

đường tiết niệu thứ phát sau chụp phim.⁸

4.3. Nội soi bàng quang niệu đạo.

- Nội soi bàng quang niệu đạo ngay trước phẫu thuật chúng tôi ghi nhận tỷ lệ phát hiện đường rò cao nhất với tỷ lệ 94.1%, cao hơn so với nghiên cứu của Tofft với tỷ lệ phát hiện đường rò là 70%.⁵ Kết quả của chúng tôi tương đương kết quả của Karsten (95%).⁸ Tác giả cũng đưa ra kết luận rằng nội soi bàng quang là phương pháp ban đầu phù hợp để xác định loại dị tật bẩm sinh và quyết định phương pháp phẫu thuật điều trị các loại dị tật hậu môn trực tràng.⁸

Kết quả này tương tự như báo cáo của Tofft và cộng sự nghiên cứu năm 2021, tác giả cho rằng nội soi bàng quang niệu đạo mang lại độ chính xác cao nhất tiếp theo đến chụp đầu dưới hậu môn nhân tạo và thấp nhất là chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng.⁵

Tác giả Peña và Levitt cho rằng nội soi bàng quang niệu đạo trước phẫu thuật cần được tiến hành thường quy để một lần nữa xác nhận chẩn đoán ngay trước khi phẫu thuật, đánh giá vị trí rò trực tràng vào niệu đạo, đánh giá các trường hợp lỗ niệu quản lạc chỗ có thể đổ vào ngay vị trí cổ bàng quang, khi kết thúc thủ thuật có thể đặt ống thông vào bàng quang một cách dễ dàng hơn.⁶

Một số điểm hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là số lượng bệnh nhân còn chưa nhiều, chúng tôi cần thêm thời gian để có thể nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn, qua đó xác định tốt hơn vai trò của các phương pháp chẩn đoán xác định đường rò trực tràng niệu đạo.

V. KẾT LUẬN

Nội soi bàng quang niệu đạo có tỷ lệ phát hiện đường rò cao nhất trong chẩn đoán đường rò trực tràng – niệu đạo. Chụp Xquang đầu dưới HMNT có bơm thuốc cản quang là cận lâm sàng được sử dụng thường xuyên tuy nhiên đem lại kết quả xác định đường rò thấp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Levitt MA, Peña A.** Chapter 103 - Anorectal Malformations. 2012:1289-1309.
2. **Rentea R, Levitt M.** Anorectal atresia and cloacal malformations. Ashcraft's Pediatric Surgery 7th ed Philadelphia, PA: Saunders Elsevier. 2020:577-98.
3. **Westgarth-Taylor C, Westgarth-Taylor T, Wood R, et al.** Imaging in anorectal malformations: What does the surgeon need to know? SA Journal of Radiology. 2015;19(2)
4. **Ralls M, Thompson BP, Adler B, et al.** Radiology of anorectal malformations: What does the surgeon need to know? Seminars in pediatric surgery. Dec 2020;29(6):150997.
5. **Tofft L, Salo M, Arnbjornsson E, et al.** Accuracy of pre-operative fistula diagnostics in anorectal malformations. BMC pediatrics. Jun 16 2021;21(1):283.
6. **Peña A, Levitt MA.** Anorectal Malformation. In: Pediatric Surgery se, ed. Pediatric Surgery, sixth edition. 2006:1566- 1589:chap 101.
7. **Kraus SJ, Levitt MA, Peña A.** Augmented-pressure distal colostogram: the most important diagnostic tool for planning definitive surgical repair of anorectal malformations in boys. Pediatr Radiol. Feb 2018;48(2):258-269.
8. **Karsten K, Rothe K, Marzheuser S.** Voiding Cystourethrography in the Diagnosis of Anorectal Malformations. Eur J Pediatr Surg. Dec 2016;26(6):494-499.

ĐẶC ĐIỂM THÔNG SỐ CHỨC NĂNG THẤT PHẢI TRÊN SIÊU ÂM TIM Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM

Nguyễn Vũ Đạt^{1,3}, Nguyễn Văn Sĩ¹,
Đặng Quang Toàn², Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong và nhập viện ở người bệnh tim mạch. Rối loạn chức năng thất phải thường

gặp ở những người bệnh suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm. Việc đánh giá chính xác chức năng thất phải rất hữu ích trong việc đánh giá nguy cơ và giúp các bác sĩ lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu nhằm cải thiện tiên lượng cho người bệnh suy tim. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm rối loạn chức năng thất phải trên siêu âm tim ở những người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 110 người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm tại khoa Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy. Siêu âm tim được sử dụng để đánh giá tỷ lệ suy giảm chức năng thất phải thông qua ba thông số: TAPSE, RVFAC và RVs'. **Kết quả:** Kết quả thu nhận trên siêu âm tim cho thấy giá trị trung bình

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

của TAPSE, RVFAC và RVs' lần lượt là $17,4 \pm 2,8$ mm, $30,2 \pm 13,2\%$ và $0,10 \pm 0,03$ m/s. Tỷ lệ bất thường của các thông số TAPSE, RVFAC và RVs' thể hiện rối loạn chức năng thất phải lần lượt là 35,5%, 64,6% và 48,2%. **Kết luận:** Suy giảm chức năng thất phải xuất hiện đáng kể ở người suy tim phân suất tổng máu giảm trong nghiên cứu của chúng tôi và cần được quan tâm khảo sát thêm. Khả năng phát hiện rối loạn chức năng thất phải thay đổi đáng kể tùy theo thông số siêu âm tim được sử dụng.

Từ khóa: Suy tim phân suất tổng máu giảm, rối loạn chức năng thất phải, TAPSE, RVFAC, RVs'

SUMMARY

RIGHT VENTRICULAR FUNCTION PARAMETERS ON ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS HAVING HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION

Background: Heart failure is one of the leading causes of death and hospitalization in cardiovascular patients. Right ventricular dysfunction is commonly observed in patients having heart failure with reduced ejection fraction. Accurate assessment of right ventricular function is beneficial for risk evaluation and helps physicians choose optimal treatment methods to improve the outcome. **Objectives:** This study was conducted to describe right ventricular dysfunction by echocardiography in patients having heart failure with reduced ejection fraction. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 110 heart failure patients having reduced ejection fraction at the Cardiology Department of Cho Ray Hospital. Echocardiography was used to assess the prevalence of right ventricular dysfunction through three parameters: TAPSE, RVFAC, and RVs'. **Results:** The echocardiographic measurements showed that the mean values of TAPSE, RVFAC, and RVs' were 17.4 ± 2.8 mm, $30.2 \pm 13.2\%$, and 0.10 ± 0.03 m/s, respectively. The rates of abnormal TAPSE, RVFAC, and RVs' were 35.5%, 64.6%, and 48.2%, respectively. **Conclusion:** Right ventricular dysfunction was significantly present in our study and requires further attention. The ability to detect right ventricular dysfunction varies considerably depending on the echocardiographic parameter used. **Keywords:** Heart failure with reduced ejection fraction, right ventricular dysfunction, TAPSE, RVFAC, RVs'

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và nhập viện ở người bệnh tim mạch. Một nghiên cứu thực tế cho thấy tỷ lệ tử vong trong hai năm ở người bệnh suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm là 22,5% và khoảng 56,0% người bệnh tái nhập viện do suy tim trong vòng 30 ngày sau khi xảy ra biến cố suy tim.¹ Rối loạn chức năng thất phải thường gặp ở người bệnh suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm, với khoảng 48% người bệnh suy tim có rối loạn chức năng thất phải đi kèm.^{2,3} Nhiều nghiên cứu thực nghiệm cũng chứng minh

rối loạn chức năng thất phải là yếu tố quan trọng trong tiên lượng bệnh, cũng như trong việc đánh giá và theo dõi kết quả điều trị.⁴ Vì vậy, việc đánh giá chính xác chức năng thất phải sẽ rất hữu ích cho việc lượng giá nguy cơ và giúp các bác sĩ lựa chọn phương pháp điều trị tốt nhất nhằm cải thiện tiên lượng cho người bệnh suy tim.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Dân số nghiên cứu

- Dân số mục tiêu: Người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm tại bệnh viện tuyến cuối.

- Dân số khảo sát: Người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm tại khoa Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy.

2.2. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- **Tiêu chuẩn chọn vào:** Người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm từ 18 tuổi trở lên nhập viện vì suy tim và được điều trị ổn định tại khoa Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

2.4. Phương pháp chọn mẫu. Chúng tôi áp dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện để chọn những người bệnh đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và loại ra những người bệnh trong tiêu chuẩn loại trừ.

2.5. Định nghĩa biến số

- Suy tim phân suất tổng máu giảm: Những người bệnh có biểu hiện lâm sàng phù hợp với suy tim và phân suất tổng máu thất trái (EF) $\leq 40\%$ đo trên siêu âm tim bằng phương pháp Simpson 2 bình diện.

- Nguyên nhân suy tim: Bao gồm bệnh tim thiếu máu cục bộ và bệnh tim không do thiếu máu cục bộ, được 2 bác sĩ chuyên khoa tim mạch độc lập xác định và sau đó đạt đồng thuận dựa trên thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng.

2.6. Đo phân suất tổng máu thất trái

- Người thực hiện: các bác sĩ có chứng chỉ siêu âm tim và có kinh nghiệm thực hiện siêu âm tim trên 5 năm tại khoa Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy.

- Thiết bị: Máy siêu âm Vivid E95, GE Healthcare.

- Kỹ thuật đo: Đầu dò đặt ở mỏm tim hướng lên đáy tim, chọn mặt cắt 4 buồng từ mỏm ở hai thì tâm thu và tâm trương. Vẽ đường viền quanh bờ nội mạc thất trái. Máy sẽ tự động tính thể tích tâm thu, thể tích tâm trương và EF. Kết quả EF theo kỹ thuật 2 bình diện sẽ kết hợp thêm giá trị đo đặc như trên ở mặt cắt 2 buồng từ mỏm.⁵

2.7. Đo các thông số đánh giá thất phải

- Các đường kính thất phải: trên mặt cắt 4

buồng từ mỏm khu trú vào thất phải, đường kính trục dọc thất phải cuối tâm trương (RV major) được đo bằng cách nối trung điểm của vòng van ba lá đến ranh giới của vùng cơ tim kết bè tại mỏm thất phải. Các đường kính thất phải cần đo gồm: đường kính ngang tối đa cuối tâm trương của đáy thất phải (RV base), đường kính cuối tâm trương giữa buồng thất phải đo giữa đường kính tối đa tại đáy thất phải và mỏm thất đo ngang mức với cơ nhú (RV minor).⁵

- Độ di động mặt phẳng vòng van ba lá ở thì tâm thu (TAPSE) là thông số thể hiện chức năng tâm thu thất phải theo chiều dọc, được đo trên mặt cắt 4 buồng từ mỏm. Đặt đầu dò M-mode thẳng hàng với thành tự do thất phải và còng vuông góc với vòng van ba lá càng tốt (càng song song với chuyển động của vòng van ba lá càng tốt). Ghi hình vòng van ba lá rộng tối đa mà không làm mất các cấu trúc giải phẫu liên quan. Đo khoảng cách dịch chuyển của mép vòng van ba lá về phía mỏm tim từ thời điểm cuối tâm trương đến thời điểm cuối tâm thu.⁵

- Đo phân suất thay đổi diện tích thất phải (RVFAC): trên mặt cắt 4 buồng từ mỏm khu trú vào thất phải, diện tích thất phải được đo bằng cách đánh dấu tại đường ranh giới máu mô của thành cơ tim kết bè thất phải từ vòng van ba lá đến mỏm tim rồi quay lại phía bên kia của vòng van ba lá. Đo diện tích thất phải tại thời điểm cuối tâm trương và cuối tâm thu để tính phân suất thay đổi diện tích thất phải. Khi đo diện tích thất phải, lấy cả cơ nhú, các bè cơ và dải cơ điều hòa khi vẽ viền. Để đo đạc chính xác, cần lấy toàn bộ thất phải trên mặt cắt.⁵

- Siêu âm doppler mô được sử dụng để ghi vận tốc chuyển động theo trục dọc của vòng van ba lá tại vách liên thất và thành bên thất phải. Hướng của chùm siêu âm đặt song song với chuyển động trục dọc của vòng van. Để tối ưu hóa tín hiệu doppler mô, đặt cổng lấy mẫu lớn khoảng 5–10 mm để bắt được toàn bộ chuyển động của vòng van và thang vận tốc (scale) đặt ≤ 25 cm/s tùy thuộc vào vận tốc thực tế của vòng van. Để ghi rõ vận tốc đỉnh của vòng van, giảm thang vận tốc để tăng kích thước phổ doppler trình bày trên màn hình và đặt tốc độ quét 100 mm/s. Các sóng chuyển động của vòng van bao gồm: sóng s' tâm thu, sóng e' đầu tâm trương, sóng a' khi nhĩ co. Đo và trả lời kết quả vận tốc trung bình giữa vách và thành bên của cả 3 sóng. Thông số quan trọng nhất đối với chức năng thất phải là vận tốc sóng s' (RVs') của vòng van ba lá.⁵

2.8. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng

phần mềm SPSS 25.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ %. Các biến số định lượng phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị-tứ phân vị đối với biến định lượng không có phân phối chuẩn.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (số 830/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 3/11/2022).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ thời gian tháng 11/2022 đến tháng 8/2023, chúng tôi thu nhận 110 người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm nhập viện khoa Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy thỏa các tiêu chuẩn của nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (N=110)

Nhân khẩu học	
Tuổi (năm)	61,9 ± 16,0
Nam giới	68 (61,8)
Chỉ số khối cơ thể (kg/m ²)	22,4 ± 2,6
Nguyên nhân suy tim	
- Thiếu máu cục bộ	95 (86,3)
- Không do thiếu máu cục bộ	15 (13,6)
Bệnh đồng mắc	
Tăng huyết áp	96 (87,3)
Đái tháo đường type 2	45 (40,9)
Rối loạn lipid máu	95 (86,3)
Bệnh thận mạn giai đoạn IV-V	10 (9,1)
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	3 (2,7)
Đột quỵ	6 (5,5)
Kết quả cận lâm sàng	
EF Simpson (%)	27,5 ± 7,8
HGB (g/dL)	12,1 ± 2,2
eGFR (mL/phút/1,73m ² da)	63,0 ± 27,5
NT-proBNP (pg/mL)	1395 (841-2619)

HGB: Hemoglobin, eGFR: estimated Glomerular filtration rate, NT-proBNP: N-terminal pro B-type natriuretic peptide.

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số. Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và đái tháo đường type 2 là ba bệnh đồng mắc thường gặp nhất.

3.2. Thông số thất phải trên siêu âm tim

Bảng 2. Đặc điểm thông số hình thái và chức năng thất phải trên siêu âm tim (N=110)

RV major (cm)	7,7 ± 1,1
RV minor (cm)	2,2 ± 0,6
RV base (cm)	3,1 ± 0,7
PAPs (mmHg)	39,8 ± 16,4
Hở van ba lá	

- Không	12 (10,9)
- Mức độ 1/4	16 (14,6)
- Mức độ 2/4	78 (70,9)
- Mức độ 3/4	4 (3,6)
- Mức độ 4/4	0
TAPSE (mm)	17,4 ± 2,8
RVFAC (%)	30,2 ± 13,2
RVs' (m/s)	0,10 ± 0,03
Bất thường TAPSE[#]	39 (35,5)
Bất thường RVFAC[#]	71 (64,6)
Bất thường RVs'[#]	52 (48,2)

RV: right ventricle, PAPs: systolic pulmonary arterial pressure, TAPSE: tricuspid annular plane systolic excursion, FAC: fractional area change.

[#]Điểm cắt bất thường dựa trên khuyến cáo của Hội siêu âm tim Hoa Kỳ.⁵

Nhận xét: 3 thông số đánh giá chức năng thất phải bao gồm TAPSE, RVFAC và RVs' đều có phân phối chuẩn. Tỷ lệ phát hiện rối loạn chức năng thất phải cao nhất là RVFAC và thấp nhất là TAPSE.

IV. BÀN LUẬN

Ở người bệnh suy tim, triệu chứng của suy thất phải rất đa dạng, bao gồm phù, mệt mỏi và giảm khả năng gắng sức. Tuy nhiên, các triệu chứng của bất thường chức năng thất phải tiềm ẩn thường không rõ ràng nên các khảo sát hình ảnh học giúp phát hiện sớm các rối loạn chức năng thất phải. Có nhiều cơ chế sinh bệnh học dẫn đến suy giảm chức năng thất phải trong các bệnh lý của tim trái. Trong suy tim, rối loạn chức năng thất phải thường là hậu quả của tăng áp tĩnh mạch phổi thứ phát do tăng áp lực cuối tâm trương thất trái, gây tăng áp lực lên giường mao mạch phổi. Sự gia tăng áp lực đổ đầy thất trái mạn tính do rối loạn chức năng tâm thu và tâm trương thất trái ở người bệnh suy tim dẫn đến tăng thụ động áp lực nhĩ trái và áp lực mao mạch phổi, làm tái cấu trúc mạch máu phổi và gây tăng áp phổi.⁶ Dù thất phải có thể thích nghi với tình trạng quá tải áp lực ở giai đoạn đầu bằng cách phì đại tế bào cơ tim và tăng co bóp, nhưng về lâu dài, thất phải vẫn phải chịu tái cấu trúc nặng nề, dẫn đến giãn buồng tim phải và hở van ba lá cơ năng. Điều này gây quá tải thể tích thất phải, dẫn đến tái cấu trúc thất phải và rối loạn chức năng thất phải nặng hơn. Dù nguyên nhân là gì, suy giảm chức năng thất phải đều cho thấy bệnh đang tiến triển và có tiên lượng xấu. Vì vậy, rối loạn chức năng thất phải cần được chẩn đoán sớm trong thực hành lâm sàng để cải thiện tiên lượng cho người bệnh.⁶

Trên siêu âm TM, chức năng tâm thu của thất phải được đánh giá dựa vào khoảng cách

vận động lớn nhất trong thời kỳ tâm thu của vòng van ba lá (TAPSE) đo trên M-mode. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị TAPSE trung bình là 17,43 mm. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Hirohiko Motoki, Lundorff, Erberto Carluccio và Houard.⁷⁻¹⁰ TAPSE được coi là một công cụ đo lường đơn giản và hiệu quả, dễ thực hiện trong thực hành siêu âm. Tuy nhiên, thông số này chỉ phản ánh được chức năng thất phải theo chiều dọc và không đánh giá được toàn bộ thất phải.

Theo khuyến cáo của Hội siêu âm tim Hoa Kỳ, vận tốc tâm thu tại vòng van ba lá vị trí thành bên theo siêu âm doppler mô (RVs') được đo đặc khá dễ dàng, có độ tin cậy cao và có thể thực hiện lặp lại nhiều lần. Giá trị này có mối tương quan tốt với các phương pháp khác đánh giá chức năng tâm thu toàn bộ thất phải. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vận tốc sóng S' trung bình là 10 cm/s, tương đồng với nghiên cứu của Hirohiko Motoki.⁷

Cũng theo Hội siêu âm tim Hoa Kỳ, phân suất diện tích thất phải trên siêu âm 2D (RVFAC) là chỉ số dùng để ước lượng chức năng tâm thu thất phải. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị RVFAC trung bình là 30,1%, thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Cụ thể, nghiên cứu của Houard ghi nhận giá trị trung bình của RVFAC là 37% và nghiên cứu của Hirohiko Motoki là 35%.^{7,10} Giá trị trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể do số lượng người suy tim nặng xuất hiện nhiều hơn ở một bệnh viện tuyến cuối.

Siêu âm tim vẫn là công cụ quan trọng trong việc đánh giá thất phải nhờ tính sẵn có, dễ di chuyển và dễ sử dụng. Một số chỉ số của thất phải có giá trị tiên lượng đã được xác định ở người bệnh suy tim. TAPSE đo thông qua M-mode là một chỉ số chủ đạo trong thực hành lâm sàng trong nhiều thập kỷ và được công nhận về giá trị tiên lượng. Tuy nhiên, như đã đề cập, TAPSE vẫn có một số hạn chế, chẳng hạn như phụ thuộc vào góc giữa chùm tia siêu âm và thành tim và chế độ M-mode chỉ cắt ngang qua một mặt phẳng nên không phản ánh được toàn bộ các thành tim.⁹ Do đó, thông số TAPSE ở chế độ M-mode sẽ ít nhạy hơn so với các thông số khác như RVs' và RVFAC trong việc phát hiện rối loạn chức năng thất phải như trong kết quả chúng tôi ghi nhận. Việc lựa chọn chỉ số siêu âm tim tối ưu trong nhận diện rối loạn chức năng thất phải cũng như tiên đoán dự hậu trên người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm cần được làm rõ bằng những nghiên cứu theo dõi dọc, đa trung tâm và có cỡ mẫu lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Trên người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm, suy giảm chức năng thất phải xuất hiện đáng kể trong nghiên cứu của chúng tôi và vì vậy cần được quan tâm. Khả năng phát hiện rối loạn chức năng thất phải có sự thay đổi đáng kể tùy theo thông số siêu âm tim được sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Butler J, Yang M, Manzi MA, et al.** Clinical Course of Patients With Worsening Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *J Am Coll Cardiol.* Mar 5 2019; 73(8):935-944. doi:10.1016/j.jacc.2018.11.049
2. **Sciaccaluga C, D'Ascenzi F, Mandoli GE, et al.** Traditional and Novel Imaging of Right Ventricular Function in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *Curr Heart Fail Rep.* Apr 2020;17(2):28-33. doi:10.1007/s11897-020-00455-1
3. **Iglesias-Garriz I, Olalla-Gómez C, Garrote C, et al.** Contribution of right ventricular dysfunction to heart failure mortality: a meta-analysis. *Rev Cardiovasc Med.* 2012;13(2-3):e62-9. doi:10.3909/ricm0602
4. **Tadic M, Nita N, Schneider L, et al.** The Predictive Value of Right Ventricular Longitudinal Strain in Pulmonary Hypertension, Heart Failure, and Valvular Diseases. *Front Cardiovasc Med.* 2021;8:698158. doi:10.3389/fcvm.2021.698158
5. **Mitchell C, Rahko PS, Blauwet LA, et al.** Guidelines for Performing a Comprehensive Transthoracic Echocardiographic Examination in Adults: Recommendations from the American Society of Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr.* 2019 Jan;32(1):1-64. doi: 10.1016/j.echo.2018.06.004.
6. **Konstam MA, Kiernan MS, Bernstein D, et al.** Evaluation and Management of Right-Sided Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* May 15 2018; 137(20): e578-e622. doi:10.1161/cir.0000000000000560
7. **Motoki H, Borowski AG, Shrestha K, et al.** Right ventricular global longitudinal strain provides prognostic value incremental to left ventricular ejection fraction in patients with heart failure. *J Am Soc Echocardiogr.* Jul 2014;27(7): 726-32. doi:10.1016/j.echo.2014.02.007
8. **Lundorff IJ, Sengeløv M, Pedersen S, et al.** Prognostic value of right ventricular echocardiographic measures in patients with heart failure with reduced ejection fraction. *J Clin Ultrasound.* Nov 2021;49(9):903-913. doi:10.1002/jcu.23050
9. **Carluccio E, Biagioli P, Lauciello R, et al.** Superior Prognostic Value of Right Ventricular Free Wall Compared to Global Longitudinal Strain in Patients With Heart Failure. *J Am Soc Echocardiogr.* Jul 2019;32(7):836-844.e1. doi:10.1016/j.echo.2019.02.011
10. **Houard L, Benaets MB, de Meester de Ravenstein C, et al.** Additional Prognostic Value of 2D Right Ventricular Speckle-Tracking Strain for Prediction of Survival in Heart Failure and Reduced Ejection Fraction: A Comparative Study With Cardiac Magnetic Resonance. *JACC Cardiovasc Imaging.* Dec 2019;12(12):2373-2385. doi:10.1016/j.jcmg.2018.11.028

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP TẠI BỆNH VIỆN E GIAI ĐOẠN 2019 - 2023

Nguyễn Thị Minh¹, Đặng Quốc Ái^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp tại bệnh viện E giai đoạn 2019- 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 150 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm túi mật cấp được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện E từ 1/2019 đến 12/2023. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023 chúng tôi thu thập được 150 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $59,5 \pm 16,6$ tuổi. Trong đó có 57% là nam giới

và 43% là nữ giới. Bệnh kèm theo 50%. Triệu chứng lâm sàng (LS): 100% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng trong đó 98,6% đau dưới sườn phải. 70% có sốt >37,5 độ, túi mật căng to 15,33%. Phản ứng dưới sườn phải 88%. Murphy (+) 18%. 88,66% có BC >10G/L. Siêu âm ổ bụng thành túi mật dày 100%, dịch quanh túi mật 36%. Tỷ lệ cắt túi mật nội soi thành công 100%. Thời gian mổ trung bình của nhóm phẫu thuật trước 72 giờ $65,7 \pm 20,8$ phút. Thời gian mổ trung bình của nhóm phẫu thuật sau 72 giờ $79,8 \pm 29,3$ phút. 100% không xảy ra tai biến trong quá trình phẫu thuật. Có 1 trường hợp xảy ra biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm phẫu thuật trước 72 giờ $(5,4 \pm 1,6)$ ngày ngắn hơn so với nhóm sau 72 giờ $(6,8 \pm 2)$ ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp là phương pháp điều trị an toàn, thuận lợi và cho kết quả tốt và chỉ định phẫu thuật sớm trong vòng 72 giờ tính từ lúc có triệu chứng là lựa chọn tối ưu.

Từ khóa: Viêm túi mật cấp, điều trị, phẫu thuật nội soi, cắt túi mật.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024