

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC THẦN KINH CỦA BỆNH THỂ VÂN DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG: MỘT NGHIÊN CỨU HỒI CỨU 5 NĂM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Ngọc Tài^{1*}, Võ Thị Minh Nguyệt²,
Nguyễn Thái Thùy Ngân¹, Nguyễn Văn Tân³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thể vân do đái tháo đường được đặc trưng bởi những cử động múa giật/múa vung và các tổn thương điển hình trên hình ảnh học não ở những bệnh nhân tăng đường huyết. Đây là bệnh hiếm nên chưa có nghiên cứu cỡ mẫu đủ lớn để phân tích đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học thần kinh điển hình của bệnh thể vân do đái tháo đường. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả với tổng số 36 bệnh nhân đái tháo đường có biểu hiện múa giật/múa vung kèm hình ảnh tăng tín hiệu đặc trưng ở hạch nền trên cộng hưởng từ (MRI) và/hoặc cắt lớp vi tính (CT-scan) não. Dữ liệu được hồi cứu hồ sơ bệnh án điện tử trong 5 năm (2018-2023) tại Bệnh viện đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. **Kết quả:** Tổng cộng, 36 bệnh nhân được xác định có tuổi trung bình $75,1 \pm 11,6$. Nữ chiếm ưu thế (83,3%). Tất cả các bệnh nhân đều mắc đái tháo đường típ 2, trong đó có 16,67 % mới được chẩn đoán. Giá trị HbA1c trung bình $11,25 \pm 3,19$ (%); đường máu tĩnh mạch trung bình $12,36 \pm 7,57$ (mmol/l), ceton máu dương tính chiếm 33,3 % trường hợp. MRI được thực hiện ở 32 bệnh nhân và CT-scan được thực hiện ở 7 bệnh nhân, trong đó có 3 bệnh nhân được thực hiện đồng thời MRI và CT-scan. Hình ảnh đặc trưng với tăng tín hiệu trên T1W MRI và/hoặc tăng đậm độ trên CT đồng thời ở cầu nhát và nhân bào là phổ biến nhất (53,1%). Trong nghiên cứu có 2 dạng loạn động chính là múa giật (72,2%) và múa vung (27,78%). Biểu hiện múa giật gồm nửa người (80,56%); múa giật toàn thể (19,44%) và múa giật vùng mặt (30,56%). Thuốc chống múa giật được sử dụng phổ biến nhất là Risperidone (66,67%), sau đó là Haloperidol (33,33%) với liều thuốc trung bình $3,139 \pm 1,722$ (mg). Thời gian ghi nhận đáp ứng điều trị trung bình $6,18 \pm 7,1$ (ngày), có 56,7 % bệnh nhân giảm triệu chứng loạn động và 30% hồi phục hoàn toàn. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học thần kinh là đặc trưng ở những bệnh nhân bệnh thể vân do đái tháo đường. Hầu hết các triệu chứng dạng múa giật đều cải thiện hay hồi phục hoàn toàn sau khi điều trị.

Keywords: Hemichorea; Hemiballism; Diabetes mellitus; Diabetic striatopathy

SUMMARY

CLINICAL AND NEUROIMAGING FEATURES OF DIABETIC STRIATOPATHY: A 5-YEAR RETROSPECTIVE STUDY AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY, VIETNAM

Background: Diabetic striatopathy (DS) is characterized by choreiform/ballistic movements and typical neuroimaging lesions in patients with diabetes mellitus. This is rare disease, so there have been no studies with a large enough sample size to analyze the clinical and neuroimaging features. **Objective:** To describe the clinical manifestations and neuroimaging features in the patients with diabetic striatopathy. **Methods:** This is a retrospective descriptive study of a total of 36 diabetic patients with clinical chorea/ballism and basal ganglia hyperintensity on brain MRI/CT with T1W sequence. Data were retrospectively collected from electronic medical records over 5 years (2018-2023) at the University Medical Center Ho Chi Minh City, Vietnam. **Results:** A total of 36 patients were included, with a mean age of $75,1 \pm 11,6$ years. The majority were elderly women, accounting for 83,3%. All patients had type 2 diabetes mellitus in which 16,67% were newly diagnosed. The average blood glucose concentration at the onset of movement disorders was $12,36 \pm 7,57$ mmol/L and HbA1c level was $11,25 \pm 3,19$ %. Positive blood ketone was observed in 33,3% of cases. Brain MRI was performed in 32 patients, head CT was in 7, and 3 patients received both brain MRI and head CT. The characteristic findings of hyperintensity on T1W MRI and/or increased density on CT simultaneously in the globus pallidus and putamen were most common (53.1%). Clinically, two predominant movement disorders observed were chorea (72,2%) and ballism (27,78%). Hemichorea was the most common pattern (80,56%), followed by generalized chorea (19,44%) with facial involvement noted in 30,56% of cases. All patients have glycemia controlled. The most frequently prescribed antipsychotic was risperidone (66,67%), followed by haloperidol (33,33%) with a mean daily dosage of $3,139 \pm 1,722$ mg. 56.7% of the patients improved partially and 30% improved completely with choreiform symptoms. The average time to clinical improvement was $6,18 \pm 7,1$ days. **Conclusion:** Our study showed that clinical and neuroimaging features were typical in patients with diabetic striatopathy. Most choreiform symptoms improved partially or completely after the treatment.

Keywords: chorea, ballism, diabetes mellitus, striatopathy

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đa Khoa Chánh Hưng, TP Hồ Chí Minh

³Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Tài

Email: tai.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 13.10.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thể vận do đái tháo đường là một biến chứng hiểm gặp của bệnh đái tháo đường không được kiểm soát tốt đã được biết đến hơn 70 năm. Thuật ngữ múa giật đầu tiên được mô tả vào năm 1960 bởi bác sĩ Bedwel tại bệnh viện Johns Hopkins Hoa Kỳ mô tả ca bệnh múa giật đầu tiên ở một bệnh nhân nữ 60 tuổi. Sau đó thuật ngữ "Bệnh thể vận đái tháo đường (Diabetic Striatopathy)" đã được sử dụng để mô tả tổn thương hạch nền đặc trưng ở những bệnh nhân tăng đường huyết không nhiễm toan ceton và biểu hiện múa giật nửa người [1, 2]. Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu và dữ liệu y văn đánh giá dịch tễ học và tỷ lệ lưu hành liên quan biến chứng này. Một phân tích gộp lớn nhất của tác giả Ryan C và cộng sự mô tả loạt ca bệnh trong 15 năm tại Mỹ ghi nhận tỷ lệ mắc múa giật do tăng đường huyết là 1% (7/596) [7]. Một phân tích tổng hợp gần đây của tác giả Chua Bing và cộng sự cho thấy tỷ lệ mắc biến chứng múa giật ở các nước châu Á chiếm 71,6%, tiếp đến là châu Âu 8,5% và châu Mỹ 4% [4]. Vì tỷ lệ mắc biến chứng múa giật ngày càng gia tăng cho thấy tầm quan trọng về mặt lâm sàng và hình ảnh học não trong việc chẩn đoán sớm và điều chỉnh kịp thời tình trạng tăng đường huyết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi hồi cứu hồ sơ bệnh án điện tử tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh để xác định những bệnh nhân được chẩn đoán mắc múa giật có tiền sử mắc đái tháo đường hay vừa phát hiện mắc đái tháo đường trong khoảng thời gian 5 năm, từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2023. Xem xét hồ sơ bao gồm hồ sơ bệnh án nội trú và ngoại trú từ toàn bộ cơ sở bệnh án điện tử tại Khoa Thần kinh và Phòng khám Parkinson và rối loạn vận động.

Mỗi hồ sơ bệnh án được xem xét và đánh giá bởi bác sĩ chuyên khoa Thần kinh chuyên về rối loạn vận động và bác sĩ Chẩn đoán hình ảnh. Bệnh nhân được nhận vào khi có cả 3 đặc điểm múa giật/múa vung, có tổn thương tang tín hiệu trên MRI xung T1 hoặc tăng đậm độ trên CT não điển hình ở vùng hạch nền, và có xác định tình trạng đái tháo đường. Không có trường hợp nào trong số nhóm bệnh nghiên cứu được mô tả trước đây. Nghiên cứu mô tả đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng, xét nghiệm, và đặc điểm hình ảnh học MRI/CT liên quan tổn thương gây múa giật do đái tháo đường.

Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2020 và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 26. Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội

đồng đạo đức tại ĐHYD TP.HCM số 2211/ĐHYD – HDDĐ ngày 29 tháng 08 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

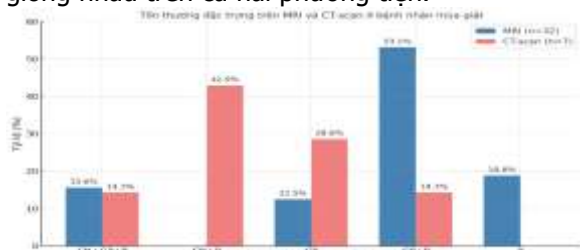
Nghiên cứu có tổng số 36 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ. Đặc điểm dân số học và lâm sàng được mô tả tóm tắt trong bảng 1. Tuổi trung bình của 36 bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 75, bệnh nhân nữ chiếm ưu thế với tỷ lệ 86,11% (31/36) và nam giới chiếm 13,89%. Tất cả bệnh nhân được ghi nhận mắc đái tháo đường típ 2, trong đó 16,67% (6/36) ca mới phát hiện. Trong nhóm bệnh, đa số bệnh nhân biểu hiện dạng múa giật (72,2%) trong khi chỉ 27,78% có biểu hiện múa vung cho thấy triệu chứng múa giật chiếm ưu thế hơn so với múa vung. Biểu hiện múa giật khu trú nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất (80,56%), trong khi múa giật toàn thể chiếm 19,44% và 30,56% bệnh nhân có biểu hiện múa giật vùng mặt. Tình trạng loạn động ghi nhận 41,67% hết khi bệnh nhân ngủ, 58,33% không giảm khi ngủ. Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng múa giật đến lúc nhập viện dao động lớn trung bình 28 ngày. Thời gian ghi nhận đáp ứng điều trị trung bình 6 ngày ở 33 ca trong tổng số 36 ca do có 3 ca ngoại trú không tái khám theo lịch hẹn. Tỷ lệ HbA1c trung bình ghi nhận $11,25 \pm 3,19$ (%), đường máu tĩnh mạch trung bình ghi nhận $12,36 \pm 7,57$ (mmol/l), tỷ lệ ca bệnh có ceton máu dương tính chiếm 33,3%. Về kết quả điều trị, trong số 36 ca nhóm bệnh có 30 ca theo dõi nghiên cứu liên tục, số ngày theo dõi điều trị trung bình 9 tháng, trong đó có 6 ca ngoại trú không tái khám hoặc bỏ trị. Sau khi theo dõi đáp ứng điều trị ghi nhận 56,7% số ca giảm triệu chứng loạn động, 30% phục hồi hoàn toàn. Về quá trình điều trị, số ca sử dụng Risperidone chiếm 66,67%, Haloperidol chiếm 33,33%. Tỷ lệ sử dụng thuốc hỗ trợ chống loạn động khá hạn chế.

Bảng 1: Đặc điểm dân số học và lâm sàng.

Đặc điểm	Nhóm bệnh nghiên cứu (N=36)
Đặc điểm dân số học	
Tuổi trung bình (năm)	75,1 ± 11,6
Giới	Nữ: 86,11% ; Nam: 13,89%
Đái tháo đường típ 2 mới phát hiện	16,67% (6/36)
Đặc điểm lâm sàng	
Số ngày mắc bệnh	28,2 ± 61,6
Thời gian ghi nhận đáp ứng với điều trị (ngày)	(n=33): 6,18 ± 7,1
Thời gian theo dõi bệnh (ngày)	(n=30): 288,13 ± 417,578

Kết quả điều trị	(n=30) Không đổi: 13,3% Giảm: 56,7% Khỏi: 30%
Tỷ lệ dạng loạn động	Múa giật: 72,2% Múa vung: 27,78%
Vị trí biểu hiện loạn động	Nửa người: 80,56% Toàn thể: 19,44% Vùng mắt: 30,56%
Loạn động hết khi ngủ	Có: 41,67% Không: 58,33%
Chỉ số cận lâm sàng	
HbA1c (%)	11,25±3,19
Đường máu tĩnh mạch (mmol/l)	12,36±7,57
Ceton máu	(n=30) Ceton dương tính: 33,3% Ceton âm tính: 66,7%
Điều trị	
Thuốc chống loạn động	Risperidone: 66,7% Haloperidol: 33,3%
Liều thuốc chống loạn động (mg)	3,139 ± 1,72
Thuốc điều trị khác	Clonazepam: 22,2% Quetiapine: 2,7%
Kiểm soát đường huyết	Insulin tiêm dưới da: 48,6% Insulin truyền tĩnh mạch: 5,4% Thuốc viên phối hợp: 45,9%

Đặc điểm hình ảnh học não trên MRI và/hoặc CT-scan. Biểu đồ 1 tóm tắt đặc điểm tổn thương điển hình trên MRI và/hoặc CT-scan. Trong 36 nhóm bệnh nhân đưa vào nghiên cứu, có 32 ca bệnh nhân được chụp MRI, tổn thương phổ biến nhất là sự phối hợp giữa tăng tín hiệu cầu nhát và nhân bào (GP+P), chiếm tỷ lệ cao nhất (53,1%), theo sau là tăng tín hiệu nhân bào đơn độc (P: 18,8%) và tăng tín hiệu phối hợp ba vị trí (CN+GP+P: 15,6%). Trong khi đó, ở nhóm được chụp CT-scan (n = 7), tổn thương thường gặp nhất là phối hợp tăng đậm độ nhân đuôi và nhân bào (CN+P: 42,9%), kế đến là tổn thương tăng đậm độ đơn độc cầu nhát (GP: 28,6%) và các tổn thương phối hợp khác. Đáng chú ý, có 3 bệnh nhân được thực hiện đồng thời cả MRI và CT-scan, vị trí tổn thương được ghi nhận là giống nhau trên cả hai phương tiện.



Biểu đồ 1. Đặc điểm tổn thương trên MRI và/hoặc CT-scan não

IV. BÀN LUẬN

Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm dân số học tương đồng với các nghiên cứu khác, bệnh nhân mắc biến chứng múa giật thường gặp ở người cao tuổi, đặc biệt nhóm từ 70-80 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình 75,1±11,6; trong đó 41,57% số bệnh nhân có độ tuổi lớn hơn 80. So sánh với các nghiên cứu phân tích gộp trước đó của RyanC và cộng sự (2018) ghi nhận độ tuổi trung bình 80 [7]; nghiên cứu của Arecco và cộng sự (2021) nhấn mạnh độ tuổi trung bình lớn hơn 80 tuổi chiếm 67% [6]. Tỷ lệ giới nữ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 86,11% (31/36), tương đồng với nghiên cứu của RyanC và CS (2018) bệnh nhân nữ chiếm 71,42% (5/7) [7]. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều mắc đái tháo đường típ 2, trong đó 6/36 ca mới phát hiện mắc đái tháo đường. Theo nghiên cứu của Arecco và CS (2021) ghi nhận HbA1c và đường máu tĩnh mạch trung bình lần lượt 11,6% và 22,8 mmol/l [6]. Nhìn chung, đặc điểm dân số mắc biến chứng múa giật đều ghi nhận có tình trạng tăng đường huyết cấp tính không nhiễm toan ceton, tỷ lệ kiểm soát đường huyết mạn tính kém qua tỷ lệ HbA1c giá trị trung bình cao 11,25%. Đặc biệt ở nghiên cứu của Arecco và CS khẳng định giá trị HbA1c có giá trị cao trong việc dự đoán biến chứng múa giật với giá trị p trong phân tích đa biến p=0,009 [6].

Cơ chế bệnh sinh giải thích cho tình trạng tăng đường huyết gây nên biến chứng múa giật do đái tháo đường còn nhiều bàn luận và chưa được làm rõ, có hai cơ chế giả thuyết chính được đưa ra là do quá trình chuyển hoá và mạch máu. Theo cơ chế chuyển hoá, tăng đường huyết không nhiễm toan ceton là một trong những cơ chế chính. Trong quá trình tăng đường huyết, quá trình trao đổi chất ở não chuyển sang con đường chuyển hoá glucose kỵ khí do đó chu trình Krebs bị bất hoạt. Não là nguồn năng lượng thay thế nên sẽ chuyển GABA thành acid succinic do đó GABA sẽ bị thiếu hụt và quá trình tổng hợp acetylcholine trong hạch nền sẽ giảm sản xuất gây rối loạn chức năng hạch nền và thể hiện nên các dấu hiệu lâm sàng. Theo cơ chế mạch máu, tình trạng thiếu máu cục bộ là nguyên do gây nên tình trạng chuyển động bất thường nửa người do giảm tưới máu ở thể vân dẫn đến rối loạn chức năng tế bào thần kinh GABA, giảm tưới máu hạch nền [2, 8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các biểu hiện lâm sàng của rối loạn vận động được phân loại thành múa giật (77,2%) và múa vung

(27,78%), số ca biểu hiện múa giật nửa người chiếm 80,56%. Điều này phản ánh sự đa dạng về kiểu hình lâm sàng của biến chứng thần kinh do tăng đường huyết không nhiễm ceton. Phân loại này được xây dựng dựa trên đặc điểm cử động, biên độ, vị trí biểu hiện, mức độ nghiêm trọng và mối liên hệ giải phẫu của từng dạng loạn động. Nghiên cứu của RyanC và CS (2018) ghi nhận ở 7 ca đều có tình trạng múa giật và múa vung nửa người kết hợp, 2/7 ca có tình trạng biểu hiện múa giật vùng mặt [7]. Sự phân hóa giữa múa giật và múa vung không chỉ có giá trị trong mô tả triệu chứng mà còn giúp dự đoán mức độ và vị trí tổn thương hệ thần kinh trung ương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36 bệnh nhân múa giật được ghi nhận hình ảnh học MRI có 32 ca bệnh, CT-scan có 7 ca bệnh. Trong đó có 3 bệnh nhân vừa được thực hiện MRI và CT-scan đều ghi nhận tổn thương điển hình đặc trưng giống nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương hình ảnh trên MRI chủ yếu ghi nhận tại vùng hạch nền, đặc biệt là nhân cầu nhện và nhân bào sẫm (GP + P: 53,1%). Ngoài ra, một số trường hợp có tổn thương phổi hợp nhiều vùng như CN + GP + P (15,6%) hay tổn thương đơn độc tại GP (12,5%) hoặc P (18,8%). Trên CT-scan, các tổn thương chủ yếu được phát hiện ở CN + P (42,9%) và GP (28,6%), phù hợp với dữ liệu MRI nhưng tỷ lệ phát hiện thấp hơn. Điều này phản ánh độ nhạy của MRI trong phát hiện tổn thương hạch nền rõ ràng hơn so với CT-scan. So sánh với các nghiên cứu khác, nghiên cứu của Choon-Bing Chua và CS (2020) đều ghi nhận tổn thương tại CN, GP, hoặc tổn thương phổi hợp nhiều vùng trên MRI [4]. Đặc biệt, nghiên cứu của Morgan và CS (2025) báo cáo rằng hình ảnh tổn thương GP + P có thể giúp chẩn đoán xác định, làm nổi bật vai trò định hướng của MRI trong đánh giá biến chứng múa giật do ĐTĐ típ 2 [5]. Trên MRI, đặc trưng nổi bật nhất là tăng tín hiệu trên chuỗi T1-weighted (T1WI) ở hạch nền. Tăng tín hiệu T1 trong bối cảnh này được giả thuyết là do sự hiện diện của: thoái hóa myelin, tụ protein hoặc kim loại, tổn thương xuất huyết vi thể, thay đổi chuyển hóa cấp tính do thiếu năng lượng thần kinh. Đặc điểm tăng tín hiệu T1 là một chỉ dấu đặc hiệu khá cao trong nhóm bệnh cảnh múa giật do đái tháo đường, đặc biệt khi phổi hợp với lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai loại thuốc loạn động chính được sử dụng là Risperidone (66,7%) và Haloperidol (33,3%), với đa số bệnh nhân cải thiện triệu chứng trong khoảng 3–10 ngày khi phổi hợp với kiểm soát

đường huyết tích cực bằng Insulin ± thuốc uống. Việc sử dụng thuốc chống loạn thần thể hệ thứ hai như Risperidone mang lại hiệu quả tốt và ít tác dụng phụ ngoại tháp hơn, đồng thuận với hướng dẫn điều trị loạn động hiện đại.

Nghiên cứu này có những hạn chế như (1) Đây là biến chứng thần kinh hiếm gặp của đái tháo đường dẫn đến số lượng bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nhóm bệnh trong nghiên cứu còn khiêm tốn (36 ca trong 5 năm). Gây khó khăn trong việc đánh giá tình trạng lâm sàng và quá trình đáp ứng điều trị; (2) Nghiên cứu chỉ được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM nên không đánh giá đầy đủ bức tranh đa dạng của thể bệnh này; và (3) Dữ liệu là hồi cứu nên không phản ánh đầy đủ các thông tin của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Bệnh thể vận do đái tháo đường là một biến chứng hiếm gặp của bệnh lý đái tháo đường chưa được kiểm soát tốt những việc điều trị này khá hiệu quả. Do đó nghiên cứu này tạo nền tảng kiến thức rộng rãi hơn từ đó cho phép chẩn đoán sớm và lên kế hoạch điều trị kịp thời và giảm thiểu các triệu chứng loạn động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abbassi O, Kako AA, Mebrouk Y.** Bilateral Chorea-Ballism Associated With Non-ketotic Hyperglycemia: A Case Report. *Cureus*. 2024;16(6).
2. **Arecco A, Ottaviani S, Boschetti M, Renzetti P, Marinelli L.** Diabetic striatopathy: an updated overview of current knowledge and future perspectives. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2024;47(1):1-15.
3. **Bedwell SF.** Some observations on hemiballismus. *Neurology*. 1960;10(6):619-.
4. **Chua C-B, Sun C-K, Hsu C-W, Tai Y-C, Liang C-Y, Tsai I-T.** "Diabetic striatopathy": clinical presentations, controversy, pathogenesis, treatments, and outcomes. *Scientific reports*. 2020;10(1):1594.
5. **Morgan HD, ur Rehman A, Morrison AE, Harieaswar S, Jackson S, Kong M-F.** Diabetic striatopathy: a rare complication of hyperglycaemia. *British Journal of Diabetes*. 2025.
6. **Ottaviani S, Arecco A, Boschetti M, Ottaviani E, Renzetti P, Marinelli L.** Prevalence of diabetic striatopathy and predictive role of glycated hemoglobin level. *Neurological Sciences*. 2022;43(10):6059-65.
7. **Ryan C, Ahlskog JE, Savica R.** Hyperglycemic chorea/ballism ascertained over 15 years at a referral medical center. *Parkinsonism & related disorders*. 2018;48:97-100.
8. **Walker RH.** Differential diagnosis of chorea. *Current neurology and neuroscience reports*. 2011;11(4):385-95.

GIÁ TRỊ PHỐI HỢP THANG ĐIỂM MAP(ASH) VÀ CHỈ SỐ MELD TRONG TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

Nguyễn Công Long^{1,2}, Triệu Thị Lan³, Vũ Hải Hậu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị phối hợp hai thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD trong tiên lượng tử vong và tái xuất huyết trong 90 ngày ở bệnh nhân (BN) xơ gan có xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ). **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 114 người bệnh xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2024 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Ở đối tượng nghiên cứu, trong tiên lượng tái xuất huyết trong 90 ngày, phối hợp 2 thang điểm tại điểm cắt MAP(ASH) ≥ 4 và MELD ≥ 14 cho giá trị tiên lượng khá với AUC = 0,785, độ nhạy 84%; độ đặc hiệu 73%, giá trị tiên đoán dương tính 46,7%, giá trị tiên đoán âm tính 94,2%, $p < 0,001$. Trong tiên lượng tử vong phối hợp hai thang điểm tại điểm cắt MAP(ASH) ≥ 5 và MELD ≥ 17 cho giá trị tiên lượng tốt với AUC = 0,833, độ nhạy 80%; độ đặc hiệu 85,6%, giá trị tiên đoán dương 36,4%, giá trị tiên đoán âm 97,8%, $p < 0,001$. **Kết luận:** Phối hợp MAP(ASH) ≥ 4 và MELD ≥ 14 giúp tiên lượng tái xuất huyết trong 90 ngày với độ chính xác khá, trong khi phối hợp MAP(ASH) ≥ 5 và MELD ≥ 17 cho khả năng tiên lượng tử vong cao.

Từ khóa: Thang điểm MAP(ASH), MELD, xơ gan, vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF MAP(ASH) SCORE AND MELD SCORE IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO RUPTURED ESOPHAGEAL VARICES

Objective: To evaluate the effectiveness of combining the MAP(ASH) score and MELD index in predicting 90-day mortality and rebleeding in patients with cirrhosis and gastrointestinal bleeding (GIB) due to esophageal variceal rupture. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 114 cirrhotic patients with GIB caused by esophageal varices at the Gastroenterology and Hepatology Center, Bach Mai Hospital, from October 2024 to May 2025. MAP(ASH) and MELD scores were assessed within the first 24 hours of hospital admission. Patients were then monitored for rebleeding and

mortality over a 90-day period. **Results:** In predicting 90-day rebleeding, the combination of MAP(ASH) ≥ 4 and MELD ≥ 14 showed good prognostic performance with an AUC of 0.785, sensitivity of 84%, specificity of 73%, positive predictive value (PPV) of 46.7%, and negative predictive value (NPV) of 94.2%, and $p < 0.001$. For 90-day mortality prediction, the combination of MAP(ASH) ≥ 5 and MELD ≥ 16 demonstrated high prognostic accuracy with an AUC of 0.833, sensitivity of 80%, specificity of 85.6%, PPV of 36.4%, and NPV of 97.8%, and $p < 0.001$. **Conclusion:** The results indicate that the combination of MAP(ASH) ≥ 4 and MELD ≥ 14 is effective in predicting 90-day rebleeding, while MAP(ASH) ≥ 5 and MELD ≥ 17 provide a strong prognostic value for 90-day mortality. **Keywords:** MAP(ASH) score, MELD score, cirrhosis, esophageal variceal rupture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh lý mạn tính phổ biến tại Việt Nam và nhiều quốc gia trên thế giới, đứng hàng đầu trong các bệnh gan mật với tỷ lệ tử vong cao. Biến chứng xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là nguyên nhân chính gây tử vong ở bệnh nhân xơ gan, chiếm khoảng 60 – 65% các đợt xuất huyết. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị, tỷ lệ tử vong trong 6 tuần đầu vẫn ở mức cao (15–20%) [1].

Cho đến nay, đã có nhiều thang điểm như Child-Pugh, AIMS65, MELD được sử dụng để tiên lượng tái xuất huyết và tử vong cho người bệnh xơ gan. Trong đó, chỉ số MELD (Model for End-stage Liver Disease) được sử dụng rộng rãi để đánh giá mức độ nặng và tiên lượng tử vong ngắn hạn. Gần đây, một số tác giả đề xuất MAP(ASH) như là một thang điểm mới, đơn giản, dựa trên 6 thông số lâm sàng và cận lâm sàng, có khả năng tiên lượng tử vong và tái xuất huyết trong chảy máu tiêu hóa trên.

Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam đánh giá giá trị phối hợp của MAP(ASH) và MELD trong tiên lượng tái xuất huyết và tử vong cho bệnh nhân xơ gan XHTH do vỡ giãn TMTQ trong thời gian 90 ngày. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá giá trị phối hợp hai thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD trong tiên lượng tử vong và tái xuất huyết ở bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 114

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Thị Lan

Email: trieu.lanytn@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025