

sống cổ C1, đồng thời phải khảo sát kỹ lưỡng mạch máu trước mổ nhằm tránh nguy cơ biến chứng. Kết hợp xương C1 với cấu hình đơn giản có thể đảm bảo độ vững chắc sau phẫu thuật, giúp kiểm soát cơn đau cổ và bảo tồn tầm vận động cổ. Trong trường hợp không thể thực hiện kết hợp xương C1, việc cố định hàn chỉnh cổ có thể được xem xét, mặc dù phương pháp này đảm bảo độ vững của cổ nhưng sẽ làm giảm đáng kể tầm vận động, ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Cường, Đinh Thế Hưng, Phạm Hồng Phong** (2024). Đánh giá mức độ an toàn vít khối bên c1 qua cung sau trong điều trị chấn thương cột sống cổ mất vững. Tạp chí Y học Việt Nam.537 (2).
2. **Hu Y., Xu R. M., Albert T. J., Vaccoro A. R., Zhao H. Y., Ma W. H., et al.** (2014). Function-preserving reduction and fixation of unstable jefferson fractures using a c1 posterior limited construct. Journal of spinal disorders & techniques.27 (6):E219-25.
3. **Koller H., Resch H., Tauber M., Zenner J., Augat P., Penzkofer R., et al.** (2010). A biomechanical rationale for c1-ring osteosynthesis as treatment for displaced jefferson burst fractures with incompetency of the transverse atlantal ligament. Eur Spine J.19 (8):1288-98.
4. **Li L., Teng H., Pan J., Qian L., Zeng C., Sun G., et al.** (2011). Direct posterior c1 lateral mass screws compression reduction and osteosynthesis in the treatment of unstable jefferson fractures. Spine (Phila Pa 1976).36 (15):E1046-51.
5. **Pittman Jason L., Bransford Richard J.** (2019). C1-ring osteosynthesis for unstable, jefferson burst fractures. In: Koller H, Robinson Y, editors. Cervical spine surgery: Standard and advanced techniques: Cervical spine research society - europe instructional surgical atlas. Cham: Springer International Publishing. p. 201-6.
6. **Shatsky J., Bellabarba C., Nguyen Q., Bransford R. J.** (2016). A retrospective review of fixation of c1 ring fractures--does the transverse atlantal ligament (tal) really matter? The spine journal : official journal of the North American Spine Society.16 (3):372-9.
7. **Yeom Jin S.** (2019). C1 posterior arch screw fixation. In: Koller H, Robinson Y, editors. Cervical spine surgery: Standard and advanced techniques: Cervical spine research society - europe instructional surgical atlas. Cham: Springer International Publishing. p. 265-9.

VAI TRÒ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN BẤT THƯỜNG HỒI LƯU TĨNH MẠCH PHỔI TOÀN PHẦN Ở TRẺ EM

Trần Phan Ninh¹, Trần Thị Thùy Dung², Ngô Văn Hùng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu nhằm khảo sát, đối chiếu kết quả siêu âm tim và chụp cắt lớp vi tính đa lát cắt tim (MSCT tim) với kết quả phẫu thuật bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần; thực hiện trên 33 bệnh nhi chẩn đoán xác định bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần trên kết quả phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Siêu âm tim và chụp MSCT chẩn đoán chính xác 100% bệnh nhân bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần. MSCT có độ nhạy 100% trong chẩn đoán type bất thường, cao hơn so với siêu âm tim (từ 0% đến 100%). MSCT tim có độ nhạy, độ đặc hiệu là 100% trong chẩn đoán vị trí đổ về thể dưới tim, cao hơn siêu âm tim (37,5%, 37,5%). MSCT tim có độ nhạy, độ đặc hiệu 100% trong chẩn đoán tắc nghẽn, cao hơn siêu âm tim (86,7%, 66,7%). **Kết luận:** MSCT tim là phương pháp chẩn đoán bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi có giá trị, một

số trường hợp cấp cứu cần nhanh chóng không thể phủ nhận giá trị của siêu âm trong chẩn đoán ban đầu. Vì vậy nên kết hợp 2 phương pháp này để đánh giá nhanh chóng, chính xác và toàn diện.

Từ khóa: Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần, cắt lớp vi tính, siêu âm tim qua thành ngực.

SUMMARY

THE ROLE OF CT IN TOTAL ANOMALOUS PULMONARY VENOUS CONNECTION IN CHILDREN

Retrospective descriptive study to survey and compare the results of echocardiography and cardiac multi-slice computed tomography (cardiac MSCT) with total anomalous pulmonary venous connection; performed on 33 pediatric patients to the diagnosis TAPVC based on surgical results at the National Children's Hospital from January 2022 to August 2024. **Results:** Echocardiography and MSCT accurately diagnosed 100% of patients with total anomalous pulmonary venous connection. MSCT has a sensitivity of 100% in diagnosing abnormal types, higher than echocardiography from 0% to 100%). Cardiac MSCT has a sensitivity and specificity of 100% in diagnosing the subcardiac location, higher than echocardiography (37.5%, 37.5%). Cardiac MSCT has a sensitivity and specificity of 100% in diagnosing obstruction, higher than echocardiography (86.7%, 66.7%). **Conclusion:**

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thùy Dung

Email: ttttd18101997@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

Cardiac MSCT is a valuable method of diagnosing abnormal pulmonary venous return. In some urgent cases, the value of ultrasound in the initial diagnosis cannot be denied. Therefore, these two methods should be combined for quick, accurate and comprehensive assessment. **Keywords:** Total anomalous pulmonary venous connection, CT angiography, transthoracic echocardiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim bẩm sinh là bệnh lý tác động đáng kể đến tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh¹. Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần (TAPVC) là một dị tật tim bẩm sinh, chiếm 1 % bệnh lý tim bẩm sinh, trong đó cả bốn tĩnh mạch phổi không kết nối trực tiếp vào nhĩ trái, mà lại hồi lưu một tĩnh mạch hệ thống hoặc về nhĩ phải^{2,3}. Ở Anh, tỷ lệ tim bẩm sinh là 1/145 ca đang sinh sống. Do vậy, sự tồn tại của lỗ bầu dục hoặc lỗ thông liên nhĩ thứ phát là rất cần thiết cho sự sống của bệnh nhân sau khi sinh. Trong lịch sử, TAPVC liên quan đến tỷ lệ tử vong cao (80%) khi không được can thiệp phẫu thuật sớm⁴, hiện nay tỷ lệ này đã giảm xuống còn 12%⁵. Bệnh nhân sau khi được chẩn đoán là TAPVC cần được phẫu thuật càng sớm càng tốt.

Tại Việt Nam, các trung tâm phẫu thuật tim trẻ em như: Bệnh viện Nhi trung ương, Viện Tim TP Hồ Chí Minh, Bệnh viện nhi Đồng TP Hồ Chí Minh... cũng đã tiến hành phẫu thuật sửa toàn bộ TAPVC. Kết quả điều trị phẫu thuật bước đầu ở các trung tâm của Việt Nam tương đối khả thi.

Chẩn đoán bệnh sớm là vô cùng cần thiết để cứu sống bệnh nhân. Dựa vào lâm sàng và các phương pháp cận lâm sàng như siêu âm tim, thông tim, cộng hưởng từ tim, cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT), hiện nay tỷ lệ chẩn đoán đúng bệnh ngày càng tăng. Hiện nay người ta thường đưa ra so sánh vai trò giữa siêu âm và MSCT trong chẩn đoán xác định các thể bệnh TAPVC, cân nhắc và đưa ra những hạn chế của siêu âm và MSCT nhưng chưa có nhiều nghiên cứu trong nước so sánh hai phương pháp này. Hiểu biết về giải phẫu và tĩnh mạch dẫn lưu là rất quan trọng để lập kế hoạch trước mổ. Để phục vụ cho các nhà lâm sàng trong việc đưa ra chỉ định cận lâm sàng đáng tin cậy và thực hiện quyết định điều trị tối làm đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật tại khoa ngoại tim mạch và chẩn đoán là bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi thể toàn phần, được chụp MSCT và siêu âm.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được phẫu thuật, có chẩn đoán sau phẫu thuật và mô

tả chi tiết biên bản phẫu thuật theo những mục mẫu bệnh án cần.

Bệnh nhân được chụp MSCT theo đúng protocol và kỹ thuật chụp, được đọc kết quả bởi bác sĩ có kinh nghiệm >5 năm.

Bệnh nhân được siêu âm bởi bác sĩ có kinh nghiệm >5 năm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin. Chụp MSCT không đúng protocol và kỹ thuật.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Chẩn đoán hình ảnh, trung tâm tim mạch bệnh viện nhi trung ương.

Thời gian nghiên cứu: Tháng 01/2022 đến tháng 08/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Phương pháp thu thập số liệu: Hồi cứu.

Cỡ mẫu: toàn bộ

Chọn mẫu thuận tiện: tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là bệnh lý bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần.

Kỹ thuật chụp MSCT tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Nhi trung ương:

- Phương tiện nghiên cứu: Máy Siemens Definition Flash 2 đầu bóng, máy siêu âm Philips antifi 70.

- Điện áp được điều chỉnh theo trọng lượng bệnh nhân. (70-80 kV)

- Dòng điện là 10 m A/ kg cho bệnh nhân nặng dưới 9 kg và 5 mA cho mỗi kg bệnh nhân tiếp theo.

- Test bolus được dùng trong phần lớn BN.

- Thuốc cản quang không ion hóa 350 mg/ml. (Xenetix, Guerbet).

- Liều tiêm tĩnh mạch 1-1,2 ml/kg cân nặng.

- Tốc độ tiêm 0,7-0,8 ml/s tùy theo cân nặng và vị trí đặt kim, thêm 10-30 ml nước muối sinh lý để đẩy thuốc.

2.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu

• Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu: giới tính, tuổi, tiền sử

• Mối liên quan giữa thể bệnh và dị tật kèm theo

• Phân tích độ nhạy, độ đặc hiệu của MSCT và siêu âm với từng type bệnh, trong chẩn đoán tắc nghẽn tĩnh mạch phổi.

• Phân bố bệnh theo giới tính, tuổi, tiền sử.

• Độ phù hợp giữa hai phương pháp siêu âm và MSCT so với phẫu thuật trong chẩn đoán thể bệnh

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá biến số, chỉ số nghiên cứu

• Tĩnh mạch phổi tắc nghẽn: đường kính tĩnh mạch phổi hoặc đường dẫn lưu rãnh mạch giảm $\geq 50\%$ so với đường kính lớn nhất đo được

hoặc tĩnh mạch dẫn lưu có kết nối với tĩnh mạch cửa. Trên siêu âm vận tốc dòng chảy tĩnh mạch phổi đỉnh là $\geq 1,8$ m/s tại tĩnh mạch dẫn lưu, phát hiện dòng chảy liên tục hoặc không xung, hoặc phát hiện tắc nghẽn trong phẫu thuật. ⁶

- Độ phù hợp giữa hai phương pháp siêu âm và MSCT so với phẫu thuật trong chẩn đoán bệnh, thể bệnh và chẩn đoán tắc nghẽn dựa vào chỉ số kappa trong SPSS 20.

- Độ đặc hiệu = Số trường hợp âm tính thật/ (số trường hợp âm tính thật + số trường hợp dương tính giả)

- Độ nhạy = Số trường hợp dương tính thật/ (số trường hợp dương tính thật+ số trường hợp âm tính giả)

- Sự khác biệt giữa hai biến định tính được tính theo kiểm định Chi square/Fisher exact trong SPSS.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu. Dựa trên mẫu hồ sơ bệnh án bệnh lý bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi được lưu giữ tại Bệnh viện nhi trung ương để thu thập những thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

Phương tiện nghiên cứu: Máy Siemens Definition Flash 2 đầu bóng, máy siêu âm Philips antifi 70.

Công tác thu thập số liệu sẽ thực hiện trong tháng 01 năm 2022 đến hết tháng 12/2024, ngay sau khi đề cương nghiên cứu được thông qua cùng với sự chấp thuận cho tiến hành nghiên cứu.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

Tính độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán tắc nghẽn của siêu âm và MSCT.

Tính độ phù hợp trong chẩn đoán bệnh, thể bệnh của siêu âm và MSCT theo chỉ số Cohen's kappa.

Sự khác biệt giữa hai biến định tính được tính theo kiểm định Chi square/ Fisher exact trong SPSS.

2.7. Sai số và cách khống chế sai số

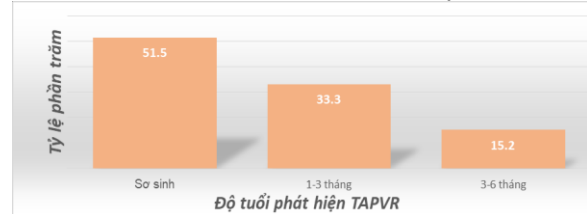
Sai số có thể gặp: Việc thu thập thông tin chủ yếu thông qua bệnh án có sẵn và dựa vào bệnh án, nghiên cứu được tự thiết kế, nên có thể không đồng nhất thông tin giữa bệnh án tại Bệnh viện và bệnh án nghiên cứu.

Sai số trong quá trình nhập liệu:

Cách khắc phục: Trong quá trình nhập số liệu, bộ số liệu được nhập lại 10% số phiếu nhằm kiểm tra thông tin nhập một cách kỹ lưỡng nhất, hạn chế sai số một cách tối đa. Trong quá trình điều tra, giảm thiểu sai số bằng cách xin ý kiến chuyên gia về mẫu bệnh án nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 33 bệnh nhân tiến hành nghiên cứu, có 17 bệnh nhi được phát hiện ở tuổi sơ sinh, 11 bệnh nhi được phát hiện ở 1-3 tháng, 5 bệnh nhi phát hiện ở 3-6 tháng. Có 14 bệnh nhi thuộc thể trên tim, 8 bệnh nhi thể tại tim, 10 bệnh nhi thể dưới tim và một bệnh nhi thể hỗn hợp.



Biểu đồ 1: Biểu đồ độ tuổi

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm tuổi với $p = 0,038$. Trong nhóm nghiên cứu, độ tuổi hay gặp nhất là trẻ sơ sinh, chiếm 51,5%, độ tuổi ít gặp nhất là 3-6 tháng tuổi. Điều này cho thấy hiện nay bệnh lý được phát hiện và chẩn đoán rất sớm, ngay lúc trẻ ở độ tuổi sơ sinh

Bảng 3.1. Đối chiếu kết quả siêu âm với kết quả phẫu thuật về type bệnh

Type bệnh	Phẫu thuật	Siêu âm tim			
		Dương tính thật	Âm tính thật	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
I	14	13	17	92,8%	89,4%
II	8	6	25	75%	100%
III	10	10	22	100%	95,7%
IV	1	0	32	0%	96,7%

Nhận xét: Trong chẩn đoán thể bệnh: Độ nhạy chẩn đoán type III cao nhất (100%), còn type IV là 0%. Điều này cho thấy đối với thể dưới tim, tỷ lệ chẩn đoán dương tính thật trên siêu âm là chính xác tuyệt đối, còn đối với thể hỗn hợp bị chẩn đoán nhầm sang thể khác=> dễ bỏ sót trên siêu âm.

Bảng 3.2. Đối chiếu kết quả MSCT với kết quả phẫu thuật về type bệnh

Type bệnh	Phẫu thuật	Siêu âm tim			
		Dương tính thật	Âm tính thật	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
I	14	14	18	100%	100%
II	8	8	25	100%	100%
III	10	10	23	100%	100%
IV	1	0	32	0%	100%

Nhận xét: Trong chẩn đoán thể bệnh: Độ nhạy, độ đặc hiệu của MSCT đối với các type bệnh bằng 100%. Chưa phát hiện case nào chẩn đoán type bệnh sai trên MSCT. Theo tác giả Osama MSCT mô tả chính xác các loại TAPVR các dị thường tĩnh mạch phổi với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 100%. Độ đặc hiệu của siêu âm tim

là 50% cho cả hai phát hiện⁷. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 3.3. So sánh chẩn đoán vị trí đổ về thể dưới tim giữa siêu âm và phẫu thuật

			Phẫu thuật		Total
			HV	PV	
Siêu âm	HV	Count	2	5	7
	PV	Count	0	3	3
Total		Count	2	8	10

Nhận xét: Trong chẩn đoán vị trí đổ về dưới tim, giá trị của siêu âm là:

Độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán vị trí đổ về HV lần lượt là 100% và 37,5%, trong chẩn đoán vị trí đổ về PV lần lượt là 37,5% và 100%.

Bảng 3.4. So sánh chẩn đoán vị trí đổ về thể dưới tim giữa MSCT và phẫu thuật

			Phẫu thuật		Total
			HV	PV	
MSCT	HV	Count	2	1	3
	PV	Count	0	7	7
Total		Count	2	8	10

Nhận xét: Trong chẩn đoán vị trí đổ về dưới tim, giá trị của MSCT là: Độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán vị trí đổ về HV lần lượt là 100% và 87,5%, trong chẩn đoán vị trí đổ về PV lần lượt là 87,5 và 100%.

Bảng 3.5. So sánh chẩn đoán tắc nghẽn giữa siêu âm và phẫu thuật

Phương pháp chẩn đoán		Số lượng (n)		Tổng
		Tắc nghẽn	Không tắc nghẽn	
Siêu âm	Tắc nghẽn	13	6	19
	Không tắc nghẽn	2	12	14
Tổng		15	18	33

Nhận xét: Trong số 33 bệnh nhân nghiên cứu, có 18 ca không tắc nghẽn, 15 ca tắc nghẽn, trong đó siêu âm chẩn đoán đúng 12 ca không tắc nghẽn, 13 ca tắc nghẽn. Như vậy độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm trong chẩn đoán tắc nghẽn lần lượt là 86,7% và 66,67%.

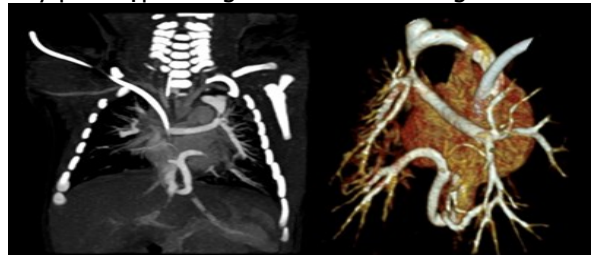
Bảng 3.6. So sánh chẩn đoán tắc nghẽn giữa MSCT và phẫu thuật

Phương pháp chẩn đoán		Số lượng (n)		Tổng
		Tắc nghẽn	Không tắc nghẽn	
MSCT	Tắc nghẽn	15	0	15
	Không tắc nghẽn	0	18	18
Tổng		15	18	33

Nhận xét: Trong số 33 bệnh nhân nghiên cứu, có 18 ca không tắc nghẽn, 15 ca tắc nghẽn, trong đó siêu âm chẩn đoán đúng 18 ca không tắc nghẽn, 15 ca tắc nghẽn. Như vậy độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm trong chẩn đoán tắc nghẽn lần lượt là 100% và 100%.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 33 bệnh nhân nghiên cứu, Trong chẩn đoán thể bệnh: Đối với siêu âm độ nhạy chẩn đoán type III cao nhất (100%), còn type IV là 0%. Điều này cho thấy đối với thể dưới tim, tỷ lệ chẩn đoán dương tính thật trên siêu âm là chính xác tuyệt đối, còn đối với thể hỗn hợp bị chẩn đoán nhầm sang thể khác=> dễ bỏ sót trên siêu âm. Độ nhạy, độ đặc hiệu của MSCT đối với các type bệnh bằng 100%. Chưa phát hiện case nào chẩn đoán type bệnh sai trên MSCT. Có 10 ca thể dưới tim, trong chẩn đoán vị trí đổ về dưới tim: siêu âm có độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán vị trí đổ về HV lần lượt là 100% và 37,5%, trong chẩn đoán vị trí đổ về PV lần lượt là 37,5% và 100% thấp hơn so với MSCT: độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán vị trí đổ về HV lần lượt là 100% và 87,5%, trong chẩn đoán vị trí đổ về PV lần lượt là 87,5 và 100%. Có 18 ca không tắc nghẽn, 15 ca tắc nghẽn, trong đó siêu âm chẩn đoán đúng 12 ca không tắc nghẽn, 13 ca tắc nghẽn, thấp hơn so với MSCT chẩn đoán đúng 18 ca không tắc nghẽn, 15 ca tắc nghẽn. Như vậy độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm trong chẩn đoán tắc nghẽn lần lượt là 86,7% và 66,67% thấp hơn độ nhạy, độ đặc hiệu của MSCT trong chẩn đoán tắc nghẽn lần lượt là 100% và 100%. Một số nghiên cứu trên thế giới cho rằng với n=75 sự khác biệt độ nhạy chẩn đoán giữa MSCT và siêu âm: trên tim (94,4% so với 82,2%, p = 0,001), tại tim (98,7% so với 91,1%, p = 0,089), dưới tim (100% so với 57,1%, p = 0,096)⁸. Nghiên cứu theo Enaba, M. & et al cho rằng độ nhạy và độ đặc hiệu MSCT trong chẩn đoán TAPVC lần lượt là 97,7% và 95,5%⁹. Theo nghiên cứu của Suzel, Về chẩn đoán về số lượng và vị trí dẫn lưu của tĩnh mạch phổi dị thường, độ chính xác của MSCT là 98% (49/50) và 93,8% (15/16), trong khi độ chính xác của siêu âm tim là 80% (40/50). và 56,3% (16/9). Có sự khác biệt thống kê giữa hai phương thức (P < 0,05)¹⁰. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.



Hình 1. Bệnh nhân nam, 2 ngày tuổi
MSCT: TAPVC thể hỗn hợp, Siêu âm: TAPVC thể trên tim. Phẫu thuật: TAPVC thể hỗn hợp.

Ca lâm sàng trên cho thấy siêu âm hạn chế trong chẩn đoán TAPVC thể hỗn hợp, MSCT cho cái nhìn toàn diện và hình ảnh 3D về đường đi tĩnh mạch phổi.

V. KẾT LUẬN

TAPVC hay gặp gặp ở tuổi sơ sinh. Dị tật kèm theo hay gặp nhất là thông liên nhĩ, đặc biệt trường hợp thể trên tim. Trong 33 đối tượng nghiên cứu: 100% bệnh nhân được chẩn đoán xác định chính xác trên siêu âm và MSCT. Trong chẩn đoán thể bệnh, chẩn đoán đường đi, vị trí đổ về, chẩn đoán hẹp và tắc nghẽn, vị trí hẹp và tắc nghẽn MSCT chẩn đoán chính xác 100%, còn siêu âm còn có vài trường hợp sai. Siêu âm tim -> lựa chọn đầu tay, có thể làm cấp cứu tại giường -> có thể giới hạn ở một số trường hợp do trường quan sát nhỏ. MSCT: đánh giá vị trí đổ về của tĩnh mạch thẳng, đánh giá tuần hoàn phụ trong trường hợp tắc nghẽn tĩnh mạch thẳng. Nhược điểm duy nhất của MSCT là liều chiếu xạ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, MSCT có giá trị cao hơn siêu âm về mọi mặt. MSCT đánh giá TAPVC chính xác trong chẩn đoán xác định, đánh giá tổn thương kèm theo, đánh giá tắc nghẽn, vị trí tắc nghẽn >> lập kế hoạch điều trị phẫu thuật. Đặc biệt với thể dưới tim, chẩn đoán vị trí đổ về và vị trí tắc nghẽn trên siêu âm còn nhiều trở ngại, tỷ lệ sai sót nhiều hơn so với MSCT.

Đề xuất: Sử dụng MSCT trong chẩn đoán TAPVC, đặc biệt thể dưới tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abuhamad, A. & Chaoui, R.** A practical guide to fetal echocardiography: normal and abnormal

- hearts. (Lippincott Williams & Wilkins, 2010).
2. **Epifanio, P., Emanuel Amaral, M. & Moreira, A.** Total anomalous pulmonary venous return. *Rev Port Cardiol* 35 (2016).
 3. **Yanagawa, B. et al.** Primary sutureless repair for "simple" total anomalous pulmonary venous connection: midterm results in a single institution. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 141, 1346-1354 (2011).
 4. **Michielon, G. et al.** Total anomalous pulmonary venous connection: long-term appraisal with evolving technical solutions. *European journal of cardio-thoracic surgery* 22, 184-191 (2002).
 5. **Nguyễn, M. H. et al.** Kết quả phẫu thuật bắt thường hồi lưu tĩnh mạch phổi về tim hoàn toàn với phương pháp "không khâu chỉ" tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. (2021).
 6. **Harada, T., Nakano, T., Oda, S. & Kado, H.** Surgical results of total anomalous pulmonary venous connection repair in 256 patients. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery* 28, 421-426 (2019).
 7. **Osama, A.** Role of multi-slice CT angiography in the evaluation of pulmonary venous anomalies. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine* 44, 193-201 (2013).
 8. **Jiang, L. et al.** Preoperative evaluation of anomalous pulmonary venous connection using dual-source computed tomography: Comparison with echocardiography. *European Journal of Radiology* 94, 107-114 (2017).
 9. **Enaba, M. M., Hasan, D. I., Alsowey, A. M. & Elsayed, H.** Multidetector computed tomography (CT) in evaluation of congenital cyanotic heart diseases. *Polish Journal of Radiology* 82, 645 (2017).
 10. **Xu, Z., Yu, J., Li, X., Chen, D., Luo, Y. & Peng, L.** Evaluation of anomalous pulmonary venous connection: comparison between dual-source CT and echocardiography. *Sheng wu yi xue Gong Cheng xue za zhi= Journal of Biomedical Engineering= Shengwu Yixue Gongchengxue Zazhi* 30, 272-277, 311 (2013).

SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU NGOÀI MÀNG CỨNG BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN BẰNG HỖN HỢP ROPIVACAIN – FENTANYL VỚI BUPIVACAIN - FENTANYL SAU PHẪU THUẬT BỤNG

Nguyễn Tiến Đức¹, Phan Anh Trâm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả giảm đau sau mổ của phương pháp gây tê ngoài màng cứng bệnh nhân

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đức

Email: ducgiangbs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

tự điều khiển bằng hỗn hợp ropivacain 0,125% - fentanyl 2µg/ml (nhóm RF) với bupivacain 0,125% - fentanyl 2µg/ml (nhóm BF) sau phẫu thuật bụng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh có đối chứng trên 82 bệnh nhân dùng phương pháp giảm đau PCEA sau phẫu thuật mở ổ bụng vùng trên rốn tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 2/2022 đến tháng 8/2022. **Kết quả:** Trung bình điểm VAS lúc nghỉ thời điểm H₀/H_{0.5} nhóm RF là 6,29±1,03/1,83±0,67, nhóm BF là 6,17±0,83/ 1,73±0,59 trong khi lúc vận động tương ứng là 6,66 ± 0,94/3,41 ± 0,92 và 6,59 ± 0,89/ 3,44 ± 0,86. Tổng số lần bấm yêu cầu giảm đau