

xơ gan, tuy là tỷ lệ xơ gan ở những bệnh nhân này khoảng 3%, nhưng mục đích ngăn chặn tiến triển xơ gan ở những bệnh nhân này là rất cần thiết, làm giảm nguy cơ tử vong[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp hầu hết các bệnh nhân đều có hiện tượng tăng các enzyme gan gồm có AST, ALT, GGT, điều đó chứng tỏ có sự hoại tử các tế bào gan ở nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng hiện tượng viêm gan nhiễm mỡ thường gặp cùng với rối loạn chuyển hóa, đặc biệt ở người thừa cân, có tiền sử đái tháo đường, và tình trạng tăng men gan thường gặp ở những bệnh nhân này và cần được phát hiện sớm để ngăn chặn tiến triển của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anstee, Q.M., et al.,** From NASH to HCC: current concepts and future challenges. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2019. **16**(7): p. 411-428.
2. **Wong, V.W. and H.L. Chan,** Transient elastography. *J Gastroenterol Hepatol*, 2010. **25**(11): p. 1726-31.
3. **Saydah, S.H., et al.,** Abnormal glucose tolerance and the risk of cancer death in the United States. *Am J Epidemiol*, 2003. **157**(12): p. 1092-100.
4. **Ioannou, G.N., et al.,** Is obesity a risk factor for cirrhosis-related death or hospitalization? A population-based cohort study. *Gastroenterology*, 2003. **125**(4): p. 1053-9.
5. **Malik, S., et al.,** Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adults. *Circulation*, 2004. **110**(10): p. 1245-50.
6. **Eriksson, K.F. and F. Lindgärde,** No excess 12-year mortality in men with impaired glucose tolerance who participated in the Malmö Preventive Trial with diet and exercise. *Diabetologia*, 1998. **41**(9): p. 1010-6.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG VÀ TƯƠNG QUAN GIỮA THANG ĐIỂM HÔN MÊ FOUR, GLASGOW ĐỐI VỚI KẾT CỤC CỦA BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO NGUYÊN PHÁT

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Phạm Phước Sung⁴

Glasgow đều có mối tương quan chặt chẽ với kết cục lâm sàng với hệ số tương quan cao. Các nghiên cứu thêm về vấn đề này là cần thiết để củng cố vai trò của thang điểm trên lâm sàng.

Từ khóa: Chảy máu não, tiên lượng, thang điểm FOUR, thang điểm hôn mê Glasgow.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị tiên lượng và mối tương quan của thang điểm FOUR và hôn mê Glasgow đối với kết cục lâm sàng của bệnh nhân chảy máu não nguyên phát. **Phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu, theo dõi dọc 139 bệnh nhân chảy máu não nguyên phát, nhập viện điều trị tại Khoa Thần Kinh - BV Bạch Mai trong vòng một tuần đầu từ khi khởi phát, thời gian từ tháng 3/2016 đến tháng 6/ 2016. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong (mRS = 6) sau 30 ngày sau khởi phát chảy máu não là 24,5%, tỷ lệ phục hồi tốt (mRS từ 0 - 1) đạt 20,1%, tàn tật từ trung bình đến nặng (mRS từ 2 - 5) chiếm 55,4%. Có mối tương quan chặt chẽ giữa tổng điểm FOUR với tỷ lệ sống, tàn tật và tử vong (OR = 1,87, CI: 1,36 - 2,58, p < 0,01); Hệ số tương quan cao, nghịch biến với hệ số tương quan r = - 0,76. Có mối tương quan chặt chẽ giữa tổng điểm Glasgow với tỷ lệ sống, tàn tật và tử vong (OR = 1,53, CI: 1,16 - 2,03, p < 0,01); Hệ số tương quan cao, nghịch biến với r = -0,74. **Kết luận:** Thang điểm FOUR và hôn mê

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE AND THE CORRELATION BETWEEN FOUR, GLASGOW COMA SCALE AND THE OUTCOME OF PATIENTS WITH PRIMARY HEMORRHAGIC STROKE

Objectives: To evaluate the predictive value and the relationship between FOUR, Glasgow coma scale and the outcome of patients with primary hemorrhagic stroke. **Methods:** We conducted a prospective descriptive study of 139 primary cerebral hemorrhage patients, hospitalized in the Neurology Department of Bach Mai Hospital within one week from the onset during March 2016 to June 2016. **Results:** The mortality rate was 24,5%, the rate of favorable outcome was 20,1%, and moderate to severe disabled patients accounted for 55.4%. There was a strict relationship between the FOUR, Glasgow coma scale and the clinical outcome of patients with primary hemorrhagic stroke (OR = 1.87, CI: 1.36 - 2.58, p < 0,01, r = - 0,76; OR = 1.53, CI: 1.16 - 2.03, p < 0,01, r = -0.74, respectively). **Conclusions:** The FOUR and GCS scales had strict relationship with clinical outcome at 30 days according to modified Rankin scale. More studies are needed to consolidate the role of FOUR scale in practice.

¹Trung tâm Thần Kinh Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược ĐHYQG HN

⁴Bệnh viện đa khoa Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022

Keywords: Hemorrhagic stroke, FOUR, Glasgow coma scales, predictive value.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não là một cấp cứu thần kinh thường gặp, tỷ lệ tử vong cao, di chứng nặng nề, là gánh nặng lớn cho gia đình và xã hội. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ được ứng dụng trong chẩn đoán, điều trị và hồi sức đột quỵ não nhưng tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày còn cao, lên đến 30 – 50%, trong đó khoảng một nửa xảy ra trong 48 giờ đầu [1].

Trong thực hành lâm sàng, trước một bệnh nhân chảy máu não, việc tiên lượng chính xác đóng một vai trò vô cùng quan trọng đối với người thầy thuốc. Tiên lượng đúng giúp người thầy thuốc có thái độ xử trí đúng, theo dõi sát, có phác đồ điều trị hợp lý, đồng thời chủ động hơn trong việc tư vấn, giải thích cho bệnh nhân cũng như người nhà bệnh nhân, nâng cao khả năng phối hợp với thầy thuốc trong quá trình chăm sóc và điều trị. Vì vậy, việc áp dụng các thang điểm tin cậy để đánh giá tiên lượng mức độ nặng và tử vong của bệnh nhân là vô cùng cần thiết.

Đã có nhiều thang điểm đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân chảy máu não nguyên phát được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng, đặc biệt là thang điểm hôn mê Glasgow. Tuy nhiên thang điểm này còn có một số hạn chế như khó đánh giá ngôn ngữ, sự bất thường của các phản xạ thân não và các kiểu hô hấp trên bệnh nhân hôn mê hoặc được đặt nội khí quản. Mặt khác, thang điểm hôn mê Glasgow cho thấy hạn chế trong việc đánh giá hôn mê trên bệnh nhân thở máy hoặc trong việc xử lý các yếu tố gây nhiễu như điếc, phù quanh mắt, chấn thương hàm mặt. Để khắc phục nhược điểm của thang điểm hôn mê Glasgow, thang điểm FOUR (The Full Outline of Unresponsiveness) đã được Wijdicks đưa ra vào năm 2005 [2][3]. Kể từ đó, trên thế giới đã có một số nghiên cứu công bố xác nhận độ tin cậy cao và chuẩn thang điểm này. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào áp dụng để đánh giá tiên lượng riêng cho bệnh nhân chảy máu

não nguyên phát. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị tiên lượng và mối tương quan giữa thang điểm FOUR, Glasgow đối với bệnh nhân chảy máu não nguyên phát.

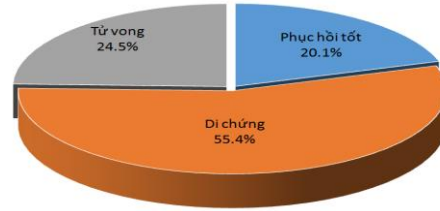
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 139 bệnh nhân chảy máu não nguyên phát từ 18 tuổi trở lên vào điều trị nội trú tại Khoa Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 3/2016 đến tháng 6/2016, đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiền cứu, theo dõi dọc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết cục lâm sàng sau 30 ngày từ khi khởi phát đột quỵ chảy máu não



Biểu đồ 1: Tỷ lệ tử vong và tàn tật theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS)

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong (mRS = 6) chiếm 24,5%; tỷ lệ phục hồi tốt (mRS từ 0 -1) chiếm 20,1%; tỷ lệ tàn tật (mRS từ 2 - 5) chiếm 55,4%.

2. Mối tương quan giữa tổng điểm FOUR, GCS với tỷ lệ sống và tử vong.

Bảng 1: Mối tương quan giữa điểm FOUR, GCS với tỷ lệ sống và tử vong

	OR	SE	p-value	95% CI
FOUR	1,87	0,30	< 0,01	1,36 - 2,58
Glasgow	1,53	0,22	< 0,01	1,16 - 2,03
Hằng số	0,0	0,0	< 0,01	

Nhận xét: Mối tương quan giữa tổng điểm FOUR với tỷ lệ sống và tử vong (OR = 1,87, CI: 1,36 - 2,58) có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Mối tương quan giữa tổng điểm GCS với tỷ lệ sống và tử vong với (OR = 1,53, CI: 1,16 - 2,03) có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

3. Nhóm điểm FOUR với tỷ lệ sống và tử vong

Bảng 2: Nhóm điểm FOUR với tỷ lệ sống và tử vong tại các điểm cắt

Nhóm	Tử vong		Sống		p
	n	%	n	%	
FOUR ≤ 10	34	100,0	22	21	p < 0,01
FOUR > 10	0	0,0	83	79	
FOUR ≤ 8	29	85,3	6	5,7	p < 0,01
FOUR > 8	5	14,7	99	94,3	
FOUR ≤ 6	28	82,4	0	0	p < 0,01
FOUR > 6	6	17,6	105	100	

Tại điểm cắt FOUR = 10: Độ nhạy 100%; Độ đặc hiệu 79%; Giá trị dự báo dương tính 60,7%; Giá trị dự báo âm tính 100%.

Tại điểm cắt FOUR = 8: Độ nhạy 85,3%; Độ đặc hiệu 94,3%; Giá trị dự báo dương tính 82,9%; Giá trị dự báo âm tính 95,2%.

Tại điểm cắt FOUR = 6: Độ nhạy 82,4%; Độ đặc hiệu 100%; Giá trị dự báo dương tính 100%; Giá trị dự báo âm tính 94,6%.

Nhận xét:

- Khi FOUR \leq 10: Giá trị dự báo tử vong là 60,7%, với độ nhạy là 79%. Khi FOUR $>$ 10: Giá trị dự báo sống là 100% với độ đặc hiệu 60,7%.

- Khi FOUR \leq 8: Giá trị dự báo tử vong là 82,9%, với độ nhạy là 85,3%.

- Khi FOUR $>$ 8: Giá trị dự báo sống là 95,2%, với độ đặc hiệu là 94,3%.

- Khi FOUR \leq 6: Giá trị dự báo tử vong là 100%, với độ nhạy là 82,4%

- Khi FOUR $>$ 6: Giá trị dự báo sống là 94,6%, với độ đặc hiệu là 100%.

4. Nhóm điểm Glassgow với tỷ lệ sống và tử vong

Bảng 3: Tình trạng sống, tử vong theo thang điểm hôn mê Glasgow tại các điểm cắt

Nhóm	Tình trạng				p
	Tử vong		Sống		
	n	%	n	%	
GSC \leq 6	28	82,4	7	6,7	<
GSC $>$ 6	6	17,6	98	93,3	0,01
GSC \leq 3	9	26,5	1	1	<
GSC $>$ 3	25	73,5	104	99	0,01

Tại điểm cắt Glasgow = 3: Độ nhạy 26,5%; Độ đặc hiệu 99%; Giá trị tiên lượng dương tính 90%; Giá trị tiên lượng âm tính 80,6%.

Tại điểm cắt Glasgow = 6: Độ nhạy 82,4%; Độ đặc hiệu 93,3%; Giá trị tiên lượng dương tính 80%; Giá trị tiên lượng âm tính 94,2%.

Nhận xét: - Khi Glasgow \leq 3: Giá trị dự báo tử vong là 90%, với độ nhạy 26,5%.

- Khi Glasgow $>$ 3: Giá trị dự báo sống là 80,6%, với độ đặc hiệu là 99,1%.

- Khi Glasgow \leq 6: Giá trị dự báo tử vong là 80%, với độ nhạy là 82,4%.

- Khi Glasgow $>$ 6: Giá trị dự báo sống là 94,2%, với độ đặc hiệu là 93,3%.

5. Môi tương quan giữa FOUR, hôn mê Glasgow và kết cục lâm sàng sau 30 ngày điều trị tính bằng thang điểm Rankin sửa đổi (mRS)

Bảng 4: Môi tương quan giữa điểm FOUR, hôn mê Glasgow và mRS

	Hệ số tương quan	Sai số chuẩn	p-value	95% CI
--	------------------	--------------	---------	--------

FOUR	- 0,76	0,01	< 0,01	-0,10 -0,04
Glasgow	- 0,74	0,01	< 0,01	-0,08 -0,02
Hằng số	3,60	0,11	< 0,01	3,38

Nhận xét: Điểm FOUR và mRS có mối tương quan cao với hệ số tương quan $r = - 0,76$. Điểm hôn mê Glasgow và mRS có tương quan cao với hệ số tương quan $r = - 0,74$.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 139 bệnh nhân chảy máu não, tỷ lệ tử vong sau 30 ngày điều trị là 24,5%, tỷ lệ bệnh nhân hồi phục tốt đạt 20,1% và tàn tật chiếm 55,4%. Theo Nguyễn Minh Hiền, tỷ lệ tử vong tại viện là 8,2%, nặng xin về là 23,6% và hồi phục mức trung bình và tốt là 68,2% [4]. Trong nghiên cứu của Qureshi tỷ lệ tử vong dao động từ 23 đến 58% [5]. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày đầu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số tác giả như Broderick và cộng sự (1993) (44%) [6]; Keep và cộng sự (2012) (40%) [7]. Khác biệt này có thể giải thích do bệnh nhân nhập viện sớm. Mặt khác, một số bệnh nhân nặng tử vong trong những giờ đầu tại cơ sở y tế tuyến dưới hoặc tại nhà.

Chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy logistic để đo lường mối tương quan giữa điểm FOUR, Glasgow với tình trạng sống và tử vong của bệnh nhân. Kết quả phân tích cho thấy khi điểm FOUR tăng 1 điểm thì khả năng sống của bệnh nhân tăng lên 1,87 lần (OR = 1,87; 95% CI: 1,36-2,58; $p < 0,01$). Trong khi đó với mỗi 1 điểm Glasgow tăng thêm thì khả năng sống của bệnh nhân tăng lên 1,53 lần (OR = 1,53; 95% CI: 1,16 - 2,03; $p < 0,01$). Như vậy theo kết quả trên thì mối tương quan giữa tổng điểm FOUR, GCS với tỷ lệ sống và tử vong đều có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu chuẩn thuận của Wijdicks và Marcati về thang điểm FOUR [8].

Kết quả phân tích tương quan giữa tổng điểm FOUR và điểm mRS sau 30 ngày đột quỵ não cho thấy đây là tương quan có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy (CI) từ (- 0,01) - (- 0,04), với $p < 0,01$. Hệ số tương quan hồi quy tuyến tính là $r = - 0,76$ (với hệ số tương quan $r < 0$). Đây là tương quan nghịch biến tức là điểm FOUR tăng thì dự báo điểm mRS sẽ giảm (lâm sàng bệnh nhân hồi phục tốt). Với $|r| = 0,76$, tức $> 0,7$ thì biến tổng điểm FOUR và mRS có liên quan tuyến tính ở mức độ chặt chẽ.

Tương tự kết quả phân tích tương quan giữa tổng điểm Glasgow và điểm mRS sau 30 ngày đột quỵ não, đây là tương quan có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$. Chúng tôi tiến hành tính hệ số

hồi quy tuyến tính được $r = -0,74$ với hệ số tương quan $r < 0$, đây là tương quan nghịch biến tức là điểm Glasgow tăng thì dự báo là điểm mRS sẽ giảm (lâm sàng bệnh nhân hồi phục tốt), với $|r| = 0,74$, (tức $> 0,7$), thì biến tổng điểm FOUR và mRS có tương quan tuyến tính ở mức chặt chẽ. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu chuẩn thuận của Wijdicks và Marcatti về thang điểm FOUR [8].

Từ kết quả nghiên cứu trên chúng tôi thấy, cả thang điểm FOUR, hôn mê Glasgow đều có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ với kết cục lâm sàng sau 1 tháng điều trị, tính bằng thang điểm mRS. Tuy nhiên, mức độ sự tương quan giữa thang điểm FOUR với mRS chặt chẽ hơn so với mối tương quan giữa thang điểm hôn mê Glasgow với mRS. Như vậy, chúng ta đều có thể sử dụng thang điểm FOUR hoặc thang điểm hôn mê Glasgow để dự báo kết cục lâm sàng sau đột quỵ chảy máu não sau 30 ngày điều trị.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm FOUR và hôn mê Glasgow có giá trị tiên lượng đáng tin cậy. Nghiên cứu này cho thấy, việc áp dụng thang điểm trong tiên lượng chảy máu não nguyên phát mang tính khả thi. Thang điểm FOUR và thang điểm hôn mê Glasgow đều có mối tương quan chặt chẽ với kết cục lâm sàng với hệ số tương quan cao.

Các nghiên cứu thêm về vấn đề này cần thiết để củng cố vai trò của thang điểm trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wijdicks (2006)**. "Clinical Scale For Comatose Patients: The Glasgow Coma Scale in Historical Context and the new FOUR Score". Rev Neurol Dis, 2006, Volume 3(3), pp: 109- 117.
2. **Stead L G et al (2009)**. "Validation of a new Score Coma scale, the FOUR Score, in the Emergency Department". Neurocrit Care, 2009, Volume, pp. 50-54.
3. **Vũ Anh Nhị, Võ Thanh Dinh (2013)**. "Nghiên cứu tiên lượng tử vong bằng thang điểm FOUR ở bệnh nhân hôn mê". Nghiên cứu Y học, Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 17, Phụ bản của Số 1, 2013, trang 14-18.
4. **Nguyễn Minh Hiện, Nguyễn Xuân Thành (1996)**. Nhân xét các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân chảy máu não, Kỷ yếu Công trình khoa học thần kinh, Nhà xuất bản Y học, 140-143.
5. **Qureshi A.T, Safdar K., Weil E.J et al (1995)**. Predictor of early deterioration and mortality in black Americans with spontaneous intracerebral hemorrhage. Stroke, 26(10), 1764-1767.
6. **Broderick J.P, Brott T.G, Duldner J.E et al (1993)**. Volume of intracerebral hemorrhage. A powerful and easy-to-use predictor of 30-day mortality. Stroke, 24(7), 987-993.
7. **Keep R.F, Hua Y.,Xi G. (2012)**. Intracerebral haemorrhage: mechanisms of injury and therapeutic targets. Lancet Neurol, 11(8), 1474 - 4422.
8. **Marcatti E et al (2011)**. Validation of the Italian version of a new coma scale: the FOUR score. Intern Emerg Med, Published online 2011, DOI 10.1007/s11739-011-0583-x.

ĐẶC ĐIỂM CỦA KHUYẾT SỢ MỔ LẤY THAI SAU MỔ 12 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào¹, Đỗ Tuấn Đạt¹, Nguyễn Tài Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm của khuyết sẹo mổ lấy thai sau mổ 12 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 136 sản phụ mổ lấy thai lần một tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 7 năm 2021. **Kết quả:** Tỷ lệ khuyết sẹo MLT ở thời điểm sau MLT 12 tuần là: 30.3%. Hầu hết khuyết sẹo MLT là khuyết sẹo hình tam giác và là khuyết có kích thước nhỏ. Thời gian phẫu thuật ở nhóm sản phụ không có và có khuyết sẹo mổ lấy thai lần lượt là 18,9518 ± 5,38 và 20,763 ± 6,55 (phút). Thời gian chuyển dạ ở

nhóm sản phụ không có và có khuyết sẹo mổ lấy thai lần lượt là 7,11 ± 3,82 và 9,8 ± 1,3 (giờ). **Kết luận:** Thời gian phẫu thuật kéo dài không làm tăng tỷ lệ khuyết sẹo MLT. Thời gian chuyển dạ kéo dài không làm tăng tỷ lệ khuyết sẹo MLT. Tỷ lệ khuyết sẹo MLT ở kỹ thuật khâu 02 lớp và sẹo khâu 01 lớp khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Khuyết sẹo mổ lấy thai.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ISTHMOCELE 12 WEEK POST CESAREAN SECTION AT HANOI OBSTETRICS GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: Features of cesarean scar defect after 12 week - cesarean section at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** This prospective study included 136 patients with their first cesarean section at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from July 2020 to July 2021. **Results:** The prevalence of isthmocele after 12 week - cesarean section is 30.3%. Most of cases are small scar and triangular

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 7.3.2022