

Y Hà Nội.

5. **Ngô Thanh Tùng (2011)**. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả hóa-xạ trị gia tốc đồng thời ung thư hạ họng- thanh quản giai đoạn III-IVB không mổ được tại bệnh viện K, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Wen-Yen Huang, Yee-Min Jen, Chang-Ming Chen et al (2010)**, Research Intensity modulated

radiotherapy with concurrent chemotherapy for larynx preservation of advanced resectable hypopharyngeal cancer. Radiation Oncology, 5, 37.

7. **Ahmad Ameri, Shokoufe Norouzi, Ainaz Sourati et al (2021)**. Randomized trial on acute toxicities of weekly vs three-weekly cisplatin-based chemoradiation in head and neck cancer, cancer report, 5,1.

## MỘT SỐ YẾU TỐ DỰ BÁO CHẢY MÁU NỘI SỌ CÓ TRIỆU CHỨNG SAU LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Võ Thế Nhân\*, Nguyễn Ngọc Hoà\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu.** Chảy máu nội sọ (CMNS) có triệu chứng là biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra sau lấy huyết khối cơ học (LHK) ở bệnh nhân nhồi máu não cấp, ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định một số yếu tố dự báo CMNS có triệu chứng sau LHK tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp.** Nghiên cứu bệnh chứng tiến hành trên 230 bệnh nhân nhồi máu não cấp tính do tắc động mạch lớn được LHK, chia thành 2 nhóm: nhóm CMNS có triệu chứng (n = 31) và nhóm chứng (n = 199). CMNS có triệu chứng được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Heidelberg. Phân tích đơn biến và phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố dự báo của CMNS có triệu chứng. **Kết quả.** Theo kết quả phân tích hồi quy đa biến, số lượng tiểu cầu khi nhập viện < 180 × 10<sup>9</sup>/L (OR 5,48, 95%CI 1,69-19,50), điểm ASPECTS khi nhập viện (với mỗi điểm tăng thêm) (OR 0,37, 95%CI 0,20-0,63), tuần hoàn bàng hệ kém (OR 8,04, 95%CI 2,54-28,3) và thời gian chọc động mạch đùi – tái thông > 60 phút (OR 5,43, 95%CI 1,55-22,5) là các yếu tố độc lập dự báo CMNS có triệu chứng. **Kết luận.** Một số yếu tố dự báo CMNS có triệu chứng sau LHK được xác định, đóng vai trò quan trọng trong cung cấp thông tin về lợi ích – nguy cơ, giúp lựa chọn phương pháp điều trị, thái độ điều trị và xử trí phù hợp, cải thiện quy trình theo dõi người bệnh, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và tiên lượng của LHK.

**Từ khóa:** chảy máu nội sọ có triệu chứng, lấy huyết khối cơ học, yếu tố dự báo

### SUMMARY

#### PREDICTORS OF SYMPTOMATIC INTRACRANIAL HEMORRHAGE AFTER MECHANICAL THROMBECTOMY AT NGHỆ AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

**Background and purpose.** Symptomatic

intracranial hemorrhage (sICH), associated with poor outcome, is a potentially serious complication of mechanical thrombectomy (MT) for acute ischemic stroke patients. This study aimed to identify predictive factors of sICH post MT at Nghệ An Friendship General Hospital. **Methods.** This case-control study enrolled 230 acute ischemic stroke patients with large vessel occlusion undergoing MT. Participants were divided into two groups: sICH group (n=31) and control group (n=199). sICH was diagnosed according to the Heidelberg Bleeding Classification. Univariate analysis and multivariate logistic regression were used to determine the predictors of sICH. **Results.** After multivariate analysis, baseline platelet count <180 × 10<sup>9</sup>/L (OR 5,48, 95%CI 1,69-19,50), admission ASPECTS (OR per 1-point increase 0,37, 95%CI 0,20-0,63), poor collateral circulation (OR 8,04, 95%CI 2,54-28,3) and groin-to-recanalization time >60 minutes (OR 5,43, 95%CI 1,55-22,5) were found to be independent predictive factors of sICH. **Conclusions.** Several predictive factors of sICH post MT were identified. This knowledge plays an important role in benefit - risk counseling, selection of treatment strategies, improvement of patient monitoring protocol, enhancement of the therapeutic outcome and prognosis of MT.

**Keywords:** symptomatic intracranial hemorrhage, mechanical thrombectomy, predictor

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mạch lớn là nguyên nhân của 20 - 40% số ca nhồi máu não, tuy nhiên lại là thủ phạm chính của tử vong và tàn phế. Do điều trị tiêu huyết khối (THK) chỉ đạt tỷ lệ tái thông thành công thấp (<30%) ở nhóm đối tượng này [2], các phương pháp LHK đã ra đời, phát triển, chứng minh tính hiệu quả và ngày nay được chấp thuận là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho người bệnh nhồi máu não do tắc mạch lớn.

Tuy nhiên, biến chứng đáng sợ nhất của LHK – CMNS có triệu chứng xảy ra với tỷ lệ lên đến 16% ở cộng đồng người châu Á [4] có thể làm gia tăng nguy cơ tử vong và tàn phế cho người bệnh. Trong khi các yếu tố dự báo CMNS có triệu

\*Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thế Nhân

Email: nhanvo.fsh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022

chứng sau điều trị THK đã được nghiên cứu tương đối đầy đủ, dữ kiện về các yếu tố dự báo CMNS sau LHK còn hạn chế, kết quả được các nghiên cứu đưa ra còn chưa nhất quán. Bởi vậy, việc xác định các yếu tố dự báo CMNS có triệu chứng là cần thiết, góp phần hỗ trợ các bác sỹ chuyên ngành Đột quỵ cũng như các bác sỹ can thiệp mạch máu não trong tư vấn lợi ích – nguy cơ cho gia đình người bệnh, đưa ra quyết định điều trị, tối ưu hiệu quả điều trị của LHK.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn được điều trị bằng phương pháp LHK tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân ≥ 18 tuổi; được chẩn đoán nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn (bao gồm động mạch cảnh trong, động mạch não giữa đoạn M1/M2, động mạch não trước,

$$n_{cases-Fleiss} = \frac{[z_{\alpha/2}\sqrt{(r+1)*p*(1-p)} + z_{1-\beta}\sqrt{r*p_0*(1-p_0) + p_1*(1-p_1)}]^2}{r*(p_0 - p_1)^2}$$

Với  $\alpha$  là 5% và  $\beta$  là 20%, sử dụng số liệu từ nghiên cứu xây dựng thang điểm ASIAN của tác giả Zhang, chúng tôi ước tính cỡ mẫu dự kiến cho nghiên cứu là 190, với 30 cho nhóm bệnh và 160 cho nhóm chứng. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu thực tế là 230 (31 cho nhóm bệnh và 199 cho nhóm chứng), thoả mãn cỡ mẫu dự kiến.

### Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

**Kỹ thuật thu thập số liệu:** Thu thập từ bệnh án lưu trữ theo mẫu bệnh án nghiên cứu: Đặc điểm cá nhân, khám lâm sàng, chỉ số xét nghiệm, kết quả chụp CLVT và/hoặc CHT sọ não, chụp CLVT 64 dãy mạch não và/hoặc CHT mạch não, chụp DSA, quá trình LHK và diễn biến sau điều trị.

Đánh giá kết quả: Kết quả chẩn đoán hình ảnh được đánh giá bởi các bác sỹ chẩn đoán hình ảnh, có sự đánh giá lại của nghiên cứu viên. Đánh giá kết quả tái thông sau LHK do chuyên gia can thiệp mạch não. CMNS có triệu chứng

động mạch thân nền và động mạch đốt sống) bằng CTA/MRA/DSA; thoả mãn các điều kiện chỉ định LHK theo khuyến cáo của AHA năm 2019 và được chỉ định điều trị LHK.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không có đầy đủ các thông tin nghiên cứu yêu cầu hoặc bệnh nhân/người nhà từ chối tham gia nghiên cứu.

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành theo thiết kế nghiên cứu bệnh – chứng.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.** Với  $p_0$  là tỷ lệ yếu tố liên quan trong nhóm bệnh,  $p_1$  là tỷ lệ yếu tố liên quan trong nhóm chứng,  $r$  là tỷ lệ mẫu chứng/bệnh (1 ca bệnh đi với  $r$  ca chứng) lấy từ số liệu có sẵn của nghiên cứu trước và  $p$  được tính theo công thức:

$$p = \frac{p_0 + r * p_1}{r + 1}$$

Cỡ mẫu nhóm bệnh trong nghiên cứu bệnh – chứng không ghép cặp (nonmatched case-control study) có thể được tính theo công thức của Fleiss [3]:

được xác định bởi bác sỹ điều trị và xác nhận bởi nghiên cứu viên và một chuyên gia thần kinh mạch máu khác.

**Công cụ thu thập số liệu:** Phương tiện gồm máy chụp CLVT SIEMENS 32 dãy, máy chụp CLVT PHILIPS Brilliance 64 dãy, máy cộng hưởng từ PHILIPS Ingenia 1.5 Tesla, hệ thống chụp mạch máu số hóa xóa nền 1 bình điện PHILIPS Allura Xper FD20, phần mềm dựng hình ảnh tương ứng đi kèm máy chụp.

**Phân tích và xử lý số liệu.** Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nhóm CMNS có triệu chứng và nhóm chứng. CMNS có triệu chứng được định nghĩa theo tiêu chuẩn Heidelberg. Các yếu tố có liên quan tới kết cục CMNS có triệu chứng với  $p < 0,05$  trong phân tích đơn biến được đưa vào phân tích hồi quy đa biến để xác định yếu tố dự báo độc lập.

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 4.6, xử lý số liệu và phân tích thống kê sử dụng phần mềm R (R Foundation for Statistical Computing).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới và tiền sử liên quan**

Đặc điểm	Nhóm chung (n=230)	CMNS có triệu chứng		P
		Có (n=31)	Không (n=199)	
Tuổi (năm) ( $\bar{x} \pm SD$ )	66,8 ± 12,9	68,2 ± 12,6	66,6 ± 13,0	0,424
Giới nam (n,%)	130 (56,5%)	21 (67,7%)	109 (54,8%)	0,175
Tăng huyết áp (n,%)	144 (62,6%)	20 (64,5%)	124 (62,3%)	0,813

Đái tháo đường (n,%)	23 (10,0%)	4 (12,9%)	19 (9,5%)	0,526
Rung nhĩ (n,%)	95 (41,3%)	15 (48,4%)	80 (40,2%)	0,389
Dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu (n,%)	7 (3,0%)	1 (3,2%)	6 (3,0%)	>0,999
Dùng thuốc chống đông (n,%)	33 (14,3%)	8 (25,8%)	25 (12,6%)	0,093

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về tuổi, giới và tiền sử liên quan giữa nhóm bệnh và nhóm chứng.

**Bảng 2: Điểm Glasgow, huyết áp và điểm NIHSS khi nhập viện**

Đặc điểm	Nhóm chung (n=230)	CMNS có triệu chứng		P
		Có (n=31)	Không (n=199)	
Điểm Glasgow (trung vị, IQR)	13 (12, 14)	12 (12, 13)	13 (12, 14)	0,348
Huyết áp tâm thu (mmHg) ( $\bar{x} \pm SD$ )	139,1 $\pm$ 25,6	143,9 $\pm$ 28,5	138,4 $\pm$ 25,1	0,471
Điểm NIHSS nhập viện (trung vị, IQR)	15 (12, 18)	16 (14, 20)	15 (12, 18)	0,145

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về điểm Glasgow, huyết áp tâm thu và điểm NIHSS nhập viện giữa nhóm bệnh và nhóm chứng.

**Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng**

Đặc điểm	Nhóm chung (n=230)	CMNS có triệu chứng		P
		Có (n=31)	Không (n=199)	
Tiểu cầu ( $10^9/L$ ) ( $\bar{x} \pm SD$ )	228,8 $\pm$ 76,5	193,3 $\pm$ 64,1	234,3 $\pm$ 76,9	0,004
Tiểu cầu < 180 ( $10^9/L$ )	53 (23,0%)	15 (48,4%)	38 (19,1%)	<0,001
Đường máu mao mạch $\geq 8,3$ (mmol/L)	53 (23,0%)	13 (41,9%)	40 (20,1%)	0,007
Điểm ASPECTS (trung vị, IQR)	8 (7, 9)	7 (6, 7)	9 (8, 10)	<0,001
Tuần hoàn bàng hệ kém (n,%)	56 (24,3%)	24 (77,4%)	32 (16,1%)	<0,001

**Nhận xét:** Số lượng tiểu cầu khi nhập viện trung bình ở nhóm bệnh ( $193,3 \pm 64,1 \times 10^9/L$ ) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nhóm chứng ( $234,3 \pm 76,9 \times 10^9/L$ ) với  $p = 0,004$ . Tỷ lệ bệnh nhân có số lượng tiểu cầu khi nhập viện thấp hơn  $180 \times 10^9/L$  ở nhóm bệnh là 48,4%, ở nhóm chứng là 19,1%, sự khác biệt có nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tỷ lệ bệnh nhân có đường máu mao mạch khi nhập viện  $\geq 8,3$  mmol/L ở nhóm bệnh là

41,9%, ở nhóm chứng là 20,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,007$ .

Trung vị và khoảng tứ phân vị của điểm ASPECTS khi nhập viện ở nhóm bệnh là 7 (6, 7), ở nhóm chứng là 9 (8, 10). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tỷ lệ phân loại tuần hoàn bàng hệ kém ở nhóm bệnh là 77,4%, ở nhóm chứng là 16,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 4: Đặc điểm liên quan quá trình lấy huyết khối cơ học**

Đặc điểm	Nhóm chung (n=230)	CMNS có triệu chứng		P
		Có (n=31)	Không (n=199)	
Điều trị tiêu huyết khối (n, %)	102 (44,3%)	12 (38,7%)	90 (45,2%)	0,497
Thời gian khởi phát – chọc động mạch đùi (phút) ( $\bar{x} \pm SD$ )	255,3 $\pm$ 103,4	233,3 $\pm$ 80,2	258,7 $\pm$ 106,3	0,329
Số lần lấy huyết khối > 3 (n,%)	27 (11,7%)	10 (32,3%)	17 (8,5%)	<0,001
Thời gian chọc động mạch đùi – tái thông (phút) ( $\bar{x} \pm SD$ )	73,8 $\pm$ 31,1	92,6 $\pm$ 28,3	70,8 $\pm$ 30,6	<0,001
Thời gian chọc động mạch đùi – tái thông > 60 (phút)	109 (47,4%)	25 (80,6%)	84 (42,2%)	<0,001
Tái thông không thành công (TICI 0-2a) (n, %)	52 (22,6%)	13 (41,9%)	39 (19,6%)	0,006

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có số lần lấy huyết khối > 3 ở nhóm bệnh (32,3%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (8,5%) với  $p < 0,001$ . Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian chọc động mạch đùi – tái thông > 60 phút ở nhóm bệnh (80,6%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (42,2%),  $p < 0,001$ . Tỷ lệ tái thông không thành công (TICI 0 – 2a) ở nhóm bệnh là 41,9%, ở nhóm chứng là 19,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,006$ .

**Bảng 5: Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến**

Biến độc lập	Phân tích đơn biến		Mô hình hồi quy đa biến	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Đường mao mạch $\geq 8,3$ (mmol/L)	2,87 (1,28 - 6,33)	0,009	2,60 (0,76 - 9,06)	0,126

Tiểu cầu < 180 (10 <sup>9</sup> /L)	3,97 (1,80 - 8,79)	<0,001	5,48 (1,69 - 19,5)	0,006
Điểm ASPECTS nhập viện	0,34 (0,23 - 0,49)	<0,001	0,37 (0,20 - 0,63)	<0,001
Tuần hoàn bàng hệ kém	17,9 (7,45 - 48,3)	<0,001	8,04 (2,54 - 28,3)	<0,001
Số lần lấy huyết khối > 3	5,10 (2,02 - 12,5)	<0,001	2,68 (0,62 - 12,2)	0,189
Tái thông không thành công	2,96 (1,32 - 6,54)	0,007	2,59 (0,77 - 8,99)	0,124
Thời gian chọc động mạch đùi – tái thông > 60 (phút)	5,70 (2,38 - 15,9)	<0,001	5,43 (1,55 - 22,5)	0,012

**Nhận xét:** Trong phân tích hồi quy logistic đơn biến thì các đặc điểm bao gồm đường máu mao mạch khi nhập viện  $\geq 8,3$  mmol/L, số lượng tiểu cầu khi nhập viện  $< 180 \times 10^9/L$ , điểm ASPECTS nhập viện, tuần hoàn bàng hệ kém, số lần lấy huyết khối  $> 3$ , tái thông không thành công (TICI 0 – 2a), thời gian chọc động mạch đùi – tái thông  $> 60$  phút có liên quan tới kết cục CMNS có triệu chứng với  $p < 0,05$ . Khi đưa vào phân tích hồi quy đa biến, tiểu cầu  $< 180 \times 10^9/L$ , điểm ASPECTS nhập viện, tuần hoàn bàng hệ kém và thời gian chọc động mạch đùi – tái thông  $> 60$  phút là các yếu tố độc lập có ý nghĩa tiên đoán CMNS có triệu chứng.

#### IV. BÀN LUẬN

Đa số các yếu tố dự báo độc lập của CMNS có triệu chứng được xác định trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả được báo cáo trong các nghiên cứu trước đó, bao gồm điểm ASPECT khi nhập viện, tuần hoàn bàng hệ kém, và thời gian chọc động mạch đùi – tái thông. Các yếu tố dự báo được các nghiên cứu khác đề cập đến như đường máu mao mạch khi nhập viện  $\geq 8,3$  mmol/L, số lần lấy huyết khối  $> 3$ , tái thông không thành công (TICI 0-2a) dù không tham gia vào mô hình dự báo cuối cùng sau khi phân tích hồi quy đa biến nhưng vẫn có ý nghĩa tiên lượng kết cục CMNS có triệu chứng theo kết quả phân tích hồi quy đơn biến [5, 7, 8].

Trong nghiên cứu xây dựng thang điểm ASIAN của tác giả Zhang, các yếu tố độc lập có ý nghĩa tiên lượng CMNS có triệu chứng bao gồm thời gian khởi phát – chọc động mạch đùi  $> 270$  phút (OR 1,79, 95%CI 1,08-2,95), điểm ASPECTS khi nhập viện (mỗi điểm tăng thêm) (OR 0,85, 95%CI 0,76-0,95), tuần hoàn bàng hệ kém (OR 3,06, 95%CI 1,76-5,38), số lần lấy huyết khối (mỗi lần tăng thêm) (OR 1,52, 95%CI 1,29-1,78) và đường máu lúc nhập viện (mỗi 1 mmol/L tăng thêm) (OR 1,13, 95%CI 1,07-1,20) [8].

Trong nghiên cứu xây dựng thang điểm TAG của tác giả Montalvo, các yếu tố độc lập có ý nghĩa tiên lượng CMNS có triệu chứng được xác định gồm nồng độ đường máu khi nhập viện  $\geq 8,3$  mmol/L (OR 2,97, 95%CI 1,026-8,596), điểm ASPECT khi nhập viện (ASPECTS  $< 6$  (OR 10,42,

95%CI 1,793-60,547), điểm ASPECT 6-7 (OR 3,658, 95%CI 1,075-12,445)) và tái thông không thành công (TICI 0-2a) (OR 5,123, 95%CI 1,864-14,076) [7].

Một trong những yếu tố dự báo quan trọng của CMNS có triệu chứng sau LHK là thể tích lõi nhồi máu, thể hiện qua điểm ASPECTS, bởi vậy các biện pháp nhằm hạn chế tối đa sự lan rộng của lõi nhồi máu đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu nguy cơ xảy ra các biến chứng chảy máu. Các biện pháp có thể kể đến bao gồm rút ngắn thời gian tiếp cận điều trị thông qua tối ưu hoá các quy trình nhận biết, phân loại, xử trí bệnh nhân TML và cải thiện kỹ thuật LHK nhằm rút ngắn thời gian can thiệp, tăng xác suất tái thông thành công.

Bên cạnh đó, từ lâu, tình trạng tuần hoàn bàng hệ đã được biết đến là yếu tố ảnh hưởng tới thể tích lõi nhồi máu và nguy cơ chuyển dạng chảy máu sau điều trị tái thông ở bệnh nhân nhồi máu não cấp, bệnh nhân với tình trạng tuần hoàn bàng hệ tốt có nguy cơ chuyển dạng chảy máu thấp hơn [1]. Tuần hoàn bàng hệ kém làm giảm khả năng cung cấp máu và dinh dưỡng cho vùng tranh tối tranh sáng, dẫn đến tăng thể tích lõi nhồi máu và gây tổn thương mạch máu trong vùng nhồi máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng tuần hoàn bàng hệ của bệnh nhân được xác định bằng thang điểm Tan cải tiến đánh giá trên CTA và/hoặc thang điểm ACG đánh giá trên DSA. Thang điểm ACG được ưu tiên sử dụng nếu bệnh nhân có đầy đủ thông tin để đánh giá đồng thời hai thang điểm. Tuy nhiên, kết quả đánh giá của thang điểm Tan cải tiến được sử dụng chủ yếu do việc chụp và đánh giá tuần hoàn bàng hệ trên DSA sẽ làm kéo dài thời gian chọc ĐM đùi – tái thông, ảnh hưởng tới kết cục của bệnh nhân.

Ở các nước phương Tây, huyết khối từ tim là nguyên phổ biến nhất của đột quỵ nhồi máu não. Trong khi đó, ở các nước châu Á, hẹp ĐM nội sọ do xơ vữa (ICAD) là nguyên nhân chiếm ưu thế. ICAD gây cản trở trong quá trình tiếp cận huyết khối, tăng số lần lấy huyết khối, tăng nguy cơ tổn thương thành mạch. Trong thực tế, các trường hợp tắc mạch do huyết khối từ tim có

thời gian chọc động mạch đùi – tái thông và thời gian khởi phát – tái thông thường ngắn hơn so với các trường hợp tắc mạch liên quan đến hẹp ĐM nội sọ do xơ vữa [6]. Điều này có thể lý giải phần nào tại sao các nghiên cứu về LHK ở đối tượng người châu Á thường có thời gian chọc động mạch – đùi tái thông dài hơn cũng như tỷ lệ xảy ra CMNS có triệu chứng cao hơn so với nghiên cứu ở các nước phương Tây.

Đáng chú ý, nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên chỉ ra số lượng tiểu cầu khi nhập viện là yếu tố dự báo quan trọng của CMNS có triệu chứng sau LHK. Trong cơ thể người, tiểu cầu đóng vai trò quan trọng trong quá trình đông cầm máu và thiếu hụt tiểu cầu làm tăng nguy cơ các biến cố xuất huyết. Mỗi liên quan giữa số lượng tiểu cầu và biến chứng CMNS có triệu chứng sau THK đã được chứng minh qua kết quả của nhiều nghiên cứu, tuy nhiên các tác giả khác không tìm thấy mối liên quan tương tự ở các bệnh nhân được LHK. Xét đến vai trò quan trọng của tiểu cầu trong quá trình đông cầm máu, phát hiện này của chúng tôi hoàn toàn có cơ sở khoa học, tuy nhiên do cỡ mẫu của nghiên cứu còn hạn chế, bởi vậy cần tiến hành thêm các nghiên cứu nhằm làm rõ mối liên quan này.

## V. KẾT LUẬN

Các yếu tố dự báo của CMNS có triệu chứng sau LHK được xác định bao gồm: số lượng tiểu cầu khi nhập viện  $< 180 \times 10^9/L$  (OR 5,48, 95%CI 1,69-19,50), điểm ASPECT khi nhập viện (với mỗi điểm tăng thêm) (OR 0,37, 95%CI 0,20-

0,63), tuần hoàn bàng hệ kém (OR 8,04, 95%CI 2,54-28,3) và thời gian chọc động mạch đùi – tái thông  $> 60$  phút (OR 5,43, 95%CI 1,55-22,5).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bang O. Y. và các cộng sự. (2011)**, "Collateral Flow Averts Hemorrhagic Transformation After Endovascular Therapy for Acute Ischemic Stroke", *Stroke*. **42(8)**, tr. 2235-2239.
2. **Bhatia R. và các cộng sự. (2010)**, "Low rates of acute recanalization with intravenous recombinant tissue plasminogen activator in ischemic stroke: real-world experience and a call for action", *Stroke*. **41(10)**, tr. 2254-8.
3. **Fleiss J. L., Levin, B. và Paik, M. C. (2013)**, *Statistical methods for rates and proportions*, John Wiley & Sons.
4. **Hao Y. và các cộng sự. (2017)**, "Predictors for Symptomatic Intracranial Hemorrhage After Endovascular Treatment of Acute Ischemic Stroke", *Stroke*. **48(5)**, tr. 1203-1209.
5. **Jiang S. và các cộng sự. (2015)**, "Predictors of Outcome and Hemorrhage in Patients Undergoing Endovascular Therapy with Solitaire Stent for Acute Ischemic Stroke", *PLoS One*. **10(12)**, tr. e0144452.
6. **Lee D. và các cộng sự. (2020)**, "Endovascular Treatment in Patients with Cerebral Artery Occlusion of Three Different Etiologies", *Journal of Stroke*. **22(2)**, tr. 234-244.
7. **Montalvo M. và các cộng sự. (2019)**, "Predicting symptomatic intracranial haemorrhage after mechanical thrombectomy: the TAG score", *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. **90(12)**, tr. 1370-1374.
8. **Zhang X. và các cộng sự. (2020)**, "Symptomatic Intracranial Hemorrhage After Mechanical Thrombectomy in Chinese Ischemic Stroke Patients: The ASIAN Score", *Stroke*. **51(9)**, tr. 2690-2696.

## XUẤT HUYẾT NÃO DO DỊ DẠNG MẠCH Ở TRẺ SƠ SINH – BÁO CÁO CA BỆNH

Đỗ Thanh Hương<sup>1</sup>, Lê Đình Công<sup>2</sup>, Đào Thị Nguyệt<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Xuất huyết não do dị dạng mạch hiếm gặp ở trẻ sơ sinh và có thể bị bỏ sót do triệu chứng lâm sàng tương tự với xuất huyết não do các nguyên nhân khác. Chúng tôi báo cáo trường hợp trẻ sơ sinh đủ tháng vào viện vì co giật, li bì, da nhợt và được chẩn đoán

ban đầu xuất huyết não do thiếu vitamin K. Phân tích kết quả xét nghiệm chúng tôi thấy tăng fibrinogen không phù hợp với nguyên nhân thiếu Vitamin K mà có thể do vỡ dị dạng mạch. Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang từ và đã phát hiện được dị dạng mạch trong vùng xuất huyết não. Sau đó bệnh nhân được chụp mạch não số hoá xoá nền xác định khối dị dạng thông động tĩnh mạch não vùng trán phải, đã tiến hành nút tắc khối dị dạng thành công. Như vậy, xuất huyết não do dị dạng mạch mặc dù hiếm gặp ở trẻ sơ sinh nhưng các bác sỹ lâm sàng cần thăm khám lâm sàng và phân tích kỹ các xét nghiệm cận lâm sàng để giúp chẩn đoán bệnh, từ đó có chỉ định điều trị phù hợp.

**Từ khóa:** Xuất huyết não, dị dạng mạch, trẻ sơ sinh.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Hương

Email: dothanhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.9.2022