

vững chắc cho implant. Bề mặt còn lại của implant tiếp xúc với mô mềm được làm láng đảm bảo sự tích hợp mô mềm giảm tụt nướu viêm quanh implant. Cerea và Dolcini đã báo cáo một loạt 70 bệnh nhân được điều trị Implant cá nhân hóa chế tác với kỹ thuật thiêu kết kim loại trực tiếp bằng laser cho thấy tỷ lệ tồn tại 95,8% và tỷ lệ biến chứng thấp sau 2 năm theo dõi. Tác giả này kết luận rằng implant cá nhân hóa là điều trị thay thế thích hợp để phục hồi hàm giả bị tiêu nghiêm trọng, khi mà implant trong xương không thể thực hiện được [4].

Vấn đề trở ngại chính có thể liên quan đến kỹ thuật này quá trình thiết kế phức tạp và chế tác tại nước ngoài kéo dài thời gian điều trị. Bên cạnh đó, việc thiết kế và chế tác đòi hỏi đầu tư nhiều trang thiết bị và quá trình học tập để làm chủ công nghệ để tránh các biến chứng xảy ra như gãy implant do độ mỏi vật liệu, viêm quanh implant, lộ implant, khả năng di chuyển của implant, thiếu sự tích hợp xương và chiều dài của trụ phục hình, có thể dẫn đến gãy cả implant và trụ kết nối phục hình. Cho đến nay, chúng tôi chưa phát hiện bất kì biến chứng có thể xảy ra trong trường hợp này.

## V. KẾT LUẬN

Với sự ứng dụng của nha khoa kỹ thuật số, Implant cá nhân hóa là một phương pháp khả thi cho các trường hợp tiêu xương hàm nghiêm trọng mà các giải pháp khác không thể áp dụng, đặc biệt ở bệnh nhân không răng bẩm sinh giúp cải thiện chất lượng cuộc sống một cách rõ rệt. Thay đổi lớn về thẩm mỹ, chức năng nhai, phát âm và cải thiện tình trạng tâm lý giúp bệnh nhân tự tin giao tiếp cộng đồng.

## VI. KIẾN NGHỊ

- Nghiên cứu cần thực hiện trên cỡ mẫu lớn hơn trong thời gian theo dõi dài hơn

- Hãng sản xuất implant trong nước nên được cân nhắc để tối ưu thời gian điều trị, giảm chi phí cho bệnh nhân

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cucchi A, Chierico A, Fontana F.** Statements and Recommendations for Guided Bone Regeneration: Consensus Report of the Guided Bone Regeneration Symposium Held in Bologna, October 15 to 16, 2016. *Implant Dent.* 2019 Aug;28(4):388-399.
2. **Buser D, Monje A, Urban I.** Immediate Implant Placement with Internal Grafting. In: D Buser. ed. 30 years of guided bone regeneration. Quintessence Publishing Co. Inc: 2021: 143-168.
3. **Cawood JI, Howell RA.** A classification of the edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1988 Aug;17(4):232-6
4. **Cerea M, Dolcini GA.** Custom-Made Direct Metal Laser Sintering Titanium Subperiosteal Implants: A Retrospective Clinical Study on 70 Patients. *Biomed Res Int.* 2018 May 28;2018:5420391.
5. **Dahl G.** Om möjligheten för implantation i kaken av metallskelett som bas eller retention för fasta eller avtagbara proteser. *Odontol Tidskr* 1943.
6. **Milinkovic I, Cordaro L.** Are there specific indications for the different alveolar bone augmentation procedures for implant placement? A systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2014;43(5):606-625.
7. **Velasco-Ortega E, Ortiz-Garcia I, Jiménez-Guerra A.** Osseointegration of Sandblasted and Acid-Etched Implant Surfaces. A Histological and Histomorphometric Study in the Rabbit. *Int J Mol Sci.* 2021 Aug 7;22(16):8507.
8. **Wang H, Hung K, Zhao K, Wang Y, Wang F, Wu Y.** Anatomical analysis of zygomatic bone in ectodermal dysplasia patients with oligodontia. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2019 Apr;21(2):310-316.

## GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM CVT-RS Ở NGƯỜI BỆNH HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH NÃO

Nguyễn Văn Tuấn<sup>1,2</sup>, Phan Văn Đức<sup>1,2</sup>, Hoàng Mai Phương<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Nhận xét giá trị tiên lượng của thang điểm CVT-RS ở người bệnh huyết khối tĩnh mạch não.  
**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt

ngang 60 bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não được điều trị tại trung tâm Thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2019 đến 6/2020. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân có điểm CVT-RS <3 điểm (76,6%). Yếu tố gặp nhiều nhất trong thang điểm CVT-RS là xuất huyết nội sọ với 58,3%, nam giới (51,7%). Những yếu tố như điểm glasgow <9 điểm, rối loạn tâm thần, xuất huyết nội sọ có mối liên quan đến điểm mRS >2 điểm với P<0,05. Thang điểm CVT-RS đánh giá ở thời điểm bệnh nhân xuất viện, khả năng tiên lượng mức độ hồi phục lâm sàng ở mức tốt (AUC từ 0,8 đến dưới 0,9), trong đó 100% bệnh nhân có điểm CVT-RS là 5 điểm có hồi phục lâm sàng kém. Điểm CVT-RS ≥3 điểm trở lên có mức độ hồi phục kém khi ra viện (mRS>2) với

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

độ nhạy 77,8% và độ đặc hiệu 86,3%; OR = 22,0, (CI 95% (3,776 – 128,164) (p<0,05). **Kết luận:** Thang điểm CVT-RS có thể đánh giá, dự báo tiên lượng mức độ nặng, tàn tật hoặc tử vong của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não.

**Từ khóa:** Huyết khối tĩnh mạch não, Thang điểm CVT-RS, Thang điểm Rankin cải biên (mRS)

## SUMMARY

### PROGNOSTIC VALUE OF CVT-RS SCALE IN PATIENTS WITH CEREBRAL VENOUS THROMBOSIS

**Objectives:** Analyzing the prognostic value of the CVT-RS scale in patients with cerebral venous thrombosis. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 60 patients with cerebral venous thrombosis was treated at the Neurology Center of Bach Mai Hospital from June 2019 to June 2020. **Results:** The majority of patients had CVT-RS scores <3 points (76.6%). The most common factor in the CVT-RS score is intracranial hemorrhage (58.3%), followed by male (51.7%). Factors such as a Glasgow score < 9 points, mental disorders, and intracranial hemorrhage are related to a mRS score >2 points with P < 0.05. The CVT-RS score was evaluated at the time of patient discharge to determine the ability to predict clinical recovery at a good level (AUC from 0.8 to less than 0.9), especially 100% of patients have a CVT-RS score of 5 points with poor clinical recovery. The CVT-RS score ≥3 points has poor recovery at discharge (mRS>2) with sensitivity 77.8% and specificity 86.3%; OR = 22.0, (CI 95% (3,776–128,164) (p<0.05). **Conclusion:** The CVT-RS score can evaluate and predict the severity, disability, or mortality of cerebral venous thrombosis patients.

**Keywords:** Cerebral venous thrombosis, CVT -RS score, Modified Rankin Scale (mRS)

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch não (HKTMN) là bệnh lý huyết khối của hệ thống tĩnh mạch não, có thể gây nhồi máu hoặc chảy máu não hoặc cả hai. Huyết khối tĩnh mạch não có thể để lại di chứng thần kinh nặng nề, tỷ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời. Có khoảng 3,4% số bệnh nhân tử vong trong vòng 30 ngày kể từ khi có các triệu chứng khởi phát; tuy nhiên các nghiên cứu gần đây ở Mỹ đã cho thấy con số này lên tới 13%.<sup>1</sup> Vì vậy việc xác định các bệnh nhân có tiên lượng nặng tại thời điểm vào viện để có các biện pháp điều trị tích cực là cần thiết làm giảm tỷ lệ tàn tật và tử vong cho bệnh nhân trong và sau quá trình điều trị tại bệnh viện.

Thang điểm CVT-RS (Cerebral venous thrombosis - Risk Score) được xây dựng để tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não. Thang điểm này từ 0 (nguy cơ thấp) đến 9 (nguy cơ cao), với điểm cắt là 3 điểm cho việc tiên lượng nguy cơ tử vong và tàn

tật của bệnh nhân sau khi ra viện.<sup>1,2</sup> Mục tiêu: *Nhận xét giá trị tiên lượng của thang điểm CVT-RS ở người bệnh huyết khối tĩnh mạch não.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch não điều trị tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06/2019 đến hết tháng 6/2020.

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.** Các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

a) Tiêu chuẩn 1: Lâm sàng nghi ngờ HKTMN: khi bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Đau đầu bất thường với tiền sử không liên quan tới đau đầu thành chuỗi, đau đầu migraine, đau đầu do căng cơ. Đau đầu không điển hình kèm với nôn và không đáp ứng với điều trị thông thường.

- Lâm sàng có dấu hiệu tổn thương não (thần kinh khu trú, co giật, rối loạn ý thức).

- Đột quỵ não cấp.

b) Tiêu chuẩn 2: Có hình ảnh huyết khối tĩnh mạch não bằng kỹ thuật chụp cộng hưởng từ thường qui kết hợp hoặc chụp cắt lớp vi tính mạch máu não có khảo sát thì tĩnh mạch tại Bệnh viện Bạch Mai.

Trong đó tiêu chuẩn 2 là tiêu chuẩn quyết định.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Lấy mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán xác định là huyết khối tĩnh mạch não điều trị tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020.

- Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án từ khám lâm sàng và hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán là huyết khối tĩnh mạch.

Các thông tin về bệnh nhân bao gồm:

Rối loạn ý thức nhẹ: Phân chia thành < 9 điểm và ≥9 điểm

Bệnh nhân được hỏi và đánh giá các yếu tố nguy cơ thứ phát:

- ✓ Uống thuốc ngừa thai, đang mang thai, sau sinh.

- ✓ Bệnh lý ung thư kèm theo.

- ✓ Đái tháo đường.

- ✓ Các bệnh lý hệ thống kèm theo.

- ✓ Sau phẫu thuật sọ não, chấn thương đầu.

- ✓ Tình trạng nhiễm trùng kèm theo: hậu phẫu chấn thương sọ não; nhiễm trùng huyết; viêm não, viêm màng não, viêm xoang, viêm xương chũm.

Chụp cộng hưởng từ não (CHT): Đặc điểm huyết khối tĩnh mạch như vị trí, tổn thương nhu mô não

Xét nghiệm các yếu tố gây tăng đông: Protein S, Protein C, Antithrombin III, D-dimer.

Xét nghiệm dị ứng miễn dịch: Định lượng kháng thể ANA, dsANA, Cardiolipin,  $\beta$ 2 glycoprotein, anti phospholipid, kháng thể lupus.

Tất cả các xét nghiệm trên được làm tại khoa Sinh hóa, Huyết học, Vi sinh và trung tâm chẩn đoán hình ảnh và miễn dịch dị ứng Bệnh viện Bạch Mai.

**Tính điểm CVT-RS và theo dõi kết quả điều trị:** + Theo dõi quá trình nằm viện và đánh giá mức độ hồi phục tại thời điểm xuất viện bằng thang điểm Rankin cải biên (mRS)<sup>3</sup> chúng tôi chia ra hồi phục tốt <3 điểm và hồi phục kém  $\geq$  3 điểm.

+ Thang điểm CVT-RS (Cerebral venous thrombosis-Risk score) nhằm tiên lượng kết quả hồi phục lâm sàng của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não.<sup>2</sup>

**Bảng 1. Thang điểm CVT-RS**

STT	Yếu tố	Điểm nguy cơ
1	Khối u ác tính	2
2	Hôn mê	2
3	Huyết khối tĩnh mạch sâu	2
4	Rối loạn tâm thần	1
5	Giới nam	1
6	Xuất huyết nội sọ	1

Thang điểm có điểm từ 0 (nguy cơ thấp) đến 9 (nguy cơ cao), với điểm cắt là 3 điểm cho việc dự báo nguy cơ tử vong và tàn tật của bệnh nhân sau khi ra viện.

Điểm CVT-RS là 1 bảng điểm đơn giản với 6 biến số, dễ sử dụng cho các bác sĩ lâm sàng khi đánh giá tình trạng bệnh nhân lúc vào viện. Bảng điểm được sử dụng để tránh các can thiệp không cần thiết hoặc nguy hiểm ở bệnh nhân HKTMN có nguy cơ thấp và giúp xác định bệnh nhân có nguy cơ cao, tiên lượng xấu để theo dõi và có các phương pháp điều trị tích cực như làm tiêu huyết khối đường tĩnh mạch hay phẫu thuật.<sup>2,1,4</sup>

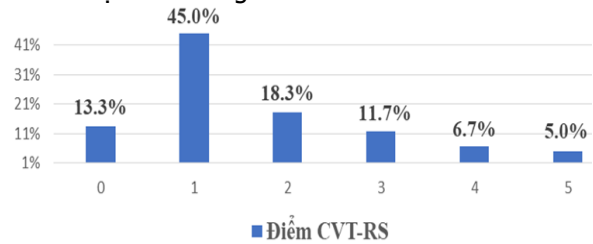
- Số liệu được mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Đạo đức nghiên cứu: Các thông tin về bệnh, về cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu được giữ bí mật bằng cách mã hoá thông tin trên máy tính. Nghiên cứu không làm ảnh hưởng tới quyền lợi khám chữa bệnh, sức khoẻ và kinh tế của các đối tượng tham gia.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- **Đặc điểm chung của thang điểm CVT-**

**RS trong HKTMN.** Phân bố điểm CVT-RS trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu



**Biểu đồ 1. Phân bố điểm CVT-RS ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân có điểm CVT-RS là 1 điểm (45%). Tỷ lệ bệnh nhân có từ 3 điểm trở lên chiếm 23,4%. Không có bệnh nhân nào có điểm CVT-RS từ 6 điểm trở lên.

**Bảng 2. Tỷ lệ các yếu tố trong thang điểm CVT-RS**

Yếu tố	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ung thư	0	0
Hôn mê	7	11,7
Huyết khối tĩnh mạch sâu	8	13,3
Rối loạn tâm thần	6	10,0
Giới nam	31	51,7
Xuất huyết nội sọ	35	58,3

**Nhận xét:** Trong thang điểm CVT-RS, yếu tố gặp nhiều nhất là xuất huyết nội sọ với 35 bệnh nhân (58,3%), và giới nam (51,7%). Trong nhóm nghiên cứu không gặp bệnh nhân nào có yếu tố "ung thư".

- **Mối liên quan giữa các yếu tố trong thang điểm và điểm mRS tại thời điểm ra viện**

**Bảng 3. Thang điểm và điểm mRS tại thời điểm ra viện**

Yếu tố	mRS $\leq$ 2	mRS $>$ 2	OR (95% CI)	P
<b>Glasgow &lt;9đ</b>	1	6	73,5 (7,013-770,356)	0,000
<b>Glasgow <math>\geq</math>9đ</b>	49	4		
<b>Yếu tố HKTMN sâu</b>			1,833 (0,313-10,750)	0,4
Không	44	8		
Có	6	2		
<b>Rối loạn tâm thần</b>			16,000 (2,389-106,731)	0,005
Không	48	6		
Có	2	4		
Nữ	23	6	0,568 (0,143 - 2,262)	0,322
Nam	27	4		
<b>Xuất huyết nội sọ</b>			*	0,002
Không	25	0		
Có	25	10		

(\*: không tính được)

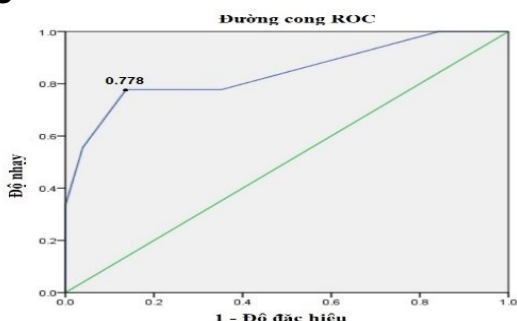
**Nhận xét:** Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi gặp:

✓ Có 7/60 bệnh nhân (11,7%) bệnh nhân có hôn mê với Glasgow < 9 điểm. Có mối liên quan giữa hôn mê và điểm mRS >2 lúc ra viện, với p < 0,05; OR 73,5 (7,013-770,356).

✓ Có 6/60 bệnh nhân (10%) bệnh nhân rối loạn tâm thần. Đa phần không có rối loạn tâm thần và có mối liên quan giữa rối loạn tâm thần và điểm mRS lúc ra viện, với p < 0,05. OR 16 (2,389-106,731).

✓ Có 35/60 bệnh nhân (58,3%) bệnh nhân có xuất huyết nội sọ. Có mối liên quan giữa xuất huyết nội sọ và điểm mRS lúc ra viện, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với p = 0,002 < 0,05.

**- Giá trị tiên lượng của thang điểm CVT-RS**



**Biểu đồ 2. Đường cong ROC giữa điểm CVT-RS và điểm mRS lúc ra viện**

**Bảng 4. Diện tích dưới đường cong AUC giữa điểm CVT-RS và điểm mRS lúc ra viện**

Diện tích dưới đường cong	p	95% CI
0,834	0,001	0,676-1,000

**Nhận xét:** Diện tích dưới đường cong AUC = 0,834 với p < 0,05. Như vậy có sự liên quan giữa thang điểm CVT-RS với mức độ hồi phục lâm sàng của bệnh nhân ở thời điểm xuất viện, với khả năng tiên lượng mức độ hồi phục lâm sàng ở mức tốt (AUC nằm trong khoảng từ 0,8 đến dưới 0,9).

**Bảng 5. Độ nhạy, độ đặc hiệu của điểm CVT-RS trong tiên lượng mức độ nặng khi xuất viện**

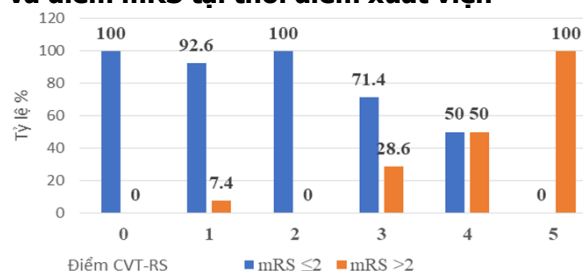
Điểm CVT-RS	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Chỉ số J (độ nhạy + độ đặc hiệu -1)
0	100%	0%	0
1	100%	15,7%	0,157
2	77,8%	64,7%	0,425
3	77,8%	86,3%	0,641
4	55,6%	96,1%	0,517
5	33,3%	100%	0,333
6	0%	100%	0
7	0%	100%	0

8	0%	100%	0
9	0%	100%	0

**Nhận xét:** Bệnh nhân có điểm CVT-RS từ 3 điểm trở lên) có chỉ số J=0,641 lớn nhất, với độ nhạy 77,8% và độ đặc hiệu 86,3%.

Như vậy trong số các bệnh nhân có mức độ hồi phục kém lúc ra viện (mRS>2) có 77,8% bệnh nhân có điểm CVT-RS ≥3 điểm (độ nhạy 77,8%). Trong số các bệnh nhân hồi phục tốt, 86,3% bệnh nhân có điểm CVT-RS<3 điểm (độ đặc hiệu 86,3%).

**- Mối liên quan giữa thang điểm CVT-RS và điểm mRS tại thời điểm xuất viện**



**Biểu đồ 3. Tỷ lệ mức độ hồi phục lâm sàng theo điểm CVT-RS**

**Nhận xét:** Trong nhóm những bệnh nhân có điểm CVT-RS <3 điểm, phần lớn các bệnh nhân có hồi phục lâm sàng tốt (điểm mRS≤2). Bệnh nhân có điểm CVT-RS ≥ 3 điểm, tỷ lệ hồi phục lâm sàng kém (mRS>2) tăng dần, đặc biệt 100% bệnh nhân có điểm CVT-RS là 5 điểm có hồi phục lâm sàng kém.

**Bảng 6. Mối liên quan giữa điểm CVT-RS và điểm mRS lúc ra viện**

Yếu tố	mRS ≤ 2	mRS > 2	OR (95% CI)	p
CVT-RS <3	44	2	22,000 (3,776-128,164)	0,000
CVT-RS ≥3	7	7		

**Nhận xét:**

Có 14/60 bệnh nhân (23,3%) bệnh nhân có điểm CVT-RS ≥ 3.

Tỷ suất chênh OR = 22,0, như vậy nhóm bệnh nhân có điểm CVT-RS ≥3 có nguy cơ hồi phục lâm sàng kém gấp 22 lần nhóm bệnh nhân có điểm CVT-RS <3 (CI 95% (3,776 -128,164), mối liên quan giữa nhóm điểm CVT-RS ≥ 3 và điểm mRS lúc ra viện có ý nghĩa thống kê với p = 0,000 (<0,05).

**- Mối liên quan giữa thang điểm CVT-RS và thời gian nằm viện**

**Bảng 7. Mối liên quan giữa điểm CVT-RS và thời gian điều trị**

	Thời gian ngắn nhất	Thời gian dài nhất	Thời gian điều trị trung bình	p

CVT-RS <3	4	31	15,07 ± 5,59	0,457
CVT-RS ≥3	2	41	17,57 ± 11,89	

**Nhận xét:** Thời gian điều trị trung bình giữa nhóm bệnh nhân có điểm CVT-RS ≥3 dài hơn nhóm có điểm CVT-RS <3, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,457$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thu được phần lớn bệnh nhân có điểm CVT-RS < 3 điểm (76,6%), yếu tố "xuất huyết nội sọ" chiếm 58,3% và "giới nam" (51,7%) (biểu đồ 1, bảng 2). Theo nghiên cứu ISCVT và VENOPORT khi nhận thấy yếu tố "nam giới" và "xuất huyết nội sọ" là hai yếu tố gặp nhiều nhất trong thang điểm. Tuy nhiên tỷ lệ 2 yếu tố này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn so với nghiên cứu này, có lẽ vì điểm CVT-RS trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là 1-2 điểm, còn trong nghiên cứu ISCVT, điểm CVT-RS chủ yếu là 0-1 điểm.<sup>2,5</sup>

**Mối liên quan giữa các yếu tố trong thang điểm CVT-RS và điểm mRS tại thời điểm ra viện:** Chúng tôi không gặp bệnh nhân nào bị ung thư, tuy nhiên có một số nghiên cứu trên thế giới đánh giá về yếu tố này trong tiên lượng bệnh nhân. Theo tác giả Ferro, thang điểm CVT-RS ở bệnh nhân HKTMN có ung thư, nguy cơ HR là 4,53 (95%CI: 2,52-8,15), nguy cơ cao nhất trong các yếu tố, tương ứng điểm nguy cơ trong thang điểm là 2.<sup>7</sup> Trong nghiên cứu của tác giả Breteau (2003), ung thư làm tăng nguy cơ tàn tật và tử vong (mRS>2) ở bệnh nhân HKTMN lên 29,3 lần (95% CI: 2,8-308,0).<sup>6</sup> Các cơ chế liên quan giữa ung thư và HKTMN bao gồm: khối u chèn ép hoặc xâm lấn vào xoang tĩnh mạch, tình trạng tăng đông liên quan đến bệnh lý ung thư hoặc các tác dụng phụ do hóa trị liệu.<sup>7</sup>

Rối loạn ý thức chúng tôi gặp 11,7% bệnh nhân có hôn mê với Glasgow < 9 điểm. Các bệnh nhân hôn mê có nguy cơ tàn tật và tử vong gấp 73,5 lần các bệnh nhân khác (95% CI: 7,013-770,356,  $p=0,000$ ). Theo tác giả Ferro J.M., hôn mê là một trong các yếu tố tiên lượng xấu của HKTMN với nguy cơ HR= 4,19 (95% CI: 2,2-6,28,  $p <0,001$ ), điểm nguy cơ trong thang điểm CVT-RS là 2 điểm.<sup>2</sup> Đây cũng là một yếu tố tiên lượng xấu đã được đề cập đến trong nhiều nghiên cứu. Theo tác giả Canhã P. (2005), những bệnh nhân HKTMN có hôn mê (Glasgow <9) lúc vào viện có nguy cơ tử vong cao gấp 8,8 lần (95% CI: 2,8-27,7;  $p=0,000$ ).<sup>8</sup> Nguyên nhân gây rối loạn ý thức ở bệnh nhân HKTMN thường do phù não gây tăng áp lực nội sọ, hoặc tổn

thương đôi thị hai bên do huyết khối tĩnh mạch sâu.

Huyết khối tĩnh mạch sâu có 13,3% bệnh nhân và không có sự khác biệt về mức độ hồi phục lâm sàng giữa nhóm có và không có huyết khối tĩnh mạch sâu (OR: 1,833; 95% CI: 0,313-10,750,  $p=0,4$ ). Theo Ferro J.M., bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch não sâu có nguy cơ hồi phục kém gấp 3,03 lần (HR: 3,03; 95% CI: 1,76-5,23;  $p < 0,001$ ), với điểm nguy cơ là 2 điểm.<sup>2</sup> Huyết khối tĩnh mạch sâu của não thường gây các tổn thương nhồi máu, chảy máu ở đôi thị và hạch nền hai bên, trên lâm sàng bệnh nhân thường có rối loạn ý thức với ý thức sững sờ hoặc hôn mê. Theo Sagduyu năm 2006, trong 14 bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch sâu, có 6 (43%) bệnh nhân tử vong, 3 (21%) bệnh nhân tàn tật nặng, kết quả tiên lượng xấu này được giải thích do có sự kết hợp với huyết khối tĩnh mạch vỏ não ở 13 (93%) số bệnh nhân.<sup>1,9</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 8 bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch não sâu nên chưa đủ lớn để đánh giá được giá trị tiên lượng của yếu tố này.

Chúng tôi gặp 6/60 bệnh nhân (10%) có rối loạn tâm thần, có mối liên quan đến điểm mRS lúc ra viện, với  $p <0,05$ . Bệnh nhân rối loạn tâm thần có nguy cơ điểm mRS > 2 gấp 16 lần bệnh nhân không có triệu chứng này. Theo nghiên cứu của tác giả Ferro J.M., trong thang điểm CVT-RS yếu tố rối loạn tâm thần có nguy cơ HR=2,18 (95% CI: 1,37-3,46), với điểm nguy cơ là 1 điểm.<sup>2</sup> Theo tác giả Canhã P., trong các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân HKTMN, triệu chứng rối loạn tâm thần khi vào viện làm tăng nguy cơ tử vong lên 3,4 lần (95% CI: 1,0-11,0;  $p=0,044$ ).<sup>8</sup>

Bệnh nhân chảy máu não nội sọ chiếm 58,3% và có mối liên quan giữa chảy máu não với mức độ hồi phục lâm sàng với  $p = 0,002 <0,05$ . Theo tác giả Barboza nghiên cứu trên 467 bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não năm 2018, bệnh nhân chảy máu não có nguy cơ tàn tật và tử vong (mRS>2) gấp 1,449 lần (95% CI: 1,193-1,760;  $p=0,03$ ).<sup>10</sup> Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng khi thấy rằng chảy máu não là một yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân HKTMN.

**Giá trị tiên lượng của thang điểm CVT-RS:** Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có sự liên quan giữa thang điểm CVT-RS với mức độ hồi phục lâm sàng của bệnh nhân ở thời điểm xuất viện, với khả năng tiên lượng mức độ hồi phục lâm sàng của thang điểm CVT-RS ở mức tốt (AUC nằm trong khoảng từ 0,8 đến dưới 0,9). Điểm cut off = 3 (bệnh nhân có điểm CVT-RS từ 3 điểm trở lên) thể hiện độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên lượng

tốt nhất, với độ nhạy 77,8% và độ đặc hiệu 86,3%. Theo tác giả Ferro J.M. đánh giá thang điểm CVT-RS trên 624 bệnh nhân HKTMN của nghiên cứu ISCVT và 91 bệnh nhân của nghiên cứu VENOPORT, kết quả cho thấy thang điểm có giá trị tiên lượng mức trung bình (AUC=0,77 và 0,74), độ nhạy >90%, độ đặc hiệu >80%. Điểm cut off trong nghiên cứu là 3 điểm.<sup>2,5</sup>

Khi bệnh nhân ra viện, mức độ hồi phục của bệnh nhân có điểm CVT-RS <3 điểm, phần lớn hồi phục lâm sàng tốt (điểm mRS≤2). Những bệnh nhân có điểm CVT-RS ≥ 3 điểm, tỷ lệ hồi phục lâm sàng kém (mRS>2) tăng dần, đặc biệt 100% bệnh nhân có điểm CVT-RS là 5 điểm có hồi phục lâm sàng kém. Nhóm bệnh nhân có điểm CVT-RS ≥ 3, có nguy cơ tàn tật và tử vong (mRS >2) gấp 20 lần nhóm bệnh nhân có điểm CVT-RS <3 (p= 0,000 <0,05). Trong nghiên cứu ISCVT, tỷ lệ hồi phục kém mRS >2 tăng dần theo mức điểm CVT-RS, ở những bệnh nhân có điểm CVT-RS ≥ 4 điểm, tỷ lệ hồi phục kém là trên 50%.<sup>2</sup>

## V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân có điểm CVT-RS <3 điểm (76,6%). Yếu tố gặp nhiều trong thang điểm CVT-RS là xuất huyết nội sọ với 58,3%, nam giới (51,7%). Những yếu tố như điểm glasgow <9 điểm, rối loạn tâm thần, xuất huyết nội sọ có mối liên quan đến điểm mRS >2 điểm với P<0,05. Điểm CVT-RS ≥3 điểm trở lên có mức độ hồi phục kém khi ra viện (mRS>2) với độ nhạy 77,8% và độ đặc hiệu 86,3% (p<0,05). Những yếu tố như giới tính nam, huyết khối tĩnh mạch sâu, thời gian điều trị chưa thấy có mối liên quan đến tiên lượng của bệnh nhân HKTMN.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD, Jr., et al.** Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011; 42(4): 1158-92.
2. **Ferro JM, Bacelar-Nicolau H, Rodrigues T, et al.** Risk score to predict the outcome of patients with cerebral vein and dural sinus thrombosis. *Cerebrovasc Dis* 2009; 28(1): 39-44.
3. **Rankin J.** Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis. *Scott Med J* 1957; 2(5): 200-15.
4. **Ferro JM, Boussier MG, Canhao P, et al.** European Stroke Organization guideline for the diagnosis and treatment of cerebral venous thrombosis - Endorsed by the European Academy of Neurology. *Eur Stroke J* 2017; 2(3): 195-221.
5. **Ferro JM, Lopes MG, Rosas MJ, Ferro MA, Fontes J.** Cerebral Venous Thrombosis Portuguese Collaborative Study G. Long-term prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis. results of the VENOPORT study. *Cerebrovasc Dis* 2002; 13(4): 272-8.
6. **Breteau G, Mounier-Vehier F, Godefroy O, et al.** Cerebral venous thrombosis 3-year clinical outcome in 55 consecutive patients. *J Neurol* 2003; 250(1): 29-35.
7. **Iqbal N, Sharma A.** Cerebral venous thrombosis: a mimic of brain metastases in colorectal cancer associated with a better prognosis. *Case Rep Oncol Med* 2013; 2013: 109412.
8. **Canhao P, Ferro JM, Lindgren AG, et al.** Causes and predictors of death in cerebral venous thrombosis. *Stroke* 2005; 36(8): 1720-5.
9. **Sagduyu A, Sirin H, Mulayim S, et al.** Cerebral cortical and deep venous thrombosis without sinus thrombosis: clinical MRI correlates. *Acta Neurol Scand* 2006; 114(4): 254-60.
10. **Barboza MA, Chiquete E, Arauz A, et al.** A Practical Score for Prediction of Outcome After Cerebral Venous Thrombosis. *Front Neurol* 2018; 9: 882.

## ẢNH HƯỞNG CỦA TÁI TƯỚI MÁU HOÀN TOÀN LÊN ĐAU NGỰC TÁI PHÁT Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN VỚI TỔN THƯƠNG NHIỀU NHÁNH MẠCH VÀNH

Trần Nguyễn Phương Hải<sup>1</sup>, Hoàng Văn Sỹ<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

**Mục tiêu:** xác định tỉ lệ đau ngực tái phát cần nhập viện sau can thiệp tái tưới máu hoàn toàn và so với không hoàn toàn trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có tổn thương nhiều nhánh mạch vành. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu có mô tả hiện trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên, được tái thông mạch vành qua da tiên phát từ tháng 04/2022 đến tháng 06/2022 tại Khoa Tim mạch can thiệp và Khoa Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tổng cộng 105 bệnh nhân (69,5% nam giới, tuổi trung bình 64,1 ± 11,5) được nghiên cứu. Phần lớn có ít nhất một yếu tố