

YẾU TỐ LIÊN QUAN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XẤU Ở BỆNH NHÂN TRẺ BỊ CHẢY MÁU NÃO DO TĂNG HUYẾT ÁP

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

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây chảy máu não ở người trẻ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 11/2020 đến tháng 5/2022 trên nhóm bệnh nhân trẻ dưới 45 tuổi được chẩn đoán chảy máu não do tăng huyết áp nhập viện vào Trung tâm Đột quy Bạch Mai nhằm đánh giá kết quả điều trị ngày thứ 90 và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Nghiên cứu đã thu tuyển được 82 bệnh nhân trẻ bị chảy máu não do tăng huyết áp, nam giới chiếm 90,2%. Tỷ lệ đạt kết quả lâm sàng tốt, mRS 0-2, là 39/82 (47,6%) bệnh nhân, kết quả lâm sàng xấu (mRS 3-6) là 43/82 (52,4%). Các yếu tố liên quan tới kết quả lâm sàng xấu theo phân tích hồi qui logistic là Glasgow (OR = 0,54; 95%CI: 0,39 - 0,75), NIHSS (OR = 1,23; 95%CI: 1,12 - 1,35), huyết áp tâm thu (với mỗi 10mmHg tăng thêm OR = 1,19; 95%CI: 1,00 - 1,40) và thể tích khối máu tụ (với mỗi 10ml thể tích tăng thêm OR = 1,4; 95%CI: 1,16 - 1,71).

Từ khóa: Chảy máu não do tăng huyết áp, người bệnh trẻ tuổi, khả năng hồi phục.

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 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 trong 30 ngày là rất cao, dao động từ 35% đến 52%.³

Dưới 45 tuổi là ngưỡng lựa chọn vào nghiên cứu chảy máu não người trẻ.⁴ Do các bệnh nhân trẻ đang ở độ tuổi làm việc hiệu quả nhất nên có thể dẫn đến những hậu quả kinh tế xã hội sâu sắc về lâu dài, bao gồm nghỉ ốm dài ngày, nghỉ hưu sớm, chăm sóc tại cơ sở kéo dài và thậm chí tử vong.^{2,4} Chảy máu não ở người trẻ khác so với người già ở một số khía cạnh quan trọng: ở người trẻ có yếu tố

nguy cơ và căn nguyên chảy máu não đa dạng hơn.⁴ Căn nguyên chảy máu não được phân loại theo các chữ cái SMASH-U, bao gồm: tổn thương cấu trúc mạch máu (S - structural), thuốc chống đông (M - Medication), bệnh mạch máu não nhiễm bột (A - Amylosis), bệnh lý hệ thống (S - systemic disease), tăng huyết áp (H - hypertensive) và căn nguyên không xác định khác (U - undetermined).⁵ Tuy nhiên, theo Matthew Broderick thấy rằng tăng huyết áp vẫn là căn nguyên hàng đầu gây chảy máu não không do chấn thương ở người trẻ chiếm 36%, hơn cả căn nguyên dị dạng mạch máu não chiếm 28%, đặc biệt nhóm người trẻ trên 30 tuổi.⁵ Theo Koivunen, chảy máu não do tăng huyết áp được xác định khi: đã loại trừ các căn nguyên tổn thương cấu trúc mạch máu não và không có sử dụng các thuốc chống đông, kháng kết tập tiểu cầu và bệnh lý rối loạn đông máu, bệnh cảnh lâm sàng có tình trạng tăng huyết áp rõ và trên phim chụp cộng hưởng từ có tổn thương của tăng huyết áp.⁶

Tác giả liên hệ: Mai Duy Tôn

Bệnh viện Bạch Mai

Email: tonresident@gmail.com

Ngày nhận: 03/03/2023

Ngày được chấp nhận: 31/03/2023

Các dữ liệu hiện tại về chảy máu não do tăng huyết áp ở người trung niên và người cao tuổi không thể áp dụng vào người trẻ do có sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng.⁷ Theo Albakr và cộng sự, chảy máu não do tăng huyết áp ở người trẻ thường có xu hướng xảy ra nhiều hơn ở người hút thuốc, uống rượu nhiều, béo phì, đái tháo đường và tiền sử gia đình có người đã bị chảy máu não.⁸ Hiện nay, chủ đề chảy máu não do tăng huyết áp ở người trẻ tại Việt Nam vẫn còn chưa được nghiên cứu nhiều. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chảy máu não do tăng huyết áp ở người trẻ tại Bệnh viện Bạch Mai nhằm hai mục tiêu:

- 1) Kết quả điều trị theo mRS ngày thứ 90 ở bệnh nhân chảy máu não người trẻ và
- 2) Nhận xét một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu não theo tiêu chuẩn của Hội đột quy Hoa Kỳ.
- Căn nguyên chảy máu não là do tăng huyết áp theo tác giả Koivunen.
- Tuổi dưới 45.

Theo tác giả Koivunen, chảy máu nội sọ do tăng huyết áp được xác định khi:⁶

Loại trừ các căn nguyên tổn thương cấu trúc khác dựa trên phim chụp mạch máu não: như dị dạng thông động tĩnh mạch não, u máu thể hang, u não, phình mạch...

Không có sử dụng các thuốc chống đông, kháng kết tập tiểu cầu và bệnh lý rối loạn đông máu.

Bệnh cảnh lâm sàng có tình trạng tăng huyết áp rõ, tiền sử tăng huyết áp hoặc được chẩn đoán tăng huyết áp khi nhập viện mà có tổn thương cơ quan đích của tăng huyết áp như

thận, trên điện tâm đồ có biểu hiện dày thất trái.

Trên phim chụp cộng hưởng từ nếu có tổn thương não của tăng huyết áp: các vi chảy máu, thoái hóa chất trắng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Chảy máu dưới nhện.
- Chảy máu chuyển dạng do nhồi máu não.
- Chảy máu não do chấn thương, tụ máu dưới màng cứng, tụ máu ngoài màng cứng.
- Chảy máu não do huyết khối xoang tĩnh mạch não.
- Hồ sơ không đủ thông tin dữ liệu như bệnh án nghiên cứu.
- Bệnh nhân có tiền sử đột quy cũ hoặc tàn phế trước đó với mRS > 2.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11/2020 đến tháng 05/2022 tại Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát, phân tích, bệnh chứng.

Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Chỉ số nghiên cứu

Các biến số là ứng viên cho yếu tố 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.⁹
- Tăng huyết áp được ghi nhận khi huyết áp tâm thu trên 140mmHg và hoặc huyết áp tâm trương trên 90mmHg kéo dài từ 14 ngày trở nên ở bệnh nhân chưa tiền sử tăng huyết áp hoặc ở bệnh nhân đã có tiền sử tăng huyết áp.
- Chẩn đoán hình ảnh trên phim cắt lớp vi tính dạng mạch hoặc cộng hưởng từ.

Vị trí chảy máu trên nhu mô: vùng hạch nền và đồi thị (nhân đậu, nhân bèo, 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 $ABC/2$.³ A là đường kính khối máu tụ lớn nhất. B là đường kính lớn nhất vuông góc với A trên cùng lát cắt sọ não. C là số lát cắt có diện tích máu tụ gần đúng nhân với độ dày lát cắt tính bằng cm.

Phương pháp điều trị: điều trị nội khoa, phẫu thuật lấy máu tụ, dẫn lưu não thất ra ngoài.

Biến đầu ra: kết quả lâm sàng cuối cùng theo thang điểm mRS tại thời điểm 90 ngày sau khởi phát. Kết cục lâm sàng xấu, tức là mRS = 3 - 6 ngày thứ 90, kết quả lâm sàng tốt (mRS 0 - 2) ngày thứ 90, tức là bệnh nhân có khả năng tự đi lại và chăm sóc được bản thân, có thể sống không cần phụ thuộc vào người khác. Điểm mRS sẽ được đánh giá bởi bác sĩ đột quy qua tái khám tại bệnh viện hoặc qua điện thoại theo bảng hướng dẫn chấm điểm mRS rút gọn.

Thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) gồm¹⁰:

- 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 và căn nguyên chảy máu não được so sánh giữa hai nhóm dựa vào kết quả 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 mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng và biến đầu ra. Các yếu tố nguy cơ, yếu tố đặc điểm lâm sàng được phân tích hồi quy đơn biến nhị phân (biến định tính), các yếu tố nguy cơ phân tích hồi quy đơn biến Logistic (biến định lượng).

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 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 nhóm 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 do tất cả các nguyên nhân. Sau khi loại bỏ 68 bệnh nhân chảy máu não do dị dạng thông động tĩnh mạch (AVM), 11 ca do cavernoma, 13 ca do rối loạn đông máu, 2 ca do sử dụng thuốc kháng huyết khối, 6 ca do căn nguyên khác và 30 ca do căn

nguyên chưa xác định khác thì nghiên cứu của chúng tôi có 82 bệnh nhân chảy máu não người trẻ. Trong đó, nam giới chiếm đa số với 74%, tuổi trung vị là 40 (IQR 36 - 42).

Số bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm phần lớn với 78%. Và nhóm có kết quả lâm sàng tốt (mRS 0 - 2) có tỷ lệ tiền sử tăng huyết áp thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có kết quả lâm sàng xấu (mRS 3 - 6). Các tiền sử uống rượu nhiều, đái tháo đường, hút thuốc lá ở hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Vị trí chảy máu não hay gặp nhất ở nhóm nghiên cứu là hạch nền và đồi thị chiếm 65,9%. Thể tích khối máu tụ nhu mô não của nhóm nghiên cứu trung bình là $38,9 \pm 64,2$ ml. Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật lấy khối máu tụ là 23 bệnh nhân, chiếm 28%. Tỷ lệ bệnh nhân được dẫn lưu não thất là 4,8%.

2. Kết quả điều trị lâm sàng tốt (mRS 0 - 2) và xấu (mRS 3 - 6) ngày ra viện và ngày thứ 90

Nghiên cứu gồm 82 bệnh nhân, khi ra viện, tỷ lệ bệnh nhân có điểm mRS 0 - 2 là 19 ca, chiếm 23,2%, nhóm có kết quả lâm sàng xấu (mRS 3 - 6) có 63 bệnh nhân, chiếm 76,8%. Ở ngày thứ 90 thì nhóm có kết quả lâm sàng tốt là 39/82 bệnh nhân, chiếm 47,6%, và nhóm có kết quả lâm sàng xấu là 43/82 bệnh nhân, chiếm 52,4%, trong đó tỷ lệ tử vong chiếm 38% mẫu nghiên cứu.

3. Các yếu tố liên quan kết quả lâm sàng xấu ngày thứ 90

Trong mẫu nghiên cứu chúng tôi chia hai nhóm tử vong và nhóm sống. 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: điểm NIHSS, Glasgow, huyết áp tâm thu lúc nhập viện và thể tích khối máu tụ.

Chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy đơn biến từng yếu tố để tính ra chỉ số OR chưa hiệu chỉnh. Đồng thời tính phân tích hồi quy đa biến với biến nhị phân để tính chỉ số OR hiệu chỉnh. Kết quả của chúng tôi thấy rằng, các biến đầu vào điểm Glasgow lúc nhập viện, điểm NIHSS lúc nhập viện, huyết áp tâm thu lúc nhập viện và thể tích khối máu tụ khi phân tích đơn biến đều là yếu tố liên quan tới kết quả lâm sàng xấu với giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

Chúng tôi tiến hành mô hình hồi quy nhị phân đa biến gồm các biến Glasgow, điểm NIHSS và thể tích máu tụ cho các giá trị Nagelkerke R Square và $-2 \log$ likelihood tốt hơn, chỉ số tiên đoán chính xác trong mẫu nghiên cứu là 85,4% là cao hơn so với mô hình hồi qui nhị phân đa biến gồm biến Glasgow, điểm NIHSS, huyết áp tâm thu và thể tích máu tụ với chỉ số tiên đoán chỉ là 81,4%. Do đó, chúng tôi lựa chọn mô hình hồi qui nhị phân đa biến gồm điểm Glasgow, điểm NIHSS và thể tích khối máu tụ lúc nhập viện cho tiên lượng kết quả điều trị xấu.

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu và hai nhóm kết quả tốt và xấu ngày thứ 90

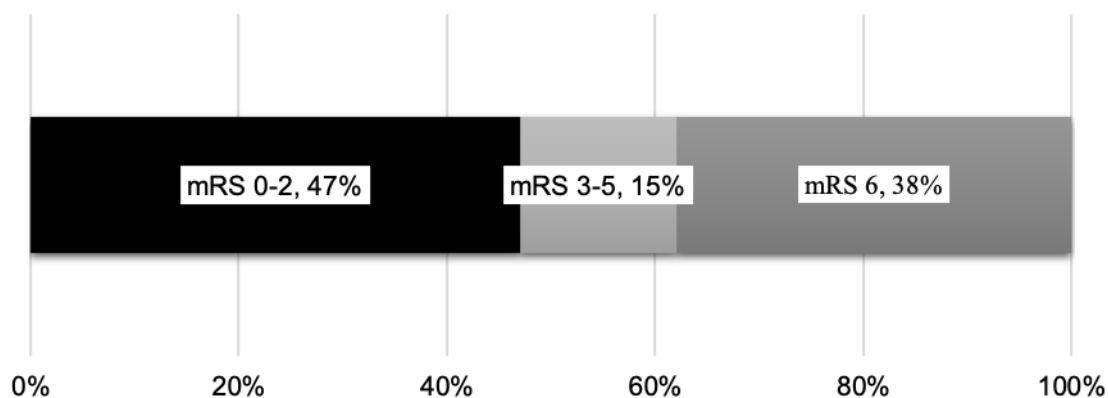
Đặc điểm	Chung (n = 82)	mRS 0-2 (n = 39)	mRS 3-6 (n = 43)	p
Tuổi, trung vị, IQR	40 (36 - 42)	39 (35 - 43)	41 (37 - 42)	0,53 *
Nam giới, n, %	74 (90,2)	34 (87,2%)	40 (93%)	0,46 **
Glasgow lúc nhập viện, trung vị, IQR	14 (8 - 15)	15 (15 - 15)	8 (6 - 15)	< 0,001 *
NIHSS lúc nhập viện, trung vị, IQR	12 (6 - 30)	6 (4 - 8)	28 (9 - 32)	< 0,001 *
HATT lúc nhập viện, trung bình, mmHg	$165,7 \pm 28,5$	$159,9 \pm 26,9$	$172,5 \pm 28,7$	0,024 α

Đặc điểm	Chung (n = 82)	mRS 0-2 (n = 39)	mRS 3-6 (n = 43)	p
HATT _{tr} lúc nhập viện, trung bình, mmHg	95,7 ± 14,9	92,4 ± 13,7	98,2 ± 15,6	0,1 α
Tiền sử bệnh				
Tăng huyết áp, n, %	64 (78%)	30 (76,9)	34 (79,1)	0,81 **
Uống rượu nhiều, n, %	11 (13,4%)	8 (20,5)	3 (7)	0,07 **
Đái tháo đường, n, %	5 (6,1%)	2 (5,1)	3 (7)	0,54 **
Hút thuốc lá, n, %	5 (6,1%)	4 (10,3)	1 (2,3)	0,15 **
Hình ảnh học - Vị trí chảy máu				
Hạch nền + đồi thị, n, %	54 (65,9%)	26 (66,7)	28 (65,1)	0,88 **
Thùy não, n, %	30 (36,6%)	10 (25,6)	20 (46,5)	0,051 **
Thân não, n, %	12 (14,6%)	3 (7,7)	9 (20,9)	0,09 **
Tiểu não, n, %	4 (4,8%)	3 (7,7)	9 (20,9)	0,09 **
Não thất, n, %	31 (37,8%)	11 (28,2)	20 (46,5)	0,09 **
Thể tích khối máu tụ, trung bình, ml	38,9 ± 64,2	17,5 ± 19,7	58,3 ± 82,4	< 0,001 α
Phương pháp điều trị				
Nội khoa đơn thuần, n, %	56 (68,3%)	29 (74,4)	27 (62,8)	0,26 α
Phẫu thuật lấy máu tụ, n, %	23 (28%)	8 (20,5)	15 (34,9)	0,15 α
Dẫn lưu não thất ra ngoài, n, %	4 (4,8%)	0	4 (6,3)	--

HATT: huyết áp tâm thu; HATT_{tr}: huyết áp tâm trương; NIHSS: điểm theo thang đo đột quỵ của viện y học quốc gia Hoa Kỳ

p là giá trị của phép so sánh các đặc điểm giữa hai nhóm mRS 0 - 2 và mRS 3 - 6

*: K-test so sánh hai trung vị; **: Fisher so sánh hai tỉ lệ; α: T-test so sánh hai trung bình



Hình 1. Kết quả điều trị ngày thứ 90

Bảng 2. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến các yếu tố ảnh hưởng kết quả lâm sàng xấu ngày thứ 90

Yếu tố	OR chưa hiệu chỉnh	KTC 95%	p	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
NIHSS lúc nhập viện Với 1 điểm cao hơn	1,23	1,12 - 1,35	< 0,001	1,22	1,01 - 1,47	0,037
Glasgow lúc nhập viện Với 1 điểm cao hơn	0,54	0,39 - 0,75	< 0,001	1,06	0,59 - 1,90	0,86
Thể tích khối máu tụ ml Với 10ml cao hơn	1,40	1,16 - 1,71	0,001	1,31	1,004 - 1,73	0,046
HATT lúc nhập viện Với 10mmHg tăng thêm	1,19	1,00 - 1,40	0,043	-	-	-

OR: Tỷ suất chênh (Odd ratio); KTC: khoảng tin cậy; $p < 0,05$ coi là có ý nghĩa thống kê

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

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân trẻ bị chảy máu não do tăng huyết áp rất thường gặp và có kết quả lâm sàng xấu, ảnh hưởng tới sự phát triển của xã hội, gánh nặng cho gia đình rất lớn. Theo nghiên cứu ở nhóm bệnh nhân chảy máu não người trẻ nói chung, tỷ lệ tử vong rất cao, có thể tới 30 - 50%, đặc biệt trong hai ngày đầu của bệnh.⁷ Trong nghiên cứu của Albakr, nhóm bệnh nhân chảy máu não người trẻ do tăng huyết áp có tỷ lệ tử vong rất cao, tới 53,3%.⁸ Theo Ruiz-Sandoval, tỷ lệ tử vong chảy máu não do tăng huyết áp ở người trẻ là 23% trong tháng đầu tiên.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong ngày thứ 90 chiếm 38%, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả lâm sàng tốt, mRS 0 - 2 ngày thứ 90 là 47%, tỷ lệ có kết quả lâm sàng xấu, mRS 3 - 6, là 53%.

Điểm NIHSS có vai trò quan trọng trong đánh giá tổn thương thần kinh ở bệnh nhân đột quỵ não nói chung. Trong nghiên cứu của Albakr và cộng sự, đánh giá đặc điểm lâm sàng bệnh nhân chảy máu não người trẻ ở Ấn Độ,

thu tuyển được 63 bệnh nhân có điểm NIHSS trung vị là 15.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi thu tuyển được 82 bệnh nhân chảy máu não người trẻ, ở nhóm bệnh nhân của chúng tôi, điểm NIHSS có trung vị là 12 (IQR 6 - 30). Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có kết quả lâm sàng tốt, tức mRS 0 - 2, có điểm NIHSS lúc nhập viện thấp hơn so với nhóm có kết quả lâm sàng xấu, với mRS 3 - 6 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Khi phân tích hồi quy đơn biến với đầu ra là biến nhị phân, điểm NIHSS lúc nhập viện có liên quan tới kết quả lâm sàng xấu, với OR hiệu chỉnh là 1,22 (95%CI: 1,01 - 1,47; $p = 0,037$).

Điểm Glasgow lúc nhập viện là một yếu tố tiên lượng kết quả lâm sàng xấu, cũng như nguy cơ tử vong ở bệnh nhân chảy máu não nói chung.¹¹ Trong nghiên cứu của Albakr, có 62,5% bệnh nhân có điểm Glasgow lúc nhập viện dưới 13 điểm, và kết quả có 53,3% bệnh nhân tử vong.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Glasgow lúc nhập viện có trung vị là

14 (IQR 8 - 15). Chúng tôi chia hai nhóm bệnh nhân theo kết quả lâm sàng tốt và xấu thấy rằng, ở nhóm có kết quả lâm sàng tốt có điểm Glasgow lúc nhập viện cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có kết quả lâm sàng xấu ngày thứ 90, với OR chưa hiệu chỉnh là 0,54 (95%CI: 0,39 - 0,75; $p < 0,001$). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của tác giả Albakr, điểm Glasgow thấp dưới 13 điểm có liên quan tới kết quả lâm sàng xấu, với OR 3,33 (95%CI: 1,0 - 10,8; $p = 0,04$).⁸ Tuy nhiên, khi phân tích hồi quy đa biến với đầu ra là kết quả lâm sàng xấu, thì điểm Glasgow lúc nhập viện cho kết quả p là 0,86. Lý giải kết quả này, có thể do Glasgow được coi là yếu tố cộng gộp cùng các yếu tố khác giúp tiên lượng kết quả lâm sàng xấu.

Huyết áp tâm thu và tâm trương lúc nhập viện của bệnh nhân chảy máu não thường sẽ tăng do phản ứng theo cơ chế điều hòa tự động. Trong nghiên cứu của Albakr, huyết áp tâm thu lúc nhập viện là $195,9 \pm 23,8$ mmHg, và huyết áp tâm thu là $112,8 \pm 22,3$ mmHg.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai mức huyết áp này cũng cao tương đương, với huyết áp tâm thu là $165,7 \pm 28,5$ và huyết áp tâm trương là $95,7 \pm 14,9$. Hai nhóm kết quả lâm sàng tốt và xấu trong nghiên cứu của chúng tôi có huyết áp không khác nhau có ý nghĩa thống kê. Tiền sử bệnh ở bệnh nhân người trẻ bị chảy máu não do tăng huyết áp, theo tác giả Broderick, tăng huyết áp chiếm phần lớn với 47,6% thứ hai là đái tháo đường, chiếm 14,3%.⁵ Trong nghiên cứu của Albakr, tiền sử tăng huyết áp trước khi khởi phát bệnh là 50%, đái tháo đường chiếm 45,8%, hút thuốc lá 25%, uống rượu nhiều chiếm 20,8%.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự tác giả Albakr, tiền sử tăng huyết áp chiếm phần lớn nhất với 79%, thứ hai là uống rượu nhiều 13,4%, đái tháo đường và hút thuốc lá cùng chiếm 6,1%.

Trong rất nhiều nghiên cứu, tăng huyết áp được xác định là căn nguyên hàng đầu gây chảy máu não ở nhóm người trẻ.¹¹ Tuy nhiên, có rất nhiều người không được chẩn đoán tăng huyết áp cho đến khi có biến cố chảy máu não do tăng huyết áp. Như trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 79% bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp trước đó. Tương tự như trong nghiên cứu của Albakr, chỉ có 50% bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp trước khi biến cố chảy máu não xảy ra.⁸ Do đó, việc khám và phát hiện sớm, điều trị sớm tăng huyết áp là rất quan trọng nhằm giúp giảm tỷ lệ đột quỵ não.

Thể tích khối máu tụ lúc nhập viện càng lớn gây hiệu ứng khối càng mạnh, gây tăng áp lực nội sọ và lâm sàng bệnh diễn biến nặng. Trong nghiên cứu của Albakr, thể tích máu tụ nhu mô ở người chảy máu não trẻ là $21,0 \pm 18,1$ ml.⁸ Trong nghiên cứu của Ruiz-Sandoval, thể tích khối máu tụ ở người trẻ bị chảy máu não là $8,8 \pm 6,7$ ml.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích khối máu tụ là lớn hơn, $38,9 \pm 64,2$ ml. Và nhóm có kết quả lâm sàng tốt có thể tích khối máu tụ nhỏ hơn nhóm có kết quả lâm sàng xấu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích khối máu tụ là yếu tố liên quan kết quả lâm sàng xấu với OR = 1,31 (95%CI: 1,004 - 1,73; $p = 0,046$).

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi có một vài điểm hạn chế. Đầu tiên là số lượng bệnh nhân chỉ giới hạn đơn trung tâm và cỡ mẫu nhỏ. Thứ hai, phương pháp điều trị chảy máu não ở các bệnh nhân gồm điều trị nội khoa, phẫu thuật nói chung là không thuần nhất giữa các bệnh nhân và có thể là sai số ảnh hưởng tới kết quả điều trị bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, người trẻ bị chảy máu não do tăng huyết áp cho kết

quả lâm sàng xấu (mRS 3 - 6) ngày thứ 90 đạt 52,4%. Một số yếu tố tiên lượng kết quả lâm sàng xấu trong nghiên cứu của chúng tôi là điểm Glasgow thấp, điểm NIHSS cao, huyết áp tâm thu cao lúc nhập viện và thể tích khối máu tụ lớn.

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. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke Off J Int Stroke Soc*. 2022; 17(1): 18-29. doi:10.1177/17474930211065917.
3. 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.0000000000000069.
4. Bevan H, Sharma K, Bradley W. Stroke in young adults. *Stroke*. 1990; 21(3): 382-386. doi:10.1161/01.str.21.3.382.
5. Broderick M, Rosignoli L, Lunagariya A, et al. Hypertension is a Leading Cause of Nontraumatic Intracerebral Hemorrhage in Young Adults. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc*. 2020; 29(5): 104719. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104719.
6. 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.
7. Tatlisumak T, Cucchiara B, Kuroda S, et al. Nontraumatic intracerebral haemorrhage in young adults. *Nat Rev Neurol*. 2018; 14(4): 237-250. doi:10.1038/nrneurol.2018.17.
8. Albakr A, AlFajri A, Almatar A, et al. Hypertensive Intracerebral Hemorrhage in Young Patients From a Tertiary Care Center in Saudi Arabia: An Observational Study. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2021; 23(3): 20m02768. doi:10.4088/PCC.20m02768.
9. Putaala J, Metso AJ, Metso TM, et al. Analysis of 1008 Consecutive Patients Aged 15 to 49 With First-Ever Ischemic Stroke. *Stroke*. 2009; 40(4): 1195-1203. doi:10.1161/STROKEAHA.108.529883.
10. Outcomes Validity and Reliability of the Modified Rankin Scale: Implications for Stroke Clinical Trials | Stroke. Accessed March 17, 2023. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.str.0000258355.23810.c6>.
11. 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.0000000000000069.

Summary

FACTORS RELATED TO POOR CLINICAL OUTCOMES IN YOUNG PATIENTS WITH HYPERTENSION INTRACRANIAL HEMORRHAGIC STROKE

Hypertension remains the leading cause of intracerebral hemorrhage in young people. We conducted a cross-sectional observational study from November 2020 to May 2022 on a group of young patients under 45 years of age diagnosed with hypertension intracerebral hemorrhage admitted to Bach Mai Stroke Center to evaluate treatment outcome and related factors. The study recruited 82 young patients with hypertension intracerebral hemorrhage, male accounted for 90.2%. The rate of achieving the good clinical outcome (mRS 0 - 2) was 39/82 (47%) patients, the poor clinical outcome (mRS 3 - 6) was 43/82 (53%). Factors associated with poor clinical outcomes, according to univariate binary regression analysis, were Glasgow (OR = 0.54; 95%CI: 0.39 - 0.75), NIHSS (OR = 1.23; 95%CI: 1.12 - 1.35), systolic blood pressure (OR = 1.19; 95%CI: 1.00 - 1.40) and hematoma volume (every 10ml increasing volume OR = 1.4; 95%CI: 1.16 - 1.71).

Keywords: Hypertension intracerebral hemorrhage, young patients, the ability to recover.