

Kết quả phẫu thuật sửa van hai lá tại Bệnh viện Đà Nẵng

Nguyễn Minh Hải, Phan Đình Thảo, Trần Ngọc Vũ

Bệnh viện Đà Nẵng

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả phẫu thuật sửa van hai lá tại bệnh viện Đà Nẵng. **Phương pháp:** Từ tháng 7/2011 tới 7/2014 đã phẫu thuật sửa van hai lá cho 45 bệnh nhân. Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa trên theo dõi lâm sàng và siêu âm tim. **Kết quả:** 45 bệnh nhân gồm 28 nam và 17 nữ với tuổi trung bình $35,6 \pm 17,1$ (nhỏ nhất 6 tháng và lớn nhất là 69 tuổi). So sánh trước và sau mổ thấy cải thiện có ý nghĩa về triệu chứng cơ năng, áp lực động mạch phổi tâm thu, chênh áp tối đa qua van hai lá. Theo dõi trung bình $12,3 \pm 8,4$ tháng chưa thấy trường hợp nào tử vong, có 2 (4,4%) trường hợp hở van nặng tái phát. **Kết luận:** Kết quả sửa van hai lá tại Bệnh viện Đà Nẵng là khả quan. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi, đánh giá kết quả lâu dài hơn với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh van tim hai lá có thể do nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải. Phẫu thuật sửa van là một trong những biện pháp điều trị hiệu quả loại bệnh lý này với nhiều ưu điểm hơn hẳn so với mổ thay van. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sửa van hai lá tại Bệnh viện Đà Nẵng.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu từ 7/2011 đến 7/2014, có 45 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật sửa van hai lá tại bệnh viện Đà Nẵng. Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp hở van hai lá bẩm sinh trong bệnh lý kênh nhĩ thất.

Tất cả bệnh nhân đều được chuẩn bị trước mổ, kỹ thuật thực hiện, chăm sóc hậu phẫu và theo dõi sau mổ theo một chương trình soạn sẵn.

Phẫu thuật được thực hiện qua đường mổ

dọc giữa xương ức, thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể thường qui, hạ thân nhiệt 32°C , bảo vệ cơ tim bằng dung dịch liệt tim máu ấm, tiếp cận van hai lá qua đường mở nhĩ trái song song với rãnh liên nhĩ hoặc mở vách liên nhĩ. Phân tích tổn thương và áp dụng các nguyên lý sửa van hai lá cơ bản của A.Carpentier.

Kết quả sửa van hai lá được đánh giá dựa trên siêu âm tim qua đường thực quản hoặc thành ngực.

KẾT QUẢ

Có 45 bệnh nhân gồm 28 nam và 17 nữ, tuổi trung bình $35,6 \pm 17,1$ (10 tháng - 69 tuổi), trẻ em (dưới 16 tuổi) chiếm 13,3%. Hở nặng van hai lá chiếm 75,6% còn lại là tổn thương hẹp hở van với chênh áp tối đa qua van hai lá là $28,0 \pm 8,6$ mmHg. Một số đặc điểm tổn thương và kỹ thuật sửa van được ghi nhận theo các bảng dưới đây.

Bảng 1. Một số đặc điểm

	Đặc điểm	Thông số
Triệu chứng	NYHA (II/III)	45 (100%)
	Rung nhĩ	12 (26,7%)
	PAPs	56,1±16,0mmHg
Phẫu thuật phối hợp	Vá thông liên nhĩ	3 (6,7%)
	Vá thông liên thất	5 (11,1%)
	Cắt xơ hẹp dưới van chủ	1 (2,2%)
	Sửa van ba lá (đặt dải màng tim lá sau và lá trước)	11 (24,4%)
	Thay van chủ	4 (8,9%)
Nguyên nhân	Thấp tim	14 (31,1%)
	Bẩm sinh	19 (42,2%)
	Thoái hoá	9 (20%)
	Viêm nội tâm mạc	3 (6,7%)

Bảng 2. Thương tổn van hai lá

Thương tổn van hai lá	Số trường hợp	Tần suất
Dãn vòng van	45	100%
Chè lá trước	1	2,2%
Sa lá trước	13	28,9%
Sa lá sau	13	28,9%
Dính mép van	12	26,7%
Dây/vòi lá van	13	28,9%

Bảng 3. Kỹ thuật can thiệp trên van hai lá

Kỹ thuật	Số trường hợp	Tần suất
Đặt vòng van nhân tạo	37	82,2%
Đặt dải màng tim cho vòng van sau	8	17,8%
Đóng chè trên lá van trước	1	2,2%
Khâu gấp nếp bờ tự do lá trước	1	2,2%
Khâu bờ tự do lá trước với lá sau	3	6,7%
Rút ngắn dây chằng	5	11,1%
Chuyển dây chằng	10	22,2%
Cắt hình tam giác lá van sau	13	28,9%
Xẻ mép van	12	26,7%
Gọt mỏng lá van	6	13,3%
Mở rộng lá trước	1	2,2%

Không có trường hợp nào tử vong bệnh viện, các biến chứng sau mổ bao gồm: mổ lại cầm máu 1 trường hợp (2,2%); nhiễm trùng vết mổ 2 trường hợp (4,4%). Có 4 trường hợp (8,8%) rung nhĩ trở về lại nhịp xoang sau mổ. Kiểm tra siêu âm tim trước khi ra viện 100% trường hợp hở van hai lá nhẹ hoặc không đáng kể.

Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi sau mổ với thời gian theo dõi trung bình là: 12,3±8,4 tháng. Chưa ghi nhận có tử vong muộn khi theo dõi dài hạn, hở van hai lá tái phát 3 trường hợp, trong đó: 1

trường hợp hở trung bình 2/4 tiếp tục được theo dõi; còn lại 2 trường hợp hở van nặng 3/4 có chỉ định mổ lại. Kết quả kiểm tra cho thấy có sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng so với trước mổ.

Bảng 4. kết quả kiểm tra sau mổ

	Trước mổ	Ra viện	Lâu dài	P so với trước mổ
NYHA II/III	100%		4,4%	< 0,05
PAPs (mmHg)	56,1±16,0	33,9±6,9	33,0±7,9	< 0,05
Gdmax qua van hai lá (mmHg)	28,0±8,6	9,3±4,7	11,6±6,6	< 0,05

BÀN LUẬN

Phẫu thuật thay van hai lá cho đến nay vẫn là một phương pháp điều trị hiệu quả cho các trường hợp tổn thương van hai lá đã quá nặng. Tuy nhiên, sửa van hai lá cho thấy kết quả lâu dài ổn định và có nhiều ưu điểm vượt trội như: bảo tồn chức năng thất trái; tránh được các biến chứng do dùng thuốc kháng đông; tỷ lệ tử vong phẫu thuật thấp hơn thay van [2,4,5,6]. Do vậy sửa van hai lá luôn là kỹ thuật được chúng tôi ưu tiên lựa chọn bất cứ khi nào có thể, đặc biệt là ở trẻ em.

Các thương tổn van hai lá được phân tích dựa trên phân loại của A. Carpentier: type I - cử động bình thường của các lá van, dẫn vòng van hoặc bị thủng lá van; type II - sa lá van do thiếu dây chằng, đứt hoặc kéo dài dây chằng hay cơ nhú; type III - hạn chế cử động các lá van hoặc bộ máy dưới van. Các kỹ thuật sửa van hai lá kinh điển của A. Carpentier cũng được chúng tôi áp dụng trong quá trình điều trị [3]. Tuy nhiên, đối với các tổn thương sa lá van sau chúng tôi sử dụng kỹ thuật cắt hình tam giác lá sau thay cho việc cắt hình tứ giác kinh điển. Sau khi được cắt hình tam giác cân với đáy là bờ tự do của lá van và đỉnh tam giác quay về phía vòng van, mô lá van sẽ được khâu lại với chỉ 5/0, khâu vắt hai lượt để đảm bảo tính chắc chắn. Kỹ thuật này khá đơn giản, dễ thực hiện, bảo tồn được mô lá van tốt hơn, tránh được việc phải khâu gấp nếp vòng van lá sau như khi cắt tứ giác, nhưng vẫn đảm bảo được tính ổn định lâu dài của kết quả sửa van [5,6]. Đã có 13(28,9%) trường hợp sa lá van sau ở các vị trí khác nhau được chúng tôi sử dụng kỹ thuật này. Ngoài ra còn có thêm 3(6,7%) trường hợp tổn thương sa vùng A2, nhưng do các

dây chằng quá thanh mảnh, không đảm bảo tính chắc chắn nếu chuyển vị dây chằng đơn thuần nên chúng tôi thực hiện cắt tam giác cả vùng P2 để chuyển ra trước khâu vào vùng A2. Kết quả sớm sau mổ cũng như trong quá trình theo dõi, tất cả các trường hợp này chỉ còn hở van nhẹ hoặc không đáng kể. Nhược điểm của kỹ thuật cắt tam giác này là không áp dụng được cho các trường hợp có vùng lá sau bị tổn thương quá lớn, thường là khi vượt quá 1/3 diện tích lá van sau.

Một kỹ thuật sửa van khác cũng khá đơn giản và dễ thực hiện là kỹ thuật Alfieri. Chúng tôi đã áp dụng cho 3 trường hợp sa vùng mép van bằng cách khâu dính vùng sa lá van trước với lá van sau ở vị trí đối diện tương xứng, dùng đường khâu vắt 2 lượt, chỉ 5/0. Kiểm tra sau mổ cho đến nay cho kết quả tốt, không hẹp van và chỉ còn hở nhẹ.

Việc sử dụng vòng van nhân tạo trong sửa van hai lá nhằm giúp lấy lại hình dạng vòng van đã bị biến dạng, thu hẹp vòng van bị giãn về kích thước bình thường, tăng diện tiếp xúc hai lá van và ngăn ngừa tình trạng dẫn vòng van tiến triển về sau [2,4]. Chúng tôi đã sử dụng vòng van nhân tạo kiểu hở và nửa cứng cho hầu hết các trường hợp (82,2%), nhằm đảm bảo tính ổn định kết quả sửa chữa. Tuy nhiên ở trẻ em nếu sử dụng vòng van nhân tạo nhỏ sẽ làm ảnh hưởng sự phát triển lớn lên của vòng van và gây ra nguy cơ hẹp van hai lá về sau [1]. Chính vì vậy với các trường hợp trẻ em trong nghiên cứu này (13,3%), chúng tôi thay thế vòng van nhân tạo bằng đặt dải màng tim cho toàn bộ vòng van sau. Qua theo dõi đến nay, tình trạng van hai lá vẫn ổn định chưa thấy hở van tái phát cũng như biến chứng hẹp van xuất hiện.

Nghiên cứu cho thấy sự cải thiện rõ rệt và có ý nghĩa về các triệu chứng ngay sau mổ cũng như trong quá trình theo dõi với lúc trước mổ (Bảng 4). Không có trường hợp nào tử vong bệnh viện, tỷ lệ biến chứng phẫu thuật thấp bao gồm: 2,2% mổ lại cầm máu; 4,4% nhiễm trùng vết mổ. Kiểm tra trước khi ra viện cho thấy 100% trường hợp chỉ còn hở van hai lá nhẹ hoặc không đáng kể. Tuy vậy, có 3 trường hợp hở van hai lá hậu thấp bị tái phát tổn thương sau mổ khoảng 1-2 năm (6,7%). Trong đó bao gồm: 1 trường hợp hở van hai lá trung bình nên tiếp tục được theo dõi và điều trị nội khoa; 2 trường hợp hở van hai lá nặng (4,4%) do dẫn vòng van, có chỉ định mổ lại. Cả hai trường hợp hở van tái phát nặng này đều có đường kính thất trái cuối tâm trương trên siêu âm tim trước mổ lần lượt là 65mm và 67mm. Khả năng do loại vòng van hai lá nhân tạo kiểu hở, nửa cứng được đặt cho vòng van sau mà chúng tôi sử dụng ở hai bệnh nhân này đã không ngăn ngừa được tình trạng dẫn vòng van tiếp tục tiến triển ở bệnh nhân thất tim có buồng thất trái đã dẫn quá lớn từ trước mổ.

KẾT LUẬN

Trong ba năm qua, Bệnh viện Đà Nẵng đã tiến hành phẫu thuật sửa van hai lá cho 45 trường

hợp. Kết quả bước đầu rất đáng khích lệ, 95% bệnh nhân cải thiện rõ rệt về triệu chứng cũng như tình trạng hẹp hở van hai lá cho đến thời điểm hiện tại, với tỷ lệ biến chứng thấp và không có tử vong. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi và đánh giá kết quả lâu dài, với cỡ mẫu lớn hơn trong thời gian tới.

SUMMARY

Objective: To evaluate the results of surgical repair of mitral valve at Da Nang hospital. **Methods:** From July 2011 to July 2014, we performed 45 surgical repairs of mitral valve. Clinical examination and echocardiography assessed the post-operative results. **Results:** 45 patients with a mean age of $35,6 \pm 17,1$ (range 10 months to 69 years) underwent repair. There were 28 males and 17 females. The comparison of pre and post-operative data showed significant reduction of pulmonary arterial pressure and mitral valve regurgitation grade, improvement in the functional class of heart failure. Mean follow-up was $12,3 \pm 8,4$ months with no death. Two patients (4,4%) required reoperation because of severe mitral regurgitation. **Conclusion:** Our results of surgical repair of mitral valve in 45 patients are satisfactory

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hữu Minh Nhật và cộng sự. Kết quả phẫu thuật đóng thông liên thất kết hợp với tạo hình van hai lá tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí y học Việt Nam, số 2, tháng 11/2008
2. Nguyễn Văn Phan. Tổng quan điều trị ngoại khoa bệnh lý van tim. Tạp chí y học Việt Nam, số 2, tháng 11/2008
3. Carpentier.A, Brizard.C. Congenital malformation of the mitral valve, In surgery for congenital heart defect. 2006 John Wiley&Sons, Ltd: England.p 573-590
4. Dan Spiegelstein et al. Midterm results of mitral valve repair: closed versus open annuloplasty ring. Ann thorac surg 2010;90:489-96
5. Kristopher M.George, Tomislav Mihaljevic, A. Marc Gillinov. Triangular resection for posterior mitral prolapse: rationale for a simpler repair. The journal of heart valve disease 2009;18:119-121
6. Leo M. Gazoni et al. A simplified approach to degenerative disease: triangular resection of the mitral valve. Ann thorac surg 2007;83:1658-65