

nâng góc ưỡn của cột sống cổ. Đánh giá tương giữa  $\Delta\text{Cobb C}_2\text{C}_7$  với NDI và mJOA cho thấy có mối quan hệ với  $|r|$  lần lượt là 0,36 và 0,41 với  $p < 0,05$ . Việc đưa cột sống cổ về tư thế sinh lý giúp hệ cột sống được cân bằng, đồng thời giúp tủy sống dịch chuyển ra sau vị trí giải ép, từ đó giảm sức căng của tủy, tăng tưới máu và cải thiện triệu chứng thần kinh [10].

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp hàn xương liền thân đốt đa tầng lõi trước cho kết quả phục hồi tốt trên lâm sàng qua đánh giá các thang điểm mJOA, RR, NDI, VAS và Odom. Tăng góc ưỡn cột sống cổ trên Xquang sau mổ. Bên cạnh đó nghiên cứu còn cho thấy có sự tương quan giữa thay đổi góc Cobb  $\text{C}_2\text{C}_7$  với sự cải thiện lâm sàng ở thang điểm NDI và mJOA.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Korinath, M.C.**, Treatment of cervical degenerative disc disease - current status and trends. Zentralbl Neurochir, 2008. **69**(3): p. 113-24.
2. **Epstein, N.E.**, A Review of Complication Rates for Anterior Cervical Discectomy and Fusion (ACDF). Surg Neurol Int, 2019. **10**: p. 100.
3. **Tetreault, L., et al.**, The modified Japanese Orthopaedic Association scale: establishing criteria for mild, moderate and severe impairment in patients with degenerative cervical myelopathy. Eur Spine J, 2017. **26**(1): p. 78-84.
4. **Hirabayashi, K. and K. Satomi**, Operative procedure and results of expansive open-door laminoplasty. Spine (Phila Pa 1976), 1988. **13**(7): p. 870-6.
5. **Kim, Y.K., et al.**, Differences in the Incidence of Symptomatic Cervical and Lumbar Disc Herniation According to Age, Sex and National Health Insurance Eligibility: A Pilot Study on the Disease's Association with Work. Int J Environ Res Public Health, 2018. **15**(10).
6. **Kolenkiewicz, M., A. Wlodarczyk, and J. Wojtkiewicz**, Diagnosis and Incidence of Spondylosis and Cervical Disc Disorders in the University Clinical Hospital in Olsztyn, in Years 2011-2015. Biomed Res Int, 2018. **2018**: p. 5643839.
7. **Rhee, J.M., T. Yoon, and K.D. Riew**, Cervical radiculopathy. J Am Acad Orthop Surg, 2007. **15**(8): p. 486-94.
8. **Doughty, C.T. and M.P. Bowley**, Entrapment Neuropathies of the Upper Extremity. Med Clin North Am, 2019. **103**(2): p. 357-370.
9. **Benzel, E.C., et al.**, Cervical laminectomy and dentate ligament section for cervical spondylotic myelopathy. J Spinal Disord, 1991. **4**(3): p. 286-95.
10. **Zileli, M., et al.**, Outcome Measures and Variables Affecting Prognosis of Cervical Spondylotic Myelopathy: WFNS Spine Committee Recommendations. Neurospine, 2019. **16**(3): p. 435-447.

## TẦN SUẤT, YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA RỐI LOẠN CHỨC NĂNG THẤT PHẢI Ở BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN PHẪU THUẬT TIM HỞ

Nguyễn Lê Phước<sup>1</sup>, Lê Minh Khôi<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu tần suất, các yếu tố nguy cơ và ý nghĩa tiên lượng của rối loạn chức năng tâm thu thất phải (RLCNTTTP) ở bệnh nhân người lớn được phẫu thuật tim hở. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả có phân tích trên bệnh nhân (BN) được phẫu thuật tim hở tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 5 năm 2021. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận được 105 BN. Tỷ lệ BN có đủ cả ba thông số của RLCNTTTP chiếm 29,5%, trong khi nếu chỉ tính một thông số thì tỷ lệ cao nhất là

87,6%. Các yếu tố nguy cơ của RLCNTTTP sau mổ gồm suy giảm chức năng thất phải trước mổ, rung nhĩ, kháng đông, mức độ hở van ba lá, diện tích thất phải cuối kỳ tâm trương trước mổ. RLCNTTTP làm tăng các chỉ điểm của bệnh nặng trong giai đoạn hồi sức như thời gian sử dụng thuốc vận mạch, thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và thời gian nằm viện. **Kết luận:** RLCNTTTP thường gặp sau phẫu thuật tim hở và có ý nghĩa tiên lượng nặng trong giai đoạn hồi sức. **Từ khóa:** thất phải, rối loạn chức năng tâm thu thất phải, phẫu thuật tim, hồi sức.

### SUMMARY

#### INCIDENCE, RISK FACTORS AND EFFECTS ON POST-OPERATIVE PROGRESSION IN ADULTS UNDERGOING OPEN HEART SURGERY

**Objectives:** Investigating the incidence, risk factors and predictive values right ventricular systolic dysfunction (RVSD) in adult patients undergoing open heart surgery. **Method:** Retrospective observational was conducted in adult patients undergoing open

<sup>23</sup>Đại học Y Dược TPHCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Khôi

Email: khoi.lm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022

Ngày duyệt bài: 7.11.2022

heart surgery at the Cardiovascular Center, University Medical Center Ho Chi Minh City from August 2019 to May 2021. **Results:** The study recruited 105 patients. Patients with 3 criteria of RVSD was of 29.5%, whereas 87.6% of patients showed reduced tricuspid annular plane systolic excursion. The independent risk factors of postoperative RVSD included preoperative RVSD, atrial fibrillation, anticoagulation therapy, tricuspid regurgitation severity, preoperative right ventricular end diastolic area. RVSD increased the severity indicators in postoperative intensive care period such as prolonged vasoactive and inotropic support time, mechanical ventilation time, intensive care and hospital stay. **Conclusion:** RVSD was commonly encountered in adult patients undergoing open heart surgery and indicated higher severity in postoperative period.

**Keywords:** Right ventricle, right ventricular systolic dysfunction, heart surgery, intensive care.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vai trò quan trọng của thất phải (TP) ngày càng được chứng minh, đặc biệt là trong phẫu thuật tim và hồi sức phẫu thuật tim. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy giá trị tiên lượng của RLCNTTTP trong phẫu thuật van tim, phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, ghép tim và đặt dụng cụ hỗ trợ thất trái. Tỷ lệ sống còn trong những trường hợp có suy thất phải nặng sau phẫu thuật tim chỉ đạt 25%-30%. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm cũng như là chiến lược phòng ngừa và điều trị suy thất phải [5]. Trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật, tỷ lệ rối loạn chức năng thất phải lên đến 50% ở bệnh nhân huyết động không ổn định [4]. Rối loạn chức năng thất phải có giá trị tiên lượng [3], [8], thậm chí còn tốt hơn so với rối loạn chức năng thất trái ở bệnh nhân phẫu thuật tim [6].

Tại Việt Nam, hiện nay chỉ có một vài nghiên cứu nhỏ về thất phải [1], [2] và chưa có nghiên cứu nào được tiến hành để khảo sát vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với ba mục tiêu: (1) Khảo sát sự biến đổi về chức năng thất phải trên siêu âm tim trong giai đoạn chu phẫu ở bệnh nhân người lớn được phẫu thuật tim; (2) Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến RLCNTTTP trong giai đoạn chu phẫu và (3)

Nghiên cứu giá trị tiên lượng mức độ nặng trong giai đoạn hồi sức của RLCNTTTP.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu, quan sát mô tả theo dõi dọc được thực hiện tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 5 năm 2021.

Bệnh nhân được phẫu thuật tim hở có hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể đủ 18 tuổi trở lên và có đầy đủ thông tin siêu âm tim đánh giá thất phải trước và sau phẫu thuật được đưa vào nghiên cứu. Chúng tôi loại trừ BN có tiền sử nhồi máu cơ tim TP, BN có kèm theo các bệnh: bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, thuyên tắc phổi, tràn dịch màng ngoài tim. Các thông số siêu âm tim được thực hiện theo khuyến cáo của Hội siêu âm tim Hoa Kỳ năm 2015. RLCNTTTP được xác định khi bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn sau: TAPSE < 17mm,  $s' < 9,5\text{cm/s}$  hoặc FAC < 35% [7].

Số liệu sau khi thu thập được mã hóa và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 26. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn (Mean  $\pm$  SD), giá trị lớn nhất và giá trị nhỏ nhất.

Các biến số định lượng có phân phối không chuẩn sẽ được mô tả bằng trung vị, khoảng tứ phân vị. So sánh giữa hai biến định tính dùng phép kiểm Chi-bình phương ( $\chi^2$ ). So sánh giữa hai biến định lượng dùng phép kiểm t-test. Tương quan giữa các biến liên tục sử dụng phân tích tương quan Pearson (phân phối chuẩn) hoặc tương quan Spearman (phân phối không chuẩn). Phân tích các yếu tố tác động đến biến phụ thuộc dùng hồi quy đơn biến và hồi quy đa biến. Trị số  $p < 0,05$  được xem như có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 5 năm 2021, chúng tôi thu nhận được 105 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn để đưa vào phân tích.

**3.1 Đặc điểm của dân số nghiên cứu.** Đặc điểm về nhân trắc học, bệnh nền, chẩn đoán, siêu âm trước mổ, điều trị tiền phẫu, phẫu thuật được trình bày trong Bảng 1.

**Bảng 1: Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu**

Đặc điểm	(n = 105)	Không RLCNTTTP (n = 63)	RLCNTTTP (n = 42)	p
Sinh trắc				
- Tuổi	52,5 $\pm$ 13,1	52,1 $\pm$ 14,1	53,2 $\pm$ 11,7	0,676
- Giới tính: Nam (%)	61 (58,1%)	40 (65,6)	21 (34,4)	0,170 <sup>a</sup>
- BSA (m <sup>2</sup> )	1,6 $\pm$ 0,2	1,6 $\pm$ 0,2	1,6 $\pm$ 0,2	0,169
- BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22,2 $\pm$ 3,5	22,5 $\pm$ 3,4	21,8 $\pm$ 3,6	0,276

Bệnh lý tim mạch				
- NYHA III-IV, n (%)	16 (15,2)	4 (6,3)	12 (28,6)	0,019 <sup>a</sup>
- Rung nhĩ, n (%)	24 (22,9)	6 (9,5)	18 (42,9)	<0,001 <sup>a</sup>
Thuốc sử dụng trước PT, n (%)				
- Lợi tiểu	40 (38,1)	16 (25,4)	24 (57,1)	0,001 <sup>a</sup>
- Ức chế men chuyển	11 (10,5)	7 (11,1)	4 (9,5)	0,795 <sup>a</sup>
- Ức chế thụ thể Angiotensin II	31 (29,5)	19 (30,2)	12 (28,6)	0,861 <sup>a</sup>
- Ức chế beta	44 (41,9)	28 (44,4)	16 (38,1)	0,518 <sup>a</sup>
- Kháng đông	23 (21,9)	6 (9,5)	17 (40,5)	<0,001 <sup>a</sup>
Phẫu thuật				
- Thời gian THNCT (phút)	145,8 ± 37,6	145,3 ± 36,7	145,6 ± 39,8	0,892
- Van hai lá, n (%)	65 (61,9)	34 (54,0)	31 (73,8)	0,040 <sup>a</sup>
- Van ĐMC, n (%)	32 (30,5)	18 (28,6)	14 (33,3)	0,604 <sup>a</sup>
- Van ba lá, n (%)	24 (22,9)	3 (4,8)	21 (50,0)	<0,001 <sup>a</sup>
- Bức cầu ĐM vành, n (%)	16 (15,2)	11 (17,5)	5 (11,9)	0,438 <sup>a</sup>
Siêu âm tim trước phẫu thuật				
- LVEF (%)	57,3 ± 7,5	59,3 ± 6,3	54,4 ± 8,3	0,001
- TAPSE (mm)	22,9 ± 5,3	25,3 ± 4,4	19,3 ± 4,4	<0,001
- S' (cm/s)	10,7 ± 2,5	12,1 ± 2,2	8,7 ± 1,3	<0,001
- FAC (%)	41,4 ± 9,3	45,1 ± 6,0	35,8 ± 10,6	<0,001
- RV EDA (cm <sup>2</sup> ) (n = 99)	21,6 ± 7,5	20,4 ± 6,3	23,5 ± 8,7	0,042

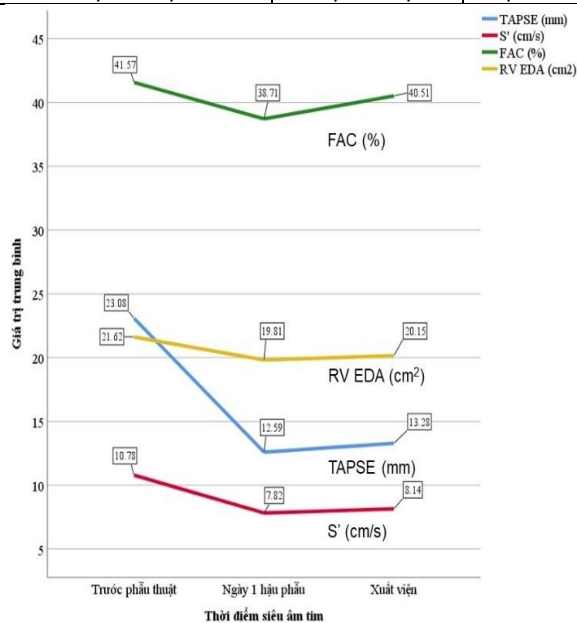
Các biến liên tục được trình bày dưới dạng: trung bình ± độ lệch chuẩn, \*: phân phối không chuẩn. <sup>a</sup>: Sử dụng phép kiểm  $\chi^2$ , các phép kiểm còn lại là phép kiểm t độc lập. LVEF: phân suất tổng máu thất trái; TAPSE: vận động ra trước trong thì tâm thu của vòng van ba lá; FAC: phân suất thay đổi diện tích thất phải; RV EDA: diện tích cuối kỳ tâm trương thất phải.

Tần suất của RLCNTTTP được trình bày trong Bảng 2. Nếu xem RLCNTTTP là khi có ít nhất một bất thường thì tỉ lệ này rất cao sau phẫu thuật trong khi đó vào các thời điểm trước mổ, ngày 1 sau mổ và lúc xuất viện có lần lượt 6,7%, 29,5% và 22,9% có cả ba rối loạn. Số bệnh nhân có RLCNTTTP sau phẫu thuật gấp khoảng hai lần so với trước phẫu thuật. Biến động ghi nhận rõ nhất ở nhóm có TAPSE thấp và S' thấp, trong khi đó số BN có FAC thấp thay đổi qua các thời điểm không nhiều. Diễn tiến của các chỉ số chức năng TP theo thời gian được trình bày trong Hình 1.

### 3.2. Tần suất, đặc điểm và diễn tiến của RLCNTTTP

**Bảng 2. Tần suất RLCNTTTP theo thời gian**

Kiểu RLCNTTTP	Trước PT	Ngày 1	Xuất viện	p <sub>1</sub>	p <sub>2</sub>	p <sub>3</sub>
RLCNTTTP	42 (40,0)	101 (96,2)	99 (94,3)	<0,001	<0,001	0,517
TAPSE < 17mm	14 (13,3)	92 (87,6)	92 (87,6)	<0,001	<0,001	1,000
S' < 9,5cm/s	35 (33,3)	73 (69,5)	80 (76,2)	<0,001	<0,001	0,277
FAC < 35%	20 (19,0)	38 (36,2)	26 (24,8)	0,005	0,317	0,072
↓TAPSE + ↓S'	11 (10,5)	65 (61,9)	73 (69,5)	<0,001	<0,001	0,245
↓S' + ↓FAC	15 (14,3)	32 (30,5)	24 (22,9)	0,005	0,110	0,212
↓FAC + ↓TAPSE	8 (7,6)	36 (34,3)	26 (24,8)	<0,001	0,001	0,130
Cả 3 rối loạn	7 (6,7)	31 (29,5)	24 (22,9)	<0,001	<0,001	0,349

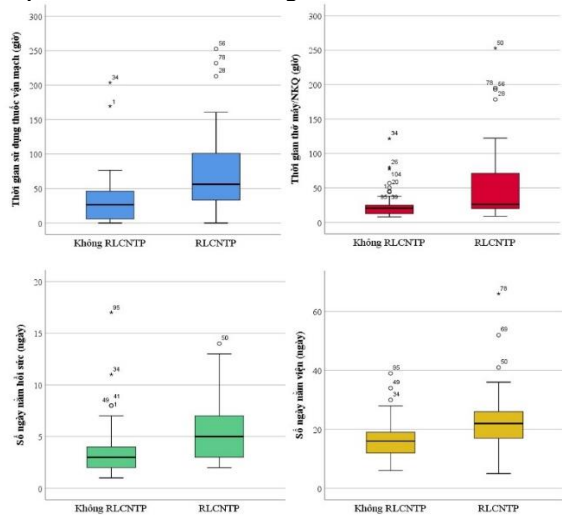


**Hình 1. Diễn tiến theo thời gian của các chỉ số siêu âm tim đánh giá thất phải**

**3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến hình thái, chức năng thất phải chu phẫu.** Phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi tìm được các yếu tố ảnh hưởng đến RLCNTTTP trước phẫu thuật gồm phân suất tổng máu thất trái (mỗi 1% ảnh hưởng đến RLCNTTTP với OR = 0,920; p = 0,032); mức độ hở van ba lá (mỗi 1 mức độ ảnh hưởng đến giá trị TAPSE với  $\beta = -1,182$ ; p = 0,023; diện tích thất phải cuối kỳ tâm trương ( $\beta = 1,997$ ; p < 0,001); tuổi (mỗi 1 tuổi ảnh hưởng đến giá trị RV EDA với  $\beta = -0,107$ ; p = 0,002) và rung nhĩ ảnh hưởng đến giá trị TAPSE ( $\beta = -3,995$ ; p = 0,034).

**3.4. Các yếu tố tiên lượng mức độ nặng giai đoạn hồi sức.** Phân tích hồi quy đa biến xác định các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ nặng trong giai đoạn hồi sức gồm NYHA III-IV ảnh hưởng đến thời gian thở máy ( $\beta = 25,96$ , p = 0,019) và thời gian sử dụng thuốc vận mạch (giờ) ( $\beta = 68,12$ , p < 0,001); RLCNTTTP trước phẫu thuật ảnh hưởng đến thời gian thở máy ( $\beta = 24,22$ , p = 0,041) và thời gian sử dụng thuốc vận mạch ( $\beta = 32,82$ , p = 0,025). Ngoài ra, FAC ngày 1 hậu phẫu (mỗi 1%) ảnh hưởng đến thời gian sử dụng thuốc vận mạch ( $\beta = -1,51$ , p = 0,019).

Hình 2 biểu diễn sự khác biệt về các chỉ số đánh giá mức độ nặng trong giai đoạn hồi sức gồm thời gian sử dụng vận mạch, thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và thời gian nằm viện ở nhóm có và không có RLCNTTTP.



**Hình 2: So sánh dự hậu theo tình trạng RLCNTTTP trước phẫu thuật**

**IV. BÀN LUẬN**

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy RLCNTTTP trước phẫu thuật tim có ý nghĩa tiên lượng diễn tiến ngay sau mổ cũng như lâu dài [5], [6], [8].

RLCNTTTP ngay sau mổ cũng được chứng minh là một yếu tố độc lập tiên đoán tỉ lệ tử vong dài hạn ở bệnh nhân phẫu thuật tim [3]. Cho đến hiện nay, cộng hưởng từ tim vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá chức năng thất phải [5] tuy nhiên kỹ thuật này không được ứng dụng rộng rãi vì nhiều lý do. Siêu âm tim theo các khuyến cáo chuẩn [7] vẫn được xem là phương tiện hàng đầu trong chẩn đoán và theo dõi tiến triển của RLCNTTTP [5]. Chúng tôi cũng đã quan tâm đến RLCNTTTP và đánh giá thất phải trên siêu âm tim [1], [2]. Chính vì vậy nên trong quá trình thực hành, việc đánh giá thất phải được thực hiện khá đồng bộ. Do đó, dù đây là một nghiên cứu hồi cứu nhưng số liệu thu nhận được vẫn có độ thống nhất, phục vụ tốt cho nghiên cứu.

Các nghiên cứu khác nhau trên thế giới sử dụng các tiêu chuẩn không thống nhất nên tỉ lệ cũng khác nhau. Do vậy việc so sánh khó có thể thực hiện một cách chính xác. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Siêu âm Tim Hoa Kỳ năm 2005 [7]. Tiêu chuẩn này được sử dụng rộng rãi gần đây. Tỉ lệ RLCNTTTP gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao nếu tính riêng rẽ từng chỉ số như TAPSE, S' hay RV FAC. Trong đó, tỉ lệ thay đổi về TAPSE gặp cao nhất. TAPSE là một chỉ số dễ đánh giá, có tính lặp lại cao [7] nhưng dễ bị thay đổi trong các phẫu thuật tim, khi màng tim bị mở ra thì sự co rút theo chiều dọc, vốn chiếm 80% lực co của thất phải, bị ảnh hưởng cho đó chức năng thất phải không thực sự suy giảm nhiều [5]. Chúng tôi cũng đã chứng minh rằng TAPSE không nên được sử dụng đơn độc ở bệnh nhân phẫu thuật tim mà tốt hơn là nên dùng chỉ số RV FAC [1]. Dù vậy, tỉ lệ BN có cả ba rối loạn ngay sau mổ cũng vẫn cao, chiếm đến 29,5%. Trong khi đó, đây là một chỉ số quan trọng trong tiên lượng dự hậu bệnh nhân [3]. Do đó, đánh giá chức năng thất phải là một phần không thể thiếu ở bệnh nhân sau phẫu thuật tim.

Nghiên cứu này cũng tìm ra được các yếu tố nguy cơ của RLCNTTTP, bao gồm suy giảm chức năng thất phải trước mổ, rung nhĩ, kháng đông, mức độ hở van ba lá, diện tích thất phải cuối kỳ tâm trương trước mổ. Đây cũng là những yếu tố tiên lượng nặng thường gặp.

Tương tự các nghiên cứu trước đây trên thế giới, chúng tôi cũng ghi nhận ý nghĩa tiên lượng gần của RLCNTTTP. Rối loạn chức năng thất phải làm tăng thời gian sử dụng vận mạch, tăng thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và thời gian nằm viện.

## V. KẾT LUẬN

Rối loạn chức năng tâm thu thất phải thường gặp ở bệnh nhân được phẫu thuật tim hở có hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể. Các yếu tố nguy cơ làm xuất hiện RLCNTTTP gồm suy giảm chức năng thất phải trước mổ, rung nhĩ, kháng đông, mức độ hở van ba lá, diện tích thất phải cuối kỳ tâm trương trước mổ. RLCNTTTP làm tăng các chỉ điểm của bệnh nặng trong giai đoạn hồi sức: thời gian sử dụng thuốc vận mạch, thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và thời gian nằm viện. Như vậy, thất phải đóng một vai trò quan trọng trong phẫu thuật tim do đó cần quan tâm đánh giá và nghiên cứu sâu hơn trong phẫu thuật tim cũng như trong hồi sức.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Minh Khôi.** Tương quan giữa TAPSE và FAC trong đánh giá chức năng tâm thu thất phải. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2016; 20(1):225-229.
2. **Lê Minh Khôi, Phan Vũ Anh Minh, Phan Văn Thuận và cộng sự.** Rối loạn chức năng thất phải trên siêu âm tim ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2020; 24(2):176-182.
3. **Bootsma IT, de Lange F, Koopmans M, et al.** Right Ventricular Function After Cardiac Surgery Is a Strong Independent Predictor for Long-Term Mortality. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2017; 31(5):1656-1662.
4. **Costachescu T, Denault A, Guimond JG, et al.** The hemodynamically unstable patient in the intensive care unit: hemodynamic vs. transesophageal echocardiographic monitoring. Crit Care Med. 2002; 30(6):1214-1223.
5. **Haddad F, Couture P, Tousignant C, et al.** The right ventricle in cardiac surgery, a perioperative perspective: I. Anatomy, physiology, and assessment. Anesth Analg. 2009; 108(2):407-421.
6. **Haddad F, Denault AY, Couture P, et al.** Right ventricular myocardial performance index predicts perioperative mortality or circulatory failure in high-risk valvular surgery. J Am Soc Echocardiogr. 2007; 20(9):1065-1072.
7. **Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, et al.** Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. J Am Soc Echocardiogr. 2015; 28(1):1-39.
8. **Maslow AD, Regan MM, Panzica P, et al.** Precardiopulmonary bypass right ventricular function is associated with poor outcome after coronary artery bypass grafting in patients with severe left ventricular systolic dysfunction. Anesth Analg. 2002; 95(6):1507-1518.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI VÀ VAI TRÒ CỦA DẪN LƯU Ổ BỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ NANG ỔNG MẬT CHỦ Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Long<sup>1</sup>, Phạm Duy Hiền<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi và vai trò của dẫn lưu ổ bụng trong điều trị nang OMC ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca bệnh. Đối tượng là những trẻ được chẩn đoán nang OMC và được phẫu thuật nội soi điều trị tại khoa Ngoại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 1/2018 đến 12/2020. Loại trừ những bệnh nhân đã được phẫu thuật vào ổ bụng từ trước, Các thông tin trước trong và sau mổ được ghi nhận. Quản lý và xử lý số liệu bằng Excel và SPSS 20.0. **Kết quả nghiên cứu:** có 221 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu bao gồm 54 trẻ nam, 167 trẻ nữ. Có 114 (51,6%) trường hợp

thuộc typ I và 107 (48,4%) trường hợp thuộc typ IVA theo Todani. Kích thước đường kính nang từ 10 - 105mm. Tuổi từ 1 tháng đến 14 tuổi. Thời gian mổ từ 90 phút đến 330 phút, trung bình 161,8 phút. Tai biến trong mổ có 1 trường hợp (0,45%). Có 1 trường hợp chuyển mổ mở. Tỷ lệ tai biến chung là 8,1%, số bệnh nhân có dẫn lưu / không có dẫn lưu là 81/140. Thời gian phẫu thuật trung bình là 161,8 phút, thời gian nằm viện trung bình là 7,55 ngày. Mối liên quan của dẫn lưu ổ bụng với kết quả phẫu thuật nội soi điều trị nang OMC ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, thời gian phẫu thuật ở nhóm không có dẫn lưu ổ bụng ngắn hơn đáng kể so với nhóm có dẫn lưu ổ bụng (149,6 phút so với 182,8 phút). Thời gian nằm viện nhóm không dẫn lưu là 6,9 ngày cũng ngắn hơn đáng kể so với 8,6 ngày ở nhóm có dẫn lưu. Tai biến gặp 1 trường hợp ở nhóm có dẫn lưu. Tỷ lệ biến chứng ở nhóm có dẫn lưu cao hơn nhóm không có dẫn lưu cụ thể, người bệnh mổ nang OMC có đặt dẫn lưu có tỷ lệ nhiễm trùng, rò mật cao gấp 2 lần nhóm người bệnh không đặt dẫn lưu; có tỷ lệ áp xe tộn dư cao gấp 1,5 lần nhóm người bệnh không đặt dẫn lưu. Bệnh nhân sau mổ nang OMC không đặt dẫn lưu có kết quả tốt và khả cao gấp 1,79 lần và 1,77 lần so với người bệnh

<sup>1</sup>Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Long

Email: bslongvntdub@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022