

100%, cảm ứng phúc mạc (95%), co cứng thành bụng (5%), bụng chướng (20%).

- Xét nghiệm: Bạch cầu >10 G/l 70%, tỉ lệ bạch cầu hạt trung bình $82,564 \pm 9,408\%$.

- Siêu âm thành ruột mất liên tục 45%, đường kính trung bình $9,3 \pm 2,7\text{mm}$, dịch ổ bụng 82,5%.

- Đặt 3 trocar 100%, trong đó đa số là ở rốn, hố chậu trái và hố chậu phải.

- Rửa sạch khoang phúc mạc với lượng dịch NaCl 0,9% trung bình là $2,11 \pm 0,71\text{ l}$, dẫn lưu khoang phúc mạc 100%.

- Tỷ lệ thành công là 97,5%. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 2,5%.

- Thời gian mổ nội soi trung bình là $65,9 \pm 20,257$ phút.

- Thời gian có nhu động ruột trở lại trung bình $1,72 \pm 0,857$ ngày.

- Thời gian nằm viện trung bình là $6,54 \pm 1,745$ ngày.

- Không có trường hợp nào tử vong.

- Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi trong viêm phúc mạc ruột thừa toàn thể là: Tốt: 100%; Trung bình: 0% và Kém: 0%.

- Kháng sinh được dùng điều trị sau mổ trung bình là $6,41 \pm 1,578$ ngày.

Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa trong nghiên cứu tại Bệnh viện 19-8 có độ an toàn, tỷ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krishna M. N. V., Anantha L. M.** (2015), Clinical study of appendicular perforation in a

tertiary care hospital. J. Evid. Based Med. Healthc. 2016; 3(52), 2694-2698.

2. **Trần Hữu Vinh và cs** (2014), Nhận xét kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai, Y học thực hành (905) – SỐ 2.

3. **Nguyễn Quang Huy** (2019), Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc toàn thể do viêm ruột thừa, Học viện quân y, Luận án tiến sĩ y học.

4. **Nguyễn Vũ Quang, Bùi Tuấn Anh** (2014), Nghiên cứu kết quả điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng tại bệnh viện 103, Tạp chí Y - Dược học quân sự 8.

5. **Yasuharu O., Junichiro F., Takashi K.** (2004), "Treatment strategy when using intraoperative peritoneal lavage for perforated appendicitis in children: a preliminary report", Pediatric surgery international, 20(7), 534-537

6. **Lakshman S. K., Ramesh A., Narshimhan M. et al** (2011), Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis: is it safe and justified? A retrospective analysis, Surgical

7. **Jakub K., Piotr R.** (2013), The need for culture swabs in laparoscopically treated appendicitis, Videosurgery and other miniinvasive techniques, 8(4), 310.

8. **Kosmas D., Claes J., Lars P.** (2014), The use of pre-or postoperative antibiotics in surgery for appendicitis: a systematic review, Scandinavian Journal of Surgery, 103(1), 14-20.

9. **Yasuyuki F., Hiroshi H., Eiji S. et al** (2007), Value of laparoscopic appendectomy in perforated appendicitis, World journal of surgery, 31(1), 93-97.

10. **TR Sai P., Chan H. C., Anette S. J.** (2006), Laparoscopic appendectomy in children: A trainee's perspective, Annals-academy of medicine Singapore, 35(10), 694.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬA CHỮA HOÀN TOÀN KÊNH NHỈ THẤT BÁN PHẦN TẠI VIỆN TIM TPHCM

Ngô Quốc Hùng¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Phẫu thuật triệt để kênh nhĩ thất bán phần được thực hiện cho trẻ bị bệnh tim bẩm sinh có tổn thương cơ bản thông liên nhĩ lỗ tiên phát và hở van nhĩ thất nhằm cải thiện tình trạng hở van của tim, suy tim và giảm tăng áp động mạch phổi. Mục tiêu nghiên cứu đánh giá kết quả sớm, ngắn hạn và trung hạn phẫu thuật triệt để kênh nhĩ thất bán phần tại Viện Tim TPHCM, trong đó đặc biệt chú ý đến hở van nhĩ thất nặng và tăng áp động mạch phổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu

trên những bệnh nhân được phẫu thuật triệt để kênh nhĩ thất bán phần tại Viện Tim từ tháng 01/2009 đến 6/2019. Mức độ hở van nhĩ thất và áp lực động mạch phổi được ghi nhận trước mổ, ngay sau mổ, một năm và năm năm. Các biến cố kết cục gồm tử vong trong 30 ngày, biến chứng hậu phẫu sớm và còn sống. **Kết quả:** Có 126 bệnh nhân gồm 73 nam (57,9%), tuổi trung vị 3 tuổi (nhỏ nhất 3 tháng; lớn nhất 16 tuổi). 85 bệnh nhân (67,5%) có hở van nhĩ thất trái nặng trước mổ, 100 bệnh nhân có tăng áp phổi (79,4%) trước mổ. 3 bệnh nhân chết trong 30 ngày đầu (tử vong 2,4%), trong đó 3 bệnh nhân chết do tăng áp động mạch phổi nặng, suy tim. Sau 1 năm, 5 năm có giảm hở van nhĩ thất trái, giảm đường kính thất phải, giảm áp lực động mạch phổi, tỉ lệ tử vong $3/126(2,4\%)$. **Kết luận:** Tăng áp động mạch phổi nặng, suy tim là một nguyên nhân chính tử vong trong 30 ngày. Hở van nhĩ thất nặng sau mổ. Sửa van nhĩ thất hiện vẫn là thách thức đối với các phẫu thuật

¹Viện Tim Tp. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Hùng

Email: drngoquochung@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 21.01.2024

viên. Hở van nhĩ thất nặng sau mổ có ảnh hưởng bất lợi đối với tiên lượng của bệnh nhân.

Từ khóa: Kênh nhĩ thất; Hở van nhĩ thất.

SUMMARY

RESULTS OF THE OPERATION FOR PARTIAL ATRIOVENTRICULAR SEPTAL DEFECT AT THE HEART INSTITUTE, HO CHI MINH CITY

Background: the operation for partial atrioventricular septal defect is the standard procedure for atrial septal defect and atrioventricular (AV) valve regurgitation. The aim of our study is to evaluate the results of this procedure at the Heart Institute. We focus on the impact of severe atrioventricular valve regurgitation and pulmonary hypertension on patients' outcome. **Methods:** Retrospective, series cases study in patients undergoing the operation partial atrioventricular septal defect at the Heart Institute from 01/2009 to 6/2019. Preoperative, intraoperative, early postoperative one year and five year after operation data were collected from patients' records. The degree of AV valve regurgitation and pulmonary artery pressure was noted before and immediately after the operation, one year and at five year follow-up visit. Outcome events include 30-day death, early postoperative complications and survival. Cardiopulmonary bypass time, cross-clamp time, mechanical ventilation time, duration of ICU stay and hospitalisation stay were collected. **Results:** There were 126 patients, 73 (57.9%) of whom were male. Median age was 3 year (min 3 month; max 16 years). 85 patients (67.5%) had severe AV valve regurgitation, 100 patients (79.4%) had severe pulmonary hypertension before operation. 3 patients died during the first 30 days (mortality 2.4%), 3 of them died from severe pulmonary hypertension, heart failure. One year, five year after operation had decrease of AV valve regurgitation, right ventricular diameter, pulmonary artery pressure, mortality 2.4%. **Conclusion:** In our study, severe pulmonary hypertension, heart failure was a major cause of 30-day mortality. Severe AV valve regurgitation after the operation. AV valve repair is still a challenge for cardiac surgeons. Severe AV valve regurgitation had negative impact on patients' outcome.

Keywords: Partial atrioventricular septal defect; Atrioventricular valve regurgitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kênh nhĩ thất hay còn gọi là khiếm khuyết gối nội mạc hoặc thông vách nhĩ thất gặp khoảng 2% trong số bệnh tim bẩm sinh. Bệnh có thể chẩn đoán trước sinh qua siêu âm tim thai. Đây là bệnh tim bẩm sinh không tím, tần suất tương đối thấp 20% trong số các thông liên nhĩ⁽¹⁾. Tổn thương giải phẫu cơ bản kênh nhĩ thất bán phần gồm: thông liên nhĩ lỗ nguyên phát, hai bộ máy van nhĩ thất riêng biệt nằm trên một mặt phẳng, van hai lá (van nhĩ thất trái) có khe lá trước van hai lá có thể gây hở van, van ba lá (van nhĩ thất phải) có thể hở van do khoảng

trống giữa lá vách và lá trước van ba lá rộng⁽¹⁾. Tại Việt Nam, Viện Tim TpHCM đã phẫu thuật thành công kênh nhĩ thất bán phần ở trẻ em từ lâu. Chúng tôi cần nghiên cứu dưới đây nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật triệt để kênh nhĩ thất bán phần. Mục tiêu là đánh giá tình trạng hở van nhĩ thất và tăng áp động mạch phổi sau phẫu thuật.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Dân số mục tiêu: Bệnh nhi bị bệnh kênh nhĩ thất bán phần.

Dân số chọn mẫu: Bệnh nhi bị bệnh kênh nhĩ thất bán phần được phẫu thuật sửa chữa triệt để tại Viện Tim TPHCM thời gian từ 01-2009 đến 06-2019.

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn đã nêu trong phần đối tượng nghiên cứu và tiêu chí đưa vào lô nghiên cứu.

Tiêu chí chọn bệnh. Trẻ ≤ 16 tuổi.

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán trước phẫu thuật là kênh nhĩ thất bán phần bằng siêu âm Doppler tim bởi ít nhất hai bản siêu âm của hai bác sĩ siêu âm chính độc lập, hoặc được phẫu thuật viên chẩn đoán trong phẫu thuật.

Được phẫu thuật tại Viện Tim TPHCM từ 01-2009 đến 06-2019.

Tiêu chí loại trừ. Kênh nhĩ thất bán phần có các bệnh lý tim phức tạp khác phối hợp (ví dụ: tứ chứng Fallot, thất phải hai đường ra, chuyển vị đại động mạch, thiếu sản thất trái, thiếu sản thất phải.v.v...).

Bệnh nhân đã phẫu thuật nhưng không được theo dõi tái khám sau mổ.

Hồ sơ không ghi nhận đầy đủ các biến số trong mục tiêu nghiên cứu.

Thất lạc hồ sơ bệnh án.

Các biến số, cách đo lường, bước tiến hành về nhân trắc, chẩn đoán, siêu âm tim và phẫu thuật trước đó được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Hở van nhĩ thất được xếp loại nặng nếu siêu âm tim đánh giá là $\geq \frac{3}{4}$, tăng áp động mạch phổi khi áp lực động mạch phổi trung bình > 25mmHg hoặc áp lực động mạch phổi tâm thu > 35mmHg qua siêu âm. Chúng tôi ghi nhận mức độ hở van nhĩ thất nhẹ, vừa, nặng, tăng áp động mạch phổi ở các thời điểm trước mổ, ngay sau mổ, một năm và năm năm sau phẫu thuật. Các biến cố kết cục gồm tử vong trong 30 ngày đầu, biến chứng hậu phẫu sớm (block nhĩ thất độ 3, hở van hai lá nặng phải mổ lại, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi...). Thời gian chạy tuần

hoàn ngoài cơ thể, thời gian kẹp động mạch chủ, thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và nằm viện sau mổ cũng được ghi nhận.

Phương pháp thống kê

Thống kê mô tả: các biến số định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Các biến số định lượng mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến số định lượng không có phân bố chuẩn được mô tả thêm trung vị ngoài trung bình và độ lệch chuẩn.

Thống kê phân tích: kiểm định Paired sample t-test được dùng so sánh trung bình giữa hai thời điểm nếu hiệu số có phân bố chuẩn, ngược lại dùng kiểm định phi tham số Wilcoxon. Để so sánh biến nhị giá ở hai thời điểm thì dùng kiểm định McNemar. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê là $p < 0.05$.

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội Đồng Đạo Đức số: 129/HĐĐĐ-TĐHYKPNT

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01-2009 đến 6-2019 có tổng cộng 126 bệnh nhân được phẫu thuật triệt để kênh

nhĩ thất bán phần tại Viện Tim.

Bảng 1: Đặc điểm trước phẫu thuật (n=126)

Biến số	Giá trị (%)
Nam giới	73 (57,9%)
Tuổi trung vị (tháng) (min-max)	36 (3-192)
Cân nặng trung vị (kg) (min-max)	11 (4-62)
Hở van nhĩ thất trái nặng	85 (67,5%)
Tăng áp động mạch phổi	100 (79,4%)

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số, tuổi trung vị 3 tuổi, hở van nhĩ thất nặng chiếm đa số, tăng áp phổi chiếm đa số

Bảng 2: Dữ liệu trong phẫu thuật (n=126)

Biến số	Giá trị (phút)
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)	84,9±24,7
Thời gian kẹp động mạch chủ (phút)	53,3±20,1
Tai biến, tử vong trong phẫu thuật	không có

Nhận xét: Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể và kẹp động mạch chủ trong giới hạn chấp nhận được, không có tai biến và tử vong trong lúc phẫu thuật.

Bảng 3: Dữ liệu ngay sau hậu phẫu và biến chứng sớm (n = 126)

Biến số	Giá trị
Thời gian lưu nội khí quản (giờ) – trung vị	32,9 ± 57,8 (13)
Thời gian lưu ống dẫn lưu ngực (ngày) – trung vị	1,4 ± 1,6 (1)
Thời gian nằm hồi sức ngoài (ngày) - trung vị	2,5 ± 2,8 (1)
Thời gian hậu phẫu (ngày) - trung vị	7,9 ± 5,2 (7)
Tổng thời gian nằm viện (ngày) - trung vị	10,4 ± 7,4 (8)
Tử vong sớm trong vòng 30 ngày	3 (2,4%)
Biến chứng hậu phẫu sớm (n=126)	
Block nhĩ thất độ 3	1 (0,8%)
Nhiễm trùng vết mổ	3 (2,4%)
Nhiễm trùng trung thất	1 (0,8%)
Nhiễm trùng huyết	2 (1,6%)
Viêm phổi	2 (1,6%)
Tràn dịch màng phổi	8 (6,3%)
Tràn dịch màng tim (01 ca dẫn lưu, 58 ca điều trị nội)	59 (46,8%)
Thông liên nhĩ tồn lưu	2 (1,6%)
Mổ lại cầm máu	2 (1,6%)
Phẫu thuật lại do hở van nhĩ thất trái nặng	6 (4,8%)

Nhận xét: Các biến số hậu phẫu như thời gian lưu nội khí quản, ống dẫn lưu ngực, nằm hồi sức, nằm viện, tỉ lệ tử vong sớm là chấp nhận được, các biến chứng có xảy ra nhưng ít, tuy nhiên ta thấy tràn dịch màng tim 59 ca, nhưng chỉ dẫn lưu 01 ca, còn 58 ca là điều trị nội thành công.

Kết quả sau phẫu thuật

Bảng 4: So sánh mức độ hở van hai lá trước phẫu thuật và sau phẫu thuật

Hở van nhĩ thất trái nặng (hở 3/4 và 4/4)	Trước PT (1) 126 ca		Ngay sau PT (2) 124 ca		Sau PT 1 năm (3) 123 ca		Sau PT 5 năm (4) 82 ca	
	Số ca	%	Số ca	%	Số ca	%	Số ca	%
P	85/126	67,5	31/124	25,0	31/123	25,2	19/82	23,2
			$p_{1,2} < 0,001^a$		$p_{1,3} < 0,001^a$		$p_{1,4} < 0,001^a$	

a: Kiểm định Wilcoxon Signed-rank test

Nhận xét: Mức độ hở van 2 lá cải thiện rõ sau phẫu thuật 1 năm, 5 năm so với trước phẫu thuật

có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 5: Tăng áp động mạch phổi trước mổ và sau mổ một năm

	Trước phẫu thuật	1 năm sau PT	P
Tăng ĐMP (áp lực ĐMP tâm thu > 35mmHg)	79,4% (100/126)	13% (16/123)	$p < 0,001^a$

a: Kiểm định McNemar

Nhận xét: Tăng áp động mạch phổi giảm có ý nghĩa thống kê sau một năm phẫu thuật

Bảng 6: Biến đổi kích thước thất phải và áp lực động mạch phổi

Chỉ tiêu đánh giá	Trước mổ (1) 126 ca	Ngay sau mổ (2) 124 ca	Sau 1 năm (3) 123 ca	Sau 5 năm (4) 82 ca	p-values
ĐK thất phải (mm)	18,2 ± 5,1	15,2 ± 3,9	14,7 ± 3,3	15,7 ± 4,8	$p_{1,2} < 0,001^b$ $p_{1,3} < 0,001^b$ $p_{1,4} < 0,001^b$
ALĐMP trung bình (mmHg)	30,8 ± 7,9	21,5 ± 6,2	20,6 ± 5,1	21,1 ± 4,6	$p_{1,2} < 0,001^b$ $p_{1,3} < 0,001^a$ $p_{1,4} < 0,001^b$
ALĐMP tâm thu (mmHg)	47,2 ± 12,8	32,0 ± 10,1	30,7 ± 8,4	30,9 ± 6,7	$p_{1,2} < 0,001^a$ $p_{1,3} < 0,001^a$ $p_{1,4} < 0,001^b$

a: Paired sample t test, b: Wilcoxon signed-rank test

Nhận xét: Kích thước thất phải và áp lực động mạch phổi giảm ngay sau xuất viện, sau mổ 1 năm, 5 năm $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 1) có 126 bệnh nhân, gồm 73 nam (57,9%) và 53 nữ (42,1%)(bảng 1). Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi tương tự các nghiên cứu khác nhau trên thế giới⁽²⁾. Trong nghiên cứu, thời gian chạy máy tim phổi trung bình 84,9 ± 24,7 phút, thời gian kẹp động mạch chủ trung bình 53,3 ± 20,1 phút (bảng 2). Thời gian chạy máy tim phổi trung bình và thời gian kẹp động mạch chủ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu trên thế giới⁽³⁾.

Thời gian nằm hồi sức trung bình 2,5 ± 2,8 ngày trung vị 1 ngày, theo tác giả Mery (2019) thời gian nằm hồi sức trung vị là 2 ngày⁽⁴⁾. Tác giả Waqar (2017) thời gian nằm hồi sức trung vị là 1 ngày⁽⁵⁾. Kết quả này trực tiếp phản ánh kết quả phẫu thuật sửa chữa triệt để bệnh kênh nhĩ thất, đồng thời cũng phản ánh sự hoàn thiện của gây mê, chạy máy tim phổi, phẫu thuật và hồi sức. Thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu này (bảng 3) trung bình là 10,4 ± 7,4 ngày, trung vị 8 ngày. Có một trường hợp tử vong ngay sau mổ được tính nằm viện sau phẫu thuật 1 ngày. Tác giả Mery (2019) thời gian nằm viện trung vị 5 ngày⁽⁴⁾, tác giả Waqar (2017) thời gian nằm viện trung bình 5,81 ± 1,03 ngày⁽⁵⁾. Từ kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi về thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện sau mổ cho thấy kết quả của phẫu thuật sửa chữa triệt để bệnh kênh nhĩ thất bán phần tại Viện Tim TpHCM là chấp nhận được.

Thông liên nhĩ tồn lưu 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,6% (bảng 3). Tuy nhiên, các lỗ thông được

xác định trên siêu âm Doppler có kích thước nhỏ hoặc ước lượng Qp/Qs < 1,5 không có chỉ định can thiệp. Tác giả El-Najdawi (2000) ghi nhận 12/334 bệnh nhân còn thông liên nhĩ tồn lưu chiếm 3,6%⁽²⁾. Tác giả Paul J. Devlin (2016) ghi nhận 1/87 trường hợp còn thông liên nhĩ tồn lưu chiếm 1,1%⁽³⁾. Trong nghiên cứu này tỉ lệ tồn lưu thông liên nhĩ 1,6% là chấp nhận được.

Hở van hai lá nặng phải phẫu thuật sửa lại van hai lá trong nghiên cứu của chúng tôi là 6/126 chiếm tỷ lệ 4,8% (bảng 3). Các nghiên cứu trên thế giới đều cho tỷ lệ mổ lại sửa van hai lá khá cao như Bowman (2014) phẫu thuật lại cho 13/105 bệnh nhân (12,4%)⁽⁶⁾. Theo Al-Hay (2004) phẫu thuật lại 11/147 bệnh nhân (7,5%)⁽⁷⁾. Như vậy, với kết quả phải mổ lại 6 trường hợp (4,8%) là chấp nhận được. Các trường hợp hở van hai lá nặng sau mổ có thể đáp ứng lâm sàng tốt chúng tôi nhận thấy không chủ trương mổ lại sớm mà ưu tiên điều trị nội khoa tích cực, sở dĩ chúng tôi quyết định điều trị nội khoa tích cực trước vì cơ chế hở van của những trường hợp này chủ yếu do thất giãn gây giãn vòng van. Khi đã giải quyết một phần nguyên nhân cộng với điều trị nội khoa tích cực tâm thất nhỏ lại và kết quả đáng khích lệ tình trạng hở van hai lá giảm theo thời gian, lâm sàng cải thiện tốt.

Block nhĩ thất độ III (bảng 3) trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp bị BAV độ III sau mổ chiếm 0,8%. Trường hợp BAV độ III nhịp thoát thất khá chậm < 50 lần/phút và ảnh hưởng huyết động chúng tôi quyết định đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn cho bệnh nhân. Các báo cáo trên thế giới về block nhĩ thất hoàn toàn như Chowdhury U.K (2009) là 1,5%⁽⁸⁾, tác giả Waqar (2017) là 1%⁽⁵⁾. Kết quả của nghiên cứu chúng tôi block nhĩ thất độ III sau phẫu thuật cho tỉ lệ

0,8% là chấp nhận được.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 2,4% (bảng 3) nguyên nhân do tăng áp phổi, suy tim cấp. Chúng tôi nhận thấy các tác giả Al-Hay (2004) tỷ lệ tử vong là 3,2%(4/126)⁽⁷⁾. El-Najdawi (2000) nghiên cứu trên 334 bệnh nhân tỷ lệ tử vong là 2%⁽²⁾. Như vậy, khi so sánh với tỷ lệ tử vong sớm sau phẫu thuật trong các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ này của chúng tôi là chấp nhận được.

Trong nghiên cứu chúng tôi hở van nhĩ thất trái trước mổ 67,5% sau mổ còn 25% giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ (bảng 4), tác giả Chowdhury (2009) hở van hai lá nặng trước phẫu thuật 24,1%(22/91) sau phẫu thuật còn 8,7%(8/91)⁽⁸⁾.

Theo dõi một năm sau phẫu thuật thấy tình trạng tăng áp động mạch phổi giảm từ 79,4% (100/126) trước phẫu thuật còn 13% (16/123) sau một năm phẫu thuật, giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ (kiểm định McNemar) (bảng 5).

Theo dõi sau phẫu thuật năm năm mức độ hở van nhĩ thất trái nặng giảm từ 67,5% trước mổ còn 23,2% sau 5 năm giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ (bảng 4). Sự cải thiện giảm áp lực động mạch phổi, giảm đường kính thất phải sau thời gian theo dõi sau mổ, một năm, năm năm so với trước mổ có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ (bảng 6).

V. KẾT LUẬN

Về kết quả điều trị phẫu thuật triệt để kênh nhĩ thất bán phần, nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy kết quả phẫu thuật là tốt, tỉ lệ tử vong 2,4%, siêu âm tim Doppler màu có cải thiện tình trạng hở van nhĩ thất, giảm tăng áp động mạch phổi có ý nghĩa thống kê sau phẫu thuật. Tuy nhiên tỉ lệ hở van nhĩ thất nặng sau phẫu thuật

cũng còn cao, nên vấn đề sửa van nhĩ thất ở trẻ em là một thách thức không nhỏ. Thiết nghĩ, cần nghiên cứu tiến cứu, cỡ mẫu lớn, tìm yếu tố nguy cơ liên quan đến tử vong, hở van nhĩ thất nặng sau phẫu thuật, tăng áp phổi trước phẫu thuật ảnh hưởng đến kết quả sửa van nhĩ thất như thế nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Nguyễn Vinh (2003). "Kênh nhĩ thất". Siêu âm tim và bệnh lý tim mạch, Nhà xuất bản Y Học (tập 1), tr. 79 – 90.
2. El-Najdawi EK, Driscoll DJ, Puga FJ, et al. (2000). "Operation for partial atrioventricular septal defect: a forty-year review". J Thorac Cardiovasc Surg, 119 (5), pp. 880-9; discussion 889-90.
3. Devlin PJ, Backer CL, Eltayeb O, et al. (2016). "Repair of Partial Atrioventricular Septal Defect: Age and Outcomes". Ann Thorac Surg, 102 (1), pp. 170-7.
4. Mery CM, Zea-Vera R, Chacon-Portillo MA, et al. (2019). "Contemporary results after repair of partial and transitional atrioventricular septal defects". J Thorac Cardiovasc Surg, 157 (3), pp. 1117-1127.e4.
5. Waqar T, Riaz MU, Shuaib M (2017). "Surgical repair of partial atrioventricular septal defect". Pak J Med Sci, 33 (2), pp. 285-289.
6. Bowman JL, Dearani JA, Burkhardt HM, et al. (2014). "Should repair of partial atrioventricular septal defect be delayed until later in childhood?". Am J Cardiol, 114 (3), pp. 463-7.
7. Al-Hay AA, Lincoln CR, Shore DF, et al. (2004). "The left atrioventricular valve in partial atrioventricular septal defect: management strategy and surgical outcome". Eur J Cardiothorac Surg, 26 (4), pp. 754-61.
8. Chowdhury UK, Airan B, Malhotra A, et al. (2009). "Specific issues after surgical repair of partial atrioventricular septal defect: actuarial survival, freedom from reoperation, fate of the left atrioventricular valve, prevalence of left ventricular outflow tract obstruction, and other events". J Thorac Cardiovasc Surg, 137 (3), pp. 548-555 e2.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN GIẤC NGỦ TRÊN NGƯỜI BỆNH PARKINSON

Trần Viết Lực^{1,2}, Nguyễn Xuân Thanh^{1,2}, Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả các đặc điểm rối loạn giấc ngủ trên bệnh nhân Parkinson. **Đôi tượng và phương**

pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 133 người bệnh được chẩn đoán Parkinson khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán Parkinson theo tiêu chuẩn chẩn đoán ngân hàng não của hiệp hội bệnh Parkinson ở Vương quốc Anh. Chất lượng giấc ngủ đánh giá sử dụng thang PSQI. Kết quả: tuổi trung bình là 67,8 ± 5,9 (năm). Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ trên bệnh nhân Parkinson theo thang điểm PSQI là 94%. Các biểu hiện hiện rối loạn giấc ngủ hay gặp ở bệnh nhân Parkinson theo thang điểm PSQI là: Tỉnh dậy vào ban

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Lực

Email: tranvietluc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024