

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng chính của u tuyến lệ là: sưng mí vùng trên ngoài, sờ thấy khối u vùng tuyến lệ, lồi mắt, dè dầy nhãn cầu, song thị, hạn chế vận nhãn. Dấu hiệu đau gặp trên bệnh nhân u ác tính, ít gặp trên bệnh nhân lành tính. Thời gian diễn biến bệnh dài gặp ở bệnh nhân u lành tính.

Triệu chứng trên phim CT: các dấu hiệu u ranh giới rõ gợi ý dấu hiệu lành tính, dấu hiệu thâm nhiễm, canxi hóa, phá hủy xương gợi ý tính chất ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Von Holstein, S.L., et al., Lacrimal gland lesions in Denmark between 1974 and 2007. Acta ophthalmologica, 2013. **91**(4): p. 349-354.
2. Shields, C.L., et al., Clinicopathologic review of 142 cases of lacrimal gland lesions.

- Ophthalmology, 1989. **96**(4): p. 431-435.
3. Shields, J.A., et al., Primary epithelial malignancies of the lacrimal gland: the 2003 Ramon L. Font Lecture. Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery, 2004. **20**(1): p. 10-21.
4. Von Holstein, S.L., et al., Epithelial tumours of the lacrimal gland: a clinical, histopathological, surgical and oncological survey. Acta ophthalmologica, 2013. **91**(3): p. 195-206.
5. Wright, J.E., W. Stewart, and G.B. Krohel, Clinical presentation and management of lacrimal gland tumours. British Journal of Ophthalmology, 1979. **63**(9): p. 600-606.
6. Wright, J.E., G.E. Rose, and A. Gamer, Primary malignant neoplasms of the lacrimal gland. British Journal of Ophthalmology, 1992. **76**(7): p. 401-407.
7. Rose, G.E. and J.E. Wright, Pleomorphic adenoma of the lacrimal gland. British journal of ophthalmology, 1992. **76**(7): p. 395-400.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG U NGUYÊN BÀO MẠCH MÁU ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT

Vũ Quang Hiếu*, Nguyễn Vũ**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi nghiên cứu 53 trường hợp u đã được phẫu thuật nhằm mô tả biểu hiện lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân được điều trị vi phẫu thuật u nguyên bào mạch máu (UNBMM). **Phương pháp:** Từ tháng 5/2012 đến tháng 12/2015, cố tất cả 53 trường hợp (UNBMM) được điều trị vi phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức. Tất cả các trường hợp đều được đánh giá lâm sàng, chụp MRI trước và sau mổ. **Kết quả:** Nam: 49,1%, nữ: 50,97%. Tuổi trung bình: 40,66 tuổi, thường gặp nhóm 21-39 tuổi (52,8%). Lâm sàng vào viện: hội chứng tăng áp lực nội sọ 100%, hội chứng tiểu não 56,6%. Vị trí u: 86,8% ở bán cầu tiểu não còn lại ở não thất IV 1,9%, thùy giun 11,3%. 86,8% dạng u nang, 13,2% u đặc. Kích thước u trên 2cm chiếm tỷ lệ cao 86,8% đặc biệt có 30,2% trên 4cm. 52 trường hợp lấy toàn bộ u (96,2%), 1 trường hợp lấy một phần u. **Kết luận:** U nguyên bào mạch máu chủ yếu điều trị phẫu thuật với kết quả thành công cao. Biểu hiện chính là hội chứng tăng áp lực nội sọ, hội chứng tiểu não với kích thước khối u lớn trên 2cm

Từ khóa: u nguyên bào mạch máu (UNBMM).

SUMMARY

CLINICAL MANIFESTATIONS,

*Bệnh viện Việt Đức

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Hiếu

Email: vuquanghieuo2@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.12.2019

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2020

Ngày duyệt bài: 3.2.2020

RADIOLOGIC FEATURES OF HEMANGIOBLASTOMAS THAT WERE SURGICALLY TREATED

Objective: We analyze a series of infratentorial hemangioblastomas that were surgically treated to evaluate clinical manifestations and radiologic features. **Methods:** From May 2012 to December 2015, 53 patients with infratentorial hemangioblastomas were surgically treated at Neurosurgery Department of Viet Duc Hospital. Preoperative functional status, imaging findings are analyzed in compared with postoperative and follow-up correlation. **Results:** Hemangioblastomas are more common in men than in women (50.97% to 49.1%), The median age was 40.66. Clinical presentation includes symptoms of increased intracranial pressure (100%), cerebellar dysfunction (56.6%). About location, most of the tumors are found in the cerebellar hemispheres (86.7%), in fourth ventricle (1.9%), in vermis (11.3%). Cystic form is predominant (86.8%), others are solid tumor (13.2%). Total resection were achieved in 52 cases and partial resection in 1 case. **Conclusion:** Hemangioblastomas can be treated successfully by surgical resection with acceptable risks. Clinical manifestations are increased intracranial pressure, cerebellar dysfunction when tumors large than 2cm.

Keywords: Hemangioblastomas

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào mạch máu (UNBMM) được Hughling Jackson mô tả đầu tiên năm 1872 đến 1928 Cushing và Bailey đưa ra thuật ngữ "Hemangioblastoma" để chỉ loại u này. Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO) UNBMM là u tân sinh

mạch máu lành tính (độ I) không rõ nguồn gốc mô học chỉ xảy ra ở hệ thần kinh trung ương. Có 25% UNBMM nằm trong bệnh Von Hippel Lindau (VHL). U có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp nhất vào khoảng 40 đến 50 tuổi, tỷ lệ nam/nữ gần như tương đương. UNBMM chiếm 2 – 3% các trường hợp u nội sọ, chiếm 10% các loại u vùng hố sau, chiếm 2 – 3% u nguyên phát ở tủy, 10% u nội tủy. 85% UNBMM nằm ở tiểu não. Vì UNBMM là u lành tính (độ I) nên điều trị cắt bỏ hoàn toàn được xem như là triệt để nhất, tuy nhiên UNBMM là u tân sinh mạch máu lại thường nằm ở vùng hố sau (vùng chức năng: thân não, cầu não...) nên vẫn có nguy cơ cao (tử vong, tàn phế nặng) trong phẫu thuật. Việc chẩn đoán sớm là vô cùng cần thiết giúp cho phẫu thuật sớm khi khối u còn nhỏ sẽ giúp người bệnh khỏi hoàn toàn. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ thường gặp của UNBM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng. 53 bệnh nhân nhập bệnh viện Việt Đức từ năm 5/2012 đến tháng 12/2015, với chuẩn đoán UNBMM được điều trị phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh phù hợp. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chọn vào lô nghiên cứu phải thỏa mãn điều kiện sau:

- Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu với chuẩn đoán UNBMM.
- Có kết quả giải phẫu bệnh là UNBMM.
- Đầy đủ hồ sơ bệnh án về triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cận lâm sàng

Tiêu chuẩn loại trừ: Không có đủ hồ sơ bệnh án và không có giải phẫu bệnh sau mổ

Phương pháp: Mô tả cắt ngang. Bệnh nhân được ghi nhận triệu chứng lâm sàng, hình ảnh CT scan có cản quang, MRI trước và sau mổ.

Xử lý số liệu: Các số liệu được lưu trữ bằng phần mềm SPSS. Kết quả nghiên cứu được so sánh với các tác giả khác bằng các phép kiểm kê thích hợp (phép kiểm Z, phép kiểm T, phép kiểm Fischer, phép kiểm chi bình phương).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Giới: Nam: nữ = 0,96 Tuổi: trung bình là 40,66, thường gặp nhất là 21-39 (52,8%)

Vị trí: 86,8% bán cầu tiểu não, não thất IV 11,3%, thùy giun, 31,9% não thất IV. Lâm sàng: UNBMM có triệu chứng chủ yếu như sau: hội chứng tăng áp lực nội sọ (100%), hội chứng tiểu não (56,6%). Kích thước u (bao gồm cả dạng đặc và dạng nang). Các UNBMM có kích thước phân phối theo tỷ lệ như sau: nhỏ (<2cm) chiếm

13,2%, vừa (2-4cm) chiếm 56,6%, lớn (> 4cm) chiếm 30,2%. Có 86,8% u dạng nang và 13,2% u dạng đặc. 13,2% bệnh nhân bị hội chứng VHL, 28,3% có giãn não thất trên phim cộng hưởng từ

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình mắc bệnh là 40,66 (18-78) tuổi. Với bệnh nhân nữ 18 tuổi qua hỏi bệnh, thăm khám và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh chúng tôi thấy không phải trong bệnh cảnh Von Hippel Lindau.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả thống kê của Kuharic trên 187/207 nghiên cứu với tổng số 542 bệnh nhân thì tuổi trung bình là 40, trẻ nhất 15 tuổi, lớn nhất 98 tuổi [1]. Ta thấy bệnh nhân mắc bệnh chủ yếu ở độ tuổi lao động. Các nghiên cứu trên thế giới có tỷ lệ bệnh nhân bị VHL trên tổng số bệnh nhân bị UNBM từ 10-40% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7/53 bệnh nhân bị Von Hippel Lindau chiếm 13,2%, có tuổi trung bình là 35,08 ± phù hợp với y văn thế giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 26 BN nam và 27 BN nữ, tỷ lệ nam và nữ là 0,96. Theo thống kê của Kuharic trên 1487 BN có 54,1% là nam còn 45,9% là nữ giới [1]. Đa phần các nghiên cứu đều ghi nhận tỷ lệ BN nam bị bệnh nhiều hơn nữ. Tuy nhiên cũng có nghiên cứu tỷ lệ nữ nhiều hơn nam như ở nghiên cứu của Brundl E (13 nữ, 11 nam) [3], hay trong nghiên cứu của Neumann trong 10 năm trên 44 bệnh nhân bị UNBM có 21 nam và 23 nữ [4].

Thời gian khởi bệnh đến khi nhập viện trung bình là 45,8 ngày. Trong đó có đến 8 trường hợp đi khám ở tuyến dưới với các nguyên nhân của chấn thương do tai nạn giao thông hoặc tai nạn sinh hoạt tự ngã. Diễn biến bệnh lâu nhất là 4 tháng. Thời gian khởi bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Neumann thời gian nhập viện từ khi khởi bệnh đến khi nhập viện là 25,1 tuần [4], của Brundl E là 14 tuần [3]. So sánh với các tác giả trong nước thời gian từ khi có triệu chứng đến khi được chẩn đoán trong nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào là 4,6 tháng [5], của Vũ Quang Hiếu là 5,2 tháng [6]. Nhìn chung UNBM là một u lành tính, phát triển chậm nên triệu chứng lâm sàng ban đầu thường nghèo nàn, diễn biến kéo dài đến khi kích thước của u to gây hiệu ứng khối bệnh nhân mới đến viện để khám bệnh.

Tất cả các trường hợp bệnh nhân đến viện khám đều có triệu chứng đau đầu, triệu chứng tiếp theo hay gặp là rối loạn thăng bằng. Chèn ép dây thần kinh sọ, chèn ép thân não là các triệu chứng ít gặp, tuy nhiên khi có các triệu

chúng này thì tiên lượng khả năng lấy hết u khó khăn. Tương tự với các nghiên cứu trong nước và nước ngoài thì triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là hội chứng tăng áp lực nội sọ, tiếp đến là hội chứng tiểu não, như ở nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào 100% bệnh nhân đến viện vì hội chứng tăng áp lực nội sọ, 72.2% bệnh nhân có hội chứng tiểu não [5]. Thống kê của Kuharic trên 1010 bệnh nhân có 50.4% bệnh nhân có hội chứng tăng áp lực nội sọ, tiếp đến 33.4% bệnh nhân có hội chứng tiểu não [1].

Ngày nay các phương tiện chẩn đoán hình ảnh ngày càng phát triển, công hưởng tử với các thì T1, T2 và các kĩ thuật xung khuếch tán, xung tưới máu và các phổ trở thành phương tiện chẩn đoán hình ảnh chính trong việc phát hiện và đánh giá các khối u trong não. Theo Vũ Quang Hiếu (2004), có tới 92.8% bệnh nhân chẩn đoán bằng chụp cắt lớp vi tính, chỉ có 46% bệnh nhân được chẩn đoán bằng cộng hưởng tử. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được chẩn đoán bằng cộng hưởng tử so não có tiêm thuốc đối quang tử, có 18,9% bệnh nhân ban đầu chỉ chụp cắt lớp vi tính sọ não đặc biệt có 3,8% được chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc nhưng phát hiện ra khối bất thường ở hố sau và sau đó được chụp cộng để đánh giá.

Có 11,3% bn được chụp mạch não để đánh giá tăng sinh mạch và các dị dạng kèm theo nhưng kết quả không có bất thường dị dạng mạch, không có chỉ định nút mạch trước mổ

Vị trí UNBM hay gặp nhất nằm ở tiểu não. U ở não thất IV và thủy giun là 2 vị trí ít gặp nhất. Nghiên cứu của Võ Thanh Tùng trên 64 bệnh nhân bị UNBM có 85.9% u xuất phát từ bán cầu tiểu não, thủy giun chiếm 6.25% [7]. Thống kê của Kuharic trên 204 nghiên cứu với tổng số 1759 UNBM thì 70% khối u nằm ở tiểu não, 24% u nằm ở thân não, chỉ có 2% khối u xuất phát từ não thất IV. Nghiên cứu của Võ Thanh Tùng cũng chỉ ra rằng với những u nằm ở bán cầu tiểu não có tiên lượng tốt hơn những u nằm ở não thất IV có cùng kích thước.

Phần lớn các bệnh nhân có kích thước khối u trên 20mm, kích thước khối u lớn hơn 40mm còn chiếm tỉ lệ cao 30.2%. Kích thước u trung bình là 43,7mm. U có kích thước bé nhất là 9mm nằm ở thủy giun. Có 5 bệnh nhân có kích thước lớn nhất là 60mm nằm ở góc cầu tiểu não và bán cầu tiểu não. Nghiên cứu của Brundl kích thước của u từ 15mm đến 63.5mm, trung bình là 36.8mm [3]; của Neumann từ 5mm đến 56.8mm [4]. Một số tác giả chỉ tính kích thước của nốt đặc ngấm thuốc, tuy nhiên theo chúng tôi triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân gây ra bởi mức

độ choán chỗ, hiệu ứng khối của cả toàn bộ khối u từ đó mức độ cải thiện triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật được quyết định chủ yếu bởi kích thước cả phần nang và phần đặc. Ngoài ra bởi vì còn loại u chỉ gồm mình phần nang không có phần tổ chức ngấm thuốc.

U dạng nang thành có nốt đặc hay gặp nhất. Ít gặp hơn là UNBM thể đặc và UNBM thể đặc có các nang nhỏ. Nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào u nang có nốt đặc ở thành chiếm tỉ lệ nhiều nhất 50%, tiếp sau là u đặc có nang nhỏ gặp 27.8%, u nang đơn thuần ít gặp nhất chiếm 5.5% [5]. Theo Neumann 86.4% là u dạng nang, 13.6% u dạng đặc [4]. Chúng tôi nhận thấy đối với u đặc quá trình phẫu thuật khó khăn hơn so với u dạng nang, đặc biệt những u đặc nằm ở vị trí sâu, kích thước lớn. Nguyễn Thế Hào [5], Zhou LF đều nhận xét kết quả phẫu thuật của u nguyên bào mạch dạng nang thường tốt hơn so với u nguyên bào mạch dạng đặc.

Có 7/53 bệnh nhân bị hội chứng VHL, chiếm tỉ lệ 13,2%. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất xuất hiện bệnh là 21 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 52 tuổi. Tuổi trung bình là $35.08 \pm$. Trong đó:

- 1 BN có con trai bị u nguyên bào mạch hố sau
- 2 BN có mẹ bị u nguyên bào mạch hố sau
- 1 BN bị thận, tụy đa nang và có bố bị u nguyên bào mạch hố sau
- 1 BN bị thận đa nang và có chú ruột bị u nguyên bào mạch hố sau
- 2 BN có 2 khối u nguyên bào mạch ở bán cầu tiểu não 2 bên

Nghiên cứu của Gwang Jun Lee trên 36 bệnh nhân có 19.4% bệnh nhân nằm trong bệnh cảnh VHL[8]. Nghiên cứu của Neumann là 23%, Wang C là 20%. Thống kê của Kuharic thì tỉ lệ này lên tới 33% [1].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nam: nữ là 0.96; tuổi mắc bệnh trung bình 40.66. 100% bệnh nhân có hội chứng tăng áp lực nội sọ và 56.6% bệnh nhân có hội chứng tiểu não. Thời gian khởi phát bệnh trung bình là 45.8 ngày. 98.1% UNBM nằm ở tiểu não, 1.9% còn lại nằm ở não thất IV. Kích thước u trung bình là 43.7mm. U dạng nang chiếm 86.8%, u dạng đặc chiếm 13.2%. Có 28.3% bệnh nhân có giãn não thất trước mổ. Tỉ lệ bệnh VHL gặp 13.2%. Vị trí và kích thước của u có liên quan đến kết quả phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kuharic M., Jankovic D., Splavski B., et al. (2018). Hemangioblastomas of the Posterior Cranial Fossa in Adults: Demographics, Clinical, Morphologic, Pathologic, Surgical Features, and

- Outcomes. A Systematic Review. World Neurosurg, 110, e1049–e1062.
2. **Catapano D., Muscarella L.A., Guarnieri V., et al. (2005).** Hemangioblastomas of central nervous system: molecular genetic analysis and clinical management. Neurosurgery, 56(6), 1215–1221; discussion 1221.
 3. **Bründl E., Schödel P., Ulrich O.-W., et al. (2014).** Surgical resection of sporadic and hereditary hemangioblastoma: Our 10-year experience and a literature review. Surg Neurol Int, 5, 138.
 4. **Neumann H.P., Eggert H.R., Weigel K., et al. (1989).** Hemangioblastomas of the central nervous system. A 10-year study with special reference to von Hippel-Lindau syndrome. J Neurosurg, 70(1), 24–30.
 5. **Nguyễn Thế Hào, Phạm Quỳnh Trang (2016).** Chẩn đoán và điều trị vi phẫu thuật khối u nguyên bào mạch máu hố sau tại bệnh viện Bạch Mai. Y Học Việt Nam, 2, 20–23.
 6. **Vũ Quang Hiếu, Nguyễn Đức Liên (2010).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, kết quả phẫu thuật u nguyên bào mạch máu hố sau. Y Học Thực Hành, 733+734, 141–148.
 6. **Võ Thanh Tùng, Trần Thị Mai Linh, Nguyễn Kim Chung (2017).** Các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật u nguyên bào mạch máu ở hố sau: Kinh nghiệm 10 năm điều trị. Y Học Thành Phố HCM, 6, 33–38.
 8. **Lee G.-J., Jung T.-Y., Kim I.-Y., et al. (2014).** The clinical experience of recurrent central nervous system hemangioblastomas. Clin Neurol Neurosurg, 123, 90–95.

NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI ĐỘ ĐÀN HỒI THẤT TRÁI, ĐỘ ĐÀN HỒI ĐỘNG MẠCH VÀ CHỈ SỐ TƯƠNG HỢP THẤT TRÁI - ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH

Phạm Vũ Thu Hà*, Lương Công Thức*, Đoàn Văn Đệ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát chỉ số tương hợp thất trái – động mạch (Ventricular arterial coupling: VAC) và các thành tố của chỉ số này: độ đàn hồi động mạch (E_a), độ đàn hồi thất trái cuối tâm thu (E_{es}) ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** 129 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính và 40 người được chụp động mạch vành bình thường, tham gia nghiên cứu từ 12/2016 đến tháng 12/2018. Tính chỉ số VAC và các thành phần của nó bằng phương pháp đơn nhíp trên siêu âm tim. **Kết quả:** Giá trị trung vị của E_a , E_{es} và VAC ở nhóm bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính lần lượt là 2,52 (1,88 – 3,30) (mmHg/ml); 3,87 (2,88 – 4,97) (mmHg/ml), và 0,64 (0,54 – 0,79). Ở bệnh nhân bị bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính E_{es} giảm, còn VAC tăng có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,05$) còn E_a không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. E_a , E_{es} có mối liên quan với tuổi và giới nhưng VAC không biến đổi theo tuổi và giới. VAC và các thành tố của nó có liên quan đến tình trạng suy tim. E_{es} của nhóm suy tim (2,59 (1,83 – 4,09) mmHg/ml) thấp hơn nhóm không suy tim (4,08 (3,17 – 5,26) mmHg/ml), trong khi VAC ở BN bị suy tim 0,82 (0,61 – 1,21) lại cao hơn BN không suy tim 0,62 (0,53 – 0,74) ($p < 0,05$). E_{es} giảm dần ngược lại VAC tăng dần khi phân độ suy tim theo NYHA tăng dần ($p < 0,05$). E_{es} và VAC có mối liên quan với một số chỉ số trên siêu âm. E_{es} giảm dần trong khi VAC lại tăng dần khi các nhóm EF

giảm dần ($p < 0,05$). Dd càng tăng, E_{es} càng giảm còn VAC càng tăng ($p < 0,05$). E_{es} giảm dần còn VAC tăng dần khi mức độ rối loạn vận động vùng nặng dần ($p < 0,05$). **Kết luận:** E_{es} ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính thấp hơn còn VAC cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng. E_{es} giảm dần ngược lại VAC tăng dần khi mức độ suy tim nặng dần. Khi chức năng tâm thu thất trái giảm, E_{es} giảm dần trong khi VAC lại tăng dần. Buồng tim càng giãn E_{es} giảm dần còn VAC tăng dần. Mức độ rối loạn vận động vùng nặng dần càng giảm còn VAC càng tăng.

Từ khóa: tương hợp thất trái động mạch, độ đàn hồi động mạch, độ đàn hồi thất trái cuối tâm thu

SUMMARY

INVESTIGATION OF END SYSTOLIC ELASTANCE, ARTERIAL ELASTANCE AND LEFT VENTRICULAR ARTERIAL COUPLING IN PATIENTS WITH STABLE ISCHEMIC HEART DISEASE

Objectives: To investigate the left ventricular arterial coupling (VAC) and its components: arterial elastance (E_a) and left ventricular end systolic elastance (E_{es}) in patients with stable ischemic heart disease. **Patients and methods:** 129 patients with stable ischemic heart disease (IHD) (study group) and 40 individuals without IHD (control group) were enrolled. All patients with IHD underwent coronary artery stenting. E_{es} and VAC were calculated using echocardiography single beat method. **Results:** At baseline, patients with stable IHD had a lower E_{es} (3.87 (IQR: 2.88 – 4.97) vs 4.38 (IQR: 3.70 – 5.29) mmHg/ml, respectively, $p < 0.05$) and a higher VAC (0.64 (IQR: 0.54 – 0.79) vs 0.57 (IQR: 0.52 – 0.68), respectively, $p < 0.05$) but a comparable E_a (2.52 (IQR: 1.88 – 3.30) vs 2.51 (IQR: 2.05 – 2.96) mmHg/ml, respectively, $p > 0.05$) as compared with the individuals without stable IHD. E_a , E_{es} were

*Trung tâm tim mạch, Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lương Công Thức

Email: lcthuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.11.2019

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2020

Ngày duyệt bài: 7.2.2020