

hay nghiên cứu của Prine[7] cho thấy khu vực các nước Châu Á thường có xu hướng khác biệt này. Kết quả này có thể liên quan đến đặc điểm văn hóa và vai trò trong chăm sóc của các đối tượng NCS khác nhau. NCS là vợ/chồng thường có tuổi cao hơn, tuổi càng cao gánh nặng càng lớn. Mặt khác, họ cũng thường là người chăm sóc duy nhất và cần phải dành nhiều thời gian chăm sóc hơn so với nhóm còn lại. Đặc điểm văn hóa châu Á coi việc chăm sóc cha mẹ là nghĩa vụ, ngược lại so với các nước Âu - Mỹ, việc chăm sóc người già đối với con/cháu là gánh nặng lớn hơn. Tóm lại đối tượng dễ tổn thương trong số những người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer là bạn đời, cao tuổi, là người chăm sóc duy nhất và người bệnh Alzheimer ở giai đoạn vừa và nặng với các triệu chứng BPSD. Để làm giảm gánh nặng cho NCS và nâng cao hiệu quả chăm sóc người bệnh, cần định hướng hỗ trợ cho nhóm đối tượng này hiểu rõ về các triệu chứng và tiến triển của bệnh Alzheimer, cách chăm sóc và đối phó tình huống, chia sẻ công việc và cần thiết phải xây dựng chương trình hỗ trợ giảm gánh nặng cho NCS song song với quản lý và điều trị bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Gánh nặng của NCS bệnh nhân Alzheimer theo thang điểm Zarit là 42,7 điểm, trên 80% trường hợp gánh nặng mức độ trung bình trở lên. Gánh nặng chăm sóc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với thời gian chăm sóc bệnh nhân/ngày; thời gian mắc bệnh; giai đoạn sa sút trí tuệ; sự xuất hiện triệu chứng các triệu chứng giảm nhận biết, giảm sự chú ý, giảm tư

duy, tính toán, giảm ngôn ngữ và hoạt động hàng ngày và các triệu chứng BPSD như hoang tưởng, mất ức chế, rối loạn vận động, rối loạn ăn uống và hành vi ban đêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2018). Dementia: a public health priority. World Health Organization.
2. Baumgarten M., Battista R.N., Infante-Rivard C. và cộng sự. (1992). The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *Journal of Clinical Epidemiology*, **45**(1), 61-70.
3. Nguyễn Bích Ngọc, Đỗ Thị Khánh Hỷ, Kim Bảo Giang và cộng sự. (2013). Đánh giá gánh nặng của người chăm sóc trong bệnh Alzheimer. *Tạp chí Y học dự phòng*, **5**(151), 88-94.
4. Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Trọng Hưng, và Phạm Thắng (2016). Gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn cuối và các yếu tố liên quan. *Tạp chí nghiên cứu y học*, **100**(2), 148-155.
5. Mohamed S., Rosenheck R., Lyketsos C.G. và cộng sự. (2010). Caregiver Burden in Alzheimer Disease: Cross-Sectional and Longitudinal Patient Correlates. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, **18**(10), 917-927.
6. Kamiya M., Sakurai T., Ogama N. và cộng sự. (2014). Factors associated with increased caregivers' burden in several cognitive stages of Alzheimer's disease: Caregivers' burden in Alzheimer's disease. *Geriatrics & Gerontology International*, **14**, 45-55.
7. Prince M., Brodaty H., Uwakwe R. và cộng sự. (2012). Strain and its correlates among carers of people with dementia in low-income and middle-income countries. A 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Int J Geriatr Psychiatry*, **27**(7), 670-682.
8. Park M., Sung M., Kim S.K. và cộng sự. (2015). Multidimensional determinants of family caregiver burden in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*, **27**(8), 1355-1364.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN CÓ NỘI SOI HỖ TRỢ, TIM ĐẬP ĐIỀU TRỊ THÔNG LIÊN NHĨ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phan Nhật Trung², Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm kỹ thuật của phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ và thông liên nhĩ qua đường mở ngực phải, tim đập và đánh giá kết quả áp dụng phẫu thuật này tại bệnh viện Hữu

nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân được phẫu thuật và thông liên nhĩ sử dụng phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ, qua đường mở ngực phải, tim đập tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 08/2017 đến 12/2020. Có 35 bệnh nhân nghiên cứu, nữ giới 26 (77,1%). Tuổi trung bình 41 ± 13 tuổi (16-64). **Kết quả:** Không có bệnh nhân tử vong sau mổ. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể 40 ± 14 phút (18-82), thời gian phẫu thuật 143 ± 22 phút (100-180). Thời gian thở máy $7,1 \pm 0,4$ giờ (1-48), thời gian nằm viện sau mổ 9 ± 3 ngày (6-15). Siêu âm sau mổ cho kết quả tốt, có 1 bệnh nhân còn shunt tồn lưu. Biến chứng: có 2

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2021

Ngày duyệt bài: 19.5.2021

bệnh nhân (5,7%) mổ lại do máu cục màng phổi, không có bệnh nhân tai biến mạch máu não, nhiễm trùng vết mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật phẫu thuật ít xâm lấn đóng thông liên nhĩ qua đường mở ngực phải, tim đập tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức cho hiệu quả cao, an toàn.

Từ khóa: Thông liên nhĩ, phẫu thuật tim ít xâm lấn, không ngừng tim.

SUMMARY

RESULTS OF BEATING HEART MINI-INVASIVE VIDEO-ASSISTED SURGERY FOR ATRIAL SEPTAL DEFECT CLOSING AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe surgical technique and evaluate results of mini-invasive video – assisted surgery for atrial septal defect closing on beating heart at Viet Duc university hospital. **Material and method:** This is a retrospective, descriptive study of consecutive adult patients, who underwent mini-invasive video – assisted surgery for atrial septal defect closing on beating heart at Cardiovascular and Thoracic center, Viet Duc University Hospital from 08/2017 to 12/2020. There were thirty-four patients, including in this study. Twenty-six (76,5%) patients were woman. The average age was 41±13 years (range 17-64). **Result:** There was no hospital dead. Bypass time was 40±14 minutes (range18-82), total operating time 143±22 (range100–180) minutes. Ventilation time was 7,1±0,4 (range1-48) hours, time of hospital stay was 9±3(range 6-15) days. Residual shunt was presented in one (2,9%). Two (5,7%) underwent reoperation, caused by blood closed in right pleural cavity. **Conclusion:** The use of mini-invasive video – assisted surgery for ventricular septal defect closing on beating heart in adults at Viet Duc university hospital was effective, safe and gave good results.

Key words: Ventricular septal defect, Mini invasive cardiac surgery, beating heart.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông liên nhĩ (TLN) là bệnh lý tim bẩm sinh hay gặp nhất, chiếm khoảng 2.845–3.305/1000 dân¹, diễn tiến bệnh âm thầm, không có biểu hiện rõ nên dễ bị bỏ sót, đây cũng là bệnh tim bẩm sinh gặp ở người lớn nhiều nhất. Ca phẫu thuật TLN thành công đầu tiên được thực hiện bởi F. John Lewis năm 1952 dưới hạ nhiệt độ². Sau đó hoàn thiện về kỹ thuật và thiết bị đã đưa phẫu thuật đóng TLN thành thường quy và an toàn. Giai đoạn tiếp theo là sự phát triển của tim mạch can thiệp, với ca bít TLN thành công đầu tiên thực hiện bởi King và Mills năm 1974. Kể từ đây sự phát triển và hoàn thiện của tim mạch can thiệp đã dẫn thay thế phẫu thuật kinh điển điều trị TLN khi giải phẫu phù hợp^{3,4}. Bên cạnh đó, phẫu thuật cũng có những tiến bộ với ứng dụng phẫu thuật ít xâm lấn, robot vào thực hành lâm sàng, giúp giảm nhẹ xoang chấn, nhanh hồi phục và thẩm mỹ. Phẫu thuật ít xâm lấn có nội

soi hỗ trợ điều trị TLN khi không có chỉ định can thiệp hoặc can thiệp thất bại đã được đề cập đến trong các nghiên cứu với kết quả khả quan^{4,6}. Tại Trung tâm Tim mạch và lồng ngực bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức phẫu thuật tim ít xâm lấn được thực hiện từ năm 2012 và phẫu thuật đóng thông liên nhĩ sử dụng phương pháp ít xâm lấn qua đường mở ngực phải, không ngừng tim từ 08/2017. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả kỹ thuật áp dụng và đánh giá kết quả thực hiện kỹ thuật này tại trung tâm chúng tôi giai đoạn từ 08/2-17 đến 12/2020.

Kỹ thuật vá thông liên nhĩ sử dụng phương pháp ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ, qua đường mở ngực phải, không ngừng tim tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức:

Gây mê: Gây mê như mổ tim hở thường quy với đặt theo dõi huyết động xâm lấn và đặt đường truyền trung tâm qua tĩnh mạch cảnh trong phải hoặc trái, đặt nội khí quản hai nòng để xẹp ngắt quãng phổi phải trong mổ.

Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, có gối đệm bên phải, nghiêng trái 30^o, tay dọc thân, 2 chân duỗi thẳng, dán chống rung ngoài vai phải và ngực trái.

Phẫu thuật: Mở ngực trước bên khoang liên sườn IV, khoảng 4-6 cm, khâu điện cực sẵn vào mép trên vết mổ, đặt banh mềm vết mổ. Xẹp phổi phải. Mở màng tim trên thần kinh hoành 2cm, khâu 01 mũi treo màng tim phía trên vết mổ và 03 mũi phía dưới, các mũi khâu treo phía dưới được luồn qua lỗ trocar khoang liên sườn IV, đường nách giữa, kéo và cố định bằng pank vào toan nhằm đưa tim gần đường mở ngực. Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể qua động mạch (ĐM) đùi, thường bên phải. Tĩnh mạch chủ dưới đặt qua tĩnh mạch đùi ngang mức đổ vào nhĩ phải. Camera được đặt khoang liên sườn IV đường nách giữa, bơm CO2 qua cổng trocar lưu lượng 0,5l/phút kết hợp hạ thấp đầu nhằm phòng tắc mạch do khí. Bắt đầu tuần hoàn ngoài cơ thể, duy trì áp lực động mạch trung bình 60-80 mmHg, duy trì thông khí phổi trái. Phẫu tích và đặt dây thắt tĩnh mạch chủ trên. Khâu treo và mở nhĩ phải. Tĩnh mạch chủ trên được hút qua một đường riêng qua vết mổ ngực, xiết dây thắt tĩnh mạch chủ trên. Khâu treo các mép đường mổ nhĩ phải, điều chỉnh áp lực hút tĩnh mạch bộc lộ lỗ thông, điều chỉnh camera vào phẫu trường. Đóng lỗ thông bằng khâu trực tiếp hay miếng vá nhân tạo như thường quy, nối khí nhĩ trái bằng bóp bóp phổi trái và làm đầy tim một phần. Sửa van ba lá nếu cần. Đóng nhĩ phải bằng chỉ

prolen 5-0, rút bỏ ống hút tĩnh mạch chủ trên và làm đầy tim, đuổi khí nhĩ phải. Khâu điện cực, phục hồi thông khí phổi phải, ngừng tuần hoàn ngoài cơ thể, trung hòa protamin, cầm máu. Đặt dẫn lưu khoang màng phổi qua lỗ trocar, dẫn lưu màng tim qua mép trên vết mổ, khâu đóng màng tim mũi rời. Cầm máu, đóng vết mổ ngực và bẹn phải, kết thúc cuộc mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân được phẫu thuật vá thông liên nhĩ sử dụng phương pháp ít xâm lấn, có nội soi hỗ trợ, qua đường mở ngực phải, tim đập tại Trung tâm Tim mạch và lồng ngực Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 08/2017 đến 12 /2020. Có 35 bệnh nhân nghiên cứu, nữ giới 27(71,1%). Tuổi trung bình 41±13 tuổi (17-64). Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật theo một quy trình thống nhất.

Các định nghĩa: Tử vong sớm là tử vong tại viện hoặc trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Phẫu thuật thành công khi TLN vá kín hoặc có lỗ shunt tồn lưu nhỏ xác định bằng siêu âm sau mổ. Các biến chứng lớn bao gồm: nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, phù phổi, chảy máu, mổ lại các nguyên nhân khác nhau, nhiễm trùng vết mổ, loạn nhịp cần xử lý bằng thuốc hoặc sốc điện. Các biến chứng nhỏ bao gồm: thiếu máu cần truyền máu, tràn dịch màng tim, tràn dịch màng phổi, tụ dịch vết mổ, nhiễm trùng đường hô hấp.

Xử lý số liệu

+ Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán Y học trên chương trình IBM SPSS Statistics 20.

+ Các thông số được tính toán qua tỷ lệ phần trăm, trị trung bình, độ lệch chuẩn.

+ Kết quả, biểu đồ, đồ thị được tính toán và vẽ tự động trên máy vi tính.

Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và đào tạo bác sỹ chuyên ngành.

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: Ngoài các cận lâm sàng cơ bản các bệnh nhân mổ ít xâm lấn được siêu âm động mạch và tĩnh mạch chủ chậu trước mổ, siêu âm tim qua thực quản đánh giá các gờ và kích thước lỗ thông, bệnh nhân trên 45 tuổi được chụp động mạch vành kiểm tra. Thông tim thực hiện khi áp lực động mạch phổi ≥ 80 mmHg. Khám lâm sàng hình dạng lồng ngực và hỏi tiền sử bệnh về lồng ngực như chấn thương, lao phổi, mổ cũ ở ngực phải... để

tiên lượng độ dính của phổi phải. Bệnh nhân được tư vấn lợi ích và các nguy cơ biến chứng có thể xảy ra khi thực hiện phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 34 bệnh nhân thỏa mãn nghiên cứu, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được trình bày bảng 1:

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		N=35	Tỉ lệ(%)
Tuổi trung bình (năm)		41±13 (17-64)	
Giới tính	Nam	18	22,9
	Nữ	27	77,1
Bệnh kèm theo	Cao huyết áp	2	5,7
	Đái tháo đường	0	0
Chỉ định mổ	Chỉ định mổ thì 1	33	94,3
	Can thiệp thất bại	2	5,7
Đặc điểm lỗ TLN	ĐK TLN (mm)	25,5±7,2	
	Lỗ thông lớn	9	25,7
	Nhiều lỗ TLN	3	8,6
	Gờ ngăn, yếu	21	60
	Có TM phổi lạc chỗ	2	5,7
Có hở van ba lá	Nhẹ	6	17,1
	Vừa	25	71,4
	Nặng	4	11,5

Bảng 2: Các biến số trong mổ

Chỉ số nghiên cứu		Số bệnh nhân (n=35)	Tỉ lệ (%)
Canuyn ĐM chủ	ĐM đùi phải	23	67,6
	ĐM đùi trái	11	32,4
	Cả 2: ĐM đùi	0	0
Sửa van ba lá		18	51,4
Sử dụng miếng vá nhân tạo		28	80
Khâu trực tiếp		7	20
Thời gian mổ (phút)		143±22 (100-180)	
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)		40±14 (18-82)	

Bảng 3: Các chỉ số sau mổ và tai biến biến chứng.

Chỉ số nghiên cứu	Số bệnh nhân (n=35)	Tỉ lệ (%)
Tỉ lệ tử vong 30 ngày	0	0
Tai biến mạch máu não	0	0
Chảy máu mổ lại cấp cứu	0	0
Truyền hồng cầu khối	2	5,7
Mổ lại do máu cục màng phổi	2	5,7

Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Thời gian thở máy (h)	7,1±0,4 (1-48)	
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	5,4±1,4 (3-7)	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	9,5±3,3 (6-15)	

Không có bệnh nhân tử vong sớm tại viện. Các bệnh nhân nghiên cứu cũng không gặp các tai biến, biến chứng như tai biến mạch máu não, phù phổi, chảy máu cần mổ lại cấp cứu. Có 02 bệnh mổ lại do máu cục màng phổi, do chảy máu thành ngực và tắc dẫn lưu. 1 bệnh nhân phải truyền máu sau mổ

Bảng 4: Kết quả siêu âm sau mổ sau mổ.

Các chỉ số nghiên cứu	N=35	Tỉ lệ (%)
Shunt tồn lưu	1	2,9
Hở van ba lá		
Không hở	1	2,9
Nhẹ	29	82,9
Vừa	5	14,2
Nặng	0	0

Tỉ lệ hở van ba lá giảm đáng kể, không có bệnh nhân hở van nặng, chỉ có 14,2% hở vừa. Có 01 bệnh nhân còn shunt tồn lưu nhỏ.

Bảng 5: Kết quả các chỉ số siêu âm tim trước và sau mổ

Các chỉ số	Trước mổ	Sau mổ	P value
Dd	40,3±5	43,1±5,5	0,00
Ds	25,2±3,8	25,8±4,8	0,31
EF	66,7±5,7	70,7±5,9	<0,01
Đường kính thất phải	34,9±7,1	26,7±4,6	0,00
Áp lực động mạch phổi	49,6±14,7	31,4±6	0,00

Kết quả siêu âm lại sau mổ cho thấy đường kính đồ đầy thất trái (tâm trương) tăng từ 40,3±5 mm lên 43,1±5,5 mm (p=0,00) và chức năng thất trái tăng có ý nghĩa thống kê từ 66,7±5,7% lên 70,7±5,9% (p=0,01). Đường kính thất phải và áp lực động mạch phổi đều giảm có ý nghĩa thống kê, trong đó áp lực động mạch phổi về giá trị bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị TLN bằng can thiệp hoặc ngoại khoa kinh điển đã là thường quy và cho tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp³. Khi lỗ thông không phù hợp cho can thiệp bít lỗ thông thì phẫu thuật đóng TLN là phương pháp lựa chọn^{3,4}. Đã có nhiều tác giả thông báo các kỹ thuật ít xâm lấn khác nhau điều trị bệnh lý này^{5,7,8}. Kỹ thuật của chúng tôi có các ưu điểm sau: 1. Không đặt tĩnh mạch chủ trên qua đường tĩnh mạch cảnh trong, mà đặt qua đường mở ngực và mở nhĩ phải, bằng cách

này tránh nguy cơ biến chứng khi đặt ống tĩnh mạch chủ trên, giảm thời gian chuẩn bị, giảm sẹo sau mổ. 2. Không ngừng tim, giúp tránh nguy cơ thiếu máu cơ tim, giảm thời gian chạy tim phổi máy và giảm thời gian mổ. 3. Mở đường ngực phải trước bên 4-6cm và sử dụng nội soi hỗ trợ thay vì nội soi toàn bộ qua các lỗ trocar. Trên thực tế việc đặt 4 trocar tạo 4 sẹo trên thành ngực đặc biệt cần 01 trocar lớn để thao tác kéo chỉ, nên thẩm mỹ sau mổ không tốt hơn, không đỡ đau hơn, trong khi mổ phức tạp hơn, thời gian mổ kéo dài và thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể kéo dài hơn nhiều. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể, thời gian mổ của chúng tôi là 40 ± 14 phút và 143±22 phút, so sánh với Đặng Quang Huy và cộng sự là 125 ± 24.9 phút và 143±22 phút ở nhóm đã thành thạo về kỹ thuật⁵, Nishida và cộng sự năm 2017 là 103.8±17.4 phút và 184.0±37.2 phút. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể, thời gian mổ càng dài càng gây nguy cơ thuyên tắc mạch do khí, nguy cơ rối loạn toan kiềm, rối loạn chức năng phổi sau mổ và các biến chứng khác. Thời gian mổ cũng ngắn hơn đáng kể. Những bệnh nhân của chúng tôi mổ từ năm 2020 đều được rút nội khí quản ngay trên bàn mổ sau đó mới chuyển về hồi sức.

Chỉ định phẫu thuật TLN bao gồm: Can thiệp thất bít TLN thất bại, lỗ thông lớn, không có gờ hoặc gờ yếu^{3,4}, một số tác giả chỉ định khi có hở van ba lá nặng kèm theo, tuy nhiên các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân TLN hở ba lá nặng, sau can thiệp bít dù độ hở van giảm và hở van ba lá vừa, nặng không phải là chống chỉ định cho can thiệp bít TLN^{6,9}. Sau can thiệp mức độ hở van ba lá giảm đáng kể, do nguyên nhân gây giãn thất phải và vòng van ba lá được khắc phục. Chính vì lý do này nên chúng tôi lựa chọn kỹ thuật De Vega cải tiến sửa van ba lá ở những bệnh nhân hở vừa đến nhiều, hở nhiều (độ 3, 4), có 18 ca sửa van ba lá, chiếm 51,4%. Trước mổ chúng tôi có tỉ lệ hở van ba lá vừa và nặng lần lượt là 71,4 % và 11,5%, ngay sau mổ tỉ lệ này lần lượt là 14,2% và 0%.

Biến chứng sau mổ của phẫu thuật đóng thông liên nhĩ nhìn chung là thấp so với các phẫu thuật tim khác. Trong nhóm của chúng tôi có 2 bệnh nhân chảy máu từ thành ngực cần mổ lại làm sạch, nguyên nhân là do các phẫu thuật viên trẻ ít kinh nghiệm khi mổ qua đường ngực, có 01 bệnh nhân phải truyền máu, 01 bệnh nhân có shunt tồn dư nhỏ sau mổ và tự đóng sau 2 tháng, không có các biến chứng khác, tương tự các tác giả khác trong và ngoài nước^{5,8}.

V. KẾT LUẬN

Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được cho thấy: Phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ, tim đập để đóng thông liên nhĩ qua đường mở ngực phải tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đảm bảo an toàn, hiệu quả và kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu Y, Chen S, Zühlke L, et al. Global birth prevalence of congenital heart defects 1970-2017: updated systematic review and meta-analysis of 260 studies. *Int J Epidemiol.* 2019;48(2):455-463. doi:10.1093/ije/dyz009
2. Nathan M. Do the benefits outweigh the risks? A review of the history of atrial septal defect repairs and device closures. :2.
3. Baumgartner H, De Backer J, Babu-Narayan SV, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. *Eur Heart J.* 2021;42(6):563-645. doi:10.1093/eurheartj/ehaa554
4. Ooi YK, Kelleman M, Ehrlich A, et al. Transcatheter Versus Surgical Closure of Atrial Septal Defects in Children. *JACC Cardiovasc Interv.* 2016;9(1):79-86. doi:10.1016/j.jcin.2015.09.028
5. Dang Q-H, Le N-T, Nguyen C-H, et al. Totally Endoscopic Cardiac Surgery for Atrial Septal Defect Repair on Beating Heart Without Robotic Assistance in 25 Patients. *Innov Phila Pa.* 2017;12(6):446-452. doi:10.1097/IMI.0000000000000436
6. Kodaira M, Kawamura A, Okamoto K, et al. Comparison of Clinical Outcomes After Transcatheter vs. Minimally Invasive Cardiac Surgery Closure for Atrial Septal Defect. *Circ J.* 2017;81(4):543-551. doi:10.1253/circj.CJ-16-0904
7. Mylonas KS, Ziogas IA, Evangelidou A, et al. Minimally Invasive Surgery vs Device Closure for Atrial Septal Defects: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatr Cardiol.* 2020;41(5):853-861. doi:10.1007/s00246-020-02341-y
8. Ma Z-S, Dong M-F, Yin Q-Y, Feng Z-Y, Wang L-X. Totally thoracoscopic closure for atrial septal defect on perfused beating hearts. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2012;41(6):1316-1319. doi:10.1093/ejcts/ezr193
9. Nassif M, van der Kley F, Abdelghani M, et al. Predictors of residual tricuspid regurgitation after percutaneous closure of atrial septal defect. *Eur Heart J - Cardiovasc Imaging.* 2019;20(2):225-232. doi:10.1093/ehjci/jey080

TÁC ĐỘNG CỦA ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH RĂNG LÊN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN ĐẾN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Thu Trang*, Trần Thu Thủy**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác động của tình trạng mất răng lên chất lượng cuộc sống. Đánh giá hiệu quả của điều trị phục hình răng lên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau 1 tháng điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả theo dõi trước sau, thực hiện trên đối tượng mất răng có chỉ định điều trị phục hình cố định hoặc phục hình tháo lắp bán phần tại khoa Phục hình bệnh viện Răng Hàm Mặt Tp. Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 8/2020 đến tháng 2/2021. Bộ câu hỏi OHIP-14 được dùng để khảo sát chất lượng cuộc sống liên quan đến tình trạng sức khỏe răng miệng của bệnh nhân trước điều trị và 1 tháng sau điều trị phục hình răng qua phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu gồm 79 đối tượng (52 nữ, 27 nam) có độ tuổi trung bình là $47,5 \pm 11,9$ (24 – 74 tuổi). Có 56 người (70,9%) đã từng mang hàm giả, thời gian mất

răng trung bình là 106,4 tháng, thời gian mang hàm giả trung bình là 88,5 tháng. Điểm trung bình OHIP-14 trước điều trị là $18,1 \pm 10,8$ và sau phục hình 1 tháng là $9,6 \pm 7,4$. Chất lượng cuộc sống được cải thiện đáng kể sau 1 tháng điều trị phục hình ($p < 0,001$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự cải thiện chất lượng cuộc sống sau điều trị phục hình cố định hoặc/và phục hình tháo lắp bán phần 1 tháng.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, OHIP-14, phục hình cố định, phục hình tháo lắp bán phần.

SUMMARY

THE IMPACT OF ORAL HEALTH ON QUALITY OF LIFE IN PARTIALLY EDENTULOUS PATIENTS BEFORE AND AFTER PROSTHODONTIC REHABILITATIONS OF THE ODONTO-MAXILLO FACIAL HOSPITAL HO CHI MINH CITY

Objectives: Changes in oral health-related quality of life (OHRQoL) for partially edentulous patients treatment at the department of Prosthodontic of the Odonto-Maxillo Facial hospital Ho Chi Minh city according to the OHIP-14. Change in OHRQoL after prosthetic treatments 1 month at the department of Prosthodontic of the Odonto-Maxillo Facial hospital Ho Chi Minh city. **Method:** Descriptive study, follow-up, performed on 79 patients with teeth loss needing

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt, Tp.HCM

**Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thu Trang

Email: mimitran0206@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2021

Ngày duyệt bài: 21.5.2021