

- en/index.html?itemId=/content/component/7402dbb2-en: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7402dbb2-en/index.html?itemId=/content/component/7402dbb2-en>.
- Nguyễn Thị Thanh Tâm, Nông Việt Thùy, Trần Bảo Ngọc** (2018), Thực trạng thừa cân béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh hai trường trung học cơ sở tại thành phố Thái Nguyên 2016, Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, Tháng 3 năm 2017 2017;1(13):33-40.
  - <https://chuyentrang.viendinhduong.vn/vi/thong-tin-giao-duc-truyen-thong/cach-phan-loai-va-danh-gia-tinh-trang-dinh-duong-dua-vao-z-score>.
  - WHO** (2021), Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
  - Đinh Quỳnh Ngọc, Trương Thị Thùy Dung, Đinh Quốc Cường** (2019), Tình trạng dinh dưỡng và mối liên quan với tần suất sử dụng sữa và các chế phẩm từ sữa, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, phụ bản tập 23, số 2: 177-183.
  - Đỗ Thị Chuyên và cộng sự** (2021), Tình trạng dinh dưỡng phân loại theo tỉ lệ mỡ cơ thể ở học sinh 11-14 tuổi tại thị xã Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh năm 2019, Tạp chí Khoa học và Công nghệ Yên Bái, 226 (01): 20-26.

## KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG SỚM TRÊN NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC TẠI TRUNG TÂM ĐỘT QUỴ - BVĐK TỈNH PHÚ THỌ TỪ 01/2022 - 06/2023

Nguyễn Huy Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Ân<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Minh Thanh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả PHCN vận động sớm trên BN NMN cấp được can thiệp lấy huyết khối cơ học tại Trung tâm đột quỵ - BVĐK tỉnh Phú Thọ. **Phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu có can thiệp, theo dõi dọc, trên 93 BN NMN cấp được can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học tại Trung tâm đột quỵ - BVĐK tỉnh Phú Thọ, trong đó có 40 BN được PHCN sớm từ 24-48h, 53 BN được PHCN từ sau 48h kể từ thời điểm can thiệp. Thời điểm đánh giá D0 (ngày bắt đầu tập PHCN), D7 (ngày thứ 7), D90 (ngày thứ 90) bằng các thang điểm NIHSS, Barthel, mRS. Thời gian từ 01/2022 - 06/2023. **Kết quả:** ở nhóm 24-48h, thời gian trung bình bắt đầu PHCN là 28,3 ± 11,7 giờ; số ngày nằm viện trung bình là 14 ngày, ở nhóm sau 48h, thời gian trung bình bắt đầu tập PHCN là 73,8 ± 21,5 giờ; thời gian nằm viện trung bình là 21 ngày. Tại thời điểm D7, tỷ lệ cải thiện điểm NIHSS ở nhóm 24-48h và nhóm sau 48h lần lượt là 82,5% và 82,9%; tỷ lệ cải thiện điểm mRS (mRS 0-2) lần lượt là 55% và 54,7%; tỷ lệ cải thiện điểm Barthel là 65% và 58,4%. Tại thời điểm D90, tỷ lệ cải thiện điểm Barthel ở nhóm 24-48h và nhóm sau 48h lần lượt là 82,5% và 72,2%; điểm mRS cải thiện rõ rệt ở nhóm 24-48h với điểm mRS 0-2 chiếm tỷ lệ 75% so với 60% ở nhóm sau 48h. Không có BN nào gặp biến chứng trong quá trình tập PHCN. **Kết luận:** PHCN vận động sớm trên BN nhồi máu não cấp được can thiệp lấy huyết khối cơ

học giúp cải thiện chức năng cho BN, giảm thương tật thứ cấp đặc biệt với các BN được PHCN sớm trong 24-48h kể từ thời điểm can thiệp.

**Từ khóa:** Phục hồi chức năng vận động sớm, can thiệp lấy huyết khối cơ học.

### SUMMARY

#### RESULTS OF EARLY MOTOR FUNCTION REHABILITATION IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL INHEMIA WHO RECEIVED MECHANICAL THROMBOLEPTIC REHABILITATION AT THE STROKE CENTER - PHU THO PROVINCIAL GERD FROM 01/2022 - 6/2023

**Objective:** Evaluate the results of early motor function recovery in patients with acute ischemic stroke undergoing mechanical thrombectomy at the Stroke Center - Phu Tho Provincial General Hospital.

**Methods:** Prospective study with intervention, longitudinal follow-up, on 93 patients with acute cerebral infarction undergoing mechanical thrombectomy at the Stroke Center - Phu Tho Provincial General Hospital, including 40 patients received early rehabilitation from 24-48 hours, 53 patients received rehabilitation after 48 hours after the intervention. Assessment time is D0 (starting day of rehabilitation), D7 (day 7<sup>th</sup>), D90 (day 90<sup>th</sup>) using NIHSS, Barthel, mRS scales, from January 2022 - June 2023. **Results:** In the 24-48 hours group, the average time to start rehabilitation was 28,3± 11,7 hours; the average number of days in the hospital is 14 days. In the group after 48 hours, the average time to start rehabilitation is 73,8 ± 21,5 hours; The average hospital stay is 21 days. At day 7, the NIHSS score improvement rate in the 24-48 hours group and after 48 hour group were 82,5% and 82,9%, respectively; mRS score improvement rate (mRS 0-2) was 55% and 54,7%, respectively; Barthel score improvement rates

<sup>1</sup>Sở Y tế Phú Thọ

<sup>2</sup>Trường Cao đẳng Y tế Phú Thọ

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: huyngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024

were 65% and 58,4%. At D90, the Barthel score improvement rate in the 24-48 hours group and the after 48 hours group were 82,5% and 72,2%, respectively; mRS score improved significantly in the 24-48 hour group with mRS score 0-2 accounting for 75% compared to 60% in the group after 48 hours. No patient encountered complications during the rehabilitation process. **Conclusion:** Early mobilization rehabilitation in patients with acute ischemic stroke undergoing mechanical thrombectomy helps improve patient function and reduces secondary injuries, especially for patients who receive early rehabilitation within 24-48 hours from the time of after intervention point. **Keywords:** Early recovery of motor function, mechanical thrombectomy intervention.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế ở Việt Nam và trên thế giới, bao gồm đột quy nhồi máu não (80-85%) và đột quy chảy máu não (10-15%)<sup>1</sup>.

Đối với BN nhồi máu não cấp, tỷ lệ liệt vận động còn tương đối cao dù được can thiệp lấy huyết khối cơ học. Phục hồi chức năng sớm có tổ chức, lượng giá cụ thể được khuyến cáo trong các hướng dẫn quản lý và điều trị đột quy<sup>2</sup>. Thời gian vận động sau đột quy nên bắt đầu từ 24 - 48h sau khởi phát đột quy nếu như không có chống chỉ định<sup>3</sup>.

Nghiên cứu Wei Wang và cộng sự (2022) thực hiện trên 103 BN được PHCN sớm sau ĐQN cấp có can thiệp lấy huyết khối cơ học, kết quả PHCN sớm làm giảm tỷ lệ tàn tật thứ cấp, cải thiện chức năng vận động<sup>4</sup>.

Hiện nay các nghiên cứu về hiệu quả của PHCN sớm dành cho BN NMN cấp được can thiệp lấy huyết khối chưa nhiều và tính hiệu quả của PHCN sớm còn nhiều tranh luận. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "*Đánh giá kết quả PHCN vận động sớm trên BN NMN cấp được can thiệp lấy huyết khối cơ học tại Trung tâm đột quy - BVĐK tỉnh Phú Thọ từ 01/2022 - 06/2023*".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 93 BN nhồi máu não cấp được can thiệp lấy huyết khối cơ học, trong đó 40 BN được PHCN sớm từ 24-48h kể từ thời điểm can thiệp, 53 BN được PHCN sau 48h, tại Trung tâm đột quy – Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2023.

**- Tiêu chuẩn chọn:**

- + BN đột quy NMN cấp được can thiệp nội mạch lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học.
- + Tuổi: 18 – 80.
- + Điểm mRS trước khởi phát đột quy: 0-1.
- + BN hoặc thân nhân người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

**- Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + BN hôn mê, rối loạn ý thức nặng.
- + ĐQN tiến triển: NIHSS tăng ≥ 4 so với thời điểm trước can thiệp.
- + BN cải thiện kết cục chức năng hoàn toàn sau can thiệp (NIHSS < 5 điểm).
- + Chảy máu nội sọ chuyển dạng có triệu chứng.
- + Suy tim NYHA 4.
- + Dấu hiệu sinh tồn nghiêm trọng.
- + BN không tuân thủ đầy đủ liệu trình can thiệp điều trị.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**- Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu có can thiệp, theo dõi dọc tại các thời điểm D0 (ngày bắt đầu tập PHCN), D7 (ngày thứ 7), D90 (ngày thứ 90).

**- Chỉ số nghiên cứu:**

- + Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: thời gian trung bình bắt đầu PHCN, số ngày nằm viện trung bình.
- + Các thang điểm đánh giá: NIHSS, Barthel, mRS.

**- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:**

+ Thu thập số liệu: Các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu bằng các phương pháp: khám và lượng giá người bệnh, tham khảo hồ sơ bệnh án.

+ **Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm 24-48h	Nhóm sau 48h	p
Thời gian trung bình bắt đầu PHCN (giờ)	28,3 ± 11,7	73,8 ± 21,5	< 0,05
Glasgow trung bình trước can thiệp	11,3 (9 – 15)	12,1 (8 – 15)	> 0,05

**Nhận xét:** Thời gian trung bình bắt đầu PHCN ở nhóm 24-48h và sau 48h lần lượt là 28,3 ± 11,7 và 73,8 ± 21,5 giờ, với điểm Glasgow trung bình lần lượt là 11,3 và 12,1.

**Bảng 2. Kết cục chức năng sớm (tại thời điểm D7)**

Đặc điểm	Nhóm 24-48h (n, %)	Nhóm sau 48h (n, %)	p	
Cải thiện điểm NIHSS (%)	NIHSS giảm 1-3	12(30%)	23(43,3%)	< 0,05
	NIHSS giảm ≥4	21(52,5%)	21(39,6%)	
Điểm mRS	NIHSS không cải thiện/tăng	7(17,5%)	9(16,9%)	> 0,05
	0-2	22(55%)	29(54,7%)	
	3-5	18(45%)	24(45,3%)	

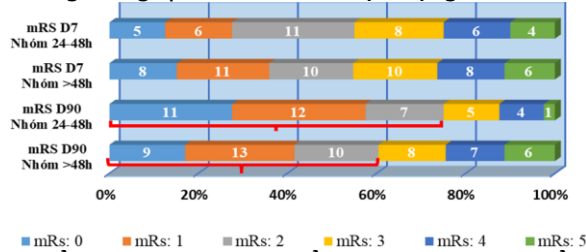
Điểm Barthel ( $\geq 85$ )	26(65%)	31(58,4%)	$> 0,05$
----------------------------	---------	-----------	----------

**Nhận xét:** Tại thời điểm D7, tỷ lệ cải thiện kết cục chức năng ở nhóm 24-48h và sau 48h là tương đương, tỷ lệ cải thiện điểm NIHSS lần lượt là 82,5% và 82,9%; tỷ lệ cải thiện điểm mRS (mRS 0-2) lần lượt là 55% và 54,7%; tỷ lệ cải thiện điểm Barthel là 65% và 58,4%.

**Bảng 3: Biến chứng PHCN sớm**

Đặc điểm	Nhóm 24-48h	Nhóm sau 48h
Tái tắc mạch	0	0
Nhồi máu não tái phát	0	0
Tắc mạch phổi, mạch chi	0	0
Hạ HA tư thế	0	0
Ngã khi rời giường sớm	0	0

**Nhận xét:** Không có BN nào xảy ra biến chứng trong quá trình PHCN vận động sớm.



**Biểu đồ 1. So sánh điểm mRS tại thời điểm D90 và D7**

**Nhận xét:** Tại thời điểm D90, tỷ lệ cải thiện điểm mRS thay đổi rõ rệt ở nhóm 24-48h với điểm mRS 0-2 chiếm 75% so với 60% ở nhóm sau 48h.

**Bảng 4. Kết cục chức năng muộn (tại thời điểm D90)**

Đặc điểm	Nhóm 24-48h (n,%)	Nhóm sau 48h (n,%)	p
Số ngày nằm viện trung bình (X, min-max) (ngày)	14 (10 - 16)	21 (19 - 27)	$< 0,05$
$\geq 85$	32 (82,5%)	39 (72,2%)	$< 0,05$
$< 85$	8 (17,5%)	14 (27,8%)	$< 0,05$

**Nhận xét:** Ở nhóm 24-48h, thời gian nằm viện trung bình ngắn hơn là 14 ngày so với nhóm sau 48h là 21 ngày. BN có khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày (Barthel  $\geq 85$ ) ở 2 nhóm nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 82,5% và 72,2%, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu được tiến hành trên 93 BN nhồi máu não cấp được can thiệp lấy huyết khối cơ học, gồm 40 BN được PHCN sớm từ 24-48h và 53 BN được PHCN sau 48h. Thời gian trung bình bắt đầu PHCN ở 2 nhóm lần lượt là  $28,3 \pm 11,7$  và  $73,8 \pm 21,5$  giờ với điểm Glasgow trung bình trước can thiệp là 11,3 và 12,1. Kết quả cho thấy

PHCN vận động sớm giúp cải thiện chức năng và giảm thương tật thứ cấp cho BN.

Tỷ lệ cải thiện điểm NIHSS ở cả 2 nhóm 24-48h và sau 48h đều chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 82,5% và 82,9%, mức cải thiện có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ BN có khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày với điểm Barthel  $\geq 85$  cải thiện từ 65% ở nhóm 24-48h lên 82,5% và ở nhóm sau 48h từ 58,4% lên 72,2% sau 90 ngày, tỷ lệ cải thiện có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Wen Xiu Wu (2020) nghiên cứu bệnh nhân tập luyện sớm trong 48 giờ đo lường chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Bathel. Kết quả cho thấy bệnh nhân cũng cải thiện điểm theo các mốc thời gian có ý nghĩa thống kê<sup>5</sup>.

Tỷ lệ BN giảm các thương tật thứ cấp với mRS 0-2 cải thiện đáng kể, sau 90 ngày điểm mRS 0-2 ở nhóm 24-48h là 75% và 60% ở nhóm sau 48h. Nghiên cứu của Momosaki và cộng sự tìm mối liên quan giữa PHCN vận động sớm trong 72 giờ so với trì hoãn phục hồi chức năng ở bệnh nhân nhồi máu não, kết quả dựa trên sự độc lập về chức năng (mRS 0-2 điểm) khi xuất viện, cho thấy PHCN vận động sớm có liên quan đáng kể đến sự độc lập chức năng, khi tỷ lệ điểm mRS 0-2 điểm khi xuất viện lần lượt là 41,2% và 36,6%<sup>6</sup>.

Trong nghiên cứu của Liu và cộng sự (2014) đánh giá ảnh hưởng của phục hồi chức năng sớm trên bệnh nhân nhồi máu não, bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm phục hồi chức năng sớm (24-72 giờ) và nhóm phục hồi chức năng gần (72h-7 ngày). Đánh giá sự cải thiện dựa trên thang điểm NIHSS, Bathel và Fugl Meyer. Kết quả cho thấy so với nhóm phục hồi chức năng gần, nhóm phục hồi chức năng sớm (24-72 giờ) cải thiện đáng kể có ý nghĩa thống kê<sup>7</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, PHCN vận động sớm ở nhóm 24-48h làm giảm tỷ lệ thương tật thứ cấp tốt hơn so với nhóm sau 48h với điểm mRS 0-2 chiếm 75% nhiều hơn so với nhóm sau 48h là 60%. Đồng thời tập PHCN vận động sớm không gây ra biến chứng cho BN như: tắc mạch tái phát, tắc mạch phổi, hạ huyết áp tư thế, ngã khi rời giường sớm, tỷ lệ các biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi ở 2 nhóm là 0%. Cho thấy lợi ích của tập PHCN vận động sớm giúp cải thiện đáng kể về mặt chức năng cho BN đột quy, đặc biệt là giai đoạn 24-48h sau khi BN được can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học, đồng thời không gây ra biến chứng ảnh hưởng tới quá trình điều trị.

**V. KẾT LUẬN**

PHCN vận động sớm trên BN nhồi máu não

cấp được can thiệp lấy huyết khối cơ học giúp cải thiện chức năng cho BN, giảm thương tật thứ cấp đặc biệt với các BN được PHCN sớm trong 24-48h kể từ thời điểm can thiệp và không gây ra biến chứng cho BN trong quá trình điều trị.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Chugh C.** Acute Ischemic Stroke: Management Approach. Indian J Crit Care Med. Jun 2019;23(Suppl 2):S140-s146. doi:10.5005/jp-journals-10071-23192
- Powers WJ.** Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019;50(12):e344-e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211
- Rudd AG.** The latest national clinical guideline for stroke. Clin Med (Lond). Apr 2017;17(2):154-155. doi:10.7861/clinmedicine.17-2-154
- Wang W.** Safety and Efficacy of Early Rehabilitation After Stroke Using Mechanical Thrombectomy: A Pilot Randomized Controlled Trial. Front Neurol. 2022;13:698439. doi:10.3389/fneur.2022.698439
- Wu WX.** Effect of Early and Intensive Rehabilitation after Ischemic Stroke on Functional Recovery of the Lower Limbs: A Pilot, Randomized Trial. J Stroke Cerebrovasc Dis. May 2020;29(5):104649. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104649
- Momosaki R.** Very Early versus Delayed Rehabilitation for Acute Ischemic Stroke Patients with Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator: A Nationwide Retrospective Cohort Study. Cerebrovasc Dis. 2016;42(1-2):41-8. doi:10.1159/000444720
- Liu N, Cadilhac DA.** Randomized controlled trial of early rehabilitation after intracerebral hemorrhage stroke: difference in outcomes within 6 months of stroke. Stroke. Dec 2014;45(12):3502-7. doi:10.1161/strokeaha.114.005661

## ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY PHỐI HỢP VỚI THANG ĐIỂM RICH Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO TRÊN LỀU DO TĂNG HUYẾT ÁP

Đào Quang Anh<sup>1</sup>, Trần Quang Lục<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Sơn<sup>1</sup>  
Bùi Công Nguyên<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Trung<sup>2</sup>, Trần Phương Chinh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** 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, so sánh giá trị tiên lượng với thang điểm ICH, MICH. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 124 bệnh nhân xuất huyết não trên lều do tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 02/2022 đến tháng 02/2024 nhằm xác định một số yếu tố tiên lượng tử vong trong 90 ngày. Sử dụng đường cong ROC để tính giá trị tiên lượng của một số yếu tố nguy cơ tử vong và so sánh giá trị tiên lượng của thang điểm rICH với thang điểm ICH, MICH. **Kết quả:** Tổng số 124 bệnh nhân được chọn gồm 91 nam (73,38%); tuổi trung bình 64,67±13,22; tỷ lệ tử vong trong 90 ngày là 30,65%. Tỷ suất chênh cho thấy tuổi ≥70 (OR: 3,095; 95%CI: 1,3856,916), GCS ≤12 (OR: 69,067; 95%CI: 9,024-528,607), thể tích xuất huyết ≥30cm<sup>3</sup>(OR: 3,176; 95%CI: 1,439-7,009), xuất huyết não thất (OR: 11,71; 95%CI: 4,145-33,079), IVHS

>12 (OR:5, 95%CI: 1,625-15,386) là yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ tử vong của bệnh nhân. Thang điểm rICH tiên lượng tử vong trong 90 ngày với diện tích dưới đường cong: AUROC=0,863 (95%CI:0,79-0,918), tại điểm cắt >1 có độ nhạy 97,4%; độ đặc hiệu 62,8%. **Kết luận:** Thể tích xuất huyết ≥30cm<sup>3</sup>, xuất huyết não thất, điểm IVHS>12, điểm GCS ≤12, thang điểm rICH có giá trị cao xác định tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não trên lều do tăng huyết áp; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê khi so sánh các thang điểm với nhau.

**Từ khóa:** Xuất huyết não do tăng huyết áp, xuất huyết trên lều, điểm xuất huyết nội sọ, cắt lớp vi tính đa dãy.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF SOME FACTORS PREDICTING MORTALITY ON MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY COMBINED WITH THE RICH SCORE IN PATIENTS WITH SUPRATENTORIAL INTRACRANIAL HAEMORRHAGE DUE TO HYPERTENSION

**Background and aims:** Evaluation of some factors predicting mortality on multi-detector row computed tomography combined with the rICH score in patients with supratentorial intracranial haemorrhage due to hypertension, comparing the prognostication value with the ICH and MICH scores. **Methods:** A retrospective descriptive study on 124

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Anh

Email: daoquanganh2592@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024