

nghiên cứu này chúng tôi theo dõi trong vòng 3 tháng nên đã lấy tiêu chuẩn thành công thấp hơn.

Về tỷ lệ thành công giữa tháng thứ 1 và 3 sau can thiệp, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt rõ rệt về 3 tiêu chí (trừ thẩm mỹ) khi đánh giá trên toàn bộ nhóm bệnh nhân. Tiêu chí thẩm mỹ có sự gia tăng đáng kể mức cải thiện ở tháng thứ 3 so với tháng thứ 1, nhưng sự khác biệt này đến từ nhóm được can thiệp lần 2. Do vậy khi xét trong nhóm chỉ can thiệp 1 lần, mức điểm thẩm mỹ gần như không thay đổi ( $p=1,00$ ). Để hiểu rằng nhóm được can thiệp lần 2 có 1 phần nguyên nhân do mức cải thiện về mặt thẩm mỹ sau lần tiêm 1 là không nhiều, do vậy lần tiêm thứ 2 sẽ góp phần gia tăng mức giảm thể tích nhân và điểm thẩm mỹ hơn cho những bệnh nhân này.

## V. KẾT LUẬN

Tiêm cồn tuyệt đối điều trị nang giáp dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp có hiệu quả cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Park HS, Baek JH, Choi YJ, Lee JH. Innovative

- Techniques for Image-Guided Ablation of Benign Thyroid Nodules: Combined Ethanol and Radiofrequency Ablation. Korean J Radiol. 2017; 18(3): 461-469. doi:10.3348/kjr.2017.18.3.461
2. Hahn SY, Shin JH, Na DG, et al. Ethanol Ablation of the Thyroid Nodules: 2018 Consensus Statement by the Korean Society of Thyroid Radiology. Korean J Radiol. 2019;20(4):609-620. doi:10.3348/kjr.2018.0696
3. Felício JS, Conceição AMS, Santos FM, et al. Ultrasound-Guided Percutaneous Ethanol Injection Protocol to Treat Solid and Mixed Thyroid Nodules. Front Endocrinol. 2016;7:52. doi:10.3389/fendo.2016.00052
4. Halenka M, Munteanu H, Obereigneru R, Dohnal R, Karasek D, Schovanek J. Ethanol ablation of thyroid cysts in the young with a focus on efficacy and quality of life. Eur Thyroid J. 2023;12(5):e230085. doi:10.1530/ETJ-23-0085
5. Nguyễn Thị Thu Duyên. Đánh giá kết quả bước đầu điều trị tổn thương nang lạnh tính tuyến giáp bằng phương pháp tiêm cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm. Tạp Chí Học Việt Nam. 2017; 10(2):1-4.
6. Deandrea M, Trimboli P, Creanza A, et al. Long-term follow-up of cystic thyroid nodules treated with percutaneous ethanol injection (PEI) using two different approaches. Eur J Endocrinol. 2020;183(5):489-495. doi:10.1530/EJE-20-0213

# KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT BẮC CẦU ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN BỆNH MẠCH VÀNH CÓ CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT TRÁI GIẢM

Nguyễn Hoàng Định<sup>1,2</sup>, Nguyễn Lê Phước<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Khôi<sup>3</sup>, Nguyễn Thái An<sup>3</sup>, Trần Minh Bảo Luân<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật bắc cầu động mạch vành ở bệnh nhân bệnh mạch vành đơn thuần có chức năng tâm thu thất trái giảm. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân bệnh mạch vành đơn thuần có phân suất tổng máu thất trái  $\leq 40\%$ , được phẫu thuật bắc cầu động mạch vành tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2023 đến 06/2024. **Kết quả:** 84 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là  $60,1 \pm 9,7$  tuổi, nam giới chiếm 70,2%, thể trạng trung bình chiếm 52,4%. Bệnh lý nội khoa và các yếu tố nguy cơ thường gặp là: tăng huyết áp 73,8%; rối loạn lipid máu 66,7%; tiền sử nhồi máu

cơ tim 54,8% và hút thuốc lá 52,4%. Tổn thương 3 nhánh ĐMV là 83,3%; thân chung trái là 39,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $265,0 \pm 55,9$  phút. Số cầu nối trung bình  $3,9 \pm 1,1$  cầu nối. Thời gian thở máy trung vị là 15,8 giờ. Thời gian nằm hồi sức trung vị là 5 ngày; thời gian nằm viện trung vị là 28 ngày. Tỷ lệ tử vong nội viện là 7,1%. Các yếu tố có sự khác biệt dựa trên kết cục tử vong: tiền sử bệnh phổi mạn tính, lượng máu mất trong mổ và sốc tim. **Kết luận:** Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành ở bệnh nhân bệnh động mạch vành đơn thuần có chức năng thất trái giảm ghi nhận kết quả sớm khả quan với nguy cơ chấp nhận được. **Từ khóa:** phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, phân suất tổng máu thất trái thấp.

## SUMMARY

### EARLY RESULTS OF CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING IN LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION PATIENTS AT CHO RAY HOSPITAL

**Objectives:** Evaluating early outcome of coronary artery bypass grafting (CABG) in isolated coronary artery disease (CAD) patients with left

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>3</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Bảo Luân

Email: luan.tmb@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024

ventricular dysfunction. **Patients and methods:** Retrospective case series in patients with CAD and LVEF  $\leq 40\%$  undergoing CABG in Cho Ray hospital from January 2023 to June 2024. **Results:** 84 patients were included in study, the mean age was  $60.1 \pm 9.7$ ; 70.2% were male and 52.4% of patients had normal BMI. Common comorbidities and risk factors were hypertension 73.8%; dyslipidemia 66.7%; history of myocardial infarction 54.8% and smoking 52.4%. Three-vessels disease accounted for 83.3% and left main disease accounted for 39.3%. Mean operative time was  $265.0 \pm 55.9$  minutes. Average number of grafts was  $3.9 \pm 1.1$ . Median mechanical ventilation time was 15.8 hours. Median length of stay in intensive care and median length of stay in hospital were 5 days and 28 days, respectively. In-hospital mortality was 7.1%. Factors related to mortality were history of chronic lung disease, intraoperative blood loss, and cardiogenic shock. **Conclusion:** CABG in isolated coronary artery disease patients with left ventricular systolic dysfunction had shown a favorable early results and acceptable risks.

**Keywords:** coronary artery bypass grafting, left ventricular dysfunction.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là một trong những nguyên nhân tử vong chiếm tỉ lệ cao nhất trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, tử vong do bệnh tim thiếu máu cục bộ tăng 40,1% trong giai đoạn từ năm 2009 đến năm 2019, và đứng thứ 2 trong các nguyên nhân gây tử vong hàng đầu (xếp sau đột quỵ).<sup>1,2</sup> Điều trị bệnh động mạch vành gồm nhiều phương pháp như: thay đổi lối sống, kiểm soát yếu tố nguy cơ, điều trị tối ưu nội khoa bằng thuốc và tái tưới máu bằng can thiệp hay phẫu thuật. Bệnh nhân bệnh mạch vành có rối loạn chức năng thất trái, trước đây được xem là nhóm bệnh nhân không thể phẫu thuật vì nguy cơ chu phẫu rất cao.

Những nghiên cứu được tiến hành sớm về phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (PTBCĐMV) cũng loại trừ nhóm bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái (PSTMTT) thấp ra khỏi nghiên cứu. Gần đây, đã có những nghiên cứu về tái tưới máu động mạch vành được tiến hành trên nhóm bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm và cho thấy đây có thể là phương pháp tái tuần hoàn khả thi cho những bệnh nhân này.<sup>3</sup> Cho đến nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật bắc cầu động mạch vành ở bệnh nhân bệnh mạch vành đơn thuần có chức năng thất trái giảm. Nghiên cứu dưới đây khảo sát kết quả sớm của PTBCĐMV ở những bệnh nhân bệnh mạch vành có PSTMTT giảm.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật bắc cầu động mạch vành ở bệnh nhân bệnh mạch vành đơn thuần có chức năng tâm thu thất trái giảm tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả loạt ca.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** những bệnh nhân bệnh mạch vành đơn thuần có phân suất tống máu thất trái  $\leq 40\%$  (đo bằng phương pháp Simpson), được phẫu thuật bắc cầu động mạch vành tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2023 đến 6/2024.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** những trường hợp bệnh cơ tim không do thiếu máu, có phẫu thuật tim khác kèm theo (van tim, động mạch chủ).

**Thu thập số liệu:** Các số liệu được thu thập từ mỗi bệnh nhân gồm: thông tin nhân trắc học, yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa, tiền sử (nhồi máu cơ tim, can thiệp động mạch vành qua da, đột quỵ, phẫu thuật tim), bệnh lý kèm theo (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn, bệnh phổi mạn tính), tổn thương động mạch vành, PSTMTT (được đo bằng siêu âm tim bằng phương pháp Simpson), mức độ khẩn cấp của phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, số cầu nối. Kết cục chính là tử vong nội viện. Các kết quả sớm ghi nhận: thời gian thở máy, thời gian sử dụng thuốc vận mạch, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện. Các biến chứng hậu phẫu ghi nhận: hội chứng cung lượng tim thấp, nhồi máu cơ tim sau mổ, rối loạn nhịp sau mổ, tổn thương thận cấp cần lọc thận, chảy máu phải mổ lại, viêm phổi, sốc nhiễm trùng.

**Phương pháp xử lý số liệu:** dữ liệu được quản lý, mã hóa bằng phần mềm Microsoft Excel và xử lý số liệu bằng phần mềm R.

**Đạo đức trong nghiên cứu:** nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược TP.HCM, quyết định số 101/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 16/01/2024.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2024 tại khoa Hồi sức – Phẫu thuật tim Bệnh viện Chợ Rẫy, ghi nhận được 84 trường hợp bệnh mạch vành có PSTMTT giảm được PTBCĐMV đơn thuần.

**Đặc điểm chung:** Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

**Bảng 1: Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu**

| Đặc điểm                 | Chung (n=84) |
|--------------------------|--------------|
| Tuổi                     | 60,1±9,7     |
| Giới tính: Nam (%)       | 59 (70,2)    |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | 22,6±3,0     |
| NYHA III-IV, n (%)       | 50 (59,5)    |

|                                           |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| Yếu tố nguy cơ và bệnh kèm theo, n(%)     |           |
| - Tăng huyết áp                           | 62 (73,8) |
| - Đái tháo đường                          | 35 (41,7) |
| - Hút thuốc lá                            | 44 (52,4) |
| - Bệnh thận mạn                           | 19 (22,6) |
| - Bệnh phổi mạn tính                      | 7 (8,3)   |
| - Rối loạn lipid máu                      | 56 (66,7) |
| - Bệnh mạch máu ngoại biên                | 12 (14,3) |
| - Tiền sử nhồi máu cơ tim                 | 46 (54,8) |
| Bệnh cảnh lâm sàng, n (%)                 |           |
| - Nhồi máu cơ tim ST chênh lên            | 5 (6,0)   |
| - Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên      | 36 (42,9) |
| - Đau thắt ngực không ổn định             | 16 (19,0) |
| - Đau thắt ngực ổn định                   | 27 (32,1) |
| Đặc điểm tổn thương động mạch vành, n (%) |           |
| - Hẹp > 50% thân chung trái               | 33 (39,3) |
| - Bệnh thân chung+3 nhánh mạch vành       | 26 (31,0) |
| - Bệnh thân chung+2 nhánh mạch vành       | 6 (7,1)   |
| - Bệnh thân chung+1 nhánh mạch vành       | 1 (1,2)   |
| - Bệnh 3 nhánh mạch vành                  | 44 (52,4) |
| - Bệnh 2 nhánh mạch vành                  | 7 (8,3)   |
| LVDd (mm)                                 | 60,1±6,8  |
| LVEF (%)                                  | 34,5±4,8  |
| TAPSE (mm)                                | 18,3±2,3  |

Số liệu được trình bày dưới dạng: Trung bình ± độ lệch chuẩn, số lượng (tỉ lệ phần trăm).

**Đặc điểm trong phẫu thuật:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 265,0 ± 55,9 phút. Phẫu thuật bán cấp – cấp cứu chiếm 13,1%. Phẫu thuật không THNCT 85,7%; phẫu thuật chuyển THNCT hỗ trợ 1,2%. Số cầu nối trung bình 3,9 ± 1,1 cầu nối; ít nhất 1 cầu nối; nhiều nhất 6 cầu nối. Sử dụng bóng đối xung nội động mạch chủ 2 trường hợp, chiếm 2,4% (1 trường hợp đặt ngay sau mổ, 1 trường hợp đặt vào ngày 2 hậu phẫu). Sử dụng ECMO 2 trường hợp, chiếm 2,4% (cả 2 trường hợp đều đặt ngay sau mổ). Bảng 2 trình bày số liệu về đặc điểm các thông số trong phẫu thuật.

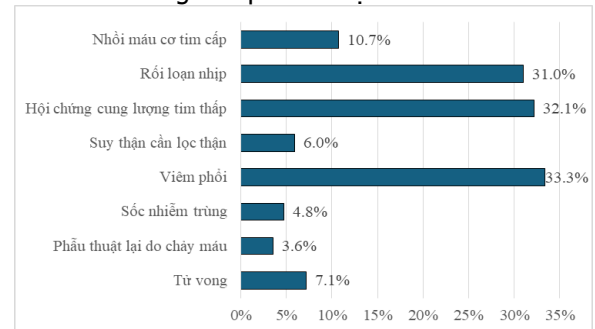
**Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật**

| Thông số                         | n=84       |
|----------------------------------|------------|
| Đường mổ ngực                    |            |
| - Giữa xương ức                  | 81 (96,4)  |
| - Mổ ngực trái                   | 3 (3,6)    |
| Phẫu thuật bán cấp – cấp cứu     | 11 (13,1)  |
| Thời gian phẫu thuật (phút)      | 265,0±55,9 |
| Kỹ thuật bắc cầu, n (%)          |            |
| - Off-pump                       | 72 (85,7)  |
| - On-pump không ngưng tim        | 11 (13,1)  |
| - Off-pump chuyển on-pump        | 1 (1,2)    |
| Thời gian THNCT (phút) (n = 12)  | 88,8±28,8  |
| Số cầu nối trung bình            | 3,9±1,1    |
| Kep bán phần động mạch chủ, n(%) | 64 (76,2)  |
| Lượng máu mất trong mổ (ml)      | 393±201    |

|                                            |         |
|--------------------------------------------|---------|
| Hồng cầu lắng truyền trong mổ (đơn vị)     | 1,9±1,1 |
| Đặt bóng đối xung nội động mạch chủ, n (%) | 2 (2,4) |
| Đặt ECMO, n (%)                            | 2 (2,4) |

Số liệu được trình bày dưới dạng: Trung bình ± độ lệch chuẩn, số lượng (tỉ lệ phần trăm)

**Kết quả hậu phẫu:** Thời gian thở máy trung vị là 15,8 giờ. Thời gian sử dụng thuốc vận mạch trung vị là 89,3 giờ; số thuốc vận mạch sử dụng trung bình là 1,2 ± 0,8 thuốc. Thời gian nằm hồi sức trung vị là 5 ngày; thời gian nằm viện trung vị là 28 ngày. Biểu đồ 1 trình bày tỉ lệ các biến chứng sau phẫu thuật.



**Biểu đồ 1: Tỉ lệ các biến chứng hậu phẫu**

Có 6 trường hợp tử vong trong nghiên cứu, chiếm 7,1%, trong đó 3 trường hợp tử vong do suy tim không hồi phục, 1 trường hợp do rung thất, 2 trường hợp còn lại tử vong do sốc nhiễm trùng.

**Tử vong nội viện và một số yếu tố**

Tử vong nội viện và bệnh phổi mạn: Tỉ lệ bệnh nhân có tiền căn bệnh phổi mạn trong nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân ổn định (50,0% so với 5,1%), p=0,007 (χ<sup>2</sup> Test).

Tử vong nội viện và lượng máu mất trong mổ: Nhóm bệnh nhân tử vong ghi nhận lượng máu mất trung bình cao hơn so với nhóm bệnh nhân ổn định (650 ± 187ml so với 373 ± 189ml), p=0,014 (T-test).

Tử vong nội viện và sốc tim: Tỉ lệ sốc tim sau phẫu thuật cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân tử vong so với nhóm bệnh nhân ổn định (50% so với 0%), p < 0,001 (Fisher test).

**IV. BÀN LUẬN**

Bệnh động mạch vành có chức năng tâm thu thất trái giảm đặt ra một thách thức lớn trong điều trị, đặc biệt là điều trị phẫu thuật. Nhóm bệnh nhân này có nguy cơ chu phẫu rất cao, đối mặt với nguy cơ suy tim tiến triển sau mổ. Điều trị ổn định tình trạng nội khoa, tối ưu chức năng cơ bóp cơ tim trước phẫu thuật được khuyến cáo ở những bệnh nhân bệnh động mạch vành có

suy thất trái. Các biện pháp hỗ trợ cơ học như đặt bóng đối xung nội động mạch chủ, hay ECMO có thể được cân nhắc khi bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa tích cực.<sup>4</sup> Can thiệp động mạch vành qua da là một phương pháp ít xâm lấn hơn so với phẫu thuật, tuy nhiên có những hạn chế như: không tái tưới máu toàn diện được ở những trường hợp sang thương phức tạp và nguy cơ can thiệp lại cao hơn. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành được xem là ưu thế hơn ở những trường hợp bệnh mạch vành có tổn thương mạch vành phức tạp, đái tháo đường và rối loạn chức năng thất trái.<sup>5,6</sup> Tuy nhiên, những bệnh nhân có chức năng thất trái thấp trước phẫu thuật đối mặt với những nguy cơ hậu phẫu cao hơn như: suy tim, nhồi máu cơ tim, đột quỵ và tử vong. Vì vậy, đánh giá và phân tầng nguy cơ trước mổ, nhận biết và tối ưu các yếu tố có thể ảnh hưởng đến dự hậu, chẩn đoán và điều trị sớm các biến chứng hậu phẫu đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng ở nhóm bệnh nhân này.

Về đặc điểm tổn thương động mạch vành trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận: 1,2% bệnh nhân tổn thương 1 động mạch vành (ĐMV); 15,5% tổn thương 2 ĐMV; 83,3% tổn thương 3 ĐMV; 39,3% tổn thương thân chung trái trong đó hẹp thân chung trái >90% chiếm 7,1%. Tổn thương thân chung trái là một tổn thương nặng và được xem là một trong những tiêu chuẩn để tiến hành phẫu thuật sớm. Về mặt giải phẫu, khi có hẹp thân chung trái sẽ có tuần hoàn phụ từ hệ động mạch vành phải sang. Do đó khi có tổn thương động mạch vành phải kèm theo với tổn thương thân chung trái, cơ tim sẽ bị thiếu máu trên diện rộng và nguy cơ tử vong cũng như biến cố tim mạch chu phẫu sẽ cao hơn so với không có tổn thương thân chung trái. Nghiên cứu cũng ghi nhận, nhóm bệnh nhân hẹp động mạch vành phải kèm hẹp thân chung trái có tỉ lệ tử vong cao hơn so với nhóm không hẹp thân chung trái kèm theo (16,1% so với 2,0%,  $p=0,027$ ).

Những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là: viêm phổi (33,3%), hội chứng cung lượng tim thấp (32,1%) và rối loạn nhịp (31,0%). Đây là những biến chứng thường gặp ở những bệnh nhân được phẫu thuật tim nói chung.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tử vong là 7,1%. Tỉ lệ tử vong so với các nghiên cứu khác, khá dao động như: Velazquez<sup>3</sup> (3,6%), Chong<sup>7</sup> (8,0%) và Rustenbach<sup>8</sup> (7,0%). Tử vong sau mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như: đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật, kinh

nghiệm và khả năng của đội ngũ phẫu thuật (nội khoa chẩn đoán và điều trị trước mổ, gây mê hồi sức tim, phẫu thuật viên và điều trị hồi sức sau mổ); phương tiện, trang thiết bị phục vụ cho phẫu thuật và hồi sức sau mổ. Chính vì vậy tỉ lệ tử vong rất khác nhau giữa các đối tượng bệnh nhân nghiên cứu, các nhóm nghiên cứu và các trung tâm điều trị khác nhau.

Trong các trường hợp tử vong do suy tim, có một trường hợp bệnh nhân nữ 59 tuổi nhập viện trong bệnh cảnh nhồi máu cơ tim cấp; hẹp 80% thân chung trái, hẹp 90% động mạch xuống trước trái, hẹp 90% động mạch mũ trái và tắc đoạn đầu động mạch vành phải. Bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường đang sử dụng insulin, tăng huyết áp, hẹp nặng động mạch khoeo – dưới gối hai bên, hẹp 80% động mạch cảnh phải. Bệnh nhân suy tim nặng trước mổ NYHA IV, LVEF 24% được chỉ định phẫu thuật cấp cứu để tái tuần hoàn hệ mạch vành sớm. Trong mổ bệnh nhân huyết động không ổn định nên được thiết lập THNCT hỗ trợ. Sau phẫu thuật được chỉ định thiết lập hệ thống ECMO ngoại biên để hỗ trợ chức năng cơ tim. Trong hồi sức theo dõi thiếu máu chân cấp và chảy máu. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật lại mở ngực cầm máu, chuyển ECMO trung tâm. Sau đó tình trạng tưới máu chân không cải thiện, chức năng tim cơ bóp kém (LVEF 12-15%), sử dụng 3 loại thuốc vận mạch với liều cao nhưng không cải thiện.

Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân có tiền căn bệnh phổi mạn tính, lượng máu mất trung bình trong mổ và tỉ lệ sốc tim sau mổ cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân tử vong so với nhóm bệnh nhân ổn định. Tuy nhiên, để xác định được các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng tử vong, cần phải tiến hành phân tích trên một nhóm dân số nghiên cứu lớn hơn.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành ở bệnh nhân bệnh động mạch vành đơn thuần có chức năng thất trái giảm tại bệnh viện Chợ Rẫy bước đầu ghi nhận kết quả sớm khả quan với tỉ lệ tử vong và nguy cơ hậu phẫu chấp nhận được. Nhận biết và điều trị sớm các biến chứng hậu phẫu có thể cải thiện tiên lượng tử vong nội viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CDC in Vietnam.** Accessed 04 June, 2023. <https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/vietnam/default.htm>
2. **Global Burden of Disease Compare, Vietnam.** Accessed 04 June, 2023. <https://www.healthdata.org/vietnam>

3. **Velazquez EJ, Lee KL, Deja MA, et al.** Coronary-artery bypass surgery in patients with left ventricular dysfunction. The New England journal of medicine. Apr 28 2011;364(17):1607-16. doi:10.1056/NEJMoa1100356
4. **Bakaeen FG, Gaudino M, Whitman G, et al.** 2021: The American Association for Thoracic Surgery Expert Consensus Document: Coronary artery bypass grafting in patients with ischemic cardiomyopathy and heart failure. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. Sep 2021; 162 (3): 829-850.e1. doi:10.1016/j.jtcvs.2021. 04.052
5. **Serruys PW, Morice M-C, Kappetein AP, et al.** Percutaneous Coronary Intervention versus Coronary-Artery Bypass Grafting for Severe Coronary Artery Disease. New England Journal of Medicine. 2009/03/05 2009;360(10):961-972. doi:10.1056/NEJMoa0804626
6. **Farkouh ME, Domanski M, Sleeper LA, et al.** Strategies for Multivessel Revascularization in Patients with Diabetes. New England Journal of Medicine. 2012/12/20 2012;367(25):2375-2384. doi:10.1056/NEJMoa1211585
7. **Chong CF, Fazuludeen AA, Tan C, Da Costa M, Wong PS, Lee CN.** Surgical coronary revascularization in severe left ventricular dysfunction. Asian cardiovascular & thoracic annals. Jan 2007;15(1):14-8. doi:10.1177/021849230701500104
8. **Rustenbach CJ, Sandoval Boburg R, Radwan M, et al.** Surgical Outcomes in Octogenarians with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction following Isolated Coronary Artery Bypass Grafting-A Propensity Score Matched Analysis. Journal of clinical medicine. Aug 6 2024; 13(16)doi:10.3390/jcm13164603

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT Ở TRẺ EM VỚI PHƯƠNG PHÁP THÁO LỒNG BẰNG HƠI TẠI KHOA NGOẠI NHI - BỆNH VIỆN SẢN NHI TRÀ VINH NĂM 2017

Lê Phước Lộc<sup>1</sup>, Lâm Văn Nút<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lồng ruột ở trẻ em; Đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp bơm hơi tháo lồng ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu tất cả bệnh nhi nhập viện tại khoa Ngoại Nhi được chẩn đoán là lồng ruột và có chỉ định tháo lồng bằng hơi. **Kết quả:** Giới tính: nam 57%, nữ 43%. Nhóm tuổi: trẻ < 12 tháng là 23,3%, từ 12-24 tháng chiếm 25,5% và trẻ ở nhóm tuổi > 24 tháng chiếm tỷ lệ 51,2%. Dinh dưỡng: cân nặng bình thường chiếm 91,9%; thừa cân là 7% và có 1 trường hợp trẻ suy dinh dưỡng chiếm 1,2%. Tiền sử mắc bệnh lồng ruột: có 23,3% trẻ bị lồng ruột tái phát, chưa mắc: mắc bệnh lồng ruột lần đầu chiếm 76,7%. Thời điểm nhập viện: đến sớm < 48 giờ chiếm 89,5%, muộn > 48 giờ: 10,5%. Dấu hiệu lâm sàng khi nhập viện của trẻ: hầu hết các trẻ đều có dấu hiệu đau bụng, quấy khóc chiếm 97,7%, nôn ói chiếm 66,3%, có 17% trẻ đi tiêu phân đàm máu. Khám thực thể ghi nhận: đa số trẻ không có dấu hiệu mất nước chiếm 97,7%, chỉ có 2,3% trẻ có dấu hiệu mất nước; có 12,8% trẻ bị chướng bụng và khi thăm khám sờ được khối lồng ruột chiếm 95,3%. Tình trạng toàn thân của trẻ lúc nhập viện: trẻ lừ đừ chiếm 26,7%, sốt có 17%, bỏ bú 31,4%. Đa số các trường hợp trẻ còn khỏe chưa có biểu hiện nặng. Kết quả siêu âm ghi nhận 98,8% phát hiện hình ảnh khối lồng qua siêu âm, các trường hợp

không có thực hiện chỉ định chụp Xquang bụng để hỗ trợ trong chẩn đoán. Đa số các trường hợp đều nhập viện trước 48 giờ chiếm 89,5%, có 10,5% nhập viện muộn sau 48 giờ. Đa số các trường hợp đều được tháo lồng bằng hơi thành công trong lần đầu chiếm 82,5%, có 15,1% phải tháo từ 2 lần trở lên, 1 trường hợp không tháo được, người nhà bệnh nhi xin chuyển tuyến trên, 1 trường hợp không tháo được phải chuyển mổ cấp cứu. **Kết luận:** Các dấu hiệu lâm sàng: có đầy đủ các dấu hiệu lâm sàng, đặc biệt là đau bụng, quấy khóc chiếm 97,7%. Dấu hiệu thực thể: sờ được khối lồng khi thăm khám chiếm 95,3%. Dấu hiệu toàn thân: chưa điển hình do bệnh nhi đến sớm, chỉ có dấu hiệu trẻ bỏ bú chiếm 31,4%. Cận lâm sàng: Siêu âm bụng phát hiện khối lồng ruột chiếm 98,8%. Kết quả tháo lồng bằng hơi: thành công trong 1 lần tháo chiếm 82,5%; tháo 2 lần trở lên: 15,1%; tháo không thành công: 2,4%. Phương pháp tháo lồng bằng hơi dưới siêu âm điều trị lồng ruột ở trẻ em là một phương pháp an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện. An toàn: không có tử vong, không tai biến, ít biến chứng. Hiệu quả: tỷ lệ thành công cao 97,6%. Để thực hiện: bơm hơi bằng máy tạo hơi, có thể áp dụng ở mọi cơ sở có trang bị siêu âm, Xquang và có khả năng phẫu thuật cấp cứu bụng để xử trí các tình huống tháo lồng thất bại hoặc có biến chứng vỡ ruột. **Từ khóa:** đánh giá kết quả, điều trị lồng ruột, tháo lồng bằng hơi.

### SUMMARY

**EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATING INTUBSTRUCTION IN CHILDREN WITH THE AIR DISSOLUTION METHOD AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRIC SURGERY - TRA VINH OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL IN 2017**

<sup>1</sup>Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phước Lộc

Email: bslephuocloc@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 3.12.2024