

cấp được can thiệp lấy huyết khối cơ học giúp cải thiện chức năng cho BN, giảm thương tật thứ cấp đặc biệt với các BN được PHCN sớm trong 24-48h kể từ thời điểm can thiệp và không gây ra biến chứng cho BN trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Chugh C.** Acute Ischemic Stroke: Management Approach. Indian J Crit Care Med. Jun 2019;23(Suppl 2):S140-s146. doi:10.5005/jp-journals-10071-23192
- Powers WJ.** Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019;50(12):e344-e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211
- Rudd AG.** The latest national clinical guideline for stroke. Clin Med (Lond). Apr 2017;17(2):154-155. doi:10.7861/clinmedicine.17-2-154
- Wang W.** Safety and Efficacy of Early Rehabilitation After Stroke Using Mechanical Thrombectomy: A Pilot Randomized Controlled Trial. Front Neurol. 2022;13:698439. doi:10.3389/fneur.2022.698439
- Wu WX.** Effect of Early and Intensive Rehabilitation after Ischemic Stroke on Functional Recovery of the Lower Limbs: A Pilot, Randomized Trial. J Stroke Cerebrovasc Dis. May 2020;29(5):104649. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104649
- Momosaki R.** Very Early versus Delayed Rehabilitation for Acute Ischemic Stroke Patients with Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator: A Nationwide Retrospective Cohort Study. Cerebrovasc Dis. 2016;42(1-2):41-8. doi:10.1159/000444720
- Liu N, Cadilhac DA.** Randomized controlled trial of early rehabilitation after intracerebral hemorrhage stroke: difference in outcomes within 6 months of stroke. Stroke. Dec 2014;45(12):3502-7. doi:10.1161/strokeaha.114.005661

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY PHỐI HỢP VỚI THANG ĐIỂM RICH Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO TRÊN LỀU DO TĂNG HUYẾT ÁP

Đào Quang Anh¹, Trần Quang Lục¹, Nguyễn Văn Sơn¹
Bùi Công Nguyên¹, Nguyễn Đức Trung², Trần Phương Chinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố tiên lượng tử vong trên cắt lớp vi tính đa dãy phối hợp với thang điểm rICH ở bệnh nhân xuất huyết não trên lều do tăng huyết áp, so sánh giá trị tiên lượng với thang điểm ICH, MICH. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 124 bệnh nhân xuất huyết não trên lều do tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 02/2022 đến tháng 02/2024 nhằm xác định một số yếu tố tiên lượng tử vong trong 90 ngày. Sử dụng đường cong ROC để tính giá trị tiên lượng của một số yếu tố nguy cơ tử vong và so sánh giá trị tiên lượng của thang điểm rICH với thang điểm ICH, MICH. **Kết quả:** Tổng số 124 bệnh nhân được chọn gồm 91 nam (73,38%); tuổi trung bình 64,67±13,22; tỷ lệ tử vong trong 90 ngày là 30,65%. Tỷ suất chênh cho thấy tuổi ≥70 (OR: 3,095; 95%CI: 1,3856,916), GCS ≤12 (OR: 69,067; 95%CI: 9,024-528,607), thể tích xuất huyết ≥30cm³(OR: 3,176; 95%CI: 1,439-7,009), xuất huyết não thất (OR: 11,71; 95%CI: 4,145-33,079), IVHS

>12 (OR:5, 95%CI: 1,625-15,386) là yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ tử vong của bệnh nhân. Thang điểm rICH tiên lượng tử vong trong 90 ngày với diện tích dưới đường cong: AUROC=0,863 (95%CI:0,79-0,918), tại điểm cắt >1 có độ nhạy 97,4%; độ đặc hiệu 62,8%. **Kết luận:** Thể tích xuất huyết ≥30cm³, xuất huyết não thất, điểm IVHS>12, điểm GCS ≤12, thang điểm rICH có giá trị cao xác định tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não trên lều do tăng huyết áp; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê khi so sánh các thang điểm với nhau.

Từ khóa: Xuất huyết não do tăng huyết áp, xuất huyết trên lều, điểm xuất huyết nội sọ, cắt lớp vi tính đa dãy.

SUMMARY

EVALUATION OF SOME FACTORS PREDICTING MORTALITY ON MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY COMBINED WITH THE RICH SCORE IN PATIENTS WITH SUPRATENTORIAL INTRACRANIAL HAEMORRHAGE DUE TO HYPERTENSION

Background and aims: Evaluation of some factors predicting mortality on multi-detector row computed tomography combined with the rICH score in patients with supratentorial intracranial haemorrhage due to hypertension, comparing the prognostication value with the ICH and MICH scores. **Methods:** A retrospective descriptive study on 124

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Anh

Email: daoquanganh2592@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024

patients with supratentorial intracranial haemorrhage due to hypertension at Phu Tho Provincial General Hospital from February 2022 to February 2024 to identify some factors predicting mortality in 90 days. Use the ROC curve to calculate the prognostication value of some mortality risk factors and compare the prognostication value of the rICH score with the ICH and MICH scores. **Results:** The sum of 124 patients was selected, including 91 men (73.38%); the Average age was 64.67 ± 13.22 ; The 90-day mortality rate was 30.65%. The odds ratio shows age ≥ 70 (OR: 3.095; 95%CI: 1.3856-9.16), GCS ≤ 12 (OR: 69.067; 95%CI: 9.024-528.607), haemorrhage volume $\geq 30\text{cm}^3$ (OR: 3.176; 95%CI: 1.439-7.009), intraventricular haemorrhage (OR: 11.71; 95%CI: 4.145-33.079), IVHS >12 (OR: 5; 95%CI: 1.625-15.386) are factors Independently predict the patient's risk of death. The rich score predicts 90-day mortality with the area under the curve: AUROC=0.863 (95%CI:0.79-0.918), a cutoff point >1 , the sensitivity is 97.4% and Specificity 62.8%. **Conclusion:** Haemorrhage volume $\geq 30\text{cm}^3$, intraventricular haemorrhage, IVHS score >12 , GCS score ≤ 12 , the rICH scale has a high value in determining mortality prognosis in patients with supratentorial cerebral haemorrhage due to hypertension; However, the difference is not statistically significant when comparing the scales with each other.

Keywords: Hypertensive intracerebral haemorrhage, supratentorial intracerebral haemorrhage, prognostic factors, MSCT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết não (XHN) là một thể lâm sàng nặng của đột quỵ não được đặc trưng bởi sự rò rỉ máu vào nhu mô não; chiếm 10-15% tổng số ca đột quỵ¹. Đây là một trong những lý do chính khiến bệnh nhân phải nhập viện trên toàn thế giới, với tỷ lệ 20 trên 100000 bệnh nhân nhập viện mỗi năm¹. XHN có thể trên hoặc dưới lều tiểu não. Khi nằm trong não (chất trắng dưới vỏ, hạch nền, đồi thị) được gọi là xuất huyết não trên lều (XHNTL), khi xuất huyết ở thân não và tiểu não được gọi là dưới lều. Nguyên nhân XHN chia ra hai nhóm: nguyên nhân tự phát do tăng huyết áp mạn tính và bệnh lý mạch máu não amyloid; nguyên nhân thứ phát do khối u, các bệnh mạch máu hoặc chuyển dạng xuất huyết do đột quỵ thiếu máu, huyết khối tĩnh mạch... Mặc dù có những tiến bộ trong hệ thống chăm sóc sức khỏe hiện nay, XHN vẫn đang là một gánh nặng bệnh tật với tỷ lệ tử vong có thể lên đến 50%².

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán XHN, đây là phương pháp không xâm lấn, an toàn, thời gian chụp nhanh.

Các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hiện nay trên thế giới khuyến cáo sử dụng các thang điểm đánh giá nguy cơ trong quản lý và tiên lượng bệnh nhân XHN. Các vấn đề được quan

tâm trong tiên lượng bao gồm: tỷ lệ tử vong, mức độ hồi phục, nhu cầu can thiệp ngoại khoa (phẫu thuật, chọc hút não thất)... Hiện tại, có nhiều thang điểm đánh giá nguy cơ có thể sử dụng cho bệnh nhân XHN¹⁻⁴. Mỗi thang điểm dùng để dự đoán các kết cục lâm sàng khác nhau và giá trị dự đoán của chúng cũng rất khác nhau. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Thị Kiều Diễm cho thấy điểm ICH có độ nhạy rất cao (95%) để dự đoán nguy cơ tử vong trong 30 ngày⁵, tuy nhiên độ tuổi trong nghiên cứu này rất cao (≥ 80 tuổi), mà tỷ lệ tăng huyết áp của dân số Việt Nam ngày càng có xu hướng trẻ hóa. Thang điểm MICH nghiên cứu trên bệnh nhân xuất huyết hạch nền, không đánh giá bệnh nhân xuất huyết thùy não trên lều, phức tạp, khó áp dụng trong những trường hợp khẩn cấp^{2,4}. Thang điểm rICH là một thang điểm mới được Hegde đề xuất, được chứng minh có giá trị trong tiên lượng tốt đối với các trường hợp XHN do tăng huyết áp². Tuy nhiên, ở Việt Nam hiện tại còn ít các nghiên cứu ứng dụng thang điểm rICH và so sánh với các thang điểm khác. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu: đánh giá một số yếu tố tiên lượng tử vong trên CLVT phối hợp với thang điểm rICH ở bệnh nhân XHN do tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, khảo sát giá trị tiên lượng của thang điểm rICH so với thang điểm ICH, MICH.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- **Tiêu chuẩn lâm sàng:** Dựa theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới về đột quỵ não: bệnh khởi phát đột ngột với các triệu chứng thần kinh khu trú tồn tại trên 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong trong vòng 24 giờ, không có nguyên nhân nào khác ngoài căn nguyên mạch máu. Bệnh nhân tăng huyết áp là những bệnh nhân đang điều trị thuốc hạ áp, hoặc ghi nhận ít nhất 2 lần đo huyết áp $\geq 140/90$ mmHg.

- **Tiêu chuẩn cận lâm sàng:** 100% số bệnh nhân được chụp CLVT sọ não xác định rõ ràng có XHN, trong đó vị trí XHN là vùng trên lều (những vị trí khác ngoài hạch nền sẽ được chụp CLVT có tiêm thuốc và chụp cộng hưởng từ loại trừ nguyên nhân khác ngoài tăng huyết áp), được chụp trong hai ngày đầu sau khởi phát. Trên điện tâm đồ có dày thành thất trái.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- XHN thứ phát: bất thường mạch máu hoặc cấu trúc (phình động mạch não, dị dạng động tĩnh mạch, u máu thể hang, dò động tĩnh mạch màng cứng), bệnh lý về đông máu (bệnh lý

huyết học, giảm các yếu tố về đông máu), các nguyên nhân khác (viêm mạch hệ thần kinh trung ương, huyết khối tĩnh mạch não, sau dùng thuốc tiêu sợi huyết). Xuất huyết não do nguyên nhân chấn thương, do u, sau nhồi máu. Bệnh nhân xuất huyết dưới nhện tự phát.

- Bệnh nhân được chụp CLVT nhưng không đúng kỹ thuật, thiếu thông tin trong hồ sơ. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Mẫu thuận tiện, không xác suất (gồm 124 bệnh nhân)

Chỉ số nghiên cứu: Các biến số ứng viên cho yếu tố tiên lượng bao gồm:

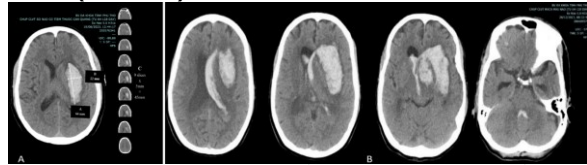
- Lâm sàng: Tuổi, giới, điểm GCS của bệnh nhân khi nhập viện đánh giá dựa trên thang điểm GCS (Glasgow Coma Scale).

- Cận lâm sàng: hình ảnh học

+ Vị trí XHNTL (nhân bèo, đồi thị, đầu nhân đuôi, nhân xám thần kinh lan rộng, thùy não).

+ Thể tích của XHN: được tính theo công thức $(Ax \times B \times C)/2$; trong đó A,B là hai chiều vuông góc với nhau, C là độ dày lát cắt nhân với số lát cắt quan sát thấy tổn thương (Hình 1A).

+ Thể tích não thất được tính theo công thức của Ben Hallevi: $IVHS = 3 \times (RV + LV) + III + IV + 3 \times H$, trong đó: mỗi não thất được tính điểm từ 0-3 điểm, não thất III và IV được tính từ 0-1 điểm, H là sự hiện diện của giãn não thất. Sau đó quy đổi từ điểm IVHS sang thể tích IVH⁶ (Hình 1B).



Hình 1: Cách tính thể tích XHN và thể tích xuất huyết não thất

Hình A: Thể tích khối xuất huyết nhân bèo trái được tính theo công thức:

$$V = (Ax \times B \times C)/2 = (2,2 \times 6,4 \times 4,5)/2 = 31,68 \text{ cm}^3$$

(HSBA:MR002806567)

Hình B: Thể tích xuất huyết não thất được tính theo công thức chuyển đổi của Ben Hallevi với

$RV=1, LV=3, III=1, IV=1, H=1$. Từ đó, tính được tổng điểm xuất huyết lan rộng trong não thất (IVHS) = 17, quy đổi sang thể tích xuất huyết não thất (IVH) là $V=30 \text{ cm}^3$ (HSBA:MR002952083)

Biến số về kết quả tiên lượng:

- Theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) tại thời điểm 90 ngày sau khởi phát. Chia làm hai

nhóm: sống (mRS: 0-5), tử vong (mRS: 6).

- Các yếu tố nguy cơ tử vong trong thang điểm ICH (Intracerebral Hemorrhage)³, thang điểm MICH (Modified Intracerebral Hemorrhage)⁴, thang điểm rICH (Revised Intracerebral Hemorrhage)²

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu này thực hiện bằng cách hồi cứu các hồ sơ bệnh án có ngày vào viện trong thời gian từ tháng 02/2022 đến tháng 02/2024 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.

Phương pháp xử lý số liệu: Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần suất và phần trăm. Sử dụng đường cong ROC để xác định một số yếu tố tiên lượng tử vong, từ đó xác định điểm cắt. Sau khi xác định được điểm cắt của một số yếu tố tiên lượng XHNTL tính tỷ suất chênh và khoảng tin cậy đối với tử vong cho mỗi biến độc lập.

Các số liệu được nhập và xử lý dựa trên phần mềm SPSS 22.0, phần mềm MedCalc 22.023.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này chỉ hồi cứu các số liệu bệnh án của bệnh nhân XHNTL được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ mà không có bất kỳ can thiệp nào trên người bệnh, do vậy không gây bất kỳ ảnh hưởng nào đến kết quả điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 124 bệnh nhân XHNTL, có 38 bệnh nhân tử vong (30,65%), 86 bệnh nhân không tử vong (69,35%) trong 90 ngày. Sau đây là kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi:

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Trung bình ±SD hoặc tỷ lệ (n,%)
Tuổi		64,67 ± 13,22 (38-100)
Giới tính	Nam	91 (73,38)
	Nữ	33 (26,62)
Điểm GCS	3-4	1 (0,8)
	5-12	66 (53,2)
	13-15	57 (46)
Thể tích xuất huyết	≥ 30 cm ³	51 (41,1)
	< 30 cm ³	73 (58,9)
Xuất huyết não thất	Có	64 (51,6)
	Không	60 (48,4)
Vị trí xuất huyết	Nhân bèo	39 (31,5)
	Đồi thị	53 (42,7)
	Đầu nhân đuôi	4 (3,2)
	Nhân xám thần kinh lan rộng	14 (11,3)
	Thùy não	14 (11,3)

Các bệnh nhân nghiên cứu đa phần là nam giới (73,38%). Tuổi trung bình là 64,67±13,22 tuổi. Đa số bệnh nhân nhập viện với điểm GCS từ 5-12 điểm (53,2%), có xuất huyết não <30cm³ (58,9%) và xuất huyết não thất (51,6%). Vị trí

xuất huyết hay gặp nhất là đồi thị (42,7%).

3.2. Một số yếu tố nguy cơ và giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm rICH trong xuất huyết não trên lều do tăng huyết áp

Bảng 2: So sánh và đánh giá giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong trên hình ảnh CLVT phối hợp với thang điểm rICH

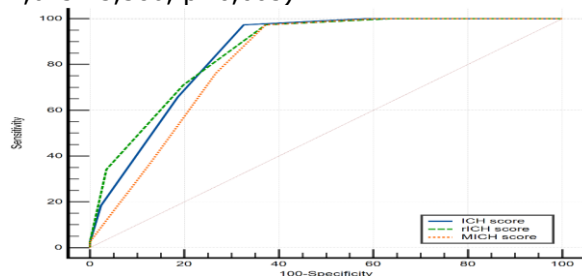
Yếu tố		Tử vong (n=38)	Sống (n=86)	Tỷ suất chênh (khoảng tin cậy)
Điểm GCS	GCS≤12	1 (100)	0 (100)	OR = 69,067 (9,024-528,607)
	3-4	36 (54,5)	30 (45,5)	
	5-12	1 (1,8)	56 (98,2)	
Thể tích xuất huyết	≥30 cm ³	23 (45,1)	28 (54,9)	OR = 3,176 (1,439-7,009)
	<30 cm ³	15 (20,5)	58 (79,5)	
Xuất huyết não thất	Có	33 (51,6)	31 (48,4)	OR = 11,71 (4,145-33,079)
	Không	5 (8,3)	55 (91,7)	
Tuổi	≥70	19 (47,5)	21 (52,5)	OR = 3,095 (1,385-6,916)
	<70	19 (22,6)	65 (77,4)	

(Ứng dụng đường cong ROC, chỉ số Youden, tỷ suất chênh OR)

Bằng cách so sánh các đặc điểm của 2 nhóm bệnh nhân tử vong như bảng 2, chúng tôi thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở một số đặc điểm: điểm GCS≤12, tuổi ≥70, thể tích xuất huyết >30 cm³, có xuất huyết não thất (p>0,05). Sử dụng tỷ suất chênh chúng tôi xác định một số yếu tố nguy cơ:

- + Nguy cơ tử vong của nhóm có tuổi ≥70 cao gấp 3,095 lần nhóm có tuổi <70.
- + Nguy cơ tử vong của nhóm có điểm GCS≤12 cao gấp 69,067 lần nhóm có điểm GCS>12 (với AUROC=0,918; Se=97,37%; Sp=65,12%)
- + Nguy cơ tử vong của nhóm có thể tích xuất huyết ≥30 cm³ cao gấp 3,176 lần nhóm có thể tích xuất huyết <30 cm³.
- + Nguy cơ tử vong của nhóm có xuất huyết não thất cao gấp 11,71 lần nhóm không có xuất huyết não thất.

Sử dụng đường cong ROC cho 64 bệnh nhân có xuất huyết não thất tìm được điểm cắt IVHS>12 điểm (AUROC=0,729; Se=54,55%; Sp=80,65%), tỷ suất chênh cho thấy: Nguy cơ tử vong của nhóm có IVHS>12 điểm cao gấp 5 lần nhóm có điểm IVHS ≤12 điểm (95%CI: 1,625-15,386; p=0,005).



Biểu đồ 1: AUROC của thang điểm rICH so với thang điểm ICH, MICH dự đoán tử vong trong 90 ngày

Đối với tử vong trong 90 ngày: điểm rICH có AUROC 0,863; 95%CI: 0,790-0,918; p<0,001. Tại điểm cắt >1 có độ nhạy (Se) 97,4%; độ đặc hiệu (Sp) 62,8%; độ chính xác (Acc) 80,1%; giá trị dự đoán dương tính (PPV) 72,25%, giá trị dự đoán âm tính (NPV) 96,02%.

Thang điểm rICH có AUROC lớn hơn thang điểm ICH, MICH trong tiên lượng tử vong với giá trị lần lượt là 0,4945 và 0,0628. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05, z<1,96).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,67±13,22 tương đồng nghiên cứu của Hemphill, Cho, Rahmali^{3,4,7}. Tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ tương đồng với nghiên cứu của Hegde, Hemphill^{2,3}. Đa số bệnh nhân nhập viện với điểm GCS 5-12, tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Kiều Diễm⁵. Thể tích xuất huyết <30cm³ chiếm đa số, tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước^{2,5}. Hầu hết các bệnh nhân có xuất huyết não thất, tương đồng với nghiên cứu của Rahmani⁷, cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Kiều Diễm⁵. Sự khác biệt ấy có thể là do vị trí xuất huyết trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là ở đồi thị kèm theo những vị trí như đầu nhân đuôi hoặc nhân xám thần kinh trung ương lan rộng là những vị trí xuất huyết dễ lan vào não thất. Tác giả Rahmani cũng đồng tình với nghiên cứu của chúng tôi vị trí hay gặp nhiều nhất ở trên lều là đồi thị⁷.

Đánh giá các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong chúng tôi nhận thấy tuổi là một yếu tố tiên lượng xấu cho bệnh nhân XHNTL. Trong nghiên cứu của chúng tôi áp dụng thang điểm rICH thấy những bệnh nhân tuổi ≥70 có nguy cơ tử vong

cao gấp 3,095 lần nhóm có tuổi <70. Tác giả Hedge cũng đồng thuận tuổi ≥ 70 cũng là một yếu tố nguy cơ đến tiên lượng tử vong của bệnh nhân ². Điểm GCS khi nhập viện cũng là một yếu tố tiên lượng tử vong, theo nghiên cứu của Trần Thị Kiều Diễm thấy nhóm bệnh nhân có điểm GCS 3-4 và GCS 5-12 có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm bệnh nhân có điểm GCS ≥ 13 với tỷ lệ lần lượt là 100% và 59,5% ⁵. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả: bệnh nhân có điểm GCS ≤ 12 nguy cơ tử vong cao gấp 69,067 lần so với những bệnh nhân có điểm GCS > 12 với độ nhạy 97,37%; tỷ lệ tử vong trong nhóm GCS 3-4 và GCS 5-12 lần lượt là 54,5-100%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả ⁵.

Thể tích xuất huyết là yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi nguy cơ tử vong của nhóm có thể tích xuất huyết $\geq 30 \text{ cm}^3$ cao gấp 3,176 lần nhóm có thể tích xuất huyết $< 30 \text{ cm}^3$ với khoảng tin cậy 95% (1,439-7,009), tỷ lệ tử vong của nhóm có thể tích xuất huyết $\geq 30 \text{ cm}^3$ là 45,1%. Nghiên cứu của Hedge và Trần Thị Kiều Diễm cho thấy thể tích xuất huyết $\geq 30 \text{ cm}^3$ có tỷ lệ tử vong từ 57%-65,9% ^{2,5}. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi so với hai tác giả do số liệu bệnh nhân được chúng tôi lấy trong hai năm gần đây, có những tiến bộ trong việc chẩn đoán và điều trị. Khi bệnh nhân có XHN kết hợp với xuất huyết não thất thì nguy cơ tử vong càng cao, trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân xuất huyết não thất nguy cơ tử vong cao gấp 11,71 lần nhóm không có xuất huyết não thất. Điều này cũng được các tác giả trong và ngoài nước đồng tình ^{2,5}. Chúng tôi thấy những bệnh nhân có điểm IVHS > 12 nguy cơ tử vong cao gấp 5 lần nhóm bệnh nhân có điểm IVHS ≤ 12 . Tác giả Li đồng tình điểm xuất huyết não thất là một yếu tố tiên lượng tử vong cho bệnh nhân ⁸. Theo nghiên cứu của tác giả thì những bệnh nhân có điểm xuất huyết não thất ≥ 12 cao gấp 5,41 lần nhóm có điểm xuất huyết não thất < 12 ⁸.

Năm 2018, thang điểm rICH đã được phát triển dùng để tiên lượng bệnh nhân XHN. So với thang điểm ICH, MICH thì thang điểm rICH có giá trị tốt đối với tiên lượng tử vong trong 90 ngày, tuy nhiên điểm rICH không có giá trị vượt trội hơn điểm ICH, MICH khi tiên lượng biến cố này. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới, cụ thể nghiên cứu Hegde (2018), Lun (2021) có AUROC dao động trong khoảng từ 0,784-0,8466. Tuy nhiên có sự khác nhau trong từng nghiên cứu. Tác giả Lun so sánh 4 thang điểm: ICH, MICH, Max-ICH, FUNC đã rút

ra kết luận rằng tỷ lệ tử vong trong 90 ngày xuất huyết não của thang điểm MICH có giá trị tiên lượng cao nhất, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)¹. Tác giả Hegde thấy điểm rICH có giá trị cao dự đoán nguy cơ tử vong trong 90 ngày so với điểm ICH với AUROC 0,784 ². Nghiên cứu của chúng tôi dựa vào nghiên cứu của hai tác giả khi đưa thang điểm MICH và thang điểm rICH so sánh với thang điểm ICH. Chúng tôi nhận thấy khi so sánh với các thang điểm hiện có thì rICH vẫn là thang điểm tốt nhất để dự báo nguy cơ tử vong trong 90 ngày XHNTL. Điểm cắt trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Kiều Diễm và một số tác giả khác trên thế giới (≥ 2) do trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân xuất huyết dưới lều ²⁻⁴.

Các hạn chế: Nghiên cứu của chúng tôi có một vài điểm hạn chế. Thứ nhất nghiên cứu này chỉ bao gồm bệnh nhân XHNTL ở trong một vùng địa lý, do đó cần một nghiên cứu lớn hơn ở nhiều trung tâm lớn trên cả nước. Thứ hai, do số lượng bệnh nhân chưa nhiều nên một số yếu tố tiên lượng trên hình ảnh CLVT (dấu hiệu thoát thuốc, giai đoạn chảy máu...) chưa được đưa vào nghiên cứu. Thứ ba là có một số bệnh nhân tiên lượng nặng, gia đình không đồng ý phẫu thuật và một số bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật kết hợp điều trị nội khoa là yếu tố nhiễu trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 124 bệnh nhân XHNTL do tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, chúng tôi nhận thấy: tuổi ≥ 70 , Thể tích xuất huyết $> 30 \text{ cm}^3$, xuất huyết não thất, GCS ≤ 12 là những yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong. Thang điểm rICH có giá trị cao nhất để dự đoán nguy cơ tử vong XHNTL khi đối chiếu với thang điểm ICH, MICH; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các thang điểm này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lun R, Yogendrakumar V, Ramsay T, et al.** Predicting long-term outcomes in acute intracerebral haemorrhage using delayed prognostication scores. *Stroke Vasc Neurol.* 2021;6(4). doi:10.1136/svn-2020-000656
2. **Hegde A, Menon G.** Modifying the intracerebral haemorrhage score to suit the needs of the developing world. *Ann Indian Acad Neurol.* 2018;21(4):270. doi:10.4103/aian.AIAN_419_17
3. **Hemphill JC, Bonovich DC, Besmertis L, et al.** The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral haemorrhage. *Stroke.* Apr 2001;32(4):891-7.
4. **Cho DY, Chen CC, Lee WY, et al.** A new Modified Intracerebral Hemorrhage Score for

- treatment decisions in basal ganglia haemorrhage—a randomised trial. *Critical Care Medicine*. 2008; 36(7): 2151. doi:10.1097/CCM.0b013e318173fc99
5. **Trần Thị Kiều Diễm, Nguyễn Đình Toàn.** Nghiên cứu phân tầng nguy cơ dự báo tiên lượng trong 30 ngày ở bệnh nhân xuất huyết não. *Tạp chí Y Dược học*. Tập 6, số 5, tháng 10, 2016. doi: 10.34071/jmp.2016.5.11
 6. **Halleivi H, Dar NS, Barreto AD, et al.** The IVH Score: A novel tool for estimating intraventricular haemorrhage volume: Clinical and research implications*. *Critical Care Medicine*. 2009;37(3): 969-e1. doi:10.1097/ CCM.0b013e318198683a
 7. **Rahmani F, Rikhtegar R, Ala A, et al.** Predicting 30-day mortality in patients with primary intracerebral haemorrhage: Evaluation of the value of intracerebral haemorrhage and modified new intracerebral haemorrhage scores. *Iranian Journal of Neurology*. 2018;17(1):47.
 8. **Li R, Yang WS, Wei X, et al.** The slice score: A novel scale measuring intraventricular haemorrhage severity and predicting poor outcome following intracerebral haemorrhage. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2020;195: 105898. doi:10.1016/j.clineuro.2020. 10589814.

NGHIÊN CỨU hTERT MRNA TRONG MÁU NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN CÓ NHIỄM VIRUS VIÊM GAN B

Phạm Châu¹, Dương Quang Huy¹, Phạm Xuân Huy¹,
Phạm Quang Trung², Ngô Tất Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ xuất hiện hTERT mRNA trong khối bạch cầu máu ngoại vi và mối liên quan giữa hTERT mRNA với đặc điểm khối u và giai đoạn bệnh theo Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) nhiễm virus viêm gan B (Hepatitis B virus – HBV). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 159 bệnh nhân mới được chẩn đoán UTBMTBG nhiễm HBV tại Bệnh viện quân y 103 và Bệnh viện TWQĐ 108, sử dụng kỹ thuật Nested-PCR kết hợp Realtime PCR để xác định hTERT mRNA trong khối bạch cầu máu ngoại vi. **Kết quả:** Tỷ lệ phát hiện hTERT mRNA trong khối bạch cầu máu ngoại vi là 16,4%. hTERT mRNA không liên quan với gánh nặng khối u với $p > 0,05$, tuy nhiên tăng dần theo giai đoạn bệnh từ 9,1% ở giai đoạn O và A đến 40% ở giai đoạn D, $p < 0,05$. **Kết luận:** hTERT mRNA được phát hiện trong khối bạch cầu máu ngoại vi ở bệnh nhân UTBMTBG nhiễm HBV và có liên quan đến giai đoạn bệnh theo BCLC, do vậy nó có tiềm năng là marker trong tiên lượng UTBMTBG.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, hTERT mRNA, nhiễm HBV

SUMMARY

STUDY ON hTERT mRNA IN PERIPHERAL BLOOD IN PATIENTS WITH HEPATITIS B VIRUS - INFECTED HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: To determine the rate of hTERT mRNA in peripheral blood leukocytes and the relationship between hTERT mRNA and tumor burden

and disease stage according to Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) in patients with hepatocellular carcinoma infected with hepatitis B virus (HBV). **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 159 newly diagnosed patients with HBV-infected HCC at Military Hospital 103 and Military Central Hospital 108, using Nested-PCR combined with Realtime PCR to determine hTERT mRNA in peripheral blood leukocytes. **Results:** The detection rate of hTERT mRNA in peripheral blood leukocytes was 16.4%. hTERT mRNA in peripheral blood leukocytes was not associated with tumor characteristics with $p > 0.05$, but increased gradually with disease stage from 9.1% in stages O and A to 40% in stage D, $p < 0.05$. **Conclusion:** hTERT mRNA in peripheral blood leukocytes was detected in HCC and was related to disease stage in patients with HBV-infected HCC, so it has the potential to be a marker in the prognosis of HCC. **Keywords:** Hepatocellular carcinoma, hTERT mRNA, HBV infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những bệnh ung thư hàng đầu trên toàn thế giới với tỷ lệ mắc hàng thứ tám và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư phổ biến đứng hàng thứ thứ ba [1]. Telomere là cấu trúc nucleoprotein bao gồm các đoạn lặp DNA song song TTAGGG. Sự duy trì ổn định chiều dài telomere có liên quan đến quá trình hình thành và phát triển của tế bào ung thư. Các tế bào ung thư có thể duy trì độ dài telomere bằng cách tái hoạt hóa telomerase là enzyme sao chép ngược telomase của người (Human Telomerase Reverse Transcriptase - hTERT). Sự biểu hiện trở lại của telomerase được quan sát thấy ở 90% bệnh nhân UTBMTBG [2]. Biểu hiện hTERT mRNA ngoại bào tương quan thuận với biểu hiện hTERT mRNA nội bào và hoạt động telomerase. Nhiều

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Châu

Email: bsphamchau2011@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024