

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRIỆT ĐỂ TỬ CHỨNG FALLOT

Hoàng Hiệp, Lê Hữu Dụng*, Huỳnh Văn Cường*, Đỗ Việt Thắng*,
Huỳnh Võ Hoài Thanh*, Trần Nam Trung*, Nguyễn Hoài Nam** và cộng sự*

Mục đích: đánh giá kết quả phẫu thuật triệt để tử chứng Fallot tại Khoa PTT giai đoạn từ tháng 01/2007 tới hết tháng 09/2013.

Phương pháp: Phân tích đánh giá dựa trên số liệu thu được từ 65 bệnh nhân đã được phẫu thuật triệt để cũng như từ kết quả tái khám cho 62 bệnh nhân sau mổ.

Kết quả: Tuổi phẫu thuật trung bình là 12 (03 - 40 tuổi). Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 18 tháng (6- 35 tháng). Phẫu thuật sửa chữa thì đầu cho 63 trường hợp (96,9%); thứ phát sau khi bệnh nhân được làm cầu nối chủ phổi là 03 trường hợp (4,61%). 4 trường hợp (6,15%) mổ lại sớm; không có trường hợp nào mổ lại muộn. 03 trường hợp (4,61 %) tử vong trong khi nằm viện; không có tử vong muộn. 62 trường hợp ra viện, hầu hết có cuộc sống sinh hoạt bình thường. 01 bệnh nhân còn dùng lasix và digoxin sau 3 tháng ra viện. Phương pháp phẫu thuật có mở thất phải làm tăng nguy cơ hở van ba lá nặng ($p < 0,001$) và suy thất phải ($p < 0,001$). Miếng vá qua vòng van động mạch phổi làm tăng nguy cơ hở van động mạch phổi nặng ($p < 0,001$), tăng nguy cơ suy thất phải ($p < 0,001$). Đánh giá liên quan của chỉ số McGoon và kết quả phẫu thuật.

Kết luận: Kết quả phẫu thuật sửa chữa triệt để tử chứng Fallot tại Khoa PTT- BVND 115 là khả quan với tỷ lệ tử vong tại viện 4,6 %; không có tử vong muộn với thời gian theo dõi trung bình là 18 tháng. Hầu hết những bệnh nhân ra viện có cuộc sống bình thường. Phương pháp phẫu thuật cải tiến đóng TLT qua van ba lá & hạn chế mở thất P cho kết quả tốt hơn so với PP kinh điển (đóng TLT qua ngã mở thất P + vá xuyên vòng van). Chỉ số McGoon < 1 là một yếu tố tiên lượng nặng trước mổ.

RESULTS OF COMPLETE REPAIR FOR TETRALOGY OF FALLOT

Hoàng Hiệp, Lê Hữu Dụng*, Huỳnh Văn Cường*,
Đỗ Việt Thắng*, Huỳnh Võ Hoài Thanh*, Trần
Nam Trung*, Nguyễn Hoài Nam** and colleagues.*

Objectives: To evaluate the results of the complete repair for Tetralogy of Fallot (TOF) at the

Hospital 115 from 01/2007 to 09/2013. To compare the two techniques of complete repair for TOF.
Phương pháp: Analyse data from 65 patients being Operated for complete repair of TOF.

Results: Mean age: 12 (03 - 40 ys). Mean post-op follow-up: 18 months (6- 35 months). First time complete repair for 63 patients (96,9%); Complete repair after Blalock-Taussig shunt for 03 patients (4,61%). 04 patients (6,15%) being re-operated soon due to bleeding and for closing the sternum. No late re-operation. 03 patients (4,61 %) died while in the post-op period in the ICU; No late death. 62 patients discharged, recovered and lived normally. 01 patients needed furosemide and digoxin orally 3 month post-op. Classic method of operation (open the Infundibulum widely and close the VSD through the RV opening) has high prevalence of post-op severe right ventricle failure ($p < 0,001$), severe Tricuspid regurgitation ($p < 0,001$), severe pulmonary valve regurgitation ($p < 0,001$) compared with the new modified technique of complete repair for TOF (close the VSD via the tricuspid valve, minimal opening of the right ventricle). There is a relation between the McGoon's ratio and the outcome of the complete repair for TOF. ⁵

Conclusion: The overall results of the complete repair for TOF is good. Mortality 4,61% is acceptable. Long term follow-up is good with no late death, not yet re-operation reported during 18 months. The new modified technique of complete repair for TOF shows priority than the classic one. This is one developing step of the cardiac surgery in our hospital 115. McGoon's ratio < 1 is one predictor for post-op right heart failure and death.

* Bệnh viện 115

** Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Nguyễn Hoài Nam

Ngày nhận bài: 10/10/2013 - Ngày Cho Phép Đăng: 24/11/2013

Phản Biện Khoa học: GS.TS. Đặng Hanh Đệ

PGS.TS. Lê Ngọc Thành

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tử chứng Fallot (viết tắt là TOF, Tetralogy of Fallot) là bệnh tim bẩm sinh tím thường gặp nhất chiếm xấp xỉ 01% trẻ sinh ra còn sống. Bệnh đặc trưng bởi 4 tổn thương chính: hẹp động mạch phổi, thông liên thất, động mạch chủ cuõng ngựa trên vách liên thất và phì đại thất phải. Nếu không được phẫu thuật, 25 % trẻ chết trong năm đầu, 40% chết dưới 3 tuổi và 70 % chết trước 10 tuổi. Nếu được phẫu thuật triệt để, người bệnh sẽ có trái tim và cuộc sống gần như bình thường.

Phẫu thuật sửa chữa triệt để TOF bao gồm đóng lỗ thông liên thất và mở rộng đường ra thất phải. Thao tác được thực hiện qua chỗ mở thất phải (phương pháp kinh điển) hoặc qua đường tự nhiên là van 3 lá và van động mạch phổi. Trong 10 năm lại đây, phương pháp thứ hai trở thành một xu thế mới do giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ.

Mục đích của nghiên cứu là đánh giá kết quả phẫu thuật triệt để TOF tại Khoa Phẫu thuật tim, Bệnh viện Nhân Dân 115, đặc biệt là phương pháp không mở thất phải, từ đó rút ra những kết luận khách quan nhằm nâng cao hiệu quả điều trị loại bệnh lý này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1: Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân Tử chứng Fallot hẹp động mạch phổi được phẫu thuật triệt để tại Khoa Phẫu thuật tim, Bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 01/2007 đến tháng 09/2013 nằm trong nhóm nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ:

TOF có chỉ số McGoon < 0,8.

Những trường hợp teo van động mạch phổi hoặc có các bệnh lý nặng phổi hợp khác (kênh nhĩ thất chung, Ebstein,...), có bất thường đm vành quan trọng

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế: nghiên cứu mô tả và phân tích so sánh, tiền cứu kết hợp hồi cứu.

- So sánh kết quả lâm sàng giữa 2 nhóm: Nhóm bn được phẫu thuật theo phương pháp kinh điển (Đóng TLT qua đường mở thất phải + miếng vá xuyên vòng van) và nhóm bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp cải tiến (đóng TLT qua đường nhĩ P và

hạn chế mở thất P) qua các thông số: Suy tim P sau mổ, hở van động mạch phổi, hở van ba lá, thời gian nằm hồi sức.

- Phân tích thống kê dựa trên chương trình phần mềm SPSS 15.0 P < 0,05 được coi là có ý nghĩa.

- Tử vong tại viện được qui định là tử vong trong thời gian nằm viện hoặc trong vòng 30 ngày sau mổ.

2.3. Thu nhập số liệu:

Các dữ liệu được lấy trực tiếp từ lâm sàng, từ hồ sơ cũ của bệnh nhân, qua các lần tái khám.

Các thông tin thu nhập bao gồm các thông tin trước , trong và sau mổ.

2.4. Phương pháp thực hiện

Lâm sàng: tuổi, giới, cân nặng, tím, ngón tay dùi trống

Cận lâm sàng:

- Các đặc điểm về hình ảnh học trên Siêu Âm tim và MSCT: ghi nhận đặc điểm của lỗ thông liên thất, hẹp đường ra thất P, van động mạch phổi, kích thước Vòng van động mạch phổi, nhánh động mạch phổi P và Động mạch phổi T, giá trị Z, chỉ số McGoon.

- Các đặc điểm Huyết học, sinh hóa: Hồng cầu, Hematocrit, Hemoglobin, tiểu cầu,...

Các thông số trong Phòng mổ: thời gian mổ, phương pháp mổ, thời gian chạy máy tim-phổi nhân tạo, thời gian kẹp động mạch chủ, Chỉ số áp lực thất P/thất T sau mổ,...

Các thông số sau mổ (trong hồi sức và trại bệnh): Thời gian thở máy, Thời gian nằm hồi sức, Các biến chứng chảy máu, suy thận, cung lượng tim thấp, suy thất P, rối loạn nhịp, tràn dịch, tràn khí màng phổi,

2.5. Theo dõi sau mổ

- Theo dõi các biến chứng sau mổ: chảy máu, nhiễm trùng, suy tim, suy thận, ...

- Bệnh nhân sau khi ra viện được tái khám vào các thời điểm: tuần đầu, 1 tháng đầu, 2 tháng, 6 tháng và mỗi năm sau đó.

Các yếu tố ghi nhận khi tái khám: triệu chứng lâm sàng, điện tim, siêu âm tim, điều trị nội khoa, các lần nhập viện cấp cứu và các biến chứng có liên quan đến cuộc mổ.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ (n = 65)

Đặc điểm	N	Ti lệ (%)
Tuổi	12 ± 6,5 (2,5 – 35)	
Giới	44	67,69
	21	32,31%
Cân Nặng	20 ± 8,2 (12 – 55)	
Tim trước mổ	65	100%
Ngất trước mổ	19	29,2%
NYHA III – IV	36	65%
Hct	64,3 ± 8,3	
Shunt trước mổ	03	4,6%
Thời gian điều trị sau mổ	10 ± 06 (08 – 30)	
Thời gian theo dõi sau mổ	18 ± 06 (12 – 36)	

Bảng 2. Đặc điểm giải phẫu học và kỹ thuật mổ (N = 65)

	Đặc điểm	N	%
Thông liên thất	Dưới động mạch chủ	65	100%
	Đk: 20 ± 05 mm		
Còn Ống Động Mạch		40	61,53%
Tồn tại lỗ bầu dục		05	07,69%
Giá trị Z vòng van động mạch phổi	< -2	39	60%
	Tb: -2,3 ± 1,6		
Giá trị Z động mạch phổi	< -2	38	58,46%
	Tb : -2,4 ± 1,6		
Giá trị Z ĐkTTTtr	Tb: -0,3 ± 1,2		
Chỉ số McGoon	< 1	03	4,61%
	1-1,5	37	56,92%
	>1,5	25	38,47%
	Tb: 1,3 ± 0,5 (0,7 – 2,1)		
Miếng vá qua vòng van động mạch phổi		44	67,69%
Bảo tồn vòng van động mạch phổi		21	32,31%
Đóng TLT	Qua thất P	23	35,38%
	Qua van ba lá	42	64,62%
Tỉ số áp lực thất P/thất T	Tb: 0,51 ± 0,2 (0,25 – 0,73)		
Chênh áp thất P-Động mạch phổi	Tb: 20 ± 08 mmHg (00 – 35)		

Bảng 3. Các thông số khác trong phòng mổ và hồi sức

	Trung bình	sd	Min - max
Thời gian cấp đmc	78 phút	20 (phút)	45 – 120 (phút)
Thời gian chạy máy	125 phút	20 (phút)	90 – 240 (phút)
Thời gian nằm hồi sức	3,5 ngày	02	01 – 21 (ngày)
Truyền hồng cầu lắng	02 (đv)	01 (đv)	00 – 06 (đv)
Truyền huyết tương	06 (đv)	02 (đv)	04 – 10 (đv)
Truyền tiểu cầu	01 (kít)	01	00 – 04 (kít)

Bảng 4. Các biến chứng

	N	%	Ghi chú
Loạn nhịp sau mổ	15	20,07 %	Nhịp nhanh trên thất sau mổ
Block nhánh P hoàn toàn	21	32%	
Chảy máu phải mổ lại	02	3,07 %	01 ca đứt đmc do chỉ thép, 01 ca do chảy máu xương ức
Đề hở xương ức	02	3,07 %	Mổ lại sau 48h
Thâm phân phúc mạc	04	6,14 %	Suy thận hồi phục sau khoảng 01 tuần.
Tràn dịch màng phổi	14	21,53 %	Do suy thất P, đáp ứng với điều trị nội
Tử vong	03	4,61 %	Tại phòng hồi sức

Bảng 5. Các vấn đề đặc biệt sau mổ

	N	%
Suy thất P	39	60%
Hở van động mạch phổi	44	67,69%
Hở van ba lá > 2,5/4	25	38,46%

Bảng 6. Liên quan giữa suy thất P và vá qua vòng van (N =65)

	qua vòng van (bao gồm 23 tr hợp đóng TLT qua ngã mở phễu thất P)	Bảo tồn vòng van	Tổng	%
Suy thất P	39	0	39	60%
Không suy thất P	05	21	26	40%
Tổng	44	21	65	

Tỉ lệ Suy thất P /xế vòng van = 39/44 = 88,64%.

Chi Square = 46,53. p < 0,001

Tỉ lệ Suy thất P/đóng TLT qua phễu thất P = 23/23 = 100%.

Bảng 7. Liên quan giữa hở van ba lá và đóng TLT qua mở phễu thất P

	Đóng TLT qua mở phễu thất P	Đóng TLT qua ngã van ba lá	Tổng	%
Hở ba lá (> 2,5/4)	15	02	17	26,15%
Không hở / hở nhẹ ba lá (<2/4)	08	40	48	73,85%
Tổng	23	42	65	100%

Tỉ lệ hở ba lá nặng/Đóng TLT qua ngã thất P = 15/23 = 65,22%.

Chi Square = 28,12. p < 0,001

Bảng 8. Liên quan giữa hở van động mạch phổi và vá qua vòng van

	Vá qua vòng van	Bảo tồn vòng van	Tổng	%
Hở van động mạch phổi	44	00	44	67,69
Không hở van động mạch phổi	00	21	21	32,31
Tổng	44	21	65	

Tỉ lệ hở van động mạch phổi/vá qua vòng van =100%.

Bảng 9. Liên quan giữa chỉ số McGoon và tử vong

	Tử vong	Sống	Tổng	%
McGoon < 01	02	01	03	4,61
McGoon >01	01	61	62	95,39
Tổng	03	62	65	

Tỉ lệ (Chỉ số McGoon < 1)/tử vong = 02/03 = 66,67%.

Chi Square = 42,65. P < 0,001

03 ca tử vong trong thời gian nằm hồi sức:

1. Trần văn A, 07 tuổi, chẩn đoán : TOF, Hct 68%, McGoon Ratio 0,82. Z value vòng van động mạch phổi -2,3, Z value thân động mạch phổi: -2,3. Z value thất trái tâm trương : -0,5. Phẫu thuật đóng TLT qua ngã van ba lá, patch xuyên vòng van động mạch phổi. Đo áp lực sau mở RV/LV = 0,72. Chênh áp qua van động mạch phổi: 20mmHg. Tại hồi sức biểu hiện suy tim, cung lượng tim thấp. Ngưng tim sau 15h nằm hồi sức.

2. Nguyễn thi Thanh Th, 07 tuổi. Chẩn đoán TOF, het 67%, McGoon ratio 0,85. Z value vòng van

động mạch phổi và thân động mạch phổi = -2,1. Z value thất T tâm trương = 0,4. Đã làm B-T shunt cách 2 năm. Phẫu thuật đóng TLT qua ngã van ba lá, patch xuyên vòng van động mạch phổi. Đo áp lực sau mở RV/LV = 0,73. Chênh áp qua van động mạch phổi: 12mmHg. Tại hồi sức biểu hiện suy tim, cung lượng tim thấp. Ngưng tim sau 10 h nằm hồi sức.

3. Nguyễn Minh T, 09 tuổi. Chẩn đoán TOF, Hct 64%. McGoon ratio = 1,4. Z value vòng van động mạch phổi và thân động mạch phổi = -2,1. Z value thất T tâm trương = -0,9 . Phẫu thuật đóng TLT qua ngã mở phễu thất P, patch xuyên vòng van động mạch

phổi. Đo áp lực sau mô RV/LV = 0,67. Chênh áp qua van động mạch phổi: 12mmHg. Tại hồi sức biểu hiện suy tim, cung lượng tim thấp. Sau đó suy thận, suy đa cơ quan. Ngưng tim sau 72h nằm hồi sức.

- Nhận xét 03 trường hợp tử vong : hai trường hợp đầu có bệnh cảnh tương tự nhau. Bệnh nhân tím nhiều, có nhánh động mạch phổi nhỏ (chỉ số McGoon = 0,82 và 0,85). Chỉ số đo áp lực RV/LV cao hơn 0,7. Tử vong trong bệnh cảnh suy thất P không hồi phục. Trường hợp thứ ba có McGoon ratio tốt (1,4), các chỉ số vòng van động mạch phổi, thân động mạch phổi cũng khá tốt, có khác biệt ở chỗ đóng TLT qua ngã phổi thất P, mở sâu xuống thất P do lỗ TLT đóng khó khăn. Sau mổ các chỉ số áp lực đạt yêu cầu nhưng

bệnh nhân có biểu hiện suy thất P, vào hội chứng cung lượng tim thấp, suy thận, suy đa cơ quan sau đó ngưng tim. Nguyên nhân tử vong của 02 ca đầu có thể do kích thước động mạch phổi nhỏ. Của ca thứ ba có thể do suy thất P nặng không hồi phục mà nguyên nhân là do mở thất P nhiều. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác như Nguyễn Hữu Ước, Lê Thành Khánh Vân [1,2].

- Tạm loại 02 ca có McGoon < 01 ra khỏi nhóm nghiên cứu. Làm so sánh giữa 02 nhóm bệnh nhân được mổ theo pp kinh điển (đóng TLT qua ngã mở phổi thất P, vá qua vòng van) và nhóm bn được mổ theo phương pháp cải tiến (đóng TLT qua van ba lá, hạn chế mở phổi thất P).

Bảng 10. So sánh 02 phương pháp phẫu thuật

	Pp kinh điển (N= 23)	PP cải tiến (N=40)	Nhận xét
Suy thất P	23 (100%)	14 (38%)	Giảm 62%
Hở ba lá >2,5/4	15 (65,22%)	02 (05%)	Giảm 60,22%
Hở van đm phổi	23 100%)	19 (47,5%)	Giảm 52,5%
Tử vong	01 (4,34%)	00	Giảm 4,34%
Thời gian nằm hồi sức (trung bình) (ngày)	3,48 ± 0.62	2,01 ± 0,43	Giảm 1,47 ngày

Nhận xét: khác biệt đáng kể giữa 02 nhóm.

Bảng 11. Theo dõi sau xuất viện (18 tháng)

	N	%	Ghi chú
Thông liên thất tồn lưu	05	7,69%	Có 01ca có chỉ định mổ lại.
Tím lại	00	00	
NYHA III – IV (Sau mổ 01 tháng)	00	00	01 trường hợp phải dùng furosemide và digoxin 03 tháng sau mổ do suy thất P.
Tử vong	00	00	

Nhận xét: kết quả sau mổ tốt.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm bệnh nhân

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều trên 02 tuổi. Hầu hết có cân nặng trên 15kg (93%). Có 07 % bệnh nhân trên 20 tuổi, cá biệt có bệnh nhân 35 tuổi. Đây cũng là đặc điểm về bệnh tim bẩm sinh ở các nước đang phát triển khi điều kiện về chẩn đoán và điều trị còn chưa đầy đủ. Bệnh nhân phẫu thuật muộn có nhiều bất lợi về phát triển tinh thần và thể chất do thiếu oxy máu kéo dài. Những biến chứng đã gặp trong số 65 bệnh nhân là : Áp xe não, con ngát tim, suy tim.

4.2. Về kỹ thuật:

Trong thời gian đầu khi mới triển khai phẫu thuật triệt để TOF, các bệnh nhân được mổ theo phương pháp kinh điển. Từ giữa năm 2009, phẫu thuật theo phương pháp mới là đóng TLT qua van ba lá và hạn chế tối đa mở thất P bắt đầu được áp dụng một cách hệ thống. trong số 65 bệnh nhân có tới 42 bệnh nhân được mổ theo phương pháp mới. Qua thực tế chúng tôi nhận thấy diễn tiến sau mổ của các bệnh nhân này thuận lợi hơn rất nhiều so với các bệnh nhân đã được mổ theo phương pháp kinh điển. Các phép kiểm cho thấy tỉ lệ Suy thất P sau mổ, hở van đm phổi, hở van ba lá sau mổ của phương pháp có mở phễu thất P cao hơn có ý nghĩa thống kê so với phương pháp mới. Phân tích phép kiểm Chi Bình Phương cho thấy tỉ lệ suy thất P sau mổ, hở van đm phổi, hở van ba lá sau mổ có liên quan mạnh với việc mở phễu thất P ($p < 0,001$)

Theo nhiều nghiên cứu, chính việc mở thất P đã giúp phẫu thuật viên cắt bỏ khối cơ thất P tương đối nhiều và quan trọng hơn là làm mất tính toàn vẹn của thất P, từ đó làm giảm đột ngột độ đàn hồi buồng tim, đặc biệt ở những bệnh nhân TOF “già” khi mà cơ thất đã phì đại quá mức, xơ hóa, giảm đàn hồi do hệ quả của việc thiếu Oxy mô lâu ngày. [5,6]. Việc khâu miếng vá vào chỗ mở thất P dẫn đến hiện tượng vận động nghịch thường của miếng vá so với thành thất P, từ đó cũng làm giảm khả năng tổng máu thất P, góp phần gây suy thất P sau mổ [6,7]. Tất cả những yếu tố kể trên góp phần làm suy thất P nặng sau mổ, tăng tỉ lệ tử vong sau mổ.

4.3. Về tỉ lệ tử vong:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 03 ca tử vong như đã trình bày trong phần kết quả. 01 ca trong số đó tử vong nghĩ do nguyên nhân suy thất P do mở thất P nhiều như mô tả ở trên. Chiếm 4% nếu tính tỉ lệ riêng phần trong nhóm mở thất P kinh điển (23 trường hợp).

Có 02 ca tử vong còn lại có chỉ số đo áp lực Thất P/Thất T sau mổ cao $>0,7$ dù đã mở rộng “thênh thang” đường thất P lên động mạch phổi. Cả 02 ca này có chỉ số McGoon lần lượt là 0,8 và 0,85 (<1). Theo nhiều tác giả chính đường kính nhánh động mạch phổi nhỏ làm cho hiện tượng hẹp phổi vẫn tồn tại biểu hiện bằng chỉ số áp lực Thất P/ Thất T cao hơn 0,7 (vì phẫu thuật chỉ can thiệp mở rộng thân và phần gần của nhánh động mạch phổi). Chính vì vậy hầu hết các tác giả thống nhất không sửa chữa hoàn toàn TOF khi Chỉ số McGoon $< 0,5$. Phẫu thuật sửa chữa hoàn toàn với nguy cơ cao khi chỉ số McGoon < 1 , và phẫu thuật triệt để là rất an toàn khi chỉ số McGoon $>1,5$. [3,4,7,8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 03 ca có chỉ số McGoon <1 . Tỉ lệ tử vong trong nhóm này là 2/3 (66,67%). Chúng tôi tạm đưa ra một yếu tố dự báo tiên lượng nặng trước mổ là khi bệnh nhân có chỉ số McGoon < 1 .

4.4. Về các biến chứng sau mổ:

Nhìn chung các biến chứng sau mổ là ít, chấp nhận được.

Chưa có ca nào phải mổ lại vì TLT tồn lưu. Tuy nhiên gần đây có 01 ca TLT tồn lưu muộn sau mổ có xu hướng to dần, trường hợp này đang chuẩn bị nhập viện để mổ lại.

Về mổ lại sớm sau mổ có 04 ca, trong đó 02 ca chảy máu sau mổ, 02 ca hở xương ức chủ động do tim to : đóng lại xương ức sau 3 ngày. Tỉ lệ này cũng tương đương với các tác giả khác. [1,2,4,8,9]

Có 04 ca suy thận cấp sau mổ trong thời gian nằm hồi sức, hậu quả của suy tim sau mổ. Chúng tôi tiến hành làm thẩm phân phúc mạc tại phòng hồi sức. 03 trong số 04 ca sau đó hồi phục chức năng thận sau 01 tuần khi suy tim được điều trị ổn định. Theo Kirklin,

Karl TR và cộng sự, việc dùng Thâm phân phúc mạc để cứu nguy cho bệnh nhân trong tình trạng suy thận cấp sau mổ tim với liều vận mạch cao là một giải pháp thay thế thận tốt.[7,8].

Về tỉ lệ loạn nhịp sau mổ chúng tôi ghi nhận 20,07 % trường hợp loạn nhịp nhanh trên thất . Block nhánh P 21 trường hợp (32 %). Không có ca nào bị block nhĩ-thất. Không có ca nào loạn nhịp thất. Đây là một kết quả đáng khích lệ. Kết quả này cũng tương tự của tác giả Diet CA và cộng sự.[5].

4.5. Về kết quả theo dõi sau mổ:

62 trường hợp sau mổ sửa chữa hoàn toàn có thời gian theo dõi trung bình là 18 tháng. Không có trường hợp tử vong muộn nào ghi nhận. Hầu hết các bệnh nhân hồi phục, hết suy tim. Chưa có trường hợp nào phải mổ lại. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả trong nước và quốc tế. [1,2,3,4,8,9]

5. KẾT LUẬN

Qua 65 trường hợp TOF được phẫu thuật triệt để tại Khoa Phẫu Thuật Tim, BVND 115 chúng tôi có một vài nhận xét sau:

1. Kết quả chung của phẫu thuật triệt để TOF là tốt. Tỉ lệ tử vong 4,61% chấp nhận được . Kết quả theo dõi sau mổ tốt, không có tử vong muộn sau mổ với thời gian theo dõi sau mổ là 18 tháng
2. Phương pháp phẫu thuật cải tiến (đóng TLT qua ngã van ba lá + hạn chế mở thất P) có kết quả ưu việt hơn pp phẫu thuật kinh điển do làm giảm tỉ lệ suy thất P, hở van ba lá và hở van động mạch phổi sau mổ, rút ngắn thời gian nằm hồi sức. Đây chính là một bước phát triển của Phẫu thuật tim BVND 115.
3. Chỉ số McGoon < 1 là một yếu tố tiên lượng nặng chính trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu Ước, Đặng Hanh Đệ.** Kết Quả Ban Đầu của phẫu thuật sửa chữa toàn bộ Fallot 4 ở trẻ em lớn. Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam số 28, 12- 1999 ; 46-54.
2. **Lê Thành Khánh Vân. Chẩn Đoán và Phẫu Thuật Sửa Chữa Toàn Bộ Tử Chứng Fallot.** Luận án chuyên khoa cấp II, ĐHYD tp HCM-2007
3. **Nguyễn Minh Trí Viên.** Kết quả điều trị của phẫu thuật Blalock – Taussig Trong Bệnh lý Tử Chứng Fallot. Luận Văn Thạc Sĩ Ngoại Lòng Ngực, ĐHYD Tp HCM, 2002.
4. **Christopher J. Knott- Craig et al.** A 26- Years Experience with Surgical Management of Tetralogy of Fallot : Risk Analysis for Mortality or Late Reintervention. Ann Thorac Surg 1998 ; 66 :506-11
5. **Dietl CA et al.** Life-threatening arrhythmias and RV dysfunction after surgical repair of tetralogy of fallot. Comparison between transventricular and transatrial approaches. Circulation. 2004 Nov ;90(5 Pt 2) ; II7-12
6. **Jenifer C.Hirsch ; Edward L.Bove.** Tetralogy of Fallot. Pediatric Cardiac Surgery. Mosby 2003 ; 383- 397 .
7. **Karl TR, Sano S ; Porniviliwan S ; Mee RBB.** Tetralogy of Fallot : Favorable Outcome of Neonatal Transatrial, Transpulmonary repair. Ann Thorac Surg 2002 ; 54-90
8. **Kirklin JW ; Boyes B ; Kouchoukos NT.** Ventricular Septal Defect and Pulmonary Stenosis or Atresia. Cardiac Surgery. Churchill Livingstone 2003 ; 946- 1074
9. **Martin A Norgaard et al.** Twenty-to-thirty-seven- year follow-up after repair for Tetralogy of Fallot. European Journal of Cardio- thoracic Surgery 16 (1999) 125-130