

Một số nhận xét về điều trị phẫu thuật các bệnh tim bẩm sinh ở người lớn tại Viện Tim mạch Việt Nam từ 2011 đến 2015

Dương Đức Hùng

Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm rút ra một số nhận xét về đặc điểm bệnh lý và kinh nghiệm phẫu thuật các bệnh tim bẩm sinh thường gặp trên người lớn ở Việt Nam. Chúng tôi sử dụng phương pháp hồi cứu, mô tả, phân tích số liệu trên 549 bệnh nhân tim bẩm sinh ở người trưởng thành đã được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại Viện Tim mạch BV Bạch Mai trong 5 năm từ 2011 đến 2015.

Kết luận: Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 32 ± 13 tuổi, nam giới chiếm 48%, nữ giới chiếm 52%. Các bệnh lý phổ biến hay gặp nhất là thông liên nhĩ (41,3%), thông liên thất (36,6%), tứ chứng Fallot (9,2%), còn lại là các bệnh lý hiếm gặp khác. Tỷ lệ tử vong chu phẫu là 1,6%.

Phương pháp điều trị: Phương pháp điều trị phẫu thuật cho các bệnh nhân tim bẩm sinh người lớn có kết quả tốt, tỷ lệ tử vong thấp, đem lại hiệu quả cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Phẫu thuật, bệnh tim bẩm sinh người lớn.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch bẩm sinh ở người lớn là một bệnh lý chiếm một tỷ lệ khá lớn và có các nét đặc

trung riêng biệt, đòi hỏi những kiến thức chuyên sâu và chiến lược chẩn đoán cũng như xử trí đặc thù. [1],[2]. Đặc biệt phẫu thuật điều trị cho các bệnh nhân này sẽ có nhiều khác biệt so với bệnh tim bẩm sinh ở trẻ em [3],[4]. Mô hình bệnh lý tim mạch bẩm sinh ở Việt Nam có những nét khác biệt cơ bản với các nước phát triển trên thế giới. Ở các nước phát triển phần lớn các bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp được phát hiện và điều trị từ rất sớm. Các bệnh nhân tim bẩm sinh người lớn còn tồn tại phần lớn là các bệnh nhân đã được phẫu thuật sửa chữa nhưng còn để lại một số tổn thương tồn dư [5],[6]. Khác với các nước phát triển có khả năng chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân với chất lượng cao, ở Việt Nam, điều kiện phát hiện và điều trị sớm các bệnh tim bẩm sinh còn nhiều hạn chế. Vì vậy nhiều bệnh nhân tim bẩm sinh chỉ được phát hiện hoặc điều trị rất muộn ở tuổi người lớn hoặc trung niên [7],[8]. Viện Tim mạch Việt Nam là viện chuyên khoa tim mạch tuyến cuối khám và điều trị bệnh tim người lớn nên có một số lớn bệnh nhân tim bẩm sinh người lớn được điều trị tại đây.

Trong thời gian 5 năm từ 2011 - 2015, chúng tôi đã điều trị phẫu thuật cho 549 bệnh nhân tim bẩm sinh trong đó trên 528/549 (96%) là người

lớn (trên 15 tuổi). Qua nghiên cứu này, chúng tôi mong muốn tổng kết lại các đặc điểm bệnh lý và qua đó rút ra một số nhận xét về mô hình bệnh tật cũng như kinh nghiệm phẫu thuật các bệnh tim bẩm sinh thường gặp trên người lớn ở Việt Nam.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán bệnh lý tim bẩm sinh đã được phẫu thuật tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ 01/2011 đến 12/2015. Các bệnh nhân được lấy vào nghiên cứu theo trình tự thời gian, không phân biệt tuổi, giới, tình trạng bệnh lý lúc nhập viện. Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu, phân tích mô tả: ghi nhận tất cả các thông số: đặc điểm tổn thương, tình trạng áp lực động mạch

phổi, tiền sử theo dõi và phát hiện bệnh, các thông số liên quan đến phẫu thuật như kỹ thuật mổ, thời gian nằm hồi sức, tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ tử vong. Quy trình chẩn đoán và phẫu thuật của chúng tôi đều đã được thông qua bởi Hội đồng Khoa học chuyên môn của Bệnh viện Bạch Mai để đảm bảo tính đạo đức của nghiên cứu. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong vòng 5 năm chúng tôi đã phẫu thuật cho 549 bệnh nhân tim bẩm sinh. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $32,02 \pm 13,003$, nhỏ tuổi nhất là 2, lớn nhất là 69 tuổi. Nam giới chiếm 48% và nữ 52%.

Tỷ lệ tử vong chung cho tất cả các bệnh nhân thời kỳ chu phẫu là 1,6%.

Bảng 1. Số liệu BN đã được phẫu thuật theo mặt bệnh và tỷ lệ tử vong

Bệnh lý tim bẩm sinh	Nam	Nữ	Tổng số (tỷ lệ %)	Số tử vong
Thông liên thất (TLT):	117	84	201 (36,6)	3
TLT đơn thuần	75	62	137	1
TLT + hẹp đường ra thất phải	5	8	13	1
TLT + hở van động mạch chủ	21	7	28	
TLT + vỡ phình xoang Valsalva	13	1	14	
TLT + thông liên nhĩ	2	3	5	
TLT + hở van hai lá		2	2	
TLT + còn ống động mạch	1	1	2	
Thông liên nhĩ (TLN):	70	157	227 (41,3)	2
TLN đơn thuần	54	133	187	1
TLN + Hở van hai lá	15	21	36	1
TLN thể xoang tĩnh mạch	1	3	4	
TLN + hẹp van động mạch phổi		2	2	
TLN + hẹp van động mạch chủ		1	1	

Tứ chứng Fallot	22	27	49 (9,2)	1
Kênh nhĩ-thất bán phần (AVSD)	6	21	27	
Hẹp eo động mạch chủ	10	5	15	
Hẹp đường ra thất phải	3	6	9	
Hẹp đường ra thất trái	1	3	4	1
Còn ống động mạch (OĐM)			4	
OĐM + Viêm nội tâm mạc		2		
OĐM + Tán huyết sau can thiệp	1	1		
Dò động mạch vành vào buồng tim	1	2	3	
Phình xoang Valsalva đơn thuần	2		2	
Bất thường trở về tĩnh mạch phổi toàn phần	2	1	3	2
Tim 3 buồng nhĩ (Cor tritriatum)	1	1	2	
Bệnh lý bất thường van ba lá (Ebstein)	1	1	2	
Dị tật phức tạp (hẹp eo động mạch chủ +OĐM + TLT)		1	1	
Tổng	230 (42%)	319 (58%)	549	9 (1,6%)

BÀN LUẬN

Bệnh nhân tim bẩm sinh người lớn được định nghĩa như là người có bệnh tim bẩm sinh dù là chưa được mổ sửa chữa hay đã từng được mổ nhưng đã trưởng thành đến trên 21 tuổi. Trên thực tế quá trình chuyển đổi từ trẻ con lên người lớn đã bắt đầu từ năm 12 tuổi.

Tần suất bệnh tim bẩm sinh ở người lớn: Ở Mỹ năm 2000 ước tính có 800.000 người lớn bị bệnh tim bẩm sinh [3]. Với xu hướng bệnh tim bẩm sinh sẽ ngày càng được điều trị tốt hơn thì tỷ lệ gặp người lớn có bệnh tim bẩm sinh ở các nước phương tây sẽ ngày một cao hơn. Ở các nước đang phát triển, tần suất này thấp hơn do điều kiện chăm sóc sức khỏe hạn chế khiến cho

ít trẻ bị tim bẩm sinh có cơ hội sống sót hơn đến tuổi trưởng thành.

Phân loại các hình thái tim bẩm sinh gặp ở người lớn:

Trường hợp bệnh tim bẩm sinh nguyên phát ở người lớn bao gồm các BN chưa từng được điều trị gì cả. Ở nước ta nhóm bệnh này chiếm tỷ lệ cao do nguyên nhân khám và phát hiện muộn, khác với ở các nước phát triển. Việc chưa được điều trị có thể đến từ 3 lý do: 1. Mới phát hiện được do bệnh ít gây triệu chứng hoặc không có điều kiện khám chẩn đoán, 2. Dị tật tuy trước đây đã có chẩn đoán nhưng bệnh khá lành tính, 3. Bệnh trước đây cho là không phẫu thuật được nhưng bây giờ thì có thể. Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc về hình thái chưa từng được điều trị này.

Trường hợp bệnh tim bẩm sinh thứ phát là bệnh nhân đã từng được điều trị phẫu thuật sửa chữa, loại này chiếm tỷ lệ lớn ở phương Tây. Chúng tôi có không nhiều bệnh nhân thuộc nhóm này.

Các bệnh nhân trước mổ được đánh giá kỹ về các triệu chứng cơ năng trước kia và hiện tại, khám kỹ các triệu chứng thực thể, được chụp Xquang tim phổi và điện tâm đồ. Siêu âm Doppler là thăm dò hàng đầu để khảo sát hệ thống các bất thường giải phẫu, đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh lên cấu trúc các buồng tim và van tim cũng như sơ bộ ước tính mức độ nặng của chỗ hẹp, lưu lượng shunt và tình trạng tăng áp phổi. Những trường hợp cần đánh giá chính xác hơn các thương tổn giải phẫu sẽ được chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc chụp cắt lớp đầu dò đa dây (MSCT) [4].

Thông tim và chụp buồng tim được chỉ định cho những trường hợp dị tật phức tạp, tăng áp phổi nặng, đánh giá sức cản và khả năng còn đáp ứng (vasoreactivity) của động mạch phổi, hoặc khi còn những vấn đề mà thăm dò không chày máu còn chưa chắc chắn [4].

Tuyệt đại đa số các dị tật trong tim được phẫu thuật với tuần hoàn ngoài cơ thể, đẳng nhiệt hoặc hạ thể nhiệt, phương pháp bảo vệ cơ tim dùng máu (blood cardioplegia).

Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,6%, có thể so sánh được tỷ lệ 1,5% trong nghiên cứu của Putman với 830 BN (Yếu tố nguy cơ chính liên quan đến tỷ lệ tử vong có lẽ là tình trạng tăng áp lực động mạch phổi trước mổ) [4].

Bệnh lý thông liên nhĩ chiếm tỷ lệ lớn nhất (41,3%) trong nghiên cứu của chúng tôi, giống như nhiều tác giả khác. Điều này có thể được giải thích nhờ đặc điểm tương đối lành tính của dị tật này vì phần đông bệnh nhân không có triệu chứng lúc còn bé mà vẫn lớn lên bình thường. Lưu lượng shunt của thông liên nhĩ phụ thuộc vào chênh áp giữa nhĩ trái và nhĩ phải. Khi bệnh

nhân càng nhiều tuổi thì những vấn đề của tim trái làm giảm độ thư giãn của thất trái như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, bệnh van hai lá... sẽ làm tăng áp lực nhĩ trái và làm tăng lưu lượng shunt qua thông liên nhĩ, khi đó bệnh nhân mới có biểu hiện triệu chứng.

Mọi hình thái giải phẫu của thông liên nhĩ gặp ở trẻ em đều có thể thấy ở người lớn.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm Doppler qua thành ngực và thực quản để đánh giá thương tổn bệnh và mức độ rối loạn sinh lý bệnh. Chụp cộng hưởng từ có giá trị trong đánh giá bất thường trở về của tĩnh mạch phổi ở thể sinus venosus. Thông tim được chỉ định trong trường hợp có tăng áp phổi nặng (> 50% áp lực đại tuần hoàn) để đánh giá sức cản động mạch phổi và lưu lượng shunt.

Chỉ định mổ hoặc can thiệp cần thiết cho các bệnh nhân thông liên nhĩ mà shunt đủ lớn, có dấu hiệu tăng gánh thể tích thất phải, tuy nhiên chưa tăng áp lực động mạch phổi cố định. Không có chỉ định mổ khi bệnh đã đến giai đoạn tăng sức cản phổi cố định (Eisenmenger). Với trường hợp tăng áp phổi nặng ranh giới, chỉ định mổ hay không dựa vào lưu lượng shunt, sức cản phổi và khả năng còn đáp ứng với thuốc giãn mạch [3].

Viện Tim mạch là trung tâm hàng đầu về khả năng can thiệp đóng thông liên nhĩ qua da bằng dụng cụ, nên tất cả các bệnh nhân chúng tôi phẫu thuật đều là những trường hợp không có chỉ định hoặc đã can thiệp qua da thất bại do lỗ thông quá to, các gờ quá yếu, hoặc có dị tật phổi hợp hay hở ba lá nhiều.

Về kỹ thuật mổ, các lỗ thông kích thước lớn được đóng bằng patch màng tim hoặc vật liệu nhân tạo. Một số lỗ thông có gờ chắc, tổ chức khi kéo lại không bị căng được đóng bằng khâu trực tiếp hai lượt. Kết quả sau mổ của nhóm này không khác biệt với nhóm được đóng bằng patch.

Tỷ lệ tử vong của phẫu thuật thông liên nhĩ của

chúng tôi dưới 1%, tương đương với kết quả ở các trung tâm khác trên thế giới.

Ở các nước phát triển, rất hiếm thấy một trường hợp thông liên thất đủ lớn lẽ ra phải mổ từ sớm mà lại được phát hiện muộn ở tuổi người lớn. Hình thái lâm sàng thường gặp là các trường hợp thông liên thất nhỏ, lành tính không gây rối loạn sinh lý, hoặc bệnh nhân đã được mổ thông liên thất, bây giờ xuất hiện các biến chứng liên quan đến thông liên thất (viêm nội tâm mạc, hẹp đường ra thất phải, hở van động mạch chủ, hở van ba lá tiến triển...) cần phải xét can thiệp phẫu thuật lại.

Trái lại, ở nước ta, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu khác ở Việt Nam, có rất nhiều bệnh nhân thông liên thất bị “bỏ quên” lần đầu tiên được phát hiện ở tuổi trưởng thành và trung niên, thậm chí 50-60 tuổi. Bệnh nhân lớn tuổi nhất của chúng tôi được phẫu thuật là 61. Không ít bệnh nhân có lỗ thông tới 25 mm, tăng áp lực động mạch phổi nặng mới được phát hiện và phẫu thuật.

Một cách kinh điển, thông liên thất có lưu lượng shunt lớn hơn 1,5 (Q_p/Q_s) mới có chỉ định can thiệp [3],[4],[5]. Tuy nhiên đối với các thông liên thất nhỏ Q_p/Q_s dưới 1,5, gần đây quan điểm có xu hướng mở rộng chỉ định hơn [1], [4]. Điều đó là do trong kỷ nguyên hiện nay, phẫu thuật thông liên thất ngày càng ít biến chứng và tử vong hơn, trong khi đó các nguy cơ biến chứng và tử vong của thông liên thất để diễn biến tự nhiên là không thể coi thường được.

Với những trường hợp tăng áp lực động mạch phổi nặng rất cần thông tim đánh giá các chỉ số lưu lượng shunt, áp lực cuối tâm trương thất trái, áp lực động mạch phổi, sức cản động mạch phổi và khả năng còn đáp ứng với thuốc giãn mạch của giường động mạch phổi để quyết định xem bệnh nhân còn phẫu thuật được nữa không.

Tùy theo vị trí của lỗ thông liên thất mà chúng tôi đóng qua đường nhĩ phải hay mở động mạch phổi.

Chúng tôi có 2 trường hợp tử vong (1%) sau phẫu thuật thông liên thất, một do shock nhiễm khuẩn và một do rối loạn điện giải.

Với các bệnh nhân kênh nhĩ thất bán phần chúng tôi đã phẫu thuật sửa chữa cho 27 bệnh nhân. Rãnh xẻ giữa 2 thành phần trước van nhĩ thất trái gây hở van được đóng lại. Vòng van nếu giãn nhiều góp phần làm hở van sẽ được tạo hình thu nhỏ lại trên phần vòng van lá sau. Miếng vá lỗ thông liên nhĩ sẽ đi bên trái hoặc phải xoang vành tùy theo vị trí của lỗ xoang vành.

Chúng tôi không có tử vong quanh phẫu thuật. Có một trường hợp bị block nhĩ-thất phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Một trường hợp tiến triển hở van nhĩ thất trái nặng sau 3 năm phải mổ lại thay van nhân tạo với kết quả tốt.

Một loại bệnh lý hay gặp nữa là tứ chứng Fallot. Ở các nước phát triển, các bệnh nhân tứ chứng Fallot ở người lớn tuyệt đại đa số đã từng được phẫu thuật sửa chữa từ bé. Đến tuổi trưởng thành, các bệnh nhân này có thể phải xem xét chuyện mổ lại vì các vấn đề còn tồn tại hoặc tiến triển như hẹp tồn dư đường ra thất phải, hở van động mạch phổi, thông liên thất tồn dư, hở van ba lá, hở van động mạch chủ... Trong tương lai chắc chắn phẫu thuật tim bẩm sinh người lớn ở Việt Nam cũng sẽ phải đối mặt ngày càng nhiều với những vấn đề trên vì số lượng bệnh nhân Fallot 4 đã được mổ sửa không ngừng tăng thêm.

Chúng tôi có 49 bệnh nhân, tuổi trung bình là 26,94, lớn nhất là 42, lần đầu tiên được phẫu thuật sửa chữa toàn bộ. Những loạt bệnh nhân Fallot 4 được mổ sửa lần đầu ở tuổi người lớn kiểu như thế này thường chỉ thấy trong báo cáo ở các nước phát triển từ thời những năm 60-70 thế kỷ trước, và ngày nay ở các nước đang phát triển như Việt Nam [3],[4],[7],[8]. Để so sánh, các số liệu và kết quả điều trị của các nghiên cứu trước đó về phẫu thuật lần đầu Fallot 4 ở người lớn được chúng tôi tập hợp trong bảng 2.

Bảng 2. Một số nghiên cứu về phẫu thuật lần đầu Fallot 4 ở người lớn

Tác giả	Thời gian	Số BN	Tuổi trung bình	Tỷ lệ tử vong sớm (%)
Attenhofer và cs	1970-2007	52	50	5,8
Alizadeh và cs	1995-2005	51	22	2,0
Atik và cs	1982-2001	39	27	5,1
Lu và cs	1990-2004	57	25	7,0
Horer và cs	1974-2003	52	29	15,0
Rammohan và cs	1991-1996	100	20	4,0
Nguyễn Văn Mão và cs	2007-2010	62	21,6	1,9
Chúng tôi	2011-2015	49	27	2,0

Nghiên cứu của chúng tôi cũng như phần lớn các tác giả khác cho thấy các bệnh nhân Fallot 4 được phẫu thuật lần đầu ở tuổi người lớn có tỷ lệ tử vong quanh mức thấp [3],[4],[5];[6]. Các nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị lâu dài của nhóm bệnh nhân này cho thấy sự cải thiện tốt tình trạng cơ năng và chất lượng cuộc sống, mặc dù tuổi thọ nhóm này không bằng khối dân số chung và nhóm Fallot 4 được sửa chữa sớm từ nhỏ [3].

Với các lý do trên, đặc biệt là tỷ lệ tử vong thấp trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác, chúng ta vẫn cần chỉ định phẫu thuật sửa chữa cho

các bệnh nhân Fallot 4 người lớn ở Việt Nam, cho dù phát hiện ở giai đoạn muộn.

KẾT LUẬN

Trên 500 BN bệnh tim bẩm sinh người lớn đã được điều trị phẫu thuật tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai trong 5 năm qua với kết quả tốt và tỷ lệ tử vong thấp. Phẫu thuật đã đem lại lợi ích cho BN nhằm cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống, phòng ngừa các biến chứng nguy hiểm.

SUMMARY

Result of surgical management for adult congenital heart disease patient in vietnam heart institute from 2011 to 2015

Aim of the study is to find out some pathological characteristic and surgical experience treatment of adult congenital heart disease patient in Vietnam Heart Institute during 5 years from 2011 to 2015. This is retrospective and analyze study.

Result: 549 adult congenital heart disease had successfully surgery in our centre. The average age was 32 ± 13 years, male was 52 % and female was 48 %. The most common malformation was ASD (41,3%), VSD (36,6%) TOF (9,2%). The mortality rate was low about 1,6%.

Conclusion: Surgical treatment for adult congenital heart disease patient had high successful rate and improve quality of life for the patient.

Key words: Surgical treatment, adult congenital heart disease.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kirklin/Barratt-Boyes- *Cardiac Surgery, Fourth edition (2013) -Congenital Heart Disease in the Adult.*
2. H Baumgartner (2010) “ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010): *European Heart Journal* 31, 2915–2957.
3. Karamalou T et al (2010) “Adult or big kids: what is the ideal environment for management of grown-up patient with congenital heart disease ?” *Ann Thorac Surg*; Aug90(2):573-9.
4. Atik Fernando A., Atik Edmar, Cunha Claudio R. et al.(2004), “Long-term results of correction of tetralogy of Fallot in adulthood”, *European Journal of Cardio-thorac Surgery*, 25, pp. 250-255.
5. Rammohan M., Airan Balram, Bhan Anil et al (1998),, “Total correction of tetralogy of Fallot in adults - surgical experience”, *International Journal of Cardiology* 63, pp. 121-128.
6. Kogon BE, Plattner C (2009) “Adult congenital heart surgery :adult or pediatric facility? Adult or pediatric surgeon?” *Ann Thorac Surg*: 2009 Mar; 87(3): 833 - 40.
7. Nguyễn Văn Mão; Đinh Tiến Dũng; Đào Quang Vinh et al. (2011): “Nhận xét điều trị phẫu thuật sửa chữa triệt để tứ chứng Fallot ở người lớn” – *Tạp chí Hội Phẫu thuật tim mạch & lồng ngực Việt Nam* số 10/2011 p67-69.
8. Lê Thành Khánh Vân; Trần Quyết Tiến (2015): “Điều trị bệnh tim bẩm sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 2005 đến 2015” - *Tạp chí Hội Phẫu thuật tim mạch & lồng ngực Việt Nam* số 77 09/2015 p56-59.
9. Richard A Jones (2004). “Comprehensive surgical management of congenital heart disease” - *Published in Great Britian by Hachette UK Company.*
10. Kogon BE, Plattner C (2009). “Adult congenital heart surgery: adult or pediatric facility? Adult or pediatric surgeon?” *Ann Thorac Surg* :2009 Mar; 87(3): 833 - 40.