

- coli sinh ESBL phân lập từ một số thực phẩm có nguồn gốc động vật tại Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 469, tr. 490 – 498.
2. **CLSI.** Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing, 30th edition - M100, 2020.
 3. **Kawahara, R., Fujiya, Y., Yamaguchi, T., et al.** (2019). Most Domestic Livestock Possess Colistin-Resistant Commensal Escherichia coli Harboring mcr in a Rural Community in Vietnam. Antimicrobial agents and chemotherapy, 63(6), e00594-19.
 4. **Liu, Y. Y., Wang, Y., Walsh, T. R., et al.** (2016). Emergence of plasmid-mediated colistin resistance mechanism MCR-1 in animals and human beings in China: a microbiological and molecular biological study. The Lancet. Infectious diseases, 16(2), 161–168.
 5. **Magiorakos, A. P., Srinivasan, A., Carey, R. B., et al.** (2012). Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. Clinical microbiology and infection: the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 18(3), 268–281.
 6. **Nakayama, T., Jinnai, M., Kawahara, R., et al.** (2017). Frequent use of colistin-based drug treatment to eliminate extended-spectrum beta-lactamase-producing Escherichia coli in backyard chicken farms in Thai Binh Province, Vietnam. Tropical animal health and production, 49(1), 31–37.
 7. **Yamaguchi, T., Kawahara, R., Harada, K., et al.** (2018). The presence of colistin resistance gene mcr-1 and -3 in ESBL producing Escherichia coli isolated from food in Ho Chi Minh City, Vietnam. FEMS microbiology letters, 365(11), 10.1093/femsle/fny100.
 8. **Yamamoto, Y., Kawahara, R., Fujiya, Y., et al.** (2019). Wide dissemination of colistin-resistant Escherichia coli with the mobile resistance gene mcr in healthy residents in Vietnam. The Journal of antimicrobial chemotherapy, 74(2), 523–524.

KẾT QUẢ NGẮN HẠN PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN QUA ĐƯỜNG DỌC GIỮA NÁCH BÊN PHẢI ĐIỀU TRỊ BỆNH THÔNG LIÊN THẤT DƯỚI HAI VAN ĐỘNG MẠCH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường¹, Nguyễn Trung Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi và độ an toàn cũng như kết quả ngắn hạn sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn qua đường dọc nách giữa bên phải điều trị bệnh thông liên thất dưới hai van động mạch tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng-phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên các bệnh nhân được chẩn đoán thông liên thất dưới hai van động mạch được điều trị bằng phẫu thuật tim hở ít xâm lấn và lỗ thông qua đường dọc giữa nách bên phải trong thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2021 tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Có tổng số 24 bệnh nhân được phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu, bao gồm 13 trẻ nam và 11 trẻ nữ. Cân nặng trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 8.1kg [khoảng tứ phân vị (TPV), 5.9 - 21.2 kg], tuổi trung bình là 10 tháng (TPV, 6 - 91.6 tháng). Kích thước trung bình của lỗ thông là 8.5 ± 2.8 mm. Có 5 bệnh nhân (20.8%) có ống động mạch, 1 bệnh nhân (4.2%) có thông liên nhĩ là tổn thương phối hợp. Có 3 trường hợp (12.5%) lỗ thông được vá qua đường nhĩ phải và 21 trường hợp (87.5%) lỗ thông được vá qua thân động mạch phổi. Thời gian cấp động mạch chủ trung bình là $56.7 \pm$

20.9 phút, thời gian chạy máy trung bình là 73.8 ± 23.5 phút, thời gian thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình là 37.6 ± 8.3 phút và thời gian phẫu thuật trung bình là 161.5 ± 33.4 phút. Không có bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật, không có bệnh nhân cần chuyển sang đường mổ khác. Thời gian thở máy trung bình sau phẫu thuật là 10.6 ± 6.2 giờ, thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 8.5 ± 3.3 ngày. Có 3 bệnh nhân (12.5%) loạn nhịp sau phẫu thuật bao gồm 1 trường hợp nhịp nhanh bộ nối, 1 trường hợp nhịp chậm xoang cần tạo nhịp nhĩ tạm thời và 1 trường hợp cơn nhịp nhanh nhĩ. Không có bệnh nhân nào có shunt tồn lưu sau phẫu thuật. Khám lại được thực hiện với toàn bộ các bệnh nhân trong nghiên cứu cho thấy không có bệnh nhân nào bị biến dạng lồng ngực sau phẫu thuật với thời gian theo dõi trung bình là 17 ± 6.8 tháng. Tất cả các gia đình bệnh nhân đều hài lòng với đường mổ dọc giữa nách bên phải. **Kết luận:** Phẫu thuật ít xâm lấn qua đường dọc giữa nách bên phải điều trị bệnh thông liên thất dưới hai van động mạch là khả thi và an toàn, với kết quả tốt. Cần có thời gian theo dõi lâu hơn và số lượng bệnh nhân lớn hơn nhằm đánh giá chính xác hơn nữa hiệu quả của phương pháp điều trị này.

Từ khóa: thông liên thất dưới hai van động mạch, phẫu thuật ít xâm lấn, kết quả ngắn hạn

SUMMARY

PRIMARY OUTCOMES OF SURGICAL REPAIR FOR DOUBLY COMMITTED VENTRICULAR SEPTAL DEFECT THROUGH THE RIGHT VERTICAL AXILLARY MINI-

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022

THORACOTOMY AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To evaluate the feasibility, the safety and short-term outcomes of surgical repair for doubly committed ventricular septal defect through the right vertical axillary mini-thoracotomy at Vietnam National Children's Hospital. **Methods:** Retrospective study was performed for patients who underwent surgical repair of doubly committed ventricular septal defect through the right vertical axillary mini-thoracotomy at Heart Center-Vietnam National Children's Hospital from January 2020 to December 2021. **Results:** There were a total of 24 patients included in this study, which included 13 males and 11 females. The median weight of patients was 8.1 kg (IQR, 5.9 – 21.2 kg), the median age was 10 months (6 – 91.6 months). The mean diameter of the ventricular septal defect was 8.5 ± 2.8 mm. Five patients (20.8%) associated with patent ductus arteriosus and 1 patient (4.2%) have atrial septal defect. Surgical approach was performed through the right atrium in 3 patients (12.5%) and through the main pulmonary trunk in 21 patients (87.5%). The mean aortic cross clamp time was 56.7 ± 20.9 minutes, the mean bypass time was 73.8 ± 23.5 minutes, the mean preparation for bypass time was 37.6 ± 8.3 minutes, and the mean operation time was 161.5 ± 33.4 minutes. There were no mortality and no conversion to the other operation approach. The mean ventilation time was 10.6 ± 6.2 hours, and the mean postoperative length of stay was 8.5 ± 3.3 days. Three patients (12.5%) suffered arrhythmia which included: 1 patient have junctional ectopic tachycardia, 1 patient have sinus bradycardia, and 1 patient have atrial tachycardia. No residual ventricular septal defect was detected after operation. Follow-up was completed for all patient in our study with mean time follow-up was 17 ± 6.8 months, which is show no chest deformity in all patient. All patient and their family were satisfactory with the cosmetic results of the approach. **Conclusions:** Surgical repair for doubly committed ventricular septal defect through the right vertical axillary mini-thoracotomy was feasible and safe, with an excellent short-term outcome. Further investigation with a bigger patient number and longer follow-up time are essential.

Keywords: doubly committed ventricular septal defect, mini-invasive surgery, short-term outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật ít xâm lấn điều trị các bệnh tim bẩm sinh cho trẻ em hiện nay đang được coi là một phương pháp điều trị hiệu quả tương đương với phẫu thuật theo kinh điển sử dụng đường mở giữa xương ức (1)(2). Chỉ định của phẫu thuật ít xâm lấn qua đường ngực phải hiện nay tương đối được mở rộng cho nhiều thương tổn tim bẩm sinh đơn giản: thông liên thất (quanh màng, dưới van chủ, buồng nhận), thông liên nhĩ, bất thường tĩnh mạch phổi bán phần, thông sàn nhĩ thất bán phần hoặc toàn phần, tứ chứng Fallot thể nhẹ... (3)(4)(5). Tuy vậy, một số phẫu thuật

viên vẫn lo ngại khi tiến hành phẫu thuật cho các bệnh nhân thông liên thất dưới hai van động mạch qua đường ngực bên phải do khả năng tiếp cận lỗ thông hạn chế trên một phẫu trường hẹp và sâu, và cân nhắc mở ngực bên trái phổi hợp để có thể tiếp cận trực tiếp lỗ thông hơn (6).

Tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương, phẫu thuật tim hở ít xâm lấn điều trị các tổn thương không phức tạp đã được tiến hành từ năm 2019, trong đó bao gồm cả các bệnh nhân được chẩn đoán thông liên thất dưới hai van động mạch. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá tính khả thi, độ an toàn cũng như kết quả ngắn hạn sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn qua đường mổ dọc giữa nách bên phải điều trị cho các bệnh nhân được chẩn đoán thông liên thất dưới hai van động mạch tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2021, toàn bộ các bệnh nhân được chẩn đoán xác định thông liên thất dưới hai van động mạch được phẫu thuật tim hở ít xâm lấn vá lỗ thông qua đường mổ dọc giữa nách bên phải được thu thập hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án. Tất cả các bệnh nhân đều được khám lại, siêu âm kiểm tra định kỳ theo hẹn sau phẫu thuật. Các biến được thu thập bao gồm: đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật như cân nặng, tuổi, chiều cao, diện tích da cơ thể, mức độ suy tim, kết quả siêu âm tim (kích thước lỗ thông, vị trí lỗ thông, mức độ tăng áp lực động mạch phổi...), kết quả chụp X-quang, kết quả điện tâm đồ...; đặc điểm trong quá trình phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, thời gian cấp động mạch chủ, thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo, thời gian thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể, kích thước lỗ thông; các diễn biến sau mổ như loạn nhịp, tràn dịch màng phổi, chảy máu, thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức...

Tóm tắt phương pháp phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân được nằm nghiêng trái với độ dưới lưng, nghiêng 90 độ. Đối với các bệnh nhân đủ lớn, gây mê một phổi sẽ được cân nhắc áp dụng nhằm tạo phẫu trường đủ rộng. Đường rạch da dọc theo đường nách giữa ngay dưới hố nách và tiếp cận qua khoang liên sườn 4 hoặc 5 tùy theo lựa chọn của phẫu thuật viên. Màng tim được mở cách vị trí của dây thần kinh hoành khoảng 1.5cm. Các cannul động mạch chủ và tĩnh mạch chủ được đặt trực tiếp qua đường mổ, không cần hỗ trợ bởi phương tiện nội soi. Dung dịch liệt tim được truyền xuôi dòng qua kim gổc

động mạch chủ. Phần lớn các bệnh nhân được tiếp cận qua đường mở trực tiếp qua thân động mạch phổi. Hầu hết các bệnh nhân được vá lỗ thông bằng miếng vá màng tim bò và sử dụng chỉ không tiêu mũi rời có miếng đệm. Bệnh nhân được cai khỏi máy tim phổi nhân tạo và màng tim được để hở, thông với khoang màng phổi được dẫn lưu bởi 1 dẫn lưu màng phổi.

Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm, trung bình kèm theo độ lệch chuẩn, hoặc trung vị kèm theo khoảng tứ phân vị. Dữ liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức của Viện Nghiên cứu sức khỏe trẻ em, không cần phiếu chấp thuận của gia đình người bệnh do tính chất hồi cứu của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có tổng số 24 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được thu thập vào nghiên cứu, bao gồm 13 trẻ nam và 11 trẻ nữ. Cân nặng trung vị của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 8.1kg [khoảng tứ phân vị (TPV), 5.9 - 21.2 kg], tuổi trung vị là 10 tháng (TPV, 6 - 91.6 tháng). Diện tích da cơ thể trung bình của các bệnh nhân là $0.57 \pm 0.34 \text{ m}^2$. Chi tiết đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật được mô tả trong **Bảng 1**.

Bảng 1: Đặc điểm hình thái bệnh nhân trước mổ

Tình trạng bệnh nhân trước mổ	n (%), median (IQR) hoặc mean \pm SD
Tuổi (Tháng)	10 (6 - 91.6)
Cân nặng (kg)	8.1 (5.9 - 21.2)
Diện tích da cơ thể (m^2)	0.57 ± 0.34
Giới	
Nam	13 (54.2%)
Nữ	11 (45.8%)
Các tổn thương trong tim	
Sa lá vành	8 (33.3%)
Thông liên nhĩ	1 (4.2%)
Hở van hai lá trung bình	1 (4.2%)
Còn ống động mạch	5 (20.8%)
Hở van động mạch chủ nhẹ	7 (29.2%)
Kích thước trung bình lỗ thông liên thất trên siêu âm (mm)	$6,3 \pm 2,6$
Áp lực ĐMP trung bình trong (mmHg)	$35,5 \pm 14,9$
Loại tổn thương khác phổi hợp	
Cung động mạch phổi phồng	11 (45.8%)
Chỉ số tim-ngực > 55%	13 (54.2%)
Tăng tuần hoàn phổi	13 (54.2%)

Chiều dài trung bình của đường rạch da là $5.6 \pm 0.6 \text{ cm}$, với đường mở ngực qua khoang liên sườn 5 chiếm phần lớn trong nhóm nghiên cứu (19 trường hợp - 79.2%). 3 trường hợp (12.5%) lỗ thông được vá qua đường nhĩ phải và 21 trường hợp (87.5%) lỗ thông được vá qua thân động mạch phổi. Không có bệnh nhân nào cần phải chuyển sang phương pháp tiếp cận phẫu thuật khác. Thời gian cấp động mạch chủ trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 56.7 ± 20.9 phút, thời gian chạy máy trung bình là 73.8 ± 23.5 phút, thời gian thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình là 37.6 ± 8.3 phút và thời gian phẫu thuật trung bình là 161.5 ± 33.4 phút. Chi tiết diễn biến trong mổ được mô tả trong **Bảng 2**.

Bảng 2: Diễn biến trong phẫu thuật

Các yếu tố liên quan phẫu thuật	n (%), mean \pm SD hoặc median(IQR)
Tiếp cận qua khoang liên sườn 4	5 (20.8%)
Tiếp cận qua khoang liên sườn 5	19 (79.2%)
Vá lỗ thông qua van ba lá	3 (12.5%)
Vá lỗ thông qua van động mạch phổi	21 (87.5%)
Chiều dài trung bình đường rạch da (cm)	$5,6 \pm 0,6$
Kích thước trung bình lỗ thông liên thất trong mổ (mm)	$8.5 \pm 2,8$
Xử trí thương tổn phổi hợp	
Sửa van ba lá	3 (12.5%)
Mở rộng đường ra thất phải hoặc cắt tổn thương dòng phụt	2 (8.3%)
Thắt PDA	5 (20.8%)
Vá ASD	1 (4.2%)
Thời gian thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)	$37.6 \pm 8,3$
Thời gian cấp động mạch chủ (phút)	56.7 ± 20.9
Thời gian chạy máy (phút)	73.8 ± 23.5

Có 3 bệnh nhân loạn nhịp sau phẫu thuật, trong đó 1 bệnh nhân nhịp nhanh bộ nối, 1 bệnh nhân nhịp chậm xoang và 1 bệnh nhân có nhiều cơn tim nhanh nhĩ ngắn. Không có bệnh nhân nào chảy máu cần mổ lại. Không có bệnh nhân tử vong trong và sau phẫu thuật cũng như trong quá trình theo dõi sau phẫu thuật. Thời gian thở máy trung bình sau phẫu thuật là 10.6 ± 6.2 giờ, thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 8.5 ± 3.3 ngày. Chi tiết diễn biến sau mổ được mô tả cụ thể tại **Bảng 3**.

Bảng 3: Diễn biến sau phẫu thuật

Kết quả sau phẫu thuật	n (%), mean \pm SD hoặc
------------------------	---------------------------

	median (IQR)
Loạn nhịp tim sau mổ cần điều trị thuốc	3 (12.5%)
Tràn khí dưới da	8 (33.3%)
Nhiễm trùng vết mổ	1 (4.2%)
Thời gian thở máy sau mổ (giờ)	10.6 ± 6.2
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	8.5 ± 3,3
Thời gian nằm tại khoa hồi sức (ngày)	1.92 ± 0.6
Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình (tháng)	17 ± 6.8
Áp lực động mạch phổi trung bình sau phẫu thuật (mmHg)	26 ± 2.9
Thông liên thất tồn lưu	0
Lồng ngực bình thường	24

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật tim ít xâm lấn cho trẻ em mắc bệnh tim bẩm sinh hiện nay đã khá phổ biến trên toàn thế giới. Hiện nay tại Việt Nam, một số trung tâm cũng đã áp dụng khá thường quy phẫu thuật ít xâm lấn điều trị cho các trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh đơn giản như thông liên nhĩ, thông liên thất... (7)(8). Mặc dù vậy, phẫu thuật ít xâm lấn cho các bệnh nhân có lỗ thông liên thất dưới hai van động mạch vẫn còn dè dặt cân nhắc khi chỉ định. Một số trung tâm sử dụng thêm đường rạch ngang trên ngực bên trái của người bệnh qua khoang liên sườn 4 hoặc 5 đường nách trước để tiếp cận trực tiếp lỗ thông qua động mạch phổi. Nguyên nhân chủ yếu là do suy nghĩ cho rằng lỗ thông liên thất dưới hai van động mạch nằm cách xa phẫu trường, khó khăn trong việc tiếp cận tổn thương, đặc biệt là qua đường mở ngực bên phải có kích thước nhỏ và nằm đối diện với động mạch phổi. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng tiếp cận và lỗ thông liên thất qua đường mổ dọc giữa nách bên phải là khả thi, với toàn bộ các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu không cần phải thay đổi đường tiếp cận cũng như không cần phải có thêm bất kỳ đường rạch nào khác trên cơ thể người bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy phẫu thuật vá thông liên thất dưới hai van động mạch qua đường mổ dọc giữa nách bên phải là tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng rất thấp. Chỉ có 3 trường hợp (12.5%) có loạn nhịp tim sau phẫu thuật và 8 trường hợp có tràn khí dưới da do hệ thống dẫn lưu không hoạt động tốt. Không có bất cứ biến chứng nặng nào sau phẫu thuật như block nhĩ thất hoàn toàn cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn hoặc tổn thương van động mạch chủ hoặc chảy máu nghiêm trọng.

Kết quả kiểm tra siêu âm sau phẫu thuật cho thấy không có bệnh nhân nào có hở van động mạch chủ tăng lên so với trước khi phẫu thuật. Kết quả siêu âm sau mổ cũng cho thấy không có thông liên thất tồn lưu sau phẫu thuật, và áp lực động mạch phổi trung bình trở về gần mức bình thường ở phần lớn các bệnh nhân.

Kết quả khám lại bệnh nhân sau phẫu thuật cũng cho thấy không có bất cứ bệnh nhân nào có tình trạng biến dạng lồng ngực sau phẫu thuật, có duy nhất 1 trường hợp vết mổ sẹo lồi do nhiễm trùng vết mổ. Tất cả các gia đình đều rất hài lòng về hiệu quả thẩm mỹ của đường tiếp cận qua đường dọc giữa nách bên phải, khi khép tay thì sẹo mổ được che hoàn toàn. Kết quả ngày của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới về hiệu quả điều trị của phương pháp tiếp cận mới này (1)(2)(3). Phương pháp tiếp cận này hứa hẹn có thể áp dụng cho một số lượng không nhỏ các bệnh nhân có thương tổn tim bẩm sinh đơn giản và vẫn đảm bảo an toàn tương đương với phương pháp tiếp cận kinh điển qua đường giữa xương ức. Trong trường hợp trẻ được gây tê giảm đau và hỗ trợ tốt hơn nữa, vấn đề rút ống nội khí quản tại phòng mổ là hoàn toàn khả thi, giúp giảm hơn nữa thời gian thở máy sau phẫu thuật cũng như thời gian nằm hồi sức sau phẫu thuật, giúp làm giảm số ngày điều trị tại bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ít xâm lấn qua đường dọc giữa nách bên phải điều trị bệnh thông liên thất dưới hai van động mạch là khả thi và an toàn, có kết quả tốt, tương đương với các trung tâm khác trên thế giới. Mặc dù vậy, cần có thời gian theo dõi dài hơn và số lượng bệnh nhân lớn hơn nhằm đánh giá chính xác hơn nữa hiệu quả của phương pháp tiếp cận mới này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yan L, Zhou ZC, Li HP, Lin M, Wang HT, Zhao ZW, et al.** Right vertical infra-axillary mini-incision for repair of simple congenital heart defects: a matched-pair analysis. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2013 Jan;43(1):136–41.
2. **Prêtre R, Kadner A, Dave H, Dodge-Khatami A, Bettex D, Berger F.** Right axillary incision: A cosmetically superior approach to repair a wide range of congenital cardiac defects. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005 Aug;130(2):277–81.
3. **An G, Zhang H, Zheng S, Wang W, Ma L.** Mid-term Outcomes of Common Congenital Heart Defects Corrected Through a Right Subaxillary Thoracotomy. *Heart Lung Circ.* 2017 Apr;26(4):376–82.
4. **An K, Li S, Yan J, Wang X, Hua Z.** Minimal Right Vertical Infra-axillary Incision for Repair of

- Congenital Heart Defects. Ann Thorac Surg. 2022 Mar;113(3):896–902.
5. **Heinisch PP, Wildbolz M, Beck MJ, Bartkevics M, Gahl B, Eberle B, et al.** Vertical Right Axillary Mini-Thoracotomy for Correction of Ventricular Septal Defects and Complete Atrioventricular Septal Defects. Ann Thorac Surg. 2018 Oct;106(4):1220–7.
 6. **Zhu J, Zhang Y, Bao C, Ding F, Mei J.** Individualized strategy of minimally invasive cardiac surgery in congenital cardiac septal defects. J Cardiothorac Surg. 2022 Dec;17(1):5.
 7. **Đạt TT, Tiến ĐA, Thành LN, Phong NB, Minh LN.** Kết quả phẫu thuật tim hở ít xâm lấn và thông liên thất qua đường ngực phải ở trẻ em tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E. Tạp Chí Phẫu Thuật Tim Mạch Và lồng Ngực Việt Nam. 2021 Oct 8;34:79–87.
 8. **Trung Nam N, Lý Thịnh Trường N.** phẫu thuật và lỗ thông liên thất có kích thước lớn áp dụng phương pháp mổ tim hở ít xâm lấn qua đường mổ dọc nách giữa bên phải tại bệnh viện nhi trung ương. Tạp Chí Học Việt Nam [Internet]. 2022 Aug 26 [cited 2022 Oct 11];517(2). Available from: <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/3271>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TÁI TƯỚI MÁU Ở BỆNH NHÂN TRẺ TUỔI BỊ NHỒI MÁU NÃO CẤP

Phạm Thùy Dung³, Mai Duy Tôn^{1,2,3},
Đào Việt Phương^{1,2}, Nguyễn Anh Tuấn^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị tái tưới máu ở bệnh nhân trẻ tuổi bị nhồi máu não cấp tại Trung tâm Đột Quy- bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não từ 18-45 tuổi, điều trị tại trung tâm Đột quy Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2020 đến tháng 5/2022, theo dõi kết cục lâm sàng sau khi ra viện 03 tháng. **Kết quả:** Tổng số đối tượng nghiên cứu là 171 bệnh nhân, trong đó tỉ lệ nam/nữ =2,2/1. Tuổi trung bình: 38 ± 5,9. Điểm NIHSS trung vị khi nhập viện là 8. Trong các yếu tố nguy cơ, thường gặp nhất là hút thuốc lá (24,6%), tăng huyết áp (23,4%), rối loạn mỡ máu (15%). Xét nghiệm lúc vào viện có 53,8% bệnh nhân có mức triglycerid máu cao trên 1,7 mmol/l. Phân loại theo TOAST, nhóm nguyên nhân mạch máu lớn chiếm tỉ lệ cao nhất 32,1%, nguyên nhân mạch máu nhỏ chiếm 24%, thuyên tắc mạch từ tim chiếm 17%, căn nguyên hiếm gặp là 4,6% và 18,1% không rõ nguyên nhân. Có 33,3% bệnh nhân được điều trị tái tưới máu. Kết quả điều trị tái tưới máu: 100% bệnh nhân được tái thông thành công khi lấy huyết khối cơ học với mTICI 2b-3; Tỷ lệ chuyển dạng chảy máu có triệu chứng là 14%; Sau 03 tháng, bệnh nhân phục hồi tốt có điểm mRS 0 -2 chiếm 82,4%, tỷ lệ tử vong là 5,3%. Điểm glasgow vào viện ≤ 13, NIHSS cao, ASPECT thấp và nhồi máu tuần hoàn sau có liên quan tới kết cục tử vong của bệnh nhân với p<0,05. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm lâm sàng

riêng biệt ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi bị nhồi máu não tại Trung tâm Đột quy Bệnh viện Bạch Mai có 3 yếu tố nguy cơ chính là hút thuốc lá, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu. Nhóm bệnh nhân này khi được điều trị tái tưới máu có tỷ lệ hồi phục chức năng thần kinh cao. Điểm Glasgow vào viện ≤ 13, NIHSS cao, ASPECT thấp và nhồi máu não tuần hoàn sau có liên quan tới kết cục tử vong.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, PARACLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOME OF REPERFUSION THERAPY IN YOUNG ADULTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE

Objectives: Clinical characteristics, paraclinical features and treatment outcome of reperfusion therapy in young adults (18 -45 years) with acute ischemic stroke at the Stroke Center-Bach Mai hospital. **Methods:** This study retrospectively reviewed the records of all 18 to 45-year-old patients who were admitted to the Stroke center of Bach Mai hospital from January 2021 to May 2022. Outcome included modified Rankin Scale after 90 days, expanded thrombolysis in cerebral infarction score, and symptomatic intracranial hemorrhage. **Results:** There were 171 patients, male/female ratio was 2,2/1 the average age was 38±5,9 years. Stroke etiologies in young patients included large artery atherosclerosis (32,1%), cardio-embolism (17%), and embolic stroke of undetermined source (31%). In the survey of risk factors, the common risk factors were smoking (24,6%), high blood pressure (23,4%), hyperlipidemia (15%). In our survey, 53,8% of the patients had triglyceride levels above 1.7 mmol/l. There were 33,3% of patients receiving reperfusion therapy. Results of reperfusion therapy: successful reperfusion (expanded thrombolysis in cerebral infarction score 2b-3) was achieved in 100%; The symptomomatic intracranial hemorrhage rate was 14%;

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Duy Tôn

Email: tonresident@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2022

Ngày duyệt bài: 13.12.2022