

TÌNH TRẠNG NHẬP VIỆN VÀ KẾT QUẢ CỦA BỆNH NHÂN HOÁN VỊ ĐẠI ĐỘNG MẠCH CHẨN ĐOÁN LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG ĐỒNG NAI

Ths Bs Nguyễn Thị Ly Ly
Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai
Đt 0918436239
Email: ngthi_lyly@yahoo.com

TÓM TẮT

Đây là nghiên cứu mô tả loạt ca về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lúc nhập viện và kết quả xử trí các trường hợp Hoán vị đại động mạch (HVĐĐM), bao gồm HVĐĐM/ vách liên thất nguyên vẹn (VLTNV), HVĐĐM/ thông liên thất (TLT), thất phải hai đường ra có HVĐĐM) được chẩn đoán lần đầu tại Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai. Chúng tôi loại ra các trường hợp HVĐĐM kèm hẹp động mạch phổi hay các bệnh cảnh phức tạp khác.

Trong thời gian từ tháng 9/2010 đến hết tháng 10/2014, chúng tôi có 28 bệnh nhân được đưa vào lô nghiên cứu (13 bệnh nhân VLTNV và 15 có TLT, thất phải hai đường ra) với tỉ lệ nam/nữ = 1,6/1; nhóm VLTNV đa số nhập viện sớm trong 1 ngày vì tím sớm với SpO₂ là 68% ± 12,9 nhưng 23,1% vẫn đến muộn > 2 tuần; nhóm có TLT nhập viện muộn hơn với SpO₂ 64,3% ± 23,7, suy tim/sốc tim và nhiễm trùng cao hơn, 40% và 73,3%. Về đặc điểm cấu trúc tim, đa số có lỗ bầu dục hạn chế, 3,2 ± 1,1 mm/ VLTNV và 2,3 ± 1,4/ nhóm TLT, ống động mạch cũng khá nhỏ ở cả hai nhóm nên cần can thiệp sớm. Nhóm có TLT, 53% bệnh nhân cũng chỉ có TLT nhỏ. Về điều trị, 36% bệnh nhân cần thở máy; 4 trường hợp (đều ở nhóm TLT) tử vong trong bệnh cảnh nhiễm trùng và trộn máu kém, không kịp chuyển viện lên tuyến trên. Ở cả 2 nhóm, 54% cần xé vách liên nhĩ. PGE1 chưa được điều trị thường quy. Kết quả chung cuộc là 71.4% được phẫu thuật tại các trung tâm tim mạch, 10 bệnh nhân (chiếm 36%) tử vong trong đó có 2 trường hợp tử vong sau mổ tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

ABSTRACT

ADMISSION CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF TRANSPOSITION OF GREAT ARTERIES OF DONGNAI CHILDREN'S HOSPITAL

This case-series study is aimed at describing clinical features, laboratory findings and outcomes of transposition of great arteries (TGA) admitted to Dong Nai Children's Hospital, including TGA/ intact ventricular septum (IVS), TGA/ ventricular septum defect (VSD) and double outlet right ventricular (Taussig Bing).

The study included 28 patients, divided into 2 groups: 13 cases of TGA/IVS and 15 cases of "complex" TGA, with a male-to female ratio 1.6:1. Most of the IVS group came to our hospital on the first day after birth because of cyanosis with SpO₂ 68% ± 12.9 ; however 23.1% was still admitted late after 2 weeks of age. The complex group came later with SpO₂ 64.3% ± 23.7; cardiac failure/shock and infection prevalence was higher, 40% and 73% respectively. In both groups, patent foramen ovale was restrictive, 3.2 ± 1.1 mm/ IVS and 2.3 ± 1.4 mm/ complex; patent ductus arteriosus was also small, requiring early interventions. 53% among the VSD group had only restrictive VSD. 4 patients of the complex group died of infection and poor mixing before transporting to cardiac surgery center. Balloon Atrial Septostomy prevalence was 54% as a whole and Prostaglandin E1 was not available. Corrective surgery was performed in 71.4% and mortality rate was 36% after all, with 2 dying right after surgery.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoán vị đại động mạch (HVĐDM) là dị tật tim nguy hiểm khá thường gặp, chiếm khoảng 5-7% các dị tật tim bẩm sinh. Dị tật này được định nghĩa là sự tương hợp nhĩ thất và bất tương hợp thất đại động mạch. Nếu không điều trị, khoảng 30% trẻ sẽ chết trong tuần đầu tiên, 50% chết trong vòng tháng đầu, 70% chết trong vòng 6 tháng, và 90% chết trong một năm. Những can thiệp cấp cứu ban đầu như thủ thuật xé vách liên nhĩ bằng bóng, truyền Prostaglandin E1 để giữ ống động mạch đều đã được triển khai ở các bệnh viện Nhi Đồng 1 và 2. Đồng thời, phẫu thuật chuyển gốc đại động mạch đã được thực hiện ở Việt Nam từ 2004 và ở Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ năm 2009, và gần đây tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. Việc phẫu thuật cần được thực hiện càng sớm càng tốt, đặc biệt dưới 2 tháng tuổi hay tốt nhất là dưới 2 tuần tuổi đối với HVĐDM/ vách liên thất nguyên vẹn. Thực tế trong những năm qua, còn nhiều trường hợp HVĐDM đến nhập viện trễ, đôi khi có tình trạng rất nặng không thể phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để rút kinh nghiệm về tình trạng lâm sàng các trường hợp HVĐDM nhập BV Nhi Đồng Đồng Nai, từ đó có những định hướng trong việc tập huấn phát hiện sớm các bệnh tim bẩm sinh quan trọng.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

2.1. Mục tiêu tổng quát

Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lúc nhập viện và kết quả xử trí các trường hợp Hoán vị đại động mạch được chẩn đoán lần đầu tại Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai

2.2. Mục tiêu chuyên biệt

- Mô tả các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng lúc nhập viện của bệnh nhân HVĐDM trong lô nghiên cứu.
- Mô tả các đặc điểm cấu trúc tim qua siêu âm tim thành ngực
- Mô tả các xử trí ban đầu tại Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai và kết quả điều trị đạt được

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu, báo cáo loạt ca

3.2. Tiêu chí chọn mẫu

Dân số chọn mẫu: Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán bệnh lý HVĐDM tại Bệnh viện Nhi Đồng – Đồng Nai

Tiêu chí đưa vào:

Bệnh nhân HVĐDM (bao gồm HVĐDM/ vách liên thất nguyên vẹn (VLTNV), HVĐDM/ thông liên thất (TLT), thất phải hai đường ra có HVĐDM hay còn gọi là Taussig Bing) được chẩn đoán lần đầu tại Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai từ tháng 9/2010 đến hết tháng 10/2014

Tiêu chí loại ra:

- ✘ Bệnh nhân đã được siêu âm chẩn đoán ở tuyến trên
- ✘ HVĐDM kèm hẹp động mạch phổi hay các bệnh cảnh phức tạp khác

3.3. Thu thập và xử lý số liệu

Người làm nghiên cứu thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án theo bệnh án mẫu. Lưu trữ thông tin và xử lý thống kê bằng phần mềm Excel 2007

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân HVĐDM lúc nhập viện

Trong thời gian từ tháng 9/2010 đến tháng 10/2014, chúng tôi có 28 bệnh nhân được đưa vào lô nghiên cứu

Bảng 4.1: Đặc điểm dịch tễ trong lô nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ	HVĐĐM/VLTNV n= 13	HVĐĐM/TLT và Taussig Bing n= 15
Giới tính nam/nữ	8/5= 1,6/1	9/6= 1,5/1
Ngày tuổi nhập viện		
≤ 1 ngày	8 (61,5%)	5 (33,3%)
2 ngày - ≤ 2 tuần	2 (15,4%)	3 (20%)
2 tuần - ≤ 2 tháng	3 (23,1%)	5 (33,3%)
> 2 tháng	0	2 (13,3%)
BV tuyến trước chuyên Tự đến	13 (100%)	8 (53%) 7 (47%)
Lý do nhập viện		
Tím	10 (77%)	7 (46,7%)
Thở mệt	1 (7,7%)	4 (26,7%)
Ho, khò khè	1 (7,7%)	2 (13,3%)
Bệnh cảnh khác (sốt, vàng da, sặc sữa...)	1 (7,7%)	2 (13,3%)
Cân nặng lúc NV		
< 2500 gr	1 (7,7%)	2 (13,3%)
Cân nặng TB	3271g ± 693	3320g ± 694
Tuổi thai lúc sinh < 37 tuần	1 (7,7%)	1 (6,7%)

Nhận xét: Tỷ lệ nam trội so với nữ, bệnh nhân phần lớn sinh đủ tháng và có cân nặng tốt, đa số bệnh nhóm VLTNV được phát hiện tím sớm và nhập viện trong 1 ngày sau sinh trong khi nhóm có TLT nhập viện muộn hơn.

Bảng 4.2: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ngay lúc nhập viện

Đặc điểm	HVĐĐM/VLTNV n= 13	HVĐĐM/TLT và Taussig Bing n = 15
SpO2 nhập viện ≤ 70%	9 (69%)	7 (46,7%)
SpO2 trung bình nhập viện	68% ± 12,9	64,3% ± 23,7
Chênh lệch SpO2 tay chân > 7%	3 (23%)	2 (13,3%)
SpO2 sau hỗ trợ hô hấp	72% ± 13,8	75,3% ± 17,9
Âm thổi ở tim	4 (30,8%)	8 (53%)
Suy tim/ sốc tim	2 (15,4%)	6 (40%)
Toan máu nhẹ	5 (38,5%)	4 (26,7%)
Nặng	2 (15,4%)	2 (13,3%)
Ôxy máu trung bình (mmHg)	28 ± 7,7	43,6 ± 39,5
pH máu trung bình	7,24 ± 0,17	7,27 ± 0,26
Nhiễm trùng	8 (61,5%)	11 (73,3%)
Rối loạn chức năng cơ quan		
RLĐM	4 (30,8%)	5 (33,3%)
Tổn thương thận	2 (15,4%)	2 (13,3%)
Tổn thương gan	2 (15,4%)	3 (20%)
	0	1 (6,7%)
XQ ngực có bóng tim to	10 (76,9%)	14 (93%)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhập viện có SpO2 thấp không cải thiện với ôxy, nhóm VLTNV có nồng độ ôxy máu khá thấp, toan máu và thường có tổn thương thận. Các dấu hiệu lâm sàng khác cần lưu ý như âm thổi ở tim và bóng tim to.

4.2. Đặc điểm cấu trúc tim qua siêu âm tim thành ngực

Bảng 4.3: Đặc điểm cấu trúc tim qua siêu âm tim thành ngực

Tổn thương đi kèm/ Thể bệnh	HVĐDM/VLTNV n= 13	HVĐDM/TLT và Taussig Bing n= 15
Kích thước lỗ bầu dục TB (mm) Lỗ bầu dục < 3 mm	3,22± 1,1 5 (38,5%)	2,3 ± 1,4 9 (64,3%)
Kích thước ống động mạch TB (mm) ống động mạch nhỏ < 3mm	2,33± 1,3 8 (61,5%)	2,1 ± 1,2 10 (66,7%)
Kích thước thông liên thất (mm) TLT nhỏ		5,8 ± 3,1 8 (53%)
Tổn thương khác kèm theo Bất thường mạch vành Bất thường hồi lưu TM phổi Hẹp eo động mạch chủ	1 (7,7%) 0 0	0 1 (6,7%) 1 (6,7%)

Nhận xét: Nhóm VLTNV có lỗ bầu dục và ống động mạch khá nhỏ cần can thiệp hỗ trợ. Đa số TLT cũng nhỏ.

4.3. Đặc điểm các xử trí ban đầu và kết quả đạt được

Bảng 4.4: Đặc điểm các xử trí tại Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai

	HVĐDM/VLTNV n= 13	HVĐDM/TLT và Taussig Bing n= 15
Hỗ trợ hô hấp Thở máy	4 (30,8%)	6 (40%)
Điều trị vận mạch	1 (7,7%)	6 (40%)
PGE1	1 (7,7%)	1 (6,7%)
Lợi tiểu, dẫn mạch	0	6 (40%)
Bù toan	3 (23,1%)	1 (6,7%)
Tử vong	0	4 (26,7%)
Thời gian điều trị (ngày)	1,3 ± 0,6	12 ± 23,2 (1-90 ngày)

Nhận xét: nhóm TLT có tỉ lệ bệnh nặng nhập viện khá cao. Cả lô nghiên cứu chỉ có 2 trường hợp được điều trị PGE1 trước chuyển viện. Có 1 bệnh nhân sinh non với cân nặng 2300gam được giữ điều trị 90 ngày, nuôi ăn chờ phẫu thuật và lúc chuyển viện có cân nặng 3.2kg

Bảng 4.5: Kết quả điều trị tại các trung tâm tim mạch ở Tp HCM

	HVĐDM/VLTNV n= 13	HVĐDM/TLT và Taussig Bing n= 15
Xé vách liên nhĩ	10 (77%)	5 (33,3%)
Phẫu thuật	10 (77%)	10 (66,7%)
BV NĐ 1	7	9
Viện Tim	3	0
BV NĐ2	0	1
Tử vong	3 (23,1%)	3(20%)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhóm VLTVN cần xé vách liên nhĩ. 6 bệnh nhân đã tử vong ở tuyến trên, trong đó có 2 bệnh nhân trong nhóm có TLT tử vong ngay sau phẫu thuật (1 trường hợp thất phải hai đường ra có kèm theo bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi và 1 trường hợp có TLT nhỏ)

Tóm lại, có 10 bệnh nhân đã tử vong, trong đó 2 bệnh nhân tử vong ngay sau phẫu thuật và 8 bệnh nhân (28,6%) tử vong mà không được phẫu thuật. Nguyên nhân tử vong là 5 trường hợp suy tim hay sốc tim kèm theo tình trạng nhiễm trùng và 2 trường hợp tử vong có nhiễm trùng, phải trì hoãn phẫu thuật, 1 trường hợp tử vong do thiếu ôxy máu nặng và trộn máu không đủ.

5. BÀN LUẬN

5.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân HVĐDM lúc nhập viện

Đặc điểm về giới tính trong nhóm bệnh HVĐDM đều ghi nhận tỉ lệ nam trội, với tỉ lệ nam/ nữ qua các nghiên cứu thay đổi từ 1,5/1- 3,2/1, điều này cũng tương đồng với kết quả của chúng tôi [2], [6]. Hầu hết sơ sinh HVĐDM đều có cân nặng và tuổi thai bình thường [10].

Tác giả Nguyễn Thành Công đã báo cáo “Kết quả phẫu thuật switch trong điều trị đảo gốc động mạch ở BV Nhi Trung ương” từ tháng 10/2006-12/2009 trong Hội nghị Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực lần 3 tháng 12/2010 ở Huế. Lô nghiên cứu có 18 bệnh nhân với tuổi trung bình là $28,6 \pm 15$ ngày (3 đến 54 ngày), cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, 77,8% bệnh nhân nhập viện có tím và suy hô hấp, trong đó có 2 trường hợp nhập viện có suy tim, cao áp phổi, chức năng tim trái kém.

So với các nghiên cứu khác, nhóm bệnh nhân HVĐDM phức tạp (bao gồm TLT hay thể Taussig Bing) trong nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ khá cao, chiếm 53.6%, ngược với nghiên cứu của Turon-Vinas chỉ 40%, hay nghiên cứu đa trung tâm ở Âu Châu của Sarris là 30%, các nghiên cứu đều có tỉ lệ HVĐDM/VLTVN trội hơn [8], [10]. Điều này đặt ra nghi ngờ các trường hợp HVĐDM/VLTVN ở tỉnh chúng tôi có thể có những biến cố và tử vong sớm trước khi được chẩn đoán.

Nhóm bệnh nhân có VLTVN thường xuất hiện tím sớm và tiến triển nhanh, 50% trong giờ đầu và 90% trong ngày đầu. Lâm sàng của trẻ sẽ diễn tiến nặng với thở nhanh, nhịp tim nhanh, tử vong do thiếu ôxy và toan máu mà không có suy tim rõ ràng [7], [11]. Trong nghiên cứu này, 61.5% bệnh nhân HVĐDM/VLTVN được phát hiện tím và chuyển đến khoa Hồi sức sơ sinh ngay trong ngày đầu tiên sau sinh. Tuy nhiên, vẫn còn 23,1% bệnh nhân được phát hiện muộn, nhập viện sau 2 tuần tuổi. 69% bệnh nhân nhập viện với $SpO_2 < 70\%$, và nồng độ ôxy máu trung bình khá thấp, chỉ khoảng $28 \pm 7,7$ mmHg, đồng thời 53% có tình trạng toan máu, 14,3% toan máu nặng và 30,8% có tổn thương các cơ quan như rối loạn đông máu, chức năng thận. Các dấu hiệu lâm sàng khác rất ít ỏi như 30,8% nghe được âm thổi, 15,4% có suy tim.

Đối với nhóm bệnh có TLT, nếu TLT nhỏ, sự trộn máu kém cũng sẽ có diễn tiến lâm sàng tương tự. 33% bệnh nhân HVĐDM/TLT của chúng tôi cũng đã nhập viện ngay ngày tuổi đầu tiên. Nếu có sự trộn máu tốt, nhóm bệnh này sẽ có triệu chứng xuất hiện khoảng nửa tháng sau sinh với tím nhẹ và dấu hiệu suy tim (nhịp tim nhanh, nhịp thở nhanh, gan to, đáy phổi âm, tim tăng động). Điều đáng lưu ý là chúng tôi có 13% bệnh nhân nhập viện sau 2 tháng tuổi và 40% có triệu chứng suy tim hay sốc tim lúc nhập viện cũng như tỉ lệ toan máu chiếm 40% và rối loạn chức năng cơ quan chiếm 33.3%. Nồng độ ôxy máu trung bình trong nhóm này cao hơn hẳn nhóm VLTVN. Âm thổi dễ dàng được phát hiện hơn nhưng cũng chỉ chiếm 53%, đòi hỏi người thầy thuốc phải thăm khám cẩn thận hơn để phát hiện bệnh sớm.

Tác giả Bonnet nghiên cứu ở nhóm HVĐDM được chẩn đoán sau sinh cũng ghi nhận tỉ lệ toan máu nặng kèm tổn thương đa cơ quan có thể đến 27% [3].

“Tím phân biệt đảo ngược”, có nghĩa là, sự bão hòa oxy trước ống động mạch (được đo bằng SpO₂ ở tay phải) thấp hơn sự bão hòa oxy sau ống động mạch (được đo bằng SpO₂ ở chân). Tình trạng này thường hiếm, xảy ra tạm thời, gợi ý HVĐDM có tồn tại ống động mạch với shunt động mạch phổi – chủ trong giai đoạn kháng lực mạch máu phổi còn cao gây ra sự trộn máu được oxy hóa của động mạch phổi và máu không được oxy hóa của động mạch chủ qua ống động mạch xuống nuôi phần dưới cơ thể [11]. Sự chênh lệch SpO₂ trong nghiên cứu chúng tôi được ghi nhận ở 5 trường hợp trong cả hai nhóm. Một dấu hiệu gợi ý bệnh tim bẩm sinh đó là bóng tim to trên X quang ngực, chiếm tỉ lệ khá cao ở cả hai nhóm.

5.2.Đặc điểm cấu trúc tim qua siêu âm tim thành ngực

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có lỗ bầu dục và ống động mạch khá nhỏ, đây là nhóm nguy cơ cao cần can thiệp hỗ trợ sớm ngay sau sinh. Quan sát lỗ bầu dục trong lúc siêu âm là một vấn đề quan trọng để dự kiến xé vách liên nhĩ, lỗ bầu dục hạn chế khi bị tắc nghẽn bởi nắp đây, kích thước < 4 mm và vận tốc Doppler > 1m/s. Đối với nhóm có TLT, 53% bệnh nhân chỉ có TLT nhỏ, không đủ tạo sự trộn máu có hiệu quả cũng cần phải là xé vách liên nhĩ.

Các nước trên thế giới đang quan tâm đến hiệu quả của vấn đề siêu âm chẩn đoán trước sinh [4], [5]. Maeno và cs nghiên cứu siêu âm trước sanh và sau sanh của 16 thai nhi HVĐDM nhận thấy có đến 5/16 thai nhi ra đời có lỗ bầu dục giới hạn và trong đó 2 thai nhi đồng thời có ống động mạch co khít đã tử vong sớm sau sinh, 8/16 thai nhi có dòng máu bất thường qua ống động mạch [5]

5.3.Đặc điểm các xử trí ban đầu và kết quả đạt được

Tỉ lệ thở máy ở nhóm chẩn đoán sau sinh chiếm 38% trong nghiên cứu của Bonnet cũng tương đồng với kết quả của chúng tôi [3]. Nhóm bệnh có thông liên thất nhập viện muộn hơn với tình trạng suy tim/ sốc tim nên được điều trị với các vận mạch, dẫn mạch, lợi tiểu. Chúng tôi giữ nhóm bệnh này điều trị các tình trạng nhiễm trùng trước khi chuyển phẫu thuật tim nên thời gian nằm viện dài hơn, trong đó có bệnh nhân chúng tôi đã giữ điều trị, hỗ trợ dinh dưỡng 90 ngày và chuyển viện phẫu thuật thành công. Có 4 bệnh nhân trong nhóm này đã tử vong do tình trạng suy tim và nhiễm trùng nặng, không thể chuyển viện lên tuyến trên để phẫu thuật. Đối với nhóm bệnh VLTV, chúng tôi chuyển bệnh rất sớm để được can thiệp xé vách liên nhĩ. Tuy nhiên, vẫn có 3 bệnh nhân không thể thực hiện được phẫu thuật ở tuyến trên, 2 bệnh nhân do tình trạng nhiễm trùng và 1 bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao, tử vong rất sớm lúc 2 ngày tuổi do thiếu sự trộn máu hiệu quả. Tỉ lệ sử dụng Prostaglandin E1 để mở ống động mạch của chúng tôi rất thấp do chưa được trang bị đầy đủ so với 95% theo Bonnet, 92% theo Turon-Vinas [3], [10]. Đây là vấn đề còn yếu kém ở Việt Nam trong khi đối với các nước trên thế giới là một điều trị thường quy cho nhóm bệnh tim lệ thuộc ống động mạch. Đồng thời, tỉ lệ xé vách liên nhĩ thấp hơn các nghiên cứu khác, chỉ chiếm 54% (77%/ VLTV và 33,3%/ TLT), thủ thuật này được thực hiện ở tuyến trên

Nghiên cứu của tác giả Turon-Vinas A và cs ghi nhận tỉ lệ thực hiện thủ thuật xé vách liên nhĩ là 79.4% và tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật là 87,5%, số bệnh nhân còn lại tử vong trước phẫu thuật hoặc có hình ảnh giải phẫu không phù hợp thực hiện phẫu thuật [10]. Tuy nhiên ở nghiên cứu của Soonswang và cs, chỉ có 4,1% bệnh nhân HVĐDM/ VLTV có giải phẫu phù hợp đã tử vong trước phẫu thuật , với phần lớn do hậu quả của trộn máu không đủ [9]. Các tác giả đã nhấn mạnh đến vai trò của xé vách liên nhĩ sớm.

6. KẾT LUẬN

- 6.1. Từ tháng 9/2010 đến tháng 10/2014, chúng tôi có 28 bệnh nhân HVĐĐM nhập viện lần đầu vào bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai (13 VLTNV và 15 thể phức tạp): nam/nữ = 1,6/1; đa số bệnh nhân VLTNV nhập viện sớm trong 1 ngày với tím sớm với SpO₂ là 68% ± 12,9 nhưng có đến 21,3% vẫn bị phát hiện muộn; thể có TLT nhập viện muộn hơn với SpO₂ 64,3% ± 23,7, suy tim/sốc tim và nhiễm trùng cao hơn, 40% và 73,3%.
- 6.2. Đa số trường hợp có lỗ bầu dục hạn chế, kích thước trung bình là 3,2 ± 1,1 mm/ VLTNV và 2,3 ± 1,4/ nhóm TLT, ống động mạch cũng khá nhỏ ở cả hai nhóm nên đa số bệnh nhân cần can thiệp sớm. 53% bệnh nhân có TLT cũng chỉ là TLT nhỏ.
- 6.3. 36% bệnh nhân cần thở máy. Nhóm có TLT cần điều trị vận mạch nhiều hơn và có 4 trường hợp (nhóm TLT) tử vong trong bệnh cảnh nhiễm trùng và trộn máu kém. Ở cả 2 nhóm, 54% cần xé vách liên nhĩ. PGE1 chưa được điều trị thường quy. Kết quả chung cuộc là 71,4% được phẫu thuật, 10 bệnh nhân (chiếm 36%) tử vong trong đó có 2 trường hợp tử vong ngay sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thành Công (2010), "Kết quả phẫu thuật switch trong điều trị đảo gốc động mạch ở BV Nhi Trung ương", Hội nghị phẫu thuật tim mạch và lồng ngực lần 3 tháng 12/2010 ở Huế
2. Bianca S Ettore G, (2001), "Sex ratio imbalance in transposition of the great arteries and possible agricultural environmental risk factors," *Images Paediatr Cardiol*, 8, pp10-14.
3. Bonnet D Cotri A, et al, (1999), "Detection of Transposition of the Great Arteries in Fetuses Reduces Neonatal Morbidity and Mortality," *Circulation*, 99, pp916-918.
4. Jouannic JM Gavard L, et al, (2004), "Sensitivity and Specificity of Prenatal Features of Physiological Shunts to Predict Neonatal Clinical Status in Transposition of the Great Arteries," *Circulation*, 110, pp1743-1746.
5. Maeno YV Kamenir SA, et al, (1999), "Prenatal Features of Ductus Arteriosus Constriction and Restrictive Foramen Ovale in d-Transposition of the Great Arteries," *Circulation*, 99, pp1209-1214.
6. Martins P Castela E, (2008), "Transposition of the great arteries," *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 3, pp27-37.
7. Salih C Brizard Christian et al (2010), "Transposition", *Pediatric Cardiology*, Churchill Livingstone, 3rd ed, pp 794-817.
8. Sarris GE Chatzis AC, et al, (2006), "The arterial switch operation in Europe for transposition of the great arteries: A multi-institutional study from the European Congenital Heart Surgeons Association," *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 132(3), pp633-639.
9. Soongswang J Adatia I, et al, (1998), "Mortality in Potential Arterial Switch Candidates With Transposition of the Great Arteries," *J Am Coll Cardiol*, 32(3), pp753-757.
10. Turon-Vinas A Riverola-de Veciana A, et al, (2014), "Characteristics and Outcomes of Transposition of Great Arteries in the Neonatal Period," *Rev Esp Cardiol*, 67(2), pp114-119.
11. Wernovsky G (2013), "Transposition of the great arteries", *Moss and Adam's Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents: Including the Fetus and Young Adults*, Lippincott Williams & Wilkins, 8th ed, pp 1098-1147.