

của chúng tôi cho thấy nồng độ C – Peptide lúc đói trung bình của bệnh nhân là $0,84 \pm 0,37$ nmol/l, với nồng độ thấp nhất là $0,22$ nmol/l và cao nhất là $1,78$ nmol/l. Con số này tương đồng với kết quả của M.N..Chowta và cộng sự [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ C – Peptide lúc đói ở nhóm bệnh nhân có MAU và không có MAU lần lượt là: $0,73 \pm 0,31$ nmol/l và $0,89 \pm 0,35$ nmol/l. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đồng thời, chúng tôi cũng nhận thấy có sự tương quan nghịch biến mức độ vừa phải giữa nồng độ C – Peptide lúc đói với nồng độ albumin niệu. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Maimoona Mushtaq Masoom và cộng sự [5] cũng như S. Bo và cộng sự [6] và Trần Mai Nguyễn [8].

Cơ chế về C - Peptide tác động đến chức năng thận vẫn còn chưa được làm rõ. Tuy nhiên có thể C – Peptide có ảnh hưởng đến việc giảm albumin niệu, dựa trên nghiên cứu của Mats Sjoquist và cộng sự thí nghiệm trên chuột [7]. Cũng trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ C – Peptide lúc đói trên nhóm bệnh nhân có BVMĐTĐ và không có BVMĐTĐ lần lượt là: $0,73 \pm 0,36$ nmol/l và $0,90 \pm 0,29$ nmol/l. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương đồng với nhận xét của S. Bo và cộng sự [6].

V. KẾT LUẬN

Nồng độ C – Peptide lúc đói trung bình là $0,84 \pm 0,37$ nmol/l. Nồng độ C – Peptide thấp có liên quan đến sự xuất hiện của Microalbumin niệu và tổn thương võng mạc ở bệnh nhân đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gross JL, de Azevedo MJ, Silveiro SP, Canani LH, Caramori ML, Zelmanovitz T. (2005)** Diabetic nephropathy: diagnosis, prevention, and treatment. *Diabetes Care.* 2005;28(1):164-176. doi:10.2337/diacare.28.1.164
2. **Ahmad T, Ulhaq I, Mawani M, Islam N. (2017)** Microalbuminuria in Type-2 Diabetes Mellitus; the tip of iceberg of diabetic complications. *Pak J Med Sci.* 2017;33(3):519-523. doi:10.12669/pjms.333.12537
3. **Yau JWY, Rogers SL, Kawasaki R, et al. (2012)** Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care.* 2012;35(3):556-564. doi:10.2337/dc11-1909
4. **Chowta MN, Adhikari PM, Chowta NK, Shenoy AK, D'Souza S. (2010)** Serum C peptide level and renal function in diabetes mellitus. *Indian J Nephrol.* 2010;20(1):25-28. doi:10.4103/0971-4065.62093
5. **Masoom MM, Albiladi F. (2017)** C-Peptide as a Marker for Diabetic Nephropathy. *Intern Med Open Access.* 2017; 07(03). doi:10.4172/2165-8048.1000245
6. **Bo S, Cavallo-Perin P, Gentile L, Repetti E, Pagano G. (2000)** Relationship of residual beta-cell function, metabolic control and chronic complications in type 2 diabetes mellitus. *Acta Diabetol.* 2000;37(3):125-129. doi: 10.1007/s005920070014
7. **Sjöquist M, Huang W, Johansson BL. (1998)** Effects of C-peptide on renal function at the early stage of experimental diabetes. *Kidney Int.* 1998; 54(3): 758-764. doi:10.1046/j.1523-1755.1998.00074.x
8. **Trần Mai Nguyễn, Đỗ Trung Quân (2021)** Khảo sát nồng độ C – peptide và mối liên quan với biến chứng vi mạch ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. *Tạp chí Y học Việt Nam.* Tập 509, tháng 9 số 1. tr.85-88.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA HUYẾT KHỐI XOANG TĨNH MẠCH ĐỌC TRÊN

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Phan Hà Quân¹, Nguyễn Hải Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của huyết khối xoang tĩnh mạch đọc trên. **Đối tượng:** Chúng tôi chọn 40 bệnh nhân được chẩn đoán là huyết khối xoang tĩnh mạch đọc trên tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2015 -

11/2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu. **Kết quả:** Các triệu chứng thường gặp bao gồm nhức đầu (95%), liệt chi (32,5%), co giật (20%), rối loạn ý thức (20%), rối loạn ngôn ngữ (17,5%), rối loạn cảm giác (15%), liệt dây thần kinh sọ (15%). Đặc điểm tổn thương nhu mô não trên phim cắt lớp vi tính hay gặp nhất là chảy máu nhu mô não chiếm 37,5%, tiếp đến là nhồi máu não và chảy máu dưới nhện, nhồi máu chảy máu chiếm tỷ lệ thấp. Ngược lại, trên phim chụp cộng hưởng từ, tổn thương hay gặp nhất là nhồi máu chảy máu chiếm 40,6%, tiếp đến là chảy máu nhu mô não và nhồi máu não đơn thuần, chảy máu dưới nhện ít gặp chiếm tỷ lệ 6,3%. Các rối loạn yếu tố đông máu nguyên phát gặp với tỷ lệ: giảm Protein S (10%), giảm ATIII (10%), giảm Protein C (5%). **Kết luận:** Chẩn đoán HKTMN nói chung và huyết khối xoang tĩnh mạch đọc trên nói

¹Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược ĐHYQG HN.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biên khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022

riêng luôn là một thử thách lớn do các triệu chứng và các dấu hiệu rất thay đổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là nhức đầu (95%). Hình ảnh thường gặp nhất trên CLVT sọ não là chảy máu não (37,5%), trên CHT là nhồi máu chảy máu (40,6%).

Từ khóa: Huyết khối tĩnh mạch não (HKTMN), huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND RISK FACTORS OF SUPERIOR SAGITTAL SINUS THROMBOSIS

Objective: To determine the clinical characteristics and risk factors of superior sagittal sinus thrombosis. **Subjects:** We selected 40 patients diagnosed as superior sagittal sinus thrombosis at Bach Mai Hospital from January 2015 to October 2016. **Methods:** cross-sectional descriptive study. **Results:** The common symptoms of superior sagittal sinus thrombosis in this study were headache (95%), paralysis (32,5%), seizure (20%), consciousness disorder (20%), sensory disorder (15%), cranial nerves palsy (15%). The most common finding of brain damage on the imaging of computed tomography was cerebral haemorrhage (37,5%), followed by cerebral infarction and subarachnoid haemorrhage, haemorrhagic transformation of cerebral infarction accounted for lowest percentage. In contrast, on MRI, the most common lesion was haemorrhagic transformation of cerebral infarction (40,6%). The proportion of cases with congenital thrombophilia was Protein S deficiency (10%), ATIII deficiency (10%), Protein C deficiency (5%). **Conclusions:** Cerebral venous thrombosis in general and superior sagittal sinus thrombosis in particular is a challenging condition because of its variability of symptoms and signs. The spectrum of clinical and paraclinical presentations was non-specific and variable.

Key word: Cerebral venous thrombosis, superior sagittal sinus thrombosis, risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch não (HKTMN) thuộc nhóm bệnh lý mạch máu não, là thuật ngữ chung mô tả bệnh lý huyết khối của hệ thống tĩnh mạch não, bao gồm huyết khối xoang màng cứng và huyết khối hệ tĩnh mạch não sâu cũng như tĩnh mạch vùng vỏ não. Trong các thể lâm sàng của huyết khối tĩnh mạch não, ba thể do huyết khối ba xoang màng cứng lớn bao gồm xoang tĩnh mạch hang, xoang tĩnh mạch dọc trên và xoang tĩnh mạch ngang là nổi bật nhất.

Việc chẩn đoán HKTMN thường bị bỏ sót, phát hiện muộn hoặc chẩn đoán sai do triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học của huyết khối tĩnh mạch não rất đa dạng, không điển hình và dễ nhầm với các bệnh lý khác. Vì vậy, để góp phần tìm hiểu về đặc điểm của bệnh huyết khối tĩnh mạch não, đặc biệt là huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên, chúng tôi tiến hành đề tài này

nhằm mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi chọn 40 bệnh nhân được chẩn đoán là huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 11/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung về bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (trung bình ± độ lệch chuẩn)	36,9±12,7
Nam	18 (45%)
Nữ	22 (55%)

Nhận xét: tuổi trung bình của bệnh nhân là 36,9 ± 12,7, tỷ lệ nam/nữ là 1/1,22. Nhóm tuổi 31 – 40 chiếm tỷ lệ cao nhất 40 %.

Bảng 2. Đặc điểm khởi phát bệnh

Khởi phát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cấp (<2 ngày)	2	5,0
Bán cấp (2 ngày – 1 tháng)	37	92,5
Mạn (>1 tháng)	1	2,5
Tổng số	40	100

Nhận xét: khởi phát kiểu bán cấp chiếm ưu thế, lên tới 92,5%. Chỉ có 1 bệnh nhân (2,5%) có khởi phát mạn tính.

Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng khi vào viện của nhóm bệnh nhân

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhức đầu	38	95
Liệt chi	13	32,5
Co giật	8	20
Rối loạn ý thức	8	20
Rối loạn cảm giác	6	15
Rối loạn ngôn ngữ	7	17,5
Hội chứng màng não	3	7,5
Liệt dây thần kinh sọ	6	15

Nhận xét: các triệu chứng thường gặp trong nghiên cứu là nhức đầu 95%, yếu liệt chi 32,5%, co giật 20%, rối loạn ý thức 20%. Các triệu chứng ít phổ biến hơn là: rối loạn cảm giác 15%, rối loạn ngôn ngữ 17,5%, hội chứng màng não 7,5% và liệt dây thần kinh sọ 15%.

Bảng 4. Tổn thương nhu mô não trên hình ảnh chụp CLVT

Loại tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhồi máu kèm chảy máu	2	8,3
Nhồi máu não	7	29,2
Chảy máu não	9	37,5
Chảy máu dưới nhện	3	12,5
Không thấy hình ảnh bất thường	3	12,5
Tổng	24	100

Nhận xét: trên phim CLVT sọ não, tổn thương chảy máu nhu mô não chiếm tỷ lệ cao nhất 37,5%, tiếp đến là tổn thương nhồi máu não đơn thuần, chảy máu dưới nhện, không thấy hình ảnh bất thường, nhồi máu chảy máu chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương nhu mô não trên hình ảnh chụp CHT

Loại tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhồi máu kèm chảy máu	13	40,6
Nhồi máu não	5	15,6
Chảy máu não	12	37,5
Chảy máu dưới nhện	2	6,3
Tổng	32	100

Nhận xét: 32 bệnh nhân có tổn thương nhu mô não trên hình ảnh cộng hưởng từ, trong số đó tổn thương nhồi máu chảy máu chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6%, chảy máu dưới nhện ít gặp nhất chiếm tỷ lệ 6,3%.

Bảng 6. Tỷ lệ các yếu tố rối loạn tăng đông nguyên phát

Các yếu tố tăng đông nguyên phát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giảm Protein S	4/40	10
Giảm protein C	2/40	5
Giảm ATIII	4/40	10
≥ 2 yếu tố tăng đông nguyên phát	3/40	7,5

Nhận xét: giảm protein S và AT III chiếm tỷ lệ cao là 10%. Tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất hai yếu tố rối loạn tăng đông nguyên phát là 7,5%.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 11 năm 2016, chúng tôi thu thập được 40 trường hợp huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên để nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân nữ nhiều hơn nam giới (55% so với 45%), với tỷ lệ nữ/nam là 1,22/1. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Hùng, có 23 bệnh nhân nữ (62%) và 14 bệnh nhân nam (38%) với tỷ lệ nữ/nam là 1/0,61. Tuổi trung bình trong bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 36,9 tuổi, trong đó những bệnh nhân từ 21 tới

50 tuổi chiếm tỷ lệ tới 82,5%, còn những bệnh nhân lớn hơn 50 tuổi chiếm tỷ lệ 12,5%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình từ lúc khởi phát triệu chứng đầu tiên tới lúc nhập viện là 7,95 ngày, sớm nhất là ngày thứ nhất và muộn nhất là sau 35 ngày. Nhóm bệnh nhân khởi phát bán cấp chiếm tỉ lệ cao nhất với 92,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Paciaroni, khởi phát của bệnh HKTMN thường bán cấp (2 ngày tới 1 tháng) chiếm 50-80%, nhưng cũng có khi diễn ra đột ngột cấp tính (< 2 ngày) giống như đột quỵ não (20-30%).

Trong các triệu chứng thường gặp khi nhập viện, nhức đầu gặp nhiều nhất với tỷ lệ 95%, tương đương với quan sát của Lê Văn Thịnh và Trịnh Tiến Lực (88%), Fink và cs (96%), Bruijn và cs (95%) và Stolz và cs (73%). Nhức đầu thường không điển hình, có thể biểu hiện giống như đau đầu migraine hoặc căng cơ, nhưng phổ biến nhất là tiến triển tăng dần và không đáp ứng với điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng liệt chi thường gặp thứ hai với 32,5%, chủ yếu là liệt không hoàn toàn (25%). Theo nghiên cứu của Tanislav và cs, triệu chứng liệt chi cũng đứng hàng thứ hai sau nhức đầu với tỷ lệ 44%. Co giật và rối loạn ý thức cũng là các triệu chứng hay gặp chiếm trên 20% bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Lê Văn Thịnh và Trịnh Tiến Lực, triệu chứng co giật có tỷ lệ 32%, đứng thứ ba sau triệu chứng nhức đầu và liệt dây thần kinh sọ. Quan sát này cũng được ghi nhận trên nghiên cứu của Khealani và cs (39%). Trong các bệnh nhân rối loạn ý thức, mức độ rối loạn ý thức nhẹ là chủ yếu (15%), nặng (5%). Kết quả nghiên cứu của Lê Văn Minh và Phan Việt Nga, rối loạn ý thức đứng thứ tư, với tỷ lệ 37,29%, trong đó mức độ rối loạn ý thức nhẹ là chủ yếu (30,5%), nặng (6,8%). Theo nghiên cứu của Bruijn 39% trường hợp có biểu hiện rối loạn ý thức. Trong đó, rối loạn ý thức nhẹ 23,7%, nặng 15,3%. Theo nghiên cứu của Stolz, trong 79 bệnh HKTMN, biểu hiện rối loạn ý thức có tỷ lệ 37%. Nhìn chung, tỷ lệ bệnh nhân HKTMN của các tác giả trong và ngoài nước có biểu hiện rối loạn ý thức không phổ biến bằng những triệu chứng khác, dao động từ 20% tới 39%, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng nằm trong khoảng này và khá tương đồng với các tác giả khác.

Ngoài ra, các triệu chứng khác bao gồm: liệt dây thần kinh sọ (15%), rối loạn cảm giác (15%), rối loạn ngôn ngữ (17,5%), đau màng não (7,5%). Nhìn chung, giống như nghiên cứu của chúng

tôi, các triệu chứng rối loạn cảm giác, dấu hiệu màng não ít gặp trong các nghiên cứu của các tác giả khác.

Thông thường những bệnh nhân vào viện điều trị đều được chụp CLVT, sau đó nếu có nghi ngờ huyết khối tĩnh mạch não sẽ được chụp CHT. Trong 40 bệnh nhân huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên của chúng tôi, có 40% số trường hợp bệnh nhân được chụp CHT đơn thuần, 60% số trường hợp chụp CLVT trước sau đó chụp CHT. Theo Lê Văn Minh, trong 59 bệnh nhân nghiên cứu có 96,61% trường hợp bệnh nhân được chụp CHT, 6,78% trường hợp chụp mạch não số hóa xóa nền, 84,75% trường hợp chụp CLVT [4]. Do chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch não bằng kỹ thuật chụp CLVT có những hạn chế nhất định như: phải dùng chất cản quang, khó phát hiện huyết khối tĩnh mạch vùng vỏ não cũng như tĩnh mạch não sâu, không khảo sát được dòng chảy, đánh giá tổn thương mô não không nhạy bằng chụp CHT, nên phần lớn các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới cũng chỉ dựa vào hình ảnh CHT thường quy kết hợp với chụp CHT tĩnh mạch để chẩn đoán xác định huyết khối tĩnh mạch não. Theo khuyến cáo của Hội đột quỵ não Mỹ trong năm 2011 về chẩn đoán và điều trị huyết khối tĩnh mạch não, những bệnh nhân có những triệu chứng lâm sàng nghi ngờ huyết khối tĩnh mạch não thì nên cho chụp CHT thường quy với chụp CHT tĩnh mạch.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên hình ảnh chụp CHT, bệnh nhân huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên có tổn thương nhu mô não kèm theo là 80%, tổn thương nhồi máu kèm chảy máu có tỷ lệ cao nhất 40,6%, tiếp theo là dạng tổn thương chảy máu nhu mô não có tỷ lệ 21,05%; nhồi máu não đơn thuần có tỷ lệ 15,6%, chảy máu khoang dưới nhện có tỷ lệ 6,3%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng và cs [1], trong 37 bệnh nhân đã được chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch não thì hình ảnh nhồi máu não chiếm 70%, chảy máu nhu mô não 57%, chảy máu khoang dưới nhện 8% và tụ máu dưới màng cứng 22%. Theo nghiên cứu của Lê Văn Minh, bệnh nhân có tổn thương nhu mô não kèm theo là 84,21%, tổn thương nhồi máu kèm chảy máu có tỷ lệ cao nhất 36,84%, tiếp theo là tổn thương nhồi máu đơn thuần 22,81%, tổn thương chảy máu nhu mô não chiếm 21,05%, chảy máu dưới nhện chiếm 10,53%. Nhìn chung, kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Terazzi và cs (29% có biểu hiện huyết khối tĩnh mạch não đơn thuần, có 15 trường hợp (36%) liên quan tới

tổn thương chảy máu nhu mô não và nhồi máu não kèm theo. 12 trường hợp (29%) có chảy máu nhu mô não hoặc nhồi máu não đơn thuần), Cantu và cs (trong nhóm 1, hình ảnh nhồi máu 27,1%, nhồi máu kèm chảy máu 35,5%, chảy máu đơn thuần 10,1%; trong nhóm 2, hình ảnh nhồi máu 19,4%, nhồi máu kèm chảy máu 33,3%, chảy máu đơn thuần 13,8%) và Sebire và cs (nhồi máu chảy máu 9,5%, nhồi máu não đơn thuần 47,6%, chảy máu não đơn thuần 19%). Trong đó, tổn thương dạng nhồi máu tỷ lệ dao động từ 19,4% tới 70%; tổn thương chảy máu nhu mô não có tỷ lệ dao động từ 10,2% tới 57%; chảy máu dưới nhện có tỷ lệ dao động từ 8% tới 10,53%. Tuy nhiên, chảy máu dưới nhện trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác đây có lẽ do tính đa dạng của tổn thương trong huyết khối tĩnh mạch não

Ở nhóm bệnh nhân có rối loạn tăng đông nguyên phát, trong nghiên cứu của chúng tôi, giảm protein S và giảm ATIII chiếm tỷ lệ cao nhất (10%), kể đến là giảm protein C (5%).

Bảng 7. Các yếu tố tăng đông nguyên phát trong một số nghiên cứu

Tác giả	Trần Thanh Tùng và cs (2008)	Martinelli và cs (2013)	Terazzi và cs (2005)	Sebire và cs (2010)
Yếu tố				
Giảm protein S	22,7%	12,5%	7,7%	18%
Giảm protein C	38,3%	11,1%	7,7%	0%
ATIII	53,2%	2,7%	3,8%	25%

Nhìn chung, tỷ lệ các rối loạn tăng đông nguyên phát trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu trong nước của Trần Thanh Tùng và thấp hơn các tác giả ngoài nước, điều này có thể do liên quan tới đặc điểm chủng tộc người Châu Á. Nếu so sánh từng yếu tố tăng đông nguyên phát thì sự rối loạn này rất đa dạng trong các nghiên cứu khác nhau và không theo một qui luật chung nào.

Đối với nhóm 22 bệnh nhân nữ HKTMN trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ có uống thuốc tránh thai là 13,6%, đang mang thai 18,2% và sau sinh 22,7%. Theo nghiên cứu của Trần Thanh Tùng và cs trong 21 bệnh nhân nữ có huyết khối tĩnh mạch sâu, tỷ lệ bệnh nhân có liên quan tới uống thuốc tránh thai là 13,8%, bệnh nhân hư thai là 10,3%, không có trường hợp nào được ghi nhận liên quan tới đang mang thai và dùng hormon thay thế. Tỷ lệ bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với quan sát của Gadelha và cs (84%) và Bruijn và cs (85%).

Với các yếu tố nguy cơ khác, đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất với 5%, kế đến là ung thư và sau phẫu thuật sọ não. Không có trường hợp huyết khối tĩnh mạch não sau viêm màng não được ghi nhận. Theo nghiên cứu của Lê Việt Minh và cs, những bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não sâu có kèm theo bệnh đái tháo đường là 3,38%. Không thấy ghi nhận trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu nào có liên quan tới sau phẫu thuật sọ não, chấn thương đầu, sau chọc dò tủy sống, viêm màng não. Các khác biệt này có thể giải thích do cỡ mẫu của các nghiên cứu còn nhỏ, đồng thời bộ xét nghiệm sàng lọc ung thư và phân tích dịch não-tủy không được làm thường quy trên toàn bộ các bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 36,9 ± 12,7, tỷ lệ nam/nữ là 1/1,22. Nhóm tuổi 31 – 40 chiếm tỷ lệ cao nhất 40%. Khởi phát HKTMN rất đa dạng, trong đó khởi phát kiểu bán cấp chiếm ưu thế tới 92,5%, cấp tính 5%. Các triệu chứng thường gặp trong nghiên cứu là; nhức đầu 95%, yếu liệt chi 32,5%, co giật 20%, rối loạn ý thức 20%. Đặc điểm tổn thương nhu mô não trên phim CLVT: tổn thương hay gặp nhất là chảy máu nhu mô não chiếm 37,5%. Ngược lại, trên phim chụp CHT, hay gặp nhất là nhồi máu chảy

máu chiếm 40,6%. Trong số bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tiền phát, giảm protein S và giảm ATIII hay gặp chiếm 10%, giảm protein C chiếm 5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Hùng (2010). "Đặc điểm hình ảnh huyết khối xoang tĩnh mạch màng cứng trên cộng hưởng từ". Luận văn Thạc sĩ Y học, ĐHYD TP Hồ Chí Minh, Tr.94.
2. Lê Văn Thịnh; Trịnh Tiến Lực (2010), "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị huyết khối tĩnh mạch não". Tạp san Hội Thần kinh học Việt Nam. 2, Tr.10.
3. Hoàng Khánh (2008), "Huyết khối tĩnh mạch não", Giáo trình sau đại học thần kinh học, Nhà xuất bản Đại học Huế, Tr. 275-282.
4. Lê Văn Minh; Phan Việt Nga (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch não". Tạp chí Y học học Việt Nam tháng 7. 1, Tr.37.
5. Khealani B.A., Wasay M., Saadah M., Sultana E., Mustafa S., Khan F.S., et al.(2008), "Cerebral Thrombosis A Descriptive Multicenter Study of Patients in Pakistan and Middle East " Stroke ,39(10),pp.2707-2711
6. Martinelli I., Battaglioli T., Pedotti T., Cattaneo M. and Mannucci P.M.(2003), "Hyperhomocysteinemia in cerebral vein thrombosis", Blood,102(4),pp.1363-6
7. Paciaroni M., Palmerini F. and Bogouslavsky J.(2008), " Clinical presentations of cerebral vein and sinus thrombosis", Front Neurol Neurosci, 23,pp.77-88

GIAI ĐOẠN CỰC KHOÁI CỦA CHU TRÌNH ĐÁP ỨNG TÌNH DỤC Ở NGƯỜI BỆNH HƯNG CẢM

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu khảo sát giai đoạn cực khoái của chu trình đáp ứng tình dục ở người bệnh hưng cảm đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần – bệnh viện Bạch Mai. Đây là một nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thực hiện trên 60 người bệnh được chẩn đoán chẩn đoán hưng cảm theo ICD – 10 (F30, F31.0, F31.1, F31.2). Kết quả cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 33,3 ± 11,2 tuổi, nữ giới có tỷ lệ cao hơn nam giới và tỉ lệ nữ/nam ≈ 1,3 /1. Đa số người bệnh hưng cảm đạt được cực khoái khi quan hệ tình

Dương Minh Tâm^{1,2}, Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}

dục (75,0%). Ở nam giới tỷ không đạt cực khoái thấp (7,7%) thấp hơn nữ giới (38,2%), p = 0,011. Phần lớn người bệnh hài lòng về sự cực khoái (75,5%) và không cảm thấy khó chịu hoặc đau đớn khi quan hệ tình dục (78,3%).

Từ khóa: hưng cảm, giai đoạn cực khoái, chu trình đáp ứng tình dục.

SUMMARY

THE ORGASM PHASE OF SEXUAL RESPONSE CYCLE IN PATIENTS WITH MANIA

Our study aimed to invest the orgasmic phase of sexual response cycle in patients with manic who treated in Institute of Mental Health - Bach Mai hospital. This is a cross-sectional descriptive study, included 60 patients diagnosed with mania episode according to ICD-10 (F30, F31.0, F31.1, F31.2). Results: the mean age of participants was 33.3 ± 11.2 years old. There were more women than men, and the female/male ratio was about 1.3/1. Majority of manic patients achieved orgasm during sex (75.0%). The

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ngọc

Email: trannguyennngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022