

và đục vì không có lớp nội mô nên mất đi chức năng bơm nước của giác mạc, thủy dịch ngấm vào mảnh ghép nên gây đục mảnh ghép. Vì vậy điều này một lần nữa chứng minh ghép giác mạc điều trị bằng mảnh nhu mô giác mạc lấy từ phẫu thuật SMILE chỉ có giá trị ghép giác mạc điều trị, mảnh ghép không nằm ngay trực thị giác mới có khả năng cải thiện thị lực cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này, 7 bệnh nhân có tình trạng thất bại ghép xảy ra tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật cũng được ghép giác mạc xuyên điều trị cho kết quả thành công.

Bên cạnh đó mảnh ghép nhu mô giác mạc từ phẫu thuật SMILE là một mô bao gồm là các sợi collagen trên mô học nên nguy cơ thải ghép thấp, sử dụng corticoides là không cần thiết. Nhiều nghiên cứu cho thấy ghép màng ối thúc đẩy quá trình biểu mô hóa lên bề mặt giác mạc [8]. Mảnh ghép nhu mô giác mạc từ phẫu thuật SMILE là một mô giác mạc chỉ gồm nhu mô, màng ối sẽ như màng đáy tạo điều kiện cho sự di chuyển tế bào biểu mô. Bên cạnh thúc đẩy quá trình biểu mô hóa, màng ối cũng ngăn ngừa sự tự chết của tế bào biểu mô và giúp sản xuất các yếu tố tăng trưởng khác nhau có khả năng kích thích và hỗ trợ tế bào biểu mô, vì vậy đây cũng là một trong những vấn đề cần nghiên cứu trong tương lai nhằm hỗ trợ kết quả điều trị của phẫu thuật ghép giác mạc điều trị bằng mảnh nhu mô giác mạc lấy từ phẫu thuật SMILE.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thành công của phẫu thuật ghép giác mạc điều trị bằng mảnh nhu mô giác mạc lấy từ phẫu thuật SMILE là 82.1%. Thất bại mảnh ghép sau 6 tháng có liên quan với kích thước ổ loét và

lỗ thủng và thâm nhiễm còn sau khoan bỏ mô nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lixin Xie, Zhai Hualei, Dong Xiaoguang, Shi Weiyun (2008), "Primary diseases of corneal perforation in Shandong Province, China: a 10-year retrospective study". American journal of ophthalmology, 145 (4), 662-666. e66
2. Philippe Gain, Jullienne Rémy, He Zhiguo, Aldossary Mansour, Acquart Sophie, Cognasse Fabrice, Thuret Gilles (2016), "Global survey of corneal transplantation and eye banking". JAMA ophthalmology, 134 (2), 167-173.
3. Dư Thị Ngọc Thu, Tuấn Bùi Văn, Hiến Lê Minh, Sơn Nguyễn Trường (2017), "Hiển và ghép tạng tại bệnh viện chợ rẫy: Hiện tại và tương lai". Tạp chí y học TPHCM, 3.
4. Arturo E Grau, Durán Juan A (2012), "Treatment of a large corneal perforation with a multilayer of amniotic membrane and TachoSil". Cornea, 31 (1), 98-100.
5. Mohamed Samy Abd Elaziz, Zaky Adel Galal, El Saebay Sarhan Abdel Rahman (2017), "Stromal lenticule transplantation for management of corneal perforations; one year results". Graefe's archive for clinical experimental ophthalmology, 255 (6), 1179-1184.
6. Yang Jiang, Li Ying, Liu Xiao-Wei, Xu Jing (2016), "A novel tectonic keratoplasty with femtosecond laser intrastromal lenticule for corneal ulcer and perforation". Chinese medical journal, 129 (15), 1817.
7. Fang Wu, Jin Xiuming, Xu Yesheng, Yang Yabo (2015), "Treatment of corneal perforation with lenticules from small incision lenticule extraction surgery: a preliminary study of 6 patients". Cornea, 34 (6), 658-663.
8. Mario Nubile, Dua Harminder S, Lanzini T Evt-M, Carpineto Paolo, Ciancaglini Marco, Toto Lisa, Mastropasqua Leonardo (2008), "Amniotic membrane transplantation for the management of corneal epithelial defects: an in vivo confocal microscopic study". British journal of ophthalmology, 92 (1), 54-60.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG CỦA ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI TÂM THU Ở BỆNH NHÂN SUY TIM TRÁI CÓ EF GIẢM

Dương Quang Hiệp¹, Đỗ Thị Phương Anh¹, Lê Văn Cường²

TÓM TẮT

¹Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hoá

²Sở Y tế Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Hiệp

Email: duongquanghieptm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023

Mục đích: Tìm hiểu giá trị tiên lượng tử vong của áp lực động mạch phổi tâm thu và một số yếu tố khác ở bệnh nhân suy tim trái với EF giảm. **Đối tượng:** 116 bệnh nhân vào viện vì suy tim có EF giảm tại Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai từ 08/2017-10/2018. **Kết quả:** tuổi trung bình 61.2 ± 15.5 , thời gian theo dõi trung bình 5.7 ± 2.2 tháng. Tỷ lệ tử vong 18.1%. EF trung bình: $26.7 \pm 5.8\%$. ALĐMP trung bình: 49.1 ± 14.7 mmHg. ALĐMP tâm thu ≥ 38 mmHg có giá trị tiên lượng tử vong với HR = 2.01 (95%CI:1.03-5.56). ALĐMP tâm thu dự báo nguy cơ tử vong có AUC = 0.85 (95% CI:0.77 – 0.92), điểm cutoff

60 mmHg có độ nhạy 71.4% và độ đặc hiệu 83.6%. **Kết luận:** Tăng áp lực động mạch phổi liên quan đến suy tim trái là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong. **Từ khoá:** Suy tim, tiên lượng, tử vong, tăng áp phổi.

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF MORTALITY OF SYSTOLIC PULMONARY ARTERY PRESSURE IN LEFT HEART FAILURE PATIENTS WITH REDUCED EF

Purpose: To find out the mortality prognostic value of systolic pulmonary artery pressure and some other factors in patients with left heart failure with reduced EF. **Subjects:** 116 patients hospitalized for heart failure with reduced EF at Vietnam Heart Institute, Bach Mai Hospital from August 2017 to October 2018. **Results:** average age 61.2 ± 15.5 years, average follow-up time 5.7 ± 2.2 months. Mortality rate 18.1%. Average EF: $26.7 \pm 5.8\%$. Average ALDMP: 49.1 ± 14.7 mmHg. Systolic pulmonary artery pressure ≥ 38 mmHg has predictive value for death with HR = 2.01 (95% CI: 1.03-5.56). Systolic pulmonary artery pressure predicts the risk of death with AUC = 0.85 (95% CI: 0.77 - 0.92), a cutoff point of 60 mmHg has a sensitivity of 71.4% and specificity of 83.6%. **Conclusion:** Pulmonary hypertension associated with left heart failure is an independent predictor of mortality.

Keywords: Heart failure, predictors, mortality, pulmonary hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một trong những gánh nặng bệnh không lây nhiễm, tuy có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ tử vong sau 30 ngày là 2.7%, sau 12 tháng là 26.7% [1], [2] Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng sự tăng áp lực trong buồng tim và tăng áp phổi gây ra tình trạng sung huyết, nó xảy ra trước vài ngày đến vài tuần trước khi các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng rõ ràng để bệnh nhân phải nhập viện. Tăng áp phổi liên quan đến suy tim trái chiếm tới 65% - 80% số ca tăng áp phổi nói chung. Giá trị tiên lượng tái nhập viện vì suy tim của ALDMP vẫn cần nhiều nghiên cứu làm rõ. Siêu âm tim ước tính ALDMP là một phương pháp cơ bản, thuận tiện, có ý nghĩa tiên lượng tử vong trong suy tim [1]. Nghiên cứu này đánh giá giá trị tiên lượng tử vong trong 06 tháng của áp lực động mạch phổi ở bệnh nhân suy tim có EF giảm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân vào viện vì suy tim có EF $\leq 40\%$ được chẩn đoán

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Có 116 bệnh nhân, thời gian theo dõi trung bình: 5.7 ± 2.2 tháng.

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

theo phác đồ của hội tim mạch châu Âu (ESC 2016). Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân trên 18 tuổi, suy tim do nhiều nguyên nhân khác nhau nhưng loại trừ: có bệnh tim bẩm sinh hoặc bệnh van tim, van tim nhân tạo, có tiền sử hoặc hiện tại có thuyên tắc phổi, thuyên tắc tĩnh mạch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu thuần tập, theo dõi dọc. Tiến hành tại viện tim mạch Việt Nam từ 8/2017-8/2018 trên 116 bệnh nhân suy tim có EF giảm.

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Bệnh nhân nhập viện có triệu chứng lâm sàng của suy tim sung huyết được khám lâm sàng, ghi điện tim đồ, làm xét nghiệm và siêu âm tim lúc vào viện.

- Trước khi ra viện, bệnh nhân được làm siêu âm tim, xét nghiệm máu, khám lâm sàng.

- Bệnh nhân ra viện, đến 8/2018 sẽ được gọi điện thoại phỏng vấn, các câu hỏi đặt ra là: tái nhập viện bao nhiêu lần, tử vong hay không, thời gian tử vong sau khi ra viện.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu: Sử dụng máy siêu âm tim ALOKA alpha 10 và Medison EK07

Quy trình siêu âm tim qua thành ngực:

Đo các thông số: Dd, Ds, EF, FAC thất phải, diện tích dòng hở hai lá 4 buồng, vận tốc tối đa dòng hở ba lá, TAPSE, E/e' vách liên thất, E/e' thành bên thất trái, E/e' trung bình, đường kính tĩnh mạch chủ dưới tối đa/khi hít sâu.

Ước tính giá trị: ALDMP tâm thu = $4(\text{vận tốc tối đa dòng hở ba lá})^2 + \text{ALNP}$

Trong đó: ALNP ước tính qua ĐKTMCD và sự thay đổi theo hô hấp:

- 3 nếu ĐKTMCD ≤ 2.1 cm và xẹp $> 50\%$ khi hít sâu.

- 8 nếu ĐKTMCD < 2.1 cm và xẹp $< 50\%$ khi hít sâu, hoặc ĐKTMCD > 2.1 và xẹp $> 50\%$ khi hít sâu.

- 15 nếu ĐKTMCD > 2.1 cm và xẹp $< 50\%$ khi hít sâu.

Giá trị ALDMP tâm thu để chẩn đoán tăng ALDMP là 38 mmHg theo dữ liệu từ nghiên cứu của Lafitte 2013.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Đo ALDMP trên siêu âm là giá trị được đo thường quy, giúp chẩn đoán, điều trị, tiên lượng bệnh, bệnh nhân không phải trả thêm chi phí.

Đặc điểm	Nhóm tăng ALĐMP	Nhóm không tăng ALĐMP	Tổng	p
Tổng số	89(76.7%)	27(23.3%)	116	<0.05
Số tử vong, n (%)	20(17.2%)	1(0.9%)	21(18.1%)	<0.05
Thời gian tử vong trung bình, tháng	2.4 ± 1.7	4	2.5±1.7	0.21
Số tử vong sau 1 tháng, n (%)	9	0	9 (7.8%)	<0.05
Số tái nhập viện, n (%)	38(32.7%)	1(0.9%)	39(33.6%)	<0.05
Số tái n/viện sau 1 tháng,n (%)	19(16.3%)	1(0.9%)	20(17.2%)	<0.05
Tuổi, năm	60.5 ± 15.5	63.2 ± 15.4	61.2 ± 15.5	0.27
Giới	Nam, n (%)			
	66(56.9%)	23(19.8%)	89(76.7%)	<0.05
BMI (kg/m ²)	20.8 ± 3	20.5 ± 3.5	20.8 ± 3	0.8

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị		
Lâm sàng			
	Vào viện	Ra viện	p
Tần số tim (nhịp/phút)	106.3 ± 81.4	86.9 ± 9.7	0.00
Huyết áp tâm thu (mmHg)	113.2 ± 20.7	107.9 ± 11.6	0.00
Huyết áp tâm trương (mmHg)	68.7 ± 12.3	63.8 ± 6.3	0.00
Điện tâm đồ			
Nhịp xoang, n (%)	99 (85.3%)	100 (86.2%)	0.18
Rung nhĩ/cưỡng nhĩ, n (%)	17 (14.7%)	16 (14.8)	0.22
Block nhánh trái, n (%)	18 (15.5%)	19 (16.4%)	0.1
Khoảng QRS (mili giây)	109.5 ± 23.1	110.7 ± 24.2	0.14
Có chỉ định CRT	21 (18.1%)	20 (17.2%)	0.2
Xét nghiệm máu			
	Vào viện	Ra viện	p
Ure (mmol/l)	9.4 ± 4.7	8.3 ± 3.2	0.03
Creatinin (umol/l)	117.8 ± 74.7	99.6 ± 37.2	0.00
Na+ (mmol/l)	138.2 ± 4.9	138.4 ± 3.7	0.43
K+ (mmol/l)	4.0 ± 0.5	3.9 ± 0.3	0.25
Cl- (mmol/l)	99.2 ± 6.1	99.5 ± 10.1	1
Glucose (mmol/L)	6.9 ± 3.8	6.3 ± 1.6	0.5
Troponin T (ng/ml)	73.6 ± 112.5	48.1 ± 66.5	0.00
NT-pro-BNP (pmol/l)	1274.6 ± 1094.8	519.1 ± 422.2	0.00
Cholesterol toàn phần (mmol/l)	3.9 ± 1.3	-	-
Triglycerid (mmol/l)	1.9 ± 1	-	-
HDL-C (mmol/l)	1 ± 0.6	-	-
LDL-C (mmol/l)	2.4 ± 0.9	-	-
Hemoglobin (mmol/l)	134.2 ± 18.8	133.5 ± 12.4	0.78
Bạch cầu (mmol/l)	9.0 ± 2.7	8.3 ± 3	0.03
Tiểu cầu (mmol/l)	226.2 ± 77.9	216.7 ± 62	0.35

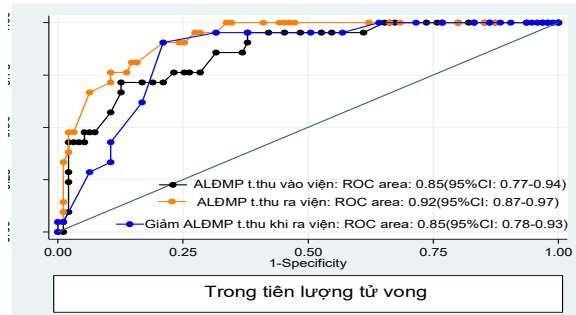
3.3. Đặc điểm trên siêu âm tim qua thành ngực

Bảng 3. Các chỉ số siêu âm tim

Chỉ số	Giá trị		p
	Vào viện	Ra viện	
Đường kính thất trái cuối t/trương	64.9 ± 8.6	64.3 ± 8.0	>0.05
Đường kính thất trái cuối t/thu	55.1 ± 8.7	54.5 ± 8.7	
Phân suất tổng máu	26.7 ± 5.8	28.1 ± 5.6	
E/e' trung bình	16.5 ± 5.7	16.7 ± 5.8	

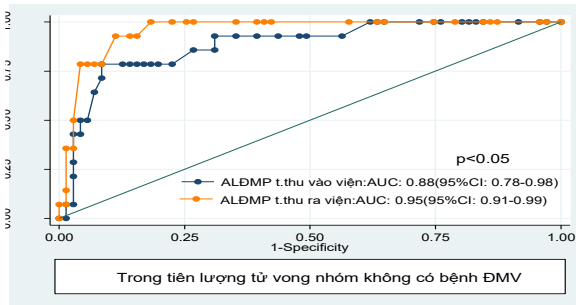
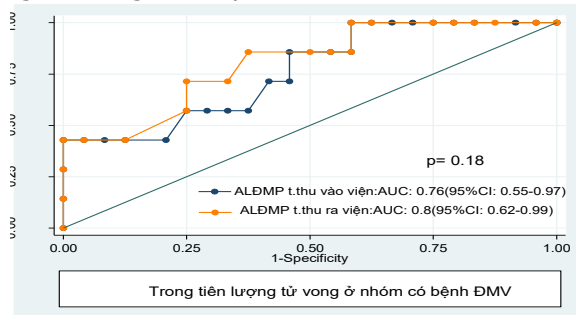
Áp lực mao mạch phổi bất	25 ± 8	25.3 ± 8.2	<0.05
TAPSE	14.5 ± 3.2	15.6 ± 4.3	
S' vòng van ba lá	8.8 ± 2.2	9.4 ± 2.3	
FAC thất phải	30.4 ± 7.0	32.1 ± 6.9	
Áp lực nhĩ phải	10.7 ± 4	4.6 ± 2.5	
ALĐMP tâm thu	49.1 ± 14.7	41.9 ± 15.4	
Số TALĐMP, n (%)	89 (76.7%)	60 (51.7%)	
Mức giảm ALĐMP tâm thu	7.3 ± 5.5 (15.6 ± 11.7%)		

3.4. Giá trị tiên lượng tử vong của ALĐMP tâm thu trên siêu âm



Biểu đồ 1: Giá trị của ALĐMP tâm thu trong tiên lượng tử vong

Nhận xét: ALĐMP tâm thu ra viện có giá trị dự báo nguy cơ tử vong cao nhất với AUC= 0.92 (95%CI: 0.87 – 0.97), cutoff 50 mmHg có độ nhạy 90.4%, độ đặc hiệu 78.9%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.05.



Biểu đồ 2. Đường cong ROC của ALĐMP tâm thu dự báo tử vong ở nhóm có và không có bệnh ĐMV

Nhận xét: ở nhóm có bệnh ĐMV: khả năng dự báo nguy cơ tử vong của ALĐMP tâm thu vào viện không có sự khác biệt với ALĐMP tâm thu ra viện, p = 0.18. Ở nhóm không có bệnh ĐMV: khả năng dự báo nguy cơ tử vong của ALĐMP tâm thu ra viện cao hơn ALĐMP tâm thu vào viện, p < 0.05

IV. BÀN LUẬN

Phân bố ALĐMP tâm thu. ALĐMP tâm thu trên siêu âm lúc vào viện: 49.1 ± 14.7 mmHg,

lúc ra viện: 41.9 ± 15.4mmHg. Tỷ lệ tăng ALĐMP tâm thu vào viện: 89 (76.7%), lúc ra viện: 60 (51.7%). ALĐMP tâm thu vào viện cao hơn ALĐMP tâm thu ra viện, tỷ lệ tăng ALĐMP tâm thu vào viện cao hơn lúc ra viện, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0.005. Sau quá trình điều trị với các thuốc lợi tiểu quai (100% số ca), UCMC/CTTA (93% số ca) chức năng tim được cải thiện, tình trạng ứ dịch giảm, ALĐMP giảm có ý nghĩa. Về mặt sinh lý bệnh, ALĐMP tăng trong suy tim trái tăng trước khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng để tới bệnh viện. Vì vậy, nếu có thể theo dõi ALĐMP liên tục, khi có tình trạng tăng ALĐMP xảy ra, bác sĩ sẽ điều chỉnh liều thuốc, loại thuốc cho bệnh nhân nhằm không để tình trạng suy tim cấp mất bù xảy ra. Tỷ lệ tăng ALĐMP ở bệnh nhân suy tim trái theo các thống kê cũng khác nhau. Trong suy tim có EF giảm tỷ lệ này khoảng từ 40-75%, trong suy tim có EF bảo tồn tỷ lệ này từ 36-83%. Mức tăng ALĐMP trong suy tim có EF giảm cao hơn so với suy tim có EF bảo tồn [3]

Tỷ lệ tử vong chung. Có 21(18.1%) bệnh nhân tử vong chiếm trong thời gian theo dõi trung bình 5.7 ± 2.2 tháng. Thời gian tử vong trung bình: 2.5 ± 1.7 tháng. Nghiên cứu Framingham là dữ liệu lớn nhất về suy tim được công bố đầu tiên cho thấy tỷ lệ tử vong sau khi được chẩn đoán suy tim tại Mỹ khoảng 10% sau 30 ngày, 20% - 30% sau 1 năm và 45% - 60% sau mỗi 5 năm theo dõi. Tất cả các nghiên cứu dịch tễ về sau đều cho thấy xu hướng giảm tỷ lệ tử vong [4].

Khi vẽ đường cong ROC cho thấy ALĐMP tâm thu vào viện, ra viện và giảm ALĐMP tâm thu đều có giá trị tiên lượng mạnh. ALĐMP tâm thu vào viện có AUC= 0.85 (95%CI: 0.77 – 0.92), điểm cutoff 60 mmHg có giá trị dự đoán cao nhất với độ nhạy 71.4% và độ đặc hiệu 83.6%, ALĐMP tâm thu ra viện có AUC= 0.92 (95%CI: 0.87 – 0.97), cutoff 50 mmHg có độ nhạy 90.4%, độ đặc hiệu 78.9%, giảm ALĐMP tâm thu có AUC= 0.85(95%CI: 0.87 – 0.93), cutoff giảm 10 mmHg có độ nhạy 95.2%, độ đặc hiệu 62.1%. Như vậy ALĐMP tâm thu ra viện có giá trị tiên lượng tử vong cao nhất, khác biệt giữa 3 mô hình có khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với nghiên cứu của Kalogeropoulos với điểm cutoff là 48 mmHg, tuy nhiên nghiên cứu này chỉ đo ALĐMP tâm thu tại 1 thời điểm và không chỉ rõ là lúc vào viện hay ra viện hay trong quá trình điều trị. Vì vậy có thể thấy ALĐMP tâm thu ra viện có giá trị cao hơn

lúc vào viện trong tiên lượng tử vong [5].

Như vậy càng giảm ALĐMP tâm thu ra viện so với lúc vào viện càng làm giảm nguy cơ tử vong. Căn cứ vào điều này có thể tối ưu hoá điều trị cho bệnh nhân ngay trước khi ra viện để đạt được mức ALĐMP thấp hơn. Tăng mỗi 10 mmHg ALĐMP tâm thu làm tăng 37% nguy cơ biến cố tim mạch và tăng 11% nguy cơ biến cố tim mạch hoặc nhập viện vì suy tim. Ngưỡng ALĐMP tâm thu trên 48mmHg có nguy cơ cao nhất với HR 3.33 [6].

Khi phân 2 nhóm suy tim có bệnh ĐMV và không có bệnh ĐMV, ở nhóm có bệnh ĐMV, ALĐMP tâm thu ra viện không có giá trị tiên lượng tử vong cao hơn ALĐMP tâm thu vào viện với AUC= 0.76 (95%CI: 0.55 – 0.97), AUC= 0.8 (95%CI: 0.62 – 0.99), tương ứng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.18$. Tuy nhiên ở nhóm không có bệnh ĐMV, ALĐMP tâm thu ra viện có giá trị tiên lượng tử vong cao hơn ALĐMP tâm thu vào viện với AUC= 0.88 (95%CI: 0.78 – 0.98), AUC= 0.95 (95%CI: 0.91 – 0.99), tương ứng, $p < 0.05$. Bệnh ĐMV làm thay đổi cấu trúc cơ tim, liên qua đến quá trình chết tế bào, hình thành sợi xơ, sẹo cơ tim. Ở giai đoạn muộn của suy tim do bệnh ĐMV, cũng có tình trạng giãn các buồng tim, tuy nhiên có một đặc thù là cơ tim bị rối loạn vận động vùng liên quan đến ĐMV bị hẹp trước đó. Như vậy sinh lý bệnh khác nhau có thể là nguyên nhân dẫn đến giá trị tiên lượng của ALĐMP tâm thu vào viện, ra

viện không có khác biệt ở nhóm có bệnh ĐMV, khác so với nhóm không có bệnh ĐMV.

V. KẾT LUẬN

Tăng áp lực động mạch phổi liên quan đến suy tim trái là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rosenkranz S., Gibbs J.S.R., Wachter R., et al. (2016). Left ventricular heart failure and pulmonary hypertension. *Eur Heart J*, 37(12), 942–954.
2. Ross J.S., Chen J., Lin Z., et al. (2010). Recent National Trends in Readmission Rates After Heart Failure Hospitalization. *Circ Heart Fail*, 3(1), 97–103.
3. Lafitte S., Pillois X., Reant P., et al. (2013). Estimation of Pulmonary Pressures and Diagnosis of Pulmonary Hypertension by Doppler Echocardiography: A Retrospective Comparison of Routine Echocardiography and Invasive Hemodynamics. *J Am Soc Echocardiogr*, 26(5), 457–463.
4. Redfield M.M., Jacobsen S.J., Burnett J.C., et al. (2003). Burden of Systolic and Diastolic Ventricular Dysfunction in the Community: Appreciating the Scope of the Heart Failure Epidemic. *JAMA*, 289(2), 194.
5. Kalogeropoulos A., Georgiopoulou V., Kritchevsky S.B., et al. (2009). Epidemiology of Incident Heart Failure in a Contemporary Elderly Cohort: The Health, Aging, and Body Composition Study. *Arch Intern Med*, 169(7), 708.
6. Abramson S.V., Burke J.F., Kelly J.J., et al. (1992). Pulmonary Hypertension Predicts Mortality and Morbidity in Patients with Dilated Cardiomyopathy. *Ann Intern Med*, 116(11), 888–895.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ BIỂU MÔ VẢY KHOANG MIỆNG VÀ HỌNG MIỆNG QUA ĐƯỜNG XƯƠNG HÀM DƯỚI CÓ TẠO HÌNH BẰNG VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI

Hà Thị Thu Trang¹, Tống Xuân Thắng^{1,2}, Bùi Mai Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt ung thư biểu mô vảy (UTBMV) khoang miệng và họng miệng qua đường xương hàm dưới (XHD) có tạo hình bằng vật đùi trước ngoài (ĐTNG). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh. **Đối tượng:** 19 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTBMV

khoang miệng hoặc họng miệng, được phẫu thuật (PT) cắt u qua đường XHD có tạo hình bằng vật ĐTN trong 1 thì phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 07 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 56 ± 9 . Nam 94.6%, nữ 5.3%. Hầu hết có tiền sử sử dụng thuốc lá và rượu bia nhiều năm. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là rối loạn nuốt: nuốt đau (100%), nuốt vướng (100%). Vị trí hay gặp là Amidan (47.4%) và lưỡi tự do (36.8%). Giai đoạn T3 chiếm 63.2%, giai đoạn IVA và giai đoạn III chiếm 42.1% và 36.8%. Biến chứng sau PT chung 47.4% gồm nhiễm trùng 36.8%, chảy máu 10.5%. Kết quả sau PT: PT cắt bỏ u kết quả tốt 94.7%, vật sống hoàn toàn 94.4%, độ che phủ tốt 94.4%, phục hồi chức năng tốt 72.2%, tổn thương xương hàm dưới 0%, nơi cho vật kế quả tốt 100%. **Kết luận:** Tiếp cận

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Thu Trang

Email: hathithutrang.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023