

thương giữ nguyên được điều trị thêm với xạ trị gammaknife. 1 bệnh nhân tiến triển cùng với tổn thương tiến triển ngoài não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L. et al (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.
2. Trần Văn Thuận Lê Văn Quảng, Nguyễn Tiến Quang (2019), "Ung thư phổi", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung thư, 176-187.
3. Khozin S., Weinstock C., Blumenthal G. M. et al (2017), Osimertinib for the Treatment of Metastatic EGFR T790M Mutation-Positive Non-Small Cell Lung Cancer, Clin Cancer Res. 23(9), 2131-2135.
4. Mai Trọng Khoa Trần Đình Hà, Phạm Cẩm Phương và CS (2016), Xác định đột biến gen EGFR trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2 (Cận lâm sàng-Hệ thống tạo huyết), 7.
5. Nguyễn Hoài Nga Bùi Diệu, Trần Văn Thuận, và CS (2014), Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ung thư phổi nguyên phát chẩn đoán điều trị tại bệnh viện K trong 10 năm từ 2001 đến 2010, Tạp chí Ung thư học Việt Nam. số 2, 7.
6. Mok T. S., Wu Y. L., Ahn M. J. et al (2017), Osimertinib or Platinum-Pemetrexed in EGFR T790M-Positive Lung Cancer, N Engl J Med. 376(7), 629-640.
7. Pan-Chyr Yang Yuankai Shi, Joseph Siu-kie Au, et al (2012), Molecular Epidemiological prospective study of EGFR mutation from Asian patients with advanced lung adenocarcinoma (PIONEER), J Clin Oncol. 30, 1534.
8. John T., Akamatsu H., Delmonte A. et al (2018), EGFR mutation analysis for prospective patient selection in AURA3 phase III trial of osimertinib versus platinum-pemetrexed in patients with EGFR T790M-positive advanced non-small-cell lung cancer, Lung Cancer. 126, 133-138.
9. Ramalingam S. S., Vansteenkiste J., Planchard D. et al (2020), Overall Survival with Osimertinib in Untreated, EGFR-Mutated Advanced NSCLC, N Engl J Med. 382(1), 41-50.

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CỦA BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO CẤP VÙNG NHÂN XÁM TRUNG ƯƠNG DO TĂNG HUYẾT ÁP

Hà Hữu Quý¹, Hồ Thanh Thùy², Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Nguyễn Thị Hoàng Yến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố tiên lượng chảy máu não cấp vùng nhân xám trung ương do tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu được thực hiện trên 121 bệnh nhân chảy máu não cấp nhân xám trung ương do tăng huyết áp điều trị tại Trung tâm thần kinh Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,6 ± 11,5. Tỷ lệ nam/nữ 1,9. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở các nhóm tuổi từ 45 tuổi trở lên đặc biệt là hai nhóm tuổi từ 55-64 (40,5%) và ≥ 65 (27,8%). Về mặt các yếu tố tiên lượng, nghiên cứu cho thấy, ở nhóm tuổi < 65 tuổi tỷ lệ tiến triển xấu là 27,4%, ở nhóm tuổi ≥ 65 tỷ lệ tiến triển xấu là 64,9%. Như vậy ở nhóm tuổi ≥ 65 tuổi tiên lượng kém hơn, p < 0,01, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Huyết áp tâm thu lúc vào viện ≥ 180 mmHg tiên lượng kém hơn với p < 0,05 khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân có điểm Glasgow lúc vào viện ≤ 12 điểm có tỷ lệ tiến triển xấu cao gấp 0,412 lần nhóm có Glasgow > 12 điểm, OR nằm trong khoảng 0,173-0,986 không chứa 1, p < 0,05, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm

có tràn máu não thất, tỷ lệ tiến triển xấu (57,6%) cao hơn tỷ lệ tiến triển tốt (42,4%) với p < 0,05, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Nghiên cứu được tiến hành trên 121 bệnh nhân chảy máu não cấp nhân xám trung ương do tăng huyết áp điều trị tại Trung tâm thần kinh Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,6 ± 11,5. Tỷ lệ nam/nữ 1,9. Kết quả cho thấy các yếu tố có giá trị trong việc tiên lượng kết cục tồi ở bệnh nhân chảy máu não cấp vùng nhân xám trung ương do tăng huyết áp bao gồm: tuổi ≥ 65, huyết áp tâm thu lúc vào viện ≥ 180 mmHg, điểm Glasgow lúc vào viện ≤ 12 điểm, tràn máu não thất.

Từ khóa: Chảy máu não nhân xám trung ương, yếu tố tiên lượng

SUMMARY

PROGNOSIS OF ACUTE HYPERTENSIVE BASAL GANGLIA INTRACEREBRAL HEMORRHAGE

Objective: To describe clinical features acute hypertensive basal ganglia intracerebral hemorrhage. **Subjects and methods:** a prospective, descriptive study of 121 patients with acute hypertensive basal ganglia intracerebral hemorrhage at Department of Neurology, Bach Mai Hospital from June 2021 to June 2022. **Results:** The mean age of the study group was 59.6 ± 11.5. Male/Female ratio 1.9. The prevalence is higher in age groups 45 years and older, especially two age groups 55-64 (40.5%) and 65 (27.8%) In terms of prognostic factors, the study showed in the age group < 65 years old, the bad progression rate

¹Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai,

²Đại học Y Hà Nội,

³Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Hữu Quý

Email: drhahuuquybm@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2022

Ngày duyệt bài: 27.9.2022

was 27.4%, in the age group ≥ 65 , the bad progression rate was 64.9%, so in the age group ≥ 65 years, the prognosis was worse, $p < 0,01$, statistically significant difference. Systolic blood pressure at admission ≥ 180 mmHg has a worse prognosis with $p < 0,05$, statistically significant difference. In the group with GCS ≤ 12 points, bad progression rate is 0.412 times higher than group with GCS >12 points, OR is in the range 0.173-0.986 without 1, $p < 0.05$, statistically significant difference. In the group with intraventricular hemorrhage, the rate of bad progress (57.6%) was higher than the rate of good progress (42.4%) with $p < 0.05$, the difference was statistically significant. **Conclusion:** The study was conducted on 121 patients with central acute cerebral hemorrhage due to hypertension treated at Bach Mai Neurological Center from July 2021 to June 2022. The mean age of the study group. is 59.6 ± 11.5 . Male/Female ratio 1.9. The results showed that the factors that are valuable in predicting poor outcome in patients with hypertensive central gray nucleus acute cerebral hemorrhage include: age ≥ 65 years, systolic blood pressure at admission ≥ 180 mmHg, GCS ≤ 12 points, intraventricular hemorrhage.

Key words: basal ganglia hemorrhage, prognosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não là phân nhóm phổ biến thứ hai chiếm khoảng 10 - 20% các trường hợp tai biến mạch máu não. Tăng huyết áp là một trong những căn nguyên chính gây ra chảy máu não trong đó tỷ lệ chảy máu não sâu do tăng huyết áp cao gấp hai lần chảy máu não thùy.^{1,2} Trong các trường hợp chảy máu não do tăng huyết áp, vùng nhân xám trung ương chiếm một tỷ lệ lớn.³ Đây là căn bệnh quái ác với tỷ lệ tử vong rất cao

Cho đến nay, các loại thuốc cầm máu và thuốc bảo vệ thần kinh không mang lại kết quả cải thiện lâm sàng. Việc chẩn đoán sớm và tiên lượng có ý nghĩa rất lớn cho quá trình chăm sóc

điều trị nhằm giảm tỷ lệ tử vong và tàn phế cho bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét một số yếu tố tiên lượng chảy máu não cấp vùng nhân xám trung ương do tăng huyết áp*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 121 bệnh nhân được chẩn đoán là chảy máu não vùng nhân xám trung ương do tăng huyết áp điều trị ở Trung tâm thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ ngày 01/07/2021 đến hết ngày 30/06/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu

- Tuổi ≥ 18 tuổi
- Bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu nhân xám trung ương do tăng huyết áp bằng hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não
- Chỉ lựa chọn bệnh nhân có thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến lúc nhập viện không quá 72 giờ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Chảy máu não nhân xám trung ương có: dị dạng mạch não, rối loạn đông máu, suy tim nặng, suy gan nặng, suy thận nặng.
- Bệnh nhân không được theo dõi nội trú và không có hồ sơ đầy đủ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: theo chương trình SPSS 20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| Tuổi | Giới | Nam | Nữ | Chung |
|-------------------------------|-----------|------------|------------|----------------------------|
| | | n= 79 | n= 42 | n= 121 (100%) |
| Tuổi trung bình (khoảng tuổi) | | 79 (65,3%) | 42 (34,7%) | 59,6 ± 11,5 (28 -92 tuổi) |
| Phân bố theo nhóm tuổi | < 25 | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| | 25- 34 | 2 (25,3%) | 0 (0%) | 2 (1,7%) |
| | 35- 44 | 6 (75,9%) | 2 (4,76%) | 8 (6,6%) |
| | 45- 54 | 17 (21,5%) | 10 (23,8%) | 27(22,3%) |
| | 55- 64 | 32 (40,5%) | 15 (35,7%) | 47 (38,8%) |
| | ≥ 65 | 22 (27,8%) | 15 (35,7%) | 37 (30,6%) |

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 121 bệnh nhân. Tuổi trung bình là $59,6 \pm 11,5$, tuổi trẻ nhất là 28 và lớn nhất là 92. Tỷ lệ mắc ở nam cao gấp hai lần tỷ lệ mắc ở nữ, Nam/Nữ = 1.9/1. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở các nhóm tuổi từ 45 tuổi trở lên đặc biệt là hai nhóm tuổi từ 55-64 (40,5%) và ≥ 65 (27,8%).

3.2. Một số yếu tố tiên lượng

3.2.1. Tuổi**Bảng 2: Tuổi và tiến triển**

| | | Tiến triển xấu (mRs 4-6) | Tiến triển tốt (mRs 0-3) | Tổng số trường hợp | P |
|------|---------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------|
| < 65 | Số trường hợp | 23 | 61 | 84 | < 0,01 |
| | Tỷ lệ % | 27,4% | 72,6% | 100% | |
| ≥ 65 | Số trường hợp | 24 | 13 | 37 | |
| | Tỷ lệ % | 64,9% | 35,1% | 100% | |

Nhận xét: Ở nhóm tuổi < 65 tuổi tỷ lệ tiến triển xấu là 27,4%, ở nhóm tuổi ≥ 65 tỷ lệ tiến triển xấu là 64,9%. Như vậy ở nhóm tuổi > 65 tuổi tiên lượng kém hơn, $p < 0,01$, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2.2. Giới**Bảng 3. Giới và tiến triển bệnh**

| | | Tiến triển xấu (mRs 4-6) | Tiến triển tốt (mRs 0-3) | Tổng số trường hợp | P |
|-----|---------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------|
| Nam | Số trường hợp | 32 | 47 | 79 | > 0,05 |
| | Tỷ lệ % | 40,5% | 59,5% | 100% | |
| Nữ | Số trường hợp | 15 | 27 | 42 | |
| | Tỷ lệ % | 35,7% | 64,3% | 100 | |

Nhận xét: Ở cả giới nam và nữ, tỷ lệ tiến triển xấu đều thấp hơn tỷ lệ tiến triển tốt, $p > 0,05$, khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2.3. Huyết áp lúc vào viện**Bảng 4: Huyết áp lúc vào viện**

| | | Tiến triển xấu (mRs 4-6) | Tiến triển tốt (mRs 0-3) | Tổng | p |
|------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|------|--------|
| HATT <180 mmHg | số bệnh nhân | 26 | 55 | 81 | < 0,05 |
| | Tỷ lệ % | 32,1 % | 67,9% | 100% | |
| HATT ≥ 180 mmHg | số bệnh nhân | 21 | 19 | 40 | |
| | Tỷ lệ | 52,5% | 47,5% | 100% | |
| HATTr < 110 mmHg | số bệnh nhân | 46 | 74 | 120 | > 0,05 |
| | Tỷ lệ | 38,3% | 61,7% | 100% | |
| HATTr ≥110 mmHg | số bệnh nhân | 1 | 0 | 1 | |
| | Tỷ lệ | 100% | 0% | 100% | |

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy HATT ≥ 180 mmHg có tỷ lệ tiến triển xấu (52,5%) cao hơn tỷ lệ tiến triển tốt (47,5%), ở nhóm HATT < 180mmHg tỷ lệ tiến triển tốt (67,9%) lại cao hơn tỷ lệ tiến triển xấu (32,1%). $p < 0,05$ khác biệt có ý nghĩa thống kê. HATTr lúc vào viện ở nhóm HATTr ≥110 mmHg có tỷ lệ tiến triển xấu cao (100%) tuy nhiên $p > 0,05$ khác biệt không có ý nghĩa thống kê

3.2.4. Tình trạng ý thức lúc vào viện**Bảng 5. Tình trạng ý thức lúc vào viện và tiến triển**

| Điểm glasgow | | Tiến triển xấu (mRs 4-6) | Tiến triển tốt (mRs 0-3) | Tổng bệnh nhân | Tỷ suất chênh | P |
|--------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------------|-----------|
| ≤ 12điểm | Số trường hợp | 15 | 12 | 27 | 0,413 (0,173- 0,986) | < 0,05 |
| | Tỷ lệ % | 55,6% | 44,4% | 100% | | |
| > 12điểm | Số trường hợp | 32 | 62 | 94 | | |
| | Tỷ lệ % | 34% | 66% | 100% | | |

Nhận xét: Kết quả cho thấy bệnh nhân vào viện với tình trạng rối loạn ý thức Glasgow ≤ 12điểm có tỷ lệ tiến triển xấu là 55,6% cao gấp 0,412 lần nhóm có Glasgow >12 điểm (34%), OR nằm trong khoảng 0,173-0,986 không chứa 1, $p < 0,05$, khác biệt có ý nghĩa thống kê

3.2.5. Thể tích khối máu tụ**Bảng 6:Thể tích khối máu tụ và tiến triển**

| Thể tích (cm ³) | | Tiến triển xấu (mRs 4-6) | Tiến triển tốt (mRs 0-3) | Tổng bệnh nhân | P |
|-----------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|---|
| < 60 | Số trường hợp | 43 | 71 | 114 | > |
| | Tỷ lệ % | 37,7% | 62,3% | 100% | |

| | | | | | |
|------|--------------------------|------------|------------|-----------|------|
| ≥ 60 | Số trường hợp Tỷ lệ % | 4 57,1% | 3 42,9% | 7 100% | 0,05 |
|------|--------------------------|------------|------------|-----------|------|

Nhận xét: Tỷ lệ tiến triển xấu ở nhóm có V ≥ 60 cm³ (57,1%) cao hơn nhóm V < 60 cm³ (37,7%) tuy nhiên p > 0,05, khác biệt không có ý nghĩa thống kê

3.2.6 Trần máu não thất

Bảng 7: Máu vào não thất và tiến triển

| Máu vào não thất | | Tiến triển xấu (mRs 4-6) | Tiến triển tốt (mRs 0-3) | Tổng bệnh nhân | P |
|------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|-----------|
| Có | Số trường hợp Tỷ lệ % | 19 57,6% | 14 42,4% | 33 100% | < 0,01 |
| Không | Số trường hợp Tỷ lệ % | 28 31,8% | 60 68,2% | 88 100% | |

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy ở nhóm có tràn máu não thất, tỷ lệ tiến triển xấu (57,6%) cao hơn tỷ lệ tiến triển tốt (42,4%). Trong khi ở nhóm không có tràn máu não thất thì ngược lại. p < 0,01 vì vậy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 121 bệnh nhân chảy máu não cấp nhân xám trung ương do tăng huyết áp điều trị tại Trung tâm thần kinh Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,6 ± 11,5. Tỷ lệ nam/nữ 1,9. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở các nhóm tuổi từ 45 tuổi trở lên đặc biệt là hai nhóm tuổi từ 55 - 64 (40,5%) và ≥ 65 (27,8%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước ⁴.

Về mặt các yếu tố tiên lượng, nghiên cứu cho thấy, ở nhóm tuổi < 65 tuổi tỷ lệ tiến triển xấu là 27,4%, ở nhóm tuổi ≥ 65 tỷ lệ tiến triển xấu là 64,9%. Như vậy ở nhóm tuổi > 65 tuổi tiên lượng kém hơn, p < 0,01, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ở cả giới nam và nữ, tỷ lệ tiến triển xấu đều thấp hơn tỷ lệ tiến triển tốt, p > 0,05 khác biệt không có ý nghĩa thống kê. HATT ≥ 180 mmHg có tỷ lệ tiến triển xấu (52,5%) cao hơn tỷ lệ tiến triển tốt (47,5%), ở nhóm HATT < 180 mmHg tỷ lệ tiến triển tốt (67,9%) lại cao hơn tỷ lệ tiến triển xấu (32,1%), p < 0,05 khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điểm Glasgow lúc vào viện ≤ 12 điểm có tỷ lệ tiến triển xấu là 55,6% cao gấp 0,412 lần nhóm có Glasgow > 12 điểm (34%), OR nằm trong khoảng 0,173 - 0,986 không chứa 1, p < 0,05, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tiến triển xấu ở nhóm có V ≥ 60 cm³ (57,1%) cao hơn nhóm V < 60 cm³ (37,7%) tuy nhiên p > 0,05, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nhóm có tràn máu não thất, tỷ lệ tiến triển xấu (57,6%) cao hơn tỷ lệ tiến triển tốt (42,4%). Trong khi ở nhóm không có tràn máu não thất thì ngược lại. p < 0,01 vì vậy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới về các yếu tố tiên lượng chảy máu não nói chung. Một nghiên cứu của hội phẫu thuật thần kinh quốc tế trên 342 bệnh nhân chảy máu não nguyên phát cho thấy các yếu tố tiên lượng xấu bao gồm: GCS < 11 điểm và thể tích khối máu tụ > 32ml.⁵ Nghiên cứu khác của Juvela thực hiện năm 1995 cũng chỉ ra các yếu tố tiên lượng chảy máu não nguyên phát bao gồm: GCS lúc vào viện, tràn máu não thất.⁶

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 121 bệnh nhân chảy máu não cấp nhân xám trung ương do tăng huyết áp điều trị tại Trung tâm thần kinh Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,6 ± 11,5. Tỷ lệ nam/nữ 1,9. Kết quả cho thấy các yếu tố có giá trị trong việc tiên lượng kết cục tồi ở bệnh nhân chảy máu não cấp vùng nhân xám trung ương do tăng huyết áp bao gồm: tuổi ≥ 65, huyết áp tâm thu lúc vào viện ≥ 180 mmHg, điểm Glasgow lúc vào viện ≤ 12 điểm, tràn máu não thất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thrift AG, McNeil JJ, Forbes A, Donnan GA. Three Important Subgroups of Hypertensive Persons at Greater Risk of Intracerebral Hemorrhage. *Hypertension*. 1998;31(6):1223-1229. doi:10.1161/01.HYP.31.6.1223
2. Flaherty ML, Woo D, Haverbusch M, et al. Racial variations in location and risk of intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2005;36(5):934-937. doi:10.1161/01.STR.0000160756.72109.95
3. Qureshi AI, Mendelow AD, Hanley DF. Intracerebral haemorrhage. *The Lancet*. 2009;373(9675):1632-1644. doi:10.1016/S0140-6736(09)60371-8
4. Hu Y zhen, Wang J wen, Luo B yan. Epidemiological and clinical characteristics of 266 cases of intracerebral hemorrhage in Hangzhou, China. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2013;14(6):496-504. doi:10.1631/jzus.B1200332
5. Safatli DA, Günther A, Schlattmann P, Schwarz F, Kalff R, Ewald C. Predictors of 30-

day mortality in patients with spontaneous primary intracerebral hemorrhage. *Surg Neurol Int.* 2016;7(Suppl 18):S510. doi:10.4103/2152-7806.187493

6. **Juvela S.** Risk factors for impaired outcome after spontaneous intracerebral hemorrhage. *Arch Neurol.* 1995;52(12):1193-1200. doi:10.1001/archneur.1995.00540360071018

U MÁU TIM: BÁO CÁO MỘT CA BỆNH HIẾM GẶP

Nguyễn Quốc Đạt*, Phạm Thành Đạt**

TÓM TẮT

U máu tim là một loại u lành tính cực kỳ hiếm gặp, với tỷ lệ chỉ chiếm 2,8% trong tổng số các loại u tim nguyên phát. Các triệu chứng của khối u thường biểu hiện ở bệnh nhân khó thở, đau tức ngực và ho khan kéo dài. Chẩn đoán có thể được thực hiện bằng siêu âm tim, chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ. Phẫu thuật cắt bỏ triệt để được chỉ định ở những bệnh nhân có triệu chứng. **Báo cáo ca bệnh:** Chúng tôi báo cáo về một trường hợp tình cờ tìm thấy một khối u nằm ở ngoại tâm mạc bên phải đã được loại bỏ thành công bằng phẫu thuật nội soi toàn bộ. **Kết luận:** Chẩn đoán giải phẫu bệnh là u máu tim nguyên phát. Trong trường hợp này, u máu đã được cắt bỏ thành công bằng phẫu thuật nội soi. Bệnh nhân ổn định không tái phát.

Từ khóa: U máu tim, Phẫu thuật nội soi hoàn toàn, U ngoại tâm mạc.

SUMMARY

CARDIAC HAEMANGIOMA: A CASE REPORT

Cardiac haemangioma (CH) is an extremely rare type of benign heart tumor, with prevalence only 2.8% of all primary cardiac tumors. The symptoms of tumor are often presented in a patient with dyspnea, chest pain, and persistent dry cough. Diagnosis can be made by echocardiography, computed tomography, or magnetic resonance imaging. Radical surgical resection is indicated in symptomatic patients. **Case report:** We report on a case of an incidentally found tumor located on the right-sided epicardium that was successfully removed with the totally endoscopic surgery. **Conclusion:** The pathological diagnosis was primary cardiac cavernous haemangioma. In this case, the haemangioma was successfully resected with the totally endoscopic surgery. No recurrence was detected on follow up.

Keywords: Cardiac Haemangioma, Totally Endoscopic Surgery, Epicardial Cardiac Tumor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U máu tim (CH) là khối u lành tính hiếm gặp với tỉ lệ từ 2-3% trong số các u nguyên phát ở

tim, u được đặc trưng bởi sự tăng sinh mạch máu với nội mô có nhân mỏng dẹt [1]. Tỷ lệ phát hiện qua khám nghiệm tử thi dao động từ 0,0017 đến 0,27% trong một nghiên cứu gần đây [2]. Các vị trí bắt nguồn của u máu tim có thể từ bất kỳ lớp nào trong ba lớp tim: nội tâm mạc, cơ tim hoặc ngoại tâm mạc. Trong đó, ngoại tâm mạc là vị trí hiếm gặp nhất của khối u này. Ngoài ra, về nguồn gốc giải phẫu, hơn một phần ba (36%) u máu tim được tìm thấy ở tâm thất phải, một phần ba (34%) khác là từ tâm thất trái. Khoảng 23% u máu tim nằm ở tâm nhĩ phải (23%) và chỉ có rất ít (7%) trường hợp được tìm thấy ở tâm nhĩ trái. Về phân loại mô bệnh học u máu tim được chia làm 3 loại, bao gồm: u máu thể hang với không gian mạch lớn, thành mỏng, u máu thể dị dạng động tĩnh mạch, và cuối cùng là u máu thể mao mạch có tăng sinh mạnh số lượng các mao mạch nhỏ kích thước đều [3]. Bất chấp sự lành tính về mô bệnh học của nó, một số tài liệu báo cáo rằng u máu ở tim có thể gây ra các biến chứng đe dọa tính mạng chẳng hạn như ngất, đột quy, và thậm chí đột tử nhất là ở các khối u lớn. Các triệu chứng trong u máu tim rất đa dạng, bệnh nhân có thể có các triệu chứng khu trú như khó thở khi gắng sức, đau ngực, ho, đánh trống ngực; và các triệu chứng toàn thân bao gồm mệt mỏi, đổ mồ hôi ban đêm, sốt và phù mắt hoặc chi dưới. Trong số tất cả, triệu chứng thường được bệnh nhân báo cáo là không dung nạp tập thể dục [4]. Tuy nhiên nhiều trường hợp u máu tim không có triệu chứng, bệnh được phát hiện tình cờ. Ở những bệnh nhân có các triệu chứng gợi ý, phương thức chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng để chẩn đoán u máu tim. Những tiến bộ trong hình ảnh học như siêu âm tim, chụp cắt lớp vi tính (CT), chụp cộng hưởng từ (MRI) và chụp mạch kỹ thuật số cung cấp những hiểu biết có giá trị về khối u này, mặc dù vậy chẩn đoán bệnh lý vẫn là tiêu chuẩn vàng [4]. Đối với bệnh nhân có triệu chứng, phẫu thuật cắt bỏ u được coi là điều trị ưu tiên khi có thể.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*Bệnh viện HN Việt Đức

**Trung tâm tim mạch Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: datnguyen20987@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2022

Ngày duyệt bài: 21.9.2022