

Đánh giá kỹ thuật khâu vắt trong phẫu thuật thay van hai lá tại Khoa Phẫu thuật Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai

Lê Thanh Tùng, Lê Việt Thắng

Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh van hai lá (VHL) là bệnh lý gặp nhiều nhất trong các bệnh van tim ở Việt Nam và chủ yếu là bệnh van hai lá mắc phải. Bệnh VHL bẩm sinh ít gặp và thường nằm trong bệnh cảnh phức tạp gồm nhiều dị tật bẩm sinh khác nhau.

Nguyên nhân gây bệnh VHL thường gặp là thấp tim, nhiễm trùng, thoái hóa với tỷ lệ khác nhau tùy theo sự phát triển của mỗi quốc gia. Đối với các nước đang phát triển, nguyên nhân do thấp còn chiếm tỷ lệ cao, nên bệnh van hai lá do thấp còn rất phổ biến, chiếm gần 90% số bệnh van hai lá được phẫu thuật tại các trung tâm mổ tim ở trong nước.

Có 2 kỹ thuật thay van 2 lá được áp dụng là: khâu vắt và khâu từng mũi rời. Với sự phát triển nhanh của phẫu thuật tim trong nước thì nhu cầu đánh giá hiệu quả của từng kỹ thuật thay van là một nhu cầu thiết yếu. Tại Việt Nam hiện nay có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của kỹ thuật khâu mũi rời nhưng về kỹ thuật khâu vắt thì ít được biết đến. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. Khảo sát tình hình thay van 2 lá tại Bệnh viện Bạch Mai
2. Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật khâu vắt trong thay van 2 lá tại Bệnh viện Bạch Mai.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đối tượng

Bao gồm 352 bệnh nhân được phẫu thuật thay

van 2 lá tại Khoa Phẫu thuật Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian từ 1/12/2019 đến 1/12/2020.

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, thu thập các số liệu: giới, kỹ thuật thay van (khâu vắt hay khâu mũi rời), các loại phẫu thuật liên quan đến thay van 2 lá, thời gian cấp động mạch chủ, thời gian CEC. Theo dõi sớm sau mổ và sau khi ra viện các biến chứng: vỡ tim, hở cạnh van, kẹt van.

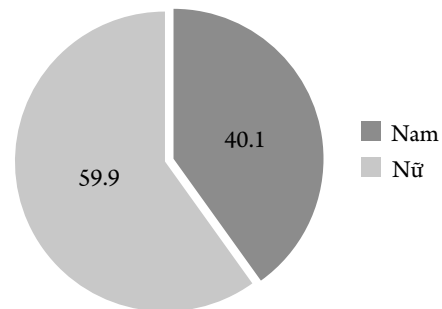
Xử lý số liệu dựa trên SPSS 16 và Excel 2020.

Kết quả

Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ nam/nữ

| Giới | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|------|--------------|---------|
| Nam | 141 | 40,1 |
| Nữ | 211 | 59,9 |
| Tổng | 352 | 100 |

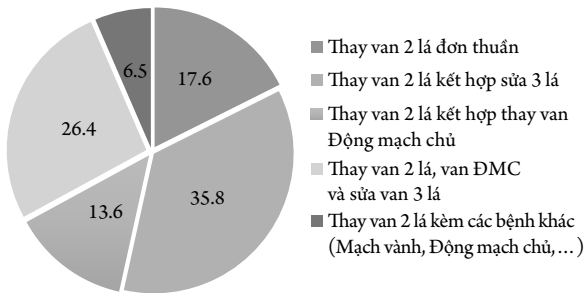


Nhận xét: Chủ yếu là nữ, chiếm gần 60%.

Bảng 2. Tỷ lệ thay giữa các nhóm thay van

| Nhóm bệnh | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|---|--------------|---------|
| Thay van 2 lá đơn thuần | 62 | 17.6 |
| Thay van 2 lá kết hợp sửa 3 lá | 126 | 35.8 |
| Thay van 2 lá kết hợp thay van Động mạch chủ | 48 | 13.6 |
| Thay van 2 lá, van ĐMC và sửa van 3 lá | 93 | 26.4 |
| Thay van 2 lá kèm các bệnh khác (Mạch vành, Động mạch chủ, ...) | 23 | 6.5 |
| Tổng | 352 | 100 |

Biểu đồ 2

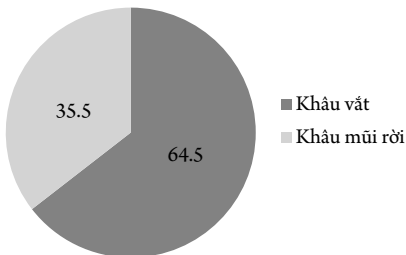


Nhận xét: Hay gặp trong bệnh lý phẫu thuật thay van 2 lá kèm sửa van 3 lá (chiếm 35.8%).

Bảng 3. Tỷ lệ giữa kỹ thuật khâu vắt và khâu mũi rời

| Kỹ thuật | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--------------|--------------|---------|
| Khâu vắt | 227 | 64.5 |
| Khâu mũi rời | 125 | 35.5 |
| Tổng | 352 | 100 |

Biểu đồ 3



Nhận xét: Kỹ thuật khâu vắt là chủ yếu với tỷ lệ 64.5%, khâu vắt/khâu mũi rời 1.8/1.

So sánh kỹ thuật khâu vắt và khâu mũi rời:

So sánh thời gian cấp chủ và thời gian CEC giữa các nhóm:

Bảng 4. So sánh nhóm thay van 2 lá đơn thuần

| Thay van 2 lá đơn thuần | Khâu vắt | Khâu mũi rời | P |
|--------------------------|---------------|---------------|--------|
| Thời gian cấp ĐMC (phút) | 28.02 ± 7.17 | 40.95 ± 12.16 | < 0.05 |
| Thời gian CEC (Phút) | 44.33 ± 10.91 | 57.50 ± 19.26 | |

Bảng 5. So sánh nhóm thay van 2 lá kèm sửa van 3 lá

| Thay van 2 lá kèm sửa van 3 lá | Khâu vắt | Khâu mũi rời | P |
|--------------------------------|---------------|---------------|--------|
| Thời gian cấp ĐMC (phút) | 44.20 ± 12.79 | 55.38 ± 17.12 | < 0.05 |
| Thời gian CEC (Phút) | 65.38 ± 15.24 | 76.29 ± 17.29 | |

Bảng 6. So sánh nhóm thay van 2 lá và van ĐMC

| Thay van 2 lá và van ĐMC | Khâu vắt | Khâu mũi rời | P |
|--------------------------|---------------|----------------|--------|
| Thời gian cấp ĐMC (phút) | 73.85 ± 12.69 | 84.95 ± 14.95 | < 0.05 |
| Thời gian CEC (Phút) | 90.92 ± 14.95 | 103.86 ± 16.96 | |

Bảng 7. So sánh nhóm thay van 2 lá, van ĐMC và sửa van 3 lá

| Thay van 2 lá, van ĐMC và sửa van 3 lá | Khâu vắt | Khâu mũi rời | P |
|--|----------------|----------------|--------|
| Thời gian cấp ĐMC (phút) | 77.19 ± 15.92 | 89.95 ± 14.01 | < 0.05 |
| Thời gian CEC (Phút) | 103.68 ± 17.49 | 114.85 ± 14.52 | |

Bảng 8. Thời gian trung bình cặp chủ và CEC của nhóm khâu vắt – mũi rời

| | Khâu vắt | Khâu mũi rời | P |
|--------------------------|---------------|---------------|--------|
| Thời gian cặp ĐMC (phút) | 55.93 ± 24.08 | 68.60 ± 14.01 | < 0.05 |
| Thời gian CEC (Phút) | 77.68 ± 27.93 | 90.82 ± 29.40 | |

Tỷ lệ biến chứng:

Bảng 9. Tỷ lệ các biến chứng hay gặp sau thay van 2 lá

| | Khâu vắt | | Khâu mũi rời | | P |
|------------------|----------------|---------|----------------|---------|--------|
| | Số BN (n= 227) | Tỷ lệ % | Số BN (n= 125) | Tỷ lệ % | |
| Hở cạnh van | 0 | 0 | 0 | 0 | > 0.05 |
| Vỡ thất trái | 1 | 0.44 | 1 | 0.8 | |
| Kẹt van | 3 | 1.32 | 0 | 0 | |
| Viêm nội tâm mạc | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Bàn luận

Đặc điểm nhóm nghiên cứu:

Qua nghiên cứu của chúng tôi trên 352 bệnh nhân được phẫu thuật thay van 2 lá tại Khoa Phẫu thuật Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai thì bệnh nhân nữ chiếm 59.9% (tỷ lệ nữ/nam là 1.5/1) tỷ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong nước như của Đặng Hanh Sơn (59,8%), của Bệnh viện Việt Đức (56.4%). Điều này được lý giải là do nguyên nhân hay gặp nhất trong bệnh lý van tim ở nước ta là do thấp tim, mà thấp tim gây tổn thương van 2 lá ở nữ lớn hơn nam.

Trong các phẫu thuật về van 2 lá thì chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thay van 2 lá kèm sửa van 3 lá (35.8%), tỷ lệ này phù hợp với các tác giả trong nước như tại Bệnh viện Chợ Rẫy là 38%, do bệnh lý van 2 lá biến chứng giãn thất phải gây hở van 3 lá cơ năng.

Kỹ thuật khâu vắt được thực hiện chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 64,5%, tỷ lệ khâu vắt/khâu mũi rời: 1.8/1. Kỹ thuật khâu vắt được thực hiện phần lớn với thay van cơ học, với van sinh

học chúng tôi mới bước đầu thực hiện khâu vắt 2 trường hợp và đều cho kết quả tốt. Kỹ thuật khâu vắt đã được thực hiện từ lâu ở nhiều nơi trên thế giới nhưng tại nước ta thì kỹ thuật này còn thực hiện ở mức độ khiêm tốn nên chưa có nhiều báo cáo đưa ra để chúng tôi đưa ra các so sánh.

Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật khâu vắt:

Tại từng nhóm thay van (theo bảng 4,5,6 và 7) chúng tôi so sánh thời gian cặp ĐMC và thời gian CEC thì thấy: với kỹ thuật khâu vắt đều được thực hiện với thời gian ngắn hơn kỹ thuật khâu mũi rời và sự so sánh này được kiểm định bằng thuật toán T-test thì thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P < 0.05.

So sánh với các tác giả khác thực hiện kỹ thuật khâu mũi rời như tại bệnh viện Chợ Rẫy: ở nhóm thay van đơn thuần là 42.5 ± 10.2 và 62.5 ± 12.4, thay van 2 lá kèm sửa van 3 lá là 50.5 ± 16.1 và 81.3 ± 11.5 đều cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P < 0.05).

Tại Bệnh viện Tim Hà Nội (Đặng Hanh Sơn) với van Sorin là 62.85 ± 20.69 và 84.91 ± 29.2. Tại

bệnh viện Trung ương Huế (Bùi Đức Phú) là 62.20 ± 13.17 và 85.34 ± 19.92 cao hơn nhóm thay van khâu vạt trong nghiên cứu này là 55.93 ± 24.08 và 77.68 ± 27.93 .

Với các biến chứng hay gặp liên quan đến kỹ thuật khâu van, chúng tôi gặp 2 trường hợp vỡ thất trái. Một trường hợp khâu mũi rời (0.8%, mổ tách van cũ, tim dính nhiều), một trường hợp khâu vạt (0.44%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P > 0.05$.

Có 3 trường hợp kẹt van, phát hiện trong thời gian khám lại trên 6 tháng, với kết quả đánh giá sau mổ tốt nhưng do theo dõi chống đông không tốt. Cả 3 ca mổ lại đều do huyết khối gây kẹt van.

Không có trường hợp nào hở cạnh van, viêm nội tâm mạc hay Bloc nhĩ thất.

Kết luận

Tại Khoa Phẫu thuật Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai phẫu thuật thay van 2 lá được thực hiện ở bệnh nhân nữ cao hơn nam (cao gấp 1.5 lần), hay gặp nhất là nhóm thay van 2 lá kèm sửa van 3 lá (chiếm 35.8%). Kỹ thuật khâu vạt được thực hiện thường quy trong thay van 2 lá, chiếm 64.5%, cao gấp 1.8 lần kỹ thuật khâu mũi rời.

Kỹ thuật khâu vạt với ưu thế giảm rõ rệt thời gian cấp ĐMC và thời gian CEC trong từng ca mổ, tỷ lệ biến chứng thấp giúp hiệu quả của ca mổ được nâng cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hanh Sơn (2006), Biến chứng vỡ thất trái sau thay van 2 lá, Y Học Việt Nam 328: 132 – 139.
2. Đặng Hanh Sơn (2010), Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật thay van hai lá bằng van cơ học Sorin tại Bệnh viện Tim Hà Nội, Luận án Tiến Sĩ
3. Đỗ Xuân Hai (2012), Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm thay van hai lá cơ học St Jude tại bệnh viện 108, tạp chí Y Dược học quân sự, số 7, tr. 125 – 129
4. Đỗ Kim Quế (2007), Nguyễn An Dũng, Kết quả thay van 2 lá tại Bệnh viện Thống Nhất, kỹ yếu các công trình khoa học hội nghị Tim mạch Việt Đức, tr 150 – 154.
5. Lâm Triều Phát (2006), Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay van 2 lá cơ học trong bệnh lý hẹp van 2 lá, luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y khoa Tp Hồ Chí Minh, 2006.
6. Trần Đỗ Trinh (1991), Bệnh van hai lá, Bách khoa thư bệnh học, trung tâm quốc gia biên soạn từ điển bách khoa, Hà Nội, tr.40 – 45.
7. Braunwald Eugene (2005): Valvular Heart disease: A textbook of Cardiovascular medicine, W.B Saunders Company, USA, pp. 1553 – 1615.
8. Constatin Stefanidis, Albert M. Nana (2005), 10 – year Experience with the ATS Mechanical Valve, Annal of Thoracic Surgery, 79, pp. 1934 - 1938
9. Cooley DA, Techniques in Cardiac Surgery. 2nd ed. Philadelphia: U. B. Saunders 1984, 201 – 14.
10. Newton JR (1984), Evaluation of suture techniques for mitral valve replacement, 88(2): 248 – 52.