

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

ĐINH THỊ HẢI HÀ

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH
CẮT LỚP VI TÍNH NÃO VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ
TIÊN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU
ĐÔI THỊ CÓ MÁU VÀO NÃO THẤT**

Chuyên ngành: Thần kinh

Mã số: 62720147

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hà Nội – Năm 2017

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH
TẠI VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS.TS. Nguyễn Văn Thông
2. PGS.TS. Nguyễn Hoàng Ngọc

Phản biện 1: PGS.TS. Phan Việt Nga

Phản biện 2: PGS.TS. Ngô Đăng Thực

Phản biện 3: PGS.TS. Lê Văn Trường

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp
Viện vào hồi: giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc Gia
2. Thư viện Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu vào não thất đã được nhiều nghiên cứu xác định là yếu tố tiên lượng nặng của bệnh nhân chảy máu não. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân chảy máu não có máu vào não thất tăng cao 50-80%. Ở bệnh nhân chảy máu não có máu vào não thất, tỷ lệ tử vong sẽ tăng gấp 5 lần còn những người sống sót có mức độ tàn tật nặng nề hơn; kết cục tốt (chiếm 15%) thấp hơn so với bệnh nhân chảy máu não không có máu vào não thất (chiếm 31%). Phần lớn các nghiên cứu hiện nay đều tập trung vào nghiên cứu chung chảy máu não có máu vào não thất mà chưa đi sâu chuyên biệt theo vị trí khối máu tụ nhu mô tủy thượng, do đó chưa hỗ trợ nhiều cho công tác điều trị chuyên khoa và tiên lượng bệnh. Theo Tuhim, đồi thị và nhân đuôi là hai vị trí nằm kề hệ thống não thất và cũng là vị trí chảy máu có tỷ lệ máu vào não thất cao nhất, đặc biệt là khi thể tích khối máu tụ lớn. Các nghiên cứu chảy máu đồi thị đều ghi nhận tỷ lệ tử vong giai đoạn cấp và hồi phục chức năng dài hạn của bệnh nhân không chỉ liên quan đến mức độ hôn mê, thể tích ổ chảy máu não, ... mà còn liên quan đến tình trạng máu trong não thất và tràn dịch não. Hiện nay trên thế giới và trong nước nhiều nghiên cứu về chảy máu não thất chung đã được tiến hành nhưng chưa có nhiều nghiên cứu lớn đánh giá riêng biệt chảy máu đồi thị có máu vào não thất. Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm nghiên cứu: ***“Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học cắt lớp vi tính não và một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất”*** với các mục tiêu sau:

- 1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất giai đoạn cấp tính do tăng huyết áp.*
- 2. Xác định một số yếu tố tiên lượng tử vong và phục hồi chức năng của bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất trong giai đoạn cấp do tăng huyết áp.*

Những đóng góp mới của luận án

1. Đề tài luận án có ý nghĩa khoa học, thực tiễn và mang tính thời sự, góp phần cho thấy được một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh chảy máu đồi thị có máu vào não thất.
2. Tìm ra yếu tố tiên lượng tử vong và phục hồi chức năng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất, từ đó sẽ giúp các nhà lâm sàng định hướng can thiệp điều trị.

Bố cục luận án

Luận án có nội dung dài 135 trang với 4 chương, 43 bảng, 15 hình, 19 biểu đồ và 152 tài liệu tham khảo. Luận án được bố cục như sau:

- Đặt vấn đề: 2 trang
- Chương 1: Tổng quan tài liệu 36 trang
- Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 14 trang
- Chương 3: Kết quả 33 trang
- Chương 4: Bàn luận 46 trang
- Kết luận và kiến nghị 4 trang
- Phụ lục: 10 trang gồm mẫu thu thập số liệu, danh sách BN, một số thang điểm.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đặc điểm giải phẫu, sinh lý của đồi thị liên quan tới đề tài

Đồi thị là thành phần lớn nhất của gian não. Mặt trong của nó tạo nên thành của não thất, trong khi các mặt ngoài tạo nên bờ của bao trong. Hai đồi thị nằm đối xứng nhau qua não thất ba. Đồi thị được chia thành 3 vùng bởi mảnh tủy trong hình chữ Y: vùng đồi thị trước, vùng đồi thị trong và vùng đồi thị bên. Mỗi vùng được cấu tạo bởi các nhân đồi thị.

Đồi thị là cấu trúc dưới vỏ được cấu tạo từ nhiều nhân khác nhau. Đồi thị nằm ở đỉnh của não giữa và giữ chức năng rất quan trọng là liên kết giữa vỏ não và thân não

1.2. Đặc điểm giải phẫu, sinh lý hệ thống não thất liên quan

Dịch não tủy được sản xuất bởi các tế bào màng não thất của đám rối màng mạch; đám rối màng mạch nằm trong tất cả các thành phần của hệ thống thất trừ cống não và sừng trán, sừng chẩm não thất bên. Dịch này đi từ não thất bên vào não thất ba qua lỗ liên não thất (lỗ Monro) đi xuống não thất bốn qua cống não hẹp (cống não Sylvius). Từ não thất bốn, một phần dịch não tủy trực tiếp di chuyển vào ống tủy sống và chủ yếu dịch đi qua lỗ giữa (lỗ Magendie), lỗ bên đi ở ngách bên của não thất bốn (lỗ Luschka) vào bể magna. Sau đó dịch não tủy được bơm lên trên vào khoảng không của lều tiểu não đến phần dưới của bề mặt đại não và di chuyển ở khoang dưới nhện bề mặt não và sang hai bên mỗi bán cầu đại não.

1.3. Ảnh hưởng của chảy máu não thất

Khi có máu trong não thất sẽ gây ra những tác động lên hệ thống não thất, gây tăng áp lực nội sọ, thay đổi thành phần dịch não tủy và hậu quả cuối cùng là gây ứ giãn não thất. Cơ chế tràn dịch não ở bệnh nhân chảy máu não có máu vào não thất gồm:

- Tắc nghẽn do cục máu đông
- Tổn thương hàng rào bảo vệ
- Yếu tố viêm
- Các thành phần của máu

1.4. Tiên lượng chảy máu não có máu vào não thất

Chảy máu não thất gặp khoảng 40-57% bệnh nhân chảy máu não tự phát. Chảy máu não thất là yếu tố tiên lượng nặng đối với bệnh nhân chảy máu não. Trước những năm 1980, tỷ lệ tử vong trong 30 ngày đầu lên tới 60%, có thể giảm vừa phải với điều trị sớm tại những đơn vị hoặc trung tâm chăm sóc đặc biệt. Hiện nay, tỷ lệ tử vong trong 30 ngày còn khoảng 40% (dao động 15-68%). Tỷ lệ tử vong sau 1 năm trên 50%; kết cục xấu chiếm 31,4%. Nguyên nhân có thể do chảy máu não thất gây tràn dịch não, suy giảm tình trạng ý thức và các yếu tố gây viêm. Chảy máu đồi thị có khả năng gây chảy máu não thất gấp ba lần vị trí khác, dao động 42,6-66,6%. Cho đến nay các nghiên cứu chủ yếu tập trung ở nhóm bệnh nhân chảy máu đồi thị chung mà ít nghiên cứu

chuyên biệt ở nhóm chảy máu não đồi thị có máu vào não thất. Gần đây có một vài nghiên cứu đề cập tới nhưng với số lượng bệnh nhân còn ít và chủ yếu liên quan tới kết quả điều trị phẫu thuật.

1.5. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của chảy máu đồi thị máu vào não thất

Đặc điểm lâm sàng

- Chảy máu đồi thị sau bên gây liệt do vận động do ảnh hưởng tới bao trong. Dấu hiệu cảm giác vận động chiếm ưu thế.

- Chảy máu đồi thị trước hoặc đồi thị trước bên thường gặp là sự thờ ơ và sự mất ý chí.

- Chảy máu não đồi thị sau trong biểu hiện bất thường của ý thức, chức năng đồng tử, và nhìn theo chiều dọc chiếm ưu thế.

- Tổn thương vùng đồi thị lưng và đồi thị sau dấu hiệu cảm giác vận động nhẹ có thể nặng nhưng thường thoáng qua, chủ yếu là dấu hiệu mất ngôn ngữ và rối loạn hành vi.

Đặc điểm hình ảnh học

- Đánh giá lượng máu trong não thất bằng phương pháp Graeb.

Não thất bên (mỗi não thất bên được tính điểm riêng)

Điểm: 1 = máu rất ít, không đáng kể

2 = máu chiếm ít hơn phân nửa thể tích não thất

3 = máu nhiều hơn phân nửa thể tích não thất

4 = não thất chứa đầy máu và bị giãn ra

Não thất ba và não thất bốn

Điểm: 1 = có máu, kích thước não thất bình thường

2 = não thất chứa đầy máu và bị giãn ra

Tổng điểm (tối đa = 12)

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tràn dịch não

Dựa vào 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

+ Kích thước sừng thái dương > 2mm, các rãnh Sylvius, rãnh cuộn não bị xóa mờ.

+ Hình quả bóng não thất III, sừng trán não thất bên 2 bên (hình tai chuột Mickey) và chỉ số Evan FH/BPD > 0,3

(Trong đó: FH: bề rộng lớn nhất giữa hai sừng trán trên CLVT BPD: khoảng cách lớn nhất giữa hai bán trong xương sọ).

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

101 bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất cấp tính điều trị tại Trung tâm đột quy não, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 5/2012 đến 9/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, hoặc được chẩn đoán tăng huyết áp trong thời gian nằm viện, được chẩn đoán chảy máu đồi thị có máu vào não thất trên lâm sàng và CLVT sọ não. Khởi phát bệnh trong vòng không quá 72 giờ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Chảy máu đồi thị nghi ngờ do chấn thương, u não, vỡ dị dạng thông động - tĩnh mạch não hoặc phồng động mạch, bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông, sử dụng ma túy.

Chảy máu nhiều vị trí.

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa: ung thư, bệnh lý về máu...

Bệnh nhân không liên lạc được sau khi ra viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, có phân tích.

2.2.2. Tính cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức

$$n = \frac{10 \times v \times 1}{r}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu, v là biến số giả định có giá trị tiên lượng được khảo sát, r là tỷ lệ xuất hiện các tiêu chí đánh giá

- Cỡ mẫu cho mục tiêu nghiên cứu tiên lượng tử vong trong vòng 30 ngày

Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày của bệnh nhân chảy máu đồi thị máu vào não thất là 50% nên $r=0,5$ Có 4 yếu tố giả định có giá trị tiên lượng tử

vong giai đoạn cấp ở bệnh nhân chảy máu não có máu vào não thất nên $v = 4$.

Áp dụng vào công thức trên, ta tính được cỡ mẫu cho mục tiêu này là:

$$n = \frac{10 \times 4 \times 1}{0,5} = 80 \text{ (Bệnh nhân)}$$

- Cỡ mẫu cho mục tiêu tiên lượng phục hồi chức năng 6 tháng

Tỷ lệ hồi phục tốt của bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất là 30% nên $r=0,3$; có 3 biến liên quan tiên lượng phục hồi nên $v=3$

Áp dụng vào công thức trên, ta tính được cỡ mẫu cho mục tiêu này là:

$$n = \frac{10 \times 3 \times 1}{0,3} = 100 \text{ (Bệnh nhân)}$$

Như vậy, cỡ mẫu chung của nghiên cứu chung là 100 bệnh nhân.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu

- Giới, tuổi, tiền sử điều trị tăng huyết áp, thời gian vào viện.

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ.

- Rối loạn ý thức khi vào viện theo thang điểm Glasgow, điểm NIHSS, mức độ liệt, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác, rối loạn vận nhãn, bất thường đồng tử, bất thường phản xạ ánh sáng, hội chứng màng não.

- Các dữ liệu ghi nhận từ phim chụp CLVT sọ não: loại chảy máu đồi thị, thể tích khối máu tụ nhu mô, mức độ dè dẩy đường giữa, số lượng não thất chứa máu, mức độ chảy máu vào não thất (theo thang điểm Graeb), giãn não thất III, não thất IV, tràn dịch não.

- Tất cả các bệnh nhân sẽ được theo dõi điều trị và đánh giá sau 01 tháng dưới dạng sống hoặc tử vong. Đánh giá tại thời điểm 6 tháng bằng thang điểm mRankin.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 13.0

Các số liệu được thu thập sẽ được xử lý trên phần mềm SPSS 13.0.

Kiểm định Chi-bình phương (χ^2), kiểm định T-test được dùng để đánh giá sự khác biệt giữa các lâm sàng, hình ảnh học cắt lớp vi tính với kết cục của bệnh nhân. Sau đó phân tích thống kê hồi quy đa biến

nhị phân logistic để xác định yếu tố tiên lượng quan trọng chảy máu đồi thị có máu vào não thất.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 101 bệnh nhân, có 77 nam (76,2%), nữ 24 (23,8%), tuổi trung bình 63. Thời gian từ khi khởi phát đến lúc vào viện là 13 giờ. Có 22 bệnh nhân (chiếm 21,8%) được điều trị tăng huyết áp đều.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh CLVT não

3.2.1. Dấu hiệu sinh tồn khi vào viện

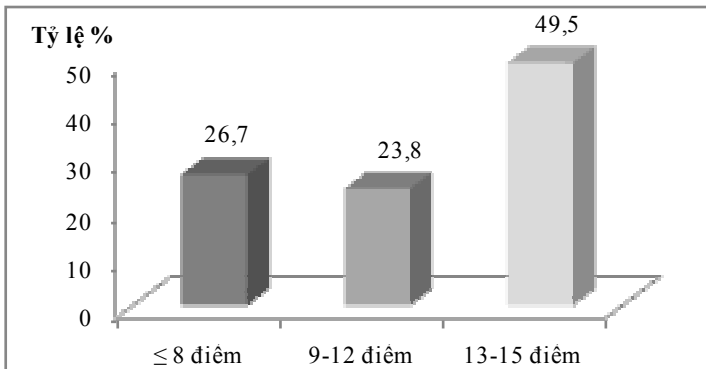
Bảng 3.4. Tình trạng mạch, huyết áp, nhiệt độ khi vào viện

Dấu hiệu sinh tồn (n=101)	Trung bình \pm ĐLC
Mạch (lân/phút)	85,30 \pm 14,60
HATT (mmHg)	161,03 \pm 23,04
HATTr (mmHg)	95,16 \pm 14,94
Nhiệt độ ($^{\circ}$ C)	36,83 \pm 0,60

Mạch, huyết áp, nhiệt độ của bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất có xu hướng tăng hơn trị số bình thường.

3.2.2. Dấu hiệu thần kinh khi vào viện

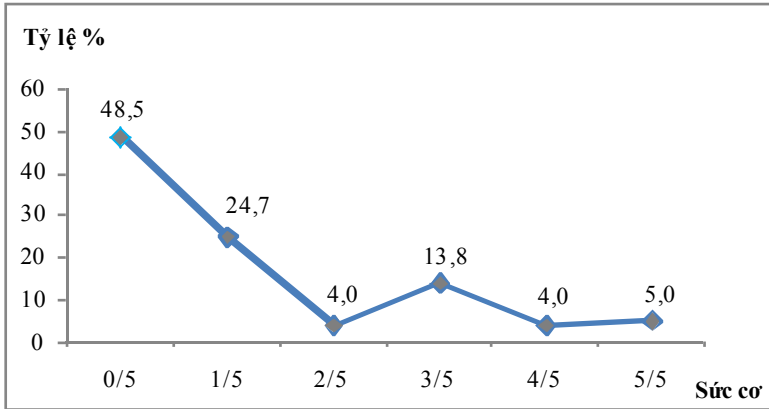
* Rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow (GCS)



Biểu đồ 3.5. Điểm Glasgow khi vào viện.

Bệnh nhân chảy máu đồi thị máu vào não thất có điểm Glasgow dưới hoặc bằng 8 điểm chiếm 26,7%.

* Liệt nửa người



Biểu đồ 3.6. Sức cơ khi vào viện

Liệt nặng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất chiếm 77,3%.

* Bất thường đồng tử và rối loạn phản xạ ánh sáng

Bảng 3.6. Bất thường đồng tử, rối loạn phản xạ ánh sáng

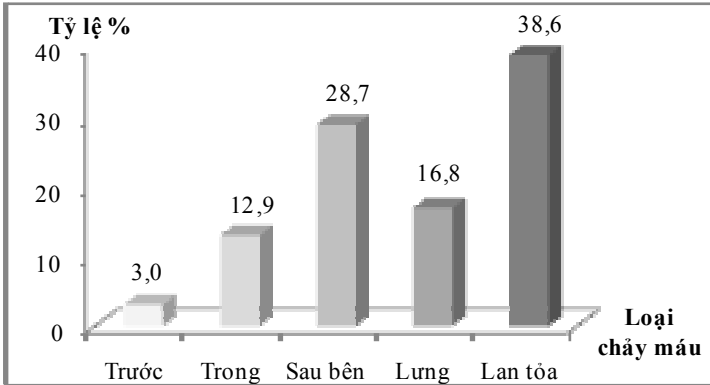
Dấu hiệu lâm sàng		Tần số	Tỷ lệ (%)
Bất thường đồng tử	Không	83	82,2
	Có	18	17,8
Rối loạn PXAS	Không	81	80,2
	Có	20	19,8

Có 17,8% bệnh nhân bất thường đồng tử khi vào viện và 19,8% có bất thường phản xạ ánh sáng.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận: mức độ khiếm khuyết thần kinh nặng: điểm NIHSS trên hoặc bằng 16 điểm chiếm 46,5%, rối loạn ngôn ngữ chiếm 60,0%, rối loạn cảm giác chiếm 30,0%, rối loạn vận nhãn chiếm 15,8%.

3.2.3. Đặc điểm CLVT sọ não

* Chảy máu đồi thị có máu vào não thất theo phân bố loại chảy máu đồi thị



Biểu đồ 3.12. Phân bố bệnh nhân theo loại chảy máu của đồi thị

Bệnh nhân chảy máu đồi thị có 3,0% nhóm trước, 12,9% nhóm trong, 28,7% nhóm sau bên, 16,8% nhóm lung, 38,6 % chảy máu đồi thị lan tỏa.

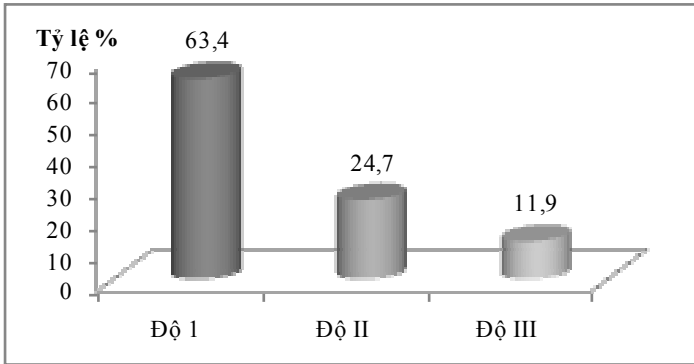
* Mức độ chảy máu nhu mô.

Bảng 3.7. Mức độ chảy máu nhu mô

Mức độ chảy máu nhu mô (n=101)	< 10 ml	≥ 10 ml và < 30ml	≥ 30 ml
Tần số (%)	39 (38,6)	46 (45,5)	16 (15,9)
Thê tích khô máu tụ			
Trung vị (ml)	12,25		
(nhỏ nhất-lớn nhất) (ml)	(0,75 - 121,60)		
Trung bình (ml)	18,91 ± 20,85		

45,5% bệnh nhân chảy máu đồi thị máu vào não thất có thể tích khối máu tụ nhu mô từ 10 ml đến 30 ml.

* *Mức độ dè dầy đường giữa*



Biểu đồ 3.13. Mức độ dè dầy đường giữa

Bệnh nhân chảy máu dòi thị máu vào não thất có mức độ dè dầy đường giữa dưới 0,5cm chiếm 63,4%.

* *Đặc điểm chảy máu não thất trên phim cắt lớp vi tính*

Bảng 3.9. Đặc điểm chảy máu não thất trên phim cắt lớp vi tính

Đặc điểm trên phim cắt lớp vi tính (n=101)	N	%
Số lượng não thất chứa máu		
Một não thất	23	22,8
Hai não thất	13	12,9
Ba não thất	23	22,8
Bốn não thất	42	41,6
Mức độ máu vào não thất (Điểm Graeb)		
0-4 điểm	39	38,6
5-8 điểm	41	40,6
9-12 điểm	21	20,8
Điểm Graeb trung bình ± ĐLC	5,54 ± 2,92	
Giãn não thất ba và/ hoặc giãn não thất bốn	13	12,9
Tràn dịch não	20	19,8

Bệnh nhân chảy máu dòi thị có máu vào cả 4 não thất chiếm tỷ lệ 41,6%, điểm Graeb từ 5-8 điểm chiếm 40,6%, có 12,9% giãn não thất ba và/ hoặc não thất bốn, 19,8% bệnh nhân có tràn dịch não.

3.3. Các yếu tố tiên lượng sống và tử vong sau 01 tháng

Có 21 bệnh nhân tử vong sau 01 tháng, tỷ lệ tử vong 20,8%.

* Liên quan đơn biến giữa các biến khi vào viện với tình trạng bệnh nhân sau 01 tháng

- Phân tích đơn biến được tiến hành cho các biến lâm sàng và hình ảnh CLVT não đã thu thập lúc vào viện để xem xét sự khác biệt của các biến giữa hai nhóm sống và tử vong sau 01 tháng. Kết quả ghi nhận có tất cả 04 biến lâm sàng và 07 biến hình ảnh CLVT não có liên quan tới tình trạng sống và tử vong trong vòng 01 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

+ Các biến lâm sàng: HATT khi vào viện (mỗi 10mmHg), rối loạn ý thức (theo thang điểm Glasgow), bất thường đồng tử, rối loạn phản xạ ánh sáng.

+ Các biến hình ảnh CLVT: loại chảy máu đồi thị, mức độ chảy máu nhu mô, mức độ đè đẩy đường giữa, số não thất chứa máu, số lượng máu trong não thất theo điểm Graeb, giãn não thất III và/ hoặc giãn não thất IV, tràn dịch não.

* Phân tích hồi quy đa biến logistic với biến phụ thuộc là tình trạng sống và tử vong sau 01 tháng

Phương pháp phân tích trên từng nhóm bằng phương pháp đưa hết vào phân tích một lần nhằm tìm ra biến đại diện mạnh nhất cho mỗi nhóm. Các biến đại diện sẽ được đưa vào phân tích để tìm yếu tố tiên lượng.

Nhóm lâm sàng

Bảng 3.22. Kết quả phân tích hồi quy đa biến Logistic bằng phương pháp đưa vào hết một lần của các biến lâm sàng đối với tình trạng bệnh nhân sau 01 tháng

Biến	OR	95% CI	p
HATT (mỗi 10mmHg)	1,003	0,971 – 1,037	0,841
Rối loạn ý thức (theo thang điểm Glasgow)	0,910	0,17 – 0,469	0,004
Bất thường đồng tử	2,066	0,335 – 12,757	0,435
Rối loạn phản xạ ánh sáng	4,612	0,738 – 28,803	0,102

Nhóm hình ảnh CLVT

Bảng 3.24. Kết quả phân tích hồi quy đa biến Logistic bằng phương pháp đưa vào hết một lần của các biến cận lâm sàng đối với tình trạng bệnh nhân sau 01 tháng

Biến	OR	95% CI	p
Loại chảy máu đôi thị	0,789	0,358 – 1,740	0,557
Mức độ chảy máu nhu mô	12,357	1,664 – 91,747	0,014
Mức độ đè đẩy đường giữa	1,690	0,520 – 5,489	0,383
Số não thất chứa máu	11,591	1,261 – 106,576	0,030
Điểm Graeb	1,055	0,645 – 1,726	0,830
Giãn NT III và/ hoặc NT IV	0,305	0,028 – 3,296	0,328
Tràn dịch não	14,571	1,662 – 127,739	0,016

Đánh giá mối tương quan giữa các biến có giá trị tiên lượng độc lập tình trạng bệnh nhân chảy máu não đôi thị máu vào não thất sau 01 tháng.

Có tất cả 4 biến sẽ được đưa vào từng bước có điều kiện để tìm ra các biến có giá trị nhất để tiên lượng tình trạng bệnh nhân tại thời điểm 1 tháng

Bảng 3.36. Kết quả phân tích hồi quy logistic đưa vào từng bước có điều kiện (với hệ số B tương ứng) trong phân tích tiên lượng kết cục tử vong sau 01 tháng

Các biến của bước cuối cùng	Hệ số B	Mức ý nghĩa p	Tỷ số chênh OR=Exp (B)	Khoảng tin cậy 95% của a Exp (B)	
				Dưới	Trên
Rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow (GCS*)	-2,921	0,000	0,054	0,012	0,252
Tràn dịch não	1,635	0,046	5,127	1,026	25,615
Hãng số	1,346				

Bảng 3.37. Khả năng tiên lượng tử vong 01 tháng của mô hình

		Kết quả dự đoán		Tỷ lệ đúng (%)
		Tử vong	Sống	
Kết cục quan sát	Tử vong	20	1	95,2
	Sống	7	73	91,2
Độ chính xác chung (%)				92,1

Điểm cắt dự đoán là 0,5

Khả năng dự báo tiên lượng của mô hình khá cao với độ chính xác chung là 92,1%.

3.4. Các yếu tố tiên lượng phục hồi chức năng 6 tháng

Có 47 bệnh nhân hồi phục chức năng tốt sau 6 tháng chiếm 46,5%.

* Liên quan đến biến giữa các biến khi vào viện với tình trạng bệnh nhân sau 06 tháng

- Phân tích đơn biến được tiến hành cho các biến lâm sàng và hình ảnh CLVT não đã thu thập lúc vào viện để xem xét sự khác biệt của các biến giữa hai nhóm phục hồi tốt và xấu. Kết quả ghi nhận có tất cả 04 biến lâm sàng và 05 biến hình ảnh CLVT não có liên quan tới tình trạng phục hồi chức năng tốt và xấu sau 6 tháng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

+ Các biến lâm sàng: HATT (mỗi 10mmHg), điểm NIHSS ≥ 16 , liệt nặng, rối loạn phản xạ ánh sáng.

+ Các biến hình ảnh CLVT: loại chảy máu đồi thị, mức độ chảy máu nhu mô, mức độ đè dãn đường giữa, số lượng máu trong não thất theo điểm Graeb, tràn dịch não.

* Phân tích hồi quy đa biến logistic với biến phụ thuộc là tình trạng phục hồi tốt và xấu sau 6 tháng

Nhóm lâm sàng

Bảng 3.32. Kết quả phân tích hồi quy đa biến Logistic bằng phương pháp đưa vào hết một lần của các biến lâm sàng đối với tình trạng phục hồi chức năng của bệnh nhân sau 6 tháng

Biến	OR	95% CI	p
HATT (mỗi 10mmHg)	1,199	0,946 – 1,520	0,150
Điểm NIHSS ≥ 16	4,420	1,430 – 13,667	0,010
Liệt nặng	1,611	0,452 – 5,745	0,462
Rối loạn phản xạ ánh sáng	7,450	0,833 – 66,625	0,072

Nhóm hình ảnh CLVT

Bảng 3.34. Kết quả phân tích hồi quy đa biến Logistic bằng phương pháp đưa vào hết một lần của các biến cận lâm sàng đối với tình trạng bệnh nhân sau 6 tháng

Biến	OR	95% CI	p
Loại chảy máu đồi thị	1,465	0,928 – 2,312	0,101
Mức độ chảy máu nhu mô	2,866	1,184 – 6,938	0,020
Mức độ đè dãn đường giữa	1,324	0,508 – 3,456	0,566
Điểm Graeb	1,007	0,813 – 1,248	0,946
Tràn dịch não	3,115	0,560 – 17,339	0,195

Đánh giá mối tương quan giữa các biến có giá trị tiên lượng độc lập tình trạng bệnh nhân chảy máu não đồi thị máu vào não thất sau 6 tháng

Có tất cả 2 biến sẽ được đưa vào từng bước có điều kiện để tìm ra các biến có giá trị nhất để tiên lượng tình trạng bệnh nhân sau 6 tháng.

Bảng 3.38. Kết quả phân tích hồi quy logistic đưa vào từng bước có điều kiện (với hệ số B trong ứng) trong phân tích tiên lượng phục hồi chức năng

Các biến của bước cuối cùng	Hệ số B	Mức ý nghĩa p	Tỷ số chênh OR=Exp (B)	Khoảng tin cậy 95% của Exp (B)	
				Dưới	Trên
NIHSS ≥ 16	1,687	0,001	5,404	1,913	15,261
Mức độ chảy máu nhu mô (V*)	0,993	0,016	2,700	1,199	6,067
Hằng số	-4,003				

Bảng 3.39. Khả năng tiên lượng phục hồi chức năng 6 tháng của mô hình

		Kết quả dự đoán		Tỷ lệ đúng (%)
		Tốt	Xấu	
Kết cục quan sát	Tốt	37	10	78,7
	Xấu	15	39	72,2
Độ chính xác chung (%)				75,2

Điểm cắt dự đoán là 0,5

Khả năng dự báo tiên lượng của mô hình khá cao với độ chính xác chung là 75,2%.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất trong nghiên cứu là hậu quả của tăng huyết áp. Chính vì vậy, độ tuổi trung bình 63 của nghiên cứu là phù hợp với sinh lý bệnh của chảy máu não do tăng huyết áp cũng như kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác. Do đặc điểm về sinh lý và thói quen có hại hay gặp ở nam giới như uống nhiều rượu, hút thuốc lá, ăn uống sinh hoạt không điều độ, căng thẳng trong công việc, cuộc sống.... nên tỷ lệ mắc rối loạn chuyển hóa lipid máu, tăng

huyết áp ở nam cao hơn. Bên cạnh đó, hầu hết các nghiên cứu đều ghi nhận nữ có tỷ lệ bị bệnh tăng huyết áp thấp hơn, nhận thức tốt hơn, tỷ lệ điều trị và kiểm soát huyết áp cao hơn nam giới. Trong nghiên cứu này tỷ lệ nam/nữ là 3,2/1.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng

** Rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow (GCS)*

Nghiên cứu 101 bệnh nhân chảy máu đồi thị máu vào não thất có 26,7% bệnh nhân có điểm Glasgow khi vào viện dưới hoặc bằng 8 điểm. Kết quả này tương tự tác giả Kumral (23,0%), Mori (25,0%).

Theo Carrere bệnh nhân chảy máu đồi thị nhỏ có kích thước khối máu tụ dưới 2cm, biểu hiện lâm sàng rất nhẹ giống như nhồi máu đồi thị do tắc một nhánh động mạch cấp máu cho đồi thị. Chỉ ở bệnh nhân chảy máu đồi thị lớn gây hiệu ứng khối mạnh mới ảnh hưởng tới tình trạng ý thức; đặc biệt khi tổn thương đè ép vào thân não.

** Mức độ tổn thương thần kinh (theo thang điểm NIHSS)*

Điểm NIHSS không chỉ đánh giá mức độ hôn mê mà còn đánh giá tình trạng thiếu hụt chức năng thần kinh. Điểm NIHSS đang dần trở thành thang điểm chuẩn đánh giá ở tất cả bệnh nhân đột quy não cấp tính.

Kết quả nghiên cứu của tôi ghi nhận có 46,5% bệnh nhân chảy máu đồi thị mức độ nặng (NIHSS \geq 16 điểm). Theo Nguyễn Văn Tuyên, bệnh nhân chảy máu não trên lều có NIHSS > 20 điểm chiếm 36,08%.

** Liệt nửa người*

Kết quả nghiên cứu của tôi, tỷ lệ liệt nửa người nặng chiếm 77,3%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác. Tỷ lệ liệt nặng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị theo Trần Công Thắng là 76,7%, Arboix là 78,7%, Mori là 85,0%. Theo Caplan, khối máu tụ vùng đồi thị lớn với đường kính trên 2cm, các triệu chứng thường chùng chéo. Khối máu tụ đồi thị lan tới nhân bụng bên đồi thị (vai trò quan trọng trong vận động) hoặc gây đè ép trực tiếp hoặc do phù nề đè ép vào bao trong.

** Rối loạn ngôn ngữ*

Kết quả nghiên cứu của tôi có 60,0% bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ; tương tự như các tác giả khác. Maeshima nghiên cứu trên 113 bệnh nhân chảy máu não đồi thị có 46% chảy máu đồi thị có máu vào não thất ghi nhận 52,2% rối loạn ngôn ngữ, Osawa là 51,3%, Bilen là 65%. Rối loạn ngôn ngữ chỉ đánh giá được ở bệnh nhân tỉnh, có khối lượng máu tụ nhỏ. Và triệu chứng rối loạn ngôn ngữ cũng không được đưa vào phân tích đa biến do không đánh giá chính xác trên bệnh nhân nặng có khối máu tụ lớn.

** Rối loạn cảm giác*

Đồi thị là trạm dừng của hầu hết các đường cảm giác (trừ khứu giác) đến từ phần cơ thể bên đối diện để đi lên vỏ não tương ứng. Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 30,0% bệnh nhân có rối loạn cảm giác khi vào viện, 52,5% không đánh giá được do bệnh nhân rối loạn ý thức. Theo Tokgoz, tỷ lệ rối loạn cảm giác ở bệnh nhân chảy máu đồi thị chiếm 28,7%. Trần Công Thắng và các tác giả nước ngoài khác ghi nhận có 35-70,2% bệnh nhân chảy máu đồi thị có giảm cảm giác đặc biệt là ở bệnh nhân có tổn thương nhân bụng sau bên. Rối loạn cảm giác chỉ đánh giá được ở bệnh nhân tỉnh, còn khả năng tiếp xúc nên rối loạn cảm giác chỉ được mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm mà không đưa vào phân tích đa biến.

** Rối loạn vận nhãn*

Có 15,8% bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất có rối loạn vận nhãn. Chảy máu não vùng trong đồi thị có xu hướng vỡ vào não thất ba, lan xuống não giữa. Ở những bệnh nhân này có tổn thương cuống não kèm theo nên biểu hiện lâm sàng có bất thường về vận nhãn. Tương tự tác giả Tokgoz tỷ lệ bất thường vận nhãn ở bệnh nhân chảy máu đồi thị chiếm 20,7%.

** Bất thường đồng tử và phản xạ ánh sáng*

Kết quả nghiên cứu của tôi có 17,8% bệnh nhân có bất thường đồng tử, 19,8% rối loạn phản xạ với ánh sáng. Kết quả này cũng tương tự như một số tác giả nghiên cứu về chảy máu đồi thị khác. Theo Arboix,

rối loạn vận nhãn, bất thường đồng tử, mắt phản xạ ánh sáng xuất hiện ở 21,3% bệnh nhân chảy máu đôi thị. Theo Mori có 18/104 (17,3%) bệnh nhân chảy máu đôi thị có rối loạn phản xạ với ánh sáng, 23/104 (22,1%) bất thường đồng tử.

Đặc điểm CLVT sọ não

- Loại chảy máu đôi thị

Kết quả nghiên cứu này tập trung chủ yếu ở bệnh nhân chảy máu đôi thị lan tỏa chiếm 38,6%, cao hơn so với các nghiên cứu còn lại. Sự chênh lệch tỷ lệ này là do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu. Chảy máu đôi thị lan tỏa là chảy máu toàn bộ đôi thị với kích thước lớn, tỷ lệ máu vào não thất rất cao. Cụ thể theo tác giả Chung là 93,5%, Trần Công Thắng là 100,0%, Tokgoz là 94,1%. Chính vì vậy mà khi đối tượng nghiên cứu của tôi tất cả đều là bệnh nhân chảy máu đôi thị có máu vào não thất sẽ có tỷ lệ bệnh nhân chảy máu đôi thị lan tỏa chiếm ưu thế là dễ hiểu. Trong bốn vị trí còn lại của đôi thị, kết quả tôi cũng giống với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.

- Mức độ chảy máu nhu mô

Thể tích máu nhu mô trung bình của 101 bệnh nhân chảy máu đôi thị máu vào não thất là $18,91 \pm 20,85$ (ml). Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với các tác giả khác khi nghiên cứu về chảy máu đôi thị. Thể tích trung bình khối máu tụ đôi thị theo tác giả Lee là $17,07 \pm 15,19$ (ml), Tsitsopoulos là $16,3 \pm 9,9$ (ml). Tác giả Lamp cũng ghi nhận: thể tích trung bình khối máu tụ nhu mô đôi thị là $16,2 \pm 12,0$ (cm³) thấp hơn so với thể tích trung bình khối máu tụ vùng nhân xám là $26,1 \pm 20,1$ (cm³) và thể tích trung bình khối máu tụ thùy là $55,3 \pm 55,2$ (cm³). Điều này có thể giải thích khi chảy máu đôi thị, áp lực nhu mô não đôi thị tăng, áp lực này nhanh chóng được điều chỉnh về bình thường bằng cách “đẩy” máu vào hệ thống não thất trong khi ở các vị trí xa hơn kích thước khối máu tụ phải lớn tạo áp lực cơ học đè ép tổ chức não xung quanh đủ cao để có thể tách nhu mô não và vỡ vào não thất.

- *Mức độ đè đẩy đường giữa*

Kết quả nghiên cứu này có 11,9% bệnh nhân có đè đẩy đường giữa trên 1cm. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Trịnh Thị Khanh 12,5% (2/16); Chiewvit là 12,8% (9/70) và thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Công Thắng (27,46%), và các nghiên cứu về chảy máu não nói chung.

Khối lượng máu tụ nhu mô đủ lớn mới có thể gây đè đẩy đường giữa. Thể tích khối máu tụ trung bình của bệnh nhân chảy máu đồi thị là nhỏ hơn so với chảy máu vị trí khác. Mặt khác, khi khối lượng máu tụ vùng đồi thị lớn vượt ngưỡng (với ngưỡng rất hẹp), máu sẽ vỡ vào hệ thống não thất làm giảm khối lượng máu nhu mô và kèm theo mức độ đè đẩy đường giữa sẽ giảm. Đây chính là nguyên nhân mức độ đè đẩy đường giữa trên 1cm ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất thấp hơn khi so sánh với vị trí chảy máu khác.

- *Số lượng não thất chứa máu*

Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 22,8% bệnh nhân chỉ có máu trong 1 não thất và 41,6% bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu ở cả 4 não thất. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của El-Saadany, máu chứa trong một, hai ba, bốn não thất phân bố theo tỷ lệ lần lượt là 23,0%, 22,0%, 11,0% và 44,0%.

- *Mức độ máu trong não thất (điểm Graeb)*

Điểm Graeb trung bình của nhóm nghiên cứu là $5,54 \pm 2,92$. Tương tự điểm Graeb trung bình của nhóm bệnh nhân chảy máu đồi thị máu vào não thất gây tràn dịch não là $5,72 \pm 3,05$, cao hơn so với nghiên cứu chảy máu đồi thị chung của Trần Công Thắng là $4,03 \pm 2,9$; nhưng thấp hơn so với các nghiên cứu chảy máu não chung có máu vào não thất. Theo Stein điểm Graeb trung bình của nhóm bệnh nhân chảy máu não có máu vào não thất là $6,7 \pm 2,2$.

- *Tràn dịch não*

Tỷ lệ bệnh nhân chảy máu não đồi thị có máu vào não thất bị tràn dịch não 19,8%.

Tràn dịch não là biến chứng thường gặp, chiếm 40-50% và là yếu tố tiên lượng kết cục xấu ở bệnh nhân chảy máu não có máu vào não thất. Theo Lee, có 18/50 (36,0%) bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất bị tràn dịch não. Theo El-Sanady có 26% bệnh nhân tràn dịch não phát hiện ngay khi vào viện, có khối máu tụ nhu mô chủ yếu nằm đồi thị và cầu não. Kết quả nghiên cứu này có tỷ lệ tràn dịch não thấp hơn so với các nghiên cứu khác.

Có thể giải thích một phần do tiêu chuẩn chẩn đoán tràn dịch não giữa các nghiên cứu là khác nhau. Một nghiên cứu nhận thấy nếu tràn dịch não tính theo thang điểm Diringer có tới 99% bệnh nhân tràn dịch não và điều này dẫn tới 10,6% bệnh nhân dẫn lưu não thất là không cần thiết. Khi so sánh giữa hai hệ thống tính điểm tác giả đánh giá mức tràn dịch não nhẹ, trung bình, nặng tương ứng với điểm Diringer 7, 10, 14 và không có tràn dịch tương ứng với điểm Diringer trung bình là 2.

4.3. Các yếu tố tiên lượng sống và tử vong

Sau 01 tháng có 20,8% bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất tử vong.

Nghiên cứu ghi nhận các yếu tố liên quan tới tiên lượng tử vong trong vòng 01 tháng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất gồm: HATT khi vào viện (mỗi 10mmHg), rối loạn ý thức (theo thang điểm Glasgow), bất thường đồng tử, rối loạn phản xạ ánh sáng, loại chảy máu đồi thị, mức độ chảy máu nhu mô, mức độ đè đẩy đường giữa, sự hiện diện của máu trong não thất III, não thất IV, số não thất chứa máu, số lượng máu trong não thất theo điểm Graeb, giãn não thất III và/ hoặc giãn não thất IV, tràn dịch não. Trong đó, có 2 yếu tố tiên lượng độc lập tình trạng tử vong trong 01 tháng đó là: rối loạn ý thức, tràn dịch não.

- *Rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow*

Rối loạn ý thức được đánh giá theo thang điểm Glasgow khi vào viện là yếu tố tiên lượng độc lập kết cục tử vong sau 01 tháng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị máu vào não thất với OR: 0,054, 95%CI: 0,012 – 0,252, $p < 0,001$ sau khi hiệu chỉnh cùng các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng khác. Hôn mê là do tổn thương trực tiếp hệ thống lưới hoạt hóa ở thân

não, não giữa, đồi thị và vùng dưới đồi hoặc do tăng áp lực nội sọ làm đè đẩy đường giữa hoặc thoát vị não. Ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất, khối lượng máu tụ lớn đè ép trực tiếp vào não giữa, thân não; hiệu ứng khối do máu trong não thất làm giảm tưới máu vùng xung quanh não thất, chúng gây cản trở lưu lượng máu cục bộ tại các cấu trúc lân cận xung quanh não thất, liên quan tới giảm tưới máu toàn bộ vỏ não nằm phía trên. Và như vậy, bệnh nhân hôn mê càng sâu điểm Glasgow càng thấp, tổn thương não càng lớn nên ảnh hưởng trực tiếp tới các chức năng sống còn của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của thử nghiệm CLEAR-III cũng khẳng định điểm Glasgow khi vào viện là yếu tố tiên lượng tử vong 30 ngày của bệnh nhân chảy máu não có máu vào não thất có biến chứng tràn dịch não.

- Tràn dịch não

Fogelholm nhận định tỷ lệ tử vong trong vòng 1 tháng ở bệnh nhân chảy máu não có máu vào não thất từ 36%, tăng lên 78% khi có tràn dịch não kết hợp. Kết quả nghiên cứu của tôi ghi nhận tỷ lệ tử vong trong vòng 1 tháng của bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất là 20,8% tăng lên tới 66,7% ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất kết hợp có tràn dịch não; và là yếu tố tiên lượng tử vong trong vòng 1 tháng của bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất sau khi hiệu chỉnh cùng các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng khác với OR: 5,127, 95%CI: 1,026 – 25,615, $p < 0,046$.

Khối máu tụ đồi thị lớn gây đè ép vùng ngã ba giữa gian não và não giữa, vỡ vào não thất ba gây tràn dịch não. Tràn dịch não gây tăng áp lực nội sọ. Tăng áp lực nội sọ làm giảm tưới máu toàn bộ não hoặc làm giảm vi tuần hoàn và gây thiếu máu não các tổ chức liền kề do đè ép; trong đó có hệ thống lưới hoạt hóa nằm ở gần não thất ba và não giữa. Lâm sàng bệnh nhân thường biểu hiện rối loạn ý thức nặng nề, ảnh hưởng trực tiếp tới khả năng sống còn.

Tràn dịch não là yếu tố tiên lượng làm tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân chảy máu não đã được nhiều nghiên cứu nhận định. Tỷ lệ tử vong

tại viện ở bệnh nhân có tràn dịch não cao hơn (51% so với 2%) và một số ít bệnh nhân có thể trở về nhà (21% so với 35%).

4.4. Các yếu tố tiên lượng phục hồi chức năng sau 6 tháng

- *Tỷ lệ hồi phục tốt 6 tháng chiếm 46,5%.*

Các yếu tố có liên quan tới tiên lượng phục hồi chức năng 6 tháng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất gồm: HATT (mỗi 10mmHg), rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow, điểm NIHSS ≥ 16 , liệt nặng, rối loạn phản xạ ánh sáng, loại chảy máu đồi thị, mức độ chảy máu nhu mô, mức độ đè đẩy đường giữa, số lượng máu trong não thất theo điểm Graeb, tràn dịch não. Trong đó, có 2 yếu tố tiên lượng độc lập tình trạng phục hồi chức năng trong 6 tháng đó là: mức độ khiếm khuyết thần kinh theo thang điểm NIHSS ≥ 16 và mức độ chảy máu nhu mô.

- *Mức độ tổn thương thần kinh (theo NIHSS).*

Điểm NIHSS được sử dụng để mô tả sự suy giảm thần kinh ở bệnh nhân đột quy, và nó dự đoán mạnh khả năng phục hồi của bệnh nhân sau đột quy. Điểm NIHSS cho phép đánh giá sự thiếu hụt thần kinh tốt hơn thang điểm Glasgow. Ngoài ra, điểm Glasgow thường cao hơn ở nhóm bệnh nhân không có rối loạn ngôn ngữ so với nhóm bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ. Theo Weimar, điểm NIHSS là thang điểm có giá trị tiên lượng kết cục ba tháng mạnh hơn bất cứ chỉ số nào đánh giá mức độ nặng của đột quy.

Trong phân tích đa biến, NIHSS ≥ 16 là yếu tố tiên lượng kết cục 6 tháng với OR: 5,404, 95%CI: 1,913 – 15,261, $p < 0,001$.

- *Thể tích khối máu tụ nhu mô*

Kết quả nghiên cứu ghi nhận, mức độ chảy máu nhu mô ở nhóm kết cục tốt và kết cục xấu lần lượt là $10,49 \pm 9,9$ và $26,24 \pm 24,85$ với $p=0,0001$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Trong phân tích đa biến, mức độ chảy máu nhu mô là yếu tố tiên lượng độc lập khi hiệu chỉnh với các yếu tố khác (OR:2,7, 95%CI: 1,199 – 6,076, $p=0,016$).

Kết quả này cũng tương tự Trần Công Thắng, thể tích máu nhu mô là yếu tố tiên lượng kết cục 6 tháng của bệnh nhân chảy máu đồi thị với OR: 0,86, 95%CI: 0,802 – 0,936 với $p < 0,001$.

Mặc dù không có tiêu chuẩn nào rõ ràng để xác định được điểm cắt chuẩn đối với thể tích máu tụ liên quan tới kết cục tốt, nhưng nhiều nghiên cứu đã xác định được phạm vi thể tích khối máu tụ tương ứng với kết cục. Các nghiên cứu cho thấy thể tích khối máu tụ lớn, trên 25 ml có liên quan với kết cục xấu khi ra viện và sau 30 ngày. Tác giả Chen đã xác định các ngưỡng thể tích máu tụ nhu mô theo vị trí chảy máu não liên quan tới kết cục xấu 6 tháng: đối với chảy máu thùy là 75cm^3 , 22cm^3 với chảy máu nhân xám nhưng chỉ có 12cm^3 đối với chảy máu đồi thị.

Có lẽ yếu tố quan trọng nhất quyết định đến kết cục của bệnh nhân chảy máu não chính là thể tích khối máu tụ. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến thể tích khối máu tụ do đó ảnh hưởng tới tử vong và tàn tật. Trong giai đoạn cấp, tuổi cao, máu vào não thất, rối loạn đông máu hoặc dùng thuốc chống đông, chảy máu dưới lều là những yếu tố tiên lượng tử vong Tương tự như vậy, Glasgow khi vào viện, tràn dịch não, tăng huyết áp tâm thu vào viện cũng là những yếu tố tiên lượng. Và qua kiểm tra nhận thấy các yếu tố này có liên quan trực tiếp với thể tích khối máu tụ, điều này đã nhấn mạnh tầm quan trọng của thể tích khối máu tụ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 101 bệnh nhân chảy máu có máu vào đồi thị não thất nhận thấy:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất.

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,72 \pm 10,31$, tỷ lệ nam/ nữ là 3,2/1.
- Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là:
 - + Rối loạn ý thức đánh giá bằng điểm Glasgow dưới hoặc bằng 8 điểm chiếm 26,7%; điểm Glasgow từ 13-15 điểm là chủ yếu chiếm 49,5%.
 - + Mức độ khiếm khuyết thần kinh nặng: điểm NIHSS trên hoặc bằng 16 điểm chiếm 46,5%.
 - + Liệt nặng nửa người chiếm 77,3% bệnh nhân chảy máu đồi thị não thất.

+ Rối loạn ngôn ngữ chiếm 60,0%, rối loạn cảm giác chiếm 30,0%, rối loạn vận nhãn chiếm 15,8%, bất thường đồng tử chiếm 17,8% và 19,8% bất thường phản xạ ánh sáng. Hội chứng màng não chiếm 30,7%.

- Đặc điểm trên phim chụp CLVT:

+ Loại chảy máu não đồi thị: 3,0% nhóm trước, 12,9% nhóm trong, 28,7% nhóm sau bên, 16,8% nhóm lưng, 38,6 % bệnh nhân chảy máu đồi thị lan tỏa.

+ Thể tích chảy máu não đồi thị trung bình $18,91 \pm 20,85$ (ml)

+ Mức độ đè đẩy đường giữa dưới 5mm chiếm 63,4%.

+ Số lượng não thất chứa máu: cả 4 não thất chiếm tỷ lệ 41,6%.

+ Mức độ máu trung bình trong não thất (điểm Graeb) $5,54 \pm 2,92$.

+ Giãn não thất ba hoặc/ và não thất bốn chiếm 12,9%.

+ Tỷ lệ tràn dịch não chiếm 19,8%.

2. Yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất

*** Yếu tố tiên lượng tử vong trong vòng 1 tháng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất**

- Tỷ lệ tử vong trong vòng 01 tháng do chảy máu đồi thị có máu vào não thất là 20,8%.

- Các yếu tố có liên quan tới tiên lượng tử vong trong vòng 01 tháng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất gồm: HATT khi vào viện (mỗi 10mmHg), rối loạn ý thức (theo thang điểm Glasgow), bất thường đồng tử, rối loạn phản xạ ánh sáng, loại chảy máu đồi thị, mức độ chảy máu nhu mô, mức độ đè đẩy đường giữa, sự hiện diện của máu trong não thất III, não thất IV, số não thất chứa máu, số lượng máu trong não thất theo điểm Graeb, giãn não thất III và/ hoặc giãn não thất IV, tràn dịch não. Trong đó, có 2 yếu tố tiên lượng độc lập tình trạng tử vong trong 01 tháng đó là:

+ Rối loạn ý thức được đánh giá bằng thang điểm Glasgow với $OR=0,006$, 95%CI: 0,013-0,027, $p<0,0001$

+ Tràn dịch não với $OR=5,903$, 95%CI: 1,101-31,618, $p=0,038$

*** Yếu tố tiên lượng phục hồi chức năng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất sau 6 tháng**

- Tỷ lệ hồi phục tốt 6 tháng chiếm 46,5%.

- Các yếu tố có liên quan tới tiên lượng phục hồi chức năng 6 tháng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất gồm: HATT (mỗi 10mmHg), rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow, điểm NIHSS ≥ 16 , liệt nặng, rối loạn phản xạ ánh sáng, loại chảy máu đồi thị, mức độ chảy máu nhu mô, mức độ đè đẩy đường giữa, số lượng máu trong não thất theo điểm Graeb, tràn dịch não. Trong đó, có 2 yếu tố tiên lượng độc lập tình trạng phục hồi chức năng trong 06 tháng đó là:

+ Mức độ khiếm khuyết thần kinh theo thang điểm NIHSS ≥ 16 với OR=5,404, 95%CI: 1,913-15,261 với p=0,001.

+ Mức độ chảy máu nhu mô với OR=2,700, 95%CI: 1,199-6,076 với p=0,016.

KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu, tôi có kiến nghị như sau:

Tràn dịch não là yếu tố tiên lượng tử vong trong vòng 01 tháng và là yếu tố có liên quan tới kết cục phục hồi chức năng kém sau 6 tháng của bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất do tăng huyết áp. Trong khi đó, mức độ máu trong não thất, số lượng não thất chứa máu, máu trong não thất III, và/ hoặc não thất IV có liên quan tới tràn dịch não. Do vậy, kết quả nghiên cứu này mở ra hướng nghiên cứu các phương pháp can thiệp điều trị tình trạng máu trong não thất, tràn dịch não để cải thiện kết cục bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất do tăng huyết áp.

**DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU
ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Đinh Thị Hải Hà, Nguyễn Văn Thông, Nguyễn Hoàng Ngọc** (2017), “Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất”, *Tạp chí Y dược học lâm sàng* 108.
2. **Đinh Thị Hải Hà, Nguyễn Văn Thông, Nguyễn Hoàng Ngọc** (2017), “Yếu tố tiên lượng tử vong và phục hồi chức năng ở bệnh nhân chảy máu đồi thị có máu vào não thất”, *Tạp chí Y dược học lâm sàng* 108.
3. **Đinh Thị Hải Hà, Nguyễn Văn Thông** (2016), “Yếu tố tiên lượng ở chảy máu đồi thị có máu vào não thất”, *Tạp chí Y dược học lâm sàng* 108, số 11/ 2016, tr.101-106.
4. **Đinh Thị Hải Hà, Nguyễn Văn Thông** (2015), "Một số yếu tố tiên lượng tử vong tại viện ở bệnh nhân chảy máu đồi thị", *Tạp chí Y dược học lâm sàng* 108, số 10/ 2015, tr. 166-170