

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU PHẪU THUẬT THÂN CHUNG ĐỘNG MẠCH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Huỳnh Trường Thịnh¹, Vũ Minh Phúc²

TÓM TẮT

Mở đầu: Thân chung động mạch (TCĐM) là một dị tật tim bẩm sinh hiếm gặp nhưng có tiên lượng dè dặt. Phẫu thuật (PT) sửa chữa hoàn toàn trong giai đoạn sớm giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ sống còn; tuy nhiên, các vấn đề tồn lưu và biến chứng muộn, đặc biệt liên quan đến ống nối thất phải – động mạch phổi (ĐMP) và chức năng thất, vẫn là thách thức lớn. Tại Việt Nam, các dữ liệu về kết quả trung và dài hạn sau phẫu thuật TCĐM còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm bổ sung bằng chứng thực hành lâm sàng trong nước.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sau phẫu thuật ≥ 5 năm của bệnh nhân TCĐM tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 thông qua: xác định tỉ lệ tử vong, yếu tố liên quan đến tử vong, tình trạng tái can thiệp sau PT, đặc điểm lâm sàng, hình thái và chức năng tim.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp trên 30 trẻ được chẩn đoán TCĐM và PT sửa chữa hoàn toàn tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong giai đoạn 01/2015–09/2020. Các bệnh nhân được theo dõi trên 5 năm sau PT. Đặc điểm lâm sàng, biến chứng, tái can thiệp, hình thái và chức năng tim được đánh giá chủ yếu bằng siêu âm tim.

Kết quả: 30 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu, nam 40%, nữ 60%. Chỉ 3,3% các trường hợp có chẩn đoán tiền sản và 10% có hội chứng Digeorge. Tuổi trung vị lúc PT là 81,5 (68-136) ngày với cân nặng trung vị là 4,05 (3,5-5) kg. Tỷ lệ tử vong chung khá cao, 32,1%. Tỷ lệ tử vong sớm (trong 30 ngày đầu sau PT) là 16,7% và tỷ lệ tử vong muộn (sau 30 ngày PT) là 15,4%. Cân nặng lúc phẫu thuật < 4 kg và suy tim nặng trước PT là yếu tố liên quan tử vong. Sau PT 5 năm, đa số trẻ không có triệu chứng suy tim (84,2% NYHA I) hoặc chỉ suy tim nhẹ (15,8% NYHA II). Tuy nhiên, trẻ cần tái can thiệp lại sau lần PT đầu tiên khoảng 4 năm với tỷ lệ cao

lên đến 73,6%. Can thiệp lại chủ yếu là thông tim nông ống nối thất phải – ĐMP (57,9%) hoặc PT thay ống nối lớn hơn (47,4%). Bất thường hình thái tim nổi bật là dày thất phải (82,4%), hẹp ống nối thất phải – ĐMP (76,5%) và dẫn động mạch chủ (ĐMC) (70,6%). Tỷ lệ giảm chức năng thất phải cao (11,8%), trong khi đó, chức năng thất trái nhìn chung vẫn được bảo tồn.

Kết luận: PT sửa chữa toàn bộ TCĐM mang lại kết quả trung và dài hạn khả quan. Theo dõi sát tình trạng ống nối thất phải – ĐMP và chức năng thất phải là yếu tố then chốt nhằm tối ưu kết cục lâu dài cho bệnh nhân.

Từ khóa: Thân chung động mạch; phẫu thuật sửa chữa hoàn toàn; ống ghép thất phải – động mạch phổi; chức năng thất phải.

SUMMARY

EVALUATION OF POSTOPERATIVE OUTCOMES IN PATIENTS WITH TRUNCUS ARTERIOSUS AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Truncus arteriosus (TA) is a rare congenital heart defect but has a guarded prognosis. Early complete surgical repair significantly improves survival; however, residual problems and late complications, especially related to the right ventricle–pulmonary artery (RV–PA) conduit and ventricular function, remain major challenges. In Vietnam, data on mid- and long-term outcomes after TA repair are still limited. This study was conducted to supplement domestic clinical evidence.

Objective: To evaluate the outcomes at ≥ 5 years after surgery in patients with Truncus arteriosus (TA) at Children's Hospital 1 through determining the mortality rate, identifying factors associated with mortality, assessing the status of reintervention after surgery, and analyzing clinical characteristics, as well as cardiac morphology and function.

Method: A descriptive case-series study of 30 children diagnosed with TA who underwent complete repair at Children's Hospital 1 from January 2015 to September 2020. Patients were followed for more than 5 years after surgery. Clinical features, complications, reinterventions, cardiac morphology, and function were mainly assessed by echocardiography.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại Học Y Dược TP.HCM

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Trường Thịnh

Email: huynhtruongthinh1998@gmail.com

Mã bài: NĐ1-12

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 28/5/2026

Results: Thirty pediatric patients were included in the study, with 40% males and 60% females. Only 3.3% of cases had a prenatal diagnosis, and 10% had DiGeorge syndrome. The median age at surgery was 81.5 (68–136) days, with a median body weight of 4.05 (3.5–5) kg. The overall mortality rate was relatively high at 32.1%. Early mortality (within the first 30 days after surgery) was 16.7%, and late mortality (after 30 days postoperatively) was 15.4%. A body weight < 4 kg at the time of surgery and severe preoperative heart failure were factors associated with mortality. After surgery ≥ 5 years, most children were asymptomatic (84.2% NYHA class I) or had only mild heart failure (15.8% NYHA class II). However, reintervention was required at a median of approximately 4 years after the initial surgery, with a high rate of up to 73.6%. Reinterventions mainly included cardiac catheterization with balloon dilation of the right ventricle–pulmonary artery (RV–PA) conduit (57.9%) or surgical replacement with a larger conduit (47.4%). Prominent cardiac morphological abnormalities included right ventricular hypertrophy (82.4%), RV–PA conduit stenosis (76.5%), and aortic dilation (70.6%). The rate of right ventricular dysfunction was relatively high (11.8%), whereas left ventricular function was generally preserved.

Conclusions: Complete repair of truncus arteriosus provides favorable mid- and long-term outcomes. Close surveillance of the right ventricle–to–pulmonary artery (RV–PA) conduit and right ventricular function is crucial to optimizing long-term outcomes for these patients.

Keywords: Truncus arteriosus; complete repair; right ventricle–to–pulmonary artery conduit; right ventricular function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TCĐM là một dị tật tim bẩm sinh hiếm gặp nhưng có tiên lượng dè dặt. PT sửa chữa hoàn toàn trong giai đoạn sớm giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ sống còn; tuy nhiên, các vấn đề tồn lưu và biến chứng muộn, đặc biệt liên quan đến ống nối thất phải –ĐMP và chức năng thất, vẫn là thách thức

Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng trước PT

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng (N=30)

Đặc điểm	Giá trị	Đặc điểm	Giá trị
Giới		Suy dinh dưỡng trước PT	24 ca (80%)
Nam	12 ca (40%)	Trung bình	6 ca (20%)
Nữ	18 ca (60%)	Nặng	18 ca (60%)

lớn. Tại Việt Nam, các dữ liệu về kết quả trung và dài hạn sau PT TCĐM còn hạn chế. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mong muốn tìm hiểu về kết quả điều trị sau PT trên 5 năm của bệnh nhân TCĐM tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 nhằm đánh giá diễn tiến dài hạn của bệnh nhân sau PT, từ đó lập kế hoạch theo dõi và quản lý bệnh nhân TCĐM sau PT với mong muốn thay đổi kết cục lâu dài cho bệnh nhi có TCĐM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ có tật TCĐM được PT sửa chữa hoàn toàn.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca.

Phương pháp chọn mẫu: Lấy trọn tất cả trẻ có tật TCĐM được PT sửa chữa hoàn toàn tại bệnh viện Nhi Đồng 1 Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian 2010-2020.

Xử lý số liệu

Xử lý, phân tích dữ liệu bằng phần mềm thống kê Stata 17.

Thống kê mô tả: trung bình hoặc trung vị, tỷ lệ phần trăm.

Thống kê phân tích, so sánh với độ tin cậy 95%: phép kiểm T, χ^2 , Fisher.

Kết quả nghiên cứu

Tại bệnh viện Nhi Đồng 1, trong khoảng thời gian từ tháng 01- 2015 đến tháng 09-2020, chúng tôi ghi nhận có 30 trường hợp đã được chẩn đoán TCĐM và PT trên 5 năm tại thời điểm lấy mẫu. Trong đó có 9 trường hợp tử vong, 19 trường hợp còn sống và 2 trường hợp mất liên lạc từ sau PT được 1 năm.

Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và giải phẫu trước PT

Đặc điểm	Giá trị	Đặc điểm	Giá trị
Chẩn đoán tiền sản	1 ca (3,3%)	Suy tim (theo Ross cải biên) Nhẹ Trung bình Nặng	30 ca (100%)
Tuổi trung vị lúc PT (ngày)	81,5 (68-136)		1 ca (3,4%)
Cân nặng trung vị lúc PT (kg)	4,05 (3,5-5)		19 ca (63,3%)
Hội chứng DiGeorge	3 ca (10%)		10 ca (33,3%)

Tỷ lệ nam: nữ là 1:1,5. Chỉ 1 trẻ ở TP.HCM được chẩn đoán trước sanh. Phần lớn trẻ đều bị SDD trước PT, chủ yếu SDD nặng với cân nặng thấp nhất được ghi nhận là 2.600 gram. Đa số suy tim trung bình và nặng.

Đặc điểm giải phẫu trước phẫu thuật

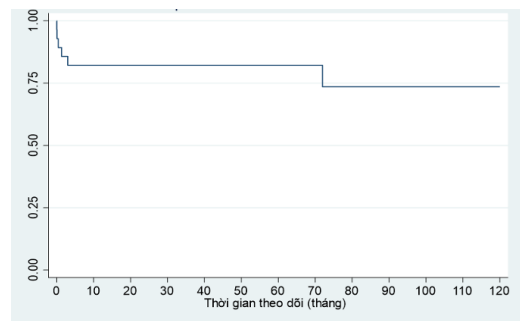
Tuýp A1, A2 theo Van Praagh chiếm đa số. Một trường hợp tuýp A4 kèm đứt đoạn cung động mạch chủ tuýp B. Đa phần van thân chung là 3 mảnh với tỷ lệ hở van thân chung cao. 3 trường hợp hở van thân chung nặng đều có van ĐMC 4 mảnh.

Bảng 2: Đặc điểm giải phẫu trước PT (N=30).

Đặc điểm	Số ca (Tỉ lệ %)
Thể giải phẫu theo Van Praagh	
A1	13 (43,3)
A2	13 (43,3)
A3	3 (10)
A4	1 (3,4)
Số lá van thân chung	
2	2 (6,7)
3	21 (70)
4	7 (23,3)
Hở van thân chung	21 (70)
Nhẹ	13 (43,3)
Trung bình	5 (16,7)
Nặng	3 (10)
Hẹp van thân chung	4 (13,3)
Nhẹ	3 (10)
Trung bình	1 (3,3)
Đứt đoạn cung ĐMC (tuýp B)	1 (3,3)
Hẹp nhánh ĐMP	6 (20)
Bất thường kèm theo	
Thông liên thất	30 (100)
Thông liên nhĩ	9 (30)
Bất thường động mạch vành	7 (23,3)

Đặc điểm	Số ca (Tỉ lệ %)
Còn ống động mạch	1 (3,3)
Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi về tim	1 (3,3)

Tử vong sau PT và các yếu tố liên quan Tỷ lệ tử vong



Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan – Meier về tỷ lệ sống còn tích lũy: Tỷ lệ sống còn tích lũy sau 1 năm, 5 năm lần lượt là 76,7%, 70%.

Tỷ lệ tử vong chung khá cao, 32,1%. Tỷ lệ tử vong sớm (trong 30 ngày đầu sau PT) là 16,7% và tỷ lệ tử vong muộn (sau 30 ngày PT) là 15,4%. Tỷ lệ tử vong cao nhất trong năm đầu tiên sau PT. Sau năm đầu tiên, tỷ lệ sống còn là 90,5% sau 5 năm. Thời gian tử vong trung vị sau PT là 2 ngày (IQR: 0-39). Cân nặng lúc PT < 4 kg và suy tim trước PT các yếu tố liên quan đến tử vong chung sau PT.

Các yếu tố liên quan tử vong*Bảng 3: Các yếu tố liên quan tử vong*

Yếu tố nguy cơ	Tử vong	Còn sống	Fisher's exact p	OR (95% CI)
Cân nặng lúc PT < 4 kg	6/9 (66,7%)	4/19 (21,1%)	0,035	7,5 (1,28 – 44,08)
Có suy tim nặng trước PT	6/9 (66,7%)	3/19 (15,8%)	0,013	10,67 (1,67 – 68,18)

Đặc điểm lâm sàng và tái can thiệp sau PT trên 5 năm

Tại thời điểm nghiên cứu, chúng tôi thu thập dữ liệu của 19 ca TCĐM còn sống sau hơn 5 năm được PT sửa chữa hoàn toàn. Tỷ lệ tái can thiệp cao, 73,6%, sau lần PT đầu tiên với trung vị là 4 năm. Tỷ lệ không phải tái can thiệp tại thời điểm 1 năm, 5 năm sau PT lần lượt là 94,7%, 47,4%. Trẻ được PT với ống nối kích thước <15mm trong lần PT đầu tiên có nguy cơ cần tái can thiệp sớm trước 5 năm cao hơn trẻ được PT với ống kích thước 15mm. Can thiệp chủ yếu là thông tim nong ống nối thất phải – ĐMP hoặc PT thay ống nối lớn hơn. Không trường hợp nào phải sửa van động mạch chủ hoặc các PT khác ngoài thay ống nối.

Bảng 4: Đặc điểm lâm sàng và tái can thiệp (N=19).

Đặc điểm	Giá trị
Số năm sau PT lần đầu tại thời điểm nghiên cứu (trung vị)	8 (6-9)

Đặc điểm	Giá trị
Suy dinh dưỡng (số ca (%)) Trung bình Nặng	6 (31,6) 4 (21,1) 2 (10,5)
Suy tim theo NYHA (số ca (%)) I II III-IV	16 (84,2) 3 (15,8) 0 (0)
Tái can thiệp (số ca (%)) Số lần tái can thiệp (trung vị) Số năm sau PT tại thời điểm tái can thiệp đầu tiên (trung vị)	14 (73,6) 1 (1-2) 4 (3-6)
Thông tim nong ống nối thất phải – ĐMP (số ca (%)) Số lần thông tim can thiệp (trung vị) Số năm sau PT tại thời điểm thông tim nong lần 1 (trung vị)	11 (57,9) 1 (1-2) 4,5 (2-5)
Tái PT thay ống nối thất phải – ĐMP (số ca (%)) Số lần PT (trung vị) Số năm sau PT lần đầu tại thời điểm PT lại (trung vị)	9 (47,4) 1 (1-1) 6 (4-6)

Bảng 5: Liên quan giữa kích thước ống nối trong lần PT đầu tiên với tái can thiệp lại trước 5 năm (N=19).

Kích thước ống nối	Tất cả (N=19)	Tái can thiệp trước 5 năm (N=10)	Không tái can thiệp trước 5 năm (N=9)	Giá trị p*
< 15 mm	15 (78,9%)	10 (100%)	5 (55,6%)	0.033
15 mm	4 (21,1%)	0 (0%)	4 (44,4%)	

* Giá trị p < 0,05 theo kiểm định Fisher exact

Đặc điểm hình thái và chức năng tim mạch trên siêu âm tim**Đặc điểm hình thái tim mạch trên siêu âm tim**

Tỷ lệ phì đại cơ thất phải cao. Dẫn thất trái ít gặp, phì đại cơ thất trái gặp nhiều hơn, hầu hết phì đại khu trú tại vách liên thất. Tỷ lệ dẫn ĐMC và hở van ĐMC cao; ĐMC dẫn từ vòng van đến cung ĐMC

đoạn xa, đặc biệt là tại vị trí xoang Valsava đến ĐMC lên; hở van ĐMC nhẹ do dẫn gốc ĐMC. Tỷ lệ hẹp ống nối thất phải-ĐMP cao, 1/3 các trường hợp hẹp nặng.

Bảng 6: Đặc điểm hình thái tim mạch trên siêu âm tim (N=17)

Đặc điểm	Số ca (Tỷ lệ %)
Dẫn nhĩ phải	2 (11,8)
Dẫn nhĩ trái	0 (0)
Dẫn thất phải	5 (21,4)
Phì đại cơ thất phải	14 (82,4)
Dẫn thất trái	1 (5,9)
Phì đại cơ thất trái	9 (52,9)
Dẫn ĐMC	12 (70,6)
Hở van ĐMC	13 (76,5)
Nhẹ	11 (64,7)
Trung bình	1 (5,9)
Nặng	1 (5,9)
Hẹp ống nối thất phải – ĐMP	13 (76,5)
Nhẹ	4 (23,5)
Trung bình	4 (23,5)
Nặng	5 (29,4)
Hẹp nhánh ĐMP	4 (23,5)

Đặc điểm chức năng tim trên siêu âm

Bảng 7: Đặc điểm chức năng tim trên siêu âm tim (N=17)

Đặc điểm	Số ca (Tỷ lệ %)
Chức năng tâm thu thất trái	
Bảo tồn	13 (76,5)
Giảm nhẹ	2 (11,8)
Giảm	0 (0)
Chức năng tâm trương thất trái	
Bình thường	13 (76,5)
Rối loạn chức năng giai đoạn I	1 (5,9)
Rối loạn chức năng giai đoạn II	1 (5,9)
Rối loạn chức năng giai đoạn III	0 (0)
Chức năng tâm thu thất phải	
Bình thường	12 (70,6)
Giảm	3 (17,6)

Đặc điểm	Số ca (tỷ lệ %)
Chức năng tâm trương thất phải	
Bình thường	14 (82,4)
Giảm	2 (11,8)
Chưa kết luận được	2 (11,8)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và giải phẫu trước PT

Chỉ 3,3% bệnh nhân được chẩn đoán TCĐM trước sinh, thấp hơn nhiều so với các nước phát triển, phản ánh hạn chế trong tầm soát tiền sản. Tuổi phẫu thuật trung vị là 81,5 ngày, muộn hơn các trung tâm lớn như Boston (13 ngày) nhưng tương đương hoặc sớm hơn một số nước trong khu vực [1-6]. Cân nặng trung vị lúc mổ 4,05 kg phù hợp xu hướng quốc tế là can thiệp khi trẻ đạt khoảng $\geq 3-4$ kg [1]. Tất cả bệnh nhân đều có suy tim trước mổ, cao hơn rõ rệt so với báo cáo tại Nhật Bản (22%), nhiều khả năng do phẫu thuật muộn hơn [6]. Điều này nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời nhằm giảm suy tim trước mổ và cải thiện tiên lượng. Về hình thái giải phẫu trước phẫu thuật, đặc điểm bệnh trong nghiên cứu nhìn chung phù hợp y văn.

Tử vong sau PT và các yếu tố liên quan

Tỷ lệ tử vong chung 32,1% cao hơn đa số báo cáo quốc tế (15–28%) nhưng vẫn thấp hơn một số nghiên cứu khu vực [1][4]. Tử vong sớm chiếm 16,7% và tử vong muộn 15,4%, trong đó phần lớn xảy ra trong năm đầu. Nếu bệnh nhân vượt qua giai đoạn này, tiên lượng cải thiện rõ rệt với tỷ lệ sống 90,5% sau 5 năm, tương tự các nghiên cứu dài hạn cho thấy sống còn >90% nếu qua năm đầu. Như vậy, năm đầu sau mổ là giai đoạn nguy cơ cao nhất cần theo dõi sát.

Hai yếu tố liên quan tử vong có ý nghĩa thống kê là suy tim nặng trước mổ và cân nặng <4 kg. Kết quả này khác biệt với một số nghiên cứu trong khu vực nhưng khác với các trung tâm lớn, nơi trẻ vẫn được mổ khi cân nặng thấp mà tỷ lệ sống cao

[1][5]. Sự khác biệt nhiều khả năng phản ánh kinh nghiệm phẫu thuật và hồi sức sơ sinh còn hạn chế hơn. Do đó, trong bối cảnh thực hành hiện nay, cân nặng thấp vẫn là yếu tố nguy cơ quan trọng khi quyết định thời điểm phẫu thuật. Ngoài ra, dữ liệu quốc tế cũng cho thấy suy tim mất bù cần hỗ trợ thuốc vận mạch trước mổ là yếu tố nguy cơ độc lập của tử vong sớm, cũng cố vai trò của tình trạng huyết động trước phẫu thuật đối với kết cục.

Đặc điểm lâm sàng và tái can thiệp sau PT trên 5 năm

Sau theo dõi trên 5 năm, đa số bệnh nhân không có hoặc chỉ có triệu chứng suy tim nhẹ (NYHA I-II), không ghi nhận trường hợp nặng. Kết quả này tương đồng y văn, cho thấy nếu vượt qua giai đoạn sớm, phần lớn bệnh nhân TCĐM có chất lượng sống tốt lâu dài [1][3].

Tỷ lệ tái can thiệp là 73,6%, thấp hơn một số báo cáo lớn nhưng cao hơn nghiên cứu khác trong khu vực. Sự khác biệt chủ yếu do thời gian theo dõi trung vị còn ngắn (8 năm) và thời điểm tái can thiệp muộn hơn (khoảng 4 năm), do đó chưa phản ánh đầy đủ nguy cơ lâu dài. Kích thước ống nối <15 mm liên quan tái can thiệp sớm, phù hợp với các nghiên cứu cho thấy ống nối nhỏ là yếu tố nguy cơ độc lập. Thực hành tại trung tâm cũng thay đổi theo thời gian, với xu hướng sử dụng ống nối lớn hơn (≈ 15 mm) từ sau năm 2018 nhằm kéo dài thời gian không cần can thiệp lại. Điều này cho thấy lựa chọn kích thước ống nối phù hợp giải phẫu đóng vai trò quan trọng trong tối ưu kết quả dài hạn.

Đặc điểm hình thái và chức năng tim sau PT trên 5 năm

Hẹp ống nối thất phải – động mạch phổi là biến chứng thường gặp nhất, xuất hiện ở khoảng 70% bệnh nhân và gần 30% mức độ nặng. Đây là hạn chế cố hữu của phẫu thuật TCĐM vì ống nối không phát triển theo cơ thể trẻ. Dẫn gốc động mạch chủ cũng phổ biến (>70%) và hở van động mạch chủ gặp ở đa số trường hợp, chủ yếu nhẹ. Dữ liệu dài hạn cho thấy bệnh lý van thân chung có thể tiến triển theo thời gian và một tỷ lệ bệnh

nhân sẽ cần can thiệp trong tương lai. Vì vậy, theo dõi định kỳ bằng siêu âm tim, đánh giá kích thước gốc động mạch chủ và mức độ hở van có ý nghĩa tiên lượng quan trọng.

Bất thường cấu trúc nổi bật là phì đại thất phải (82,4%) và dẫn thất phải (21,4%), phản ánh gánh áp lực kéo dài. Dẫn buồng tim trái hiếm nhưng phì đại thất trái tương đối thường gặp. Nhìn chung chức năng tim vẫn bảo tồn ở đa số bệnh nhân sau 5 năm, dù một số có suy giảm, đặc biệt ở thất phải. Các nghiên cứu theo dõi dài hạn cho thấy phân suất tống máu thất trái thường duy trì tốt, nhưng áp lực thất phải có xu hướng tăng khi ống nối không còn phù hợp.

Siêu âm tim là phương tiện theo dõi chính nhưng còn hạn chế trong đánh giá chức năng thất phải và chức năng tâm trương, nhất là khi hình thái tim thay đổi sau mổ hoặc cửa sổ siêu âm kém. Trong bối cảnh này, cộng hưởng từ tim (CMR) được xem là tiêu chuẩn vàng để đánh giá thể tích, khối cơ và chức năng thất, đồng thời khảo sát dòng chảy qua ống nối, mức độ hở/hẹp van và xơ hóa cơ tim. Việc kết hợp CMR với siêu âm trong tương lai sẽ giúp nâng cao độ chính xác theo dõi và tối ưu quản lý lâu dài bệnh nhân TCĐM.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong chung và sớm cao, tuy nhiên kết quả trung và dài hạn sau PT TCĐM khá khả quan. Đa số không ghi nhận triệu chứng suy tim hoặc chỉ suy tim nhẹ, tình trạng suy dinh dưỡng cũng được cải thiện đáng kể. Mặc dù vậy, bệnh nhân vẫn phải can thiệp lại thông qua thông tim nông ống nối hoặc PT lại thay ống nối tại thời điểm 4 năm sau PT. Theo dõi sát tình trạng ống nối thất phải – ĐMP và chức năng thất phải là yếu tố then chốt nhằm tối ưu kết cục lâu dài cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dangrungraj E, Vijarnsorn C, Chanthong P, et al. Long-term outcomes of repaired and unrepaired truncus arteriosus: 20-year, single-center experience in Thailand. PeerJ. 2020;8:e9148. doi: 10.7717/peerj.9148. PubMed PMID: 32435545; PubMed Central PMCID: PMC7227657

2. **Guariento A, Doulamis IP, Staffa SJ, et al.** Long-term outcomes of truncus arteriosus repair: A modulated renewal competing risks analysis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2022;163(1):224-236 e6. doi: 10.1016/j.jtcvs.2021.01.136. PubMed PMID: 33726908
3. **Hoashi T, Imai K, Okuda N, et al.** Death, reoperation, and late cardiopulmonary function after truncus repair. *JTCVS Open.* 2023;14:407-416. doi: 10.1016/j.xjon.2023.02.010. PubMed PMID: 37425460; PubMed Central PMCID: PMC610328806
4. **Lee YR, Kim DH, Choi ES, et al.** Outcomes of Surgical Repair for Truncus Arteriosus: A 30-Year Single-Center Experience. *J Chest Surg.* 2023; 56(2):75-86. doi: 10.5090/jcs.22.106. PubMed PMID: 36710579; PubMed Central PMCID: PMC61008369.
5. **Naimo PS, Bell D, Fricke TA, et al.** Truncus arteriosus repair: A 40-year multicenter perspective. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2020 May 15. doi: 10.1016/j.jtcvs.2020.04.149. PubMed PMID: 32653289.
6. **Ota N, Tachimori H, Hirata Y, et al.** Contemporary patterns of the management of truncus arteriosus (primary versus staged repair): outcomes from the Japanese National Cardiovascular Database. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2022 Mar 24;61(4):787-794. doi: 10.1093/ejcts/ezab348. PMID: 34329388.

BƯỚC ĐẦU KHẢO SÁT GIÁ TRỊ TRUNG BÌNH CỦA BẠCH CẦU HẠT CHƯA TRƯỞNG THÀNH (IG) TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ BECAMEX

Mông Thị Kiều Trúc^{1,2}, Lại Thị Thanh Thảo¹, Phan Nguyễn Liên Anh^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm trùng huyết là tình trạng nhiễm trùng nặng với tỷ lệ tử vong cao, chỉ số bạch cầu hạt chưa trưởng thành (IG) được xem là một chỉ điểm sớm, sẵn có và chi phí thấp.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát giá trị của chỉ số bạch cầu hạt chưa trưởng thành và mối liên quan với các dấu ấn viêm ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết điều trị nội trú tại Bệnh viện Quốc tế Becamex.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 19 bệnh nhân

≥18 tuổi được chẩn đoán nhiễm trùng huyết theo tiêu chuẩn Sepsis-3, điều trị nội trú từ tháng 7/2025 đến 12/2025 và có thực hiện xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, cấy máu, CRP hoặc procalcitonin cùng thời điểm.

Kết quả: Tuổi trung vị của bệnh nhân là 65 (52–80) tuổi, trong đó 63,2% ≥60 tuổi. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 57,9%, vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế, chủ yếu là *Escherichia coli*. Giá trị IG# trung vị là 0,23 (0,13–1,04) và IG% là 1,7 (0,94–2,84), phân bố lệch phải. IG# có mối tương quan thuận rất mạnh với procalcitonin (PCT) ($r = 0,812$; $p = 0,05$), trong khi không có tương quan có ý nghĩa với bạch cầu tổng trong máu ngoại vi (WBC) và CRP. IG% có xu hướng tương quan với PCT nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê.

Kết luận: IG, đặc biệt là IG#, có tiềm năng hỗ trợ chẩn đoán sớm và đánh giá mức độ nặng của nhiễm trùng huyết, cần được tiếp tục nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn.

Từ khóa: Nhiễm trùng huyết, Bạch cầu hạt chưa trưởng thành (IG), PCT, CRP

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Quốc Tế Becamex

³Bệnh viện Nhi Đồng 1

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Mông Thị Kiều Trúc

Email: kieutruc2011@gmail.com

Mã bài: **ND1-8**

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 28/5/2026