

## V. KẾT LUẬN

Điều trị phác đồ XELOX trên bệnh nhân UT DD giai đoạn muộn giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng và tỉ lệ đáp ứng khách quan toàn bộ là 48,1%, trong đó bệnh nhân điều trị với liều chuẩn có tỉ lệ đáp ứng cao hơn đáng kể so với bệnh nhân điều trị liều dưới chuẩn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Statistics 2020:** GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries - Sung - 2021 - CA: A Cancer Journal for Clinicians
2. **Gastric Cancer,** Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology in: Journal of the National Comprehensive Cancer Network Volume 20 Issue 2 (2022). Accessed December 11, 2023.
3. **Yang T, Shen X, Tang X, et al.** Phase II trial of oxaliplatin plus oral capecitabine as first-line chemotherapy for patients with advanced gastric cancer. *Tumori.* 2011;97(4):466-472.

4. **Dong N, Jiang W, Li H, Liu Z, Xu X, Wang M.** Triweekly oxaliplatin plus oral capecitabine as first-line chemotherapy in elderly patients with advanced gastric cancer. *Am J Clin Oncol.* 2009;32(6):559-563.
5. **Nguyễn Khánh Toàn.** Đánh giá kết quả của phác đồ XELOX trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn muộn tại bệnh viện K. Đại học Y Hà Nội. 2013. p 38
6. **Park YH, Lee JL, Ryou BY, et al.** Capecitabine in combination with Oxaliplatin (XELOX) as a first-line therapy for advanced gastric cancer. *Cancer Chemother Pharmacol.* 2008;61(4):623-629.
7. **Van Cutsem E, Moiseyenko VM, Tjulandin S, et al.** Phase III study of docetaxel and cisplatin plus fluorouracil compared with cisplatin and fluorouracil as first-line therapy for advanced gastric cancer: a report of the V325 Study Group. *J Clin Oncol.* 2006;24(31):4991-4997.
8. **Đoàn Lực.** Đánh giá hiệu quả điều trị triệu chứng cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn. Đại Học Y Hà Nội. 2002.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ TIM CỦA BỆNH NHÂN VIÊM CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>, Mai Thị Quỳnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) tim ở các bệnh nhân (BN) nghi ngờ viêm cơ tim cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh được thực hiện tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023 trên các BN nghi ngờ viêm cơ tim cấp, có các xét nghiệm và hình ảnh chụp CHT tim. Viêm cơ tim cấp được chẩn đoán dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán mở rộng và tiêu chuẩn Lake-Louise 2009. **Kết quả:** Có 7 bệnh nhân tuổi trung bình là 27,7±14,5; nam chiếm 71,4%. Các biểu hiện lâm sàng chủ yếu là đau ngực và sốt, chiếm lần lượt là 71,4% và 57,1%. Troponin T và CRPs tăng ở tất cả BN. Có 57,1% bệnh nhân có bất thường trên điện tâm đồ. Trên CHT, 100% bệnh nhân có biểu hiện phù cơ tim với tỷ lệ tín hiệu cơ tim/ cơ vân ≥ 4 chiếm 71,4%, chủ yếu ở thành trước, thành bên (chiếm 100%), vách (chiếm 85,7%). Có 42,8% BN cơ tim ngấm thuốc sớm và 85,7% BN có ngấm thuốc muộn cơ tim. Có 71,4% bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo tiêu chuẩn Lake Louise 2009. Sau điều trị, tất cả bệnh nhân hồi phục sau 2-3 tuần. **Kết luận:** CHT tim là phương pháp hình ảnh không xâm lấn quan trọng trong chẩn

đoán viêm cơ tim cấp bên cạnh các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm. **Từ khóa:** viêm cơ tim, cộng hưởng từ tim, ngấm thuốc cơ tim

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS, LABORATORY TESTS AND CARDIAC MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDITIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Purpose:** Describe clinical characteristics, laboratory tests and cardiac magnetic resonance (CRM) imaging of patients with suspected acute myocarditis at Hanoi Medical University Hospital. **Material and methods:** Descriptive study conducted at Hanoi Medical University Hospital from June 2022 to June 2023 on patients clinically suspected of acute myocarditis, with laboratory tests and cardiac magnetic resonance imaging. Acute myocarditis was diagnosed based on expanded diagnostic criteria and the Lake-Louise 2009 criteria. **Results:** There were 7 patients with a mean age of 27.7±14.5; male accounts for 71.4%. The main clinical manifestations were chest pain and fever, accounting for 71.4% and 57.1%, respectively. Troponin T and CRPs increased in all patients. 57.1% of patients had abnormalities on the electrocardiogram. On MRI, 100% of patients showed signs of myocardial edema, the myocardial/striated muscle signal ratio ≥ 4 accounted for 71.4%, mainly in the anterior wall, lateral wall (100%), and septum (85.7%). There were 42.8% of patients with signs of early myocardial enhancement and 85.7% of patients with late myocardial enhancement. 71.4% of patients

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 10.4.2024

met the diagnostic criteria according to the Lake Louise 2009 criteria. After treatment, all patients recovered after 2-3 weeks. **Conclusion:** CRM imaging was an important non-invasive imaging method in diagnosing acute myocarditis with clinical symptoms and laboratory tests. **Keywords:** myocarditis, cardiac magnetic resonance, myocardial enhancement

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Viêm cơ tim là bệnh lý khá hay gặp ở người trẻ tuổi và trung niên, chiếm tới 12% các nguyên nhân gây đột tử ở người trẻ tuổi và là một trong các nguyên nhân quan trọng dẫn đến bệnh cơ tim giãn<sup>1</sup>. Phần lớn các trường hợp do nhiễm virus trên các bệnh nhân có tiền sử khoẻ mạnh, tuy nhiên một số nhỏ có thể gặp do các nguyên nhân như nhiễm độc, lạm dụng thuốc, chấn thương hoặc thải ghép...

Triệu chứng lâm sàng viêm cơ tim thường rất đa dạng: có thể không có triệu chứng cho tới các biểu hiện như sốt, khó thở, đau ngực hoặc suy tim, rối loạn nhịp. Chẩn đoán viêm cơ tim đôi khi phải phối hợp nhiều phương pháp từ lâm sàng, xét nghiệm như men tim, điện tâm đồ, siêu âm tim, cộng hưởng từ, sinh thiết nội mạc cơ tim. Tiêu chuẩn Dallas kinh điển trong chẩn đoán viêm cơ tim cần có bằng chứng về mô bệnh học, trong khi đó sinh thiết nội mạc cơ tim là một phương pháp có tính xâm lấn cao, độ nhạy không cao và có nguy cơ xuất hiện các biến chứng nghiêm trọng như thủng cơ tim hoặc chèn ép tim cấp.

Trong khi các phương pháp hình ảnh hạt nhân chưa được chứng minh là hữu ích, siêu âm tim và cộng hưởng từ (CHT) tim là công cụ hình ảnh quan trọng trong chẩn đoán ở các bệnh nhân được nghi ngờ viêm cơ tim.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** tất cả các bệnh nhân được nghi ngờ viêm cơ tim trên lâm sàng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán viêm cơ tim cấp mở rộng (chưa có điều kiện sinh thiết cơ tim) có chụp MRI tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** mô tả chùm ca bệnh viêm cơ tim cấp từ tháng 06/2022 đến 06/2023 dựa trên tiêu chuẩn Lake Louise 2009 về cộng hưởng từ và tiêu chuẩn mở rộng chẩn đoán viêm cơ tim cấp:

**Tiêu chuẩn Lake Louise 2009<sup>2</sup>:**

- + Tỷ lệ tín hiệu cơ tim/ cơ vân trên T2W  $\geq 4$
- + Tăng tỷ lệ bắt thuốc toàn bộ cơ tim thì sớm so với cơ vân
- + Hình ảnh cơ tim bắt thuốc thì muộn
- => Khi có từ 2 đặc điểm trở lên xác định viêm cơ tim cấp trên CHT

**Tiêu chuẩn mở rộng chẩn đoán viêm cơ tim cấp<sup>3</sup>:**

+ Đặc tính I: triệu chứng lâm sàng: sốt, tiền triệu nhiễm virus, mệt mỏi, khó thở khi gắng sức, đau ngực, hồi hộp, sốc tim, xỉu.

+ Đặc tính II: bằng chứng cấu trúc hoặc chức năng tim bị tổn thương trong khi không có dấu hiệu bệnh tim thiếu máu cục bộ như buồng tim giãn, bất thường vận động vùng, troponin tăng và ĐMV bình thường hoặc không có sự phục hồi thiếu máu do phân bố mạch vành trong thì tưới máu trên xạ hình tưới máu cơ tim.

+ Đặc tính III: trên CHT: tăng tín hiệu cơ tim trên T2W, cơ tim bắt thuốc tương phản từ thì muộn

+ Đặc tính IV: phân tích giải phẫu bệnh lý cơ tim hoặc phân tử: dấu hiệu bệnh lý tương ứng với tiêu chuẩn Dallas, tìm thấy gen virus trên PCA.

Khi có bất cứ đặc điểm nào trong mỗi đặc tính phù hợp được xem là dương tính cho đặc tính đó.

+ Nếu có cả 4 đặc tính dương tính thì khả năng cao bị viêm cơ tim.

+ Nếu có 3 đặc tính dương tính thì tương đồng với viêm cơ tim

+ Nếu có 2 đặc tính dương tính thì gợi ý viêm cơ tim

**2.3. Xử lý số liệu:** Xử lý và phân tích số liệu theo SPSS 20.0. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ. Các số liệu biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Với các biến định lượng có phân phối chuẩn, kết quả được trình bày theo giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

**2.4. Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu:**

Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng của trường Đại Học Y Hà Nội. Nghiên cứu được Bệnh viện Đại học Y Hà Nội chấp nhận. Nghiên cứu không ảnh hưởng gì đến quyền lợi của người bệnh trong quá trình khám và chữa bệnh. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được đảm bảo bí mật. Đảm bảo các số liệu trong nghiên cứu là trung thực.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu**

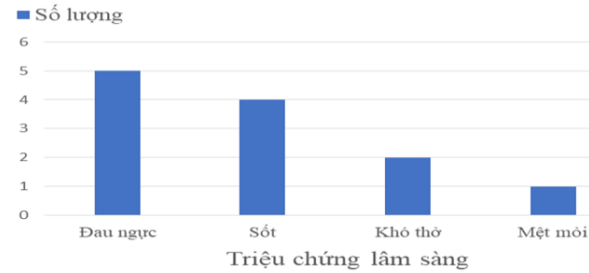
**Bảng 1: Tuổi, giới nhóm đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Tuổi trung bình	Tuổi nhỏ nhất	Tuổi lớn nhất
Nam	5	71.4	27.7 ± 14.5	10	56
Nữ	2	28.6			
<b>Tổng</b>	<b>7</b>	<b>100</b>			

**Nhận xét:** Tất cả các bệnh nhân đều ở trẻ

tuổi và trung niên. Nam giới chiếm đa số.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu**



**Biểu đồ 1: Các triệu chứng lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng, với chiếm phần lớn là đau ngực gặp ở 5/7 bệnh nhân chiếm 71,4%, tiếp theo là sốt và khó thở. Một bệnh nhân thường có ít nhất hai triệu chứng

**3.3. Đặc điểm xét nghiệm của nhóm đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 2: Men tim và CRPs**

Chỉ số	Giá trị trung vị	Giá trị bình thường
Troponin T (ng/l)	555	<14
CRPs (mg/dl)	3.7	<0,5

**Nhận xét:** Tất cả các trường hợp đều có Troponin T và CRPs tăng cao

**Bảng 3: Kết quả điện tâm đồ và siêu âm tim**

Điện tâm đồ	Dấu hiệu	n (%)
	ST chênh	1 (14.2%)
Block nhĩ thất	1 (14.2%)	
Ngoại tâm thu thất	1 (14.2%)	
Nhịp nhanh thất	1 (14.2%)	
Siêu âm tim	Bình thường	6 (85.8%)
	Ít dịch màng tim	1 (14.2%)

**Nhận xét:** 57,1% có bất thường trên điện tâm đồ nhưng các bất thường này không đặc hiệu, có thể gặp ở nhiều bệnh lý tim mạch khác, số còn lại có hình ảnh điện tâm đồ bình thường.

Phần lớn siêu âm tim không phát hiện được các dấu hiệu bất thường (85,7%), chỉ có 1 trường hợp siêu âm tim ghi nhận có ít dịch màng tim.

**3.4. Đặc điểm cộng hưởng từ tim của nhóm đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 4: Các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ tim**

Đặc điểm	Tỷ lệ %	
	Phù cơ tim	Tổng
	Thành trước	100
	Thành bên	100
	Vách	85,7
Tỷ lệ tín hiệu cơ tim/cơ vân ≥ 4	71,4	

Ngãim thuốc sớm	42,8	
LGE	Tổng	85,7
	Ngãim dưới ngoại tâm mạc	71,4
	Ngãim trong thành	28,5
Rối loạn vận động vùng	28,5	
Dịch màng tim	100	
Phân suất tổng máu giảm	14,2	
Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo Lake Louise	71,4	

**Nhận xét:** Tình trạng phù nề cơ tim gặp ở 100%, chủ yếu ở thành trước, thành bên và vách nhưng chỉ có 71,4% có tỷ lệ tín hiệu cơ tim/cơ vân ≥4 là một trong các tiêu chuẩn chẩn đoán theo tiêu chuẩn Lake Louise 2009.

42,8% các trường hợp có ngãim thuốc sớm, 85,7% có ngãim thuốc muộn, trong đó chủ yếu là ngãim dưới ngoại tâm mạc.

28,5% có rối loạn vận động vùng, 100% có dịch màng tim và chỉ có 1 bệnh nhân có giảm nhẹ phân suất tổng máu. Trên cùng một bệnh nhân có thể xuất hiện nhiều vị trí phù cơ tim và nhiều ổ, dạng ngãim thuốc sớm và ngãim thuốc muộn

**IV. BÀN LUẬN**

Viêm cơ tim là tình trạng mô cơ tim bị viêm, chiếm tới 12% các nguyên nhân đột tử ở người trẻ<sup>1</sup>. Trong thực tế tỷ lệ này có thể còn lớn hơn do nhiều trường hợp viêm cơ tim nhẹ, ít triệu chứng bị bỏ qua. Mặc dù sinh lý phân tử và tế bào có thể khác nhau giữa các nguyên nhân nhưng đặc điểm chung là đều dẫn tới hiện tượng thâm nhiễm tế bào, phù nề, hoại tử và hình thành nên sẹo ở giai đoạn muộn<sup>4</sup>.

Mặc dù có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào nhưng phần lớn bệnh thường gặp ở những người trẻ tuổi hoặc trung niên, với biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất giống như hội chứng vành cấp nhưng lại có động mạch vành bình thường và dù có nhiều nguyên nhân gây ra nhưng phần lớn thường liên quan đến nhiễm virus<sup>5</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đều có lứa tuổi trẻ, tiền sử khoẻ mạnh, chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân ở độ tuổi trung niên 56 tuổi nhưng cũng có ít nguy cơ tim mạch, ngoài ra các bệnh nhân đều có CRPs tăng cao và có hình ảnh siêu âm tim bình thường, không thấy bất thường về độ dày thành hay kích thước các buồng tim, do đó chẩn đoán ban đầu của các bác sỹ lâm sàng đều ít nghĩ tới bệnh cơ tim do nhồi máu, do đó các bệnh nhân đều không chụp động mạch vành – một thủ thuật xâm lấn nhiều nguy cơ mà chỉ định chụp cộng hưởng từ tim

trước- một phương pháp chẩn đoán an toàn và không xâm lấn.

Hiện nay không có một dấu hiệu đơn lẻ nào về lâm sàng hay hình ảnh đủ để giúp chẩn đoán viêm cơ tim một cách chắc chắn mà cần phối hợp nhiều dấu hiệu bao gồm bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn để đưa ra được chẩn đoán và định hướng điều trị.

Về điện tâm đồ, trong viêm cơ tim có sự thay đổi phức hợp ST và sóng T, xuất hiện sóng Q, block nhĩ thất, block nhánh, các cơn nhịp nhanh như nhịp nhanh thất và rung thất. Tuy nhiên các dấu hiệu này ít có giá trị chẩn đoán do có độ đặc hiệu thấp và độ nhạy cũng không cao.

Siêu âm tim là một phương pháp an toàn, tiện lợi và có thể thực hiện được ở nhiều cơ sở, cho phép đánh giá nhanh kích thước buồng tim, độ dày thành tâm thất và chức năng tim, dịch màng tim. Tuy nhiên trong chẩn đoán viêm cơ tim, siêu âm tim ít có giá trị<sup>6</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 87,5% bệnh nhân siêu âm tim không phát hiện được bất thường và chỉ có 1 bệnh nhân có dịch màng ngoài tim.

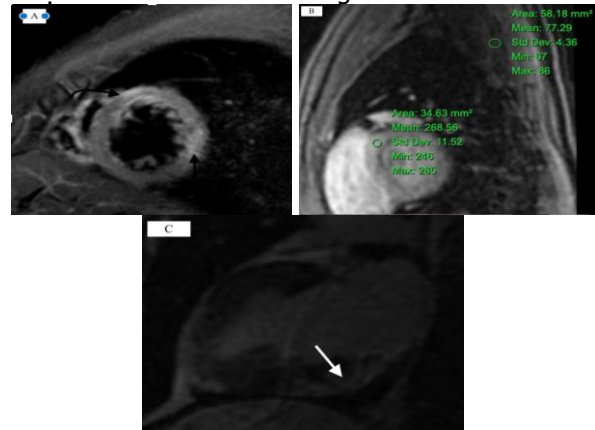
Trong vài năm trở lại đây, cộng hưởng từ đã trở thành công cụ chẩn đoán quan trọng được lựa chọn ở những bệnh nhân có bằng chứng của tổn thương cơ tim cấp tính không do nhồi máu<sup>7</sup>. Nghi ngờ viêm cơ tim là một trong những chẩn đoán thường gặp nhất cần chụp cộng hưởng từ (chiếm khoảng 1/3). Cộng hưởng từ tim cho phép phát hiện tất cả các tổn thương dạng phù, xung huyết, hoại tử, xơ hoá cơ tim, tràn dịch màng ngoài tim, rối loạn vận động vùng chỉ trong một lần chụp<sup>6</sup>.

Khác với các phương pháp chẩn đoán khác, cộng hưởng từ không chỉ phát hiện được các bất thường về hình thái và chức năng mà còn giúp phát hiện các bất thường mô. Ở những bệnh nhân bị viêm cơ tim nặng, thường có rối loạn vận động toàn bộ thất trái. Tuy nhiên, chúng lại ít đặc hiệu cho bệnh lý viêm cơ tim. Tràn dịch màng tim được bắt gặp ở 32-57% bệnh nhân<sup>8</sup>. Mặc dù dấu hiệu này không đặc hiệu nhưng có giá trị hỗ trợ chẩn đoán gợi ý một tình trạng viêm đang hoạt động. Sự đánh giá về hình thái và chức năng được đánh giá tốt nhất trên chuỗi xung SSFP.

Cộng hưởng từ tim là phương pháp chẩn đoán hình ảnh quan trọng nhất cho phép phát hiện các tổn thương phù nề cơ tim, một đặc điểm quan trọng gợi ý tình trạng viêm cấp<sup>7</sup>. Phù nề cơ tim là một dấu hiệu quan trọng của tổn thương cơ tim do tăng tính thấm tế bào. Khi màng tế bào bị tổn thương, dòng Na<sup>+</sup> sẽ rò rỉ

vào trong kéo theo các phân tử nước gây phù nội bào và gây rò rỉ các phân tử lớn ra ngoài như troponin và cuối cùng gây mất chức năng tế bào. Hình ảnh T2W có độ nhạy cao trong phát hiện các vùng phù nề cơ tim đặc biệt với chuỗi xung T2W máu đen (Tripple IR), mang lại độ tương phản tuyệt vời giữa vùng cơ tim bị phù nề và cơ tim bình thường. Dấu hiệu này có độ chính xác cao trong phát hiện các tổn thương cơ tim do viêm hoặc thiếu máu cục bộ cấp tính. Phù nề cơ tim không quan sát thấy trên viêm cơ tim ranh giới nhưng lại được nhìn thấy ở 36% bệnh nhân viêm cơ tim hoạt động được xác định theo tiêu chuẩn của Dallas.

Tăng tưới máu và rò rỉ mao mạch (ngấm thuốc cơ tim sớm): là một đặc điểm không thể thiếu trong viêm cơ tim. Sự tăng cường máu tới các ổ viêm dẫn đến tình trạng tăng hấp thu thuốc đối quang từ ở pha sớm. Do gadolinum sẽ nhanh chóng phân bố vào mô kể sau khi tiêm nên giai đoạn này kéo dài trong vài phút đầu tiên sau khi tiêm thuốc đối quang. Tỷ lệ ngấm thuốc sớm ở giữa cơ tim và cơ vên  $\geq 4$  hoặc  $>45\%$  được cân nhắc là bất thường<sup>8</sup>.



**Hình 1: Hình ảnh CHT tim ở bệnh nhân nam, 30 tuổi, tiền sử khoẻ mạnh vào viện vì khó thở và đau ngực**

A: phù cơ tim tại thành trước, thành bên thất trái và ổ nhỏ tại vách liên thất (mũi tên). B: ổ ngấm thuốc sớm tại vách liên thất (tỷ lệ tín hiệu cơ tim/cơ vên  $>4$ ). C: các ổ ngấm thuốc muộn dưới ngoại tâm mạc thành bên thất trái (mũi tên).

Các tổn thương ngấm thuốc muộn (LGE) phản ánh tình trạng xơ hoá và hoại tử cơ tim. Hình ảnh LGE sử dụng chuỗi xung đảo ngược để làm giảm tín hiệu cơ tim bình thường từ đó nổi bật các vùng cơ tim ngấm thuốc muộn. Ở giai đoạn hoại tử sớm hơn, gadolinum xâm nhập vào tế bào thông qua màng tế bào bị tổn thương cấp tính<sup>6</sup>, do đó lượng gadolinum sẽ phân bố vào

vùng cơ tim nhiều hơn và biểu hiện thành các vùng ngấm thuốc muộn. Sau khi quá trình viêm kết thúc các tế bào sợi sẽ tới thay thế các tế bào cơ tim đã chết bằng các tổ chức xơ sợi, tạo ra các khoảng kẽ lớn và các phân tử gadolinium sẽ phân bố vào nhiều hơn. Một số nghiên cứu đã chứng minh tính đặc hiệu cao của LGE trong chẩn đoán viêm cơ tim<sup>9</sup>. Tuy nhiên, LGE có thể không nhạy trong việc phát hiện viêm cơ tim có triệu chứng với tổn thương hạn chế hoặc có các tổn thương không hồi phục không khu trú cục bộ.

#### IV. KẾT LUẬN

CHT tim thường được chỉ định ở bệnh nhân có triệu chứng, có bằng chứng về tổn thương cơ tim không do nhồi máu và nghi ngờ các nguyên nhân do virus. Theo đó, CHT tim thường được chỉ định ở các bệnh nhân đau ngực, có Troponin tăng cao và có kết quả chụp mạch vành bình thường. Ngoài ra, CHT tim còn có thể được chỉ định ở những trường hợp viêm cơ tim do tập luyện thể chất quá mức ví dụ ở các vận động viên chuyên nghiệp xuất hiện các sóng điện tâm đồ bất thường phù hợp với viêm cơ tim sẽ được chỉ định chụp CHT kể cả khi không có triệu chứng lâm sàng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fabre A, Sheppard MN.** Sudden adult death syndrome and other non-ischaemic causes of

- sudden cardiac death. Heart Br Card Soc. 2006; 92(3): 316-320. doi: 10.1136/hrt.2004. 045518
2. **Cundari G, Galea N, De Rubeis G, et al.** Use of the new Lake Louise Criteria improves CMR detection of atypical forms of acute myocarditis. Int J Cardiovasc Imaging. 2021;37(4):1395-1404. doi:10.1007/s10554-020-02097-9
3. **PGS.TS. TA MẠNH CƯỜNG.** Viêm Cơ Tim Cấp: Cập nhật Chẩn đoán và Điều trị 2017. Tạp Chí Sức Khỏe. Published online 2017:58+855.
4. **Kawai C.** From myocarditis to cardiomyopathy: mechanisms of inflammation and cell death: learning from the past for the future. Circulation. 1999;99(8):1091-1100. doi:10.1161/01.cir.99.8.1091
5. **Kindermann I, Barth C, Mahfoud F, et al.** Update on myocarditis. J Am Coll Cardiol. 2012; 59(9): 779-792. doi:10.1016/j.jacc.2011. 09.074
6. **De Cobelli F, Pieroni M, Esposito A, et al.** Delayed gadolinium-enhanced cardiac magnetic resonance in patients with chronic myocarditis presenting with heart failure or recurrent arrhythmias. J Am Coll Cardiol. 2006;47(8):1649-1654. doi:10.1016/j.jacc.2005.11.067
7. **Friedrich MG, Marcotte F.** Cardiac Magnetic Resonance Assessment of Myocarditis. Circ Cardiovasc Imaging. 2013;6(5):833-839. doi: 10.1161/CIRCIMAGING.113.000416
8. **Friedrich MG, Strohm O, Schulz-Menger J, Marciniak H, Luft FC, Dietz R.** Contrast media-enhanced magnetic resonance imaging visualizes myocardial changes in the course of viral myocarditis. Circulation. 1998;97(18):1802-1809. doi:10.1161/01.cir.97.18.1802
9. **Liu PP, Mason JW.** Advances in the understanding of myocarditis. Circulation. 2001; 104(9): 1076-1082. doi:10.1161/hc3401. 095198

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM, TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH TIỀM ẨN CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ GIAI ĐOẠN CT1-2N0M0

Nguyễn Quốc Dũng<sup>1</sup>, Lê Văn Quảng<sup>1</sup>,  
Đàm Bảo Trung<sup>1</sup>, Ma chính Lâm<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xác định tình trạng di căn hạch tiềm ẩn của ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn cT1-2N0M0 được điều trị tại khoa Phẫu thuật Đầu-Mặt-Cổ, Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 192 BN UTTG giai đoạn cT1-2N0M0 được phẫu thuật tại Bệnh viện K. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp mô tả tiến cứu cắt ngang. **Kết quả:** 100% BN ung thư biểu mô tuyến

giáp thể nhú; tỷ lệ di căn hạch cổ tiềm ẩn 45,8%; tỷ lệ di căn hạch nhóm VI, hạch cảnh cùng bên lần lượt là 41,7%, 13,4%. Các yếu tố nguy cơ độc lập của di căn hạch nhóm VI: tuổi <55 (p=0,001), kích thước u > 10mm (p=0,024), vị trí u ở eo giáp (p=0,046, OR=2,522, 95% CI 0,993-6,41). **Kết luận:** UTTG thể nhú có tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn cao, đặc biệt là nhóm VI. Các yếu tố: tuổi <55, kích thước u > 10mm, vị trí u ở eo tuyến giáp có liên quan tới tình trạng di căn hạch nhóm VI tiềm ẩn. **Từ khóa:** Ung thư tuyến giáp, di căn hạch cổ tiềm ẩn, vét hạch dự phòng.

#### SUMMARY

**TO STUDYING CLINICAL CHARACTERS, UNTRASOUND, THE SITUATION OF OCCULT LYMPH NODE METASTASIS OF THYROID CANCER IN STAGE cT1-2N0M0**

<sup>1</sup>Bệnh Viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Dũng

Email: drdungda71@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 11.4.2024