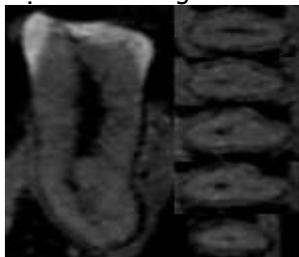


hiện tượng bồi đắp ngà thứ cấp sinh lý theo tuổi gây hẹp buồng tủy khiến những ống tủy nhỏ hơn điểm ảnh (0,16mm) không được ghi nhận. Đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu chúng tôi.



Hình 4.1. Răng 45 với dạng ống tủy 1-2-1-2-1 có nhiều eo nối

Tỉ lệ xuất hiện rãnh chân răng trên nhóm răng này cũng tương đối thấp (3,7%). Vị trí rãnh chân răng chủ yếu nằm về phía gần trong và phía ngoài. Rãnh chân răng là biến thể giải phẫu bình thường của chân răng và chủ yếu gặp nhiều hơn ở nhóm răng cối nhỏ thứ nhất hàm dưới, tuy nhiên nếu răng mắc bệnh lý nha chu, các rãnh này là điều kiện thuận lợi cho bệnh tiến triển vì đây sẽ là nơi đọng tụ làm sạch bề mặt chân răng không đi đến được. Trong trường hợp chân răng có một rãnh, diện cắt ngang chân răng thường có dạng chữ C nhưng hình thái ống tủy có thể có dạng C hoặc không. Ống tủy hình C là một đặc điểm do gen quy định và liên quan nhiều đến yếu tố chủng tộc. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ phát hiện ống tủy hình C là 0,8%. Trong 20 răng có rãnh chân răng, ghi nhận có 4 răng có ống tủy hình C, chiếm tỉ lệ 20%. Nghiên cứu của tác giả Cheng [6] khảo sát răng cối nhỏ hàm dưới trên người Trung Quốc ghi nhận tỉ lệ phát hiện ống tủy hình C trên răng cối nhỏ thứ hai là 0,25% và ở răng cối nhỏ thứ nhất là 10,25%. Có thể nói, hình thái ống tủy của răng cối nhỏ thứ hai thường ít biến thể và ít phức tạp hơn trên răng cối nhỏ thứ nhất hàm dưới trong hầu hết các nghiên cứu trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Răng cối nhỏ thứ hai hàm dưới ở người Việt chủ yếu có một chân răng với hệ thống ống tủy đơn giản, trong đó ${}^1R5D^1$ (97,5%) là dạng phổ biến nhất theo hệ thống phân loại của Ahmed

(2017). Tuy nhiên, vẫn tồn tại một tỷ lệ nhất định các biến thể phức tạp như ${}^1R5D^{1-2}$, ${}^1R5D^{1-2-1}$, ${}^1R5D^{1-2-1-2}$, ${}^1R5D^{1-2-1-2-1}$, ${}^1R5D^{1-2-3-2}$. Các bất thường hình thái như rãnh chân răng và ống tủy hình C cũng được ghi nhận ở tỉ lệ rất nhỏ (lần lượt là 3,7% và 0,8%). Nghiên cứu không ghi nhận độ phụ thuộc của việc xuất hiện các biến thể hình thái ống tủy theo giới tính hay nhóm tuổi. Những đặc điểm này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, đặc biệt trong việc lên kế hoạch điều trị nội nha và giảm thiểu nguy cơ bỏ sót ống tủy. Việc sử dụng hình ảnh CBCT kết hợp với hệ thống phân loại mới giúp mô tả chi tiết và chính xác hơn hình thái hệ thống ống tủy, từ đó hỗ trợ bác sĩ trong việc đưa ra quyết định điều trị phù hợp cho từng trường hợp cụ thể. Tuy nhiên, để hiểu sâu hơn về sự biến thiên hình thái theo vùng địa lý, chủng tộc hoặc yếu tố di truyền, các nghiên cứu mở rộng với cỡ mẫu lớn hơn, sử dụng công nghệ hình ảnh có độ phân giải cao hơn như Micro-CT, cũng như kết hợp với phân tích di truyền học có thể được thực hiện trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Karobari MI, Assiry AA, Lin GSS, et al.** Roots and Root Canals Characterization of Permanent Mandibular Premolars Analyzed Using the Cone Beam and Micro Computed Tomography-A Systematic Review and Metanalysis. *J Clin Med.* 2023;12(6):2183.
2. **Ahmed HMA, Versiani MA, De-Deus G, et al.** A new system for classifying root and root canal morphology. *Int Endodontic J.* 2017;50(8):761–770.
3. **Fan B, Cheung GSP, Fan M, et al.** C-shaped canal system in mandibular second molars: Part II--Radiographic features. *J Endod.* 2004;30(12):904–908.
4. **Cleghorn BM, Christie WH, Dong CCS.** The Root and Root Canal Morphology of the Human Mandibular Second Premolar: A Literature Review. *Journal of Endodontics.* 2007;33(9):1031–1037.
5. **Wolf TG, Anderegg AL, Wierichs RJ, et al.** Root canal morphology of the mandibular second premolar: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health.* 2021;21:309.
6. **Chen C, Zhu T, Wu H, et al.** Prevalence and correlation of C-shaped root canals of mandibular premolars and molars in Eastern Chinese individuals. *Sci Rep.* 2022;12:19779.

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CHẢY MÁU NÃO CẤP TRÊN LỀU CÓ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Hoàng Thị Thanh Thúy¹, Nguyễn Văn Hường², Mai Đức Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố tiên lượng đến chảy máu não cấp trên lều có tăng huyết áp tại bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp:** 143 BN trên 18 tuổi được chẩn đoán lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ chảy máu não tại bệnh viện Hữu Nghị từ 01/01/2022 đến 30/05/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân chảy máu não cấp trên lều có tiên triển xấu là 55,2%. Các yếu tố liên quan đến tiên lượng xấu gồm: tuổi ≥ 80 (OR = 2,1), nữ giới (OR = 2,7), Glasgow < 8 điểm (OR = 1,9), và khối máu tụ lớn với kích thước ≥ 3 cm (OR=15,2) hoặc thể tích ≥ 60 ml (OR = 26,9). Sự hiện diện của đờ đẩy đường giữa làm tăng nguy cơ tiên triển xấu với OR = 6,9. Các yếu tố này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và cần được đánh giá sớm để định hướng điều trị. **Kết luận:** Các yếu tố như tuổi, giới, glasgow, kích thước/thể tích khối máu tụ, đờ đẩy đường giữa có ý nghĩa tiên lượng xấu ở nhóm bệnh nhân chảy máu não cấp trên lều có tăng huyết áp. **Từ khóa:** chảy máu não cấp, tăng huyết áp

SUMMARY

SOME PROGNOSTIC FACTORS IN SUPRATENTORIAL INTRACEREBRAL HEMORRHAGE ASSOCIATED WITH HYPERTENSION AT HUU NGHI HOSPITAL

Objective: To analyze several prognostic factors associated with supratentorial acute intracerebral hemorrhage (ICH) with hypertension at Huu Nghi Hospital. **Subjects and Methods:** 143 patients over 18 years old were clinically diagnosed with hypertensive ICH based on stroke diagnostic criteria at Huu Nghi Hospital from January 1, 2022 to May 30, 2025. **Results:** The rate of patients with poor outcomes in supratentorial acute ICH was 55.2%. Factors associated with poor prognosis included: age ≥ 80 (OR = 2.1), female sex (OR = 2.7), Glasgow Coma Scale (GCS) score < 8 (OR = 1.9), and large hematomas with a diameter ≥ 3 cm (OR = 15.2) or volume ≥ 60 ml (OR = 26.9). The presence of midline shift increased the risk of poor outcome with an OR = 6.9. These factors were all statistically significant ($p < 0.05$) and should be evaluated early to guide treatment strategies. **Conclusion:** Factors such as age, sex, GCS score, hematoma size/volume, and midline shift are significant prognostic indicators for poor outcome in patients with supratentorial acute ICH associated with hypertension. **Keywords:** acute intracerebral hemorrhage, hypertension

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não do tăng huyết áp (THA) là một bệnh cảnh cấp cứu thần kinh thường gặp chiếm khoảng 40- 55% chảy máu nguyên phát.¹ Bệnh thường xảy ra ở những bệnh nhân có tiền

sử THA nhiều năm, HA cao ác tính hay HA giao động. Bệnh cảnh lâm sàng thường đột ngột với sự xuất hiện của các dấu hiệu thần kinh khu trú hay gặp nhất là liệt nặng vận động nửa người và HA tăng cao khi vào viện.²

Trong thực hành lâm sàng, trước một BN chảy máu não, việc tiên lượng chính xác đóng một vai trò vô cùng quan trọng đối với người thầy thuốc và BN. Tiên lượng đúng giúp người thầy thuốc có thái độ xử trí đúng, theo dõi sát, có phác đồ điều trị hợp lý. Bên cạnh đó, việc tiên lượng đúng giúp người thầy thuốc chủ động hơn trong việc tư vấn giải thích cho BN cũng như người nhà BN nâng cao khả năng phối hợp với thầy thuốc trong quá trình chăm sóc và điều trị. Từ trước đến nay đã có nhiều công trình ở trong và ngoài nước nghiên cứu về các yếu tố tiên lượng chảy máu não. Một số yếu tố có giá trị tiên lượng đã được các tác giả chỉ ra bao gồm: Điểm Glasgow thấp, xuất huyết dưới lều, tuổi cao > 80, tăng đường huyết lúc nhập viện, khối máu tụ lớn, xuất huyết não thất... Các nghiên cứu trên có ý nghĩa rất lớn trong công tác chăm sóc và điều trị BN chảy máu não làm giảm tỷ lệ tử vong trong bệnh viện.² Ngày nay, với sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hiện đại, cũng như công tác chăm sóc điều trị ngày càng có nhiều tiến bộ, đặc biệt là sự hoàn thiện không ngừng của các đơn vị điều trị đột quỵ, liệu có làm cho việc tiên lượng loại bệnh lý này có những thay đổi? Với đặc thù mô hình người bệnh và bệnh tật của bệnh viện Hữu Nghị đa số là người cao tuổi với nhiều bệnh lý mạn tính phối hợp, các đặc điểm lâm sàng hình ảnh học và các yếu tố tiên lượng bệnh liệu có gì khác biệt. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: *Phân tích một số yếu tố tiên lượng đến chảy máu não cấp trên lều có tăng huyết áp tại Bệnh viện Hữu Nghị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Hữu Nghị từ 01/01/2024 đến 30/05/2025.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn

- BN trên 18 tuổi.
- Được chẩn đoán lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ chảy máu não được Hiệp hội Tim Mạch/ Đột quỵ Hoa Kỳ đưa ra năm 2013.³
- Chụp cắt lớp vi tính và hoặc MRI có hình ảnh chảy máu não là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán.
- Có THA (theo tiêu chuẩn chẩn đoán THA của Ủy ban Quốc gia Hoa Kỳ 2003 (JNC VII) hoặc BN có tiền sử THA đang sử dụng thuốc

¹Bệnh viện Hữu nghị

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thanh Thúy

Email: Thuybs.vietxo@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025

điều trị THA.¹

- Chỉ lựa chọn những BN có thời gian khởi phát bệnh đến lúc nhập viện không quá 3 ngày

2.2.2. Các tiêu chuẩn loại trừ

- BN kèm theo các bệnh lý toàn thân nặng: xơ gan, ung thư giai đoạn cuối, bệnh lý về máu gây rối loạn đông máu, bệnh tim mạch nặng (nhồi máu cơ tim, suy tim nặng...)

- BN u não, xuất huyết chuyển dạng từ nhồi máu não, BN đang dùng thuốc chống đông đường uống, dị dạng mạch não, hoặc xuất huyết dưới nhện đơn thuần.

- BN và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu: Lấy mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, tất cả các BN có chẩn đoán xác định chảy máu não cấp do THA điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị đều được lấy vào nghiên cứu. Cỡ mẫu thu được n=143.

2.4. Biện số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng:

- + Tuổi;
- + Giới;
- + thời gian từ khi phát hiện đến lúc nhập viện
- + Glasgow,
- + Tiền sử THA

- Đặc điểm cận lâm sàng:

- + Kích thước Tính theo cm
- + Thể tích khối máu tụ: Tính theo cm³
- + Đè đẩy đường giữa: có/không
- Mức độ hồi phục chức năng đánh giá bằng thang điểm Rankin sửa đổi chia làm 2 nhóm:
 - + mRS 0 – 3: nhóm kết cục tốt.
 - + mRS 4 – 6: nhóm kết cục xấu.

2.5. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 20.0. Test x để so sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P < 0,05.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu và người nhà đối tượng nghiên cứu được thông báo rõ về mục đích nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được giữ kín bí mật khi cung

cấp thông tin. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng y đức Đại học Y Hà Nội và được sự chấp thuận của Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

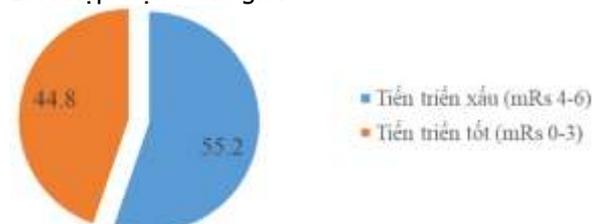
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=143)

Đặc điểm chung	Số BN	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
< 60	13	9.1
60-69	18	12.6
70-79	51	35.7
≥ 80	61	42.7
Tuổi trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)	75,9 ± 11,5 (38-96)	
Giới tính		
Nam	110	76.9
Nữ	33	23.1
Thời gian từ khi phát hiện đến lúc nhập viện		
< 24 giờ	92	64.3
24-48 giờ	29	20.3
> 48 giờ	22	15.4

Nhận xét: Phần lớn BN trong nghiên cứu là nam giới chiếm 76,9%, nữ giới chiếm 23,1%.

42,7% BN ≥ 80 tuổi, 35,7% BN 70-79 tuổi, 12,6% BN 60-69 tuổi và 9,1% BN < 60 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 75,9 ± 11,5, thấp nhất là 38 tuổi, cao nhất là 96 tuổi.

Phần lớn BN đã nhập viện trong vòng 24h đầu từ khi có triệu chứng khởi phát chiếm 64,3%. 20,3% BN nhập viện 24-48 giờ và 15,4% BN nhập viện > 48 giờ.



Biểu đồ 1. Tiến triển chung của bệnh (n=143)

Nhận xét: Trong số 143 BN tham gia nghiên cứu có 55,2% BN tiến triển xấu và 4,48% BN tiến triển tốt.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tiến triển của bệnh và một số yếu tố (n=143)

	Tiến triển xấu (mRS 4-6)		Tiến triển tốt (mRS 0-3)		Tổng		OR (95%CI)	P
	n	%	n	%	n	%		
Nhóm tuổi								
≥ 80	40	65.6	21	34.4	61	100	2,1 (1,1-4,2)	0,03
< 80	39	48.1	43	48.1	82	100		
Giới tính								
Nữ	24	72.7	9	27.3	33	100	2,7	0,02

Nam	55	50.0	55	50.0	110	100	(1,1-6,2)	
Glasgow								
< 8 điểm	13	100.0	0	0.0	13	100	1,9	0,001
≥ 8 điểm	66	50.8	64	49.2	130	100	(1,6-2,3)	
Kích thước khối máu tụ								
≥ 3	64	82.1	14	17.9	78	100	15,2	0,001
<3	15	23.1	50	76.9	65	100	(6,7-34,5)	
Thể tích khối máu tụ								
≥ 60	45	93.8	3	6.3	48	100	26,9	0,001
< 60	34	35.8	61	64.2	95	100	(7,8-93,2)	
Đề đẩy vào đường giữa								
Có	71	66.4	36	33.6	107	100	6,9	0,001
Không	8	22.2	28	77.8	36	100	(2,8-16,7)	

Nhận xét: Nguy cơ tiến triển xấu ở nhóm ≥80 tuổi cao hơn đáng kể so với nhóm <80 tuổi với OR=2,1, 95% CI: 1,1-4,2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

BN là nữ giới có nguy cơ tiến triển xấu hơn nam giới với OR = 2,7, 95%CI=1,1-6,2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

BN có glasgow < 8 điểm có nguy cơ tiến triển xấu hơn BN ≥ 8 điểm với OR = 1,9, 95%CI= 1,6-2,3). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

BN có kích thước khối máu tụ ≥ 3 cm có nguy cơ tiến triển xấu hơn nhóm BN có kích thước khối máu tụ < 3 cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

BN có thể tích khối máu tụ ≥ 60 có nguy cơ tiến triển xấu cao hơn nhóm BN có thể tích khối máu tụ < 60 với OR=26,9, 95%CI=7,8-93,2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

BN có đề đẩy vào đường giữa có nguy cơ tiến triển xấu cao hơn so với nhóm không có m có đề đẩy vào đường giữa với OR=6,9, 95%CI=2,8-16,7, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05

3.3.2. Phân tích các yếu tố có giá trị tiên lượng

Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố có giá trị tiên lượng

Biến số	OR	95%CI	p
Tuổi (≥80)	0.55	0.45-2.65	0.63
Giới tính (nữ)	0.33	0.03-3.15	0.33
Điểm Glasgow (<8 điểm)	2.12	0.98-4.12	0.02
Kích thước khối máu tụ (≥3)	2.34	1.06-5.52	0,03
Thể tích khối máu tụ (≥60)	2.20	1.04-5.18	0.03
Đề đẩy vào đường giữa	0.79	0.35-8.05	0.05

Nhận xét: Tiếp tục phân tích đa biến các yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng cho thấy điểm Glasgow < 8 điểm, kích thước khối máu tụ ≥ 3cm, thể tích khối máu tụ ≥ 60cm³ có giá trị tiên lượng kết quả.

IV. BÀN LUẬN

Trong 143 BN tham gia nghiên cứu, phần lớn BN trong nghiên cứu là nam giới chiếm 76,9% cao hơn nữ giới chiếm 23,1%, tương ứng với tỷ lệ nam/nữ=3,3. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Hồng Long năm 2019 tại Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ nam/nữ=2,6.⁴ Nghiên cứu của Hà Hữu Quý năm 2022 tại Bệnh viện Bạch mai, tỷ lệ nam/nữ 1,9⁵. Sự chênh lệch này có thể được lý giải bởi các yếu tố nguy cơ phổ biến hơn ở nam giới, bao gồm hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, căng thẳng công việc và ít chú trọng đến việc kiểm soát huyết áp.

Bảng 1 cho thấy 42,7% BN ≥ 80 tuổi, 35,7% BN 70-79 tuổi, 12,6% BN 60-69 tuổi và 9,1% BN < 60 tuổi. Tuổi trung bình là 75,9 ± 11,5, thấp nhất là 38 tuổi, cao nhất là 96 tuổi. Kết quả này cho thấy nhóm BN cao tuổi chiếm ưu thế rõ rệt, khác biệt so với nghiên cứu của Phạm Hồng Long năm 2019 tại Bệnh viện Bạch Mai, nhóm tuổi 40-59 chiếm tới 41,8%⁴. Sự khác biệt này có thể phản ánh đặc điểm dân số điều trị tại hai cơ sở khác nhau. Khi tuổi tác tăng, các chức năng sinh lý của cơ thể dần suy giảm; khả năng đáp ứng và thích nghi với các yếu tố môi trường như biến đổi thời tiết, thay đổi sinh hoạt hay stress tâm lý cũng kém đi. Điều này góp phần làm gia tăng nguy cơ xuất hiện và tiến triển các bệnh lý mạn tính ở người cao tuổi như THA, bệnh tim mạch, đái tháo đường và đặc biệt là các biến cố mạch máu não như chảy máu não cấp

Chảy máu não có tỷ lệ tử vong cao và để lại di chứng nặng nề hơn nhồi máu não. Vì vậy đứng trước một BN chảy máu não cần phải đánh giá được các triệu chứng lâm sàng và tiên lượng mức độ nặng, nhẹ để có phương án tổ chức cấp cứu kịp thời. Thang điểm lâm sàng cần thiết phải hội đủ 2 điều kiện trong tiên lượng: đơn giản và chính xác. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thang điểm Rankin sửa đổi (mRS). Kết quả cho thấy trong số 143 BN tham gia nghiên cứu

có 55,2% BN tiến triển xấu và 4,48% BN tiến triển tốt. Tỷ lệ này phản ánh rõ mức độ nghiêm trọng của chảy máu não có THA và nhấn mạnh vai trò thiết yếu của việc áp dụng công cụ tiên lượng phù hợp trong điều trị và theo dõi BN.

Nguy cơ tiến triển xấu ở nhóm ≥ 80 tuổi cao hơn đáng kể so với nhóm < 80 tuổi với $OR=2,1$, $95\% CI: 1,1-4,2$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Điều này khẳng định tuổi cao là một yếu tố tiên lượng bất lợi rõ rệt trong chảy máu não cấp trên lều có THA. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Phạm Hồng Long năm 2019 tại Bệnh viện Bạch mai, BN ≥ 80 tuổi có nguy cơ tử vong cao gấp 4,17 lần so với nhóm < 80 tuổi⁴. Tuổi càng cao, dự trữ sinh lý và khả năng phục hồi càng giảm, đồng thời nguy cơ mắc các bệnh lý phối hợp càng tăng, góp phần làm nặng thêm tình trạng lâm sàng và ảnh hưởng tiêu cực đến tiên lượng bệnh.

BN là nữ giới có nguy cơ tiến triển xấu hơn nam giới với $OR = 2,7$, $95\%CI=1,1-6,2$ với $p<0,05$. Một số nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận nữ giới, đặc biệt ở nhóm tuổi cao, thường có mức độ tổn thương não nặng hơn, thời gian phục hồi chậm và tỷ lệ phụ thuộc chức năng cao hơn. Nguyên nhân có thể liên quan đến suy giảm nội tiết sau mãn kinh, bệnh lý phối hợp, cũng như sự khác biệt trong phản ứng viêm và đáp ứng điều trị giữa hai giới.

BN có glasgow < 8 điểm có nguy cơ tiến triển xấu hơn BN ≥ 8 điểm với $OR = 1,9$, $95\%CI= 1,6-2,3$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Quang Minh năm 2017 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà nam, BN có glasgow ≤ 9 có khả năng tử vong cao gấp 3,47 lần với $p < 0,05$.⁶ Điều này khẳng định điểm Glasgow là một chỉ số tiên lượng quan trọng trong chảy máu não cấp, phản ánh mức độ tổn thương thần kinh và rối loạn tri giác của BN. BN có điểm Glasgow thấp thường biểu hiện tổn thương não nghiêm trọng hơn, tăng nguy cơ phù não, tụ máu và các biến chứng nặng, dẫn đến tiên lượng xấu hơn.

BN có kích thước khối máu tụ ≥ 3 cm có nguy cơ tiến triển xấu hơn nhóm BN có kích thước khối máu tụ < 3 cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Quang Minh năm 2017 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà nam, BN có kích thước khối máu tụ ≥ 5 cm có khả năng tử vong cao gấp 171 (20,4–3168) lần với $p < 0,001$.⁶ Về mặt cơ chế, khi khối máu tụ đạt kích thước ≥ 3 cm, sẽ làm tăng đáng kể áp lực trong nhu mô não, gây ra hiệu ứng khối, từ đó ảnh hưởng đến lưu lượng

máu não vùng xung quanh và làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu máu cục bộ thứ phát. Đồng thời, khối máu tụ lớn cũng làm tăng khả năng xảy ra hiện tượng đè đẩy đường giữa, tụ máu, và lan rộng phù quanh ổ máu tụ – đều là các yếu tố góp phần làm xấu tiên lượng.²

BN có thể tích khối máu tụ ≥ 60 có nguy cơ tiến triển xấu cao hơn nhóm BN có thể tích khối máu tụ < 60 với $OR=26,9$, $95\%CI=7,8-93,2$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Phạm Hồng Long năm 2019 tại Bệnh viện Bạch mai, BN có thể tích khối máu tụ ≥ 30 cm³ có nguy cơ tử vong cao gấp 9,82 lần so với nhóm < 30 cm³.⁴ Mặc dù ngưỡng thể tích khác nhau, nhưng cả hai nghiên cứu đều nhấn mạnh rằng khối máu tụ lớn làm tăng đáng kể nguy cơ tử vong và di chứng nặng.

Đè đẩy đường giữa thường là biểu hiện của sự tăng áp lực trong một bán cầu não, dẫn đến sự dịch chuyển cấu trúc trung tâm và làm biến dạng các khoang dịch não tủy. Trong nghiên cứu này, BN có đè đẩy vào đường giữa có nguy cơ tiến triển xấu cao hơn so với nhóm không có đè đẩy vào đường giữa với $OR=6,9$, $95\%CI=2,8-16,7$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Vì vậy, phát hiện dấu hiệu đè đẩy đường giữa sớm trên CT scan không chỉ giúp đánh giá nguy cơ tiên lượng mà còn đóng vai trò then chốt trong chỉ định can thiệp ngoại khoa kịp thời nhằm giảm áp lực nội sọ và ngăn ngừa tụ máu.

Tiếp tục phân tích đa biến các yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng cho thấy điểm Glasgow < 8 điểm, kích thước khối máu tụ ≥ 3 cm, thể tích khối máu tụ ≥ 60 cm³ có giá trị tiên lượng kết quả. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ông Văn Mỹ năm 2011 tại Bệnh viện Trung Ương Cần Thơ 3 yếu tố liên quan rõ rệt đến nguy cơ tử vong là điểm glasgow < 8 , thể tích khối máu tụ trên lều > 60 cm³, kích thước khối máu tụ > 5 cm.⁷ Nghiên cứu của Hà Hữu Quý năm 2022 tại Bệnh viện Bạch Mai, các yếu tố có giá trị trong việc tiên lượng kết cục tồi ở BN chảy máu não cấp vùng nhân xám trung ương do THA bao gồm: tuổi ≥ 65 , huyết áp tâm thu lúc vào viện, 180 mmHg, điểm Glasgow lúc vào viện ≤ 12 điểm, tràn máu não thất.⁵

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố như tuổi, giới, glasgow, kích thước/thể tích khối máu tụ, đè đẩy đường giữa có ý nghĩa tiên lượng xấu ở nhóm BN chảy máu não cấp trên lều có THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Handler J.** Opportunity for JNC VII. Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn). 2003;5(1):15-16.
2. **Warrier A R, Bhatia R, Garg A et al.** Do Imaging Markers of Cerebral Small Vessel Disease Predict Hematoma Volume and Outcome in Acute Intracerebral Hemorrhage? Annals of Indian Academy of Neurology. 2021;24(2):204-210.
3. **Sacco R L, Kasner S E, Broderick J P et al.** An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013;44(7):2064-2089.
4. **Phạm Hồng Long.** Tiên lượng bệnh nhân chảy máu não có tăng huyết áp bằng thang điểm chảy máu não: Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
5. **Hà Hữu Quý, Hồ Thanh Thùy, Võ Hồng Khôi và cộng sự.** Các yếu tố tiên lượng của bệnh nhân chảy máu não cấp vùng nhân xám trung ương do tăng huyết áp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;1(345):65-67.
6. **Lê Quang Minh.** Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng bệnh nhân chảy máu não điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam. Tạp chí Khoa học & Công nghệ Việt nam. 2017;19(8):6-10.
7. **Ông Văn Mỹ.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tiên lượng ở bệnh nhân chảy máu não có tăng huyết áp tại bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ: Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội; 2011.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH MẮC ĐỘNG KINH BẰNG THANG ĐIỂM PSQI

Tô Thị Thu Hương¹, Nguyễn Văn Hương^{1,2},
Nguyễn Thị Thùy Linh², Trần Văn Đức²

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH SLEEP QUALITY IN ADULTS WITH EPILEPSYCHOPATHY USING THE PSQI SCALE

Epilepsy is a chronic brain disease that accounts for approximately one-quarter of all neurological disorders. The relationship between sleep and epilepsy is complex and involves multiple mechanisms. Patients with epilepsy (PWE) often report fatigue and daytime sleepiness, and are often diagnosed with associated sleep disorders that are thought to be a direct consequence of seizures, side effects of antiepileptic drugs (AEDs), or a combination of these two factors. A cross-sectional descriptive study design was conducted on 93 epilepsy patients over 18 years old who were or are being treated for epilepsy. Sleep quality was assessed using the PSQI scale, which has been standardized in Vietnam, and related factors were explored. According to the results, treatment compliance and marital status are factors that affect sleep quality in adults with epilepsy. The rate of poor sleep quality in the medication compliance group was 69.6%; marital status (single/widowed) was 77.8%. Factors such as age of epilepsy onset, duration of illness, duration of seizure onset, nature of seizure onset, epilepsy medication and quantity of epilepsy medication have not been found to affect sleep quality in this patient group.

Keywords: Sleep disorders, Epilepsy, PSQI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngủ là một hiện tượng sinh học hoạt động theo chu kỳ và cần thiết cho sự tồn tại. Rối loạn giấc ngủ gây ảnh hưởng tới sức khoẻ thể chất, trí tuệ, giảm chất lượng cuộc sống, chức năng nhận thức và cảm xúc của những người bị động kinh¹. Rối loạn giấc ngủ kèm theo thiểu ngủ có thể làm tăng tần suất co giật². Ngược lại, co giật

TÓM TẮT

Mối quan hệ giữa giấc ngủ và bệnh động kinh rất phức tạp và liên quan đến nhiều cơ chế. Bệnh nhân mắc bệnh động kinh (PWE) thường ghi nhận tình trạng mệt mỏi, buồn ngủ vào ban ngày, và thường được chẩn đoán mắc các rối loạn giấc ngủ đi kèm được cho là hệ quả trực tiếp của các cơn động kinh, tác dụng phụ của thuốc chống động kinh (AED) hoặc sự kết hợp của hai yếu tố này. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 93 bệnh nhân động kinh trên 18 tuổi đã và đang điều trị động kinh được đánh giá về tình trạng chất lượng giấc ngủ qua thang điểm PSQI đã được chuẩn hóa ở Việt nam, và được khai thác các yếu tố liên quan. Nhóm nghiên cứu đã ghi nhận, sự tuân thủ điều trị và tình trạng hôn nhân là các yếu tố có ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh. Với tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém ở nhóm tuân thủ thuốc là 69,6%; tình trạng hôn nhân (độc thân/goá) là 77,8%. Các yếu tố tuổi khởi phát động kinh, thời gian bị bệnh, thời gian khởi phát cơn, tính chất khởi phát cơn, thuốc điều trị động kinh và số lượng thuốc động kinh đều chưa ghi nhận có ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ trên đối tượng người bệnh này.

Từ khóa: Rối loạn giấc ngủ, Động kinh, PSQI

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cơ sở Hoàng Mai

Chịu trách nhiệm chính: Tô Thị Thu Hương

Email: tothuhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025