

1. **Nguyễn Xuân Hùng** (2001), "Rò hậu môn hình móng ngựa: chẩn đoán và điều trị", Ngoại khoa, số 3, 54-58.
2. **Avraham Belizon and Weiss E.G.** (2010). Complex Anal Fistula, Coloproctology, Chapter 13, pp. 161-169
3. **Adamina M., Ross T., et al** (2014), "Anal fistula plug: a prospective evaluation of success, continence and quality of life in the treatment of complex fistulae", Colorectal Disease, Vol 16, pp. 547-554.
4. **Nguyễn Trung Tín, Bùi Xuân Cường** (2012), "Kết quả điều trị áp xe hậu môn bằng phương pháp cột thun bó cơ thắt ngay khi rách thảo mù", Y Học TP Hồ Chí Minh, Tập 16 (1), 126-131.
5. **Nguyễn Hoàng Hòa** (2016), "Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp". Luận án tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
6. **Gordon P.H., Nivatvongs S.** (1992): Principles and practice of Surgery for the colon, rectum and anus. Quality Medical Publishing-St Louis-Missouri- US of America.
7. **Đỗ Đình Công** (2007), "Nguyên nhân thất bại của điều trị phẫu thuật bệnh rò hậu môn", Y Học TP Hồ Chí Minh, Tập 11 (1), 177-179
8. **S. Leventoglu., B. Ege., B. B. Menten., et al** (2013), "Treatment for horseshoe fistula with the modified Hanley procedure using a hybrid seton: results of 21 cases", Tech Coloproctol, Vol 17(4), pp. 411-7

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN ĐIỀU TRỊ BỆNH TIM BẨM SINH

Đỗ Anh Tiến^{1,2}, Nguyễn Bá Phong¹, Nguyễn Hà Thái Dương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và khả năng thực hiện phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh. **Tóm tắt:** Bệnh tim bẩm sinh chiếm khoảng 0,8 % tổng số trẻ sinh ra sống. Nếu bệnh không được phát hiện và điều trị từ hồi nhỏ có thể phát triển thành bệnh tim bẩm sinh ở người trưởng thành. Phẫu thuật tim hở điều trị bệnh sinh được thực hiện qua đường mở xương ức lần đầu tiên năm 1953 bởi Gibbon và đã trở thành thường quy tại các bệnh viện. Ngày nay, ngoài phẫu thuật kinh điển qua đường mở xương ức thì phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh đang trở thành xu hướng và ngày càng phát triển rộng rãi. Tại bệnh viện E, phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh được áp dụng từ năm 2012. Để đánh giá kết quả cũng như khả năng thực hiện kỹ thuật này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả. Từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 12 năm 2023 có 1020 bệnh nhân tim bẩm sinh được phẫu thuật ít xâm lấn bao gồm 403 bệnh nhân thông liên nhĩ, 497 bệnh nhân thông liên thất, 70 bệnh nhân thông sán nhĩ thất bán phần, 50 bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp (tứ chứng Fallot, thông sán nhĩ thất thể toàn bộ, hội chứng Ebstein, tim một tâm thất). Các phẫu thuật ít xâm lấn được thực hiện bao gồm: mở ngực (trước bên hoặc nách phải, nách trái), nội soi hỗ trợ, nội soi toàn bộ. **Kết quả:** Không có bệnh nhân tử vong sớm sau mổ, không có bệnh nhân phải chuyển mở xương ức. Có 8 bệnh nhân phải mổ lại vì chảy máu: 5 bệnh nhân thông liên nhĩ, 3 bệnh nhân thông liên thất; 5 bệnh nhân tai biến mạch não sau mổ: 1 thông liên nhĩ, 3 thông liên thất, 1 thông sán nhĩ thất bán phần.

Có 4 bệnh nhân bị hẹp động mạch đùi chung phải mổ lại trong đó 2 bệnh nhân bị huyết khối ngay sau mổ và 2 bệnh nhân bị hẹp động mạch đùi chung; 3 bệnh nhân thông liên thất bị block nhĩ thất cấp 3 cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. **Kết luận:** Phẫu thuật tim hở ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh có thể thực hiện an toàn với kết quả sớm tốt. **Từ khóa:** phẫu thuật ít xâm lấn, bệnh tim bẩm sinh

SUMMARY

THE RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE SURGERY FOR CONGENITAL HEART DISEASES

Objective: To evaluate the feasibility and early results of minimally invasive surgery for congenital heart diseases. **Summary:** The incident of congenital heart disease (CHD) varies about 0,8% all live births. If CHD isn't diagnosis and treatment when the patient was a child it becomes a CHD in an adult. The first open heart surgery was described by Gibbon in 1953, from that time, the open heart surgery has been popular at hospital. Today, beside traditional open heart surgery, minimally invasive congenital heart surgery (MICHs) a widespread tendency. At E hospital, MICHs has been established since 2012. we conducted this study to Evaluate the feasibility and results of minimally invasive surgery for congenital heart diseases. **Subjects and methods:** From 1/2012 to 12/2023, there were 1020 CHDs underwent MICHs which include: Atrial septal defect (403 patients), ventricular septal defect (497 patients), partial atrioventricular septal defect (70 patients), complex CHDs (50 patients - Tetralogy of Fallot, Complete atrioventricular septal defect, Ebstein syndrome, Single ventricular diseases). MICHs are thoracotomy, video assisted endosurgery and totally endosurgery. **The results:** No mortality, no patient had sternotomy. The main complications: 8 patients had re-operation because of bleeding (5 ASD and 3 VSD); 5 patients with brain injury (1 ASD, 3 VSD and 1 pAVSD); 4 patients with common femoral artery sternotic who had repair femoral artery; 3 patients VSD had permanent pacemaker implantation.

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tiến

Email: bsdoanhvien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025

Conclusion: Minimally invasive congenital heart surgery can be performed routinely with excellent early outcomes. **Keywords:** Congenital heart diseases, minimally invasive surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim bẩm sinh là một trong những bệnh tim thường gặp trong chuyên ngành tim mạch với tỷ lệ gặp 0,8 % trẻ sinh ra sống¹. Bệnh tim bẩm sinh nếu không được chẩn đoán và điều trị, một số bệnh có thể gặp ở người trưởng thành. Mặc dù có rất nhiều phương pháp điều trị bệnh tim bẩm sinh, song phương pháp phẫu thuật tim hở vẫn là phương pháp điều trị cơ bản với nhóm bệnh này⁸. Năm 1953, Gibbon đã tiến hành phẫu thuật tim hở đầu tiên để điều trị bệnh thông liên nhĩ, từ đó đến nay phẫu thuật tim hở kinh điển qua đường mở xương ức được áp dụng thường quy để điều trị bệnh tim bẩm sinh⁷. Ngày nay, ngoài phẫu thuật kinh điển, phẫu thuật ít xâm lấn được triển khai và áp dụng phổ biến để điều trị bệnh tim bẩm sinh. Phẫu thuật ít xâm lấn được định nghĩa là các phẫu thuật mà đường tiếp cận các tổn thương không phải mở toàn bộ xương ức, bao gồm đường mở bán phần xương ức, các đường mở ngực, phẫu thuật nội soi hỗ trợ hoặc nội soi toàn bộ². Những ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn đã được chứng minh so với phẫu thuật kinh điển như thời gian hồi phục sau mổ nhanh hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, số lượng máu và chế phẩm máu truyền ít hơn, mang tính thẩm mỹ cao với sẹo mổ nhỏ đặc biệt với bệnh nhân nữ. Tại Bệnh viện E, chúng tôi áp dụng phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh từ năm 2012 đến bây giờ. Để đánh giá khả năng thực hiện và kết quả sớm, chúng tôi tiến hành đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, hồi cứu

+ **Đối tượng:** Từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 12 năm 2023: tất cả bệnh nhân tim bẩm sinh được phẫu thuật ít xâm lấn: có 1020 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, bao gồm 403 bệnh nhân thông liên nhĩ, 497 bệnh nhân thông liên thất, 70 bệnh nhân thông sán nhĩ thất bán phần và 50 bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp (Tứ chứng Fallot, thông sán nhĩ thất thể toàn bộ, hội chứng Ebstein, tim một tâm thất)

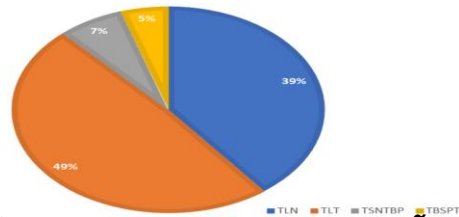
Các giai đoạn phát triển phẫu thuật: từ năm 2012 – 2013: phẫu thuật ít xâm lấn qua đường mở ngực trước bên phải. Giai đoạn 2014 – 2016: phẫu thuật ít xâm lấn qua nội soi hỗ trợ. Giai đoạn 2017 đến nay: phẫu thuật nội soi toàn bộ, phẫu thuật ít xâm lấn qua nách phải.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: loại bệnh phẫu thuật ít xâm lấn, chỉ tiêu lâm sàng, siêu âm doppler tim, tử vong và biến chứng sớm....

Kỹ thuật: lựa chọn các đường mổ ít xâm lấn dựa vào cân nặng của bệnh nhân. Với bệnh nhân có cân nặng < 10 kg, được phẫu thuật ít xâm lấn qua mở ngực (Hình số 1). Bệnh nhân có cân nặng 10 – 15 kg, có thể tiến hành phẫu thuật ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ. Bệnh nhân có cân nặng > 15 kg có thể phẫu thuật nội soi toàn bộ (Hình số 2). Các phương pháp thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể: với phẫu thuật qua đường mở ngực, tuần hoàn ngoài cơ thể trung tâm với ống động mạch đặt vào động mạch chủ lên, 2 ống tĩnh mạch chủ được đặt vào tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới. Với phẫu thuật nội soi toàn bộ được thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể ngoại vi, ống động mạch được đặt qua động mạch đùi chung trực tiếp hoặc gián tiếp qua mạch nhân tạo, ống tĩnh mạch chủ dưới qua tĩnh mạch đùi chung và ống tĩnh mạch chủ trên qua tĩnh mạch cảnh trong bên phải.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố nhóm bệnh phẫu thuật ít xâm lấn



Biểu đồ 1: phân bố nhóm bệnh phẫu thuật ít xâm lấn

(TLN: thông liên nhĩ; TLT: thông liên thất; TSNTBP: thông sán nhĩ thất bán phần; TBSPT: tim bẩm sinh phức tạp).

Nhận xét: Đa số bệnh nhân thông liên thất, thông liên nhĩ. Nhóm bệnh TBSPT có 38 bệnh nhân tứ chứng Fallot, 3 bệnh nhân thông sán nhĩ thất thể toàn bộ, 3 bệnh nhân Ebstein, 3 bệnh nhân tim bẩm sinh dạng một tâm thất, 3 bệnh nhân sling động mạch phổi trái.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng trước mổ

		TLN	TLT	TSNTBP	TBSPT
Giới tính	Nam	162	285	41	31
	Nữ	241	212	29	19
Nhóm bệnh	Trẻ em	166	485	64	50
	Người lớn	237	12	6	0
Cân nặng trung bình (kg)	Trẻ em	8,4	12,3	9,7	7,6
	Người lớn	45,3	52,6	48	0

Nhận xét: Chủ yếu bệnh nhân là trẻ em với nhóm bệnh TLT, TBSPT.

3.3. Đặc điểm siêu âm doppler tim

Bảng 2: Đặc điểm siêu âm doppler tim trước mổ

Thông liên nhĩ (n = 403)				
Thể bệnh (n)	Lỗ thứ 2	Xoang TMC trên	Xoang TMC dưới	Xoang TM vành
	361	21	18	3
ĐK TP (điểm z)	3,37 ± 0,79			
ALĐMP (mmHg)	38,5 ± 18			
Thông liên thất (n = 497)				
Thể bệnh (n)	Phần quang màng		Phần phễu	
	391		106	
ĐK TT (điểm z)	2,25 ± 0,6			
ALĐMP (mmHg)	47,4 ± 24			
Thông sàn nhĩ thất bán phần (n = 70)				
Hở van hai lá (n)	Không	Nhẹ	Vừa	Nặng
	0	20	32	18
Hở van ba lá lá (n)	Không	Nhẹ	Vừa	Nặng
	0	36	32	2
ALĐMP (mmHg)	43,7 ± 11,5			
Tứ chứng Fallot (n = 38)				
Kích thước ĐMP (điểm z)	ĐMP phải		ĐMP trái	
	1,94		1,67	
Chênh áp qua ĐRTP (mmHg)	64,8 ± 9,37			
Thông sàn nhĩ thất toàn bộ (n=3): Rastelli A				
Bệnh Ebstein (n=3): Tpye B				

(TMC: tĩnh mạch chủ; ĐK: đường kính; TP: thất phải; TT: thất trái; ALĐMP: áp lực động mạch phổi; ĐMP: động mạch phổi)

3.4. Phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn

Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn

	TLN	TLT	TSNTBP	TBSPT
Mở ngực (n)	108	437	38	50
Nội soi hỗ trợ (n)	62	24	0	0
Nội soi toàn bộ (n)	233	36	32	0

Nhận xét: Nội soi toàn bộ áp dụng chủ yếu cho bệnh nhân TLN, TLT. Không có bệnh nhân phải chuyển mổ mở xương ức. Không có bệnh nhân tử vong sớm sau mổ.

3.5. Các biến chứng sau mổ

Bảng 4: Biến chứng sau mổ

	TLN	TLT	TSNTBP	TBSPT
Chảy máu (n=8)	5	3	0	0
Tai biến mạch não (n=5)	1	3	1	0
Hẹp ĐM đùi chung (n=4)	2	2	0	0
Block AV III (n=3)	0	3	0	0

Nhận xét: Nhóm bệnh TBSPT không gặp các biến chứng chính

3.6. Kết quả siêu âm doppler tim sau mổ

Bảng 5: kết quả siêu âm doppler tim trước khi ra viện

		TLN	TLT	TSNTBP	TBSPT
Lỗ thông (n)	Kín	400	462	66	47
	Tồn lưu	3	35	4	3
AL ĐMP (mmHg)		26,4 ± 9,2	30,2 ± 17	33,8 ± 5,2	
Chênh áp ĐRTP (mmHg)					18,3 ± 6,2

Nhận xét: Đại đa số lỗ thông trong tim đã kín, các lỗ tồn lưu nhỏ và không có chỉ định mổ lại. Với bệnh nhân tứ chứng Fallot, hầu hết van động mạch phổi hở nhẹ, chỉ có số nhỏ có hở mức độ vừa

IV. BÀN LUẬN

Bệnh tim bẩm sinh là một trong những bệnh tim thường gặp trong chuyên ngành tim mạch. Bệnh thường được phát hiện trước sinh (trong bào thai) hoặc sau khi sinh, một số bệnh tim bẩm sinh có diễn biến âm thầm nên ít có biểu hiện lâm sàng như bệnh thông liên nhĩ..., người bệnh không đi khám do vậy có thể đến tuổi trưởng thành, khi có ảnh hưởng đến sức khỏe mới phát hiện ra. Có rất nhiều phương pháp điều trị bệnh tim bẩm sinh như: theo dõi qua khám định kì, điều trị nội khoa bằng thuốc, can thiệp qua da, phẫu thuật. Trong đó phẫu thuật tim hở vẫn đang là phương pháp điều trị chủ yếu các bệnh tim bẩm sinh¹. Phẫu thuật tim hở kinh điển qua đường mở toàn bộ xương ức có ưu điểm là phẫu trường rộng rãi, quan sát tổn thương dễ dàng và có thể tiếp cận cũng như xử trí được hầu hết các tổn thương trong tim. Song phẫu thuật kinh điển cũng có nhiều nhược điểm liên quan đến cửa xương ức, có thể gây chảy máu xương ức phải mổ lại, nhiễm trùng xương ức (biến chứng rất nặng có thể gây tử vong), biến dạng xương ức sau mổ, thời gian hồi phục kéo dài dẫn tới thời gian nằm viện kéo dài, đặc biệt là có vết sẹo mổ dài dọc trước ngực gây tự ti cho bệnh nhân nhất là bệnh nhân nữ giới². Ngày nay, cùng với sự phát triển của tay nghề của phẫu thuật viên cũng như phương tiện kỹ thuật, các phẫu thuật ít xâm lấn đang được áp dụng rộng rãi với các phẫu thuật nội soi hỗ trợ, phẫu thuật nội soi toàn bộ, phẫu thuật rô bốt⁴. Trong điều trị bệnh tim mạch, phẫu thuật nội soi thay van hai lá được áp dụng lần đầu năm 1992, từ đó phẫu thuật nội soi được áp dụng nhiều cho các bệnh tim, nhưng chủ yếu là bệnh tim mắc phải và người lớn⁶. Phẫu thuật ít xâm lấn điều trị cho bệnh tim bẩm sinh, đặc biệt là trẻ nhỏ thường khó thực hiện hơn do trọng lượng cũng như kích thước cơ thể nhỏ hơn, đường kính các mạch ngoại vi nhỏ do vậy khó tiến hành thiết lập tuần hoàn ngoại vi cũng như trường mổ nhỏ,

hiều bệnh tim bẩm sinh phức tạp do đó mà phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh mới đang dần thực hiện và bắt đầu từ những bệnh tim bẩm sinh đơn giản như thông liên nhĩ, thông liên thất, thông sán nhĩ thất bán phần^{3,5,8}.

Phẫu thuật tim hở ít xâm lấn được định nghĩa là các đường tiếp cận tổn thương của tim không phải cửa toàn bộ xương ức, nó bao gồm các đường mổ bán phần nửa trên hoặc nửa dưới xương ức, đường mổ ngực (trước bên phải hoặc đường dọc giữa nách), nội soi hỗ trợ, nội soi toàn bộ, phẫu thuật rô bốt. Tại bệnh viện E đã tiến hành phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh từ năm 2012, bắt đầu với đường mổ trước bên phải, sau đó chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi hỗ trợ và phẫu thuật nội soi toàn bộ. Các bệnh tim bẩm sinh được tiến hành từ bệnh thông liên nhĩ, thông sán nhĩ thất bán phần rồi đến bệnh thông liên thất và dần dần áp dụng cho các bệnh tim bẩm sinh phức tạp hơn như tứ chứng Fallot, bệnh thông sán nhĩ thất thể toàn bộ, bệnh Ebstein...

Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể: phẫu thuật tim hở là phẫu thuật có gắn liền với tuần hoàn ngoài cơ thể. Có thể thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể trung tâm hoặc ngoại vi. Với phẫu thuật ít xâm lấn việc có thể tiến hành thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể theo kiểu nào sẽ quyết định đến đường mổ để tiếp cận tổn thương. Với bệnh nhân có cân nặng < 15 kg, chúng tôi lựa chọn phương pháp thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể trung tâm (ống động mạch được đặt vào động mạch chủ lên và 2 ống tĩnh mạch vào tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới), do đó đường tiếp cận sẽ qua đường mổ ngực. Sở dĩ chúng tôi chọn kỹ thuật này, do trẻ < 15 kg thường có đường kính của động mạch và tĩnh mạch đùi nhỏ, do vậy khi tiến hành đặt ống động mạch, tĩnh mạch vào sẽ gây nguy cơ hẹp, tắc động mạch và tĩnh mạch đùi. Nếu bệnh nhân có cân nặng > 15 kg, có thể thiết lập tuần hoàn ngoại vi với ống động mạch được đặt vào động mạch đùi, tĩnh mạch được đặt qua tĩnh mạch đùi chung và tĩnh mạch cảnh trong bên phải, lúc đó đường tiếp cận tổn thương trong tim có thể qua các cổng trocar trên thành ngực và tiến hành phẫu thuật nội soi hỗ trợ hoặc nội soi toàn bộ.

Phẫu thuật ít xâm lấn qua đường mổ ngực: có thể tiến hành qua mở ngực trước bên phải hoặc mở dọc giữa hố nách và vào trong khoang lồng ngực. Đường mổ này có ưu điểm là có thể tiếp cận được các tổn thương trong tim qua đường mổ tâm nhĩ phải cũng như có thể sửa chữa các tổn thương qua đường mổ thất phải, thân động mạch phổi. Đây là đường mổ được áp dụng chủ yếu để điều trị bệnh tim bẩm

sinh. Ưu điểm của đường mổ này là có thể thiết lập được tuần hoàn trung tâm, có thể mở rộng đường mổ ra trước và sau, nên có thể áp dụng được cho hầu hết các bệnh nhân bị bệnh tim bẩm sinh^{3,6,8}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân có cân nặng < 15 kg, các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh phức tạp được tiến hành phẫu thuật qua đường mổ này. Một trong những biến chứng về lâu dài của đường mổ này là gây thiếu dưỡng tuyến vú và thành ngực bên mổ, do đó để tránh biến chứng này cần lưu ý khi mở ngực đi vào từng lớp, các cân và cơ, tránh cắt cơ, không làm tổn thương động mạch ngực trong bên đó, cũng như các động mạch liên sườn.

Phẫu thuật nội soi toàn bộ: phẫu thuật được thực hiện qua các lỗ trocar trên thành ngực dưới màn hình nội soi. Chúng tôi tiến hành kỹ thuật này với một số bệnh tim bẩm sinh đơn giản (TLN, TLT, TSNTBP) và có cân nặng > 15kg. Sở dĩ chúng tôi chọn nhóm bệnh nhân này để tiến hành phẫu thuật nội soi toàn bộ do các tổn thương không quá phức tạp do đó thời gian tiến hành phẫu thuật không kéo dài, đồng thời với phẫu thuật nội soi toàn bộ yêu cầu phải tiến hành thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể ngoại vi, do đó lựa chọn bệnh nhân có cân nặng lớn, kích thước động mạch và tĩnh mạch đùi đủ lớn để đặt các ống động mạch và tĩnh mạch⁴. Một trong những biến chứng có thể gặp khi tiến hành phẫu thuật này là huyết khối, hẹp tắc động mạch đùi. Chúng tôi có 4 bệnh nhân gặp biến chứng này, trong đó 2 bệnh nhân có huyết khối động mạch đùi chung sau mổ và 2 bệnh nhân bị hẹp động mạch đùi chung. Cả 4 bệnh nhân này đều là những bệnh nhân ở giai đoạn đầu thực hiện kỹ thuật này, chúng tôi đặt trực tiếp ống động mạch vào động mạch đùi, sau này chúng tôi cải tiến kỹ thuật là không đặt trực tiếp mà đặt ống động mạch gián tiếp qua mạch nhân tạo và sử dụng thuốc chống đông sau mổ sớm thì không gặp biến chứng này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tim hở ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh có thể tiến hành an toàn với kết quả sớm tốt.

VI. HÌNH ẢNH MINH HOẠ



Hình 1: Đường mổ nách phải



Hình 2: Phẫu thuật nội soi toàn bộ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baumgartner, H., et al.** ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). Eur Heart J, 2010. 31(23).2915-57.
2. **Cheng, Y., et al.** Totally endoscopic congenital heart surgery compared with the traditional heart operation in children. Wien Klin Wochenschr, 2013. 125(21-22): p. 704-8.
3. **Dodge-Khatami, J., et al.** Mini right axillary thoracotomy for congenital heart defect repair can become a safe surgical routine. Cardiol Young, 2022: p. 1-4.
4. **Gao, C., et al.** Totally robotic repair of atrioventricular septal defect in the adult. J Cardiothorac Surg, 2015. 10: p. 156.
5. **Horer, J.** Right Axillary Thoracotomy in Congenital Cardiac Surgery: Why, for Whom, and How? Ann Thorac Surg, 2021. 112(6): p. 2053-2054.
6. **Modi, P., A. Hassan, and W.R. Chitwood, Jr.** Minimally invasive mitral valve surgery: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiothorac Surg, 2008. 34(5): p. 943-52.
7. **William S Stoney.** Evolution of cardiopulmonary bypass. Circulation.2009.119(21).2844-53
8. **Zhu, J., et al.** Individualized strategy of minimally invasive cardiac surgery in congenital cardiac septal defects. J Cardiothorac Surg, 2022. 17(1): p. 5.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

Trần Thanh Hùng^{1,2}, Đinh Vinh Quang²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trạng thái động kinh (TTĐK) là một cấp cứu thần kinh cần được đánh giá và xử trí ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong. Nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả điều trị và kết cục của bệnh nhân TTĐK tại Bệnh viện Nhân Dân 115. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu cứu cắt ngang mô tả được thực hiện từ tháng 1/2024 đến tháng 9/2024 tại Khoa Nội Thần kinh Tổng quát, Bệnh viện Nhân dân 115, trên các đối tượng từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán TTĐK theo tiêu chuẩn của Liên hội chống động kinh quốc tế (ILAE) năm 2015 và tiêu chuẩn Salzburg.^{2,3} Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân có giật do bệnh lý rối loạn chuyển hoá cấp tính. **Kết quả:** Dân số nghiên cứu có tuổi trung vị 53,9 và tỷ lệ nam:nữ là 13:7. Tiền căn ghi nhận 95% bệnh nhân (BN) có bệnh nền, trong đó 35% có tiền căn động kinh. Kiểu trạng thái động kinh phổ biến nhất là TTĐK co cứng-co giật (65%), tiếp theo là TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức (25%) và TTĐK không co giật (10%). Kết quả cận lâm sàng cho thấy 100% điện não đồ (EEG) đo trong cơn ghi nhận hoạt động động kinh, trong khi EEG ngoài cơn chỉ phát hiện 10% trường hợp. Hình ảnh học ghi nhận bất thường ở 73,7% trường hợp, với tỷ lệ phát hiện tổn thương ở MRI và CT lần lượt là 81,9% và 72,7%. Có 4/7 trường hợp dịch não tủy (DNT) có bất thường nhưng

không gợi ý nguyên nhân nhiễm trùng, trong đó có một trường hợp viêm não kháng thụ thể NMDA. Nguyên nhân chính của TTĐK là tổn thương cũ (55%), tiếp theo là căn nguyên ẩn (25%) và tổn thương cấp (20%). Thời gian trung vị bắt đầu điều trị là 9,9 phút. Tỷ lệ đáp ứng điều trị TTĐK là 85%. Theo kiểu TTĐK, tỷ lệ đáp ứng cao nhất ở TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức (100%), tiếp theo là TTĐK co cứng-co giật (84,6%) và thấp nhất ở TTĐK không co giật (50%). Tỷ lệ đáp ứng theo nguyên nhân cao nhất ở tổn thương cũ (90,9%), kể đến là căn nguyên ẩn (80%) và thấp nhất ở tổn thương cấp (75%). **Kết luận và kiến nghị:** Nghiên cứu này cho thấy cần nhận biết, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời TTĐK để cải thiện tiên lượng. Việc đo EEG sớm, đặc biệt trong các trường hợp TTĐK không co giật, là cần thiết để phân loại, theo dõi và điều trị. Trong tương lai cần triển khai EEG tại giường để giúp chẩn đoán và điều trị TTĐK hiệu quả hơn. **Từ khóa:** Trạng thái động kinh, trạng thái động kinh co cứng-co giật, trạng thái động kinh cục bộ vận động có suy giảm ý thức, trạng thái động kinh không co giật

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT EFFICACY OF STATUS EPILEPTICUS

Background: Status epilepticus (SE) is a neurological emergency requiring immediate evaluation and management to prevent mortality. This study aims to investigate the clinical characteristics, paraclinical findings, treatment efficacy, and outcomes of SE patients at People's Hospital 115. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from January 2024 to September 2024 at the Department of General Neurology, People's Hospital 115, involving patients aged 16 years and older diagnosed with SE

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân 115, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hùng

Email: tranthanhhungmd@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025