

3. **Hoàng Phương V, Việt Đức T.** Khảo sát thay đổi một số chỉ số huyết động trong mô ở bệnh nhân phẫu thuật tiêu hoá lớn được truyền dịch theo đích dưới hướng dẫn của ESCCO. Tạp chí Y học Việt Nam. 06/23 2022;515(2):doi:10.51298/vmj.v515i2.2744
4. **Czajka S, Putowski Z, Krzych ŁJ.** Post-induction hypotension and intraoperative hypotension as potential separate risk factors for the adverse outcome: a cohort study. Journal of Anesthesia. 2023;1-9.
5. **Nega MH, Ahmed SA, Tawuye HY, Mustofa SY.** Incidence and factors associated with post-induction hypotension among adult surgical patients: Prospective follow-up study. International Journal of Surgery Open. 2022; 49:100565.
6. **Nguyễn TTH, Nguyễn HT, Tạ MH, Vũ VT.** Nghiên cứu khởi mê ở người cao tuổi bằng katemine tĩnh mạch phối hợp với TCI propofol. Tạp chí Y học Việt Nam. 09/25 2023; 530 (1B):doi:10.51298/vmj.v530i1B.6672
7. **Zhao B, Chen X, Chen Q, et al.** Intraoperative Hypotension and Related Risk Factors for Postoperative Mortality After Noncardiac Surgery in Elderly Patients: A Retrospective Analysis Report. Clinical Interventions in Aging. 2021; 1757-1767.
8. **Feldheiser A, Aziz O, Baldini G, et al.** Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 2: consensus statement for anaesthesia practice. Acta Anaesthesiol Scand. Mar 2016;60(3):289-334. doi:10.1111/aas.12651
9. **Musallam KM, Tamim HM, Richards T, et al.** Preoperative anaemia and postoperative outcomes in non-cardiac surgery: a retrospective cohort study. Lancet. Oct 15 2011;378 (9800): 1396-407. doi:10.1016/s0140-6736(11) 61381-0
10. **Abouelalaa K, Bensghir M, Doghmi N, et al.** Risk Factors for Hypotension after Anaesthesia Induction and Early Intraoperative Hypotension. Journal of Advances in Medicine and Medical Research. 2022;34(22):185-196.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT FONTAN KIỂU NGOÀI TIM TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2017 – 2022

Phạm Tân Thành¹, Nguyễn Sinh Hiền¹,
Vũ Ngọc Tú², Phạm Ngọc Toàn³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật Fontan tại Bệnh viện tim Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 80 bệnh nhân nhi được chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh dạng một tâm thất và được phẫu thuật Fontan. **Kết quả:** Thời gian thở máy sau phẫu thuật trung bình là 87,3 giờ, trong khi độ bão hòa oxy trung bình sau mổ là 89,47%. Về biến chứng, suy thận cấp chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,5%, tiếp theo là chảy máu với 16,25% và tràn dịch ổ bụng với 15,0%. Ngoài ra, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình được ghi nhận là 166,81 phút, và thời gian kẹp động mạch chủ trung bình trên 45 bệnh nhân là 60,73 phút, với thời gian kẹp ngắn nhất là 10 phút. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi bệnh nhân khi phẫu thuật Fontan ảnh hưởng đáng kể đến kết quả, với bệnh nhân lớn tuổi gặp nhiều rủi ro hơn. Các biến chứng như suy thận cấp, chảy máu, viêm xương ức và tai biến mạch não vẫn là thách thức lớn sau phẫu thuật

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF EXTRACARDIAC

¹Bệnh viện Tim Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

FONTAN SURGERY AT HANOI HEART HOSPITAL PERIOD OF 2017 - 2022

Objective: To assess the outcomes of Fontan surgery performed at Hanoi Heart Hospital. **Methods:** This retrospective study involved 80 pediatric patients diagnosed with single-ventricle congenital heart disease who underwent Fontan procedures. **Results:** The average duration of postoperative mechanical ventilation was 87.3 hours, and the mean oxygen saturation after surgery was 89.47%. Among the observed complications, acute kidney injury was the most prevalent at 37.5%, followed by bleeding at 16.25%, and chylothorax at 15.0%. The average cardiopulmonary bypass time was 166.81 minutes, while the mean aortic cross-clamp time among 45 patients was 60.73 minutes, with the shortest recorded time being 10 minutes. **Conclusion:** The findings highlight that the age of patients at the time of Fontan surgery plays a crucial role in outcomes, with older patients being at higher risk. Postoperative complications such as acute kidney injury, bleeding, mediastinitis, and cerebrovascular events continue to present significant challenges in the postoperative period. **Keywords:** Fontan surgery, Surgical outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tim bẩm sinh phức tạp dạng một tâm thất được mô tả là nhóm bệnh tim bẩm sinh có thể có một hoặc hai tâm thất song chỉ có một tâm thất đủ kích thước và chức năng bơm máu đến các cơ quan của cơ thể như các bệnh: Thiếu sản van ba lá, hội chứng thiếu sản tim trái, teo động

mạch phổi không có thông liên thất. Kể từ khi phẫu thuật Fontan được áp dụng cho nhóm bệnh này đã có rất nhiều các thay đổi về kỹ thuật thực hiện miệng nối đưa máu từ tĩnh mạch chủ dưới lên động mạch phổi nhằm giảm tỷ lệ tử vong cũng như các biến chứng sau mổ [1].

Tại Việt Nam, ngày càng có nhiều trẻ em được chẩn đoán mắc tim bẩm sinh dạng một tâm thất, trong đó phần lớn được thực hiện phẫu thuật Glenn hai hướng (phẫu thuật thì một). Một số bệnh viện đã áp dụng phương pháp phẫu thuật Fontan và đạt được những kết quả khả quan bước đầu. Tại Bệnh viện Tim Hà Nội, phẫu thuật Fontan đã được thực hiện từ năm 2004 và hiện đang là phương pháp điều trị cho các trường hợp tim một thất không đủ điều kiện sửa thành hai thất chức năng. Dù đã có một số lượng lớn bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp này, vẫn chưa có báo cáo đầy đủ nào được công bố. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật Fontan kiểu ngoài tim tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm tất cả các bệnh nhân nhân được chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh dạng một tâm thất và được phẫu thuật Fontan với ống nối ngoài tim tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 8/2017 đến tháng 12/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán tim bẩm sinh phức tạp dạng một tâm thất đã được phẫu thuật Glenn hai hướng (thì một) và phẫu thuật Fontan (thì hai) tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

- Đầy đủ hồ sơ bệnh án và hồ sơ bệnh án phải đáp ứng được yêu cầu của nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đã thực hiện các phẫu thuật khác trước phẫu thuật Glenn, Fontan.

- Đã thực hiện phẫu thuật Glenn ở các bệnh viện khác trước khi đến Bệnh viện Tim Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu nhận toàn bộ tất cả các bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn để tham gia vào nghiên cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu. Các chỉ số thu thập trong mổ

- Thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo (phút).

- Thời gian cạo ĐMC (phút).

- Mở cửa sổ

- Phẫu thuật kèm theo:

+ Sửa van nhĩ thất

+ Mở rộng nhánh ĐMP

- Loại ống ghép: (Dacron, Goretex)

- Cỡ ống

- ALĐMP trung bình sau mổ (mmHg)

- Để hở xương ức

Các chỉ số nghiên cứu sau mổ

- Thời gian thở máy (giờ)

- SpO2 khi xuất viện

- Hở van nhĩ thất \geq trung bình

- NYHA

- Biến chứng sớm:

+ Viêm phổi

+ Nhiễm khuẩn huyết

+ Rối loạn nhịp

+ Hội chứng cung lượng tim thấp

+ Suy thận cần thẩm phân phúc mạc

+ Suy gan

+ Trần dịch dưỡng trấp

+ Tai biến mạch não

+ Liệt cơ hoành

- Mổ lại

- Tử vong sớm

- Thất bại sớm

2.4. Thu thập số liệu

2.4.1. Công cụ thu thập số liệu

- Mẫu phiếu thu thập số liệu dành riêng cho nghiên cứu

- Bệnh án của các đối tượng tham gia nghiên cứu.

2.4.2. Quy trình thực hiện nghiên cứu

- Lựa chọn bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu theo tiêu chuẩn đã định.

- thu thập và hoàn thành các thông tin nghiên cứu từ bệnh án bệnh nhân vào mẫu phiếu thu thập số liệu. Thu thập số liệu theo bệnh án của nhóm tiến cứu theo mẫu thống nhất giống nhóm hồi cứu.

- Tất cả bệnh nhân được khám lại sau phẫu thuật Fontan theo quy trình thống nhất.

2.5. Xử lý số liệu

- Các phiếu nghiên cứu đã thu thập được rà soát kỹ từng biến trước khi nhập liệu, các thông tin thiếu sót được bổ sung đầy đủ.

- Chúng tôi sử dụng phần mềm nhập và quản lý số liệu Epidata 3.1.

- Sau đó, số liệu được làm sạch, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành được Hội đồng khoa học chăm đề cương bác sỹ chuyên khoa 2 của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

- Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những BN hoặc gia đình BN tự nguyện tham gia.

- Những thông tin về người bệnh hoàn toàn được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu chẩn đoán, điều trị và nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu, có tổng số 80 trường hợp đáp ứng đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi nhóm nghiên cứu (n=80)

Đặc điểm	Trung bình (SD)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Tuổi (năm)	9,5 (7,43)	3	18
≥ 4 tuổi	83,7%		
< 4 tuổi	16,3%		

Nhận xét: Kết quả cho thấy tuổi trung bình của trẻ là 9,5 tuổi. trong nghiên cứu, nhóm > 4 tuổi chiếm đa số với tỉ lệ 83,7%.

3.2. Đặc điểm trong mổ

Bảng 3.2. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể và kẹp động mạch chủ của bệnh nhân

	Trung bình (SD)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)	166,81 (58,7) (n=80)	60	250
Thời gian kẹp động mạch chủ (phút)	60,73 (23,12) (N=45)	10	88

Nhận xét: Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình là 166,81 (58,7) phút. Thời gian kẹp động mạch chủ trung bình chúng tôi tiến hành trên 45 BN là 60,73 (23,12) phút; thời gian kẹp nhỏ nhất là 10

3.3. Kết quả sau mổ

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và tử vong (n=80)

Thời gian		Tử vong		p
		Không	Có	
Nhóm tuổi	< 4 tuổi	10 (55,8%)	3 (66,7%)	0,01
	≥ 4 tuổi	66 (44,2%)	1 (33,3%)	
Tổng		76 (100%)	4 (100%)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa nhóm tuổi phẫu thuật và tử vong, với p = 0,01.

Bảng 3.4. Thời gian thở máy sau mổ và SpO₂ sau mổ của bệnh nhân (n=80)

Chỉ số	Trung bình (SD)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Thời gian thở máy sau mổ (giờ)	87,3 (59,45)	9	199
Bão hoà oxy sau mổ (%)	89,15 (4,73)	80	98

Nhận xét: Thời gian thở máy sau mổ trung

bình là 87,3 giờ. Độ bão hoà oxy sau mổ trung bình là 89,47 %.

Bảng 3.5. So sánh bão hoà oxy trước mổ trước và sau mổ (n=80)

Chỉ số	Trung bình (SD)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	p
Bão hoà oxy trước mổ (%)	87,79 (4,37)	78	96	0,001
Bão hoà oxy sau mổ (%)	89,15 (4,73)	80	98	

Nhận xét: Có sự cải thiện nồng độ hoà SpO₂ trước và sau mổ

Bảng 3.6. Các biến chứng khác (n=80)

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Chảy máu phải mổ lại	6	7,5
Tràn dịch màng tim, chèn ép tim cấp	1	1,3
Suy thận cấp	30	37,5
Tai biến mạch não	1	1,3
Viêm xương ức	1	1,3
Loạn nhịp	1	1,3
Viêm phổi	7	8,75
Liệt hoành	7	8,75
Tràn dịch dưỡng chất	12	15,0
Nhiễm trùng vết mổ	13	16,25

Nhận xét: Thời gian thở máy sau phẫu thuật trung bình là 87,3 giờ, trong khi độ bão hoà oxy trung bình sau mổ là 89,47%. Về biến chứng, suy thận cấp chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,5%, tiếp theo là chảy máu với 16,25% và tràn dịch dưỡng chất với 15,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của trẻ là 9,5 tuổi. trong nghiên cứu, nhóm > 4 tuổi chiếm đa số với tỉ lệ 83,7%. Khi so sánh với các báo cáo trước đây, không có sự chênh lệch đáng kể về độ tuổi trung bình giữa các nghiên cứu khác nhau trong các giai đoạn khác nhau của phẫu thuật Fontan. Nghiên cứu của Kamata M (2017) trên 221 bệnh nhân trong khoảng thời gian 15 năm ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 6 tuổi, trong đó bệnh nhân nhỏ nhất là 1 tuổi. Trong khi đó, nghiên cứu của Goeddel LA (2020) cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 2,3 tuổi, với bệnh nhân nhỏ nhất cũng là 1 tuổi. Báo cáo gần đây của Trusty PM (2020) ghi nhận tuổi trung bình tương ứng là 3 tuổi và 4,2 tuổi^{1,2,3}.

4.2. Đặc điểm trong phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình là 166,81 phút (độ lệch chuẩn 58,7 phút). Thời gian kẹp động mạch chủ

trung bình trên 45 bệnh nhân là 60,73 phút (độ lệch chuẩn 23,12 phút), với thời gian cấp ngắn nhất là 10 phút. Sau phẫu thuật, thời gian thở máy trung bình được ghi nhận là 87,3 giờ, trong khi độ bão hòa oxy trung bình sau mổ đạt 89,47%, cho thấy có sự cải thiện đáng kể về nồng độ SpO₂ so với trước phẫu thuật.

Khi so sánh với các nghiên cứu khác, thời gian thở máy trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn. Cụ thể, nghiên cứu của Redington Andrew báo cáo thời gian thở máy trung bình là 15,1 giờ, nghiên cứu của Nayak S dao động từ 4-36 giờ, với trung bình 8 giờ, và nghiên cứu của S. Ocello là 28,9 giờ (dao động từ 8,7-78,5 giờ)^{3,4,5}.

Nguyên nhân thời gian thở máy trong nghiên cứu của chúng tôi kéo dài hơn có thể đến từ những hạn chế về điều kiện cơ sở vật chất và trình độ hồi sức tại đơn vị thực hiện. Những yếu tố này có thể ảnh hưởng đến hiệu quả hồi sức và làm tăng nhu cầu hỗ trợ thở máy sau mổ. Do đó, việc cải thiện hệ thống trang thiết bị y tế cũng như nâng cao năng lực chuyên môn trong hồi sức hậu phẫu sẽ là giải pháp quan trọng để rút ngắn thời gian thở máy, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và phục hồi cho bệnh nhân.

4.3. Kết quả sau mổ. Sau phẫu thuật, trong số các bệnh nhân được theo dõi, có 4 trường hợp tử vong, tương đương với tỷ lệ 5,0%. Phân tích dữ liệu đã chỉ ra sự liên quan rõ rệt giữa nhóm tuổi phẫu thuật và tỷ lệ tử vong, với giá trị p là 0,01. Điều này cho thấy rằng độ tuổi của bệnh nhân khi thực hiện phẫu thuật là một yếu tố quan trọng có thể ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng thành công và an toàn của ca phẫu thuật.

Theo nghiên cứu của Ravishankar C, tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân được khảo sát là 94%^[6]. Đáng chú ý, ở một nghiên cứu khác của cùng tác giả, tỷ lệ sống sót đạt mức tuyệt đối 100%, tạo nên một sự khác biệt cần làm rõ thêm. Trong khi đó, nghiên cứu của Dahlqvist J.A. ghi nhận tỷ lệ sống sót là 97% trên 305 bệnh nhân. Đặc biệt, từ năm 1990 trở đi, tỷ lệ sống sót đã cải thiện đáng kể nhờ những tiến bộ trong chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh, kỹ thuật gây mê hồi sức hiện đại và sự phát triển của các phương pháp phẫu thuật, đặc biệt là phương pháp Fontan^{[7][8]}. Kỹ thuật sử dụng ống nối ngoài tim cũng đóng góp quan trọng vào việc nâng cao kết quả điều trị. Phân tích số liệu cho thấy, trong 6 ca tử vong sau phẫu thuật, có mối liên hệ đáng kể giữa độ tuổi khi phẫu thuật và tỷ lệ tử vong ($p = 0,01$), nhấn mạnh rằng độ tuổi là yếu tố cần lưu ý trong lập kế hoạch điều trị. Bệnh nhân lớn tuổi hơn thường đối diện với

nhều rủi ro hơn trong phẫu thuật và giai đoạn phục hồi. Tuy nhiên, một số trường hợp trong nghiên cứu cho thấy nhóm ít tuổi hơn (dưới 48 tháng) có tỷ lệ tử vong cao hơn, cho thấy cần có thêm phân tích và giải thích.

Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận 6 bệnh nhân bị chảy máu sau mổ và phải phẫu thuật lại để cầm máu. Suy thận cấp là biến chứng phổ biến nhất (37,5%), và tất cả bệnh nhân đều được điều trị bằng thẩm phân phúc mạc và lọc màng bụng. Khi so sánh suy thận cấp giữa các thể bệnh, không có sự khác biệt rõ rệt; tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân có áp lực động mạch phổi (ĐMP) >15 mmHg, tỷ lệ suy thận cấp cao hơn đáng kể so với nhóm có áp lực ĐMP ≤15 mmHg. Tình trạng tăng áp lực ĐMP có thể do sức cản mao mạch phổi gia tăng, dẫn đến giảm máu về tĩnh mạch phổi, và làm tăng áp lực trong tĩnh mạch hệ thống, gây hội chứng giảm cung lượng tim và thiếu máu thận, dẫn đến suy thận cấp. Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng tỷ lệ tử vong do suy thận cấp sau phẫu thuật tim ở trẻ em, đặc biệt trong các trường hợp bệnh tim bẩm sinh phức tạp, có thể dao động từ 30% đến 79%^{[7][8]}.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhiễm trùng vết mổ là một trong những biến chứng phổ biến sau phẫu thuật Fontan, với tỷ lệ 16,25%. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết phải theo dõi và quản lý chặt chẽ để ngăn ngừa và xử lý kịp thời các trường hợp nhiễm trùng, giúp cải thiện quá trình hồi phục của bệnh nhân. Bên cạnh đó, tràn dịch dưỡng chất, với tỷ lệ xảy ra là 15,0%, cũng là một biến chứng đáng chú ý. Tràn dịch dưỡng chất thường dẫn đến tích tụ dịch giàu dưỡng chất trong khoang màng phổi, gây ảnh hưởng đến khả năng hồi phục và kéo dài thời gian điều trị.^{6,7,8}

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi bệnh nhân khi phẫu thuật Fontan ảnh hưởng đáng kể đến kết quả, với bệnh nhân lớn tuổi gặp nhiều rủi ro hơn. Các biến chứng như suy thận cấp, chảy máu, viêm xương ức và tai biến mạch não vẫn là thách thức lớn sau phẫu thuật. Dù các kỹ thuật phẫu thuật hiện đại, đặc biệt là ống nối ngoài tim, đã cải thiện tỷ lệ sống sót, nhưng cần nâng cao năng lực hồi sức để giảm biến chứng và thời gian thở máy kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kamata M., Stiver C, Naguib A, et al. A Retrospective Analysis of the Influence of Ventricular Morphology on the Perioperative Outcomes After Fontan Surgery. Journal of

- Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. 2017; 31 (1):128-133.
2. **Goeddel LA, Jung YH, Patel P, et al.** Analysis of the 2018 American Heart Association/American College of Cardiology Guidelines for the Management of Adults With Congenital Heart Disease: Implications for the Cardiovascular Anesthesiologist. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. 2020;34(5):1348-1365.
 3. **Trusty PM, Wei Z, Sales M, et al.** Y-graft modification to the Fontan procedure: Increasingly balanced flow over time. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2020; 159(2):652-661.
 4. **Redington Andrew.** The physiology of the Fontan circulation. *Progress in Pediatric Cardiology*. 2006;22(2):179-186.
 5. **Nayak S, Booker, P.D.** The Fontan circulation. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. 2008;8(1):26-30.
 6. **Ravishankar C, Gerstenberger E, Sleeper LA, et al.** Factors affecting Fontan length of stay: Results from the Single Ventricle Reconstruction trial. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2016;151(3):669-675.
 7. **Dahlqvist J A, Wiklund, U, Karlsson M, et al.** Sinus node dysfunction in patients with Fontan circulation: could heart rate variability be a predictor for pacemaker implantation? *Pediatric Cardiology*. 2019;40(4):685-693.
 8. **Kotani Y, Chetan D, Zhu J, et al.** Fontan Failure and Death in Contemporary Fontan Circulation: Analysis From the Last Two Decades. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2018; 105(4):1240- 1247

VỠ TRỰC TRÀNG TỰ PHÁT TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT TRỰC TRÀNG ĐƠN ĐỘC DO SA TRỰC TRÀNG TOÀN THÀNH: BÁO CÁO 01 TRƯỜNG HỢP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Nguyễn Trung Tín¹, Ngô Thế Vinh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loét đơn độc là bệnh lý thường gặp trên bệnh nhân lồng trực tràng ống hậu môn hay sa trực tràng toàn thành. Một trong các biến chứng cấp cứu có thể xảy ra là vỡ hay thủng trực tràng tự phát do vết loét đơn độc ở mặt trước trực tràng. **Trường hợp lâm sàng:** Trong nội dung bài báo này chúng tôi mô tả một trường hợp cấp cứu ít gặp là viêm phúc mạc chậu do thủng trực tràng tự phát sau phẫu thuật nâng sàn chậu và cắt đoạn niêm mạc trực tràng sa bằng máy khâu bấm. Phẫu thuật điều trị bao gồm phẫu thuật nội soi rửa bụng và đưa hồi tràng ra da, kết hợp với phẫu thuật Altemeier cắt đoạn trực tràng sa qua ngã hậu môn. Bệnh nhân được phục hồi lưu thông ruột 8 tuần sau mổ cho kết quả tốt. **Kết luận:** Trong phẫu thuật Altemeier nhằm điều trị sa trực tràng toàn thành kết hợp với phẫu thuật điều trị sa sàn chậu và đáy chậu, nên tiến hành phẫu thuật Altemeier trước khi tiến hành phẫu thuật đặt dải lưới nhân tạo nâng sàn đáy chậu. Mục đích nhằm để trực tràng vẫn còn di động khi tiến hành phẫu thuật, di động và cắt đoạn trực tràng. **Từ khóa:** Lồng trực tràng, Sa trực tràng, Thủng trực tràng, Loét đơn độc trực tràng, Đưa hồi tràng ra da.

SUMMARY

SPONTANEOUS COLON PERFORATION IN A

¹Đại học Y Dược TPHCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thế Vinh

Email: vinh.nt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

PATIENT WITH SOLITARY RECTAL ULCERATION DUE TO TOTAL RECTAL PROLAPSE: REPORT OF 01 CASE AND LITERATURE REVIEW

Background: Isolated ulceration is a common disease in patients with rectal intussusception or total rectal prolapse. One of the emergency complications that can occur is spontaneous rectal perforation due to a solitary ulcer on the anterior wall of the rectum. **Clinical case:** In this report, we describe a rare emergency case of pelvic peritonitis due to spontaneous rectal perforation after pelvic floor lift surgery and resection of the prolapsed rectal mucosa with a stapler. Surgical treatment includes laparoscopic abdominal lavage and ileostomy combined with Altemeier surgery to resect the prolapsed rectal mass through the anal canal. The patient was reversed the ileostomy 8 weeks after the operation with the good results. **Conclusions:** In the Altemeier operation for total rectal prolapse combined with surgery for lifting pelvic floor and perineum prolapse, the Altemeier operation should be performed before the surgery to place a sling of mesh. The purpose is to keep the rectum mobile during rectal dissection, mobilization and resection. **Keywords:** Rectal intussusception, Rectal prolapse, Rectal perforation, Solitary rectal ulcer, Ileostomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng trực tràng tự phát trong loét trực tràng đơn độc trên bệnh nhân lồng trực tràng hay sa trực tràng không thường gặp. Thủng trực tràng trong những trường hợp như vậy thường là do sa trực tràng tiềm ẩn hay trực tràng sa ra ngoài hậu môn lâu ngày, gây táo bón, thiếu máu niêm mạc và thành trực tràng. Thủng trực tràng