

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐỐI CHIẾU CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH CỦA UNG THƯ HẠ HỌNG

Nguyễn Quốc Dũng<sup>1</sup>, Bùi Diệu<sup>1</sup>,  
Nguyễn Đình Phúc<sup>2</sup>, Tống Xuân Thắng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Ung thư hạ họng là một u ác tính xuất phát từ lớp biểu mô Malpighi của niêm mạc bao phủ vùng hạ họng. Ung thư hạ họng chiếm khoảng 5 – 6% trong tổng số các loại ung thư. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, đối chiếu tổn thương u với chụp CLVT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả từng ca, can thiệp, tiến cứu trên 62 bệnh nhân được điều trị tại viện Tai – Mũi – Họng Trung Ương. **Kết quả và bàn luận:** tuổi gặp nhiều từ 40 – 70 chiếm 88,7%. Nam chiếm 96,8%. 93,5 % các trường hợp có yếu tố nguy cơ. Hầu hết bệnh nhân vào viện là do rối loạn nuốt chiếm 62,3%. Xoang lê là vị trí u nguyên phát gặp nhiều nhất chiếm 91,9%. Ở xoang lê đa phần khối u xuất phát từ thành trong. Khi đối chiếu lâm sàng và CLVT về vị trí xuất phát của u cũng như phân độ T có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Từ khóa:** Ung thư, hạ họng, CT scanner.

### SUMMARY

#### TO STUDY CLINICAL FEATURE OF HYPOPHARYNGEAL CANCER, TO COMPARE WITH COMPUTER TOMOGRAPHY

Hypopharyngeal cancers involve a tumor that is relatively more silent than other head and neck cancer tumors. **Objective:** Describe the clinical and CT scan features. **Materials and method:** A prospective study from a series of 62 patients are diagnosed of the Hypopharyngeal cancers and have operated. **Results and discussion:** disease mainly in age from 40 – 70 years old 88,7%. Male 96,8%. Patient with High risk factors 93,5%. Symptoms : dysphagia 100%, hoarseness 35,5%, neck node 17,7%. The initial site of pyriform sinus 91,9%. Features and primary sites of Invasion of tumor on clinic and CT have different with  $p < 0,05$ . **Conclusion:** dysphagia 100%, hoarseness 35,5%. Pyriform sinus is most cancerous site in hypopharyngeal. CT evaluated exactly features and primary site of tumor.

**Keywords:** Cancer, hypopharyngeal, CT scan.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng là một u ác tính xuất phát từ lớp biểu mô Malpighi của niêm mạc bao phủ vùng hạ họng. Ung thư vùng hạ họng – thanh quản chiếm khoảng 5 – 6% trong tổng số các

loại ung thư nói chung, đứng thứ hai trong các ung thư vùng đầu cổ, sau ung thư vòm. Ở Pháp ung thư hạ họng chiếm khoảng 12,15 % trong tổng số các ung thư của đường ăn, đường thở trên và chiếm 1% trong tổng số các loại ung thư. Ở Mỹ ung thư hạ họng chiếm khoảng 5 – 10% trong tổng số các ung thư đường tiêu hóa trên, khoảng 0,5% trong tổng số các khối u ác tính, khoảng 24% các trường hợp vùng hạ họng, thanh quản, hàng năm số ca mắc mới là 1,22/100.000 nam giới. Ở Anh, số ca mắc mới là 1/100.000 nam giới. Hạch cổ trong ung thư hạ họng thường xuất hiện sớm, ảnh hưởng đến tiên lượng. Đề tài Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ung thư hạ họng qua 62 bệnh nhân gặp tại viện Tai – Mũi – Họng Trung Ương, nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương qua nội soi, đối chiếu chụp CLVT của ung thư hạ họng.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

62 bệnh nhân, được chẩn đoán xác định là ung thư hạ họng, có kết quả giải phẫu bệnh lý, được chỉ định phẫu thuật tại khoa Ung bướu B1-Bệnh viện Tai- Mũi – Họng Trung Ương, từ tháng 01/ 2005 đến tháng 09/ 2010.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả từng ca có can thiệp Sử dụng phần mềm SPSS 13.0. Xử lý và phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học.

Thông số nghiên cứu: Thăm khám lâm sàng, nội soi, mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán TNMS, đối chiếu tổn thương u với hình ảnh chụp CLVT.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Tuổi, giới.** Tuổi gặp nhiều từ 40 – 70, chiếm 88,7%. Tuổi trung bình  $53,4 \pm 9,2$ . Tuổi thấp nhất 38, cao nhất 77. Nam chiếm 96,8%. Trong 62 bệnh nhân, có hai nữ (3,2%), cả hai trong khoảng tuổi từ 1 – 70.

#### 3.2. Yếu tố nguy cơ

##### Bảng 1. Yếu tố nguy cơ

|                  | <10<br>năm | 10 – 20<br>năm | > 20<br>năm | %       |
|------------------|------------|----------------|-------------|---------|
| Hút thuốc        | 00         | 00             | 05          | (8,6%)  |
| Rượu đơn thuần   | 00         | 00             | 05          | (8,6%)  |
| Hút thuốc + rượu | 05         | 25             | 17          | (81,0%) |
| H/C trào ngược   | 01         | 00             | 00          | (1,8%)  |
| N                | 06         | 25             | 27          | 58      |

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Dũng

Email: drdungda71@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2023

Ngày duyệt bài: 24.10.2023

Trong ung thư hạ họng hầu hết bệnh nhân có yếu tố nguy cơ 58/62(93,5%). Thời gian tiếp xúc đa phần trên 10 năm 52/58(89,7%).

### 3.3. Lý do vào viện

**Bảng 2. Lý do vào viện**

| Lý do vào viện       | n  | %    |
|----------------------|----|------|
| Rối loạn nuốt        | 38 | 61,3 |
| Khàn tiếng           | 4  | 6,5  |
| Khó thở thanh quản   | 8  | 12,9 |
| Hạch cổ              | 11 | 17,7 |
| Lý do khác (đau tai) | 1  | 1,6  |
| N                    | 62 | 100  |

Đa số bệnh nhân đến khám là do rối loạn nuốt(61,3%), tiếp đến hạch cổ to(17,7%). Có một trường hợp vào viện vì đau tai.

### 3.4. Các triệu chứng cơ năng khi vào điều trị

**Bảng 3. Các triệu chứng cơ năng khi vào điều trị**

| Triệu chứng cơ năng | n  | %    |
|---------------------|----|------|
| Rối loạn nuốt       | 62 | 100  |
| Khàn tiếng          | 22 | 35,5 |
| Khó thở thanh quản  | 09 | 14,5 |
| Hạch cổ             | 27 | 43,5 |
| Đau tai             | 11 | 17,7 |

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có rối loạn nuốt. Các triệu chứng khác thường gặp là hạch cổ, khàn tiếng.

### 3.5. Hình thái tổn thương của u dưới nội soi

**Bảng 4. Vị trí u nguyên phát qua khám nội soi**

| Vị trí u nguyên phát | n  | %    |
|----------------------|----|------|
| Xoang lê             | 57 | 91,9 |
| Vùng sau sụn nhân    | 04 | 6,5  |
| Thành hạ họng sau    | 01 | 1,6  |
| N                    | 62 | 100  |

Hầu hết u nguyên phát xuất phát từ xoang lê có 57/ 62 trường hợp, chiếm 91,9%. Các vị trí khác ít gặp.

### 3.6. Đối chiếu vị trí xuất phát của khối u

**Bảng 5. Đối chiếu u nguyên phát giữa nội soi và CLVT**

|         | Xoang lê |      | Mặt sau sụn nhân |     | Thành sau hạ họng |     |
|---------|----------|------|------------------|-----|-------------------|-----|
|         | n        | %    | n                | %   | n                 | %   |
| Nội soi | 57       | 91,9 | 4                | 6,5 | 1                 | 1,6 |
| CLVT    | 57       | 91,9 | 4                | 6,5 | 1                 | 1,6 |

Xoang lê là vị trí thường gặp nhất trên lâm sàng và CLVT. Không thấy có sự khác biệt về nơi xuất phát của u nguyên phát trên lâm sàng và nội soi, với  $p > 0,05$ .

### 3.7. Đối chiếu vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT ở xoang lê

**Bảng 6. Đối chiếu u nguyên phát giữa lâm sàng và CLVT ở xoang lê**

| Vị trí u    | Lâm sàng | CLVT |
|-------------|----------|------|
| Thành trong | 37       | 31   |
| Thành ngoài | 5        | 4    |
| Đỉnh        | 0        | 1    |
| đáy         | 15       | 21   |
| N           | 57       | 57   |

ở xoang lê đa phần khối u xuất phát từ thành trong. Có sự khác nhau về vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT, với  $p < 0,05$ .

### 3.8. Đối chiếu giai đoạn T trên lâm sàng và CLVT.

**Bảng 7. So sánh phân độ T trên lâm sàng và CLVT**

| Phân độ T               | Phân độ T trên CLVT |    |    |    |    |
|-------------------------|---------------------|----|----|----|----|
|                         | T1                  | T2 | T3 | T4 |    |
| Phân độ T trên lâm sàng | T1                  | 3  | 2  | 0  | 0  |
|                         | T2                  | 0  | 6  | 3  | 7  |
|                         | T3                  | 0  | 0  | 13 | 20 |
|                         | T4                  | 0  | 0  | 4  | 4  |

Có sự khác biệt về phân độ T trên lâm sàng và CLVT, với  $p < 0,05$ .

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tuổi, giới.** Ung thư hạ họng, tuổi gặp nhiều từ 40 - 70, chiếm 88,7%. Tuổi trung bình  $53,4 \pm 9,2$ . Tuổi thấp nhất 38, cao nhất 77. Nam chiếm 96,8%. Trong 62 bệnh nhân, có hai nữ chiếm 3,2%, cả hai trong khoảng tuổi từ 61 - 70.

**4.2. Yếu tố nguy cơ.** Trong ung thư hạ họng đa phần bệnh nhân có yếu tố nguy cơ 58/62 chiếm 93,5%. Thời gian tiếp xúc đa phần trên 10 năm 52/58 (89,7%). Điều này cũng phù hợp với các yếu tố gây nguy cơ ung thư nói chung của khoang miệng, đường hô hấp trên, mũi họng.

**4.3. Lý do vào viện.** Với ung thư hạ họng, đa số bệnh nhân đến khám là do rối loạn nuốt (61,3%), hạch cổ to (17,7%). Khàn tiếng, khó thở cũng là lý do khiến bệnh nhân phải đi khám ngay, các triệu chứng này khi xuất hiện thường bệnh nhân ở giai đoạn T3, T4, do u xâm lấn, đè đẩy. Đau tai, gầy sút ít khi là lý do đưa bệnh nhân tới khám, do bệnh nhân không có đầy đủ thông tin về bệnh.

**4.4. Các triệu chứng cơ năng khi vào điều trị.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân có rối loạn nuốt ở các mức độ khác nhau, đây là triệu chứng có sớm, tiến triển tăng dần, luôn xuất hiện, giai đoạn đầu thường nhẹ và không liên tục, bệnh nhân dễ bỏ qua. Hạch cổ to (43,4%), khàn tiếng (35,5%), đau tai (17,7%). Khó thở là triệu chứng ít gặp nhất

(14,5%). Đau tai liên quan dây thần kinh tai lớn (dây Arnold). Trong rối loạn nuốt, của chúng tôi 100%, Ravindra 100%, Paul 99%. Khàn tiếng, kết quả chúng tôi 35,5% cao hơn của Paul 30%, tương đương kết quả của Ravindra 35,6%. Hạch cổ, kết quả của chúng tôi 27/62 (43,4%) gần giống kết quả của Ravindra 45,1%. Khó thở thanh quản, chúng tôi 9/62 (14,5%) tương tự kết quả của Paul 14%, Ravindra 11,8%. Đau tai 5/6 (8,1%) tương tự kết quả của Paul 9%, thấp hơn của Ravindra 17,5%.

**4.5. Hình thái tổn thương của u dưới nội soi.** Trong nghiên cứu của chúng tôi. U nguyên phát xuất phát từ xoang lê 57/62 (91,1%), Trần Hữu Tuấn 80%, Kirchner 86%, Carpenter 72%. Các vùng khác ít gặp có 05 trường hợp (8,1%), thành sau hạ họng có 01 trường hợp (1,6%), vùng sau sụn nhĩ 4/62 (6,5%). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả Pháp, Canada, Brazil, Bỉ nhưng khác với các tác giả Mỹ, Anh, Phần Lan. Tại xoang lê Mỹ (59%), Anh (60%), Phần Lan (52%). Vùng sau sụn nhĩ kết quả của chúng tôi tương tự của các tác giả khác: Canada (7%), Mỹ (6%), khác với các tác giả Pháp (3%), Bỉ (2%), Anh (35%), Phần Lan (30%), Brazil (0%). Thành sau hạ họng, kết quả của chúng tôi 1/62 (1,6%), thấp hơn của các tác giả khác: Pháp (7%), Canada (8%), Bỉ (9%), Mỹ (35%), Phần Lan (18%), Anh (5%), gần với kết quả của Brazil (3%). Có sự khác nhau về vị trí xuất phát của khối u: Ở Bắc Âu và Mỹ ung thư vùng sau hạ họng chiếm tỷ lệ cao hơn ở các quốc gia khác, trong khi đó ở Anh, Phần Lan u vùng sau sụn nhĩ lại có tỷ lệ cao hơn ở các quốc gia khác. U xuất phát từ vùng sau sụn nhĩ, thường xâm lấn vào phần sau của thanh quản (sụn phễu, khớp nhĩ phễu) gây liệt dây thanh, khàn tiếng. Ở vị trí này, u thường xâm lấn về phía sau bên của xoang lê, xuống dưới liên quan với miệng thực quản, khí quản.

**4.6. Đối chiếu vị trí xuất phát của khối u**  
Xoang lê là vị trí thường gặp nhất trên lâm sàng và CLVT, rồi đến vùng sau sụn nhĩ và thành sau họng. Kết quả trên lâm sàng và CLVT không có sự khác biệt về nơi xuất phát của khối u ( $p > 0,005$ ). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Manual và cộng sự, Paul Q Montgomery. Việc xác định vị trí tổn thương nguyên phát của u, giúp chúng ta đánh giá được mức độ xâm lấn, hướng lan tràn để đưa ra phác đồ điều trị hợp lý, cũng như tiên lượng bệnh.

**4.7. Đối chiếu vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT ở xoang lê**

Ở xoang lê đa số khối u xuất phát từ thành

trong, tiếp đến là đáy, thành ngoài cả trên lâm sàng và CLVT. Đỉnh xoang lê, trên lâm sàng không phát hiện được trường hợp nào, nhưng CLVT phát hiện được một trường hợp. Đánh giá có sự khác nhau về vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Lý giải cho sự khác nhau này là bởi xoang lê là một khoang ảo, không cố định như thanh quản. Niêm mạc xoang lê lỏng lẻo, dễ di chuyển, thay đổi, phù nề, nhiều góc khuất khó đánh giá, quan sát được trên lâm sàng. Đặc biệt khi khối u to T3, T4 chiếm toàn bộ xoang lê, dịch ứ đọng ở xoang lê khi bệnh nhân không nuốt được. Theo Ravindra Uppaluri thì lâm sàng đánh giá chính xác được 62 – 85%, trong khi đó CLVT là từ 84 – 100%. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả trên CLVT là 100% (khi đối chiếu với phẫu thuật).

**4.8. Đối chiếu giai đoạn T trên lâm sàng và CLVT.** Giai đoạn T1, lâm sàng đánh giá có 5 trường hợp, CLVT xác nhận có 3. Với T2, lâm sàng có 16 bệnh nhân, CLVT xác nhận có 8. Ở T3 lâm sàng có 33 trường hợp, CLVT ghi nhận có 20 trường hợp. Đặc biệt ở T4, lâm sàng ghi nhận có 8 trường hợp, nhưng CLVT ghi nhận tới 31 ca. Các trường hợp mà lâm sàng không phát hiện được đa phần là khối u xâm lấn vào sụn giáp, sụn nhĩ, sụn phễu, thanh thiệt, miệng thực quản, khoang cạnh thanh môn, dây thanh, băng thanh thất. Nhất là khi khối u to, che lấp một phần hoặc toàn bộ cấu trúc ở xung quanh. Sự khác biệt về phân độ T trên lâm sàng với CLVT có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nhận xét này cũng phù hợp với kết luận của Malnuel và cộng sự, Paul Q Montgomery. CLVT đánh giá chính xác hơn lâm sàng. Đặc biệt là trong phẫu thuật khi u ở giai đoạn T1, T2, chúng ta có chỉ định cắt hạ họng – thanh quản bán phần. Trong khi đó nếu u ở T3, T4 chúng ta phải cắt thanh quản – hạ họng toàn phần, có thể còn phải tạo hình nối dạ dày, ruột lên thay thế thực quản. Nhiều trường hợp T chuyển giai đoạn T4b, bệnh nhân không còn chỉ định phẫu thuật nữa. Hơn nữa đánh giá đúng giai đoạn T còn giúp chúng ta tiên lượng kết quả điều trị, các biến chứng sau mổ có thể xảy ra, cũng như thời gian sống của bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi, giới: Tuổi gặp nhiều từ 40 – 70, chiếm 88,7%. Tuổi trung bình  $53,4 \pm 9,2$ . Nam chiếm 96,8%. Hầu hết bệnh nhân có yếu tố nguy cơ có 93,5% với thời gian tiếp xúc đa phần trên 10 năm. Hầu hết bệnh nhân đến khám là do rối loạn nuốt, rồi đến hạch cổ to. vị trí u nguyên phát gặp

nhieu nhất là xoang lê cả trên lâm sàng và CLVT. Ở xoang lê đa phần khối u xuất phát từ thành trong. Khi đối chiếu lâm sàng và CLVT về vị trí xuất phát của u cũng như phân độ T có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đình Phúc** (2009): Ung thư thanh quản và hạ họng. Tổng kết 1030 bệnh nhân của 54 năm 1955 -2008 tại bệnh viện Tai – Mũi – Họng Trung ương. Tạp chí y học Việt Nam. Tập 359, số 2, tháng 07 năm 2009.
2. **Trần Hữu Tuấn** (2003): Ung thư hạ họng. Bách khoa thư bệnh học. Tập III. Nhà xuất bản y học Hà Nội. Tr 465 – 471.
3. **Trần Hữu Tước** (1984): Ung thư hạ họng – thanh quản. Nhà xuất bản y học Hà Nội.
4. **Bailey Byron J, Randal S Weber** (2006): Hypopharyngeal cancer. Head and neck surgery – Otolaryngology. Volum two. 2nd ED. Lippincott company, Philadelphia, USA, pages 1286 – 1303.
5. **Iлона M Schmalfluss** (2006): Neoplasms of the hypopharynx and proximal esophagus. Principles and practice of head and neck oncology. MD Martin Dnitz, London and New York. Pags 81– 102.
6. **Paul Q Montgomery et al** (2006): Tumours of the hypopharynx. Principles and practice of head and neck oncology. MD Martin Dnitz, London and New York. Pags 438 – 482.
7. **Ranvidra Uppaluri, John B. Sunwoo** (2007): Neoplasms of the hypopharynx and cervical esophagus. Cumming. Otolaryngology. Head and neck surgery. Chapter 82. Mosby.
8. **Carmel Ann Daly and Micheal King** (2006): Imaging in head and neck. Principle and practice of head and neck oncology. MD Martin Dunitz, London and New York, pages 60 – 118.

## NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ HÌNH THÁI, CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT PHẢI BẰNG SIÊU ÂM TIM Ở NGƯỜI BỆNH BỊ BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI TRƯỚC VÀ SAU GHEP THẬN

Phạm Vũ Thu Hà<sup>1</sup>, Hà Thị Phương<sup>1</sup>, Trần Đức Hùng<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá sự biến đổi của một số chỉ số hình thái, chức năng tâm thu thất phải ở người bệnh bị bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối trước và sau ghép thận 1 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 37 người bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối được ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 11/2022 đến tháng 5/2023. Thực hiện siêu âm tim đánh giá một số chỉ số hình thái, chức năng tâm thu thất phải trước ghép thận và sau ghép thận 1 tháng. **Kết quả:** kích thước đường ra thất phải trực dọc cạnh ức (RVOT) trước ghép thận ( $23,02 \pm 3,69$  mm) lớn hơn sau ghép ( $21,20 \pm 3,50$  mm),  $p < 0,05$ . Sức căng toàn bộ thất phải (RV4CSL), sức căng thành tự do thất phải (RVFWSL) sau ghép tốt hơn trước ghép lần lượt là:  $-21,14\% \pm 3,90\%$  so với  $-17,58\% \pm 4,82\%$  và  $-24,81\% \pm 4,58\%$  so với  $-20,59\% \pm 6,10\%$ ,  $p < 0,01$ . **Kết luận:** RVOT, RV4CSL, RVFWSL trên siêu âm tim sau ghép được cải thiện hơn so với trước ghép thận. **Từ khóa:** Bệnh thận mạn tính, ghép thận, siêu âm tim.

#### SUMMARY

#### ECHOCARDIOGRAPHIC CHANGES OF RIGHT VENTRICULAR MORPHOLOGY AND FUNCTION IN END-STAGE RENAL DISEASE

<sup>1</sup>Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hùng  
Email: tranduchung2104@gmail.com  
Ngày nhận bài: 22.8.2023  
Ngày phản biện khoa học: 18.9.2023  
Ngày duyệt bài: 30.10.2023

#### PATIENTS BEFORE AND AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

**Objective:** Evaluating change of right ventricular morphology and function by echocardiography in end-stage renal disease patients before and 1 month after kidney transplantation. **Subjects and methods:** This was cross-sectional study. 37 patients with stage 5 chronic kidney disease who underwent kidney transplant at 103 Military Hospital from November, 2022 to May, 2023. Performing echocardiography to evaluate change of some indicators of right ventricular morphology and function before and 1 month after kidney transplantation. **Results:** RVOT before ( $23.02 \pm 3.69$  mm) was larger than after transplantation ( $21.20 \pm 3.50$  mm),  $p < 0.05$ . RV4CSL, RVFWSL after were significantly better than before transplantation ( $-21.14\% \pm 3.90\%$  versus  $-17.58\% \pm 4.82\%$  and  $-24.81\% \pm 4.58\%$  versus  $-20.59\% \pm 6.10\%$ , respectively,  $p < 0.01$ ). **Conclusions:** The results of this study appeared that RVOT, RV4CSL, RVFWSL after 1 month were better than before kidney transplantation. **Keywords:** Chronic Kidney Disease, Kidney transplantation, Echocardiography.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối là vấn đề sức khỏe toàn cầu. Nhiều nghiên cứu ở Hoa Kỳ, châu Âu, châu Á cho thấy có khoảng 9 - 13% dân số thế giới mắc bệnh thận mạn tính. Hầu hết những người bệnh nhân này sớm hay muộn cũng tiến triển đến giai đoạn cuối và cần phải điều trị thay thế bằng ghép thận hoặc lọc máu (thận nhân tạo hoặc lọc màng bụng). Khi ghép thận