

V. KẾT LUẬN

Mức độ biểu hiện của microRNA-132 có thể tiên lượng giai đoạn ở bệnh nhân trầm cảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization W.H.** (2012) Depression: A global crisis. World Federation for Mental Health.
2. **Ortega M.A., Alvarez-Mon M.A., García-Montero C. et al.** (2021) MicroRNAs as Critical Biomarkers of Major Depressive Disorder: A Comprehensive Perspective. *Biomedicines*, 9(11):1659.
3. **Liu Y., Yang X., Zhao L. et al.** (2016) Increased miR-132 level is associated with visual memory dysfunction in patients with depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12:2905.
4. **Fang Y., Qiu Q., Zhang S. et al.** (2018) Changes in miRNA-132 and miR-124 levels in non-treated and citalopram-treated patients with depression. *Journal of affective disorders*, 227: 745-751.
5. **Li Y.-J., Xu M., Gao Z.-H. et al.** (2013) Alterations of serum levels of BDNF-related miRNAs in patients with depression. *PLoS One*, 8(5): e63648.
6. **Qi S., Yang X., Zhao L. et al.** (2018) MicroRNA132 associated multimodal neuroimaging patterns in un-medicated major depressive disorder. *Brain*, 141(3): 916-926.
7. **Ahmadimanesh M., Etemad L., Rad D.M. et al.** (2023) Effect of citalopram and sertraline on the expression of miRNA-124, 132, and 16 and their protein targets in patients with depression. *Iranian Journal of Basic Medical Sciences*, 26(7): 820.
8. **Wadud S., Fatima S., Nazli R. et al.** (2024) Expression Analysis of miR-132, miR-182, miR-124, miR-let7b and miR-let7c in Patients with Depression. *Kurdish Studies*, 12(5):253-257.

GIẢI PHẪU VÀ MỐC PHẪU THUẬT CỦA CƠ TRÂM LƯỖI QUA PHẪU TÍCH NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG KHOANG CẠNH HẦU

Trần Thế Việt^{1,3}, Hoàng Bá Dũng¹, Nguyễn Thị Ngọc Thảo¹, Nguyễn Thanh Tùng¹, Lê Quang Tuyền², Lâm Huyền Trân³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi khoang cạnh hầu (KCH) qua đường miệng ngày càng được ứng dụng nhằm hạn chế biến chứng của đường mổ ngoài. Tuy nhiên, với “góc nhìn từ trong ra”, phẫu trường hẹp và thiếu mốc xương làm tăng nguy cơ chảy máu ồ ạt, đe dọa đường thở và tổn thương dây thần kinh sọ. Các nghiên cứu gần đây gợi ý cơ trâm lưỡi (CTL) có thể là một mốc phẫu thuật giúp định hướng bóc tách an toàn khi tiếp cận KCH.

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm nhận diện CTL dưới nội soi qua đường miệng; (2) Khảo sát tương quan CTL với các cấu trúc nguy cơ cao trong KCH (động mạch cảnh ngoài, thần kinh lưỡi); (3) Đề xuất chuỗi thao tác định hướng dựa trên CTL cho phẫu thuật nội soi KCH.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả giải phẫu thực nghiệm trên 10 tiêu bản xác tươi người trưởng thành (20 bên). Thực hiện phẫu tích nội soi KCH qua đường miệng theo các lớp từ niêm mạc-cơ siết hầu trên-lớp mỡ khoang trước trâm; nhận diện CTL và các mốc liên quan; đo khoảng cách từ CTL đến niêm mạc thành bên họng, thần kinh lưỡi ở hai mức giải phẫu và đến động mạch cảnh ngoài (ĐMCN) (mm). Thống kê mô tả và trình bày dạng trung bình và khoảng dao động (min-max).

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Khoa học Sức khỏe

³Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thế Việt

Email: ttviet.ncs24@ump.edu.vn

Mã bài: N494

Ngày nhận bài: 28/1/2026

Ngày phản biện khoa học: 21/1/2026

Ngày duyệt bài: 28/3/2026

Kết quả: CTL được nhận diện ở 100% mẫu phẫu tích như một bó cơ chạy chéo từ vùng mô trâm ra trước-trong đến đáy lưỡi, nằm sâu phía ngoài thành bên họng. CTL xuất hiện sớm sau khi bóc tách lớp mỡ khoang trước trâm và đóng vai trò như “dải cơ bảo vệ” che phủ các cấu trúc nằm sâu bên dưới. Động mạch cảnh ngoài và các nhánh liên quan (động mạch lưỡi, động mạch mặt) nằm phía sau CTL; thần kinh lưỡi nằm phía trên-ngoài và càng tiến về đáy lưỡi càng sát CTL. Các thông số đo đạc chính trình bày tại Bảng 1.

Kết luận: CTL là mốc phẫu thuật dễ nhận diện dưới nội soi qua đường miệng và có ý nghĩa định hướng an toàn khi tiếp cận KCH, đặc biệt trong nhận biết giới hạn sau của khoang trước trâm trước khi tiến vào vùng giàu mạch máu phía sau.

Từ khóa: cơ trâm lưỡi; khoang cạnh hầu; nội soi qua đường miệng; mốc giải phẫu; phẫu tích xác.

SUMMARY

ANATOMICAL AND SURGICAL LANDMARKS OF THE STYLOGLOSSUS MUSCLE IDENTIFIED THROUGH TRANSORAL ENDOSCOPIC DISSECTION OF THE PARAPHARYNGEAL SPACE

Background: Transoral endoscopic approaches to the parapharyngeal space (PPS) are increasingly used to avoid morbidity of external routes, yet they remain challenging because of the narrow working corridor and the “inside-out” anatomical view.

Objectives: To describe endoscopic identification of the styloglossus muscle (SGM), evaluate its relationship with high-risk neurovascular structures, and propose an SGM-based stepwise orientation for PPS surgery.

Methods: A descriptive cadaveric dissection study was performed on 10 fresh adult cadaveric heads (20 sides). Transoral endoscopic dissections were carried out to expose the prestyloid PPS, identify the SGM, and measure distances from the SGM to the lateral pharyngeal mucosa, the lingual nerve at two levels, and the external carotid artery (mm).

Results: The SGM was identified in all specimens as an oblique muscular bundle running from the styloid region to the tongue base. It appeared early after removal of prestyloid fat and consistently overlaid the external carotid artery and its branches posteriorly. The lingual nerve coursed superolateral to the SGM and approached it toward the tongue base.

Conclusions: The SGM is a reliable soft-tissue landmark for transoral endoscopic access to the PPS and may serve as the posterior safe limit of the prestyloid compartment before entering the vascular-rich poststyloid region.

Keywords: styloglossus; parapharyngeal space; transoral endoscopy; anatomical landmark; cadaveric dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoang cạnh hầu (KCH) là khoang giải phẫu sâu vùng đầu-cổ, có dạng hình tháp ngược với đáy ở nền sọ và đỉnh ở xương móng. KCH liên quan mật thiết với khoang cơ nhai ở phía trước, hố dưới thái dương ở phía trên, khoang sau hầu ở phía trong và khoang dưới hàm ở phía dưới; chứa nhiều cấu trúc quan trọng như mô mỡ, bó mạch cảnh, chuỗi giao cảm và các dây thần kinh sọ thấp[1]. Vì vậy, mọi can thiệp phẫu thuật tại vùng này đều tiềm ẩn nguy cơ biến chứng nặng nề (chảy máu khó kiểm soát, tổn thương mạch-thần kinh, phù nề đường thở).

Về mặt giải phẫu học, KCH thường được chia thành khoang trước trâm và khoang sau trâm bởi hoành trâm (mạc căng khẩu cái-mỡ trâm cùng nhóm cơ trâm). Khoang trước trâm chủ yếu chứa mô mỡ và liên quan tuyến mang tai sâu, trong khi khoang sau trâm là vùng giàu mạch-thần kinh với động mạch cảnh trong/ngoài, tĩnh mạch cảnh trong, các dây thần kinh IX-XII và chuỗi giao cảm. Việc nhận biết chính xác ranh giới giữa hai khoang trong góc nhìn nội soi có vai trò quyết định để lựa chọn mặt phẳng bóc tách và hạn chế tai biến[2].

Trong điều trị khối u KCH, đặc biệt u khoang trước trâm hoặc các tổn thương chọn lọc, xu hướng gần đây là mở rộng chỉ định cho đường tiếp cận qua đường miệng có hỗ trợ nội soi/robot nhờ ưu thế quan sát phóng đại, đường vào trực tiếp và tránh được biến chứng của đường mổ ngoài (sẹo xấu, tổn thương mô mềm, liệt nhánh bờ hàm dưới)[3]. Tuy vậy, phẫu thuật “từ trong ra” đặt ra thách thức do phẫu trường hẹp, thiếu mốc xương trực quan và khó kiểm soát chảy máu: chỉ cần một nhánh mạch bị tổn thương cũng có thể làm mờ trường mổ và nhanh chóng gây mất định hướng. Ngoài ra, phù nề sau mổ hoặc chảy máu

muộn có thể đe dọa đường thở, đòi hỏi phẫu thuật viên phải nhận diện sớm vùng nguy hiểm và có kế hoạch dự phòng.

Các mô hình tiếp cận hiện đại nhấn mạnh vai trò của các “mặt phẳng cơ” như mốc phẫu thuật ổn định để định hướng bóc tách[4]. Trong đó, cơ trâm lưỡi (CTL) được mô tả là cấu trúc xuất hiện sớm khi tiếp cận thành bên họng, có hướng đi lặp lại, liên hệ gần với động mạch cảnh ngoài và các nhánh, đồng thời che phủ các cấu trúc nằm sâu phía sau [5,6]. Tại Việt Nam, dù đã có báo cáo lâm sàng về phẫu thuật nội soi KCH qua đường miệng[7], việc hệ thống hóa các mốc phẫu thuật theo quan điểm nội soi vẫn còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu phẫu tích xác này nhằm (1) mô tả đặc điểm nhận diện CTL dưới nội soi qua đường miệng; (2) khảo sát tương quan CTL với thần kinh lưỡi và các cấu trúc mạch máu nguy cơ cao; và (3) đề xuất chuỗi thao tác định hướng dựa trên CTL để hỗ trợ chuẩn hóa tiếp cận và giảm biến chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả giải phẫu thực nghiệm.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 10 đầu xác tươi người trưởng thành (20 bên). Tiêu chuẩn chọn: không có tiền sử phẫu thuật vùng hầu họng-cổ; không có biến dạng vùng mỡ trâm-hầu họng. Tiêu chuẩn loại trừ: tổn thương phá hủy cấu trúc vùng amidan-thành bên họng hoặc can thiệp trước đó làm biến dạng phẫu tích.

2.3. Trang thiết bị

Hệ thống nội soi 0°, banh miệng, bộ dụng cụ vi phẫu/phẫu tích, thước cặp điện tử, thước phẫu thuật, bút đánh dấu, hệ thống ghi hình.

2.4. Quy trình phẫu tích nội soi (đường miệng)

Quy trình được chuẩn hóa theo trình tự từ nông đến sâu:

Bước 1 – Bộc lộ phẫu trường: đặt banh miệng, kéo lưỡi, bộc lộ trụ trước (cơ khẩu cái lưỡi), hố amidan và thành bên họng.

Bước 2 – Rạch niêm mạc và vào lớp cơ: rạch dọc bờ ngoài cơ khẩu cái-lưỡi, bóc tách dưới niêm, nhận diện cơ siết hầu trên.

Bước 3 – Vào khoang trước trâm và tìm CTL: vén cơ siết hầu trên vào trong; khi thấy lớp mỡ vàng là đã vào khoang trước trâm. Bóc tách theo mặt phẳng giữa lớp mỡ và cơ chân bướm trong, hướng về cực dưới hố amidan-đáy lưỡi để nhận diện CTL như bó cơ chạy chéo ra trước-trong.

Bước 4 – Bóc tách theo hai mặt phẳng “trước CTL” và “sau CTL”: (i) bóc tách lớp mỡ trước CTL để khảo sát khoang trước trâm; (ii) khi cần tiếp cận sâu hơn, vén CTL và bóc tách qua mạc giữa các cơ trâm (hoành

trâm) để bộc lộ động mạch cảnh ngoài và các nhánh (động mạch lưỡi, động mạch mắt). Trong mọi thao tác, ưu tiên nhận diện và bảo tồn thần kinh lưỡi ở phía trên–ngoài CTL, đặc biệt khi bóc tách gần đáy lưỡi.

2.5. Biến số và đo đạc

Biến định tính: hình thái, đường đi CTL dưới nội soi; tương quan CTL với cơ trâm hầu, thần kinh lưỡi và mạch máu phía sau.

Biến định lượng: (1) khoảng cách từ niêm mạc hầu đến CTL tại mức môm trâm; (2) khoảng cách từ CTL đến thần kinh lưỡi tại vị trí bất chéo với cơ chân bướm trong và tại vị trí thần kinh lưỡi đi vào lưỡi; (3) khoảng cách từ CTL đến động mạch cảnh ngoài. Tất cả đo bằng thước cặp điện tử và thước phẫu thuật lấy theo đường ngắn nhất (mm).

2.6. Xử lý số liệu

Thống kê mô tả và trình bày dạng giá trị trung bình và khoảng dao động (min–max).

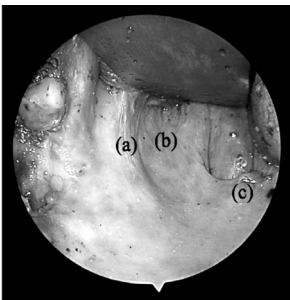
2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ quy định về sử dụng thi hài hiến tặng cho giảng dạy–nghiên cứu của Bộ môn Giải phẫu. Hồ sơ y đức số 2361/ĐHYD-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

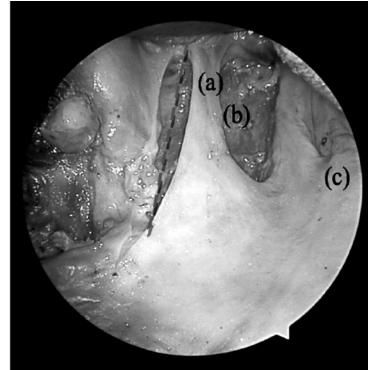
3.1. Nhận diện cơ trâm lưỡi dưới nội soi qua đường miệng

Sau khi bộc lộ trụ trước, hố amidan và thành bên họng (Hình 1), rạch niêm mạc dọc bờ ngoài cơ khẩu cái–lưỡi và vén cơ siết hầu trên vào trong, lớp mỡ vàng của khoang trước trâm xuất hiện rõ (Hình 2). Bóc tách sâu theo mặt phẳng giữa lớp mỡ này và cơ chân bướm trong sẽ gấp bó cơ chạy chéo từ sau–ngoài vào trước–trong, từ trên xuống dưới; đây là CTL (Hình 3). CTL có nguyên ủy ở vùng môm trâm và bám tận vào bờ sau–ngoài nền lưỡi. Trên tiêu bản, CTL luôn hiện diện (100% trong 20 bên) và có hướng đi ổn định, giúp định hướng đường bóc tách trong phẫu thuật “từ trong ra”. Phía trước CTL thường được che phủ bởi mạc căng khẩu cái–mòm trâm; CTL phối hợp với cơ trâm hầu và dây chằng trâm móng tạo nên một phần hoành trâm, góp phần phân chia tương đối giữa khoang trước trâm và sau trâm.



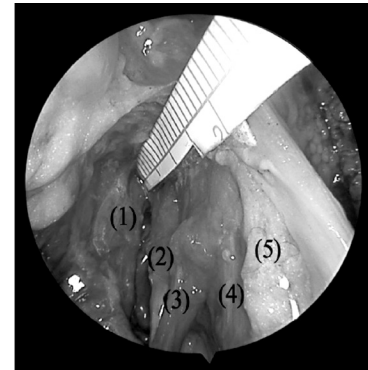
Hình 1. Bộc lộ phẫu trường bên trái (tương tự phẫu thuật cắt amidan).

(a) Cơ khẩu cái–lưỡi (trụ trước amidan); (b) Amidan khẩu cái; (c) Lưỡi gà.



Hình 2. Đường vào tiếp cận khoang trước trâm bên trái (đường đứt nét màu xanh).

Cơ khẩu cái–lưỡi; (b) Amidan bên trái (đã cắt); (c) Lưỡi gà.

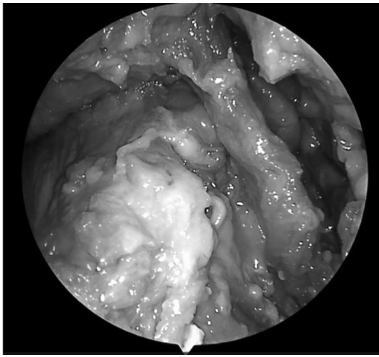


Hình 3. Bộc lộ các cấu trúc vùng khoang cạnh hầu bên trái nhìn “từ trong ra”.

(1) Cơ trâm lưỡi; (2) Dây chằng trâm móng; (3) Cơ trâm hầu; (4) Cơ siết hầu trên; (5) Lớp mỡ khoang trước trâm.

3.2. Tương quan CTL với động mạch cảnh ngoài và các nhánh

Theo “góc nhìn từ trong ra”, CTL nằm tương đối nông sau lớp mỡ cạnh hầu và là cơ gấp đầu tiên khi bóc tách sâu. CTL che phủ vùng giàu mạch máu phía sau: động mạch cảnh ngoài chạy song song phía sau CTL và về gần nền lưỡi sẽ cho nhánh động mạch lưỡi đi vào lưỡi. Động mạch mặt thường xuất phát cao hơn và đi ngang dưới phía sau CTL, sau đó hướng ra ngoài qua vùng tuyến dưới hàm trước khi lên mặt (Hình 4). Vì vậy, khi chưa kiểm soát được mạch máu, phẫu thuật viên nên xem mặt phẳng sau CTL là “vùng nguy hiểm”, hạn chế đi sâu ra sau CTL và ưu tiên bóc tách ở phía trước–trong CTL. Về thần kinh, thần kinh lưỡi nằm phía trên–ngoài CTL, có xu hướng tiến gần CTL khi đi về đáy lưỡi; do đó cần thao tác tinh tế, tránh đốt/cắt mù đặc biệt ở vùng cực dưới hố amidan.



Hình 4. Động mạch lưới và động mạch mặt vùng khoang cạnh hầu bên phải (góc nhìn "từ trong ra").

(1) Cơ trâm lưới; (2) Động mạch mặt; (3) Động mạch lưới; (4) Đáy lưỡi.

3.3. Kết quả đo đạc

Các thông số định lượng liên quan CTL trong tiếp cận nội soi KCH được trình bày tại Bảng 1 (đơn vị: mm).

Bảng 1. Khoảng cách định lượng liên quan cơ trâm lưới trong tiếp cận nội soi khoang cạnh hầu ($n = 20$ bên).

	Khoảng cách trung bình(mm)	Giá trị thấp nhất- cao nhất
Niêm mạc hầu – CTL	23,3	(19–26)
CTL – TK lưới (bắt chéo cơ chân bướm trong)	18,7	(17-20)
CTL – TK lưới (đi vào lưới)	3,1	3–4
CTL – ĐMCN	0,89	(0–3)

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm nhận diện CTL dưới nội soi qua đường miệng:

KCH có tính chất "trung tâm" của các khoang vùng đầu-cổ và thường được chia thành khoang trước trâm và sau trâm bởi mạc căng khẩu cái và hoành trâm. Trong phẫu thuật nội soi qua đường miệng, việc xác định ranh giới an toàn có ý nghĩa quyết định vì mốc xương khó quan sát và chảy máu có thể nhanh chóng làm mất định hướng. Kết quả phẫu tích của chúng tôi cho thấy CTL hiện diện ổn định (100%) và có hướng đi lặp lại, từ trên xuống dưới, từ sau ra trước và từ ngoài vào trong, đây là cơ xuất hiện đầu tiên ở khoang trước trâm, vì vậy có thể xem là một mốc phẫu thuật "đáng tin cậy" trong góc nhìn nội soi. Điều đó củng cố quan điểm rằng CTL có thể đóng vai trò như một "mốc mềm" tương tự cơ nhị thân trong phẫu thuật đường cổ bên: dễ thấy, ổn định và giúp phân chia vùng an toàn – vùng nguy hiểm. Trong thực hành, chỉ cần nhận diện đúng CTL, phẫu thuật viên có

thể ước lượng được giới hạn sau của khoang trước trâm và tránh việc bóc tách mù vào khoang sau trâm khi chưa kiểm soát được các cấu trúc mạch máu.

4.2 Tương quan CTL với thần kinh lưới và các cấu trúc mạch máu nguy cơ cao

CTL xuất hiện sau khi bóc tách lớp mỡ khoang trước trâm, do đó giúp phẫu thuật viên nhận biết đã đi đúng mặt phẳng giải phẫu. Khi còn ở trước CTL, phẫu trường chủ yếu là mô mỡ và các thớ cơ, nguy cơ chảy máu ở ạt thường thấp hơn. Ngược lại, phía sau CTL là vùng giàu mạch máu – nơi động mạch cảnh ngoài và các nhánh (động mạch lưới, động mạch mặt) hiện diện sát mặt phẳng bóc tách. Điều này phù hợp với mô tả của các tác giả trước đó[6,8], xem CTL như dấu hiệu cảnh báo "đang tiến sát vùng nguy hiểm" khi tiếp cận KCH qua đường miệng. Hướng thao tác là bóc tách theo thớ cơ và giữ mặt phẳng trước–trong CTL sẽ giảm nguy cơ chạm vào các nhánh động mạch lưới, động mạch mặt ở phía sau. Khi cần đi sâu ra sau, CTL đóng vai trò như "dải chắn" gợi ý phẫu thuật viên phải chuyển sang chiến lược kiểm soát mạch máu (chuẩn bị clip, đốt lưỡng cực, hoặc cân nhắc đường mổ phối hợp) thay vì tiếp tục bóc tách thuần túy. Do đó, ngoài việc sử dụng CTL làm mốc, phẫu thuật viên nên kết hợp (1) đánh giá hình ảnh mạch máu trước mổ (CTA/MRA), (2) thao tác bóc lộ theo từng lớp, (3) chuẩn bị sẵn phương án kiểm soát chảy máu và mô cổ dự phòng trong các trường hợp khối u gần bó mạch.

Một điểm cần lưu ý là thần kinh lưới nằm phía trên–ngoài CTL. Trên mẫu của chúng tôi, khoảng cách CTL–thần kinh lưới nhỏ dần về phía đáy lưỡi (chỉ còn 3–4 mm), đồng nghĩa nguy cơ tổn thương thần kinh tăng lên khi bóc tách quá thấp hoặc thao tác đốt, hoặc cắt mù ở vùng cực dưới hố amidan. Vì vậy, cần giải thích trước mổ cho bệnh nhân nguy cơ rối loạn vị giác sau mổ.

4.3. Chuỗi thao tác định hướng đề xuất dựa trên CTL

Từ quan sát phẫu tích, chúng tôi đề xuất chuỗi thao tác định hướng có thể áp dụng trong phẫu thuật nội soi KCH qua đường miệng như sau:

1) Bộc lộ trụ trước – hố amidan – thành bên họng; rạch niêm mạc dọc bờ ngoài cơ khẩu cái–lưỡi và nhận diện cơ siết hầu trên.

2) vén cơ siết hầu trên vào trong để vào lớp mỡ khoang trước trâm; bóc tách mỡ theo hướng sau–ngoài một cách tiết chế, tránh đi quá thấp.

3) Tìm CTL ở vùng cực dưới hố amidan/đáy lưỡi; xác nhận bó cơ có hướng chéo từ sau–ngoài vào trước–trong và đi xuống dưới.

4) Với tổn thương khoang trước trâm: ưu tiên bóc tách ở mặt phẳng trước–trong CTL; hạn chế vượt qua CTL ra sau khi chưa định vị mạch máu.

5) Khi bắt buộc tiếp cận sâu: vén CTL và mở hoành tâm theo từng lớp, đồng thời bộc lộ–kiểm soát động mạch cảnh ngoài và các nhánh; luôn lưu ý thần kinh lười ở phía trên–ngoài, đặc biệt vùng đáy lười.

4.4. Hạn chế và hướng nghiên cứu tiếp theo

Nghiên cứu này có cỡ mẫu hạn chế và chỉ tập trung mô tả giải phẫu “trong phòng phẫu tích”, vì vậy chưa phản ánh đầy đủ biến thiên giải phẫu trên bệnh nhân có u, viêm dính hoặc sau xạ trị. Các số đo cũng mới dừng ở mức gợi ý khoảng cách tương đối giữa CTL và các cấu trúc nguy cơ. Nghiên cứu tiếp theo nên tăng cỡ mẫu, chuẩn hóa vị trí đo, đo lặp nhiều lần và đối chiếu trực tiếp với CTA/MRA để xây dựng bản đồ an toàn phù hợp quần thể Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

- Cơ trâm lười là mốc giải phẫu mềm dễ nhận diện dưới nội soi qua đường miệng trong phẫu tích khoang cạnh hầu.
- CTL nằm nông và xuất hiện sớm sau lớp mỡ khoang trước trâm, có giá trị định hướng phẫu trường và gợi ý ranh giới sau an toàn của khoang trước trâm.
- Phía sau CTL là vùng giàu mạch máu (động mạch cảnh ngoài và các nhánh); thần kinh lười nằm phía trên–ngoài và càng gần CTL về phía đáy lười. Việc sử dụng CTL làm mốc kết hợp đánh giá hình ảnh và huấn luyện phẫu tích có thể góp phần chuẩn hóa tiếp cận nội soi KCH và giảm nguy cơ tai biến mạch máu–thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jones J, Hacking C, Cho J. Parapharyngeal space. Radiopaedia.org; 2010 (truy cập 31/12/2025).
2. Dallan I, Seccia V, Muscatello L, et al. Transoral endoscopic anatomy of the parapharyngeal space: a step-by-step logical approach with surgical considerations. Head & Neck. 2011;33(4):557–561.
3. Alhashim MA, Alrahim AA, Aljaafari AO, et al. Transoral robotic surgery (TORS) vs. endoscopy-assisted transoral approach (EATA) for parapharyngeal space tumors: a systematic review and meta-analysis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2025;282(11):5883–5917.
4. Mao S, Tang R, Gu Y, et al. Approaches to parapharyngeal space and infratemporal fossa based on different anatomical spaces. World Neurosurgery. 2025;194:123495.
5. Goldenberg D, Goyal N (eds.). Robotic Head and Neck Surgery: An Anatomical and Surgical Atlas. Stuttgart: Thieme; 2017.
6. Laccourreye O, Orosco RK, Rubin F, et al. Styloglossus muscle: a critical landmark in head and neck oncology. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2018;135(6):421–425.
7. Trần AB. Ứng dụng nội soi trong phẫu thuật u khoang cạnh hầu qua đường miệng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;536(1).
8. Gun R, Durmus K, Kucur C, et al. Transoral surgical anatomy and clinical considerations of lateral oropharyngeal wall, parapharyngeal space, and tongue base. Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;154(3):480–485.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA N-TERMINAL PRO-B-TYPE NATRIURETIC PEPTIDE TRÊN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Nguyễn Văn Sĩ^{1,2*}, Nguyễn Bá Mạnh Vinh², Phan Thanh Vũ², Bùi Huy Hoàng²,
Trần Thị Ngọc Dung², Nguyễn Ngọc Thiện², Lê Văn Minh², Đinh Quốc Bảo¹, Hồ Dũng Tiên²

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhồi máu cơ tim cấp là cấp cứu tim mạch thường gặp, có tỷ lệ tử vong và biến chứng cao. NT-proBNP là chỉ dấu sinh học phản ánh tình trạng rối loạn chức năng thất trái, song dữ liệu về giá trị tiên lượng nội viện của NT-proBNP trong bối cảnh Việt Nam còn hạn chế.

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương lúc nhập viện và tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp trong thời gian nằm viện.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 399 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Nguyễn Trãi (Thành phố Hồ Chí Minh) từ 01/2022 đến 10/2024, được xét nghiệm NT-proBNP trong vòng 24 giờ đầu. Các yếu tố liên quan đến tử vong được phân tích bằng hồi quy logistic. Điểm cắt NT-proBNP được xác định bằng đường cong ROC theo tiêu chuẩn Youden.

Kết quả: Nghiên cứu gồm 399 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, tuổi trung bình $66 \pm 11,7$ tuổi, nam giới chiếm 56,6%. Tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện là 13,3%. Nhóm có kết cục tử vong cao tuổi hơn ($71,4$ so với $65,3$ tuổi; $p < 0,001$), rối loạn lipid máu nhiều hơn ($43,4\%$ so với 28% ; $p = 0,02$), phân suất tống máu thấp hơn (42% so với 48% ; $p = 0,003$), nhịp tim nhanh hơn ($104,3$ so với $86,4$ lần/phút; $p < 0,001$) và nồng độ NT-proBNP cao hơn rõ rệt (6931 so với $1818,5$ pg/mL; $p < 0,001$). Tỷ lệ đặt stent mạch vành ở nhóm tử vong thấp hơn đáng kể so với nhóm sống sót ($41,5\%$ so

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nguyễn Trãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen@ump.edu.vn

Mã bài: N342b

Ngày nhận bài: 16/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/2/2026

Ngày duyệt bài: 16/4/2026