

dẫn lưu hồi tràng là những yếu tố liên quan đến hội chứng LARS nặng sau phẫu thuật [7].

Trong nghiên cứu, phân tích các yếu tố liên quan bằng phương pháp Fisher's test cho thấy; tại thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật, các yếu tố điều trị hóa xạ trước mổ, vị trí u, vị trí miệng nối (trên đường lược, tại đường lược, dưới đường lược) và phương pháp thực hiện miệng nối có liên quan đến hội chứng LARS nặng sau mổ với $p < 0,05$ (bảng 3). Các nghiên cứu cho thấy rằng: đối với những tổn thương ung thư trực tràng thấp đồng nghĩa với thực hiện miệng nối thấp thì phẫu thuật là tăng nguy cơ tổn thương thần kinh tự động và cơ thắt hậu môn. Ngoài ra thể tích chứa phân của trực tràng mới giảm dẫn đến tăng nhu động ruột và đại tiện gặp [3], [2]. Đặc biệt những tổn thương ung thư trực tràng thấp ($< 5\text{cm}$) phần lớn bệnh nhân được thực hiện cắt trực tràng gian cơ thắt (có thể cắt bán phần, gần hoàn toàn và hoàn toàn cơ thắt trong) với miệng nối đại tràng ống hậu môn điều này có ảnh hưởng nhiều đến chức năng đại tiện của bệnh nhân sau phẫu thuật. Do vậy phẫu thuật viên cần tôn trọng cấu trúc giải phẫu, tránh tổn thương thần kinh tự động và bảo tồn tối đa cơ thắt hậu môn.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: việc đánh giá chức năng đại tiện sau phẫu thuật chỉ dựa vào các thang điểm đánh giá mà chưa có đánh giá bằng phương tiện đo áp lực hậu môn trực tràng. Ngoài ra, cần nghiên cứu trên số liệu bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi xa hơn để có đánh giá toàn diện hơn.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn chức năng đại tiện của bệnh nhân

ung thư trực tràng được phẫu thuật cắt trước thấp là vấn đề thường gặp và kéo dài sau phẫu thuật, chức năng đại tiện sẽ được phục hồi dần theo thời gian. Do đó theo dõi, hỗ trợ, tư vấn và điều trị của bác sĩ có ý nghĩa trong việc cải thiện chất lượng sống tốt hơn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Beppu N., et al.**, "Long-Term Functional Outcomes of Total Mesorectal Excision Following Chemoradiotherapy for Lower Rectal Cancer: Stapled Anastomosis versus Intersphincteric Resection", *Dig Surg.* 2016. 33, pp. 33–42.
2. **Chen T.Y.T., Emmertsen K.J., Laurberg S.**, "What Are the Best Questionnaires To Capture Anorectal Function After Surgery in Rectal Cancer?", *Curr Colorectal Cancer Rep.* 2015. 11, pp. 37–43.
3. **Dulskas A., et al.**, "Long-term bowel dysfunction following low anterior resection", *Sci Rep.* 2020. 10: 11882.
4. **Ekkarat P., et al.**, "Factors determining low anterior resection syndrome after rectal cancer resection: A study in Thai patients", *Asian J Surg.* 2016. 39, pp. 225–231.
5. **Emmertsen K.J., Laurberg S.**, "Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer", *Ann Surg.* 2012. 255, pp. 922–928.
6. **Liu F., et al.**, "Risk factor analysis of low anterior resection syndrome after anal sphincter preserving surgery for rectal carcinoma", *Chin J Gastrointest Surg.* 2017. 20, pp. 289–294.
7. **Miacci F.L.C., Guetter C.R., et al.**, "Predictive factors of low anterior resection syndrome following anterior resection of the rectum", *Rev Col Bras Cir.* 2020. 46:e20192361.
8. **T.Y.T. Chen, L.M. Wiltink**, "Bowel function 14 years after preoperative short-course radiotherapy and total mesorectal excision for rectal cancer: report of a multicenter randomized trial", *Clin Colorectal Cancer.* 2015. 14, pp. 106–114.

NGHIÊN CỨU CHỨC NĂNG THẤT PHẢI TRÊN SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN HẸP VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ KHÍT

Đỗ Mạnh Hùng¹, Nguyễn Thị Hải Yến², Nguyễn Thị Bạch Yến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu tỷ lệ suy CN thất phải và mối liên quan giữa chức năng thất phải với một số thông

số đánh giá mức độ hẹp van động mạch chủ và chức năng thất trái trên siêu âm tim ở nhóm bệnh nhân hẹp van động mạch chủ khít. **Đôi tượng:** BN hẹp van ĐMC khít (theo tiêu chuẩn của hội siêu âm tim hoa kì: vận tốc tối đa qua van $> 4\text{m/s}$, diện tích mở van động mạch chủ $< 1\text{cm}^2$, chênh áp trung bình qua van $> 40\text{mmHg}$) đến khám và điều trị tại Viện tim mạch từ tháng 8/2020-8/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang chùm ca bệnh. Chọn mẫu thuận tiện. Siêu âm tim đánh giá CN thất phải (TAPSE, FAC, S', E/e' thành bên van ba lá, chỉ số Tei mô thất phải, ĐK thất phải). **Kết quả:** 47 BN hẹp chủ khít đã được nghiên cứu siêu âm tim. Tỷ lệ suy chức năng thất phải

¹Bệnh viện Bãi Cháy

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhung180689@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2021

Ngày duyệt bài: 15.11.2021

toàn bộ (chỉ số Tei mô >0,54) là 68,1%, suy chức năng tâm thu ($S' < 9,5\text{cm/s}$) là 29,8%, (FAC < 35%) là 4,3%. Chỉ số TAPSE có tương quan vừa với vận tốc tối đa qua van động mạch chủ ($r = 0,389$, $p < 0,01$). FAC, Tei mô thất phải, vận tốc sóng S' đều có tương quan với chỉ số diện tích van động mạch ($r = 0,361$; $-0,297$; $0,302$ $p < 0,05$). Đường kính thất phải theo trục dọc (RVD3) có tương quan vừa với vận tốc tối đa qua van động mạch chủ ($r = 0,38$ $p < 0,01$) và diện tích van động mạch chủ ($r = 0,313$ $p < 0,05$), chênh áp trung bình qua van ($r = 0,411$ $p < 0,01$), chênh áp trung bình qua van ($r = 0,412$ $p < 0,01$). Các chỉ số TAPSE, FAC, S', Tei mô thất phải đều có tương quan khá chặt chẽ với phân suất tống máu EF của thất trái với hệ số tương quan lần lượt là ($r = 0,512$; $0,658$; $-0,372$; $0,409$; $p < 0,01$). **Kết luận:** Suy chức năng thất phải khá thường gặp ở BN hẹp chủ khít. Chức năng thất phải có tương quan với vận tốc tối đa qua van động mạch chủ (TAPSE), với chỉ số diện tích van động mạch chủ (FAC, S', Tei mô) và chức năng tâm thu thất trái.

Từ khóa: hẹp van động mạch chủ, siêu âm tim, chức năng thất phải

SUMMARY

STUDY RIGHT VENTRICULAR FUNCTION IN PATIENTS WITH AORTIC VALVE SEVERE STENOSIS

Aim: Study the rate of right ventricular dysfunction and the correlate between right ventricular function and some parameters assessing the stage of aortic valve stenosis and left ventricular function on echocardiography in patients with severe aortic valve stenosis. **Subjects:** Patient with aortic valve severe stenosis (According to the standards of the American Society of Echocardiography: peak velocity transaortic valve $> 4\text{m/s}$, AVA $< 1\text{cm}^2$, mean aortic pressure gradient $> 40\text{mmHg}$) came and treated at Tim Mach Quoc Gia hospital august 2020 to august 2021. **Method:** Prospective study, cross-sectional, choose convenient sample. Assessment right ventricular function (TAPSE, FAC, S', E/e' lateral tricuspid valve, RIMP, diameters of right ventricular). **Result:** Forty-seven patients were studied by echocardiography. Incidence right ventricular global dysfunction assessment by Tei ($> 0,54$) is 68,1%, right ventricular systolic dysfunction ($S' < 9,5\text{ cm/s}$) is 29,8%, (FAC $< 35\%$) is 4,3%. Right ventricular function measured by TAPSE was moderately correlated with maximal velocity through the aortic valve ($r = 0.389$, $P < 0,01$). FAC, Tei measured by tissue doppler, S' velocity were all correlate with index aortic valve area with correlation coefficient ($r = 0,361$; $-0,297$; $0,302$ $p < 0,05$) respectively. The longitudinal right ventricular diameter was moderately correlated with the maximal velocity across the aortic valve ($r = 0.38$ $p < 0.01$) and the aortic valve area measured by the continuous equation ($r = 0.313$ $p < 0.05$), mean gradient pressure van ($r = 0,412$ $p < 0,01$), max gradient pressure ($r = 0,411$ $p < 0,01$). TAPSE, FAC, S' velocity, Tei were all strong corellate with left ventricular ejection fraction (EF) with correlation coefficient ($r = 0,512$; $0,658$; $-0,372$; $0,409$; $p < 0,01$). **Conclusion:** Right ventricular dysfunction is quite common in patients with aortic

stenosis. Right ventricular function was correlated with peak systolic transaortic velocity (TAPSE), with aortic valve area index (FAC, S', Tissue Tei) and left ventricular systolic function.

Key word: aortic valve stenosis, echocardiography, right ventricular function

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây các tác giả còn ít quan tâm đến chức năng thất phải ở các bệnh nhân mắc bệnh tim trái như bệnh van ĐMC, hở van hai lá. Gần đây với các tiến bộ của siêu âm tim trong đánh giá chức năng thất phải, đã có nhiều nghiên cứu về chức năng thất phải nói chung và chức năng thất phải ở BN hẹp van động mạch chủ khít. Các NC cho thấy tỷ lệ rối loạn chức năng thất phải ở bệnh nhân hẹp van động mạch chủ khít dao động từ 10- 53%. Rối loạn chức năng tâm thu thất phải làm tăng tỷ lệ tử vong chung trong vòng một năm là 78% ở nhóm bệnh nhân thay van động mạch chủ qua da¹. Tại Việt Nam đã có một vài nghiên cứu đánh giá chức năng thất phải ở các bệnh nhân suy tim, sau nhồi máu cơ tim những chưa thấy các nghiên cứu đánh giá chức năng thất phải trên các bệnh nhân hẹp van động mạch chủ. Vì vậy chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Khảo sát tỷ lệ suy chức năng thất phải và tìm hiểu mối liên quan giữa chức năng thất phải với các thông số đánh giá mức độ hẹp van động mạch chủ, với chức năng thất trái ở nhóm bệnh nhân hẹp van động mạch chủ khít.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 47 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Viện tim mạch từ 08/2020 – 08/2021, được chẩn đoán xác định hẹp van động mạch chủ khít trên siêu âm tim (theo tiêu chuẩn của hội siêu âm tim hoa kì: vận tốc tối đa qua van $> 4\text{m/s}$, diện tích mở van động mạch chủ $< 1\text{cm}^2$, Chênh áp trung bình qua van $> 40\text{ mmHg}$). Loại trừ các bệnh nhân có các bệnh van tim khác ở mức độ nặng và những trường hợp có suy chức năng thất phải do nguyên nhân tăng áp phổi do bệnh tim bẩm sinh, tăng áp động mạch phổi tiên phát, nhồi máu cơ tim thất phải.

2.2 Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chòm ca bệnh.

BN được khám lâm sàng, siêu âm tim, thu thập các thông số: Đặc điểm nhân trắc học (Tuổi, giới), Đặc điểm lâm sàng, các thông số siêu âm tim: mức độ hẹp van động mạch chủ dựa vào các thông số: vận tốc đa qua van động mạch chủ (Vmax), chênh áp trung bình qua van động mạch chủ (GradientTB), diện tích van động mạch chủ (đo qua phương trình liên tục), chỉ số

diện tích van động mạch chủ. Kích thước và chức năng tâm thu thất trái: FS, EF (simpson), Dd, DS, LVMI. Thông số chức năng và kích thước thất phải: TAPSE, FAC, S', chỉ số Tei mô thất phải, E/e' vòng van ba lá, đường kính đáy thất phải (RVD1), đường kính giữa thất phải (RVD2), đường kính trục dọc thất phải (RVD3).

Xử lý số liệu bằng phần mềm IBM SPSS statistic 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1.1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=47)

Đặc điểm lâm sàng	Kết quả ($\bar{X} \pm SD$ hoặc n,%)
Tuổi (năm)	66,17 ± 16,67
Giới nam	25 (53,2)
Tăng huyết áp	24 (51,1)
Đái tháo đường	4(8,5)
Tai biến mạch não	2(4,3)
Suy thận mạn	2(4,3)
Rối loạn lipid	6(12,8)
BSA (Kg/m ²)	1,56 ± 0,16
Ngất	3(6,4)
Đau ngực	25(52,3)
NYHA>II	42(89,4)
Nhịp xoang	45(95,7)
Tần số tim (nhịp/phút)	78,63 ± 15,01
Huyết áp tâm thu (mmHg)	127,7 ± 19,29
Vmax qua van ĐMC (m/s)	4,86 ± 0,77
Chênh áp trung bình (mmHg)	59,14 ± 19,49
Diện tích mở van ĐMC (cm ²)	0,69 ± 0,16
Chỉ số Diện tích van (cm/m ²)	0,47 ± 0,19
EF simpson (%)	61,30 ± 13,02
LVMI (g/m ²)	189,2 ± 60, 34
ALDMP(mmHg)	42,63 ± 11,85

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao 51,1%. Các bệnh nhân chủ yếu vào viện vì triệu chứng khó thở NYHA >II chiếm 89,4%, trung bình diện tích

2 Môi liên quan giữa chức năng thất phải và các thông số khác.

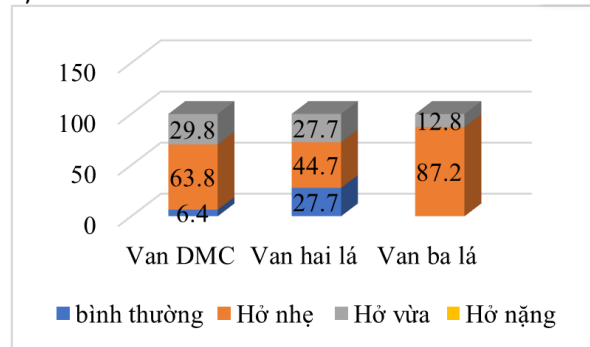
Bảng 2.1 Môi liên quan giữa giới và các thông số đánh giá chức năng thất phải

Thông số	Nam	Nữ	P
Tapse (mm)	26,07 ± 4,006	26,217 ± 3,40	0,896
FAC (%)	47,85 ± 8,70	49,708 ± 6,71	0,419
Tei mô	0,800 ± 0,3424	0,747 ± 0,302	0,631
S' (cm/s)	11,498 ± 3,323	11,10 ± 3,73	0,704
E/e'thất phải	6,384 ± 2,896	4,871 ± 2,362	0,075

Nhận xét: không thấy mối liên quan giữa tuổi và các thông số đánh giá chức năng thất phải

Bảng 2.2 Môi liên quan giữa tuổi và các thông số đánh giá chức năng thất phải

mở van đo theo phương trình liên tục là 0,69 ± 0,16 cm².



Biểu đồ 1.1: Mức độ hở van tim kèm theo của nhóm đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Các bệnh nhân chủ yếu có hở van tim ở mức độ nhẹ và vừa. Không có bệnh nhân nào hở van tim ở mức độ nặng

Bảng 1.2: Tỷ lệ suy chức năng thất phải theo các thông số

Thông số	Suy chức năng thất phải N (%)
Chức năng tâm thu	
Tapse < 17mm	0
FAC < 35%	2 (4,3)
S' < 9,5 cm/s	14(29,8)
Suy CN tâm trương	
E/e' Thất phải >6	20(41,9)
Chức năng toàn bộ	
Tei mô > 0,54	32(68,1)
Giãn thất phải	
RVD1 > 41mm	5(10,6)
RVD2 >35mm	1(2,1)
RVD3 >83mm	5(10,6)

Nhận xét: Suy chức năng thất phải toàn bộ đánh giá qua chỉ số Tei mô chiếm tỷ lệ cao 68,1%. Suy chức năng tâm thu thất phải đánh giá qua S' và FAC lần lượt là 29,8% và 4,3%. Không có bệnh nhân nào suy chức năng tâm thu thất phải khi đánh giá qua chỉ số Tapse. Suy chức năng tâm trương thất phải đánh bằng chỉ số E/e' chiếm 41,9%

Tương quan với tuổi	R	P
FAC (%)	0,146	0,328
Tapse (mm)	-0,157	0,291
Vận tốc sóng S' (cm/s)	-0,044	0,78
Tei mô	0,097	0,517
E/e' thất phải	-0,126	0,699

Nhận xét: không thấy sự khác biệt về các thông số đánh giá chức năng thất phải giữa 2 giới nam và nữ

Bảng 2.3: Liên quan chức năng thất phải với các thông số đánh giá mức độ hẹp van động mạch chủ

Liên quan	Vqua van ĐMC	Svan	Svan/BSA	Gardient TB
Tapse	0,389 (P<0,01)	0,070(p>0,05)	0,470(p>0,05)	0,243(p>0,05)
FAC	0,188(p>0,05)	0,285(p>0,05)	0,364(p<0,05)	0,193(p>0,05)
S'	0,069(p>0,05)	0,293(p<0,05)	0,302(p<0,05)	-0,169(p>0,05)
Tei mô	0,057(p>0,05)	-0,295(p<0,05)	-0,297(p<0,05)	0,227(p>0,05)
RVD1	-0,181(p>0,05)	0,323(p<0,05)	0,265(p>0,05)	-0,264(p>0,05)
RVD3	-0,380(p<0,01)	0,313(p<0,05)	0,220(p>0,05)	-0,412(p<0,01)
RVD2	0,108(p>0,05)	0,202(p>0,05)	0,143(p>0,05)	-0,009(p>0,05)

Nhận xét: Chỉ số Tapse có tương quan vừa với vận tốc qua van động mạch chủ ($r=0,389$ $p<0,05$), các chỉ số FAC, S', Tei mô đều cho thấy mối liên quan với chỉ số diện tích van động mạch chủ ($r=0,364$ $0,302$ $-0,297$ $p<0,05$)

Bảng 2.4: Mối tương quan giữa chức năng thất phải với các thông số đánh giá chức năng thất trái

Liên quan	Dd	Ds	FS	EF	ALDMP
Tapse	-0,27(p>0,05)	-0,38(p<0,01)	0,37(p<0,01)	0,51(p<0,01)	-0,30(p<0,05)
FAC	-0,43(p<0,01)	-0,58(p<0,01)	0,60(p<0,01)	0,66(p<0,01)	-0,34(p<0,05)
S'	-0,35(p<0,05)	-0,40(p<0,01)	0,34(p<0,05)	0,41(p<0,01)	-0,31(p<0,05)
Tei mô	0,21(p>0,05)	0,25(p>0,05)	-0,28(p>0,05)	-0,37(p<0,05)	0,03(p>0,05)
RVD1	0,28(p>0,05)	0,29(p<0,05)	-0,13(p>0,05)	-0,226(p>0,05)	0,38(p<0,01)
RVD2	0,215(p>0,05)	0,142(p>0,05)	0,03(p>0,05)	-0,04(p>0,05)	0,33(p<0,05)
RVD3	0,39(p<0,01)	0,42(p<0,01)	-0,44(p<0,05)	-0,5(p<0,01)	0,39(p<0,01)

Nhận xét: Các chỉ số TAPSE, FAC, S', Tei mô, RVD3 đều cho thấy mối liên quan mạnh với chức năng thất trái đo qua chỉ số EF simpson với hệ số tương quan lần lượt là ($r=0,51$ $0,66$ $0,41$ $-0,37$ $p<0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Ở bệnh nhân hẹp van động mạch chủ khít sự tiến triển của tái cấu trúc thất trái sẽ dẫn đến tăng áp lực thất trái cuối tâm trương đẩy ngược trở lại nhĩ trái gây giãn nhĩ trái, tăng áp lực mao mạch phổi bít. Cuối cùng rối loạn chức năng thất phải xuất hiện như là hậu quả cuối cùng của tăng áp lực động mạch phổi. Bên cạnh đó thất phải và thất trái cũng có chung vách liên thất cùng bị hạn chế trong khoang màng ngoài tim, điều này gây ra tác động qua lại giữa hai buồng tim.^{2,3}

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ suy giảm chức năng tâm toàn bộ thất phải xuất hiện nhiều nhất khi đánh giá qua thông số Tei mô ($>0,54$) chiếm 68,1%. Suy chức năng tâm thu thất phải khi đánh giá qua chỉ số S' ($<9,5$ cm/s) và FAC ($<35\%$) chiếm 29,8% và 4,3%. Không có bệnh nhân nào được chẩn đoán suy chức năng tâm thu thất phải khi chẩn đoán dựa trên thông số Tapse (<17 mm). Tỷ lệ suy chức năng

tâm trương thất phải khi đánh giá bằng tỷ số E/e' (>6) là 41,9%.

Chỉ số Tapse có tương quan vừa với vận tốc tối đa qua van động mạch chủ ($r=0,372$ $p=0,012$). Điều này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Elena Galli ($r=0,24$ $p=0,001$)⁴. Tuy nhiên khác với nghiên cứu của chúng tôi nghiên cứu này cho thấy có mối liên quan yếu giữa chỉ số này với chênh áp trung bình qua van động mạch chủ ($r=0,19$ $p=0,0060$ và diện tích van động mạch chủ đo qua phương trình liên tục ($r=0,17$ $p=0,001$). Điều này có lẽ liên quan đến sự khác biệt về cỡ mẫu giữa hai nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy mối liên quan vừa giữa các thông số FAC, Vs', Tei mô với chỉ số diện tích van động mạch chủ theo BSA.

Nghiên cứu cũng cho thấy các chỉ số TAPSE, FAC, S' đều có tương quan khá chặt chẽ với các thông số đánh giá đường kính và chức năng của thất trái đặc biệt là tỷ số EF với hệ tương quan

lần lượt là 0,512; 0,658; 0,409 ($p < 0,01$). Chỉ số Tei thất bại lại cho thấy mối tương quan nghịch biến với thông số này ($r = -0,372$ $p < 0,05$).

Nghiên cứu của Nguyễn Phương Trang trên nhóm bệnh nhân suy tim chức năng thất trái EF < 40% cũng cho thấy mối tương quan mạnh giữa các chỉ số Tapse, FAC, S với thông số EF ($r = 0,632$; 0,710; 0,582; $p < 0,001$) 5. Điều này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Bá Tâm trong nhóm bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim thành trước cũng cho thấy mối liên quan giữa chỉ số Tapse và EF ($r = 0,33$, $p < 0,05$) 6. Nghiên cứu của Sarinya Puwanant và cộng sự năm 2009 đánh giá chức năng thất phải ở các bệnh nhân suy tim chức năng thất trái giảm và bảo tồn cũng cho thấy chỉ số Tapse, FAC, S' có tương quan tốt với chỉ số EF. FAC ($R = 0,46$ $p < 0,01$) Tapse ($r = 0,48$; $P < 0,01$) S' ($r = 0,48$; $p = 0,01$) 7

V. KẾT LUẬN

Suy chức năng thất phải khá thường gặp ở BN hẹp chủ khít. Chức năng thất phải có tương quan với vận tốc tối đa qua van động mạch chủ (TAPSE), với chỉ số diện tích van động mạch chủ (FAC, S', Tei mô) và chức năng tâm thu thất trái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ren B, Spitzer E, Geleijnse ML, et al. Right ventricular systolic function in patients undergoing

transcatheter aortic valve implantation: A systematic review and meta-analysis. Int J Cardiol. 2018;257:40-45. doi:10.1016/j.ijcard.2018.01.117

2. Right heart dysfunction in heart failure with preserved ejection fraction | European Heart Journal | Oxford Academic. Accessed August 11, 2021. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/48/3452/472871?login=true>
3. Santamore WP, Dell'Italia LJ. Ventricular interdependence: Significant left ventricular contributions to right ventricular systolic function. Progress in Cardiovascular Diseases. 1998;40(4):289-308. doi:10.1016/S0033-0620(98)80049-2
4. Galli E, Guirette Y, Feneon D, et al. Prevalence and prognostic value of right ventricular dysfunction in severe aortic stenosis. Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2015;16(5):531-538. doi:10.1093/ehjci/jeu290
5. Nguyễn Thu Trang NTBY. Khảo sát chức năng thất phải bằng siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim có EF < 40% so với nhóm suy tim EF > 40%. Published online 2020. <http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx>
6. Nguyễn Tá Tâm NTBY. Bước đầu đánh giá chức năng thất phải bằng chỉ số Tapse trên siêu âm tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên sau can thiệp. Published online 2017. <http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx>
7. Puwanant S, Priester TC, Mookadam F, Bruce CJ, Redfield MM, Chandrasekaran K. Right ventricular function in patients with preserved and reduced ejection fraction heart failure. European Journal of Echocardiography. 2009;10(6):733-737. doi:10.1093/ejehocardiography/jep052

TẦN SUẤT SỬ DỤNG THỨC ĂN NHANH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG HÙNG VƯƠNG, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Quốc Huy*, Nguyễn Ngọc Bích*, Đoàn Duy Tân*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thức ăn nhanh ngày nay phổ biến ở khắp nơi trên thế giới và được người dân yêu thích sử dụng, trong đó có Việt Nam. Sử dụng thức ăn nhanh thường xuyên mất kiểm soát làm tăng nguy cơ mắc một số bệnh lý như thừa cân, béo phì, tăng huyết áp và các bệnh lý về đường tiêu hóa. **Mục tiêu:** Xác định tần suất sử dụng thức ăn nhanh và các yếu tố liên quan của học sinh trường Trung học phổ thông (THPT) Hùng Vương năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 420 học sinh trường THPT Hùng

Wương, quận 5, thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) năm 2021. **Kết quả:** Tần suất sử dụng thức ăn nhanh 1-3 lần/tháng của học sinh chiếm tỉ lệ cao nhất 43,3%. Tỉ lệ thừa cân ở học sinh THPT chiếm 15,7%, tỉ lệ béo phì chiếm 4,3%. Gà rán và khoai tây chiên là hai loại thức ăn nhanh sử dụng phổ biến nhất với tỉ lệ lần lượt là 81,1% và 69,2%. Thương hiệu thức ăn nhanh được sử dụng nhiều nhất là KFC với 70,6%. Lý do sử dụng thức ăn nhanh phổ biến nhất là hương vị chiếm 85%. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa tần suất sử dụng thức ăn nhanh với tần suất sử dụng bữa cơm gia đình ($p < 0,001$) và yếu tố cha/mẹ sử dụng thức ăn nhanh thường xuyên ($p < 0,05$). **Kết luận:** Để giảm tần suất sử dụng thức ăn nhanh của con cái, gia đình nên chủ động chuẩn bị và sử dụng bữa cơm gia đình cùng nhau, đồng thời phụ huynh nên hạn chế sử dụng thức ăn nhanh.

Từ khóa: Thức ăn nhanh, dinh dưỡng, thừa cân béo phì.

*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Duy Tân

Email: doanduytaan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 2.11.2021

Ngày duyệt bài: 22.11.2021