

TỶ LỆ TỬ VONG CỦA CHẢY MÁU NHU MÔ NÃO TỤ PHÁT NGƯỜI TRẺ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG

Mai Duy Tôn^{1,2,3,✉}, Nguyễn Tiên Dũng^{1,3}

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chảy máu nhu mô não tụ phát người trẻ có xu hướng tăng lên và nguy cơ tử vong cao. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân này tại Việt Nam chưa được nghiên cứu nhiều. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu tuyển 212 bệnh nhân dưới 45 tuổi bị chảy máu não nhập viện tại Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2020 tới tháng 05/2022 nhằm xác định tỷ lệ tử vong ngày thứ 90 và các yếu tố tiên lượng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ tử vong của mẫu nghiên cứu là 28,8%. Chúng tôi thực hiện phân tích hồi quy đơn biến và đa biến cho thấy rằng điểm Glasgow lúc nhập viện thấp (với OR = 0,62 cho mỗi điểm Glasgow tăng thêm; 95% KTC: 0,40 - 0,96; p = 0,034), chảy máu thân não (với OR = 7,65; 95% KTC: 1,70 - 34,4; p = 0,008) và thể tích khối máu tụ lớn (với OR = 1,22 cho mỗi 10ml thể tích tăng thêm; 95% KTC: 1,03 - 1,43; p = 0,019) là các yếu tố tiên lượng độc lập cho đầu ra tử vong tại ngày 90.

Từ khóa: Chảy máu não, người trẻ, yếu tố tiên lượng, kết cục điều trị.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hội Đột quy Hoa Kỳ, chảy máu não là tình trạng có máu khu trú trong nhu mô não và/hoặc não thất mà nguyên nhân không phải là chấn thương.¹ Thống kê năm 2019, tỷ lệ tử vong do chảy máu não ở Việt Nam là 63/100.000 người dân.² Tỷ lệ chảy máu não khoảng 12% trong tổng số bệnh nhân đột quy não.² Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong do chảy máu não không do chấn thương ở người trẻ trong 30 ngày được cho là rất cao, dao động từ 35% đến 52%.³

Các tác giả trên thế giới thường lấy ngưỡng dưới 45 tuổi là ngưỡng lựa chọn vào nghiên cứu chảy máu não người trẻ.⁴ Mặc dù, người trẻ có ít yếu tố nguy cơ và căn nguyên gây chảy máu não ít đa dạng hơn so với người già, chảy máu não ở người trẻ lại có thể dẫn đến những

hậu quả kinh tế xã hội nặng nề hơn, bao gồm nghỉ ốm dài ngày, nghỉ hưu sớm, chăm sóc tại cơ sở kéo dài và thậm chí tử vong.^{3,5}

Đối với bệnh nhân chảy máu não có tình trạng lâm sàng không ổn định cần được điều trị tại phòng hồi sức. Điều trị chảy máu não cho bệnh nhân này ở giai đoạn tối cấp cần tập trung vào các phương pháp hỗ trợ và điều trị tích cực tình trạng tăng áp lực nội sọ bằng các biện pháp hồi sức tích cực.⁶ Một số phương pháp điều trị phẫu thuật được chứng minh là có lợi đối với chảy máu não ở người trẻ. Tiêu chí lựa chọn chính để đưa ra quyết định phẫu thuật là khối máu tụ lớn và tình trạng rối loạn ý thức.⁵ Đối chảy máu não người trẻ, căn nguyên thường gặp là dị dạng mạch não, trong đó, hay gặp nhất là dị dạng thông động tĩnh mạch.³ Điện quang can thiệp có thể là phương pháp điều trị kết hợp phẫu thuật trong một số tình huống căn nguyên chảy máu não do dị dạng mạch, và đã chứng minh được tính hiệu quả điều trị.⁵

Tác giả liên hệ: Mai Duy Tôn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tonresident@gmail.com

Ngày nhận: 28/11/2022

Ngày được chấp nhận: 01/01/2023

Hiện nay, điều trị chảy máu não đã có sự phát triển hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong do chảy máu não ở nhóm người trẻ vẫn còn cao: nghiên cứu của Bevan trên nhóm người trẻ Hoa Kỳ có tỷ lệ tử vong 26%, của Fuh trên nhóm 107 người trẻ Đài Loan là 34%, và của Kalita trên quần thể 404 người trẻ Ấn Độ là 25%.^{4,6,9} Chảy máu não ở người trẻ Việt Nam đang là chủ đề được báo động và tỷ lệ tử vong của nhóm này vẫn chưa có nhiều tài liệu cung cấp. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỷ lệ tử vong do chảy máu não ở người trẻ và một số yếu tố tiên lượng tử vong ngày thứ 90.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Được lựa chọn vào nghiên cứu nếu thỏa mãn các điều kiện sau:

- Chảy máu nhu mô não có thể kèm hoặc không kèm chảy máu não thất, chảy máu dưới nhện trên hình ảnh;
- Chảy máu não tự phát không do chấn thương hay phẫu thuật;
- Tuổi dưới 45.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đáp ứng một trong các tiêu chuẩn loại trừ sau sẽ loại khỏi nghiên cứu:

- Chảy máu dưới nhện hoặc chảy máu não thất đơn thuần;
- Chảy máu chuyển dạng do nhồi máu não;
- Hồ sơ không đủ thông tin dữ liệu như bệnh án nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đơn trung tâm.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 11/2020 đến tháng 05/2022 tại

Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai.

Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Chỉ số nghiên cứu

Các biến số sử dụng cho đánh giá tiên lượng bao gồm:

Lâm sàng: tuổi, giới, điểm Glasgow lúc nhập viện, điểm NIHSS lúc nhập viện.

Tiền sử bệnh: tăng huyết áp, đái tháo đường, uống rượu nhiều, hút thuốc.

Chẩn đoán hình ảnh trên phim cắt lớp vi tính dựng mạch hoặc cộng hưởng từ.

Vị trí chảy máu trên nhu mô: vùng hạch nền và đồi thị (nhân đậu, nhân bò, bao trong, bao ngoài, đồi thị), hố sau (thân não, tiểu não), não thất.

Thể tích khối máu tụ nhu mô: trên phim sọ não đầu tiên từ lúc nhập viện, được tính theo công thức $ABC/2$.² A là đường kính lớn nhất của khối máu tụ trên lát cắt ngang. B là đường kính lớn nhất vuông góc với A trên cùng lát cắt ngang. C là đường kính đầu-chân của khối máu tụ tính theo số lát cắt hoặc bằng tái tạo hình ảnh theo đơn vị centimet.

Căn nguyên chảy máu não: chúng tôi phân làm các nguyên nhân tăng huyết áp, dị dạng thông động tĩnh mạch (arteriovenous malformation-AVM), u mạch thể hang (cavernoma), sử dụng thuốc kháng huyết khối (gồm cả thuốc chống đông và chống ngưng tập tiểu cầu), rối loạn đông máu, căn nguyên khác và căn nguyên chưa xác định theo nghiên cứu của hai tác giả Koivunen và Lai.^{3,4}

Phương pháp điều trị

Điều trị nội khoa đơn thuần, điều trị can thiệp (phẫu thuật, điện quang can thiệp).

Biến đầu ra: kết cục lâm sàng cuối cùng chấm theo thang điểm mRS tại thời điểm 90 ngày sau khởi phát. Thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) gồm:

- 0: Không có bất kỳ triệu chứng gì.
- 1: Không có tàn tật. Có thể thực hiện mọi hoạt động thường nhật mặc dù có triệu chứng nhẹ.
- 2: Tàn tật nhẹ. Có thể tự chăm sóc bản thân mà không cần hỗ trợ, nhưng không thể thực hiện toàn bộ hoạt động trước đây.
- 3: Tàn tật mức độ trung bình. Cần sự giúp đỡ nhưng vẫn có thể đi mà không cần giúp đỡ.
- 4: Tàn tật mức độ trung bình nặng. Không thể di chuyển cơ thể mà không có sự trợ giúp hoặc không thể đi mà không có sự trợ giúp.
- 5: Tàn tật nặng. Cần y tá chăm sóc thường xuyên, nằm tại giường.
- 6: Tử vong.

Xử lý số liệu

Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR) hoặc trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần suất và phần trăm.

Các biến số lâm sàng, hình ảnh học, phương pháp điều trị và căn nguyên chảy máu não được so sánh giữa hai nhóm dựa vào kết cục lâm sàng tử vong hay không bằng kiểm định T-test đối với biến định lượng; hoặc Mann-Whitney U test đối với biến định tính. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến được tiến hành để tính ra chỉ số OR (odds ratio) cho mỗi liên quan giữa các yếu tố tiên lượng và biến đầu ra.

Giá trị $p < 0,05$ đại diện cho sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy (KTC) 95%.

Các số liệu được nhập và xử lý dựa trên phần mềm SPSS bản 16.0 (hãng IBM, Chicago, Mỹ).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu, không can thiệp vào bệnh nhân. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng bảo vệ đề cương chuyên khoa cấp 2 chuyên ngành Hồi sức cấp cứu của trường đại học Y Hà Nội theo quyết định 4941/QĐ-ĐHYHN.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện từ tháng 11/2020 đến tháng 05/2022 đã thu tuyển được 212 bệnh nhân trẻ bị chảy máu não. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, có 148 nam (69,8%) và 64 nữ (30,2%), trung vị tuổi là 36 (IQR 27 - 41), trung vị điểm Glasgow lúc nhập viện là 14,5 (IQR 8 - 15), trung vị điểm NIHSS lúc nhập viện là 8 (IQR 2 - 28), thể tích khối máu tụ trung bình là $31,8 \pm 46,2$ (ml), chảy máu não thất có 96 bệnh nhân (23,5%), và có 20 bệnh nhân chảy máu thân não chiếm 4,9%.

2. Tỷ lệ tử vong của mẫu nghiên cứu

Trong số 212 bệnh nhân trẻ bị chảy máu não, chúng tôi ghi nhận có 61 người tử vong tính đến thời điểm 90 ngày từ khi khởi phát bệnh.

3. Các yếu tố liên quan kết cục lâm sàng tử vong

Bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi chia hai nhóm tử vong và nhóm sống ở ngày thứ 90. Bằng cách so sánh các đặc điểm của hai nhóm như Bảng 1, chúng tôi thấy có sự khác biệt ở một số đặc điểm: tỷ lệ nam giới, điểm Glasgow lúc nhập viện, điểm NIHSS lúc nhập viện, huyết áp tâm thu lúc nhập viện, tỷ lệ chảy máu thân não, thể tích khối máu tụ, tỷ lệ điều trị nội khoa, tỷ lệ phẫu thuật, tỷ lệ căn nguyên tăng huyết áp, tỷ lệ dị dạng thông động tĩnh mạch và rối loạn đông máu giữa hai nhóm.

Bảng 1. So sánh đặc điểm hai nhóm tử vong và sống ngày 90

| | Tử vong (n = 61) | Sống (n = 151) | p |
|---|---------------------|-------------------|-----------|
| Đặc điểm lâm sàng | | | |
| Tuổi, năm, trung vị (tứ phân vị IQR) | 37 (30,5 - 42) | 36 (24 - 41) | 0,189* |
| Nam giới, n (%) | 49 (80,3%) | 99 (65,6%) | 0,034 II |
| Điểm Glasgow lúc nhập viện, trung vị (IQR) | 6 (4,5 - 9) | 15 (13 - 15) | < 0,01** |
| Điểm NIHSS lúc nhập viện, trung vị (IQR) | 30 (24,5 - 36) | 5 (1 - 12) | < 0,01** |
| Huyết áp tâm thu lúc nhập viện, trung bình (mmHg) | 150,5 ± 33,3 | 130 ± 27,6 | 0,044** |
| Tiền sử bệnh | | | |
| Tăng huyết áp, n (%) | 27 (44,3%) | 49 (32,5%) | 0,10 II |
| Uống rượu nhiều, n (%) | 5 (8,2%) | 12 (7,9%) | 0,952 II |
| Đái tháo đường n, (%) | 4 (6,6%) | 3 (2,0%) | 0,093 II |
| Hút thuốc, n (%) | 0 | 8 (5,3%) | 0,068 II |
| Hình ảnh học | | | |
| Chảy máu thân não, n (%) | 10 (16,4%) | 10 (6,6%) | 0,028 II |
| Chảy máu não thất, n (%) | 34 (55,7%) | 62 (41,1%) | 0,052 II |
| Thể tích khối máu tụ, trung bình (cm ³) | 56,4 ± 72,4 | 21,9 ± 23,6 | 0,001** |
| Phương pháp điều trị | | | |
| Điều trị nội khoa đơn thuần, n (%) | 42 (68,9%) | 59 (39,1%) | < 0,01 II |
| Phẫu thuật, n (%) | 20 (32,8%) | 86 (57%) | 0,01 II |
| Can thiệp điện quang, n (%) | 3 (4,9%) | 13 (8,6%) | 0,358 II |
| Căn nguyên chảy máu | | | |
| Tăng huyết áp, n (%) | 31 (50,8%) | 51 (33,8%) | 0,021 II |
| AVM, n (%) | 5 (8,2%) | 62 (41,1%) | < 0,01 II |
| Cavernoma, n (%) | 0 | 11 (7,3%) | 0,031 II |
| Rối loạn đông máu, n (%) | 9 (14,8%) | 1 (0,7%) | <0,01 II |
| Sử dụng kháng huyết khối, n (%) | 0 | 2 (1,3%) | 0,368 II |
| Căn nguyên khác, n (%) | 2 (3,3%) | 6 (4,0%) | 0,81 II |
| Căn nguyên chưa xác định, n (%) | 13 (21,3%) | 17 (11,3%) | 0,57 II |

Ghi chú: *p Mann Whitney test; **p Independent samples test; IIp Chi-Square tests; AVM: dị dạng thông động tĩnh mạch (Arteriovenous Malformation); Cavernoma: U máu thể hang

Thực hiện phân tích hồi quy logistic đơn biến, chúng tôi xác định các yếu tố liên quan tới tử vong ngày 90 là: nam giới, điểm Glasgow lúc nhập viện, điểm NIHSS lúc nhập viện, huyết áp tâm thu lúc nhập viện, chảy máu thân não và thể tích khối máu tụ như Bảng 2. Tuy nhiên trong phân tích hồi quy đa biến, chỉ có điểm

Glasgow lúc nhập viện (với OR = 0,623; 95% KTC: 0,40 - 0,96; $p = 0,034$), chảy máu thân não (với OR = 7,65; 95% KTC: 1,70 - 34,4; $p = 0,008$) và thể tích khối máu tụ (với OR = 1,02; 95% KTC: 1,00 - 1,04; $p = 0,019$) là các yếu tố liên quan độc lập với tử vong ngày 90 (Bảng 2).

Bảng 2. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến liên quan tới tử vong ngày 90

| Yếu tố | OR chưa hiệu chỉnh | 95% KTC | p | OR hiệu chỉnh | 95% KTC | p |
|---|--------------------|-------------|--------|---------------|-------------|-------|
| Nam giới | 2,15 | 1,04 - 4,38 | 0,036 | 2,83 | 0,86 - 9,40 | 0,088 |
| Điểm Glasgow lúc nhập viện Với 01 điểm cao hơn | 0,62 | 0,55 - 0,69 | < 0,01 | 0,623 | 0,40 - 0,96 | 0,034 |
| Điểm NIHSS lúc nhập viện Với 01 điểm cao hơn | 1,16 | 1,12 - 1,2 | < 0,01 | 1,00 | 0,87 - 1,15 | 0,98 |
| HATT lúc nhập viện Với 10mmHg cao hơn | 1,12 | 1,01 - 1,23 | 0,03 | 1,05 | 0,89 - 1,24 | 0,54 |
| Chảy máu thân não | 2,77 | 1,09 - 7,03 | 0,033 | 7,65 | 1,70 - 34,4 | 0,008 |
| Thể tích khối máu tụ Với 10ml cao hơn | 1,31 | 1,18 - 1,46 | < 0,01 | 1,22 | 1,03 - 1,43 | 0,019 |

Ghi chú: OR: Tỷ suất chênh (Odd ratio); KTC: khoảng tin cậy; HATT: huyết áp tâm thu; NIHSS: thang đo đột quỵ của viện Y khoa quốc gia Mỹ (National Institutes of Health Stroke Scale); Glasgow: điểm đánh giá tình trạng ý thức

Chúng tôi thực hiện phân tích tìm điểm ngưỡng (cut-off), nhóm bệnh nhân có điểm Glasgow lúc nhập viện dưới 9 có tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có Glasgow lúc nhập viện từ 9 trở lên (83,3% so với 10,1%; OR = 44,37; 95% KTC 18,35 - 107,28; $p < 0,01$). Nhóm bệnh nhân có thể tích khối máu tụ từ 60ml trở lên có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm có thể tích khối máu tụ dưới 60ml (70,6% so với 20,8%; OR = 9,14; 95% KTC 4,02 - 20,8; $p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Hàng năm, có gần 3 triệu người tử vong vì chảy máu não, trong đó, có khoảng 9% là người trẻ.¹⁰ Chảy máu não ở người trẻ có tỷ lệ tử vong rất cao, và hầu hết gần 50% số ca tử vong xảy ra trong 48 giờ từ khi khởi phát triệu chứng.³ Tỷ lệ tử vong do chảy máu não trong nhóm người trẻ Đài Loan của tác giả Lai là 25%.⁴ Trên nhóm người trẻ bị chảy máu não ở Ả Rập và Ấn Độ, tỷ lệ tử vong tương ứng là 27,1% và 25,2%.^{7,11} Ở nhóm người trẻ Phần Lan, Koivunent nghiên cứu thấy tỷ lệ tử vong là 17,1%.³ Nhóm nghiên cứu của chúng tôi là người Việt Nam. Đặc điểm lối sống, chủng tộc, vùng địa lý tương đối giống nhau giữa người Việt Nam và Đài Loan.

Các yếu tố tiên lượng tử vong có giá trị rất quan trọng. Hiện tại, chúng ta vẫn chưa có khuyến cáo rõ ràng và cụ thể cho các trường hợp nào có khuyến cáo phẫu thuật hay can thiệp xâm lấn tối thiểu. Do đó, các yếu tố tiên lượng bệnh sẽ hỗ trợ rất tốt các bác sĩ phẫu thuật thần kinh, bác sĩ can thiệp thần kinh, bác sĩ hồi sức cùng gia đình bệnh nhân cùng thảo luận trước khi quyết định lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp. Bởi vì không giống như các sự phát triển của các phương pháp điều trị mới cho bệnh nhân nhồi máu não cấp đã giúp cải thiện rõ rệt tỷ lệ tử vong cũng như tàn phế, các phương pháp điều trị xâm lấn cho nhóm bệnh nhân chảy máu não vẫn đang tập trung nhằm cải thiện tỷ lệ tử vong, và đa phần là phương pháp mang ý nghĩa cứu vãn.¹² Theo Hội Đột quy Hoa Kỳ, tất cả bệnh nhân chảy máu não cần được đánh giá tổng quan lâm sàng ban đầu về mức độ nặng của tuổi, điểm Glasgow, điểm NIHSS, huyết áp, vị trí chảy máu não, thể tích khối máu tụ là những thông số cơ bản quan trọng giúp tiên lượng bệnh.¹²

Tuổi cao nói chung là một yếu tố tiên lượng xấu cho bệnh nhân chảy máu não. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do độ tuổi của mẫu nghiên cứu tập trung vào nhóm người 30 - 45 nên sự ảnh hưởng của tuổi tới kết cục điều trị không có sự khác biệt giữa hai nhóm sống và tử vong. Điểm Glasgow càng thấp chứng tỏ tổn thương não càng trầm trọng. Điểm Glasgow thấp hơn gần 50% ở nhóm tử vong so với nhóm sống sau chảy máu não ở người trẻ trong nghiên cứu của Kalita.⁷ Theo Lai và cộng sự, điểm Glasgow dưới 8 là một yếu tố tiên lượng độc lập tử vong ngày 90 với OR 17,78 (95% KTC 8,03 - 39,39; $p < 0,01$).⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, Glasgow tăng thêm 01 điểm thì nguy cơ tử vong giảm còn 62,3%, hay là khi Glasgow giảm 01 điểm nguy cơ tử vong tăng gấp 1,61 lần.

Trong nghiên cứu của Koivunen, khi phân tích hồi quy đơn biến logistic, nhóm chảy máu não người trẻ có điểm NIHSS lúc nhập viện càng cao thì nguy cơ tử vong ngày 90 càng cao: NIHSS > 14 có OR 39 (95% KTC: 7,77 - 195,73; $p < 0,01$) so với nhóm NIHSS 0 - 6, NIHSS 7 - 14 có OR 6,25 (95% KTC: 1,23 - 31,78; $p = 0,03$) so với nhóm NIHSS 0 - 6.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, cứ mỗi điểm NIHSS tăng thêm 1 thì nguy cơ tử vong tăng lên 1,16 lần khi phân tích hồi quy đơn biến.

Chảy máu não vùng dưới lều, đặc biệt là vị trí thân não được chứng minh có nguy cơ tử vong cao. Chảy máu vùng dưới lều có nguy cơ tử vong cao gấp 13,89 lần có ý nghĩa thống kê so với chảy máu vùng thùy não trong nghiên cứu của Koivunen trên mẫu 336 bệnh nhân người trẻ bị chảy máu não.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, chảy máu vị trí thân não là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong ngày 90 với OR 7,65 (95% KTC: 1,7 - 34,4; $p = 0,008$).

Hiệu ứng khối là một trong những cơ chế bệnh sinh rất quan trọng trong chảy máu não. Thể tích khối máu tụ càng lớn hiệu ứng khối càng mạnh, gây chèn ép, tăng áp lực nội sọ, gây thoát vị não, do đó nguy cơ tử vong càng cao. Kalita và cộng sự thấy rằng trong nhóm người trẻ do chảy máu não, người có khối máu tụ lớn hơn 40ml có nguy cơ tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người có khối máu tụ dưới 40ml với OR 24,95 (95% KTC: 13,32 - 47,19; $p < 0,01$).⁷ Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, thể tích khối máu tụ là yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ tử vong, nếu thể tích tăng thêm 10ml thì nguy cơ tử vong tăng lên với OR 1,22 (95% KTC: 1,03 - 1,43; $p = 0,019$).

Nghiên cứu của chúng tôi có một vài điểm hạn chế. Đầu tiên là số lượng bệnh nhân chỉ giới hạn tại một trung tâm đơn lẻ, do đó cần một nghiên cứu lớn hơn ở nhiều trung tâm trong cả nước để có thể đại diện cho người dân

Việt Nam. Thứ hai, các phương pháp điều trị chảy máu não ở các bệnh nhân gồm điều trị nội khoa, phẫu thuật thần kinh là không thuần nhất giữa các bệnh nhân và có thể là sai số ảnh hưởng tới kết cục điều trị bệnh nhân. Thứ ba, do số lượng bệnh nhân hạn chế nên một số căn nguyên chảy máu não do AVM hoặc cavernoma hoặc rối loạn đông máu chúng tôi không đưa vào phân tích hồi quy.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong ngày 90 do chảy máu nhu mô não tự phát ở người trẻ (< 45 tuổi) là 28,8%. Điểm Glasgow lúc nhập viện, chảy máu thân não và thể tích khối máu tụ lớn là các yếu tố tiên lượng tử vong ngày 90 ở người trẻ bị chảy máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44(7):2064-2089. doi:10.1161/STR.0b013e318296aeca.
2. Hemphill JC 3rd, Greenberg SM, Anderson CS, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015; 46(7):2032-2060. doi:10.1161/STR.000000000000069.
3. Koivunen RJ, Satopää J, Meretoja A, et al. Incidence, risk factors, etiology, severity and short-term outcome of non-traumatic intracerebral hemorrhage in young adults. *Eur J Neurol*. 2015; 22(1): 123-132. doi:10.1111/ene.12543.
4. Lai SL, Chen ST, Lee TH, Ro LS, Hsu SP. Spontaneous intracerebral hemorrhage in young adults. *Eur J Neurol*. 2005; 12(4): 310-316. doi:10.1111/j.1468-1331.2004.00957.x.
5. Tattisumak T, Cucchiara B, Kuroda S, Kasner SE, Putaala J. Nontraumatic intracerebral haemorrhage in young adults. *Nat Rev Neurol*. 2018; 14(4): 237-250. doi:10.1038/nrneurol.2018.17.
6. Hemphill JC, Greenberg SM, Anderson CS, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015; 46(7): 2032-2060. doi:10.1161/STR.000000000000069.
7. Kalita J, Goyal G, Kumar P, Misra UK. Intracerebral hemorrhage in young patients from a tertiary neurology center in North India. *J Neurol Sci*. 2014; 336(1-2): 42-47. doi:10.1016/j.jns.2013.09.037.
8. Bevan H, Sharma K, Bradley W. Stroke in young adults. *Stroke*. 1990; 21(3): 382-386. doi:10.1161/01.str.21.3.382.
9. Fuh JL, Liu HC, Wang SJ, Lo YK, Lee LS. Nontraumatic hemorrhagic stroke in young adults in taiwan. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 1994; 4(2): 101-105. doi:10.1016/S1052-3057(10)80117-X.
10. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke*. 2022; 17(1): 18-29. doi:10.1177/17474930211065917.
11. Awada A, Daif A, Obeid T, Al Rajeh S. Nontraumatic cerebral hemorrhage in the young: a study of 107 cases. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 1998; 7(3): 200-204. doi:10.1016/s1052-3057(98)80008-6.
12. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, et al. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2022; 53(7): e282-e361. doi:10.1161/STR.0000000000000407.

Summary

MORTALITY RATE IN YOUNG ADULTS WITH INTRACRANICAL HEMORRHAGE AND PROGNOSTIC FACTORS

Hemorrhagic stroke in young patients has a significant mortality rate. In Vietnam, there is limited data on the outcome of this group of patients. This study aimed to explore the mortality rate and some factors related to 90th-day death among young ICH patients. A cross-sectional retrospective study was conducted at Bach Mai stroke center from November 2020 to May 2022. Multivariate regression logistics was used to interpret the mortality predictors after 90 days. 212 patients were recruited. The mortality rate was 28.8%. Predictors of 90-day mortality include lower Glasgow coma score at admission (with OR 0.623 for each additional GCS; 95%CI: 0.40 - 0.96; p = 0.034), bleeding in the brain stem (OR 7.65; 95%CI: 1.70 - 34.4; p = 0.008) and higher hematoma volume (OR 1.22 for each 10mL increase in volume; 95%CI: 1.03 - 1.43; p = 0.019).

Keyword: Intracerebral hemorrhage; young adult, multifactor related, clinical outcome.