phẫu thuật nội soi là đau ít sau phẫu thuật, can thiệp tối thiểu vào các cơ quan nên bệnh nhân thường có thể vận động sớm, phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật.

- Đa số bệnh nhân nằm viện 4 ngày: nhóm PTNS 87,1%, nhóm phẫu thuật mở 90,3%. Số ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật nhóm PTNS 4,40 ± 0,74 ngày, nhóm phẫu thuật mở 4,97 ± 0,66 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (p < 0,05). Theo nghiên cứu thời gian nằm viện trung bình PTNS của Trần Thanh Hương là 4,5 ± 0,7 ngày [2]. Kết quả chúng tôi tượng tự với tác giả trên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi có hiệu quả tượng tự phẫu thuật mở trong điều trị u xơ tử cung kích thước lớn. Phẫu thuật nội soi mang đến nhiều lợi ích cho bệnh nhân: giảm số lần sử dụng thuốc giảm đau, vận động sớm, giảm số ngày nằm viện tuy nhiên cần có trang thiết bị và phẫu thuật viên được đào tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **MS Penny Murphy (2008)**. Women's Health STATS &FACTS 2011 provides a wide variety of national health data,trends, and other information specific to women's health, ACOG, 19.
2. **Trần Thanh Hương (2013)**. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Y học thực hành, 69-72.
3. **Casarin J., Multinu F., Hanson K. T. (2018)**. Practice Patterns and Complications of Benign Hysterectomy Following the FDA Statement Warning Against the Use of Power Morcellation. JAMA surgery.
4. **Lee H. H., Shin W., Lee S. P. et al (2011)**. Total laparoscopic hysterectomy and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy, JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons.
5. **Nguyễn Văn Lựu (2014)**. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại bệnh viện 198-Bộ Công An. Luận văn thạc sỹ, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Tuấn Hải (2018)**. Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II.
7. **Nguyễn Văn Giáp (2006)**. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT ROSS-KONNO TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường[1], Nguyễn Thị Vân Anh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật Ross-Konno tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng-phương pháp nghiên cứu:** Trong thời gian từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 5 năm 2022, nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên tổng số 20 bệnh nhân được phẫu thuật Ross-Konno tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Tuổi trung vị và cân nặng trung vị của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu lần lượt là 1.02 tuổi (0.14 - 6.07 tuổi) và 7.75 kg (3.7 - 26 kg). Tỷ lệ nam/nữ là 15/5. Chẩn đoán trước phẫu thuật bao gồm: Hẹp van động mạch chủ nặng (8 bệnh nhân), hở van động mạch chủ nặng (2 bệnh nhân), thông liên thất-hẹp eo-hẹp nặng đường ra thất trái (4 bệnh nhân) và gián đoạn quai động mạch chủ -thông liên thất-hẹp nặng đường ra thất trái (4 bệnh nhân). Z-score trung bình của đường kính van động mạch chủ là -4.53 (-10.5, 0.75) đối với 16 bệnh nhân có tình trạng hẹp van động mạch chủ hoặc hẹp nặng đường ra thất trái trước phẫu thuật. Thời gian cặp động mạch chủ trung bình là 131 ± 39.7 phút, thời gian chạy máy trung bình là 190 ± 44 phút, thời gian thở máy trung bình là 168 giờ (16.5 – 2420 giờ). Tử vong sớm sau phẫu thuật có 1 bệnh nhân (5%) và tử vong muộn có 1 bệnh nhân (5%). Kết quả kiểm tra siêu âm tim lần cuối cho thấy có 1 bệnh nhân hở van động mạch chủ trung bình-nhẹ, tất cả các bệnh nhân còn lại hở van chủ rất nhẹ hoặc không hở. Thời gian theo dõi trung bình của nhóm nghiên cứu là 12 tháng (0.5 – 60 tháng), có 1 bệnh nhân cần can thiệp nong bóng điều trị hẹp nhánh động mạch phổi phải sau phẫu thuật. Tỷ lệ sống sót chung của nhóm nghiên cứu sau 5 năm là 88.2%. **Kết luận:** Kết quả sớm sau phẫu thuật Ross-Konno tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương là khả quan và hiệu quả. Cần một nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá chính xác kỹ thuật này.

Từ khoá: phẫu thuật Ross-Konno, hẹp van động mạch chủ, hẹp đường ra thất trái

SUMMARY

PRIMARY OUTCOMES OF ROSS-KONNO OPERATION AT VIETNAM NATIONAL

[1]*Bệnh viện Nhi Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường
Email: nlttruong@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023
Ngày duyệt bài: 3.3.2023

CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Evaluation of the short-term outcomes of Ross-Konno operation at Heart Center, Vietnam National Children's Hospital. **Methods:** From August 2016 to May 2022, 20 consecutive patients underwe22nt Ross-Konno operation at Heart Center, Vietnam National Children's Hospital was retrospectively reviewed. **Results:** The median age and median weight of the patients in our study were 1.02 years (0.14 - 6.07 years) and 7.75 kg (3.7 - 26 kg), respectively. There were 15 males and 5 females. Preoperative diagnosis was: severe aortic valve stenosis (8 patients), severe aortic valve insufficiency (4 patients), and coarctation of the aorta-ventricular septal defect-left ventricular outflow tract obstruction (4 patients). The preoperative median Z-score of the aortic valve was -4.53 (-10.5, 0.75) in 16 patients who have aortic valve stenosis of left ventricular outflow tract obstruction. The mean aortic cross-clamp time was 131 ± 39.7 minutes, the mean bypass time was 190 ± 44 minutes, and the ventilation time was 168 hours (16.5 – 2420 hours). In-hospital mortality was 5% (1 patient) and late mortality was 5% (1 patient). The latest echocardiography showed 1 patient have mild-moderate aortic valve insufficiency, and all survivor have none or trivial aortic valve insufficiency. The median time of follow-up was 12 months (0.5 – 60 months), with 1 patient requiring reintervention due to right pulmonary stenosis. The survival of these patients was 88.2% at 5 years of follow-up. **Conclusions:** Primary results of the Ross-Konno operation at Heart Center, Vietnam National Children Hospital were good and effective. Another study with longer follow-up and a bigger number of patients was essential.

Keywords: Ross-Konno operation, aortic valve stenosis, left ventricular outflow tract obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp van động mạch chủ hoặc hẹp đường ra thất trái là một trong những thương tổn rất nặng đối với bệnh lý tim bẩm sinh phức tạp, với tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật dao động từ 63% đến 85%, đặc biệt là đối với nhóm trẻ sơ sinh (1)(2)(3)(4). Phẫu thuật mở van động mạch chủ hoặc nong van động mạch chủ bằng bóng là hai sự lựa chọn được cân nhắc đối với những bệnh nhân có hẹp van động mạch chủ (5). Tuy vậy, đối với những bệnh nhân có đường kính vòng van động mạch chủ bé, hoặc hẹp đường ra thất trái dạng đường hầm và có kèm theo lệch vách nón trong bệnh lý tổn thương quai động mạch chủ phối hợp với lỗ thông liên thất, thì phẫu thuật Ross-Konno là một trong những lựa chọn hàng đầu nhằm đáp ứng mục tiêu giải phóng tổn thương hẹp đường thoát của tâm thất trái (6).

Tại Việt Nam, phẫu thuật sửa chữa các dị tật tim bẩm sinh đã phát triển và lớn mạnh trong thời gian gần đây. Tuy nhiên chưa có bất cứ nghiên cứu hoặc báo cáo nào về kết quả phẫu thuật Ross-Konno đối với trẻ em. Chúng tôi tiến hành nghiên cứ này nhằm đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật Ross-Konno tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 5 năm 2022, các bệnh nhân được phẫu thuật Ross-Konno được nghiên cứu hồi cứu dựa trên bệnh án cũng như cách thức phẫu thuật và kết quả khám lại sau khi ra viện cũng như tại thời điểm theo dõi cuối cùng. Các biến thu thập trong nghiên cứu bao gồm chẩn đoán trước phẫu thuật; đặc điểm nhân chủng học; kết quả siêu âm của bệnh nhân trước mổ; các diễn biến trong mổ và trong quá trình hồi sức sau phẫu thuật; tình trạng bệnh nhân và kết quả siêu âm trước khi ra viện cũng như tại lần kiểm tra cuối cùng.

Kỹ thuật phẫu thuật. Phẫu thuật được tiến hành qua đường giữa xương ức sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể với một cannuyl động mạch chủ và 2 cannuyl tĩnh mạch chủ và hạ thân nhiệt xuống 28 độ. Vị trí của các động mạch vành và đường đi cũng như các phân nhánh lớn được xác định. Sau khi tiến hành ngừng tim xuôi dòng qua gốc động mạch chủ, động mạch chủ lên được cắt rời cách vị trí của phần nối xoang vành-động mạch chủ lên khoảng 8-10mm. Trong trường hợp bệnh nhân có hở van động mạch chủ nặng, dung dịch liệt tim HTK được truyền xuôi dòng trực tiếp qua từng lỗ động mạch vành. Trong trường hợp bệnh nhân đã được làm phẫu thuật Norwood tạm thời trước đó, miệng nối giữa động mạch chủ lên và động mạch phổi được tháo rời. Hai cúc áo động mạch vành được tách rời khỏi động mạch chủ và được giải phóng tối đa. Van động mạch được cắt bỏ hoàn toàn. Vòng van động mạch chủ được lượng giá bằng nong Hegar. Trong trường hợp vòng van động mạch chủ thiểu sản nặng, đường rạch Konno được tiến hành nhằm mở rộng đường ra thất trái tại vị trí mép van giữa lá vành phải và lá vành trái xuống vách liên thất. Đường rạch Konno mở rộng đường ra thất trái thường được giới hạn nhỏ hơn chiều dài 15mm. Trong trường hợp hẹp đường ra thất trái do vách nón lệch sau kèm theo lỗ thông liên thất, vách nón được xẻ dọc cắt qua bờ trên lỗ thông liên thất. Động mạch phổi được cắt ngang thân, phía trên mép van phổi khoảng 5-7mm. Qua van động mạch phổi, điểm mở trên đường ra thất phải của bệnh nhân được xác định cách mép van phổi khoảng 1cm. Toàn bộ đoạn động mạch phổi bao gồm van được thu hoạch. Lưu ý tránh làm tổn thương nhánh vách đầu tiên của động mạch liên thất trước. Sau khi kiểm tra

tính toàn vẹn của đoạn động mạch phổi có van tự thân, đoạn van động mạch phổi tự thân này được trồng lại trên đường ra thất trái sử dụng chỉ 5.0 hoặc 6.0 khâu vắt. Phần thành tự do của phễu thất phải được trồng lại tại vị trí của đường rạch Konno trên vách liên thất. Trong trường hợp bệnh nhân có lỗ thông liên thất, lỗ thông liên thất được vá bằng miếng vá màng tim bò sử dụng chỉ mũi rời có miếng đệm ở bờ dưới lỗ thông và bờ trên lỗ thông được khâu vắt. Bờ trên của miếng vá thông liên thất sẽ ôm vòng qua bờ dưới của đoạn động mạch phổi có van tự thân. Hai cúc áo động mạch vành sẽ được trồng lại vào động mạch chủ mới bằng cách khoét bỏ một phần thành của 2 xoang Valsava tương ứng. Sau đó động mạch chủ mới được nối lại với động mạch chủ lên bằng chỉ khâu vắt. Ống van tim nhân tạo sẽ được trồng lại tại vị trí khuyết hổng trên đường ra thất phải và được nối lại với chạc ba động mạch phổi. Lỗ bầu dục thường được chúng tôi để lại nhằm giúp giảm áp cho thất phải. Kỹ thuật chi tiết của phẫu thuật Ross-Konno được thực hiện tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương đã được Mohan Reddy mô tả (6).

Xử lý số liệu. Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức của Viện Nghiên cứu sức khoẻ trẻ em. Phần mềm phân tích thống kê R được sử dụng trong phân tích dữ liệu. Dữ liệu được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, trung vị với tối đa và tối thiểu và tần suất tương thích. Các biến định lượng được phân tích với khi bình phương test, các biến định tính được phân tích với Fisher test. Đồ thị Kaplan Meier được dùng để biểu diễn cho tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật cũng như tần suất bệnh nhân cần can thiệp mổ lại. Giá trị p được xác định nhỏ hơn hoặc bằng 0.05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 5 năm 2022, có tổng số 20 bệnh nhân được phẫu thuật Ross-Konno tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương. Tuổi trung vị và cân nặng trung vị của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu lần lượt là 1.02 tuổi (0.14 - 6.07 tuổi) và 7.75 kg (3.7 - 26 kg). Tỷ lệ nam/nữ là 15/5, với phần lớn các bệnh nhân dưới 3 tuổi (17 bệnh nhân, 85%). Thông tin chi tiết về đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật được mô tả trong Bảng 1.

Bảng 1. Tình trạng bệnh nhân trước mổ

Tình trạng bệnh nhân trước mổ	N (%), mean ± SD, median(IQR)	
Tuổi phẫu thuật (năm)	1.02 (0.14-6.07)	
Cân nặng (kg)	7.75 (3.7-26)	
Giới		
Nam	15	75%
Nữ	5	25%
Z-score van ĐMC trước mổ	-4.29 ± 2.97	
Chức năng tâm thu giảm nặng trước mổ	2	10%
Chức năng tâm thu giảm trung bình trước mổ	1	5%
Các loại can thiệp-phẫu thuật tạm thời		
Nong van ĐMC bằng bóng	3	15%
Phẫu thuật Norwood	8	40%
Phẫu thuật sửa hẹp eo-vá TLT	2	10%
Chẩn đoán trước phẫu thuật		
Hở van ĐMC nặng đơn thuần	2	10%
Hở van ĐMC nặng sau nong bóng	2	10%
Hẹp van ĐMC đơn thuần nặng	6	30%
Hẹp van ĐMC kèm hẹp ĐRTT nặng	1	5%
Hẹp van ĐMC kèm hẹp van 2 lá	1	5%
Thông liên thất-hẹp eo-hẹp nặng ĐRTT	4	20%
Thông liên thất-gián đoạn quai chủ-hẹp nặng ĐRTT	4	20%

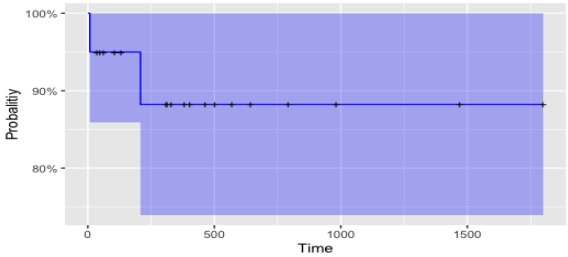
Thời gian cặp động mạch chủ trung bình là 131 ± 39.7 phút, thời gian chạy máy trung bình là 190 ± 44 phút, thời gian thở máy trung bình là 168 giờ (16.5 – 2420 giờ). Thời gian nằm hồi sức trung bình là 11 ngày (3 – 135 ngày). Chi tiết diễn biến trong và sau mổ được mô tả trong Bảng 2.

Bảng 2: Các chỉ số trong phẫu thuật

Các chỉ số trong phẫu thuật	n (%), mean ± SD, median (IQR)	
Thời gian chạy máy (phút)	190 ± 44	
Thời gian cặp chủ (phút)	131 ± 39.7	
Thời gian thở máy sau mổ (giờ)	168 (16.5 - 2420)	
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	11 (3 - 135)	
Loại phẫu thuật		
Phẫu thuật Ross	4	20%
Phẫu thuật Ross-Konno	16	80%
Phẫu thuật Ross-Tạo hình quai chủ 1 thì	3	15%
Phẫu thuật Ross-sửa van hai lá	2	10%
Kích thước conduit tái tạo đường ra thất phải		
Contegra số 12	3	15%
Contegra số 14	3	15%

Contegra số 16	5	25%
Contegra số 18	8	40%
Đế hở xương ức sau phẫu thuật	13	65%
Tử vong sớm	1	5%
Tử vong muộn	1	5%
Can thiệp nong hẹp nhánh ĐMP sau mổ	1	5%

Thời gian nằm viện trung bình là 25 ngày (13 – 196 ngày). Có 1 bệnh nhân tử vong sớm sau phẫu thuật do tình trạng nhiễm trùng phổi sau phẫu thuật, sau phẫu thuật bệnh nhân xuất hiện tổn thương viêm phổi hoại tử cần hỗ trợ ECMO nhưng không cải thiện và bệnh nhân tử vong trong bệnh cảnh viêm phổi hoại tử không hồi phục, mặc dù chức năng và cấu trúc tim bình thường sau phẫu thuật. Một bệnh nhân tử vong muộn sau phẫu thuật 8 tháng do tình trạng suy tim sau phẫu thuật do tổn thương cơ tim và xơ hoá nội mạc tim rất nặng sau phẫu thuật. Có 1 bệnh nhân cần can thiệp lại sau phẫu thuật nhằm nong hẹp nhánh động mạch phổi phải, chưa có bệnh nhân nào cần mổ lại cho tới thời điểm theo dõi cuối cùng. Thời gian theo dõi trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 12 tháng (0.5 – 60 tháng). Biểu đồ Kaplan Meier cho thấy tỷ lệ sống sót của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 88.2% sau 5 năm theo dõi (Biểu đồ 1). Trong số các bệnh nhân sống sót sau phẫu thuật, chỉ có duy nhất một bệnh nhân hở van động mạch chủ trung bình-nhẹ (1.5/4), có 1 bệnh nhân hở van chủ nhẹ (1/4) và 17 bệnh nhân còn lại không có hở van chủ hoặc hở van rất nhẹ.



Biểu đồ 1: Biểu đồ Kaplan Meier biểu diễn tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật Ross-Konno được áp dụng nhằm điều trị cho nhiều bệnh lý khác nhau gây hẹp đường thoát của tâm thất trái cũng như hẹp van động mạch chủ, và là một giải pháp gần như là lựa chọn duy nhất đối với các bệnh nhân sơ sinh hoặc trẻ nhỏ mà khả năng thay van động mạch chủ nhân tạo gần như là không thể thực hiện được hoặc có nguy cơ tử vong rất cao. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật Ross-Konno vẫn khá cao, nhất là đối với nhóm bệnh nhân dưới 1 tuổi, và đặc biệt là nhóm trẻ sơ sinh (1)(3)(7). Tỷ lệ sống sót của các bệnh nhân sau phẫu thuật Ross hoặc Ross-Konno sau 5 năm và 10 năm theo dõi dao động từ 25%-44% đối với các bệnh nhân sơ sinh, và dao động từ 63% đến 96% ở nhóm trẻ lớn (2)(4). Nguy cơ tử vong đối với các bệnh nhân phẫu thuật Ross chuỷ yếu liên quan tới yếu tố phẫu thuật ở tuổi sơ sinh, ở nhóm dưới 1 tuổi, có kèm theo tổn thương quai động mạch chủ, bệnh nhân cần sửa van hai lá trong mổ, thời gian cặp động mạch chủ kéo dài. Điều này phản ánh mức độ phức tạp của phẫu thuật Ross khi được tiến hành trên trẻ nhỏ, đồng thời phản ánh tình trạng nguy kịch cũng như rất ít lựa chọn để có thể điều trị cho trẻ ở thời điểm sơ sinh, và tính chất tổn thương đa tầng của các bệnh nhân cần phẫu thuật Ross chứ không đơn thuần là chỉ có can thiệp tại van động mạch chủ và đường ra thất trái. Bệnh nhân sơ sinh duy nhất trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng là bệnh nhân duy nhất tử vong sớm tại bệnh viện. Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ thông liên thất-hẹp eo-hẹp đường ra thất trái nặng, được tiến hành phẫu thuật Ross-Konno kèm theo sửa quai động mạch chủ 1 thì. Bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật do tình trạng viêm phổi hoại tử không hồi phục mặc dù được hỗ trợ ECMO sau phẫu thuật. Dựa trên kinh nghiệm từ trường hợp ca bệnh này, kèm theo kết quả không tốt khi tiến hành phẫu thuật Ross ở trẻ sơ sinh theo các nghiên cứu khác trên thế giới, chúng tôi chủ trương tiến hành phẫu thuật tạm thời trong thời kỳ sơ sinh, hoặc cố gắng trì hoãn phẫu thuật Ross trong thời kỳ sơ sinh nhằm kéo lùi lại thời gian để có thể tiến hành phẫu thuật sửa chữa hai thất cho bệnh nhân có tổn thương hẹp đường ra thất trái khi bệnh nhân lớn tuổi hơn và cân nặng đủ để tiến hành an toàn phẫu thuật Ross.

Vấn đề bệnh nhân cần mổ lại do hẹp ống nối thất phải-động mạch phổi là một trong những tồn tại của phẫu thuật Ross-Konno. Các nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra phần lớn bệnh nhân cần mổ lại là do hẹp ống nối có van giữa thất phải và động mạch phổi (4)(7). Có 3 loại vật liệu chủ yếu được sử dụng trong tái tạo kết nối giữa thất phải với động mạch phổi bao gồm: động mạch phổi từ người cho chết não, động mạch chủ từ người cho chết não và ống nối có van làm từ tĩnh mạch của bò. Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra nguy cơ cần mổ lại hoặc can thiệp lại để thay ống nối thất phải-động mạch phổi hoặc nong hẹp ống nối sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân sử dụng động mạch phổi từ người cho chết não

là thấp hơn rõ rệt so với 2 nhóm bệnh nhân sử dụng 2 loại vật liệu là homograft động mạch chủ và ống nối có van nguồn gốc từ bò. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ các bệnh nhân đều được sử dụng ống nối có van Contegra có nguồn gốc từ tĩnh mạch bò. Chúng tôi cố gắng sử dụng ống nối có van ở kích thước lớn nhất có thể nhằm giảm thiểu nguy cơ cần mổ lại hoặc giảm số lần bệnh nhân cần mổ lại, với phần lớn các bệnh nhân được sử dụng ống nối có kích thước 16-18mm. Mặc dù mới chỉ có 1 bệnh nhân (5.6%) cần nong nẹp ống nối sau phẫu thuật với thời gian theo dõi sau phẫu thuật là 5 năm, nhưng chắc chắn theo thời gian, số lượng bệnh nhân cần can thiệp hoặc mổ lại do đường ra thất phải sẽ tăng lên. Theo dõi sát các bệnh nhân sau phẫu thuật Ross hoặc Ross-Konno là đặc biệt quan trọng nhằm phát hiện sớm các biến chứng và xử lý những vấn đề tồn tại sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Kết quả sớm sau phẫu thuật Ross-Konno tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương là khả quan và hiệu quả. Cần tiếp tục theo dõi sát các bệnh nhân trong tương lai cũng như thu thập thêm các bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu để có được một đánh giá khách quan và chính xác hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hickey EJ, Yeh Jr. T, Jacobs JP, Caldarone CA, Tchervenkov CI, McCrindle BW, et al.** Ross and Yasui operations for complex biventricular repair in infants with critical left ventricular outflow tract obstruction☆. Eur J Cardiothorac Surg. 2009 Sep 17;S1010794009007696.
2. **Mallios DN, Gray WH, Cheng AL, Wells WJ, Starnes VA, Kumar SR.** Biventricular Repair in Interrupted Aortic Arch and Ventricular Septal Defect With a Small Left Ventricular Outflow Tract. Ann Thorac Surg. 2021 Feb;111(2):637–44.
3. **Alsoufi B, Al-Halees Z, Manlhiot C, Awan A, Al-Ahmadi M, McCrindle BW, et al.** Intermediate results following complex biventricular repair of left ventricular outflow tract obstruction in neonates and infants☆. Eur J Cardiothorac Surg. 2010 Oct;38(4):431–8.
4. **Mookhoek A, Charitos EI, Hazekamp MG, Bogers AJJC, Hörer J, Lange R, et al.** Ross Procedure in Neonates and Infants: A European Multicenter Experience. Ann Thorac Surg. 2015 Dec;100(6):2278–84.
5. **Herrmann JL, Clark AJ, Colgate C, Rodefeld MD, Hoyer MH, Turrentine MW, et al.** Surgical Valvuloplasty Versus Balloon Dilation for Congenital Aortic Stenosis in Pediatric Patients. World J Pediatr Congenit Heart Surg. 2020 Jul;11(4):444–51.
6. **Reddy VM, Rajasinghe HA, Teitel DF, Haas GS, Hanley FL.** Aortoventriculoplasty with the pulmonary autograft: The "Ross-Konno" procedure. J Thorac Cardiovasc Surg. 1996 Jan; 111(1):158–67.
7. **Donald JS, Wallace FRO, Naimo PS, Fricke TA, Brink J, Brizard CP, et al.** Ross Operation in Children: 23-Year Experience From a Single Institution. Ann Thorac Surg. 2020 Apr;109(4):1251–9.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC LẤY SỎI NIỆU QUẢN 1/3 TRÊN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Ngô Đức Thái[1], Trần Đức Quý[2], Hoàng Văn Hiển[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản 1/3 trên tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu 82 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi niệu quản 1/3 trên và phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2020 đến 03/2022. **Kết quả:** 82 BN gồm 62 nam (75,6%) và 20 nữ (24,4%). Tuổi trung bình là 50,2 ± 11,9 tuổi (26 – 72 tuổi). Thời gian phẫu thuật trung bình 64,7 ± 14,2 phút (40 – 120 phút). Thành công 81/82 BN (98,8%), 1BN thất bại phải chuyển phẫu thuật mở. Tai biến trong phẫu thuật: 2BN rách phúc mạc (2,4%), 1BN chảy máu tĩnh mạch sinh dục (1,2%), 1BN tràn khí dưới da (1,2%), 1BN chuyển phẫu thuật mở (1,2%). Số ngày nằm viện sau mổ trung bình 6,1 ± 1,8 ngày (4 – 18 ngày). Biến chứng sớm sau phẫu thuật: 2BN rò nước tiểu, 1BN phải đặt lại JJ, 1BN tự hết. Kết quả sớm: 76BN tốt (93,8%), 4BN trung bình (4,9%), 1BN xấu (2,4%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản là một phương pháp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả đối với sỏi niệu quản 1/3 trên.

Từ khóa: Sỏi niệu quản 1/3 trên, nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

[1]Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
[2]Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Thái
Email: drthai.twtn@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023
Ngày duyệt bài: 6.3.2023

SUMMARY

RESULTS OF RETROPERITONEAL