

# Kết quả phẫu thuật sửa toàn bộ kênh nhĩ thất toàn phần tại Bệnh viện Tim Hà Nội

Nguyễn Sinh Hiền\*, Nguyễn Hữu Phong, Đào Quang Vinh, Nguyễn Đăng Hùng,  
Đinh Xuân Huy, Nguyễn Minh Ngọc, Đỗ Đức Trọng

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** kênh nhĩ thất toàn phần là một bệnh lý tim bẩm sinh phức tạp. Xu hướng hiện nay là tiến hành phẫu thuật sửa chữa triệt để trong thời gian sớm để tránh những triển triển bệnh lý mạch phổi và suy tim xung huyết. Nghiên cứu này nhằm: *nhận xét đặc điểm và đánh giá kết quả phẫu thuật sửa toàn bộ kênh nhĩ thất toàn phần tại Bệnh viện Tim Hà Nội giai đoạn 2017 – 2020.*

**Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu 62 BN được phẫu thuật sửa toàn bộ kênh nhĩ thất toàn phần tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2020. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS22.

**Kết quả:** tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là  $17,56 \pm 30,85$  tháng, 59,7% có kiểu hình Down. 32,2% dùng kỹ thuật một miếng vá, 6,5% dùng kỹ thuật một miếng vá cải tiến, và 61,3% dùng kỹ thuật hai miếng vá. Biến chứng hay gặp nhất sau mổ là viêm phổi (40,32 %) các biến chứng khác bao gồm: tràn dịch màng tim, màng phổi (14,52 %), Block nhĩ thất độ III (9,67 %), suy thận cấp (6,45 %). 3 trường hợp (4,8%) phải mổ lại sớm, 1 trường hợp tử vong phẫu thuật (1,6%). Tỷ lệ sống sau mổ 1 năm và 5 năm là 96,8%.

**Kết luận:** kết quả sửa toàn bộ bệnh lý kênh nhĩ thất toàn phần tại Bệnh viện Tim Hà Nội cho thấy kết quả sớm và trung hạn tốt.

**Từ khóa:** kênh nhĩ thất toàn phần.

## ABSTRACT

**Background:** complete atrioventricular canal defect is a complex congenital heart disease. The current trend is to perform early complete repair to avoid the progression of pulmonary vascular disease and congestive heart failure. We sought to describe characteristics and evaluate outcomes of definitive repair of complete atrioventricular canal defect at Hanoi Heart Hospital from 2017 to 2020.

**Methods:** a retrospective descriptive study of 62 patients who underwent definitive repair of complete atrioventricular canal defect at Hanoi Heart Hospital from January 2017 to December 2020. Data processing using SPSS 22 software.

**Results:** mean age at the time of surgery was  $17.56 \pm 30.85$  months, 59.7% had Down phenotype. The type of surgical repair was single-patch technique (32.2%), modified single-patch technique (6.5%), and two-patch technique (61.3%) The most common postoperative complication is pneumonia (40.32%) and other complications include: pericardial effusion or pleural effusion (14.52%), third-degree AV block (9.67%), acute

---

Bệnh viện Tim Hà Nội

\*Tác giả liên hệ: Nguyễn Sinh Hiền

Email: [nguyensinhhiien@gmail.com](mailto:nguyensinhhiien@gmail.com) - ĐT: 0979561656

Ngày gửi bài: 11/08/2022 Ngày chấp nhận: 4/10/2022

renal failure (6.45%). 3 cases (4.8%) required early reoperations, operative mortality was 1.6%. The overall estimated survival was 96,8% at 1 and 5 years.

**Conclusion:** definitive repair of complete

atrioventricular canal defect at Hanoi Heart Hospital has good early and medium-term results.

**Keyword:** complete atrioventricular canal defect.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ khi C.Walton Lillehei thực hiện thành công phẫu thuật sửa chữa bệnh lý kênh nhĩ thất toàn phần (KNTTP) năm 1955 cho đến nay đã có rất nhiều tiến bộ về cả phẫu thuật và điều trị nội khoa, điều này giúp làm giảm tỷ lệ tử vong phẫu thuật cũng như cải thiện về các kết quả lâu dài với tỷ lệ sống sau 15 năm từ 86% – 89%<sup>1</sup>. Tuy nhiên, tỷ lệ cần phải mổ lại vẫn còn khá cao, khoảng 10 – 15%, chủ yếu là do tình trạng hở van nhĩ thất trái, hẹp đường ra thất trái, và thông liên thất tồn lưu<sup>2</sup>. Việc sửa chữa KNTTP thường được thực hiện trong khoảng thời gian từ 3 – 6 tháng tuổi với các kết quả sớm và lâu dài tốt<sup>3,4</sup>. Phẫu thuật xiết bót thân động mạch phổi (*pulmonary artery banding*) trước đây được thực hiện ở nhiều bệnh nhân (BN) KNTTP. Tuy nhiên phẫu thuật này thường làm tệ hơn tình trạng hở van nhĩ thất trái và không cho thấy hiệu quả điều trị giảm nhẹ. Vì vậy, hầu hết các trung tâm hiện nay ưu tiên sửa chữa sớm và phẫu thuật xiết bót ĐMP chỉ áp dụng ở những trường hợp ngoại lệ khi cần tránh phải sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT). Tại Bệnh viện Tim Hà Nội trong nhiều năm qua đã triển khai phẫu thuật sửa toàn bộ đối với bệnh lý KNTTP. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *nhận xét đặc điểm và đánh giá kết quả phẫu thuật sửa toàn bộ kênh nhĩ thất toàn phần tại Bệnh viện Tim Hà Nội giai đoạn 2017 - 2020.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** 62 BN được phẫu thuật sửa toàn bộ kênh nhĩ thất toàn phần tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2020. Các BN có kèm tổn thương thất phải hai đường ra, thiếu sản thất, và những bất thường khác không phù hợp với sửa chữa hai thất được loại ra khỏi nghiên cứu.

**Phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu. Chọn mẫu thuận tiện. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS22.

**Các định nghĩa trong nghiên cứu:** tử vong phẫu thuật là các trường hợp tử vong trước khi ra viện hoặc trong vòng 30 ngày sau mổ. Tử vong muộn là các trường hợp tử vong sau khi ra viện và sau mổ >30 ngày. Thở máy kéo dài là thở máy kéo dài >72 giờ. Chẩn đoán viêm phổi sau mổ khi có biểu hiện trên hình ảnh X-quang và có ít nhất 3 trong 4 tiêu chuẩn: sốt, tăng bạch cầu, cấy đờm dương tính, hoặc phải điều trị kháng sinh. Chẩn đoán suy thận cấp khi có tăng creatinine huyết thanh > 2,0 mg/dl hoặc tăng gấp đôi so với mẫu gần nhất trước mổ, hoặc cần phải thẩm phân.

## KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm lâm sàng và tổn thương

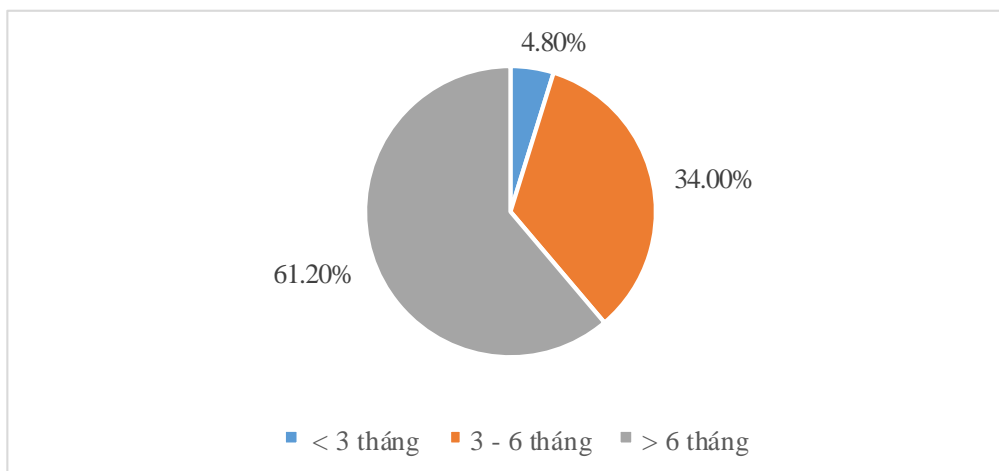
Đặc điểm trước mổ của 62 trường hợp được phẫu thuật sửa toàn bộ KNTTP được mô tả

trong **bảng 1**. Độ tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là  $17,56 \pm 30,85$  tháng (trung vị là 8,5 tháng; trong khoảng từ 2 tháng đến 16 tuổi). Tỷ lệ trẻ nam chiếm 48,4% (30 trường hợp), tỷ lệ có kiểu hình Down chiếm 59,7%. Cân nặng trung bình lúc phẫu thuật là  $7,06 \pm 4,93$  kg. Có 6 trường hợp (9,6 %) KNTTP thể tứ chứng Fallot.

**Bảng 1. Đặc điểm trước phẫu thuật (n = 62)**

Đặc điểm		Trung bình $\pm$ SD hoặc n (%)
Tuổi lúc phẫu thuật (tháng)	Trung bình	$17,56 \pm 30,85$ (2 - 192)
	Trung vị	8,5
Nam giới		30 (48,4 %)
Kiểu hình Down		37 (59,7 %)
Cân nặng (kg)	Trung bình	$7,06 \pm 4,93$
	Trung vị	5,6
BSA (m <sup>2</sup> )	Trung bình	$0,36 \pm 0,15$
	Trung vị	0,31
Kích thước lỗ thông liên thất (mm)		$8,65 \pm 4,51$
Kích thước lỗ thông liên nhĩ (mm)		$10,78 \pm 4,9$
Hở van nhĩ thất trái	Không hở	3 (4,8 %)
	Hở nhẹ	8 (12,9 %)
	Hở vừa	23 (37,1 %)
	Hở nặng	28 (45,2 %)
Áp lực động mạch phổi trung bình (mmHg)*		$45,52 \pm 15,45$
Tổn thương kèm theo	TLN lỗ thứ phát	23 (37,1 %)
	Còn ống động mạch	17 (27,42 %)
	Hẹp eo động mạch chủ	3 (4,8 %)
	Hẹp van động mạch phổi	7 (11,29 %)
	Tứ chứng Fallot	6 (9,6 %)

\* Không bao gồm kênh nhĩ thất toàn phần thể tứ chứng Fallot (n = 56)



**Biểu đồ 1. Đặc điểm tuổi lúc phẫu thuật (n=62).**

Chúng tôi chia độ tuổi tại thời điểm phẫu thuật thành 3 nhóm dưới 3 tháng, từ 3 đến 6 tháng và trên 6 tháng. Tỷ lệ > 6 tháng chiếm đa số với tỷ lệ 61,2%, có 4,8% BN được phẫu thuật trước 3 tháng, và 34% được phẫu thuật trong thời gian 3 – 6 tháng.

## 2. Đặc điểm phẫu thuật

Các kỹ thuật sửa chữa KNTTP được chúng tôi áp dụng bao gồm kỹ thuật một miếng vá (20 BN, 32,2%), kỹ thuật một miếng vá cải tiến (4 BN, 6,5%), và kỹ thuật hai miếng vá (38 BN, 61,3%). Thời gian chạy máy THNCT trung bình là  $124,53 \pm 29,95$  phút, và thời gian cấp động mạch chủ trung bình là  $97,69 \pm 26,17$  phút. Kết quả so sánh giữa nhóm phẫu thuật bằng kỹ thuật một miếng vá hoặc một miếng vá biến đổi với nhóm bằng kỹ thuật hai miếng vá được thể hiện trong **bảng 2**. Có sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian chạy THNCT, thời gian cấp động mạch chủ, cũng như đặc điểm về các kỹ thuật khác được thực hiện ( $p < 0,05$ ), trong khi đó không có sự khác biệt về nhóm tuổi ( $p = 0,621$ ).

**Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật (n = 62)**

Đặc điểm		Kỹ thuật một miếng vá * (n=24)	Kỹ thuật hai miếng vá (n=38)	P
Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)		$111,13 \pm 17,57$	$133 \pm 33,12$	0,001
Thời gian cấp động mạch chủ (phút)		$85,5 \pm 13,43$	$105,39 \pm 29,32$	0,001
Các kỹ thuật khác ở van nhĩ thất trái	Tạo hình vòng van	11 (45,8 %)	12 (31,6 %)	0,054
	Mở rộng lá van bằng miếng vá màng tim	0	1 (2,6 %)	-
	Khâu khe hở lá trước	13 (54,2 %)	24 (63,2 %)	0,024
Các kỹ thuật sửa chữa khác	Đóng TLN lỗ thứ phát	3 (12,5 %)	10 (26,3 %)	< 0,001
	Thắt ống động mạch	12 (50 %)	28 (74 %)	0,005
	Đóng lỗ bầu dục	6 (25 %)	3 (8 %)	< 0,001
	Mở rộng ĐRTP	0	7 (18,4 %)	-
Tuổi lúc phẫu thuật (tháng)	≤ 6 tháng	11 (45,8 %)	13 (54,2 %)	0,621
	> 6 tháng	15 (39,5 %)	23 (60,5 %)	

\* Bao gồm kỹ thuật một miếng vá kinh điển và kỹ thuật một miếng vá biến đổi.

## 3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Thời gian thở máy trung bình sau mổ là  $40,44 \pm 52,76$  giờ, trong đó tỷ lệ thở máy kéo dài > 72 giờ là 14,5 % (9 BN), thời gian điều trị tại khoa hồi sức trung bình là  $7,29 \pm 6,06$  ngày, và thời gian nằm viện trung bình là  $27,19 \pm 13,28$

ngày. Về tình trạng van nhĩ thất trái sau mổ đa số ở mức hở nhẹ (53,23 %) tỷ lệ còn hở mức độ vừa là 25,81 % và có 2 BN còn hở van nặng sau mổ (3,22 %). Đối với van nhĩ thất phải sau mổ có 62,9 % ở mức độ hở nhẹ, 12,9 % hở vừa, và 1,61 % còn hở nặng. Áp lực động mạch phổi trung

bình (ở nhóm không kèm tứ chứng Fallot) là  $24,71 \pm 10,85$  mmHg, giảm có ý nghĩa so với trước mổ ( $p < 0,05$ ).

Biến chứng hay gặp nhất sau mổ là viêm phổi, với tỷ lệ 40,32 %, các biến chứng khác bao gồm: tràn dịch màng tim, màng phổi (14,52 %); thông liên thất tồn lưu (9,67 %), đều có kích thước  $< 2$ mm; Block nhĩ thất độ III (9,67 %); suy thận cấp (6,45 %). Có 3 trường hợp phải mổ lại sớm: một trường hợp do chảy máu, một trường hợp do liệt cơ hoành và một trường hợp do hở van nhĩ thất trái cấp sau mổ 18 ngày do rách lá trước, BN được mổ tạo hình lại lá van bằng màng ngoài tim. Có một trường hợp tử vong phẫu thuật

(1,61 %), đây là trường hợp KNTTP thể tứ chứng Fallot, với tình trạng hở van nhĩ thất trước mổ nặng, trẻ được phẫu thuật sửa toàn bộ lúc 10 tháng tuổi bằng kỹ thuật hai miếng vá cùng với sửa chữa tứ chứng Fallot với thời gian cấp động mạch chủ là 170 phút và thời gian chạy máy là 210 phút. BN sau mổ bị viêm phổi nặng, nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn, cuối cùng tử vong trong tình trạng suy đa tạng sau 13 ngày điều trị hồi sức. **Bảng 3** so sánh các kết quả sớm giữa nhóm được phẫu thuật dưới 6 tháng tuổi và nhóm được phẫu thuật ngoài 6 tháng tuổi, chúng tôi không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa nào về những kết quả sớm giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. Kết quả sớm theo nhóm tuổi lúc phẫu thuật (n= 62)**

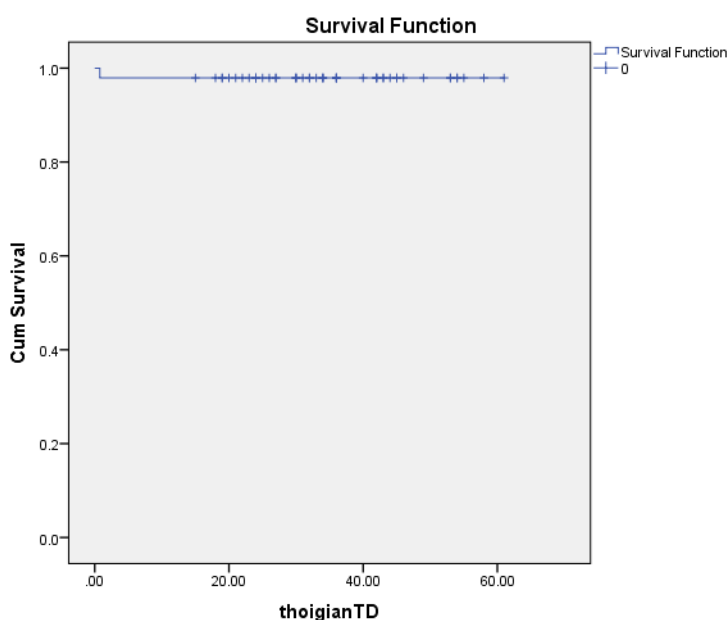
Đặc điểm		≤ 6 tháng	> 6 tháng	p
Thời gian thở máy (giờ)		50,85 ± 53,03	32,92 ± 52	0,191
Thời gian nằm hồi sức (ngày)		8,38 ± 5,23	6,5 ± 6,56	0,214
Thời gian thở máy kéo dài n(%)		6 (23,1 %)	3 (8,3 %)	0,104
Hở van nhĩ thất trái	Không hở, n(%)	2 (7,7 %)	9 (25 %)	0,172
	Hở nhẹ, n(%)	16 (61,5 %)	17 (47,2 %)	
	Hở vừa, n(%)	8 (30,8 %)	8 (22,2 %)	
	Hở nặng, n(%)	0	2 (5,6 %)	
Hở van nhĩ thất phải	Hở nhẹ	18 (81,8 %)	21 (80,8 %)	0,495
	Hở vừa	3 (13,6 %)	5 (19,2 %)	
	Hở nặng	1 (4,5 %)	0	
Áp lực động mạch phổi trung bình (mmHg)*		25,2 ± 11,89	24,3 ± 10,1	0,766
TLT tồn lưu, n(%)		4 (15,38 %)	2 (5,56 %)	0,284
TLN tồn lưu, n(%)		1 (3,85 %)	2 (5,56 %)	0,622

Thời gian nằm viện (ngày)		28,35 ± 14,31	26,36 ± 12,62	0,574
Tử vong tại viện, n(%)		0	1 (2,7 %)	-
Biến chứng sớm tại viện	Mổ lại, n(%)	2 (7,7 %)	1 (2,7 %)	0,374
	Viêm phổi sau mổ, n(%)	12 (46,15 %)	13 (36,11 %)	0,426
	BAV III , n(%)	3 (13,6 %)	3 (8,3 %)	0,37
	Suy thận cấp, n(%)	2 (7,7 %)	2 (5,56 %)	0,735
	Tràn dịch màng tim, màng phổi, n(%)	0	9 (25 %)	-

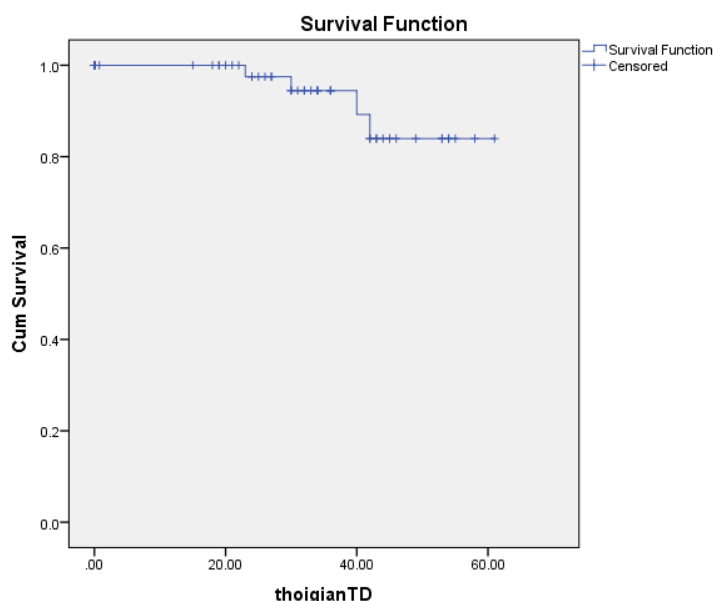
\* Không bao gồm kênh nhĩ thất toàn phần thể tứ chứng Fallot (n = 56)

#### 4. Kết quả theo dõi sau ra viện

Chúng tôi theo dõi được 78,7% số BN sau ra viện (48 trong 61 BN) với thời gian theo dõi trung bình là  $34,75 \pm 12,86$  tháng (từ 3 tuần đến 5 năm). Không ghi nhận trường hợp nào phải mổ lại (0%). Có 4 trường hợp phải nhập viện lại trong thời gian theo dõi do viêm phổi. Một trường hợp tử vong sau ra viện 2 tuần (sau mổ 6 tuần) do viêm phổi nặng và suy hô hấp. Tỷ lệ sống tích lũy và tỷ lệ sống không phải vào viện lại được thể hiện trong **biểu đồ 2** và **biểu đồ 3**. Tỷ lệ sống sau mổ 1 năm và 5 năm là 96,8%.



**Biểu đồ 2. Tỷ lệ sống tích lũy chung (Kaplan Meier).**



**Biểu đồ 3. Tỷ lệ phải nhập viện sau mổ (Kaplan Meier).**

### BÀN LUẬN

Mặc dù chúng ta ngày càng có nhiều tiến bộ về chẩn đoán và sàng lọc sớm các bệnh tim bẩm sinh cũng như điều trị phẫu thuật và hồi sức, độ tuổi mà trẻ được can thiệp phẫu thuật trong nghiên cứu vẫn còn tương đối cao, 61,2% ngoài 6 tháng tuổi. Đa số các tác giả hiện nay đều cho rằng nên phẫu thuật sửa chữa trong vòng 3 – 6 tháng tuổi nhằm tránh tiên tri tăng áp lực động mạch phổi, thoái hóa bộ máy van nhĩ thất, và tình trạng kém phát triển do suy tim xung huyết<sup>5,6</sup>. Theo Xie và cộng sự<sup>4</sup> (n=138) việc sửa chữa trước 6 tháng tuổi làm giảm tỷ lệ mổ lại nhưng tuổi phẫu thuật nhỏ lại có liên quan với sự kéo dài thời gian thở máy và thời gian điều trị hồi sức sau mổ. Kết quả của chúng tôi cũng ghi nhận xu hướng thời gian thở máy và điều trị hồi sức trung bình ở nhóm dưới 6 tháng tuổi lớn hơn nhóm trên 6 tháng tuổi, tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê (với  $p > 0,05$ , **bảng 3**).

Bất thường 3 nhiễm sắc thể số 21 gặp với tần suất cao trong KNTTP, từ 64,4% - 80%<sup>2,4,5</sup>, ảnh

hưởng của nó lên kết quả phẫu thuật vẫn còn chưa thật thống nhất. Mặc dù những nghiên cứu trước đây cho rằng BN có 3 nhiễm sắc thể số 21 có kết quả phẫu thuật tốt và tỷ lệ mổ lại thấp hơn, các báo cáo mới hơn lại cho rằng bất thường này không ảnh hưởng đến tỷ lệ sống sau phẫu thuật<sup>2</sup>. Nghiên cứu của Atz và cộng sự<sup>2</sup> và nghiên cứu của Anastasia và cộng sự<sup>5</sup> nhận xét rằng BN có 3 nhiễm sắc thể số 21 có quá trình điều trị sau mổ phức tạp hơn, với thời gian thở máy và thời gian điều trị hồi sức dài hơn, tuy nhiên tỷ lệ tử vong không khác biệt và tỷ lệ mổ lại là thấp hơn. Một số tác giả giải thích tác dụng “*bảo vệ*” của bất thường 3 nhiễm sắc thể số 21 trong trường hợp này một phần là do BN thường ít có thay đổi về hình thể của kênh nhĩ thất chung hơn và ít gặp hội chứng đồng dạng (*heterotaxy syndrome*)<sup>2,5</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trẻ có kiểu hình Down chiếm 59,7 %.

Suy tim xung huyết và tăng áp lực động mạch phổi liên quan với tình trạng ăn kém, tiêu hao năng lượng bất thường, chậm phát triển. Việc chờ

đội để đạt được mức cân nặng mong muốn là một chiến lược mạo hiểm. Prifti và cộng sự<sup>7</sup> (n=190) cho rằng cân nặng lúc phẫu thuật <5kg làm tăng tỷ lệ mổ lại muộn do hở van nhĩ thất trái, tuy nhiên trong một công bố mới đây của Goutallier và cộng sự<sup>8</sup> (n=456) không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong và mổ lại giữa nhóm có cân nặng lúc mổ  $\leq 3,5$  kg và  $>3,5$  kg. Cân nặng trung bình lúc phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là  $7,06 \pm 4,93$  kg, cao hơn so với các nghiên cứu khác do độ tuổi phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu này cao hơn.

Bệnh lý KNTTP có thể đi kèm với các bất thường vùng nón-thân khác, đặc biệt là tứ chứng Fallot, thất phải hai đường ra, và hoán vị các đại động mạch. Trong đó các trường hợp có đi kèm thất phải hai đường ra, và hoán vị đại động mạch không nằm trong tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu này. Tứ chứng Fallot cũng là dạng bất thường vùng nón-thân hay gặp nhất đi kèm trong KNTTP, tỷ lệ này theo Airaksinen là 3,9%<sup>9</sup>, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận là 9,6 % (6 BN). Các bất thường khác gồm TLN lỗ thứ phát (37,1 %), còn ống động mạch (27,42 %), hẹp van động mạch phổi (11,29 %), hẹp eo động mạch chủ (4,8 %).

Các kỹ thuật sửa chữa kinh điển với KNTTP là **kỹ thuật một miếng vá** trong đó van nhĩ thất chung được chia thành hai phần rồi dùng một miếng vá để đóng cả lỗ thông ở tầng thất và tầng nhĩ, và tạo hình lại các van nhĩ thất; và **kỹ thuật hai miếng vá** để đóng riêng lỗ thông ở tầng thất và tầng nhĩ. Sau này, có thêm **kỹ thuật một miếng vá cải tiến** (Australian technique) không dùng miếng vá để đóng lỗ thông ở tầng thất mà khâu trực tiếp ranh giới giữa các van nhĩ thất vào bờ lỗ thông liên thất và đóng lỗ thông liên nhĩ bằng miếng vá<sup>10</sup>. Việc lựa chọn kỹ thuật nào tùy thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi BN, kích thước

của lỗ thông liên thất và kinh nghiệm của từng trung tâm. Tại Bệnh viện Tim Hà Nội chúng tôi áp dụng cả 3 kỹ thuật này, trong đó chủ yếu là kỹ thuật hai miếng vá (61,3%), một số đặc điểm so sánh giữa kỹ thuật này với các kỹ thuật nêu trên được thể hiện trong **bảng 2**. Atz và cộng sự<sup>2</sup> so sánh giữa các 3 kỹ thuật này cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ thông liên thất và thông liên nhĩ tồn lưu, tỷ lệ hở van nhĩ thất nặng, thời gian nằm hồi sức, tỷ lệ mổ lại cũng như tử vong trong vòng 6 tháng.

Van nhĩ thất trái sau mổ đa số chỉ còn hở mức độ nhẹ (53,23 %) và vừa (25,81 %), có 2 trường hợp còn hở van nhĩ thất nặng sau mổ, trong đó có 1 trường hợp phải mổ lại trước khi ra viện do rách lá van. Tỷ lệ thông liên thất tồn lưu và thông liên nhĩ tồn lưu lần lượt là 9,67 % và 4,83 %. Theo Atz và cộng sự<sup>2</sup> tại thời điểm 1 tháng sau mổ, tỷ lệ thông liên thất tồn lưu là 48%, và tỷ lệ thông liên nhĩ tồn lưu là 16% nhưng đều giảm đi rõ rệt sau 6 tháng.

Biến chứng sớm sau mổ chúng tôi gặp với tỷ lệ cao là viêm phổi (40,32 %), các biến chứng khác bao gồm: tràn dịch màng tim, màng phổi (14,52 %); Block nhĩ thất độ III (9,67 %); suy thận cấp (6,45 %). Chúng tôi cũng không thấy có mối liên quan giữa nhóm tuổi phẫu thuật ( $\leq 6$  tháng hay  $>6$  tháng) đến tỷ lệ gặp biến chứng sớm sau mổ ( $p>0,05$ , **bảng 3**). Nhìn chung các biến chứng sau phẫu thuật sửa chữa KNTTP đa dạng và khá phổ biến, tỷ lệ chung gặp ít nhất một biến chứng sau mổ cũng được các tác giả báo cáo từ 41 – 53%, với các biến chứng hay gặp là nhiễm trùng, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim, biến chứng dạ dày ruột, rối loạn nhịp<sup>2,4,6</sup>. Theo Louis và cộng sự<sup>6</sup> (n=2399) tỷ lệ có biến chứng chung là 50% với tỷ lệ 9,8% gặp ít nhất 1 trong 6 biến chứng nặng (trong thang điểm STS) gồm:



suy thận cần phải thẩm phân, khiếm khuyết thận kinh tại thời điểm ra viện, rối loạn nhịp cần phải đặt máy tạo nhịp, cần đặt máy hỗ trợ tuần hoàn, tổn thương thận kinh hoành, và phải mổ lại không theo kế hoạch. Rối loạn nhịp sau mổ là một vấn đề khá nổi trội. Xie và cộng sự<sup>4</sup> (n=138) báo cáo các rối loạn nhịp gặp sau mổ là BAV III (6,5%), và nhịp bộ nối gia tốc (11%), trong số đó chỉ có 1 trường hợp phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn do BAV III, các BN còn lại sau đó nhịp đều về xoang. Tỷ lệ gặp rối loạn nhịp theo Atz và cộng sự là 9%, gồm cuồng nhĩ, nhịp bộ nối gia tốc, và nhịp nhanh thất.

Chúng tôi theo dõi sau phẫu thuật trong thời gian trung bình khoảng 3 năm và cho thấy những kết quả tích cực. Không có trường hợp nào được ghi nhận phải mổ lại, trong khi đó chỉ có 1 (trong 48) trường hợp tử vong do viêm phổi nặng và suy hô hấp sau ra viện 2 tuần. Một nghiên cứu được theo dõi trong thời gian dài hơn của Ginde và cộng sự<sup>1</sup> cho thấy tỷ lệ sống sau mổ tại thời điểm 10 năm và 30 năm lần lượt là 85% và 71%, khi chỉ đánh giá ở những BN đã sống và ra viện sau mổ, tác giả nhận xét tỷ lệ sống sau 10 năm là 95% và sau 30 năm là 80%. Theo Xie và cộng sự<sup>4</sup> tỷ lệ sống sau 1 năm là 96,3%, sau 5 năm là 94,1% và sau 8 năm là 92,2%. Tỷ lệ sống không phải mổ lại theo Ginde và cộng sự<sup>1</sup> là 88% sau 10 năm, 83% sau 20 năm, và 78% sau 30 năm, trong khi đó theo dõi của Airaksinen và cộng sự<sup>9</sup> cho thấy tỷ lệ không phải mổ lại là 94,8% sau 1 năm, 92,9% sau 5 năm và 90,9% sau 15 năm, Xie và cộng sự<sup>4</sup> nhận xét tỷ lệ không phải mổ lại là 84,3% sau 8 năm. Các nguyên nhân mổ lại chính được nói đến bao gồm hở van nhĩ thất trái, thông liên thất tồn lưu, và hẹp đường ra thất trái<sup>1,4</sup>. Một số

tác giả cũng nhận xét rằng trẻ mắc hội chứng Down có xu hướng ít phải mổ lại hơn<sup>2,4</sup>.

## KẾT LUẬN

Đối với bệnh lý kênh nhĩ thất toàn phần, xu hướng hiện nay là phẫu thuật sửa chữa sớm trong 6 tháng đầu. Kết quả sửa toàn bộ bệnh lý kênh nhĩ thất toàn phần tại Bệnh viện Tim Hà Nội cho thấy kết quả sớm và trung hạn tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Long-term outcomes after surgical repair of complete atrioventricular septal defect | Elsevier Enhanced Reader. doi:10.1016/j.jtcvs.2015.05.011
2. Atz AM, Hawkins JA, Lu M, et al. Surgical management of complete atrioventricular septal defect: Associations with surgical technique, age, and trisomy 21. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011;141(6):1371-1379. doi:10.1016/j.jtcvs.2010.08.093
3. Buratto E, Hu T, Lui A, et al. Early repair of complete atrioventricular septal defect has better survival than staged repair after pulmonary artery banding: A propensity score-matched study. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2021;161(5):1594-1601. doi:10.1016/j.jtcvs.2020.07.106
4. Xie O, Brizard CP, d'Udekem Y, et al. Outcomes of repair of complete atrioventricular septal defect in the current era. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2014;45(4):610-617. doi:10.1093/ejcts/ezt444
5. Schleiger A, Miera O, Peters B, et al. Long-term results after surgical repair of atrioventricular septal defect. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2019;28(5):789-796. doi:10.1093/icvts/ivy334
6. St. Louis JD, Jodhka U, Jacobs JP, et al. Contemporary outcomes of complete atrioventricular septal defect repair: Analysis of

the Society of Thoracic Surgeons Congenital Heart Surgery Database. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2014;148(6):2526-2531. doi:10.1016/j.jtcvs.2014.05.095

7. Repair of complete atrioventricular septal defects in patients weighing less than 5 kg - ScienceDirect. Accessed May 1, 2022. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003497503021714>

8. Goutallier CS, Buratto E, Schulz A, et al. Repair of complete atrioventricular septal defect between 2 and 3.5 kilograms: Defining the limits of safe repair. *J Thorac Cardiovasc Surg.*

Published online February 25, 2022. doi:10.1016/j.jtcvs.2022.02.031

9. Airaksinen R, Mattila I, Jokinen E, et al. Complete Atrioventricular Septal Defect: Evolution of Results in a Single Center During 50 Years. *Ann Thorac Surg.* 2019;107(6):1824-1830. doi:10.1016/j.athoracsur.2019.01.020.

10. Wilcox BR, Jones DR, Frantz EG, et al. Anatomically sound, simplified approach to repair of “complete” atrioventricular septal defect. *Ann Thorac Surg.* 1997;64(2):487-493; discussion 493-494. doi:10.1016/S0003-4975(97)00566-3.