

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA HUYẾT ÁP VÀ GIA TĂNG THỂ TÍCH Ổ MÁU TỤ TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH NÃO Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY CHẢY MÁU NÃO TRÊN LỀU

Đặng Phúc Đức*¹; Nguyễn Minh Hiện*²; Đặng Việt Hùng**

TÓM TẮT

Thực hiện nghiên cứu 34 bệnh nhân (BN) đột quy chảy máu não (ĐQCMN) điều trị tại Khoa Đột quy não, Bệnh viện 103 từ tháng 10 - 2010 đến 7 - 2011. Kết quả cho thấy: nhóm tuổi > 50 chiếm 79,4%. Nam chiếm 76,5%. Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là tăng huyết áp (61,8%). Cách khởi phát thường đột ngột (85,3%) với các triệu chứng: liệt nửa người (73,5%), đau đầu (73,5%), buồn nôn/nôn (47,1%), rối loạn đông máu (17,6%). 73,5% BN có thể tích ổ máu tụ < 30 cm³, vị trí chảy máu hay gặp nhất: ở nhân xám (58,8%), 23,5% BN tăng thể tích ổ máu tụ. Mức độ tăng thể tích ổ máu tụ tương quan thuận với huyết áp tâm thu tại thời điểm vào viện và trị số trung bình của huyết áp tâm thu trong vòng 72 giờ. Hình thái ổ máu tụ không đều trên phim cắt lớp vi tính khi vào viện có giá trị tiên lượng đối với nguy cơ tăng kích thước ổ máu tụ.

* Từ khóa: Đột quy chảy máu não; Ổ máu tụ; Tăng huyết áp; Mối liên quan.

RELATIONSHIP BETWEEN BLOOD PRESSURE AND INCREASING IN VOLUME OF HEMATOMA IN SUPRATENTORIAL HEMORRHAGIC STROKE PATIENTS ON COMPUTED TOMOGRAPHY

SUMMARY

A study was conducted on 34 hemorrhagic stroke patients treated in Stroke Department, 103 Hospital from October 2010 to July 2011. 79.4% of patients was over 50 years old; male made up 76.5%; the most common risk factors were hypertension (61.8%). Sudden onset accounting for 85.3% with common symptoms as hemiplegy (73.5%), headache (73.5%), nausea/vomiting (47.1%), coagulation disturbance (17.6%). Heamatoma volume under 30cm³ was 73.5%. The most common site of hemorrhage was basal ganglia (58.8%). The heamatoma volume increased in 23.5% of patients. There was a positive correlation between levels of increasing heamatoma volume and systolic blood pressure at hospital administration and average systolic blood pressure in 72 hours. Irregular shape of heamatoma on computed tomography is valuable to predict risks of heamatoma enlargement.

* Key word: Hemorrhagic stroke; Heamatoma; Hypertension; Relationship.

* Bệnh viện 103

** Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

Phản biện khoa học: GS. TS. Nguyễn Văn Ch□ng

PGS. TS. Phan Việt Nga

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não có xu hướng gia tăng, chi phí điều trị và chăm sóc tốn kém, để lại nhiều di chứng nặng nề và tỷ lệ tử vong cao. ĐQN có hai thể: đột quy chảy máu não và đột quy nhồi máu. ĐQCMN chiếm 25 - 30% tổng số BN đột quy, nhưng tỷ lệ tử vong cao và mức độ di chứng nặng hơn đột quy nhồi máu não.

Gia tăng thể tích khối máu tụ là một trong những yếu tố chính làm nặng thêm diễn biến lâm sàng của BN. Việc xác định tác nhân gây tăng thể tích máu tụ sau CMN đóng vai trò quan trọng trong điều trị và có khả năng tiên lượng tình trạng BN CMN.

Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN ĐQCMN trên lều trong 72 giờ đầu sau khởi phát, đồng thời đánh giá một số yếu tố liên quan đến thay đổi hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não của những BN này.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**1. Đối tượng nghiên cứu.**

34 BN CMN trên lều, điều trị tại Khoa Đột quy, Bệnh viện 103 từ tháng 10 - 2010 đến 7 - 2011.

* *Tiêu chuẩn chọn BN:*

- Tiêu chuẩn lâm sàng:

+ Theo định nghĩa ĐQN của Tổ chức Y tế Thế giới: bệnh xảy ra đột ngột; có tổn thương chức năng của não; triệu chứng tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trước 24 giờ; không do nguyên nhân chấn thương.

+ Thời gian nhập viện: trong vòng 6 giờ sau khởi phát.

- Tiêu chuẩn cận lâm sàng: phim chụp cắt lớp vi tính sọ não có ổ tăng tỷ trọng 60 - 90 đơn vị Hounsfield ở nhu mô não vùng trên lều.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* có máu trong khoang dịch não tủy; ĐQCMN tái phát hoặc tái diễn; chuyển dạng chảy máu; BN tử vong trước khi chụp cắt lớp vi tính não lần hai.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.

* *Nghiên cứu lâm sàng:* khám lâm sàng theo bệnh án nghiên cứu. Thu thập dữ liệu về các yếu tố nguy cơ ĐQN; khám nội chung; theo dõi huyết áp 4 giờ/lần đến 72 giờ sau khởi phát; khám thần kinh.

* *Nghiên cứu cận lâm sàng:*

- Chụp cắt lớp vi tính sọ não theo đường chuẩn lỗ tai - đuôi mắt tại thời điểm vào viện và 72 giờ sau khởi phát hoặc khi lâm sàng xấu đi rõ.

Tính thể tích máu tụ trong não bằng công thức Broderick $V = (A.B.C)/2$. Đặt V_1 là thể tích máu tụ trong não trên phim cắt lớp vi tính não lúc nhập viện và V_2 là thể tích máu tụ sau khởi phát 72 giờ hoặc khi lâm sàng BN xấu đi. Tiêu chuẩn đánh giá khối máu tụ tăng thể tích: $V_2 - V_1 \geq 12,5 \text{ cm}^3$ (tăng thể tích tuyệt đối) hoặc $V_2/V_1 \geq 1,4$ (tăng thể tích tương đối). Chia BN thành 2 nhóm: nhóm 1 (26 BN) ổ máu tụ không tăng thể tích; nhóm 2 (8 BN) tăng thể tích ổ máu tụ sau 72 giờ.

- Làm xét nghiệm sinh hóa máu, công thức máu, đông máu toàn bộ, điện tim... trong 24 giờ sau nhập viện.

** Phác đồ điều trị:*

Theo một phác đồ thống nhất tại Khoa Đột quy, phù hợp với khuyến cáo của Hội Đột quy Quốc tế.

** Xử lý số liệu:* số liệu được thu thập, xử lý bằng phần mềm SPSS 15.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

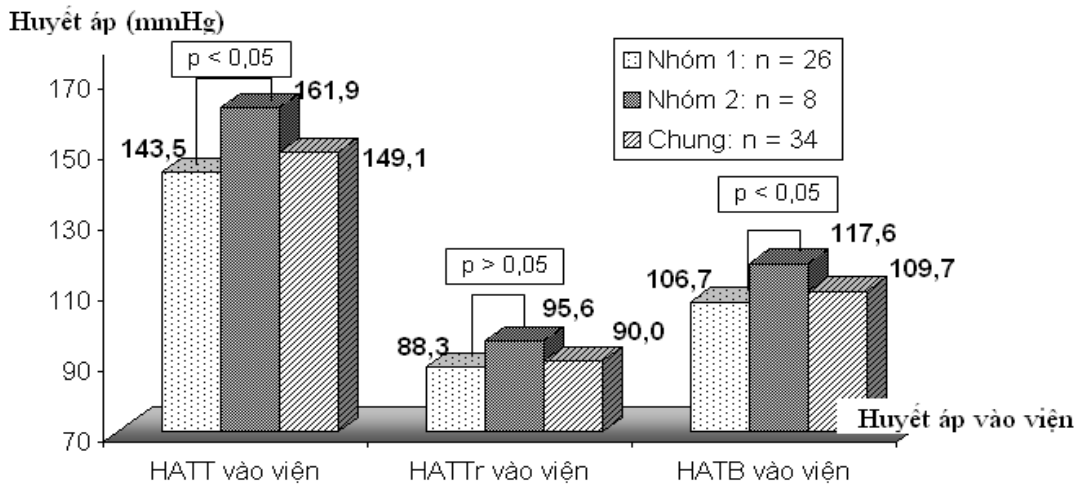
1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu.

- Nhóm tuổi > 50 chiếm tỷ lệ cao nhất (79,4%). Tuổi trung bình 61,1, nam chiếm 76,5%.

- Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là tăng huyết áp (61,8%) (nhóm ổ máu tụ không tăng thể tích 65,4%; nhóm tăng thể tích 50%).

3. Đặc điểm huyết áp.

** Huyết áp vào viện:*



Biểu đồ 1: Huyết áp vào viện.

Huyết áp tâm thu (HATT) vào viện chung 149,1 mmHg; nhóm 2 (161,9 mmHg) cao hơn nhóm 1 (143,5 mmHg), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Huyết áp tâm trương (HATTr) vào viện ở cả 2 nhóm 90 mmHg. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Thời gian nhập viện trung bình sau khởi phát: 4 giờ 50 phút.

2. Đặc điểm lâm sàng.

** Đặc điểm khởi phát:*

Cách khởi phát đột ngột hay gặp nhất (85,3%). Hoàn cảnh khởi phát khi nghỉ là chủ yếu (85,3%). Triệu chứng khởi phát hay gặp là liệt nửa người (73,5%); đau đầu (73,5%); buồn nôn và/hoặc nôn (47,1%).

** Đặc điểm lâm sàng vào viện:*

Triệu chứng lâm sàng hay gặp: liệt nửa người (97,1%); liệt mặt (82,4%); đau đầu (79,4%); rối loạn ngôn ngữ (67,6%); buồn nôn và/hoặc nôn (55,9%); rối loạn ý thức (41,2%); rối loạn cơ vòng (32,4%).

3. Cận lâm sàng.

* *Rối loạn chức năng đông máu:* (aPTT trên 1,2 so với chứng; PT giảm dưới 80%; fibrinogen dưới 2 g/lít).

Tỷ lệ rối loạn đông máu của 2 nhóm: 17,6%. Tỷ lệ rối loạn đông máu ở nhóm ổ máu tụ tăng thể tích 37,5%, nhóm không tăng thể tích 7,7%; khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tín, Vũ Văn Đính [3]: khác biệt về fibrinogen, PT ở 2 nhóm khối máu tụ tăng thể tích và không tăng thể tích, không có ý nghĩa thống kê.

* *Đặc điểm cắt lớp vi tính:*

- Lúc vào viện:

Tỷ lệ có thể tích ổ máu tụ $< 30 \text{ cm}^3$: 73,5%, $30 - 60 \text{ cm}^3$: 6,5%; khác biệt ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), tương đối phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thông [2]: 71,2% BN có thể tích ổ máu tụ $< 30 \text{ cm}^3$.

Vị trí chảy máu hay gặp nhất: ở nhân xám (58,8%), tiếp đến thùy đỉnh (19,2%), bao trong (11,5%). Sự khác biệt về vị trí chảy máu ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 1: Hình thái ổ máu tụ trên phim cắt lớp vi tính khi vào viện.

HÌNH THÁI Ổ MÁU TỤ	NHÓM 1 (n = 26)		NHÓM 2 (n = 8)		p	OR
	n	%	n	%		
Đều	15	58,7	1	12,5	$< 0,05$	9,5 (CI 95%: 1,0 - 89,2; $p < 0,05$)
Không đều	11	42,3	7	87,5		

- 55,9% BN có ổ máu tụ không đều. Tỷ lệ hình thái ổ máu tụ không đều ở nhóm ổ máu tụ tăng thể tích (87,5%) cao hơn nhóm không tăng thể tích. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tín, Vũ Văn Đính [3]: 29,0% BN có ổ máu tụ không đều trong nhóm không tăng thể tích ổ máu tụ, thấp hơn nhóm có tăng thể tích ổ máu tụ (71,0%), khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Hình thái ổ máu tụ không đều có giá trị tiên lượng nguy cơ tăng kích thước ổ máu tụ: OR = 9,5 với $p < 0,05$, phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tín, Vũ Văn Đính [3]: có mối liên quan giữa hình thái ổ máu tụ không đều và tăng kích thước ổ máu tụ (OR = 1,357; CI 95%: 1,1 - 1,7; $p < 0,05$); theo nghiên cứu của Yukihiro Fujii [6]: OR = 1,4; CI 95%: 1,1 - 1,8; $p < 0,01$.

Chưa có nhiều nghiên cứu chứng minh cơ chế gây hình thái ổ máu tụ không đều, nhưng đã có nghiên cứu và giả thuyết cho rằng đó là do chảy máu đa ổ (multifocal bleeding) hoặc do tổn thương hoại tử thành mạch ở khu vực tổn thương.

- Thay đổi thể tích ổ máu tụ trong vòng 72 giờ sau đột quy: 8 BN (23,5%) tăng thể tích ổ máu tụ sau 72 giờ. Trong đó, 6 BN (17,6%), tăng cả thể tích tuyệt đối và thể tích tương đối; 2 BN (5,9%) chỉ tăng thể tích tương đối, phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tín, Vũ Văn Đính [3]: 21,1% tăng thể tích ổ máu tụ; tỷ lệ này theo Kazuhiro Ohwaki và CS [4] là 20%; S. Kazui [5]: 22,1%.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN ĐQ CMN trên lều trong 72 giờ đầu sau khởi phát.

- Nhóm tuổi > 50 chiếm 79,4%. Nam 76,5%. Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là tăng huyết áp. Cách khởi phát thường đột ngột và xảy ra lúc nghỉ ngơi với các triệu chứng hay gặp: liệt nửa người, đau đầu, buồn nôn và/hoặc nôn.

- Rối loạn đông máu: 17,6% BN đều ở mức độ nhẹ.

- Tỷ lệ có thể tích ổ máu tụ < 30 cm³ chiếm đa số. Vị trí chảy máu hay gặp nhất ở nhân xám. 23,5% BN tăng thể tích ổ máu tụ.

2. Một số yếu tố liên quan đến thay đổi hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não của BN ĐQCMN trên lều 72 giờ đầu sau khởi phát.

- Huyết áp tại thời điểm vào viện và 72 giờ sau khởi phát, trị số trung bình của huyết áp trong vòng 72 giờ sau khởi phát của BN nhóm ổ máu tụ có thể tích tăng cao hơn nhóm còn lại. Sự khác biệt về HATT và HATB vào viện, trị số trung bình 72 giờ của HATT và của HATT_r giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Mức độ tăng thể tích ổ máu tụ tương quan thuận với HATT tại thời điểm vào viện ($r = 0,4$; $p < 0,05$) và với trị số trung bình của HATT trong vòng 72 giờ ($r = 0,4$; $p < 0,05$).

- Hình thái ổ máu tụ không đều trên phim cắt lớp vi tính vào viện có ý nghĩa tiên lượng nguy cơ tăng kích thước ổ máu tụ (OR = 9,5; $p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Hựu, Đặng Quốc Tuấn. Tìm hiểu sự thay đổi huyết áp trong tuần đầu tiên ở BN tai biến mạch máu não do tăng huyết áp. Y học Việt Nam. 2004, tập 301, tr.222-227.

2. Nguyễn Thị Tâm, Nguyễn Văn Thông, Nguyễn Hoàng Ngọc. Nghiên cứu diễn biến lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng của BN CMN trên lều. Y học Việt Nam. 2004, tập 301, tr.143-147.

3. Nguyễn Hữu Tín, Vũ Văn Đính. Nghiên cứu diễn biến lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng sự lan rộng khối máu tụ ở BN CMN trong não do tăng huyết áp. Y học Việt Nam. 2004, tập 301, tr.172-178.

4. Kazuhiro Ohwaki, Eiji Yano, Hiroshi Nagashima et al. Blood pressure management in acute intracerebral hemorrhage: Relationship between elevated blood pressure and hematoma enlargement. Stroke. 2004, 35, pp.1364-1367.

5. S. Kazui, K. Minematsu, H. Yamamoto. Predisposing factors to enlargement of spontaneous intracerebral hematoma. Stroke. 1997, 28, pp.2370-2375.

6. Yukihiko Fujii, Shigekazu Takeuchi, Osamu Sasaki. Multivariate analysis of predictors of hematoma enlargement in spontaneous intracerebral hemorrhage. Stroke. 1998, 29, pp.1160-1166.