

Kết quả sớm phẫu thuật thay van hai lá trên bệnh nhân đã phẫu thuật sửa van hai lá tại Bệnh viện Tim Tâm Đức

Trần Văn Hòa, Phan Kim Phương, Chu Trọng Hiệp*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ tái phẫu thuật van hai lá sau lần sửa van từ khoảng 4,5 đến 8% sau 10 năm và tỷ lệ này ngày càng tăng trong thập kỷ qua. Phẫu thuật lại van hai lá là phẫu thuật phức tạp do cấu trúc giải phẫu tim đã bị thay đổi sau lần phẫu thuật đầu tiên. Đây là nhiệm vụ đầy thách thức với chuyên môn và tay nghề của phẫu thuật viên để tách từng cấu trúc mà không làm hỏng chúng, làm tăng nguy cơ rách hay vỡ gây mất máu và trong một số trường hợp có thể dẫn đến tử vong. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay van hai lá trên bệnh nhân đã phẫu thuật sửa van hai lá tại Bệnh viện Tim Tâm Đức giai đoạn tháng 3 năm 2006 đến tháng 6 năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca từ tháng 03 năm 2006 đến tháng 06 năm 2023

Kết quả: Sau thay van, 39 bệnh nhân cải thiện về cải thiện về phân độ NYHA, nhịp tim, áp lực động mạch phổi, đường kính nhĩ trái, đường kính thất trái tâm trương, chênh áp qua van. 01 bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật (ngày hậu phẫu thứ 50). Biến chứng sớm sau phẫu thuật chủ yếu bao gồm chảy máu cần phẫu thuật lại cầm máu (12,8%), viêm phổi (10,3%) và suy thận cần chạy thận nhân tạo (7,7%).

Kết luận: Kết quả sớm phẫu thuật thay van hai lá trên bệnh nhân đã phẫu thuật sửa van hai lá tại bệnh viện Tim Tâm Đức đem lại kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng và tử vong sớm sau phẫu thuật thấp.

Từ khóa: Van hai lá, Thay van hai lá, Phẫu

thuật lại van hai lá, Phẫu thuật lại, Sửa chữa lại van hai lá.

EARLY OUTCOMES OF MITRAL VALVE REPLACEMENT FOLLOWING PRIOR MITRAL VALVE REPAIR AT TAM DUC HEART HOSPITAL

ABSTRACT

Summary: The rate of mitral valve reoperation following prior valve repair ranges from approximately 4.5% to 8% over 10 years, and this rate has increased over the past decade. Mitral valve reoperation is a complex procedure because the anatomical structure of the heart changes after the initial surgery. This presents a challenging task for the surgeon, requiring advanced expertise and skill to separate each structure without causing damage, which increases the risk of tearing or rupture, potentially leading to bleeding and, in some cases, death. Therefore, we conducted this study to evaluate the early outcomes of mitral valve replacement following prior mitral valve repair at Tam Duc Heart Hospital from March 2006 to June 2023.

Study subjects and methods: A retrospective study describing a series of cases from March 2006 to June 2023.

* Bệnh viện Tim Tâm Đức

Tác giả liên hệ: Trần Văn Hòa.

Email: tranvanhoa2108@gmail.com. Tel: 0919889777

Nhận ngày bài: 01/12/2024 Ngày sửa bài: 11/12/2024

Ngày chấp nhận đăng: 27/12/2024

Results: After mitral valve replacement, 39 patients showed improvement in NYHA classification, heart rate, pulmonary artery pressure, left atrial diameter, left ventricular diastolic diameter, and transvalvular pressure gradient. One patient died postoperatively on day 50. Early postoperative complications mainly included reoperation for bleeding (12.8%), pneumonia (10.3%), and kidney failure requiring hemodialysis (7.7%).

Conclusion: The early outcomes of mitral valve replacement following prior mitral valve repair at Tam Duc Heart Hospital were positive, with few complications and low early mortality rates post-surgery.

Keywords: *Mitral valve, Mitral valve replacement, Redo Mitral Valve, Mitral valve reoperation, Reoperation, Mitral valve repair.*

MỞ ĐẦU

Bệnh van tim vẫn là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong do tim mạch trên toàn thế giới¹. Trong đó, bệnh van hai lá chiếm tỷ lệ trên 60%¹. Với tổn thương trên van hai lá và những tiến bộ trong kỹ thuật sửa van hiện nay, sửa van hiện vẫn là phương pháp được ưu tiên hơn việc thay van cho hầu hết bệnh nhân có tình trạng hở van hai lá do đã được chứng minh đem lại kết quả điều trị lâu dài tốt hơn, chức năng thất trái tốt hơn và tránh các biến chứng của thay van nhân tạo². Tuy nhiên, tỷ lệ tái phẫu thuật van hai lá sau lần sửa van từ khoảng 4,5 đến 8% sau 10 năm³ và tỷ lệ này ngày càng tăng trong thập kỷ qua⁴. Phẫu thuật lại van hai lá là phẫu thuật phức tạp do cấu trúc giải phẫu tim đã bị thay đổi sau lần phẫu thuật đầu tiên: tất cả các buồng tim và mạch máu lớn đều dính do mất dịch màng ngoài tim, bệnh lý tim nặng nề hơn, từ đó có tỷ lệ tử vong và tỷ lệ bệnh tật sau mổ cao hơn. Bệnh nhân thường có thời gian nằm hồi sức kéo dài hơn và có nguy cơ gặp các biến chứng bao gồm: rủi ro khi truyền máu nhiều, nhiễm trùng xương ức, nhiễm trùng trung thất, và các biến chứng khác liên quan đến phẫu thuật lại⁵. Đây là nhiệm vụ đầy thách thức với chuyên môn và tay nghề của phẫu thuật viên để tách từng cấu trúc mà không làm hỏng chúng, làm tăng nguy cơ rách hay vỡ gây mất máu và có thể

khả năng rất cao dẫn đến tử vong. Phẫu thuật lại van hai lá sau sửa van bao gồm sửa lại van hoặc thay van nhân tạo. Tại Việt Nam, phương pháp phẫu thuật thay van hai lá vẫn được ưu tiên hơn là sửa van hai lá sau phẫu thuật sửa van hai lá lần đầu do đặc điểm bệnh chủ yếu liên quan đến van tim hậu thấp, van và bộ máy dưới van dày dính, vôi hóa nặng, bệnh lý van vẫn tiến triển sau khi sửa van⁶. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay van hai lá trên bệnh nhân đã phẫu thuật sửa van hai lá tại Bệnh viện Tim Tâm Đức giai đoạn tháng 3 năm 2006 đến tháng 6 năm 2023.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân phẫu thuật thay van hai lá đã được phẫu thuật sửa van hai lá trước đó tại khoa Ngoại tim mạch, bệnh viện Tim Tâm Đức từ tháng 3 năm 2006 đến tháng 6 năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu từ tháng 03 năm 2006 đến tháng 06 năm 2023 tại khoa Ngoại tim mạch, Bệnh viện Tim Tâm Đức.

Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật được thực hiện qua đường mở

xương ức bằng cách sử dụng cưa lắc (oscillating saw) để cưa xương ức. Việc tiến hành bóc tách phải hết sức cẩn thận để tách tim ra khỏi xương ức. Trong trường hợp tim dính nhiều vào xương ức, chúng tôi thiết lập tim phổi nhân tạo ngoại vi trước khi cưa xương ức. Trước tiên nên ưu tiên bóc tách những vị trí cần thiết lập tim phổi nhân tạo. Sau đó, bóc tách dính thất phải, rãnh gian nhĩ. Thất trái nên bóc tách sau khi chạy tim phổi nhân tạo. Thiết lập tim phổi nhân tạo ở động mạch chủ lên, tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới. Dung dịch liệt tim được truyền xuôi dòng hay ngược dòng. Hạ thân nhiệt cơ thể xuống 28 - 32 độ C. Mở nhĩ trái qua vách liên nhĩ sau đó bóc lộ van hai lá. Ở những bệnh nhân được đặt vòng van nhân tạo hay dải màng ngoài tim trước đó, chúng được tháo ra hoàn toàn. Van và bộ máy dưới van được lấy ra hoàn

toàn hoặc bảo tồn lá van sau nếu van và bộ máy dưới van còn mềm mại. Đặt chỉ khâu bằng chỉ 2.0 Ethibond có hay không có kèm miếng đệm. Đuôi khí, đặt điện cực tạm thời, và cầm máu thường quy.

Xử lý số liệu

Các kết quả được báo cáo dưới dạng tỉ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn. Các phép tính thống kê được thực hiện trên phần mềm SPSS 20.0.

Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Tim Tâm Đức theo quyết định số 01.24/GCN-BVTD.

KẾT QUẢ

Từ tháng 03 năm 2006 đến tháng 06 năm 2023, có 39 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn để đưa vào phân tích.

Bảng 1. Đặc điểm trước phẫu thuật (N=39)

Đặc điểm		Kết quả*
Tuổi		48,26 ± 12,95
Giới	Nam	09 (23%)
	Nữ	30 (77%)
Bệnh mắc kèm	Tăng huyết áp	2 (5,1%)
	Đái tháo đường týp 2	2 (5,1%)
	Tai biến mạch máu não	2 (5,1%)
	Cường giáp	1 (2,6%)
	Viêm phổi	1 (2,6%)
	Xơ gan	1 (2,6%)
NYHA	I	0 (0%)
	II	20 (51%)
	III	17 (44%)
	IV	2 (5%)
Nhịp tim	Nhịp xoang	11 (28,2%)
	Rung nhĩ	28 (71,8%)
Tỷ số tim-lồng ngực		60,05 ± 7,81%
Chẩn đoán bệnh van hai lá	Hở van hai lá	7 (17,9%)
	Hẹp van hai lá	15 (38,5%)
	Hẹp hở van hai lá	17 (43,6%)
Bệnh tim phổi hợp bệnh van hai lá	Bệnh van 2 lá đơn thuần	16 (41%)
	Bệnh van 2 lá kèm bệnh van 3 lá	19 (49%)
	Bệnh van 2 lá kèm bệnh van 3 lá và bệnh van động mạch chủ	4 (10%)

*Các số liệu mô tả dưới dạng % và trung bình ± SD

Bảng 2. Nguyên nhân phẫu thuật lại và thời gian giữa 2 lần phẫu thuật (N=39)

Nguyên nhân phẫu thuật lại	Số bệnh nhân(%)	Thời gian giữa 2 lần phẫu thuật (năm)
Liên quan kỹ thuật mổ	4 (10,3%)	10,00 ± 2,94**
• Bung chỉ khâu miếng vá lá van	1 (2,6%)	9
• Bung chỉ khâu vòng van	1 (2,6%)	10
• Vòng van nhỏ	1 (2,6%)	7
• Sửa không hoàn chỉnh	1 (2,6%)	14
Liên quan bệnh lý van tiến triển	35 (89,7%)	14,77 ± 5,42**
• Tiến triển bệnh van tim hậu thấp	29 (74,4%)	14,8 ± 5,3
• Tiến triển bệnh van thoái hóa	3 (7,7%)	8; 13; 18
• Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng	1 (2,6%)	10
• Pannus vòng van	1 (2,6%)	26
• Co rút lá van	1 (2,6%)	12
Tổng	39 (100%)	14,28 ± 5,40

***p*=0,035 giữa thời gian giữa 2 lần phẫu thuật trên nhóm kỹ thuật mổ và nhóm bệnh lý van tiến triển

Bảng 3. Đặc điểm trong phẫu thuật (N=39)

Đặc điểm		Kết quả*
Thiết lập tim phổi nhân tạo	Thiết lập tim phổi nhân tạo ngoại vi	7 (17,9%)
	Thiết lập tim phổi nhân tạo trung tâm	32 (82,1%)
Thời gian chạy máy tim phổi (phút)		122,34 ± 58,7
Thời gian kẹp ĐMC (phút)		66,41 ± 23,70
Thời gian phẫu thuật (phút)		281,88 ± 77,91
Van cơ học		34 (87,2%)
Van sinh học		5 (12,8%)
Cỡ van	25	18 (46,2%)
	27	18 (46,2%)
	29	1 (2,6%)
	31	1 (2,6%)
	33	1 (2,6%)
Cắt lá van	Cắt hai lá van	36 (92,3%)
	Bảo tồn lá van sau	3 (7,7%)
Mũi chỉ khâu van	Chữ U ngược có miếng đệm	22 (56,4%)
	Mũi đơn	17 (43,6%)
Lấy huyết khối và đông tiểu nhĩ trái		2 (5,1%)
Phẫu thuật kết hợp	Sửa van 3 lá	19 (48,7%)
	Thay van ĐMC	1 (2,6%)
	Sửa van ĐMC và sửa van 3 lá	1 (2,6%)
	Thay van ĐMC và sửa van 3 lá	2 (5,1%)

*Các số liệu mô tả dưới dạng % và trung bình ± SD

Bảng 4. Đặc điểm sau phẫu thuật (N=39)

Đặc điểm		Kết quả*
Thời gian thở máy (giờ)		48,39 ± 52,77
Thời gian nằm hồi sức (ngày)		5,21 ± 3,67
NYHA	I	29 (76%)
	II	9 (24%)
	III	0 (0%)
	IV	0 (0%)
Nhịp tim	Nhịp xoang	18 (46,2%)
	Rung nhĩ	21(53,8%)
Biến chứng	Chảy máu cần mổ lại	5 (12,8%)
	Viêm phổi	4 (10,3%)
	Chạy thận nhân tạo	3 (7,7%)
	Bóng đối xung động mạch chủ	2 (5,1%)
	Nhiễm trùng vết mổ	2 (5,1%)
	Nhiễm trùng huyết	1 (2,6%)
	Tràn khí màng phổi	1 (2,6%)
	Tràn dịch màng phổi	1 (2,6%)
Tràn dịch màng tim	1 (2,6%)	
Tử vong sau phẫu thuật		1 (2,6%)

*Các số liệu mô tả dưới dạng % và trung bình ± SD

Bảng 5. So sánh đặc điểm trước và sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật*	Sau phẫu thuật*	p
NYHA	2,53 ± 0,60	1,24 ± 0,43	<0,001
Áp lực ĐMP tâm thu (mmHg)	42,46 ± 14,43	28,54 ± 6,54	<0,001
Đường kính nhĩ trái (mm)	55,49 ± 12,54	48,88 ± 20,20	0,041
Đường kính thất trái cuối tâm trương (mm)	48,02 ± 7,17	41,99 ± 8,29	<0,001
Đường kính thất trái cuối tâm thu (mm)	31,36 ± 5,68	29,92 ± 6,91	0,234
Chênh áp trung bình qua van hai lá (mmHg)	10,94 ± 5,48	4,67 ± 1,34	<0,001
Phân xuất tổng máu EF (%)	63,10 ± 8,78	60,82 ± 7,39	0,251

*Các số liệu mô tả dưới dạng trung bình ± S

BÀN LUẬN

Hiện nay có nhiều tác giả chọn phẫu thuật lại qua đường ngực bên phải, với mục tiêu làm giảm tỷ lệ tử vong, tỷ lệ cầm máu, giảm thời gian nằm viện và giảm số lượng thuốc vận mạch cần sử dụng^{7, 8}. Tuy nhiên, phẫu thuật qua đường ngực phải không phải lúc nào cũng thực hiện được, nhất là khi phẫu thuật van hai lá kết hợp van động mạch chủ hay bắc cầu động mạch vành. Trong trường hợp này, mở ngực qua đường giữa xương ức thích hợp hơn do phù hợp với các bệnh nhân phẫu thuật tim kết hợp như vừa phẫu thuật van hai lá vừa bắc cầu mạch vành hay phẫu thuật van động mạch chủ, động mạch chủ lên. Bệnh nhân hở van động mạch chủ nên phẫu thuật mở xương ức vì khi kẹp động mạch chủ và hút máu có thể khó khăn khi mở ngực phải. Bệnh động mạch chủ chậu khó khăn cho thiết lập tuần hoàn động mạch đùi cũng phù hợp phương pháp mở ngực qua đường giữa xương ức hơn. Bệnh lý phổi và màng phổi như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng, viêm phổi, dày dính màng phổi cũng phù hợp đường mở xương ức hơn là mở ngực bên phải.

Tại Bệnh viện Tim Tâm Đức thường áp dụng mở ngực qua đường giữa xương ức cho lần phẫu thuật lại van hai lá bởi vì phẫu thuật qua đường mở xương ức phơi bày tất cả các phần của tim, tất cả các kỹ thuật bảo vệ cơ tim đều làm được, cho phép hút máu làm trống tim bên phải và bên trái làm cho thao tác phẫu thuật van hai lá dễ dàng hơn. Thêm vào đó, với kinh nghiệm của các phẫu thuật viên tại Bệnh viện chúng tôi, phẫu thuật lại qua đường mở xương ức an toàn khi vào ngực. Phẫu thuật viên sử dụng cưa lác và cẩn thận bóc tách dính màng ngoài tim cho kết quả tốt.

Đặc điểm trước phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân chủ yếu là nữ giới, chiếm 77%. với độ tuổi trung bình là $48,26 \pm 12,95$ tuổi. Tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới tương đồng với các nghiên cứu của Kilic⁹ và El-Eshmawi¹⁰ với nữ giới chiếm lần lượt 55% và 69%.

Trước khi phẫu thuật, đa số bệnh nhân có phân độ NYHA II và III với lần lượt là 51% và 44%. Kết quả phân độ NYHA II và III chiếm đa số cũng tương đồng kết quả trong nghiên cứu El-Eshmawi và cộng sự¹⁰ với 34% phân độ NYHA II và 57% NYHA III. Phẫu thuật khi phân độ NYHA thấp sẽ giúp giảm tỷ lệ bệnh nhân tử vong. Thật vậy, trong nghiên cứu của tác giả Husebye¹¹ cho thấy tỷ lệ tử vong phân độ NYHA II là 4,2%, NYHA III là 9,3%, và NYHA IV là 41%. Nghiên cứu của tác giả Cohn¹² cho thấy tỷ lệ tử vong khi nằm viện và trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện trên nhóm bệnh nhân có phân độ NYHA từ I đến III thấp hơn đáng kể nhóm bệnh nhân có phân độ NYHA IV, từ đó cho thấy phẫu thuật sớm là chìa khóa thành công trước khi tổn thương cấu trúc cơ tim nghiêm trọng.

Nguyên nhân phẫu thuật lại được chia thành 2 nhóm nguyên nhân: nhóm liên quan kỹ thuật mổ và nhóm liên quan đến bệnh lý van tiến triển. Nhóm liên quan kỹ thuật mổ có 4 trường hợp chiếm tỷ lệ 10,3%. Nhóm liên quan bệnh lý van tiến triển có 35 trường hợp chiếm tỷ lệ 89,7%. Trong đó, tiến triển bệnh van tim hậu thấp chiếm tỷ lệ cao nhất là 74,4%. Với các trường hợp này, các lá van dày, xơ hóa, vôi hóa nặng, các mép van dính, và bộ máy dưới van dính nhiều. Tiến triển của bệnh cũng là nguyên nhân chính được đề cập trong nghiên cứu của Kilic⁹ và nghiên cứu trong 27 năm của Kumar¹³.

Thời điểm phẫu thuật lại trung bình trong nghiên cứu của tôi là $14,28 \pm 5,40$ năm. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Sampath¹³ với thời điểm phẫu thuật lại trung bình là 14,2 năm. Đánh giá trên phân nhóm các nguyên nhân, thời điểm phẫu thuật lại trong nghiên cứu của chúng tôi trên nhóm bệnh nhân được phẫu thuật lại do liên quan kỹ thuật ngắn hơn trên nhóm bệnh nhân được phẫu thuật do bệnh lý van tiến triển có ý nghĩa thống kê ($10,00 \pm 2,94$ năm so với $14,77 \pm 5,42$ năm, $p = 0,035$).

Đặc điểm trong phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 18% thiết lập tim phổi nhân tạo ngoại vi. Việc quyết định thiết lập tim phổi nhân tạo ngoại vi hay trung tâm dựa vào kết quả CT scan ngực và X-quang tim phổi nghiêng. Trường hợp tim to dính nhiều vào xương ức, chúng tôi thiết lập tim phổi nhân tạo ngoại vi trước khi cưa xương ức. Nếu tim dính ít vào xương ức, chúng tôi bóc lộ động - tĩnh mạch đùi trước nhưng không thiết lập tim phổi nhân tạo, sau đó chúng tôi tiến hành cưa xương ức. Trong trường hợp chảy máu nhiều khó kiểm soát, chúng tôi ngưng bóc tách, tiến hành thiết lập tim phổi nhân tạo ngoại vi, cho chạy tim phổi nhân tạo sau đó mới tiếp tục bóc tách dính.

Tỷ lệ bảo tồn lá van trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối ít (7,7%) do nghiên cứu chúng tôi là phẫu thuật lại sau sửa van với bệnh van tim hậu thấp chiếm tỷ lệ cao (84,6%). Trong bệnh van tim hậu thấp, các lá van, dây chằng, bộ máy dưới van vôi hóa, dày dính, xơ hóa nhiều. Nếu chúng ta cố gắng bảo tồn lá van, dây chằng sẽ làm cản trở hoạt động của lá van nhân tạo cũng như giảm kích thước vòng van không như mong muốn, từ đó đặt van nhân tạo kích thước nhỏ hơn.

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của

tôi được thay van cơ học (chiếm 87,2%), còn lại 12,8% bệnh nhân được thay van sinh học. Điều này hoàn toàn phù hợp với chỉ định loại van thay dựa theo độ tuổi được đề cập trong Hướng dẫn của ACC/AHA năm 2020 về quản lý bệnh nhân mắc bệnh van tim. Van cơ học sẽ được chỉ định thay cho bệnh nhân có độ tuổi nhỏ hơn 65 (chứng cứ 2a). Trong khi đó những bệnh nhân trên 65 tuổi được khuyến cáo thay van sinh học (chứng cứ 2a)¹⁴.

Đặc điểm sau phẫu thuật

NYHA khi ra viện trong nghiên cứu của chúng tôi giảm từ $2,53 \pm 0,60$ xuống còn $1,24 \pm 0,43$ ($p < 0,001$). Điều này cho thấy kết quả phẫu thuật sớm của chúng tôi là tốt trong việc cải thiện triệu chứng khó thở của bệnh nhân.

Số lượng bệnh nhân rung nhĩ giảm từ 71,8% xuống còn 53,8%, cho thấy kết quả sau thay van nhìn chung cải thiện nhịp tim của bệnh nhân. Tất cả các thông số siêu âm tim đều cải thiện với độ giảm Áp lực động mạch phổi tâm thu (mmHg), Đường kính nhĩ trái (mm), Đường kính thất trái cuối tâm trương (mm) và Chênh áp trung bình qua van hai lá (mmHg) đều giảm giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$). Duy nhất chỉ có chỉ số Phân xuất tổng máu EF (%) giảm nhẹ sau phẫu thuật. Lý do giải thích cho kết quả này là thời gian ngắn sau phẫu thuật thay van hai lá, tim chưa có đủ thời gian để phục hồi, do đó có thể quan sát thấy chỉ số EF giảm nhẹ. Tại các lần tái khám sau, chỉ số này đã cải thiện dần dần.

Nghiên cứu ghi nhận 01 bệnh nhân (2,6%) tử vong sau phẫu thuật tại bệnh viện do nhiễm trùng nặng, suy đa cơ quan. Kết quả tỷ lệ tử vong sớm của chúng tôi tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Divya¹¹ với 3,5% bệnh nhân tử vong trong bệnh viện. Tuy nhiên, kết quả

ngiên cứu chúng tôi tốt hơn kết quả trong nghiên cứu của Kilic⁹ với 8% bệnh nhân tử vong khi phẫu thuật thay van hai lá trên bệnh nhân đã sửa van hai lá trước đó.

Biến chứng sớm sau mổ chủ yếu là chảy máu cần phẫu thuật lại cầm máu (12,8%), viêm phổi (10,3%), và suy thận cần chạy thận nhân tạo (7,7%). Không có bệnh nhân nào bị vỡ vòng van, kẹt van sau thay van cơ học, và đột quy sau phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ chảy máu phải cầm máu lại chiếm tỷ lệ 12,8% cao hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như và Kilic⁹ và Dumont¹⁵ với lần lượt 5,3% và 6%. Biến chứng viêm phổi của chúng tôi chiếm tỷ lệ 10,3%, cao hơn ghi nhận trong nghiên cứu của Kilic⁹ với 6% do thời gian thở máy kéo dài trong nghiên cứu của chúng tôi dẫn đến làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng phổi. Biến chứng suy thận của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ 7,7%, cao hơn của Kilic⁹, Dumont¹⁵ và Gillinov¹⁶ (4%, 3,2%, và 1,2%). Tuy nhiên biến chứng suy thận sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi được kiểm soát tốt bằng chạy thận nhân tạo. Ngược lại các biến chứng nặng khác như nhồi máu cơ tim, biến chứng đường tiêu hóa, nhiễm trùng xương ức, tai biến mạch máu não, đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn, thiếu máu chi, và thuyên tắc phổi lại không xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng lại xuất hiện trong nghiên cứu của Kilic⁹ với tỷ lệ tai biến mạch máu não là 4%, đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn là 6%, biến chứng tiêu hóa là 9%, và thiếu máu chi cấp là 1%. Ngoài ra, nghiên cứu của Gillinov¹⁶ ghi nhận thêm các loại biến chứng như tai biến mạch máu não là 4,6%, nhiễm trùng xương ức là 3,5%, nhồi máu cơ tim là 2,3%, xuất huyết tiêu hóa là 2,3%, và thuyên tắc phổi là 1,2%.

KẾT LUẬN

Qua 39 bệnh nhân được thay van sau phẫu thuật sửa van trước đó tại bệnh viện Tim Tâm Đức, chúng tôi thấy bệnh nhân nữ chiếm đa số và tất cả bệnh nhân cải thiện phân độ NYHA và chỉ số siêu âm tim sau phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng và tử vong sớm thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nkomo V, Gardin J, Skelton T, Gottdiener J, Scott C, Enriquez-Sarano M. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. *The lancet*. 2006;368(9540):1005-11.
2. Zhao L, Kolm P, Borger MA, Zhang Z, Lewis C, Anderson G, et al. Comparison of recovery after mitral valve repair and replacement. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2007;133(5):1257-63.
3. Nishida H, Fukui T, Kasegawa H, Kin H, Yamazaki M, Takanashi S. Causes of repair failure for degenerative mitral valve disease and reoperation outcomes. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2018;53(6):1244-50.
4. Gammie JS, Sheng S, Griffith BP, Peterson ED, Rankin JS, O'Brien SM, et al. Trends in mitral valve surgery in the United States: results from the Society of Thoracic Surgeons Adult Cardiac Surgery Database. *Ann Thorac Surg*. 2009;87(5):1431-7; discussion 7-9.
5. Wauthy P, Goldstein JP, Demanet H, Deuvaert FE. Redo valve surgery nowadays: what have we learned? *Acta Chir Belg*. 2003;103(5):475-80.
6. Nguyễn Văn Phan. Nghiên cứu phương pháp sửa van của Carpentier trong bệnh hở van hai lá. Tp. Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh; 2003.

7. Vallabhajosyula P, Wallen T, Pulsipher A, Pitkin E, Solomoto LP, Musthaq S, et al. Minimally Invasive Port Access Approach for Reoperations on the Mitral Valve. *Ann Thorac Surg.* 2015;100(1):68-73.
8. Hiraoka A, Kuinose M, Totsugawa T, Chikazawa G, Yoshitaka H. Mitral valve reoperation under ventricular fibrillation through right mini-thoracotomy using three-dimensional videoscope. *J Cardiothorac Surg.* 2013;8:81.
9. Kilic A, Helmers MR, Han JJ, Kanade R, Acker MA, Hargrove WC, et al. Redo mitral valve surgery following prior mitral valve repair. *J Card Surg.* 2018;33(12):772-7.
10. El-Eshmawi A, Sun E, Boateng P, Pandis D, Rimsukcharoenchai C, Anyanwu A, et al. Lessons from reoperations for mitral stenosis after mitral valve repair. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.* 2021;161(3):937-46.
11. Husebye DG, Pluth JR, Piehler JM, Schaff HV, Orszulak TA, Puga FJ, et al. Reoperation on prosthetic heart valves. An analysis of risk factors in 552 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1983;86(4):543-52.
12. Cohn LH, Aranki SF, Rizzo RJ, Adams DH, Cogswell KA, Kinchla NM, et al. Decrease in operative risk of reoperative valve surgery. *The Annals of Thoracic Surgery.* 1993;56(1):15-21.
13. Sampath Kumar A, Dhareshwar J, Airan B, Bhan A, Sharma R, Venugopal P. Redo Mitral Valve Surgery—A Long-Term Experience. *Journal of cardiac surgery.* 2004;19(4):303-7.
14. Members WC, Otto C, Nishimura R, Bonow R, Carabello B, Erwin III J, et al. 2020 ACC/AHA guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology.* 2021;77(4):e25-e197.
15. Dumont E, Gillinov AM, Blackstone EH, Sabik III JF, Svensson LG, Mihaljevic T, et al. Reoperation after mitral valve repair for degenerative disease. *The Annals of thoracic surgery.* 2007;84(2):444-50.
16. Gillinov AM, Cosgrove DM, Lytle BW, Taylor PC, Stewart RW, McCarthy PM, et al. Reoperation for failure of mitral valve repair. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery.* 1997;113(3):467-75.