

lúc vào viện trong tiên lượng tử vong [5].

Như vậy càng giảm ALĐMP tâm thu ra viện so với lúc vào viện càng làm giảm nguy cơ tử vong. Căn cứ vào điều này có thể tối ưu hoá điều trị cho bệnh nhân ngay trước khi ra viện để đạt được mức ALĐMP thấp hơn. Tăng mỗi 10 mmHg ALĐMP tâm thu làm tăng 37% nguy cơ biến cố tim mạch và tăng 11% nguy cơ biến cố tim mạch hoặc nhập viện vì suy tim. Ngưỡng ALĐMP tâm thu trên 48mmHg có nguy cơ cao nhất với HR 3.33 [6].

Khi phân 2 nhóm suy tim có bệnh ĐMV và không có bệnh ĐMV, ở nhóm có bệnh ĐMV, ALĐMP tâm thu ra viện không có giá trị tiên lượng tử vong cao hơn ALĐMP tâm thu vào viện với AUC= 0.76 (95%CI: 0.55 – 0.97), AUC= 0.8 (95%CI: 0.62 – 0.99), tương ứng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p= 0.18. Tuy nhiên ở nhóm không có bệnh ĐMV, ALĐMP tâm thu ra viện có giá trị tiên lượng tử vong cao hơn ALĐMP tâm thu vào viện với AUC= 0.88 (95%CI: 0.78 – 0.98), AUC= 0.95 (95%CI: 0.91 – 0.99), tương ứng, p <0.05. Bệnh ĐMV làm thay đổi cấu trúc cơ tim, liên qua đến quá trình chết tế bào, hình thành sợi xơ, sẹo cơ tim. Ở giai đoạn muộn của suy tim do bệnh ĐMV, cũng có tình trạng giãn các buồng tim, tuy nhiên có một đặc thù là cơ tim bị rối loạn vận động vùng liên quan đến ĐMV bị hẹp trước đó. Như vậy sinh lý bệnh khác nhau có thể là nguyên nhân dẫn đến giá trị tiên lượng của ALĐMP tâm thu vào viện, ra

viện không có khác biệt ở nhóm có bệnh ĐMV, khác so với nhóm không có bệnh ĐMV.

V. KẾT LUẬN

Tăng áp lực động mạch phổi liên quan đến suy tim trái là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rosenkranz S., Gibbs J.S.R., Wachter R., et al. (2016). Left ventricular heart failure and pulmonary hypertension. Eur Heart J, 37(12), 942–954.
2. Ross J.S., Chen J., Lin Z., et al. (2010). Recent National Trends in Readmission Rates After Heart Failure Hospitalization. Circ Heart Fail, 3(1), 97–103.
3. Lafitte S., Pillois X., Reant P., et al. (2013). Estimation of Pulmonary Pressures and Diagnosis of Pulmonary Hypertension by Doppler Echocardiography: A Retrospective Comparison of Routine Echocardiography and Invasive Hemodynamics. J Am Soc Echocardiogr, 26(5), 457–463.
4. Redfield M.M., Jacobsen S.J., Burnett J.C., et al. (2003). Burden of Systolic and Diastolic Ventricular Dysfunction in the Community: Appreciating the Scope of the Heart Failure Epidemic. JAMA, 289(2), 194.
5. Kalogeropoulos A., Georgiopoulou V., Kritchevsky S.B., et al. (2009). Epidemiology of Incident Heart Failure in a Contemporary Elderly Cohort: The Health, Aging, and Body Composition Study. Arch Intern Med, 169(7), 708.
6. Abramson S.V., Burke J.F., Kelly J.J., et al. (1992). Pulmonary Hypertension Predicts Mortality and Morbidity in Patients with Dilated Cardiomyopathy. Ann Intern Med, 116(11), 888–895.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ BIỂU MÔ VẢY KHOANG MIỆNG VÀ HỌNG MIỆNG QUA ĐƯỜNG XƯƠNG HÀM DƯỚI CÓ TẠO HÌNH BẰNG VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI

Hà Thị Thu Trang¹, Tống Xuân Thắng^{1,2}, Bùi Mai Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt ung thư biểu mô vảy (UTBMV) khoang miệng và họng miệng qua đường xương hàm dưới (XHD) có tạo hình bằng vật đùi trước ngoài (ĐTĐN). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh. **Đối tượng:** 19 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTBMV

khoang miệng hoặc họng miệng, được phẫu thuật (PT) cắt u qua đường XHD có tạo hình bằng vật ĐTN trong 1 thì phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 07 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 56 ± 9. Nam 94.6%, nữ 5.3%. Hầu hết có tiền sử sử dụng thuốc lá và rượu bia nhiều năm. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là rối loạn nuốt: nuốt đau (100%), nuốt vướng (100%). Vị trí hay gặp là Amidan (47.4%) và lưỡi tự do (36.8%). Giai đoạn T3 chiếm 63.2%, giai đoạn IVA và giai đoạn III chiếm 42.1% và 36.8%. Biến chứng sau PT chung 47.4% gồm nhiễm trùng 36.8%, chảy máu 10.5%. Kết quả sau PT: PT cắt bỏ u kết quả tốt 94.7%, vật sống hoàn toàn 94.4%, độ che phủ tốt 94.4%, phục hồi chức năng tốt 72.2%, tổn thương xương hàm dưới 0%, nơi cho vật kế quả tốt 100%. **Kết luận:** Tiếp cận

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Thu Trang

Email: hathithutrang.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023

UT khoang miệng và họng miệng giai đoạn muộn qua đường XHD là phương thức lý tưởng tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp cận, cắt bỏ u rộng rãi, kiểm soát tốt biến chứng, thuận lợi trong quá trình tạo hình khuyết hồng, phục hồi tốt về mặt giải phẫu cũng như chức năng của vùng khoang miệng và họng miệng.

Từ khóa: Ung thư khoang miệng, ung thư họng miệng, mở xương hàm dưới, vạt đùi trước ngoài.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF MANDIBULOTOMY APPROACH FOR ORAL AND OROPHARYNGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA SURGERY WITH THE USING OF ANTEROLATERAL THIGH FREE FLAP FOR RECONSTRUCTION

Objectives: To evaluate the early outcomes of mandibulotomy approach for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma (SCC) surgery with the using of anterolateral thigh free flap for reconstruction. **Materials:** 19 patients were diagnosed oral and oropharyngeal SCC who underwent transmandibular approach for oncological surgery and reconstruction using the anterolateral thigh free flap. **Results:** Mean age 56 ± 9 years, the most common age group is 40-70 years old. There are 18 males and 1 females, most had a history of tobacco and alcohol use for many years. The most common clinical symptom is swallowing disorders: dysphagia 100%, odynophagia 100%. The most common sites were the tonsil (47.4%) and the oral tongue (36.8%). Stage T3 accounted for 63.2%, stage IVA and stage III accounted for 42.1% and 36.8%. General postsurgical complications are 47.4%, including infection 36.8%, bleeding 10.5%. Surgical results: good tumor resection 94.7%, good survival and coverage flap 94.4%, good functions 72.2%, mandibular bone disorders 0%. **Conclusion:** Transmandibular approach provides ideal method to access late-stage oral cavity and oropharyngeal cancer for extensive resection, good control of complications, convenient for the reconstruction.

Keywords: oral cancer, oropharyngeal cancer, mandibulotomy, anterolateral thigh flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UT khoang miệng và họng miệng nằm trong số những ung thư hay gặp vùng đầu cổ. Bệnh thường gặp ở nam giới với tỷ lệ nam:nữ là 2:1, độ tuổi phát hiện trung bình là 62 tuổi. Yếu tố nguy cơ chính là rượu và thuốc lá, ngoài ra còn có yếu tố virus – Human Papilloma Virus.

Điều trị UTBMV khoang miệng và họng miệng bao gồm PT, xạ trị, hóa chất, trong đó PT cắt bỏ toàn bộ u kết hợp nạo vét hạch cổ là lựa chọn hàng đầu. Các khối u giai đoạn tiến triển ở vị trí này thường có kích thước lớn, xâm lấn rộng, lại bị chặn phía trước bởi cung XHD, rất khó khăn cho PT tiếp cận qua đường miệng đơn thuần. Để đảm bảo điều kiện cắt rộng, vùng rìa hết u cả về mặt đại thể và vi thể, PT đôi với khối

u giai đoạn này thường phải mở XHD nhằm mở rộng đường vào, đồng thời tạo điều kiện để tạo hình khuyết hồng, phục hồi lại về mặt giải phẫu cũng như chức năng của vùng khoang miệng và họng miệng.

Phẫu thuật cắt UTBMV khoang miệng và họng miệng qua đường XHD đã được mô tả lần đầu tiên bởi Roux vào năm 1836. Tuy nhiên tại các cơ sở Y tế của Việt Nam ít được thực hiện và chưa được báo cáo vì đây là một PT lớn cần có sự tham gia của bác sĩ chuyên sâu phẫu thuật Đầu cổ và phẫu thuật Tạo hình vi phẫu, chăm sóc hậu phẫu nặng nề. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt ung thư biểu mô vảy khoang miệng và họng miệng qua đường xương hàm dưới có tạo hình bằng vạt đùi trước ngoài.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 19 BN được chẩn đoán UTBMV khoang miệng hoặc họng miệng, được PT cắt ung thư qua đường XHD có tạo hình bằng vạt ĐTN trong 1 thì phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ - Bệnh viện Việt Đức.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Đã được chẩn đoán xác định là UTBMV khoang miệng hoặc họng miệng.
- Được PT cắt ung thư qua đường XHD có tạo hình bằng vạt ĐTN trong 1 thì.
- Được theo dõi ít nhất đến thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Các khối u xâm lấn khoang cơ nhai, môm chân bướm, nền sọ, bao động mạch cảnh trong.
- Đã có di căn xa hoặc đồng thời có khối ung thư nguyên phát thứ 2 hoặc có tiền sử bị ung thư khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh. Chọn mẫu thuận tiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi	56 ± 9
Giới (nam/nữ)	18/1

Nhận xét: Tuổi trung bình là 56 ± 9 ; tuổi nhất là 38 tuổi, tuổi lớn nhất là 74 tuổi. Độ tuổi gặp nhiều nhất là 40 – 70 (84.3%). Nam 18 trường hợp (94.7%), nữ 1 trường hợp (5.3%).

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	N	%
Uống rượu	15	78.9%
Hút thuốc	15	78.9%

Uống rượu + hút thuốc	12	63.2%
Không uống rượu, không hút thuốc	2	10.5%

Nhận xét: Hút thuốc lá, thuốc lào và uống rượu là 63.2%, không hút thuốc cũng không uống rượu bia là 10.5%.

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	N	Tỷ lệ (%)
Nuốt đau	19	100%
Nuốt vướng	19	100%
Ho khạc máu	11	57.9%
Loét	10	52.6%
Sờ thấy hạch cổ	8	42.1%

Nhận xét: Tất cả BN đều có rối loạn nuốt: nuốt đau (100%), nuốt vướng (100%). Tỷ lệ BN ho khạc máu là 57.9%, tự phát hiện ra loét trong miệng là 52.6%, sờ thấy hạch cổ là 42.1%.

Bảng 4. Đặc điểm u

Vị trí u			
Miệng	Lưỡi di động	7	36.8%
	Sàn miệng	1	5.3%
Họng miệng	Amidan	9	47.4%
	Đáy lưỡi	2	10.5%
Tổng		19	100%
Hình thái đại thể u			
	Sùi loét	13	68.4%
	Sùi	4	21.1%
	Loét	2	10.5%
	Thâm nhiễm	0	0%
Tổng		19	100%
Giai đoạn T			
	T2	1	12.5%
	T3	12	63.2%
	T4a	6	31.6%
Tổng		19	100%
Giai đoạn hạch			
	N0	5	26.3%
	N1	6	31.6%
	N2	5	26.3%
	N3	3	15.8%
Tổng		19	100%
Giai đoạn bệnh			
	II	1	5.3%
	III	7	36.8%
	IVA	8	42.1%
	IVB	3	15.8%
Tổng		19	100%

Nhận xét: Lưỡi di động và Amidan là vị trí thường gặp nhất chiếm 87.5% và 81.8%. Giai đoạn T3 chiếm 63.2%, T4a chiếm 31.6%, T2 chiếm 12.5%. Giai đoạn III chiếm 42.1%, giai đoạn III chiếm 36.8%, giai đoạn IVB chiếm 15.8%, giai đoạn II chiếm 5.3%.

3.2. Kết quả sau phẫu thuật

Bảng 5. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	N	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	2	10.5%
Nhiễm trùng	7	36.8%
Hội chứng khoang	0	0
Tổng	9	47.4%

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung là 47.4%, trong đó chảy máu là 10.5%, nhiễm trùng là 36.8%.

Bảng 6. Kết quả phẫu thuật cắt bỏ u, hạch

Kết quả điều trị u, hạch	N	Tỷ lệ %
Tốt	18	94.7%
Trung bình	1	5.3%
Xấu	0	0%
Tổng	19	100%

Nhận xét: Kết quả phẫu thuật cắt u tốt chiếm tỷ lệ 94.7%, trung bình là 5.3%. Tỷ lệ cắt gọn u với sinh thiết tức thì âm tính tất cả diện cắt sau lần cắt đầu tiên, không phải cắt bỏ thêm là 100%.

Bảng 7. Kết quả nơi nhận vạt

Tình trạng sống của vạt		
Tốt	17	94.4%
Trung bình	1	5.6%
Xấu	0	0%
Tổng	18	100%
Mức độ che phủ vạt		
Tốt	17	94.4%
Trung bình	1	5.6%
Xấu	0	0%
Tổng	18	100%
Phục hồi chức năng		
Tốt	13	72.2%
Trung bình	4	22.2%
Xấu	1	5.6%
Tổng	18	100%

Nhận xét: Tình trạng sống và độ che phủ của vạt tốt chiếm 94.7%, trung bình là 5.6%, không có trường hợp nào đạt kết quả xấu. Phục hồi chức năng tốt chiếm tỷ lệ 72.2%, trung bình là 22.2%, xấu là 5.6%.

Bảng 8. Tổn thương xương hàm dưới

Tổn thương xương hàm dưới	N	Tỷ lệ %
Không liên xương	0	0%
Viêm xương	0	0%
Lộ xương, lộ nẹp vít, rò	0	0%
Biến dạng cung răng, sai khớp cắn	0	0%
Tổn thương răng	0	0%

Nhận xét: Không có trường hợp nào có tổn thương xương hàm dưới (tỷ lệ 0%).

Bảng 9. Kết quả nơi cho vạt

Kết quả nơi cho vạt	N	Tỷ lệ %
Tốt	18	100%

Trung bình	0	0%
Xấu	0	0%
Tổng	18	100%

Nhận xét: Tất cả BN đều có kết quả nơi cho vật tốt (tỷ lệ 100%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu gồm 19 BN, tuổi trung bình là 56 ± 9 , trong đó tuổi từ 40 – 70 tuổi chiếm 84.3% với tỷ lệ nam/nữ là 18/1. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới, thường gặp ở độ tuổi trung niên, nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ rất khác nhau tùy vùng dân cư và có xu hướng thay đổi.

Tất cả bệnh nhân đều có các triệu chứng rối loạn ruột: ruột đau (100%), ruột vướng (100%), thường biểu hiện 1 bên, dai dẳng, điều trị các thuốc không đỡ, tăng lên theo tiến triển của bệnh. Ngoài ra, còn có 57.9% BN ho khạc máu, 52.6% BN tự phát hiện ra loét trong miệng là 52.6%, 42.1% BN tự sờ thấy hạch cổ. Đây là các triệu chứng xuất hiện ở giai đoạn muộn, phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Tổn thương đại thể thường gặp nhất là thể sùi loét chiếm 68.4% (13 BN), sau đó là thể sùi chiếm 21.1% và loét chiếm 10.5%. Không gặp hình thái u thể thâm nhiễm. Kết quả tương tự với Hà Văn Hưng¹, Nguyễn Thị Hương Giang³. Trong thể sùi loét, tổn thương có thể loét trên bề mặt khối u sùi khi các tổn thương bề mặt khối u hoại tử, hay gặp trên các BN giai đoạn muộn.

Giai đoạn khối u T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 63.2%, 6 trường hợp khối u kích thước lớn T4a chiếm tỷ lệ 31.6%. Chỉ có 1 trường hợp khối u T2 chiếm tỷ lệ 12.5%. Không có khối u giai đoạn T1 và T4b. Giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất 42.1%, giai đoạn III là 36.8%, giai đoạn IVB là 15.8%, giai đoạn II là 5.3%. Kết quả này cao hơn của Hà Văn Hưng¹, Hàn Thị Vân Thanh², Nguyễn Thị Hương Giang³. Sự khác biệt là do các khối u giai đoạn sớm có thể kiểm soát qua đường miệng, sau khi phẫu thuật thường để lại khuyết hồng nhỏ, có thể tạo hình bằng cách khâu đóng trực tiếp hoặc xoay các vật niêm mạc thay thế.

4.2. Kết quả sau phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng chung là 47.4%, trong đó chảy máu là 10.5% (2 BN), nhiễm trùng là 36.8%. Không có BN nào có hội chứng khoang. Trong 2 BN chảy máu, 1 BN chảy máu ở vùng nạo vét hạch từ động mạch giáp trên, được PT cầm máu sau đó ổn định và ra viện; 1 BN chảy máu từ động mạch

mặt vị trí nối với cuống vật phải vào phòng mổ nhưng không cầm máu được và tử vong. Điều đó cho thấy đây là một phẫu thuật lớn, việc kiểm soát chảy máu rất khó khăn. Ngoài ra sau mổ các BN còn được sử dụng thuốc chống đông, nguy cơ chảy máu càng tăng lên. Do đó việc theo dõi hậu phẫu là rất quan trọng. Biến chứng nhiễm trùng mặc dù cao hơn Almeida Parra⁴, Bertesteanu⁵, Christopoulos⁷, nhưng chỉ ở mức độ viêm nề tại chỗ, không có trường hợp nào nhiễm trùng nặng. Các BN có khối u vùng miệng-họng- hạ họng nói chung, khả năng ăn uống và vệ sinh răng miệng - họng kém, đồng thời vùng họng miệng có mật độ vi khuẩn kí sinh dày đặc và đa dạng, cả ái khí và yếm khí, do đó nguy cơ nhiễm trùng cao hơn rõ rệt so với các trường PT khác. Có thể nói các bệnh nhân thuộc mẫu nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá là thành công trong kiểm soát nhiễm khuẩn.

Đánh giá phẫu thuật cắt u kết quả tốt chiếm tỷ lệ 94.7%, kết quả trung bình chiếm 5.3%, không có trường hợp nào cho kết quả xấu. Tỷ lệ cắt gọn u, hạch với sinh thiết tức thì âm tính tất cả diện cắt sau lần cắt đầu tiên, không phải cắt bỏ thêm (tỷ lệ 100%). Kết hợp với yếu tố chúng tôi ghi nhận không gặp khó khăn về thao tác trong quá trình cắt bỏ u cho thấy phương pháp cắt XHD tạo đường vào cho trường phẫu thuật rộng rãi và thuận lợi trong việc cắt bỏ toàn bộ khối u.

Đánh giá tình trạng sống và diện tích che phủ của vật, kết quả 94.7% đạt kết quả tốt (18 BN), có 1 BN đạt kết quả trung bình, không có trường hợp kết quả xấu. Kết quả của chúng tôi tương tự Hà Văn Hưng¹, Chen.C.M⁶, Mureau M.A⁸. Có 1 trường hợp đạt kết quả trung bình do bị hoại tử phần xa của vật, chiếm < ¼ diện tích vật, mặc dù vật không che phủ được phần XHD đã cắt đoạn nhưng không cần PT tạo hình tại, đánh giá sau 3 tuần vẫn đảm bảo chức năng tốt. Về phục hồi chức năng, phần lớn các BN có kết quả tốt (72.2%). Có 1 BN (tỷ lệ 5.6%) có kết quả xấu do rò họng miệng, tuy nhiên đó là do nguyên nhân tác động khách quan, không phải do nhiễm trùng. BN này có bệnh lý nền xơ gan rệu – viêm gan C, trong quá trình theo dõi chăm sóc sau mổ, BN có lên cơn sáng rệu, tự ý lấy tay móc họng. BN sau đó đã được khâu đóng tạo hình lại, được rút sonde sau PT 4 tuần và vẫn đủ điều kiện xạ trị sau 7 tuần.

Tất cả BN khi khâu đóng đều được cố định lại cung XHD bằng nẹp vít. Kết quả đánh giá sau 3 tuần xương liền tốt, không có BN nào có biến chứng tổn thương xương.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp tiếp cận u qua đường XHD an toàn, là phương pháp lý tưởng cho việc tiếp cận, cắt bỏ u rộng rãi, kiểm soát tốt biến chứng, thuận lợi trong quá trình tạo hình khuyết hồng, không gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ cũng như chức năng của xương hàm dưới. Đồng thời, vật ĐTN cũng cho thấy những ưu việt trong tạo hình khuyết hồng vùng miệng – họng miệng, giúp phục hồi tốt về giải phẫu cũng như chức năng của vùng khoang miệng và họng miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Văn Hưng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư biểu mô khoang miệng tại BV Răng Hàm Mặt TW Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2014.
2. **Hàn Thị Vân Thanh.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Ung Thư Biểu Mô Khoang Miệng Có Ứng Dụng Các Kết Quả Nghiên Cứu về Kỹ Thuật Tạo Hình Vạt Rãnh Mũi Má. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
3. **Nguyễn Thị Hương Giang.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và nhận xét một số yếu tố nguy cơ của ung thư biểu mô khoang miệng tại Bệnh viện K. Trường Đại học Y Hà Nội.

- Published online 2002.
4. **Almeida Parra F, Bueno De Vicente Á, Ranz Colio A, et al.** Transmandibular Approach in Head and Neck Oncological Surgery. Chin J Dent Res. 2020; 23(4): 257-264. doi:10.3290/ j.cjdr.b867885
 5. **Bertesteanu SVG, Popescu B, Grigore R.** Transmandibular approach on 119 oral cavity and pharyngeal cancer patients. Hippokratia. 2015; 19(3):286.
 6. **Chen CM, Chen CH, Lai CS, Lin SD, Huang IY, Shieh TY.** Anterolateral Thigh Flaps for Reconstruction of Head and Neck Defects. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2005;63(7):948-952. doi:10.1016/j.joms.2005.03.010
 7. **Christopoulos E, Carrau R, Segas J, Johnson JT, Myers EN, Wagner RL.** Transmandibular Approaches to the Oral Cavity and Oropharynx: A Functional Assessment. Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery. 1992;118(11):1164-1167. doi:10.1001/archotol.1992.01880110032008
 8. **Mureau MAM, Posch NAS, Meeuwis CA, Hofer SOP.** Anterolateral Thigh Flap Reconstruction of Large External Facial Skin Defects: A Follow-Up Study on Functional and Aesthetic Recipient- and Donor-Site Outcome. Plastic and Reconstructive Surgery. 2005; 115(4):1077. doi:10.1097/ 01.PRS.0000156153.17258.CE

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM TIM ĐÁNH DẤU MÔ 2D TRONG TIỀN LƯỢNG NGẮN HẠN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI GIẢM

Trần Quốc Huy¹, Hoàng Văn Sỹ^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của sức căng cơ tim (GLS) bằng siêu âm tim đánh dấu mô 2D trong dự đoán biến cố tim mạch chính (MACE) và tử vong ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có phân suất tổng máu thất trái giảm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 116 bệnh nhân NMCT cấp được điều trị tại Khoa Nội Tim Mạch Bệnh Viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2022 đến 04/2023. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc. Siêu âm đánh dấu mô 2D được thực hiện trước khi xuất viện. Bệnh nhân được theo dõi và ghi lại các biến cố tim mạch chính về tim mạch bao gồm tử vong do mọi nguyên nhân, nhồi máu cơ tim tái phát, đột quỵ não, suy tim nhập viện. **Kết quả:** Tuổi trung bình 70 ±11,22. Nam giới: 60,34%, Killip

≥2 chiếm 63,0%. Có 58 bệnh nhân (50%) xuất hiện MACE; 30 bệnh nhân tử vong trong thời gian nghiên cứu. GLS dự báo MACE với AUC = 0,74 (95% CI: 0,68 - 0,85). Tại điểm cắt GLS ≥ -9,4 % Xác định MACE với độ nhạy = 85%; độ đặc hiệu = 55%. Trong phân tích Cox đa biến, chỉ có GLS là yếu tố tiên lượng độc lập dự báo MACE với HR = 1,18 (95% CI: 1,05- 1,32) p = 0,004. GLS dự báo tử vong với AUC = 0,73 (95% CI: 0,62 - 0,83) tại điểm cắt GLS ≥ -9,4% xác định tử vong với độ nhạy = 89%; độ đặc hiệu = 75%. Trong phân tích Cox đa biến, GLS là yếu tố tiên lượng độc lập dự báo tử vong với HR = 1,24 (95%CI: 1,05 - 1,47) p = 0,01. **Kết luận:** Sức căng dọc cơ tim thất trái đo bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim có giá trị dự báo biến cố tim mạch chính và tử vong ngắn hạn ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có phân suất tổng máu thất trái giảm.

Từ khóa: Sức căng dọc cơ tim thất trái, biến cố tim mạch chính, nhồi máu cơ tim cấp.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF 2D SPECKLE TRACKING ECHOCARDIOGRAPHY IN SHORT-TERM PROGNOSIS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

¹Bệnh Viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 8.11.2023