

có hình ảnh là nhiều nốt nhỏ rải rác vùng đáy vị. Bên cạnh đó, có 6 ca (24%) được nhận định có polyp u tuyến ở vùng hang vị.

Mô bệnh học: Kết quả mô bệnh học tại đại tràng thấy rằng hầu như polyp đại trực tràng trong FAP là polyp tuyến. Đây là lý do vì sao FAP nếu không chữa trị sẽ dẫn đến ung thư vì polyp tuyến là tổn thương tiền ung thư. Ngoài ra, kết quả mô bệnh học tại dạ dày cho thấy 90% là polyp tuyến phình vị lành tính, có 1 trường hợp (10%) polyp tuyến ở hang vị và không có trường hợp ung thư hoặc loạn sản cao nào ở dạ dày. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu: Sasaki K. (2024) trên 443 bệnh nhân FAP ở Nhật không ghi nhận ca ung thư dạ dày nào trước tuổi 40; nguy cơ tăng rõ sau 50 tuổi [5] và Campos F.G. (2019) có 4 ca ung thư dạ dày nhưng tuổi chẩn đoán đều khá cao [6]. Khả năng ung thư dạ dày ở FAP tuy ít nhưng có thể xảy ra. Nghiên cứu tại Nhật Bản báo cáo tỷ lệ mắc mới tích lũy ở bệnh nhân 50 tuổi là 7,6% đối với ung thư dạ dày, trong khi châu Âu <1% [5].

V. KẾT LUẬN

Bệnh FAP là bệnh di truyền gen trội trên nhiễm sắc thể thường. Bệnh chủ yếu gặp ở người trẻ, với biểu hiện là polyp lan toả toàn bộ đại tràng và một phần kèm polyp dạ dày, tỷ lệ ung

thư đại tràng là rất cao nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Nội soi tầm soát kết hợp điều trị là then chốt trong chẩn đoán và định hướng phương pháp điều trị cho bệnh lý này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Menon G., Kasi A. (2025). Familial Adenomatous Polyposis. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
2. Yang J., Gurudu S.R., Koptiuch C., et al. (2020). American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in familial adenomatous polyposis syndromes. Gastrointest Endosc, 91(5), 963-982.e2.
3. Aihara H., Kumar N., Thompson C.C. (2014). Diagnosis, surveillance, and treatment strategies for familial adenomatous polyposis: rationale and update. Eur J Gastroenterol Hepatol, 26(3), 255.
4. Tomita N., Ishida H., Tanakaya K., et al. (2021). Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2020 for the Clinical Practice of Hereditary Colorectal Cancer. Int J Clin Oncol, 26(8), 1353-1419.
5. Sasaki K., Kawai K., Nozawa H., et al. (2024). Risk of gastric adenoma and adenocarcinoma in patients with familial adenomatous polyposis in Japan: a nationwide multicenter study. J Gastroenterol, 59(3), 187-194.
6. Campos F.G., Martinez C.A.R., Sulbaran M., et al. (2019). Upper gastrointestinal neoplasia in familial adenomatous polyposis: prevalence, endoscopic features and management. J Gastrointest Oncol, 10(4).

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HẠ NATRI MÁU VÀ KẾT QUẢ CHỨC NĂNG THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI 2023-2025

Đinh Thị Lan Anh¹, Trần Hữu Thông², Nguyễn Anh Tuấn¹, Vũ Tường Lâm¹, Lương Quốc Chính², Nguyễn Tuấn Đạt², Đặng Tuấn Dũng²

TÓM TẮT⁷³

Xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não là một cấp cứu thần kinh nặng nề, chiếm tỷ lệ tử vong và tàn tật cao. Việc đánh giá đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, hình ảnh học và các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và điều trị. Trong đó, rối loạn điện giải, đặc biệt là hạ natri máu, đã được ghi nhận là yếu tố thường gặp sau xuất huyết dưới nhện. Tuy nhiên, giá trị của nồng độ natri huyết thanh trong tiên lượng kết cục thần kinh vẫn còn nhiều tranh cãi. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và phân tích mối liên quan giữa nồng độ

natri huyết thanh với kết cục thần kinh ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 428 bệnh nhân chẩn đoán xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não, thu thập thông tin dịch tễ, lâm sàng, hình ảnh học và nồng độ natri huyết thanh; kết cục đánh giá bằng thang điểm GOS và mRS tại thời điểm ra viện và sau 30 ngày. **Kết quả:** Nồng độ Na có liên quan có ý nghĩa với kết cục thần kinh ($p < 0,05$), nhưng khả năng dự báo thấp (AUC 0,580-0,591). Cut-off tối ưu là 137,5 mEq/L. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân nhập viện trong tình trạng lâm sàng còn tương đối tốt. Nồng độ natri huyết thanh có liên quan đến kết cục thần kinh nhưng giá trị tiên lượng còn hạn chế.

Từ khóa: xuất huyết dưới nhện, Hạ Natri máu, vỡ phình động mạch não

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN HYPONATREMIA AND NEUROLOGICAL FUNCTIONAL

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

OUTCOMES IN PATIENTS WITH SUBARACHNOID HEMORRHAGE DUE TO RUPTURED CEREBRAL ANEURYSMS AT BACH MAI HOSPITAL 2023-2025

Aneurysmal subarachnoid hemorrhage (SAH) is a severe neurological emergency associated with high rates of mortality and disability. The assessment of epidemiological, clinical, radiological characteristics, and risk factors plays an important role in prognosis and management. Among these, electrolyte disturbances, particularly hyponatremia, have been frequently reported after SAH. However, the prognostic value of serum sodium levels in neurological outcomes remains controversial.

Objective: To describe the clinical and radiological characteristics and to analyze the association between serum sodium levels and neurological outcomes in patients with aneurysmal SAH. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 428 patients diagnosed with aneurysmal SAH. Data collected included demographic, clinical, radiological characteristics, and serum sodium levels. Outcomes were assessed using the Glasgow Outcome Scale (GOS) and modified Rankin Scale (mRS) at discharge and at 30 days. **Results:** Serum sodium concentration was significantly associated with neurological outcomes ($p < 0.05$), but showed low predictive accuracy (AUC 0.580–0.591). **Conclusion:** Most patients were admitted in relatively preserved clinical condition. Serum sodium levels were associated with neurological outcomes, but their prognostic value remains limited. **Keywords:** Subarachnoid hemorrhage (SAH), Hyponatremia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não hiện là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật đứng hàng thứ hai trên toàn cầu, chỉ sau bệnh tim mạch, và đang trở thành gánh nặng đặc biệt nghiêm trọng ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. Trong ba thể lâm sàng chính của đột quỵ não, chảy máu dưới nhện (XHDN) do vỡ phình động mạch não chiếm khoảng 80% các trường hợp XHDN tự phát. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tình trạng thần kinh, đặc biệt là mức độ ý thức, là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất, song bên cạnh đó, rối loạn điện giải, đặc biệt là hạ natri máu, cũng đóng vai trò không nhỏ trong việc ảnh hưởng đến kết cục sau XHDN.^{1,2}

Hạ natri máu là rối loạn điện giải thường gặp nhất ở bệnh nhân XHDN, với tỷ lệ từ 30–60% tùy theo từng nghiên cứu.^{3,4} Tình trạng này có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm như co giật, hôn mê và thậm chí tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Về cơ chế bệnh sinh, hạ natri máu trong XHDN chủ yếu liên quan đến hai hội chứng: tiết hormon chống bài niệu không thích hợp (SIADH) và mất muối não (CSWS).⁵ Một số nghiên cứu quốc tế đã chứng

minh hạ natri máu là yếu tố liên quan độc lập với tiên lượng tử vong hoặc kết cục thần kinh xấu ở bệnh nhân XHDN, tuy nhiên các dữ liệu còn rời rạc, chủ yếu từ các trung tâm đơn lẻ với quần thể bệnh nhân khác nhau.⁶

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về mối liên quan này vẫn còn hạn chế, chưa đủ cơ sở để làm rõ giá trị tiên lượng của hạ natri máu trong XHDN do vỡ phình động mạch não. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Mối liên quan giữa hạ natri máu và kết quả chức năng thần kinh ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2023–2025” nhằm đánh giá rõ hơn mối liên quan này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi
- Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện trong vòng 7 ngày.
- Được chẩn đoán xác định xuất chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không xác định được là tụ máu nhu mô hay tụ máu khoang dưới nhện
- Bệnh nhân có tiền sử suy giảm chức năng thần kinh nặng trước đó
- Bệnh nhân mắc suy thương thận mạn, suy giáp nặng chưa điều trị, suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu, hoặc bệnh gan mất bù nặng.
- Điều trị thuốc kéo dài có khả năng gây hạ natri rõ (ví dụ: dùng thiazide liều điều trị mạn) nếu không thể tách nguyên nhân thuốc với nguyên nhân do SAH.
- Không đồng ý hoặc không có khả năng cung cấp đồng ý tham gia nghiên cứu (nếu cần đồng ý bằng văn bản) — hoặc gia đình/đại diện từ chối cho thu thập dữ liệu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trung tâm.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ (tỷ lệ bệnh nhân có kết cục thần kinh xấu ở 2 nhóm không và có Hạ Na). Cỡ mẫu nhóm bệnh là:

$$n = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

- p_1 = tỉ lệ kết cục xấu ở nhóm không hạ Na (control).
- p_2 = tỉ lệ kết cục xấu ở nhóm có hạ Na (exposed).

- $\bar{p} = (p_1 + p_2)/2$
- $Z_{1-\alpha/2}$ là giá trị z cho mức ý nghĩa hai phía (ví dụ $\alpha=0.05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1.96$).
- $Z_{1-\beta}$ là giá trị z tương ứng công suất (power); power = 0.8 $\rightarrow Z_{1-\beta} \approx 0.84$
- Giả sử $p_1 = 0.30$, $p_2 = 0.50$,^{3,4} $\alpha = 0.05$, power = 0.8 $\rightarrow$ Tính được $n = 92.9 \rightarrow$ làm tròn 93 bệnh nhân mỗi nhóm.

Vì tỉ lệ bệnh nhân có hạ Na theo các nghiên cứu trước khoảng 30% nên tổng số bệnh nhân là:
 $N = N \text{ bệnh nhân} / 0,3 = 310$

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian nghiên cứu, tức là chúng tôi lấy các bệnh nhân liên tiếp đến khám và điều trị từ tháng 08/2023 đến tháng 08/2025 tại Bệnh viện Bạch Mai có đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ được chọn vào nghiên cứu.

Bảng 1. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Nhóm	Chi tiết	Cách thu thập
Thông tin chung	Tuổi	Biến định lượng, Bệnh án nghiên cứu
	Giới	Biến định tính, Bệnh án nghiên cứu
Lâm sàng	Triệu chứng khởi phát	Biến định tính, khám lâm sàng
	Đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện	Biến định tính, khám lâm sàng
	Điểm Glasgow	Biến định lượng, khám lâm sàng
	Điểm WFNS	Biến định lượng, khám lâm sàng
Cận lâm sàng	Nồng độ Na máu	Biến định lượng, kết quả xét nghiệm
	Hình ảnh CT scan	Biến định tính, kết quả phim chụp
Kết cục thần kinh	Điểm Rankin sửa đổi (mRS)	Biến định lượng, khám lâm sàng
	Điểm Glasgow outcome (GOS)	Biến định lượng, khám lâm sàng

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.

Ghi chép số liệu thu được của từng bệnh nhân nghiên cứu theo mẫu nghiên cứu thống nhất. Số liệu nghiên cứu đã thu thập sẽ được xử lý và phân tích trên phần mềm thống kê IBM SPSS version 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, 116 USA).

Trong tất cả các phân tích, các mức độ ý nghĩa là hai phía, và giá trị p nhỏ hơn 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi dựa trên hồ sơ những bệnh nhân được chẩn đoán xác định chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch não. Mọi số liệu thu nhập được chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu,

nhằm mục đích phục vụ y tế, chăm lo sức khỏe, không vì mục đích gì khác.

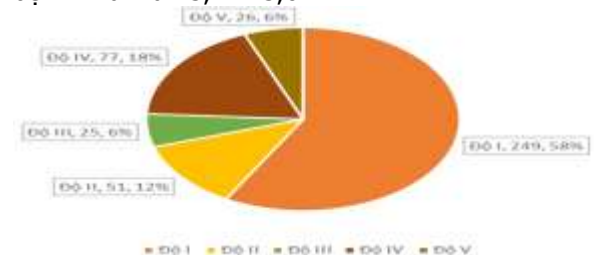
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng lúc nhập viện

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện

Đặc điểm	Tổng (N (%))
Các triệu chứng khởi phát	Khởi phát đột ngột, đau đầu dữ dội
	405 (94,6%)
	Buồn nôn/Nôn
	182 (42,5%)
	Cổ cứng
	9 (2,1%)
	Sợ ánh sáng
Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện	0
	Nhìn mờ hoặc nhìn đôi
	7 (1,63%)
	Ngất/Mất ý thức
	86 (20,1%)
	Co giật
	14 (3,3%)
Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện	Điểm GSC trung bình
	13,1 $\pm$ 3,0
	Huyết áp tâm thu trung bình (mmHg)
	148,3 $\pm$ 22,5
	Huyết áp tâm trương trung bình (mmHg)
	86,7 $\pm$ 15,1
Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện	Liệt nửa người
	31 (7,2%)
	Liệt hai chi dưới
	2 (0,5%)
Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện	Rối loạn ngôn ngữ
	13 (3,0%)
Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện	Cổ cứng
	103 (24,1%)

Nhận xét: Theo bảng 2, hầu hết bệnh nhân khởi phát với triệu chứng đau đầu dữ dội đột ngột (94,6%), tiếp theo là buồn nôn/nôn (42,5%) và ngất hoặc mất ý thức (20,1%), trong khi các triệu chứng khác như co giật (3,3%), nhìn mờ/nhìn đôi (1,6%) hay cổ cứng (2,1%) ít gặp hơn, không ghi nhận trường hợp sợ ánh sáng. Khi nhập viện, điểm GCS trung bình của bệnh nhân là 13,1 $\pm$ 3,0.

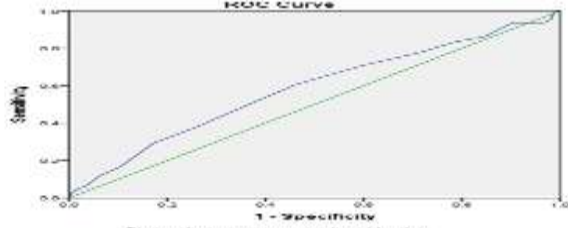


Biểu đồ 1. Phân độ theo WFNS lúc nhập viện

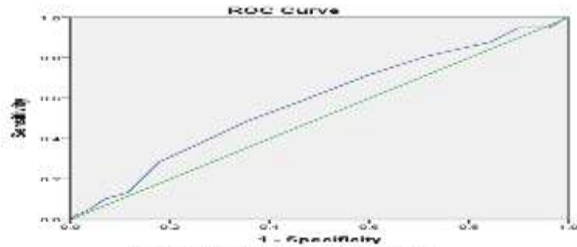
Nhận xét: Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân thuộc phân độ WFNS I (249 trường hợp, chiếm tỷ lệ cao nhất 58%), tiếp theo là độ II với 51 trường hợp và độ IV với 77 trường hợp. Số bệnh nhân ở độ III và độ V lần lượt là 25 và 26. Kết quả này cho thấy phần lớn bệnh nhân nhập viện trong tình trạng lâm sàng còn tương đối tốt (WFNS I–II), trong khi nhóm có mức độ nặng (WFNS IV–V) vẫn chiếm một tỷ lệ đáng kể, phản ánh sự đa dạng về mức độ nặng nhẹ khi khởi

phát bệnh.

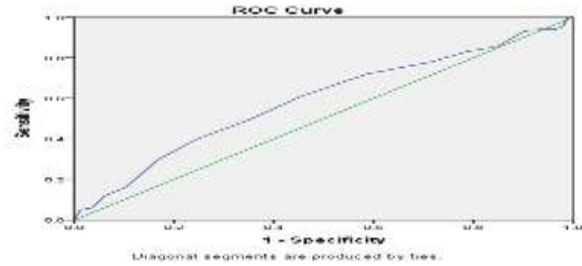
3.3. Môi liên quan giữa Hạ Na máu và kết cục thần kinh. Mặc dù theo tiêu chuẩn chẩn đoán về Hạ Na trên thế giới, mức Na dưới 135 mEq/L được xem là có hạ Na, tuy nhiên trong quần thể nghiên cứu, chúng tôi vẫn tiến hành xác định lại cut-off của Na mà ở đó kết cục thần kinh của bệnh nhân có sự khác biệt. Chúng tôi thu được kết quả như sau:



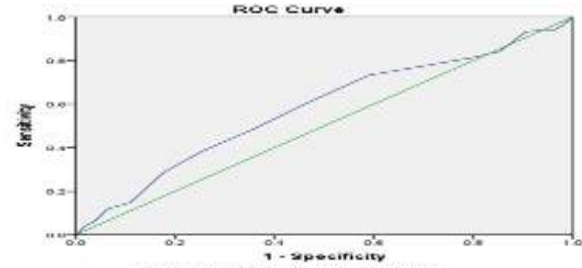
(a) Theo mRS lúc ra viện



(b) Theo mRS sau 30 ngày



(c) Theo GOS ra viện



(d) Theo GOS 30 ngày

Biểu đồ 3. Đường cong ROC thể hiện mô hình chẩn đoán Hạ Na dựa vào kết cục thần kinh

(a) Mô hình dựa vào mRS lúc ra viện, (b) Mô hình dựa vào mRS sau 30 ngày, (c) Mô hình dựa vào GOS lúc ra viện, (d) Mô hình dựa vào GOS sau 30 ngày.

Bảng 4. Thông số về đường cong ROC của các mô hình trên

Mô hình	AUC	p	95% CI	Nồng độ Na tại Youden index cao nhất (mEq/L)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
Theo mRS lúc ra viện	0,582	0,010	0,519 – 0,646	137,5	61	54
Theo GOS ra viện	0,591	0,004	0,529 – 0,653	137,5	61	54
Theo mRS sau 30 ngày	0,581	0,015	0,516 – 0,645	138,5	49	64
Theo GOS sau 30 ngày	0,580	0,015	0,514 – 0,645	136,5	73	41

Nhận xét: Kết quả phân tích ROC cho thấy nồng độ natri huyết thanh có giá trị dự báo kết cục lâm sàng ở mức hạn chế. Cụ thể, diện tích dưới đường cong (AUC) dao động từ 0,580 đến 0,591, với p-value đều < 0,05, chứng tỏ mối liên quan có ý nghĩa thống kê nhưng độ chính xác không cao. Khoảng tin cậy 95% của các mô hình khá hẹp (0,514 – 0,653). Ngưỡng cắt tối ưu theo chỉ số Youden dao động từ 136,5–138,5 mEq/L. Độ nhạy và độ đặc hiệu dao động từ 49–73% và 41–64%.

Bảng 5. Tương quan đơn biến giữa nồng độ Na và các đánh giá kết cục thần kinh

	Hệ số hồi quy (log odds)	Sai số chuẩn	p	OR
GOS ra viện	0.079	0.031	0.01	1.083
mRS ra viện	0.073	0.031	0.02	1.075
mRS 30 ngày	0.071	0.032	0.029	1.073

GOS 30 ngày | 0.065 | 0.032 | 0.042 | 1.067

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy đơn biến cho thấy nồng độ natri huyết thanh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các thang điểm đánh giá kết cục thần kinh. Mặc dù hệ số hồi quy dương và có ý nghĩa thống kê ở cả bốn mô hình, giá trị OR chỉ dao động từ 1,067 đến 1,083, cho thấy ảnh hưởng của nồng độ Na lên kết cục thần kinh là tương đối nhỏ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết bệnh nhân SAH khởi phát với đau đầu dữ dội đột ngột (94,6%), tiếp theo là buồn nôn/nôn (42,5%) và mất ý thức/ngất (20,1%). Các triệu chứng như co giật, nhìn mờ/nhìn đôi hay cổ cứng ít gặp hơn nhiều, và không có trường hợp sợ ánh sáng. Khi nhập

viện, mức độ ý thức trung bình (GCS trung bình là 13,1) cho thấy nhiều trường hợp bị ảnh hưởng nhẹ-vừa. Phân độ WFNS phần lớn rơi vào độ I–II, tức là người bệnh có tình trạng khá tốt lúc nhập viện; tuy nhiên, một tỷ lệ đáng kể vẫn ở mức độ nặng (WFNS IV–V). Trong các nghiên cứu trước đây, các triệu chứng như đau đầu đột ngột, buồn nôn/nôn, cổ cứng là những biểu hiện khởi phát điển hình của SAH.⁷

Trong đánh giá lâm sàng tình trạng bệnh nhân, WFNS (World Federation of Neurosurgical Societies – Liên đoàn phẫu thuật thần kinh thế giới) là thang đánh giá lâm sàng đầy đủ và thường được sử dụng. Nghiên cứu phân tích tổng hợp của Jordi de Winkel (2022) cũng xác nhận rằng WFNS IV–V là dự báo nguy cơ xấu rõ rệt.⁸ Dựa trên kết quả nghiên cứu của chúng tôi, việc phần lớn bệnh nhân nhập viện ở mức WFNS I–II cho thấy đa số vẫn còn ý thức tốt, ít rối loạn nặng, đây là cơ hội thuận lợi để can thiệp sớm nhằm cải thiện tiên lượng. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân WFNS IV–V vẫn chiếm một phần đáng kể, tương tự như các nghiên cứu quốc tế về SAH độ nặng, phản ánh tiên lượng xấu hơn và cần những biện pháp điều trị tích cực hơn.

4.2. Mối liên quan giữa Hạ Na máu và kết cục thần kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ natri huyết thanh được chứng minh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết cục thần kinh ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện (SAH), mặc dù giá trị dự báo còn hạn chế. Theo định nghĩa quốc tế, hạ natri máu được xác định khi nồng độ Na <135 mEq/L (Verbalis et al., 2013).⁹ Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng ngưỡng natri có giá trị tiên lượng ở bệnh nhân SAH có thể cao hơn so với ngưỡng chẩn đoán kinh điển. Sherlock và cộng sự (2006) ghi nhận bệnh nhân SAH với Na ≤137 mEq/L có nguy cơ kết cục xấu cao hơn rõ rệt,¹⁰ trong khi Qureshi et al. (2002) cũng nhận thấy hạ natri liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong và biến chứng thần kinh. Kết quả của chúng tôi phù hợp với những bằng chứng này khi ngưỡng cắt tối ưu theo chỉ số Youden dao động từ 136,5–138,5 mEq/L, cho thấy các giá trị natri “giáp ranh” trên 135 mEq/L vẫn có thể có ý nghĩa tiên lượng trong thực hành lâm sàng.

Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng giá trị tiên lượng của natri huyết thanh trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ở mức thấp, với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) dao động từ 0,580–0,591. Phân tích hồi quy đơn biến trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mặc dù hệ số hồi quy dương và có ý nghĩa thống kê ở cả bốn mô hình (GOS và mRS lúc ra viện, sau 30 ngày), odds

ratio (OR) chỉ dao động từ 1,067 đến 1,083 cho mỗi 1 mEq/L tăng của natri. Điều này phản ánh ảnh hưởng của nồng độ natri lên kết cục thần kinh là tương đối nhỏ, và có thể natri chủ yếu đóng vai trò như một chỉ dấu gián tiếp phản ánh mức độ bệnh nặng, rối loạn dịch – điện giải hay cơ chế tăng tiết ADH không thích hợp (SIADH) thường gặp ở bệnh nhân SAH, thay vì là một yếu tố quyết định tiên lượng trực tiếp (Hannon et al., 2014).

Tóm lại, hạ natri sau SAH là một rối loạn thường gặp và có liên quan đến kết cục thần kinh bất lợi, nhưng giá trị dự báo độc lập của chỉ số này còn hạn chế. Trước hết, sử dụng ngưỡng 135 mEq/L có thể bỏ sót các bệnh nhân ở mức natri “bình thường thấp” nhưng vẫn có nguy cơ cao nếu có các yếu tố bệnh lý đồng thời. Do đó, natri huyết thanh nên được xem xét như một yếu tố hỗ trợ trong đánh giá toàn diện bệnh nhân, kết hợp cùng các chỉ số lâm sàng và hình ảnh khác, thay vì sử dụng riêng lẻ để tiên lượng kết cục. Điều này có các ý nghĩa lâm sàng rõ ràng. Thứ hai, natri huyết thanh nên được xem là một phần của bộ chỉ số đánh giá toàn diện: kết hợp với phân độ lâm sàng (như WFNS), tình trạng huyết áp, rối loạn ý thức, và các bệnh kèm theo. Cuối cùng, vì giá trị OR nhỏ và độ chính xác hạn chế, sử dụng natri làm chỉ số tiên đoán đơn lẻ là không đủ - cần các mô hình dự báo đa biến để nâng cao khả năng tiên đoán kết cục thần kinh tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch trong nghiên cứu thường có độ tuổi trung bình cao, đa số khởi phát với triệu chứng điển hình và nhập viện khi tình trạng còn tương đối tốt. Phình động mạch chủ yếu gặp tại tuần hoàn não trước và Fisher IV chiếm ưu thế trên hình ảnh học. Nồng độ natri huyết thanh có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết cục thần kinh, tuy nhiên giá trị dự báo chỉ ở mức hạn chế, cần các mô hình dự báo đa biến để nâng cao khả năng tiên đoán kết cục thần kinh tốt hơn.

VI. LỜI CẢM ƠN

Bài báo nghiên cứu này là sản phẩm của đề tài Khoa học và Công nghệ cấp Đại học Quốc gia Hà Nội (ĐHQGHN) năm 2025 thuộc Chương trình nghiên cứu trọng điểm cấp ĐHQGHN mã số QG.25.40.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gijn J van, Kerr RS, Rinkel GJ. Subarachnoid haemorrhage. *The Lancet*. 2007;369(9558):306–318. doi:10.1016/S0140-6736(07)60153-6
2. Etminan N, Chang HS, Hackenberg K, et al.

- Worldwide Incidence of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage According to Region, Time Period, Blood Pressure, and Smoking Prevalence in the Population: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol.* 2019;76(5):588-597. doi:10.1001/jamaneurol.2019.0006
3. **Saleem S, Yousuf I, Gul A, Gupta S, Verma S.** Hyponatremia in stroke. *Ann Indian Acad Neurol.* 2014;17(1):55-57. doi:10.4103/0972-2327.128554
 4. **Sherlock M, O'Sullivan E, Agha A, et al.** The incidence and pathophysiology of hyponatraemia after subarachnoid haemorrhage. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2006;64(3):250-254. doi:10.1111/j.1365-2265.2006.02432.x
 5. **E F Wijdicks, A H Ropper, E J Hunnicutt, G S Richardson, J A Nathanson.** Atrial natriuretic factor and salt wasting after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke.* Accessed September 1, 2025. https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.str.22.12.1519?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
 6. **Masami Shimoda, Shinri Oda, Yoshiaki Mamata, Ryuichi Tsugane, Osamu Sato.** Surgical indications in patients with an intracerebral hemorrhage due to ruptured middle cerebral artery aneurysm. 87(2):170-175. doi:https://doi.org/10.3171/jns.1997.87.2.0170
 7. **Al-Mistarehi AH, Elsayed MA, Ibrahim RM, et al.** Clinical Outcomes of Primary Subarachnoid Hemorrhage: An Exploratory Cohort Study from Sudan. *The Neurohospitalist.* 2022;12(2):249-263. doi:10.1177/19418744211068289
 8. **de Winkel J, Cras TY, Dammers R, et al.** Early predictors of functional outcome in poor-grade aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol.* 2022;22(1):239. doi:10.1186/s12883-022-02734-x
 9. **Verbalis JG, Goldsmith SR, Greenberg A, et al.** Diagnosis, evaluation, and treatment of hyponatremia: expert panel recommendations. *Am J Med.* 2013;126(10 Suppl 1):S1-42. doi:10.1016/j.amjmed.2013.07.006
 10. **The incidence and pathophysiology of hyponatraemia after subarachnoid haemorrhage - Sherlock - 2006 - Clinical Endocrinology - Wiley Online Library.** Accessed September 17, 2025. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2265.2006.02432.x?utm_source=chatgpt.com

PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT Ở TRẺ TRONG THỜI GIAN 1-2 THÁNG ĐẦU Ở NHỮNG BÀ MẸ NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Toàn¹, Huỳnh Vĩnh Phạm Uyên¹, Trần Nhật Thăng¹,
Nguyễn Hạ Thi Mơ¹, Trần Văn Đủ¹, Giang Trần Phương Linh²,
Mai Công Minh Tâm², Dương Hồng Chương³, Nguyễn Quốc Đạt¹, Võ Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) mang lại nhiều lợi ích cho cả trẻ sơ sinh và bà mẹ. Tuy nhiên việc nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn có ảnh hưởng thể nào đến cân nặng của trẻ sơ sinh vẫn chưa được làm rõ. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá sự phát triển thể chất của bé trong thời gian 1-2 tháng đầu của các bà mẹ có NCBSM. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, thực hiện từ tháng 07/2024 - 01/2025 tại khoa khám bệnh Phụ Sản và phòng khám Trẻ lành mạnh, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Cân nặng trung bình sau sinh 1-2 tháng của bé gái trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,2 \pm 0,6$ (kg) và bé trai là $4,4 \pm 0,5$ (kg). Chiều dài trung bình sau sinh 1-2 tháng của bé gái là $53,6 \pm 3,0$ (cm) và bé trai là $53,7 \pm 2,1$

(cm). Chỉ số như cân nặng theo tuổi (WAZ) trung bình: $0,11 \pm 0,74$ (min: -1,75; max: 2). Tỷ lệ trẻ phát triển hơi chậm - chậm là 10,8% (KTC 95%: 6,8 - 15,9). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phát triển thể chất giữa hai nhóm trẻ nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn và không hoàn toàn. Cần có nghiên cứu theo dõi dài hạn hơn để đánh giá rõ hơn mối liên quan giữa phương pháp nuôi con bằng sữa mẹ và phát triển thể chất của trẻ. **Từ khóa:** nuôi con bằng sữa mẹ, phát triển thể chất, chỉ số như cân nặng theo tuổi

SUMMARY

PHYSICAL DEVELOPMENT OF INFANTS DURING THE FIRST 1-2 MONTHS AMONG BREASTFEEDING MOTHERS AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Background: Breastfeeding provides numerous benefits for both infants and mothers. However, the impact of exclusive breastfeeding on the weight of newborns has not yet been clearly established. **Objective:** To evaluate the physical development of infants during the first 1-2 months of life among mothers who practice exclusive breastfeeding. **Methods:** A cross-sectional study conducted from July 2024 to January 2025 at the Department of

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025