

Huyết khối tĩnh mạch não: điều trị và dự hậu

(Cerebral venous thrombosis: Treatment and prognosis)

Tài liệu lược dịch từ UpToDate 2018

Tác giả: José M Ferro, MD, PhD và Patrícia Canhão, MD, PhD

BS Vũ Thị Hương Giang, PGS.TS Cao Phi Phong

Giới thiệu

- Huyết khối tĩnh mạch nội sọ (CVT) là bệnh không phổ biến nhưng nguy hiểm. Dấu hiệu lâm sàng có thể gồm đau đầu, phù gai thị, giảm thị lực, cơn động kinh cục bộ hay toàn thể, dấu thần kinh khu trú, lơ mơ và hôn mê.
- Nguyên nhân có thể do tăng đông di truyền hay mắc phải, mang thai và hậu sản, nhiễm trùng, ung thư. Nhồi máu não do CVT thường có xuất huyết và kết hợp với phù mạch máu.
- Điều trị được bắt đầu ngay sau khi được chẩn đoán, bao gồm ngăn chặn nguyên nhân có thể được, kiểm soát cơn động kinh, tăng áp lực nội sọ và điều trị kháng đông. Kháng đông là liệu pháp chính của điều trị cấp tính và bán cấp cho CVT.

Điều trị kháng huyết khối giai đoạn cấp

Mục tiêu chung của điều trị CVT là cải thiện dự hậu, thực hiện ngay lập tức cho CVT là:

- Tái thông xoang / tĩnh mạch
- Ngăn huyết khối lan rộng cụ thể đến tĩnh mạch bắt đầu ở não
- Điều trị căn nguyên dẫn đến huyết khối để phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch ở nơi khác của cơ thể, đặc biệt là thuyên tắc phổi, và để ngăn chặn sự tái phát của CVT

Lựa chọn điều trị chính để đạt được các mục tiêu này là kháng đông, sử dụng heparin không phân đoạn(UFH) hoặc heparin trọng lượng phân tử thấp(LMWH)

Kháng đông sớm

Dựa trên các dữ liệu và guidelines, sử dụng kháng đông với LMWH dưới da hoặc heparin tĩnh mạch cho người lớn có CVT triệu chứng không chống chỉ

định. Nhồi máu tĩnh mạch có xuất huyết không phải là chống chỉ định điều trị kháng đông trong CVT.

Điều trị cho trẻ em trong giai đoạn cấp tính của CVT tương tự như đối với người lớn, nhưng bằng chứng yếu hơn vì không có thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng.

- *Hiệu quả*

Mặc dù thiếu bằng chứng mạnh nhưng có sự đồng thuận rằng chống đông với UFH hoặc LMWH là điều trị thích hợp cho CVT cấp tính. Ví dụ, hơn 80% bệnh nhân trong nghiên cứu quốc tế về huyết khối tĩnh mạch nội sọ và huyết khối xoang màng cứng (ISCVT) đã được điều trị bằng thuốc kháng đông.

- *Nguy cơ xuất huyết nội sọ mới*

Thuốc kháng đông an toàn khi sử dụng ở bệnh nhân người lớn CVT có kết hợp xuất huyết nội sọ, cả trong nhu mô (như nhồi máu tĩnh mạch xuất huyết) hoặc dưới nhện.

Điều trị nội mạch

Đối với người lớn và trẻ em bị CVT tiến triển xấu đi mặc dù kháng đông đầy đủ với LMWH dưới da hoặc heparin tĩnh mạch, tiêu huyết khối nội mạch hoặc lấy bỏ huyết khối bằng dụng cụ ở các trung tâm có kinh nghiệm có thể là lựa chọn điều trị. Tuy nhiên, các bằng chứng hiện tại hạn chế cho thấy không có lợi ích.

Một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (TO-ACT), so sánh thuốc kháng đông với điều trị nội mạch (lấy huyết khối bằng dụng cụ có hoặc không có tiêu sợi huyết) ở bệnh nhân CVT cấp và có ít nhất một yếu tố nguy cơ làm lâm sàng nặng hơn (hôn mê, rối loạn tình trạng tâm thần, CVT liên quan đến hệ thống tĩnh mạch sâu, xuất huyết nội sọ) đã sớm ngừng lại vào năm 2017.

Guideline khuyến cáo

Guideline đồng thuận cung cấp việc sử dụng thuốc kháng đông để điều trị CVT cấp tính ở người lớn và trẻ em.

Guidelines của Tổ chức đột quy châu Âu năm 2017 về chẩn đoán và điều trị huyết khối tĩnh mạch não, được Viện hàn lâm thần kinh châu Âu xác nhận, khuyến cáo sử dụng heparin ở liều điều trị để điều trị bệnh nhân người lớn có CVT cấp tính, bao gồm cả xuất huyết nội sọ. Guidelines đề nghị sử dụng LMWH thay vì UFH.

Bn CVT cấp có CVT risk score <3 hay không theo sau: hôn mê, rối loạn tình trạng tâm thần(mental status), huyết khối của hệ tĩnh mạch sâu, xuất huyết nội sọ có nguy cơ kết cục xấu rất thấp. Vì vậy không khôn ngoan đưa vào điều trị xâm lấn và tiềm năng nguy hại như thrombolysis. Không thể cung cấp khuyến cáo thrombolysis cho CVT, đề nghị không dùng thrombolysis cho bn CVT cấp trước điều trị có nguy cơ kết cục xấu thấp.

2014 Hiệp hội Tim mạch / Đột Quy Hoa Kỳ (AHA / ASA), guidelines phòng ngừa tình trạng đột quy kháng đông là hợp lý cho bệnh nhân có CVT cấp tính, ngay cả ở những bệnh nhân xuất huyết nội sọ. Guidelines chẩn đoán và điều trị CVT năm 2011 kết luận rằng thuốc kháng đông ban đầu với UFH liều điều chỉnh hoặc LMWH dựa trên cân nặng với liều kháng đông đầy đủ là hợp lý, sau đó là kháng vitamin K, mặc dù có xuất huyết nội sọ

Guidelines của hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (ACCP) được ban hành năm 2012 đề xuất kháng đông trên không kháng đông trong giai đoạn cấp tính và mãn tính của CVT. Hoặc UFH điều chỉnh liều hoặc LMWH có thể được sử dụng như điều trị ban đầu, ngay cả có xuất huyết trong nhồi máu tĩnh mạch. Bệnh nhân đã ổn định có thể được chuyển sang thuốc kháng đông uống, thường được tiếp tục trong khoảng thời gian từ 3 đến 6 tháng.

Guideline điều trị CVT cấp tính ở trẻ em đưa ra các khuyến cáo tương tự dựa trên bằng chứng yếu hơn:

Đối với trẻ em bị CVT nhưng không có xuất huyết nội sọ đáng kể, ACCP khuyến cáo dùng thuốc kháng đông ban đầu với UFH hoặc LMWH, sau đó là LMWH hoặc kháng vitamin K (ví dụ, warfarin) trong ít nhất 3 tháng. Kháng đông thêm 3 tháng nếu vẫn còn tắc nghẽn xoang tĩnh mạch não hoặc các triệu chứng phát triển liên tục sau 3 tháng điều trị.

Đối với trẻ bị CVT có xuất huyết nội sọ đáng kể, ACCP đề nghị hoặc dùng thuốc kháng đông ban đầu như trẻ không xuất huyết, hoặc theo dõi hình ảnh huyết khối sau 5 đến 7 ngày và kháng đông nếu huyết khối lan rộng được ghi nhận tại thời điểm đó. ACCP đề nghị tiêu sợi huyết, lấy huyết khối bằng dụng cụ, hoặc phẫu thuật giải áp chỉ ở trẻ em có CVT nặng mà không có cải thiện với liệu pháp kháng đông ban đầu.

Guidelines của AHA là hoặc UFH hoặc LMWH ở trẻ em bị CVT, có hay không có xuất huyết thứ phát. Tiếp theo là warfarin trong 3 đến 6 tháng

Guidelines chẩn đoán và điều trị CVT 2011 của AHA/ASA kết luận rằng, đối với trẻ trên 28 ngày tuổi được chẩn đoán CVT cấp tính, điều trị với LMWH liều điều trị ngay cả khi có xuất huyết nội sọ, và thích hợp để tiếp tục LMWH hoặc thuốc kháng vitamin K uống trong 3 đến 6 tháng. Đối với trẻ sơ sinh(neonates) có CVT cấp tính, điều trị bằng LMWH hoặc UFH có thể được xem xét, và tiếp tục LMWH trong 6 tuần đến 3 tháng.

Các điều trị cấp tính khác

Các vấn đề lớn có thể can thiệp trong giai đoạn cấp tính của CVT bao gồm: tăng áp lực nội sọ, phù não và cơn động kinh.

Tăng áp lực nội sọ và thoát vị

Khuyến cáo chung để kiểm soát tăng ICP(intracranial pressure) cấp cần được theo dõi, bao gồm đầu cao, nằm ICU với thuốc an thần, mannitol, thở tăng thông khí với mục tiêu PaCO₂ từ 30 đến 35 mmHg và theo dõi ICP

Ở những bệnh nhân sắp bị thoát vị do tổn thương một bên bán cầu, mở sọ giải áp (hemicraniectomy) có thể cứu sống bn.

Không có bằng chứng tốt của việc dẫn lưu não thất (ventricular shunting) điều trị não úng thủy (hydrocephalus) cấp tính hoặc thoát vị não sắp xảy ra trong giai đoạn cấp tính của CVT

Ở những bệnh nhân có tăng ICP liên tục, điều trị tốt tăng áp lực nội sọ có thể ngăn ngừa giảm thị lực và giải quyết đau đầu

Acetazolamide (500 mgx2/ngày) hoặc furosemide (bệnh nhân không dung nạp acetazolamide) là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân tăng ICP, nhưng hiệu quả chưa được chứng minh. Chọc dò thất lưng lặp lại, dẫn lưu thất lưng

phúc mạc (lumboperitoneal), hoặc mở cửa sổ của tấm thần kinh thị giác (fenestration of the optic nerve sheath) là lựa chọn điều trị nếu vẫn đau đầu nghiêm trọng, hoặc nếu thị lực giảm, nhưng hiệu quả cũng chưa được chứng minh.

Mặc dù glucocorticoid, đặc biệt là dexamethasone tĩnh mạch, được sử dụng ở nhiều trung tâm, nhưng không được khuyến cáo điều trị CVT khi không có rối loạn viêm nhiễm như bệnh Bechet hoặc lupus ban đỏ hệ thống. Không có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên nào được thực hiện để đánh giá hiệu quả của chúng đối với CVT, nhưng có bằng chứng cho thấy chúng không có hiệu quả. Kết luận này được cung cấp bởi một nghiên cứu phân tích dữ liệu từ nhóm ISCVT quan sát của 642 bệnh nhân với CVT (bao gồm 150 bệnh nhân được điều trị bằng glucocorticoid), kết quả không chứng minh được lợi ích của glucocorticoid, ngay cả đối với bệnh nhân tổn thương nhu mô.

Cơ động kinh

Đối với những bệnh nhân bị CVT có cả cơ động kinh và tổn thương khu trú trên lều (như phù nề hoặc nhồi máu não trên CT hoặc MRI não) khuyến cáo phòng ngừa cơ động kinh bằng thuốc chống động kinh.

Ở những bệnh nhân bị CVT, cơ động kinh tái phát có nhiều khả năng phát triển ở những người có cơ động kinh và ở những người bị tổn thương trên lều (phù khu trú, hoặc thiếu máu cục bộ hoặc xuất huyết) khi chụp hình não. Nguy cơ phát triển cơ động kinh sau khi chẩn đoán CVT là rất thấp ở những bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ này.

Trẻ nhỏ hơn với CVT có thể có tần suất cơ động kinh cao hơn trẻ lớn hơn hoặc người lớn. Các guidelines đồng thuận cho biết rằng điện não đồ liên tục có thể được xem xét cho trẻ bị CVT bị mất ý thức hoặc thở máy

Dự phòng không được yêu cầu rõ ràng cho một cơ động kinh có triệu chứng sớm với CVT khi không có thương tổn trên lều, vì thường không có cơ động kinh tái phát. Hơn nữa, dự phòng cơ động kinh không được khuyến cáo cho những bệnh nhân có tổn thương não khu trú mà không cơ động kinh

Khi dự phòng thuốc chống động kinh(AED), valproate hoặc levetiracetam thích hợp hơn phenytoin vì chúng có ít tương tác dược lý hơn với thuốc kháng đông kháng vitamin K (ví dụ, warfarin).

Điều trị sau giai đoạn cấp

Sau giai đoạn bán cấp của CVT quan tâm đến thời gian sử dụng kháng đông và dùng thuốc chống đông kinh, các biến chứng lâu dài bao gồm đau đầu, mất thị lực, suy giảm nhận thức và rối loạn tâm thần.

Kháng đông lâu dài

Mục đích tiếp tục kháng đông sau giai đoạn cấp tính là ngăn ngừa tái phát CVT, ảnh hưởng đến 2 đến 7% bệnh nhân, và để ngăn chặn huyết khối tĩnh mạch ngoài não, xảy ra trong 5% bệnh nhân có CVT, chủ yếu từ huyết khối tĩnh mạch sâu của tay chân hoặc xương chậu, và / hoặc thuyên tắc phổi

Lựa chọn thuốc kháng đông - Đối với hầu hết người lớn bị CVT, kháng đông với warfarin trong thời gian tối thiểu là 3 tháng sau giai đoạn cấp tính, với mục tiêu tỷ lệ chuẩn hóa INR (2,5) chuẩn quốc tế (khoảng chấp nhận là 2 đến 3)

Một số chuyên gia sử dụng thuốc kháng đông đường uống trực tiếp (không phải lệ thuộc vitamin K) (thí dụ, thuốc ức chế thrombin trực tiếp và yếu tố Xa) thay vì warfarin. Tuy nhiên, các tác giả này lưu ý rằng chỉ một số ít bệnh nhân CVT đã được điều trị bằng thuốc kháng đông đường uống trực tiếp và không có kết luận nào về tính an toàn và hiệu quả của họ để ngăn ngừa CVT tái phát cho đến khi kết thúc thử nghiệm. Theo guidelines của Châu Âu, họ không khuyến cáo sử dụng thuốc chống đông đường uống trực tiếp để dự phòng huyết khối tĩnh mạch tái phát sau CVT

Đối với bệnh nhân có bệnh ác tính cần kháng đông lâu dài và không có suy thận nặng (độ thanh thải creatinin <30 mL / phút), heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH) thường được ưu tiên hơn là thuốc kháng vitamin K hoặc thuốc kháng đông đường uống trực tiếp, nhưng thuốc kháng đông đường uống được ưu tiên hơn là không điều trị.

Bệnh nhân suy thận nặng không nên sử dụng thuốc kháng đông đường uống trực tiếp; Các thuốc kháng vitamin K (ví dụ, warfarin) được ưu tiên cho liệu pháp uống.

Đối với hầu hết bệnh nhân yêu cầu kháng đông trong thời kỳ mang thai (ngoại trừ bệnh nhân có van tim cơ học), heparin an toàn hơn các thuốc chống đông khác. Warfarin và thuốc kháng đông đường uống trực tiếp nên tránh

Thời gian kháng đông

Sau giai đoạn cấp tính của CVT, kháng đông tiếp tối thiểu là 3 tháng. Tuy nhiên, không có bằng chứng dứt khoát về thời gian tối đa của kháng đông đặc biệt để giảm nguy cơ CVT tái phát. Một cách tiếp cận hợp lý là phân tầng thời gian điều trị kháng đông theo nguy cơ “prothrombotic” như sau:

- Đối với bệnh nhân có CVT có yếu tố nguy cơ tạm thời, việc kháng đông được tiếp tục trong 3 đến 6 tháng.
- Đối với bệnh nhân có CVT vô căn, thuốc kháng đông tiếp tục trong 6 đến 12 tháng.

Đối với bệnh nhân có CVT tái phát, huyết khối tĩnh mạch sau CVT, hoặc CVT đầu tiên với chứng tăng đông nặng (như đột biến prothrombin G20210A đồng hợp tử, đột biến yếu tố V Leiden đồng hợp tử, thiếu protein C, protein S, hoặc antithrombin, khiếm khuyết tăng đông kết hợp (combined thrombophilia defects) hoặc hội chứng antiphospholipid), dùng suốt đời

Aspirin

Một số chuyên gia sử dụng aspirin cho những bệnh nhân đã hoàn thành một đợt kháng đông hoặc cho bệnh nhân không thể dung nạp hoặc giảm uống thuốc kháng đông, dựa trên bằng chứng cho thấy aspirin có hiệu quả đối với những bệnh nhân đã sử dụng kháng đông đủ sau huyết khối tĩnh mạch vô căn đầu tiên (first unprovoked episode of venous thromboembolism).

Tuy nhiên, việc sử dụng aspirin hoặc các thuốc kháng tiểu cầu khác sau khi CVT chưa được đánh giá trong các thử nghiệm có đối chứng hoặc nghiên cứu quan sát, và các guidelines hiện tại không khuyến cáo sử dụng aspirin trong trường hợp này

Phòng ngừa cơn động kinh

Thời gian tối ưu của điều trị chống động kinh sau CVT là không rõ.

Tuy nhiên, nguy cơ động kinh sau khi CVT dao động từ 5 đến 11% bệnh nhân, và nguy cơ cao hơn ở những người bị cơn động kinh trong giai đoạn cấp tính hoặc với tổn thương xuất huyết nhu mô.

Đối với bệnh nhân bị CVT và tổn thương nhu mô não có một hoặc nhiều cơn động kinh, thuốc chống động kinh nên được tiếp tục cho đến khi không cơn động kinh trong một khoảng thời gian xác định (ví dụ, một năm).

Đau đầu

Đau đầu nặng cần được nghỉ ngơi tại giường hoặc nhập viện 14% bệnh nhân bị CVT.

MRI não lặp lại (MRV) là cần thiết để loại trừ trường hợp CVT tái phát. MRV có thể mô tả hẹp của một xoang bị tắc trước đó.

Có thể cần phải chọc dò cột sống để loại trừ tăng áp lực nội sọ mãn tính (ICP) nếu đau đầu vẫn còn và MRI não và chụp MRV là bình thường.

Trong những trường hợp như vậy, các lựa chọn để điều trị tăng ICP bao gồm acetazolamide, topiramate, chọc dò thất lưng lặp lại, dẫn lưu thất lưng phúc mạc (a lumbar-peritoneal shunt), hoặc stent xoang bị hẹp

Giảm thị lực

Giảm thị lực nghiêm trọng do CVT hiếm gặp. Tuy nhiên, điều trị tốt tăng áp lực nội sọ và theo dõi nếu thị lực giảm và không giải thích được bằng tổn thương mắt. Mở cửa sổ thần kinh thị giác (Fenestration of the optic nerve sheath) cũng được sử dụng để giảm áp lực và ngăn ngừa teo thần kinh thị giác.

Do khả năng mất thị lực do tăng áp lực nội sọ nghiêm trọng hoặc kéo dài, nên đánh giá thị trường và thị lực cho trẻ em bị CVT trong khi theo dõi, đặc biệt là trong năm đầu tiên. làm tương tự cho người lớn với giảm thị lực, đau đầu mãn tính, hoặc phù gai

Biến chứng nhận thức và tâm thần

Mặc dù phục hồi tốt ở hầu hết bệnh nhân với CVT, khoảng một nửa số người sống sót cảm thấy trầm cảm hoặc lo lắng, và giảm nhận thức hoặc ngôn ngữ nhẹ cản trở họ tiếp tục công việc trước đây.

Bệnh nhân nên được tư vấn về nguy cơ tái phát của CVT rất thấp và được khuyến khích trở lại những nghề nghiệp và sở thích trước đó. Trong một số trường hợp, có thể cần thiết dùng thuốc chống trầm cảm.

Mang thai lần tiếp theo

Điều trị hợp lý với LMWH trong thời kỳ mang thai và sau sinh cho phụ nữ có tiền sử CVT để giảm nguy cơ CVT tái phát và các biến cố huyết khối tĩnh mạch khác.

Tại Hoa Kỳ, một số bác sĩ điều trị bằng UFH(unfractionated heparin) hoặc LMWH trong 3 tháng cuối của thai kỳ và / hoặc đến 8 tuần sau khi sinh.

Mang thai và hậu sản được biết là yếu tố nguy cơ cho CVT. Nguy cơ tuyệt đối(absolute risk) của các biến chứng trong thai kỳ tiếp theo ở những phụ nữ có tiền sử CVT thấp, mặc dù nguy cơ tương đối(relative risks) của CVT tái phát và huyết khối tĩnh mạch ngoài sọ khá cao so với dân số nói chung.

Vì vậy, dựa trên các bằng chứng có sẵn, tiền sử CVT, bao gồm CVT thai kỳ hoặc hậu sản, không phải là chống chỉ định cho thai kỳ trong tương lai.

Phụ nữ nên được khuyên không nên mang thai khi đang dùng warfarin vì tác dụng gây quái thai và tăng nguy cơ chảy máu thai nhi

Thuốc tránh thai đường uống

Bởi vì nó là một yếu tố nguy cơ cho CVT, những phụ nữ có CVT trước nên được thông báo về những rủi ro của việc ngừa thai nội tiết tố estrogen-progestin kết hợp và khuyên không nên sử dụng.

Tiên lượng

Huyết khối tĩnh mạch nội sọ (CVT) có thể dẫn đến tử vong hoặc khuyết tật vĩnh viễn, nhưng thường có tiên lượng tốt.

Tình trạng xấu sớm và tử vong

Khoảng 5% bệnh nhân chết trong giai đoạn cấp tính của bệnh. Hầu hết các trường hợp tử vong sớm là hậu quả của CVT. Một nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân bị CVT giảm từ những năm 1960; phát hiện sớm bệnh với những tiến bộ trong việc hồi sức cùng với việc chăm sóc tốt giảm tỉ lệ tử vong.

Trong nghiên cứu quốc tế về huyết khối xoang tĩnh mạch não (International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis: ISCVT) đánh giá 624 bệnh nhân (tuổi > 15 tuổi) với CVT, 27 bệnh nhân (4,3%) đã tử vong trong thời gian nằm viện trong giai đoạn cấp tính, trong đó có 21 bệnh nhân (3,4%) trong vòng 30 ngày kể từ khi bắt đầu triệu chứng.

Dự đoán về tử vong ở 30 ngày trong ISCVT như sau:

- Giảm ý thức
- Thay đổi tình trạng tâm thần
- Huyết khối của hệ tĩnh mạch sâu
- Xuất huyết bán cầu phải
- Tổn thương hố sau

Tỷ lệ tử vong sớm ở trẻ em bị CVT tương tự như ở người lớn. Trong một nhóm 396 trẻ em với CVT (tuổi trung bình 5,2), tử vong trong hai tuần đầu sau khởi bệnh ở 12 bệnh nhân (3%)

Nguyên nhân chính gây tử vong cấp tính với CVT là thoát vị qua lều do tổn thương xuất huyết lớn. Các nguyên nhân khác gây tử vong sớm bao gồm thoát vị do nhiều tổn thương hoặc phù não lan rộng, trạng thái động kinh, biến chứng nội khoa và thuyên tắc phổi.

Điều quan trọng là có thể dự đoán bệnh nhân nào sẽ xấu đi sau khi nhập viện vì điều này sẽ xảy ra trong khoảng 23%.

Thần kinh xấu đi có thể xảy ra vài ngày sau khi nhập viện; các triệu chứng bao gồm suy giảm ý thức, rối loạn tâm thần, cơn động kinh mới, xấu đi hoặc xuất hiện dấu hiệu thần kinh mới, tăng cường độ đau đầu, hoặc mất thị lực.

Khoảng một phần ba bệnh nhân dấu thần kinh xấu đi cho thấy tổn thương nhu mô mới nếu làm hình ảnh học lại. Bệnh nhân có giảm ý thức khi nhập viện có nhiều khả năng bệnh xấu đi. Cơn động kinh tái phát ở bệnh nhân tổn thương nhu mô.

Kết cục lâu dài

Báo cáo ISCVT phân tích tổng hợp bao gồm cả ISCVT lớn và thấy rằng CVT cấp tính có liên quan đến tỷ lệ chết hoặc tỷ lệ phụ thuộc 15% khi kết thúc theo dõi, thay đổi từ 3 đến 78 tháng.

Trong ISCVT vào cuối thời gian theo dõi (trung bình 16 tháng), tử vong đã xảy ra ở 52 trên 624 bệnh nhân (8%).

Các tiên đoán về tiên lượng xấu trong ISCVT như sau:

Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương

Bất kỳ bệnh ác tính nào

Huyết khối của hệ tĩnh mạch sâu

Xuất huyết trên CT đầu hoặc MRI

Điểm số coma Glasgow <9 khi nhập viện

Tình trạng tâm thần bất thường

Tuổi > 37

Giới tính nam

Sự tái phát

Nguy cơ tái phát CVT là khoảng 2 đến 4%, trong khi nguy cơ huyết khối tĩnh mạch tái phát ở các vị trí khác dao động từ 4 đến 7%

Tái thông

Mặc dù có rất ít nghiên cứu, dữ liệu sẵn có cho thấy rằng tái thông xoang tĩnh mạch não xảy ra ở 40 đến 90 phần trăm bệnh nhân sau CVT, chủ yếu trong vòng bốn tháng đầu tiên

Khả năng tái thông thay đổi theo vị trí, cao nhất tĩnh mạch não sâu và xoang hang, và tỷ lệ thấp nhất ở xoang bên. Ở người lớn, liên quan tái thông không rõ ràng và dữ liệu bị hạn chế. Một số nghiên cứu cho thấy rằng sự tái thông của xoang bị tắc không liên quan đến kết cục sau CVT, trong khi những nghiên cứu khác gợi ý rằng sự tái thông hoàn toàn có liên quan đến cải thiện chức năng kết cục

Tóm tắt

Đối với người lớn bị huyết khối tĩnh mạch có triệu chứng (CVT), có hoặc không có nhồi máu tĩnh mạch xuất huyết, chúng tôi khuyên dùng liệu pháp kháng đông ban đầu với heparin trọng lượng phân tử thấp dưới da (LMWH) hoặc heparin tiêm tĩnh mạch (Grad 1C). Đối với trẻ em bị CVT, có hoặc không có xuất huyết thứ phát đáng kể, chúng tôi đề nghị điều trị kháng đông ban đầu với LMWH dưới da hoặc heparin tiêm tĩnh mạch (Grad 2C).

Các biện pháp để kiểm soát tăng áp lực nội sọ và thoát vị sấp xảy ra, bao gồm phẫu thuật giải áp, có thể được yêu cầu ở những bệnh nhân có CVT.

Đối với bệnh nhân CVT có cả cơn co giật kiểu động kinh và tổn thương trên lều khu trú (như phù, nhồi máu, hoặc xuất huyết khi nhập viện trên CT hoặc MRI), chúng tôi khuyên nên dự phòng cơn động kinh bằng thuốc chống động kinh (Grad 1B). Dự phòng không được yêu cầu rõ ràng đối với những người có một cơn động kinh triệu chứng sớm do CVT khi không có tổn thương não bất thường, vì thường không có tái phát cơn động kinh. Hơn nữa, dự phòng cơn động kinh không được yêu cầu rõ ràng cho những bệnh nhân có tổn thương não khu trú mà không có cơn động kinh.

Sau giai đoạn cấp tính của CVT, chúng tôi đề nghị kháng đông với warfarin tối thiểu 3 tháng, nhằm mục tiêu INR là 2,5 (khoảng chấp nhận 2 đến 3) (Grad 2C). Một thay thế cho warfarin được ưa thích bởi một số chuyên gia (nhưng không phải là tác giả của chủ đề này) là việc sử dụng thuốc chống đông đường uống trực tiếp (tức là, thuốc ức chế thrombin trực tiếp và yếu tố Xa).

Phân tích hợp lý thời gian chống đông máu sau giai đoạn cấp tính của CVT theo nguy cơ prothrombotic từng cá nhân, tiếp tục chống đông trong 3 đến

6 tháng cho bệnh nhân CVT kết hợp với yếu tố nguy cơ thoáng qua và 6 tới 12 tháng đối với bệnh nhân có CVT không rõ yếu tố nguy cơ. Thuốc kháng đông vô thời hạn được dành riêng cho những bệnh nhân có CVT tái phát, huyết khối tĩnh mạch ngoài não sau CVT hoặc liên quan một bệnh tăng đông nặng.

Điều trị thuốc chống động kinh, đau đầu, mất thị lực, và các biến chứng nhận thức và tâm thần là những vấn đề thêm vào có thể làm phức tạp giai đoạn CVT bán cấp.

Đối với phụ nữ mang thai có tiền sử CVT, chúng tôi đề nghị dùng thuốc chống đông máu tạm thời với LMWH dưới da trong suốt thai kỳ và tiếp tục lên đến tám tuần sau sinh (Grad 2C).

Đối với phụ nữ trưởng thành và vị thành niên có tiền sử CVT, chúng tôi khuyên **không nên** sử dụng thuốc tránh thai uống kết hợp

CVT kết hợp với kết cục tốt (phục hồi hoàn toàn hoặc triệu chứng còn lại ít) gần 80% bệnh nhân. Tuy nhiên, khoảng 5% bệnh nhân tử vong trong giai đoạn cấp tính của bệnh và tỷ lệ tử vong dài hạn là gần 10%. Nguyên nhân chính gây tử vong cấp tính với CVT là thần kinh, thường là do thoát vị não. Sau giai đoạn cấp tính, hầu hết các trường hợp tử vong có liên quan đến các bệnh nền như ung thư.

Dự đoán tiên lượng lâu dài xấu bao gồm nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, ác tính, vị trí CVT sâu, xuất huyết nội sọ, thang điểm hôn mê Glasgow khi nhập viện <9, tình trạng tâm thần bất thường, tuổi > 37 tuổi và nam giới. Tăng áp lực nội sọ được kiểm soát tại thời điểm chẩn đoán CVT có thể là một yếu tố dự đoán kết cục tốt. CVT tái phát thường không phổ biến, với tỷ lệ từ 2 đến 4%.

Bộ môn nội TK ĐHYD T/p HCM, tháng 9/2018