

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH NÃO SÂU GÂY TỔN THƯƠNG ĐÔI THỊ HAI BÊN

Tạ Văn Hải¹, Nguyễn Huy Ngọc^{2}, Nguyễn Hồng Quân³*

Tóm tắt

Huyết khối tĩnh mạch não là bệnh lý không thường gặp, chỉ chiếm 0,5 - 3% số bệnh nhân (BN) đột quy. Trong đó, huyết khối xoang thẳng gây tổn thương đôi thị hai bên là thể bệnh hiếm gặp hơn, dễ chẩn đoán nhầm với tổn thương não trong các bệnh lý khác. Ca lâm sàng của chúng tôi là BN nữ, 38 tuổi, xơ cứng bì 10 năm, đang điều trị thường xuyên bằng steroid, vào viện với bệnh cảnh đau đầu, suy giảm ý thức tăng dần. BN được chẩn đoán sớm tổn thương đôi thị hai bên do huyết khối nhiều xoang tĩnh mạch não với kết quả phục hồi tốt sau khi ra viện.

Từ khóa: Huyết khối tĩnh mạch não sâu; Huyết khối xoang thẳng; Tổn thương đôi thị.

A CLINICAL CASE REPORT: DEEP CEREBRAL VENOUS THROMBOSIS WITH BILATERAL THALAMIC LESIONS

Abstract

Cerebral venous thrombosis (CVT) is an uncommon condition, accounting for only 0.5 - 3% of stroke patients. Among these, straight sinus thrombosis resulting in bilateral thalamic lesions is even rarer and can be easily misdiagnosed as brain lesions caused by other diseases. This case report presents a 38-year-old female patient with a 10-year history of systemic sclerosis under regular steroid treatment. She was admitted with a headache and progressive deteriorating consciousness.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Sở Y tế tỉnh Phú Thọ, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Huy Ngọc (ngochuynghuyen8888@gmail.com)

Ngày nhận bài: 11/12/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 06/02/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si1.1147>

Early diagnosis showed bilateral thalamic lesions due to thrombosis in multiple cerebral venous sinuses. Patients experienced favorable recovery outcomes upon discharge.

Keywords: Deep cerebral venous thrombosis; Straight sinus thrombosis; Thalamic lesion.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch não là bệnh lý hiếm gặp với tỷ lệ mắc từ 0,1 - 2 ca/100.000 người, chiếm khoảng 0,5% tổng số ca đột quỵ não, tỷ lệ tử vong khoảng 10 - 15%, hay gặp ở phụ nữ trẻ [1]. Trong các huyết khối tĩnh mạch não, huyết khối tĩnh mạch xoang thẳng chỉ gặp khoảng 15%, triệu chứng lâm sàng khá đa dạng, có thể chỉ có đau đầu cho đến nặng hơn là chảy máu não, nhồi máu não hoặc tử vong. Việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là chẩn đoán sớm; đồng thời, chẩn đoán và điều trị muộn là nguyên nhân dẫn tới tăng tỷ lệ tử vong và tàn phế.

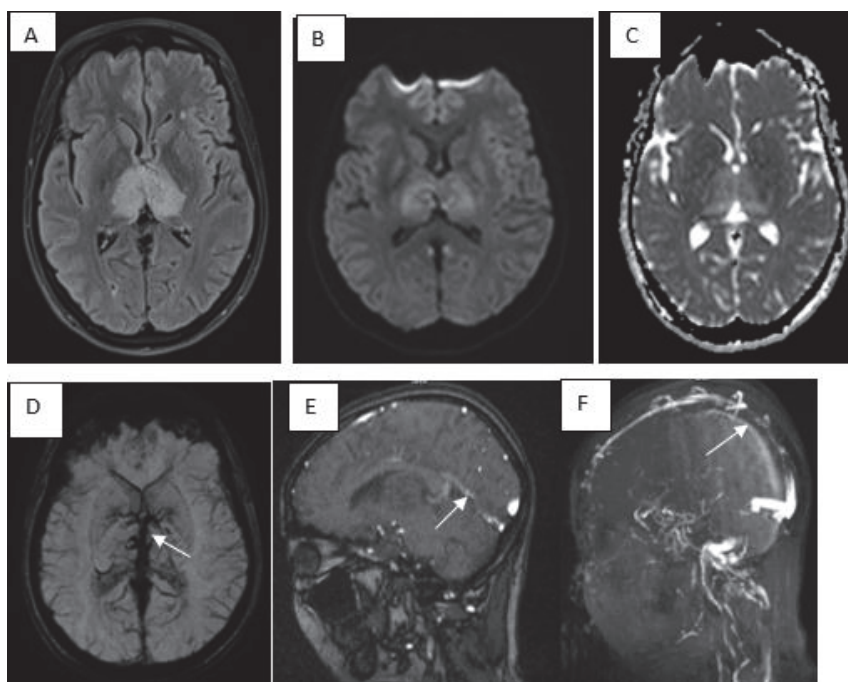
Nhằm cung cấp thêm dữ liệu y văn góp phần trong chẩn đoán và điều trị sớm nhóm bệnh lý về huyết khối xoang thẳng gây tổn thương đồi thị hai bên liên quan đến bệnh lý miễn dịch và dùng steroid kéo dài hiếm gặp, phục hồi tốt sau khi được chẩn đoán, điều trị. Báo cáo trình bày: *Các đặc điểm lâm sàng của một trường hợp BN điều trị huyết khối tĩnh mạch não sâu gây tổn thương đồi thị hai bên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.*

GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, có tiền sử xơ cứng bì 10 năm, đang điều trị thường xuyên bằng methylprednisolone 8 mg/ngày và penicillamine 300 mg/ngày. Trước vào viện 4 ngày, BN xuất hiện đau đầu sau đó tiếp xúc chậm, gọi, hỏi đáp ứng chậm; gia đình đưa vào bệnh viện trong tình trạng Glasgow 11 - 12 điểm, da sạm, dày bì da, kiểu hình cushing, đau đầu nhiều, nôn, nói ngọng, nuốt khó, yếu tứ chi, sức cơ tứ chi 3/5 (theo phân loại của Hội đồng Y khoa Anh), tê bì tứ chi, mạch 60 - 70 lần/phút; huyết áp 150 - 160/90mmHg; rối loạn nhịp thở kiểu chậm sâu.

Công thức máu: Bạch cầu 13 G/L; neutrophil 80%. Máu lắng tăng; CRP-hs > 20 mg/L; D-Dimer 1.500 ng/mL; kháng thể kháng nhân > 200ICU. Dịch não tủy gồm tế bào: 3 tế bào/mm³; protein: 1,6 g/L; HSV âm tính; lao âm tính, nuôi cấy vi khuẩn âm tính. Điện não đồ: Nhiều sóng chậm, không có hoạt động dạng sóng động kinh.

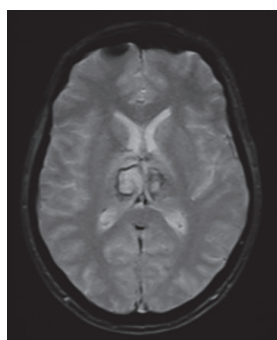
Phim cộng hưởng từ (MRI) sọ não: Tổn thương dạng phù não đồi thị hai bên, tắc xoang thẳng và xoang tĩnh mạch dọc trên (Hình 1).



Hình 1. Tổn thương tăng tín hiệu trên xung flair (1-A), DWI (1-B) và ADC (1-C) đồi thị hai bên, tắc xoang thẳng và xoang dọc trên (1-D,E,F).

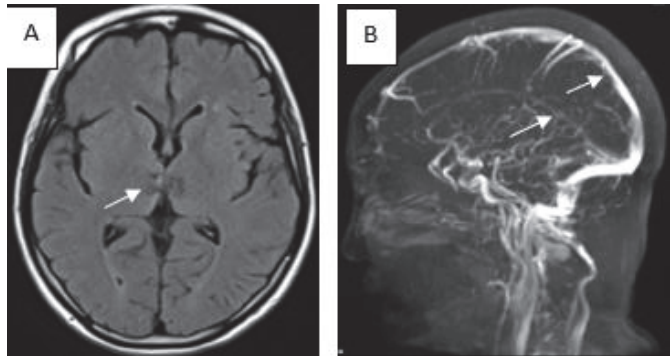
BN được điều trị chống phù não bằng manitol 20%, chống đông đường tiêm bằng lovenox 4.000UI liều 100 UI/kg/12 giờ. Sau 5 ngày điều trị, ý thức tỉnh, Glasgow 15 điểm, đỡ đau đầu, hết sốt, hoạt động nhanh nhẹn hơn, sức cơ 4/5, còn tê bì tứ chi, D-Dimer giảm còn 700 ng/mL. MRI sọ não ngày thứ 5 không có tổn thương tăng lên,

BN được chuyển sang duy trì chống đông đường uống sintrom 4mg liều sintrom 4mg x 1/4 viên/24 giờ với đích INR trong khoảng 2 - 3; sau 10 ngày điều trị, chụp MRI sọ não có hình ảnh chảy máu thâm mức độ ít hai bên đồi thị trên xung T2*, BN vẫn được tiếp tục duy trì thuốc chống đông với INR (2 - 3) (Hình 2).



Hình 2. Chảy máu đồi thị 2 bên trên xung T2* sau 10 ngày điều trị.

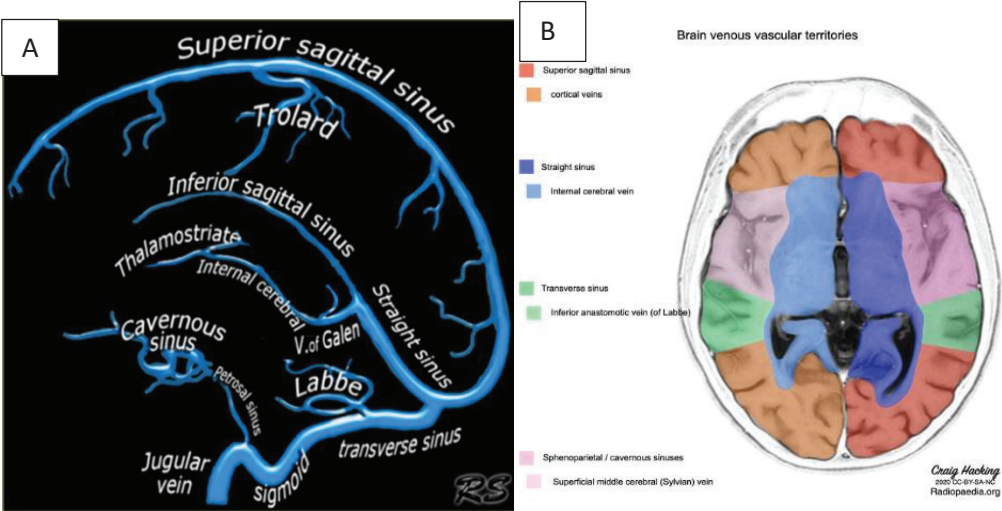
BN ra viện ngày thứ 17 trong tình trạng tỉnh, Glasgow 15 điểm, không đau đầu, không liệt chi, sức cơ tứ chi 5/5; tê bì nhẹ tứ chi. Sau ra viện 1 tháng, BN được tái khám và chụp lại MRI sọ não hình ảnh tổn thương cũ nhỏ đôi thị hai bên, xoang tĩnh mạch dọc trên và xoang tĩnh mạch thẳng đã tái thông (Hình 3).



Hình 3. Tổn thương đôi thị sau ra viện 1 tháng trên phim MRI sọ não trên xung flair (3-A); xoang tĩnh mạch dọc trên và xoang thẳng (3-B).

BÀN LUẬN

Huyết khối tĩnh mạch não là thể bệnh ít gặp, chỉ chiếm 0,5 - 3% các BN đột quỵ và 0,1 - 2/100.000 dân. Huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên và xoang ngang là chủ yếu, chiếm > 80% các trường hợp. Tỷ lệ mắc ở nữ giới cao gấp 2 lần so với nam giới và thường < 55 tuổi. Huyết khối xoang thẳng gặp ở khoảng 15% [1]. Huyết khối tĩnh mạch não sâu gây tổn thương đôi thị hai bên là một thể bệnh rất hiếm gặp và nặng của huyết khối tĩnh mạch não.



Hình 4. Hệ xoang tĩnh mạch não (A) và diện phân bố trên nhu mô não (B)
(Nguồn: Gustavo Saposnik (2024)[1])

Nguy cơ của huyết khối tĩnh mạch não khá đa dạng, thường là đa yếu tố nguy cơ. Các yếu tố có tính chất thoáng qua như sử dụng thuốc tránh thai, chấn thương, nhiễm trùng, sử dụng một số thuốc như steroid, có thể kéo dài như ung thư, bệnh tự miễn, rối loạn đông máu. BN của chúng tôi có 2 yếu tố nguy cơ là mắc bệnh tự miễn (xơ cứng bì) và sử dụng steroid kéo dài. Trong quá trình tiếp nhận, BN đã được sàng lọc các xét nghiệm cho thấy yếu tố viêm tự miễn tăng rất cao như kháng thể kháng nhân tăng, CRP-hs tăng, máu lắng tăng và bằng chứng của nguy cơ tăng đông máu là D-Dimer tăng gấp 3 lần.

Đặc điểm lâm sàng của huyết khối xoang tĩnh mạch thường gặp là đau đầu, các triệu chứng của tăng áp lực nội sọ chiếm 15 - 30%, tổn thương thần kinh khu trú chiếm 30 - 50%, rối loạn ý thức và hôn mê chiếm 20%, 20 - 40% có co giật [1]. Các yếu tố tiên lượng xấu bao gồm có rối loạn ý thức, có tổn thương thần kinh khu trú, huyết khối tĩnh mạch sâu, có chảy máu não, D-Dimer cao, được chẩn đoán và điều trị muộn... [2].

Xoang thẳng được hình thành bởi tĩnh mạch não galen và xoang tĩnh mạch dọc dưới, vì thế, xoang này dẫn lưu máu chủ yếu cho các vùng sâu của não như thể chai, đồi thị và hồi vành đai (cingulate gyrus). Tổn thương trong huyết khối xoang thẳng gây ứ máu vùng đồi thị và các cấu trúc ở phần sâu của

não (*Hình 4-A,B*) [3, 4]. Hình ảnh trên MRI thường có tổn thương đồi thị hai bên dạng phù mạch với các biểu hiện giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên các xung T2, Flair, DWI và ADC. Một số trường hợp có thể có chảy máu. Trên xung nhạy từ có thể có dấu hiệu bàn chải, một số tác giả cho rằng đây là dấu hiệu tiên lượng nặng của bệnh [4] (*Hình 1-D*). Có thể có hình ảnh chảy máu hoặc nhồi máu não, chảy máu do áp lực cao trong hệ thống tĩnh mạch.

Tổn thương đồi thị hai bên do huyết khối xoang thẳng dễ nhầm với nhiều bệnh lý khác như viêm não tủy lan tỏa cấp tính, viêm mạch, bệnh lý chuyển hóa và di truyền, nhiễm độc, nhiễm trùng... [6]. Vì vậy, BN thường được chẩn đoán và điều trị muộn. BN của chúng tôi có tăng protein trong dịch não tủy, đây là biểu hiện có thể có, tuy nhiên không thường gặp của huyết khối xoang tĩnh mạch, vì thế, trong quá trình điều trị, chúng tôi cũng đã tầm soát các bệnh lý khác có thể làm tăng protein dịch não tủy.

KẾT LUẬN

Huyết khối tĩnh mạch não sâu là bệnh lý ít gặp, trong đó, tổn thương đồi thị hai bên do phù mạch khá hiếm gặp, tuy nhiên, dễ bị bỏ qua do có thể nhầm với nhiều nhóm bệnh lý khác của não dẫn tới chẩn đoán muộn. Các xét nghiệm như D-Dimer, chụp tĩnh mạch não là cần thiết để nhận biết sớm.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định nghiêm ngặt về đạo đức trong các nghiên cứu y học, tuân thủ đầy đủ các quy định do Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ ban hành. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gustavo Saposnik, Cheryl Bushnell, Vice Chair, Jonathan M, et al. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. March 2024; 55(3):77-90.

2. Pretty Sara Idicullaa, Dhineshreddy Guralab, et al. Cerebral venous thrombosis:

A comprehensive review. *Eur Neurol*. 2020; 83:369-379.

3. A Ghoneim, J Straiton, C Pollard. Imaging of cerebral venous thrombosis. *Clinical Radiology*. April 2020; 75(4): 254-264.

4. Xiujuan Wu A, Wei Wu B, Jiang Wu A, Hong-Liang Zhang. Diagnosis: Thrombosis of the vein of Galen. *Ann Saudi Med*. 2014 Sep-Oct; 34(5):1-3.

5. Diana Aguiar de Sousa, Lia Lucas Neto, Simon Jung, Sara Penas, et al. Brush sign is associated with increased severity in cerebral venous thrombosis.

6. Sofie Van Cauter, Mariasavina Severino, Rosamaria Ammendola. Bilateral lesions of the basal ganglia and thalami (central grey matter) - pictorial review. *Neuroradiology*. 2020; 62:1565-1605.