

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, BIẾN ĐỔI GLUCOSE HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY CHẢY MÁU NÃO TRONG TUẦN ĐẦU

Trần Thanh Tâm*

Nguyễn Minh Hiện**

TÓM TẮT

Nghiên cứu 132 bệnh nhân (BN) đột quy chảy máu não trong tuần đầu, tuổi từ 44 - 85, nằm điều trị tại Khoa Đột quy não và Khoa Điều trị tích cực, Bệnh viện 103 từ tháng 4 - 2008 đến 06 - 2009, gồm 93 nam và 39 nữ. Kết quả thu được: tỷ lệ nam/nữ là 2,4/1, tuổi mắc bệnh trung bình $62,2 \pm 11,8$, tỷ lệ mắc bệnh cao gặp ở > 60 tuổi và thường khởi phát bệnh vào ban ngày, 90,2% khởi phát đột ngột, 63,6% rối loạn ý thức, 87% có tổn thương các dây thần kinh sọ não, 96% liệt nửa người, rối loạn cơ tròn 40,2%. Chủ yếu tổn thương chảy máu vùng nhân xám TW 70,5%, 50% có thể tích khối máu tụ 30 - 60 ml. Tăng glucose huyết ở mức độ nhẹ và trung bình. Sau 1 tuần đột quy não, giá trị glucose huyết trung bình của nhóm tăng glucose huyết phản ứng trở về mức bình thường không cần điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến đổi glucose huyết có liên quan đến rối loạn ý thức và mức độ liệt.

* Từ khoá: Đột quy não; Chảy máu não; Glucose huyết.

STUDY ON CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS, HYPERGLYCEMIA CHANGES IN INTRACEREBRAL HEMORRHAGE PATIENTS IN THE FIRST WEEK

SUMMARY

Study of 132 patients with intracerebral hemorrhage (ICH) in the first week after stroke, age from 44 to 85, who was admitted in the Stroke Department and Intensive care Department of 103 Hospital from 04 - 2008 to 6 - 2009, 93 males and 39 females.

The results show that: The rate between male and female is 2.4/1, mean age 62.2 ± 11.8 , ICH usually occurs on more than 60 years of age and the onset in the day-time, sudden onset (90.2%), consciousness disorder (63.6%), cranial nerves palsy (87%), hemiplegia (96%), orbicularis disorder (40.2%). Hemorrhage at basal ganglia is the most common position (70.5%). Volume hematoma 30 - 60 ml (50%). Blood glucose increases slightly in the acute stage of stroke. Blood glucose reduced spontaneously (not due to treatment) from the seventh day. About consciousness disorder and palsy: There was differentiated statistically between two groups of normal glucose and hyperglycaemia.

* Key words: Stroke; Intracerebral hemorrhage; Hyperglycemia.

* Trường Cao đẳng y tế Hà Nội

**Bệnh viện 103

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

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não (ĐQN) là một cấp cứu nội khoa thường gặp trong thực hành lâm sàng. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị, song cho đến nay ĐQN vẫn có tỷ lệ tử vong cao và để lại di chứng nặng nề.

Tử vong do ĐQN đứng hàng thứ ba sau ung thư và bệnh lý tim mạch ở các nước công nghiệp phát triển. Chảy máu não (CMN) là một thể của ĐQN chiếm 18 - 35% tổng số BN ĐQN điều trị nội trú.

Tăng glucose huyết thường xuất hiện trong giai đoạn sớm của ĐQN. Đây là yếu tố nguy cơ làm tiên lượng của ĐQN diễn biến xấu [7]. Tăng glucose huyết đi kèm với tình trạng lâm sàng nặng, kích thước xuất huyết lớn, có xuất huyết vào não thất là các yếu tố tiên lượng xấu ở BN CMN [8].

Tìm hiểu sự biến đổi nồng độ glucose huyết và ảnh hưởng của glucose huyết trên các phương diện lâm sàng, hình ảnh học và tiên lượng của BN đột quy CMN giai đoạn cấp là cần thiết.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến đổi nồng độ glucose huyết của BN đột quy chảy máu não trong tuần đầu.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- 132 BN đột quy chảy máu não giai đoạn cấp tính, điều trị tại Khoa Đột quy não và Khoa Điều trị tích cực, Bệnh viện 103, từ tháng 04 - 2008 đến 6 - 2009.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu.

* *Tiêu chuẩn chọn BN:*

Căn cứ vào định nghĩa ĐQN của Tổ chức Y tế Thế giới (1989).

132 BN chia làm ba nhóm dựa vào glucose huyết lúc đói, tiền sử đã phát hiện và điều trị đái tháo đường (ĐTĐ).

. Nhóm 1: 26 BN có tăng glucose huyết phản ứng sau ĐQN.

. Nhóm 2: 30 BN được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ.

. Nhóm 3: 76 BN có mức glucose huyết ở giới hạn bình thường sau ĐQN.

- Tất cả BN được xét nghiệm glucose huyết ít nhất 3 lần: tại thời điểm sớm nhất ngay khi vào viện; sau đó lấy máu xét nghiệm glucose huyết lúc đói vào 6 giờ 30 phút sáng vào ngày thứ 2 và ngày thứ 7 sau vào viện.

- Đối với BN tăng glucose huyết sau ĐQN (không có tiền sử ĐTĐ hoặc không rõ tiền sử ĐTĐ) được định lượng nồng độ HbA_{1c} để phân biệt với BN tăng glucose huyết có phải bị ĐTĐ từ trước đó hay không và phân nhóm BN tăng glucose huyết do ĐTĐ hay do tăng glucose huyết phản ứng.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN đang dùng các thuốc có ảnh hưởng đến nồng độ glucose huyết.

- Các bệnh nội tiết có ảnh hưởng đến glucose huyết như hội chứng Cushing, bệnh Basedow...

* Các bước nghiên cứu:

- Lâm sàng

+ Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

+ Khai thác tiền sử, bệnh sử chi tiết, tử mỉ.

+ Thăm khám lâm sàng thần kinh.

- Cận lâm sàng:

+ Sinh hóa máu: xét nghiệm glucose huyết, định lượng HbA_{1c}.

+ Chụp cắt lớp vi tính sọ não.

* Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình phần mềm Epi.info 6.04.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung nhóm BN nghiên cứu.

Tuổi trung bình 62,3 ± 11,3; tỷ lệ nam/nữ: 2,4/1 (93/39); BMI (kg/m²): < 18,5 – 22,9 80 (60,6%) 23 - 25: 44 BN (33,3%); > 25: 8 BN (6,1%).

Tuổi cao nhất 85, thấp nhất 44 tuổi. Đa số BN có thể trạng trung bình.

2. Phân bố BN theo tuổi và giới.

Nam: < 50 tuổi: 14 BN (82,4%); 50 - 59 tuổi: 24 BN (66,7%); 60 - 69 tuổi: 25 BN (71,4%); ≥ 70 tuổi: 30 BN (68,2%);

Nữ: < 50 tuổi: 3 BN (17,6%); 50 - 59 tuổi: 12 BN (33,3%); 60 - 69 tuổi: 10 BN (28,6%); ≥ 70 tuổi: 14 BN (31,8%). Trong từng nhóm, BN nam nhiều hơn BN nữ. Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất > 70, nhóm tuổi mắc ít nhất < 50.

3. Khởi phát bệnh.

Cách khởi phát: nặng từ đầu: 119 BN (90,2%); nặng dần: 13 BN (9,8%).

Hoàn cảnh khởi phát: khi nghỉ ngơi: 77 BN (58,3%); sau stress: 20 BN (15,2%); sau gắng sức 24 (18,2) sau uống bia rượu: 11 BN (8,3%).

Thời gian xuất hiện: 4 - 18 giờ: 86 BN (65,2%); 18 - 46 giờ: 46 BN (34,8%).

Hầu hết BN đều khởi phát đột ngột, các triệu chứng nặng tối đa ngay từ đầu (90,2%),

4. Triệu chứng thời kỳ toàn phát (bảng 1).

| TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG | SỐ BN | TỶ LỆ (%) |
|---|-------|-----------|
| Rối loạn ý thức (thang điểm Glasgow) | | |
| Tỉnh táo (15 đ) | 48 | 36,4 |

| | | | |
|------------------------------------|------------|-----------|-------------|
| Tiền hôn mê (10 - 14 đ) | | 59 | 44,7 |
| Hôn mê | Vừa 8 - 9 | 11 | 8,3 |
| | Nặng 6 - 7 | 14 | 10,6 |
| | Sâu 3 - 5 | 0 | |
| Liệt nửa người | | 128 | 96,0 |
| Liệt dây thần kinh sọ não | | 116 | 87,0 |
| Rối loạn ngôn ngữ | | 51 | 38,6 |
| Rối loạn phản xạ gân xương | | 85 | 64,4 |
| Phản xạ bệnh lý bó tháp | | 39 | 29,5 |
| Rối loạn cơ tròn | | 53 | 40,2 |
| Hội chứng màng não | | 42 | 31,9 |
| Rối loạn thần kinh thực vật | | 16 | 12,1 |

Ở giai đoạn toàn phát, các triệu chứng thường gặp: rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau (36,4%), liệt nửa người (96%), liệt các dây thần kinh sọ não III, IV, VI, VII là 87%, rối loạn cơ tròn 40,2%.

5. Giá trị glucose huyết trung bình (bảng 2).

| NHÓM | | GLUCOSE | GLUCOSE TRUNG BÌNH | GLUCOSE NHỎ NHẤT | GLUCOSE LỚN NHẤT | p (N1, N2) |
|---------------|-------------|---------|--------------------|------------------|------------------|------------|
| | | | | | | |
| Ngày thứ nhất | N1 (n = 26) | | 8,42 ± 1,12 | 7,7 | 11,5 | < 0,05 |
| | N2 (n = 30) | | 9,55 ± 3,56 | 5,30 | 23,5 | |
| | N3 (n = 76) | | 5,89 ± 0,92 | 3,80 | 7,7 | |
| Ngày thứ 2 | N1 (n = 26) | | 8,95 ± 1,28 | 7,5 | 11,7 | < 0,01 |
| | N2 (n = 30) | | 10,32 ± 2,91 | 7,40 | 20,60 | |
| | N3 (n = 76) | | 5,53 ± 0,61 | 3,80 | 6,90 | |
| Ngày thứ 7 | N1 (n = 26) | | 6,43 ± 1,28 | 4,60 | 9,70 | < 0,01 |
| | N2 (n = 30) | | 9,87 ± 2,18 | 7,30 | 15,80 | |
| | N3 (n = 76) | | 5,66 ± 0,47 | 4,10 | 6,70 | |

Có sự khác biệt về nồng độ glucose huyết giữa nhóm tăng glucose huyết phản ứng và nhóm ĐTĐ.

6. Phân bố nồng độ glucose huyết của 3 nhóm (bảng 3).

| NHÓM | | < 7 mmol/l | 7 - 10 mmol/l | > 10 mmol/l | p (N1, N2) |
|---------------|-------------|------------|---------------|-------------|---------------|
| | | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Ngày thứ nhất | N1 (n = 26) | 0 | 21 (80,8) | 5 (19,2) | > 0,05 |
| | N2 (n = 30) | 3 (10,0) | 18 (60,0) | 9 (30,0) | |
| | N3 (n = 76) | 66 (86,8) | 10 (13,2) | 0 | |
| Ngày thứ 2 | N1 (n = 26) | 0 | 14 (53,9) | 12 (46,1) | > 0,05 |
| | N2 (n = 30) | 4 (13,3) | 14 (46,7) | 12 (40,0) | |
| | N3 (n = 76) | 76 (100,0) | 0 | 0 | |
| Ngày thứ 7 | N1 (n = 26) | 14 (53,9) | 9 (34,6) | 3 (11,5) | < 0,05 |
| | N2 (n = 30) | 5 (16,7) | 14 (46,7) | 11 (36,6) | |
| | N3 (n = 76) | 76 (100,0) | 0 | 0 | |

Không có sự khác biệt về phân bố nồng độ glucose huyết giữa nhóm tăng glucose huyết phản ứng (N1) và nhóm ĐTĐ (N2) ngày đầu và ngày thứ 2 sau vào viện.

Khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố nồng độ glucose huyết giữa nhóm tăng glucose huyết phản ứng (N1) và nhóm ĐTĐ (N2) ngày thứ 7 sau vào viện.

7. Liên quan giữa điểm Glasgow và mức glucose huyết ngày vào viện (bảng 4).

| GLASGOW \ GLUCOSE | KHÔNG RỐI LOẠN Ý THỨC | | CẢ RỐI LOẠN Ý THỨC | | | | | | p |
|-------------------|-----------------------|-----------|--------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|--------|
| | 15 | | 14 - 10 | | 9 - 6 | | Tổng | | |
| | Số BN | Tỷ lệ (%) | Số BN | Tỷ lệ (%) | Số BN | Tỷ lệ (%) | Số BN | Tỷ lệ (%) | |
| < 7 (n = 69) | 35 | 50,7 | 25 | 36,2 | 9 | 13,1 | 34 | 49,3 | < 0,01 |
| > 7 (n = 63) | 13 | 20,6 | 34 | 54,0 | 16 | 25,4 | 50 | 79,4 | |

Biến đổi glucose huyết có liên quan với tình trạng rối loạn ý thức (p < 0,01).

8. Liên quan giữa glucose huyết và mức độ liệt ngày vào viện (bảng 5).

| Glucose \ ĐỘ LIỆT | I, II, III | | IV, V | | p |
|-------------------|------------|-----------|-------|-----------|--------|
| | Số BN | Tỷ lệ (%) | Số BN | Tỷ lệ (%) | |
| < 7 (n = 62) | 34 | 54,8 | 28 | 45,2 | < 0,05 |
| > 7 (n = 66) | 27 | 40,1 | 39 | 59,9 | |

Biến đổi glucose huyết có liên quan với mức độ liệt ($p < 0,05$).

9. Liên quan giữa kích thước ổ tổn thương với mức glucose huyết ngày vào viện (bảng 6).

| Glucose \ CT sọ não | < 30 ml | | 30 - 60 ml | | > 60 ml | | p |
|---------------------|---------|-----------|------------|-----------|---------|-----------|--------|
| | Số BN | Tỷ lệ (%) | Số BN | Tỷ lệ (%) | Số BN | Tỷ lệ (%) | |
| < 7 (n = 69) | 31 | 44,9 | 31 | 44,9 | 7 | 10,8 | > 0,05 |
| > 7 (n = 63) | 18 | 28,6 | 35 | 55,6 | 10 | 15,8 | |

Không có liên quan giữa kích thước ổ tổn thương với biến đổi glucose huyết khi vào viện ($p > 0,05$).

BÀN LUẬN

- Tuổi: BN ≥ 60 tuổi chiếm 59,9%, trong đó nhóm tuổi từ 60 - 69 là 26,5%, BN ≥ 70 tuổi chiếm 33,3%. Tuổi trung bình $62,2 \pm 11,8$, cao nhất 85 tuổi, thấp nhất 44 tuổi.

Theo Vi Quốc Hoàng, Trần Văn Tuấn và CS: tuổi ≥ 60 chiếm 71,4%, trong đó nhóm tuổi ≥ 70 chiếm 30,0% [5].

Trong nghiên cứu thấy tỷ lệ ĐQN có xu hướng tăng theo tuổi, tuổi càng cao, nguy cơ ĐQN càng tăng, điều này phù hợp với kinh điển về vai trò của tuổi đối với ĐQN, tuổi tăng là yếu tố nguy cơ độc lập quan trọng trong ĐQN [6].

- Khởi phát bệnh: hầu hết BN đều khởi phát đột ngột, triệu chứng nặng tối đa ngay từ đầu (90,2%). Theo Nguyễn Văn Chương là 81,9% [2]. Tính chất khởi phát đột ngột mang đặc trưng của bệnh lý mạch máu não, là một trong những tiêu chuẩn trong định nghĩa ĐQN của TCYTTG.

- Triệu chứng lâm sàng thời kỳ toàn phát: các triệu chứng thường gặp là: rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau.

Kết quả nghiên cứu này phù hợp với Nguyễn Minh Hiện, Nguyễn Danh Thắng [4], Vi Quốc Hoàng, Trần Văn Tuấn và CS [5].

- Nồng độ glucose huyết:

+ Phân bố nồng độ glucose huyết: không có sự khác biệt về phân bố nồng độ glucose huyết giữa nhóm tăng glucose huyết phản ứng (N1) và nhóm ĐTD (N2) ngày đầu và ngày thứ 2 sau vào viện.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố nồng độ glucose huyết giữa nhóm tăng glucose huyết phản ứng (N1) và nhóm ĐTĐ (N2) ngày thứ 7 sau vào viện.

+ Nồng độ glucose huyết trung bình của 3 nhóm nghiên cứu:

. Nồng độ glucose huyết trung bình khi vào viện có sự khác nhau giữa nhóm tăng glucose huyết phản ứng (N1) và nhóm ĐTĐ (N2) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

. Nồng độ glucose huyết ngày thứ 2 sau vào viện ở nhóm tăng glucose huyết phản ứng (N1) có giá trị cao hơn nhóm ĐTĐ (N2), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

. Sau 7 ngày vào viện, nồng độ glucose N1 có giá trị trung bình về gần giá trị bình thường, trong khi đó giá trị N2 ít thay đổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đạt Anh [1].

- Liên quan giữa biến đổi nồng độ glucose huyết với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

+ Với mức glucose huyết tăng khi nhập viện, rối loạn ý thức nhiều hơn so với mức glucose huyết bình thường, tỷ lệ gặp càng cao khi mức độ rối loạn ý thức càng nhiều, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Đức: rối loạn ý thức gặp nhiều ở nhóm có tăng nồng độ glucose huyết hơn nhóm có glucose huyết bình thường sau đột quỵ và glucose huyết ngày đầu nhập viện có liên quan đến tiên lượng sống của BN [3].

+ Đánh giá mức độ vận động chủ động theo thang điểm Henry chúng tôi thấy: glucose huyết càng cao, tỷ lệ gặp BN mức độ liệt nặng nhiều hơn so với mức độ liệt nhẹ và trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

+ Tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não ở nhóm BN có tăng glucose huyết do cả ĐTĐ và tăng do phản ứng gặp mức độ tổn thương ở thể tích khối máu tụ trung bình và lớn cao hơn ở nhóm có mức glucose huyết bình thường sau ĐQN. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa giữa thể tích khối máu tụ với mức độ nồng độ glucose huyết khi vào viện.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 132 BN đột quỵ chảy máu não chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

- Tuổi: 60% BN > 60 tuổi. Tuổi mắc bệnh trung bình $62,2 \pm 11,8$.

- Tỷ lệ nam/nữ là 2,4/1.

- 90,2% khởi phát đột ngột, 65,2% khởi phát bệnh vào ban ngày.

- 96% liệt nửa người, 87% có tổn thương các dây thần kinh sọ não.

- 63,6% rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau.

- Nồng độ glucose huyết:

+ Giá trị glucose huyết trung bình ở nhóm tăng glucose huyết phản ứng luôn nhỏ hơn nhóm ĐTĐ.

+ Tăng glucose huyết ở mức độ nhẹ và trung bình.

+ Sau 1 tuần ĐQN, giá trị glucose huyết trung bình của nhóm tăng glucose huyết phản ứng trở về mức bình thường không cần điều trị.

+ Có sự khác biệt về nồng độ glucose huyết giữa nhóm tăng glucose huyết phản ứng và nhóm ĐTD.

- Vị trí tổn thương trên phim CT-scanner sọ não: 70,5% ở vùng bao trong và nhân xám dưới vỏ; xuất huyết não-não thất: 36,4%.

- Kích thước khối máu tụ 30 - 60 ml: 50%.

2. Mối liên quan giữa biến đổi nồng độ glucose huyết với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

- *Mức độ rối loạn ý thức:* Tỷ lệ rối loạn ý thức ở nhóm BN có mức glucose huyết tăng khi nhập viện là 79,4%, cao hơn nhóm BN có mức glucose huyết bình thường (49,3%, $p < 0,01$).

- *Mức độ liệt:* tỷ lệ BN có độ liệt nặng (độ IV,V) ở nhóm có mức glucose huyết tăng khi nhập viện là 59,9%, cao hơn nhóm BN có mức glucose huyết bình thường (45,2%, $p < 0,05$).

- *Kích thước ổ tổn thương:* không có sự liên quan giữa kích thước ổ tổn thương với biến đổi glucose huyết khi vào viện ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đạt Anh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hóa sinh và hiệu quả của phác đồ insulin liều chia nhỏ đối với BN cấp cứu có tăng đường huyết. Luận án Tiến sĩ Y học. 2004.

2. Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Minh Hiện, Phạm Thanh Hòa. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giá trị chẩn đoán của các triệu chứng trên bệnh nhân đột quỵ chảy máu não. Tạp chí Y dược lâm sàng 108. tháng 11/2007.

3. Nguyễn Thị Minh Đức. Nghiên cứu ảnh hưởng của tăng đường huyết trên bệnh nhân tai biến mạch máu não. Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học. Hội Nội khoa Việt Nam. 2003. tr.145-153.

4. Nguyễn Minh Hiện, Nguyễn Danh Thắng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số chỉ số đồng máu ở bệnh nhân chảy máu não. Hội nghị khoa học lần thứ 6 Hội Thần kinh học Việt Nam. 12/2006.

5. Vi Quốc Hoàng, Trần Văn Tuấn và CS. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân chảy máu não không do sang chấn. Hội nghị khoa học lần thứ 6 Hội Thần kinh học Việt Nam. 12/2006.

6. Phạm Khuê. Đề phòng tai biến mạch máu não ở người cao tuổi. NXB Y học. 1999.

7. Levetan CS. Effect of hyperglycemia on stroke outcomes. Endocrine Practice. 2004, 10 Suppl 2, pp.34-39.

8. Paolino, Alison Garner, Krista M. Effects of hyperglycemia on neurologic outcome in stroke patients. Journal of Neuroscience Nursing. 2005, June.