

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ LIÊN QUAN GIỮA TRI GIÁC TRƯỚC PHẪU THUẬT VÀ KẾT CỤC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CHẢY MÁU TỰ PHÁT TRONG NÃO

Nguyễn Toàn Thắng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Trung Việt<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của chảy máu tự phát trong não và liên quan giữa điểm Glasgow trước mổ với kết cục sớm của phẫu thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 100 bệnh nhân chảy máu trong não đã được phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai (11/2015 đến tháng 5/2016). Biểu hiện lâm sàng khi vào viện và trước phẫu thuật, tiền sử bệnh đồng mắc được ghi nhận. Kết cục điều trị là xấu khi điểm Glasgow Outcome Scale từ 3 - 5 điểm. Liên quan giữa điểm Glasgow trước mổ và kết cục khi ra viện được xác nhận qua OR, 95% CI. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân mắc tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tiền sử hút thuốc, uống rượu, đái đường, dị dạng mạch và xơ gan tương ứng là 55%, 15%, 12%, 10%, 7%, 6% và 2%. Biểu hiện chủ yếu gồm; nhức đầu (72%), tăng huyết áp (66%), liệt nửa người (56%), nôn (55%), dấu hiệu màng não (42%), liệt thần kinh VII (40%), rối loạn ngôn ngữ (34%), dấu hiệu Babinski (28%) và điểm Glasgow  $\leq 8$  (13%). Khi ra viện kết cục tốt chiếm 57%, kết cục xấu là 43%. Có 70,4% bệnh nhân điểm Glasgow  $\leq 8$  điểm có kết quả điều trị xấu khi ra viện, tỷ lệ này là 32,9% ở nhóm Glasgow  $> 8$  điểm (OR, 95% CI: 4,8 (1,9 - 12,7),  $p < 0,01$ ). **Kết luận:** Biểu hiện thường gặp của chảy máu trong não khi vào viện là nhức đầu, tăng huyết áp, liệt nửa người và nôn. Bệnh nhân Glasgow trước mổ  $\leq 8$  có nguy cơ nhận kết cục xấu sau phẫu thuật cao hơn 4,8 lần so với bệnh nhân có điểm Glasgow  $> 8$ .

**Từ khóa:** chảy máu tự phát trong não, điểm Glasgow trước mổ, phẫu thuật, kết cục.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND RELATIONSHIP BETWEEN PREOPERATIVE LEVEL OF CONSCIOUSNESS AND OUTCOMES IN SPONTANEOUS INTRACEREBRAL HEMORRHAGE

**Objectives:** To describe the clinical features of spontaneous intracerebral hemorrhage (SIH) and the relationship between the preoperative Glasgow Coma Scale (GCS) and early surgical outcomes. **Methods:** A retrospective study on 100 patients with SIH who underwent surgery at Bach Mai hospital from 11/2015 to 5/2016. Clinical manifestations on admission and

before surgery, history of co-morbidities were recorded. The outcome is considered as bad when the Glasgow Outcome Scale (GOS) is from 3 to 5 points. The relationship between preoperative GCS and outcome at hospital discharge was confirmed by OR, 95% CI. **Results:** The percentages of patients with hypertension, dyslipidemia, history of smoking, alcohol abuse, diabetes, vascular malformations and cirrhosis were 55%, 15%, 12%, 10%, 7%, 6% and 2%, respectively. Main clinical manifestations include; headache (72%), hypertension (66%), hemiplegia (56%), vomiting (55%), meningeal signs (42%), 7th nerve palsy (40%), speech disorder speech (34%), Babinski sign (28%) and GCS  $\leq 8$  (13%). The incidences of good and bad outcomes were 57% and 43%, respectively. There were 70.4% of patients with GCS  $\leq 8$  having bad outcome at discharge, this rate was 32.9% in patients with GCS  $> 8$ , (OR, 95% CI: 4.8 (1.9 - 12.7),  $p < 0.01$ ). **Conclusions:** Common manifestations of SIH on admission are headache, increased blood pressure, hemiplegia, and vomiting. Patients with preoperative GCS  $\leq 8$  are 4.8 times more likely to have a bad outcome after surgery than patients with GCS  $> 8$ .

**Keywords:** spontaneous intracerebral hemorrhage, preoperative Glasgow coma scale, surgery, outcome.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3 sau bệnh tim mạch và ung thư. Đây là loại bệnh gây tàn phế hàng đầu, có chi phí điều trị lớn và là gánh nặng đối với gia đình và xã hội [4,5]. Về mặt sinh lý bệnh tai biến mạch máu não gồm hai thể là nhồi máu não và chảy máu não. Trong đó chảy máu não tự phát (có tỷ lệ khoảng 10-15%) là tình trạng vỡ mạch máu trực tiếp vào nhu mô não mà không liên quan đến chấn thương hay phẫu thuật. Tổn thương não trong chảy máu trong não cấp tính chủ yếu liên quan đến hiệu ứng chèn ép của khối máu tụ dẫn đến tổn thương các cấu trúc lân cận và tăng áp lực nội sọ. Phù não, hoạt hóa quá trình viêm và độc tính của các chất bắt nguồn từ máu góp phần gây tổn thương thêm ở giai đoạn bán cấp. Để phòng ngừa và điều trị chảy máu não, bên cạnh các biện pháp điều trị nội khoa và can thiệp hình ảnh thần kinh, trong một số trường hợp phẫu thuật cũng có vai trò quan trọng làm giảm tỷ lệ tử vong và di chứng của chảy máu não. Cụ thể phẫu thuật trong chảy máu não góp phần làm giảm độ lớn khối máu tụ,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Toàn Thắng

Email: nguyentoanthang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 26.5.2023

cầm máu, dẫn lưu, mở sọ giảm áp...qua đó giúp làm giảm tình trạng tăng áp lực nội sọ, hạn chế phù não và cải thiện tình trạng tưới máu não [6]. Việc lựa chọn điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa phụ thuộc vào tuổi bệnh nhân, tình trạng thần kinh và bệnh đồng mắc cũng như liên quan đến hệ thống não thất. Trong khi điều trị nội khoa, chủ yếu tập chung vào kiểm soát huyết áp và đảo ngược bệnh lý đông máu, được khuyến cáo ở tất cả bệnh nhân, chỉ định phẫu thuật cũng như thời điểm phẫu thuật vẫn còn là chủ đề tranh cãi [5,6,7].

Mặc dù đã có những tiến bộ trong điều trị chảy máu trong não, gồm cả lĩnh vực phẫu thuật. Tuy nhiên vẫn chưa có phương pháp điều trị được chứng minh là có hiệu quả cải thiện rõ rệt kết cục sau tai biến chảy máu não [5]. Tại Việt Nam đã có những nghiên cứu về tai biến mạch máu não bao gồm cả chảy máu trong não tuy nhiên vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đề cập hiệu quả cũng như yếu tố tiên lượng của điều trị chảy máu não bằng phẫu thuật [1,2,3]. Hơn nữa, cho đến nay vẫn chưa có đồng thuận rõ ràng về thời điểm, chỉ định cũng như phương pháp phẫu thuật chảy máu trong não [5, 7]. Do đó việc tiếp tục nghiên cứu, tổng kết về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố tiên lượng và kết quả phẫu thuật chảy máu trong não vẫn là vấn đề cần thiết, có giá trị khoa học và ý nghĩa thực tiễn. Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành hồi cứu các bệnh nhân đã được phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá mối liên quan giữa tình trạng tri giác trước mổ và kết cục điều trị phẫu thuật chảy máu trong não.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn** là các bệnh nhân có chẩn đoán chảy máu trong não đã được phẫu thuật cấp cứu tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2015 đến tháng 5/2016. Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án chẩn đoán xác định là tai biến chảy máu não đã được phẫu thuật. Tiêu chuẩn loại trừ là những bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không thu thập đủ dữ liệu theo phiếu nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu với cỡ mẫu là 100.

**Các bước tiến hành:** Sau khi được sự đồng ý của bệnh viện, chúng tôi xây dựng danh sách bệnh nhân đã được phẫu thuật do máu tụ trong não tiếp cận các bệnh án hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại phòng lưu trữ hồ sơ bệnh án bệnh

viện Bạch Mai. Những hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin được lựa chọn. Chúng tôi thu thập thông tin cá nhân, tiền sử, bệnh sử, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể lúc bệnh nhân vào viện và trước phẫu thuật, chẩn đoán hình ảnh, phương pháp và kết quả điều trị phẫu thuật của bệnh nhân. Cụ thể gồm;

- Các thông tin về; tuổi, giới, các bệnh lý đồng mắc (tăng huyết áp, đái đường, hút thuốc lá thường xuyên, nghiện rượu, tai biến mạch máu não, rối loạn mỡ máu...)

- Ghi nhận triệu chứng lâm sàng khi vào viện và trước phẫu thuật gồm;

Tình trạng tri giác (đánh giá bằng thang điểm Glasgow), phân loại độ nặng theo 3 mức độ: nặng ( $\leq 8$  điểm), trung bình (từ 9 đến 12 điểm) và nhẹ (từ 13 đến 15 điểm).

Dấu hiệu thần kinh khu trú: có liệt hay không liệt vận động (liệt nửa người).

Tần số tim, huyết áp và các biểu hiện khác như: đau đầu, buồn nôn, chóng mặt, thất ngôn, rối loạn cơ tròn, dấu hiệu Babinski, co giật...

- Thu thập thông tin về đặc điểm chẩn đoán hình ảnh;

Kích thước khối máu tụ: chia làm 2 mức là khối máu tụ nhỏ (đường kính  $\leq 5$ cm) và khối máu tụ lớn (đường kính  $> 5$ cm).

Thể tích khối máu tụ: được phân ra 3 mức là khối máu tụ nhỏ (thể tích  $< 30$  ml), khối máu tụ trung bình (30 - 60 ml) và khối máu tụ lớn (thể tích  $> 60$ ml).

- Ghi nhận về phương pháp phẫu thuật; khoan hút ổ máu tụ, mở sọ lấy máu tụ, dẫn lưu não thất và mở sọ lấy máu tụ kết hợp dẫn lưu não thất. Kết quả phẫu thuật được đánh giá dựa trên thang điểm Glasgow Outcome Scale (GOS) tại thời điểm bệnh nhân ra viện. Cụ thể như sau;

**Bảng 1. Thang điểm Glasgow Outcome Scale**

Mức độ hồi phục	Điểm
Tốt, hồi phục hoàn toàn	1
Di chứng vừa, tự phục vụ mình trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày	2
Di chứng nặng, không tự phục vụ bản thân trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày mà cần sự trợ giúp	3
Tình trạng thực vật kéo dài	4
Tử vong	5

Trong nghiên cứu này kết quả điều trị được coi là tốt điểm GOS từ 1 - 2 điểm và xấu khi GOS từ 3 - 5 điểm.

**2.3. Xử lý số liệu.** Các số liệu được mã hóa, nhập và phân tích theo phương pháp thống

kê y học sử dụng các phần mềm SPSS 20.0. Cụ thể tính toán tần suất gặp các yếu tố, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Test kiểm định Chi-square,  $p < 0,05$  được coi như có ý nghĩa thống kê. Đối với bảng 2x2 tính tỷ suất chênh OR.

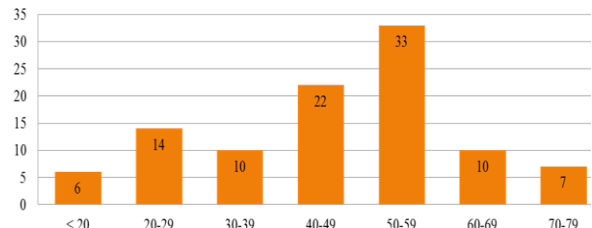
**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được sự chấp thuận của Bệnh viện Bạch Mai, các thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Quá trình hồi cứu không ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp, điều trị của bệnh nhân.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu trên 100 trường hợp có chẩn đoán chảy máu trong não đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi thu được các kết quả như sau;

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

- Về phân bố giới tính; nam giới chiếm 74%, nữ 26% (tỉ lệ nam/nữ; 2,8).
- Tuổi trung bình là;  $45,9 \pm 15,5$ , trong đó độ tuổi trên 40 tuổi chiếm 73%.



**Biểu đồ 1. Phân bố về tuổi của bệnh nhân**

**Nhận xét:** Độ tuổi phổ biến nhất từ 40-59 chiếm 55%.

**3.2. Bệnh đồng mắc và biểu hiện lâm sàng, hình ảnh khi vào viện**

**Bảng 2. Bệnh đồng mắc và biểu hiện lâm sàng khi vào viện**

Bệnh đồng mắc		Biểu hiện lâm sàng khi vào viện	
	n và %		n và %
Tăng huyết áp	55	Nhức đầu	72
Đái đường	07	Tăng huyết áp	61
Hút thuốc	12	Liệt nửa người	56
Uống rượu	10	Nôn	55
Rối loạn mỡ máu	15	Dấu hiệu màng não	42
Dị dạng mạch	06	Liệt dây thần kinh số VII	40
Xơ gan	02	Rối loạn ngôn ngữ	34
		Dấu hiệu Babinski	28
		Rối loạn cơ tròn	18
		Cơ giật	3

**Nhận xét:** - Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp là 55%, ngoài ra các yếu tố khác

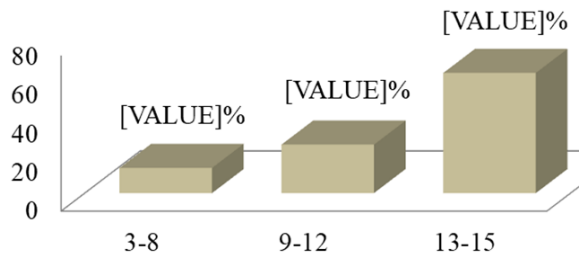
như rối loạn mỡ máu, hút thuốc, uống rượu chiếm tỷ lệ lần lượt là 15%, 12% và 10%.

- Nhức đầu, tăng huyết áp, liệt nửa người và nôn là những biểu hiện xuất ở quá nửa bệnh nhân.

Kết quả về thăm dò chẩn đoán hình ảnh trước phẫu thuật cho thấy;

- Đường kính khối máu tụ trung bình là  $4,8 \pm 1,7$  cm, trong đó đường kính lớn nhất đo được là 8,1 cm. Tỷ lệ bệnh nhân có đường kính > 5 cm là 45%, ≤ 5 cm là 55%. Tỷ lệ có di lệch đường giữa ít (≤ 5 mm) là 63%, di lệch đường giữa nhiều là 37%.

**3.3. Liên quan giữa tình trạng tri giác trước phẫu thuật và kết quả điều trị**



**Biểu đồ 2. Điểm Glasgow khi vào viện**

**Nhận xét:** Điểm Glasgow trung bình là  $12,7 \pm 2,7$ , trong đó thấp nhất là 5 điểm, cao nhất là 14 điểm. Tỷ lệ bệnh nhân không có hoặc có rối loạn ý thức nhẹ là 62%, mức độ vừa là 25%, mức độ nặng là 13%.

**Bảng 3. Liên quan giữa điểm Glasgow trước mổ và kết quả điều trị.**

	Điểm Glasgow	Kết quả điều trị		Tổng	OR 95% CI
		Tốt	Xấu		
	>8	49 (67,1%)	24 (32,9%)	73 (100,0%)	4,8 (1,9-12,7)
	≤8	8 (29,6%)	19 (70,4%)	27 (100,0%)	$p < 0,01$
	<b>Tổng</b>	57 (57,0%)	43 (43,0%)	100 (100,0%)	
Điểm Glasgow trước mổ ( $X \pm SD$ ; min-max): $11,7 \pm 3,2$ (5-14)					

**Nhận xét:** - Điểm Glasgow trung bình là  $11,7 \pm 3,2$ , có 27% bệnh nhân có điểm ≤ 8.

- Trong nhóm Glasgow ≤ 8 điểm có 70,4% bệnh nhân có kết quả điều trị xấu khi ra viện, tỷ lệ này ở nhóm > 8 điểm là 32,9%. Nguy cơ kết quả xấu ở nhóm ≤ 8 điểm gấp 4,8 lần nhóm > 8 điểm ( $p < 0,01$ ).

Về phương pháp phẫu thuật; 90% bệnh nhân được mổ sọ lấy máu tụ, 6% được dẫn lưu não thất đơn thuần và 4% là kết hợp cả hai kỹ thuật.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn

bệnh nhân có ít nhất một bệnh đồng mắc hoặc thói quen gây hại. Cụ thể; tỉ lệ tăng huyết áp là 55%, rối loạn lipid máu là 15%, tiền sử hút thuốc 12%, uống rượu 10%, đái đường 7%, dị dạng mạch 6%, xơ gan 2% (Bảng 2). Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của chúng tôi thấp hơn của Phùng Ngọc Nam (2014) khi nghiên cứu 60 bệnh nhân chảy máu não tại bệnh viện Lão khoa Trung ương thấy tỷ lệ rối loạn lipid máu là 43,3%, nghiện rượu 31,7%, hút thuốc lá là 33,3% [2]. Có thể khi hồi cứu hồ sơ bệnh án, một số thông tin về tiền sử chưa được khai thác tỉ mỉ và đầy đủ, nhất là trong điều kiện cấp cứu. Hơn nữa, nhóm bệnh lý mạch não (phình và dị dạng) trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, đây thường là những bệnh nhân trẻ và ít các yếu tố nguy cơ hơn so với nhóm bệnh nhân cao tuổi hơn.

Về đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân khi vào viện chúng tôi nhận thấy các biểu hiện hay gặp theo thứ tự giảm dần gồm; nhức đầu (72%), tăng huyết áp (66%), liệt nửa người (56%), nôn (55%), dấu hiệu màng não (42%), liệt thần kinh VII (40%), rối loạn ngôn ngữ (34%), dấu hiệu Babinski (28%), rối loạn cơ tròn (18%) và co giật (3%) (Bảng 2). Nguyễn Thị Thoan tổng kết trên 76 trường hợp chảy máu trong não có chỉ định phẫu thuật xác nhận tỉ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp khi vào viện là 64,1%, liệt vận động là 69,2% [1]. Vũ Đình Triển (2004) trên 100 bệnh nhân chảy máu trong não do tăng huyết áp thì có đến 90% số ca có liệt vận động [3].

Liên quan đến sự thay đổi tri giác của bệnh nhân, điểm Glasgow trung bình lúc vào viện là  $12,7 \pm 2,7$  (thay đổi từ 5-14), trong đó bệnh nhân không có hoặc có rối loạn tri giác mức độ nhẹ là 62%, mức độ vừa là 25%, mức độ nặng là 13% (Biểu đồ 2). Trong khi đó công bố của Nguyễn Thị Thoan cho thấy; 14,1% bệnh nhân có tình trạng tri giác rất nặng (điểm Glasgow từ 3-5), 32,1% có tình trạng rối loạn tri giác nặng (6-8 điểm), 35,9% có tình trạng rối loạn tri giác vừa (Glasgow 9-12 điểm) và chỉ 17,9% có tình trạng rối loạn tri giác nhẹ hoặc không rối loạn (từ 13-15 điểm) [1]. Sự khác biệt này một phần có thể liên quan đến sự hiểu biết tốt hơn của người dân, khi nhận thấy một dấu hiệu bất thường nhỏ, kín đáo đã có ý thức đi khám và được chẩn đoán sớm tình trạng bệnh, mặt khác là sự tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh và điều trị tại bệnh viện tuyến huyện, tỉnh, các bệnh viện vệ tinh, trước khi chuyển bệnh nhân đến tuyến y tế cao hơn như bệnh viện Bạch Mai, thường bệnh nhân đã được sơ

cứu và điều trị một phần từ tuyến trước. Nhìn chung, các triệu chứng lâm sàng lúc vào viện thường là giai đoạn toàn phát, bộc lộ rất rầm rộ, đa dạng, mà nổi bật là tam chứng xuất huyết; đau đầu, nôn và rối loạn ý thức.

Phẫu thuật có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có điểm Glasgow khi nhập viện trong khoảng từ 5 đến 12 và thể tích khối máu tụ >30 ml. Khung thời gian tốt nhất để cân nhắc phẫu thuật nằm trong khoảng là 7-24 giờ sau biểu hiện đầu tiên. Phẫu thuật mở hộp sọ giải ép, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, và phẫu thuật mở hộp sọ loại bỏ khối máu tụ là những phương pháp điều trị phẫu thuật chính đối với chảy máu trong não tự phát. Việc lấy bỏ khối máu tụ bằng phẫu thuật mở sọ có thể loại bỏ khối máu tụ nhanh chóng và hiệu quả, đồng thời làm giảm hiệu ứng khối và tác dụng gây độc tế bào, do đó làm giảm áp lực nội sọ và tránh xuất hiện thoát vị não, cùng với điều trị nội khoa đây là một can thiệp quan trọng có thể cải thiện kết cục bệnh nhân. Trước khi tiến hành lấy bỏ máu tụ phải loại trừ các nguyên nhân gây chảy máu trong não bao gồm phình, dị dạng mạch não, u não chảy máu hoặc rối loạn đông máu [5,6,7].

Về mối liên quan giữa tình trạng tri giác mà cụ thể là điểm Glasgow trước mổ với kết quả điều trị phẫu thuật khi ra viện. Điểm Glasgow trước mổ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp nhất là 5, cao nhất là 14, trung bình là  $11,7 \pm 3,2$ , thấp hơn điểm trung bình lúc vào viện  $12,7 \pm 2,7$ . Chúng tôi nhận thấy nguy cơ kết cục xấu sau phẫu thuật ở nhóm có điểm Glasgow  $\leq 8$  điểm cao gấp 4,8 lần ở nhóm có điểm Glasgow > 8 điểm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  (Bảng 3). Ebba Troberg và cộng sự xác nhận yếu tố tiên lượng độc lập rõ ràng nhất về tử vong là bệnh tim và tình trạng tri giác khi vào viện. Trong nghiên cứu này 185 bệnh nhân được theo dõi kết cục chức năng lâu dài (đến 6 năm), kết quả cho thấy 24% có kết cục tốt (điểm mRS 0-3) và 76% có mức độ tàn tật nặng hoặc tử vong (điểm mRS 4-6) [4]. Một số nghiên cứu khác trước đây chưa thấy rõ vai trò của can thiệp phẫu thuật, nhất là lấy khối máu tụ trong nhu mô não, nhưng phân tích dưới nhóm chỉ ra kết cục xấu ở những bệnh nhân có điểm Glasgow trước mổ  $\leq 8$  [5].

Chúng tôi cho rằng nghiên cứu còn tồn tại một số hạn chế liên quan đến; thiết kế hồi cứu, chưa làm rõ về thời điểm, chỉ định của phẫu thuật cũng như phương pháp tiếp cận phẫu thuật đã áp dụng. Do đó cần có thêm những nghiên cứu tiến cứu, với thiết kế chặt chẽ và cơ

mẫu đủ lớn, quy trình theo dõi, điều trị thống nhất, và phân tích rõ ràng hơn về đặc điểm tổn thương trên hình ảnh cũng như liên quan của các mức độ tri giác khác nhau, phương pháp phẫu thuật cụ thể với kết cục ngắn và dài hạn của bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 100 trường hợp chảy máu trong não đã được điều trị phẫu thuật cho thấy biểu hiện lâm sàng chính khi vào viện gồm; nhức đầu (72%), tăng huyết áp (66%), liệt nửa người (56%), nôn (55%), dấu hiệu màng não (42%), liệt thần kinh VII (40%), rối loạn ngôn ngữ (34%). Tại thời điểm xuất viện 57% bệnh nhân có kết cục tốt theo thang điểm GOS, nhóm bệnh nhân điểm Glasgow trước mổ  $\leq 8$  có nguy cơ nhận kết cục xấu sau phẫu thuật cao gấp 4,8 lần so với nhóm bệnh nhân có điểm Glasgow  $> 8$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thoan.** Nghiên cứu hiệu quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân xuất huyết não, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội; 2008.
2. **Phùng Ngọc Nam.** Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ thường gặp trên bệnh nhân chảy máu não từ 60 tuổi trở lên tại bệnh viện Lão khoa trung ương, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại

học Y Hà Nội; 2014.

3. **Vũ Đình Triển.** Góp phần nghiên cứu lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính chảy máu não do tăng huyết áp, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.
4. **Ebba Troberg, Erik Kronvall, Björn M. Hansen, Ola G. Nilsson.** Prediction of Long-Term Outcome After Intracerebral Hemorrhage Surgery. World Neurosurgery, Volume 124, 2019, Pages e96-e105.
5. **Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, et al;** on behalf of the American Heart Association/American Stroke Association. Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2022;53: issue 7, e282-e361.
6. **Kandasamy, R., Idris, Z., Abdullah, J.M.** Surgery of Intracerebral Hemorrhage. In: July, J., Wahjoepramono, E. (eds) Neurovascular Surgery. Springer, Singapore; 2019.
7. **Sabino Luzzi, Angela Elia, Mattia Del Maestro, et al.** Indication, Timing, and Surgical Treatment of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: Systematic Review and Proposal of a Management Algorithm, World Neurosurgery, Volume 124, 2019, Pages e769-e778.
8. **Zhang K, Zhou X, Xi Q, et al.** Outcome Prediction of Spontaneous Supratentorial Intracerebral Hemorrhage after Surgical Treatment Based on Non-Contrast Computed Tomography: A Multicenter Study. Journal of Clinical Medicine. 2023; 12(4):1580.

## KẾT QUẢ CỦA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VỚI THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

Nguyễn Văn Dũng<sup>1</sup>, Châu Hữu Hầu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả nội soi điều trị phối hợp với thuốc ức chế bơm proton ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày tá tràng (LDD-TT). **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu về nội soi can thiệp điều trị ở các bệnh nhân LDD-TT bị XHTH trong 23 tháng từ đầu tháng 1/2020 đến hết tháng 11/2022 với 48 bệnh nhân tại bệnh viện Nhật Tân, tỉnh An Giang. **Kết quả:** Bệnh nhân nam mắc bệnh LDD-TT có biến chứng XHTH nhiều hơn nữ với tỷ số 5:1. Bệnh nhân nữ có lứa tuổi mắc LDD-TT từ 58-84 muộn hơn bệnh nhân nam với lứa tuổi 22-94. Khi phân loại XHTH theo Forrest, chúng tôi chỉ gặp loại F1a, F1b và F2a với các tỷ lệ 16,7%, 31,2% và 52,1%. Phân loại ổ loét đường tiêu hóa trên có biến chứng

XHTH: LTT chiếm 41,7%, và LDD chiếm 58,3%, tỷ lệ LTT/LDD là 0,71%. Trong suốt nghiên cứu, chỉ có 1 trường hợp LDD-TT có XHTH tử vong (tỷ lệ 2,1%) và 2 trường hợp phải nội soi can thiệp lần 2 (4,3%). **Kết luận:** Bệnh LDD-TT có biến chứng XHTH ở bệnh nhân nữ xảy ra ở lứa tuổi muộn hơn bệnh nhân nam (58-84 so với 22-94). LTT ít hơn LDD với tỷ lệ 0,71%. Tỷ lệ tử vong và chảy máu tái phát cần nội soi lần 2 ít gặp với tỷ lệ lần lượt là 2,1% và 4,3%.

**Từ khóa:** Loét dạ dày, loét tá tràng, nội soi điều trị; xuất huyết tiêu hóa.

**Viết tắt:** Loét dạ dày (LDD); Loét tá tràng (LTT); xuất huyết tiêu hóa (XHTH).

### SUMMARY

#### EFFICIENCY OF ENDOSCOPIC THERAPY WITH PROTON PUMP INHIBITORS IN PATIENTS WITH BLEEDING PEPTIC ULCER

**Objectives:** Efficacy of endoscopic therapy in combination with proton pump inhibitors in patients with gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer. **Methods:** Retrospective and prospective study of interventional endoscopic treatment in patients with

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhật Tân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng  
Email: bacsynguyendungst@gmail.com@gmail.com  
Ngày nhận bài: 14.3.2023  
Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023  
Ngày duyệt bài: 25.5.2023