

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA ĐỘT QUỴ CHẢY MÁU NÃO VÀ ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CỦA MỘT SỐ THANG ĐIỂM LÂM SÀNG

Trần Văn Tuấn*; Lê Thị Quyên*

TÓM TẮT

Nghiên cứu 250 bệnh nhân (BN) đột quỵ não (ĐQN), điều trị tại Bệnh viện 103 và Bệnh viện Đa khoa TW Thái Nguyên từ tháng 10 - 2010 đến 5 - 2011, sử dụng 4 thang điểm lâm sàng để đánh giá, so sánh giá trị của các thang điểm. Kết quả cho thấy: thang điểm SSS: độ nhạy chẩn đoán chảy máu não (CMN) 87,1%, độ đặc hiệu 93,8%, giá trị dự báo dương tính 93,1%, giá trị dự báo âm tính 88,3%, độ chính xác chung 90,5%. Thang điểm CSS: độ nhạy chẩn đoán CMN 86,7%, độ đặc hiệu 92,3%, giá trị dự báo dương tính 92,2%, giá trị dự báo âm tính 88,2%, độ chính xác chung 89,6%. Thang điểm ALLEN: độ nhạy chẩn đoán CMN 70,2%, độ đặc hiệu 97,1%, giá trị dự báo dương tính 95,6%, giá trị dự báo âm tính 78,5%, độ chính xác chung 85,9%. Thang điểm TP. HCM: độ nhạy chẩn đoán CMN 86,5%, độ đặc hiệu 92,0%, giá trị dự báo dương tính 89,5%, giá trị dự báo âm tính 89,6%, độ chính xác chung 89,6%.

Giá trị chẩn đoán với từng thể đột quỵ: thang điểm CSS: độ nhạy CMN 84,3%, chảy máu dưới nhện 100%, huyết khối 96,6%, ổ khuyết 100%. Thang điểm SSS: độ nhạy CMN 65,7%, chảy máu dưới nhện 83,3%, huyết khối 71,5%, ổ khuyết 83,9%. Thang điểm ALLEN: độ nhạy CMN 52,7%, chảy máu dưới nhện 75,0%, huyết khối 78,4%, ổ khuyết 90,3%. Thang điểm TP. HCM: độ nhạy CMN 63,9%, chảy máu dưới nhện 66,6%, huyết khối 89,7%, ổ khuyết 90%. Có thể áp dụng thang điểm CSS, SSS, TP. HCM trong chẩn đoán phân biệt các thể ĐQN ở những cơ sở chưa có máy chụp cắt lớp vi tính (CLVT), trong thực hành lâm sàng, tùy từng trường hợp cụ thể, có thể sử dụng riêng từng thang điểm hoặc phối hợp các thang điểm với nhau để đánh giá.

* Từ khóa: Đột quỵ; Đột quỵ chảy máu não; Thang điểm lâm sàng.

STUDY OF VALUE OF DIFFERENTIATED DIAGNOSIS OF STROKE BASED ON SOME CLINICAL SCALES

SUMMARY

Studying 250 patients with stroke treated in 103 Hospital and Thainguyen General Central Hospital, in the period from 10 - 2010 to 5 - 2011, using four clinical scales to assess and compare value of the scales. The result showed that: diagnostic value of the scale of SSS: hemorrhage diagnostic sensitivity was 87.1%, specificity 93.8%, positive predictive value was 93.1% hemorrhage, ischemic stroke was 88.3%, overall accuracy was 90.5%. Diagnostic value of the scale of CSS: hemorrhage diagnostic sensitivity was 86.7%, specificity 92.3%, positive predictive value 92.2%, negative predictive value 88.2%, overall accuracy 89.6%. Diagnostic value of the scale ALLEN: hemorrhage diagnostic sensitivity was 70.2%, specificity 97.1%, positive predictive value 95.6%, hemorrhage, negative predictive value 78.5%, overall accuracy 84.4%. Diagnostic value of the scale of HCM City: hemorrhage diagnostic sensitivity was 86.5%, specificity 92.0%, positive predictive value 89.5%, negative predictive value 89.6%, overall accuracy 89.6%.

* Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Phản biện khoa học: GS. TS. Nguyễn Văn Chương

PGS. TS. Nguyễn Minh Hiện

The value for each possible diagnosis of stroke: CSS scale for hemorrhage diagnostic sensitivity was 84.3%, subarachnoid bleeding 100%, thrombosis 96.6%, lacunar 100%. SSS scale for

hemorrhage diagnostic sensitivity was 65.7%, subarachnoid bleeding 83.3%, thrombosis 71.5%, lacunar 83.9%. ALLEN scale for hemorrhage diagnostic sensitivity 52.7%, subarachnoid bleeding 75.0%, lacunar 90.3%. HCM City scale for hemorrhage diagnostic sensitivity was 63.9%, subarachnoid bleeding 66.6%, thrombosis 89.7%, lacunar 90%. Conclusion: the scales of CSS, SSS, HCM City in the differential diagnosis for kind of stroke at place where did not have CT-scanners for diagnosis.

* Key words: Stroke; Hemorrhage stroke; Clinical scale.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não luôn là vấn đề thời sự và cấp bách của y học, đã và đang được nhiều nước trên thế giới cũng như ở nước ta quan tâm, vì đây là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh ung thư, tim mạch và là nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu. Tổn thất về kinh tế do ĐQN gây ra rất lớn, theo thống kê tại Mỹ, chi phí cho điều trị và chăm sóc đột quỵ hết khoảng 28 tỷ USD mỗi năm và thất thoát về kinh tế cho các ngày nghỉ phi sản xuất là 17,4 tỷ USD. Ở Việt Nam, chi phí điều trị ĐQN rất cao so với mức thu nhập trung bình của người dân.

ĐQN gồm 2 thể là đột quỵ CMN và đột quỵ thiếu máu não. Trong thực tiễn lâm sàng, chẩn đoán xác định và phân biệt giữa 2 thể đột quỵ rất quan trọng. Việc chẩn đoán và điều trị sớm đúng căn nguyên và phù hợp với cơ chế bệnh sinh có vai trò rất lớn trong việc cải thiện và tiên lượng bệnh. Cho đến nay, đã có nhiều tác giả trong và ngoài nước nghiên cứu và đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng các thể ĐQN. Tuy nhiên, trong thực tế lâm sàng, việc ứng dụng thang điểm để chẩn đoán phân biệt các thể ĐQN cần phải có độ nhạy, độ chính xác chung cao, đơn giản, dễ nhớ, dễ áp dụng. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá, so sánh giá trị chẩn đoán phân biệt đột quỵ CMN, đột quỵ thiếu máu não theo 4 thang điểm lâm sàng.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

250 BN được chẩn đoán xác định là ĐQN, điều trị tại Khoa Đột quỵ (A14), Bệnh viện 103 và Bệnh viện Đa khoa TW Thái Nguyên, từ tháng 10 - 2010 đến 5 - 2011.

* Tiêu chuẩn lựa chọn BN:

- Lâm sàng: dựa theo định nghĩa ĐQN của Tổ chức Y tế Thế giới: đột quỵ là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi mất chức năng não cấp tính (thường là khu trú), tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trước 24 giờ. Các triệu chứng thần kinh khu trú phù hợp với vùng não do động mạch bị tổn thương phân bố, không do nguyên nhân chấn thương [3, 8].

- Cận lâm sàng:

+ Dựa vào hình ảnh chụp CLVT sọ não là tiêu chuẩn vàng quyết định chẩn đoán.

. Đột quỵ chảy máu: hình ảnh thường thấy là ổ tăng tỷ trọng ở giai đoạn đầu (60 - 90 HU), mật độ thuần nhất, các ổ xuất huyết lớn đều gây hiệu ứng chèn ép, chèn ép não thất, đường giữa. Xung quanh ổ chảy máu thường có quầng giảm tỷ trọng do phù nề.

. Đột quỵ thiếu máu não: hình ảnh điển hình là ổ giảm tỷ trọng < 20 - 30 HU với đặc điểm ổ giảm tỷ trọng thuần nhất, phù hợp với vùng phân bố của động mạch não, có hình tam giác (đáy sát thành sọ), hình thang

(đáy lớn sát thành sọ), hình dấu phẩy hoặc hình oval.

+ Xét nghiệm dịch não tủy: chảy máu dưới nhện, trong dịch não tủy có máu, không đông, đổ đều cả 3 ống. Nếu BN đến muộn sau 3 - 4 ngày, dịch não tủy có màu đỏ da cam, màu vàng [3, 4].

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN không có hình ảnh chảy máu hoặc thiếu máu trên phim CLVT sọ não.

- Đột quy tái diễn, vị trí tổn thương dưới lều tiểu não, các trường hợp chảy máu trong u não.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

** Các bước tiến hành:*

- Thu thập số liệu: BN nghiên cứu được khám lâm sàng, làm đầy đủ các xét nghiệm theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Xác định đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng của từng thể đột quy từ khi khởi phát đến khi vào viện.

- Đánh giá giá trị chẩn đoán phân biệt các thể ĐQN theo 4 thang điểm lâm sàng bằng cách tính tỷ lệ: độ nhạy chẩn đoán và giá trị dự báo dương.

- Đánh giá giá trị chẩn đoán phân biệt các thể đột quy theo 4 thang điểm lâm sàng.

- So sánh giá trị chẩn đoán phân biệt các thể đột quy theo 4 thang điểm lâm sàng.

** Các tiêu chuẩn đánh giá:*

- Bảng điểm chẩn đoán lâm sàng ĐQN của Nguyễn Văn Chương và CS (CSS):

	TRIỆU CHỨNG	ĐIỂM
1	Bị đột ngột và nặng tới đa ngay từ đầu	1
2	Đau đầu (đột ngột, dữ dội, dai dẳng)	1

3	Nôn và/hoặc buồn nôn	1
4	Rối loạn ý thức	1
5	Rối loạn cơ vòng	1
6	HA tâm thu khi khởi phát ≥ 190 mmHg	1
7	Có dấu hiệu màng não	1
8	Co giật hoặc kích thích vật vã	1
9	Quay mắt - quay đầu về một bên	1
10	Co cứng mắt vỏ - duỗi cứng mắt não	1
	Cộng	Điểm 10

Ứng dụng trên lâm sàng: mỗi triệu chứng có cho 1 điểm, tổng số điểm lâm sàng đột quy là 10 điểm. Nếu ≥ 03 điểm, chẩn đoán theo dõi CMN. Nếu < 3 điểm, chẩn đoán theo dõi nhồi máu não (NMN).

- Thang điểm Siriraj (Siriraj Score Scale - SSS):

$SSS = (2,5 \times \text{ý thức}) + (2 \times \text{nôn}) + (2 \times \text{đau đầu}) + (0,1 \times \text{huyết áp tâm trương [HATTr]}) - (3 \times \text{vữa xơ động mạch}) - 12$.

+ Ý thức: tỉnh: 0 điểm, tiền mê: 1 điểm, hôn mê: 2 điểm. Đau đầu: có: 1 điểm, không: 0 điểm.

+ Dấu hiệu xơ vữa: tiểu đường, đi khập khiễng cách hồi, béo phì, thành động mạch cứng.

Nếu không có, cho 0 điểm; có ít nhất 1 dấu hiệu, cho 1 điểm.

Đánh giá kết quả: nếu $SSS \leq -1$, chẩn đoán NMN; $SSS \geq 1$, chẩn đoán CMN. Nếu $-1 < SSS < 1$, không xác định, cần chụp CT-scanner để kiểm tra [7].

- Thang điểm ALLEN chẩn đoán phân biệt các thể ĐQN:

$\text{Điểm số ALLEN} = 7,3 \times (\text{ý thức}) + 21,9 \times (\text{khởi phát}) + 7,1 \times (\text{Babinski}) + 0,17 \times (\text{HATTr}) - 3,7 \times (\text{dấu hiệu vữa xơ}) - 4,1 \times$

(tiền căn tăng huyết áp) - 6,7 x (tiền căn thiếu máu thoáng qua) - 4,3 x (bệnh lý tim mạch) - 12,6.

Đánh giá: nếu tổng điểm > 24 điểm, chẩn đoán CMN. Nếu tổng điểm < 4 điểm, chẩn đoán NMN. Từ 4 - 24 điểm, không chắc chắn, phải chụp CLVT sọ não [5, 7].

- Thang điểm chẩn đoán phân biệt các thể ĐQN trên lều của Nguyễn Bá Thắng và CS (Bệnh viện Chợ Rẫy TP. Hồ Chí Minh) (thang điểm TP. HCM):

Điểm số = 2 x (cách khởi phát) + ý thức + đau đầu + nôn + 0,05 x (HATTr) - 1,5 x (tiền sử TIA, tiểu đường) - 7,5.

Đánh giá: nếu > + 1, chẩn đoán CMN. Nếu < - 1, chẩn đoán NMN. Từ - 1 đến + 1, không xác định, cần chụp CLVT kiểm tra [2].

* *Xử lý số liệu:* theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Phân bố BN theo giới và các thể ĐQN.

GIỚI	CMN		NMN		CẢ 2 NHÓM	
	n	%	n	%	n	%
Nam	83	69,2	79	60,8	162	64,8
Nữ	37	30,8	51	39,2	88	35,2
Cộng	120	100,0	130	100,0	250	100,0

Nam chiếm 64,8%, nữ 35,2%.

Bảng 2: Phân bố tỷ lệ mắc bệnh theo nhóm tuổi.

TUỔI	CMN		NMN		TỔNG	
	n	%	n	%	n	%
< 30	3	2,5	0	0,0	3	1,2
30 - 39	3	2,5	2	1,5	5	2
40 - 49	14	11,6	9	6,9	23	9,2

50 - 59	28	23,3	15	11,5	43	17,2
60 - 69	36	30	39	30	75	30
70 - 79	33	27,5	48	36,9	81	32,4
≥ 80	3	2,5	17	13,0	20	8

Tuổi cao dễ xảy ra ĐQN, tỷ lệ này tương đương ở 2 nhóm BN đột quỵ CMN và thiếu máu não.

Bảng 3: Giá trị chẩn đoán của thang điểm SSS.

LÂM SÀNG	CẬN LÂM SÀNG	KẾT QUẢ CHỤP CLVT		CỘNG
		CMN	NMN	
Chẩn đoán bằng điểm SSS	CMN	81	6	87
	NMN	12	91	103
Tổng		93	97	190

Độ nhạy chẩn đoán CMN 87,1%, NMN 93,8%. Giá trị dự báo dương tính CMN 93,1%, MNM 88,3%. Độ chính xác chung 90,5%. Theo Hung LY, Wang PY và Chia LG nghiên cứu trên 171 BN ĐQN sử dụng thang điểm SSS có chụp CLVT sọ não kiểm chứng thấy, độ nhạy chẩn đoán CMN là 85%, độ nhạy chẩn đoán TMN 90%, độ chính xác chung 88,5% [7]. Nguyễn Bá Thắng nghiên cứu 251 BN ĐQN điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy thấy, độ nhạy của thang điểm SSS trong chẩn đoán CMN là 78,2%, TMN 97,8% và độ chính xác chung 84,9% [2]. Lương Công Thức nghiên cứu 120 BN ĐQN điều trị tại Bệnh viện 103 thấy, độ nhạy của thang điểm SSS trong chẩn đoán CMN là 89,4%, TMN 89,7% và độ chính xác chung 89,6% [3]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự.

Bảng 4: Giá trị chẩn đoán của thang điểm CSS.

THANG ĐIỂM	CHỤP CLVT	KẾT QUẢ CHỤP CLVT		CỘNG
		CMN	NMN	
Chẩn đoán	CMN	104	10	114

bảng điểm CSS	NMN	16	120	136
Tổng		120	130	250

Độ nhạy chẩn đoán CMN 86,7%, NMN 92,3%. Giá trị dự báo dương tính CMN 92,2%, NMN 88,2%. Độ chính xác chung 89,6%. Lâm Quốc Vương sử dụng thang điểm CSS có chụp CLVT kiểm chứng thấy, thang điểm này có giá trị chẩn đoán cao với đột quy CMN. Độ nhạy chẩn đoán là 93,8%, độ đặc hiệu 85,6%, giá trị dự báo dương tính 87,5%, độ chính xác chung 89,8% [4]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự (89,6%).

Bảng 5: Giá trị chẩn đoán của thang điểm ALLEN.

THANG ĐIỂM	CHỤP CLVT	KẾT QUẢ CHỤP CLVT		CỘNG
		CMN	NMN	
Chẩn đoán bảng điểm ALLEN	CMN	66	3	69
	NMN	28	102	130
Tổng		94	105	199

Độ nhạy chẩn đoán CMN 70,2%, NMN 97,1%. Giá trị dự báo dương tính CMN 95,6%, NMN 78,5%. Độ chính xác chung 84,4%. Sandercock, Allen (Anh) khảo sát 358 BN đột quy thấy, độ nhạy trong xuất huyết não ở Oxford 81% và London 88%, độ nhạy trong NMN ở Oxford 78%, London 78%, tiên lượng chính xác toàn bộ London 78%, tiên lượng chính xác toàn bộ Oxford 82% [8]. Celani và CS (Italy) kiểm chứng 231 BN trong 3 bệnh viện ở Ý thấy, ALLEN không chắc chắn 44, độ nhạy 0,38, độ chuyên biệt 0,98, giá trị tiên đoán dương

Bảng 7: Giá trị chẩn đoán theo 4 thang điểm với từng thể đột quy.

THANG ĐIỂM	THỂ	CMN	CMDN	HK	OK	TM
		Độ nhạy (%)	Độ nhạy (%)	Độ nhạy (%)	Độ nhạy (%)	Độ nhạy (%)
CSS		84,3	100,0	96,6	100,0	27,2

0,71, âm tính 0,91 và lợi thể chẩn đoán trong xuất huyết 0,58. Giá trị tiên đoán dương tính nhồi máu ALLEN 93% [6]. Weir, Murray (Anh) qua đánh giá 1.059 BN thấy, độ nhạy chẩn đoán xuất huyết 70%, độ chuyên biệt 64%, tiên lượng chính xác thang điểm 64%, đề nghị thang điểm ALLEN không ích lợi loại trừ xuất huyết khởi đầu điều trị kháng đông hay aspirin [9]. Cao Phi Phong nghiên cứu trên 108 BN điều trị tại Bệnh viện Nhân dân 115 thấy, thang điểm ALLEN có độ chính xác 78,8%, chẩn đoán NMN 31/34 (91,17%), chẩn đoán xuất huyết não 36/51 (70,58%) [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Cao Phi Phong, Lâm Quốc Vương, Sandercock, Allen.

Bảng 6: Giá trị chẩn đoán của thang điểm TP. HCM.

THANG ĐIỂM	CHỤP CLVT	KẾT QUẢ CHỤP CLVT		CỘNG
		CMN	NMN	
Chẩn đoán bảng điểm TP. HCM	CMN	77	9	86
	NMN	12	104	116
Tổng		89	113	202

Độ nhạy chẩn đoán CMN 86,5%, NMN 92,0%. Giá trị dự báo dương tính CMN 89,5%. Giá trị dự báo dương tính NMN 89,6%. Độ chính xác chung 89,6%. Lâm Quốc Vương nghiên cứu BN ĐQN điều trị tại Bệnh viện 103 thấy, độ nhạy của thang điểm này là 80,4%, độ đặc hiệu 87,5%, giá trị dự báo dương tính 87,4%, giá trị dự báo âm tính 80,5% [4]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự.

SSS	65,7	83,3	71,5	83,9	18,2
ALLEN	52,7	75,0	78,4	90,3	45,4
TP. HCM	63,9	66,6	89,7	90,3	36,4

(CMDN: chảy máu dưới nhện; HK: huyết khối; OK: ổ khuyết; TM: thiếu máu)

Trong 4 thang điểm, chúng tôi nhận thấy thang điểm lâm sàng CSS có giá trị chẩn đoán cao đối với các thể CMN, chảy máu dưới nhện, huyết khối, ổ khuyết. Đối với thể tắc mạch, giá trị chẩn đoán của 4 thang điểm không cao (CSS 27,2, SSS 18,2, ALLEN 45,4, TP. HCM 36,4). Sự khác biệt này được giải thích là do cách khởi phát

của thể tắc mạch rất đột ngột, kèm theo rối loạn ý thức, rối loạn cơ vòng... khi cục tắc nghẽn mạch máu lớn dẫn đến tổn thương não diện rộng, làm cho điểm số các thang điểm tăng lên. Vì vậy, trước một BN nghi ngờ chẩn đoán, cần khai thác kỹ tiền sử bệnh lý tim mạch (rung nhĩ, suy tim, bệnh van tim...).

Bảng 8: So sánh giá trị chẩn đoán lâm sàng của các thang điểm trên mẫu nghiên cứu.

THANG ĐIỂM	CSS	SSS	TP. HCM	ALLEN
KẾT QUẢ				
Độ nhạy chẩn đoán CMN	86,7	87,1	86,5	70,2
Độ nhạy chẩn đoán NMN	92,3	93,8	92,0	97,1
Giá trị dự đoán dương CMN	92,2	93,1	89,5	95,6
Giá trị dự đoán dương NMN	88,2	88,3	89,6	78,5
Độ chính xác chung	89,6	90,5	98,6	84,4
Tỷ lệ chẩn đoán không chắc chắn		24,0	19,2	20,4

Thang điểm lâm sàng CSS, SSS và TP. HCM có độ nhạy chẩn đoán đột quy CMN, độ nhạy chẩn đoán đột quy thiếu máu não, độ chính xác chung cao hơn thang điểm ALLEN.

Qua khảo sát các thang điểm lâm sàng chúng tôi nhận thấy, thang điểm ALLEN quá phức tạp, nhiều yếu tố lâm sàng, hệ số khó nhớ, khó áp dụng thực tế tại Việt Nam. Thang điểm SSS còn một số hạn chế do những triệu chứng chỉ điểm vừa xơ chưa thực sự đại diện cho vừa xơ động mạch. Đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ chứ không phải là một triệu chứng của vừa xơ động mạch. Những triệu chứng như thiếu máu não cục bộ tạm thời, tắc mạch nhỏ và

vừa ở các chi có thể được bổ sung vào nhóm chỉ điểm vừa xơ động mạch. Rối loạn cơ vòng, hội chứng màng não có sự khác biệt rõ giữa CMN và TMN, nhưng chưa được sử dụng để chẩn đoán phân biệt 2 thể này. Thang điểm TP. HCM, SSS tính toán đơn giản hơn, tuy nhiên, cũng cần phải tính bằng hệ số. Mức độ rối loạn ý thức trong 2 thang điểm này phân thành các mức: tỉnh táo, tiền mê, hôn mê nên khá phức tạp khi tính toán. Các triệu chứng đánh giá vừa xơ động mạch trong nghiên cứu của chúng tôi khó khai thác do tập tính và điều kiện của người dân Việt Nam rất ít đi kiểm tra sức khỏe định kỳ nên đã ảnh hưởng đến độ chính xác của các thang điểm trên.

Các thang điểm SSS, TP. HCM, ALLEN chẩn đoán phân biệt ĐQN từ hai phía, do vậy, luôn có một khoảng không xác định chẩn đoán, cần dựa vào CLVT sọ não, đây cũng là một nhược điểm lớn của phương pháp chẩn đoán [2, 5, 7].

Thang điểm lâm sàng CSS chẩn đoán phân biệt thể ĐQN được tiến hành từ một phía. Đi sâu nghiên cứu đột quỵ CMN là chủ yếu, khi điểm số thang điểm này không phù hợp với đột quỵ CMN (CSS < 3 điểm), chẩn đoán theo dõi TMN. Thang điểm CSS có ưu điểm là không có khoảng chẩn đoán không xác định, không phân mức độ rối loạn ý thức như thang điểm SSS, TP. HCM, ít phải tính toán, đơn giản, dễ nhớ, dễ áp dụng và phù hợp với chẩn đoán và xử trí cấp cứu ở Việt nam.

Trong thực tiễn lâm sàng chụp CLVT khó có thể thực hiện cho tất cả BN ĐQN cấp và vấn đề điều trị đặt ra ở đây là biện pháp điều trị đặc hiệu CMN và TMN hoàn toàn trái ngược nhau. Việc chẩn đoán không chính xác sẽ làm tăng độ nặng của bệnh cảnh lâm sàng, thậm chí gây tử vong cho BN. Chúng tôi nghĩ rằng độ nhạy, giá trị dự báo dương tính, độ chính xác chung của 4 thang điểm chưa đủ mức độ tin cậy cần thiết cho việc đưa ra quyết định điều trị đặc hiệu 2 thể ĐQN (CMN và TMN). Hướng dẫn xử trí tạm thời, điều trị phòng ngừa thứ phát, thang điểm CSS, SSS, TP. HCM vẫn còn hữu ích.

KẾT LUẬN

Có thể áp dụng thang điểm CSS, SSS, TP. HCM trong chẩn đoán phân biệt các thể ĐQN ở những cơ sở chưa có máy chụp CLVT, trong thực hành lâm sàng, tùy từng trường hợp cụ thể, có thể sử dụng riêng

từng thang điểm hoặc phối hợp các thang điểm với nhau để đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Cao Phi Phong*. So sánh và giá trị của 4 thang điểm lâm sàng trong chẩn đoán phân biệt nhồi máu và xuất huyết não: Diaz stroke scale, llano scoring system, Siriraj score và ALLEN score. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2004, tập 7, phụ bản số 1, tr.32-36.
2. *Nguyễn Bá Thắng*. Kiểm chứng giá trị thang điểm lâm sàng chẩn đoán phân biệt NMN và xuất huyết não trên lều. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2003, tập 7, phụ bản số 1, tr.23-28.
3. *Lương Công Thức*. Góp phần nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá thang điểm Siriraj trong chẩn đoán phân biệt giữa NMN và CMN. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2002.
4. *Lâm Quốc Vương*. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và giá trị chẩn đoán phân biệt thể bệnh của thang điểm lâm sàng ĐQN. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2009.
5. *Allen CM*. Clinical diagnosis of the acute stroke syndrome. QJ Med. 1983, 42, pp.515-523.
6. *Celani MG, Righetti E et al*. Comparability and validity of two clinical score in the early differential diagnosis of acute stroke. BMJ. 1994, 308 (6945), pp.1674-1676.
7. *Hung LY, Wang PY, Chia LG, Wang Y*. Clinical distinction between acute hemorrhagic and acute ischemic stroke by Siriraj stroke score. Department of medicine. Taichung Veterans General Hospital. Taiwan, R.O.C. 1995, Mar, 55 (3), pp.248-252.
8. *Sandercock PA, Allen CM et al*. Clinical diagnosis of intracranial heamorrhage using Guy's Hospital score. BMJ. 1985, 291, tr.1675-1677.
9. *Weir CJ, Murray GD, Adams FG, Muir KW, Grosset DG, Lees KR*. Poor accuracy of stroke scoring systems for differential clinical diagnosis of intracranial haemorrhage and infarction. Lancet. 1994, 344, pp.999-1002.

Ngày nhận bài: 20/1/2012

Ngày giao phản biện: 5/6/2012

Ngày giao bản thảo in: 26/7/2012