

thiếu kẽm ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng.
Lời cảm ơn: Nghiên cứu thuộc đề tài cấp Viện được hỗ trợ bởi công ty cổ phần sữa Nutifood.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krebs NF, Hambidge KM.** Zinc deficiency in infants and children: a review of its complex and synergistic interactions. *Paediatrics and International Child Health.* 2014; 34: 279-288.
2. **Hoàng Văn Phương, Trần Thúy Nga và CS.** Hiệu quả sử dụng hạt nêm, dầu ăn bổ sung vi chất tới tình trạng vitamin A và kẽm ở trẻ 36-59 tháng tuổi suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi. *Tạp chí Y học Việt Nam, tập 472.* 2018; 119-128.
3. **WHO- UNICEF.** Vitamin and mineral deficiencies technical situation analysis. *Global Alliance for Improve Nutrition.* 2006.
4. **Lê Danh Tuyên, Lê Bạch Mai.** Nhu cầu Dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam. Nhà xuất bản Y học, 2016.
5. **Mandlik R, Khadilkar A et al.** Response of Serum 25(OH)D to Vitamin D and Calcium supplementation in School-Children from a Semi-Rural setting in India. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2017; (17): 30367-9.
6. **Nguyễn Xuân Ninh và CS.** Hiệu quả của bánh bích quy có bổ sung Ergosterol giàu vitamin D2 đến tình trạng dinh dưỡng và một số chỉ tiêu hóa sinh trên học sinh tiểu học. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2014; 10(4): 132-140.
7. **Phạm Văn Hoàn, Nguyễn Thanh Hà.** Sử dụng Sprinkles trong phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng trẻ em. *Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm.* 2010; Tập 6, số 2: 1-9.
8. **Trần Thúy Nga.** Hiệu quả bổ sung sữa "Vinamilk 100% sữa tươi – học đường", sữa "Vinamilk ADM GOLD – học đường" có bổ sung vi chất đối với tình trạng dinh dưỡng và vi chất dinh dưỡng ở trẻ 7 – 10 tuổi sau 6 tháng can thiệp. *Báo cáo nghiên cứu kết quả nghiên cứu đề tài cấp Viện Dinh dưỡng, 2017.*

KẾT QUẢ SỬ DỤNG ỐNG NỐI CÓ VAN TẠO HÌNH ĐƯỜNG RA THẤT PHẢI TRÊN BỆNH NHÂN TIM BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Quang Vịnh¹, Đoàn Quốc Hưng², Nguyễn Lý Thịnh Trường¹

TÓM TẮT

Mục đích: Báo cáo kết quả sớm sau phẫu thuật (PT) sử dụng ống nối có van tạo hình đường ra thất phải trên bệnh nhân tim bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2020. **Phương pháp:** Năm 2020, đã có 1200 ca PT tim mở được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong đó có 70 bệnh nhân (5,8%) tim bẩm sinh được sử dụng ống nối có van tạo hình đường ra thất phải. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang, mô tả kết quả sớm sau PT sử dụng ống nối có van trên nhóm bệnh nhân này. **Kết quả:** Có 44 nam (62,9%) và 26 nữ (37,1%). Trong đó PT sửa toàn bộ thân chung động mạch (15,7%), PT sửa teo và hẹp ĐMP (60%), PT Ross (5,7%), PT thay van phổi sau PT sửa toàn bộ trước đó (18,6%). Ống nối được sử dụng là Contegra (91,4%), Hancock (5,7%), Homograft ĐMP (2,9%) với kích thước trung bình 16 (9 – 25) mm. Tại thời điểm PT, tuổi trung bình là 24,4 ± 33,7 [1 – 171] tháng và cân nặng trung bình là 9,2 ± 6,4 [2,6 – 41,0] kg. Thời gian chạy máy và thời gian cấp chủ trung bình lần lượt là 155 ± 51 [72–381] phút và 81 ± 47 [21–209] phút. Tử vong có 5 BN (7,1%): 4 BN tử vong trong thời gian nằm viện, 1 BN tử vong sau khi ra viện 1 tháng do viêm phổi. Các BN còn lại đều được theo dõi tối thiểu 3 tháng sau mổ. Kết quả

siêu âm sau mổ thấy tỉ lệ hở phổi trung bình nhẹ (15,7%), không hở hoặc hở rất nhẹ (84,3%). Chênh áp trung bình qua ống nối 10 ± 8 [1-35]mmHg. **Kết luận:** Sử dụng ống nối có van tạo hình đường ra thất phải trên các bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp tại Bệnh viện Nhi Trung Ương là khả thi. Việc theo dõi lâu dài là hoàn toàn cần thiết.

Từ khóa: Thân chung động mạch, Teo phổi, Hẹp phổi, Ống nối có van.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF VALVED CONDUIT FOR RIGHT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT RECONSTRUCTION IN CONGENITAL HEART DEFECTS PATIENTS AT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objectives: To Report the early outcomes of valved conduit for right ventricular outflow tract reconstruction in congenital heart defects at National Children's Hospital in 2020. **Methods:** In 2020, 1200 cases of open-heart surgery were conducted at our hospital, in which 70 patients (5.8%) are using the valved conduit for reconstruct the right ventricular outflow tract. We conducted a cross-sectional study, describing the early postoperative results in this group of patients. **Results:** There were 44 male (62.9%) and 26 female (37.1%), in which Truncus (15.7%), Pulmonary atresia or stenosis (60%) Ross's procedure (5.7%), Pulmonary valve replacement (18.6%). The conduits are Contegra (91.4%), Hancock (5.7%), Homograft DMP (2.9%) with an average size of 16 (9-25) mm. At the time of surgery, the mean age was 24.4 ± 33.7 [1 - 171] months and the mean weight was 9.2 ± 6.4 [2.6 - 41.0]kg. The mean bypass time

¹Trung tâm Tim mạch trẻ em-Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2021

Ngày duyệt bài: 14.6.2021

and cross-clamped time were 155 ± 51 [72 - 381] minutes and 81 ± 47 [21 - 209] minutes, respectively. Early death has 5 patients (7.1%): 4 patients died during hospital stay, 1 patient died 1 month after discharged due to pneumonia. The remaining patients are monitored for at least 3 months after surgery. The echocardiography at last check-up showed that the average rate of mild to moderate pulmonary insufficiency (15.7%), No PI (84.3%). Mean pressure gradient across the conduit was 10 ± 8 [1 - 35] mmHg.

Conclusions: Using a valved conduit to shape the right ventricular outflow tract in complicated congenital heart defect patients at National Children's Hospital is feasible. Long term follow-up is absolutely in need.

Keywords: Truncus Arteriosus, Pulmonary Atresia, Pulmonary Stenosis, Valved conduit

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tạo hình phần nối thất phải và động mạch phổi là kỹ năng quan trọng của bất cứ phẫu thuật viên tim bẩm sinh nào. Tiêu chuẩn vàng trong phẫu thuật ống nối thất phải – động mạch phổi là sử dụng ống nối có van tự thân được bảo quản trong huyết tương (cryopreserved homograft) [1]. Tuy nhiên, ở trẻ em, kích thước cơ thể nhỏ thường không phù hợp với những ống nối homograft kích thước lớn nên còn nhiều hạn chế trong việc sử dụng homograft. Trong khi đó việc sử dụng ống nối nhân tạo như Contegra (từ tĩnh mạch cảnh trong bò) hay Hancock (từ màng tim lợn) có kích thước linh hoạt (12 – 22mm) đã giúp cho các phẫu thuật có chỉ định tạo hình phần nối thất phải – động mạch phổi ở trẻ nhỏ là khả thi [2], [3], [4]. Trong năm 2020, tại Bệnh viện Nhi Trung Ương đã có 1200 ca PT tim mở được tiến hành trong đó có 70 bệnh nhân (chiếm 5,8%) được sử dụng ống nối có van tạo hình đường ra thất phải. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang, mô tả kết quả sớm sau PT sử dụng ống nối có van trên nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 70 bệnh nhân (44 nam, 26 nữ) được phẫu thuật tạo hình đường ra thất phải bằng ống nối có van tại Trung tâm Tim mạch Trẻ em – Bệnh viện Nhi Trung ương trong năm 2020.

2.2 Phương pháp nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang, mô tả loạt bệnh với cách lấy mẫu thuận lợi. Các biến liên tục được biểu thị bởi giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị tối đa, tối thiểu. Các biến rời rạc, biến phân loại được biểu thị bởi các giá trị phần trăm. Tử vong sớm sau mổ được định nghĩa là tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ hoặc trước thời điểm bệnh nhân ra viện sau phẫu thuật sửa

toàn bộ. Đánh giá kết quả sau mổ dựa vào tỉ lệ sống sau mổ sửa toàn bộ, kết quả siêu âm tại thời điểm khám lại gần nhất. Số liệu được thu thập và xử lý theo phần mềm SPSS 20.0. Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức của Viện Nghiên cứu Sức khỏe Trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung ương; bố mẹ, người giám hộ bệnh nhân được thông tin và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3 Phẫu thuật tạo hình đường ra thất phải bằng ống nối có van. Tất cả các bệnh nhân đều được tiến hành phẫu thuật qua đường mở ngực giữa xương ức. Thiết lập hệ thống tim phổi nhân tạo giống như các phẫu thuật tim mở thường qui khác. Đối với những bệnh nhân được mổ lại thay van phổi hoặc ống nối, chỉ chạy máy hỗ trợ không cần ngừng tim, chúng tôi chủ động đặt một ca – nuyen vào động mạch chủ và một ca – nuyen tĩnh mạch vào tâm nhĩ phải. Đối với những bệnh nhân kèm theo tổn thương trong tim thì chúng tôi đặt một ca – nuyen động mạch chủ và ca – nuyen vào các tĩnh mạch chủ và ngừng tim bằng dung dịch liệt tim xuôi dòng. Những trường hợp sửa toàn bộ bệnh tử chứng Fallot có hẹp nặng đường ra thất phải hoặc bất thường động mạch vành chạy qua phổi cần dùng ống nối, những trường hợp Teo phổi – Thông liên thất sửa toàn bộ thì ngay sau khi thiết lập hệ thống tim phổi nhân tạo, chúng tôi chủ động tạo hình mở rộng hai động mạch phổi bằng màng tim tươi tự thân và nối vào đầu trên của ống nối trước khi cặp động mạch chủ sau đó mới tiến hành sửa chữa các tổn thương trong tim. Đầu trên của ống nối được cắt gần phía trên mép van nhất có thể. Đầu dưới của ống nối được xác định dựa vào đỉnh của đường mở phổi thất phải và cắt chéo lên theo thiết diện của ống nối. Sau khi các tổn thương trong tim đã hoàn thành, tạo hình phần nối kết thúc bằng cách nối đầu dưới của ống nối với đường mở phổi thất phải. Tùy theo tình trạng cơ tim, chức năng tim, nguy cơ chảy máu sau mổ mà chúng tôi quyết định đóng xương ức ngay hoặc đóng xương ức thì hai khi bệnh nhân sang phòng hồi sức ổn định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong nhóm 70 bệnh nhân được nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nam chiếm ưu thế (62,9%). Triệu chứng lâm sàng nổi bật trước mổ là tình trạng tím (52,9%) do đặc điểm tổn thương bệnh lý cần chỉ định phẫu thuật (51,4% bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật là bệnh nhân tử chứng Fallot, Teo phổi kèm theo hoặc không kèm theo thông liên thất). Tuổi trung vị lúc phẫu thuật trong nhóm bệnh nhân của chúng

tôi là 12,5 tháng với số trẻ nữ nhi (dưới 12 tháng tuổi) là 35 bệnh nhi (chiếm 50%) trong đó có 14 trẻ dưới 3 tháng tuổi (chiếm 20%) và 6 trẻ sơ sinh (chiếm 8,6%). Tỷ lệ trẻ được phẫu thuật sửa toàn bộ lặn đầu chiếm 67,1%. Cho thấy việc tiến hành phẫu thuật sửa toàn bộ cấu trúc thượng tim phức tạp có chỉ định dùng ống nối có van ở ngay thì đầu cho nhóm trẻ nhỏ là hoàn toàn khả thi.

Bảng 3.1 Thông tin chung trước mổ

Biến số/ Chỉ số	Kết quả
Giới:	
Nam, n (%)	44 (62,9%)
Nữ, n (%)	26 (37,1%)
Mức độ tím	
Không tím, n (%)	33 (47,1%)
Tím nhẹ - vừa, n (%)	35 (50%)
Tím nặng, n (%)	2 (2,9%)
Tuổi trung bình lúc phẫu thuật (tháng)*	24,4 ± 33,7 [1 - 171]
Tuổi trung vị lúc phẫu thuật (tháng)	12,5
Trẻ nữ nhi (≤ 12 tháng), n (%)	35 (50%)
Trẻ nữ nhi (≤ 12 tháng), n (%)	9,2 ± 6,4 [2,6 - 41]
Cân nặng trung bình (kg)*	76 ± 22 [47 - 156]
Chiều cao trung bình (cm)*	

*: Biểu thị kết quả $X \pm SD$ [min - max].

Bảng 3.2: Chỉ định phẫu thuật.

Chẩn đoán	n	%
Thần chung động mạch	11	15,7
Teo phổi (kèm theo thông liên thất hoặc lành vách liên thất)	25	35,7
Tứ chứng Fallot	11	15,7
Đào gốc động mạch - Thông liên thất - Hẹp phổi (PT Rastelli)	6	8,6
PT Ross	4	5,7
Thay van phổi	13	18,6
Tổng	70	100

Trong loạt bệnh nhân của chúng tôi, 64 bệnh nhân (91,4%) được tạo hình ống nối thất phải - động mạch phổi được sử dụng ống nối Contegra (có cấu tạo từ tĩnh mạch cảnh trong của bò), 4 bệnh nhân (5,7%) được sử dụng ống nối Hancock, 2 bệnh nhân (2,9%) được sử dụng Homograft động mạch phổi. Mặc dù homograft được coi là tiêu chuẩn vàng đối với phẫu thuật tạo hình phần nối thất phải động mạch phổi

Bảng 3.3: Thông tin bệnh nhân tử vong.

Tên/Giới/Tuổi/Cân	Ch.đoán	Conduit	Nguyên nhân tử vong
Ng.G.H/Nam/20 ngày/3,0kg	Truncus type I	10	Suy tim ECMO, shock nhiễm khuẩn, suy đa tạng. Tử vong sau mổ 10 ngày.
Le.T.N/Nữ/26 ngày/2,6kg	Truncus type II	9	Suy tim, shock nhiễm khuẩn. Tử vong sau mổ 9 ngày.
Ng.T.N.H/Nữ/30 ngày/3,0kg	Truncus type II	10	Suy tim ECMO không hiệu quả. Tử vong sau mổ 13 ngày.
Ng.G.H/Nữ/2	PA-VSD type I	12	Suy tim ECMO, nhiễm trùng nặng. Tử

nhưng kích thước thường lớn, ngân hàng mô cũng không phải luôn có sẵn [1]. Với đặc điểm cấu tạo của ống Contegra có cấu trúc van của tĩnh mạch cảnh trong bò gồm 3 lá van thanh mảnh gần tương đồng với cấu trúc van tim, lớp trong của ống và cấu trúc van có tính liên tục nội mạc. Một số nghiên cứu đã chỉ ra tính an toàn và khả năng thay thế cho Homograft trong tạo hình phần nối thất phải - động mạch phổi của ống nối Contegra, nhất là ở nhóm bệnh nhi nhỏ tuổi [3], [5], [6]. Khi sử dụng, chúng tôi thấy thành ống thành tĩnh mạch mềm mại nên các thao tác cắt và khâu nối ống tương đối dễ dàng và có vẻ ít chảy máu hơn so với khi khâu nối vật liệu tổng hợp như thành của ống nối Hancock. Kích thước của ống Contegra cũng đa dạng (từ 12mm đến 22mm) nên việc sử dụng ống nối này trong phẫu thuật tạo hình phần nối thất phải - động mạch phổi ở trẻ nhỏ là khả thi. Chúng tôi cũng nhận thấy việc sử dụng ống nối này có nhiều điểm dễ dàng và thuận tiện cho các phẫu thuật viên, kể cả phẫu thuật viên chưa có quá nhiều kinh nghiệm.

Trong nhóm 70 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình phần nối thất phải - động mạch phổi bằng ống nối có van, có 4 bệnh nhân tử vong sớm sau mổ trong thời gian nằm viện. 1 bệnh nhân tử vong sau ra viện 1 tháng do viêm phổi. Tỷ lệ sống sót chung trong nhóm nghiên cứu đạt 92,9%. Breymann và cộng sự [3] báo cáo trong loạt 108 bệnh nhi tim bẩm sinh phức tạp (thần chung động mạch, tứ chứng Fallot, Teo phổi, PT Ross...) được tạo hình phần nối thất phải - động mạch phổi bằng ống nối Contegra có 8 BN (7,4%) tử vong sớm và 1 BN tử vong muộn. Tỷ lệ sống sót chung là 91,7%.

Bảng 3.3 cho thấy thông tin 5 BN tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi: 4 BN mắc dị tật thần chung động mạch, 3 BN được phẫu thuật trong giai đoạn sơ sinh, các BN đều có cân nặng thấp (≤ 3 kg). Nguyên nhân tử vong sau mổ chủ yếu do suy tim và shock nhiễm khuẩn cho thấy phẫu thuật sửa toàn bộ bệnh lý tim bẩm sinh phức tạp và hồi sức hậu phẫu ở giai đoạn sơ sinh, trẻ cân nặng thấp vẫn là thách thức lớn, cần được cải thiện hơn nữa.

tháng/3,0kg			vong sau mổ 15 ngày.
Ng.A.N/Nữ/4 tháng/3,0kg	Truncus type II	12	Tử vong sau ra viện 1 tháng do tăng áp phổi, viêm phổi nặng.

*: Truncus: thân chung động mạch. PA – VSD: Teo phổi – Thông liên thất.

Bảng 3.4. Các thông tin trong mổ và tình trạng sau mổ.

Cácchisô	n	Kếtquả
Thời gian chạy máy (phút)*	70	155± 51 [72 – 381]
Thời gian cặp chủ (phút)*	57	81± 48 [21 – 209]
Phẫu thuật kèm theo:		
Vá thông liên thất	51	72,8%
Cắt vách nón phì đại	32	45,7%
Overhaul thất phải	4	5,7%
Cắt bỏ B-T shunt	10	14,3%
Đỡ hở xương ức	16	22,9%
Thời gian thở máy (giờ)*	66	77,6± 71,4 [5 – 408]
Thời gian nằm hồi sức (ngày)*	66	6 ± 4 [1–29]
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)*	66	21± 13[7–90]

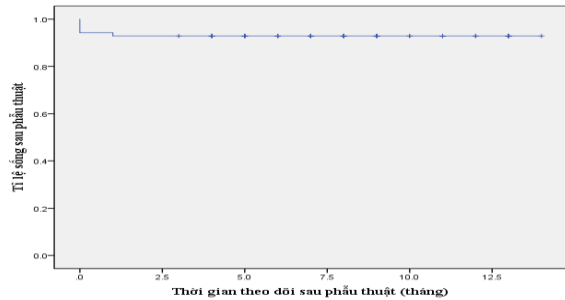
*: Biểu thị kết quả X ± SD [min – max]. **: Overhaul: mở rộng thất phải

Các chỉ số trong phẫu thuật và các biến chứng quan sát được trong thời gian điều trị được biểu thị trên bảng 3.4, 3.5. Thời gian chạy máy trung bình là 155 phút, thời gian cặp động mạch chủ trung bình là 81 phút. Ngay sau mổ có 16 BN (22,9%) cần đỡ hở ngực và đóng ngực thì hai sau khi sang hồi sức ổn định. Các biến chứng sau mổ quan sát thấy: loạn nhịp 10 BN (14,2%), nhiễm trùng vết mổ 2 BN (2,8%), nhiễm trùng hô hấp 5 BN (7,1%), nhiễm khuẩn huyết 5 BN (7,1%). Có 4 BN tử vong trong thời gian nằm viện sau mổ. 66 BN còn lại có thời gian thở máy trung bình là 77 giờ. Thời gian nằm hồi sức trung bình là 6 ngày, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 21 ngày. Các bệnh nhân sau ra viện được tư vấn sức khỏe và khám lại theo qui trình của trung tâm.

Bảng 3.5. Biến chứng và tử vong sớm sau mổ.

Biếnchứng	n (%)
Thảm phân phúc mạc	7 (10%)
ECMO sau mổ	4 (5,7%)
Loạn nhịp cần điều trị thuốc	5 (7,1%)
Loạn nhịp cần dùng tạo nhịp tạm thời sau mổ	5 (7,1%)
Chảy máu sau mổ	1 (1,4%)
Liệt cơ hoành	0 (0%)
Tràn dịch, tràn khí màng phổi	4 (5,7%)
Tràn dịch màng tim	1 (1,4%)

Biểu hiện thần kinh	1 (1,4%)
Nhiễm trùng vết mổ	2 (2,8%)
Nhiễm trùng xương ức	0 (%)
Nhiễm trùng hô hấp	5 (7,1%)
Nhiễm trùng huyết	5 (7,1%)
Tử vong sớm	4 (5,7%)



Hình 3.1: Biểu đồ Kaplan – Meier ước tính tỉ lệ sống sau phẫu thuật.

Theo dõi 65 bệnh nhân sống sau phẫu thuật cho thấy các triệu chứng lâm sàng cải thiện, bệnh nhân ăn được và tăng cân. Trên siêu âm tim gần nhất cho thấy chênh áp qua ống nối thấp: 10 ± 8 mmHg. Trong đó có 2 bệnh nhân có chênh áp 30 mmHg và 35 mmHg chưa có chỉ định can thiệp lại, đang được tiếp tục theo dõi, các bệnh nhân còn lại có chênh áp < 20 mmHg. Đánh giá hoạt động của van phổi cho thấy tỉ lệ không hở hoặc hở rất nhẹ van phổi sau mổ đạt 84,3%, hở trung bình nhẹ là 10,7%. Theo dõi lâu hơn để đánh giá kết quả dài hạn của ống nối có van tạo hình phần nối thất phải – động mạch phổi là hoàn toàn cần thiết.

IV. KẾT LUẬN

Từ những kết quả trên cho thấy, việc thực hiện thường qui phẫu thuật sử dụng ống nối có van tạo hình đường ra thất phải trên những bệnh nhân tim bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương là khả thi và có kết quả tốt. Không có một ống nối lí tưởng nào có thể thay thế được cấu trúc tự nhiên, do vậy một nghiên cứu và theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả và thời hạn sử dụng của các loại ống nối là hoàn toàn cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boethig D., Goerler H., Westhoff-Bleck M., et al. (2007). Evaluation of 188 consecutive homografts implanted in pulmonary position after 20 years. Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg, **32**(1), 133–142.

2. **Belli E., Salihoğlu E., Leobon B., et al. (2010).** The performance of Hancock porcine-valved Dacron conduit for right ventricular outflow tract reconstruction. *Ann Thorac Surg*, **89**(1), 152–157; discussion 157-158.
3. **Breyman T., Boethig D., Goerg R., et al. (2004).** The Contegra Bovine Valved Jugular Vein Conduit for Pediatric RVOT Reconstruction. *J Card Surg*, **19**(5), 426–431.
4. **Prior N., Alphonso N., Arnold P., et al. (2011).** Bovine jugular vein valved conduit: Up to 10 years follow-up. *J Thorac Cardiovasc Surg*, **141**(4), 983–987.
5. **Morales D.L.S., Braud B.E., Gunter K.S., et al. (2006).** Encouraging results for the Contegra conduit in the problematic right ventricle-to-pulmonary artery connection. *J Thorac Cardiovasc Surg*, **132**(3), 665–671.
6. **Carrel T., Berdat P., Pavlovic M., et al. (2002).** The bovine jugular vein: a totally integrated valved conduit to repair the right ventricular outflow. *J Heart Valve Dis*, **11**(4), 552–556.

THỰC TRẠNG ĐÁNH GIÁ ĐIỂM THƯỜNG XUYÊN TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Lê Thúy Hương*, Hoàng Thị Thu Hiền*
Trương Thị Thu Hương*, Nguyễn Thị Nhung*, Phạm Thị Thắm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1/Mô tả thực trạng đánh giá điểm thường xuyên tại trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ năm 2016-2019. 2/Đề xuất một số giải pháp nâng cao hiệu quả quản lý đánh giá điểm thường xuyên. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả ngang qua khảo sát ý kiến 144 giảng viên giảng dạy các học phần giai đoạn 2016-2019 tại Trường ĐH Kỹ thuật Y tế Hải Dương. **Kết quả:** 98.6 % giảng viên đã phổ biến công khai tỷ lệ, hình thức đánh giá điểm thường xuyên trong đề cương chi tiết; Hình thức đánh giá điểm thường xuyên: bài kiểm tra viết 15 phút: 94.4%; Kết quả thảo luận nhóm: 56.9%; Trả lời câu hỏi trên lớp: 34.7%; đánh giá kết quả tự học: 23.6%; Số lần kiểm tra thường xuyên: 1 lần: 40.3%; hai lần trở lên: 59.7%. Cách tính điểm thường xuyên giữa các giảng viên: tính điểm trung bình cộng giữa các lần kiểm tra: 88.9%; chỉ lấy điểm cao nhất: 4.2%; lấy điểm bài kiểm tra cuối cùng: 4.2%; lấy điểm ngẫu nhiên: 2.8%; Giảng viên phổ biến đáp án, thang điểm, chữa bài sau khi kiểm tra: 86.1%; trả bài cho SV sau khi kiểm tra: 70.8%; 90.3 % giảng viên cho rằng: cần thiết ban hành quy định đánh giá điểm thường xuyên.

Từ khóa: kiểm tra, đánh giá, điểm thường xuyên, sinh viên, giảng viên, Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

SUMMARY

THE STATUS OF EVALUATING THE REGULAR SCORE AT HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY

Objectives: 1/ Describe the status of evaluating the regular score at Hai Duong Medical Technical University from 2016-2019. 2/ Propose some solutions to increasing the efficiency of evaluating and managing the regular score at Hai Duong Medical

Technical University. **Methods:** a descriptive cross-sectional survey to collect opinions of all 144 faculty members of departments directly involved in teaching the courses from 2016 to 2019 at Hai Duong Medical Technical University. **Results:** 98.6% of lecturers have publicly disseminated the rate and form of regular score evaluation in the detailed curriculum; Regular score evaluation form: 15-minute written test: 94.4%; results of group discussion: 56.9%; Answer questions in class: 34.7%; evaluation of self-study results: 23.6%; 41.7% of lecturers disseminated review content (limited questions) before regular testing; The number of regular checking times: 1 time: 40.3%; twice or more: 59.7%. The way to calculate regular scores among lecturers: calculate the average score between tests: 88.9%; take only the highest score: 4.2%; take the final test score: 4.2%; take the random score: 2.8%; Lecturers disseminate answers, grading scales, and correcting papers after the test: 86.1%; return post-testing to students: 70.8%; 90.3% of lecturers think that it is necessary to issue regulations on how to evaluate regular scores.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, đổi mới phương pháp dạy học là một yêu cầu cấp bách có tính chất đột phá để nâng cao chất lượng dạy học. Đổi mới phương pháp dạy học đòi hỏi phải tiến hành một cách đồng bộ đổi mới từ nội dung chương trình giáo dục, phương pháp dạy học và kiểm tra đánh giá kết quả dạy học [1]. Kiểm tra đánh giá có vai trò rất lớn trong việc nâng cao chất lượng đào tạo. Kết quả của kiểm tra đánh giá là cơ sở để điều chỉnh hoạt động dạy - học và quản lý giáo dục

Một trong những hình thức kiểm tra, đánh giá kết quả học tập là kiểm tra thường xuyên, hình thức đánh giá này được xem là đánh giá quá trình học tập vì sự tiến bộ của người học (đánh giá quá trình) bởi đây là hoạt động đánh giá diễn ra trong tiến trình thực hiện hoạt động giảng dạy môn học nhằm cung cấp thông tin phản hồi cho

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thúy Hương

Email: thuyhuongdhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2021

Ngày duyệt bài: 14.6.2021