nhằm giảm nguy cơ lan rộng sau chảy máu não, cũng như giảm

nguy cơ tử vong và tàn tật ở nhóm bệnh nhân này.

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về vấn đề này. Ở Việt Nam cũng có một vài nghiên cứu về một số yếu tố tiên lượng trong chảy máu não do tăng huyết áp, nhưng chưa có nghiên cứu nào phân tích được đầy đủ tác động của các yếu tố nguy cơ dự báo sớm khối máu tụ lan rộng cũng như giá trị của thang điểm dấu chấm máu để tiên lượng mức độ nặng, nguy cơ tử vong và tàn tật ở bệnh nhân chảy máu não, [6], [7]. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: “Tìm hiểu một số yếu tố dự báo sớm liên quan đến khối máu tụ lan rộng ở bệnh nhân chảy máu não giai đoạn cấp”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 32 bệnh nhân chảy máu não được điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11 năm 2014 đến tháng 7 năm 2016 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau.

Tiêu chuẩn lựa chọn

(Đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn)

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi
- Có triệu chứng lâm sàng của đột quỵ não theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (1990)
- Hình ảnh chảy máu não có hoặc không kèm chảy máu não thất trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não
- Thời gian từ khi khởi phát tới khi nhập viện ≤ 6 giờ

Tiêu chuẩn loại trừ

(Đáp ứng được ít nhất một trong số các tiêu chuẩn loại trừ)

- Chảy máu dưới nhện, phình động mạch não, dị dạng động – tĩnh mạch não, nhồi máu não chuyển dạng chảy máu.
- Chảy máu não do chấn thương, do lạm dụng các chất ma túy.
- Suy thận, di chứng đột quỵ não với thang điểm rankin sửa đổi mRS > 3 , bệnh ung thư giai đoạn cuối.
- Tử vong trong vòng 24 giờ, hoặc được phẫu thuật trước khi chụp phim cắt lớp vi tính sọ não lần thứ hai.
- Bệnh nhân hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bệnh nhân chảy máu não đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được tuyển chọn sau khi đã chấp thuận tham gia nghiên cứu. Sau khi hỏi bệnh, thăm khám và thu thập số liệu về tuổi, giới, tiền sử bệnh (tăng huyết áp, hút thuốc lá, lạm dụng rượu, sử dụng thuốc chống đông máu, thuốc chống kết tập tiểu cầu, đột quỵ não, bệnh lý khác), triệu chứng và thời gian khởi phát, triệu chứng lâm sàng (điểm hôn mê Glasgow, mạch, huyết áp, các dấu hiệu thần kinh khu trú) và hình ảnh chảy máu não trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não lần thứ nhất khi vào viện (khoảng thời gian từ khi khởi phát cho tới khi chụp, tỷ trọng, hình thái và thể tích theo công thức ABC/2 của khối máu tụ), bệnh nhân được làm các xét nghiệm máu (công thức máu, đông máu cơ bản, chức năng gan thận) và tiến hành chụp cắt lớp vi tính mạch máu não (CTA) nếu chức năng thận bình thường để xác định dấu hiệu chấm máu (spot sign) theo tiêu chuẩn Delgado Almandoz[4].

Tất cả bệnh nhân nghiên cứu được điều trị theo phác đồ chung[13]: kiểm soát đường thở, hỗ trợ hô hấp, hỗ trợ tuần hoàn, theo dõi và đánh giá thần kinh, theo dõi và thăm khám toàn thân tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân ổn định thì được chụp phim cắt lớp vi tính sọ não lần thứ hai sau 24 giờ, hoặc bất cứ khi nào bệnh nhân có

dấu hiệu suy giảm thần kinh (điểm hôn mê Glasgow giảm ≥ 2 điểm, và/hoặc có dấu hiệu liệt mới hoặc liệt tăng lên) thì được tiến hành chụp phim cắt lớp vi tính sọ não lần thứ hai ngay. Đánh giá triệu chứng lâm sàng (điểm hôn mê Glasgow, mạch, huyết áp, các dấu hiệu thần kinh khu trú), thời gian chụp và hình ảnh chảy máu não trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não lần thứ hai (tỷ trọng, hình thái và thể tích theo công thức ABC/2 của khối máu tụ). Bệnh nhân nghiên cứu được chia làm hai nhóm: **nhóm I** có khối máu tụ lan rộng; **nhóm II** không có khối máu tụ lan rộng. Khối máu tụ lan rộng được đánh giá theo tiêu chuẩn của Mayer [9], Wada [1] và Park [10]: đủ tiêu chuẩn chẩn đoán chảy máu não; thể tích khối máu tụ nhu mô não tăng trên 30% hoặc trên 6ml trên chụp cắt lớp vi tính sọ não lần thứ hai so với lần đầu (khi nhập viện).

2.2.3. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, được xử lý và phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân hoặc thành viên gia đình được giải thích về mục đích và phương pháp nghiên cứu. Chỉ những bệnh nhân hoặc thành viên gia đình đại diện pháp lý cho bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia mới được đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân hoặc thành viên gia đình đại diện pháp lý cho bệnh nhân có quyền không tiếp tục tham gia nghiên cứu trong bất kỳ thời điểm nào.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu khi nhập viện

Đặc điểm	Chung (n = 32)	Nhóm I (n=13)	Nhóm II (n=19)	p
Tuổi, năm, $\bar{X} \pm SD$	58,6 $\pm$ 10,5	57 $\pm$ 6,6	60,1 $\pm$ 10,4	>0,05
Giới, nam, số bệnh nhân (tỷ lệ %)	25 (78,1)	10 (76,9)	16 (84,2)	>0,05
Tiền sử THA, số bệnh nhân (tỷ lệ %)	24 (75)	10 (76,9)	14 (73,7)	>0,05
HATT, mmHg, $\bar{X} \pm SD$	179 $\pm$ 26,5	176,2 $\pm$ 26	180,7 $\pm$ 27,3	>0,05
HATTr, mmHg, $\bar{X} \pm SD$	94,9 $\pm$ 9,9	94,8 $\pm$ 7,7	95 $\pm$ 11,4	>0,05
Glasgow, điểm, $\bar{X} \pm SD$	13 $\pm$ 2,03	12,4 $\pm$ 1,8	13,4 $\pm$ 2,1	>0,05

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 58,6 $\pm$ 10,5, cao nhất là 80 tuổi, thấp nhất là 37, không có sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ nam chiếm 78,1% (25/32), sự khác

biệt không có ý nghĩa thống kê về giới giữa 2 nhóm nghiên cứu. Ngoài ra không có sự khác biệt về huyết áp tâm thu, tâm trương và điểm Glasgow khi nhập viện của các nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân có khối máu tụ lan rộng theo khoảng thời gian từ khi khởi phát cho đến khi nhập viện

Nhóm	Chung (n = 32)	≤ 3 giờ (n = 20)	> 3 giờ (n = 12)	p
Nhóm I, số bệnh nhân (tỷ lệ %)	13 (40,6)	11 (55,0)	2 (16,7)	0,0365
Nhóm II, số bệnh nhân (tỷ lệ %)	19 (59,4)	9 (45,0)	10 (83,3)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có khối máu tụ lan rộng ở nhóm nhập viện ≤ 3 giờ sau khi khởi phát cao hơn so với nhóm bệnh nhân nhập viện sau 3 giờ (55% so với 16,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa các chỉ số huyết học khi nhập viện và tiến triển khối máu tụ

Chỉ số	Chung (n = 32)	Nhóm I (n = 13)	Nhóm II (n = 19)	p
Hồng cầu, T/L, $\bar{X} \pm SD$	4,60 ± 0,39	4,56 ± 0,36	4,64 ± 0,42	> 0,05
Hb, g/l, $\bar{X} \pm SD$	142,8 ± 13,9	134,7 ± 14,4	144,8 ± 13,6	> 0,05
Tiểu cầu, G/l, $\bar{X} \pm SD$	211,6 ± 60,9	193,2 ± 69,8	224 ± 52,3	> 0,05
Bạch cầu, G/l, $\bar{X} \pm SD$	11540 ± 3661	12270 ± 3253	11042 ± 3421	> 0,05
PT, %, $\bar{X} \pm SD$	98 ± 14	83,8 ± 12,2	97,7 ± 18	< 0,05
APTT, giây, $\bar{X} \pm SD$	29,61 ± 3,5	29,7 ± 3,7	29,6 ± 2,9	> 0,05
Fibrinogen, g/l, $\bar{X} \pm SD$	3,09 ± 0,93	3,04 ± 1,75	3,59 ± 0,83	> 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ Prothrombin trung bình là 98 ± 14%, trong đó tỷ lệ prothrombin ở nhóm khối máu tụ lan rộng là 83,8 ± 12,2% thấp hơn ở nhóm khối máu tụ không lan rộng là 97,7 ± 18%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Liên quan giữa các chỉ số hóa sinh khi nhập viện và tiến triển khối máu tụ

Chỉ số	Chung (n = 32)	Nhóm I (n = 13)	Nhóm II (n = 19)	p
Ure, mmol/l, $\bar{X} \pm SD$	4,8 ± 1,5	4,8 ± 2,1	4,6 ± 1,1	> 0,05
Glucose, mmol/l, $\bar{X} \pm SD$	9,2 ± 2,7	9,8 ± 3,1	8,8 ± 2,2	> 0,05
Creatinin, μ mol/l, $\bar{X} \pm SD$	79,7 ± 19,2	75,5 ± 21,2	82,6 ± 17,8	> 0,05
AST, UI/l, $\bar{X} \pm SD$	51 ± 40,4	74,6 ± 48,8	34,8 ± 23,4	< 0,05
ALT, UI/l, $\bar{X} \pm SD$	32 ± 26,8	38,5 ± 36,3	30,7 ± 11,7	> 0,05
Na ⁺ , mmol/l, $\bar{X} \pm SD$	140,7 ± 4,1	140,8 ± 5,7	140,6 ± 2,5	> 0,05
K ⁺ , mmol/l, $\bar{X} \pm SD$	4,09 ± 2,6	3,6 ± 0,29	3,7 ± 0,45	> 0,05
Cl ⁻ , mmol/l, $\bar{X} \pm SD$	102,3 ± 4,7	102,3 ± 6,8	102 ± 2,8	> 0,05

Nhận xét: Nồng độ AST trung bình là $51 \pm 40,4$, trong đó ở nhóm khối máu tụ lan rộng là $74,6 \pm 48,8$ UI/l cao hơn ở nhóm khối máu tụ không lan rộng là $34,8 \pm 23,4$ UI/l. Sự khác nhau này có ý nghĩa thống

kê với $p < 0,05$. Ngoài ra không có sự khác biệt có ý nghĩa ở các chỉ số ure, creatinin, glucose, Na^+ , K^+ và Cl^- giữa hai nhóm.

Bảng 5. Liên qua giữa hình dạng và tiến triển khối máu tụ

Hình dạng khối máu tụ	Chung (n = 32)	Nhóm I (n = 13)	Nhóm II (n = 19)	p
Đều, n (%)	15 (43,8)	4 (30,8%)	11 (57,9)	< 0,05
Không đều, n (%)	17 (56,2)	9 (69,2)	8 (42,1)	

Nhận xét: Hình dạng khối máu tụ với bờ không đều trên phim CLVT sọ não ở nhóm khối máu tụ lan rộng chiếm tỷ lệ 69,2% cao hơn nhiều so với nhóm khối máu tụ không lan rộng (42,1%), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6. Liên quan giữa dấu hiệu chấm máu và tiến triển khối máu tụ

Dấu hiệu "spot"	Chung (n = 32)	Nhóm I (n = 13)	Nhóm II (n = 19)	p
Có, n (%)	8 (25)	6 (46,2)	2 (10,5)	< 0,05
Không có, n (%)	24 (75)	7 (53,8)	17 (89,5)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu chấm máu chiếm 25% trong tổng số trường hợp nghiên cứu. Trong đó ở nhóm khối máu tụ lan rộng tỷ lệ có dấu hiệu chấm máu cao hơn nhóm không có khối máu tụ lan rộng (46,2% so với 10,5%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $58,6 \pm 10,5$ tuổi, cao nhất là 80 tuổi, thấp nhất là 37, không có sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của Nguyễn Hữu Tín [7] tuổi trung bình đối với nam $57,24 \pm 11,85$ và không có sự khác biệt về tuổi giữa hai giới, hay Ngô Thị Kim Trinh [12] là $57,19 \pm 12,27$. Trong công bố của Li N và cộng sự [5] nghiên cứu trên 139 trường hợp tuổi trung bình là 56 tuổi. Theo Cao Phi Phong, CMN ở người trên 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao và tuổi của bệnh nhân chảy máu não thường trên 50 tuổi [6]. Về giới tính, cũng như nhiều tác giả trong và ngoài nước cho thấy, tỷ lệ CMN ở nam cao hơn nữ, tuy nhiên tỷ lệ này thay đổi qua các nghiên cứu: theo Nguyễn Hữu Tín là 70%, hay Tăng Việt Hà tỷ lệ nam là 68,7%, Li N là 68,3% còn nghiên cứu của chúng tôi là 78,1% [6],[7].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 40,6% bệnh nhân nhập viện có khối máu tụ lan rộng, ở nhóm

nhập viện trong vòng 3 giờ sau đột quỵ não có khối máu tụ lan rộng chiếm 55% cao hơn so với nhóm vào viện sau 3 giờ chiếm 16,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo Brot và cộng sự [3], nghiên cứu tiến cứu trên 103 bệnh nhân nhập viện trong 3 giờ đầu sau khởi phát được chụp CLVT ngay, sau đó 1 giờ và 20 giờ chụp lại, cho thấy khối máu tụ lan rộng chiếm 38% trong 24 giờ đầu sau khi khởi phát (trong đó 26% bệnh nhân có khối máu tụ lan rộng trong 3 giờ đầu, còn lại 12% có khối máu tụ lan rộng trong 21 giờ tiếp theo [3]. Nguyễn Hữu Tín cũng cho rằng, thời gian từ khi khởi phát đến khi chụp CLVT càng ngắn là yếu tố tiên lượng mạnh mẽ nhất cho khối máu tụ lan rộng; Những bệnh nhân nhập viện trước 6 giờ có đến 34,8% có gia tăng thể tích khối máu tụ, trong khi những bệnh nhân đến sau 6 giờ chỉ có 6,8% có gia tăng thể tích khối máu tụ [7].

Tỷ lệ Prothrombin trung bình là $98 \pm 14\%$, trong đó tỷ lệ Prothrombin ở nhóm khối máu tụ lan rộng là $83,8 \pm 12,2\%$ thấp hơn ở nhóm khối máu tụ không lan rộng là $97,7 \pm 18\%$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tín [7], cho thấy tỷ lệ prothrombin thấp làm máu kém đông hơn bình thường, sẽ làm cho khối máu tụ có nguy cơ lan rộng hơn. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Kim Trinh [12], hay Fujii và cộng sự [8] không tìm

thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Vai trò của AST và ALT: Chức năng gan và hệ thống đông máu có liên quan mật thiết với nhau và đóng vai trò quan trọng trong việc ngăn chặn sự chảy máu trong CMN. Mối liên quan giữa CMN và khuynh hướng chảy máu thêm do rối loạn chức năng gan đã được McCormick, Rosenfield và Cahill Ducker nghiên cứu [12]. Khi nghiên cứu vai trò của các loại men gan tác động như thế nào lên sự lan rộng của khối máu tụ, bảng 4 cho thấy, nồng độ AST trung bình ở nhóm khối máu tụ lan rộng là $74,6 \pm 48,8$ UI/l cao hơn ở nhóm khối máu tụ không lan rộng là $34,8 \pm 23,4$ UI/l, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Ngô Thị Kim Trinh, nồng độ AST trung bình của nhóm có khối máu tụ lan rộng là $62,08 \pm 47,63$ UI/L cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với nhóm không có gia tăng thể tích ($34,63 \pm 20,25$ UI/L) [12]. Nghiên cứu của Fujii cho thấy, nồng độ AST ở nhóm có khối máu tụ lan rộng là 48 ± 5 cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với nhóm không có gia tăng thể tích (34 ± 2 UI/L) [8]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tín lại không tìm thấy mối liên quan này [7]. Chúng tôi cũng chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa về tác động của sự tăng men gan ALT liên quan đến khối máu tụ lan rộng.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, tỷ lệ khối máu tụ lan rộng ở những trường hợp có hình dạng khối máu tụ bờ không đồng đều trên phim chụp CLVT sọ não lần đầu cao hơn hẳn so với nhóm có khối máu tụ bờ tròn đều [7], [8], [12]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hình dạng khối máu tụ với bờ không đều trên phim CLVT sọ não lần đầu ở nhóm khối máu tụ lan rộng chiếm tỷ lệ 69,2% cao hơn nhiều so với nhóm khối máu tụ không lan rộng (42,1%). Để giải thích vấn đề này, nhiều tác giả cho rằng, hình dạng của khối

máu tụ không đều là do hiện tượng chảy máu cùng lúc ở nhiều tiểu động mạch. Mặc dù khối máu tụ có hình dạng không đều là yếu tố tiên lượng độc lập với khối máu tụ lan rộng, nhưng dường như không được xem là một yếu tố nguy cơ, mà chỉ là diễn biến tự nhiên của sự lan rộng của khối máu tụ [8].

Dấu hiệu “spot”, được quan sát thấy khoảng 1/3 số bệnh nhân được chụp CLVT mạch não trong vòng 3 giờ sau khi khởi phát. Nhiều nghiên cứu đơn trung tâm đã chỉ ra rằng, dấu hiệu chấm máu là một chỉ điểm dự báo về nguy cơ khối máu tụ lan rộng [1], [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu chấm máu chiếm 25%. Trong đó ở nhóm khối máu tụ lan rộng tỷ lệ có dấu hiệu chấm máu cao hơn ở nhóm khối máu tụ không lan rộng (46,2% so với 10,5%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương tự như vậy, trong nghiên cứu của Ngô Thị Kim Trinh, ở nhóm có khối máu tụ lan rộng, tỷ lệ có dấu hiệu chấm máu chiếm 25,5% cao hơn nhiều so với nhóm khối máu tụ không lan rộng (7,1%) [12]. Theo Li N và cộng sự trong nghiên cứu tiến cứu 139 bệnh nhân, sự có mặt của dấu hiệu chấm máu gặp ở 21,6% số trường hợp, nhóm bệnh nhân có dấu hiệu chấm máu trên CLVT mạch não có nguy cơ khối máu tụ lan rộng nhiều hơn, thời gian điều trị nội trú dài hơn, tỷ lệ tử vong cao hơn và có kết cục tồi hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có dấu hiệu chấm máu [5].

5. KẾT LUẬN

Có năm yếu tố có thể liên quan đến dự báo sớm khối máu tụ lan rộng qua phân tích đơn biến, đó là: Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện sớm trước 3 giờ, có dấu hiệu “spot”, hình dạng khối máu tụ không đồng đều, tình trạng men gan cao và tỷ lệ prothrombin thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wada R., Aviv R. I., Fox A. J. et al. (2007). CLVT Angiography “Spot Sign” Predicts Hematoma Expansion in Acute Intracerebral Hemorrhage. *Stroke*, 38 (4), 1257-1262.
2. Balami J. S. and Buchan A. M. (2012). Complications of intracerebral haemorrhage. *Lancet Neurol*, 11 (1), 101-118.
3. Brott T., Broderick J., Kothari R. et al. (1997). Early hemorrhage growth in patients with intracerebral hemorrhage. *Stroke*, 28 (1), 1-5.
4. Delgado Almandoz J. E., Yoo A. J., Stone M. J. et al. (2010). The spot sign score in primary intracerebral

hemorrhage identifies patients at highest risk of in-hospital mortality and poor outcome among survivors. *Stroke*, 41 (1), 54-60.

5. Li N., Wang Y., Wang W. et al. (2011). Contrast Extravasation on Computed Tomography Angiography Predicts Clinical Outcome in Primary Intracerebral Hemorrhage: A Prospective Study of 139 Cases. *Stroke*, 42 (12), 3441-3446.

6. Tăng Việt Hà. (2008). *Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng đối với chảy máu não ở bệnh nhân tăng huyết áp*. Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.

7. Nguyễn Hữu Tín. (2004). *Nghiên cứu diễn biến lâm*

sàng và một số yếu tố tiên lượng sự lan rộng của khối máu tụ trong não do tăng huyết áp. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

8. Fujii Y., Takeuchi S., Sasaki O. et al. (1998). Multivariate analysis of predictors of hematoma enlargement in spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke*, 29 (6), 1160-1166.

9. Mayer S. A., Brun N. C., Begtrup K. et al. (2005). Recombinant Activated Factor VII for Acute Intracerebral Hemorrhage. *New England Journal of Medicine*, 352 (8), 777-785.

10. Park S. Y., Kong M. H., Kim J. H. et al. (2010). Role of 'Spot Sign' on CLVT Angiography to Predict CLVTHematoma Expansion in Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *J*

Korean Neurosurg Soc, 48 (5), 399-405.

11. Romero J. M., Brouwers H. B., Lu J. et al. (2013). Prospective Validation of the CLVT Angiography Spot Sign Score for Intracerebral Hemorrhage. *Stroke*, 44 (11), 3097-3102.

12. Ngô Thị Kim Trinh. (2013). Các yếu tố liên quan đến sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo. Luận văn chuyên khoa II, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh,

13. Morgenstern L. B., Hemphill J. C., 3rd, Anderson C. et al. (2010). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 41 (9), 2108-2129.