

có 88,4% trường hợp khá tự tin về khả năng phòng tránh nhiễm HPV của mình, kết quả này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Shetty và cộng sự (65,2%)[9] và cao hơn nghiên cứu của Ngô Thị Huyền (59%)[4]. Theo kết quả khảo sát có đến 93,8% đối tượng tham gia nghiên cứu cho rằng quan hệ tình dục an toàn có thể giảm nguy cơ mắc HPV và ung thư cổ tử cung, kết quả khảo sát này cao hơn kết quả của Vũ Văn Du và cộng sự (2017) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có tỷ lệ 88,5%[5]. Đa số đối tượng nghiên cứu xác định tiêm ngừa vaccine HPV là cần thiết đối với phụ nữ chiếm 92,5%, theo nghiên cứu của Vũ Văn Du và cộng sự tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho rằng định tiêm ngừa vaccine HPV là an toàn cho phụ nữ (87,5%), tuy nhiên, theo nghiên cứu của Ngô Thị Huyền năm 2023 thì tỷ lệ này là 74% [5],[4].

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả khảo sát, chúng tôi nhận thấy nhận thức đúng về ung thư cổ tử cung của phụ nữ tham gia nghiên cứu khá cao tuy nhiên tỷ lệ dự các biện pháp phòng ngừa nguyên nhân gây ung thư cổ tử cung còn thấp. Vì vậy cần tuyên truyền cho người dân nói chung cũng như tư vấn cho các phụ nữ trẻ tuổi tiêm phòng vaccine HPV để phòng bệnh ung thư cổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Xuân Nghiêm** (2014), Khảo sát kiến thức, thái độ về vắc xin ngừa HPV của khách hàng đến khám phụ khoa và tư vấn sức khỏe tại BV. Hùng Vương, chuyên đề sức khỏe sinh sản, tập 14, số 2, tháng 9 – 2014.
2. **Lê Thị Yên Phi** (2010), Kiến thức và thái độ của khách hàng đến chủng ngừa HPV tại Bệnh viện Hùng Vương và Viện Pasteur Tp. Hồ Chí Minh.
3. **Nguyễn Thị Xuân Liễu** (2020), Khảo sát kiến thức về ung thư cổ tử cung và tiêm vaccine ngừa của nữ sinh viên khoa Dược năm thứ 5 Đại học Nguyễn Tất Thành- Tạp chí Khoa học & Công nghệ Số 10, trang 86-91.
4. **Ngô Thị Huyền** (2023), Kiến thức, thái độ và sự tuân thủ tiêm phòng vaccine HPV của sinh viên điều dưỡng và y đa khoa tại trường Đại học Đại Nam, Tạp chí Y học Việt Nam, 529, trang 250-255.
5. **Vũ Văn Du và cộng sự** (2017), Kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng ung thư cổ tử cung của bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Tạp chí y dược lâm sàng, (12), trang 56-62
6. **Bùi Thị Thu Hương** (2021), Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HPV typ nguy cơ cao ở bệnh nhân tại Bệnh viện Trung ương Thái nguyên năm 2019 - 2020, Tạp chí Y học Việt Nam, (498), trang 65-68.
7. **Trương Thị Ánh Nguyệt** (2023), Đánh giá kiến thức, thái độ về vắc - xin HPV của sinh viên khối sức khỏe tại Đại học Đà Nẵng, tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Đà Nẵng (21), trang 78 – 82.
8. **Daniel, C.L., et al.**, HPV and HPV vaccination knowledge and attitudes among medical students in Alabama. Journal of Cancer Education, 2021. 36: p. 168-177.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SIÊU ÂM TIM TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU GHÉP TIM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2011- 2020

Khổng Tiến Bình¹, Nguyễn Hữu Ước², Nguyễn Thị Lan Anh¹,
Nguyễn Thị Vân Anh¹, Trần Hữu Nghị¹, Nguyễn Thị Thanh Thảo¹,
Vũ Văn Thời¹, Dương Đức Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả siêu âm tim trên người bệnh sau ghép tim tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả, hồi cứu tiến hành trên 32 người bệnh được ghép tim đồng loài tại Trung tâm tim mạch và Lồng ngực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2011-2020; sử dụng siêu âm tim qua thành ngực đánh giá tình trạng tim mạch của người bệnh sau ghép tim đồng loài với 3 mốc thời gian là sau ngày 1, ngày 3 và ngày thứ 20 sau ghép

tim. **Kết quả:** Các thông số đánh giá chức năng tâm thu thất trái (Fs, EF, EF simpson) có xu hướng tăng nhẹ trong ngày đầu. Đánh giá chức năng thất phải cho thấy thông số TAPSE và FAC thay đổi tăng dần qua các lần siêu âm, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thất phải giãn sớm sau mổ nhưng co dần theo thời gian. Trần dịch màng ngoài tim xuất hiện sớm sau ghép tim, không có bằng chứng liên quan tới thái độ và giảm về gần như bình thường ở ngày thứ 20 sau ghép. **Kết luận:** Siêu âm tim qua thành ngực là biện pháp không xâm lấn, cho phép đánh giá chức năng tim sau ghép. Cần tăng cường tiến hành nhiều nghiên cứu trong tương lai nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật sau ghép tim thông qua việc sử dụng siêu âm tim qua thành ngực. **Từ khóa:** Siêu âm tim, ghép tim, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đức Hùng

Email: dr.duongduchung@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

SUMMARY

ECHOCARDIOGRAPHIC EVALUATION OF THE

PATIENTS AFTER HEART TRANSPLANTATION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL DURING 2011- 2020

Objective: To evaluate the results of echocardiography in patients after heart transplant at Viet Duc University Hospital. **Methods:** a retrospective, descriptive study was conducted in 32 patients receiving heart transplants at the Cardiovascular and Thoracic Center, Viet Duc University Hospital in the period 2011-2020; Using transthoracic echocardiography to evaluate the heart function of patients after heart transplant with 3 time points: day 1, day 3 and day 20 after heart transplant. **Results:** Parameters assessing left ventricular systolic function (Fs, EF, simpson EF) tended to increase slightly on the first day. Evaluation of right ventricular function showed that TAPSE and FAC parameters changed gradually over ultrasounds, the change was statistically significant ($p < 0.05$). The right ventricle dilates early after surgery but gradually contracts over time. Pericardial effusion appeared early after heart transplant, with no evidence related to transplant rejection and decreased to almost normal on the 20th day after transplant. **Conclusion:** Transthoracic echocardiography is a non-invasive method that allows assessment of cardiac function after transplantation. It is necessary to conduct more research in the future to evaluate surgical outcomes after heart transplantation through the use of transthoracic echocardiography.

Keywords: Echocardiography, heart transplant, Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật ghép tim là biện pháp điều trị tiết căn cho người bệnh bị suy tim giai đoạn cuối. Phương pháp này giúp cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống cũng như kéo dài tuổi thọ cho người bệnh. Tính tới ngày 30 tháng 6 năm 2016, Hiệp hội Cấy ghép Tim và Phổi Quốc tế đã ghi nhận 135,387 ca ghép tim (1). Tại Việt Nam, ghép tim vẫn là một chủ đề khá mới mẻ và mới chỉ triển khai tại một số bệnh viện tuyến trung ương. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thực hiện ca ghép tim đầu tiên cũng là ca ghép tim thứ 3 trong nước tháng 4/2011, kể từ đó, đây là nơi thực hiện hầu hết các ca ghép tim của cả nước và là bệnh viện duy nhất đưa ghép tim trở thành một phẫu thuật thường quy (2). Việc lượng giá kích thước và chức năng các buồng tim là nền tảng của chẩn đoán hình ảnh tim mạch, trong đó siêu âm tim qua thành ngực là phương pháp không xâm lấn được áp dụng phổ biến nhất, góp phần quan trọng trong chẩn đoán, đánh giá về hình thể, cấu trúc và chức năng tim trong cả ba giai đoạn: trước, trong và sau ghép tim (3). Người bệnh sau ghép tim cần được theo dõi, đánh giá tổng thể và toàn diện bằng siêu âm tim để lượng giá kích thước và chức năng của tim, phát hiện các biến chứng hay gặp nhất như tăng kích

thước hai nhĩ, tiên lượng nguy cơ huyết khối trong nhĩ. Đánh giá chức năng thất trái dự đoán quá trình thải ghép. Đánh giá sớm và theo dõi tình trạng suy thất phải, thải ghép cấp. Chính vì vậy, nhằm góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán, chất lượng phẫu thuật các bệnh tim tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực – bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá kết quả siêu âm tim trên người bệnh sau ghép tim tại bệnh viện hữu nghị việt đức giai đoạn 2011- 2020".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Người bệnh được ghép tim đồng loài tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Đủ thông tin hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp tử vong ngay sau ghép hoặc trong vòng 20 ngày sau ghép.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2020.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm tim mạch và Lồng ngực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

3. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả người bệnh được ghép tim đồng loài tại Trung tâm tim mạch và Lồng ngực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đáp ứng đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Thực tế thu được 32 người bệnh tham gia nghiên cứu.

5. Biến số và công cụ thu thập số liệu.

Sử dụng bệnh án nghiên cứu được xây dựng dựa trên các biến số và chỉ số phù hợp với mục tiêu.

Các biến số trong bệnh án nghiên cứu bao gồm: Nhóm biến số về các thông số đánh giá trên siêu âm tim gồm: thông số kích thước, thông số đánh giá vận động vùng cơ tim (giảm vận động vùng thành thất phải, di động vách liên thất sang trái), thông số đánh giá chức năng tim trái (EF, FS, Simpson), thông số đánh giá chức năng tim phải (TAPSE, FAC), đánh giá áp lực động mạch phổi và đánh giá tràn dịch màng ngoài tim.

Công cụ thu thập số liệu: Mẫu bệnh án nghiên cứu.

6. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được thu thập và làm sạch bằng phần mềm Epidata 3.0. Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học bằng chương trình SPSS 22.0. Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng số trung bình \pm độ lệch chuẩn (SD). Các biến định tính được biểu

điển dưới dạng tần suất và tỉ lệ phần trăm (%). Sử dụng kiểm định T test với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân không nhằm mục đích nào khác. Người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng mục đích nghiên cứu, cũng như lợi ích và các ảnh hưởng bất lợi của nghiên cứu. Người bệnh có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ thời

điểm nào. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 32 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Sau ghép tim, đa số các thông số thất trái không có sự thay đổi sau ghép tim ngày 1, tuy nhiên có sự tăng dần qua các ngày 3 và ngày 20 sau ghép tim thể hiện qua các thông số siêu âm kích thước nhĩ trái, EF, FS và LVMI (Bảng 1).

Bảng 1. Các đặc điểm thất trái biến thiên theo thời gian sau ghép tim (N=32)

Thông số	Sau ghép tim 1 ngày	Sau ghép tim 3 ngày	Sau ghép tim 20 ngày	
Kích thước nhĩ trái	$\bar{x} \pm SD$	35,28± 6,04	34,09± 4,50	33,66± 4,55
	p	0,508	<0,0001*	0,001*
EF	$\bar{x} \pm SD$	62,91± 7,626	62,94± 10,07	66,25± 4,53
	p	0,48	0,319	0,032*
FS	$\bar{x} \pm SD$	33,75± 6,01	37,00± 8,05	36,34± 3,86
	p	0,539	0,492	<0,0001*
LVMI	$\bar{x} \pm SD$	103,25± 15,263	106,72± 16,751	110,13± 18,53
	p	0,001*	0,001*	0,001*

Thất phải thường giảm sau mổ, tuy nhiên có sự giảm dần qua các ngày 3 và ngày 20 sau ghép tim thể hiện qua các thông số siêu âm kích thước thất phải, TAPSE và FAC (Bảng 2).

Bảng 2. Các đặc điểm thất phải biến thiên theo thời gian sau ghép tim (N=32)

Thông số	Sau ghép tim 1 ngày	Sau ghép tim 3 ngày	Sau ghép tim 20 ngày	
Kích thước thất phải	$\bar{x} \pm SD$	24,66± 4,89	22,47± 3,3	20,47± 2,66
	p	0,099	<0,0001*	0,001*
TAPSE	$\bar{x} \pm SD$	15,16± 2,23	16,09± 2,22	17,87± 1,69
	p	-	<0,0001*	<0,0001*
FAC	$\bar{x} \pm SD$	45,91± 11,22	53,19± 7,635	58,69± 2,375
	p	-	0,041*	<0,0001*

Có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về sự thay đổi vận động thành thất phải sau khi ghép tim 1 ngày và 3 ngày, có đến 13 người bệnh sau 1 ngày và 9 người bệnh sau 3 ngày có hiện tượng giảm vận động thành thất phải. Tuy nhiên, sau 20 ngày kết quả siêu âm cho thấy cả 32 người bệnh vận động thành thất phải bình thường (với $p < 0,05$, KTC 95%CI: 1,41-1,77). Sau khi ghép tim có xảy ra tình trạng vách liên thất lệch trái với 15 người bệnh sau ghép tim ngày 1 và 7 người bệnh ngày 3. Và hoàn toàn trở về bình thường sau ngày 20 ($p < 0,05$, KTC 95%CI: 1,35 -1,71) (Bảng 3).

Bảng 3. Tình trạng giảm vận động thành thất phải và vách liên thất lệch trái

Đặc điểm	Sau ghép tim 1 ngày	Sau ghép tim 3 ngày	Sau ghép tim 20 ngày	p
Giảm vận động thành thất phải				
Có	13	9	0	p < 0,0001*
Không	19	23	32	
Tình trạng vách liên thất lệch trái				

Có	15	7	0	p < 0,0001*
Không	17	25	32	

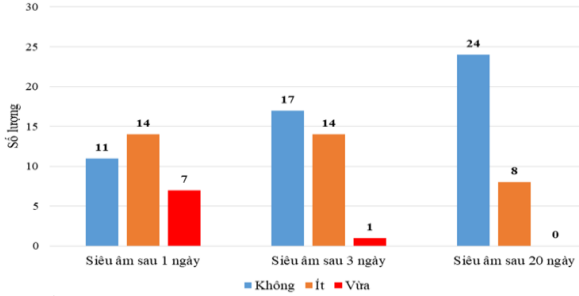
Tình trạng suy thất phải có sự thay đổi theo từng mốc thời gian siêu âm. Sau ghép tim 1 ngày, có 16 người bệnh suy thất phải, ngày thứ 3 sau ghép tình trạng suy thất phải giảm còn 10 người bệnh, ngày thứ 20 toàn bộ người bệnh về trạng thái bình thường (Bảng 4).

Bảng 4. Tình trạng suy thất phải sau ghép tim (N=32)

Suy thất phải	Sau ghép tim 1 ngày	Sau ghép tim 3 ngày	Sau ghép tim 20 ngày
Không	16	22	32
Có	16	10	0
p		0,352	0,013*

Sau ghép tim ngày thứ 1, 21 người bệnh có tình trạng tràn dịch ngoài màng tim, trong đó, 7 người bệnh tràn dịch mức độ vừa. Sau ghép tim ngày thứ 3, có 15 người bệnh có tình trạng tràn dịch ngoài màng tim, trong đó, 1 người bệnh tràn dịch mức độ vừa. Sau ghép tim ngày thứ 20, chỉ còn 8 người bệnh còn tình trạng tràn dịch

ngoài màng tim mức độ ít (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Tình trạng tràn dịch màng ngoài tim sau ghép tim (N=32)

Áp lực động mạch phổi không có sự thay đổi sau ghép tim ngày 1, tuy nhiên có sự thay đổi qua các ngày 3 và ngày 20 sau ghép tim với $p < 0,05$ (Bảng 5).

Bảng 5. Áp lực động mạch phổi (ALĐMP) theo thời gian sau ghép tim (N=32)

Thông số	Sau ghép tim 1 ngày	Sau ghép tim 3 ngày	Sau ghép tim 20 ngày
$\bar{X} \pm SD$	$30,59 \pm 5,35$	$30,63 \pm 5,26$	$27,44 \pm 4,21$
p	0,338	<0,0001*	0,001*

IV. BÀN LUẬN

Ghép tim là một phương pháp điều trị cuối cùng và hiệu quả cho những người bệnh suy tim giai đoạn cuối, tuy nhiên nhu cầu về tim ngày càng vượt xa nguồn cung. Trong thập kỷ vừa qua, có rất nhiều thay đổi trong thực hành siêu âm tim nhờ vào sự phát triển như vũ bão về công nghệ, với hai tiến bộ chính là siêu âm tim ba chiều (3D) thời gian thực và hình ảnh biến dạng cơ tim. Các thông số đánh giá chức năng tâm thu thất trái và chức năng thất phải sau ghép tim trong nghiên cứu này sử dụng siêu âm tim qua thành ngực được thu thập tại 3 thời điểm là sau 1 ngày, sau 3 ngày và sau 20 ngày ghép tim. 32 người bệnh trong nghiên cứu đều sử dụng kỹ thuật ghép tim hai tĩnh mạch chủ (Bicaval), do vậy khảo sát sự thay đổi của nhĩ trái sau ghép là cần thiết. Kết quả nghiên cứu cho thấy, kích thước nhĩ trái có sự thay đổi nhưng không có ý nghĩa thống kê ở ngày đầu sau ghép nhưng kích thước nhĩ trái tăng có ý nghĩa thống kê ở lần siêu âm sau ghép tim 3 ngày và 20 ngày. Nghiên cứu của Shuang Zhu và cộng sự khi nghiên cứu trên 112 bệnh nhân ghép tim cho kết quả phì đại tâm nhĩ trái gặp ở phần lớn các trường hợp (4). Điều này có thể giải thích do khâu nối giữa tâm nhĩ trái của người hiến và người nhận và một phần có thể ảnh

hưởng của thuốc thải ghép khi thuốc thải ghép được chứng minh có xu hướng làm tăng huyết áp của người bệnh. Các thông số đánh giá chức năng tâm thu thất trái (Fs, EF, EF simpson) trong nghiên cứu này có xu hướng tăng nhẹ trong ngày đầu và tăng có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với các mốc khác ở lần siêu âm tim ngày thứ 20. Không có trường hợp nào chức năng tâm thu thất trái giảm. Đa phần các nghiên cứu đánh giá chức năng tâm thu thất trái trong thời gian đầu sau ghép tim đều cho kết quả bình thường. Michaela và cộng sự nhận thấy chức năng tâm thu thất trái bình thường trong ít nhất một năm sau ghép trên 71 người bệnh sau ghép tim (5).

Trong nghiên cứu này, đánh giá tình trạng thất phải thông qua các thông số về kích thước thất phải, vận động vòng van ba lá (TAPSE), chỉ số diện tích thất phải (FAC), giảm vận động vùng thành thất phải và vách liên thất di động lệch trái. Kết quả thu được biến thiên theo hướng tích cực các chỉ số thất phải từ ngày đầu tới ngày 20 sau phẫu thuật. Kích thước thất phải có sự thay đổi nhưng không có nghĩa thống kê giữa trước và sau ngày 1 ghép tim, tuy nhiên kích thước thất phải giảm dần và đều có ý nghĩa thống kê ở 2 lần siêu âm ngày 3 và ngày 20 ($p < 0,05$). Thông số TAPSE và FAC tăng dần qua các lần siêu âm, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Và sự thay đổi vận động thành thất phải sau khi ghép tim 1 ngày và 3 ngày, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, KTC 95%CI (1,41-1,77). Sau khi ghép tim có xảy ra tình trạng vách liên thất lệch trái ở 15 người bệnh sau ghép tim ngày 1 và ngày 3, tuy nhiên hoàn toàn bình thường sau 20 ngày ghép tim, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, KTC 95%CI (1,35 - 1,71). Từ các thông số liên quan tới thất phải như trên, khi đánh giá chức năng tâm thu thất phải cho kết quả có xuất hiện người bệnh suy thất phải với TAPSE và FAC giảm, nhưng các triệu chứng được cải thiện nhanh chóng qua điều trị và gần như về bình thường ở ngày thứ 20 sau ghép tim. Mặc dù phần lớn trường hợp giãn và suy thất phải nhẹ xuất hiện ngay sau phẫu thuật nhưng thường dần cải thiện trong 1 tuần sau ghép tim (6). Tuy nhiên, suy thất phải được báo cáo là nguyên nhân chính gây tử vong trong 30 ngày đầu tiên sau ghép tim và đồng thời cũng là nguyên nhân quan trọng gây tử vong trong suốt thời gian sau cấy ghép (3). Sinh lý bệnh của suy thất phải sau ghép rất phức tạp, đa yếu tố và có mối liên hệ với tăng áp lực động mạch phổi đã được biết đến từ những ngày đầu ghép tim (7). Người bệnh nhận tim, suy thất trái kéo dài dẫn

tới tăng áp lực cuối tâm trương thất trái và tăng áp lực tâm nhĩ trái, từ đó làm tăng áp lực ngược lên hệ mạch phổi. Suy thất phải sau khi ghép tim thường gặp là do tim của người hiến không thích ứng với áp lực động mạch phổi cao, dẫn đến hậu quả suy thất phải ở người nhận. Quá trình này còn phức tạp hơn do phản ứng cơ động mạch phổi và tăng sức cản động mạch phổi, về lâu dài có thể trở thành tăng áp phổi cố định. Mức độ tăng sức cản động mạch phổi có thể cao hơn nữa trong giai đoạn chu kỳ phẫu thuật khi sử dụng tim phổi máy, các sản phẩm máu và thuốc trợ tim. Ngoài ra, người ta cho rằng phần lớn các trường hợp rối loạn chức năng thất phải sớm sau ghép là hậu quả do thiếu máu cục bộ tái tưới máu thứ phát sau thời gian bảo quản tim không tốt, khí vào động mạch vành phải hoặc chấn thương cơ học khi lấy tạng (7). Bên cạnh đó, không giống như tâm thất trái, tâm thất phải không chịu được sự gia tăng hậu tải cấp tính, khiến người bệnh có sức cản mạch phổi cao có nguy cơ bị suy tim phải sau ghép (8).

Tràn dịch màng tim số lượng vừa đến nhiều, liên quan đến chênh lệch kích thước giữa tim người cho và buồng tim người nhận hoặc do thải ghép cấp (bằng chứng thấp với độ nhạy 49% và độ đặc hiệu 74%) hoặc thậm chí do tác dụng của thuốc ức chế miễn dịch hoặc do nhiễm trùng, thường xảy ra trong giai đoạn đầu sau ghép. Sau ghép tim ngày thứ 1, xuất hiện 21 người bệnh có tình trạng tràn dịch ngoài màng tim, trong đó, 7 người bệnh tràn dịch mức độ vừa. Sau ghép tim ngày thứ 3, có 15 người bệnh có tình trạng tràn dịch ngoài màng tim, trong đó, 1 người bệnh tràn dịch mức độ vừa. Sau ghép tim ngày thứ 20, chỉ còn 8 người bệnh còn tình trạng tràn dịch ngoài màng tim mức độ ít. Theo Gabishek tràn dịch màng ngoài tim số lượng vừa đến nhiều trong thời kỳ đầu sau ghép có tần suất 9%-35% và không có bằng chứng ảnh hưởng tới tỷ lệ sống còn và thải ghép cấp. Tuy nhiên tràn dịch màng ngoài tim giai đoạn xa sau ghép tim thì có khả năng cao liên quan tới thải ghép. Luigi P và cộng sự ghi nhận dịch màng ngoài tim xuất hiện ở 2/3 bệnh nhân sau ghép trong ba tháng đầu có bằng chứng yếu về việc liên quan tới thải ghép (độ nhạy và độ đặc hiệu thấp) (3).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ghép tim là một trong phương pháp hiệu quả điều trị người bệnh suy tim giai

đoạn cuối. Nghiên cứu tiến hành trên 32 người bệnh được ghép tim đồng loại tại trung tâm Tim mạch – lồng ngực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Các thông số đánh giá chức năng tâm thu thất trái (Fs, EF, EF simpson) có xu hướng tăng nhẹ trong ngày đầu. Đánh giá chức năng thất phải cho thấy thông số TAPSE và FAC thay đổi tăng dần qua các lần siêu âm và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thất phải giãn sớm sau mổ nhưng giảm dần đều qua các lần siêu âm. Tràn dịch màng ngoài tim xuất hiện sớm sau ghép tim, không có bằng chứng liên quan tới thải ghép và giảm về gần như bình thường ở ngày thứ 20 sau ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chambers DC, Yusen RD, Cherikh WS, Goldfarb SB, Kucheryavaya AY, Khusch K, et al.** The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-fourth Adult Lung And Heart-Lung Transplantation Report-2017; Focus Theme: Allograft ischemic time. *J Heart Lung Transplant.* 2017 Oct;36(10):1047–59.
2. **Nguyễn Tiên Bình và cộng sự.** Kỹ thuật ghép tim. Nhà xuất bản quân đội nhân dân; 2015.
3. **Badano LP, Miglioranza MH, Edvardsen T, Colafranceschi AS, Muraru D, Bacal F, et al.** European Association of Cardiovascular Imaging/Cardiovascular Imaging Department of the Brazilian Society of Cardiology recommendations for the use of cardiac imaging to assess and follow patients after heart transplantation. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging.* 2015 Sep;16(9):919–48.
4. **Kono T, Nishina T, Morita H, Hirota Y, Kawamura K, Fujiwara A.** Usefulness of low-dose dobutamine stress echocardiography for evaluating reversibility of brain death-induced myocardial dysfunction. *Am J Cardiol.* 1999 Sep 1;84(5):578–82.
5. **Zhu S, Xie Y, Qiao W, Tian F, Sun W, Wang Y, et al.** Impaired left atrial function in clinically well heart transplant patients. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2021 Jun;37(6):1937–45.
6. **Burgess MI, Bright-Thomas RJ, Yonan N, Ray SG.** Can the index of myocardial performance be used to detect acute cellular rejection after heart transplantation? *Am J Cardiol.* 2003 Aug 1;92(3):308–11.
7. **Frogel J, Vodur S, Applefield D, Kruba R, Raman J, Mitter N. Case 6--2008.** An unusual case of right ventricular failure after orthotopic heart transplantation. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2008 Dec;22(6):913–9.
8. **Hosenpud JD, Bennett LE, Keck BM, Fiol B, Boucek MM, Novick RJ.** The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: fifteenth official report--1998. *J Heart Lung Transplant.* 1998 Jul;17(7):656–68.