

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Các yếu tố rào cản đối với người cao tuổi tham gia chương trình bài tập Otago dự phòng ngã bao gồm: Khả năng giao tiếp (nghe, nhìn) hạn chế (29,9%); hay quên hoặc tình trạng sức khỏe suy giảm của người cao tuổi. Cán bộ y tế cần chú ý nhiều hơn tới người cao tuổi, đặc biệt là nhóm từ 70 tuổi trở lên và tổ chức nhóm tập luyện một cách linh hoạt trong việc hướng dẫn người cao tuổi thực hiện chương trình bài tập Otago dự phòng ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quốc Hội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam** (2009), Số: 39/2009/QH12, Luật người cao tuổi. Hà Nội, ngày 23 tháng 11 năm 2009. URL: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Luat-nguoi-cao-tuoi-nam-2009-98672.aspx>
2. **WHO** (2021), Falls, Accessed Date 3-2021, web <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/falls>.
3. **Mabeoiedo, U. G., Akosile, C. O., Okove, E. C. et al** (2023). Effects of Otago exercise program on physical and psychosocial functions among community-dwelling and institutionalized older adults: A scoping review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 00469580231165858.
4. **WHO** (2017). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to

manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

5. **Tools to Implement the Otago Exercise Program: A Program to Reduce Falls. Second Edition** (2023). https://www.med.unc.edu/aging/cgwep/wp-content/uploads/sites/865/2023/08/Otago_2023_Implementation-Guide-for-PT-1.pdf
6. **Yang, Y., Wang, K., Liu, H. et al** (2022). The impact of Otago exercise programme on the prevention of falls in older adult: A systematic review. *Frontiers in public health*. 10. 953593.
7. **Ona, R. H. S., Nuriono, M., Oh, H. C., Lien, C. T. C. et al** (2024). Factors influencing the implementation of a fall prevention exercise program for community-dwelling older adults: a qualitative study guided by the PRECEDE-PROCEED Model. *Clinical interventions in aging*, 857-871
8. **Fernandes J. B., Fernandes S. B., Almeida A. S. et al** (2021), Older Adults' Perceived Barriers to Participation in a Falls Prevention Strategy, *J Pers Med*. 11(6).
9. **Vincenzo J. L., Patton S. K., Lefler L. L. et al** (2022), A qualitative study of older adults' facilitators, barriers, and cues to action to engage in falls prevention using health belief model constructs, *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 99. 104610.
10. **Loganathan A., Ng C. J. & Low W. Y.** (2016), Views and experiences of Malaysian older persons about falls and their prevention - A qualitative study, *BMC Geriatrics*. 16(1). 97.

VAI TRÒ CỦA MẢNH GHÉP SỤN TRONG TẠO HÌNH MÀNG NHỖ TÝP 1 QUA NỘI SOI: KẾT QUẢ THÍNH HỌC VÀ HÌNH THÁI HỌC

Nguyễn Triều Việt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vá nhĩ đã được thực hiện từ rất với nhiều dạng và chất liệu mảnh ghép khác nhau như cân cơ thái dương, màng sụn, sụn..., cũng như với các kỹ thuật tiếp cận khác nhau như đường trong tai, nội soi... trong đó cân thái dương là vật liệu ghép được sử dụng phổ biến nhất đối với các lỗ thủng màng nhĩ. Do tỷ lệ thất bại cao của cân thái dương ở viêm tai giữa dính, các lỗ thủng lớn và do vậy cần có các vật liệu ghép thay thế bệnh lý tại giữa tiên tiến cứng hơn và có khả năng chống nhiễm trùng đang được sử dụng. Mảnh ghép sụn đã được chứng minh là một vật liệu ghép đầy hứa hẹn trong những trường hợp như vậy. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá chức năng và kết quả hình thái màng nhĩ khi dùng mảnh ghép sụn trong tạo hình màng nhĩ loại 1. **Đối tượng và phương**

pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu được thực hiện trên 52 bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính trong độ tuổi từ 16-62 được phẫu thuật tạo hình màng nhĩ qua nội soi tai khoa tai mũi họng bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Kết quả: Tỷ lệ thành công chung của phẫu thuật tạo hình màng nhĩ bằng sụn loại 1 là 92% về mặt đóng lỗ thủng và đo thính lực đơn âm (PTA) sau 12 tuần có cải thiện rõ với 0% bệnh nhân bị giảm thính lực nặng so với trước can thiệp là 15.45. **Kết luận:** Dựa trên kết quả của nghiên cứu này, có thể kết luận rằng sụn là vật liệu ghép hiệu quả hơn trong các thủng có nguy cơ cao, mạn tính, có rối loạn chức năng vòi nhĩ so với cân cơ thái dương và cải thiện thính lực bằng sụn được cho là có thể so sánh với cân thái dương. Bên cạnh đó, việc dùng nội soi giúp can thiệp tối đa các tổn thương và mang lại sự thuận tiện trong phẫu thuật. **Từ khóa:** Sụn, hấp thu mô ghép, thính lực đơn âm

SUMMARY

THE ROLE OF CARTILAGE GRAFT IN ENDOSCOPIC TYPE 1 TYMPANOPLASTY: AUDIOLOGICAL AND MORPHOLOGICAL RESULTS

Background: Tympanoplasty has been

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: ntviet@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

performed for a long time with many different types and materials of grafts such as temporalis fascia, perichondrium, cartilage..., as well as with different access techniques such as endocanal approach, endoscopy... in which temporal fascia is the most commonly used grafting material for perforated eardrums. Due to high failure rate of temporalis fascia in adhesive otitis media, large perforations and advanced middle ear pathology alternate graft materials. Therefore, there is a need for advanced middle ear pathology replacement graft materials that are stronger and more resistant to infection being used. Cartilage graft has shown to be a potential graft material in such cases. **Objectives:** the purpose of this study was to evaluate the functional and anatomic results with cartilage graft in type 1 tympanoplasty. **Materials and methods:** The present prospective study was conducted among 52 patients of chronic otitis media between 16-62 years of age requiring tympanoplasty in department of Otolaryngology of Can Tho University Hospital of Medicine and Pharmacy. Results: The overall success rate of type 1 cartilage tympanoplasty was 92% in terms of perforation closure and post operative pure tone audiometry (PTA) after 12 weeks showed significant improvement with 0% of patients having severe hearing loss compared to before intervention which was 15.45. **Conclusions:** Based on the results of this study, it can be concluded that cartilage is more effective graft material in high-risk perforations, chronic ET dysfunction than fascia and audiological improvement with cartilage is found to be comparable with temporalis fascia. Besides, the use of endoscopy helps maximize damage intervention and brings convenience during surgery.

Keywords: Cartilage, Graft uptake, ABG.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Màng nhĩ đóng một vai trò quan trọng trong sinh lý thính giác và sinh lý bệnh của chứng viêm tai giữa mạn tính.[3] Viêm tai giữa mạn tính được định nghĩa là tình trạng viêm mạn tính của tai giữa và khoang xương chũm, biểu hiện bằng chảy dịch tai tái phát hoặc chảy nước tai do thủng màng nhĩ.[7] Mục tiêu chính của việc thực hiện phẫu thuật tạo hình màng nhĩ là tái tạo lại màng nhĩ bị thủng trong trường hợp thủng mạn tính viêm tai giữa mù (CSOM). Kết quả thành công được quyết định bởi màng nhĩ nguyên vẹn trở lại như trước khi bị thủng, di động và thính giác tốt.[3] Vật liệu được sử dụng thường xuyên nhất để sửa chữa thủng màng nhĩ là ghép lớp lót của cân thái dương. Nhưng trong các trường hợp thủng gần toàn bộ, xẹp tai, túi co lõm hoặc phẫu thuật xương chũm, kết quả lâu dài của cân thái dương đã được chứng minh là có liên quan đến tỷ lệ thất bại tăng lên.[6] Để khắc phục điều này, ghép sụn được sử dụng cho kết quả tốt. Sụn có xu hướng cứng để chống lại sự tái hấp thu, co rút và thủng lại ngay cả trong trường hợp rối loạn chức năng vòi eustachian và có khả

năng chống nhiễm trùng và áp lực âm tính ở tai giữa tốt hơn. Sụn góp phần tối thiểu vào phản ứng mô viêm và kết hợp tốt với các lớp màng nhĩ, cung cấp sự hỗ trợ vững chắc để ngăn ngừa co rút. Ưu điểm lớn nhất của ghép sụn được cho là tốc độ trao đổi chất rất thấp. Sụn nhận được dinh dưỡng bằng cách khuếch tán, dễ gia công vì nó dẻo và chống lại sự biến dạng do thay đổi áp suất. Sụn nắp bình tai có độ dày trung bình 0,8mm và đường viền lõm của nó giống hình nón của màng nhĩ bình thường và sụn vành tai có độ dày 1,016mm. [6] Trong số 23 phương pháp tạo hình màng nhĩ bằng sụn được xác định rõ ràng, Toshas đã phân loại chúng thành sáu nhóm: phương pháp tạo hình màng nhĩ lót của Heerman, phương pháp tạo hình màng nhĩ onlay, phương pháp tạo hình màng nhĩ rộng, phương pháp đặt mảnh ghép dọc liên kết, phương pháp dọc liên kết onlay và phương pháp tạo hình màng nhĩ khắc sụn Dornhoffer. Mặc dù có sẵn trong số các phương pháp khác nhau, không có sự đồng thuận về các khía cạnh như độ dày phù hợp và kỹ thuật tạo hình sụn tốt nhất.[8] Việc lựa chọn kỹ thuật được xác định bởi sở thích của bác sĩ phẫu thuật, kích thước lỗ thủng, tính toàn vẹn của chuỗi xương con và sự hiện diện của cholesteatoma. Các yếu tố cố định như: vị trí thủng, tình trạng niêm mạc tai giữa (khô hoặc ướt), xơ vữa xơ trên màng nhĩ còn sót lại ảnh hưởng đến kết quả đặt sụn tai loại 1.[6] Nhược điểm được nhận thấy của ghép sụn là nó tạo ra một màng nhĩ mờ, có thể che giấu một khối cholesteatoma tiềm ẩn phía sau. Sau khi tạo hình màng nhĩ bằng sụn, đo nhĩ lượng đồ là không đáng tin cậy và thường sẽ tiết lộ đường cong loại B thể tích thấp bất kể tình trạng tai giữa. [4] Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ ghép thành công và kết quả thính giác sau phẫu thuật tạo hình sụn vành tai loại 1.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu quan sát tiền cứu trên 52 trường hợp được chẩn đoán lâm sàng là viêm tai giữa mạn tính có thủng nhĩ được thực hiện tại khoa Tai mũi họng của bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 09 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. Tất cả các trường hợp viêm tai giữa mạn tính ổn định đều được đưa vào nghiên cứu. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu dao động từ 16 đến 62 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Số tai được phẫu thuật là 52. Chỉ những trường hợp chuỗi xương con còn nguyên vẹn và không thực hiện phẫu thuật xương chũm mới được đưa vào

nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân đều được khai thác bệnh sử chi tiết. Khám lâm sàng và nội soi chi tiết tai, mũi, họng được thực hiện. Nội soi tai được thực hiện trong mọi trường hợp với mục đích đánh giá vị trí, kích thước lỗ thủng và tình trạng của tai giữa. Tất cả các bệnh nhân đều có sự đồng ý bằng văn bản, ca phẫu thuật đều được thực hiện dưới gây mê toàn thân và dưới nội soi với đường tiếp cận trong tai. Sụn được lấy từ nắp bình tai. Khoang tai giữa và ống tai ngoài được lấp đầy bằng spongel có khả năng tự tiêu. Theo dõi sau phẫu thuật được thực hiện vào lúc 4 và 12 tuần. Đóng kín màng nhĩ vào cuối 3 tháng được chấp nhận là thành công về hình thái học thành công. Kiểm tra thính giác được thực hiện ở tuần thứ 12.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Dữ liệu thu thập được được lập bảng trong bảng excel. Các giá trị trung bình và độ lệch chuẩn của các phép đo được sử dụng để phân tích thống kê (SPSS 22.00 cho windows).

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng nghiên cứu đạo đức y học của bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 39.6 (16-62 tuổi). 28 trong số 52 bệnh nhân là nữ. Sụn nắp bình tai được sử dụng trong tất cả các trường hợp. Không có biến chứng sau phẫu thuật nào được ghi nhận. Tỷ lệ hấp thu mảnh ghép là 92% và thất bại xảy ra ở 8% trường hợp.

Bảng 1. Kiểu giảm thính lực

Kiểu giảm thính lực	Số BN	Tỷ lệ %
Bình thường	8	15,4
Dẫn truyền	35	67,3
Hỗn hợp	9	17,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 52 trường hợp được đo thính lực đồ đơn âm thì giảm thính lực kiểu dẫn truyền chiếm tỷ lệ cao nhất 67,3% với 35/52 trường hợp.

Bảng 2. Mức độ nghe kém tai mổ trước mổ

Mức độ điếc	Bình thường	Giảm thính lực nhẹ	Giảm thính lực vừa	Giảm thính lực nặng
Số BN	8	24	12	8
Tỷ lệ %	15,4	46,1	23,1	15,4

Nhận xét: Mức độ giảm thính lực trung bình là 41,56dB ± 11,44. Chiếm tỷ lệ cao nhất là giảm thính lực mức độ nhẹ 24/52 trường hợp chiếm 46,1%; chiếm tỷ lệ thấp nhất là giảm thính lực nặng 8/52 chiếm 15,4%.

Bảng 3. Tình trạng lành của mảnh ghép sau mổ 1 và 3 tháng

Tình trạng mảnh ghép	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Liên kín	46	88,5	48	92
Hở trước trên	6	11,5	4	8

Nhận xét: Tỷ lệ lành màng nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi sau 1 tháng là 88,5% và sau 3 tháng thì tỷ lệ lành tăng lên là 92%.

Đánh giá cải thiện tình trạng thính lực qua thính lực đồ

Bảng 4. Mức độ giảm thính lực trước mổ và sau mổ 3 tháng

Mức độ giảm thính lực	Trước mổ		Sau mổ 3 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Bình thường	8	15,4	24	46,2
Giảm thính lực nhẹ	16	30,8	20	38,4
Giảm thính lực vừa	20	38,4	8	15,4
Giảm thính lực nặng	8	15,4	0	0

Nhận xét: Sau 3 tháng phẫu thuật và nhĩ đơn thuần, nhìn chung thì từ giảm thính lực nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau 3 tháng thì thính lực bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,2%. Trước phẫu thuật có 15,4% giảm thính lực nặng, sau mổ thì 100% đều cải thiện thính lực với 0% trường hợp giảm thính lực nặng.

IV. BÀN LUẬN

Sụn đã được sử dụng thành công trong các thủ thuật tai giữa trong 40 năm và đã được chứng minh là dung nạp tốt với sự tái hấp thu tối thiểu theo thời gian. Các yếu tố khác nhau như tuổi của bệnh nhân, kích thước và vị trí thủng, tình trạng niêm mạc tai giữa, kinh nghiệm của phẫu thuật viên đã được chứng minh tất cả đều được coi là các yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.[1] Tại cơ sở của chúng tôi, nghiên cứu được thực hiện trên 52 bệnh nhân trong đó 28 là nữ và 24 là nam và tỷ lệ hấp thu mảnh ghép ở nữ cao hơn (95%) so với nam (90%). Điều này có thể là do nam giới sử dụng thuốc lá nhiều hơn. Tương tự, nghiên cứu của Huang cho thấy tỷ lệ ghép thành công ở những người sử dụng thuốc lá thấp hơn (63%) so với 93% ở những người không sử dụng.[8] Trong nghiên cứu của chúng tôi, 14 trên 52 bệnh nhân trên 40 tuổi và tỷ lệ thất bại cao hơn ở những bệnh nhân trên 40 (18%) so với 10% ở những bệnh nhân dưới 40 tuổi. Trong một nghiên cứu tương tự của Starhan và cộng sự, tỷ lệ thất bại ghép cao hơn ở những người lớn tuổi. Điều này có thể là do các bệnh hệ thống đi kèm ở bệnh nhân cao tuổi. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng

vị trí lỗ thủng ảnh hưởng đến sự thành công của mảnh ghép nhiều hơn. Tỷ lệ hấp thu mảnh ghép cao hơn ở các lỗ thủng phía trước (95%) so với các lỗ thủng phía sau (85%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Lý do cho sự hấp thu mảnh ghép cao ở các lỗ thủng phía trước là do sự cứng chống lại sự tái hấp thu và khả năng chống lại áp lực âm của tai giữa ngăn ngừa trung gian hóa và phân nhánh của mảnh ghép. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự hấp thu mảnh ghép là 100% ở các lỗ thủng nhỏ, 87,5% ở lỗ thủng trung bình, 85% ở lỗ lớn và 80% ở các lỗ thủng gần như hoàn toàn. Một nghiên cứu của Onal và cộng sự, cũng cho thấy sự hấp thu mảnh ghép tốt hơn ở các lỗ có kích thước nhỏ so với lỗ thủng lớn. Điều này có lẽ là do diện tích lớn hơn được cung cấp cho mảnh ghép và có cơ hội tốt để thực hiện mảnh ghép trong các trường hợp hợp thủng có kích thước vừa và nhỏ. Độ cứng và độ ổn định cơ học của mảnh ghép sụn có lợi ích rõ ràng trong việc giảm sự co rút của màng nhĩ. Sụn nhận dinh dưỡng bằng cách khuếch tán; nó rất dễ sử dụng vì nó dẻo và chống lại sự biến dạng do thay đổi áp suất và trở nên kết hợp tốt trong màng nhĩ.[3] Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công tỷ lệ đóng lỗ thủng là 92%. Tỷ lệ đóng không lỗ thủng ở 8% bệnh nhân. Thất bại có thể là do kích thước mảnh ghép được lấy không phù hợp hoặc kỹ thuật phẫu thuật bị lỗi hoặc có thể do phẫu thuật cắt xương chũm không được thực hiện ở bất kỳ bệnh nhân nào. Đóng góp của phẫu thuật cắt bỏ xương chũm đối với tỷ lệ thành công của phẫu thuật tạo hình màng nhĩ vẫn còn gây tranh cãi. Một số nghiên cứu ủng hộ rằng đặc biệt là trong phẫu thuật tạo hình màng nhĩ, tỷ lệ thành công của mảnh ghép có thể được tăng lên bằng cách thêm phẫu thuật cắt bỏ xương chũm. Tuy nhiên, có những nghiên cứu ủng hộ rằng trong phẫu thuật tạo hình màng nhĩ trong đó sử dụng mảnh ghép sụn, việc thêm phẫu thuật cắt bỏ xương chũm không ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công của mảnh ghép và khả năng nghe. Loại thất bại được thấy trong nghiên cứu này là sự dịch chuyển mảnh ghép dẫn đến thủng lại. Khan đã báo cáo tỷ lệ thành công là 98,20% với tình trạng thủng còn sót lại ở 2 bệnh nhân và thủng tái phát ở 2 bệnh nhân. Trong một nghiên cứu của Guler và cộng sự, tỷ lệ hấp thu mảnh ghép là 93,5%. 100% với ghép sụn[3]. Trong nghiên cứu này, PTA trung bình trước phẫu thuật là 44,03 và PTA trung bình sau phẫu thuật ở tuần thứ 6 là 37,24 và ở tuần thứ 12 là 34,27. Giá trị p là <0,001 được cho là có ý nghĩa thống kê. mức tăng thính lực lúc 6 tuần sau phẫu thuật là

6,79 và lúc 12 tuần là 9,76±2,12, tức là có ý nghĩa. 20 bệnh nhân đã cải thiện thính giác khi ABG <10db và 14 bệnh nhân có ABG <20db sau 12 tuần sau phẫu thuật. 6 bệnh nhân bị suy ghép không cho thấy cải thiện thính giác. Trong một nghiên cứu của Mohammad và cộng sự, PTA trung bình trước phẫu thuật -ABG là 26,0±4,4db và được cải thiện thành 13,8±5db (p<0,0001), rất có ý nghĩa thống kê. Phần trăm giảm PTA-ABG là khoảng 46,6%. Trong một nghiên cứu tương tự của Sharma và cộng sự, khoảng cách AB trung bình đo được trước phẫu thuật ở nhóm sụn là 36,38±6,10dB và cải thiện lên 18,13±5,8dB sau phẫu thuật. Nhóm phẫu thuật sử dụng cân cơ cho thấy sự cải thiện từ 28,73±5,82 đến 15,23±8,14. Kết quả có ý nghĩa thống kê cao và có thể so sánh được ở cả nhóm sụn và màng cân về mặt thính giác đạt được sau khi phẫu thuật tạo hình màng nhĩ.

Nội soi đã được sử dụng trong phẫu thuật tai giữa với nhiều mức độ can thiệp khác nhau [3], và qua thực tế trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy việc sử dụng nội soi trong vá nhĩ có nhiều thuận tiện cả về kỹ thuật cũng như thời gian thực hiện. Vá nhĩ qua nội soi có thể mang lại hiệu quả cao tận dụng được phương tiện sẵn có.

V. KẾT LUẬN

Dựa trên kết quả của nghiên cứu này, có thể kết luận rằng tỷ lệ đóng màng nhĩ sau phẫu thuật cao và cải thiện thính lực đạt yêu cầu với mảnh ghép sụn. Nó có thể được sử dụng linh hoạt và dễ dàng hơn trong việc tái tạo màng nhĩ trong các trường hợp chỉnh sửa vì khả năng thích ứng với nuôi dưỡng kém, nhiễm trùng tái phát và co lõm. Khả năng tiếp cận qua nội soi dễ dàng và có thể áp dụng trong huấn luyện đối với các phẫu thuật viên Tai Mũi Họng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Thị Mỹ Trang, Lê Thanh Thái, Hồ Mạnh Hùng** (2019), "Đánh giá kết quả điều trị vá nhĩ đơn thuần bằng mảnh ghép màng sụn bình tai ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có thủng nhĩ", Tạp chí Y – Dược học, trường Đại học Y Dược Huế, (9), tr. 55.
2. **Lê Hoàng Trung, Nguyễn Minh Khoa** (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2019", Chuyên đề Tai-Mũi-Họng và Phẫu Thuật Đầu-Cổ, tr. 216-221.
3. **Akyigit A, Sakalhoglu O, Karlidag T** (2017), "Endoscopic tympanoplasty", Journal of otology, 12 (2), pp. 62-67.
4. **American Speech Language Hearing Association** (2015), Type, Degree, and Configuration of Hearing Loss, Audiology Information Series, Rockville.

5. **Bolajoko O Olusanya, Adrian C Davis, Howard J Hoffman** (2019), "Hearing loss grades and the International classification of functioning, disability and health", Bull World Health Organ, 97 pp. 725-728.
6. **Dipesh Shakya, Ajit Nepal, MBBS, MS** (2020), "Total Endoscopic Perichondrium Reinforced Cartilage Myringoplasty for Anterior Perforation", Ear, Nose & Throat Journal, pp. 1-7.
7. **Figure, Elsevier** (2016), "The Middle Ear", [cited Available from: <https://healthlifemedia.com/healthy/the-anatomy-of-the-human-ear-the-middle-ear/>].
8. **Huang T Y, Ho K Y, Wang L F, Chien C Y** (2016), "A Comparative Study of Endoscopic and Microscopic Approach Type 1 Tympanoplasty for Simple Chronic Otitis Media", J Int Adv Otol, 12 (1), pp. 28-31.

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT CỤC NGẮN HẠN CỦA NGƯỜI BỆNH NHẬP VIỆN VÌ SUY TIM MẤT BÙ CẤP TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Quang Trung¹, Nguyễn Hoàng Anh¹, Đinh Tấn Quỳnh¹, Nguyễn Hoàng Hải¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim là nguyên nhân dẫn đến nhập viện hàng đầu ở người trưởng thành. Việc xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh suy tim có ý nghĩa quan trọng trong việc làm giảm nguy cơ tái nhập viện và tử vong tim mạch. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân nhập viện vì suy tim cấp mất bù và đánh giá tỉ lệ tử vong nội viện, thời gian trung bình nằm viện và tỉ lệ tái nhập viện. **Phương pháp:** Nghiên cứu khảo sát cắt ngang, tiến cứu, lấy mẫu liên tục bao gồm các trường hợp nhập viện vì suy tim cấp, thời gian từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023 tại khoa nội tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Phân tích đơn biến, chi bình phương, Student t và Mann Whitney tests được sử dụng trong phân tích dữ liệu nghiên cứu. Phân tích đa biến, hồi quy logistic được sử dụng. **Kết quả:** Dữ liệu thu nhận được gồm 213 bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu, với tuổi trung bình là 66,8 (\pm 14,5), và 45,5% là nam giới. Các bệnh đồng mắc thường gặp, phổ biến ở người bệnh suy tim là tăng huyết áp (93%), rối loạn lipid máu (83,1%), đái tháo đường (59%), bệnh mạch vành (33,3%) và rung nhĩ (30%). Yếu tố nguy cơ thúc đẩy nhập viện ở người bệnh suy tim là nhiễm trùng (45%), không tuân thủ điều trị (26%), hội chứng vành cấp (15%), tăng huyết áp không kiểm soát (12%) và rối loạn nhịp (12%). Chức năng tâm thu thất trái trung bình (EF) là 37%, 56% là suy tim EF giảm và 34% là suy tim có EF bảo tồn (HFpEF). Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh là 6 ngày, tỉ lệ tử vong nội viện và tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện là 15% và 32%. **Kết luận:** Những bệnh nhân suy tim mất bù cấp nhập khoa tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định có tỉ lệ tử vong nội viện và tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện còn cao. 56% các trường hợp suy tim mất bù cấp nhập viện là suy tim có phân suất tống máu giảm và 34% trường hợp là

suy tim có phân suất tống máu bảo tồn. **Từ khóa:** Suy tim mất bù cấp, tử vong nội viện, tái nhập viện.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND SHORT-TERM OUTCOMES OF PATIENTS HOSPITALIZED FOR ACUTE DECOMPENSATED HEART FAILURE IN NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Background: Heart failure is a leading cause of hospitalization for adults. Identifying the clinical and subclinical characteristics of heart failure patients is essential for reducing mortality and hospital readmission rate. **Objectives:** To determine clinical and subclinical features in patients hospitalized due to DHF and to assess the in-hospital mortality, hospital length of stay and hospital readmission rate. **Methods:** A prospective study of incident acute heart failure at NDGD hospital, from 01/2023 to 10/2023. For univariate analysis, the chi-square, Student t and Mann Whitney tests were used. For multivariate analysis, logistic regression was used. **Results:** 213 patients were recruited during the study period. The mean age was 66,8 (\pm 14.5), and 45,5% were men. The most common comorbid conditions were hypertension (93%), dyslipidemia (83,1%), diabetes (59%), coronary artery disease (33,3%) and atrial fibrillation (30%). The major exacerbating factors were infection (45%), noncompliance (26%), acute syndrome coronary (15%), uncontrolled hypertension (12%) and arrhythmias (12%). Mean left ventricular systolic function (EF) was 37%. 56% were the heart failure with reduced EF and 34% were the heart failure with preserved EF (HFpEF). The median hospital length of stay was 6 days. In-hospital mortality and 30 day readmission rate were 15% and 32%. **Conclusions:** Patients with acute decompensated heart failure hospitalized at the Cardiology Department of Nhan Dan Gia Dinh hospital had high rates of in-hospital death and 30 day hospital readmission. 56% was the heart failure with reduced ejection fraction and 34% was the heart failure with preserved ejection fraction.

Keywords: Acute decompensated heart failure, in-hospital Mortality, hospital readmission.

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: bsnguyentrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024