

6. Kneppers ALJ, Ginjaar IB, Bakker E. Duchenne and Becker Muscular Dystrophy. In: Molecular Diagnosis of Genetic Diseases. Vol 92. Humana Press; 2003:311-342. doi:10.1385/1-59259-432-8:311
7. Darras BT, Urion DK, Ghosh PS. Dystrophinopathies. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, et al., eds. GeneReviews®. University of Washington, Seattle; 1993. Accessed May 24, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1119/>
8. Monaco AP, Bertelson CJ, Liechti-Gallati S, Moser H, Kunkel LM. An explanation for the phenotypic differences between patients bearing partial deletions of the DMD locus. Genomics. 1988; 2(1): 90-95. doi:10.1016/0888-7543(88) 90113-9
9. Aartsma-Rus A, Ginjaar IB, Bushby K. The importance of genetic diagnosis for Duchenne muscular dystrophy. J Med Genet. 2016;53(3): 145-151. doi:10.1136/jmedgenet-2015-103387

GIÁ TRỊ CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG ĐÁNH GIÁ XÂM LẤN TẠI CHỖ CỦA UNG THƯ BÀNG QUANG

Phạm Phú Phát¹, Võ Thị Thúy Hằng², Lê Văn Phước²,
Huỳnh Thị Kim Yền², Lê Bảo Trân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có vai trò quan trọng trong chẩn đoán giai đoạn ung thư bàng quang (UTBQ) và quyết định điều trị lâm sàng. **Mục tiêu:** Xác định giá trị của CLVT trong đánh giá giai đoạn T của UTBQ so với kết quả giải phẫu bệnh (GPB). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả trên 95 bệnh nhân (BN) UTBQ được chụp CLVT đúng quy trình kỹ thuật trước phẫu thuật và có kết quả GPB. Đọc mù kết quả giai đoạn T trên hình chụp CLVT theo phân loại TNM của AJCC phiên bản lần thứ 8. Đối chiếu với kết quả GPB, tính độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương cho vai trò của từng giai đoạn xâm lấn của chụp CLVT. **Kết quả:** CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán giai đoạn T của UTBQ. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn $\geq T3b$ có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương lần lượt là 81,8%, 93,2%, 90,5%, 78,3%. Giai đoạn T4 độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương lần lượt là 85,7%, 98,8%, 97,9%, 85,7%. **Kết luận:** Chụp CLVT cho phép đánh giá tốt giai đoạn của ung thư bàng quang, đặc biệt giai đoạn từ T3b.

Từ khóa: ung thư bàng quang, đánh giá giai đoạn T, chụp cắt lớp vi tính.

SUMMARY

THE VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE IN SITU INVASIVE ASSESSMENT OF BLADDER CANCER

Background: Computed Tomography has an important role in bladder cancer staging and clinical treatment decisions. **Objective:** To determine the value of Computed Tomography in the assessment of bladder cancer tumor stage compared with the

pathological results. **Methods:** A descriptive cross-sectional retrospective study on 95 patients with bladder cancer who underwent CT scans by the preoperative technique and obtained pathological results. Blind reading of T stage results on CT scan according to the TNM classification of AJCC 8th edition. Compare with pathological results, calculate sensitivity, specificity, accuracy, and positive predictive value for the role of each invasive stage of CT scan. **Results:** CT has a high value in diagnosing the T-stage of esophageal cancer. The value of CT in diagnosing $\geq T3b$ stage has sensitivity, specificity, accuracy, and positive predictive value of 81.8%, 93.2%, 90.5%, and 78.3%, respectively. Stage T4 sensitivity, specificity, accuracy, positive predictive value were 85.7%, 98.8%, 97.9%, 85.7%, respectively. **Conclusion:** Computed Tomography enables accurate staging of bladder cancer, particularly from stage T3b and beyond.

Keywords: bladder cancer, T-stage assessment, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là u ác tính thường gặp nhất ở hệ niệu. Theo Globocan 2020, UTBQ đứng thứ 10 trong tổng số các loại ung thư phổ biến, chiếm khoảng 3%, ước tính có 573.278 người mắc trên thế giới trong năm 2020. Tại Việt Nam, cùng với sự phát triển các ngành công nghiệp, hóa chất, chất phụ gia và chất bảo quản thực phẩm, số người mắc bệnh được phát hiện ngày càng nhiều trong những năm gần đây.

CLVT ngày càng thể hiện vai trò vượt trội trong chẩn đoán UTBQ. Với nhiều kỹ thuật xử lý hình ảnh hay các kỹ thuật chụp tùy vào mục đích khảo sát giúp các bác sĩ CDHA có thể dễ hơn trong việc chẩn đoán các khối u bàng quang với độ nhạy 93% và độ đặc hiệu 99% [1]. Tỷ lệ sống 5 năm của những bệnh nhân UTBQ khoảng 77%. Trong đó, những bệnh nhân có UTBQ chưa

¹Bệnh viện Bình Dân

²Trường Y, Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thúy Hằng

Email: hang.vtt@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

xâm lấn tỷ lệ sống cao khoảng 96%. Ngược lại, những bệnh nhân đã có tình trạng xâm lấn các cơ quan xung quanh như mỡ, niệu quản, tuyến tiền liệt, tử cung... có tỷ lệ sống 5 năm thấp, dao động 6% đến 38% [1]. Chẩn đoán UTBQ xâm lấn khi đọc CLVT là vấn đề quan trọng ảnh hưởng đến quyết định điều trị trên lâm sàng và tỷ lệ sống của bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để xác định giá trị của chụp CLVT trong đánh giá giai đoạn T của UTBQ so với kết quả GPB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 95 bệnh nhân (BN) được điều trị phẫu thuật với kết quả GPB chẩn đoán UTBQ và có đánh giá giai đoạn T theo TNM tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư bàng quang tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

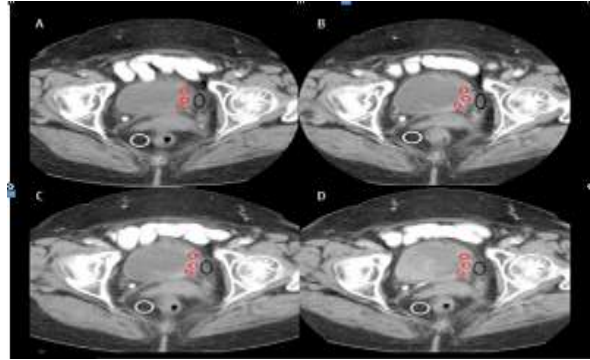
Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành theo thiết kế mô tả loạt ca.

Kỹ thuật chụp CLVT hệ niệu. Bệnh nhân được chụp CLVT trong tư thế nằm ngửa, hai tay để cao trên đầu để tránh nhiễu ảnh. Liều thuốc cản quang: tiêm 70 – 100 ml thuốc cản quang i-ốt tan trong nước không ion với tốc độ 2-3 ml/s bằng bơm tiêm điện. Chụp định vị tử vòm hoành đến hết xương mu. Thì trước tiêm: không tiêm thuốc cản quang, lấy toàn bộ hệ tiết niệu. Thì động mạch: sau tiêm 20 – 30 giây để lấy thì tủy vỏ. Thì tĩnh mạch: sau tiêm 60 giây thì nhu mô. Thì muộn: sau tiêm 10 – 15 phút và có thể muộn hơn tùy vào chức năng của thận. Lấy toàn bộ hết hệ niệu.

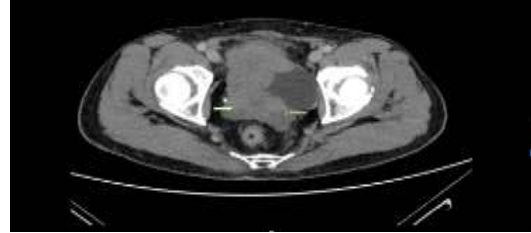
2.3. Biến số nghiên cứu. Chúng tôi đánh giá giai đoạn T theo hệ thống TNM AJCC lần thứ 8 dựa vào các đặc điểm thâm nhiễm lớp mỡ quanh bàng quang, xâm lấn lớp mỡ, xâm lấn các cơ quan lân cận như tử cung, trực tràng, tuyến tiền liệt, túi tinh, niệu quản, ống tiêu hóa, thành chậu. Mô tả các đặc điểm của UTBQ xâm lấn như vị trí, số lượng khối u, kích thước, hình dạng khối u trước và sau khi tiêm thuốc cản quang, khảo sát máu cục, sỏi, hoại tử trong UTBQ.



Hình 1. UTBQ giai đoạn T3b, có xâm lấn lớp mỡ ở bệnh nhân nam 76 tuổi



Hình 2. Cách thực hiện đo đậm độ u và lớp mỡ



Hình 3. UTBQ xâm lấn túi tinh ở bệnh nhân nam 65 tuổi, xếp giai đoạn T4

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm hình ảnh của UTBQ xâm lấn.

Nghiên cứu thu được 95 trường hợp thảo luận chuẩn chọn mẫu. UTBQ xâm lấn phần lớn nằm ở thành bên (chiếm 44,2%). UTBQ thường xuất hiện với 1 u đơn độc (chiếm 84%) và chân bám rộng (80,2%). Kích thước u có trung vị 25mm, khoảng tứ phân vị trên là 32,5mm, khoảng tứ phân vị dưới là 16mm. Không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa 2 giới đối với các đặc điểm lâm sàng trên ($p > 0,05$).

Các UTBQ xâm lấn thường tăng đậm độ so với cơ bàng quang trước khi tiêm thuốc cản quang (chiếm 87,4%), u có nhiều mạch máu nuôi nên phần lớn bắt thuốc mạnh thì động mạch (chiếm 68,5%). Đậm độ trung bình của khối u trước và sau khi tiêm thuốc lần lượt là $33,3 \pm 5,7$ HU và $57 \pm 12,5$ HU. Sự bắt thuốc của khối u trong thì động mạch so với thì không thuốc khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) và không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa 2 giới ($p > 0,05$).

Đậm độ lớp mỡ thâm nhiễm quanh bàng quang thì không thuốc trung bình $-50,9 \pm 18$ HU. Đậm độ lớp mỡ thâm nhiễm trong thì động mạch và tĩnh mạch lần lượt là $-37 \pm 20,8$ HU và $-29,5 \pm 22,5$ HU. Đậm độ giữa các thì có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Các khối u có vôi hóa, hoại tử và có máu đông trong bàng quang chiếm tỷ lệ thấp, tỷ lệ hiện diện lần lượt là 20%, 11,6% và 7,4%.

Giá trị CLVT trong đánh giá giai đoạn T của UTBQ. CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán giai đoạn T của UTBQ. Trong giai đoạn T1-T3a, độ nhạy của CLVT là 89%, độ đặc hiệu 86,4%, độ chính xác 88,4%, giá trị dự báo dương là 89%. Ở giai đoạn T3b, độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương lần lượt là 83,3%, 94,8%, 92,6%, 78,9%. Giai đoạn T4 độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương lần lượt là 85,7%, 98,8%, 97,9%, 85,7%.

Giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn $\geq T3b$ có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương lần lượt là 81,8%, 93,2%, 90,5%, 78,3%.

Bảng 1. Giá trị CLVT trong đánh giá giai đoạn T của UTBQ

Giai đoạn T	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
T1-T3a	89	86,4	88,4
T3b	83,3	94,8	92,6
T4	85,7	98,8	97,9
$\geq T3b$	81,8	93,2	90,5

IV. BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu thu được 95 trường hợp, nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hoàn về tuổi trung bình, tỷ lệ giới tính, vị trí, kích thước của khối ung thư bàng quang [2] và được thể hiện trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm tuổi, tỷ lệ giới tính và vị trí khối u ở 2 nghiên cứu

	Tuổi trung bình	Tỷ lệ nam/nữ	Vị trí
Nghiên cứu của chúng tôi	65,8 $\pm$ 10,5	3,3	Thành bên
Tác giả Lê Minh Hoàn	64,3	3	Thành bên

Phần lớn các khối u bàng quang đều xuất phát từ 1 u nguyên phát (84%), cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Tekes A (70%) [3]. Có chênh lệch vì mẫu chọn vào khác nhau giữa 2 nhóm. Nghiên cứu của tác giả Tekes A chọn mẫu là những bệnh nhân có tiểu máu.

Các khối u bàng quang xâm lấn có kích thước $\geq 20\text{mm}$ (chiếm 67,5%), cao hơn nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hoàn (phần lớn u có kích thước từ 10-20 mm) [2]. Có sự khác biệt do tiêu chí chọn mẫu ở hai nghiên cứu khác nhau, ở nghiên cứu của Lê Minh Hoàn các trường hợp UTBQ được đưa vào nghiên cứu không kể đã xâm lấn hay chưa xâm lấn. Theo nghiên cứu của tác giả Sebastian Christoph Schmid và cộng sự, độ dày thành bàng quang $>150\%$ so với cơ BQ có mối tương quan thuận mạnh với giai đoạn T3

và tỷ lệ tử vong cao [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự tương đồng với tác giả này vì phần lớn các khối u của chúng tôi có kích thước lớn, điều này cho thấy có sự tương đồng với giai đoạn xâm lấn của UTBQ.

Về đặc điểm ngâm thuốc của khối UTBQ xâm lấn, trong nghiên cứu chúng tôi khảo sát thấy 87,4% khối u có đậm độ cao hơn cơ BQ và phần lớn bắt thuốc mạnh (chiếm 68,5%). Sau khi tiêm thuốc cản quang thì động mạch muộn, các khối u tăng khoảng $24,9 \pm 12,3$ HU. Theo nghiên cứu của tác giả Hua và cộng sự, các khối u BQ tăng đậm độ mạnh ở thì động mạch khoảng 25,85 HU [5], tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Các khối u bàng quang giàu mạch máu tăng sinh, vì vậy u bắt thuốc mạnh và tương phản rõ với cơ BQ vào thì động mạch.

UTBQ thường có xu hướng phát triển ra xung quanh, khối u nguyên phát thường phát triển từ lớp biểu mô xâm lấn qua màng đáy xuống lớp dưới niêm mạc đến lớp cơ, qua lớp thanh mạc ra ngoài xâm lấn vào lớp mỡ bao xung quanh bàng quang và dính vào các tạng lân cận. Lớp mỡ xung quanh bàng quang là lớp giải phẫu rất được quan tâm, vì khi lớp mỡ ở bàng quang bị thâm nhiễm có nghĩa là lớp thanh mạc của bàng quang có khả năng đã bị phá hủy bởi các tổ chức ung thư. Trên hình ảnh CLVT chúng ta không thể phân biệt rõ được các lớp giải phẫu của thành bàng quang. Tuy nhiên sau khi tiêm thuốc cản quang có thể nhận biết được cấu trúc lớp niêm mạc, lớp dưới niêm mạc, lớp cơ, lớp thanh mạc của bàng quang. Bởi vậy CLVT không có giá trị trong chẩn đoán riêng rẽ các giai đoạn T1, T2, T3a nên chúng tôi gộp các giai đoạn T1, T2, T3a vào chung 1 nhóm gọi là giai đoạn chưa xâm lấn trên hình ảnh CLVT. Việc chẩn đoán giai đoạn thâm nhiễm của tổ chức ung thư vào lớp mỡ xung quanh bàng quang cũng phụ thuộc vào nhiều yếu tố và đôi lúc gặp khá nhiều khó khăn và có thể đưa ra chẩn đoán sai. Lớp mỡ dày hay mỏng phụ thuộc vào thể trạng của bệnh nhân, tình trạng bàng quang có kèm viêm nhiễm hay không, hay viêm nhiễm của các tạng lân cận cũng sẽ ảnh hưởng đến lớp mỡ xung quanh bàng quang.

Đậm độ trung bình lớp mỡ thâm nhiễm quanh BQ thì không thuốc, thì động mạch và tĩnh mạch trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là $-50,9 \pm 18$ HU $-37 \pm 20,8$ HU và $-29,5 \pm 22,5$ HU. Đậm độ giữa các thì có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$ với phép kiểm t bất cặp). Theo tác giả Ibrahim Iler Oz và cộng sự, giá trị trung bình đậm độ mỡ quanh BQ thì

không thuốc, động mạch và tĩnh mạch lần lượt là -39,28 -18,6 và -22,6 HU [6]. Trong nghiên cứu của ông, tăng đậm độ quanh lớp mỡ quanh BQ cho thấy có sự xâm lấn xung quanh với độ đặc hiệu cao. Tuy nhiên, nghiên cứu của ông cho thấy sự bắt thuốc cản quang qua các thì so với thì không thuốc khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thì sau khi tiêm thuốc. Có sự không tương đồng giá trị p ở thì sau tiêm thuốc ở nghiên cứu của chúng tôi và của ông Ibrahim Iler Oz do dân số mẫu và số lượng mẫu. Vì mẫu nghiên cứu của Ibrahim Iler Oz tập trung vào những bệnh nhân ung thư bàng quang và số lượng mẫu là 26. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi có dân số đích là những bệnh nhân ung thư bàng quang đã có xâm lấn và số lượng mẫu lớn hơn (95 mẫu).

Trong 95 bệnh nhân UTBQ xâm lấn, có 19/95 bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn T3b trên CVLT. Độ nhạy của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T3b là 83,3%, độ đặc hiệu 94,8%, độ chính xác 92,6%. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hoàn, độ nhạy của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T3b là 90,6%, độ đặc hiệu 96,7%, độ chính xác 94,5% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi có độ đặc hiệu, độ chính xác khá cao, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hoàn. Tuy nhiên độ nhạy trong chẩn đoán giai đoạn T3b của chúng tôi là 83,3%, mặc dù độ nhạy khá cao nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả trên. Sở dĩ có sự khác nhau do tiêu chí chọn mẫu và cỡ mẫu của chúng tôi khác nhau. Ở nghiên cứu của chúng tôi, cỡ mẫu dựa vào những bệnh nhân có UTBQ có xâm lấn trên GPB và độ đặc hiệu. Số lượng mẫu bệnh có giai đoạn T3b ít hơn so với nghiên cứu của tác giả trên. Vì vậy độ nhạy thấp hơn so với nghiên cứu trên. Tuy nhiên độ nhạy 83,3% vẫn có giá trị cao trong phát hiện UTBQ giai đoạn T3b. Theo Kundra V, độ chính xác của CT trong chẩn đoán sự xâm lấn của lớp mỡ và các cơ quan lân cận dao động từ 55 – 92% [7]. Các đặc điểm xâm lấn mỡ trên CLTV như thâm nhiễm dạng đường, thâm nhiễm dạng nốt, tăng đậm độ bất thường, ranh giới của bàng quang với lớp mỡ không đều. Thâm nhiễm mỡ chỉ điểm dấu hiệu đã có xâm lấn thanh mạc, tuy nhiên nó có thể là chỉ điểm của giai đoạn T3a hoặc T3b. Nghiên cứu của chúng tôi chia thành các nhóm T1 – T3a, T3b nên có sự sai lệch ảnh hưởng đến độ nhạy, độ đặc hiệu trong quá trình đọc giữa hai nhóm.

Giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T4 trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối

cao. Độ nhạy 85,7%, độ đặc hiệu 98,8%, độ chính xác 97,9%. Giá trị chẩn đoán UTBQ giai đoạn $\geq$ T3b có độ nhạy 81,8%, độ đặc hiệu 93,2%, độ chính xác 90,5%. Và theo tác giả Jeong Kon Kim và cs, độ nhạy, độ nhạy trong phát hiện xâm lấn mỡ và các cơ quan xung quanh là 89% và độ đặc hiệu cao 95% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự tương đồng về giá trị độ đặc hiệu. Độ nhạy của chúng tôi thấp hơn nhưng chênh lệch không nhiều. Sở dĩ có sự chênh lệch vì trong nghiên cứu của chúng tôi chọn mẫu dựa và độ đặc hiệu, và số lượng bệnh nhân ở giai đoạn $\geq$ T3b ít hơn so với những bệnh nhân trong giai đoạn T1- T3a. Tuy nhiên giá trị độ nhạy 81,8% và độ đặc hiệu 93,2% vẫn được coi là có giá trị cao trong chẩn đoán giai đoạn $\geq$ T3b của CLVT.

V. KẾT LUẬN

Chụp CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán giai đoạn UTBQ xâm lấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Matsuda T, Ap^{TEL} I, Exbrayat C, Grosclaude P.** Determinants of quality of life of bladder cancer survivors five years after treatment in France. *Int J Urol.* 2003;10(8):423-429. doi:10.1046/j.1442-2042.2003.00657.
2. **Lê Minh Hoàn, Trần Công Hoan.** Giá Trị Cắt Lớp vi Tính Đa Dạng Chẩn Đoán Ung Thư Bàng Quang. *Tạp Chí Điện Quang Việt Nam.* 2015; (19), Tr 45-48.
3. **Tekes A, Kamel IR, et al.** MR Imaging Features of Transitional Cell Carcinoma of the Urinary Bladder. *Am J Roentgenol.* 2003;180(3):771-777. doi:10.2214/ajr.180.3.1800771.
4. **Schmid SC, Zahel T, Haller B, et al.** Prognostic value of computed tomography before radical cystectomy in patients with invasive bladder cancer: imaging predicts survival. *World J Urol.* 2016; 34(4): 569-576. doi:10.1007/s00345-015-1654-9
5. **Hua H, Gao Y, Lin J, et al.** Quantitative Analysis of Enhanced Computed Tomography in Differentiating Cystitis Glandularis and Bladder Cancer. *BioMed Res Int.*2020;2020:4930621.doi: 10.1155/2020/4930621.
6. **Oz II, Altinbas NK, et al.** The Role of Computerized Tomography in the Assessment of Perivesical Invasion in Bladder Cancer. *Pol J Radiol.* 2016;81:281-287. doi:10.12659/ PJR.896752
7. **Kundra V, Silverman PM.** Imaging in the Diagnosis, Staging, and Follow-Up of Cancer of the Urinary Bladder. *Am J Roentgenol.* 2003; 180(4):1045-1054. doi:10.2214/ajr.180.4.1 801045
8. **Kim JK, Park SY, Ahn HJ, Kim CS, Cho KS.** Bladder Cancer: Analysis of Multi-Detector Row Helical CT Enhancement Pattern and Accuracy in Tumor Detection and Perivesical Staging. *Radiology.* 2004;231(3): 725-731. doi:10.1148/radiol.2313021253.

NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN THÀNH DƯỚI DO TẮC ĐỘNG MẠCH VÀNH LIÊN THẤT TRƯỚC NHÁNH QUANH MỎM

Đào Thị Thanh Bình¹, Nguyễn Đỗ Anh¹, Bùi Minh Hiếu¹

TÓM TẮT

Nhồi máu cơ tim cấp có tỉ lệ mắc cao và tử vong hàng đầu trong số các bệnh lý tim mạch. Trong đó một số bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp thành dưới ghi nhận đoạn ST chênh lên ở cả thành dưới và thành trước trên điện tâm đồ, điều này có thể do tắc nghẽn động mạch liên thất trước nhánh quanh mỏm (wrapped left anterior descending coronary artery-wrapped LAD). Những bệnh nhân có tắc LAD nhánh quanh mỏm thường có tỉ lệ biến chứng và tử vong cao hơn. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả 3 trường hợp lâm sàng nhồi máu cơ tim cấp có kết quả chụp động mạch vành là tắc LAD nhánh quanh mỏm. Siêu âm tim sau can thiệp mạch vành cho thấy giảm động – vô động nặng vùng mỏm kèm theo suy tim phân suất tổng máu giảm sau nhồi máu. Các tiêu chuẩn điện tâm đồ để dự đoán tắc LAD nhánh quanh mỏm hiện chưa đủ độ tin cậy để chẩn đoán tuy nhiên cũng giúp nâng cao cảnh giác để can thiệp tái thông sớm nhất nhằm giảm nguy cơ biến chứng và tử vong cho bệnh nhân. **Từ khóa:** tắc động mạch liên thất trước nhánh quanh mỏm, wrapped LAD, Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành dưới, điện tâm đồ.

SUMMARY

INFERIOR ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION DUE TO WRAPPED LEFT ANTERIOR DESCENDING CORONARY ARTERY OCCLUSION

Acute myocardial infarction (AMI) has a high incidence rate and is one of the leading causes of mortality among cardiovascular diseases. In some cases of inferior AMI, electrocardiograms (ECG) show ST-segment elevation in both inferior and anterior leads, which may be due to occlusion of a wrapped left anterior descending artery (LAD). Patients with wrapped LAD occlusion tend to have higher rates of complications and mortality. In this article, we describe three clinical cases of AMI confirmed by coronary angiography to have wrapped LAD occlusion. Post-coronary intervention echocardiograms revealed severe hypokinesia and akinesia in the apical region, along with heart failure due to reduced ejection fraction following the infarction. Although current ECG criteria for predicting wrapped LAD occlusion are not yet sufficiently reliable for diagnosis, they do raise awareness for early revascularization interventions to reduce the risk of complications and mortality in these patients. **Keywords:** wrapped left ventricular anterior descending artery, wrapped LAD, STEMI, ECG.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh Bình
Email: binhdt@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 25.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025
Ngày duyệt bài: 27.8.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp là một bệnh lý phổ biến và có tỉ lệ tử vong hàng đầu trong số các bệnh lý tim mạch¹. Cho đến nay, điện tâm đồ vẫn đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp đặc biệt là những trường hợp nhồi máu cơ tim ST chênh lên. Tắc cấp tính động mạch vành liên thất trước (LAD) thường dẫn đến đoạn ST chênh lên trong các chuyển đạo trước tim và đoạn ST chênh xuống ở các chuyển đạo thành dưới. Khi đoạn ST chênh lên xảy ra ở chuyển đạo thành dưới, động mạch thủ phạm thường là động mạch vành phải (RCA) hoặc động mạch vành mũ trái (LCX). Tuy nhiên một số ít bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp thành dưới lại ghi nhận điện tâm đồ đoạn ST chênh lên đồng thời ở thành dưới và thành trước. Hiện tượng này được giải thích bởi sự tắc nghẽn động mạch liên thất trước nhánh quanh mỏm (wrapped LAD), cấp máu cho thành trước và cả thành dưới của tâm thất trái². Việc xác định bệnh nhân có tắc LAD nhánh quanh mỏm hay không rất quan trọng về mặt lâm sàng vì các nghiên cứu chứng minh rằng bệnh nhân bị tắc LAD nhánh quanh mỏm có tỉ lệ biến chứng cũng như tử vong cao hơn³. Tác giả Bozbeyoğlu và cộng sự năm 2019⁴ đã khảo sát hàng loạt tiêu chuẩn điện tâm đồ nhằm dự đoán tắc LAD nhánh quanh mỏm bao gồm ST chênh lên ở thành trước kèm theo ST chênh lên ở 1 hay toàn bộ chuyển đạo thành dưới, đặc điểm sóng T ở DIII có giá trị âm hay cuối sóng T có giá trị dương. Khi bệnh nhân xuất hiện các dấu hiệu điện tâm đồ này sẽ giúp gợi ý nhận diện sớm tắc LAD nhánh quanh mỏm trên lâm sàng, từ đó nhanh chóng có chỉ định can thiệp và tái thông động mạch vành khẩn để cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

II. TRÌNH BÀY CÁC CA LÂM SÀNG

Từ 01/03/2023 đến 31/06/2024, chúng tôi ghi nhận 3 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim thành dưới bằng điện tâm đồ nhưng có kết quả chụp động mạch cấp cứu là tắc động mạch liên thất trước nhánh quanh mỏm (wrapped LAD).

Ca lâm sàng số 1. Bệnh nhân nam, 40 tuổi, tiền căn tăng huyết áp đang điều trị thuốc, hút thuốc lá 36 gói-năm, nhập viện vì đau ngực trái. Cách nhập viện 12 giờ bệnh nhân đột ngột đau ngực dữ dội liên tục kèm vã mồ hôi. Khám lâm