

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CỘNG HƯỞNG TỬ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH NÃO

Trịnh Tiến Lực\*, Lê Văn Thịnh\*

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Huyết khối tĩnh mạch não là nguyên nhân ít gặp của bệnh lý mạch máu não. Bệnh hình thành do có sự xuất hiện của cục máu đông trong hệ thống tĩnh mạch não. Triệu chứng lâm sàng của bệnh đa dạng, không đặc hiệu. Chẩn đoán hình ảnh mà đặc biệt là chụp cộng hưởng tử não, tĩnh mạch não có vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định bệnh. Điều trị chống đông là điều trị cơ bản HKTMN. **Mục tiêu:**

- Mô tả đặc điểm lâm sàng của HKTMN.
- Mô tả đặc điểm cộng hưởng tử của HKTMN.
- Nhận xét kết quả điều trị của HKTMN.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Đối tượng:** Gồm 153 bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não vào Khoa Thần Kinh Bệnh viện Bạch mai điều trị nội trú từ 12/2012 đến tháng 12/2018. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,2. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $37,5 \pm 13,1$  tuổi, khởi phát bán cấp chiếm 76,5%. Bệnh cảnh lâm sàng không đặc hiệu trong đó đau đầu đơn thuần gặp tỷ lệ tương đối cao 37,2%. Có 80,4% bệnh nhân HKTMN có tổn thương nhu mô não trong ổ nhồi máu não gặp nhiều nhất chiếm 36,6%. Huyết khối xoang dọc trên gặp nhiều nhất chiếm 68%. Có 67,3% bệnh nhân có huyết khối hai xoang trở lên. Tỷ lệ bệnh nhân ổn ra viện 95,4% trong đó có 81,7% bệnh nhân có điểm Rankin từ 0-1. **Kết luận:** Đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất của HKTMN. Nhồi máu não là tổn thương nhu mô não thường gặp trong HKTMN. Huyết khối xoang dọc trên là vị trí hay gặp nhất. Điều trị lovenox trong giai đoạn cấp của HKTMN là biện pháp điều trị có hiệu quả và an toàn.

**Từ khóa:** Huyết khối tĩnh mạch não (HKTMN), MRI, MRV.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS, MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES AND RESULTS OF TREATMENT OF CEREBRAL VENOUS THROMBOSIS DISEASES

**Background:** Cerebral venous thrombosis (CVT) is a less common cause of cerebrovascular disease. The disease is caused by the appearance of a blood clot in the brain vein system. Clinical symptoms of the disease are diverse and nonspecific. Diagnostic imaging, especially magnetic resonance imaging plays an important role in the diagnosis. Anticoagulant therapy is the basic treatment of CVT. **Purpose:** - Describe the clinical characteristics of CVT. - Describe

the magnetic resonance imaging features of CVT. - Commenting on the results of treatment of CVT. **Method:** Prospective and descriptive study. **Materials:** Including 153 patients with CVT in the Neurology Department of Bach Mai Hospital inpatient treatment from 12/2012 to 12/2018. **Results:** Male/female ratio is 1/1.2. The average age of the study group was  $37.5 \pm 13.1$  years. Onset subacute accounting for 76.5%. A nonspecific clinical condition in which the headache was encountered was relatively high at 37.2%. There are 80.4% of patients with brain parenchyma lesion in which infarction is the most common account for 36.6%. The most common sinus thrombosis was superior sagittal sinus 68%. There are 67.3% of patients with two or more sinus thrombosis. The rate of stable patients discharged from hospital was 95.4%, of which 81.7% of patients had a Rankin score of 0-1. **Conclusions:** Headach is the most common symptom of CVT. Cerebral infarction is a common brain parenchymal injury in CVT. Superior sagittal sinus is a common site of brain vein thrombosis. Treatment of lovenox during the acute phase of CVT is an effective and safe treatment.

**Keywords:** Cerebral venous thrombosis (CVT), MRI, MRV.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HKTMN là nguyên nhân ít gặp của bệnh lý mạch máu não. Bệnh hình thành do có sự xuất hiện của cục máu đông trong hệ thống tĩnh mạch não gây tắc nghẽn, cản trở sự lưu thông máu trong hệ thống tĩnh mạch não dẫn đến tăng áp lực trong hệ thống tĩnh mạch não. Triệu chứng lâm sàng của HKTMN do tăng áp lực nội sọ và tổn thương nhu mô não [1]. HKTMN nguyên nhân ít gặp của nhóm bệnh lý mạch máu não với các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng, không đặc hiệu. HKTMN ít gặp hơn các huyết khối ở động mạch não nhiều lần. Do tính chất ít gặp của bệnh cũng như biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu cho nên bệnh thường được chẩn đoán muộn thậm chí bỏ sót chẩn đoán. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh đa dạng không đặc hiệu, tuy nhiên việc thăm khám lâm sàng có hệ thống, khai thác tiền sử bệnh tật có hệ thống giúp hướng đến chẩn đoán bệnh [1],[2].

Trong những năm gần đây nhờ có sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại chẩn đoán HKTMN có nhiều thuận lợi so với trước kia. Chẩn đoán sớm và sự hiểu biết sâu hơn về sinh lý bệnh học của bệnh HKTMN cải thiện đáng kể được hiệu quả điều trị của bệnh lý này [1]. Ở Việt nam gần đây sự phát triển của Y học và các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại

\*Khoa Thần Kinh Bệnh viện Bạch mai  
 Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Tiến Lực  
 Email: ttienluc@yahoo.com  
 Ngày nhận bài: 18.11.2019  
 Ngày phân biệt khoa học: 14.01.2020  
 Ngày duyệt bài: 20.01.2020

đã giúp cho việc chẩn đoán và điều trị HKTMN thuận lợi hơn trước rất nhiều. Tuy nhiên cho đến nay những nghiên cứu về HKTMN còn rất hạn chế, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ và kết quả điều trị của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não".

**Mục tiêu của nghiên cứu:**

- Mô tả đặc điểm lâm sàng của HKTMN.
- Mô tả đặc điểm cộng hưởng từ của HKTMN.
- Nhận xét kết quả điều trị của HKTMN.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 153 bệnh nhân được chẩn đoán HKTMN tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch mai từ 12/2012 đến tháng 12/2018. Các bệnh nhân được chọn dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng và chụp cộng hưởng từ sau:

Tiêu chuẩn lâm sàng: Lâm sàng nghi ngờ HKTMN khi bệnh nhân có một hoặc nhiều triệu chứng sau [2].

- Đau đầu bất thường khởi phát cấp tính, bán cấp hay mạn tính.

- Đau đầu không điển hình, nôn, buồn nôn không đáp ứng thuốc giảm đau thông thường.

- Có triệu chứng tổn thương não: liệt nửa người, liệt dây thần kinh sọ, co giật, rối loạn ý thức.

**Tiêu chuẩn chụp cộng hưởng từ:** Xác định HKTMN dựa trên cộng hưởng từ bao gồm mất dấu hiệu dòng chảy trong các chuỗi xung thường quy, không thấy tín hiệu dòng chảy trên ảnh TOF 2D và không thấy ngấm thuốc bên trong xoang hay tĩnh mạch trên ảnh T1 3D sau tiêm thuốc đối quang từ [1],[2].

Phim chụp cộng hưởng từ với đầy đủ các chuỗi xung: T1W, T2W, FLAIR, T2\*, DWI, TOF 2D, T1 3D sau tiêm thuốc đối quang từ.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định. Bệnh nhân được đánh giá các đặc điểm sau:

- Lâm sàng: Đánh giá đặc điểm lâm sàng của bệnh

- Hình ảnh chụp cộng hưởng từ: Nhận định tổn thương nhu mô não, vị trí HKTMN.

- Kết quả điều trị: Đánh giá kết quả điều trị của bệnh.

**Xử lý số liệu.** Sử dụng phần mềm SPSS để nhập và xử lý các biến số, tính ra các giá trị trung bình của từng nhóm với các biến định lượng và các tỷ lệ % với các biến định tính.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu của chúng tôi có 153 bệnh nhân HKTMN gồm 69 bệnh nhân nam và 84 bệnh nhân nữ, tỷ lệ nam/ nữ là 1/1,2. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 37,5 ± 13,1 tuổi.

**Bảng 1. Đặc điểm khởi phát**

Khởi phát	n=153	Tỷ lệ %	P
Cấp tính (≤ 2 ngày)	34	22,2	<0,001
Bán cấp (> 2 ngày-30 ngày)	117	76,5	
Mạn tính (> 30 ngày)	2	1,3	
<b>Tổng số</b>	<b>153</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Kết quả bảng trên cho thấy đa số bệnh nhân (76,5%) có khởi phát bệnh bán cấp. Khởi phát cấp tính và mạn tính ít gặp hơn.

**Bảng 2. Bệnh cảnh lâm sàng**

Bệnh cảnh lâm sàng	n=153	Tỷ lệ(%)	
Đau đầu đơn thuần	57	37,2	
Đau đầu phối hợp	Liệt nửa người	49	32
	Liệt dây sọ	3	2,0
	Co giật	31	20,3
	Nôn- buồn nôn	46	30,1
	Rối loạn ý thức	19	12,4
	Nhìn mờ	15	9,8
	Rối loạn ngôn ngữ	14	9,1
	Rối loạn cơ tròn	11	7,2
Dấu hiệu màng não	8	5,2	

**Nhận xét:** Bệnh cảnh lâm sàng khi vào viện của bệnh nhân HKTMN là đau đầu đơn thuần gặp tỷ lệ tương đối cao 37,2%. Bên cạnh đó bệnh cảnh đau đầu phối hợp với các triệu chứng khác gặp với tỷ lệ khác nhau.

**Bảng 3. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ não**

Hình ảnh MRI não	n=153	Tỷ lệ (%)
Nhồi máu não	56	36,6
Chảy máu não	36	23,5
Nhồi máu chảy máu	31	20,3
Nhu mô não bình thường	30	19,6
Chảy máu dưới nhện khu trú	14	9,2
Chảy máu dưới nhện lan tỏa	3	2,0
Ngấm thuốc liềm não	25	16,3
Ngấm thuốc nhu mô não	68	44,4

**Nhận xét:** Trong các tổn thương nhu mô não nhồi máu não gặp nhiều nhất với tỷ lệ 36,6%. Có 30 bệnh nhân trên phim chụp cộng hưởng từ não không có tổn thương nhu mô, chiếm tỷ lệ 19,6%. Một số hình ảnh gián tiếp như ngấm thuốc nhu mô não, ngấm thuốc liềm não gặp lần lượt 44,4% và 16,3%.

**Bảng 4. Kết quả chụp cộng hưởng từ tĩnh mạch não**

Xoang có huyết khối	n = 153	Tỷ lệ (%)
Xoang dọc trên	104	68,0
Xoang dọc dưới	7	4,6
Xoang ngang	96	62,7
Xoang sigma	56	36,6

Xoang thẳng	19	12,4
Hội lưu	8	5,2
TM Galen	4	2,6
TM vỏ não	17	11,1
Tắc một xoang	50	32,7
Tắc nhiều xoang	103	67,3

**Nhận xét:** Huyết khối các xoang lớn là thường gặp, trong đó huyết khối xoang dọc trên gặp nhiều nhất 68,0%. Có tới 103 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 67,3% có huyết khối ở nhiều xoang tĩnh mạch.

**Kết quả điều trị bệnh nhân HKTMN**



**Biểu đồ 1. Kết quả điều trị**

**Nhận xét:** trong 153 bệnh nhân có 146 bệnh nhân ổn định ra viện, chiếm tỷ lệ 95,6%. Có 7 bệnh nhân diễn biến nặng xin về, chiếm tỷ lệ 4,6%.

**Bảng 5. Tình trạng bệnh nhân khi ra viện**

Điểm Rankin cải tiến	n=153	Tỷ lệ %
0	74	48,4
1	51	33,3
2	12	7,8
3	9	5,9
4	0	0
5	0	0
6	7	4,6

**Nhận xét:** bệnh nhân ra viện hồi phục hoàn toàn với điểm Rankin 0-1 chiếm tỷ lệ 81,7%. Có 13,7% bệnh nhân ra viện trong tình trạng khuyết tật nhẹ và trung bình. Không có bệnh nhân nào có khuyết tật nặng. Có 4,6% bệnh nhân tử vong hoặc diễn biến nặng xin ra viện.

**IV. BÀN LUẬN**

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 153 bệnh nhân HKTMN, lệ bị bệnh giữa nam và nữ là 1 : 1,2.

Năm 2013 tác giả Lê Văn Minh và cộng sự [3] khi nghiên cứu 59 bệnh nhân HKTMN tại Bệnh viện Chợ Rẫy thấy tỷ lệ bị bệnh ở nữ cao hơn ở nam (55,3% so với 44,7%). Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 37,8.

Năm 2008 Khealani BA và cộng sự [4] trong nghiên cứu 109 bệnh nhân HKTMN tại Pakistan và Trung đông thấy tỷ lệ bị bệnh ở nữ cao hơn ở nam (53% so với 47%)%. Tuổi trung bình của

các bệnh nhân là 35,76. Gần đây năm 2018 tác giả Atalu A và cộng sự [5] khi nghiên cứu 28 bệnh nhân HKTMN thấy tỷ lệ bị bệnh ở nữ là 53,6%; tỷ lệ bị bệnh ở nam là 46,4%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 36,6.

Các tác giả đều cho rằng tỷ lệ bị bệnh ở nữ cao hơn nam có lẽ là yếu tố nguy cơ của HKTMN liên quan đến thai sản và thuốc tránh thai đường uống.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 117 bệnh nhân khởi phát bán cấp, chiếm tỷ lệ 76,5%. Khởi phát cấp tính gặp 34 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 22,2%. Kiểu phát ít gặp nhất là khởi phát mạn tính, gặp ở 2 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 1,3%.

Trong nghiên cứu của Lê Văn Minh và cộng sự [3] khởi phát bán cấp trong HKTMN gặp nhiều nhất, ở 79,7% số bệnh nhân. Ít gặp nhất là khởi phát mạn tính, 8,5% số bệnh nhân. Theo Saposnik G và cộng sự [2], khởi phát bán cấp trong HKTMN gặp nhiều nhất với tỷ lệ 56%.

Các nghiên cứu đều chỉ ra khởi phát bán cấp là thường gặp nhất. Bên cạnh đó khởi phát cấp tính giống đột quỵ động mạch và khởi phát mạn tính giống u não cũng gặp với tỷ lệ thấp hơn.

- Bệnh cảnh khi vào viện của các bệnh nhân trong nghiên cứu là đau đầu đơn thuần 37,2%; còn lại là các dạng phối hợp của đau đầu với các triệu chứng khác như co giật, liệt nửa người, rối loạn ý thức, nhìn mờ, rối loạn cơ tròn, rối loạn ngôn ngữ... ít gặp hơn.

Theo tác giả Van GJ[6] đau đầu trong HKTMN có thể phối hợp với các triệu chứng thần kinh khác với các mức độ khác nhau và có đến 30% các bệnh nhân đau đầu do tăng áp lực nội sọ lành tính bị HKTMN. Tác giả Agostoni E [7] đau đầu là triệu chứng thường gặp của HKTMN, gặp ở 86% số bệnh nhân trong đó có 29,8% số bệnh nhân đau đầu là triệu chứng duy nhất của bệnh. Theo Gulati D và cộng sự [8] thấy có 25% số bệnh nhân HKTMN chỉ có triệu chứng đau đầu đơn thuần mà không phối hợp với triệu chứng thần kinh khác.

Các nghiên cứu của các tác giả cũng thấy tỷ lệ bệnh nhân HKTMN vào viện với triệu chứng đau đầu đơn thuần giao động từ 25-30%. Đây là một khó khăn trong chẩn đoán bệnh, cần phải khai thác kỹ tính chất của đau đầu, tiền sử để hướng đến chẩn đoán bệnh.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi nhồi máu não gặp nhiều nhất ở 36,6%. Có 19,6% các trường hợp không có tổn thương nhu mô.

Kết quả nghiên cứu của Goyal G và cộng sự [9] khi nghiên cứu 181 bệnh nhân HKTMN có 37,57% nhồi máu chảy máu não, 19,34% nhồi máu não, 6,17% chảy máu não. Có 35,9% các

trường hợp không có tổn thương nhu mô não. Theo Saposnik G và cộng sự [2] có 65% bệnh nhân HKTMN có thay đổi nhu mô não trên MRI. Theo Atalu A và cộng sự [5] khi nghiên cứu HKTMN thấy nhồi máu não gặp ở 35,7%; chảy máu não gặp ở 14,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trên thế giới thấy tỷ lệ bệnh nhân HKTMN có tổn thương nhu mô não trên MRI tương đối cao từ 50% đến 70,4%. Các dạng tổn thương nhu mô não đều có thể gặp trong đó thường gặp nhất là nhồi máu não.

- Kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ huyết khối xoang dọc trên gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 68%, tiếp đến là huyết khối xoang ngang 62,7%, các vị trí huyết khối xoang khác gặp với tỷ lệ thấp hơn. Có 67,3% số bệnh nhân có huyết khối ở hai xoang tĩnh mạch trở lên.

Theo Atalu A và cộng sự [5] vị trí huyết khối hay gặp nhất là xoang dọc trên, gặp ở 50% các trường hợp HKTMN. Xoang ngang gặp ít hơn, ở 43% các trường hợp HKTMN. Theo Khealani BA và cộng sự [4] huyết khối xoang dọc trên gặp nhiều nhất (71%), kế tiếp là xoang ngang (47%) và xoang sigma (31%). Có 50% số bệnh nhân có huyết khối 2 xoang trở lên.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả đều thấy các vị trí huyết khối tại các xoang lớn gặp tỷ lệ cao. Đa số bệnh nhân HKTMN có huyết khối ở nhiều xoang.

- Bệnh nhân vào viện được chúng tôi thăm khám và làm xét nghiệm để có chẩn đoán bệnh sớm nhất. Ngay sau khi có chẩn đoán bệnh, bệnh nhân được điều trị theo phác đồ thống nhất tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch mai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân ổn định ra viện là 95,4% trong đó ra viện hồi phục hoàn toàn 81,7%; khuyết tật nhẹ và trung bình 13,7%, tỷ lệ bệnh nhân diễn biến nặng xin về trong thời gian nằm viện là 4,6%.

Theo Khealani BA và cộng sự [4] tỷ lệ tử vong của HKTMN trong thời gian nằm viện là 6%. Theo Saposnik G và cộng sự [2] tỷ lệ tử vong trong giai đoạn cấp của HKTMN là 3-15%. Tác giả Mangshetty B và Reddy KN khi nghiên cứu 50 bệnh nhân HKTMN thấy tỷ lệ bệnh nhân ra viện có điểm Rankin 0-1 là 60%. Tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện là 10%.

Nhìn chung kết quả nghiên cứu của các tác giả thấy tỷ lệ tử vong của bệnh nhân HKTMN trong thời gian nằm viện từ 3-15%. Số liệu tỷ lệ bệnh nhân nặng xin ra viện trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự tỷ lệ tử vong như trong các nghiên cứu trên.

Theo các tác giả nguyên nhân tử vong phần lớn do các biến chứng thần kinh như thoát vị não qua lều tiểu não. Bên cạnh đó các nguyên nhân khác như nhiễm khuẩn, huyết khối phổi cũng được đề cập đến như là nguyên nhân gây tử vong trong HKTMN trong các nghiên cứu trước kia. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có điểm Rankin lúc ra viện từ 0-1 cao hơn các nghiên cứu trên. Có được kết quả khả quan như vậy có lẽ do có sự phối hợp chặt chẽ giữa chúng tôi với các bác sỹ Khoa Chẩn đoán hình ảnh để có chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời. Diễn biến nặng của bệnh sẽ được hạn chế rất nhiều nếu có điều trị chống đông kịp thời để ngăn ngừa tổn thương nhu mô não hình thành do HKTMN.

## V. KẾT LUẬN

- Bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam
- Bệnh gặp chủ yếu ở người trẻ, tuổi trung bình là 37,5.
- Bệnh chủ yếu khởi phát bán cấp.
- Bệnh cảnh lâm sàng không đặc hiệu. Bệnh cảnh đau đầu đơn thuần gặp trong nghiên cứu tương đối cao (37,2%).
- Hình ảnh chụp MRI não: có 80,4% bệnh nhân có tổn thương nhu mô não trong đó nhồi máu não (36,6%), chảy máu não (23,5%), nhồi máu chảy máu (20,3%), chảy máu dưới nhện khu trú (9,2%), chảy máu dưới nhện lan tỏa (2%), ngấm thuốc liềm não (16,3%), ngấm thuốc nhu mô não (44,4%).
- Hình ảnh MRV: huyết khối xoang dọc trên gặp nhiều nhất (68%), xoang ngang (36,6%), xoang sigma (25,5%), xoang thẳng (12,4%), tĩnh mạch vỏ não (11,1%), tĩnh mạch Galen (2,6%). Có 67,3% bệnh nhân có huyết khối hai xoang trở lên.
- Tỷ lệ bệnh nhân ổn ra viện 95,4% trong đó có 81,7% bệnh nhân có điểm Rankin từ 0-1. Có 4,6% bệnh nhân diễn biến nặng trong quá trình điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Caso V, Agnelli G, and Paciaroni M, (2008).** Handbook on Cerebral Venous Thrombosis. Front Neurol Neurosci. **23**.
2. **Saposnik G, et al., (2011).** Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. **42**: p. 1158-92.
3. **Lê Văn Minh, et al., (2013).** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch não. Tạp chí y học Việt nam. **408**(1): p. 37-41.
4. **Khealani BA, et al., (2008).** Cerebral Venous Thrombosis A Descriptive Multicenter Study of Patients in Pakistan and Middle East. Stroke. **39**: p.

- 2707-2711.
5. **Atalu A, et al., (2018)**. Risk Factors and Clinical Manifestations of Cerebral Venous Thrombosis (CVT) in Patients Admitted to Ardabil City Hospitals during 2012-2017. *J Neurol Disord Stroke* **6**(4): p. 1150.
6. **Van Gijn J, (2000)**. Cerebral venous thrombosis: pathogenesis, presentation and prognosis. *J R Soc Med* **93**: p. 230-233.
7. **Agostoni E, (2004)**. Headache in cerebral venous thrombosis. *Neurol Sci.* **25**(suppl 3): p. S206-S210.
8. **Gulati D, Strbian D, and Sundararajan S, (2014)**. Cerebral Venous Thrombosis: Diagnosis and Management *Stroke.* **45**: p. e16-e18.
9. **Goyal G, Charan A, and Singh R, (2018)**. Clinical Presentation, Neuroimaging Findings, and Predictors of Brain Parenchymal Lesions in Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis: A Retrospective Study. *Annals of Indian Academy of Neurology.* **21**(3): p. 203-208.

## NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHỈ ĐỊNH GAN TÁCH BẠCH CẦU Ở CÁC BỆNH NHÂN LƠ XÊ MI TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Dương Doãn Thiện<sup>1</sup>, Nguyễn Hà Thanh<sup>1</sup>, Bạch Quốc Khánh<sup>1</sup>,  
Lê Xuân Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Triệu Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Trí<sup>1</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định một số đặc điểm lâm sàng và chỉ định gan tách bạch cầu ở các bệnh nhân lơ xê mi tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Gồm 203 bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng cao  $\geq 100$  G/L. Nghiên cứu mô tả cắt ngang các hội chứng thiếu máu, thâm nhiễm, tắc mạch, nhiễm khuẩn và xuất huyết... **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là  $39,9 \pm 17,5$  tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1,0. Các hội chứng chủ yếu ở bệnh nhân trước khi gan tách bạch cầu là thiếu máu (96,1%), thâm nhiễm (91,6%) và tắc mạch (49,8%). Các hội chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn là nhiễm khuẩn (26,6%), xuất huyết (21,2%). 100% số bệnh nhân có số lượng bạch cầu  $\geq 100$  G/L, trong đó có 42,9% bệnh nhân có số lượng bạch cầu  $\geq 300$  G/L. Số lượng bạch cầu trung bình trước khi gan tách là  $314,0 \pm 127,1$  G/L ( $120,3$  G/L -  $851,5$  G/L).

**Từ khóa:** bạch cầu, lơ xê mi, gan tách bạch cầu.

### SUMMARY

#### RESEARCH ON SOME CLINICAL FEATURES AND INDICATIONS OF LEUKAPHERESIS IN LEUKEMIA HYPERLEUKOCYTOSIS

#### PATIENTS AT NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

**Objectives of the study:** Identify some clinical features and Research on some clinical features and indications of leukapheresis in leukemia hyperleukocytosis patients at National Institute of Hematology and Blood Transfusion. **Research method:** 203 patients with an increase in white blood cell count  $\geq 100$  G/L. The study described cross-sectional symptoms of anemia, infiltration, embolism,

infection and hemorrhage... **Research results:** The average age of patients was  $39,9 \pm 17,5$  years. The male/female ratio is 1.7/1.0. Before leukapheresis, the main syndrome in patients was anemia (96.1%), infiltrates (91.6%) and embolism (49.8%). The syndrome accounted for the lower proportion were infections (26.6%), hemorrhage (21.2%). 100% of patients have leukocyte count  $\geq 100$  G/L, of which 42.9% of patients have leukocyte count  $\geq 300$  G/L. The average number of white blood cells was  $314.0 \pm 127.1$  G/L ( $120.3$  G/L -  $851.5$  G/L).

**Keywords:** leukocytes, leukemia, leukapheresis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng tăng bạch cầu (BC) khi số lượng bạch cầu (SLBC) lớn hơn 100 G/L [1], [2], [3], [4]. Tuy nhiên, tăng SLBC và triệu chứng của hội chứng tăng BC có khác nhau ở các thể bệnh lơ xê mi (LXM). Hội chứng tăng BC là nguyên nhân gây ra các biến chứng như ứ trệ BC, hội chứng tiêu khối u, đông máu nội mạch rải rác (ĐMNMR) và có tỷ lệ tử vong cao [5], [6].

Hội chứng tăng BC gây ra tắc mạch ở các cơ quan như tắc mạch ở hệ thần kinh trung ương (đau đầu, chóng mặt, ù tai, nhìn nhòe, mất thị lực hoặc thính lực; bất tỉnh, chụp cắt lớp não thấy chảy máu nội sọ...). Tắc mạch tại phổi: khó thở tăng dần, X quang thấy các vùng mờ không đều, lan toả và không có ranh giới rõ rệt ở cả 2 phế trường. Tắc mạch tại lách: có các cơn đau lách, từ đau âm ỉ cho đến đau dữ dội do nhồi máu lách. Tắc mạch ở chi (sưng đau, siêu âm có thể thấy cục nghẽn mạch). Tắc tĩnh mạch dương vật (dương vật cương cứng đau dữ dội, cơn đau không hết khi dùng thuốc giảm đau...) và tắc các mạch máu khác: tĩnh mạch thận, nhồi máu cơ tim... [6], [7], [8].

Nghiên cứu được tiến hành nhằm: **Xác định một số đặc điểm lâm sàng và chỉ định gan tách**

<sup>1</sup>Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Dương Doãn Thiện

Email: drthienhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2019

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2020

Ngày duyệt bài: 20.01.2020