

kết quả: trong số 64 bệnh nhân vô sinh, sau phẫu thuật xử trí Polyp BTC có 17 bệnh nhân mang thai với tỷ lệ là 26,6% trong đó 8 bệnh nhân mang thai tự nhiên và 9 bệnh nhân mang thai nhờ hỗ trợ sinh sản.⁵

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ có thai cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của các tác giả Judit Lőrincz (2019) và Phạm Thị Quỳnh Như (2019). Tuy nhiên tỷ lệ có thai tương đương trong nghiên cứu của Stamatellos (2008). Điều này có thể được giải thích bởi các lý do sau. Đầu tiên, thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn các nghiên cứu của tác giả Judit Lőrincz và Phạm Thị Quỳnh Như. Thời gian gian theo dõi sau phẫu thuật của các tác giả Judit Lőrincz và Phạm Thị Quỳnh Như cùng là 12 tháng, trong khi đó, thời gian theo dõi của chúng tôi là từ 5 tháng đến 42 tháng sau phẫu thuật. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hỗ trợ sinh sản như IVF và IUI cao hơn ở nghiên cứu của tác giả Judit Lőrincz và Phạm Thị Quỳnh Như (58,8% so với 6,7% và 52,9%). Vì vậy có sự khác biệt về tỷ lệ mang thai ở nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của hai tác giả Judit Lőrincz và Phạm Thị Quỳnh Như.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật soi buồng tử cung xử trí Polyp buồng tử cung là một phương pháp an toàn và hiệu quả. Tỷ lệ tai biến thủng tử cung là 1,3%. Tỷ lệ có thai sau phẫu thuật là 68,0% (51/75); Tỷ lệ sinh đủ tháng 78,4%, sinh non tháng 7,8%, sẩy thai 3 tháng đầu 7,8%, đang mang thai 5,9%; Không tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ có thai và số lượng, kích thước, vị trí, phương

pháp xử trí Polyp BTC với $p > 0,05$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rackow BW, Jorgensen E, Taylor HS. Endometrial Polyps affect uterine receptivity. Fertil Steril. 2011;95(8):2690-2692
2. Đặng Thị Minh Nguyệt. Soi Buồng Tử Cung và Các Bệnh Lý Buồng Tử Cung. Nhà xuất bản Y học; 2009.
3. Tống Thị Hồng Duyên. Nhận Xét Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Cách Xử Trí Polyp Buồng Tử Cung Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương. Luận văn thạc sỹ Y khoa. Trường đại học Y Hà Nội; 2011.
4. Lőrincz J, Molnár S, Jakab A, Herman T, Jashanjeet S, Török P. The effect of localization and histological verification of endometrial Polyps on infertility. Arch Gynecol Obstet. 2019; 300(1):217-221
5. Phạm Thị Quỳnh Như. Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí Polyp buồng tử cung bằng phẫu thuật soi buồng tử cung tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương. Luận văn thạc sỹ y khoa trường đại học Y Hà Nội; 2019
6. Bernardo P, Lasmar B, Lasmar R. Endometrial Polyp size and Polyp hyperplasia. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2013;123
7. Lê Đức Quỳnh. Nghiên Cứu Các Tổn Thương Buồng Tử Cung qua Soi Buồng Tử Cung Tại BV Phụ Sản TW. Luận văn thạc sỹ Y khoa trường đại học Y Hà Nội; 2017.
8. Salim S, Won H, Nesbitt-Hawes E, Campbell N, Abbott J. Diagnosis and Management of Endometrial Polyps: A Critical Review of the Literature. Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2011;18(5):569-581
9. Stamatellos I, Apostolides A, Stamatopoulos P, Bontis J. Pregnancy rates after hysteroscopic Polypectomy depending on the size or number of the Polyps. Arch Gynecol Obstet. 2008;277(5):395-399

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MỔ CẤP CỨU THẮT ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI TRONG CHẢY MÁU UNG THƯ KHOANG MIỆNG, HẦU HỌNG TẠI BỆNH VIỆN K – CƠ SỞ TAM HIỆP

Vũ Thanh Phương¹, Đỗ Anh Tú¹,
Nguyễn Quang Anh¹, Nguyễn Quang Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả mổ cấp cứu thắt động mạch

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Phương

Email: vuthanhphuonghm@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 21.11.2024

cảnh ngoài trong chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Từ 1/2021 - 9/2024, một nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu có theo dõi dọc đã được tiến hành trên 28 bệnh nhân chảy máu ung thư khoang miệng và hầu họng đang điều trị triệt căn hoặc tái phát tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Nam giới có tỷ lệ mắc bệnh cao, tuổi trung bình là 46 ± 13 , chảy máu u cấp tính hay gặp ở ung thư khoang miệng và hầu họng tái phát tiến triển tại chỗ, mô bệnh học là loại ung thư biểu mô vảy. Sau khi mổ cấp cứu thắt

động mạch cảnh ngoài 1 bên hoặc 2 bên, 28/28 bệnh nhân đã ngừng chảy máu, 2 bệnh nhân tái chảy máu lần thứ 2 sau 1 tháng. Thời gian sống còn toàn bộ trung bình là 7 tháng (từ 3- 14 tháng), không có biến chứng về chảy máu diên mô, liệt mặt và liệt nửa người. **Kết luận:** Nam giới có tỷ lệ mắc bệnh cao, tuổi trung bình là 46 ± 13 , chảy máu u cấp tính hay gặp ở ung thư khoang miệng và hầu họng tái phát tiến triển tại chỗ, mô bệnh học là loại ung thư biểu mô vảy. Chảy máu u là một biến chứng thường gặp và nghiêm trọng ở những bệnh nhân ung thư khoang miệng, hầu họng đang điều trị hoặc tái phát tiến triển tại chỗ. Thắt động mạch cảnh ngoài là một phương pháp an toàn và hiệu quả để kiểm soát chảy máu cấp tính, không có biến chứng về chảy máu diên mô và thần kinh. **Từ khóa:** Thắt động mạch cảnh ngoài cấp cứu, cấp cứu ung thư

SUMMARY

RESULTS OF EMERGENCY SURGERY FOR EXTERNAL CAROTID ARTERY LIGATION IN BLEEDING ORAL CAVITY AND PHARYNGEAL CANCER AT K HOSPITAL - TAM HIỆP FACILITY

Objective: Clinical and paraclinical characteristics and evaluate the results of emergency surgery for external carotid artery ligation in bleeding from oral cavity and pharyngeal cancer in the study group of patients. **Subjects and methods:** From 1/2021 to 9/2024, a retrospective and prospective study with longitudinal follow-up was studied on 28 patients with tumor bleeding due to oral cavity and pharyngeal cancer undergoing radical treatment or recurrence at K Hospital. **Results:** high incidence of the disease in male, average age 46 ± 13 , acute tumor bleeding is common in oral cavity and pharyngeal cancer that has locally progressive recurrence, the histopathology is squamous cell carcinoma. After emergency surgery to ligate a or bilateral external carotid artery, 28/28 patients stopped bleeding, 2 patient had a second bleeding after 1 month. Overall survival was 7 months (3-14 months), no complications of bleeding at the surgical site, facial paralysis and hemiplegia. **Conclusion:** high incidence of the disease in male, average age 46 ± 13 , acute tumor bleeding is common in oral cavity and pharyngeal cancer that has locally progressive recurrence, histopathology is squamous cell carcinoma. Tumor bleeding is a common and serious complication in patients with oral cavity and pharyngeal cancer that is being treated or has locally progressive recurrence. External carotid artery ligation is a safe and effective method to control acute bleeding, with no complications of bleeding at the surgical site and nerves.

Keywords: Emergency external carotid ligation, Oncologic emergency

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ chảy máu đáng kể ở bệnh nhân ung thư đầu cổ là khoảng 6-14%, trong khi chảy máu giai đoạn cuối xảy ra ở khoảng 3-12% trường hợp [1]. Ung thư đầu và cổ là loại ung thư phổ biến thứ bảy trên toàn thế giới và chiếm

khoảng 4,5% tổng số khối u ác tính [2]. Khoang miệng bao gồm niêm mạc miệng, tam giác sau hàm, sàn miệng, khẩu cái cứng và 2/3 trước của lưỡi. Hầu họng bao gồm đáy lưỡi, amidan, khẩu cái mềm, lưỡi gà, thành sau họng và thành bên họng, với ung thư biểu mô tế bào vảy là loại mô học phổ biến nhất (90%) [3]. Mặc dù hóa trị và xạ trị đã cải thiện tuổi thọ của bệnh nhân ung thư khoang miệng và hầu họng nhưng chúng cũng làm tăng nguy cơ xuất huyết lên tới 7,6 lần. Chảy máu khối u cấp tính thường hay gặp, đe dọa tính mạng ở bệnh nhân ung thư khoang miệng và hầu họng tiến triển [4]. Nó đề cập đến tình trạng đứt các nhánh của động mạch cảnh ngoài, thường là thứ phát do khối u xâm lấn. Chúng có thể xảy ra sau khi đáp ứng tốt với điều trị triệt để, trong đó khối mô xung quanh hỗ trợ động mạch bị mất đi do sự xâm lấn của khối u trước đó [5]. Khi chảy máu cấp tính xảy ra, lựa chọn điều trị cấp cứu là phẫu thuật thắt động mạch cảnh ngoài, ưu điểm của thắt mạch phẫu thuật là cầm máu đáng tin cậy, nhược điểm là tổn thương dây thần kinh sọ não, nhồi máu não [6]. Ở Việt Nam, chưa có công trình nghiên cứu đánh giá kết quả sau mổ cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài trong chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng tại cơ sở Tam Hiệp - Bệnh viện K.*

2. *Đánh giá kết quả mổ cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài trong chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 28 bệnh nhân chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng đang điều trị triệt để hoặc tái phát tiến triển tại chỗ được phẫu thuật cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài tại Bệnh viện K.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Được chẩn đoán xác định chảy máu u cấp tính hoặc chảy máu dai dẳng tái đi tái lại do ung thư khoang miệng và hầu họng mà không thể kiểm soát tại chỗ bằng nén gạc hoặc sử dụng thuốc cầm máu. Được chẩn đoán mô bệnh học là ung thư, đang điều trị tại Bệnh viện K, có đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ ở nhóm hồi cứu, có đầy đủ thông tin theo dõi tình trạng chảy máu tái phát, thời gian sống thêm sau mổ thắt mạch cảnh ngoài.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không có đầy đủ thông tin theo dõi tình trạng bệnh nhân sau mổ, bệnh nhân có chức năng đông máu kéo dài.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu từ tháng 01/02/2024 đến tháng 10/09/2024 tại cơ sở Tam Hiệp - Bệnh viện K.

2.3. Phương pháp nghiên cứu Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu và tiến cứu cắt ngang, có theo dõi dọc. Cỡ mẫu: loạt ca bệnh, chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân có đủ các tiêu chuẩn lựa chọn được mổ cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài do chảy máu ung thư khoang miệng và hầu họng tại Bệnh viện K.

2.4. Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu

- Tuổi trung bình, giới tính: nam và nữ.
- Vị trí u chảy: niêm mạc miệng, sàn miệng, khẩu cái, lưỡi, amidan và thành họng.
- Tình trạng u hiện tại: u nguyên phát đang điều trị lần đầu, u tái phát sau điều trị.
- Mô bệnh học: ung thư biểu mô vảy và loại khác.
- Số lượng máu chảy: <250ml, từ 250ml đến dưới 500ml và ≥500ml.
- Huyết sắc tố tại thời điểm chảy máu: < 60g/l, từ 60g/l đến 100g/l và từ > 100g/l đến dưới 135g/l. Tiểu cầu tại thời điểm chảy máu: bình thường và thấp.
- Xét nghiệm APTT, PT (giây) tại thời điểm chảy máu: bình thường và kéo dài.
- Phương pháp mổ: mở khí quản + thắt động mạch cảnh ngoài 1 bên và mở khí quản + thắt động mạch cảnh ngoài 2 bên. Thời gian mổ: ≤ 30 phút và > 30 phút.
- Kết quả ngay sau mổ: còn chảy máu và không chảy máu.
- Số lượng máu truyền: không truyền, 1 đơn vị và 2 đơn vị máu.
- Chảy máu diện mổ, liệt mặt, liệt nửa người và tử vong: có và không.
- Theo dõi trong 24 giờ sau thắt mạch: không chảy máu và còn chảy máu.
- Theo dõi sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng: không chảy và chảy máu tái phát. Thời gian sống thêm trung bình sau mổ thắt động mạch cảnh ngoài (tháng).

2.5. Quy trình nghiên cứu Bước 1: Lựa chọn, đánh giá bệnh nhân theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn. Thu thập thông tin trước khi mổ cấp cứu bao gồm lâm sàng, cận lâm sàng. Bước 2: Mổ cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài do chảy máu ung thư khoang miệng và hầu họng. Thu thập thông tin sau mổ cấp cứu. Bước 3: Đánh giá kết quả mổ cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài do chảy máu ung thư khoang miệng và hầu họng. Bước 4: Phân tích và xử lý số liệu, viết báo cáo.

2.6. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu: Công cụ: Hồ sơ bệnh án Bệnh viện, các phương tiện cần thiết, mẫu bệnh án nghiên cứu

riêng đã lập trước. Kỹ thuật: Chúng tôi trực tiếp thăm khám bệnh nhân khi chảy máu, xác định lượng máu chảy, xét nghiệm máu cấp, mổ cấp cứu cho bệnh nhân, ghi chép phương pháp mổ, thời gian mổ, lượng máu truyền, điều trị hậu phẫu và theo dõi. Trực tiếp khám thực thể 24 giờ sau mổ, trong vòng 1 tuần và theo dõi sau 1 tháng, 6 tháng và sau 12 tháng về chảy máu tái phát và thời gian sống thêm sau thắt mạch.

2.7. Phân tích và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm tin học SPSS 20.0 để nhập và phân tích số liệu thống kê, tính tần suất, tỷ lệ phần trăm, số trung bình.

2.8. Khống chế sai số Nhóm hồi cứu: các thông tin trong hồ sơ bệnh án được thu thập đầy đủ. Nhóm tiến cứu: chúng tôi trực tiếp phỏng vấn, khám bệnh nhân khi chảy máu và chỉ định xét nghiệm. Trực tiếp mổ, điều trị, theo dõi những biến chứng.

2.9. Đạo đức của nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được phê duyệt theo quyết định số 1582/QĐ - BVK của Bệnh viện K. Các biến số, chỉ số nghiên cứu sẽ được thu thập một cách trung thực và khoa học, bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu và có phiếu thông tin chấp nhận nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng trong nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng (n=28)

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ%
Tuổi trung bình	46 ± 13	
Giới tính	Nam	27 96,2
	Nữ	1 3,8
Vị trí u chảy máu	Niêm mạc miệng	3 10,7
	Sàn miệng	4 14,3
	Khẩu cái	5 17,8
	Lưỡi	8 28,5
	Amidan	6 21,4
	Thành họng	2 7,1
Tình trạng u hiện tại	U nguyên phát đang điều trị lần đầu	9 32,2
	U tái phát sau điều trị lần đầu	19 67,8
Loại mô bệnh học	Ung thư biểu mô vảy	28 100
	Loại khác	0 0
Số lượng máu chảy	< 250ml	3 10,7
	Từ 250ml đến 500ml	21 75
	≥ 500ml	4 14,3

Huyết sắc tố tại thời điểm chảy máu	< 60 g/l	0	0
	Từ 60 g/l đến 100 g/l	25	89,2
	Từ > 100 g/l đến dưới 135 g/l	3	10,8
APTT tại thời điểm chảy máu	Bình thường	28	100
	Kéo dài	0	0
PT (giây) tại thời điểm chảy máu	Bình thường	28	0
	Kéo dài	0	0
Tiểu cầu tại thời điểm chảy máu	Bình thường	27	96,2
	Thấp	1	3,8

Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới rất cao, chảy máu hay gặp ở u tái phát tiến triển sau điều trị, toàn bộ mô bệnh là ung thư biểu mô vảy, 1 trường hợp tiểu cầu thấp 95g/l.

3.2. Kết quả mổ cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài ở bệnh nhân chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Phương pháp mổ, thời gian mổ, lượng máu truyền và kết quả ngay sau thắt động mạch cảnh ngoài trong chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng:

Bảng 2. Phương pháp mổ, thời gian mổ, lượng máu truyền và kết quả ngay sau thắt động mạch cảnh ngoài (n=28)

Phương pháp mổ, thời gian mổ, lượng máu truyền, kết quả		Số BN	Tỷ lệ %
Phương pháp mổ	Mở khí quản + Thắt động mạch cảnh ngoài 1 bên	21	75
	Mở khí quản + Thắt động mạch cảnh ngoài 2 bên	7	25
Thời gian mổ	≤ 30 phút	13	46,4
	> 30 phút	15	53,6
Lượng máu truyền	Không truyền	3	10,7
	1 đơn vị máu	19	67,8
	2 đơn vị máu	6	21,4
Kết quả ngay sau mổ	Còn chảy máu	0	0
	Không còn chảy máu	28	100

Mở khí quản và thắt động mạch cảnh ngoài 2 bên chiếm 25% do khối u xâm lấn vượt qua đường giữa, ngay sau mổ thắt mạch cảnh ngừng chảy máu 100%.

- Các biến chứng sau mổ cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài:

Bảng 3. Các biến chứng sau thắt động mạch cảnh ngoài (n=28)

Các biến chứng sau thắt động mạch		Số BN	Tỷ lệ %
Chảy máu diện mổ	Không	28	100
	Có	0	0
Liệt mặt	Không	28	100
	Có	0	0
Liệt nửa người	Không	28	100
	Có	0	0
Tử vong	Không	28	100
	Có	0	0

Sau mổ cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài cho bệnh nhân chảy máu khối u, không có biến chứng thần kinh như liệt nửa người hoặc tử vong.

- Kết quả theo dõi chảy máu tái phát sau thắt động mạch cảnh ngoài và thời gian sống thêm trung bình:

Bảng 4. Kết quả theo dõi chảy máu tái phát sau thắt động mạch cảnh ngoài và thời gian sống thêm trung bình (n=28)

Kết quả theo dõi chảy máu sau thắt mạch		Số BN	Tỷ lệ %
Trong 24 giờ sau thắt mạch	Không chảy máu	28	100
	Còn chảy máu	0	0
Sau mổ 1 tuần	Không chảy máu	28	100
	Chảy máu tái phát	0	0
Sau mổ 1 tháng	Không chảy máu	26	92,8
	Chảy máu tái phát	2	7,2
Sau mổ 6 tháng	Không chảy máu	28	100
	Chảy máu tái phát	0	0
Sau mổ 12 tháng	Không chảy máu	28	100
	Chảy máu tái phát	0	0
Thời gian sống thêm trung bình sau thắt mạch (tháng)		7 tháng	(3-14 tháng)

Theo dõi sau mổ thắt mạch cảnh ngoài thấy có 2 bệnh nhân chảy máu tái phát sau 1 tháng, số lượng chảy không nhiều có thể do u thiết lập mạch tân tạo mới.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng trong nhóm nghiên cứu. Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình là 46 ± 13, bệnh ở nam giới chiếm tỷ lệ cao 96,2% là do nam giới có thói quen xấu hay uống rượu bia, hút thuốc làm cho niêm mạc khoang miệng, hầu họng luôn bị bỏng thường xuyên, viêm loét kéo dài gây lên loạn sản và cuối cùng gây ung thư. Một trường hợp nữ bị ung thư biểu mô vảy niêm mạc miệng, bệnh nhân có tiền sử ăn trầu nhiều năm. Chảy máu hay gặp ở u tái phát tiến triển chiếm 67,8%, chảy máu u cấp là tình trạng đứt các nhánh của động mạch cảnh ngoài, thường là thứ phát do u xâm lấn. Chảy máu ít gặp ở u đang điều trị lần đầu chiếm 32,2%, chúng xảy ra sau khi đáp ứng tốt với điều trị hóa xạ trị triệt để, trong đó khối mô xung quanh hỗ trợ động mạch bị mất đi do sự xâm lấn của khối u trước đó [5]. Số lượng máu chảy hay gặp từ 250ml đến 500ml, huyết sắc tố tại thời điểm chảy máu giảm rõ rệt, huyết sắc tố từ 60 g/l đến 100g/l chiếm 89,2%. Xét nghiệm chức năng đông máu (APTT và PT) và tiểu cầu (chỉ có 1 trường hợp thấp 95 g/l) để loại trừ nguyên nhân. Nghiên cứu của Kumar T và cộng sự (2015) tuổi trung

bình là 40, các trường hợp đều là nam giới, gặp nhiều là u khoang miệng, hầu họng tái phát tiến triển và đều là ung thư biểu mô vảy [7].

4.2. Kết quả mổ cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài trong chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Phương pháp mổ, thời gian mổ, kết quả ngay sau mổ: Bảng 2 cho thấy mở khí quản và thắt động mạch cảnh ngoài 2 bên chiếm 25%, lý do phải thắt 2 bên là do khối u xâm lấn vượt qua đường giữa. Mở khí quản và thắt động mạch cảnh ngoài cùng bên với khối u chiếm 75%, lý do là khối u chưa xâm lấn vượt qua đường giữa, các bệnh nhân đều phải mở khí quản trước để tránh máu chảy vào đường thở gây tắc thở, suy hô hấp. Thời gian mổ trên 1 bệnh nhân kéo dài trên 30 phút chiếm 53,6%, là do tia xạ nên phần mềm phía ngoài bó mạch cảnh bị viêm phù nề, xơ cứng dẫn đến tiếp cận mổ khó khăn phức tạp. Kết quả ngay sau thắt bệnh nhân ngừng chảy máu 100%. Nghiên cứu của Kumar T và cộng sự (2015) mổ cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài cho những trường hợp chảy máu ung thư khoang miệng, hầu họng. Kết quả sau thắt các bệnh nhân đã dừng chảy máu và mở khí quản trước đó là một phần của phẫu thuật để tránh suy hô hấp [7].

- Các biến chứng sau mổ thắt mạch: Bảng 3 cho thấy sau mổ cấp cứu không có bệnh nhân nào chảy máu tại diện mổ mở khí quản và thắt động mạch cảnh ngoài, không có biến chứng tổn thương thần kinh số 7, cũng không có biến chứng tổn thương thần kinh trung ương hoặc tử vong. Nghiên cứu của Ghosh S và cộng sự (2021) đánh giá kết quả cấp cứu thắt động mạch cảnh ngoài cho bệnh nhân chảy máu ung thư khoang miệng và hầu họng tiến triển, kết quả cho thấy không gặp biến chứng chảy máu diện mổ, không có biến chứng thần kinh như liệt mặt, liệt nửa người hoặc tử vong [8].

- Kết quả theo dõi chảy máu tái phát sau thắt mạch và thời gian sống thêm: Bảng 4 cho thấy các trường hợp đều có đầy đủ thông tin theo dõi tình trạng chảy máu tái phát và thời gian sống thêm sau mổ thắt động mạch cảnh ngoài, có 2 trường hợp (7,2%) sau mổ thắt động mạch cảnh ngoài xuất hiện chảy máu tái phát sau 4 tuần, số lượng chảy máu không nhiều, chảy máu rỉ rả tự cầm có thể do khối u được thiết lập mạch máu tân tạo mới, trường hợp này xử trí bằng phương pháp kiểm soát tại chỗ nén gạc và sử dụng thuốc cầm máu sau đó bệnh nhân hết chảy máu. Thời gian sống thêm trung

bình sau thắt mạch là 7 tháng (dao động 3 - 14 tháng). Kết quả nghiên cứu của Kumar T và cộng sự (2015) theo dõi sau thắt mạch có một trường hợp chảy máu tái phát sau 3 tuần, thời gian sống thêm trung bình sau thắt mạch là 5 tháng [7].

V. KẾT LUẬN

- Nam giới có tỷ lệ mắc bệnh cao, tuổi trung bình là 46±13, vị trí u gặp nhiều ở lưỡi và amidan, chảy máu u cấp tính hay gặp ở ung thư khoang miệng và hầu họng tái phát tiến triển tại chỗ sau điều trị, mô bệnh học là loại ung thư biểu mô vảy.

- Chảy máu khối u là một biến chứng thường gặp và nghiêm trọng ở những bệnh nhân ung thư khoang miệng, hầu họng đang điều trị hoặc tái phát tiến triển tại chỗ. Thắt động mạch cảnh ngoài là một phương pháp an toàn và hiệu quả để kiểm soát chảy máu cấp tính, không có biến chứng về chảy máu diện mổ và thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Edith Ubogagu và Dylan G Harris** (2012). Guideline for the management of terminal haemorrhage in palliative care patients with advanced cancer discharged home for end-of-life care. *BMJ Support Amp Palliat Care*, 2(4), 294.
2. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. và cộng sự.** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3), 209–249.
3. **Cohen E.E.W., Bell R.B., Bifulco C.B. và cộng sự.** (2019). The Society for Immunotherapy of Cancer consensus statement on immunotherapy for the treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck (HNSCC). *J Immunother Cancer*, 7(1), 184.
4. **Lee K.-Y., Shueng P.-W., và Hsu C.-X.** (2023). Risk factors and management for lethal bleeding in head and neck cancer patients. *Am J Emerg Med*, 66, 159–160.
5. **Suárez C., Fernández-Alvarez V., Hamoir M. và cộng sự.** (2018). Carotid blowout syndrome: modern trends in management. *Cancer Manag Res*, 10, 5617–5628.
6. **Matsumoto F., Matsumura S., Mori T. và cộng sự.** (2019). Common carotid artery ligation at the proximal side before rupture in patients with ligation or occlusion of the external carotid artery at risk of carotid blowout syndrome. *Jpn J Clin Oncol*, 49(9), 839–844.
7. **Kumar T., Yadav V., Ravi K. và cộng sự.** (2015). External Carotid Artery Ligation in Squamous Cell Carcinomas of the Oral Cavity and Oropharynx: an Oncological Emergency. *Indian J Surg*, 77(Suppl 3), 850–852.
8. **Ghosh S., Joseph B., Desai S.M. và cộng sự** (2021). External Carotid Artery Ligation: An Oncological Emergency Procedure for Bleeding Locally Advanced Oral Cancers in a Tertiary Care Hospital in Central India. 11(4).

ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO VÙNG THỂ CHAI

Đỗ Thị Hồng Liên¹, Nguyễn Thế Hào¹, Trần Trung Kiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm chẩn đoán hình ảnh dị dạng động tĩnh mạch não thể chai. **Phương pháp:** Phương pháp mô tả hồi cứu, 15 trường hợp AVM thể chai tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2021 – tháng 10/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 2/1 (10 nam: 5 nữ), tuổi từ 14 – 73 (trung bình 37,3), tình trạng lúc vào viện đa số lâm sàng tốt chiếm 73,3%. AVM ở gối thể chai là nhiều nhất (46,7%), tiếp đó là lồi thể chai (26,7%), thân thể chai (20%) và mỏ thể chai là ít gặp nhất (6,7%), AVM nhỏ độ I và II chiếm đa số với 87,7%, độ III chiếm 13,3%. 1 bệnh nhân nút mạch trước mổ, 1 bệnh nhân đã xạ trị trước mổ 4 năm. **Kết luận:** Hình ảnh khối dị dạng thể chai rất đa dạng. Đánh giá hình ảnh dị dạng động tĩnh mạch não thể chai giúp phẫu thuật viên hình dung ra được phương án phẫu thuật, phương pháp tiếp cận phù hợp giúp giảm thiểu tai biến chứng của phẫu thuật.

Từ khóa: dị dạng mạch não, thể chai, điều trị phẫu thuật dị dạng mạch não

SUMMARY

DIAGNOSTIC IMAGING FEATURES ANTERIOVENOUS MALFORMATIONS (AVM) OF CORPUS CALLOSUM

Object: Evaluation results of surgical for arteriovenous malformations of corpus callosum. **Results:** Methods: Retrospective descriptive method, 15 cases of AVM that could be treated at Bach Mai Hospital from January 2021 - October 2023. Results: male/female ratio is 2/1 (10 men: 5 women), ages 14 - 73 (average 37.3), the majority of onset patients were in good clinical condition at admission 73.3%. AVMs in genu are the most common 46.7%, followed by the splenium 26.7%, the body of the corpus callosum 20%, and rostrum are 6.7%, small AVM are 87.7%, Spetzler-Martin III 13.3%. 1 patient had embolization before surgery, 1 patient had radiotherapy 4 years before surgery. Favorable outcome are 93.3%. **Conclusions:** Hình ảnh khối dị dạng thể chai rất đa dạng. Đánh giá hình ảnh dị dạng động tĩnh mạch não thể chai giúp phẫu thuật viên hình dung ra được phương án phẫu thuật, phương pháp tiếp cận phù hợp giúp giảm thiểu tai biến chứng của phẫu thuật.

Keywords: arteriovenous malformations, corpus callosum, surgical for arteriovenous malformations.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Liên

Email: neil.mo2111@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 21.11.2024

Dị dạng mạch não (Arteriovenous Malformation - AVM) là một trong những bệnh lý mạch máu não hiếm gặp nhưng tiềm ẩn nhiều nguy cơ cao về xuất huyết não, gây ra tử vong hoặc di chứng thần kinh nặng nề nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Trong số các vị trí giải phẫu, thể chai (corpus callosum) là một vùng hiếm khi gặp dị dạng mạch máu, nhưng lại có ý nghĩa lâm sàng đặc biệt do vị trí chiến lược của nó trong việc kết nối hai bán cầu não.

Việc chẩn đoán dị dạng mạch não tại thể chai chủ yếu dựa vào các kỹ thuật hình ảnh học hiện đại như chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp vi tính (CT), và đặc biệt là chụp mạch máu não (DSA). Tuy nhiên, do vị trí phức tạp và hiếm gặp của dị dạng mạch ở thể chai, đặc điểm hình ảnh học của loại dị dạng này không được nghiên cứu nhiều và vẫn còn nhiều thách thức trong việc phát hiện và đánh giá nguy cơ xuất huyết cũng như lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm hình ảnh học của dị dạng mạch não tại thể chai, từ đó cung cấp thông tin hữu ích trong việc chẩn đoán và điều trị, đồng thời nâng cao nhận thức về nguy cơ và hậu quả của bệnh lý này trong thực hành lâm sàng. Việc hiểu rõ hơn về đặc điểm hình ảnh học sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng có cơ sở khoa học trong việc ra quyết định điều trị, đồng thời tối ưu hóa chiến lược can thiệp nhằm giảm thiểu rủi ro cho bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm chẩn đoán hình ảnh dị dạng động tĩnh mạch não thể chai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 15 trường hợp AVM thể chai tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2021 – tháng 10/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả hồi cứu.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân (BN):

+ Chẩn đoán AVM thể chai dựa trên MSCT hoặc DSA trước mổ.

+ Được phẫu thuật lấy khối AVM và có kết quả giải phẫu bệnh là khối AVM.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Gia đình không hợp tác, không đủ hồ sơ bệnh án

+ Bệnh nhân có bệnh lý nặng: Suy tim giai