

Hở van hai lá nặng do bệnh Barlow: So sánh kết quả sớm kỹ thuật cắt bỏ và bảo tồn mô van trong phẫu thuật sửa van ít xâm lấn

Lương Công Hiếu¹, Nguyễn Hoàng Định^{2*}

TÓM TẮT

Giới thiệu: Bệnh Barlow là dạng nặng nhất trong bệnh van hai lá thoái hóa. Hở van hai lá là thể loại thường gặp nhất của bệnh van hai lá Barlow. Theo các hướng dẫn điều trị hiện hành, hở van hai lá nặng kèm triệu chứng là chỉ định cần phẫu thuật, ưu tiên sửa van hơn thay van nhờ khả năng cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân. Các phương pháp sửa van hai lá thường được phân thành hai nhóm chính: sửa van có cắt mô van và sửa van bảo tồn mô van. Đối với bệnh Barlow – một tình trạng dư thừa mô van rõ rệt – việc chọn lựa giữa hai kỹ thuật này trong phẫu thuật ít xâm lấn vẫn còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm so sánh kết quả sớm giữa kỹ thuật cắt mô van và bảo tồn mô van trong sửa van hai lá ở bệnh nhân Barlow bằng phương pháp ít xâm lấn.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả đoàn hệ hồi cứu, tất cả bệnh nhân hở van hai lá nặng có van hai lá dạng Barlow được sửa van ít xâm lấn từ năm 2020 đến năm 2024 tại bệnh viện ĐHYD TP.HCM với đầy đủ các số liệu cần thiết.

Kết quả: Có 61 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, sửa van thành công ở 57 bệnh nhân (93,4%), 4 trường hợp do tổn thương van phức tạp phải thay van. Trong số 57 bệnh nhân sửa van, 26 bệnh nhân (45,6%) sửa van hai lá bằng kỹ thuật không cắt mô van và 31 bệnh nhân (54,4%) được sửa van bằng kỹ thuật có cắt mô van. Thời gian sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể và thời gian kẹp động mạch chủ trung bình

lần lượt là $146,1 \pm 23,8$ phút và $84,6 \pm 15,9$ phút. Trong thời gian theo dõi 30 ngày sau phẫu thuật, không có trường hợp nào tử vong và không ghi nhận biến chứng SAM (systolic anterior motion) ở tất cả các bệnh nhân, có 1 trường hợp hở van hai lá trung bình sau mổ. Ngoài ra không ghi nhận trường hợp nào phải phẫu thuật lại trong thời gian theo dõi.

Kết luận: Sửa van hai lá Barlow qua đường mổ ít xâm lấn có kết quả hậu phẫu trong 30 ngày đầu khả quan. Kỹ thuật không cắt lá van và không cắt là van cho kết quả tương tự nhau.

Từ khóa: Barlow, kỹ thuật cắt lá van, kỹ thuật không cắt lá van, ít xâm lấn.

BARLOW SEVERE MITRAL REGURGITATION: RESPECT VS RESECT APPROACHES IN MINIMALLY INVASIVE VALVE REPAIR

ABSTRACT

Introduction: Barlow's disease represents the most severe form of degenerative mitral valve disease, with mitral regurgitation as its most common manifestation. According to current treatment guidelines, severe symptomatic mitral regurgitation warrants surgery, with mitral valve

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Hoàng Định;

E-mail: dinh.nh@umc.edu.vn; Tel: 0908500090

Ngày nhận bài: 04/11/2024 Ngày sửa bài: 13/12/2024

Ngày chấp nhận đăng: 26/12/2024

repair being preferred over replacement due to its favorable impact on patient prognosis. Mitral valve repair techniques are broadly classified into two main approaches: resect and respect. In Barlow's disease, characterized by significant excess valve tissue, the choice between these two approaches in minimally invasive surgery remains controversial. This study aimed to compare the early outcomes of resect and respect approaches in minimally invasive mitral valve repair for patients with Barlow's disease.

Methods: This retrospective cohort study included all patients with severe mitral regurgitation and Barlow-type mitral valve who underwent minimally invasive mitral valve repair from 2020 to 2024 at the University Medical Center in Ho Chi Minh City, with complete data available for analysis.

Results: A total of 61 patients met the inclusion criteria. Successful valve repair was achieved in 57 patients (93.4%), while 4 cases

required valve replacement due to complex valve pathology. Among the 57 patients who underwent repair, 26 patients (45.6%) received mitral valve repair using the respect approach, while 31 patients (54.4%) were treated with the resect approach. The mean cardiopulmonary bypass time and aortic cross-clamp time were 146.1 ± 23.8 minutes and 84.6 ± 15.9 minutes, respectively. During the 30-day postoperative follow-up, no mortality or SAM (systolic anterior motion) complications were observed, with one case of moderate mitral regurgitation post-surgery. Additionally, no reoperations were required during the follow-up period.

Conclusion: Minimally invasive mitral valve repair for Barlow's disease shows favorable outcomes within the first 30 postoperative days. The resect and respect approaches yield comparable results.

Keywords: Barlow disease, Respect and Resect Approach, Minimally Invasive Repair

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Barlow là một dạng nặng của bệnh hóa van hai lá thoái hóa, đặc trưng bởi sự dày lên quá mức của lá van, kích thước lá van lớn và mô van bị dư thừa, nhiều phần lá van bị bệnh. Vòng van đặc trưng thường giãn nặng. Trên siêu âm thường thấy vận động bất thường của vòng van và sa hai lá van. Hở van hai lá là hậu quả thường gặp nhất của bệnh van hai lá Barlow.[1]

Theo các hướng dẫn điều trị hiện hành, hở van hai lá nặng kèm triệu chứng là chỉ định cần phẫu thuật, ưu tiên sửa van hơn thay van nhờ khả năng cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân. Hiện nay, tuy có nhiều kỹ thuật sửa van hai lá nhưng phương

pháp sửa chữa phù hợp nhất vẫn còn tiếp tục bàn luận. Các phương pháp sửa van hai lá thường được phân thành hai nhóm chính: sửa van có cắt mô van và sửa van bảo tồn mô van. Phương pháp có cắt mô van bao gồm các kỹ thuật như tạo hình trượt, cắt giảm mô van, và cắt mép lá van. Phương pháp bảo tồn mô van sử dụng các kỹ thuật như kỹ thuật Alfieri, đặt dây chằng nhân tạo, cắt ngắn dây chằng, và khâu gấp nếp lá van. Đối với bệnh van hai lá Barlow – một tình trạng dư thừa mô van rõ rệt – việc chọn lựa giữa hai loại kỹ thuật này trong phẫu thuật ít xâm lấn vẫn còn tranh cãi.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm so sánh kết quả sớm giữa kỹ thuật cắt mô van và bảo

tồn mô van trong sửa van hai lá ở bệnh nhân Barlow bằng phương pháp ít xâm lấn.

Mục tiêu nghiên cứu

- So sánh kết quả sớm kỹ thuật cắt bỏ và bảo tồn mô van trong phẫu thuật sửa van hai lá dạng Barlow qua đường tiếp cận ít xâm lấn.

- Nêu các kinh nghiệm sửa van qua phân tích hai loại kỹ thuật áp dụng trong phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bệnh Barlow.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Phương pháp thực hiện

Các bệnh nhân chẩn đoán van hai lá dạng Barlow và được phẫu thuật sửa van hai lá qua đường mổ ít xâm lấn từ 2020 đến 2024 tại bệnh viện ĐHYD TP.HCM.

Có đầy đủ hồ sơ, bệnh án, xét nghiệm và hình ảnh học phục vụ nghiên cứu.

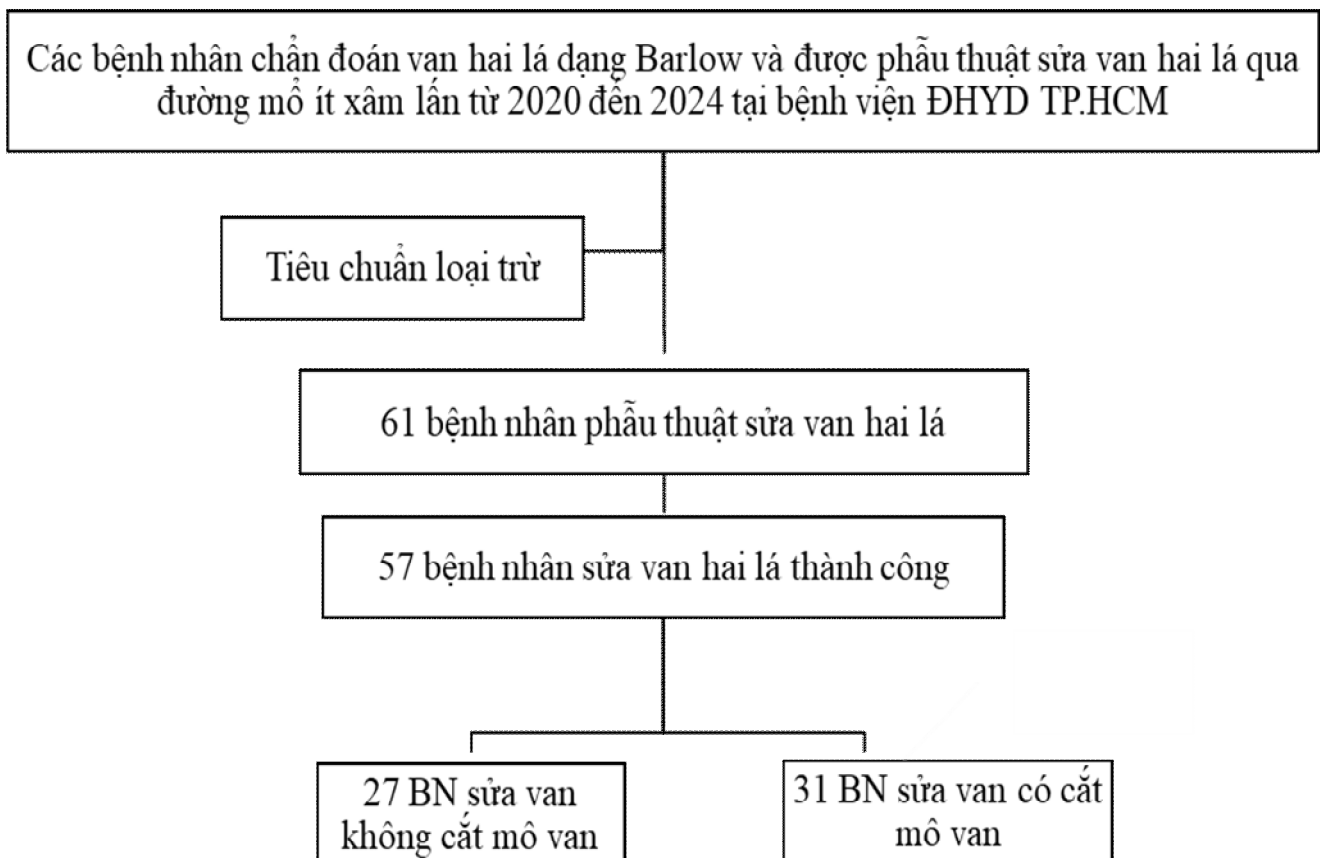
Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp van hai lá Barlow phẫu thuật sửa van ít xâm lấn có kèm sửa van ba lá.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả đoàn hệ hồi cứu.



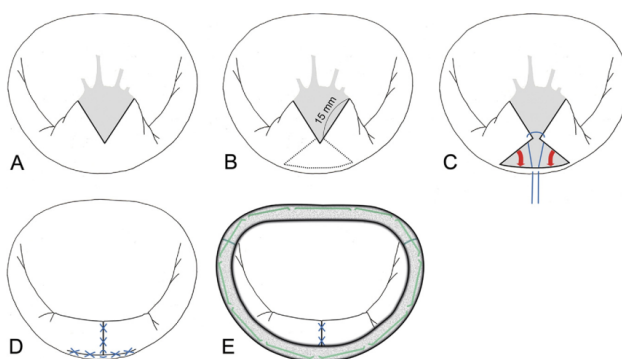
Biểu đồ 1. Lược đồ nghiên cứu

Mô tả kỹ thuật

Kỹ thuật sửa van được thực hiện qua đường mở ngực nhỏ bên phải, cùng với sự hỗ trợ của cannera và các dụng cụ nội soi. Liệt tim thuận dòng qua kim góc ĐMC, sau khi ngưng tim thì mở nhĩ trái qua rãnh gian nhĩ để tiếp cận van hai lá. Tùy vào tổn thương, các phương pháp sửa van được thực hiện bao gồm:

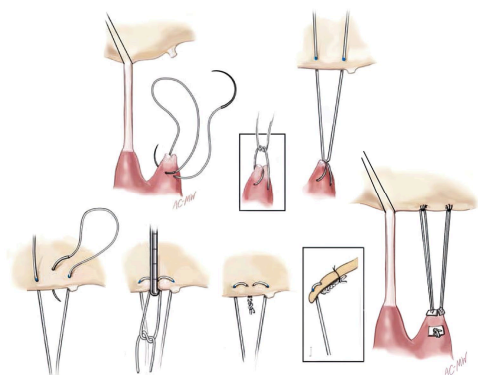
Các kỹ thuật cắt mô van: Cắt giảm mô van, tạo hình trượt. Thường được sử dụng trong trường hợp sa lá van. Đoạn van bị tổn thương

được cắt bỏ. Tùy theo mức độ rộng, hình thái, vị trí mô van bị tổn thương, phẫu thuật viên có thể cắt tam giác, cắt tứ giác, cắt hình cánh bướm, hoặc cắt chữ Z ..., sau đó khâu phục hồi về hình thái bình thường của lá van và giảm lực căng trên đường khâu. Khâu liên tục không được khuyến khích vì làm giảm vận động lá van và nguy cơ gây hiệu ứng purse-string. Khâu mũi rời kỹ tránh hở van tồn lưu trên đường khâu. Kỹ thuật này có thể kèm với kỹ thuật trượt lá van nhằm làm giảm chiều cao lá van, ổn định cấu trúc lá van, giảm lực căng trên đường khâu phục hồi.



Hình 1. Kỹ thuật cắt khâu, kết hợp kỹ thuật trượt, đặt vòng van

Các kỹ thuật bảo tồn mô van: kỹ thuật Alfieri, đặt dây chằng nhân tạo, khâu khép mép van. Sử dụng dây chằng nhân tạo, phẫu thuật viên có thể dùng đơn sợi hoặc loop. Kỹ thuật khâu 2 mép van phần A2, P2 (Alfieri) cho phép loại bỏ dòng hở lớn trung tâm, các dòng hở nhỏ còn lại được loại bỏ sau khi đặt vòng van hai lá. Bên cạnh đó có thể loại trừ nguy cơ SAM sau mổ. Trong trường hợp sa ở vị trí mép van, áp dụng kỹ thuật khâu khép mép van giúp loại bỏ dòng hở và tạo ra một van 2 lá mới có 1 lỗ van có diện tích nhỏ hơn.



Hình 2. Kỹ thuật dùng DCNT



Hình 3. Kỹ thuật Alfieri

- Ngoài ra, chúng tôi tiến hành đặt vòng van cho tất cả các trường hợp sửa van

Quá trình sửa van hoàn tất sau khi kiểm tra bằng cách bơm nước vào thất trái không ghi nhận dòng hở. Và siêu âm tim thực quản đánh giá kết quả sau sửa van được thực hiện cho tất cả các bệnh nhân.

Phương pháp thống kê

Các biến số liên tục được mô tả bằng số trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn, bằng số trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không tuân theo phân phối chuẩn. Các biến số phân loại

1. Đặc điểm trước phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm trước phẫu thuật

	Không cắt mô van (N=28)	Cắt mô van (N=33)	Giá trị p
<i>Tuổi</i>	44,6 \pm 11,0	47,5 \pm 10,3	0,46
<i>Giới tính (Nam (%))</i>	16 (57,1%)	25 (75,8%)	0,38
Mức độ suy tim theo NYHA			
<i>I-II</i>	11 (39,3%)	23 (69,7%)	
<i>III</i>	17 (60,7%)	10 (30,3%)	
Bệnh đồng mắc			
<i>Rung nhĩ</i>	2 (7,1%)	1 (3,0%)	0,78
<i>Tăng huyết áp</i>	4 (14,3%)	7 (21,2%)	0,26
<i>Đái tháo đường</i>	1 (3,6%)	0 (0%)	
<i>Rối loạn lipid máu</i>	3 (10,7%)	7 (21,2%)	0,29
<i>EuroSCORE II</i>	0,6 \pm 0,1	0,6 \pm 0,2	0,89
Đặc điểm van hai lá trước mổ			
<i>Đường kính vòng van hai lá (mm)</i>	41,3 \pm 4,2	42,1 \pm 4,0	0,46
<i>Vena contracta (mm)</i>	7,3 \pm 2,4	8,1 \pm 1,3	0,06
<i>Sa 1 phân vùng</i>	7 (25%)	9 (27,3%)	-

được mô tả bằng tần suất và tỉ lệ phần trăm.

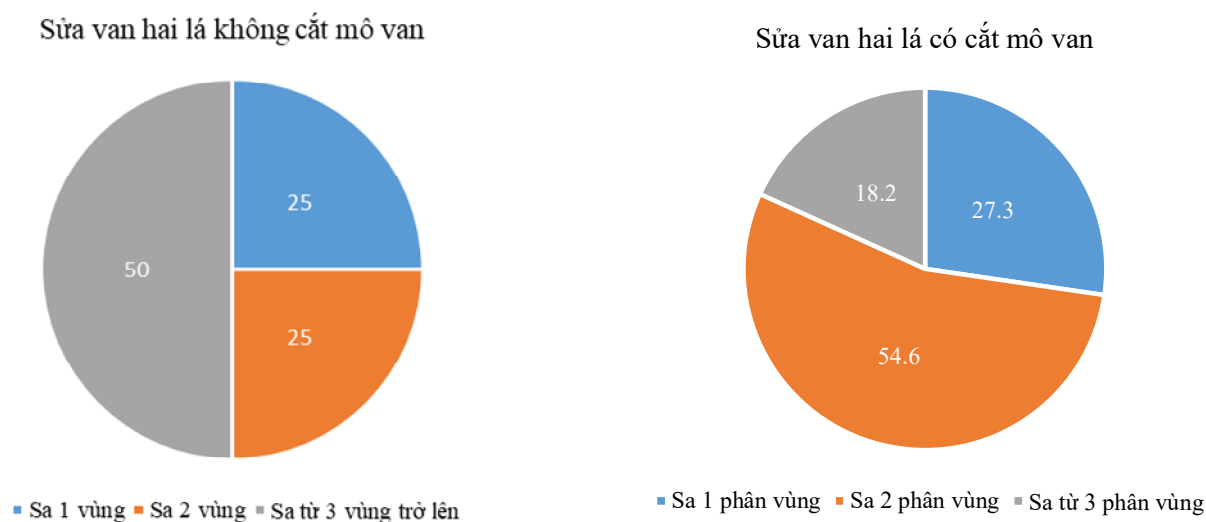
So sánh các biến số định tính giữa hai phương pháp bằng Fisher exact test. So sánh các biến số định lượng giữa hai phương pháp bằng paired t-test.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Trong thời gian 2020-2024, có 61 bệnh nhân được phẫu thuật sửa van hai lá Barlow ít xâm lấn thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, trong đó 57 bệnh nhân sửa van hai lá thành công được theo dõi tiếp quá trình hậu phẫu.

Sa 2 phân vùng	7 (25%)	18 (54,6%)	-
Sa ≥ 3 phân vùng	14 (50%)	6 (18,2%)	-
Các đặc điểm siêu âm khác			
LVEDD (mm)	56,2 ± 6,0	58,2 ± 5,4	0,36
LVESD (mm)	35,6 ± 3,8	36,1 ± 4,9	0,61
Đường kính nhĩ trái (mm)	57,6 ± 12,1	56,0 ± 9,1	0,47
Thể tích nhĩ trái (ml)	115,2 ± 56,3	118,0 ± 45,1	0,71
LVEF (%)	61,6 ± 4,0	62,4 ± 4,1	0,62
TAPSE (mm)	21,7 ± 5,1	23,5 ± 4,1	0,59
FAC (%)	41,5 ± 5,7	40,0 ± 8,1	0,45
PAPs (mmHg)	31,4 ± 7,0	31,4 ± 5,2	0,28

Về đặc điểm của van hai lá trên siêu âm trước mổ, chúng tôi ghi nhận tổn thương sa van tại nhiều vị trí, phù hợp với những đặc điểm của van hai lá Barlow, theo đó sa van tại nhiều phân vùng chiếm đến 75% ở nhóm sửa van không cắt mô van và 72,7% ở nhóm sửa van có cắt mô van.



Biểu đồ 2: Số vùng van hai lá bị sa trên siêu âm tim

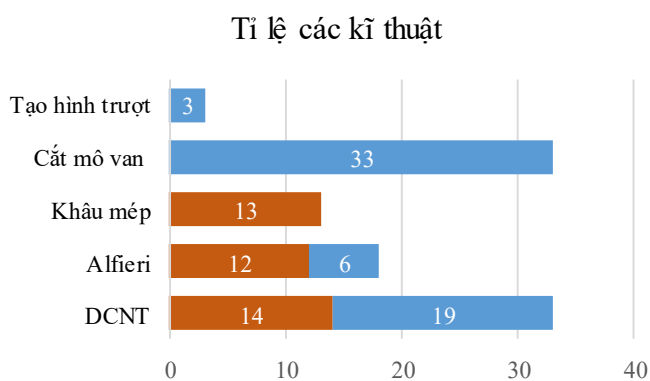
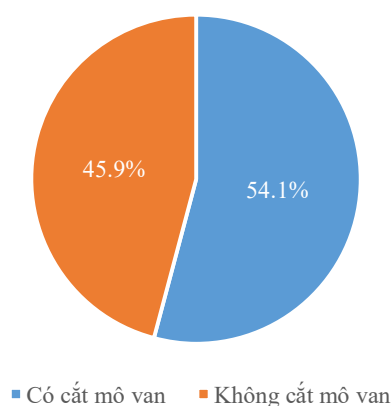
2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	Không cắt mô van (N=28)	Cắt mô van (N=33)	Giá trị p
Thời gian THNCT (phút)	145,7 ± 21,3	147,5 ± 25,9	0,94
Thời gian kẹp ĐMC (phút)	83,1 ± 13,6	85,9 ± 17,7	0,75
Sửa van thất bại phải chuyển thay van hai lá	2 (7,1%)	2 (6,1%)	-
Chuyển mổ hở	0 (0%)	0 (0%)	-
Sửa van hai lá thành công	26 (92,9%)	31 (93,9%)	-
Kích thước vòng van nhân tạo	32,9 ± 2,5	32,5 ± 2,1	0,91
Diện áp sau khi sửa van đo trên SAT qua TQ (mm)	6.3 ± 1,0	6.1 ± 0,9	0,78

Về phương pháp sửa van:

Bên cạnh tiến hành đặt vòng van hai lá phù hợp cho tất cả các bệnh nhân, phẫu thuật sửa van hai lá có kèm cắt mô van trong nghiên cứu của chúng tôi có số lượng nhiều hơn (54,1%) so với các kỹ thuật không cắt mô van.



(DCNT: dây chằng nhân tạo)

Biểu đồ 3: Tỷ lệ kỹ thuật sửa van

3. Kết quả chu phẫu

Về kết quả chu phẫu không có trường hợp tử vong hay phẫu thuật lại. Ghi nhận một trường hợp hở hai lá trung bình sau phẫu thuật 30 ngày, đây là bệnh nhân được sửa van hai lá không cắt mô van, vị trí sa tại A2 được sửa bằng cách đặt dây chằng nhân tạo kèm theo đó là đặt vòng van số 32. Các biến chứng khác ghi nhận với tỉ lệ thấp và thời gian nằm hồi sức trung bình lần lượt là $3,8 \pm 3,4$ và $3,3 \pm 1,0$ ngày ở lần lượt 2 nhóm.

Bảng 3. Đặc điểm hậu phẫu trong vòng 30 ngày đầu

Đặc điểm hậu phẫu	Không cắt mô van (N=26)	Cắt mô van (N=31)	Giá trị p
<i>Tử vong</i>	0 (0%)	0 (0%)	-
<i>Phẫu thuật lại</i>	0 (0%)	0 (0%)	-
<i>Hở van hai lá từ trung bình trở lên</i>	1 (3,8%)	0 (0%)	
<i>Lá van di chuyển về phía trước thì tâm thu (SAM)</i>	0 (0%)	0 (0%)	-
<i>Tràn dịch màng phổi TB-nhiều</i>	0 (0%)	0 (0%)	-
<i>Viêm phổi</i>	2 (7,69%)	1 (3,2%)	-
<i>Suy tim cần sử dụng dụng cụ hỗ trợ cơ học (IABP)</i>	0 (0%)	1 (3,2%)	-
<i>Thời gian thở máy (giờ)</i>	$10,5 \pm 6,4$	$11,0 \pm 3,3$	0,20
<i>Thời gian nằm hồi sức (ngày)</i>	$3,8 \pm 3,4$	$3,3 \pm 1,0$	0,81
Đặc điểm siêu âm tim sau 1 tháng	Không cắt mô van (N=26)	Cắt mô van (N=31)	
<i>Hở van tồn lưu</i>			
<i>Không hở</i>	7 (26,9%)	13 (41,9%)	-
<i>Rất nhẹ</i>	4 (15,4%)	6 (19,4%)	-
<i>Nhẹ</i>	14 (53,8%)	12 (38,7%)	-
<i>Trung bình</i>	1 (3,8%)	0 (0%)	-
<i>Nặng</i>	0 (0%)	0 (0%)	-
<i>Chênh áp trung bình qua van (mmHg)</i>	$4,1 \pm 1,6$	$3,7 \pm 1,4$	0,13
<i>LVEDD (mm)</i>	$55,6 \pm 3,6$	$54,4 \pm 4,5$	1,00
<i>LVEDV (mL)</i>	$107,6 \pm 22,3$	$113,9 \pm 24,6$	0,12
<i>LVEF (%)</i>	$56,4 \pm 5,4$	$54,5 \pm 5,5$	0,26
<i>TAPSE (mm)</i>	$21,3 \pm 3,1$	$20,8 \pm 2,8$	0,10
<i>FAC (%)</i>	$40,5 \pm 5,0$	$42,1 \pm 7,3$	0,51
<i>PAPs (mmHg)</i>	$30,4 \pm 4,1$	$29,1 \pm 4,5$	0,59

BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Siêu âm tim trước phẫu thuật cho thấy tổn thương van hai lá xuất hiện ở nhiều vị trí, phản ánh tính phức tạp của bệnh Barlow. Nghiên cứu ghi nhận, tổn thương sa van nhiều phân vùng xuất hiện ở 75% bệnh nhân ở nhóm không cắt mô van và 72,7% ở nhóm cắt mô van. Bên cạnh đó, bệnh Barlow không chỉ đặc trưng bởi sa van nhiều phân vùng mà còn bởi các yếu tố giải phẫu như dư thừa mô van, dây chằng kéo dài và vòng van giãn nặng và vận động bất thường. Theo Hiemstra và cộng sự [10], những tổn thương phức tạp trên hệ thống dây chằng và trụ cơ trong bệnh Barlow gây khó khăn trong việc xác định vùng mô lành để sửa van. Những đặc điểm này làm tăng nguy cơ biến chứng như SAM và hở van tồn lưu nếu không được sửa chữa hợp lý.

Về chức năng thất trái, nghiên cứu của Anton Tomšič[3] ghi nhận phần lớn bệnh nhân có chức năng thất trái (EF) trên 60% trước mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều có EF > 50%, với giá trị trung bình > 60%.

Tính hiệu quả phẫu thuật sửa van hai lá Barlow ít xâm lấn có cắt mô van và không cắt mô van

Về tỉ lệ sửa van thành công, nghiên cứu có tỉ lệ sửa van thành công là 93,4%, tương tự so với một số kết quả ở các trung tâm phẫu thuật tim khác như Leo Poelzl[4] 93,5% và Michael A. Borger[5] 94,5% qua đường phẫu thuật sửa van hai lá Barlow ít xâm lấn.

Thời gian phẫu thuật cũng là một yếu tố quan trọng phản ánh tính an toàn và hiệu quả của phương pháp sửa van hai lá ít xâm lấn. Trong nghiên cứu này, thời gian sử dụng THNCT và

thời gian kẹp ĐMC trung bình lần lượt là $146,1 \pm 23,8$ phút và $84,6 \pm 15,9$ phút. So với các báo cáo quốc tế trước đây, chúng tôi thấy rằng thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu này tương đương các tác giả khác, như tác giả Michael A. Borger[5] ghi nhận là thời gian THNCT và kẹp ĐMC là 153 ± 47 phút và 99 ± 33 phút.

Khi đánh giá siêu âm tim sau mổ, chỉ có 1 trường hợp có hở van hai lá mức độ trung bình sau mổ. Trong khi đó, phần lớn bệnh nhân không còn hở van hoặc hở rất nhẹ đến nhẹ. Điều này cho thấy rằng, dù bệnh lý Barlow có tính chất phức tạp với đặc điểm lá van dư thừa và dây chằng kéo dài, phẫu thuật sửa van là hoàn toàn khả thi. Các chỉ số hậu phẫu khác như LVEF, LVEDD, và TAPSE trong vòng 30 ngày sau mổ đều ở giá trị chấp nhận được. Đáng chú ý, không có trường hợp nào bị biến chứng SAM, điều này minh chứng cho khả năng điều chỉnh tốt của kỹ thuật sửa van, ngay cả khi bệnh nhân có nguy cơ cao phát triển SAM.

Kết quả chu phẫu ghi nhận không có trường hợp nào tử vong hoặc cần phải phẫu thuật lại. Một số biến chứng như viêm phổi xuất hiện ở tỉ lệ thấp, chỉ ghi nhận một bệnh nhân phải đặt bóng đối xung động mạch chủ (IABP) hỗ trợ sau mổ. Đây là trường hợp bệnh nhân nữ, siêu âm tim trước mổ với EF 56%, thất trái 55mm, tổn thương van hai lá dư thừa nhiều, sa phần P2, P3. Tổng thời gian kẹp ĐMC 150 phút do quá trình sửa van khó khăn. Tuy nhiên, sau quá trình hậu phẫu, tình trạng suy tim đã cải thiện với EF là 55.6% ở lần tái khám 30 ngày sau mổ.

Sau khi sửa van, mô van bệnh Barlow vẫn có thể tiếp tục thoái hóa nếu không được quản lý và điều trị hiệu quả. Do đó, việc duy trì hiệu quả sửa van và phòng ngừa tái phát hở van đòi hỏi

các biện pháp quản lý hậu phẫu chặt chẽ. Theo dõi định kỳ bằng siêu âm tim qua thành ngực hoặc thực quản tại các mốc 3-6 tháng sau mổ và hàng năm là cần thiết để đánh giá tình trạng hở van tồn lưu, SAM (systolic anterior motion), hoặc các thay đổi chức năng thất trái. Ngoài ra, việc kiểm soát huyết áp bằng các thuốc ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể angiotensin II có thể giúp giảm áp lực lên vòng van, hạn chế nguy cơ tái phát hở van. Đối với bệnh nhân có rung nhĩ, điều trị chống đông máu kết hợp kiểm soát nhịp hoặc tần số tim là biện pháp quan trọng để giảm thiểu nguy cơ hình thành huyết khối và tái phát hở van. Bên cạnh đó, chẹn beta và thuốc lợi tiểu được sử dụng để tối ưu hóa chức năng thất trái, đặc biệt ở các bệnh nhân có dấu hiệu suy tim, nhằm duy trì kết quả phẫu thuật lâu dài.

So sánh kết quả ban đầu của hai phương pháp cắt mô van và không cắt mô van

Kết quả của nghiên cứu chúng tôi cho thấy trong bệnh van hai lá Barlow, phương pháp bảo tồn mô van phổ biến tương đương phương pháp cắt mô van. Các kết quả sớm của phẫu thuật của hai phương pháp cắt mô van và không cắt mô van là tương tự nhau. Tuy nhiên, có sự khác biệt về chênh áp qua van sau mổ. Chỉ số này đối với phương pháp bảo tồn mô van cao hơn so với phương pháp cắt mô van. Dù vậy, chỉ số này vẫn nằm trong giới hạn thấp.

Các bệnh nhân mắc bệnh van hai lá dạng Barlow đa số có tổn thương trên toàn bộ hệ thống van với đặc trưng là các lá van dày, mô lá van dư thừa, tình trạng dẫn vòng van cùng với các tổn thương khác trên hệ thống dây chằng và trụ cơ, gây khó khăn trong việc xác định vùng mô lành làm điểm qui chiếu cho việc sửa van [6]. Chỉ định phẫu thuật sớm hạn chế tổn thương lá van, dây

chằng, dẫn vòng van, vô hóa vòng van hoặc vận động nghịch thường của vòng van nặng thêm, giúp kết quả tốt hơn.

Phương pháp đặt vòng van phù hợp cho các trường hợp sa đối xứng của cả hai lá van gây hở trung tâm. Tuy nhiên, lá van sau dư thừa không được điều chỉnh là nguy cơ cho biến chứng SAM sau mổ. Thật sự, đối với tổn thương van hai lá Barlow, điều chỉnh chiều cao lá van sau là một trong những mục tiêu quan trọng. Cả hai phương pháp bảo tồn mô van và cắt mô van đều có thể đồng thời sửa chữa sự sa lá van và điều chỉnh chiều cao lá van. Dây chằng nhân tạo có thể được dùng để điều trị sự sa lá van và điều chỉnh chiều cao lá van bằng cách rút ngắn dây chằng. Dây chằng nhân tạo được rút ngắn theo chiều cao mong muốn của phẫu thuật viên, kéo lá van vào trong thất trái. Đối với phương pháp cắt mô van, cắt bỏ phần lá van sa kết hợp với kỹ thuật tạo hình trượt có thể sửa chữa cả vấn đề sa van và điều chỉnh chiều cao lá van dư thừa cùng một lúc.[7]

Bên cạnh sự cố định của vòng van, độ áp (coaptation) hai lá van sau mổ là yếu tố quan trọng phòng ngừa hở van hai lá tái phát sau mổ. Bất kể phương pháp nào được sử dụng cũng cần đảm bảo chiều cao lá van đủ, phù hợp để đảm bảo độ áp của hai lá van. Độ áp thiếu làm tăng lực căng lên dây chằng, và lá van gây thoái hóa là van và nguy cơ đứt dây chằng (tự nhiên hoặc nhân tạo) cao.[7]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả siêu âm cho thấy cả hai phương pháp đều tốt. Diện áp sau khi sửa van 6,1-6,3mm, không khác biệt giữa hai phương pháp. Đồng thời, các chỉ số siêu âm khác, biến chứng hậu phẫu hai phương pháp là gần như tương tự nhau (*paired t-test, p >*

0,05). Tuy rằng về mặt kỹ thuật của hai phương pháp thì khác nhau, nhưng trên bệnh nhân được chỉ định đúng, thì kết quả của cả hai phương pháp đều đạt tốt.

Phương pháp bảo tồn mô van, dùng dây chằng nhân tạo có lợi điểm giảm thời gian phẫu thuật, đặt được vòng van hai lá lớn hơn, giảm độ chênh áp qua van. Tuy nhiên, việc điều chỉnh chiều cao lá van phải cực kì chính xác. Còn các kỹ thuật khâu mép lá van, giúp loại trừ các dòng hở nhỏ, nhưng có thể làm giảm diện tích mở van hiệu quả và gây tăng chênh áp qua van.[8]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian THNCT và kẹp ĐMC hai phương pháp không có khác biệt thống kê (*paired t-test, p > 0,05*). Trong nhóm bảo tồn mô van, chúng tôi thường kết hợp kỹ thuật dùng dây chằng nhân tạo và khâu mép lá van và có 4 trường hợp chúng tôi áp dụng cả 3 kỹ thuật DCNT, Alfieri và khâu mép van. Vì vậy, thời gian phẫu thuật của phương pháp bảo tồn mô van tương đương với phương pháp cắt mô van. Dù thường phương pháp bảo tồn mô van có thời gian phẫu thuật ngắn hơn. Lo ngại về vấn đề giảm diện tích hiệu quả lỗ van hai lá, gây chênh áp qua van tăng khi dùng các kỹ thuật khâu mép van được loại trừ. Độ chênh áp qua van hai lá sau mổ của phương pháp bảo tồn mô van trong giới hạn thấp, và tương tự phương pháp cắt mô van. Chúng tôi không ghi nhận sự khác nhau về kích thước vòng van giữa 2 nhóm. Kết quả trên cho thấy, sử dụng kết hợp các kỹ thuật bảo tồn mô van đúng không gây hẹp van hai lá sau mổ, đảm bảo độ áp và ngăn ngừa biến chứng SAM.

Về kết quả tổng quan, chúng tôi thấy rằng sửa van hai lá Barlow bằng phương pháp cắt mô van và bảo tồn mô van có kết quả tương tự. Tuy vậy cần nghiên cứu nhiều hơn nữa với cỡ mẫu và

thời gian dài hơn để có kết quả khách quan về tính hiệu quả của mỗi phương pháp sửa van.

HẠN CHẾ

Một số hạn chế của nghiên cứu, bao gồm số lượng mẫu nhỏ và tính chất hồi cứu, chưa loại trừ hết các yếu tố gây nhiễu. Điều này có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của các kết quả nghiên cứu và cần được xác nhận thêm qua các nghiên cứu lớn hơn.

Bên cạnh đó, việc so sánh hai phương pháp phẫu thuật cần có thời gian dài theo dõi bệnh nhân, từ đó đặt ra vấn đề cần các nghiên cứu trung hạn hay dài hạn để so sánh hai phương pháp.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chứng minh rằng phẫu thuật sửa van hai lá ít xâm lấn ở bệnh nhân mắc bệnh van hai lá dạng Barlow mang lại kết quả rất khả quan, với tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng. Hình ảnh siêu âm tim sau phẫu thuật cho thấy chức năng van được cải thiện rõ rệt, đồng thời không ghi nhận trường hợp tử vong hay phải can thiệp phẫu thuật lại. Đáng chú ý, cả hai phương pháp cắt mô van và không cắt mô van đều cho kết quả tốt với tính hiệu quả tương tự nhau. Đây là giải pháp điều trị cho những bệnh nhân có tổn thương van hai lá phức tạp như bệnh Barlow.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anyanwu, A.C. and D.H. Adams, *Etiologic classification of degenerative mitral valve disease: Barlow's disease and fibroelastic deficiency*. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*, 2007. **19**(2): p. 90-6.
2. Wells, F., *Carpentier's Reconstructive Valve Surgery*. *Ann R Coll Surg Engl*. 2011 May;93(4):330. doi: 10.1308/147870811X571929b.

3. Tomšič, A., et al., *Mitral valve repair with resection and non-resection techniques in Barlow's disease: A multi-center study*. Int J Cardiol, 2024. **413**: p. 132387.
4. Pözl, L., et al., *Five-year outcomes of different techniques for minimally invasive mitral valve repair in Barlow's disease*. Eur J Cardiothorac Surg, 2024. **65**(6).
5. Chemtob, R.A., et al., *Repair of bileaflet prolapse in Barlow syndrome: The 4-chord technique*. J Card Surg, 2019. **34**(7): p. 605-609.
6. Hiemstra, Y.L., et al., *Evolution from mitral annular dysfunction to severe mitral regurgitation in Barlow's disease*. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2021. **32**(4): p. 506-514.
7. Faerber, G., et al., *Minimally-invasive mitral valve repair of symmetric and asymmetric Barlow's disease*. Clin Res Cardiol, 2021. **110**(12): p. 1881-1889.
8. Tabata, M., et al., *Interscallop indentation closure as an adjunctive technique in mitral valve repair for degenerative mitral valve disease*. Gen Thorac Cardiovasc Surg, 2020. **68**(3): p. 233-239.
9. da Rocha, E.S.J.G., et al., *Barlow's Mitral Valve Disease: A Comparison of Nepochordal (Loop) and Edge-To-Edge (Alfieri) Minimally Invasive Repair Techniques*. Ann Thorac Surg, 2015. **100**(6): p. 2127-33; discussion 2133-5.
10. Hiemstra, Y.L., et al., *Evolution from mitral annular dysfunction to severe mitral regurgitation in Barlow's disease*. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2021. **32**(4): p. 506-514.