

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ CƠ SỞ 2

Nguyễn Đức Hoàng¹, Hà Thúc Khánh¹, Lê Anh Tài¹, Ngô Hữu Hóa¹, Nguyễn Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong bệnh nhân tai biến mạch máu não. Xác định các yếu tố tiên lượng tử vong của nhóm nhồi máu não, xác định các yếu tố tiên lượng tử vong của nhóm xuất huyết não.

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, thực hiện trên 96 bệnh nhân tai biến mạch máu não nhập viện tại Bệnh viện Trung ương Huế CS 2 từ tháng 01/2017 đến tháng 11/2018.

Kết quả: Có 64 ca NMN (66,67%) chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là XHN 28 ca (29,17%) và XHDN 04 ca (4,16%). Tỷ lệ tử vong của nhóm nhồi máu não là: 9,375% (06 ca/64 ca). Tỷ lệ tử vong của nhóm xuất huyết não là: 39,29% (11 ca/28 ca). Tỷ lệ tử vong chung của TBMMN là: 18,48% (17 ca/92 ca).

Kết luận: Các yếu tố tiên lượng tử vong ở nhóm NMN là CT scan có hình ảnh lệch đường giữa > 5mm ($p < 0,01$), điểm Glasgow < 8 điểm ($p < 0,01$), biến chứng viêm phổi ($p < 0,01$). Các yếu tố tiên lượng tử vong ở nhóm XHN với diện tích thể tích XHN > 30 ml ($p < 0,05$), điểm Glasgow < 8 điểm ($p < 0,01$), CT scan có hình ảnh lệch đường giữa > 5mm ($p < 0,01$), tăng thân nhiệt ($p < 0,01$).

Từ khóa: tai biến mạch máu não, tiên lượng, tử vong.

ABSTRACT

PREDICTORS OF MORTALITY ON PATIENT WITH STROKE IN HUE CENTRAL HOSPITAL - BASE 2

Nguyen Duc Hoang¹, Ha Thuc Khanh¹, Le Anh Tai¹, Ngo Huu Hoa¹, Nguyen Thi Hien¹

Objectives: Identify fatal rate of patient with stroke, identify predictors of death in patient with ischemic stroke, identify of death in patient with intracerebral hemorrhage.

Methods: From January 2017 to November 2018, the descriptive study was carry out in 96 stroke patients admitted to Hue Central Hospital - Base 2.

Results: We have 64 patients with ischemic stroke (66.67%), 28 patients with intracerebral hemorrhage (29.17%) and 4 patients with subarachnoid hemorrhage (4.16%). Fatal rate of patient with ischemic stroke is 9.375%. Fatal rate of intracerebral hemorrhage is 39.29%. Fatal rate of stroke is 18.48%.

Conclusions: Predictors of mortality on patient with ischemic stroke are cranial CT demonstrating midline shift > 5mm ($p < 0.01$), Glasgow coma score < 8 ($p < 0.01$) and pneumonia ($p < 0.01$). Predictors of mortality with intracerebral hemorrhage are hematoma volume > 30ml ($p < 0.05$), Glasgow coma score < 8 ($p < 0.01$), CT scan demonstrating shift midline > 5mm and hypertemperature of body ($p < 0.01$).

Key words: stroke, predictor, mortality.

1. Bệnh viện TW Huế cơ sở 2 - Ngày nhận bài (Received): 25/11/2018; Ngày phản biện (Revised): 3/12/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 25/12/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Đức Hoàng
- Email: nguyenduchoang1966@gmail.com; ĐT: 0914 091 359

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một trong các bệnh thường gặp trên lâm sàng. Bệnh có tỷ lệ tử vong cao, để lại nhiều di chứng nặng nề là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Theo thống kê tại Hoa Kỳ [13], TBMMN là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau các bệnh tim mạch và ung thư, đứng hàng đầu trong các bệnh thần kinh về tử vong và di chứng.

Ở Việt Nam, trong khoảng thời gian gần đây tình hình TBMMN đã có nhiều thay đổi theo chiều hướng khả quan, đặc biệt từ khi đơn vị Trung tâm đột quỵ lần lượt ra đời. Những tiến bộ trong điều trị nội khoa và hình ảnh học can thiệp ngoại khoa trong thời gian gần đây đã làm thay đổi tiên lượng ở những bệnh nhân nhồi máu não (NMN), xuất huyết não (XHN) và xuất huyết dưới nhện (XHĐN) [17]. Tuy nhiên, XHN tự phát mặc dù chỉ chiếm 10-20% tất cả các trường hợp TBMMN nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao: 37,6% – 52% trong tháng đầu, phần lớn trong số đó tử vong trong hai ngày đầu; gây tàn phế nặng nề và là loại TBMMN được đề cập đến nhiều nhất hiện nay [19].

Theo nghiên cứu các bệnh viện tại TP.HCM [1], tỷ lệ tử vong ở một số nơi đã giảm khoảng 10 – 12%, có bệnh viện trong 3 năm vừa qua tỷ lệ tử vong còn 10%. Nghiên cứu của Bệnh viện Nhân dân Gia Định (2009) cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân tử vong do NMN là 15,5% [6], tử vong do XHN là 15,7% [7]. Ở khu vực đồng bằng sông Cửu Long, tỷ lệ tử vong bệnh nhân TBMMN tại Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp (2003) là 30,2%, của Bệnh viện đa khoa Trà Vinh (2008) là 32,3% [5]. Bệnh viện 103 (2009) có tỷ lệ tử vong của bệnh nhân XHN là 19,8% [2].

Các bệnh viện lớn có đơn vị đột quỵ thì tỷ lệ tử vong thấp hơn nhiều. Ở bệnh nhân TBMMN, vấn đề tiên lượng sinh mạng luôn luôn được đặt ra cho các thầy thuốc và cũng là một đòi hỏi của gia đình bệnh nhân. Cùng với việc chẩn đoán, điều trị, phòng ngừa, tiên lượng mức độ nặng và tử vong TBMMN cũng rất cần thiết. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành

nghiên cứu đề tài với các mục tiêu sau:

Xác định tỷ lệ tử vong của bệnh nhân tai biến mạch máu não.

Xác định các yếu tố tiên lượng tử vong của nhóm nhồi máu não và nhóm xuất huyết não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp TBMMN được nhập viện Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 từ 01/2017 đến tháng 11/2018, thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả bệnh nhân > 15 tuổi. Có triệu chứng lâm sàng thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán TBMMN của WHO (1998), CT scan sọ não.

Bệnh nhân nặng, xin về được xem là tử vong.

Tiêu chuẩn loại trừ

Tiền căn chấn thương sọ não. Xuất huyết hay nhồi máu trong u não, lao, bệnh huyết học.

Không có hình ảnh CT scan sọ não. Chuyển tuyến trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả. Các biến số: Đánh giá các yếu tố nguy cơ TBMMN trên bệnh nhân tử vong và còn sống:

+ Tăng huyết áp tâm thu - tâm trương, đái tháo đường, bệnh tim mạch, NMN thoáng qua.

+ Rối loạn Lipid máu.

+ Nghiện thuốc lá, nghiện rượu.

Đánh giá các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân TBMMN tử vong và còn sống trong giai đoạn cấp:

+ Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp. Thang điểm Glasgow khi nhập viện. Thang điểm NIHSS.

+ Các triệu chứng thần kinh khi nhập viện: liệt nửa người, co giật, dấu màng não, rối loạn cơ vòng, rối loạn phản xạ nuốt, mất ngôn ngữ, phản xạ ánh sáng của đồng tử, kích thích đồng tử, dẫn đồng tử.

Bệnh viện Trung ương Huế

+ CT scan: phân loại NMN – XHN, kích thước ổ tổn thương, phù não, lệch đường giữa, ép não thất. ECG: nhồi máu cơ tim cấp, rung nhĩ, loạn nhịp tim khác.

+ Sinh hoá: đường huyết, Lipid máu, Natri máu, Kali máu.

+ Biện chứng: xuất huyết tiêu hoá trên, viêm phổi, suy hô hấp, nhiễm trùng tiểu, sốt.

2.3. Thu thập và xử lý số liệu

Phương pháp thu thập số liệu bệnh nhân được khám lâm sàng, thực hiện các cận lâm sàng và xác định các biến số trong nghiên cứu. Công cụ thu thập số liệu: bảng thu thập số liệu, bệnh án.

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 11.5. Giá trị $p < 0,05$ thì được coi như có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2017 đến tháng 11/2018, chúng tôi có 96 bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Bảng 3.1. Các thể tai biến trong nhóm nghiên cứu

Nhóm bệnh	n	%
Nhồi máu não	64	66,67
Xuất huyết não	28	29,17
Xuất huyết dưới nhện	4	4,16
Tổng số	96	100

Mẫu nghiên cứu ($n = 96$) có 64 ca NMN (66,67%) chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là XHN 28 ca (29,17%) và XHKDN 4 ca (4,16%). Tỷ lệ tử vong của nhóm NMN là: 9,375% (06 ca/64 ca). Tỷ lệ tử vong của nhóm XHN là: 39,29% (11 ca/ 28 ca). Tỷ lệ tử vong chung của TBMMN là: 18,48% (17 ca/92 ca).

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 04 ca XHDN. Do mẫu nghiên cứu còn khiêm tốn, nên chúng tôi không đưa vào nghiên cứu.

Phân tích hồi qui đa biến

Nhóm nhồi máu não

Phân tích mối tương quan đơn biến giữa 1 biến phụ thuộc là tình trạng sống tử vong của bệnh nhân khi xuất viện với các biến độc lập là các dữ liệu lâm

sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân, chúng tôi chọn ra được 18 yếu tố có liên quan đủ ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) để đưa vào phân tích đa biến bao gồm: nghiện rượu, điểm Glasgow, huyết áp, tăng thân nhiệt, rối loạn nhịp thở, liệt nửa người hoàn toàn, rối loạn cơ vòng, dẫn đồng tử, co giật, rối loạn phản xạ nuốt, mất phản xạ ánh sáng, phù não, lệch đường giữa trên CT scan, chèn ép não thất, rung nhĩ, xuất huyết dạ dày, viêm phổi, suy hô hấp.

Qua phân tích hồi qui logic đa biến, chúng tôi đã xác định được 03 yếu tố độc lập ($p < 0,05$) tiên lượng tử vong của bệnh nhân NMN là: điểm Glasgow, hình ảnh lệch đường giữa trên CT scan và biến chứng viêm phổi.

Bảng 3.2. Các biến số liên quan đến tử vong ở bệnh nhân nhồi máu não

Yếu tố	Hằng số	p	OR	95% CI
CT Scan di lệch đường giữa	4.8	$<0,01$	118,90	21,30-663,60
Điểm Glasgow < 8	1.9	$<0,01$	6,78	1,36-28,10
Biện chứng viêm phổi	1.6	$<0,01$	5,06	1,60-15,99

Sau khi đưa các biến số có liên quan đến tử vong và phương trình hồi qui đa biến nhằm kiểm soát các yếu tố nguy hiểm, kết quả phân tích cho thấy có 03 yếu tố trong phân tích đơn biến có ý nghĩa thống kê ($p <$

0,05) tiên lượng tử vong là: CT scan não có hình ảnh lệch đường giữa có $p < 0,01$, điểm Glasgow lúc nhập viện có $p < 0,01$, biến chứng viêm phổi có $p < 0,01$.

Nhóm xuất huyết não

Phân tích mối tương quan đơn biến giữa 1 biến phụ thuộc là tình trạng sống tử vong của bệnh nhân khi xuất viện với các biến độc lập là các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân, chúng tôi chọn ra được 22 yếu tố có liên quan đủ ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) để đưa vào phân tích đa biến bao gồm: điểm Glasgow lúc nhập viện, mạch, nhiệt độ, nhịp

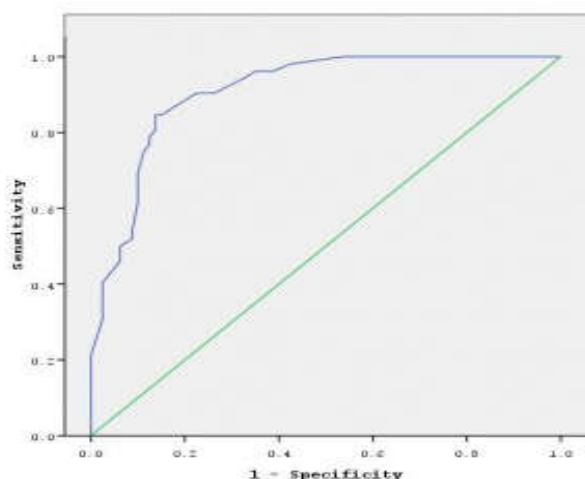
thở, liệt nửa người hoàn toàn, dấu màng não, mất ngôn ngữ, rối loạn cơ vòng, dẫn đồng tử, co giật lúc nhập viện, rối loạn phản xạ nuốt, tràn máu não thất, phù não, lệch đường giữa, chèn ép não thất, thể tích XHN, rối loạn nhịp tim, tăng đường huyết, rối loạn lipid máu, viêm phổi, suy hô hấp và tăng thân nhiệt. Qua phân tích hồi qui logic đa biến, chúng tôi đã xác định được 4 yếu tố độc lập ($p < 0,05$) tiên lượng tử vong của bệnh nhân XHN là: thể tích XHN, điểm Glasgow, hình ảnh lệch đường giữa trên CT scan và yếu tố tăng thân nhiệt.

Bảng 3.3. Các biến số liên quan đến tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não

Yếu tố	Hằng số	P	OR	95% CI
Thể tích XHN	1,48	<0,05	4,39	1,16 – 16,50
Điểm Glasgow < 8	3,10	<0,01	22,02	7,14 – 68,30
CT Scan di lệch đường giữa	4,80	<0,01	3,28	2,82 – 12,12
Biến chứng tăng thân nhiệt	1,82	<0,01	6,32	1,90 – 20,90

Bảng 3.4. Kết quả phân tích đường cong ROC của NIHSS cắt ở 21 điểm

Biến số	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	AUCKTC95%	p
NIHSS	21	0,85	0,85	0,9090,86-0,96	< 0,001



Biểu đồ 1. Đường cong ROC của điểm số NIHSS cắt ở 21 điểm lúc vào viện

Kết quả phân tích hồi quy đa biến

Từ kết quả phân tích mối liên quan đơn biến chúng tôi tìm được 20 yếu tố có mối liên quan với tử vong tại bệnh viện ($p < 0,05$). Sau khi đưa vào ở

mô hình hồi quy đa biến logistic để tìm ra các yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với kết cục tử vong bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân TBMMN vào viện có thang điểm NIHSS >21 thì tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm có thang điểm NIHSS ≤ 21 ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhóm nhồi máu não

Điểm Glasgow ở nhóm NMN, lúc nhập viện: Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 13 ca với điểm Glasgow < 8 thì tử vong 06 ca ($6/13 = 46,15\%$). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến với $p < 0,01$. Sau đó, chúng tôi tiến hành phân tích hồi qui đa biến thì GCS vẫn giữ được khả năng dự báo tử vong ở mức có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Nhiều nghiên cứu khảo sát thang điểm GCS đến kết quả sống còn lẫn kết quả phục hồi chức năng, trong đó đa số đều cho rằng GCS có liên quan đến kết quả. Trần Ngọc Tài [10] ghi nhận điểm Glasgow có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả sống còn trên phân tích đơn biến. Nghiên cứu của Bhatia [15] ghi nhận điểm Glasgow trung bình trong nhóm có kết quả xấu và tốt lần lượt là 6 và 13 điểm, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Theo Vemmosghi nhận GCS có liên quan đến kết quả sống còn trong phân tích đơn biến và đa biến. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng như nhiều nghiên cứu trong y văn đều cho rằng GCS có liên quan đến tiên lượng bệnh nhân NMN. CT scan ở nhóm NMN: Trong mẫu nghiên cứu, nhóm bệnh nhân NMN bán cầu chiếm tỉ lệ 91,5%, nhóm bệnh nhân NMN hố sau chiếm tỉ lệ 8,5%. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự. Cụ thể như nghiên cứu của Leonardi – Bee [21] cũng có kết quả tương tự với tỉ lệ NMN toàn hoàn sau là 11,5%, Vũ Xuân Tân [11] cũng ghi nhận NMN bán cầu là 90,27%, hố sau là 9,73%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân NMN hố sau ở nhóm có kết quả tử vong và sống lần lượt là 2,9% và 9,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,216$. Nhiều nghiên cứu trước đây đều đánh giá NMN máu toàn hoàn sau có tiên lượng xấu, tỉ lệ tử vong cao, nhưng gần đây có nhiều nghiên cứu ghi nhận NMN hố sau có tiên lượng tốt, tỉ lệ tử vong thấp. Cụ thể như nghiên cứu của Leonardi – Bee [21] năm 2002 ghi nhận NMN toàn hoàn sau không liên quan có ý nghĩa với kết quả xấu sau 6 tháng TBMMN. Trong nước có nghiên cứu của Lê Tự Phương Thảo [12] cũng ghi nhận NMN toàn hoàn sau có dự hậu tương đối tốt. Các dấu hiệu hình ảnh phù não, lệch đường giữa, chèn ép não thất trên CT scan đều có liên quan đến tiên lượng tử vong ($p < 0,01$). Tuy nhiên, khi đưa vào phân tích đa biến, chỉ còn dấu hiệu lệch đường giữa là có giá trị tiên đoán độc lập khả năng tử vong của bệnh nhân NMN ($p < 0,01$). Tương tự với nghiên cứu của Trần Ngọc Tài ($p < 0,05$) [10].

Viêm phổi: trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ viêm phổi ở nhóm có kết quả tử vong và sống lần lượt là 61,8% và 29,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Khi đưa vào phân tích đa biến, viêm phổi là yếu tố liên quan chặt chẽ đến tiên lượng tử vong ($p < 0,01$). Các nghiên cứu trong nước hầu hết ít khảo sát yếu tố này, các nghiên cứu ngoài nước cũng cho kết quả tương tự như chúng tôi. Cụ thể như Johnston[20], tác giả nghiên cứu các biến chứng sau NMN với kết cục tại 3 tháng sau TBMMN (đánh giá bằng thang điểm GCS) thì viêm phổi chiếm 10%, và là một trong những biến chứng nghiêm trọng có liên quan đến kết quả sau khi đưa vào phân tích hồi qui đa biến. Arboix [14] ghi nhận biến chứng nhiễm trùng chiếm tỷ lệ 32% trong nhóm kết quả xấu so với 9,6% ở nhóm kết quả tốt, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Dziewas[17] nghiên cứu biến chứng viêm phổi ở bệnh nhân có đặt ống thông mũi dạ dày nuôi ăn đã ghi nhận tỉ lệ viêm phổi ở nhóm có kết quả tốt và xấu lần lượt là 23% và 70% với $p < 0,01$. Như vậy, viêm phổi trong nghiên cứu của chúng tôi là một yếu tố độc lập tiên lượng tử vong ở bệnh nhân NMN ($p < 0,01$).

4.2. Nhóm xuất huyết não

Điểm Glasgow ở nhóm XHN, lúc nhập viện: Thang điểm Glasgow là thang điểm đánh giá hôn mê được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng. Đây là một thang điểm ngắn gọn, đơn giản, dễ sử dụng nhưng có giá trị đánh giá rất cao. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm Glasgow có liên quan chặt chẽ ($p < 0,01$) với tình trạng sống còn của bệnh nhân: bệnh nhân có điểm Glasgow < 8 điểm có tỷ lệ tử vong lên tới 87%. Theo nghiên cứu của Hàn Tiểu Sào là 70,11%[9], của Trần Công Thắng là 75,4%. Theo các tác giả Tuhim S (1998); Broderick JP (1993) [16]; el Chami B (2000) chia thang điểm hôn mê thành 2 mức độ: (1) < 8 điểm và (2) ≥ 8 điểm, điểm Glasgow < 8 có giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày ở bệnh nhân XHN. Hemphill JC (2001) chia thang điểm hôn mê thành 3 mức độ: (1) 3-4 điểm; (2) 5 - 12 điểm và (3) 13 - 15 điểm cho thấy tỷ lệ

tử vong giữa các nhóm khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Thật vậy, GCS lúc nhập viện không chỉ liên quan đến tình trạng sống còn mà còn là yếu tố độc lập chặt chẽ nhất đến tiên lượng tử vong của bệnh nhân XHN. CT scan ở nhóm XHN Thể tích ổ xuất huyết: Trong nghiên cứu chúng tôi, thể tích ổ xuất huyết ≥ 30 ml chiếm 32,14% (09/28), nghiên cứu của Mạc Văn Hòa là 31% (46/148), nghiên cứu của Lê Tự Phương Thảo và CS là 61,2% [7]. Rost NS (2008) [22] nghiên cứu tiên lượng kết quả 90 ngày trên 629 bệnh nhân xuất huyết não tại Hoa Kỳ có tỷ lệ bệnh nhân có thể tích ổ xuất huyết ≥ 30 ml là 43%. Nghiên cứu tiên lượng tử vong XHN 30 ngày của Godoy DA (2006) [19] tại Argentina có 40% bệnh nhân XHN có thể tích ổ xuất huyết > 30 ml. Chúng tôi nhận thấy thể tích là yếu tố liên quan chặt chẽ ($p < 0,01$) đến tình trạng sống còn của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 09 ca có thể tích xuất huyết ≥ 30 ml thì tử vong hết 08 ca. Khi đưa vào phân tích đa biến thì thể tích xuất huyết là một yếu tố độc lập đến tiên lượng tử vong của bệnh nhân XHN.

Về mức độ lệch đường giữa: Đường giữa bị đẩy lệch về bên đối diện XHN chứng tỏ hiệu ứng choán chỗ nhiều do chảy máu nhiều, phù não nhiều. Vì thế, tỷ lệ tử vong càng cao nếu di lệch đường giữa càng nhiều. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho nhận xét tương tự: mức độ di lệch đường giữa có liên quan chặt chẽ ($p < 0,01$) đến tình trạng sống còn của bệnh nhân. Đường giữa di lệch > 5 mm thì tử vong 72,73% (8/11 ca) theo nghiên cứu của chúng tôi. Các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự:

Nguyễn Minh Hiện 63,5% [2], P.Daverat (76,1%). Khi đưa vào phân tích đa biến thì dấu lệch đường giữa > 5 mm là một yếu tố độc lập đến tiên lượng tử vong của bệnh nhân XHN với $p < 0,01$. Tăng thân nhiệt: trong thời gian điều trị có liên quan chặt chẽ ($p < 0,01$) với tình trạng sống còn của bệnh nhân. Khi đưa vào phân tích đa biến yếu tố này, chúng tôi nhận thấy đây là yếu tố độc lập tiên lượng tử vong trên bệnh nhân XHN ($p < 0,01$). Tác giả Vũ Anh Nhị [8] cũng có nhận định tương tự. Tuy nhiên, các tác giả khác như Trần Công Thắng, Nguyễn Minh Hiện [2], Mạc Văn Hòa [3], Nguyễn Cảnh Nam [7], Broderich JP [16], Goydoy DA [19] ghi nhận tăng thân nhiệt ở bệnh nhân XHN không có giá trị tiên đoán tử vong. Điều này có thể do tăng thân nhiệt có thể là hậu quả của nhiều nguyên nhân khác nhau: rối loạn trung tâm điều hòa thân nhiệt, nhiễm trùng hô hấp, nhiễm trùng tiểu, mất nước,...

Trong nghiên cứu của chúng tôi ($n=96$), bệnh nhân TBMMN vào viện có thang điểm NIHSS > 21 thì tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm có thang điểm NIHSS ≤ 21 ($p < 0,001$).

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố tiên lượng tử vong ở nhóm NMN là CT scan có hình ảnh lệch đường giữa > 5 mm ($p < 0,01$), điểm Glasgow < 8 điểm ($p < 0,01$), biến chứng viêm phổi ($p < 0,01$). Các yếu tố tiên lượng tử vong ở nhóm XHN với diện tích thể tích XHN > 30 ml ($p < 0,05$), điểm Glasgow < 8 điểm ($p < 0,01$), CT scan có hình ảnh lệch đường giữa > 5 mm ($p < 0,01$), tăng thân nhiệt ($p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Công (2004). Dịch tễ học đột quỵ. Sổ tay đột quỵ. NXB TP.HCM, tr.13-16.
2. Nguyễn Minh Hiện (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng chảy máu não tại khoa đột quỵ Bệnh viện 103. Nội san Hội thần kinh học Việt Nam, tập 2, tr. 41-50.
3. Mạc Văn Hòa (2009). “Tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não theo điểm ICH”. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược TP.HCM.
4. Hoàng Khánh (2004), Dịch tễ học tai biến mạch máu não. Thần kinh học lâm sàng. NXB Y học, tr. 159-163.
5. Phan Trung Minh (2008). Khảo sát các yếu tố nguy cơ tử vong trên bệnh nhân tai biến mạch

- máu não tại bệnh viện đa khoa Trà Vinh. Luận văn chuyên khoa II. Đại học Y Dược TPHCM.
6. Phan Văn Mừng, Lê Tự Phương Thảo (2009). Những yếu tố tiên lượng hậu quả chức năng trên bệnh nhân nhồi máu não tại BVND Gia Định. Y học TPHCM, tập 13, số 6, tr. 5258.
 7. Nguyễn Cảnh Nam, Lê Thị Phương Thảo (2009). Những yếu tố tiên lượng hậu quả tử vong và chức năng trên bệnh nhân xuất huyết não tại BVND Gia Định. Y học TPHCM, tập 13, số 6, tr.59-63.
 8. Vũ Anh Nhị, Trần Công Thắng (2004). Các yếu tố nguy cơ đột quy. Sổ tay đột quy. NXB TP.HCM, tr. 92-116.
 9. Hàn Tiểu Sảo (2000), Một số yếu tố tiên lượng tử vong sớm trong xuất huyết não, Luận văn thạc sĩ y khoa, Đại học Y dược TP.HCM.
 10. Trần Ngọc Tài, Vũ Anh Nhị (2007). Tần suất tử vong trên bệnh nhân nhồi máu não diện rộng trên lều. Luận văn thạc sĩ y khoa, Đại học Y dược TP.HCM.
 11. Vũ Xuân Tân, Vũ Anh Nhị (2007). Yếu tố nguy cơ và tiên lượng ở bệnh nhân đột quy thiếu máu não cục bộ cấp. Luận văn thạc sĩ y khoa, Đại học Y dược TP.HCM.
 12. Lê Tự Phương Thảo (2006). Nghiên cứu tương quan lâm sàng, hình ảnh học, tiên lượng của nhồi máu não tuần hoàn sau. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Dược TPHCM.
 13. Adam RD, Victor M, Ropper AH (2005). "Cerebrovascular disease". Principles of Neurology. Mc Graw Hill, pp. 711-716.
 14. Arboix A, Garcia-Eroles L et al (2003). "Predicting spontaneous early neurological recovery after acute ischemic stroke". Eur J Neurol, 10(4),pp.429-435.
 15. Bhatia RS et al (2004). "Predictive Value of routine hematological biochemical parameter on 30-day fatality in acute stroke". Neurol India,52, pp.220-223.
 16. Broderick JP et al (1993). "Volume of Intracerebral hemorrhage. A powerful and easy-to-use predictor of 30-day mortality". Stroke,24, pp.987-993.
 17. Dziewas R et al (2004). "Pneumonia in acute stroke patient fed by nasogastric tube". Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry,75, pp. 852-856.
 18. El Chami B et al (2000). "Intracerebral hemorrhage survival: French register data". Neuro Res,22, pp.791-796.
 19. Godoy DA et al (2006). "Predicting mortality in spontaneous intracerebral hemorrhage: can modification to original score improve the prediction?". Stroke,37, pp.1038-1044.
 20. Johnston KC et al (2000). "A predictive risk model for outcomes of ischemic stroke". Stroke,31, pp. 448-455.
 21. Leonardi Bee et al (2002). "Blood Pressure and Clinical Outcomes in the International Stroke Trial". Stroke,33, pp.1315.
 22. Rost NS et al (2008). "Prediction of functional outcome in patient with primary intracerebral hemorrhage: the FUNC score". Stroke,39, pp. 2304-2309.