

biến chứng liệt mặt sau mổ còn điều trị bảo tồn sẽ có nguy cơ về việc để lại khối u. Vì chẩn đoán khối u dây thần kinh VII trong tuyến mang tai trước phẫu thuật rất khó khăn và thường nhầm lẫn với các khối u lành tính ở tuyến mang tai khác như hỗn hợp tuyến mang tai hoặc u Warthin, nên việc phẫu thuật không những có vai trò trong điều trị mà còn giúp chẩn đoán bệnh. Tóm lại u dây thần kinh VII trong tuyến mang tai rất hiếm và không thể phân biệt trên lâm sàng với các khối u tuyến mang tai lành tính khác. Do đó, cần đặt ra sự nghi ngờ cao khi gặp một khối u tuyến mang tai không có triệu chứng. Bên cạnh đó, bệnh nhân cũng nên được thông báo về khả năng mắc U dây thần kinh VII và những biến chứng có thể gặp phải của việc cắt bỏ khối u.

#### IV. KẾT LUẬN

U dây thần kinh VII trong tuyến mang tai là bệnh lý hiếm gặp. Chẩn đoán trước phẫu thuật rất khó khăn và hầu hết đều chẩn đoán xác định khi quan sát trong phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Tiêu chuẩn vàng trong điều trị vẫn là phẫu thuật cắt bỏ khối u và bảo tồn tối đa tính toàn vẹn của dây thần kinh VII.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Forton GE, Moeneclaey LL, Offeciers FE. Facial nerve neuroma. Report of two cases

- including histological and radiological imaging studies. Eur Arch Otorhinolaryngol. 1994;251:17-22.
- Yamaki T, Morimoto S, Ohtaki M, Sakatani K, Sakai J, Himi T, et al. Intracranial facial nerve neurinoma: Surgical strategy of tumor removal and functional reconstruction. Surg Neurol 1998;49:538-46
  - Rainsbury JW, Whiteside OJ, Bottrill ID. Traumatic facial nerve neuroma following mastoid surgery: A case report and literature review. J Laryngol Otol 2007;121:601-5.
  - McClelland S 3rd, Dusenbery KE, Higgins PD, Hall WA. Treatment of a facial nerve neuroma with fractionated stereotactic radiotherapy. Stereotact Funct Neurosurg 2007;85:299-302.
  - Balle VH, Greisen O. Neurilemmomas of the facial nerve presenting as parotid tumors. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1984;93:70-72.
  - Chiang CW, Chang YL, Lou PJ. Multicentricity of intraparotid facial nerve schwannomas. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2001;110:871-874.
  - Sherman JD, Dagnew E, Pensak ML, et al: Facial nerve neuromas: Report of 10 cases and review of the literature. Neurosurgery 50:450-456, 2002
  - Lipkin AF, Coker NJ, Jenkins HA, et al: Intracranial and intratemporal facial neuroma. Otolaryngol Head Neck Surg 96:71-79, 1987
  - Chong KW, Chung YF, Khoo ML, et al: Management of intraparotid facial nerve schwannomas. Aust N Z J Surg 70:732-734, 2000
  - Moghimi M, Nabieian M, Zarmahi S. Schwannoma of the parotid gland: a case report. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014;22:1299-303.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM FIBROSCAN GAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Lê Văn Phúc<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Khái<sup>2</sup>,  
Phạm Văn Việt<sup>2</sup>, Hoàng Đình Anh<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm fibroscan gan ở bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 142 BN ĐTĐ típ 2 được siêu âm Fibroscan tại bệnh viện Quân y 103 từ 4/2023 đến 2/2024. **Kết quả:** Chỉ số gan nhiễm mỡ trên Fibroscan trung bình là  $250,2 \pm 63,8$  dB/m. Đa số bệnh nhân có gan nhiễm mỡ độ S3 trên Fibroscan (28,9%). Không có sự khác biệt giữa mức độ gan nhiễm mỡ trên

Fibroscan và thời gian mắc bệnh đái tháo đường típ 2. Chỉ số xơ hóa gan trên Fibroscan trung bình là  $6,16 \pm 3,1$  kPa. Phần lớn BN có xơ hóa độ F1 trên Fibroscan (14,1%). Không có sự khác biệt chỉ số xơ hóa gan trung bình theo thời gian. **Kết luận:** Chỉ số gan nhiễm mỡ trên Fibroscan trung bình là  $250,2 \pm 63,8$  dB/m. Đa số bệnh nhân có gan nhiễm mỡ độ S3 trên Fibroscan (28,9%). Chỉ số xơ hóa gan trên Fibroscan trung bình là  $6,16 \pm 3,1$  kPa. Phần lớn BN có xơ hóa độ F1 trên Fibroscan (14,1%). Thời gian mắc bệnh đái tháo đường típ 2 không ảnh hưởng tới mức độ gan nhiễm mỡ và xơ hóa trên Fibroscan.

**Từ khóa:** Gan nhiễm mỡ, Xơ hóa gan, Fibroscan.

#### SUMMARY

**STUDYING LIVER FIBROSCAN  
ULTRASOUND IMAGING  
CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH  
TYPE 2 DIABETES**

<sup>1</sup>Học viện Quân y

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Khái

Email: drxuankhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

**Objective:** To describe the characteristics of liver fibroscan ultrasound images in patients with type 2 diabetes. **Subjects and methods:** Cross-sectional and prospective description of 142 type 2 diabetes patients undergoing Fibroscan ultrasound at Military Hospital 103 from April 2023 to February 2024. **Results:** The average fatty liver index on Fibroscan was  $250.2 \pm 63.8$  dB/m. Most patients have grade S3 fatty liver on Fibroscan (28.9%). There is no difference between the degree of fatty liver on Fibroscan and the duration of type 2 diabetes. The average liver fibrosis index on Fibroscan is  $6.16 \pm 3.1$  kPa. Most patients have grade F1 fibrosis on Fibroscan (14.1%). There was no difference in the average liver fibrosis index over time. **Conclusion:** The average fatty liver index on Fibroscan was  $250.2 \pm 63.8$  dB/m. Most patients have grade S3 fatty liver on Fibroscan (28.9%). The average liver fibrosis index on Fibroscan was  $6.16 \pm 3.1$  kPa. Most patients have grade F1 fibrosis on Fibroscan (14.1%). Duration of type 2 diabetes does not affect the degree of fatty liver and fibrosis on Fibroscan.

**Keywords:** Fatty liver, Liver fibrosis, Fibroscan.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương gan hay được đề cập đến trong đái tháo đường týp 2 là gan nhiễm mỡ, đây là tổn thương sớm và nhẹ nhất của gan trên bệnh nhân đái tháo đường. Tiến triển của nó có thể theo các mức độ tăng dần như viêm gan nhiễm mỡ, xơ gan, ung thư gan. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ rõ mối quan hệ và cơ chế bệnh sinh tổn thương gan trong đái tháo đường týp 2. Để xác định tổn thương gan nói chung và trong bệnh cảnh đái tháo đường nói riêng cần kết hợp nhiều phương pháp từ khác nhau như khám lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa, chẩn đoán hình ảnh với nhiều bảng điểm đánh giá như BAAT, Fibrotest,... và sinh thiết gan.

- Ngày nay siêu âm Fibroscan là một phương pháp mới và đang được phát triển rộng rãi để chẩn đoán tổn thương gan. Đây là một phương pháp có nhiều ưu việt: không đau, không xâm lấn, không có tác dụng phụ, có độ chính xác cao tương đương sinh thiết gan, mang tính khách quan và có thể thực hiện thăm khám nhiều lần [1]. Fibroscan có khả năng đánh giá đồng thời độ đàn hồi dựa trên công nghệ siêu âm đàn hồi định lượng và độ nhiễm mỡ, xơ hóa gan bằng cách tính toán từ tín hiệu siêu âm trong phép đo độ đàn hồi gan. Để hiểu rõ hơn hình ảnh tổn thương gan ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 trên siêu âm Fibroscan và hỗ trợ các nhà lâm sàng phân loại và tiên lượng bệnh nhân tốt hơn, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm fibroscan gan ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 142 BN ĐTĐ týp 2 được siêu âm Fibroscan tại bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2023 đến tháng 2/2024.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Đái Tháo Đường Hoa Kỳ năm 2022 (ADA), được siêu âm Fibroscan và có đầy đủ hồ sơ bệnh án, đồng ý tham gia nghiên cứu.

**\* Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Loại trừ gan nhiễm mỡ do các nguyên nhân khác: do rượu; gan nhiễm mỡ thứ phát: phụ nữ có thai, suy dinh dưỡng nặng, sử dụng thuốc aminodarone, tamoxifen, methotrexate, corticosteroid, estrogen;

- BN có HBsAG và Anti-HCV dương tính và các bệnh lý gan mạn tính khác.

- BN thất bại hoặc có kết quả đo Fibroscan không đáng tin cậy.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**\* Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

**\* Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện

**\* Các biến số nghiên cứu:**

- Các đặc điểm: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, chỉ số khối cơ thể (BMI).

- Phân độ xơ hóa gan trên Fibroscan theo Wong V.W. (2010) dựa theo chỉ số đàn hồi (LSM) thu được [2]:

+ F0 (không xơ hóa):  $LSM < 5,8$  kPa.

+ F1 (xơ hóa nhẹ):  $5,8 \text{ kPa} \leq LSM < 7,0$  kPa.

+ F2 (xơ hóa có ý nghĩa):  $7,0 \text{ kPa} \leq LSM < 8,7$  kPa.

+ F3 (xơ hóa nặng):  $8,7 \text{ kPa} \leq LSM < 10,3$  kPa.

+ F4 (xơ gan):  $10,3 \text{ kPa} \leq LSM$ .

- Phân độ gan nhiễm mỡ trên Fibroscan theo Sasso M. (2010) dựa theo phân loại chỉ số nhiễm mỡ (CAP) thu được [3]:

+ S0 (bình thường):  $CAP < 237,7$  dB/m (tỉ lệ tế bào gan nhiễm mỡ  $\leq 10\%$ ).

+ S1 (gan nhiễm mỡ nhẹ):  $237,7 \text{ dB/m} \leq CAP < 259,4$  dB/m (tỉ lệ tế bào gan nhiễm mỡ chiếm 11-33%).

+ S2 (gan nhiễm mỡ vừa):  $259,4 \text{ dB/m} \leq CAP < 292,3$  dB/m (tỉ lệ tế bào gan nhiễm mỡ chiếm 34-66%).

+ S3 (gan nhiễm mỡ nặng):  $CAP \geq 292,3$  dB/m (tỉ lệ tế bào gan nhiễm mỡ chiếm 67-100%).

**\*Thu thập số liệu:** bằng mẫu bệnh án nghiên cứu.

**\* Xử lý số liệu:** Phần mềm thống kê trong y học SPSS 26.0.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu tiến

cứu, mô tả cắt ngang không làm thay đổi diễn biến và quyết định điều trị bệnh, mọi thông tin về BN được bảo mật tuyệt đối và chỉ được sử dụng duy nhất cho mục tiêu nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 142 BN ĐTĐ típ 2 tại Khoa siêu âm - Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2024, chúng tôi thu được các kết quả như sau:

**Bảng 1. Đặc điểm chung (n=142)**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	83	58,5
	Nữ	59	41,5
Tuổi trung bình		67,9 ± 9,3	
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)		9,63 ± 6,7	
Chỉ số khối cơ thể (BMI)(kg/m <sup>2</sup> )		23,2 ± 2,6	

Đa số BN là nam giới, chiếm 58,5%; Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,9 ± 9,3 tuổi; Thời gian mắc bệnh trung bình là 9,63 ± 6,7 năm; Chỉ số khối cơ thể trung bình là 23,2 ± 2,6 kg/m<sup>2</sup>.

**Bảng 2. Mức độ gan nhiễm mỡ trên siêu âm Fibroscan (n=142)**

Mức độ gan nhiễm mỡ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
S0	68	47,9
S1	16	11,3
S2	17	12
S3	41	28,9
Chỉ số gan nhiễm mỡ (CAP) trung bình (dB/m)	250,2 ± 63,8	

Chỉ số gan nhiễm mỡ (CAP) trung bình là 250,2 ± 63,8 dB/m. Bệnh nhân có gan nhiễm mỡ độ S3 trên Fibroscan chiếm tỉ lệ cao nhất (28,9%).

**Bảng 3. Mối liên quan giữa mức độ nhiễm mỡ gan trên siêu âm Fibroscan với thời gian mắc bệnh (n=142)**

Mức độ gan nhiễm mỡ	S 0 (n=68)	S 1 (n=16)	S 2 (n=17)	S 3 (n=41)	p
Thời gian mắc bệnh (năm)	10,4 ± 7,2	8,56 ± 7,5	5,88 ± 4,4	10,2 ± 5,7	> 0,05

Không có sự khác biệt giữa mức độ gan nhiễm mỡ trên Fibroscan và thời gian mắc bệnh đái tháo đường típ 2, với p > 0,05.

**Bảng 4. Mức độ xơ hóa gan trên siêu âm Fibroscan (n=142)**

Mức độ xơ hóa gan	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
F0	87	61,3
F1	20	14,1

F2	13	9,2
F3	12	8,5
F4	10	7
Chỉ số xơ hóa gan (LSM) trung bình (kPa)	6,16 ± 3,1	

- Phần lớn BN có xơ hóa nhẹ trên Fibroscan (mức độ F1), chiếm 14,1%.

- Chỉ số xơ hóa gan trung bình là 6,16±3,1 kPa.

**Bảng 5. Chỉ số xơ hóa gan trên FibroScan theo thời gian mắc bệnh**

Thời gian mắc bệnh (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Chỉ số xơ hóa gan trung bình (kPa)	p
< 5	48	33,8	5,7 ± 2,3	>0,05
5 – 10	47	33,1	5,57 ± 2,2	
> 10 – 15	21	14,8	6,9 ± 3,7	
> 15 – 20	18	12,7	7,5 ± 5,2	
> 20	8	5,6	7,3 ± 3,9	
<b>Tổng</b>	<b>142</b>	<b>100</b>		

Thời gian mắc bệnh đái tháo đường từ 15 – 20 năm có giá trị trung bình độ đàn hồi gan cao nhất (7,5 ± 5,2 kPa), tuy nhiên không có sự khác biệt chỉ số xơ hóa gan trung bình theo thời gian, với p > 0,05.

### IV. BÀN LUẬN

❖ **Đặc điểm hình ảnh gan nhiễm mỡ trên Fibroscan.** Kết quả nghiên cứu thu được bệnh nhân có gan nhiễm mỡ độ S3 trên Fibroscan chiếm tỉ lệ cao nhất (28,9%) (bảng 2). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Kwok [4], Trần Thị Khánh Tường [5] và Asero C. [6] cũng cho thấy tỷ lệ S3 cao nhất, lần lượt là 52,3%, 42,2% và 55,6%.

Tuy nhiên chỉ số gan nhiễm mỡ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 250,2 ± 63,8 dB/m (bảng 2), kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Trần Thị Khánh Tường, giá trị CAP trung bình là 270,9 dB/m [5], theo nghiên cứu của Kwok là 266 dB/m [4], giá trị CAP trung bình trong nghiên cứu của Asero C. [6] là 302 dB/m và của Lomonaco R. [7] là 305 dB/m. Sự khác biệt này có thể giải thích dựa vào những nguyên do sau: Chỉ số BMI trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với các tác giả trên. Đã có các nghiên cứu chỉ ra rằng các yếu tố như chỉ số khối cơ thể, nguyên nhân gây bệnh,... ảnh hưởng đáng kể tới mức độ gan nhiễm mỡ.

Chúng tôi cũng nhận thấy không có sự khác biệt giữa mức độ gan nhiễm mỡ trên Fibroscan và thời gian mắc bệnh đái tháo đường típ 2, với p > 0,05 (bảng 3).

❖ **Đặc điểm hình ảnh xơ hóa gan trên**

**Fibroscan.** Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy phần lớn BN có xơ hóa nhẹ trên Fibroscan (mức độ F1), chiếm 14,1% và chỉ số xơ hóa gan trung bình là  $6,16 \pm 3,1$  kPa (bảng 4). Kết quả này xấp xỉ với kết quả của Lomonaco R. (2021), chỉ số xơ hóa gan trung bình là 6,2 kPa [7]. Trong nghiên cứu của Asero C. (2023) cho kết quả chỉ số xơ hóa gan trung bình là 8,4 kPa [6]. Ở những bệnh nhân có chỉ số BMI cao sẽ ảnh hưởng đến độ chính xác kết quả đàn hồi gan, BMI  $\geq 28$  có thể làm giảm độ chính xác của kết quả đo độ đàn hồi gan. Điều này có thể giải thích cho sự khác nhau về chỉ số xơ hóa gan của các nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt chỉ số xơ hóa gan trung bình theo thời gian (bảng 5). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Asero C [6] và Alagesan K.S, khoảng thời gian mắc bệnh đái tháo đường típ 2 không ảnh hưởng tới mức độ xơ hóa gan.

## V. KẾT LUẬN

- Chỉ số gan nhiễm mỡ trung bình là  $250,2 \pm 63,8$  dB/m. Đa số bệnh nhân có gan nhiễm mỡ độ S3 trên Fibroscan (28,9%).

- Chỉ số xơ hóa gan trung bình là  $6,16 \pm 3,1$  kPa. Phần lớn BN có xơ hóa độ F1 trên Fibroscan (14,1%).

- Thời gian mắc bệnh đái tháo đường típ 2 không ảnh hưởng tới mức độ gan nhiễm mỡ và xơ hóa trên Fibroscan.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tapper Elliot B, Castera Laurent, Afdhal

- Nezam H. "FibroScan (vibration-controlled transient elastography): where does it stand in the United States practice", *Clinical Gastroenterology Hepatology*. 2015; 13(1), pp. 27-36.
2. Wong Vincent Wai-Sun, Vergniol Julien, Wong Grace Lai-Hung et al. (2010), "Diagnosis of fibrosis and cirrhosis using liver stiffness measurement in nonalcoholic fatty liver disease", *Hepatology*, 51(2), pp. 454-462.
3. Sasso Magali, Beaugrand Michel, De Ledinghen Victor et al. (2010), "Controlled attenuation parameter (CAP): a novel VCTE™ guided ultrasonic attenuation measurement for the evaluation of hepatic steatosis: preliminary study and validation in a cohort of patients with chronic liver disease from various causes", *Ultrasound in medicine & biology*, 36(11), pp. 1825-1835.
4. Kwok Raymond, Choi Kai Chow, Wong Grace Lai-Hung et al. "Screening diabetic patients for non-alcoholic fatty liver disease with controlled attenuation parameter and liver stiffness measurements: a prospective cohort study", *Gut*. 2015; pp. 2015-309265.
5. Trần Thị Khánh Tường, Phạm Quang Thiên Phú. "Mối tương quan giữa mức độ nhiễm mỡ gan và xơ hóa gan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 bị bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu", *Tạp chí y học Việt Nam*. 2020; 488(1), pp. 21 - 25.
6. Asero C., Giandalia A., Cacciola I. et al. (2023), "High Prevalence of Severe Hepatic Fibrosis in Type 2 Diabetic Outpatients Screened for Non-Alcoholic Fatty Liver Disease", *J Clin Med*, 12(8).
7. Lomonaco Romina, Godinez Leiva Eddison, Bril Fernando et al. (2021), "Advanced liver fibrosis is common in patients with type 2 diabetes followed in the outpatient setting: the need for systematic screening", *Diabetes Care*, 44(2), pp. 399-406.

# NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI SỨC CĂNG NHĨ TRÁI BẰNG SIÊU ÂM TIM Ở NGƯỜI MẮC BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI TRƯỚC VÀ SAU GHÉP THẬN

Phạm Vũ Thu Hà<sup>1</sup>, Hà Thị Phương<sup>2</sup>, Trần Đức Hùng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá sự biến đổi của một số chỉ số hình thái, sức căng nhĩ trái ở người bệnh bị bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối trước và sau ghép thận. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 2 nhóm.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 91

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hùng

Email: tranduchung2104@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

Nhóm bệnh gồm 40 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối được ghép thận, theo dõi lâm sàng và siêu âm đánh giá các thông số về kích thước và sức căng nhĩ trái trước và sau ghép 1 tháng tại Bệnh viện Quân y 103 thời gian từ 11/2022 đến tháng 5/2023. Nhóm chứng gồm 37 người khỏe mạnh tương đồng về tuổi, giới khám sàng lọc sức khỏe tại Bệnh viện Quân y 103 thời gian từ 11/2022 đến tháng 5/2023. **Kết quả:** Giá trị trung bình của LAD, LAVi nhóm bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối cao hơn so với nhóm chứng (LAD:  $50,8 \pm 9,3$  mm so với  $44,4 \pm 8,5$  mm,  $p < 0,01$ ), (LAVi:  $30,3 \pm 15,0$  ml và  $15,9 \pm 6,7$  ml,  $p < 0,01$ ). Sức căng nhĩ trái (LASr, LAScd, LASct) đo ở cả mặt cắt 4 buồng và 2 buồng ở nhóm