

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân VMXMT trong mẫu chủ yếu ở lứa tuổi trung niên (41–60 tuổi), với tuổi trung bình $46,1 \pm 14,3$ năm, phù hợp với các nghiên cứu trước của Don Bukstein và Wang, khi VMXMT được ghi nhận thường gặp ở người trưởng thành, đặc biệt 40–60 tuổi.^{2,3} Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ (nam/nữ $\approx 1,4:1$) cũng tương tự một số báo cáo quốc tế, dù giới tính không chứng minh được mối liên quan có ý nghĩa với tuân thủ điều trị trong nghiên cứu này.^{2,3}

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vai trò của các yếu tố nhân khẩu – xã hội đối với tuân thủ điều trị VMXMT khác nhau theo thời gian. Tại thời điểm 3 tháng, mặc dù về lý thuyết các yếu tố như trình độ học vấn, tình trạng kinh tế và khoảng cách địa lý có thể ảnh hưởng đến hành vi dùng thuốc, phân tích thống kê không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa các yếu tố này với tuân thủ điều trị ($p > 0,05$). Giai đoạn đầu điều trị có thể chịu ảnh hưởng nhiều hơn bởi triệu chứng còn rõ, sự lo lắng về bệnh và tác động trực tiếp từ tư vấn của bác sĩ, nên khác biệt giữa các nhóm xã hội – kinh tế chưa kịp bộc lộ. Đến thời điểm 6 tháng, có sự thay đổi rõ rệt: trình độ học vấn, tình trạng kinh tế và khoảng cách đến cơ sở y tế đều có mối liên quan có ý nghĩa với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). Bệnh nhân có trình độ học vấn từ PTTH trở lên tuân thủ tốt hơn nhóm có học vấn từ THCS trở xuống, phù hợp với nhiều nghiên cứu cho thấy học vấn cao giúp bệnh nhân hiểu rõ hơn về bệnh, tầm quan trọng của điều trị duy trì và nguy cơ khi ngưng thuốc, từ đó tăng mức độ hợp tác điều trị. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả Phillips, Ocak, Wang, Pizzulli... khi đều ghi nhận mối liên hệ thuận chiều giữa học vấn và tuân thủ điều trị ở các bệnh lý mạn tính, trong đó có VMXMT.^{2,3,4}

Tình trạng kinh tế chỉ trở nên có ảnh hưởng rõ ở giai đoạn điều trị dài hạn. Trong 3 tháng đầu, chi phí điều trị chưa phải gánh nặng quá lớn nên chưa tạo ra khác biệt có ý nghĩa; nhưng sau 6 tháng, nhóm có điều kiện kinh tế khá/ cao duy trì tuân thủ tốt hơn, trong khi nhóm kinh tế thấp bắt đầu bộc lộ tỷ lệ không tuân thủ cao hơn, dù một số so sánh chưa đạt ý nghĩa thống kê tuyệt đối. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của Bukstein, Pizzulli, Phillips và Ocak, đều nhấn mạnh vai trò rào cản tài chính đối với điều trị mạn tính.^{2,3,4} Khi phải chi trả lâu dài cho thuốc, tái khám và chi phí đi lại, bệnh nhân thu nhập thấp dễ giảm liều, bỏ thuốc hoặc giãn khoảng cách tái khám.

Khoảng cách đến cơ sở y tế cũng là yếu tố quan trọng được khẳng định trong phân tích 6

tháng: bệnh nhân sống gần bệnh viện có tỷ lệ tuân thủ cao hơn, trong khi nhóm ở xa có tỷ lệ không tuân thủ cao hơn với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Wang, Bukstein và Pizzulli, khi đều cho thấy khoảng cách xa, thời gian và chi phí đi lại là rào cản lớn đối với việc duy trì tái khám và điều trị lâu dài.^{2,3,4} Gợi ý thực hành là cần cân nhắc các giải pháp cải thiện tiếp cận như tư vấn từ xa, điểm khám vệ tinh, hoặc hỗ trợ một phần chi phí đi lại cho các trường hợp khó khăn.

Một điểm đáng chú ý là, trái với nhiều nghiên cứu nhấn mạnh vai trò tích cực của hỗ trợ gia đình đối với tuân thủ điều trị,^{2,3,4} trong nghiên cứu này biến “hỗ trợ gia đình” không liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ ở cả 3 và 6 tháng. Có thể do mức độ và hình thức hỗ trợ rất đa dạng (nhắc thuốc, đưa đi khám, hỗ trợ tài chính, chia sẻ tinh thần...) nhưng lại được gộp chung thành một biến định tính đơn giản, nên chưa phản ánh đầy đủ tác động thực sự. Kết quả này cho thấy cần thận trọng khi diễn giải và gợi ý rằng các nghiên cứu tương lai nên dùng thang đo chi tiết hơn về hỗ trợ xã hội.

Tổng hợp lại, kết quả của chúng tôi cùng với các bằng chứng trước đây cho thấy tuân thủ điều trị VMXMT chịu ảnh hưởng đáng kể của các “yếu tố xã hội quyết định sức khỏe” (social determinants of health), đặc biệt là học vấn, kinh tế và khoảng cách địa lý, nhất là khi điều trị kéo dài.^{2,3,4} Vì vậy, các can thiệp cải thiện tuân thủ cần đi theo hướng đa chiều: tăng cường giáo dục sức khỏe cho nhóm học vấn thấp, hỗ trợ tài chính/chi phí điều trị cho nhóm kinh tế khó khăn, cải thiện tiếp cận dịch vụ cho nhóm sống xa cơ sở y tế, đồng thời không bỏ qua việc khai thác và huy động nguồn lực hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Tuân thủ điều trị ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh ở mức rất cao trong 3 tháng đầu nhưng giảm đáng kể sau 6 tháng. Ở mốc 6 tháng, trình độ học vấn, khoảng cách đến bệnh viện và tình trạng kinh tế là những yếu tố liên quan có ý nghĩa đến tuân thủ điều trị, trong khi tuổi, giới và hỗ trợ gia đình không cho thấy mối liên quan rõ rệt. Kết quả này nhấn mạnh nhu cầu xây dựng các can thiệp nhằm vào nhóm bệnh nhân học vấn thấp, ở xa và kinh tế khó khăn nhằm duy trì tuân thủ điều trị lâu dài. về tỷ lệ tuân thủ & yếu tố liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Philpott CM, Erskine S, Hopkins C, et al.** Prevalence of asthma, aspirin sensitivity and allergy in chronic rhinosinusitis: data from the UK National Chronic Rhinosinusitis Epidemiology Study. 2018;19(1):129.
2. **Bukstein D, Luskin AT, Farrar JR.** The reality of adherence to rhinitis treatment: identifying and overcoming the barriers. 2011:
3. **Wang K, Wang C, Xi L, et al.** A randomized controlled trial to assess adherence to allergic rhinitis treatment following a daily short message service (SMS) via the mobile phone. 2014;163(1):51-58.
4. **Ocak E, Acar B, Kocaöz DJBjoo.** Medical adherence to intranasal corticosteroids in adult patients. 2017;83(5):558-562.

NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TIM BẨM SINH TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIM TRẺ EM, BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lê Thành Khánh Vân^{1,2}, Nguyễn Trần Khánh Linh¹, Hồ Y Bằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm tìm hiểu mô hình bệnh tim bẩm sinh tại khoa Hồi sức phẫu thuật tim trẻ em, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 03/2017 đến tháng 11/2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu mô tả trên tất cả trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh tại Khoa Hồi sức phẫu thuật tim trẻ em, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 03/2017 đến tháng 11/2025. Thông tin và kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu được thu thập và tiến hành phân tích thống kê. **Kết quả:** Nghiên cứu hồi cứu trên 2323 bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 03/2017–11/2025. Tim bẩm sinh đơn giản: thông liên thất (24,1%), thông liên nhĩ (15,5%) và còn ống động mạch (2,2%). Tim bẩm sinh phức tạp: tứ chứng Fallot (12,8%), bất sản động mạch phổi (7,5%), kênh nhĩ thất (6,8%), tim một thất (5,2%) và hẹp đường ra thất phải (5,1%). Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ đạo chiếm 59%. Thời gian phẫu thuật trung bình: 261,8 phút, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể: 132,1 phút; và thời gian ngưng tim: 80,7 phút. Kết quả điều trị tốt đạt 89%, tỷ lệ tử vong 2%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tim bẩm sinh đơn giản: thông liên thất (24,1%) và thông liên nhĩ (15,5%). Tim bẩm sinh phức tạp: tứ chứng Fallot (12,8%), bất sản động mạch phổi (7,5%) và kênh nhĩ thất (6,8%). Phẫu thuật được thực hiện ở 59% bệnh nhi. Kết quả điều trị tốt đạt 89%, tỷ lệ tử vong 2%, cho thấy hiệu quả điều trị khả quan. Những kết quả này phản ánh hiệu quả của mô hình chăm sóc toàn diện, từ tiền phẫu, phẫu thuật đến hồi sức và theo dõi sau mổ tại Bệnh viện Chợ Rẫy, đồng thời nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán sớm và chuyển tuyến kịp thời

trong cải thiện tiên lượng cho bệnh nhi. **Từ khóa:** Bệnh tim bẩm sinh, phẫu thuật tim bẩm sinh.

ABSTRACT

STUDY ON THE PATTERN OF CONGENITAL HEART DISEASES IN THE PEDIATRIC CARDIAC SURGERY DEPARTMENT, CHO RAY HOSPITAL

Objectives: This study aimed to investigate the pattern of congenital heart disease (CHD) cases managed at the Pediatric Cardiac Surgery Intensive Care Unit (PCS-ICU) of Cho Ray Hospital from March 2017 to November 2025. **Methods:** A retrospective, descriptive, cross-sectional study design was employed, analyzing all pediatric patients with CHD admitted to the PCS-ICU at Cho Ray Hospital during the specified period (March 2017 to November 2025). Data regarding patient information and treatment outcomes were collected and subjected to statistical analysis. **Results:** This retrospective study included 2,323 pediatric patients with congenital heart disease treated at Cho Ray Hospital between March 2017 and November 2025. Simple congenital heart defects accounted for the majority, including ventricular septal defect (24.1%), atrial septal defect (15.5%), and patent ductus arteriosus (2.2%). Complex congenital heart diseases included tetralogy of Fallot (12.8%), pulmonary atresia (7.5%), atrioventricular septal defect (6.8%), single ventricle (5.2%), and right ventricular outflow tract obstruction (5.1%). Surgery was the primary treatment modality, performed in 59% of patients. The mean operative time was 261.8 minutes, with a mean cardiopulmonary bypass time of 132.1 minutes and a mean aortic cross-clamp time of 80.7 minutes. Good outcomes were achieved in 89% of patients, with an overall mortality rate of 2%. **Conclusion:** The study demonstrated that simple congenital heart defects predominated, most commonly ventricular septal defect (24.1%) and atrial septal defect (15.5%). Among complex congenital heart diseases, tetralogy of Fallot (12.8%), pulmonary atresia (7.5%), and atrioventricular septal defect (6.8%) were frequently observed. Surgical intervention was performed in 59% of patients.

¹Khoa Hồi sức Phẫu thuật tim trẻ em - Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. Hồ Chí Minh

²Trường Y Dược- Trường Đại học Trà Vinh
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thành Khánh Vân
Email: khanhvanleth@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2026

Ngày duyệt bài: 5.3.2026

Overall, 89% achieved good outcomes, with a mortality rate of 2%, indicating favorable treatment effectiveness. These results reflect the benefits of a comprehensive care model, encompassing preoperative management, surgery, postoperative intensive care, and follow-up, and underscore the importance of early diagnosis and timely referral in improving patient prognosis. **Keywords:** *Congenital heart disease, congenital heart surgery.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim bẩm sinh là các bất thường về cấu trúc tim và mạch máu lớn hình thành trong giai đoạn bào thai và tồn tại ngay từ khi trẻ chào đời. Đây là nhóm bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng, khác nhau tùy từng loại dị tật, mức độ nặng và giai đoạn phát hiện. Hiện nay, nhờ tiến bộ trong chẩn đoán sớm, can thiệp tim mạch và phẫu thuật, việc điều trị bệnh tim bẩm sinh ngày càng đạt hiệu quả cao, góp phần cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống và kéo dài tuổi thọ cho người bệnh.

Theo thống kê chung của tổ chức Y Tế Thế Giới (WHO), bệnh tim bẩm sinh có tỷ lệ 8 – 10/1000 bé sinh sống và không có sự khác biệt về giới tính, chủng tộc. Ở Việt nam, theo thống kê của Bệnh viện Nhi Đồng 1 và 2, bệnh tim bẩm sinh chiếm tỷ lệ khá cao khoảng 50% ở trẻ em mắc bệnh bẩm sinh.

Khoa Hồi sức phẫu thuật tim trẻ em, Bệnh viện Chợ Rẫy là một trong những trung tâm có bề dày kinh nghiệm và uy tín trong triển khai phẫu thuật điều trị bệnh tim bẩm sinh ở trẻ em tại Thành phố Hồ Chí Minh và trên phạm vi cả nước. Trung tâm tiếp nhận và điều trị nhiều loại bệnh lý tim bẩm sinh đa dạng, phức tạp và thường ở giai đoạn nặng. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thống kê này nhằm cập nhật mô hình bệnh tật, phân loại, tỷ lệ mắc và đánh giá kết quả can thiệp, điều trị bệnh tim bẩm sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong giai đoạn từ tháng 03/2017 đến tháng 11/2025.

Mục tiêu: Xác định mô hình bệnh tật tim bẩm sinh, tỷ lệ bệnh tại khoa, phương pháp điều trị và kết quả chung tại Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. Hồ Chí Minh.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu và chọn mẫu: Tất cả trẻ bệnh tim bẩm sinh dưới 17 tuổi, nhập khoa Hồi sức phẫu thuật tim trẻ em, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 03/2017 - 11/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Thu thập thông tin từ hồ sơ của bệnh nhi được xác định có bệnh tim bẩm sinh nhập khoa. Thông tin bao gồm tuổi, chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp và kết quả điều trị, thời gian nằm viện của bệnh nhân.

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và nhập vào Excel sau đó phân tích trên phần mềm thống kê Stata 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

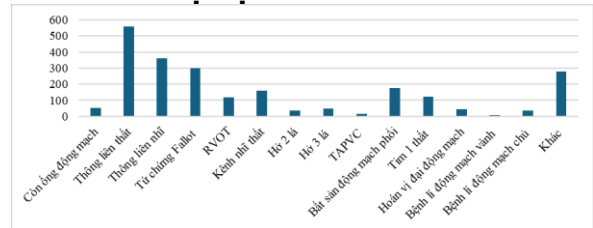
Trong vòng gần 09 năm, chúng tôi thu thập 2323 bệnh nhân thoả tiêu chuẩn chọn bệnh.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	1272
	Nữ	1051
Tuổi	4,7 ± 4,5 (01 – 17)	

Nhận xét: Nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ 54,7%. Tuổi trung bình là 4,7 với tuổi nhỏ nhất là 1 và lớn nhất là 17.

3.2. Các loại bệnh tim bẩm sinh ở trẻ em



Biểu đồ 1. Phân bố các loại bệnh tim bẩm sinh của nghiên cứu

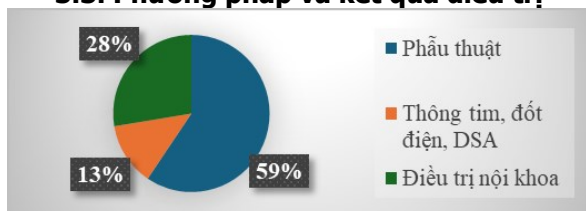
(TAPVC: Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi; RVOT: hep đường ra thất phải)

Bảng 2. Tỷ lệ các loại bệnh

Loại bệnh	N	Tỷ lệ
Còn ống động mạch	52	2,2%
Thông liên thất	560	24,1%
Thông liên nhĩ	361	15,5%
Tứ chứng Fallot	299	12,8%
Hẹp đường ra thất phải không TOF	120	5,1%
Kênh nhĩ thất	160	3,4 %
Bệnh lý van 2 lá	37	1,5 %
Bệnh lý van 3 lá	50	2,1%
Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi	17	0,7%
Bất sản động mạch phổi	176	7,5%
Tim một thất chức năng	123	5,2%
Hoán vị đại động mạch	45	1,9%
Bệnh lý động mạch vành	9	0,3%
Bệnh lý động mạch chủ	35	1,5%
Khác (Ebstein, u nhầy nhĩ trái, màng ngăn nhĩ trái,)	279	12%
Tổng	2323	100%

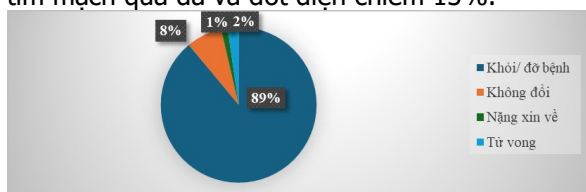
Nhận xét: Nhóm tim bẩm sinh đơn giản: thông liên thất (24,1%), thông liên nhĩ (15,5%) và còn ống động mạch (2,2%). Nhóm tim bẩm sinh phức tạp: tứ chứng Fallot (12,8%), bất sản động mạch phổi (7,5%), kênh nhĩ thất (6,8%), tim một thất (5,2%) và hẹp đường ra thất phải (5,1%).

3.3. Phương pháp và kết quả điều trị



Biểu đồ 2. Phương pháp điều trị

Nhận xét: Phẫu thuật chiếm 59%, can thiệp tim mạch qua da và đốt điện chiếm 13%.



Biểu đồ 3. Kết quả điều trị bệnh tim bẩm sinh

Nhận xét: Kết quả điều trị thành công cao với tỷ lệ 89%, 8% không thay đổi tình trạng bệnh, 1% bệnh nặng xin về và 2% tử vong.

3.4. Các phương pháp phẫu thuật

Bảng 3. Tỷ lệ các loại phẫu thuật

Kỹ thuật phẫu thuật	N	Tỷ lệ (%)
Vá thông liên thất	475	34,3%
Vá thông liên nhĩ	210	15,2%
Sửa chữa kênh nhĩ thất	55	3,9%
Sửa chữa triệt để tứ chứng Fallot	156	11,2%
Tạo shunt	110	7,9%
Mở rộng đường ra thất phải	27	1,9%
Phẫu thuật Fontan	35	2,5%
Sửa chữa bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi	17	1,2%
Tạo ống dẫn (conduit) thất phải- động mạch phổi	36	2,6%
Phẫu thuật Rastelli	35	2,5%
Sửa/ thay van 2 lá, 3 lá	47	3,4%
Phẫu thuật động mạch chủ	35	2,5%
Thay van động mạch phổi sinh học	11	0,7%
Phẫu thuật chuyển gốc động mạch	2	0,1%
Phẫu thuật tái tạo động mạch vành	8	0,5%
Phẫu thuật Cone	10	0,7%

Kỹ thuật phẫu thuật	N	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật hợp lưu 2 nhánh động mạch phổi	26	1,8%
Phẫu thuật Glenn 2 hướng	35	2,5%
Phẫu thuật mở rộng đường ra thất trái	10	0,7%
Khác	41	2,9%
Tổng	1381	100%

Nhận xét: Các phương pháp phẫu thuật được cập nhật và cải tiến theo xu hướng của thế giới:

- Mổ ít xâm lấn: cột ống động mạch qua đường mở ngực bên, vá thông liên nhĩ (ngực phải, nách, nửa dưới xương ức, rạch da tối thiểu), vá thông liên thất (ngực phải, nách, 1/3 dưới xương ức).
- Sửa chữa triệt để tứ chứng Fallot: vá xuyên vòng van +/- monocusp, ống dẫn thất phải- động mạch phổi.
- Phẫu thuật Rastelli.
- Sửa chữa kênh nhĩ thất: phương pháp 1 patch, phương pháp 2 patch, phương pháp 1 patch cải tiến.
- Tạo shunt: BT shunt, central shunt, Sano shunt, Glenn shunt.
- Sửa chữa bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi: phẫu thuật Warden, làm ống dẫn.
- Phẫu thuật chuyển gốc đại động mạch.
- Phẫu thuật sửa chữa bệnh lý động mạch chủ: cắt bỏ đoạn bệnh lý nối tận- tận, mở rộng động mạch chủ đoạn lên/ quai/ xuống, phẫu thuật Damus- Kaye- Stansel, phẫu thuật Konno.
- Phẫu thuật sửa chữa bệnh lý động mạch vành: đóng rò, tái tạo động mạch vành, bắc cầu động mạch vành.
- Sửa van 2 lá, 3 lá: tái tạo lại dây chằng, khâu mép van, tái tạo mô van bằng màng ngoài tim.
- Các phẫu thuật khác: thay van động mạch chủ sinh học, thay van động mạch phổi sinh học, banding động mạch phổi inside/ outside, hợp lưu MAPCAs, phẫu thuật Cone,...

Bảng 4. Các thông số trong phẫu thuật

Thời gian (phút)	Trung bình	Min- Max
Thời gian phẫu thuật	261,8	20- 1150
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể	132,1	35- 650
Thời gian ngưng tim	80,7	15- 275

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 261,8 phút, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình 132,1 phút và thời gian ngưng tim trung bình 80,7 phút.

3.5. Đặc điểm hậu phẫu

Bảng 5. Đặc điểm hậu phẫu của nghiên cứu

Năm viện (ngày)	Phân theo phương pháp điều trị	Trung bình	Min – Max
	Phẫu thuật	30,8	2-320
	Thông tim, đốt điện, đặt máy tạo nhịp	18,6	4-59
	Nội khoa	13,6	1-95
	Phân theo nhóm ngày	N	Tỷ lệ
	<14	556	23,9%
	14 – 28	1148	49,4%
>28	619	26,6%	
Biến chứng	Các biến chứng (sau phẫu thuật)	N	Tỷ lệ
	Viêm phổi	32	2,3%
	Rối loạn nhịp	3	0,2%
	Tràn dịch màng phổi	4	0,2%
	Tử vong	34	2,4%

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân nằm viện từ 14–28 ngày. Biến chứng ghi nhận sau phẫu thuật với tỷ lệ thấp, chủ yếu là viêm phổi: 2,3%; tử vong chiếm 2,4% trong nhóm bệnh nhân được phẫu thuật, còn các biến chứng khác như tràn dịch màng phổi và rối loạn nhịp rất hiếm gặp hơn.

IV. BÀN LUẬN

Điểm khác biệt đáng chú ý nằm ở độ tuổi nhập viện: tuổi trung bình của bệnh nhân tại trung tâm là 4,7 tuổi, cao hơn đáng kể so với báo cáo tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 - chủ yếu ở nhóm nữ nhi và dưới 2 tuổi. Sự chênh lệch này phản ánh xu hướng tại Bệnh viện Chợ Rẫy tiếp nhận nhiều trường hợp đến muộn, trẻ lớn, hoặc bệnh nhân được chuyển tuyến từ các cơ sở khác sau khi đã trì hoãn điều trị trong thời gian dài. Điều này đồng thời cho thấy danh mục bệnh tại trung tâm có tỷ lệ bệnh lý phức tạp ở trẻ lớn cao hơn so với các trung tâm nhi chuyên sâu.

Trong nhóm nghiên cứu, thông liên thất là dị tật gặp nhiều nhất (24,1%), tiếp theo là thông liên nhĩ (15,5%) và tứ chứng Fallot (12,8%). Phân bố bệnh lý này phù hợp với đặc điểm chung của bệnh tim bẩm sinh ở trẻ em và tương tự thống kê tại nhiều nghiên cứu trong nước.

Trong điều trị, phẫu thuật chiếm 59%, cho thấy đây vẫn là phương pháp chủ đạo đối với đa số dị tật có chỉ định can thiệp. Việc triển khai các kỹ thuật mổ ít xâm lấn đối với các bệnh lý đơn giản như thông liên thất, thông liên nhĩ chứng

minh sự cập nhật về chuyên môn và cải tiến kỹ thuật tại đơn vị. Bên cạnh đó, khả năng thực hiện nhiều phẫu thuật khó như sửa chữa bệnh lý động mạch chủ, bất thường mạch vành hay tái tạo van hai lá, ba lá thể hiện năng lực phẫu thuật chuyên sâu của trung tâm.

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật nhìn chung thấp, trong đó viêm phổi chiếm 2,3%, các biến chứng khác như rối loạn nhịp và tràn dịch màng phổi đều dưới 0,5%. Tỷ lệ tử vong sau mổ là 2,4%, phù hợp với các báo cáo trong nước và quốc tế, đặc biệt trong bối cảnh trung tâm tiếp nhận nhiều trường hợp phức tạp, bệnh nhân đã lớn hoặc phẫu thuật lại.

Các thông số thời gian trong phẫu thuật cho thấy thời gian mổ trung bình là 261,8 phút, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình 132,1 phút và thời gian ngưng tim trung bình 80,7 phút. Khoảng dao động rộng của các chỉ số này phản ánh sự không đồng nhất về mức độ phức tạp giữa các ca phẫu thuật ở bệnh nhi, từ những can thiệp đơn giản đến các trường hợp dị tật nặng, cần thời gian phẫu thuật kéo dài. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm phẫu thuật là 30,8 ngày, cao hơn so với các trung tâm nhi khoa.

Nhìn chung, có thể nhận định rằng mô hình bệnh tim bẩm sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy vừa mang những đặc điểm chung của các trung tâm tim bẩm sinh lớn, vừa thể hiện những nét đặc thù về độ tuổi nhập viện và mức độ phức tạp của ca bệnh. Trong bối cảnh đa phần bệnh nhân đến muộn, kết quả điều trị vẫn đạt mức khả quan, với 89% trẻ hồi phục hoặc cải thiện tốt và tỷ lệ biến chứng, tử vong thấp. Điều này khẳng định vai trò của Chợ Rẫy trong mạng lưới điều trị tim bẩm sinh khu vực phía Nam.

V. KẾT LUẬN

- Nghiên cứu cho thấy tim bẩm sinh đơn giản: thông liên thất (24,1%) và thông liên nhĩ (15,5%); nhóm tim bẩm sinh phức tạp: tứ chứng Fallot (12,8%) và bất sản động mạch phổi (7,5%). Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, được thực hiện ở 59% bệnh nhi.

- Kết quả điều trị chung khả quan: 89% kết quả tốt, tỷ lệ tử vong 2% và biến chứng sau mổ thấp.

- Những kết quả này phản ánh hiệu quả của mô hình chăm sóc toàn diện, đa chuyên ngành, từ chẩn đoán, phẫu thuật đến hồi sức và theo dõi sau mổ trong một chu trình kín, đồng thời nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán sớm và chuyển tuyến kịp thời trong cải thiện tiên lượng cho bệnh nhi.