

Liều tiêu chuẩn



Liều thấp

Hình 1: Hình ảnh nốt mờ thủy trên phổi phải bệnh nhân nam, 72 tuổi

Bệnh nhân: Dong Ba V, Nam, 72 tuổi. Lâm sàng: đau ngực, ho, sút cân, khó thở. Phim chụp hai phương pháp CLVT đều là những nốt vị trí thủy trên phổi phải với mật độ là những nốt đặc hoàn toàn, kích thước ~20mm, Lung- RADS 4B.

V. KẾT LUẬN

Chụp CLVT liều thấp là phương pháp góp phần giảm những tác hại của tia xạ tới bệnh nhân. Về mặt hình ảnh, CLVT liều thấp có sự tương đồng cao với phương pháp CLVT liều tiêu chuẩn (được coi là phương pháp có độ tin cậy cao trong chẩn đoán nốt mờ phổi), sự khác biệt về hình ảnh nốt mờ phổi của phương pháp CLVT liều thấp so với CLVT liều tiêu chuẩn không làm thay đổi chiến lược quản lý và theo dõi các nốt mờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thoracic Imaging, Pulmonary and Cardiovascular Radiology 3rd .pdf. Google Docs. Accessed May 24, 2021. https://drive.google.com/file/d/1-NuUxWCsr2Y7u8eLM3Tobqx_OH4Rq8m/view?usp=drive_open&usp=embed_facebook
2. Ost D, Fein A. Evaluation and Management of the Solitary Pulmonary Nodule. 2000;162:6.
3. Henschke CI. Early lung cancer action project. Cancer. 2000;89(S11): 2474-2482. doi: [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20001201\)89:11+<2474::AID-CNCR26>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20001201)89:11+<2474::AID-CNCR26>3.0.CO;2-2)
4. Quekel LGBA, Kessels AGH, Goei R, van Engelshoven JMA. Miss Rate of Lung Cancer on the Chest Radiograph in Clinical Practice. Chest. 1999; 115(3): 720-724. doi: 10.1378/chest. 115.3.720
5. Survival of Patients with Stage I Lung Cancer Detected on CT Screening. New England Journal of Medicine. 2006;355(17):1763-1771. doi:10.1056/NEJMoa060476
6. Gao F, Li M, Sun Y, Xiao L, Hua Y. Diagnostic value of contrast-enhanced CT scans in identifying lung adenocarcinomas manifesting as GGNS (ground glass nodules). Medicine. 2017;96(43): e7742. doi:10.1097/MD.0000000000007742
7. Wood DE, Kazerooni E, Baum SL, et al. Lung Cancer Screening, Version 1.2015. J Natl Compr Canc Netw. 2015;13(1): 23-34. doi: 10.6004/jnccn. 2015.0006
8. Hoàng Văn Lương. NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CẮT LỚP VỊ TÍNH NGỰC TRONG ĐÁNH GIÁ NỐT ĐƠN ĐỘC Ở PHỔI KÍCH THƯỚC TRÊN 8mm. Published online 2020.
9. Ono K, Hiraoka T, Ono A, et al. Low-dose CT scan screening for lung cancer: comparison of images and radiation doses between low-dose CT and follow-up standard diagnostic CT. SpringerPlus. 2013;2(1):393. doi:10.1186/2193-1801-2-393

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO ĐA Ổ Ở NGƯỜI LỚN

Nguyễn Văn Tuân^{1,2}, Phan Văn Đức^{1,2}, Trần Thị Ngát³

TÓM TẮT

Mục đích: Phân tích một số yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh nhân chảy máu não đa ổ ở người lớn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu 52 bệnh nhân chảy máu não đa ổ được điều trị tại Trung tâm

Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai theo phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Chúng tôi thu được 43 bệnh nhân còn sống sót sau 1 tháng ra viện và 9 bệnh nhân tử vong (17,3%). Đa số bệnh nhân có 2 ổ máu tụ chiếm 67,3%. Kích thước ổ máu tụ lớn ($48,33 \pm 24,37$ cm) và thể tích khối máu tụ (trung vị 3,01ml), có tràn máu não thất kèm theo, sốt trong quá trình điều trị, điểm hôn mê Glasgow <8 lúc vào viện có liên quan đến tử vong của bệnh nhân với $p < 0,05$. Một số yếu tố như số lượng ổ máu tụ, phù não, xuất huyết dưới nhện kèm theo, creatinin máu tăng hoặc tình trạng rối loạn đông máu chưa thấy liên quan đến tình trạng tử vong của bệnh nhân. **Kết luận:** Khi vào viện, bệnh nhân chảy máu não đa ổ có hôn mê với điểm Glasgow < 8 điểm, kích thước và thể tích khối máu tụ lớn là những yếu tố chủ yếu liên quan đến tình trạng

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Dược Đại học quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuân

Email: ngtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

tử vong. **Từ khóa:** Chảy máu não nhiều ổ, tiên lượng chảy máu não.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO THE PROGNOSIS OF PATIENTS WITH MULTIFOCAL CEREBRAL HEMORRHAGE IN ADULTS

Objective: Analyzing some factors related to the prognosis of patients with multifocal cerebral hemorrhage in adults. **Subjects and methods:** We studied 52 patients with multifocal cerebral hemorrhage who were treated at the Neurological Center, Bach Mai Hospital, using the cross-sectional descriptive method. **Results:** We obtained 43 patients who survived 1 month after discharge from the hospital, and 9 patients died (17.3%). Most patients had 2 hematomas, accounting for 67.3%. Large hematoma size (48.33 ± 24.37 cm) and hematoma volume (median 3.01 ml) are accompanied by intraventricular hemorrhage, fever during treatment, and a Glasgow coma score <8 when the time of admission is related to patient death ($p < 0.05$). Some factors, such as the number of hematomas, cerebral edema, accompanying subarachnoid hemorrhage, increased blood creatinine, or coagulation disorders, have not been found to be related to the patient's mortality. **Conclusion:** Upon admission to the hospital, patients with multifocal cerebral hemorrhage, a coma with a Glasgow score < 8 points, and large hematoma size and volume were the main factors related to mortality. **Keywords:** Multifocal cerebral hemorrhage, Prognosis of cerebral hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu trong não nhiều ổ là sự hiện diện của hai hay nhiều ổ máu tụ trong nhu mô não. Nguyên nhân của chảy máu não đa ổ rất đa dạng bao gồm tăng huyết áp, khối u não nguyên phát hoặc di căn, huyết khối xoang tĩnh mạch não, dị dạng mạch, điều trị các thuốc chống đông máu...¹ (loại trừ nguyên nhân chấn thương). Chảy máu não đa ổ chiếm khoảng 0,8 - 14,4% các trường hợp xuất huyết trong não nói chung.² Tuy vậy, bệnh lý này có tỉ lệ tử vong rất cao (24,1 - 84%), và tiên lượng hồi phục cũng rất kém ở những bệnh nhân sống sót.²⁻⁴ Tuy nhiên yếu tố nguy cơ, nguyên nhân và cơ chế sinh lí bệnh của loại bệnh này vẫn chưa được làm sáng tỏ.

Gần đây tại Việt Nam, với sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là kĩ thuật chụp cộng hưởng từ sọ não cùng với độ dày lát cắt mỏng hơn trên phim chụp CLVT, chảy máu trong não đa ổ được phát hiện và quan tâm nhiều hơn nhất là trong việc tìm kiếm nguyên nhân để đưa ra các phương pháp điều trị tích cực. Từ đặc điểm trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Phân tích một số yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh nhân chảy máu*

não đa ổ ở người lớn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu não đa ổ được điều trị tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2019 – 7/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Các bệnh nhân chọn vào nghiên cứu được chẩn đoán xác định chảy máu trong não đa ổ (Multiple simultaneous intracerebral hemorrhages- MSICH) với tiêu chuẩn sau: Trên phim chụp CLVT sọ não có từ hai ổ tụ máu trong nhu mô não trở lên, các ổ máu tụ này thuộc các vùng cấp máu của các động mạch khác nhau và chúng không liên tục với nhau, có đậm độ tương tự nhau (ổ tăng tỷ trọng từ 60 – 90 đơn vị Hounsfield ở trong nhu mô não). Ngoài ra bệnh nhân có thể được chụp CHT xác định rõ có chảy máu trong nhu mô não từ hai ổ trở lên và các ổ máu tụ phải đáp ứng các tiêu chuẩn đã nêu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Thể chảy máu não do sang chấn sọ não.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Thần kinh bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2019 – 7/2020.

Phương pháp thu thập số liệu. Chúng tôi sử dụng một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, trong đó có ghi đầy đủ các mục tiền sử, bệnh sử, các triệu chứng thần kinh, tâm thần và nội khoa, kết quả các xét nghiệm chuyên khoa, diễn biến và phương pháp điều trị nhằm rút ra những điểm đặc biệt về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chảy máu não đa ổ.

Kết quả phim chụp cắt lớp vi tính sọ não, phim cộng hưởng từ và chụp mạch được đọc tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai.

Các xét nghiệm khác được thực hiện tại các phòng xét nghiệm bệnh viện Bạch Mai.

Bảng 1. Phân độ tăng huyết áp (THA)

Giai đoạn tăng huyết áp	Huyết áp tâm thu (HATT) (mmHg)	Huyết áp tâm trương (HATT _r) (mmHg)
HA tối ưu	< 120	< 80
HA bình thường	Dưới 130	Dưới 85
HA bình thường cao	130 – 139	85 – 89
THA độ I	140 – 159	90 – 99
THA độ II	160 – 179	Từ 100
THA độ III	≥ 180 hoặc	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140 và	< 90

(Theo định nghĩa và phân độ THA theo VNHA 2015)
 - Cách tính thể tích khối máu tụ: theo phương pháp gần đúng của Broderisk⁵

$$V = a \times b \times c / 2$$

Trong đó: V: thể tích

a: đường kính lớn nhất của khối máu tụ trên phim chụp cắt lớp vi tính

b: đường kính vuông góc với a

c: số lớp cắt với độ dày 10mm

Thể tích khối máu tụ được chia làm 3 mức độ:

Mức độ 1: từ 1 đến 30cm³ Mức độ 2: từ 30 đến 60cm³ Mức độ 3: trên 60cm³

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu 52 bệnh nhân chảy máu não đa ổ, trong đó có 9 bệnh nhân tử vong chiếm 17,3% và 43 bệnh nhân còn sống sót sau 1 tháng ra viện.

Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân chảy máu não đa ổ

Bảng 2. Số lượng và kích thước ổ máu tụ

Số lượng ổ máu tụ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
2 ổ	35	67,3
3 ổ	8	15,4
>3 ổ	9	17,3
Tổng	52	100
Kích thước ổ máu tụ (TB±SD=33,44±19,0mm)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nhỏ	22	42,3
Vừa	19	36,5

Bảng 4. Mối liên quan giữa tỉ lệ tử vong với một số đặc điểm của khối máu tụ

Đặc điểm khối máu tụ		Kết cục của BN				Tổng		p
		Còn sống		Tử vong		n	%	
		n	%	n	%			
Kích thước	Nhỏ	20	90,9	2	9,1	22	100	0,035
	Vừa	17	89,5	2	10,5	19	100	
	Lớn	6	54,5	5	45,5	11	100	
Số lượng	2	30	85,7	5	14,3	35	100	0,475
	3	7	87,5	1	12,5	8	100	
	>3	6	66,7	3	33,3	9	100	
Phù não	Có	39	81,2	9	18,8	48	100	0,341
	Không	4	100	0	0	4	100	
Tràn máu não thất	Có	6	60	4	40	10	100	0,035
	Không	37	88,1	5	11,9	42	100	
Xuất huyết dưới nhện	Có	9	69,2	4	30,8	13	100	0,138
	Không	34	87,2	5	12,8	39	100	

Nhận xét: Các yếu tố liên quan đến tử vong của bệnh nhân bao gồm kích thước ổ máu tụ lớn (p = 0,035), có tràn máu não thất kèm theo (p = 0,035). Các yếu tố như số lượng ổ máu tụ, phù não hay xuất huyết dưới nhện kèm theo không liên quan đến tỉ lệ tử vong của bệnh nhân (p>0,05).

Bảng 5. Mối liên quan giữa tỉ lệ tử vong với một số yếu tố cận lâm sàng

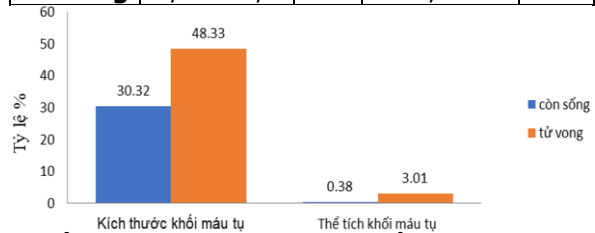
Đặc điểm cận lâm sàng		Kết cục của BN				Tổng		p
		Còn sống		Tử vong		n	%	
		n	%	n	%			
Tiểu cầu (G/l)	<100	3	75	1	25	4	100	0,544

Lớn	11	21,2
Tổng	52	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có 2 ổ máu tụ chiếm 67,3%. Hầu hết bệnh nhân có ổ máu tụ với kích thước nhỏ chiếm 42,3%, số bệnh nhân có khối máu tụ lớn chiếm ít hơn là 21,2%

Bảng 3. Liên quan giữa kích thước và thể tích ổ máu tụ với tỉ lệ tử vong của bệnh nhân

Tiến triển	Kích thước khối máu tụ		Thể tích khối máu tụ	
	X ± SD (cm)	p	Trung vị (ml)	p
Còn sống	30,32±16,37	0,008	0,38	0,046
Tử vong	48,33±24,37		3,01	



Biểu đồ 1. Kích thước và thể tích khối máu tụ ở bệnh nhân còn sống và tử vong

Nhận xét: Bệnh nhân tử vong có kích thước trung bình ổ máu tụ lớn hơn những bệnh nhân sống sót. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p=0,008 <0,05. Thể tích khối máu tụ cũng có liên quan đến tử vong của bệnh nhân với p = 0,046 <0,05.

	≥100	40	83,3	8	16,7	48	100	
Creatinin (μmol/L)	<300	42	84	8	16	50	100	0,319
	≥300	1	50	1	50	2	100	
Rối loạn điện giải	Có	14	63,6	8	36,4	22	100	0,002
	Không	29	96,7	1	3,3	30	100	
INR	≥2	1	100	0	0	1	100	0,644
	<2	42	82,4	9	17,6	51	100	
PT (%)	≥70	39	86,7	6	13,3	45	100	0,055
	<70	4	57,1	3	42,9	7	100	

Nhận xét: Bệnh nhân có rối loạn điện giải trong quá trình điều trị có tỉ lệ tử vong cao hơn bệnh nhân có điện giải bình thường. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với mức p = 0,002 < 0,05. Tỉ lệ tử vong không liên quan đến creatinin máu hoặc tình trạng rối loạn đông máu như số lượng tiểu cầu thấp, INR ≥ 2, tỉ lệ Prothrombin thấp < 70% (p < 0,05).

Bảng 6. Mối liên quan giữa tỉ lệ tử vong với một số đặc điểm lâm sàng

Khôi máu tụ		Kết cục của BN				Tổng		p
		Còn sống		Tử vong				
		n	%	n	%	n	%	
Tuổi	≥60	21	80,8	5	19,2	26	100	0,714
	<60	22	84,6	4	15,4	26	100	
Giới	Nam	26	83,9	5	16,1	31	100	0,785
	Nữ	17	81	4	19	21	100	
Dân tộc	Kinh	34	79,1	9	20,9	43	100	0,131
	Thiểu số	9	100	0	0	9	100	
Huyết áp tâm trương	≥180	7	77,8	2	22,2	9	100	0,668
	<180	36	83,7	7	16,3	43	100	
Kiểm soát huyết áp	≤140	35	81,4	8	18,6	43	100	0,589
	>140	8	88,9	1	11,1	9	100	
Sốt	Có	15	65,2	8	34,8	23	100	0,003
	Không	28	96,6	1	3,4	29	100	
Điểm Glasgow	13 - 15	36	90	4	10	40	100	0,016
	9 - 12	6	66,7	3	33,3	9	100	
	3 - 8	1	33,3	2	66,7	3	100	

Nhận xét: Có một số yếu tố lâm sàng liên quan đến tử vong của bệnh nhân đó là sốt trong quá trình điều trị và điểm Glasgow thấp lúc nhập viện (p < 0,05). Không tìm thấy mối liên quan giữa tỉ lệ tử vong với các yếu tố như tuổi, giới, HATT lúc nhập viện, kiểm soát huyết áp trong quá trình điều trị (p > 0,05).

Bảng 7. Mối liên quan giữa nguyên nhân và tiến triển của bệnh nhân

Nguyên nhân	Tiến triển				Tổng		p
	Còn sống		Tử vong				
	n	%	n	%	n	%	
Dị dạng mạch	2	66,7	1	33,3	3	100	0,741
Liên quan đến thuốc chống đông	1	100	0	0	1	100	
Bệnh mạch máu não nhiễm tinh bột	1	100	0	0	1	100	
Huyết khối xoang tĩnh mạch	9	100	0	0	9	100	
Rối loạn đông máu toàn thân	3	75	1	25	4	100	
Tăng huyết áp	12	80	3	20	15	100	
U não	4	66,7	2	33,3	6	100	
Nhồi máu não chuyển dạng	3	75	1	25	4	100	
Nguyên nhân kết hợp	2	100	0	0	2	100	

Nhận xét: U não và dị dạng mạch là 2 nguyên nhân có tỉ lệ tử vong cao nhất (33,3%). Tiếp đến là rối loạn đông máu và nhồi máu não chuyển dạng với tỉ lệ tương đương là 25%. Mặc dù tăng huyết áp là nguyên nhân phổ biến nhất nhưng chỉ 20% bệnh nhân chảy máu não đa ổ do THA tử vong. Các nguyên nhân như huyết khối xoang tĩnh

mạch, bệnh mạch máu não nhiễm tinh bột, dùng thuốc chống đông đường như có tiên lượng tốt hơn với không có bệnh nhân nào tử vong sau 1 tháng. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân chảy máu não đa ổ do các nguyên nhân khác nhau là khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,741 > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nhận thấy rằng, kích thước ($48,33 \pm 24,37$ cm) và thể tích khối máu tụ lớn ($3,01$ ml) và có tràn máu não thất kèm theo là các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Bệnh nhân có kích thước ổ máu tụ lớn có tỷ lệ tử vong lên đến $45,5\%$ trong khi chỉ $9,1\%$ bệnh nhân có ổ máu tụ kích thước nhỏ tử vong.

Theo Wu Teddy các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong trong vòng 90 ngày của bệnh nhân chảy máu não đa ổ bao gồm: Điểm Glasgow thấp, thể tích khối máu tụ lớn và có tràn máu não thất kèm theo. Tỷ lệ tử vong đã được báo cáo nằm trong khoảng từ 0% đến 78% ở bệnh nhân chảy máu não đa ổ và có khả năng bị ảnh hưởng bởi bệnh sinh và vị trí của ổ tụ máu.² Nghiên cứu của Safatli cũng chỉ ra rằng tình trạng ý thức khi nhập viện và thể tích của khối máu tụ là các yếu tố dự đoán mạnh mẽ tử vong sau 30 ngày ở bệnh nhân xuất huyết não.⁶

Theo Broderick, ở bệnh nhân xuất huyết não nói chung, bệnh nhân có thể tích khối máu tụ $\geq 60\text{cm}^3$ trên CTscan não ban đầu và điểm Glasgow ≤ 8 có tỷ lệ tử vong là 91% .⁵ Nguyễn Văn Đăng (1997) nhấn mạnh tiên lượng chảy máu não dựa vào kích thước khối máu tụ và đưa ra các tiêu chuẩn tiên lượng nặng bao gồm: thoát vị cấu trúc đường giữa lớn hơn 1cm , thân nhiệt cao hơn 38°C , tuổi trên 65, liệt vận động xâm phạm chi dưới, máu vào não thất IV.⁷

Laiwattana thấy rằng mặc dù chảy máu não đa ổ có tỷ lệ tử vong cao nhưng không tìm thấy ý nghĩa thống kê về mối quan hệ giữa tỷ lệ tử vong và số lượng ổ chảy máu. Ngược lại, ông lại tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tổng số khối máu tụ và mức độ hồi phục của bệnh nhân.³ Tương tự chúng tôi cũng thấy rằng số lượng ổ máu tụ không phải là yếu tố liên quan đến tử vong của bệnh nhân chảy máu não đa ổ. Cũng theo Laiwattana khi nghiên cứu 105 bệnh nhân bị chảy máu não đa ổ nguyên phát và xem xét mối liên quan giữa vị trí của chảy máu não và kết cục của bệnh nhân. Các tác giả tìm thấy ổ chảy máu ở vị trí sâu có tỷ lệ tử vong cao nhất (50%) so với nằm ở thùy hai bên hoặc tiểu não (0%) hoặc không phải hai bên (37%).³ Theo Broderick, tỷ lệ tử vong theo vị trí của chảy máu

não nói chung là: chảy máu thùy (39%), cầu não (44%), tiểu não (94%).⁵ Nghiên cứu của Safatli cũng khẳng định rằng vị trí xuất huyết là một yếu tố liên quan chặt chẽ với tỷ lệ tử vong.⁶

Tính đối xứng 2 bên trong phân bố vị trí của các khối máu tụ cũng là một yếu tố liên quan đến kết cục ở bệnh nhân chảy máu não đa ổ. Theo nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có khối máu tụ đối xứng 2 bên có tỷ lệ tử vong thấp hơn ($4,4\%$) và hồi phục chức năng tốt hơn ($82,6\%$) so với những bệnh nhân có xuất huyết ở các vị trí không đối xứng nhau. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với mức $p = 0,045 < 0,05$. Điều này không thống nhất với một số nghiên cứu trước đây như của Denchai Laiwattana.³ Tác giả cho rằng cả xuất huyết thùy hai bên và xuất huyết tiểu não hai bên đều có kết quả thuận lợi. Xuất huyết hạch nền hai bên có tỷ lệ tử vong cao nhất 60% và tiên lượng xấu nhất. Tỷ lệ tử vong đối với chảy máu não đa ổ không phải hai bên là $38,78\%$, những bệnh nhân sống sót còn lại có tới $22,4\%$ bệnh nhân có kết quả hồi phục tốt. Xuất huyết đồi thị hai bên và ổ tụ máu đa ổ không ở hai bên không liên quan có ý nghĩa thống kê đến tử vong hoặc tiên lượng.³ Sự mâu thuẫn này có thể do: Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ (52 so với 105 bệnh nhân). Bệnh nhân theo nghiên cứu này chỉ được theo dõi trong vòng 1 tháng sau ra viện, còn trong nghiên cứu của Laiwattana bệnh nhân được theo dõi sau ít nhất là 90 ngày.

Bệnh nhân xuất huyết não đối xứng chủ yếu là xuất huyết não thùy, nguyên nhân chủ yếu là do huyết khối xoang nên tiên lượng hồi phục tốt hơn.

Khi xem xét mối liên quan giữa nguyên nhân với tiến triển của bệnh nhân chảy máu não đa ổ chúng tôi thấy rằng: U não và dị dạng mạch là 2 nguyên nhân có tỷ lệ tử vong cao nhất ($33,3\%$). Tiếp đến là rối loạn đông máu và nhồi máu não chuyển dạng với tỷ lệ tương đương là 25% . Mặc dù tăng huyết áp là nguyên nhân phổ biến nhất nhưng chỉ 20% bệnh nhân chảy máu não đa ổ do THA tử vong. Các nguyên nhân như huyết khối xoang tĩnh mạch, bệnh mạch máu não nhiễm tinh bột, dùng thuốc chống đông đường như có tiên lượng tốt hơn với không có bệnh nhân nào tử vong sau 1 tháng.²

Chúng tôi lại chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số lượng tiểu cầu, creatinin máu, INR và prothrombin với tỷ lệ tử vong của bệnh nhân mặc dù đây là các yếu tố có liên quan đến kích thước lớn hơn của khối máu tụ.

Về mối liên quan giữa tử vong với các yếu tố lâm sàng thì sốt trong quá trình điều trị và tình trạng ý thức kém khi nhập viện là các yếu tố liên

quan đến tỉ lệ tử vong của bệnh nhân. Bệnh nhân có điểm Glasgow ≤ 8 có tỉ lệ tử vong lên đến 66,7%. Nếu bệnh nhân có sốt trong quá trình điều trị, tỉ lệ tử vong lên đến 34,8%, sốt có thể là do phản ứng của tiêu máu tụ nhưng thường sốt nhẹ hoặc tình trạng bội nhiễm hoặc do rối loạn thần kinh thực vật. Vì vậy vấn đề kiểm soát thân nhiệt luôn được chú trọng ở bệnh nhân xuất huyết não nói chung cũng như bệnh nhân xuất huyết não đa ổ. Kiểm soát huyết áp là một vấn đề rất quan trọng và quyết định sống còn ở bệnh nhân xuất huyết não nói chung nhưng chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa huyết áp tâm thu lúc nhập viện và sự kiểm soát huyết áp trong quá trình điều trị với tỉ lệ tử vong của bệnh nhân. Trong số các căn nguyên không phải tăng huyết áp như: huyết khối xoang tĩnh mạch, u não, chưa rõ nguyên nhân chiếm tỉ lệ khá cao. Vì vậy, mức huyết áp tâm thu hay sự dao động huyết áp trong quá trình điều trị có thể không ảnh hưởng đến tử vong của bệnh nhân khi phân tích thống kê.^{2,8}

Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, giới hay dân tộc với tỉ lệ tử vong của bệnh nhân. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Wu Teddy và các nghiên cứu trước đây về chảy máu não nói chung khi xem xét các yếu tố dự đoán tử vong của bệnh nhân xuất huyết não bằng phân tích hồi quy đơn biến hay đa biến.^{2,6}

V. KẾT LUẬN

Chảy máu não đa ổ có nhiều yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong của người bệnh

nếu điểm Glasgow < 8 điểm, thể tích khối máu tụ và kích thước khối máu tụ, có kèm chảy máu não thất, sốt trong quá trình điều trị ($P < 0,05$). Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ chưa ghi nhận thấy liên quan đến tình trạng tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Maurino J, Saposnik G, Lepera S, Rey RC, Sica RE.** Multiple simultaneous intracerebral hemorrhages: clinical features and outcome. Arch Neurol 2001; 58(4): 629-32.
2. **Wu TY, Yassi N, Shah DG, et al.** Simultaneous Multiple Intracerebral Hemorrhages (SMICH). Stroke 2017; 48(3): 581-6.
3. **Laiwattana D, Sangsawang B, Sangsawang N.** Primary Multiple Simultaneous Intracerebral Hemorrhages between 1950 and 2013: Analysis of Data on Age, Sex and Outcome. Cerebrovasc Dis Extra 2014; 4(2): 102-14.
4. **Chen Y, Henon H, Bombois S, Pasquier F, Cordonnier C.** Multiple Simultaneous Spontaneous Intracerebral Hemorrhages: A Rare Entity. Cerebrovasc Dis 2016; 41(1-2): 74-9.
5. **Broderick JP, Brott TG, Duldner JE, Tomsick T, Huster G.** Volume of intracerebral hemorrhage. A powerful and easy-to-use predictor of 30-day mortality. Stroke 1993; 24(7): 987-93.
6. **Safati DA, Gunther A, Schlattmann P, Schwarz F, Kalff R, Ewald C.** Predictors of 30-day mortality in patients with spontaneous primary intracerebral hemorrhage. Surg Neurol Int 2016; 7(Suppl 18): S510-7.
7. **Nguyễn Văn Đăng (1997),** "Tai biến mạch máu não", Nhà xuất bản Y học 1997, tr 11.
8. **Stemer A, Ouyang B, Lee VH, Prabhakaran S.** Prevalence and risk factors for multiple simultaneous intracerebral hemorrhages. Cerebrovasc Dis 2010; 30(3): 302-7.

TÁC DỤNG CHỐNG OXY HÓA CỦA CÂY RAU CÀNG CỦA THU HÁI TẠI HẢI PHÒNG

Ngô Thị Quỳnh Mai¹, Nguyễn Thị Thu Phương¹

TÓM TẮT

Rau càng cua (*Peperomia pellucida* L.) phân bố rộng ở Việt Nam, được dùng nhiều trong Y học dân gian và làm rau ăn. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tác dụng chống oxy hóa của cao toàn phần và các phân đoạn từ cây Rau càng cua bằng phản ứng độn gốc tự do DPPH (2,2-Diphenyl-1-picrylhydrazyl). Kết quả cho thấy tác dụng chống oxy hóa tăng dần theo thứ tự cao toàn phần < cao n-

hexan < cao nước < cao ethyl acetat. Trong đó cao phân đoạn ethyl acetat có tác dụng tốt nhất với IC50 là 388,91 $\mu\text{g/mL}$. Kết quả nghiên cứu cung cấp bằng chứng cho việc sử dụng cây thuốc trong dân gian cũng như là căn cứ cho các nghiên cứu sâu hơn về hóa học và tác dụng sinh học liên quan đến chống oxy hóa.

SUMMARY

ANTIOXIDANT ACTIVITY OF RAU CANG CUA COLLECTED IN HAI PHONG

"Rau càng cua" (*Peperomia pellucida* L.) is widely distributed in Vietnam and is used in folk medicine and as a vegetable. This study was carried out to evaluate the antioxidant effects of total extract and fractions from the plant using the DPPH free radical scavenging reaction. The results show that the antioxidant effect

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Quỳnh Mai

Email: ntqmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024