

- operative complications in patients with gastrointestinal cance. (2010) J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc. 23(4), tr:393-404
3. **Phạm Thu Hương, Nguyễn Thị Lâm, Nguyễn Bích Ngọc và cộng sự (2006)**, "Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện khoa Tiêu hóa và Nội tiết tại Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm. Số 3+4, 2006, tr 85
 4. **Ninh Thị Nhung (2012)**, "Đặc điểm khẩu phần và tình trạng nhân trắc của sinh viên Y hệ chính quy Trường Đại học y Thái Bình năm 2012". Tạp chí Y học thực hành (873) số 6/2013 tr. 43
 5. **Jane A, Read et al (2005)**, Nutritional Assessment in Cancer: Comparing the Mini - Nutritional Assessment (MNA) with the Scored Patient -Generated Subjective Global Assessment (SGA), Nutrition and Cancer, vol. 53,issue 1 September 2005, 51 -56.
 6. **Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa (2009)**, "Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân lúc nhập viện tại Bệnh viện chợ Rẫy", Tạp chí Y học thực hành thành phố Hồ Chí Minh, tập 3 số1/2009.
 7. **Nguyễn Đò Huy, Nguyễn Nhật Minh (2012)**, "Thực trạng dinh dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2012", Tạp chí Y học thực hành (874) Số 6/2013. tr. 3-6
 8. **Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Xuân Ninh, Nguyễn Nguyên Khôi (2006)**, "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội", Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, Tập 2 - Số 3+4 - Tháng 11 năm 2006
 9. **Nguyễn Xuân Ninh, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Chí Tâm và cộng sự (2006)**, "Tình hình thiếu máu ở trẻ em và phụ nữ tuổi sinh đẻ tại 6 tỉnh đại diện ở Việt Nam", Tạp chí Dinh dưỡng và Thực Phẩm, tập 2, số 3+4, tr. 15-18.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG VÀ MỔ LẠI SAU PHẪU THUẬT SỬA CHỮA TRIỆT ĐỂ TỬ CHỨNG FALLOT TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường*, Doãn Vương Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá, phân tích, và tìm các yếu tố nguy cơ tiên lượng tử vong và các yếu tố nguy cơ tiên lượng mổ lại trong theo dõi lâu dài sau phẫu thuật sửa chữa triệt để tử chứng Fallot tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng-phương pháp nghiên cứu:** Phân tích hồi quy đa biến logistic được sử dụng nhằm đánh giá các yếu tố nguy cơ tiên lượng tử vong và mổ lại đối với các bệnh nhân tử vong cũng như các bệnh nhân cần mổ lại trong theo dõi lâu dài sau phẫu thuật triệt để tử chứng Fallot trong thời gian từ 2006-2020 tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Tổng số 532 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật triệt để trong thời gian nghiên cứu. Có 399 bệnh nhân (75%) được bảo tồn vòng van ĐMP sau phẫu thuật sửa chữa triệt để. Có 11 bệnh nhân (2.1%) tử vong sớm sau phẫu thuật, và 2 bệnh nhân (0.4%) tử vong muộn. Có 12 bệnh nhân (2.3%) cần mổ lại sau phẫu thuật với thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là 40.4 ± 26.27 tháng. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy thời gian thở máy kéo dài (mỗi 3 giờ thở máy kéo dài thêm sau mổ) sau phẫu thuật là yếu tố nguy cơ tiên lượng có liên quan đến tử vong của bệnh nhân (OR=1.04; p=0.001). Các bệnh nhân có chênh áp qua đường ra thất phải >50mmHg là yếu tố nguy cơ tiên lượng cần phải mổ lại sau phẫu thuật (OR=108; p=0.001). Theo dõi lâu dài sau phẫu thuật cho thấy các bệnh nhân được bảo tồn vòng van ĐMP có tỷ lệ hở

van ĐMP nặng-rất nặng và tỷ lệ dày thất phải sau phẫu thuật thấp hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân phải sử dụng miếng vá xuyên qua vòng van ĐMP (p=0.0001 và p=0.023). **Kết luận:** Cai và rút máy thở sớm sau phẫu thuật có thể giúp làm giảm tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật điều trị triệt để tử chứng Fallot. Các bệnh nhân có chênh áp qua đường ra thất phải sau mổ >50mmHg nên được xử lý triệt để ngay trong phẫu thuật sửa toàn bộ tử chứng Fallot nhằm làm giảm tỷ lệ mổ lại đối với bệnh tim bẩm sinh này.

Từ khóa: tử chứng Fallot, phẫu thuật sửa toàn bộ, kết quả lâu dài

SUMMARY

PATIENT'S RISK FACTORS OF MORTALITY AND REOPERATIONS AFTER TOTAL CORRECTION OF TETRALOGY OF FALLOT AT NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Objective: This study was conducted to evaluate, analyze and discover the risk factors for mortality and reoperation in the follow-up of patients who underwent total correction of tetralogy of Fallot at Heart Center-National Children's Hospital, Hanoi, Vietnam. **Methods:** From 2006 to 2020, patients who underwent total correction at our institution were collected for this study. Multivariate logistic regression analysis was performed to evaluate the risks factor of mortality and reoperation for the patients who died in the hospital or late death, and for patients who required reoperation during follow-up. **Results:** A total of 532 patients was collected in this study, in which 399 patients (75%) have pulmonary valve preservation. There were 11 patients (2.1%) who died in hospital, and 2 late death (0.4%). Twelve patients required reoperation during a follow-up time of 40.4 ± 26.27 months. Multivariate logistic regression analysis

*Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.5.2022

Ngày phản biên khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022

revealed that the prolonged postoperative ventilation time was a risk factor for mortality (OR=1.04; p=0.001). The patients with postoperative pressure gradient through the right ventricular outflow tract > 50mmHg was a risk factor for reoperation (OR=1.08; p=0.001). Patients who underwent pulmonary valve-sparing have a significantly lower moderate to severe pulmonary valve regurgitation (p=0.0001) and also hypertrophy of the right ventricle (p=0.023) compared with patients who required a transannular patch.

Conclusions: Early extubation could reduce mortality after total correction of tetralogy of Fallot. Patients who have a postoperative pressure gradient over 50mmHg may get the benefit of reducing reoperation in the future by a secondary aortic cross-clamping at the time of total correction.

Keywords: tetralogy of Fallot, total correction, long-term results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ trường hợp bệnh nhân mắc tứ chứng Fallot được phẫu thuật sửa chữa toàn bộ bằng tuần hoàn chéo được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1954 bởi bác sĩ Lillehei và cộng sự, phẫu thuật tim bẩm sinh tứ chứng Fallot đã bước vào một trang lịch sử mới với kết quả ngoài sự mong đợi (1). Hiện nay tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật đã giảm xuống rất thấp đối với nhiều nghiên cứu trên thế giới, với tỷ lệ tử vong phần lớn từ 2-3% hoặc thấp hơn (2)(3)(4). Tại Việt Nam, một số nghiên cứu về phẫu thuật điều trị tứ chứng Fallot cho thấy kết quả điều trị ngắn hạn cũng như dài hạn cũng rất khả quan với tỷ lệ tử vong thấp cũng như tỷ lệ biến chứng không cao (5)(6).

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng đã chỉ ra một số yếu tố nguy cơ liên quan đến tử vong sau phẫu thuật như: sử dụng ngừng tuần hoàn, thời gian ngừng tuần hoàn kéo dài, thời gian chạy máy kéo dài, thời gian cấp ĐMC kéo dài, đóng lỗ bầu dục trong phẫu thuật, các bệnh nhân được sửa chữa tạm thời trước phẫu thuật, phẫu thuật tạo hình miếng vá đường ra thất phải không bảo tồn vòng van, các bệnh nhân có bất thường gen kèm theo, bão hoà ôxy trước mổ <90%, cân nặng thấp hơn khoảng tứ phân vị thứ 5 ... (2)(4). Phần lớn các nghiên cứu trong nước không đề cập tới yếu tố nguy cơ tiên lượng tử vong cũng như tiên lượng mổ lại của nhóm bệnh này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu các yếu tố nguy cơ tử vong cũng như mổ lại ở các bệnh nhân được phẫu thuật triệt để tứ chứng Fallot tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 12 năm 2006 đến tháng 12 năm 2020, các bệnh nhân được phẫu thuật sửa chữa toàn bộ tứ chứng Fallot tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương được thu

thập hồ sơ và tiến hành nghiên cứu hồi cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán tứ chứng Fallot với thương tổn teo tịt van động mạch phổi, Fallot không van phổi, Fallot-thông sản nhĩ thất, và Fallot kèm theo các thương tổn lớn khác trong tim không nằm trong nhóm nghiên cứu này.

Các yếu tố có khả năng ảnh hưởng tới nguy cơ tử vong như: cân nặng, tuổi, kích thước vòng van ĐMP (Z-score, chỉ số McGoon, chỉ số Nakata), bệnh nhân có bất thường đường đi ĐMV, phễu thất phải thiếu sản, bệnh nhân được bảo tồn vòng van ĐMP, có tình trạng nhiễm khuẩn huyết, cung lượng tim thấp sau phẫu thuật, loạn nhịp tim, thời gian thở máy sau mổ... được tiến hành phân tích đơn biến. Các biến có p<0.2 được đưa vào mô hình hồi quy đa biến logistic. Biến có giá trị p < 0.05 được coi là có ý nghĩa thống kê. Số liệu thu được từ nghiên cứu được xử lý với phần mềm SPSS 20.0. Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương và Viện Nghiên cứu sức khoẻ trẻ em.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu, 532 bệnh nhân được phẫu thuật sửa chữa triệt để tứ chứng Fallot tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương, phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu, được thu thập bệnh án và nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 11.8 tháng (8.78-17.37), cân nặng trung bình là 7.5kg (6.83-8.8), tỷ lệ nam/nữ là 316/216. Có 399 bệnh nhân được bảo tồn vòng van ĐMP trong nhóm nghiên cứu, chiếm tỷ lệ là 75%. Thời gian cấp ĐMC trung bình là 110 phút (93-130), thời gian chạy máy trung bình là 138 phút (118-160). Diễn biến trong mổ được mô tả ở Bảng 1.

Bảng 1: Các diễn biến trong phẫu thuật

Các chỉ số trong phẫu thuật	n	% hoặc X ± SD
Thời gian chạy máy (phút)	532	144,08±41,02
Thời gian cấp chủ (phút)	532	113,94±32,57
Thời gian phẫu thuật (phút)	532	253,94±56,34
Phẫu thuật kèm theo		
Sửa van 3 lá	107	20.1
Tạo hình thân ĐMP	512	96.2
Tạo hình nhánh ĐMP trái	161	30.3
Tạo hình nhánh ĐMP phải	29	5.5
Bảo tồn vòng van ĐMP	399	75
Để lại lỗ bầu dục	444	83.5
Chạy máy lại mở rộng ĐRTP	12	2.3
Chảy máu cần mổ lại	4	0.8
Còn ống động mạch	255	47.9
Thông liên nhĩ	62	11.7

Van ĐMP hai lá van	465	87.4
Van ĐMP 3 lá van	67	12.6
Phiếu thất bại thiếu sản năng	187	35.2
Tạo nhịp tạm thời ngay sau mổ	24	4.5
Động mạch vành chạy bất thường qua phổi	7	1.3

Thời gian thở máy sau phẫu thuật trung bình là 67 giờ (21-53). Có 11 bệnh nhân tử vong sớm sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 2.1%. Có 6 bệnh nhân có hội chứng cung lượng tim thấp trong những ngày đầu sau phẫu thuật, sau đó xuất hiện tình trạng suy đa tạng, thở máy kéo dài, kết cục cuối cùng là nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn. Có 4 bệnh nhân xuất hiện nhịp nhanh bộ nối sau phẫu thuật nhưng không kiểm soát được loạn nhịp gây ảnh hưởng tới huyết động, gây ra tình trạng cung lượng tim thấp và suy đa tạng sau mổ. Có 2 bệnh nhân sau mổ phát hiện còn tồn tại thông liên thất phần cơ lớn gây ảnh hưởng tới huyết động. Một bệnh nhân được can thiệp đóng lỗ thông liên thất phần cơ nhưng thất bại, sau đó cả 2 bệnh nhân được mổ lại vá lỗ thông liên thất phần cơ. Có lẽ do thời điểm quyết định mổ lại muộn nên các bệnh nhân đều không qua khỏi do tình trạng cung lượng tim thấp sau phẫu thuật. Diễn biến sau mổ và các biến chứng được mô tả tại **Bảng 2**.

Bảng 2: Các diễn biến và biến chứng sau phẫu thuật

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
LCOS		68	12,78
Rối loạn nhịp, dẫn truyền	JET	56	10,53
	Nhịp nhanh trên thất	3	0,56
	BAV	6	1,13
	Suy nút xoang	17	3,2
	Ngoại tâm thu thất	2	0,38
Dùng thuốc điều trị loạn nhịp		53	9,96
Dùng thuốc trợ tim mạch		388	72,93
Shock điện		1	0,19
Chảy máu sau mổ		16	3
Suy thận-Thâm phân phúc mạc		30	5,64
Biến chứng thần kinh		15	2,82
Nhiễm trùng	Xương ức	5	0,94
	Máu	23	4,32
	Hô hấp	29	5,45
Liệt hoành		2	0,38
Tràn dịch màng phổi		43	8,08
Tràn dịch màng tim		11	2,07
Tử vong sớm		11	2,07

Có 2 bệnh nhân tử vong muộn (1 trẻ tử vong sau mổ 33 tháng do suy hô hấp, tại bệnh viện

tình, trẻ còn lại tử vong sau mổ 54 tháng do viêm phổi trong toàn trạng suy dinh dưỡng) trong thời gian theo dõi sau nghiên cứu. Các yếu tố ảnh hưởng tới tử vong sau mổ được phân tích hồi quy logistic đa biến được mô tả trong Bảng 3.

Bảng 3: Các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong với phân tích đa biến

Yếu tố nguy cơ	OR	Khoảng tin cậy 95%	P	
Cân nặng	≤ 5kg	10,28	-	0,931
	> 5kg	1		
Chỉ số McGoan (n=10)	<1,5	2,13	0,02-243,9	0,755
	1,5-2	4,28	0,03-537,63	
	>2	1		
Chỉ số Nakata (n=10)	≤150	41,54	0,05-34967,6	0,28
	>150	1		
Bất thường đường đi ĐMV	Có	177,42	0,13-250540,95	0,16
	Không	1		
Nhiễm trùng huyết	Có	0,831	0,01-75,63	0,94
	Không	1		
Suy thận-thâm phân phúc mạc	Có	1,069	0,02-72,82	0,98
	Không	1		
LCOS	Có	3,9	0,12-20743,32	0,21
	Không	1		
Rối loạn nhịp tim	Có	0,135	0,00-58,94	0,52
	Không	1		
Suy gan	Có	71,02	0,18-28895,43	0,16
	Không	1		
Tràn dịch màng phổi	Có	1,23	0,00-501,27	0,95
	Không	1		
Tràn dịch màng tim	Có	2,36	0,00-1594,77	0,8
	Không	1		
Thời gian thở máy sau mổ (giờ)	Cứ tăng thêm 3 giờ	1,04	1,02-1,07	0,001

Thời gian thở máy sau mổ kéo dài là yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong với $p = 0.001$. Khi thời gian thở máy sau mổ tăng lên 3 giờ, tỷ lệ tử vong của bệnh nhân tăng lên 4%. 12 bệnh nhân (2.3%) cần mổ lại trong quá trình theo dõi sau phẫu thuật với 8 bệnh nhân cần thay van ĐMP sau mổ và 4 bệnh nhân mổ lại do hẹp ĐRTP tồn lưu sau phẫu thuật. Phân tích hồi quy logistic đa biến về yếu tố nguy cơ tiên lượng mổ lại tại **Bảng 4** cho thấy: các bệnh nhân sau mổ có chênh áp qua đường ra thất phải lớn hơn 50mmHg là yếu tố nguy cơ tiên lượng mổ lại với $p = 0.001$.

Bảng 4: Các yếu tố tiên lượng nguy cơ mổ lại bằng phân tích đa biến

Yếu tố nguy cơ	OR	Khoảng tin cậy 95%	P	
Zscore vòng van ĐMP	< -2	2,942	0,63-13,76	0,17
	≥ -2	1		
BT shunt	Có	2,726	0,42-17,6	0,29
	Không	1		
Hở van ĐMP	3/4-4/4	3,312	0,69-15,94	0,14
	0-2/4	1		
Chênh áp qua ĐRTP (mmHg)	>50	108,84	19,07-621,32	0,00
	30-50	1,79	0,2-16,17	0,6
	≤30	1		
TLT tồn lưu	Có	10,216	0,01-28169,95	0,57
	Không	1		

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật điều trị triệt để tứ chứng Fallot đã đạt được rất nhiều thành tựu kể từ thập niên 50 của thế kỷ trước cho đến ngày nay. Một số nghiên cứu các bệnh nhân được phẫu thuật trong thời gian đầu, từ thập niên 50 đến thập niên 80 của thế kỷ trước, cho thấy yếu tố nguy cơ tiên lượng tử vong sớm sau phẫu thuật sửa toàn bộ là những bệnh nhân tuổi phẫu thuật nhỏ, cân nặng thấp và sử dụng miếng vá xuyên vòng van(7). Những nghiên cứu trong thời gian gần đây cho thấy yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong sớm sau phẫu thuật có liên quan tới các bệnh nhân cần sử dụng ngừng tuần hoàn, thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo kéo dài, phẫu thuật ở độ tuổi sơ sinh, phẫu thuật mở thất phải xuyên vòng van ĐMP, thời gian cấp ĐMC kéo dài, đóng lỗ bầu dục trong mổ... (2)(4). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thở máy kéo dài sau phẫu thuật là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới tử vong sớm sau phẫu thuật. Đối với bệnh nhân sau phẫu thuật sửa toàn bộ tứ chứng Fallot, tình trạng suy thất phải là tương đối phổ biến. Ảnh hưởng không tốt của thông khí nhân tạo đến chức năng của thất phải, nhất là sau phẫu thuật sửa toàn bộ tứ chứng Fallot, cho thấy bệnh nhân nên được rút máy thở càng sớm càng tốt khi tình trạng huyết động ổn định và không có chảy máu. Bệnh nhân càng thở máy lâu, càng duy trì nhiều các thuốc an thần giãn cơ thì tình trạng suy thất phải càng dễ trở nặng và có thể ảnh hưởng tới huyết động.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được phẫu thuật với hạ thân nhiệt trung bình và tiếp cận tổn thương qua đường nhĩ phải-ĐMP và

chỉ mở rộng qua vòng van ĐMP khi vòng van hạn chế. Ngừng tuần hoàn để sửa chữa các tổn thương trong tim không được sử dụng trong nhóm bệnh nhân sửa toàn bộ tứ chứng Fallot của chúng tôi. Phần lớn các bệnh nhân được bảo tồn vòng van ĐMP tối đa (75%) nhằm đảm bảo tối ưu chức năng của tâm thất phải, giảm tỷ lệ loạn nhịp thất sau phẫu thuật. Mặc dù một số ít nghiên cứu không cho thấy yếu tố sử dụng miếng vá xuyên vòng van có ảnh hưởng tới tử vong trong theo dõi lâu dài sau phẫu thuật, nhưng khá nhiều nghiên cứu khác lại có kết quả ngược lại, nhất là các nghiên cứu trong thời gian gần đây cho thấy các bệnh nhân có sử dụng miếng vá xuyên vòng van ĐMP là yếu tố nguy cơ tiên lượng tử vong sớm sau phẫu thuật triệt để (4)(8). Nghiên cứu gần đây của Blais và cộng sự cho thấy các bệnh nhân được bảo tồn vòng van ĐMP có thời gian sống sót lâu dài cao hơn, tỷ lệ mổ lại ít hơn, tỷ lệ thay van ĐMP thấp hơn so với nhóm bệnh nhân sử dụng miếng vá xuyên vòng van trong thời gian theo dõi là 30 năm. Họ cũng khuyến cáo rằng, phẫu thuật bảo tồn van ĐMP nên được tiến hành bất cứ khi nào có thể, kể cả trong trường hợp còn tồn tại hẹp van ĐMP mức độ trung bình sau phẫu thuật, vẫn có lợi ích hơn so với sử dụng miếng vá xuyên vòng van ĐMP (9).

Theo kết quả phân tích đa biến của chúng tôi, tồn tại chênh áp qua thất phải-ĐMP trên 50mmHg là yếu tố nguy cơ tiên lượng mổ lại. Điều này phản ánh một phần nỗ lực bảo tồn tối đa vòng van ĐMP và thất phải trong nhiều trường hợp tứ chứng Fallot có kích thước vòng van ĐMP ở giới hạn thấp trong quá trình phẫu thuật sửa toàn bộ tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Mặc dù vậy, tỷ lệ bệnh nhân cần mổ lại trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu khác (2)(3)(4). Ngoài chủ trương bảo tồn tối đa vòng van ĐMP của bệnh nhân, tất cả các bệnh nhân có chênh áp thất phải/thất trái >75% đều được chúng tôi cân nhắc mở rộng thêm đường ra thất phải và sử dụng miếng vá xuyên vòng van nếu cần để tránh tình trạng suy thất phải do tắc nghẽn đường ra thất phải sau phẫu thuật. Tuy nhiên, theo dõi lâu dài là hoàn toàn cần thiết nhằm đánh giá khách quan hơn số lượng bệnh nhân cần mổ lại đối với nhóm bệnh này.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân phẫu thuật sửa chữa triệt để tứ chứng Fallot có thể giảm tỷ lệ tử vong nếu được cân nhắc cai và rút máy thở sớm sau phẫu thuật. Những trường hợp có chênh áp qua đường ra thất phải sau mổ >50mmHg nên được

cần nhắc xử lý triệt để ngay trong cùng thời điểm phẫu thuật sửa toàn bộ tứ chứng Fallot nhằm làm giảm tỷ lệ mổ lại đối với bệnh tim bẩm sinh này. Phẫu thuật bảo tồn vòng van ĐMP nên được tiến hành bất cứ khi nào có thể, vì lợi ích của người bệnh. Theo dõi lâu dài sau phẫu thuật là rất quan trọng nhằm đảm bảo kết quả điều trị cho nhóm bệnh tim bẩm sinh phức tạp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lillehei CW, Varco RL, Cohen M, Warden HE, Gott VL, Dewall RA, et al. The First Open Heart Corrections of Tetralogy of Fallot: A 26–31 Year Follow-up of 106 Patients. *Ann Surg.* 1986 Oct;204(4):490.
2. Knott-Craig CJ, Elkins RC, Lane MM, Holz J, McCue C, Ward KE. A 26-year experience with surgical management of tetralogy of fallot: risk analysis for mortality or late reintervention. *Ann Thorac Surg.* 1998 Aug;66(2):506–10.
3. Bacha EA, Scheule AM, Zurakowski D, Erickson LC, Hung J, Lang P, et al. Long-term results after early primary repair of tetralogy of Fallot. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2001 Jul;122(1):154–61.
4. Park CS, Lee JR, Lim HG, Kim WH, Kim YJ. The long-term result of total repair for tetralogy of Fallot☆. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2010 Sep;38(3):311–7.
5. Hiền NS. Đánh giá kết quả phẫu thuật triệt để tứ chứng Fallot tại bệnh viện tim Hà Nội giai đoạn 2011–2015. *Tạp Chí Phẫu Thuật Tim Mạch Và lồng Ngực Việt Nam.* 2020 Nov 2;20:95–101.
6. Khang CD, Phan NV. ĐÁNH GIÁ KỸ THUẬT XẼ VÒNG VAN, ĐÔNG MẠCH PHỔI GIỚI HẠN TRONG PHẪU THUẬT SỬA CHỮA TỨ CHỨNG FALLOT. :4.
7. Kirklin JW, Pacifico AD. Surgical Results and Protocols in the Spectrum of Tetralogy of Fallot. *Ann Surg.* 1983;198(3):15.
8. Sarris GE, Comas JV, Tobota Z, Maruszewski B. Results of reparative surgery for tetralogy of Fallot: data from the European Association for Cardio-Thoracic Surgery Congenital Database. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2012 Nov 1;42(5):766–74.
9. Blais S, Marelli A, Vanasse A, Dahdah N, Dancea A, Drolet C, et al. Comparison of Long-term Outcomes of Valve-Sparing and Transannular Patch Procedures for Correction of Tetralogy of Fallot. *JAMA Netw Open.* 2021 Jul 27;4(7):e2118141.

KẾT QUẢ SỐNG THÊM BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT GIAI ĐOẠN MUỘN ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT PHÁC ĐỒ CAP TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Hùng Kiên*, Nguyễn Văn Tài*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sống thêm bệnh nhân bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn điều trị phác đồ hoá chất CAP tại bệnh viện K từ 01/2015 đến 10/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiền cứu 21 bệnh nhân (BN) ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn được chẩn đoán và điều trị hoá chất tân CAP tại Bệnh viện K từ 01/2015 đến 10/2021. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 50,6±5,5, tỷ lệ nam/ nữ là 1,6/1. Thể trạng tốt, chủ yếu chỉ số PS=0, chiếm 47,6%, tiếp đến PS=1 (chiếm 38,1%). Thời gian tái phát kể từ khi kết thúc điều trị triệt căn trung bình là 22+6,3 tháng, chủ yếu trong thời gian 2 năm đầu. Đa số ung thư dạng tuyến nang (chiếm 76%), tiếp đến ung thư biểu mô tuyến và ung thư kém biệt hoá chiếm tỷ lệ nhỏ. Đa phần các bệnh nhân có u nguyên phát từ tuyến mang tai (chiếm 42,9%), tiếp đến tuyến dưới hàm (chiếm 33,3%). Di căn 1 cơ quan chiếm 57,1% và tần suất di căn phổi gặp nhiều nhất, chiếm 76,2%, tiếp đến là di căn hạch trung thất và di căn xương. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình 7,3±2,1 tháng. Tỷ lệ sống

thêm 1 năm và 2 năm lần lượt là 51,9% và 39,0%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 17,5±3,1 tháng. Tỷ lệ sống thêm 1 năm và 2 năm lần lượt là 46,8% và 33,4%. **Kết luận:** Phác đồ hoá chất CAP mang lại hiệu quả sống thêm trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 17,5±3,1 tháng.

Từ khóa: Ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, phác đồ CAP, Bệnh viện K.

SUMMARY

THE SURVIVAL OUTCOME OF CHEMOTHERAPY OF TRIPLET REGIMEN CAP IN METASTATIC SALIVARY GLAND CARCINOMA

Objective: Evaluating the survival outcome of chemotherapy of triplet regimen CAP in metastatic salivary gland carcinoma at National Cancer Hospital from 2015 to 2021. **Patients and method:** Retrospective analysis of 21 patients with metastatic salivary gland carcinoma were diagnosed and treated with chemotherapy of CAP regimen at National Cancer Hospital from 2015 to 2021. **Results:** The average age was 50.6±5.5, male/female ratio was 1.6/1. Mean recurrent time was 22+6.3 months. The pathology of adenoid cystic tumor was observed in 76%. Primary carcinoma, 42.9% patients had tumor of parotid gland origin and 33.3% submaxillary gland origin. Oligometastasis, accounted for 57.1% and lung metastasis was dominated with 76.2%, then

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022