

Đánh giá kết quả của dẫn lưu dịch màng tim bằng chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm ở bệnh nhân tràn dịch màng tim sau phẫu thuật tim tại Bệnh viện Tim Hà Nội

Trần Thanh Hoa*, Nguyễn Văn Thực, Đinh Hải Nam

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Tràn dịch màng ngoài tim là biến chứng gặp tương đối phổ biến sau phẫu thuật tim trong đó có một tỉ lệ không nhỏ chèn ép tim gây rối loạn huyết động, và có thể để lại hậu quả nghiêm trọng.

Mục tiêu: “Đánh giá hiệu quả và an toàn của dẫn lưu dịch màng tim bằng chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm”.

Phương pháp nghiên cứu: phân tích cắt ngang, hồi cứu. Thu nhận tất cả người bệnh tràn dịch màng tim sau phẫu thuật tim tại Khoa cấp cứu và Khoa hồi sức tích cực được tiến hành chọc hút dịch màng tim từ tháng 5.2021 đến tháng 10.2022.

Kết quả: Có 46 người bệnh được thu nhận vào nghiên cứu; tuổi trung bình là 52.04 ± 12.46 tuổi nhỏ nhất là 26, tuổi lớn nhất là 81; nhóm người bệnh với bệnh lý van tim có tỉ lệ tràn dịch màng tim cao nhất, chiếm 93.4%; người bệnh có thông liên nhĩ có tràn dịch màng tim sau phẫu thuật đều tái phát; có một tỉ lệ tái phát và cần chuyển phẫu thuật cao hơn khi dùng dụng cụ sheat + pigtail so với catheter; có 36 (78.3%) người bệnh không có tràn dịch tái phát và 10(21.7%) người bệnh có tái phát; 100% người bệnh đều sống sau dẫn lưu dịch màng ngoài tim.

Kết luận: Kết quả điều trị tràn dịch màng ngoài tim bằng chọc hút dẫn lưu dịch màng tim bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm sau phẫu thuật tim là khả quan, sử dụng catheter bước đầu cho thấy an toàn hơn so với dùng sheat + pigtail.

Từ khóa: dẫn lưu dịch màng ngoài tim, chọc hút kim nhỏ, phẫu thuật dẫn lưu dịch màng tim, phẫu thuật tim, chèn ép tim.

EVALUATION OF RESULTS OF PERICARDIAL DRAINAGE BY ULTRASOUND-GUIDED FINE-NEEDLE ASPIRATION IN PATIENTS WITH PERICARDIAL EFFUSION AFTER CARDIAC SURGERY AT HANOI HEART HOSPITAL

ABSTRACT:

Background: Pericardial effusion is a relatively common complication after cardiac surgery, in which a large proportion of cardiac tamponade causes hemodynamic disturbances, and can have serious consequences.

Objective: "Evaluation of the efficacy and safety of pericardial drainage with ultrasound-guided fine-needle aspiration".

Method: Cross-sectional, retrospective. Accept all patients with pericardial effusion after cardiac surgery were recruited at the Emergency Department and the Intensive Care

Bệnh viện Tim Hà Nội,

92 Trần Hưng Đạo, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

*Tác giả liên hệ: Trần Thanh Hoa.

Email: tranthanhhoa@timhanoi.vn - Tel: 0359251200

Ngày gửi bài: 11/07/2023 Ngày gửi phản biện: 07/08/2023

Ngày chấp nhận đăng: 18/08/2023

Unit who performed pericardial aspiration from May 2021 to October 2022.

Results: There were 46 patients included in the study; the average age is 52.04 ± 12.46 years, the youngest is 26 years, the oldest is 81 years old; The group of patients with heart valve disease had the highest rate of pericardial effusion, accounting for 93.4%; patients with atrial septal defect have recurrent pericardial effusion after surgery; there is a higher rate of recurrence and need for surgical conversion with the use of a sheet + pigtail device compared with a catheter; 36 (78.3%) patients did not have

recurrent effusion and 10 (21.7%) patients had relapse; 100% of patients are alive after pericardial drainage.

Conclusion: The results of treatment of pericardial effusion with fine needle aspiration pericardial drainage under the guidance of ultrasound after cardiac surgery are positive, the use of the catheter is initially shown to be safer than the use of sheath + pigtail.

Keyword: pericardial drainage, fine needle aspiration, pericardial drainage surgery, cardiac surgery, cardiac tamponade

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng ngoài tim là biến chứng gặp tương đối phổ biến sau phẫu thuật tim, từ 1-77%. [1] Tràn dịch màng ngoài tim sau mổ tim tiềm ẩn nhiều nguy cơ, lượng dịch tích tụ trong khoang màng tim có thể dẫn đến chèn ép tim, thậm chí shock gây tử vong. [2] Trong đó, chèn ép tim chiếm 1-2%, gây rối loạn huyết động, và có thể để lại hậu quả nghiêm trọng. Như vậy, tràn dịch màng ngoài tim sau phẫu thuật tim có thể tự mất đi mà không có triệu chứng, cũng có thể tràn dịch nhiều, biểu hiện rõ rệt và đòi hỏi các biện pháp điều trị kịp thời. [3]

Điều trị tràn dịch màng ngoài tim sau phẫu thuật tim chủ yếu là điều trị nội khoa, tuy nhiên dẫn lưu dịch màng ngoài tim hoặc phẫu thuật trong trường hợp ép tim là rất cần thiết.

Việt Nam hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá an toàn của dẫn lưu dịch màng tim bằng chọc hút kim nhỏ. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu sau:

- *Đánh giá hiệu quả và an toàn của dẫn lưu dịch màng tim bằng chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm..*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả người bệnh tràn dịch màng tim sau phẫu thuật tim mở tại Khoa cấp cứu và Khoa hồi sức tích cực được tiến hành chọc hút dịch màng tim.

Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ 5/2021 đến tháng 10/2022 tại khoa cấp cứu và khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Tim Hà Nội.

Phương pháp nghiên cứu: phân tích cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện.

Biến số nghiên cứu:

Tiền sử phẫu thuật tim hở: Sau phẫu thuật thay van, bắc cầu chủ vành, vá thông liên nhĩ, thay đoạn ĐMC/Quai ĐMC...

Triệu chứng lâm sàng: NYHA, đau ngực, rung nhĩ mới xuất hiện, shock tim/HA tụt kẹt.

Xét nghiệm tại thời điểm chọc dẫn lưu:Tiểu cầu, INR, GOT, GPT, Creatinin, NT proBNP, CRP...hình ảnh siêu âm tim (ép thất phải/nhĩ phải, khu trú/toàn thể, EF).

Dẫn lưu dịch màng ngoài tim bằng chọc hút kim nhỏ: vị trí đường vào (Marfan/Dieulafoy),

dụng cụ dẫn lưu (Catheter/sheath+pigtail), thời gian dẫn lưu.

Theo dõi sau dẫn lưu dịch màng ngoài tim: Tái phát/không tái phát, chuyển phẫu thuật/không chuyển phẫu thuật, sống/tử vong.

Xử lý số liệu: Bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 22, dữ liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ % với biến định tính; dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn hoặc trung vị (tứ phân

vị) đối với biến định lượng. So sánh sự khác biệt giữa các nhóm dùng thuật toán MannWhitney U test hoặc t test đối với các biến liên tục và χ^2 test với các biến phân loại. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị kiểm định $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: được sự đồng ý của người bệnh, thông tin của bệnh nhân được bí mật và kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ.

Cỡ mẫu gồm 46 người bệnh tràn dịch màng tim sau phẫu thuật tim tại Khoa cấp cứu và Khoa hồi sức tích cực được tiến hành chọc hút dịch màng tim trong quá trình điều trị nội trú. Tuổi trung bình là 52.04 ± 12.46 tuổi nhỏ nhất là 26, tuổi lớn nhất là 81.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

	Tổng(n,%)	Không tái phát n=36	Có tái phát n=10
<i>Triệu chứng</i>			
Đau ngực	46(100%)	36(100%)	10(100%)
NYHA 1	0(0%)	0(0%)	0(0%)
NYHA 2	41(89.2%)	34(94.4%)	7(70%)
NYHA 3	3(6.5%)	2(5.6%)	1(10%)
NYHA 4	2(4.3%)	0(0%)	2(20%)
Rung nhĩ mới xuất hiện	6(13%)	4(11.1%)	2(20%)
Shock tim/ HA tụt kẹt	2(4.3%)	0(0%)	2(20%)
Không triệu chứng	0 (0%)	0(0%)	0(0%)

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là đau ngực và khó thở NYHA 2. Có 2 người bệnh shock tim/HA tụt kẹt là người bệnh có tái phát dịch màng tim..

Bảng 2: Đặc điểm siêu âm tim

	Tổng(n,%)	Không tái phát n=36	Có tái phát n=10	p
Ép thất phải/nhĩ phải	5(10.87%)	2(5.56)	3(30%)	
Khu trú	11(23.9%)	10(27.8%)	1(10%)	
Toàn thể	35(76.1%)	26(72.2%)	9(90%)	
EF	59.59 ± 11.26 (22-82)	59.75 ± 11.72 (22-78)	59 ± 9.99 (50-82)	0.855

Nhận xét: Tỷ lệ tràn dịch màng tim toàn thể cao hơn khu trú ở cả 2 nhóm tái phát hay không tái phát. Tỷ lệ ép thất phải/nhĩ phải cao hơn ở nhóm có tái phát

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật tim mở

		Tổng (n,%)	Không tái phát n=36	Có tái phát n=10	p
Sau phẫu thuật thay van	Van ĐMC/Bentall	11(23.9%)	9(25%)	2(20%)	
	Thay van hai lá	20(43.5%)	16(44.4%)	4(40%)	
	Sửa van hai lá	7(15.2%)	6(16.7%)	1(10%)	
	Van ĐMC + Van hai lá	3(6.5%)	3(8.3%)	0(0%)	
	Maze	8(17.4%)	8(22.2%)	0(0%)	
CABG		1(2.2%)	1(2.8%)	0(0%)	
Thay đoạn ĐMC lên/Quai ĐMC		1(2.2%)	1(2.8%)	0(0%)	
Có vá TLN		3(6.5%)	0(0%)	3(30%)	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh bệnh lý van tim có tràn dịch màng tim nhiều nhất, những người bệnh tràn dịch màng tim có vá thông liên nhĩ đều tái phát.

Bảng 4. Đặc điểm điều trị

	Tổng n=46	Không tái phát n=36	Có tái phát n=10	p
Vị trí đường vào				
Đường Marfan	0(0%)	0(0%)	0(0%)	
Gần vị trí đường Dieulafoy	46(100%)	36(100%)	10(100%)	
Đặc điểm dụng cụ dẫn lưu				
Sheat + Pigtail	15(32.6%)	9(25%)	6(60%)	0.045
Catheter 3 nòng	31(67.4%)	27(75%)	4(40%)	0.655
Thời gian lưu dẫn lưu	1.98 ±1.42 (1-9)	2±1.55 (1-9)	1.9±0.87 (1-3)	0.847

Nhận xét: Tất cả người bệnh được chọc dịch màng tim tại vị trí gần vị trí đường Dieulafoy.

Bảng 5. Đặc điểm bệnh lý liên quan đến dụng cụ dẫn lưu

	<i>Sheat + Pigtail</i>		<i>Catheter 3 nòng</i>	
	Tái phát	Không tái phát	Tái phát	Không tái phát
Bệnh lý van tim	6(40%)	9(60%)	4(14.8%)	23(85.2%)
CABG	0	0	0	1(100%)
Thay đoạn ĐMC lên/Quai ĐMC	0	0	0	1(100%)
Có vá TLN	0	0	0	3(100%)

Nhận xét: trên cùng bệnh lý van tim nếu dùng Sheat + Pigtail thì tỉ lệ tái phát gặp nhiều hơn

Bảng 6. Nguyên nhân chuyển PT dẫn lưu dịch màng ngoài tim

	Tổng		
	n = 6	%	
Tràn dịch tái phát	4	66.7	
Chọc vào tim	1	16.7	
Tràn dịch tái phát vị trí khó chọc	1	16.7	
Nguyên nhân			
Sau phẫu thuật	Thay van hai lá	3	50
	Sửa van hai lá	1	16.7
	Maze	1	16.7
	Van ĐMC/Bentall	2	33.3
Đặc điểm dụng cụ dẫn lưu ở nhóm chuyển PT			
Sheat + Pigtail	4	66.7	
Catheter 3 nòng	2	33.3	

Nhận xét: người bệnh chuyển phẫu thuật dẫn lưu dịch màng tim gặp nhiều do tràn dịch màng tim tái phát. Trường hợp chọc dịch bằng sheat và pigtail chuyển phẫu thuật nhiều hơn nhóm chọc bằng catheter 3 nòng.

Bảng 8. Đặc điểm tái phát

	n = 10(%)
Tái phát 1 lần	8 (80%)
Tái phát 2 lần trở lên	2 (20%)

Nhận xét: Tỷ lệ tái phát 1 lần cao hơn nhiều lần

Bảng 9. Kết cục lâm sàng

	Tổng (n,%)
Tử vong	0 (0%)
Sống	46 (100%)

Nhận xét: Không có người bệnh nào tử vong trong nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 46 người bệnh tràn dịch màng tim sau phẫu thuật tim tại Khoa cấp cứu và Khoa hồi sức tích cực được tiến hành chọc hút dịch màng tim. Tuổi trung bình là 52.04 ± 12.46 tuổi nhỏ nhất là 26, tuổi lớn nhất là 81. Căn cứ vào số liệu thu được chúng tôi có một số bàn luận về nhóm người bệnh nghiên cứu, đặc biệt chúng tôi tập trung vào phân tích kết quả và an toàn của dẫn lưu dịch màng tim bằng chọc hút kim nhỏ.

4.1. Đặc điểm lâm sàng, siêu âm.

Tất cả người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều có triệu chứng đau ngực. Đối với triệu chứng khó thở, tỷ lệ NYHA 2 chiếm 41%, NYHA 3 chiếm 6.5%, NYHA 4 chiếm 4.3%. Khi so sánh mức độ NYHA ở nhóm không tái phát và có tái phát cho thấy, NYHA 2 ở nhóm không tái phát chiếm 94.4% cao hơn ở nhóm có tái phát là 70%; tỷ lệ bệnh nhân NYHA 4 chỉ gặp ở nhóm người bệnh có tái phát, tỷ lệ NYHA 3 có tái phát chiếm 10% cao hơn ở nhóm không tái phát là 5.6%.

Rung nhĩ mới xuất hiện gặp ở 6 người bệnh tương đương 13%, trong đó nhóm không tái phát chiếm 11.1% thấp hơn nhóm tái phát là 20%.

Người bệnh với tình trạng shock tim/ HA tụt kẹt chỉ có ở nhóm có tái phát.

Về đặc điểm siêu âm tim, chỉ số EF không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm có tái phát (59 ± 9.99) hay không có tái phát (59.75 ± 11.72). Dấu hiệu ép thất phải/nhĩ phải trên siêu âm tim gặp ở 5 người bệnh chiếm 10.87%, trong đó nhóm không tái phát có 5.56% thấp hơn ở nhóm có tái phát là 30%. Tỷ lệ tràn dịch màng tim khu trú ở nhóm không tái phát là 27.8% cao hơn nhóm có tái phát là 10%. Tỷ lệ tràn dịch màng tim toàn thể ở nhóm không tái phát là 72.2% thấp hơn ở nhóm có tái phát là 90%.

4.2. Về loại phẫu thuật tim hở.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 người bệnh chiếm 2.2% là sau bắc cầu chủ vành, 1 người bệnh chiếm 2.2% thay đoạn ĐMC lên/quai ĐMC, có 1 người bệnh sau mổ tim bẩm sinh

(CAVc) chiếm 2.2%, còn lại có 43 người bệnh chiếm 93.4% là sau mổ bệnh lý van tim. Việc tỉ lệ tràn dịch màng ngoài tim hay gặp ở những bệnh lý van tim cũng tương tự như những nghiên cứu trước đó: trong nghiên cứu của N.D.T.Hưng sau phẫu thuật thay van cơ học (77,8%), 6 trường hợp bệnh tim bẩm sinh (6,7%), trong đó 3 trường hợp, chiếm 50% số bệnh nhân tim bẩm sinh này có kèm theo bệnh van tim phải tạo hình. Có 2 trường hợp (5,6%) tràn dịch sau mổ Bentall và không thấy có bệnh nhân nào tràn dịch sau mổ bắc cầu chủ vành.[4] Tỉ lệ tràn dịch sau phẫu thuật bệnh lý van tim theo tác giả Ashikhmina (2010) cũng chiếm tỉ lệ cao (83%), theo Lê Quang Thử (2010) tỉ lệ này là 69,7%; cùng trong nghiên cứu của tác giả Lê Quang Thử cũng không thấy xuất hiện tràn dịch ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật bắc cầu chủ vành.[3;5]

Cũng theo Ashikhmina, phẫu thuật phình ĐMC ngực là yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ TDMNT sau mổ, giống các tác giả Alkhulaifi (1996) và Eryilmaz (2006). Có thể giải thích do lượng máu chảy sau phẫu thuật ĐMC thường nhiều hơn, tụ lại trong trung thất, gây phản ứng viêm tại chỗ, khi cục máu đông ly giải sẽ tích tụ dịch thấm thấu quanh đoạn mạch nhân tạo. Cơ chế thứ hai là hiện tượng “rỉ” (“weeping”) huyết thanh muện mạch nhân tạo. Ngoài ra, phẫu thuật ĐMC ngực đòi hỏi phẫu tích rộng, có thể làm tổn thương hệ bạch mạch.[3;6] Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 người bệnh chiếm 8.7% có phẫu thuật Bentall hoặc có thay đoạn ĐMC lên hoặc thay quai ĐMC.

4.3. Hiệu quả và an toàn của phương pháp chọc hút dịch màng tim bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm.

Do đặc điểm tràn dịch màng ngoài tim sau phẫu thuật tim trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu tập chung nhiều ở thành bên, mỏng và

thành sau thất trái nên 100% người bệnh của chúng tôi được tiến hành chọc dẫn lưu dịch màng tim tại vị trí đường Dieulafoy hoặc gần vị trí đường Dieulafoy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10 người bệnh tái phát chiếm 21.7%, trong đó có 8 người bệnh tái phát 1 lần chiếm 80%, 2 người bệnh chiếm 20% tái phát 2 lần trở lên. Trong nghiên cứu của Ashikhmina, có đến 52% người bệnh được chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm. Tỉ lệ tái phát sau chọc hút là 2%. Phẫu thuật dẫn lưu chỉ được thực hiện ở 23% số người bệnh tràn dịch, khi siêu âm phát hiện thấy fibrin, cục máu đông hoặc nghi ngờ đang có chảy máu trong khoang. Đáng chú ý là nguồn chảy máu được tìm thấy trong 14% số người bệnh được phẫu thuật dẫn lưu. Số người bệnh được điều trị bảo tồn chiếm tới 20%. Trong số 4% người bệnh tái phát (chung), ban đầu được chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm, sau đó là phẫu thuật dẫn lưu. Tỉ lệ tái phát sau chọc hút bằng kim nhỏ của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu Ashikhmina đã nói ở trên.[3] Một lý do được cho là cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn rất nhiều so với Ashikhmina, ngoài ra đối tượng nghiên cứu cũng có sự khác nhau.

Trong 10 người bệnh có tràn dịch màng tim tái phát có 7 người bệnh chiếm 70% là bệnh lý van tim, có 3 người bệnh có vá thông liên nhĩ (ASD) chiếm 30%, và 3 người bệnh này chính là 3 người bệnh sau mổ thông liên nhĩ có tràn dịch màng ngoài tim. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tràn dịch màng ngoài tim ở ạt có thể xảy ra thường xuyên sau giai đoạn hậu phẫu ngay lập tức ở những bệnh nhân được phẫu thuật sửa chữa thông liên nhĩ.[7-8] PE sau phẫu thuật liên quan đến phẫu thuật sửa chữa ASD đã được các nhà nghiên cứu nghiên cứu từ lâu. Trong các nghiên cứu gần đây, tỷ lệ PE sau khi sửa chữa ASD là 27,5% đến 37,1%, với 1,7% đến 2,1% người bệnh bị PE nặng cần dẫn lưu.[9-10] Elias và cộng sự

phòng đoán rằng phản ứng viêm thứ phát sau phẫu thuật cắt màng ngoài tim và mở vào nhĩ phải kết hợp với quá tải thể tích ở tim phải mạn tính có thể đóng một vai trò trong sản xuất PE sau phẫu thuật sửa chữa ASD, mặc dù cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ ràng.[11] Một nghiên cứu kiểm tra độ tuổi của người bệnh được sửa chữa ASD đã chứng minh rằng bệnh nhân trên 5 tuổi có nguy cơ cao bị PE sau phẫu thuật cần dẫn lưu.[12] Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh thông liên nhĩ có độ tuổi cao.

Trên lâm sàng, chúng tôi sử dụng những dụng cụ dùng để dẫn lưu dịch màng tim là Sheat + Pigtail và Catheter 3 nòng. Trong đó 15 người bệnh được dùng Sheat + Pigtail chiếm 32.6%, 31 người bệnh chiếm 67.4% được dùng Catheter 3 nòng. Phân tích kỹ hơn trên nhóm có tái phát và không tái phát cho thấy, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.045$), tỉ lệ gặp tái phát cao hơn nhóm không tái phát khi dùng Sheat + Pigtail. Chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa khi dùng catheter 3 nòng. Ngoài ra ở trên cùng bệnh lý van tim nếu dùng Sheat + Pigtail thì chúng tôi cũng nhận thấy có tỉ lệ tái phát gặp nhiều hơn. Mặc dù chưa có nghiên cứu nào phân tích cụ thể nguyên nhân và sự khác biệt giữa catheter 3 nòng và sheat + pigtail về vật liệu hóa học bọc ngoài của 2 dụng cụ này đã sử dụng có thể kích thích phản ứng viêm sau đó diễn ra nhiều hơn, tuy nhiên, qua kết quả cho thấy việc sử dụng catheter 3 nòng cho việc dẫn lưu dịch màng tim dưới hướng dẫn của siêu âm có vẻ ít tái phát hơn là dùng Sheat + Pigtail, điều này cần thực hiện nhiều nghiên cứu thêm để đánh giá mức độ hiệu quả của 2 nhóm dụng cụ này.

Trên nhóm người bệnh phải chuyển PT dẫn lưu dịch màng ngoài tim, chúng tôi có 6 người bệnh cần chuyển PT, trong đó nguyên nhân bao gồm: 4 người bệnh chiếm 66.7% tràn dịch tái phát nhiều lần, 1 người bệnh chiếm 16.7% chọc

vào tim và 1 người bệnh chiếm 16.7% tràn dịch tái phát vị trí khó chọc. Việc tràn dịch màng ngoài tim tái phát cần chuyển PT của chúng tôi là 5 người bệnh chiếm 50% trong nhóm có tràn dịch màng ngoài tim tái phát. Tỉ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Ashikhmina, phẫu thuật dẫn lưu chỉ được thực hiện ở 23% số bệnh nhân tràn dịch, khi siêu âm phát hiện thấy fibrin, cục máu đông hoặc nghi ngờ đang có chảy máu trong khoang màng tim.[3] Và việc phát hiện fibrin và cục máu đông và có nghi ngờ đang có chảy máu khác trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, với 6 người bệnh chuyển phẫu thuật, chỉ có 2 người bệnh là có tình trạng chảy máu, có 1 người bệnh là dịch thấm có lẽ liên quan đến tình trạng suy tim và 3 bệnh nhân là dịch tiết, điều này được giải thích do phản ứng viêm của màng ngoài tim sau phẫu thuật tim mở.

Cũng trong nhóm cần chuyển PT dẫn lưu dịch màng ngoài tim tỉ lệ người bệnh sử dụng Sheat + Pigtail chiếm 66.7%, sử dụng Catheter 3 nòng chiếm 33.3%. Trong 2 bệnh nhân sử dụng catheter 3 nòng cần chuyển phẫu thuật là 2 người bệnh tràn dịch màng ngoài tim tái phát nhiều lần và 1 người bệnh tái phát ở vị trí khó chọc. Còn trong 4 người bệnh sử dụng Sheat + Pigtail có 1 người bệnh do sheat chọc qua màng tim vào tim gây chảy máu. Dụng cụ Sheat + Pigtail cứng hơn Catheter 3 nòng, như vậy làm tổn thương chọc qua màng tim diễn ra dễ dàng hơn, ngoài ra có thể vật liệu hóa học bọc ngoài của 2 dụng cụ này đã sử dụng có thể kích thích phản ứng viêm sau đó diễn ra nhiều hơn, hoặc vật liệu sheat + pigtail cứng hơn cũng có thể kích thích phản ứng viêm, dẫn đến người bệnh tràn dịch màng tim tái phát dẫn đến cần chuyển phẫu thuật nhiều hơn. Chúng tôi cho rằng cần thêm những nghiên cứu cho thấy việc sử dụng catheter 3 nòng lần nữa có thể cho thấy mức độ an toàn hơn so với sử dụng Sheat + Pigtail.

Trong nhóm người bệnh có PT dẫn lưu dịch màng ngoài tim, 100% là sau phẫu thuật bệnh lý van tim bao gồm: sửa hoặc thay van hai lá, có thể có hoặc không có Maze, thay van ĐMC hoặc Bentall.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị tràn dịch màng ngoài tim bằng chọc hút dẫn lưu dịch màng tim bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm sau phẫu thuật tim mở tại Bệnh viện Tim Hà Nội là khả quan, tất cả các người bệnh ra viện, không có người bệnh nào tử vong do dẫn lưu dịch. Sử dụng Catheter 3 nòng cho việc dẫn lưu dịch màng tim dưới hướng dẫn của siêu âm bước đầu cho thấy an toàn hơn, ít tái phát hơn là dùng Sheat + Pigtail ở cùng nhóm đối tượng người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ikaheimo M. J., Huikuri H. V., Airaksinen K. E., et al.** (1988), "Pericardial effusion after cardiac surgery: incidence, relation to the type of surgery, antithrombotic therapy, and early coronary bypass graft patency", *Am Heart J*, 116(1 Pt 1), pp. 97-102.

2. **Becit N., Unlu Y., Ceviz M., et al.** (2005), "Subxiphoid pericardiostomy in the management of pericardial effusions: case series analysis of 368 patients", *Heart*, 91(6), pp. 785-90.

3. **Ashikhmina E. A., Schaff H. V., Sinak L. J., et al.** (2010), "Pericardial effusion after cardiac surgery: risk factors, patient profiles, and contemporary management", *Ann Thorac Surg*, 89(1), pp. 112-118.

4. **N.T.D.Hung**(2016), "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và điều trị tràn dịch màng ngoài tim sau phẫu thuật tim mở". Luận văn bác sĩ nội trú. Học viện Quân Y.

5. **Lê Quang Thử** (2012), "Hội chứng Tràn dịch màng ngoài tim sau mở màng tim", *Tạp chí Y Dược học - Trường đại học Y Dược Huế*,

12, tr. 66-71.

6. **Eryilmaz S., Emiroglu O., Eyiletten Z., et al.** (2006), "Effect of posterior pericardial drainage on the incidence of pericardial effusion after ascending aortic surgery", *J Thorac Cardiovasc Surg*, 132(1), pp. 27-31.

7. **King TE, Stelzner TJ, Sahn SA.**(1983) "Cardiac tamponade complicating the postpericardiectomy syndrome". *Chest*1983;84:500-503.

8. **Ofori-Krakye S, Tybert TI, Geha AS, Hammond GL, Cohen LS, Langou RA.**(1981) "Late cardiac tamponade after open heart surgery: incidence, role of anticoagulants in its pathogenesis and its relationship to the postpericardiectomy syndrome". *Circulation*1981;63:1323-1328

9. **Beco G, Mambour N, V^o C, Vanhoutte L, Moniotte S, Poncelet A, et al.**(2018), "Recent experience and follow-up after surgical closure of secundum atrial septal defect in 120 children". *Pediatr Cardiol.* 2018;39:1440-4.

10. **Heching HJ, Bacha EA, Liberman L.**(2015), "Post pericardiectomy syndrome in pediatric patients following surgical closure of secundum atrial septal defects: incidence and risk factors". *Pediatr Cardiol.* 2015;36:498-50

11. **Elias MD, Glatz AC, O'Connor MJ, Schachtner S, Ravishankar C, Mascio CE, et al.**(2017) "Prevalence and risk factors for pericardial effusions requiring readmission after pediatric cardiac surgery". *Pediatr Cardiol.* 2017;38:484-94

12. **Jones DA, Radford DJ, Pohlner PG.**(2001), "Outcome following surgical closure of secundum atrial septal defect". *J Paediatr Child Health.* 2001;37:274-7