

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN CÁC THỂ ĐỘT QUY CỦA
MỘT SỐ THANG ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO
TẠI KHOA CẤP CỨU, BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Ngô Quý Lâm¹, Nguyễn Đăng Hải^{*}, Nguyễn Giang Hòa¹

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét giá trị chẩn đoán phân biệt đột quy chảy máu não (CMN) và đột quy nhồi máu não (NMN) của một số thang điểm trên lâm sàng.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 1.742 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định là đột quy não đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103.

Kết quả: Có 333 BN (19,12%) đột quy CMN và 1.409 BN (80,88%) đột quy NMN. Độ nhạy trong chẩn đoán CMN của thang điểm CSS (clinical stroke scale) là 97,6%, thang điểm Allen là 79,58%, thang điểm Tp.HCM là 87,09%, thang điểm Sirijai's stroke score (SSS) là 86,77%; độ đặc hiệu của thang điểm CSS là 90,28%; thang điểm Allen là 92,05%; thang điểm Tp.HCM là 92,41%; thang điểm SSS là 96,95%. **Kết luận:** Độ nhạy chẩn đoán CMN, giá trị dự báo âm tính của 3 thang điểm CSS, SSS, Tp.HCM cao hơn so với thang điểm Allen. Độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, độ chính xác chung của cả 4 thang điểm đều cao.

Từ khóa: Đột quy não; Thang điểm đột quy; Chẩn đoán đột quy.

RESEARCH ON THE DIAGNOSTIC VALUE OF STROKE TYPES
OF SOME CLINICAL SCALES IN STROKE PATIENTS
AT THE EMERGENCY DEPARTMENT, MILITARY HOSPITAL 103

Abstract

Objectives: To evaluate the differential diagnostic value of hemorrhagic stroke (HS) and ischemic stroke (IS) of some clinical scales. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 1,742 stroke patients who were admitted and diagnosed at Military Hospital 103. **Results:** 333 patients (19.12%) had HS and 1,409 patients (80.88%)

¹Bệnh viện Quân y 103

^{*}Tác giả liên hệ: Nguyễn Đăng Hải (Bsntndhai@gmail.com)

Ngày nhận bài: 04/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 10/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si4.1495>

had IS. The sensitivity in diagnosing HS of the Clinical Stroke Scale (CSS) was 97.6%, the Allen score was 79.58%, the Tp.HCM score was 87.09%, the Sirijai's Stroke Score (SSS) was 86.77%; the specificity of the CSS score was 90.28%; the Allen score was 92.05%; Tp.HCM score was 92.41%; SSS score was 96.95%.

Conclusion: The diagnostic sensitivity of HS and the negative predictive value of the three scales, including CSS, SSS, and Tp.HCM, were higher than those of the Allen scale. The specificity, positive predictive value, and overall accuracy of all four scales were high.

Keywords: Stroke; Stroke scale; Stroke diagnosis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não gồm hai thể chính là CMN và NMN, việc tiên lượng sớm bằng thang điểm đột quy là một phần quan trọng trong kế hoạch điều trị [1, 2]. Phân biệt CMN và NMN sẽ giúp ích trong điều trị và tiên lượng bệnh cũng như đưa ra kế hoạch điều trị và chăm sóc tiếp theo. Các kỹ thuật hiện đại như chụp mạch, chụp cắt lớp vi tính (CT), chụp cộng hưởng từ (MRI)... đã góp phần chẩn đoán phân biệt các thể đột quy não được nhanh chóng và có độ chính xác cao [3]. Tuy vậy, định hướng chẩn đoán ban đầu cũng rất cần thiết. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu riêng lẻ về các thang điểm dự đoán thể đột quy của các tác giả như Lương Công Thúc, Lâm Quốc Vương, Nguyễn Bá Thắng... đã nghiên cứu đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của 4 thang điểm: CSS, SSS, Allen và Tp. HCM để chẩn đoán phân biệt hai thể đột quy trên lâm sàng [2, 4, 5]. Việc chẩn đoán phân biệt giữa hai thể đột quy não chính trên lâm sàng vẫn còn là biện pháp định hướng chẩn đoán quan trọng và hữu hiệu, đặc biệt ở những đơn vị y

tế chưa có các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại [6]. Để nâng cao hiểu biết cũng như khả năng chẩn đoán trong thực hành lâm sàng về hai thể đột quy chính, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Nhận xét giá trị chẩn đoán phân biệt đột quy CMN và đột quy NMN của 4 thang điểm SSS, CSS, Allen, Tp.HCM trên lâm sàng.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 1.742 BN được chẩn đoán xác định là đột quy não trong 7 ngày đầu đến khám và điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Quân y 103.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN > 18 tuổi, được chẩn đoán xác định đột quy khi có đồng thời hai tiêu chuẩn sau: (1) Lâm sàng được chẩn đoán đột quy não theo định nghĩa đột quy thể kỷ 21 của Hội Đột quy/Hội Tim mạch Mỹ (2013): Đột quy NMN là một giai đoạn rối loạn chức năng thần kinh do nhồi máu khu trú não; đột quy do CMN gồm các rối loạn chức năng thần kinh phát triển

nhánh liên quan đến ổ máu tụ khu trú trong nhu mô não hình thành không do chấn thương; (2) có hình ảnh tổn thương NMN hoặc chảy máu não trên chụp CT hoặc MRI.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* Mặc các bệnh lý thần kinh trung ương và các bệnh lý tâm thần khác như u não, viêm não, não úng thủy, đa xơ cứng, Parkinson, Alzheimer, trầm cảm, tâm thần phân liệt, sa sút trí tuệ không do căn nguyên mạch não... Tiền sử có chấn thương sọ não kết hợp hoặc có tiền sử đột quỵ não trước đó để lại mức độ tàn phế với mRS ≥ 1 ; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Thời gian và địa điểm nghiên cứu:* Từ tháng 01 - 12/2024 tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Quân y 103.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu cắt ngang.

** Phương pháp chọn mẫu:* Chọn cỡ mẫu thuận tiện. BN đột quỵ não được khám lâm sàng và làm xét nghiệm, chụp CT hoặc MRI, thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất.

** Quy trình thu thập BN:*

Bước 1: BN được nhập viện tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Quân y 103 và được khai thác các dấu hiệu lâm sàng, xác định các tiêu chuẩn lâm sàng chẩn đoán đột quỵ, đánh giá các thang điểm CSS, SSS, Tp.HCM và Allen.

Bước 2: Chụp CTA hoặc MRI não xác định thể đột quỵ.

Bước 3: Đưa vào nghiên cứu các BN đủ tiêu chuẩn xác định đột quỵ theo tiêu

chuẩn lâm sàng và hình ảnh học đã có. Sau đó xử lý số liệu và phân tích kết quả.

** Phương tiện nghiên cứu:* BN được chụp cắt lớp vi tính sọ não trên các máy Somatom Emotion của hãng Siemens hoặc máy cộng hưởng từ 1,5 Tesla hãng Siemens tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Quân y 103. Kết quả được đọc bởi các bác sĩ tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Quân y 103, sử dụng các thang điểm chẩn đoán là thang điểm SSS, thang điểm CSS, thang điểm Allen và thang điểm Tp.HCM.

** Phân tích dữ liệu:* Thu thập số liệu và xử lý bằng các thuật toán phù hợp bằng phần mềm SPSS 26.0 với các phương pháp: Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$) và tỷ lệ phần trăm (%); so sánh 2 giá trị trung bình bằng trắc nghiệm T-student; tính độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị dự đoán dương tính (PPV), giá trị dự đoán âm tính (NPV), độ chính xác chung; giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu này là một phần số liệu của đề tài đánh giá đặc điểm thu dung và hiệu quả điều trị đột quỵ não tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Quân y 103. Số liệu và thông tin đối tượng chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng các thể đột quy

Bảng 1. Phân bố tuổi, giới tính và thể đột quy.

Chẩn đoán		Nhồi máu não (n = 1.409)	Chảy máu não (n = 333)	Tổng
Tuổi		69,21 ± 15,05	71,94 ± 15,31	70,01 ± 16,79
Giới tính n (%)	Nam	224 (67,26)	816 (57,91)	1.040 (59,7)
	Nữ	109 (32,74)	593 (42,09)	702 (40,3)
Tỷ lệ		80,84	19,16	100

Tỷ lệ đột quy NMN là 80,84%. Tỷ lệ đột quy CMN là 19,16%. Trong NMN chủ yếu là huyết khối, chảy máu não gặp chủ yếu là chảy máu trong nhu mô não và chảy máu não - não thất.

Bảng 2. Các triệu chứng khi khởi phát.

Triệu chứng	Chảy máu não		Nhồi máu não		p
	n = 333	%	n = 1.409	%	
Kiểu khởi phát					
Đột ngột	321	96,40	498	35,34	< 0,05
Nặng dần	7	2,10	897	63,37	
Bậc thang		0	25	1,77	
Đau đầu	291	87,39	1278	90,70	< 0,05
Nôn, buồn nôn	312	93,69	176	12,49	< 0,05
Rối loạn ý thức	319	95,79	148	10,50	< 0,05
Rối loạn cảm giác	34	10,21	527	37,40	< 0,05
Rối loạn ngôn ngữ	138	41,44	276	19,59	< 0,05

Đột quy CMN khởi phát đột ngột nặng ngay từ đầu (96,40%). Đột quy NMN khởi phát nặng dần chiếm 63,30%. Đau đầu, nôn/buồn nôn, rối loạn ý thức hay gặp ở nhóm đột quy chảy máu não.

Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng khi BN vào viện.

Triệu chứng lâm sàng	Chảy máu não		Nhồi máu não		p
	n = 333	%	n = 1.409	%	
Đau đầu	291	87,39	1278	90,70	< 0,05
Nôn và/hoặc buồn nôn	312	93,69	176	12,49	< 0,05
Ý thức					
Tỉnh	13	3,90	1275	90,49	
Rối loạn ý thức	143	41,96	129	9,16	< 0,05
Hôn mê	185	55,56	11	0,78	
Hội chứng màng não	268	80,48		0	
Rối loạn cơ vòng	229	68,77	95	6,74	< 0,05
Quay mắt, quay đầu về một bên		0		0	
Co cứng mắt vỏ/dối cứng mắt não	12	3,60		0	
Co giật, kích thích vật vã	283	84,98	140	9,94	< 0,05
Rối loạn ngôn ngữ	118	35,44	267	18,95	> 0,05
Liệt dây thần kinh số VII	321	96,39	1147	81,41	> 0,05
Liệt nửa người	327	98,19	1139	80,84	> 0,05
Rối loạn cảm giác	47	14,11	513	36,41	< 0,05
Dấu hiệu Babinski (dương tính)	207	62,16	821	58,27	< 0,05

Liệt nửa người, liệt dây thần kinh số VII, rối loạn ngôn ngữ là những triệu chứng thường gặp ở cả hai thể CMN và NMN ($p > 0,05$). Đau đầu, nôn/buồn nôn, rối loạn ý thức, rối loạn cơ vòng, hội chứng màng não hay gặp ở nhóm CMN.

2. Hình ảnh tổn thương trên phim chụp CT sọ não

Bảng 4. Số ổ tổn thương trên phim chụp CT sọ não.

Số ổ tổn thương	Chảy máu não		Nhồi máu não		p
	n	%	n	%	
1 ổ	325	97,60	1349	95,74	< 0,05
2 ổ	8	2,40	47	3,36	< 0,05
≥ 3 ổ	0	0	13	0,90	

Tỷ lệ BN đột quỵ CMN có một ổ tổn thương trên phim CLVT sọ não là cao nhất (97,6%), ở nhóm đột quỵ NMN là 95,74%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Giá trị chẩn đoán của 4 thang điểm lâm sàng

Bảng 5. Giá trị chẩn đoán của 4 thang điểm lâm sàng.

Thang điểm chẩn đoán		Kết quả chụp CT sọ não		
		Chảy máu não	Nhồi máu não	Tổng
		(n = 333)	(n = 1.409)	(1.742)
SSS	CMN	289 (Se: 86,77%)	43 (PPV: 87,05%)	332
	NMN	44 (NPV: 96,88%)	1366 (Sp: 96,95%)	1410
CSS	CMN	325 (Se: 97,60%)	137 (PPV: 70,35%)	462
	NMN	8 (NPV: 99,38%)	1272 (Sp: 90,28%)	1280
Allen	CMN	266 (Se: 79,58%)	112 (PPV: 70,37%)	378
	NMN	67 (Se: 95,09%)	1297 (Sp: 92,05%)	1364
Tp.HCM	CMN	290 (Se: 87,09%)	107 (PPV: 73,05%)	397
	NMN	43 (Se: 96,80%)	1302 (Sp: 92,41%)	1345

Độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán của các thang điểm đánh giá CMN đều cao; điểm SSS là 86,77%, điểm CSS là 97,60%, điểm Allen là 79,58% và điểm Tp.HCM là 87,09%.

BÀN LUẬN

Trên thế giới và tại Việt Nam, trước đây đã có các nghiên cứu về tỷ lệ giữa hai thể đột quỵ NMN và CMN. Tác giả Nguyễn Văn Chương nghiên cứu trên 1.105 BN tại Bệnh viện Quân y 103 cho thấy tỷ lệ đột quỵ CMN là 31,86%, NMN là 68,14%. Tác giả Phan Xuân Xanh nhận định đột quỵ CMN và đột quỵ NMN với tỷ lệ 1/1. Theo tác giả Lâm Quốc Vương cho thấy tỷ lệ đột quỵ CMN là 51,9%, NMN là 48,1% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đột quỵ NMN là 80,84%, tỷ lệ đột quỵ CMN là 19,16%. Trong NMN chủ yếu là huyết khối, CMN gặp chủ yếu là chảy máu trong nhu mô não và CMN - não thất (*Bảng 1*). Điều này cho thấy trong phân bố mặt bệnh NMN và CMN của các tác giả và trong nghiên cứu là khá tương đồng với nhau.

* *Thang điểm SSS:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Độ nhạy chẩn đoán CMN là 86,77%; độ đặc hiệu là $1.366/1.409 = 96,95\%$; giá trị dự báo dương tính là 87,05%; giá trị dự báo âm tính là 96,88%; độ chính xác chung: $(289+1366)/1742 = 95,01\%$.

Theo tác giả Hung LY, Wang PY và Chia LG (Đài Loan) nghiên cứu trên 171 BN đột quỵ não sử dụng thang điểm SSS có chụp CT sọ não kiểm chứng thấy độ nhạy chẩn đoán CMN là 85%, độ nhạy chẩn đoán NMN là 90%, độ

chính xác chung là 88,5% [7]. Ở Việt Nam, tác giả Nguyễn Bá Thắng qua nghiên cứu 251 BN đột quỵ não điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy độ nhạy của thang điểm SSS trong chẩn đoán CMN là 78,2%, NMN là 97,8% và độ chính xác chung là 84,9% [2]. Theo tác giả Lương Công Thức qua nghiên cứu 120 BN đột quỵ não điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 cho thấy độ nhạy của thang điểm SSS trong chẩn đoán CMN là 89,4%, NMN là 89,7% và độ chính xác chung là 89,6% [4]. Ngược lại, tác giả R Kabir và CS nghiên cứu trên 320 BN bị đột quỵ não được chẩn đoán xác định bằng chụp CT hoặc cộng hưởng từ thấy độ nhạy của thang điểm SSS trong chẩn đoán CMN là 36% và NMN là 90%, giá trị dự báo dương tính cho CMN và NMN là 77% và 61% [8].

* *Thang điểm CSS:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy chẩn đoán CMN là 97,6%; độ đặc hiệu là 90,28%; giá trị dự báo dương tính là 70,35%; giá trị dự báo âm tính là 99,38%; độ chính xác chung: $(325 + 1272)/1742 = 91,68\%$.

Theo tác giả Lâm Quốc Vương nghiên cứu trên 216 BN đột quỵ não điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 sử dụng thang điểm CSS có chụp CT kiểm chứng cho thấy thang điểm này có giá trị chẩn đoán cao với đột quỵ CMN. Độ nhạy chẩn đoán là 93,8%,

độ đặc hiệu 85,6%, giá trị dự báo dương tính là 87,5%, độ chính xác chung là 89,8% [5].

** Thang điểm Allen:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy chẩn đoán CMN là 79,58%; độ đặc hiệu là 92,05%; giá trị dự báo dương tính là 70,37%; giá trị dự báo âm tính là 95,09%; độ chính xác chung: $(266 + 1297)/1742 = 89,72\%$.

Tác giả A Sherin và CS kiểm chứng 231 BN cho thấy độ nhạy, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính và lợi thế chẩn đoán trong xuất huyết là 0,38, 0,98, 0,71, 0,91 và 0,58 trên thang điểm Allen. Giá trị dự báo dương tính nhồi máu trong thang điểm Allen là 93% [9].

** Thang điểm Tp.HCM:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy chẩn đoán CMN là 87,09%; độ đặc hiệu là 92,41%; giá trị dự báo dương tính là 73,05%; giá trị dự báo âm tính là 96,80%; độ chính xác chung: $(290 + 1409)/1742 = 97,53\%$.

Theo tác giả Lâm Quốc Vương nghiên cứu trên 216 BN đột quỵ não điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 cho thấy độ nhạy của thang điểm này là 80,4%, độ đặc hiệu là 87,5%, giá trị dự báo dương tính là 87,4%, giá trị dự báo âm tính là 80,5% [5]. Tác giả Nguyễn Bá Thắng qua nghiên cứu 251 BN đột quỵ não điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy thang điểm này có độ nhạy

chẩn đoán CMN là 84,2%, độ nhạy chẩn đoán NMN là 88% và độ chính xác chung là 85,9% [2].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 1.742 BN đột quỵ não đến khám tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi rút ra kết luận: Độ nhạy chẩn đoán CMN, giá trị dự báo âm tính của ba thang điểm CSS, SSS, Tp.HCM cao hơn so với thang điểm Allen. Độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, độ chính xác chung của 4 thang điểm đều cao. Kết quả này gợi ý có thể sử dụng 1 trong 3 thang điểm trên trong dự báo về thể đột quỵ trong khi tiếp nhận ban đầu BN nghi ngờ đột quỵ, cần mở rộng thêm các nghiên cứu so sánh giữa các thang điểm để đưa ra được bằng chứng vững chắc hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương. Thực hành lâm sàng thần kinh học, Tập III. *Bệnh học Thần kinh*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 2005.
2. Nguyễn Bá Thắng. Kiểm chứng giá trị thang điểm lâm sàng chẩn đoán phân biệt nhồi máu não và xuất huyết não trên lều. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2003 ; 7 (phụ bản số 1):23-28.
3. A Ozeren SB, R Burqut, Y Sarica, H Bozedemir. Accuracy of bedside diagnosis versus Allen and Siriraj Score

in Turkish Patients. *Eur J Neurol*. 2006; 13(6):611-615.

4. Lương Công Thức. Góp phần nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá thang điểm Siriraj trong chẩn đoán phân biệt giữa nhồi máu não và chảy máu não. Học viện Quân y. 2002.

5. Lâm Quốc Vương. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và giá trị chẩn đoán phân biệt thể bệnh của thang điểm lâm sàng đột quỵ não. Học viện Quân y. 2009.

6. Akpunonu BE, MA, Lee L, Khuder S, Federman DJ, Roberts C. Reliability of Siriraj stroke score to distinguish between hemorrhagic and ischemic stroke. *Brain Hemorrhages*. March 2023; 4(1):13-16.

7. Hung LY, et al. Clinical distinction between acute hemorrhagic and acute ischemic stroke by Siriraj stroke score. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 1995; 55(3):248-552.

8. R Kabir, MP, SE Haque, M Tabassum, F Sultana. Superiority of Siriraj stroke score over Guy's Hospital score in diagnosing acute hemorrhagic stroke at bedside. *KYAMC Journal*. 2021; 12(3):142-146.

9. A Sherin, AK, S Rehman, NH Shah, G Shabbier, M Zarif. Comparability and validity of Siriraj stroke score and Allen stroke score in differentiation of acute ischemic and haemorrhagic stroke. *J Postgrad Med Inst*. 2011; 25(3):206-216.