

DOI: 10.58490/ctjump.2026i99.4671

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO DO TĂNG HUYẾT ÁP***Nguyễn Thị Băng Ngọc<sup>1</sup>, Lý Ngọc Tú<sup>2</sup>, Trịnh Thị Hồng Cúa<sup>1\*</sup>**1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ**2. Bệnh viện Đa khoa Sóc Trăng**\*Email: tthcua@ctump.edu.vn**Ngày nhận bài: 12/5/2026**Ngày phản biện: 20/6/2026**Ngày duyệt đăng: 25/6/2026***TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Xuất huyết não chiếm tỷ lệ khoảng 28,8% trong tổng số ca đột quỵ mới mắc. Đánh giá đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng là các yếu tố giúp dự đoán tiên lượng về kết cục chức năng tại thời điểm xuất viện, từ đó đưa ra kế hoạch điều trị và phục hồi chức năng trên từng bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân xuất huyết não do tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 49 bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi xuất huyết não do nguyên nhân tăng huyết áp tại khoa Nội Thần Kinh, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $56,53 \pm 9,25$  và 63,3% là nam giới. Lý do nhập viện chủ yếu là yếu/liệt nửa người (49%) và rối loạn tri giác (34,7%). Thời gian nhập viện trung bình là  $8,51 \pm 6,1$  giờ. Vị trí tổn thương chủ yếu là nhân bèo (46,9%) và đồi thị (38,8%). Thể tích khối máu  $\geq 30$  mL chiếm đến 30,6%. Số ngày nằm viện trung bình  $9,53 \pm 5,08$  ngày. Tại thời điểm xuất viện ghi nhận tỷ lệ phụ thuộc chức năng (mRS  $\geq 3$ ) chiếm 65,3%, tử vong (mRS = 6) chiếm 18,4%, độc lập chức năng (mRS < 3) chiếm 16,3%. **Kết luận:** Xuất huyết não do tăng huyết áp là bệnh lý có tỷ lệ tử vong và tàn tật cao. Thường gặp ở nam giới tuổi trung niên. Lý do vào viện chủ yếu là yếu/liệt nửa người và rối loạn tri giác với thời gian nhập viện trễ. Tổn thương chủ yếu tại nhân bèo và đồi thị với tỷ lệ thể tích khối máu  $\geq 30$  mL còn cao. Tại thời điểm xuất viện, tỷ lệ phụ thuộc chức năng chiếm 65,3% và tử vong chiếm 18,4%.

**Từ khóa:** Xuất huyết não, phụ thuộc chức năng, mRS.**ABSTRACT****CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE INTRACEREBRAL HEMORRHAGE***Nguyen Thi Bang Ngoc<sup>1</sup>, Ly Ngoc Tu<sup>2</sup>, Trinh Thi Hong Cua<sup>1\*</sup>**1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy**2. Soc Trang General Hospital*

**Background:** Intracerebral hemorrhage (ICH) accounts for approximately 28.8% of all new stroke cases. Assessing clinical and paraclinical characteristics is a factor that helps predict the prognosis of functional outcomes at the time of discharge, thereby establishing treatment and rehabilitation plans for each patient. **Objectives:** To describe the clinical characteristics, paraclinical findings, and treatment outcomes in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 49 patients aged  $\geq 18$  years with hypertensive intracerebral hemorrhage admitted to the Department of Neurology, Can Tho Central General Hospital in 2025. **Results:** The mean age was  $56.53 \pm 9.25$  years, and 63.3% were male. The primary reasons for admission were hemiparesis/hemiplegia (49%) and impaired consciousness (34.7%). The mean time from symptom onset to hospital

admission was  $8.51 \pm 6.1$  hours. The primary lesion locations were the putamen (46.9%) and the thalamus (38.8%). Hematoma volume  $\geq 30$  mL accounted for 30.6% of cases. The mean length of hospital stay was  $9.53 \pm 5.079$  days. At discharge, the rate of functional dependence (modified Rankin Scale (mRS)  $\geq 3$ ) was 65.3%, mortality (mRS = 6) was 18.4%, and functional independence (mRS  $< 3$ ) was 16.3%. **Conclusions:** Hypertensive intracerebral hemorrhage is associated with high mortality and disability rates. It is more common in middle-aged men. The main reasons for admission are hemiparesis/hemiplegia and impaired consciousness with late hospital admission. Lesions are mainly located in the putamen and thalamus, with a high proportion of hematoma volume  $\geq 30$  mL. At the time of discharge, functional dependence was 65.3% and mortality was 18.4%.

**Keywords:** Intracerebral hemorrhage, functional dependence, mRS.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật phổ biến thứ 2 trên thế giới [1]. Theo thống kê toàn cầu năm 2021, có 93,8 triệu ca đột quy và 11,9 triệu ca mới mắc trên toàn cầu trong đó xuất huyết não chiếm 28,8% tổng số ca đột quy mới mắc [2]. Xuất huyết não gây nên gánh nặng toàn cầu với tỷ lệ tử vong và tàn tật cao. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến xuất huyết não nhưng nguyên nhân thường gặp nhất là tăng huyết áp. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày dao động từ 32-52%. Trong thực hành lâm sàng, chỉ định ngoại khoa ở bệnh nhân xuất huyết vẫn còn nhiều tranh cãi nhất là những trường hợp xuất huyết trên lều, do đó phần lớn bệnh nhân xuất huyết não được điều trị nội khoa, đặc biệt ở những trường hợp thể tích máu tụ không lớn hoặc tình trạng lâm sàng không cho phép điều trị ngoại [3]. Tuy nhiên, kết quả điều trị còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mức độ nặng ban đầu, bệnh lý nền, thời gian nhập viện và đặc điểm tổn thương trên hình ảnh học. Tỷ lệ tử vong và phụ thuộc chức năng sau điều trị vẫn còn ở mức cao, cho thấy sự cần thiết phải đánh giá toàn diện đặc điểm bệnh nhân và kết quả điều trị trong từng bối cảnh cụ thể. Xuất phát từ thực tiễn trên chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết não năm 2025 - 2026. 2) Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân xuất huyết não năm 2025 - 2026.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi xuất huyết não do nguyên nhân tăng huyết áp tại khoa Nội Thần Kinh Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2025-2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán xuất huyết não dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng tai biến mạch máu não của Tổ chức Y tế thế giới “các thiếu sót chức năng thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú hơn là lan tỏa, tồn tại hơn 24 giờ hoặc tử vong trong 24 giờ, nguyên nhân là do bệnh lý mạch máu” và có hình ảnh xuất huyết não trên hình ảnh học cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT) với nguyên nhân được xác định là tăng huyết áp (không có bằng chứng nguyên nhân thứ phát khác). Bệnh nhân hoặc gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân xuất huyết não do nguyên nhân thứ phát như: dị dạng mạch máu vỡ (dị dạng thông động - tĩnh mạch não, phình động mạch não), xuất huyết do u não, huyết khối xoang tĩnh mạch não vỡ, xuất huyết não do viêm động mạch hoặc tĩnh mạch. Xuất huyết não do thuốc, xuất huyết não do bệnh lý huyết học. Có bệnh lý nặng kèm theo đe dọa đến tính mạng như: hội chứng vành cấp, suy tim nặng, suy thận mạn giai đoạn cuối, ung thư giai đoạn cuối.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.
- **Cỡ mẫu:** 49 mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện
- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh (Tăng huyết áp, đái tháo đường).

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Đặc điểm triệu chứng khởi phát, điểm Glasgow Coma Scale (GCS), điểm NIHSS, điểm ICH, điểm FUNC, huyết áp; hình ảnh học (vị trí, thể tích khối máu tụ, di lệch đường giữa, dẫn não thất).

+ Đánh giá kết quả điều trị: bệnh nhân được điều trị theo phác đồ điều trị xuất huyết não của bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024 với điều trị chung theo nguyên tắc ABC, điều trị khi tăng thân nhiệt, kháng sinh khi có nhiễm trùng, kiểm soát đường huyết, dự phòng xuất huyết tiêu hóa do stress, chế độ dinh dưỡng 1200-1400 kcal/ngày, tập vận động sớm. Điều trị chuyên biệt bao gồm kiểm soát tăng áp lực nội sọ bằng Mannitol liều ban đầu (bolus) là 1 g/kg, sau đó truyền với liều 0,25-0,5 g/kg mỗi 6 giờ. Kiểm soát huyết áp với mục tiêu huyết áp tâm thu  $\leq 140$  mmHg trong 24 giờ đầu theo đường tĩnh mạch thường sử dụng là nicardipine. Dự phòng và điều trị co giật (nếu có). Tại thời điểm xuất viện đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm mRS từ đó đánh giá tỷ lệ bệnh nhân độc lập chức năng, phụ thuộc chức năng và tử vong; Tổng số ngày điều trị nội trú tại khoa.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** sử dụng thông tin và kết quả xét nghiệm từ hồ sơ bệnh án theo mẫu thu thập số liệu. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0.1

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận và thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh trường Đại học Y Dược Cần Thơ (số: 25.327.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 6 năm 2025).

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n = 49)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (Trung bình $\pm$ SD)		56,53 $\pm$ 9,25	
Giới tính	Nam	31	63,3
	Nữ	18	36,7
Tiền sử	Tăng huyết áp	44	89,8
	Đái tháo đường	8	16,3

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 56,53  $\pm$  9,25. Nam giới chiếm đa số (63,3%). Có đến 89,8% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, 16,3% có tiền sử đái tháo đường.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết não**

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết não

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n = 49)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Đau đầu	3	6,1
	Chóng mặt	1	2
	Yếu/liệt 1/2 người	24	49
	Tê	1	2
	Nói khó	2	4,1
	Lơ mơ, hôn mê	17	34,7
Méo miệng	1	2	

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 99/2026

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n = 49)	Tỷ lệ (%)
Thời gian nhập viện	<6 giờ	20	40,8
	6-12 giờ	21	42,9
	12-24 giờ	8	16,3
	Trung vị (IQR)	7 (5)	
Điểm GCS	13-15	33	67,3
	9-12	14	28,6
	≤ 8	2	4,1
	Trung vị (IQR)	14 (4)	
Huyết áp tâm thu (Trung bình ± SD)		164,08 ± 25,24	
Điểm NIHSS (Trung bình ± SD)		15,55 ± 10,031	
Điểm ICH (Trung vị (IQR))		1 (2)	
Điểm ICH-GS (Trung vị (IQR))		7 (2)	
Điểm FUNC (Trung vị (IQR))		9 (3)	

Nhận xét: Lý do vào viện chủ yếu là yếu/liệt ½ người (49%), tiếp đến là lơ mơ, hôn mê (34,7%), đau đầu (6,1%), nói khó (4,1%), chóng mặt (2%), méo miệng (2%), tê nửa người (2%). Trung vị thời gian nhập viện là 7 (5) giờ, trong đó khoảng 6 – 12 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất (42,9%), tiếp theo là < 6 giờ (40,8%), 12-24 giờ (16,3%). Trung vị điểm GCS là 14 (4) điểm, nhóm điểm 13-15 chiếm đa số (67,3%), 9-12 (28,6%), ≤ 8 (4,1%). Huyết áp tâm thu, điểm NIHSS trung bình lần lượt là 164,08 ± 25,24 mmHg và 15,55 ± 10,031 điểm. Trung vị điểm ICH, ICH-GS, FUNC lần lượt là 1 (2), 7 (2) và 9 (3).

Bảng 3. Đặc điểm về cận lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết não

Đặc điểm cận lâm sàng	Giá trị
Hồng cầu (Trung bình ± SD)	4,53 ± 0,49
Bạch cầu (Trung vị (IQR))	10,4 (6,65)
Tiểu cầu (Trung bình ± SD)	244,88 ± 76,75
Hemoglobin (Trung bình ± SD)	13,26 ± 1,85
Đường huyết (Trung vị (IQR))	128,8 (90,9)
PT (Trung vị (IQR))	103 (18,5)
APTT (Trung vị (IQR))	26,3 (3,95)
Ure (Trung vị (IQR))	4,1 (2)
Creatinin (Trung vị (IQR))	68 (24)

Nhận xét: Trung bình số lượng hồng cầu, tiểu cầu và hemoglobin lần lượt là 4,53 ± 0,49, 244,88 ± 76,75 và 13,26 ± 1,85. Trung vị của số lượng bạch cầu, trị số đường huyết, PT, APTT, Ure, Creatinin lần lượt là 10,4 (6,65), 7,1 (5,05), 103 (18,5), 26,3 (3,95), 4,1 (2) và 68 (24).

Bảng 4. Đặc điểm về hình ảnh học ở bệnh nhân xuất huyết não

Đặc điểm hình ảnh học		Tần số (n = 49)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Nhân bèo	23	46,9
	Đồi thị	19	38,8
	Thân não	4	8,2
	Tiểu não	3	6,1
Thể tích	< 30 mL	34	69,4
	30 – 60 mL	6	12,2
	> 60 mL	9	18,4
	Trung vị (IQR)	19,1 (36,63)	

Đặc điểm hình ảnh học		Tần số (n = 49)	Tỷ lệ (%)	
Đẩy lệch đường giữa	Không	25	51	
	Có (n = 24)	< 5 mm	6	25
		5-10 mm	17	70,8
		> 10 mm	1	4,2
Chảy vào não thất		18	37,7	
Dãn não thất		11	22,4	

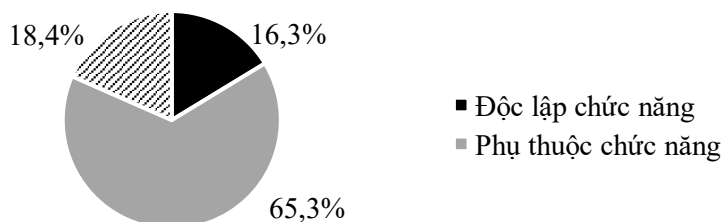
Nhận xét: Vị trí xuất huyết não thường gặp là nhân bào (46,9%), đội thị (38,8%), thân não (8,2%), tiểu não (6,1%). Trung vị thể tích khối máu tụ là 19,1(36,63), chủ yếu <30 mL chiếm 69,4%, tiếp đến là > 60 mL chiếm 18,4% và 30-60 mL chiếm 12,2%. Có 51% trường hợp không di lệch đường giữa và 49% còn lại di lệch đường giữa trong đó chủ yếu là lệch 5-10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (70,8%), tiếp theo là < 5 mm (25,0%), và > 10 mm chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,2%). Chảy vào não thất chiếm 37,7% và dãn não thất chiếm 22,4%.

### 3.3. Kết quả điều trị ở bệnh nhân xuất huyết não

Bảng 5. Kết quả điều trị ở bệnh nhân xuất huyết não

Kết quả điều trị		Tần số (n = 49)	Tỷ lệ (%)
Điểm mRS	1	3	6,1
	2	5	10,2
	3	6	12,2
	4	8	16,3
	5	18	36,7
	6	9	18,4
Số ngày nằm viện (Trung vị (IQR))		9 (7)	

Nhận xét: Trong 49 bệnh nhân, tại thời điểm xuất viện ghi nhận điểm mRS phần lớn là 5 điểm (36,7%), tiếp theo là mRS = 6 (18,4%), mRS = 4 (16,3%), mRS = 3 (10,2%), mRS = 1 (6,1%). Số ngày nằm viện là 9 (7).



Biểu đồ 1. Kết cục chức năng tại thời điểm xuất viện ở bệnh nhân xuất huyết não

Nhận xét: Có 65,3% bệnh nhân phụ thuộc chức năng (mRS ≥ 3), 18,4% tử vong (mRS = 6) và 16,3% độc lập chức năng (mRS < 3).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 49 bệnh nhân xuất huyết não ghi nhận độ tuổi trung bình là  $56,53 \pm 9,25$  và 63,3% là nam giới. Có đến 89,8% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, 16,3% có tiền sử đái tháo đường. Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu, cụ thể tác giả Nguyễn Ngọc Tuyên (2020) với độ tuổi trung bình là  $54,14 \pm 10,06$ , nam giới chiếm 70,59%, có 90,2% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp [4]. Tác giả Mai Xuân Thiên (2024) ghi nhận độ tuổi trung bình là  $58,68 \pm 12,48$ , đa số là nam giới

chiếm 62%, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm 87,3%, tiền sử đái tháo đường là 40,2% [5]. Tác giả Puneeth U.M (2019) tuổi trung bình là  $56,4 \pm 13,4$  tuổi, đa số là nam giới (68,4%), trong đó số trường hợp có tiền sử tăng huyết áp chiếm đến 85,9%, và đái tháo đường chiếm đến 17% [6].

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết não

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận triệu chứng lâm sàng chính khiến bệnh nhân nhập viện là yếu/liệt  $\frac{1}{2}$  người (49%), tiếp đến là lơ mơ, hôn mê (34,7%), đau đầu (6,1%). Tác giả Nguyễn Anh Tuấn ghi nhận phần lớn triệu chứng là hôn mê (82%), liệt nửa người (29,5%), đau đầu (10,4%) [7]. Tác giả Nguyễn Ngọc Tuyên cũng ghi nhận rối loạn tri giác chiếm 62,75%, kể đến là triệu chứng yếu liệt nửa người chiếm 56,86%, đau đầu chiếm 39,22% [4]. Có sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và 2 tác giả trên do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng lâm sàng nhẹ hơn vì chúng tôi chủ yếu điều trị nội khoa, trong khi nhóm nghiên cứu của 2 tác giả trên thuộc khoa cấp cứu và ngoại khoa thần kinh.

Về thời gian nhập viện, chúng tôi ghi nhận thời gian trong khoảng 6-12 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất (42,9%), tiếp theo là  $< 6$  giờ (40,8%), 12-24 giờ (16,3%), trung vị thời gian nhập viện của nghiên cứu chúng tôi là 7 (5) giờ. Trung vị điểm GCS trong nghiên cứu của chúng tôi là 14 (4) điểm, nhóm điểm 13-15 chiếm đa số (67,3%), 9-12 (28,6%),  $\leq 8$  (4,1%). Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hoàng Hồng Quân trung bình GCS là  $12,28 \pm 2,703$  điểm, hay gặp nhất là nhóm 13-15 điểm (62,3%), tiếp theo là nhóm 9-12 điểm (24,6%), ít gặp nhất là nhóm 3-8 điểm (13,1%) [8]. Trị số huyết áp trung bình khi nhập viện, điểm NIHSS trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Mai Xuân Thiên lần lượt là  $164,08 \pm 25,24$  so với  $120,49 \pm 17,06$  mmHg,  $15,55 \pm 10,03$  so với  $10,82 \pm 8,27$  điểm [5]. Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi còn ghi nhận trung vị điểm ICH, ICH-GS, FUNC lần lượt là 1 (2) điểm, 7 (2) điểm và 9 (3) điểm.

Về đặc điểm cận lâm sàng theo nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trung bình số lượng hồng cầu, tiểu cầu và hemoglobin lần lượt là  $4,53 \pm 0,49$ ,  $244,88 \pm 76,75$  và  $13,26 \pm 1,85$ . Trung vị của số lượng bạch cầu, trị số đường huyết, PT, APTT, Ure, Creatinin lần lượt là 10,4 (6,65), 128,8 (90,9) mg/dL, 103 (18,5), 26,3 (3,95), 4,1 (2) mg/dL và 68 (24) mg/dL. Theo tác giả Puneeth U.M (2019) đường huyết trung bình:  $161,2 \pm 69$  mg/dL, Ure máu trung bình:  $41 \pm 28$  mg/dL, Creatinin trung bình:  $1,2 \pm 1,2$  mg/dL [6]. Theo tác giả Đỗ Văn Vân, Creatinin và Đường huyết trung bình lần lượt là  $0,96 \pm 1,2$  mg/dL và  $141,35 \pm 65,76$  mg/dL.

Về đặc điểm hình ảnh học, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận vị trí xuất huyết não thường gặp là nhân bèo (46,9%), đồi thị (38,8%), thân não (8,2%), tiểu não (6,1%). Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Puneeth U.M (2019) khi ghi nhận xuất huyết não chủ yếu ở nhân bèo (65,8%), tiếp theo là đồi thị (18,7%), thân não (5,5%), tiểu não (5,5%) và thùy não (4,5%) [6]. Trung vị thể tích khối máu tụ trong nghiên cứu của chúng tôi là 19,1 (36,63), chủ yếu  $< 30$  mL chiếm 69,4%, tiếp đến là  $> 60$  mL chiếm 18,4% và 30-60 mL chiếm 12,2%. Có 51% trường hợp không di lệch đường giữa và 49% còn lại di lệch đường giữa trong đó chủ yếu là lệch 5 -10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (70,8%), tiếp theo là  $< 5$  mm (25,0%), và  $> 10$  mm chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,2%). Theo nghiên cứu của tác giả Hoàng Hồng Quân thể tích khối máu tụ phần lớn  $< 30$  mL chiếm 68,9%, dầy lệch đường giữa chủ yếu  $< 5$  mm (83,6%) [8]. Kết quả của chúng tôi ghi nhận có 37,7% chảy vào não thất và 22,4% dẫn não thất. Trong khi Puneeth U.M và cộng sự của ông ghi nhận tỷ lệ xuất huyết não chảy vào não thất cao hơn hẳn (57,7%).

#### 4.3. Kết quả điều trị ở bệnh nhân xuất huyết não

Kết quả điều trị ở bệnh nhân xuất huyết não bằng nội khoa trong nghiên cứu của

chúng tôi đánh giá tại thời điểm xuất viện ghi nhận có đến 65,3% bệnh nhân phụ thuộc chức năng (mRS  $\geq$  3), 18,4% tử vong (mRS = 6) và 16,3% độc lập chức năng (mRS < 3). Trung vị số ngày nằm viện là 9 (7) ngày. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Hoàng Hồng Quân ghi nhận có 7 bệnh nhân tử vong 11,5%, số ngày điều trị trung bình là  $13,066 \pm 9,117$  ngày [8]. Nhưng lại có sự chênh lệch với tác giả Nguyễn Thành Công tỷ lệ tử vong chiếm đến 52,5%, tỷ lệ bệnh nhân xuất viện độc lập chức năng (mRS < 3) chiếm 33,9% và trung vị thời gian điều trị là 7 (11) [9].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 49 bệnh nhân xuất huyết não điều trị nội khoa, chúng tôi ghi nhận bệnh chủ yếu gặp ở nam giới trung niên, với tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ nổi bật. Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là yếu/liệt nửa người và rối loạn tri giác mức độ nhẹ đến trung bình, đa số bệnh nhân nhập viện trong vòng 12 giờ đầu. Hình ảnh học cho thấy vị trí xuất huyết thường gặp là nhân bèo và đồi thị, thể tích khối máu tụ chủ yếu < 30 mL, tỷ lệ chảy máu não thất và giãn não thất ở mức trung bình. Kết quả điều trị cho thấy tỷ lệ phụ thuộc chức năng và tử vong vẫn cao, phản ánh gánh nặng bệnh tật đáng kể của xuất huyết não. Những phát hiện này nhấn mạnh nhu cầu tăng cường phát hiện sớm, điều trị kịp thời và phục hồi chức năng sau xuất viện, đồng thời cung cấp dữ liệu thực tiễn hỗ trợ định hướng chiến lược quản lý bệnh nhân xuất huyết não trong bối cảnh hiện nay.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saini. V., Guada L., & Yavagal D.R. Global epidemiology of stroke and access to acute ischemic stroke interventions. *neurology journal*. 2021. 97(20\_Supplement\_2), S6-S16. doi:10.1212/WNL.0000000000012781.
2. Feigin V.L., Abate M.D., Abate Y.H., Abd ElHafeez S, Abd-Allah F., *et al*. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Neurology*. 2024. 23(10), 973-1003. doi: 10.1016/S1474-4422(24)00369-7.
3. Lê Văn Minh. Giáo trình thần kinh học tập 1 (dành cho học viên sau đại học). Nhà xuất bản Y học. 2023. 276-290.
4. Nguyễn Thị Ngọc Tuyền & Phạm Văn Linh. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết não tự phát. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. (30), 173-178, <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/1558>
5. Mai Xuân Thiên, Trần Hải Hà & Nguyễn Đăng Tuấn. Nghiên cứu áp dụng thang điểm chảy máu não (ICH-GS) trong tiên lượng bệnh nhân chảy máu não nguyên phát tại Khoa Cấp cứu. *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*. 2024. 19(8), 42-48, doi: <https://doi.org/10.52389/ydls.v19i8.2481>.
6. Puneeth U., Bhatia R., Sreenivas V., Singh N., Joseph R., *et al*. Validation of ICH and ICH-GS scores in an Indian cohort: impact of medical and surgical management. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2019. 28(8), 2213-2220. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.05.003.
7. Nguyễn Anh Tuấn & Nguyễn Thị Vân. Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học bệnh nhân xuất huyết não-não thất cấp tại Khoa cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 525(2), 82-86. doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v525i2.5174>.
8. Hoàng Hồng Quân, Nguyễn Thị Thanh Bé và Đào Thị Thu Trang. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não bệnh nhân đột quy xuất huyết não cấp tính tại bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 538(3), 340-344. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v538i3.9644>.
9. Nguyễn Thành Công, Võ Thành Sơn, Trần Nguyễn Thiên Long, Kiều Văn Bức, Trần Thị Phần. Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não. *Tạp chí Y Dược Huế*. 2025. 15(3), 79-85. doi: 10.34071/jmp.2025.3.10.