

này có khác với các nghiên cứu trước đây, theo nghiên cứu của tác giả Đoàn Hữu Nhân, tỉ lệ trầm cảm ở nữ giới cao hơn nam giới, với $OR=2,35$ (95% $CI=1,04-5,3$) với ($p<0,05$) [2], nghiên cứu của tác giả Lê Cao Thái ghi nhận kết quả là tỉ lệ trầm cảm sau đột quỵ của hai giới là như nhau, không có sự liên quan giữa trầm cảm sau đột quỵ và giới tính ($p>0,05$) [3]. Giải thích cho sự khác biệt này có thể đến từ quần thể lấy mẫu khác nhau, hoặc do cỡ mẫu chưa đủ lớn, nên có những phân tích gộp hoặc nghiên cứu có quy mô lớn để đánh giá thêm. Chúng tôi cũng ghi nhận hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ của trầm cảm sau đột quỵ, với bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá có nguy cơ mắc trầm cảm sau đột quỵ gấp 2,402 so với bệnh nhân không hút thuốc lá ($OR=2,402$; 95% $CI=1,436-4,019$) lần với $p<0,001$. So sánh với nghiên cứu của tác giả Ayasrah và cộng sự cũng ghi nhận kết quả tương tự khi hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ mắc trầm cảm sau đột quỵ [4].

Về loại đột quỵ và vị trí tổn thương não chúng tôi ghi nhận không có mối liên quan giữa loại đột quỵ và vị trí tổn thương não với trầm cảm sau đột quỵ. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu trong nước như của tác giả Lê Cao Thái [3], hay một số nghiên cứu, phân tích tổng hợp của nước ngoài cũng ghi nhận sự khác biệt không rõ ràng giữa hai bán cầu não bị tổn thương với trầm cảm sau đột quỵ, như nghiên cứu của Ying Zhang và cộng sự ghi nhận tỉ số chênh gộp (OR) của trầm cảm sau đột quỵ ở bán cầu não trái, so với đột quỵ ở bán cầu não phải là 1,11 (khoảng tin cậy 95% là 0,82-1,49), sự khác biệt này là không rõ ràng và không có ý nghĩa thống kê [7]

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ trầm cảm sau đột quỵ: Chúng tôi thu

được kết quả là có 79 bệnh nhân (22,4%) được chẩn đoán trầm cảm sau đột quỵ.

Yếu tố nguy cơ trầm cảm sau đột quỵ:

Chúng tôi ghi nhận có 2 yếu tố nguy cơ có liên quan đến trầm cảm sau đột quỵ là giới tính và tiền sử hút thuốc lá. Trong đó Tỉ lệ trầm cảm sau đột quỵ ở nam giới cao hơn so với nữ giới, với $OR=2,022$ (95% CI là 1,19-3,436), $p<0,05$ với phép kiểm Fisher và bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá có nguy cơ mắc trầm cảm sau đột quỵ gấp 2,402 so với bệnh nhân không hút thuốc lá ($OR=2,402$; 95% $CI=1,436-4,019$) lần với $p<0,001$ với phép kiểm Fisher. Không ghi nhận mối liên quan giữa loại đột quỵ, vị trí tổn thương, và các yếu tố khác liên quan đến trầm cảm sau đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội đột quỵ Việt Nam** (2020), Chăm sóc và điều trị người bệnh đột quỵ, Nhà xuất bản y học Hà Nội, Hà Nội.
2. **Đoàn Hữu Nhân** (2019), Khảo sát tỉ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân sau đột quỵ điều trị tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.
3. **Lê Cao Thái** (2013), Đánh giá đặc tính tương đồng giữa giải phẫu thần kinh và trầm cảm sau đột quỵ nhồi máu não cấp., Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.
4. **Ayasrah S. M., Ahmad M. M., Basheti I. A.** (2018), "Post-Stroke Depression in Jordan: Prevalence Correlates and Predictors", *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 27 (5), pp. 1134-1142.
5. **Guo J., Wang J., Sun W., et al.** (2022), "The advances of post-stroke depression: 2021 update", *J Neurol*, 269 (3), pp. 1236-1249.
6. **Ishida Koto** (2020), "Complications of stroke: An overview".
7. **Zhang Y., Zhao H., Fang Y., et al.** (2017), "The association between lesion location, sex and poststroke depression: Meta-analysis", *Brain Behav*, 7 (10), pp. e00788.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN HUYẾT KHỐI TÍNH MẠCH TẠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lương Cao Sơn¹, Nguyễn Đình Sơn Ngọc¹, Nguyễn Minh Nhật¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lương Cao Sơn

Email: son.lc@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024

Đặt vấn đề: Huyết khối tĩnh mạch tạng thường gặp trên nhiều nhóm đối tượng nguy cơ khác nhau với biểu hiện lâm sàng đa dạng và chưa có hướng dẫn điều trị thống nhất. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch tạng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Đối tượng là những bệnh nhân được chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch tạng tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM trong khoảng thời gian từ 1/10/2021

đến 30/06/2023. **Kết quả:** 358 bệnh nhân tuổi trung bình là 58,1; nam giới chiếm 76,8%. Huyết khối không triệu chứng đi kèm là 24,9%; triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng chiếm 58,4%. Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là ung thư (66,5%) và xơ gan (54,7%). Các khảo sát tình trạng tăng đông không được thực hiện đồng nhất. Vị trí huyết khối thường gặp nhất là tĩnh mạch cửa (81,8%) và mạc treo tràng trên (19,6%). 81,6% huyết khối không được điều trị. Tỷ lệ dùng kháng đông là 18,4% trong đó chủ yếu là kháng vitamin K. **Kết luận:** Huyết khối tĩnh mạch tạng thường gặp ở nam giới; có biểu hiện đa dạng từ không triệu chứng đến thiếu máu hoại tử ruột. Huyết khối thường xuất hiện ở bệnh nhân xơ gan và ung thư ổ bụng. Tỷ lệ điều trị huyết khối còn thấp.

Từ khóa: huyết khối tĩnh mạch tạng, xơ gan, ung thư, kháng đông

SUMMARY

SURVEY ON THE CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SPLANCHNIC VEIN THROMBOSIS AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Background: Splanchnic vein thrombosis is commonly observed in various risk groups with diverse clinical manifestations and lacks standardized treatment guidelines. **Objectives:** This study aims to investigate the clinical characteristics, laboratory tests and treatment of patients with splanchnic vein thrombosis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted. The subjects were patients diagnosed with splanchnic vein thrombosis at the University Medical Center Ho Chi Minh City from October 1, 2021, to June 30, 2023. **Results:** Among the 358 patients, the average age was 58.1 years, and males accounted for 76.8%. Asymptomatic thrombosis was present in 24.9% of cases; the most common symptom was abdominal pain, occurring in 58.4% of patients. The most frequent risk factors were cancer (66.5%) and cirrhosis (54.7%). Hypercoagulability assessments were not consistently performed. The most common thrombosis sites were the portal vein (81.8%) and the superior mesenteric vein (19.6%). Thrombosis was untreated in 81.6% of cases. Anticoagulants were used in 18.4% of patients, primarily vitamin K antagonists. **Conclusions:** Splanchnic vein thrombosis is more prevalent in males and presents with a wide range of symptoms from asymptomatic to ischemic bowel necrosis. Thrombosis frequently occurs in patients with cirrhosis and abdominal cancer. The treatment rate for thrombosis remains low. **Keywords:** splanchnic vein thrombosis, cirrhosis, cancer, anticoagulants

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch tạng (HKTMT) là thuật ngữ chỉ cục máu đông hình thành trong hệ tĩnh mạch cửa-gan bao gồm tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch gan, tĩnh mạch mạc treo tràng (trên và dưới), tĩnh mạch lách. Một số tài liệu còn bao gồm cả tĩnh mạch thận và tĩnh mạch sinh dục [1]. HKTMT ít gặp hơn huyết khối tĩnh mạch sâu

chi dưới và thuyên tắc phổi ít nhất là 25 lần. Tỷ lệ này thay đổi theo từng dân số nghiên cứu và nhóm nguy cơ, tuy nhiên không có nghiên cứu nào cho thấy tỷ lệ HKTMT trong dân số chung. Có nhiều yếu tố nguy cơ của HKTMT đã được xác định như bệnh lý ác tính thường gặp nhất là ung thư gan, xơ gan, bệnh lý tăng đông di truyền, bệnh tự miễn, bệnh huyết học, tình trạng viêm hoặc nhiễm trùng trong ổ bụng như viêm tụy cấp hoặc sau phẫu thuật ổ bụng [2]. Những nghiên cứu trong và ngoài nước hiện tại chủ yếu mô tả bệnh nhân HKTMT với những yếu tố nguy cơ chuyên biệt. Theo kết quả của tác giả Võ Thị Lương Trân trên bệnh nhân viêm tụy cấp, tỷ lệ HKTMT là 17% và ít có triệu chứng [3]. HKTMT có thể xuất hiện thầm lặng và được phát hiện tình cờ qua siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Tuy nhiên, một số trường hợp lại diễn tiến với nhiều triệu chứng như đau bụng, sốt, xuất huyết tiêu hóa hoặc hoại tử ruột cần phải can thiệp cấp cứu. Trong thực hành lâm sàng, tiếp cận chẩn đoán HKTMT còn chưa thống nhất, việc có dùng kháng đông hay không và lựa chọn loại kháng đông nào cũng là một vấn đề còn tranh cãi giữa các khuyến cáo trên thế giới. Trong khi chờ đợi một hướng dẫn cụ thể và thống nhất, việc khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân HKTMT là cần thiết để có số liệu ban đầu nhằm đánh giá quy mô và ảnh hưởng của bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch tạng bằng siêu âm hoặc cắt lớp vi tính ổ bụng tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ 1/10/2021-30/06/2023. Nếu bệnh nhân nhập viện nhiều lần vì huyết khối tái phát trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chỉ khảo sát lần nhập viện đầu tiên bệnh nhân được chẩn đoán huyết khối.

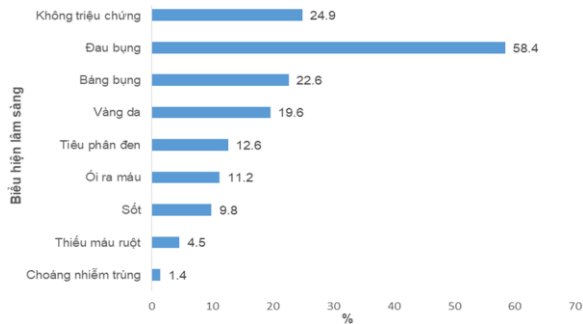
Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân người nước ngoài hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Nghiên cứu được thông qua hội đồng Y đức của bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.

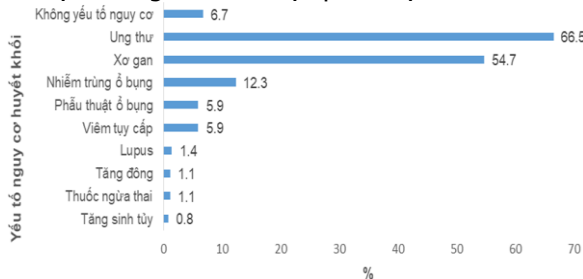
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu được 358 bệnh nhân HKTMT với tuổi trung bình là $58,1 \pm 14,8$ tuổi, trong đó nam giới chiếm 76,8% với các đặc điểm như sau:



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các biểu hiện lâm sàng ở bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch tạng

Đau bụng là biểu hiện thường gặp nhất ở bệnh nhân có HKTMT. Nhóm các triệu chứng của bệnh xơ gan cũng được ghi nhận. Tỷ lệ huyết khối gây thiếu máu ruột và choáng nhiễm trùng thấp. Khoảng 1/4 các bệnh nhân hoàn toàn không có bất kỳ triệu chứng nào và được phát hiện tình cờ.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của HKTMT trong dân số nghiên cứu

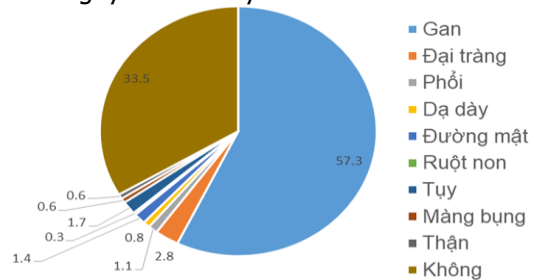
Ung thư và xơ gan là 2 yếu tố nguy cơ thường gặp nhất của HKTMT. Các tình trạng làm

Bảng 1. So sánh tuổi và các đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân HKTMT có xơ gan hoặc ung thư và nhóm không xơ gan, không ung thư

Yếu tố so sánh	Dân số chung (n=283) TB ± ĐLC	Không xơ gan và không ung thư (n=75) TB ± ĐLC	Có xơ gan hoặc ung thư (n=283) TB ± ĐLC	p
Tuổi	58,1 ± 14,8	47,9 ± 18,4	60,7 ± 12,4	<0,001
WBC (G/L)	9,8 ± 5,6	12,8 ± 5,9	9,1 ± 5,2	<0,001
Hgb (g/L)	120,2 ± 29,8	133,8 ± 24,3	116,6 ± 30,1	<0,001
PLT (G/L)	213,6 ± 126,0	253,4 ± 134,7	203,0 ± 121,6	0,002
CRP (mg/dL)	68,7 ± 74,8	109,6 ± 100,0	54,5 ± 57,6	<0,001
Ure (mg/dL)	43,7 ± 32,7	34,3 ± 23,3	46,2 ± 33,1	0,004
Creatinin (mg/dL)	1,1 ± 0,6	1,0 ± 0,7	1,0 ± 0,6	0,761
AST (UI/L)	155,4 ± 421,6	55,6 ± 124,8	181,9 ± 466,4	0,021
ALT (UI/L)	78,2 ± 232,4	51,1 ± 73,8	85,3 ± 258,2	0,052
Bilirubin TP (mg/dL)	3,8 ± 5,9	1,6 ± 3,5	4,3 ± 6,3	<0,001
Bilirubin TT (mg/dL)	2,2 ± 4,3	0,8 ± 2,6	2,5 ± 4,6	<0,001
INR	1,3 ± 0,4	1,1 ± 0,2	1,3 ± 0,4	<0,001
aPTT	1,1 ± 0,3	1,1 ± 0,4	1,1 ± 0,2	0,859
Fibrinogen (mg/dL)	3,8 ± 1,7	5,1 ± 2,1	3,5 ± 1,4	<0,001

So với nhóm bệnh nhân có xơ gan hoặc ung thư, nhóm bệnh nhân không xơ gan và không ung thư có tuổi trẻ hơn, các chỉ số về phản ứng

tăng nguy cơ huyết khối đã biết trước khi được chẩn đoán huyết khối như: lupus, tăng đông di truyền, hội chứng tăng sinh tủy, dùng thuốc ngừa thai chiếm tỉ lệ thấp nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân được chẩn đoán tăng đông di truyền gồm 2 trường hợp đột biến gen anti-thrombin III đơn thuần, 1 trường hợp đột biến gen MTHFR A1298C và 1 bệnh nhân mang đồng thời 2 đột biến PAI- 4G/5G và anti-thrombin III. 6,7% bệnh nhân không tìm thấy bất kỳ yếu tố nguy cơ nào của huyết khối. Phần lớn các bệnh nhân (88,5%) có từ 1 đến 2 yếu tố nguy cơ của huyết khối.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ các loại ung thư gặp trong dân số nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ ung thư trên bệnh nhân có HKTMT là 66,5% chủ yếu là ung thư các cơ quan trong ổ bụng. Trong đó, thường gặp nhất là ung thư gan, tiếp theo là ung thư đại tràng (2,8%), tụy và đường mật chiếm tỉ lệ lần lượt là 1,7 và 1,4%.

viêm như CRP, bạch cầu cao hơn, Hgb và tiểu cầu cao hơn nhưng lại ít tăng men AST, bilirubin và INR hơn; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với

p < 0,05.

Bảng 2. Đặc điểm các xét nghiệm tìm soát nguyên nhân tăng đông

Yếu tố		n	%
Protein S	Giảm	15	31,9
	Không	32	68,1
Protein C	Giảm	14	29,2
	Không	34	70,8
Anti-Thrombin III	Giảm	13	29,5
	Không	31	70,5
V-Leiden	Giảm	1	2,3

Kháng thể Lupus	Không	42	97,7
	Âm tính	14	50,0
Anti-Phospholipid IgG/IgM	Dương tính	14	50,0
	Âm tính	31	100,0
JAK	Dương tính	0	0,0
	Âm tính	6	100,0
	Dương tính	0	0,0
	Âm tính	6	100,0

Chỉ một nhóm nhỏ các bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm tìm nguyên nhân tăng đông tùy theo đánh giá của bác sĩ điều trị.

Bảng 3. Đặc điểm về vị trí huyết khối

Yếu tố so sánh	Dân số chung, N=358 (n, %)	Không xơ gan và không ung thư, N=75 (n, %)	Có xơ gan hoặc ung thư, N=283 (n, %)	p	
TM cửa	293 (81,8)	48 (64,0)	245 (86,6)	<0,001	
TM lách	60 (16,8)	31 (41,3)	29 (10,2)	<0,001	
TM mạc treo tràng trên	70 (19,6)	29 (38,7)	41 (14,5)	<0,001	
TM mạc treo tràng dưới	12 (3,4)	6 (8,0)	6 (2,1)	0,022	
TM gan	57 (15,9)	8 (10,7)	49 (17,3)	0,214	
TM thận	9 (2,5)	4 (5,3)	5 (1,8)	0,096	
TM sinh dục	5 (1,4)	2 (2,7)	3 (1,1)	0,588	
Số vị trí tạo lập huyết khối	1	254 (71,0)	43 (57,3)	211 (74,6)	0,003
	2	69 (19,3)	17 (22,7)	52 (18,4)	
	3	25 (7,0)	9 (12,0)	16 (5,7)	
	4	9 (2,5)	5 (6,7)	4 (1,4)	
	5	1 (0,3)	1 (1,3)	0 (0,0)	

Tĩnh mạch cửa là vị trí thường gặp huyết khối nhất, kể đến là tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch lách. Trong khi nhóm bệnh nhân xơ gan hoặc ung thư có xu hướng tạo lập huyết khối tĩnh mạch cửa thì nhóm còn lại thường gặp huyết khối tĩnh mạch mạc treo và tĩnh mạch lách. Về số vị trí huyết khối, nhóm bệnh nhân không xơ gan không

ung thư có xu hướng tạo lập huyết khối nhiều vị trí hơn nhóm còn lại.

Đa số các trường hợp HKTMT không được điều trị, chiếm 81,6% chủ yếu ở nhóm bệnh nhân xơ gan hoặc ung thư. Điều trị chủ yếu là kháng đông, trong đó thường gặp nhất là nhóm kháng vitamin K.

Bảng 4. Đặc điểm về điều trị

Yếu tố so sánh	Dân số chung, N=358 (n, %)	Không xơ gan và không ung thư, N=75 (n, %)	Có xơ gan hoặc ung thư, N=283 (n, %)	p	
Không điều trị	292 (81,6)	34 (45,3)	258 (91,2)	<0,001	
Phẫu thuật	12 (3,4)	11 (14,7)	1 (0,4)	<0,001	
Tiêu sợi huyết	1 (0,3)	1 (1,3)	0 (0,0)	0,052	
Kháng đông	66 (18,4)	41 (54,7)	25 (8,8)	<0,001	
Loại kháng đông khi xuất viện	Kháng vitamin K	45 (12,6)	32 (42,7)	13 (4,6)	<0,001
	Kháng đông đường uống trực tiếp	11 (3,1)	6 (8,0)	5 (1,8)	0,005
	Heparin trọng lượng phân tử thấp	10 (2,8)	4 (4,0)	7 (2,5)	0,476

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,1 với tỉ lệ nam giới chiếm 76,8%. Kết quả này tương tự như tác giả Eri Kawata [4] là 56,2 tuổi và phù hợp với y văn ghi nhận khoảng 2/3 bệnh

nhân HKTMT là giới nam. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu thay đổi theo vị trí và nguyên nhân huyết khối [5]. Đối với bệnh nhân huyết khối liên quan bệnh lý ác tính, xơ gan có tuổi trung bình lớn hơn so với những bệnh nhân bệnh tự miễn hay có các yếu tố tăng đông tại chỗ.

Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng. Trong nghiên cứu của tác giả Eri Kawata [4], tỉ lệ này là 56,1% tương tự như chúng tôi (58,4%). Theo tác giả Võ Thị Lương Trân [3], tỉ lệ đau bụng ở những bệnh nhân có HKTMT là 100%. Sự khác biệt này do tác giả Võ Thị Lương Trân chỉ nghiên cứu trên bệnh nhân viêm tụy cấp. Do đó chúng tôi cho rằng, đau bụng trên bệnh nhân HKTMT có thể không đến từ bản thân huyết khối mà do bệnh cảnh chung của bệnh nhân. Điều này góp phần giải thích trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như những khảo sát HKTMT do mọi nguyên nhân đều có một tỉ lệ nhất định những bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng. Bên cạnh đó, những biểu hiện như báng bụng, vàng da, xuất huyết tiêu hóa có thể do xơ gan và ung thư ổ bụng hơn là do huyết khối đơn độc gây ra.

Ung thư ổ bụng và xơ gan là 2 yếu tố nguy cơ thường gặp nhất của HKTMT. Trong nghiên cứu của tác giả Eri Kawata, tỉ lệ này lần lượt là 31% và 19,4%. Trong khi đó, tác giả Matteo Candeloro cho thấy tỉ lệ ung thư tạng đặc là 49,5% và xơ gan là 24,4% [6]. So với hai tác giả trên, tỉ lệ ung thư và xơ gan trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn do hai nghiên cứu trên khảo sát tại bệnh viện chuyên về huyết học, trong khi chúng tôi tiến hành tại bệnh viện đa khoa với trung tâm lớn điều trị bệnh lý Gan-Mật-Tụy và ghép gan. Những yếu tố nguy cơ khác như phẫu thuật ổ bụng, thuốc ngừa thai trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như tác giả Matteo Candeloro. Đáng lưu ý là có 6,7% bệnh nhân không ghi nhận yếu tố nguy cơ nào của huyết khối. Theo tác giả Barosi [7], những bệnh nhân HKTMT không rõ yếu tố nguy cơ khởi phát thường mang gen đột biến liên quan đến hội chứng tăng sinh tủy và nên xem xét thực hiện tủy đồ ở những đối tượng này. Tuy nhiên điều này khó áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng. Thực tế, những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ rõ của huyết khối như xơ gan hoặc viêm tụy cấp thường không được tầm soát bệnh lý tăng đông đi kèm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ một nhóm nhỏ những bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm này và không có trường hợp nào được làm tủy đồ. Vì vậy chúng tôi không loại trừ hoàn toàn tình trạng tăng đông tiềm ẩn là đồng yếu tố làm huyết khối dễ xuất hiện hơn trên những bệnh nhân có sẵn yếu tố nguy cơ khác đã rõ trên lâm sàng.

Về đặc điểm cận lâm sàng. Nhìn chung, những bệnh nhân HKTMT có kết quả công thức máu, chức năng thận và đông cầm máu trong

giới hạn bình thường. Riêng men gan và bilirubin tăng do một tỉ lệ lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu có tình trạng xơ gan hoặc ung thư gan. Đặc điểm về cận lâm sàng thay đổi theo nhóm nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây huyết khối. Đối với nhóm bệnh nhân có xơ gan hoặc bệnh lý ác tính, có khuynh hướng thiếu máu, tiểu cầu thấp và chức năng gan xấu trong khi bạch cầu và CRP tăng không quá cao. Trong khi đó, nhóm bệnh nhân không xơ gan, không ung thư thì có bạch cầu và CRP tăng cao hơn phản ánh tình trạng viêm nhiễm trong cơ thể.

Vị trí huyết khối thường gặp nhất là tĩnh mạch cửa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này là 81,8% tương đồng với tác giả Matteo [6] và Kawata [4] cũng như các nghiên cứu trước đó trên thế giới. Y văn ghi nhận hơn một nửa các trường hợp huyết khối tĩnh mạch cửa liên quan đến tình trạng xơ gan, ung thư tạng đặc và tăng sinh tủy [8]. Điều này giải thích cho kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm bệnh nhân xơ gan hoặc ung thư thì tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch cửa lên đến 86,6%. Trong khi đó, ở nhóm bệnh nhân không có xơ gan hoặc ung thư thì thường gặp huyết khối tĩnh mạch lách (41,3% so với 10,2%), tĩnh mạch mạc treo tràng trên (38,7% so với 14,5%), mạc treo tràng dưới (8% so với 2,1%) cũng như tĩnh mạch thận (5,3% so với 1,8%) và tĩnh mạch sinh dục (2,7% so với 1,1%). Một vấn đề đáng lưu ý đó là nhóm bệnh nhân xơ gan hoặc ung thư thường tạo lập huyết khối ở 1 vị trí (74,6%) trong khi đó nhóm còn lại có xu hướng huyết khối nhiều vị trí hơn. Sự khác biệt này có thể liên quan đến tình trạng tăng đông toàn thân hơn là những phản ứng tại chỗ. Tuy nhiên vấn đề này cần được nghiên cứu kĩ hơn và chúng tôi không đủ dữ liệu để kết luận trong phạm vi của khảo sát này.

Về điều trị. Tỉ lệ HKTMT không được điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi là 81,6% và nằm chủ yếu ở nhóm bệnh nhân xơ gan hoặc ung thư (91,2%). Điều này phản ánh một tỉ lệ những bệnh nhân huyết khối không triệu chứng và khó dùng thuốc kháng đông trên những đối tượng này. Tỉ lệ không điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Matteo (42,4%) [6] vì tỉ lệ bệnh nhân xơ gan và ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn. Một trường hợp duy nhất được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết. Tỉ lệ điều trị phẫu thuật là 3,4% đối với những bệnh nhân có hoại tử thiếu máu ruột. Kháng đông vẫn là điều trị nền tảng của huyết khối tĩnh mạch tạng. Điều trị kháng đông cho HKTMT nhằm 3 mục đích: ngừa huyết khối

tiến triển để giảm nguy cơ thiếu máu ruột; tái thông mạch máu giảm nguy cơ tăng áp lực tĩnh mạch cửa và huyết khối tái phát [2] [9]. So với tác giả Kawata và Matteo, tỉ lệ dùng kháng đông trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Tuy nhiên, xu hướng chung là tỉ lệ dùng kháng vitamin K cao hơn so với các loại kháng đông khác. Vấn đề dùng kháng đông ở bệnh nhân HKTMT vẫn còn nhiều khó khăn trong thực hành do cân nhắc về nguy cơ xuất huyết, tuy nhiên những phân tích gộp cho thấy rằng việc dùng kháng đông dài hạn mang lại tỉ lệ tái thông mạch máu cao; giảm được tỉ lệ huyết khối tái phát, xuất huyết chính và tử vong chung cho bệnh nhân [10].

V. KẾT LUẬN

HKTMT thường gặp ở nam giới. Đau bụng là triệu chứng được ghi nhận nhiều nhất ở bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch tạng. 24,9% huyết khối không đi kèm bất kì triệu chứng nào trên lâm sàng. Xơ gan và ung thư là 2 yếu tố nguy cơ thường gặp nhất ở bệnh nhân có HKTMT.

Tĩnh mạch cửa là vị trí huyết khối thường gặp nhất (81,8%), kể đến là tĩnh mạch mạc treo tràng trên (19,6%), hiếm gặp tĩnh mạch thận, sinh dục.

Phần lớn HKTMT không được điều trị (81,6%). Điều trị nội khoa chủ yếu là kháng đông, trong đó kháng vitamin K thường được sử dụng nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mier-Hicks, A., et al., Incidence, Management, and Implications of Visceral Thrombosis in Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. Clin Colorectal Cancer, 2018. 17(2): p. 121-128.
2. Custo, S., et al., Splanchnic Vein Thrombosis: The State-of-the-Art on Anticoagulant Treatment. Hamostaseologie, 2024.
3. Võ Thị Lương Trân, Bùi Hữu Hoàng, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của huyết khối tĩnh mạch tạng ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2021. 25(2): p. 87-93.
4. Kawata, E., et al., Splanchnic vein thrombosis: Clinical manifestations, risk factors, management, and outcomes. Thromb Res, 2021. 202: p. 90-95.
5. Valeriani, E., et al., Splanchnic Vein Thrombosis: Current Perspectives. Vasc Health Risk Manag, 2019. 15: p. 449-461.
6. Candeloro, M., et al., Clinical course and treatment of incidentally detected splanchnic vein thrombosis: an individual patient data meta-analysis. J Thromb Haemost, 2023. 21(6): p. 1592-1600.
7. Barosi, G., Idiopathic splanchnic vein thrombosis: is it really idiopathic? Haematologica, 2023. 108(5): p. 1208-1209.
8. Caiano, L.M., et al., Treatment of portal vein thrombosis: an updated narrative review. Minerva Med, 2021. 112(6): p. 713-725.
9. Elkrief, L., et al., Management of splanchnic vein thrombosis. JHEP Rep, 2023. 5(4): p. 100667.
10. Valeriani, E., et al., Anticoagulant Treatment for Splanchnic Vein Thrombosis in Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Thromb Haemost, 2021. 121(7): p. 867-876.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LÂM SÀNG BỆNH VẢY NẾN THÔNG THƯỜNG THỂ VỪA VÀ NẶNG BẰNG TIA UVB DẢI HẸP

Phạm Thị Minh Phương¹, Nguyễn Văn Thường^{1,2}, Quách Thị Hà Giang¹, Lê Hữu Doanh^{1,2}, Lê Thị Thanh Hằng² và Hoàng Thị Phượng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị lâm sàng bệnh vảy nến thông thường thể vừa và nặng bằng tia cực tím dải hẹp (UVB-311nm), liều chiếu khởi đầu dựa theo type da. **Đối tượng và phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng so sánh trước và sau điều trị, thực hiện trên 60 bệnh nhân vảy nến thông thường thể vừa hoặc thể nặng, từ 16 tuổi trở lên điều trị bằng tia cực tím dải hẹp (UVB-311nm), liều khởi đầu dựa trên type da theo phân loại của Fitzpatrick. Tất cả các bệnh

nhân được chiếu với tần suất 2-3 lần/tuần cho đến khi đạt PASI75 hoặc lần chiếu 36 thì dừng nghiên cứu. Đánh giá dựa theo sự giảm chỉ số PASI trước, trong và sau quá trình điều trị. **Kết quả:** Tới lần chiếu thứ 36, kết quả cho thấy phần trăm giảm PASI ở nhóm nghiên cứu là $64,9 \pm 5,6$. Tỉ lệ đạt PASI giảm 75% trở lên là 70%. Tỉ lệ bệnh nhân đạt PASI75 ở nhóm bệnh nhân nặng (21,43%) và vừa (78,57%). Tác dụng phụ gặp nhiều nhất là tăng sắc tố (95,1%). **Kết luận:** Tia cực tím UVB dải hẹp 311 nm là phương pháp điều trị an toàn, có hiệu quả cải thiện tổn thương trên lâm sàng của bệnh nhân vảy nến thông thường thể vừa và nặng. **Từ khóa:** Vảy nến thông thường, PASI, UVB dải hẹp, type da Fitzpatrick.

Danh mục từ viết tắt: PASI (Psoriasis Area and Severity Index): chỉ số diện tích và mức độ nặng của vảy nến, NB-UVB (Narrowband ultraviolet B): tia cực tím UVB dải hẹp 311 nm, BSA (Body Surface Area): Diện tích bề mặt cơ thể, PUVA (Psoralen Ultraviolet Light A): Psoralen kết hợp tia cực tím UVA

¹Bệnh viện Da liễu Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Phượng

Email: hoangphuong265@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 25.7.2024