

## V. KẾT LUẬN

Tổn thương gan liên quan nhiễm khuẩn huyết (SALI) gặp với tỷ lệ khá cao (32%). Bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết mắc SALI có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng hết sức nặng nề, có tỷ lệ tử vong cao. Điểm suy đa tạng (pSOFA) là một yếu tố không phụ thuộc có độ nhạy và độ đặc hiệu cao giúp tiên lượng mắc SALI ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết tại thời điểm 24h đầu nhập viện: (AUC = 83,9%; p = 0,000), tại điểm cut off pSOFA  $\geq$  9,75 có độ nhạy 71,4% và độ đặc hiệu 90,8%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, et al.** Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Lond Engl.* 2020;395(10219):200-211. doi:10.1016/S0140-6736(19)32989-7
2. **Blanco J, Muriel-Bombín A, Sagredo V, et al.** Incidence, organ dysfunction and mortality in severe sepsis: a Spanish multicentre study. *Crit Care.* 2008;12(6):R158. doi:10.1186/cc7157
3. **Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR.** Epidemiology of severe sepsis in the United

States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med.* 2001;29(7):1303-1310. doi:10.1097/00003246-200107000-00002

4. **Goldstein B, Giroir B, Randolph A.** International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics\*. *Pediatr Crit Care Med.* 2005;6(1):2-8. doi:10.1097/01.PCC.0000149131.72248.E6
5. **Saini K, Bolia R, Bhat NK.** Incidence, predictors and outcome of sepsis-associated liver injury in children: a prospective observational study. *Eur J Pediatr.* 2022;181(4):1699-1707. doi:10.1007/s00431-022-04374-2
6. **Godlief R, Hakim DDL, Prasetyo D.** Relationship between aspartate aminotransferase to platelet ratio index and liver injury in pediatric sepsis. *Paediatr Indones.* 2021;61(3):149-154. doi:10.14238/pi61.3.2021.149-54
7. **Kobashi H, Toshimori J, Yamamoto K.** Sepsis-associated liver injury: Incidence, classification and the clinical significance. *Hepatol Res Off J Jpn Soc Hepatol.* 2013;43(3):255-266. doi:10.1111/j.1872-034X.2012.01069.x
8. **Dou J, Zhou Y, Cui Y, Chen M, Wang C, Zhang Y.** AST-to-Platelet Ratio Index as Potential Early-Warning Biomarker for Sepsis-Associated Liver Injury in Children: A Database Study. *Front Pediatr.* 2019;7:331. doi:10.3389/fped.2019.00331

## BƯỚC ĐẦU TÌM HIỂU HIỆN TRẠNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM CƠ TIM CẤP XUẤT VIỆN TỪ 2017-2021

Nguyễn Thị Thân<sup>1</sup>, Tạ Mạnh Cường<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hiện nay viêm cơ tim khá thường gặp trong thực hành lâm sàng. Bệnh khó chẩn đoán do triệu chứng không đặc hiệu, nguyên nhân gây bệnh khó xác định. Tiến triển lâu dài của sau khi xuất viện hiện vẫn là một câu hỏi lớn. **Mục tiêu:** sơ bộ nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh được chẩn đoán viêm cơ tim cấp đã xuất viện trong giai đoạn 2017-2021 tại thời điểm hiện nay và tìm hiểu vai trò của một số thông số cận lâm sàng đối với tiên lượng của bệnh nhân khi nằm viện cũng như sau khi xuất viện. **Tiến hành, kết quả, kết luận:** Hồ sơ bệnh án của 142 bệnh nhân viêm cơ tim cấp từ 2017-2021 đã được xem xét, 15 hồ sơ bị loại do không liên lạc được với người bệnh, 8 bệnh nhân bị loại do có bệnh đồng mắc và 1 bệnh nhân đã tử vong do tai nạn giao thông. Phỏng vấn 118 bệnh nhân cho biết tất

cả hiện đang khỏe mạnh, 31 bệnh nhân trong số đó (26,1%) đã đến khám lại, kết quả cho thấy các bệnh nhân có tình trạng lâm sàng tương đối ổn định, đường kính và chức năng tâm thu thất trái EF, NT-ProBNP huyết tương trong giới hạn bình thường. Nghiên cứu cũng cho thấy NT-ProBNP và EF ở 31 bệnh nhân là những chỉ số có ý nghĩa tiên lượng bệnh trong quá trình điều trị nội trú cũng như sau khi xuất viện.

**Từ khóa:** Viêm cơ tim, NT-proBNP, chức năng tâm thu, troponin tim

### SUMMARY

#### INITIAL STEPS IN UNDERSTANDING THE CLINICAL AND PARA-CLINICAL STATUS OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDITIS DISCHARGED FROM 2017-2021

**Introduction:** Currently, myocarditis is quite common in clinical practice. The disease is difficult to diagnose because the symptoms are nonspecific and the cause of the disease is difficult to determine. Long-term progression after discharge from the hospital is still a question whose answer is still open. **Objectives:** Preliminary review of some clinical and paraclinical characteristics in patients diagnosed with acute myocarditis; determine the role of some paraclinical parameters in the prognosis of patients

<sup>1</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung ương

<sup>2</sup>Viện Tim mạch Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thân

Email: ths.ntthan@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

with acute myocarditis during hospitalization and after discharge. **Subjects, methods, results and conclude:** The medical records of 142 patients with acute myocarditis from 2017-2021 were reviewed, 15 records were excluded due to not being able to contact the patient, 8 patients were excluded due to comorbidities, and 1 patient had death due to traffic accident. Interviewing 118 patients said that all are currently healthy, 31 of them (26.1%) have come for re-examination, the results show that the patients have a relatively stable clinical condition, with a diameter of and left ventricular systolic function EF, plasma NT-ProBNP were within normal limits. The study also showed that NT-ProBNP and EF in 31 patients were meaningful indicators of disease prognosis during inpatient treatment as well as after discharge from the hospital.

**Keywords:** Myocarditis, NT-proBNP, left ventricular function, troponin.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay viêm cơ tim cấp là một bệnh lý khá thường gặp tại các bệnh viện lớn và các trung tâm tim mạch chuyên sâu. Bệnh thường khó chẩn đoán xác định do triệu chứng đôi khi mờ nhạt, không đặc hiệu, rất dễ nhầm với một bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc hoặc nhồi máu cơ tim. Bên cạnh đó, diễn biến bệnh khó dự đoán, thất thường và tùy theo nguyên nhân, bệnh có thể có những biến chứng và biến cố nghiêm trọng ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Tuy nhiên, nguyên nhân gây viêm cơ tim cấp là một trong những điểm khó khăn nhất trong chẩn đoán ở người bệnh viêm cơ tim cấp. Nhiều hướng dẫn lâm sàng chỉ dừng lại ở thuật ngữ "ngghi ngờ viêm cơ tim cấp".

Do không xác định được chính xác nguyên nhân nên trong thực hành lâm sàng, người thầy thuốc thường phải điều trị bao vây, điều trị triệu chứng và biến chứng, duy trì chức năng tuần hoàn, hô hấp, hỗ trợ các cơ quan nội tạng, mong chờ vào sự thoát viêm và phục hồi tổn thương của cơ tim người bệnh, vì vậy câu hỏi đặt ra từ nhiều năm nay, viêm cơ tim sẽ tiến triển như thế nào sau khi người bệnh xuất viện, trong thời gian 3-5 năm nữa tình trạng người bệnh sẽ như thế nào luôn thường trực trong người thầy thuốc, mà câu trả lời, cho dù là rất sơ bộ nhưng hiện nay vẫn còn bỏ ngỏ.

Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu, thu thập thông tin về tình hình sức khỏe hiện tại của những bệnh nhân viêm cơ tim cấp đã điều trị thành công tại Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ năm 2017 đến hết năm 2021, đã được xuất viện về nhà, nhằm mục tiêu:

1. *Sơ bộ nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh được chẩn*

*đoán viêm cơ tim cấp đã xuất viện trong giai đoạn 2017-2021 tại thời điểm hiện nay.*

2. *Tìm hiểu vai trò của một số thông số cận lâm sàng đối với tiên lượng của bệnh nhân khi nằm viện và sau khi xuất viện.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm cơ tim cấp tại Viện Tim Mạch Việt Nam và Trung tâm Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai trong giai đoạn từ năm 2017-2021 (5 năm), đã được xuất viện và còn sống tại thời điểm tiến hành nghiên cứu (2022-2023).

Chúng tôi không đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân viêm cơ tim cấp, mặc dù đã được xuất viện trong thời gian này nhưng:

- Có tiền sử mắc bệnh tim mạch, đang được điều trị hoặc đã từng điều trị như bệnh van tim (hẹp, hở van hai lá và/hoặc động mạch chủ, bệnh cơ tim, bệnh lý mạch vành hoặc các bệnh nội khoa mà có thể ảnh hưởng đến cấu trúc, chức năng tim sau khi ra viện như tiểu đường, suy thận mãn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính,

- Những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu không được kiểm soát hoặc kiểm soát không tốt,

- Những bệnh nhân không liên lạc được

- Những bệnh nhân mà hồ sơ bệnh án trong khi nằm viện không có đủ thông tin (nhất là kết quả xét nghiệm NT-proBNP trong thời gian nằm viện, không có số điện thoại liên lạc hoặc địa chỉ nơi ở...),

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang có sử dụng số liệu hồi cứu.

### 2.2.1. Thu thập số liệu

Theo những bước sau:

- Tra cứu trên hệ thống máy tính để có được mã hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân viêm cơ tim cấp đã xuất viện trong giai đoạn từ 2017 đến 2021 trong bệnh viện (mã I40).

- Lấy hồ sơ bệnh án tại kho lưu trữ, đọc và nghiên cứu bệnh án, sàng lọc các bệnh án có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, ghi lại họ tên bệnh nhân, mã bệnh án, tóm tắt bệnh sử, ghi nhận thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, địa chỉ và số điện thoại liên lạc theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Liên lạc với bệnh nhân hoặc người thân của bệnh nhân để hỏi về tình hình hiện tại của bệnh nhân, mời các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, đến khám lại (thông qua điện thoại hoặc thư mời

gửi qua đường bưu điện).

- Các bệnh nhân đều được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng theo một mẫu nghiên cứu thống nhất, làm điện tâm đồ và siêu âm tim, xét nghiệm nồng độ NT-proBNP để làm căn cứ đánh giá sự thay đổi của bệnh viêm cơ tim kể từ khi ra viện đến thời điểm thăm khám.

**2.2.2. Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel và xử lý bằng phần mềm Python.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đề cương và đạo đức nghiên cứu. Kết quả phục vụ cho mục đích khoa học, nhằm bảo vệ nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10 năm 2022 đến hết tháng 4 năm 2023, chúng tôi đã lựa chọn được 142 hồ sơ bệnh nhân bị viêm cơ tim cấp từ 2017-2021 được xuất viện. Khi liên lạc với những bệnh nhân và/hoặc người thân của bệnh nhân nói trên bằng điện thoại, chúng tôi có được những kết quả sơ bộ như sau:

- 127 bệnh nhân đã liên lạc được trực tiếp hoặc qua người trong gia đình, trong đó có 9 bệnh nhân bị loại ra khỏi nghiên cứu do bệnh đồng mắc, cụ thể như sau:

- 8 bệnh nhân có bệnh tim mạch/yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo như bệnh nhân THA và/hoặc tiểu đường, bệnh mạch vành mới được can thiệp.

- 1 bệnh nhân bị tử vong do tai nạn giao thông

- 118 bệnh nhân còn lại, thông tin sơ bộ như sau:

- Nam giới: 83 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 70%

- Nữ giới: 35 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 30%

- Tuổi trung bình  $27,4 \pm 9,2$  tuổi (trẻ nhất là 13 tuổi, lớn tuổi nhất 49 tuổi)

- Thời gian đã nằm viện: trung bình  $11 \pm 10,3$  ngày (ít nhất 2 ngày, nhiều nhất 65 ngày)

- Số bệnh nhân đã có những biến chứng (suy tim, rối loạn nhịp tim...) trong quá trình nằm viện: 43 bệnh nhân (36,4%), 28 bệnh nhân trong số này đã phải hỗ trợ bằng ECMO trong quá trình nằm viện.

- Tình trạng hiện tại qua phỏng vấn:

- 22 bệnh nhân có biểu hiện một số dấu hiệu như mệt mỏi, khả năng gắng sức bị hạn chế mức độ nhẹ, hồi hộp trống ngực)

- 10 bệnh nhân vẫn tiếp tục điều trị bằng thuốc tim mạch.

- Không liên lạc được với 15 bệnh nhân, đối chiếu với hồ sơ bệnh án chúng tôi nhận thấy, đó là:

- 9 bệnh nhân viêm cơ tim có diễn biến thuận lợi trong quá trình điều trị, thời gian nằm viện từ 3 đến 13 ngày,

- 5 bệnh nhân bị sốc tim và rối loạn nhịp, phải hỗ trợ ECMO, thời gian nằm viện 10-30 ngày,

- 1 ca sốc tim và rối loạn nhịp trong quá trình điều trị, không phải hỗ trợ ECMO, thời gian nằm viện 22 ngày.

Tổng số bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu là 9 bệnh nhân (do bệnh đồng mắc), chiếm tỷ lệ 6,3% và 15 bệnh nhân mất liên lạc (chiếm tỷ lệ 10,6%). 118 bệnh nhân (83,1%) đủ tiêu chuẩn để mời đến tham gia vào nghiên cứu và khám lại. Tuy nhiên, đến thời điểm 9/2023, chỉ có 31 bệnh nhân trường hợp tái khám, chiếm tỷ lệ 26,3% tổng số bệnh nhân nhận lời mời. 31 bệnh nhân này có thời gian theo dõi trung bình 35 tháng, ngắn nhất 16 tháng, dài nhất 73 tháng.

**Kết quả thăm khám trên 31 bệnh nhân nói trên cụ thể như sau:**

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 28,4, trong đó có 21 bệnh nhân nam và 10 bệnh nhân nữ, trẻ nhất là 17 tuổi, lớn tuổi nhất là 52 tuổi, tuổi trung bình lúc nằm viện là 25,2 tuổi. Có 8 bệnh nhân biểu hiện triệu chứng cơ năng mệt mỏi khi gắng sức nhiều (chiếm tỷ lệ 25,8%), số còn lại không có triệu chứng gì đặc biệt. Kết quả được trình bày theo bảng 1.

**Bảng 1. Một số thông số lâm sàng của bệnh nhân tại thời điểm khám lại**

Thông số lâm sàng	n	min	max	$X \pm s$
Giới tính				
Nam	21			
Nữ	10			
Tuổi (năm)	31	17	52	$28,4 \pm 10$
Thời gian tính từ khi ra viện (tháng)	31	16	73	$34,90 \pm 15,35$
Tần số tim (chu kỳ/phút)	31	58	97	$72,45 \pm 10,1$
Huyết áp tâm thu (mmHg)	31	90	140	$120 \pm 11,51$
Huyết áp tâm trương (mmHg)	31	58	90	$71,9 \pm 8,71$

Về kết quả cận lâm sàng của 31 bệnh nhân, đối chiếu với kết quả trong hồ sơ khi nhập viện, khi ra viện và tại thời điểm thăm khám, chúng tôi có một số kết quả như sau:

- Đối với TnT vào viện (1), trung bình 3088.35 ng/L (317.4 đến 25000 ng/L), TnT khi ra viện (2) trung bình là 170.75 ng/L (3 đến 1839 ng/L).

- NT-proBNP có sự biến đổi lớn khi nồng độ

NT-proBNP (1) trung bình là 1008,89 pg/mL, trong khi NT-proBNP (2) trung bình là 301 pg/mL và NT-proBNP khi khám lại (3) trung bình lần lượt 31.28 pg/mL.

- Các chỉ số Dd và Ds ít có sự biến đổi qua các thời điểm đánh giá. EF trung bình có sự cải

thiện từ 48,1% khi nhập viện lên đến 64,4% khi khám lại, điều này có thể phản ánh sự cải thiện trong chức năng tim sau quá trình điều trị.

Chi tiết các kết quả cận lâm sàng của bệnh nhân tại 3 thời điểm nói trên được chúng tôi trình bày theo bảng 2.

**Bảng 2. Kết quả cận lâm sàng của những bệnh nhân đến khám lại**

Thông số	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	n
<b>Xét nghiệm sinh hóa máu</b>					
TnT (1) (ng/L)	3088.4	46110.0	317.4	25000	31
TnT (2) (ng/L)	170.8	350.2	3	1839	31
NT-proBNP (1) (pg/mL)	1008.9	1357.0	3.6	4138	31
NT-proBNP (2) (pg/mL)	301.8	583.2	2.8	3152	31
NT-proBNP (3) (pg/mL)	31.3	56.1	5	269.8	31
<b>Siêu âm tim</b>					
Dd (1) (mm)	46.4	4.5	34	53	31
Dd (2) (mm)	46.7	4.5	35	54	31
Dd (3) (mm)	46.9	3.6	40	54	31
Ds (1) (mm)	34.3	5.7	25	46	31
Ds (2) (mm)	32.4	5.58	22	44	31
Ds (3) (mm)	30.2	4.09	24	42	31
EF (1) (%)	48.1	19.4	8	72	31
EF (2) (%)	57.2	14.01	30	80	31
EF (3) (%)	64.35	7.27	42	75	31
<b>Đánh giá về chức năng tâm trương thất trái, chức năng nhĩ trái, thất phải trên siêu âm tim (3)</b>					
E (cm/s)	88.5	20.5	48	122	31
A (cm/s)	59.4	13.9	37	98	31
e' vách (cm/s)	11.1	3.1	1	18	31
e' thành bên (cm/s)	15.1	3.0	9	20	31
Vmax hở ba lá (cm/s)	2.16	0.2	1.9	2.7	31
LAVi (mL/m <sup>2</sup> )	26.5	3.7	20	34.7	31
FAC (%)	41.3	1.3	38	45	31
TAPSE (mm)	20.7	1.7	18	25	31

(1): Kết quả khi nhập viện; (2) Kết quả khi ra viện; (3) Kết quả khi khám lại. BSA (m<sup>2</sup>): diện tích bề mặt cơ thể; HATT: huyết áp tâm thu; HATTtr: huyết áp tâm trương; TnT: Troponin; Dd: đường kính cuối tâm trương thất trái; Ds: đường kính cuối tâm thu thất trái; EF: phân suất tổng máu thất trái; Vd: thể tích cuối tâm trương thất trái; Vs: thể tích cuối tâm thu thất trái; E: dòng đổ đầy đầu tâm trương; A: dòng đổ đầy cuối tâm trương; e': vận tốc thư giãn mô cơ tim thất trái đầu tâm trương; Vmax hở ba lá: vận tốc tối đa dòng hở van ba lá; LAVi: Chỉ số thể tích nhĩ trái; FAC: phân suất diện tích thất phải; TAPSE: vận động vòng van ba lá trong thì tâm thu.

Một số thông số cận lâm sàng như NT-ProBNP, đường kính cuối tâm trương và cuối tâm thu thất trái (Dd, Ds), phân suất tổng máu EF được chúng tôi tiến hành kiểm định theo bảng 3. Bảng 4 trình bày mối tương quan giữa nồng độ

troponin T, NT-proBNP huyết tương, phân suất tổng máu EF lúc nhập viện và thời gian nằm viện.

**Bảng 3. Kiểm định Friedman các thông số NT-proBNP, đường kính cuối tâm trương (Dd) và cuối tâm thu (Ds), phân suất tổng máu EF khi bệnh nhân nhập viện, ra viện, khi khám lại**

Thông số	p-value (Friedman)	p-value (Wilcoxon Signed-Rank)		
		T1/T2	T1/T3	T2/T3
NT-proBNP	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Dd	0.808	0.588	0.398	0.629
Ds	<0.001	0.049	<0.001	0.020
EF	0.0025	0.005	<0.001	0.016

T1: thời điểm khi nhập viện; T2: thời điểm khi ra viện; T3: thời điểm đến khám lại (thời điểm nghiên cứu).

**Bảng 4. Tương quan giữa nồng độ**

**troponin T, NT-proBNP huyết tương, phân suất tống máu EF lúc nhập viện và thời gian nằm viện**

Thông số cận lâm sàng khi nhập viện (T1)	Thời gian nằm viện (ngày)	
	r	p-value
Nồng độ Troponin T huyết thanh (ng/L)	0.46	0.009
Nồng độ NT-proBNP huyết thanh (pg/mL)	0.62	<0.001
Phân suất tống máu EF (%)	-0.44	0.014

**IV. BÀN LUẬN**

Phân tầng nguy cơ trong viêm cơ tim cấp có ý nghĩa quan trọng và cần dựa vào các thông số lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh. Trong một nghiên cứu, phân độ NYHA III/IV, LVEF <35% và phân suất tống máu thất phải <45% ở bệnh nhân viêm cơ tim có liên quan đến gia tăng tỉ lệ đột tử. Trong số các phương thức chẩn đoán hình ảnh tim, ngấm gadolinium thì muộn được phát hiện trên cộng hưởng từ tim được coi là yếu tố nguy cơ độc lập đối với các biến cố tim mạch bất lợi ở bệnh cơ tim không do thiếu máu. Tuy nhiên, việc sử dụng cộng hưởng từ tim cho mục đích chẩn đoán và tiên lượng có thể không phải lúc nào cũng có sẵn hoặc được chỉ định ở những bệnh nhân ổn định.

NT-proBNP, đã được xác định là một chỉ số quan trọng trong việc theo dõi tiến triển của suy tim. Mức tăng của NT-proBNP có thể phản ánh mức độ viêm và tổn thương cơ tim. Mức NT-proBNP cao có thể liên quan đến nguy cơ cao hơn của các biến chứng ngắn hạn và dài hạn, giúp bác sĩ dự đoán và can thiệp kịp thời. Một nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá khả năng tiên lượng của NT-proBNP và protein C phản ứng (CRP) trong viêm cơ tim cấp kết luận rằng việc đo nồng độ NT-proBNP và CRP có ích hơn troponin trong việc phân tầng nguy cơ xuất hiện biến chứng ở bệnh nhân viêm cơ tim. Việc sử dụng NT-proBNP thường quy trong viêm cơ tim cấp rất đơn giản, phổ biến rộng rãi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ NT-proBNP tăng liên quan đến thời gian nằm viện kéo dài. Nghiên cứu này cũng cho thấy rằng nồng độ NT-proBNP cũng liên quan đến sự xuất hiện các biến chứng. Mặc dù nồng độ troponin huyết tương là một dấu hiệu của tổn thương mô tim, nhưng nó không liên quan đến nguy cơ biến chứng hoặc triệu chứng kéo dài trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi. Một nghiên cứu trước đây đã chỉ ra mức NT-proBNP cao không chỉ

phản ánh chức năng tâm thu mà còn có thể liên quan đến mức độ viêm và tổn thương cơ tim.

Sức căng lên thành cơ tim do tình trạng viêm gây ra (phản ánh qua tăng peptide bài natri) có thể dự đoán mức độ nghiêm trọng của bệnh ở những bệnh nhân viêm cơ tim cấp. Việc triển khai cộng hưởng từ tim hạn chế ở nhiều trung tâm và sự cần thiết của một xét nghiệm có khả năng phân tầng nguy cơ nhanh chóng các trường hợp viêm cơ tim ở khoa cấp cứu khiến việc sử dụng NT-proBNP là một hướng tiếp cận phù hợp trong hoàn cảnh Việt Nam. Bệnh nhân có nồng độ NT-proBNP cao có nhiều khả năng bị các triệu chứng kéo dài và cần đặc biệt chú ý đến các biến chứng tiềm ẩn. Dấu ấn sinh học này cần được xem xét để đánh giá rủi ro cùng với siêu âm tim và đánh giá lâm sàng. Việc theo dõi mức NT-proBNP cũng có thể giúp bác sĩ đánh giá hiệu quả điều trị và điều chỉnh phác đồ điều trị một cách linh hoạt và giúp bác sĩ lên kế hoạch can thiệp kịp thời.

**V. KẾT LUẬN**

1. Số bệnh nhân không liên lạc được chiếm tỷ lệ thấp (10,6%), trong số đó có đến 40% là những bệnh nhân trước đây khi nằm viện là những bệnh nhân suy tim nặng và có rối loạn nhịp tim, phần lớn trong số đó phải hỗ trợ tuần hoàn bằng phương pháp ECMO. Các bệnh nhân liên lạc được chiếm tỷ lệ cao (89,4%), còn trẻ tuổi, khỏe mạnh và rất ít có các dấu hiệu chức năng về tim mạch. Tỷ lệ bệnh nhân đến khám lại còn thấp (26,3%) phản ánh phần lớn bệnh nhân không có những dấu hiệu đáng kể về di chứng của viêm cơ tim cấp trước đó.

2. Ở những bệnh nhân được khám lại đều trong tình trạng khỏe mạnh, so với kết quả trong hồ sơ khi mới nhập viện và khi ra viện, buồn ngủ thất trái không giãn thêm, tim co bóp tốt hơn và phân suất tống máu EF thất trái có xu hướng bảo tồn và tăng về mức bình thường. Nồng độ NT-ProBNP huyết tương trong giới hạn của người bình thường. Nồng độ NT-ProBNP huyết tương và phân suất tống máu EF thất trái là những chỉ số có giá trị tiên lượng đối với người bệnh viêm cơ tim cấp trong thời gian điều trị nội trú và sau khi ra viện.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Sara B. et al.** Are high NT-proBNP levels more related to inflammation than to left ventricular systolic dysfunction in acute myocarditis? *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care* 10, zaab020.189 (2021).
- Moady G. et al.:** The Prognostic Value of Natriuretic Peptides in Stable Patients with

Suspected Acute Myocarditis: A Retrospective Study. J Clin Med 11, 2472 (2022).

3. **Dominguez R. et al.:** A Novel Circulating Noncoding Small RNA for the Detection of Acute Myocarditis. N Engl J Med 384, 2014–2027 (2021).

4. **Yu S.R. et al.:** An Hypothesis: Disproportion Between Cardiac Troponin and B-Type Natriuretic Peptide Levels - A High Risk and Poor Prognostic Biomarker in Patients With Fulminant Myocarditis? Heart, Lung and Circulation 30, 837–842 (2021).

## ĐÁNH GIÁ BIẾN CHỨNG SỚM CỦA VI PHẪU THUẬT UNG THƯ THANH QUẢN BẰNG LASER QUA ĐƯỜNG MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2012-2021

Thái Bá Mạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Trung<sup>1,2</sup>, Bùi Thế Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá biến chứng sớm của vi phẫu thuật ung thư thanh quản qua đường miệng bằng laser. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu hàng loạt ca bệnh. **Đối tượng:** 361 bệnh nhân ung thư thanh quản được điều trị vi phẫu thuật ung thư thanh quản bằng laser qua đường miệng (TLM) tại Khoa Ung Bướu và Phẫu thuật đầu cổ BV TMH TW từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** Biến chứng sớm sau phẫu thuật: Tràn khí dưới da là biến chứng hay gặp nhất (1.93%) một số biến chứng khác bao gồm: nhiễm trùng (0.83%), chảy máu (0.55%), khó thở (0.27%). Tỷ lệ bệnh nhân phải mở khí quản dự phòng (3.1%). Tỷ lệ diện cắt âm tính (97.7%). **Kết luận:** TLM có hiệu quả cao trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm tránh được phẫu thuật mở, đa số không phải mở khí quản, hậu phẫu nhẹ nhàng, ít biến chứng. Chỉ định chủ yếu cho các khối u thuộc giai đoạn sớm. Phẫu thuật xứng đáng chiếm một vị trí quan trọng trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm. **Từ khóa:** Ung thư thanh quản giai đoạn sớm, vi phẫu thuật ung thư thanh quản qua đường miệng, laser CO2

### SUMMARY

#### EVALUATE EARLY-COMPLICATIONS OF TRANSORAL LASER MICROSURGERY FOR LARYNGEAL CANCER AT ENT NATIONAL HOSPITAL PERIOD 2012-2012

**Objectives:** To evaluate complications of transoral laser microsurgery for laryngeal cancer at early stage. **Methods & Materials:** Retrospective cohort study of 361 patients with laryngeal cancer who had done TLM at Oncology and head and neck surgery departement, ENT national hospital from January 2012 to December 2021. **Results:** Complications after surgery: Pneumothorax was the most common complication. Some other complications include:

(1.93%), infection (0.83%), postoperative bleeding (0.55%), dyspnea (0.27%). 3.1% patients required tracheostomy. Negative margin ratio (97.7%).

**Conclusion:** TLM is highly effective in treating early-stage laryngeal cancer, avoiding open surgery, most do not require tracheostomy, gentle postoperative period, and few complications. Indicated mainly for tumors of stage T1a, T1b, T2. Surgery deserves an important place in the treatment of early laryngeal cancer. **Keywords:** Early-stage laryngeal cancer, transoral laser microsurgery, laser CO2

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng 60% ung thư thanh quản xuất phát từ tầng thanh môn, trong khi khoảng 35% phát triển từ tầng thượng thanh môn, còn lại phát triển từ tầng hạ thanh môn, hoặc bao gồm nhiều vùng khiến khó phân định chúng xuất phát từ đâu<sup>6</sup>. Ung thư thanh quản giai đoạn sớm chỉ gây tổn thương ở dây thanh và thường không di căn hạch do hệ thống dẫn lưu bạch huyết nghèo nàn. Những điều này cho phép dùng một biện pháp điều trị ít xâm lấn ở phần lớn bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm. Vi phẫu thuật ung thư thanh quản qua đường miệng bằng laser được giới thiệu lần đầu tiên bởi Strong và Jako vào năm 1972<sup>8</sup> là phương pháp phẫu thuật được chỉ định ngày càng rộng rãi cho ung thư thanh quản giai đoạn sớm. Với những bệnh nhân được lựa chọn phù hợp, vi phẫu thuật ung thư thanh quản qua đường miệng bằng laser cho kết quả mô bệnh học tương đương với các biện pháp điều trị truyền thống, trong khi lại cải thiện các khía cạnh chức năng bao gồm giọng nói và chức năng nuốt sau phẫu thuật. Hơn nữa, phương pháp này còn làm giảm tỷ lệ tử vong và thời gian nằm viện so với phẫu thuật mở cắt một phần thanh quản. Tuy nhiên vi phẫu thuật ung thư thanh quản qua đường miệng bằng laser không phải là một phẫu thuật vô hại, một số biến chứng sớm trong y văn có thể gặp phải như: Chảy máu, khó thở, tràn khí dưới da, nhiễm khuẩn tại chỗ, viêm phổi...<sup>3</sup> Mục đích của nghiên

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Thái Bá Mạnh

Email: bamanh1405@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023