

Kết quả sửa van hai lá điều trị hở van hai lá do thiếu máu cơ tim ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên

Nguyễn Thái Minh^{1,2}, Nguyễn Sinh Hiền^{1,2}, Nguyễn Thành Phi Long¹, Tạ Đình Trung¹,
Nguyễn Trọng Tấn¹, Đoàn Quốc Hưng^{1,3*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, đồng thời đánh giá kết quả sau 12 tháng ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên có hở van hai lá do thiếu máu cơ tim mức độ nhiều được phẫu thuật.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả có so sánh kết quả phẫu thuật của 39 người bệnh có hở van hai lá nhiều được phẫu thuật bắc cầu chủ vành đơn thuần (13 trường hợp), kết hợp sửa van hai lá (26 trường hợp) tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ 01/2020 đến 12/2022. Các thông số trước mổ, trong mổ, sau mổ và sau 12 tháng được thu thập và phân tích so sánh giữa hai nhóm.

Kết quả: tuổi trung bình của 2 nhóm là 65,5, nam giới chiếm 59%, nhóm sửa van có mức độ hở trước mổ cao hơn so với nhóm không được sửa (2.9 ± 0.2 so với 2.6 ± 0.2 , $p=0.006$). Mức độ hở van hai lá cải thiện ở cả hai nhóm sau phẫu thuật, tuy nhiên sau 12 tháng, nhóm có sửa van ghi nhận mức độ hở thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,041$). Không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về các chỉ số đường kính và chức năng thất trái, tỷ lệ tử vong, biến chứng sau mổ và sau 12 tháng. Tuy nhiên, nhóm có sửa van ghi nhận thời gian cấp chủ dài hơn ($p = 0,002$) và có xu hướng nhiều biến chứng sớm hơn.

Kết luận: phẫu thuật sửa van hai lá đi kèm

bắc cầu chủ vành trên nhóm hở van hai lá nặng do thiếu máu cải thiện tình trạng hở van sau 12 tháng so với bắc cầu chủ vành đơn thuần.

Từ khóa: Hở van hai lá do thiếu máu cơ tim, sửa van hai lá, phẫu thuật bắc cầu chủ vành, nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên, nhồi máu cơ tim

OUTCOME OF ISCHEMIC MITRAL VALVE REPAIR IN PATIENTS WITH NON-ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

ABSTRACT:

Objective: Our study aimed to describe patient's characteristics, as well as to evaluate the short-term and 12-month outcomes of patients with non-ST-elevation myocardial infarction having severe ischemic mitral regurgitation, who underwent coronary artery bypass grafting with or without concomitant mitral valve repair.

Methods: A retrospective study was conducted on 39 patients who underwent CABG at Hanoi Heart Hospital from January 2020 to December 2022. Preoperative, intraoperative, postoperative, and 12-month follow-up data were

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tim Hà Nội

³Bệnh viện Quốc Tế Vinmec Times City

*Tác giả liên hệ: Đoàn Quốc Hưng

Email: hung.doanquoc@gmail.com - Tel: 0913045522

Ngày gửi bài: 16/07/2025 Ngày sửa bài: 19/08/2025

Ngày chấp nhận đăng: 22/08/2025

collected and compared between two groups: those who underwent mitral valve repair and those who did not.

Results: Among the 39 patients (13 isolated CABG, 26 CABG with mitral valve repair), the repair group had a higher preoperative mitral regurgitation severity compared to the non-repair group (2.9 ± 0.2 vs. 2.6 ± 0.2 , $p=0.006$). Mitral regurgitation improved in both groups postoperatively; however, at 12 months, the repair group showed significantly lower mitral regurgitation ($p=0.041$). There were no significant differences between the two groups in left ventricular function, postoperative and 12-

month mortality, or postoperative complications. However, the repair group had longer aortic cross-clamp times ($p=0.002$) and a trend toward more early complications.

Conclusion: Mitral valve repair combined with coronary artery bypass grafting in the group of severe ischemic mitral valve regurgitation reduced the degree of valve regurgitation after 12 months compared with isolated coronary artery bypass grafting.

Keywords: *ischemic mitral regurgitation, non-ST-elevation myocardial infarction, CABG, Mitral valve repair.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hở van hai lá (VHL) do thiếu máu cơ tim (IMR - ischemic mitral regurgitation) là tình trạng xảy ra sau nhồi máu cơ tim hoặc liên quan đến bệnh lý động mạch vành mà không có tổn thương thực thể bộ máy van, làm tăng đáng kể tỷ lệ tỷ lệ suy tim và tử vong ở những người bệnh (NB) mắc bệnh lý động mạch vành (ĐMV).^{1,2} Nguyên nhân chính thường do rối loạn chức năng thất trái như giãn thất, rối loạn vận động vùng hoặc giảm co bóp, dẫn đến thay đổi chức năng của lá van. Hiện nay, có sự đồng thuận rằng không cần xử trí với tổn thương hở van mức độ nhẹ, tuy nhiên, vẫn còn nhiều tranh cãi về phương pháp xử trí đối với các trường hợp IMR từ mức độ vừa trở lên.¹ Liệu việc sửa van kèm theo phẫu thuật bắc cầu chủ vành (BCCV) có thực sự cải thiện tiên lượng hay mức độ hở hay không?⁴ Do đó, chúng tôi thực

hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm và đánh giá kết quả điều trị, theo dõi trong vòng 12 tháng trên nhóm bệnh nhân được chẩn đoán NSTEMI và có tình trạng IMR nặng, được thực hiện phẫu thuật BCCV, có hoặc không kèm theo phẫu thuật sửa van hai lá.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

39 người bệnh nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên được phẫu thuật BCCV, có kết quả siêu âm độ hở van hai lá từ vừa trở lên tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ 1/1/2020 đến 31/12/2022. Trong đó 26 người bệnh được bắc cầu chủ vành kèm đặt vòng van hai lá, 13 người bệnh chỉ bắc cầu chủ vành đơn thuần. Mức độ hở van được xác định trên siêu âm theo AATS 2016.¹

Thông số	Mức độ nhẹ	Mức độ trung bình	Mức độ nặng
Diện tích dòng hở (cm ²)	< 0.2	0.2 – 0.39	≥ 0.4
Đường kính dòng hở tại gốc (cm)	< 0.3	0.3 – 0.69	≥ 0.7
Tỷ lệ diện tích dòng hở/điện tích nhĩ trái (%)	< 20	20 – 39	≥ 40
Thể tích dòng hở (mL/chu kỳ)	< 30	30 – 59	≥ 60

Tiêu chuẩn loại trừ: những trường hợp hở van hai lá do các nguyên nhân khác (biến chứng cơ học của NMCT, thấp tim, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả, có so sánh về các đặc điểm trước mổ, trong mổ, hậu phẫu và 12 tháng sau mổ giữa 2 nhóm có sửa van bằng phương pháp đặt vòng van phối hợp bắc cầu chủ vành (26 người bệnh) và nhóm chỉ bắc cầu chủ vành đơn thuần (13 người bệnh). Số liệu được thu thập từ hồ sơ của bệnh nhân tại kho lưu trữ hồ sơ của Bệnh viện Tim Hà Nội từ 1/1/2020 đến 31/12/2022.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu, sau đó nhập liệu vào phần mềm Redcap và xử lý bằng phần mềm STATA.

Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng

3. KẾT QUẢ

Tổng số có 39 người bệnh trong nghiên cứu, đặc điểm trước, trong và sau mổ được thể hiện trong các bảng dưới đây:

trung bình và độ lệch chuẩn, các biến rời rạc được biểu diễn dưới dạng tần số và phần trăm. Trung bình của biến liên tục được so sánh bằng phép kiểm định t (phân phối chuẩn) hoặc phép kiểm định Wilcoxon rank sum (phân phối không chuẩn). Tỷ lệ phần trăm của biến rời rạc được so sánh bằng kiểm định Fisher Exact nếu trên 20% tần số lý thuyết nhỏ hơn 5 hoặc bằng kiểm định khi bình phương nếu ít hơn 20% tần số lý thuyết lớn hơn 5. Mức ý nghĩa α được chọn là 5%. Đánh giá được thực hiện trên toàn bộ quần thể nghiên cứu, nhóm có thực hiện phẫu thuật sửa van hai lá và nhóm không thực hiện phẫu thuật sửa van hai lá.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Tim Hà Nội chấp thuận với quyết định số 517/BVT- GCNHĐĐĐ ngày 15/2/2022. Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận với quyết định số 672/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 4/6/2022.

Bảng 1. Các đặc điểm người bệnh trước mổ

Đặc điểm người bệnh	Nhóm chung (N=39)	Có sửa van (n=26)	Không sửa (n=13)	p
Nam (tần số, %)	23 (59,0 %)	16 (61,5%)	7 (53,8%)	0,645
Tuổi (x ± SD)	65,5 ± 9,1	64,4 ± 8,0	67,5 ± 10,9	0,318
BMI (x ± SD)	22,9 ± 3,7	23,3 ± 3,9	22,0 ± 3,2	0,280
Tăng huyết áp (tần số, %)	25 (64,1%)	17 (65,4%)	8 (61,5%)	1,000
Hút thuốc lá (tần số, %)	18 (46,2%)	13 (50,0%)	5 (38,5%)	0,496
RLCH lipid (tần số, %)	8 (20,5%)	5 (19,2%)	3 (23,1%)	1,000
Tiền sử NMCT (tần số, %)	3 (7,7%)	2 (7,7%)	1 (7,7%)	1,000
Tiền sử can thiệp ĐMV (tần số, %)	3 (7,7%)	1 (3,8%)	2 (15,4%)	0,253
Tiền sử đột quy (tần số, %)	2 (5,1%)	1 (3,8%)	1 (7,7%)	1,000
Mức lọc cầu thận (ml/phút) (x ± SD)	55.4 ± 24.7	56,3 ± 25,4	53,4 ± 24,1	0,736
Vận động hạn chế (tần số, %)	2 (5,1%)	1 (3,8%)	1 (7,7%)	1,000
CCS IV (tần số, %)	19 (48,7%)	10 (38,5%)	9 (69,2%)	0,106
NYHA (x ± SD)	2,8 ± 0,8	2,7 ± 0,6	3,0 ± 1,0	0,174

Mổ cấp cứu (tần số, %)	12 (30,8%)	6 (23,1%)	6 (46,2%)	0,320
Thời gian (ngày) từ khi khởi phát triệu chứng đến khi mổ (x ± SD)	8,8 ± 6,9	10,3 ± 6,9	6,0 ± 6,2	0,045
Thời gian (ngày) từ khi chụp ĐMV đến khi mổ (x ± SD)	4,3 ± 4,7	4,9 ± 4,9	3,1 ± 4,1	0,2701
EuroSCORE II (x ± SD)	10,5 ± 12,2	9,7 ± 12,0	12,1 ± 13,1	0,812
Hẹp thân chung (tần số, %)	14 (35,9%)	6 (23,1%)	8 (61,5%)	0,033
Hẹp 3 thân mạch vành (tần số, %)	36 (92,3%)	23 (88,5%)	13 (100%)	0,538
Troponin ThS (ng/L) (x ± SD)	850,6 ± 1702,0	1024,2 ± 2011,3	474,5 ± 568,9	0,510
CK-MB (U/L) (x ± SD)	60,1 ± 96,9	53,1 ± 87,6	79,5 ± 123,0	0,725
NT-proBNP (pg/ml) (x ± SD)	3953,7 ± 5833,5	4673,1 ± 7015,4	2634,8 ± 2280,4	0,517

BMI: Body Mass Index (chỉ số khối cơ thể) RLCH: rối loạn chuyển hoá

NMCT: Nhồi máu cơ tim

ĐMV: Động mạch vành

CCS: Canadian Cardiovascular Society

NYHA: New York Heart Association

Bảng 2. Đặc điểm trong và sau mổ của người bệnh

Đặc điểm		Nhóm chung (N=39)	Có sửa van (n=26)	Không sửa (n=13)	p
Loại mạch ghép	ĐM ngực trong trái (tần số, %)	36 (92,3%)	25 (96,2%)	11 (42,3%)	0,253
	ĐM quay (tần số, %)	9 (23,1%)	8 (30,8%)	1 (7,7%)	0,225
	Tĩnh mạch hiển lớn (tần số, %)	37 (94,9%)	25 (67,57%)	12 (32,43%)	1,000
Số cầu nối (x ± SD)		3,2 ± 0,7	3,1 ± 0,7	3,5 ± 0,8	0,173
Thời gian cấp ĐMC (phút) (x ± SD)		82,8 ± 25,6	90,04 ± 18,62	68,3 ± 32,00	0,002

Thời gian chạy máy (phút) (x ± SD)	115,5 ± 31,8	122,04 ± 28,29	102,5 ± 35,57	0,082
Thời gian thở máy(x ± SD)	48,9 ± 42,6	45,5 ± 40,4	55 ± 47,4	0,408
DLTT 24h (ml) (x ± SD)	474,7 ± 361,8	504,2 ± 320,5	415,7 ± 441,5	0,092
Chảy máu mô lại (tần số, %)	2 (5,1%)	2 (7,7%)	0 (0%)	1,000
Viêm phổi (tần số, %)	11 (28,2%)	7 (26,9%)	4 (30,8%)	0,063
Loạn thần (tần số, %)	6 (15,4%)	4 (15,4%)	2 (15,4%)	1,000
Đột quỵ não (tần số, %)	2 (5,1%)	1 (3,8%)	1 (7,7%)	1,000
Suy thận cấp (tần số, %)	5 (12,8%)	3 (11,5%)	2 (15,4%)	1,000
Hội chứng cung lượng tim thấp (tần số, %)	4 (10,3%)	2 (7,7%)	2 (15,4%)	0,589
Thời gian nằm hồi sức (ngày) (x ± SD)	4,81 ± 3,11	4,79 ± 2,87	4,85 ± 3,67	0,988

DM: Động mạch

DLTT: Dẫn lưu trung thất

Bảng 3. Tổng hợp các đặc điểm trên siêu âm tim và tử vong ở các thời điểm

Thời điểm	Thông số	Nhóm chung (n=39)	Có sửa van (n=26)	Không sửa (n=13)	p
Trước mổ (n= 39)	Dd	55,3 ± 7,3	56,1 ± 6,4	53,5 ± 8,9	0,171
	EF	37,2 ± 10,6	36,3 ± 8,7	39 ± 14,0	0,626
	Mức độ hở	2,8 ± 0,2	2,9 ± 0,2	2,6 ± 0,2	0,006
Lúc ra viện (n=35)	Dd	49,4 ± 8,2	51,2 ± 8,1	46,1 ± 7,6	0,109
	EF	45,3 ± 12,1	42,9 ± 10,5	49,9 ± 14,0	0,168
	Mức độ hở	1,1 ± 0,5	1,1 ± 0,4	1,3 ± 0,6	0,229
	Tử vong	4	3	1	0,593
Sau 12 tháng (n=33)	Dd	46,4 ± 6,6	47,9 ± 5,8	43,9 ± 7,3	0,102
	EF	61,4 ± 10,4	62,7 ± 7,3	59,3 ± 14,5	0,639
	Mức độ hở	1,3 ± 0,4	1,2 ± 0,4	1,5 ± 0,5	0,041
	Tử vong	2	2	0	0,544

Dd: Dyastolic diameter (đường kính tâm trương thất trái)

EF: Ejection Fraction (phân suất tống máu)

4. BÀN LUẬN

Hở VHL do thiếu máu cơ tim (Ischemic Mitral Regurgitation - IMR), được định nghĩa là hở VHL xảy ra sau nhồi máu cơ tim (50% NB) hoặc liên quan đến bệnh ĐMV, tình trạng này thường do rối loạn chức năng thất trái (rối loạn vận động vùng, giãn thất, co bóp kém) làm thay đổi diện áp của hai lá van trong khi các lá van và dây chằng bình thường về mặt giải phẫu.¹ Ngay cả mức độ nhẹ của hở van cũng có liên quan đến tiên lượng xấu ở những NB mắc bệnh ĐMV, làm tăng đáng kể tỷ lệ suy tim và tử vong.² Hiện nay, có sự nhất trí về việc không cần sửa IMR nhẹ, nhưng vẫn còn nhiều tranh cãi về cách xử trí ở nhóm hở vừa trở lên: có nên sửa hay chỉ BCCV đơn thuần; sửa bằng phương pháp nào: đặt vòng van hay phối hợp sửa cả bộ máy dưới van, tạo hình thất trái hay thay VHL?¹

Mặc dù ngày càng có nhiều bằng chứng dự đoán kết quả sống sót kém ở những NB có sửa VHL trong khi mổ BCCV,³ vẫn chưa có sự đồng thuận rõ ràng về việc liệu phẫu thuật sửa VHL trong quá trình mổ BCCV có thể cải thiện tiên lượng ở những người bệnh như vậy hay không.⁴ Một số nghiên cứu trước đây đã báo cáo sửa VHL đồng thời với BCCV giúp giảm độ nặng của hở van, nhưng có rất ít bằng chứng hỗ trợ bất kỳ lợi ích nào liên quan đến khả năng sống sót lâu dài hoặc chức năng tim.^{5,6,7}

Tuy nhiên, trong bối cảnh bệnh mạch vành không ổn định như NSTEMI, việc có sửa tổn thương VHL từ vừa trở lên hay không là vấn đề khó quyết định hơn. Vì vậy, chúng tôi đã quan sát 39 người bệnh NSTEMI có IMR mức độ vừa trở lên, trong đó 2/3 trường hợp được sửa VHL. Chúng tôi lựa chọn phương pháp duy nhất là đặt vòng van hai lá với 2 lý do: thứ nhất, đây là kỹ thuật đơn giản, tốn rất ít thời gian nên không làm tăng đáng kể thời gian phẫu thuật; thứ hai, kỹ thuật này giúp giảm mức độ hở van thông qua cơ

chế thu hẹp kích thước vòng van và định hình lại cấu trúc sinh lý vòng van hạn chế hở van tiến triển sau này. Trong 39 người bệnh này, các đặc điểm trước mổ gần như tương tự nhau ngoại trừ mức độ hở van, các đặc điểm trong mổ tương đồng ngoại trừ thời gian kẹp ĐMC dài hơn trong nhóm sửa van, tỷ lệ các biến chứng sau mổ tương tự giữa 2 nhóm (Bảng 1, Bảng 2). Như vậy, phẫu thuật viên có xu hướng sửa VHL ở những người bệnh có mức độ hở nặng hơn.

Các yếu tố quan sát bao gồm sự khác biệt của nhóm có sửa VHL với nhóm chỉ CABG về kết quả sớm (biến chứng hay sống còn giai đoạn trong bệnh viện), kết quả sửa van (mức độ hở sau mổ, đường kính và chức năng thất trái) và kết quả sau 12 tháng. Chúng tôi nhận thấy một số điểm như sau: thứ nhất, những người bệnh trong nhóm được sửa van có mức độ hở lớn hơn so với nhóm không được sửa, tuy nhiên trên siêu âm tim lúc ra viện, mức độ hở van của 2 nhóm đều giảm nhưng không có sự khác biệt, như vậy, việc tái tưới máu bằng CABG đơn thuần cũng làm giảm mức độ hở van sớm sau mổ, nhưng việc sửa van cũng giúp làm giảm đáng kể mức độ hở vì trước mổ nhóm này hở nặng hơn. Aklog cũng cho rằng nếu chỉ CABG đơn thuần có thể giảm mức độ hở ở nhóm hở vừa.⁸ Nhưng điểm khác biệt là sau 12 tháng, mức độ hở VHL thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm có sửa van (Bảng 3). Thứ hai, cả 2 nhóm đều tương đương ở các thông số đường kính thất trái, cải thiện EF, giảm mức độ hở van hai lá ở các thời điểm trước mổ, trước khi ra viện và sau mổ 12 tháng. Điều này cũng tương tự như một số tác giả cho rằng mặc dù đặt vòng van hai lá có thể làm giảm mức độ hở van, nhưng sự khác biệt đối với quá trình phục hồi thất trái là tương đồng so với nhóm chỉ BCCV đơn thuần.⁹

Một số thử nghiệm ngẫu nhiên so sánh những người bệnh được phẫu thuật BCCV kèm sửa VHL với nhóm chỉ phẫu thuật BCCV, đã báo

cáo sự cải thiện NYHA và phân suất tống máu thất trái ở nhóm được sửa van phối hợp,¹⁰ tuy nhiên với cỡ mẫu nhỏ nên chúng tôi không quan sát được sự thay đổi này. Trong thử nghiệm RIME gần đây trên 73 trường hợp, việc bổ sung phẫu thuật sửa van đã mang lại một số lợi ích lâm sàng, tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong trong 30 ngày và tỷ lệ tử vong trong 1 năm giữa hai nhóm,¹¹ tương tự như trong kết quả của chúng tôi. Các nhóm khác trình bày quan điểm ngược lại, cho rằng chỉ cần BCCV đơn thuần cũng có thể cải thiện vận động vùng cũng như mức độ hở van, việc bổ sung phẫu thuật sửa van kèm theo cũng không ngăn ngừa được hở van tái phát.¹² Mặc dù chúng tôi thấy sự khác biệt về mức độ hở thấp hơn trong nhóm sửa van, tuy nhiên thời gian đánh giá sau mổ của chúng tôi chỉ 12 tháng. Tuy nhiên, kể cả mức độ hở van còn tồn lưu ở mức độ nhẹ, các tác giả cũng cho rằng điều đó không làm xấu đi tình trạng cơ năng hoặc khả năng sống sót lâu dài.^{7,9}

Về tác động đến các kết quả sớm của phẫu thuật, chúng tôi thấy nhóm sửa VHL có các biến chứng sớm và tỷ lệ tử vong bệnh viện không khác biệt so với nhóm không sửa van (bảng 2, bảng 3). 4 người bệnh tử vong trong bệnh viện đều do suy tim không hồi phục, trong đó 3 trường hợp trong nhóm sửa van và 1 trường hợp trong nhóm không sửa. Tương tự, sau khi ra viện có 2 người bệnh nhóm sửa van tử vong trong năm đầu tiên do suy kiệt. Người bệnh NSTEMI có hở VHL mức độ vừa trở lên là nhóm người bệnh nặng, trong đó nhóm sửa van có mức độ hở trước mổ nặng hơn, do đó tử vong sau mổ gặp nhiều hơn cũng là điều dễ hiểu. Virk trong một phân tích gộp cho kết quả, mức độ hở VHL giảm đáng kể ở nhóm có sửa van, các kết quả lâm sàng khác bao gồm tỷ lệ tử vong và biến chứng, được thấy là tương đương với nhóm phẫu thuật BCCV đơn thuần.¹⁴ Trong khi một số nghiên cứu khác cho rằng phẫu thuật sửa van đồng thời trong quá trình BCCV làm tăng nguy cơ biến

chứng sớm bao gồm biến chứng thần kinh và tim mạch khi so sánh với chỉ BCCV.^{13,14}

Tuy nhiên, các kết quả từ những nghiên cứu nêu trên ở IMR thông thường, đối với nhóm NSTEMI hiện chưa có nghiên cứu hoặc khuyến cáo. Mặc dù cỡ mẫu trong nghiên cứu nhỏ, thời gian theo dõi chưa đủ dài, nhưng khi nhìn vào các biến chứng sớm, tỷ lệ tử vong bệnh viện và sau 12 tháng tương đương giữa hai nhóm, mức độ hở van hai lá giảm đáng kể so với nhóm chỉ BCCV đơn thuần, chúng tôi thấy phẫu thuật sửa van hai vẫn nên được tiến hành ở những người bệnh có hở van mức độ nặng trước mổ.

3. KẾT LUẬN

Phẫu thuật sửa van hai lá bằng cách đặt vòng van phối hợp bắc cầu chủ vành ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên có hở van hai lá do thiếu máu mức độ nặng làm giảm độ hở van so với chỉ bắc cầu chủ vành đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AATS Ischemic Mitral Regurgitation Consensus Guidelines Writing Committee, Kron IL, LaPar DJ, et al. 2016 update to The American Association for Thoracic Surgery (AATS) consensus guidelines: Ischemic mitral valve regurgitation. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2017;153(5):e97-e114. doi:10.1016/j.jtcvs.2017.01.031
2. Grigioni F, Enriquez-Sarano M, Zehr KJ, Bailey KR, Tajik AJ. Ischemic Mitral Regurgitation. *Circulation*. 2001;103(13):1759-1764. doi:10.1161/01.CIR.103.13.1759
3. Schroder JN, Williams ML, Hata JA, et al. Impact of mitral valve regurgitation evaluated by intraoperative transesophageal echocardiography on long-term outcomes after coronary artery bypass grafting. *Circulation*. 2005;112(9 Suppl):I293-298. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.104.523472

4. Authors/Task Force members, Windecker S, Kolh P, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J*. 2014;35(37):2541-2619. doi:10.1093/eurheartj/ehu278
5. Gelsomino S, Lorusso R, De Cicco G, et al. Five-year echocardiographic results of combined undersized mitral ring annuloplasty and coronary artery bypass grafting for chronic ischaemic mitral regurgitation. *Eur Heart J*. 2008;29(2):231-240. doi:10.1093/eurheartj/ehm468
6. Benedetto U, Melina G, Roscitano A, et al. Does combined mitral valve surgery improve survival when compared to revascularization alone in patients with ischemic mitral regurgitation? A meta-analysis on 2479 patients. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2009;10(2):109-114. doi:10.2459/JCM.0b013e32831c84b0
7. Mihaljevic T, Lam BK, Rajeswaran J, et al. Impact of mitral valve annuloplasty combined with revascularization in patients with functional ischemic mitral regurgitation. *J Am Coll Cardiol*. 2007;49(22):2191-2201. doi:10.1016/j.jacc.2007.02.043
8. Aklog L, Filsoufi F, Flores KQ, et al. Does coronary artery bypass grafting alone correct moderate ischemic mitral regurgitation? *Circulation*. 2001;104(12 Suppl 1):I68-75. doi:10.1161/hc37t1.094706
9. Kang DH, Kim MJ, Kang SJ, et al. Mitral valve repair versus revascularization alone in the treatment of ischemic mitral regurgitation. *Circulation*. 2006;114(1 Suppl):I499-503. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.000398
10. Fattouch K, Guccione F, Sampognaro R, et al. POINT: Efficacy of adding mitral valve restrictive annuloplasty to coronary artery bypass grafting in patients with moderate ischemic mitral valve regurgitation: a randomized trial. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2009;138(2):278-285. doi:10.1016/j.jtcvs.2008.11.010
11. Chan KMJ, Punjabi PP, Flather M, et al. Coronary Artery Bypass Surgery With or Without Mitral Valve Annuloplasty in Moderate Functional Ischemic Mitral Regurgitation. *Circulation*. 2012;126(21):2502-2510. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.112.143818
12. Hung J, Papakostas L, Tahta SA, et al. Mechanism of Recurrent Ischemic Mitral Regurgitation After Annuloplasty. *Circulation*. 2004;110(11_suppl_1):II-85. doi:10.1161/01.CIR.0000138192.65015.45
13. Michler RE, Smith PK, Parides MK, et al. Two-Year Outcomes of Surgical Treatment of Moderate Ischemic Mitral Regurgitation. *N Engl J Med*. 2016;374(20):1932-1941. doi:10.1056/NEJMoa1602003
14. Virk SA, Tian DH, Sriravindrarajah A, et al. Mitral valve surgery and coronary artery bypass grafting for moderate-to-severe ischemic mitral regurgitation: Meta-analysis of clinical and echocardiographic outcomes. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2017;154(1):127-136. doi:10.1016/j.jtcvs.2017.03.039
15. Kim BJ, Kim YS, Kim HJ, et al. Concomitant mitral valve surgery in patients with moderate ischemic mitral regurgitation undergoing coronary artery bypass grafting. *Journal of Thoracic Disease*. 2018;10(6). doi:10.21037/jtd.2018.05.148