

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình** (2004), Bệnh béo phì. Nhà xuất bản Y học.
2. **Tạ Văn Bình** (2006), Bệnh đái tháo đường- Tăng glucose máu. Nhà xuất bản Y học.
3. **Lưu Cảnh Toàn** (2006), Nghiên cứu tình trạng kháng insulin và chức năng tế bào  $\beta$  ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có tăng huyết áp. Luận văn thạc sỹ y học - Học viện Quân y.
4. **American Diabetes Association** (1997), Report of the expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Diabetes care, p.1184-1195.
5. **Foster Daniel W.** (1991), Harrison's principle of internal medicine. International edition V2, 1991, p.1739-1757.
6. **John K. Davidson**, Clinical Diabetes Mellitus. Third Edition. A problem oriented approach, p.354-355.
7. **Matthews** (2001), Insulin resistance and beta-cell function – a clinical perspective, Diabetes. Obesity and Metabolism. 3 (Suppl. 1): S28-S33.
8. **Zierath J.R., Handberg A., Tally M., Wallberg- Henriksson H.** (1996), C-peptid stimulates glucose transport in isolated skeletal muscle independent of insulin receptor and tyrosin kinase activation. Diabetologia, 39:306-313.
9. **Zimmet P.** (2001), Epidemiology, Evidence for prevention typ2 diabetes. The epidemiology of diabetes mellitus, p.41.

## NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI VÀ DIỆN TÍCH LỖ VAN HAI LÁ BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM TÌM 3D QUA THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN HẸP HAI LÁ KHÍT CÓ CHỈ ĐỊNH NONG VAN BẰNG BÓNG QUA DA

Nguyễn Thị Thu Hoài<sup>1,2</sup>, Hoàng Thị Hồng Mến<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sự ra đời của siêu âm tìm qua thực quản (SATQTQ 3D) những năm gần đây đã khẳng định vai trò của siêu âm tìm trong việc đánh giá các bệnh lý van tim. SATQTQ3D với đầu dò đa chiều ma trận, cùng một lúc cắt được nhiều mặt cắt, có thể giúp quan sát được hình ảnh ba chiều van hai lá từ mặt nhĩ và mặt thất. Một số nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy SATQTQ3D có giá trị hơn siêu âm 2D qua thành ngực (SATQTN2D) trong việc xác định hình thái và diện tích van hai lá. Hiện nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về vấn đề này. **Mục tiêu:** Khảo sát hình thái và diện tích van hai lá trên siêu âm tìm 2D qua thành ngực, siêu âm tìm 2D/3D qua thực quản ở bệnh nhân hẹp hai lá khít có chỉ định nong van hai lá bằng bóng qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 60 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định là hẹp hai lá (HHL) do tổn thương do thấp, có chỉ định nong van hai lá (NVHL) bằng bóng, được thu thập các số liệu lâm sàng, cận lâm sàng, SATQTN2D, SATQTQ2D/3D trước nong van, sau đó được tiến hành NVHL bằng bóng qua da. **Kết quả:** Diện tích van hai lá trên SATQTQ 3D thấp hơn diện tích VHL đánh giá bằng phương pháp SATQTN 2D ( $0,88 \pm 0,22$  so với  $1,01 \pm 0,19$  cm<sup>2</sup>), với sự khác biệt trung bình:  $0,13 \pm 0,2$  cm<sup>2</sup>. Diện tích VHL đánh giá bằng SATQTQ

3D thấp hơn diện tích VHL đánh giá bằng PHT ( $0,88 \pm 0,22$  so với  $1,03 \pm 0,2$  cm<sup>2</sup>), với sự khác biệt trung bình là  $0,15 \pm 0,21$  cm<sup>2</sup>, sự khác biệt là rất có ý nghĩa với  $p < 0,001$ . Phương pháp SATQTQ 3D phát hiện vôi hóa mép van tốt hơn so với SATQTN 2D: 26,7% đánh giá bằng SATQTQ3D so với 13,3% bằng SATQTN 2D trong đánh giá vôi mép trước và 13,3% đánh giá bằng SATQTQ 3D so với 6,7% bằng SATQTN2D trong đánh giá vôi mép sau ( với  $p < 0,05$  ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp siêu âm SATQTN 2D và SATQTQ 2D trong việc đánh giá chênh áp tối đa, trung bình qua VHL và áp lực động mạch phổi tâm thu. **Kết luận:** Đánh giá diện tích VHL trên SATQTQ3D nhỏ hơn diện tích VHL trên SATQTN 2D và phương pháp đánh giá qua thời gian bán giảm áp lực PHT. SATQTQ3D phát hiện dính và vôi mép van nhiều hơn so với SATQTN2D.

**Từ khóa:** Siêu âm tìm 3D qua thực quản, hẹp van hai lá, nong van hai lá bằng bóng.

## SUMMARY

### EVALUATION OF MORPHOLOGY AND AREA OF MITRAL VALVE USING THREE- DIMENSIONAL TRANSESOPHAGEAL ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS WITH MITRAL VALVE STENOSIS UNDERGOING PERCUTANEOUS MITRAL BALLOON VALVULOPLASTY

**Background:** Three dimensional transthoracic and transesophageal echocardiography (3D TEE) has confirmed its role in assessing heart valve disease. Some studies in the world showed that 3DTEE is more valuable than 2-dimensional transthoracic echocardiography (2D TTE) in the assessment of mitral valve area and morphology. Currently in Vietnam

<sup>1</sup>Viện Tim Mạch, Bệnh Viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại Học Quốc Gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hoài

Email: hoanguyen1973@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biên khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

there has been no research on this issue. **Aims:** Examination of morphology and area of mitral valve on 2DTTE, 2DTEE and 3DTEE in patients with mitral valve stenosis undergoing percutaneous mitral balloon valvuloplasty. **Material and methods:** 60 patients with mitral valve stenosis undergoing percutaneous mitral balloon valvuloplasty (PTMV). All patients underwent 2D TTE, 2DTEE, 3DTEE before PTMV for the assessment of mitral valve area (MVA), valve morphology and mitral regurgitation. **Results:** MVA assessed by 3DTEE were significantly lower assessed by 2DTEE ( $0,88\pm 0,22\text{ cm}^2$  vs  $1,01\pm 0,19\text{ cm}^2$ ), mean difference  $-0,16\pm 0,22$ ,  $p<0,001$ . MVA assessed by 3DTEE were significantly lower assessed by PHT ( $0,88\pm 0,22\text{ cm}^2$  vs  $1,03\pm 0,2\text{ cm}^2$ ) mean difference  $0,23\pm 0,21$ ,  $p<0,001$ . The 3DTEE detected better calcification than 2DTTE. There was no difference in differential pressure through mitral valve, pulmonary artery pressure between 2DTEE and 2DTTE. **Conclusion:** MVA assessed by 3DTEE smaller than MVA assessed by 2DTTE and PHT. The 3DTEE detected better calcification than 2DTTE.

**Keywords:** Three-dimensional transesophageal echocardiography, mitral valve stenosis, percutaneous mitral balloon valvuloplasty.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp hai lá (HHL) là một bệnh van tim có nguyên nhân hàng đầu là thấp tim, còn khá phổ biến ở Việt Nam, bệnh có tỷ lệ tử vong cao. Việc chẩn đoán chính xác tình trạng tổn thương van hai lá, mức độ bệnh để có quyết định điều trị can thiệp đúng thời điểm có ý nghĩa rất quan trọng. Có rất nhiều thăm dò để đánh giá bệnh lý van hai lá, tuy nhiên với nhiều ưu điểm siêu âm Doppler tim vẫn là phương pháp thường quy quan trọng trong chẩn đoán HHL.

Sự ra đời của siêu âm tim qua thực quản (SATQTQ) 3D thêm một lần nữa khẳng định vai trò của siêu âm tim trong việc đánh giá các bệnh lý tim mạch và đặc biệt là bệnh lý van tim. SATQTQ 3D với đầu dò đa chiều, cùng một lúc cắt được nhiều mặt cắt, có thể giúp quan sát van hai lá (VHL) từ mặt nhĩ và mặt thất [1]. Có một số nghiên cứu trên thế giới đã khẳng định SATQTQ 3D có lợi hơn SATQTN 2D trong việc xác định cấu trúc và diện tích van như: Nghiên cứu của Ben Zekry [2], Pepi M [3], Dominik Schlosshan [4].

Tại Việt Nam, chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào về vai trò của SATQTQ 3D về hình thái và mức độ hẹp VHL trên bệnh nhân HHL khít có chỉ định nong van hai lá (NVHL) bằng bóng qua da. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát hình thái và diện tích van hai lá trên siêu âm tim 2D qua thành ngực, siêu âm tim 2D/3D qua thực quản ở bệnh nhân HHL khít có chỉ định nong van.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Địa điểm và thời gian:** Nghiên cứu được thực hiện tại Viện Tim Mạch, Bệnh Viện Bạch Mai từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019.

**Đối tượng:** Các bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định HHL do tổn thương do thấp, có hình thái van phù hợp để NVHL tại Viện Tim Mạch Việt Nam.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** HHL khít dựa trên siêu âm Doppler tim thường quy (diện tích lỗ van trên siêu âm  $< 1,5\text{ cm}^2$  và có triệu chứng lâm sàng (NYHA  $\geq 2$ ), hình thái van trên siêu âm, dùng theo thang điểm Wilkins, tốt nhất là Wilkins  $\leq 8$  điểm, có thể cân nhắc ở bệnh nhân có điểm Wilkins từ 9 đến 10 điểm, loại trừ các trường hợp có điểm Wilkins  $\geq 11$  điểm, không có tắc mạch mới trong vòng ba tháng gần đây, không có huyết khối trong nhĩ trái, không có HoHL và/ hoặc hở/ hẹp van ĐMC kèm theo hoặc có kèm theo thì chỉ ở mức độ từ nhẹ đến vừa  $\leq 2/4$  và chưa ảnh hưởng đến chức năng thất trái.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đang có bệnh cấp tính nội, ngoại khoa, bệnh nhân có chống chỉ định với siêu âm qua thực quản, bệnh nhân không đồng ý làm thủ thuật.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm thường quy, siêu âm tin qua thành ngực 2D, siêu âm tim qua thực quản 2D/3D, nong van hai lá bằng bóng qua da.

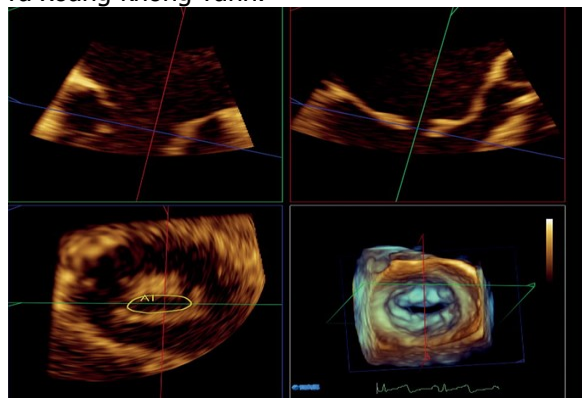
Quy trình làm siêu âm tim:

Địa điểm: Phòng Siêu Âm Tim Viện Tim Mạch, Bệnh Viện Bạch Mai.

Thiết bị: Máy siêu âm Epic 7 của hãng Philips sản xuất tại Hoa Kỳ năm 2016.

Siêu âm tim qua thành ngực (SATQTN) và SATQTQ theo quy trình chuẩn theo khuyến cáo của Hội Siêu Âm Tim Hoa Kỳ [12]. SATQTQ 3D sẽ tập trung chủ yếu ở các mặt cắt qua dạ dày và mặt cắt ở phần giữa của thực quản, sử dụng các chế độ 3D Zoom, Full-Volume và Doppler màu để tập trung đánh giá bộ máy VHL. Sử dụng mặt cắt hai buồng trực dọc điều chỉnh đầu dò để quan sát được cấu trúc VHL cần đánh giá. Sử dụng chế độ 3D Zoom hoặc Full Volume, điều chỉnh độ rộng của cửa sổ 3D Zoom hoặc Full Volume đảm bảo lấy được toàn bộ cấu trúc VHL và bộ máy dưới van. Điều chỉnh thang xám tối, tiêu cự để đảm bảo thu được chất lượng hình ảnh rõ nét nhất. Chế độ 3D Zoom thu phóng RT live một phần thể tích 3D ở các góc độ khác

nhau. Chế độ 3D Full Volume góc quét rộng, thu nhận cả khối hình ảnh cấu trúc tim. Phân tích offline theo mục đích nghiên cứu: đánh giá tổn thương VHL và bộ máy dưới van, đo diện tích VHL. Theo qui ước, van hai lá được nhìn từ nhĩ trái, được quay sao cho động mạch chủ ở vị trí 12h và tiểu nhĩ trái ở 9h, 5h là vị trí giữa xoang vành trái và xoang vành phải, 8h xoang vành trái và xoang không vành.



Quy trình nong van hai lá bằng bóng qua da: thực hiện tại Đơn Vị Tim mạch Can Thiệp, Viện Tim Mạch, Bệnh Viện Bạch Mai với máy chụp mạch hai bình diện và các thiết bị, dụng cụ tim mạch can thiệp, theo quy trình chuẩn được Bộ Y tế phê duyệt.

**Xử lý số liệu nghiên cứu:** Số liệu được xử lý trên phần mềm thống kê SPSS 16.0 for Windows bằng các thuật toán thống kê trên máy vi tính.

**Vấn đề đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức và nghiên cứu khoa học, Bệnh Viện Bạch Mai. Các BN đều được giải thích và đồng ý, ký cam đoan tham gia nghiên cứu. Các thông tin người bệnh được bảo mật.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**\*Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán HHL có chỉ định NVHL, tất cả đều được làm SATQTN 2D, SATQTQ 2D, SATQTQ 3D, rồi tiến hành nong van hai lá bằng bóng qua da.

**Bảng 1: Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu**

STT	Thông số	TB ± ĐLC	Tỷ lệ
1	Tuổi( năm)	49,9±11,5	
2	Giới nữ		83,3%
3	Độ NYHA	2,05±0,34	
4	Tiền sử mổ tách van		5%
5	Tiền sử đã NVHL		18,3%
6	Tiền sử tai biến mạch não		10%

7	Rung nhĩ	38,3%
8	Nhịp xoang	61,7%

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân là nữ (83,3%) tuổi trung bình trong độ tuổi lao động. Hơn 1/3 bệnh nhân có biến chứng rung nhĩ, 1/10 các bệnh nhân có biến chứng tai biến mạch máu não.

### \*Về hình thái và diện tích van hai lá bằng các phương pháp siêu âm

**Bảng 2: So sánh diện tích van hai lá (MVA) lá trên SATQTN và SATQTQ 3D**

Phương pháp siêu âm	TB ± ĐLC	P
MVA - 2D ( SATQTN) (cm <sup>2</sup> )	1.01 ± 0.19	0,000
MVA - 3D (SATQTQ)(cm <sup>2</sup> )	0.88 ± 0.22	
MVA - PHT ( SATQTN) (cm <sup>2</sup> )	1.03 ± 0.20	0,000
MVA- 3D ( SATQTQ) (cm <sup>2</sup> )	0.88± 0.22	

**Nhận xét:** SATQTQ 3D đánh giá diện tích VHL thấp hơn đáng kể diện tích van hai lá đánh giá bằng phương pháp 2D (với sự khác biệt trung bình là -0,13±0,2 cm<sup>2</sup>) và PHT (là 0.15±0,21 cm<sup>2</sup>).

**Bảng 3. Đánh giá tổn thương mép van của hai phương pháp SATQTN 2D và SATQTQ 3D**

Phương pháp siêu âm	SATQTN 2D	SATQTQ 3D	P
Vôi mép trước	13.3%	26.7%	<0,05
Vôi mép sau	6,7 %	13.3%	<0,05

**Nhận xét:** Vôi mép van trước phát hiện bằng phương pháp SATQTN 2D chiếm 13,3% các trường hợp thấp hơn khi so sánh với phương pháp SATQTQ 3D là 26,7% các trường hợp với p<0,05. Đánh giá vôi mép sau bằng phương pháp SATQTQ 3D chiếm 13,3% các trường hợp cao hơn đánh giá bằng phương pháp SATQTN 2D là 6,7% với p<0,05.

**Bảng 4. So sánh chênh áp tối đa (G MVA) và trung bình qua van hai lá của hai phương pháp SATQTN 2D và SATQTQ 2D**

Phương pháp siêu âm	SATQTN 2D	SATQTQ 2D	P
G (MVA) tối đa (mmHg)	17.49±0.69	17.93±0.66	0,365
G (MVA)trung bình (mmHg)	10.05±0.51	10.72±0.48	0,053

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt rõ rệt trong việc đánh giá chênh áp tối đa và trung bình qua VHL giữa hai phương pháp SATQTQ 2D và SATQTN 2D (p>0.05)

**Bảng 5. So sánh áp lực động mạch phổi (ALĐMP) giữa hai phương pháp SATQTN 2D và SATQTQ 2D**

Phương pháp siêu âm	TB ± ĐLC	P
ALĐMP tâm thu (SATQTN 2D) (mmHg)	47.22±15.04	0,90

ALDMP tâm thu (SATQTQ 2D) (mmHg)	47.32±12.04
----------------------------------	-------------

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê hai phương pháp SATQTQ 2D và SATQTN 2D trong việc đánh giá ALDMP tâm thu ( $p>0.05$ )

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tất cả 60 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là  $49,9 \pm 11,5$  tuổi, cao hơn nghiên cứu của Phạm Mạnh Hùng (2006) là 38,4 và tương đương một số nghiên cứu nước ngoài như nghiên cứu của Palacios (2002) tại Hoa Kỳ là 55 [5], nghiên cứu của Hernandez (1999) tại Tây Ban Nha là 53 [6]. Tỷ lệ nữ chiếm đa số với 83,3% điều này tương đương với nghiên cứu của Phạm Mạnh Hùng 2006 là 72,48% tại Việt Nam, nghiên cứu của Palacios (2002) tại Hoa Kỳ là 81% [5], nghiên cứu của Hernandez (1999) tại Tây Ban Nha là 82% [6]. Phân độ khó thở theo NYHA trong nhóm nghiên cứu là  $2,05 \pm 0,34$ , kết quả này cũng tương tự như kết quả thu được trong các nghiên cứu trước đó trên các bệnh nhân có bệnh lý van hai lá như nghiên cứu của Nguyễn Đức Công [7], nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Thi [8], nghiên cứu của Nguyễn Thanh Sơn [9]. Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu thì có 23 bệnh nhân rung nhĩ chiếm tỷ lệ 38,3%, tỷ lệ nhịp xoang chiếm 61,7%. Rung nhĩ cũng là triệu chứng thường gặp nhất trong số các rối loạn nhịp ở một số nghiên cứu trước đây [5,8,9]. Tỷ lệ bệnh nhân đã được mổ tách van là 5% so với nghiên cứu của Phạm Mạnh Hùng là 13,1% và bệnh nhân đã NVHL chiếm 18,3%. Có 10% bệnh nhân có tiền sử tai biến mạch não. SATQTQ 3D đánh giá diện tích VHL thấp hơn đáng kể diện tích van hai lá đánh giá bằng phương pháp 2D (với sự khác biệt trung bình là  $0,13 \pm 0,2$ ) và PHT ( $0,15 \pm 0,21 \text{cm}^2$ ). Điều này phù hợp với các nghiên cứu của D Schlosshan với kết quả lần lượt là  $0,16 \pm 0,22 \text{cm}^2$  và  $0,23 \pm 0,21 \text{cm}^2$ . Trong nghiên cứu này D Schlosshan [4] còn mối tương quan giữa diện tích van hai (MVA) đo bằng các phương pháp siêu âm tim với kết quả thông tim cho thấy MVA trên SATQTQ 3D có mối tương quan chặt chẽ nhất với  $r=0,83$ , còn MVA trên SATQTN 2D và MVA đo bằng phương pháp PHT có  $r$  lần lượt là: 0,79 và 0,58. Kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của J Langerveld, trong nghiên cứu này sự khác biệt trong đánh giá diện tích van hai lá đo bằng phương pháp 3D qua thực quản và siêu âm 2D qua thành ngực là  $0,2 \pm 0,35$  (với  $p=0,03$ ) [10]. Vô mếp van trước

phát hiện bằng phương pháp SATQTN 2D chiếm 13,3% các trường hợp thấp hơn khi so sánh với phương pháp SATQTQ 3D là 26,7% các trường hợp với  $p<0,05$ . Đánh giá vô mếp sau bằng phương pháp SATQTQ 3D chiếm 13,3% các trường hợp cao hơn đánh giá bằng phương pháp SATQTN 2D là 6,7% với  $p<0,05$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi SATQTQ 3D phát hiện vô hóa mếp van tốt hơn SATQTN 2D. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với một số nghiên cứu nước ngoài như nghiên cứu của J Langerveld [10], nghiên cứu của Mauro Pepi [3] và của Elmarzouky. Mặt cắt trực diện (en face view) trên siêu âm tim 3D đặc biệt hữu ích để đánh giá hình thái và chức năng van hai lá, biên độ mở, diện tích, độ dày van, dính mếp van và bờ van, mức độ vô hóa.

#### V. KẾT LUẬN

Diện tích VHL đánh giá theo phương pháp SATQTQ nhỏ hơn đáng kể với diện tích van hai lá đánh giá theo phương pháp SATQTN 2D và phương pháp đánh giá qua thời gian bán giảm áp lực PHT. SATQTQ 3D phát hiện tổn thương vô hóa van tốt hơn siêu âm tim 2D qua thành ngực. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa đánh giá chênh áp tối đa, chênh áp trung bình qua van hai lá và áp lực động mạch phổi tâm thu giữa hai phương pháp SATQTN 2D và SATQTQ 2D.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zoghbi W.A., Adams D., Bonow R.O. và cộng sự.** (2017). Recommendations for Noninvasive Evaluation of Native Valvular Regurgitation: A Report from the American Society of Echocardiography Developed in Collaboration with the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 30(4), 303–371.
2. **Ben Zekry S., Nagueh S.F., Little S.H. và cộng sự.** (2011). Comparative Accuracy of Two- and Three-Dimensional Transthoracic and Transesophageal Echocardiography in Identifying Mitral Valve Pathology in Patients Undergoing Mitral Valve Repair: Initial Observations. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 24(10), 1079–1085.
3. **Pepi M., Tamborini G., Maltagliati A. và cộng sự.** (2006). Head-to-Head Comparison of Two- and Three-Dimensional Transthoracic and Transesophageal Echocardiography in the Localization of Mitral Valve Prolapse. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(12), 2524–2530.
4. **Schlosshan D., Aggarwal G., Mathur G. và cộng sự.** (2011). Real-Time 3D Transesophageal Echocardiography for the Evaluation of Rheumatic Mitral Stenosis. *JACC: Cardiovascular Imaging*, 4(6), 580–588.
5. **Palacios Igor F., Sanchez Pedro L., Harrell Lari C. và cộng sự.** (2002). Which Patients

- Benefit From Percutaneous Mitral Balloon Valvuloplasty?. *Circulation*, 105(12), 1465–1471.
6. **Hernandez Rosa, Bañuelos Camino, Alfonso Fernando và cộng sự.** (1999). Long-Term Clinical and Echocardiographic Follow-Up After Percutaneous Mitral Valvuloplasty With the Inoue Balloon. *Circulation*, 99(12), 1580–1586.
  7. **Nguyễn Đức Công** (2008), Đánh giá mức độ hở van hai lá bằng phương pháp PISA trên siêu âm Doppler tim ở bệnh nhân hở hai lá thực tổn. Luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Y Hà Nội. 2008.
  8. **Phạm Thị Hồng Thi** (2005). Nghiên cứu các tổn thương tim trong bệnh lý van hai lá mắc phải bằng siêu âm tim qua đường thực quản. luận văn tiến sỹ y học.
  9. **Nguyễn Thanh Sơn** (2005), Vai trò của siêu âm - Doppler tim qua thành ngực trong hở van hai lá mạn tính vừa và nhiều, Luận văn thạc sỹ y học - Đại Học Y Hà Nội., .
  10. **Langerveld J., Valocik G., Plokker H.W.T. và cộng sự.** (2003). Additional value of three-dimensional transesophageal echocardiography for patients with mitral valve stenosis undergoing balloon valvuloplasty. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 16(8), 841–849.

## ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ TIẾT NIỆU ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC TỪ THÁNG 1/2018 ĐẾN THÁNG 3/2019

Nguyễn Trường Giang<sup>1</sup>, Lê Minh Quang<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hưng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu một số đặc điểm về vị trí, típmô bệnh học, độ mô học và mức độ xâm lấn của ung thư biểu mô tiết niệu (UTBMTN) tại toàn bộ hệ tiết niệu. Mỗi liên quan giữa sự phân bố vị trí của khối u với độ mô học, típmô bệnh học và mức độ xâm lấn của khối u trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 158 trường hợp UTBMTN được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 3/2019. **Kết quả:** Trong 158 trường hợp UTBMTN, tỷ lệ gặp nhiều nhất là bàng quang với 62,7%, thận chiếm 31,6% và niệu quản gặp 5,7%. Sự phân bố của vị trí khối u hệ tiết niệu liên quan có ý nghĩa thống kê với typ mô bệnh học với  $p=0,000<0,05$  và mức độ xâm lấn của khối u (pT) với  $p=0,013<0,05$  nhưng không có mối liên quan với độ mô học của khối u với  $p = 0,11 > 0,05$ .

**Từ khóa:** ung thư biểu mô tiết niệu (UTBMTN), típmô bệnh học, độ mô học.

### SUMMARY

#### HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH UROTHELIAL CARCINOMAS OF URINARY SYSTEM WHO UNDERWENT SURGERY AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL FROM JANUARY 2018 TO MARCH 2019

**Objectives:** Studying some characteristics of

location, histopathological type, histopathological grade and invasiveness of urothelial carcinoma in the whole urinary system. The relationship between the distribution of tumor location with histopathological grade, histopathological type and the extent of tumor invasion in the study group of patients. **Research object and method:** A cross-sectional, retrospective descriptive study of 158 cases of urothelial carcinoma undergoing total tumor resection at Viet Duc University Hospital between January 2018 and March 2019. **Result:** In 158 cases of urothelial carcinoma, the most common rate was bladder with 62.7%, kidney accounted for 31.6% and ureter met with 5.7%. The distribution of the tumor location of the urinary system was significantly related to the histopathological type with  $p=0.000<0.05$  and the degree of tumor invasion (pT) with  $p=0.013<0.05$  but there was no relationship with tumor histopathological grade with  $p = 0.11 > 0.05$ .

**Keywords:** urothelial carcinoma, histopathological type, histopathological grade.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các loại ung thư hay gặp, ung thư biểu mô tiết niệu đứng hàng thứ 7 cho nam giới và thứ 10 cho cả 2 giới [1]. Tại Việt Nam, theo số liệu ghi nhận trong giai đoạn 2004 - 2008, tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh cho thấy ung thư bàng quang xếp hàng thứ 10 trong 10 loại ung thư hay gặp ở nam giới [1]. Theo Nguyễn Phúc Cường và cs [2] cho rằng ung thư bàng quang chiếm tới 81,2% khối u của hệ tiết niệu. Năm 2016 TCYTTG cho rằng 80 đến 90% UTBNTN nhú tiếp theo là biến thể vảy và các biến thể khác [3]. Tại Mỹ có khoảng với 14.100 trường hợp tử vong mỗi năm, tại Nhật Bản, năm 2010, có 1.558 trường hợp tử vong do UTBMTN ở bể thận, 1.593 trường hợp tử vong do

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Giang

Email: truonggiang16121977@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023