

Tạp chí

PHẪU THUẬT TIM MẠCH VÀ LỒNG NGỰC VIỆT NAM

ISSN 0866 - 7551

CƠ QUAN TRUNG ƯƠNG
CỦA HỘI PHẪU THUẬT TIM MẠCH VÀ LỒNG NGỰC VIỆT NAM
(TRONG TỔNG HỘI Y DƯỢC HỌC VIỆT NAM)

- Tòa soạn:** Văn phòng Trung ương Hội Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam
Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E
số 87-89, Trần Cung, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam
ĐT: 84.4.37480360 Fax: 84.4.37480361
Email: actsvn@vnn.vn Website: <http://www.phauthuattim.org.vn>
- Tổng Biên tập:** PGS.TS. Lê Ngọc Thành
- Phó Tổng Biên tập:** PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước
PGS.TS. Đỗ Kim Quế
- Thư ký Tòa soạn:** TS. Nguyễn Hoàng Định
TS. Đặng Hanh Sơn
Ths. Nguyễn Minh Trí
Ths. Đoàn Đức Hoảng
Ths. Trần Thúc Khang
Ths. Ngô Vi Hải
Ths. Nguyễn Lý Thịnh Trường
Ths. Phạm Hữu Lư
Ths. Nguyễn Công Hựu
- Ban Biên tập:** GS.TS. Bùi Đức Phú
GS. Đặng Hanh Đệ
GS.TS. Nguyễn Thanh Liêm
GS.TS. Phạm Vinh Quang
PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng
PGS.TS. Phạm Thọ Tuấn Anh
PGS.TS. Ngô Văn Hoàng Linh
PGS.TS. Nguyễn Hoài Nam
PGS.TS. Trần Quyết Tiến
TS. Phan Kim Phương
TS. Nguyễn Văn Phan
TS. Đoàn Quốc Hưng
TS. Dương Đức Hùng
TS. Nguyễn Sinh Hiền
TS. Lê Quang Thứu
TS. Trần Hoài Ân
TS. Nguyễn Lương Tấn
- Ban Trị sự:** Ths. Nguyễn Đỗ Hùng
KS. Đào Văn Minh

TẠP CHÍ PHẪU THUẬT TIM MẠCH VÀ LÒNG NGỰC VIỆT NAM
SỐ 06 - THÁNG 2/2014

-----o0o-----

- 1 NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHỈ ĐỊNH CAN THIỆP BỆNH HỖ VAN BA LÁ ĐỒNG THỜI TRONG PHẪU THUẬT VAN HAI LÁ TẠI VIỆN TIM TP.HCM
Nguyễn Văn Phan 3
- 2 KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH GIẼN TĨNH MẠCH DƯỚI DA CHI DƯỚI MẠN TÍNH BẰNG SÓNG RADIO CAO TẦN.
Trần Hồng Quang và CS 9
- 3 NHẬN XÉT KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT THÔNG SÀN NHỈ THẤT TOÀN BỘ BẰNG KỸ THUẬT HAI MIẾNG VÁ TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN E
Đỗ Anh Tiến và CS 13
- 4 KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SỬA VAN HAI LÁ TRONG BỆNH BARLOW TẠI VIỆN TIM TP. HCM TỪ 1994 ĐẾN 2012.
Nguyễn Văn Phan 17
- 5 PHẪU THUẬT TIM HỖ ÍT XÂM LẤN VỚI NỘI SOI HỖ TRỢ TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN E: NHỮNG KINH NGHIỆM BAN ĐẦU QUA 63 BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT
Nguyễn Công Hựu và CS 24
- 6 PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THUY PHỔI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI LẠNH TÍNH
Nguyễn Hoàng Bình và CS 29
- 7 KỸ THUẬT NỞ RỘNG MÔ VAN BẰNG MÀNG NGOÀI TIM TỰ THÂN TRONG ĐIỀU TRỊ HỖ VAN HAI LÁ HẬU THẤP
Nguyễn Văn Phan 34
- 8 SO SÁNH CÁC YẾU TỐ CHU PHẪU TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI VỚI MÔ MỠ ĐIỀU TRỊ U TRUNG THẤT NGUYÊN PHÁT: CÓ SỬ DỤNG GHÉP CẠP GIÁ TRỊ XÁC SUẤT TRONG PHÂN TÍCH KẾT QUẢ
Huỳnh Quang Khánh và CS 39
- 9 ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ KẼN KHÍ PHỔI
Châu Phú Thi và CS 51

NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHỈ ĐỊNH CAN THIỆP BỆNH HỒ VAN BA LÁ ĐỒNG THỜI TRONG PHẪU THUẬT VAN HAI LÁ TẠI VIỆN TIM TP.HCM

Nguyễn Văn Phan*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định những yếu tố liên quan đến việc chỉ định can thiệp bệnh hở van 3 lá đồng thời ở những bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật van 2 lá tại Viện Tim Tp.HCM.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu - mô tả và phân tích 652 bệnh nhân nhập viện điều trị phẫu thuật bệnh van 2 lá có kèm theo thương tổn hở van 3 lá trong khoảng thời gian từ năm 2000 đến năm 2012

Kết quả: 581 bệnh nhân (89.1%) đã được can thiệp van 3 lá đồng thời van 2 lá (nhóm 1), 71 bệnh nhân (10.9%) đã không được can thiệp van 3 lá đồng thời van 2 lá (nhóm 2). Những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa 2 nhóm sự khác biệt với OR (>1) theo hồi quy đơn biến có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) của nhóm 1 cao hơn nhóm 2 bao gồm rung nhĩ (OR=2.71), loại hở van 3 thực thể (OR=5.42), mức độ hở van 3 lá (>2) (OR=6.47), NYHA (>2) (OR=2.51), đường kính vòng van 3 lá (OR=1.12), đường kính thất trái thời kỳ tâm thu SVG (OR=1.03), đường kính thất phải VD (OR=1.14) và áp lực động mạch phổi tâm thu (OR=1.03). Các yếu tố liên quan khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân theo hồi quy đa biến bao gồm loại hở van ba lá thực thể (OR=2.50, $p=0.03$) và mức độ hở van 3 lá (>2) (OR=4.46, $p=0.02$).

Kết luận: Những yếu tố liên quan về việc chỉ định can thiệp hay không can thiệp với phương pháp hồi quy đơn biến bao gồm rung nhĩ, loại hở van 3 lá thực thể, mức độ ở van 3 lá (>2), mức độ suy tim NYHA (>2) và các chỉ số cao hơn giá trị bình thường như đường kính vòng van 3 lá, đường kính thất trái thì tâm thu, đường kính thất phải và áp lực động mạch phổi tâm thu. Những yếu tố liên quan về việc chỉ định can thiệp hay không với phương pháp hồi quy đa biến ghi nhận chỉ còn ghi nhận loại hở van ba lá thực thể và mức độ hở van 3 lá (>2).

Từ khóa: can thiệp sớm bệnh hở van 3 lá, bệnh van 2 lá, Viện Tim Tp.HCM.

ABSTRACT

Objective: To determine factors related to the early treatment decision for tricuspid regurgitation during the mitral valve surgery at Heart Institute HCMC.

Method: Retrospective study - describe and analyze 652 patients hospitalized for mitral valve surgery with TR symptoms in the period from 2000 to 2012.

Results: 581 patients were operated, tricuspid valve disease during mitral valve surgery (group 1), 71 patients were not operated tricuspid valve disease (group 2). The clinical features, subclinical differences between the 2 groups with OR (> 1) according to univariate regression statistical significance ($p < 0.05$) in group 1 greater than group 2 included atrial fibrillation (OR = 2.71), organic TR (OR = 5.42), TR grade 2+ (OR = 6.47), NYHA (>2) (OR = 2.51), tricuspid valve annulus diameter (OR = 1.12), SVG (OR = 1.03), VD (OR = 1.14) and PAPS (OR = 1.03). Factors associated with differences between the 2 groups of patients according to multivariate regression including organic TR (OR = 2.50, $p = 0.03$) and TR grade (> 2) (OR = 4.46, $p = 0.02$).

Conclusion: Factors relating to TR repaired or not with univariate regression method including atrial fibrillation, organic TR, TR grade (> 2), NYHA (>2), and the value higher than the normal value as tricuspid valve annulus diameter, SVG, VD and PAPS. Factors relating to TR repaired or not with univariate regression method recorded only organic TR and TR grade (>2+).

Keywords: early treatment tricuspid regurgitation, mitral valve disease, Cardiology Institute HCMC.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh hở van 3 lá thường có triệu chứng muộn và đi kèm với thương tổn van tim bên trái (van 2 lá hoặc van động mạch chủ). Theo kết quả khảo sát của tác giả Sagie A. hơn 1/3 bệnh nhân bệnh van tim 2 lá có kèm theo tổn thương hở van 3 lá với mức độ hở van 3 lá 2+ (độ 2 trở lên) [11]. Ở những bệnh nhân phẫu thuật van 2 lá mà không được can thiệp van 3 lá

*Viện Tim TPHCM

Người chịu trách nhiệm khoa học: TS Nguyễn Văn Phan

Ngày nhận bài: 10/04/2014 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/05/2014

Phản Biện Khoa học: GS.TS. Đặng Hanh Đệ

PGS.TS. Lê Ngọc Thành

đồng thời thì có đến 74% bệnh nhân sẽ bị hở van 3 lá với độ 2+ sau thời gian theo dõi trên 3 năm [8]. Điều đó cho thấy bệnh hở van 3 lá không mất đi mặc dù đã điều trị phẫu thuật thành công bệnh van 2 lá [1,13]. Khi bệnh nhân không được chẩn đoán, can thiệp sớm bệnh lý hở van 3 lá, thì về lâu dài dẫn đến nhiều biến chứng như hở van 3 lá sẽ nặng dần theo thời gian, dẫn đến dẫn vòng van 3 lá và dẫn thất phải, tăng áp động mạch phổi dẫn đến suy tim và tử vong [10].

Trong trường hợp bệnh nhân bị hở van 3 lá nặng với triệu chứng rõ ràng thì thường được bác sĩ chỉ định can thiệp van 3 lá đồng thời trong phẫu thuật van 2 lá, còn trường hợp bệnh nhân không có triệu chứng rõ ràng thì trong quá trình phẫu thuật van 2 lá sẽ được bác sĩ phẫu thuật quyết định sửa hay không sửa van 3 lá đồng thời. Hiện nay, việc quyết định can thiệp đồng thời bệnh hở van 3 lá ở bệnh nhân phẫu thuật van 2 lá vẫn là vấn đề có nhiều tranh luận. Theo khuyến cáo và hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ năm 2006, những bệnh nhân có mức độ hở van 3 lá (2+) và đường kính vòng van 3 lá $\geq 35-40$ mm thì nên phẫu thuật can thiệp sớm [5]. Tỷ lệ tử vong cao (11%) khi phẫu thuật van 3 lá muộn ở những bệnh nhân đã được phẫu thuật van 2 lá trước đó [6]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát này nhằm thu thập những cơ sở dữ liệu khoa học làm bằng chứng cho việc hoàn thiện quy trình chỉ định can thiệp sớm phẫu thuật sửa van 3 lá đồng thời với phẫu thuật bệnh lý van 2 lá dựa trên các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng có liên quan đến tình trạng nặng của bệnh hở van 3 lá và cần phải can thiệp sớm vì sức khỏe và an toàn của bệnh nhân về lâu dài.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân bị bệnh van 2 lá được chỉ định phẫu thuật tại Viện Tim từ năm 2000 – 2012 và có kèm theo hở van 3 lá.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu - mô tả và phân tích

Cỡ mẫu nghiên cứu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot \frac{P(1-P)}{d^2}$$

Chưa có nghiên cứu ghi nhận về tỷ lệ % bệnh nhân bị hở van 3 lá được chỉ định phẫu thuật đồng thời van 2 lá tại Viện Tim Tp.HCM, do đó, chúng tôi

ước lượng tỷ lệ tối đa 50% bệnh nhân được can thiệp hở van 3 lá đồng thời van 2 lá, độ chính xác 95% và khoảng sai lệch 10% thì cỡ mẫu tối thiểu cần khảo sát là 96 đối tượng. Tuy nhiên, chúng tôi đã tiến hành thu thập với số lượng mẫu tối đa có thể tiếp cận được.

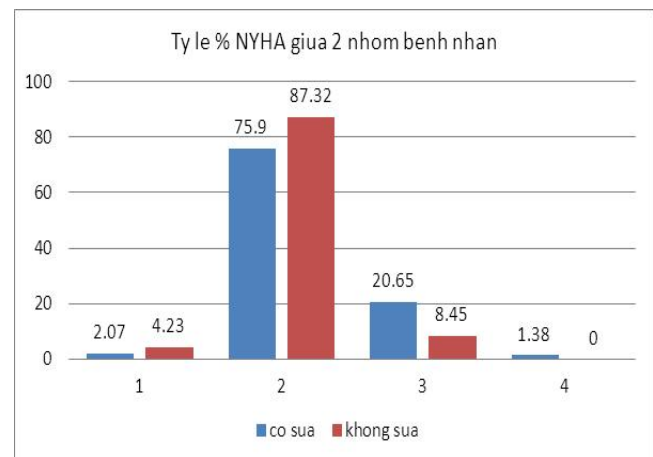
Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu của bệnh nhân thì được thu thập bằng phiếu thu thập và được nhập vào phần mềm EpiData 3.1 và được phân tích bằng phần mềm Stata 12.1. Các số liệu định lượng được biểu diễn giá trị trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng. Các số liệu định tính được biểu diễn bằng tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các phép kiểm định: chi bình phương với biến định tính và danh định; t-test với biến định lượng có phân phối chuẩn; Mann-Whitney với biến định lượng không có phân phối chuẩn; Hồi quy nhị giá tính tỉ số chênh (OR).

KẾT QUẢ

Có 652 bệnh nhân nhập viện điều trị phẫu thuật bệnh van 2 lá có kèm theo thương tổn hở van 3 lá với mức độ từ nhẹ (độ 1 và 2) đến nặng (độ 3 và 4) trong khoảng thời gian từ năm 2000 đến năm 2012. Trong đó có 581 bệnh nhân đã được can thiệp van 3 lá đồng thời van 2 lá, chiếm tỷ lệ 89.1% (nhóm 1), 71 bệnh nhân đã không được can thiệp van 3 lá đồng thời van 2 lá, chiếm tỷ lệ 10.9% (nhóm 2).

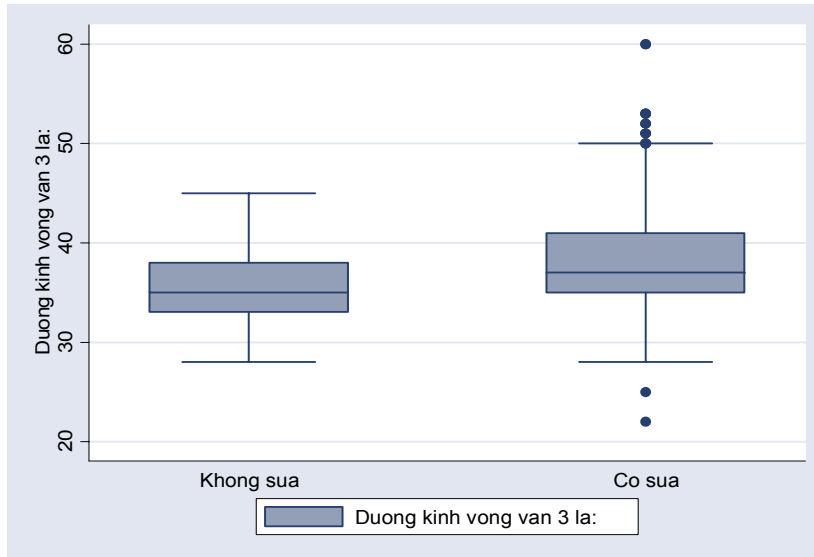
• Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa nhóm 1 và 2

Ở nhóm bệnh nhân được can thiệp van 3 lá thì phân độ NYHA ≥ 3 tỷ lệ cao 22.03% (20.65 và 1.38), còn ở bệnh nhân không can thiệp thì thấp hơn chỉ có 8.45% (độ 3) và 0% (độ 4). (xem hình 1)



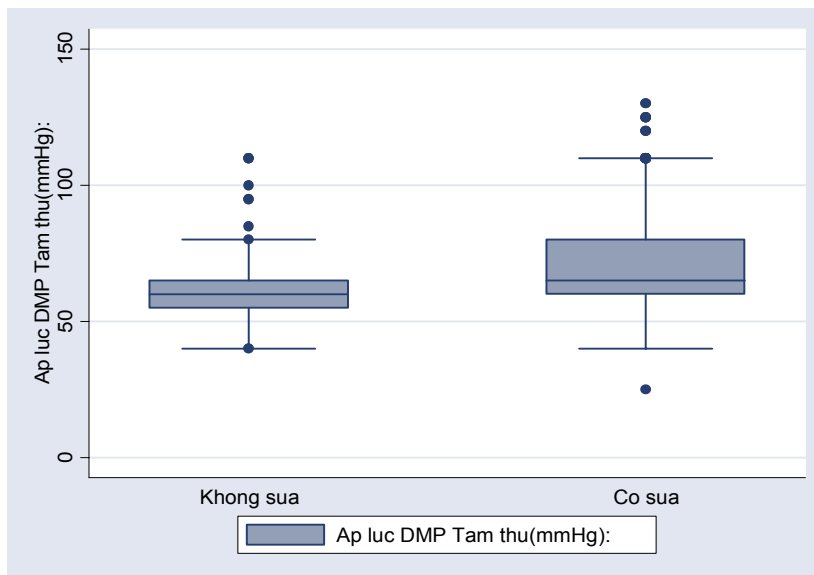
Hình 1: Tỷ lệ % phân độ NYHA giữa 2 nhóm bệnh nhân

Đường kính vòng van 3 lá trung bình nhóm 1 là 37.07 mm (đo bằng siêu âm tim) cao hơn so nhóm 2 (35.53 mm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$). (xem hình 2)



Hình 2: Đường kính vòng van 3 lá giữa 2 nhóm

Áp lực động mạch phổi tâm thu trung bình nhóm 1 là 71 mmHg cao hơn so nhóm 2 (62.74 mmHg), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$). (xem hình 3)



Hình 3: Áp lực động mạch phổi tâm thu giữa 2 nhóm

Kết quả ghi nhận sự khác biệt về những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa 2 nhóm sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) và những đặc điểm có giá trị nhóm 1 > nhóm 2 bao gồm: giới tính (nữ > nam, $p < 0.001$), nhịp tim (rung nhĩ > nhịp xoang, $p < 0.001$), loại hở van 3 lá (thực thể > cơ năng, $p < 0.001$), mức độ ở van 3 lá ($p < 0.001$), mức độ suy tim NYHA ($p < 0.001$), đường kính vòng van 3 lá ($p < 0.001$), đường kính thất phải tâm thu ($p = 0.02$), phân suất tổng máu ($p = 0.01$), đường kính thất phải ($p < 0.001$), đường kính nhĩ trái ($p = 0.03$), áp lực động mạch phổi tâm thu ($p < 0.001$). (xem bảng 1).

Tổng số bệnh nhân (n=652)	Sửa van 3 lá		Giá trị p <0,05
	Nhóm 1 (Có) (n=581)	Nhóm 2 (Không) (n=71)	
Tuổi	47.16 ± 12.32	44.28 ± 11.51	0.05
BMI	50.71 ± 9.35	50.87 ± 8.03	0.87
Giới tính – nam	209 (35.97%)	15 (21.13%)	0.006
Giới tính – nữ	372 (64.03%)	56 (78.87%)	
RCT (%)	65.92 ± 8.19	63.17 ± 7.2	0.321
Nhịp xoang	218 (37.52%)	44 (61.97%)	<0.001
Rung nhĩ	363 (62.48%)	27 (38.03%)	
Tổn thương van 2 lá			
Hở van 2 lá	102 (17.56%)	16 (22.54%)	0.21
Hẹp van 2 lá	207 (35.63%)	27 (38.03%)	
Hẹp và hở phối hợp	272 (46.82%)	28 (39.44%)	
Loại hở van 3 lá			
Hở cơ năng	325 (55.94%)	62 (87.32%)	<0.001
Hở thực thể	256 (44.06%)	9 (12.68%)	
Mức độ hở van 3 lá – trung bình	3.12 ± 0.57	2.42 ± 0.64	<0.001
I	4 (0.69%)	4 (5.63%)	
II	51 (8.78%)	35 (49.3%)	
III	395 (67.99%)	30 (42.25%)	
IV	131 (22.55%)	2 (2.82%)	
NYHA – trung bình	2.21 ± 0.48	2.04 ± 0.35	<0.001
I	12 (2.07%)	3 (4.23%)	
II	441 (75.9%)	62 (87.32%)	
III	120 (20.65%)	6 (8.45%)	
IV	8 (1.38%)	0	
Đường kính vòng van 3 lá – trung bình	37.70 ± 4.86	35.53 ± 3.34	<0.001
dVG (mm)	53.74 ± 10.38	52.61 ± 8.46	0.31
SVG (mm)	33.45 ± 7.57	31.56 ± 6.36	0.02
EF (%)	63.57 ± 5.78	65.15 ± 4.92	0.01
VD (mm)	25.13 ± 5.68	22.18 ± 4.28	<0.001
OG (mm)	61.28 ± 10.36	59.24 ± 7.04	0.03
ÁP LỰC ĐMP (mmHg)	71 ± 16.7	62.74 ± 14.94	<0.001

Ghi chú: **RCT** = Chỉ số tim/ngực trên phim X-quang ngực thẳng, **NYHA**= phân độ suy tim theo Hiệp hội tim mạch New York; **dVG**= đường kính thất trái tâm trương;

SVG = đường kính thất trái tâm thu; **EF** = phân suất tống máu; **VD** = đường kính thất phải; **OG** = đường kính nhĩ trái; **Áp lực ĐMP** = Áp lực động mạch phổi tâm thu.

Bảng 1: So sánh những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm 1 và nhóm 2

- **Khảo sát mức độ liên quan của các yếu tố tiên lượng bệnh đến việc chỉ định can thiệp bệnh van 3 lá**

Khảo sát hồi quy đơn biến

Biến số	OR	95% CI	Giá trị p
Giới tính (nữ)	0.47	0.26 – 0.86	0.01
Rung nhĩ	2.71	1.63 – 4.50	<0.001
Loại hở van 3 thực thể	5.42	2.64 – 11.1	<0.001
Mức độ hở van 3 lá (3&4)	6.47	4.11 – 10.1	<0.001
NYHA (từ 2 đến 4)	2.51	1.32 – 4.75	0.005
Đường kính vòng van 3 lá	1.12	1.05 – 1.18	<0.001
SVG (mm)	1.03	1 – 1.07	0.044
EF (%)	0.95	0.91 – 0.99	0.029
VD (mm)	1.14	1.07 – 1.21	<0.001
OG (mm)	1.02	0.99 – 1.04	0.106
ÁP LỰC ĐMP (mmHg)	1.03	1.01 – 1.05	<0.001

Khảo sát hồi quy đa biến

Biến số	OR	95% CI	Giá trị p
Rung nhĩ	1.51	0.99 – 3.32	0.16
Loại hở van 3 thực thể	2.50	1.07 – 5.39	0.03
Mức độ hở van 3 lá (3&4)	4.46	2.80 – 7.43	<0.001
NYHA (từ 2 đến 4)	1.34	0.65 – 3.02	0.43
Đường kính vòng van 3 lá	0.97	1.05 – 1.18	0.50
SVG (mm)	1.01	0.97 – 1.08	0.37
VD (mm)	1.06	0.99 – 1.14	0.06
ÁP LỰC ĐMP (mmHg)	1.00	0.98 – 1.03	0.367

Bảng 3: Các yếu tố liên quan giữa nhóm 1 và nhóm 2 (đơn biến và đa biến)

Kết quả khảo sát hồi quy đa biến ghi nhận các yếu tố liên quan khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân bao gồm: loại hở van ba lá thực thể (OR=2.50, p=0.03) và mức độ hở van 3 lá (> 2) (OR=4.46, p=0.02).

BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam giới ở cả 2 nhóm, kết quả này cũng tương tự như khảo sát của tác giả HHQ. Trí với tỷ lệ nữ 66.9% nhiều hơn nam.[4].

Theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu, bệnh nhân nên sửa van 3 lá khi mức độ hở nhẹ (1 hoặc

2) và vừa-nặng với đường kính vòng van (≥ 40 mm) [12]. Tương tự, tác giả Dreyfus ghi nhận các bệnh nhân khi phẫu thuật nếu đo đường kính vòng van 3 lá trực tiếp trong lúc phẫu thuật ≥ 70 mm (cao hơn gấp đôi giá trị khi đo bằng siêu âm tim) thì cần can thiệp van 3 lá cho dù trước phẫu thuật chẩn đoán có hay không có bị hở van 3 lá. [3], so sánh với kết quả trong

khảo sát của chúng tôi thì việc chỉ định can thiệp hay không can thiệp van 3 lá là phù hợp, trong đó 581 bệnh nhân được can thiệp van 3 lá đồng thời với phẫu thuật van 2 lá với mức độ hở van 3 lá trung bình là 3.12 ± 0.57 , mặc dù đường kính vòng van 3 lá trung bình 37.70 ± 4.86 (< 40 mm), và 71 bệnh nhân không được can thiệp với mức độ hở van 3 lá trung bình là 2.42 ± 0.64 và kèm với đường kính vòng van 3 lá trung bình 35.53 ± 3.34 (< 40 mm).

Những yếu tố liên quan đến việc can thiệp hở van 3 lá bao gồm hở van 3 lá (>2) được ghi nhận với OR = 3.9 ($p=0.004$), tương tự rung nhĩ (OR=9.2, $p=0.03$), đường kính nhĩ trái (OR=2.8, $p=0.03$) [9] và những yếu tố liên quan đến chỉ định can thiệp hở van 3 lá ở bệnh nhân có độ hở van 3 lá (>2) kèm với dVG và sVG cao ($p<0.001$) [7]. Tác giả Diab Mutlack với yếu tố nền áp lực ĐMP cao, do đó ghi nhận: rung nhĩ (OR=4.89); áp lực ĐMP (OR=2.26) [2], Chúng tôi ghi nhận một số kết quả tương tự với hồi quy đơn biến bao gồm rung nhĩ (OR=2.71, $p<0.001$), NYHA (>2) (OR=2.51, $p=0.005$), đường kính vòng van 3 lá (OR = 1.12, $p<0.001$), đường kính thất phải (OR=1.14, $p<0.001$) và áp lực động mạch phổi tâm thu (OR=1.03, $p<0.001$). Với hồi quy đa biến thì chỉ ghi nhận mức độ hở van 3 lá (>2) (OR=4.46, $p=0.02$). Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận loại hở van ba lá thực thể (OR=2.50, $p=0.03$) là yếu tố liên quan, tương tự như các tiêu chí chỉ định can thiệp van 3 lá trong các hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Mỹ và Châu Âu [5,12].

KẾT LUẬN

Những yếu tố liên quan về việc chỉ định can thiệp hay không can thiệp với phương pháp hồi quy đơn biến bao gồm : rung nhĩ, loại hở van 3 lá thực thể, mức độ ở van 3 lá (>2), mức độ suy tim NYHA (>2), và các chỉ số cao hơn giá trị bình thường như đường kính vòng van 3 lá, đường kính thất phải tâm thu, đường kính thất phải, đường kính nhĩ trái và áp lực động mạch phổi tâm thu. Những yếu tố liên quan về việc chỉ định can thiệp hay không với phương pháp hồi quy đa biến ghi nhận chỉ còn ghi nhận loại hở van ba lá thực thể và mức độ hở van 3 lá (>2).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Breyer RH, McClenathan JH, Michaelis LL, McIntosh CL, Morrow AG. Tricuspid regurgitation. A

comparison of nonoperative management, tricuspid annuloplasty, and tricuspid valve replacement. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1976;72:867-74.

2. Diab Mutlak et al, Functional Tricuspid Regurgitation in patients with pulmonary hypertension, *Chest* 2009, 135: 115-121

3. Dreyfus GO; Corbi PJ, Chan KM, Bahramit, Secondary TR or dilatation which should be the criteria for surgical repair?, *Ann. Thorac Surg.* 2005; 79: 127-132.

4. Hồ Huỳnh Quang Trí, Luận án Tiến sỹ, Nghiên cứu tiến triển của hở van 3 lá sau phẫu thuật van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp. Đại học Y Dược Tp.HCM, năm 2010

5. Hướng dẫn khuyến cáo của Hiệp hội Tim Mạch Hoa Kỳ năm 2006.

6. Kwon DA, Park JS, Chang HJ, Kim YJ, Sohn DW, Kim KB, Ahn H, Oh BH, Park YB, Choi YS. Prediction of outcome in patients undergoing surgery for severe tricuspid regurgitation following mitral valve surgery and role of tricuspid annular systolic velocity. *Am J Cardiol.* 2006 Sep 1;98(5):659-61.

7. Navia JL, Brozzi NA, Klein AL, Ling LF, Kittayarak C, Nowicki ER, Batizy LH, Zhong J, Moderate tricuspid regurgitation with left-sided degenerative heart valve disease: to repair or not to repair? *Ann Thorac Surg.* 2012 Jan;93(1):59-67;.

8. Matsunaga A et al, Progression of TR after repaired functional ischemic mitral regurgitation. *Circulation*, 2005;112 (suppl).I-453-I-457

9. Matsunaga K. et al, Predictors of residual TR after mitral surgery. *Ann Thorac Surg.* 2003;75:1826 – 1828.

10. McCarthy PM, Bhudia SK, Rajeswaran J, Hoercher KJ, Lytle BW, Cosgrove DM, Blackstone EH. Tricuspid valve repair: durability and risk factors for failure. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2004;127:674 – 685

11. Sagie A, et al., Echocardiographic assessment of mitral stenosis and its associated valvular lesions in 205 patients and lack of association with mitral valve prolapse. *J Am Soc Echocardiogr.* 1997

12. Vahanian et al., *Eur Heart J, ESC guidelines, European Heart Journal* (2012) 33, 2451-2496

13. Xiao XJ, Huang HL, Zhang JF, et al. Surgical treatment of late tricuspid regurgitation after left cardiac valve replacement. *Heart Lung Circ* 2004;13:65-9.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH GIÃN TĨNH MẠCH DƯỚI DA CHI DƯỚI MẠN TÍNH BẰNG SÓNG RADIO CAO TẦN

Trần Hồng Quang, Trần Ngọc Tiến*, Cù Xuân Thanh*,
Đinh Ngọc San*, Lê Hoàng Văn*, Nông Hữu Thọ*, Lê Minh Tân*.*

TÓM TẮT

Làm đông lòng tĩnh mạch dưới da chi dưới bằng sóng radio (RFA) là một kỹ thuật được lựa chọn để thay thế cho phương pháp stripping cổ điển trong điều trị bệnh giãn tĩnh mạch dưới da chi dưới mạn tính. Chúng tôi nghiên cứu trên 45 bệnh nhân (5/2012-2/2013) giãn tĩnh mạch dưới da chi dưới mạn tính C 2-6 kèm dòng trào ngược trên siêu âm doppler, được điều trị với kỹ thuật RFA: kết quả sau 1 tuần cho thấy tỷ lệ tắc tĩnh mạch hiển to và không còn dòng trào ngược 100%, huyết khối tĩnh mạch đùi sâu ở 1 trường hợp (2,2%). Không trường hợp phỏng da. Sau 6 tháng kết quả siêu âm Doppler cho thấy tỷ lệ tắc tĩnh mạch hiển 100%, không phát hiện dòng trào ngược, không biến chứng. Phần lớn các bệnh nhân đều hài lòng về kết quả phẫu thuật. Kết luận: RFA là phương pháp an toàn, kết quả cao trong điều trị bệnh giãn tĩnh mạch dưới da chi dưới mạn tính. Cần nghiên cứu kết quả xa hơn để có kết luận chắc chắn hơn với tỷ lệ tái phát theo thời gian.

SUMMARY

THE RESULTS OF RADIOFREQUENCY ABLATION IN THE TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

Radiofrequency ablation of the greater saphenous vein (GSV) has been proposed as an alternative to conventional ligation and stripping in the treatment of varicose veins. We have reviewed our experiences with this technique in 45 patients (CEAP 2-6) between May 2012 and Feb 2013. Preoperative doppler confirmed venous valvular incompetence of GSV in all patients. Result: Occlusion of the GSV was seen on 100% of the patients within 1 week of the procedure. No patient had thermal skin injury. One had DVT. Doppler scans were repeated at 6 months. Persistent occlusion of GSV was documented in all cases.

Postoperative patient questionnaires showed that high rate of respondents were very satisfied with the procedure. Conclusion: Radiofrequency ablation of the GSV appears to be a safe alternative to conventional stripping and ligation. Longer follow-up is required to establish the durability of the procedure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh giãn tĩnh mạch dưới da chi dưới mạn tính (DTMDDCD) liên quan tới sự suất hiện dòng trào ngược và giảm hồi lưu trong lòng tĩnh mạch. Nếu không được điều trị, bệnh tiến triển dần, ảnh hưởng công việc, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Phương pháp điều trị ngoại khoa cổ điển là thắt quai tĩnh mạch hiển, lột bỏ tĩnh mạch kèm các nhánh (stripping). Đây là phương pháp xâm lấn nhiều, thời gian hậu phẫu lâu, có thể có biến chứng gây mê, phẫu thuật. Làm đông lòng mạch bằng sóng radio cao tần (Radiofrequency ablation – RFA) là một trong những kỹ thuật ít xâm lấn nhằm loại bỏ dòng trào ngược, được áp dụng tại Mỹ từ 1998. Hàng năm, ước tính có trên 300.000 bệnh nhân được điều trị DTMDDCD bằng RFA trên toàn thế giới [3].

Tại bệnh viện 175, kỹ thuật RFA được áp dụng từ đầu năm 2012 trên 45 bệnh nhân từ 5/2012 – 2/ 2013. Nghiên cứu này nhằm mục đích: *đánh giá kết quả điều trị bệnh DTMDDCDMT bằng sóng radio cao tần tại bệnh viện 175.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

45 bệnh nhân được chẩn đoán DTMDDCD có dòng trào ngược trên siêu âm không phân biệt tuổi, giới đã được điều trị bằng sóng radio cao tần tại khoa

* *Bệnh viện 175- BQP*

Người chịu trách nhiệm khoa học: BS CK II Trần Ngọc Tiến

Ngày nhận bài: 10/04/2014 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/05/2014

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Bùi Đức Phú

phẫu thuật lồng ngực bệnh viện 175 trong khoảng thời gian từ 5/2012 – 2/ 2013.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Hồi cứu mô tả
- Phân loại suy tĩnh mạch theo tiêu chuẩn C dựa vào bảng phân loại CEAP (Clinical severity-Etiology-Anatomy-Pathophysiology)
- Chỉ định phẫu thuật:
 - + DTMDDCD C 2 trở lên
 - + DTMDDCD được điều trị nội khoa kèm mang vớ áp lực trên 1 tháng không cải thiện lâm sàng hoặc còn dòng trào ngược trên siêu âm.

- 2 Phương pháp mổ: Bộc lộ tĩnh mạch hiển to đoạn dưới khớp gối 1,5 cm. Luồn catheter VNUS tới cách chỗ đổ vào tĩnh mạch đùi 1 cm. Bơm nước muối sinh lí dọc thành tĩnh mạch hiển. Đốt từng đoạn tĩnh mạch hiển. Có thể phối hợp phẫu thuật Muller.
- 3 Phương pháp vô cảm: tê tùy sống
- 4 Đánh giá kết quả: Dựa vào triệu chứng lâm sàng, siêu âm Doppler sau mổ 1 tuần và 6 tháng nhằm đánh giá sự bít tắc của tĩnh mạch hiển to, sự tồn tại của dòng trào ngược.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân.

- Tuổi: Trung bình 45. Nhỏ nhất: 30 Lớn nhất 68
- Giới : Nam 11. Nữ : 34. Tỷ lệ nam/nữ : 1/ 3,1
- Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật trên một chân
- Bảng 1: Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	%
Nhân viên văn phòng	15	33,3
Giáo viên	10	22,2
Quân nhân	2	4,4
Công nhân may	8	17,7
Nghề khác	10	22,2
Tổng	45	100

- Bảng 2: Thời gian từ khi bị bệnh tới thời điểm phẫu thuật.

Thời gian	Số lượng	%
Dưới 5 năm	30	66,6
5-10 năm	10	22,2
Trên 10 năm	5	11,2
Tổng	45	100

2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng	%
Nặng chân, mỏi chân	45	100
Đau	40	88,8
Dãn TM nông	41	91
Phù chân	17	37,7
Thay đổi màu sắc da, chàm hóa da	3	6,6
Loét chân	1	2,2

Bảng 4: Phân loại theo C (rong bảng CEAP)

C	Số lượng	%
2	11	24,4
3	30	66,6
4	3	6,6
5	0	0
6	1	2,2
Tổng	45	100

3. Kết quả siêu âm Doppler trước mổ:

Phát hiện dòng trào ngược: 45/45 (100%)

4. Phương pháp mổ:

Bảng 5: Phương pháp mổ

Phương pháp	Số lượng	%
RFA đơn thuần	25	55,5
RFA + Muller	20	44,4
Tổng	45	100

5. Kết quả siêu âm Doppler trong tuần đầu sau mổ:

Bảng 6: Kết quả siêu âm Doppler tuần đầu sau mổ

Kết quả doppler	Số lượng	%
Xẹp hoàn toàn tĩnh mạch nông	45	100
Hết dòng trào ngược	45	100
Huyết khối tĩnh mạch sâu	1	2,2

6. Biến chứng sớm sau mổ

Bảng 7: Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	Số lượng	%
Vết bầm tím dọc tĩnh mạch nông	2	4,4
Tổng	45	4.4

7. Kết quả sau 6 tháng

- Bảng 8. Kết quả lâm sàng sau 6 tháng:

Triệu chứng	Số lượng trước mổ	Sau mổ		
		Hết hoàn toàn Số lượng (%)	Giảm nhiều Số lượng (%)	Tổng
Nặng, mỗi chân	45	31(68,8)	14(31,1)	45(100)
Đau	40	15(37,5)	25(62,5)	40(100)
Phù chân	17	9(52,9)	8(47,1)	17(100)
Loét chân	1	1(100)	0(0)	1(100)

- Kết quả siêu âm Doppler sau 6 tháng:

Hết dòng trào ngược : 45/45 (100%)

Tắc hoàn toàn tĩnh mạch hiển to 45/45 (100%).

IV. BÀN LUẬN

1. Yếu tố thuận lợi, nguyên nhân

Jari O Laurikka, Phần Lan, trong một nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam/ nữ của bệnh DTMCDDMT là 1/3[4] Các yếu tố thuận lợi của bệnh bao gồm số lần có thai, yếu tố gia đình, tuổi (càng lớn càng dễ mắc bệnh), sau cùng là tính chất nghề nghiệp (các nghề phải đứng lâu, ít di chuyển). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam / nữ là 1/3.1. Yếu tố nghề nghiệp có tác động trên 72 % ở các đối tượng nhân viên văn phòng và công nhân làm nghề may, giáo viên. Các nghề nghiệp này có đặc điểm cần đứng tại chỗ trong thời gian lâu, ít di chuyển. Việc đứng lâu, ít di chuyển làm cho bơm cơ kém hoạt động nên không ép máu tĩnh mạch về dẫn tới ứ trệ máu tĩnh mạch [1].

Thời gian từ khi phát hiện bệnh tới lúc được phẫu thuật chủ yếu trong khoảng từ 5-10 năm, chỉ có 10 % trên 10 năm. Theo Văn Minh Trí, Nguyễn Hoài Nam (2007), tỷ lệ trên 10 năm chiếm tới 50% [1]. Điều này cho thấy ý thức phòng bệnh cũng như cơ hội tiếp cận các phương pháp điều trị hiện đại của bệnh nhân đã được nâng cao đáng kể [5].

2. Triệu chứng lâm sàng, siêu âm Doppler và phân loại CEAP trước mổ

Phân loại CEAP do một nhóm chuyên gia quốc tế về bệnh lý tĩnh mạch chi dưới đưa ra năm 1994, sau đó được áp dụng rộng rãi trên thế giới. Phân loại này

khả toàn diện vì đề cập tới những khía cạnh chính của bệnh lý tĩnh mạch chi dưới như lâm sàng, bệnh nguyên, giải phẫu, sinh lý bệnh...[2]. Tuy nhiên, trong các nghiên cứu ứng dụng lâm sàng thường chỉ dựa trên các triệu chứng lâm sàng. [1,2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân có CEAP độ 2,3 lâm sàng (C2-3) (91%), có 1 bệnh nhân (2,2%) có loét tiến triển cảng chân kèm xạm da, chàm hoá (C 6). Alessandra Puggioni và cộng sự tại Mayo Clinic trong nghiên cứu trên 53 chân được làm RFA từ 2001 tới 2004 có 94% C2-4, 6% C5-6 [2]. Nguyễn Hoài Nam trong nghiên cứu năm 2007 có 84% C2-3, còn lại là C4,5 với tỷ lệ tương đương [1].

Siêu âm Doppler cũng đã được chứng minh là phương tiện chẩn đoán chính xác, nhanh chóng và an toàn trong khảo sát bệnh lý tĩnh mạch. Chúng tôi khảo sát siêu âm Doppler cho toàn bộ bệnh nhân trước mổ. Tỷ lệ phát hiện dòng trào ngược là 100%.

3. Chỉ định và phương pháp can thiệp

Mục đích của quy trình RFA là nhằm triệt tiêu dòng trào ngược bằng cách gây đông lòng tĩnh mạch hiển to bằng sóng radio. Cũng như nghiên cứu của Alessandra Puggioni, chúng tôi chỉ định RFA cho các bệnh nhân từ C2 trở lên kèm theo có dòng trào ngược trên siêu âm Doppler [2].

Có 20 bệnh nhân (44,4%) có các búi tĩnh mạch dẫn tại chỗ được làm thêm phẫu thuật Muller với những đường rạch ngắn. Với phương pháp mổ này hầu như tất cả các tĩnh mạch dẫn đều được lấy bỏ, đồng thời với những đường rạch da ngắn đạt được hiệu quả thẩm mỹ cao. Sau mổ toàn bộ chân của bệnh nhân được băng ép bằng băng thun để cầm máu.

4. Kết quả điều trị và biến chứng sau mổ

4.1. Kết quả sớm

Toàn bộ bệnh nhân trước khi xuất viện (trong vòng từ 2-7 ngày) (bảng 6) được kiểm tra siêu âm doppler. Tỷ lệ tắc hoàn toàn tĩnh mạch hiển to và hết dòng trào ngược đạt 100%. Có một bệnh nhân (2,2%) xuất hiện huyết khối nhỏ tại tĩnh mạch đùi chung, được điều trị nội khoa và ra viện sau 7 ngày

Trong nghiên cứu tại Đại học Johns Hopkins, Weiss RA, Weiss MA cho kết quả hết dòng trào ngược và tắc hoàn toàn tĩnh mạch hiển to là 137/140 chân (98%) [6].

Các biến chứng tại chỗ gồm 2 bệnh nhân có vết bầm dọc tĩnh mạch hiển to (4,4%), các vết này tự hết sau 1-2 tuần.

4.2. Kết quả sau 6 tháng

Các bệnh nhân được hẹn kiểm tra sau 6 tháng. Về lâm sàng, tất cả bệnh nhân đều cảm thấy hài lòng do các triệu chứng chính gây khó chịu trước mổ đều giảm nhiều hoặc hết hoàn toàn (bảng 8). Khám thực thể, phù chân đều giảm đáng kể, có 52% hết đau hoàn toàn, 47% giảm đau đáng kể. Một bệnh nhân loét chân tiến triển (C6) trước mổ đã liền vết loét tại cẳng chân.

Kết quả Doppler cho thấy không thấy bệnh nhân nào tái phát dòng trào ngược. Tỷ lệ tắc hoàn toàn tĩnh mạch hiển to là 100%. Nghiên cứu của Wagner WH, Levin PM và cộng sự tại khoa phẫu thuật mạch máu, trung tâm Y tế Cedars-Sinai, LA, Hoa Kỳ có tỷ lệ tương đương là 97% [5]. Các kết quả theo dõi xa hơn của các nghiên cứu trên có tỷ lệ tái phát ở thời gian 12-24-36 tháng. Ở nghiên cứu này chúng tôi chưa có điều kiện theo dõi xa hơn.

VI. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 45 trường hợp giãn tĩnh mạch dưới da chi dưới mãn tính được điều trị bằng sóng radio tại khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện 175 từ

5/2012 – 5/2013, rút ra được một số nhận xét sau:

- Về đặc điểm lâm sàng: Bệnh gặp ở giới nữ nhiều hơn nam với yếu tố thuận lợi là các nghề nghiệp phải đứng lâu, ít di chuyển.

- Chỉ định RFA cho các trường hợp từ C 2 trở lên

- RFA là một phẫu thuật ít biến chứng, an toàn, với tỷ lệ thành công cao

- Cần nghiên cứu kết quả xa hơn để đánh giá các trường hợp tái phát muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Văn Minh Trí, Nguyễn Hoài Nam : Kết quả điều trị ngoại khoa dẫn tĩnh mạch nông chi dưới Mãn tính. Y học TPHCM. Tập 11, 2007, trang 27-30.
2. Alessandra Puggioni, MD, Manju Kalra, MBBS, Michele Carmo, MD, Geza Mozes, MD, Peter Gloviczki, MD. Endovenous laser therapy and radiofrequency ablation of the great saphenous vein: Analysis of early efficacy and complications. J Vasc Surg 2005; 42: 488-493.
3. Bergan JJ. (2000). Varicose veins: treatment by surgery and sclerotherapy. Vascular Surgery, vol. 2, p. 2007-2021.
4. Laurikka JO (2002): Risk indications for varicose veins in forty to sixty Y.O in the tempere varicose vein study. World Journal of Surgery. June, V. 26, N. 6. p 648
5. Wagner WH, Levin PM, Cossman DV, Lauterbach SR, Cohen JL, Farber A. Early experience with radiofrequency ablation of the greater saphenous vein. Ann Vasc Surg. 2004 Jan;18(1):42-7. Epub 2004 Jan 20.
6. Weiss RA, Weiss MA Controlled radiofrequency endovenous occlusion using a unique radiofrequency catheter under duplex guidance to eliminate saphenous varicose vein reflux: a 2-year follow-up. Dermatol Surg 2002;28:38-42

NHẬN XÉT KẾT QUẢ SỬM PHẪU THUẬT THÔNG SÀN NHỈ THẮT TOÀN BỘ BẰNG KỸ THUẬT HAI MIẾNG VÁ TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN E

Đỗ Anh Tiến*, Lê Ngọc Thành*

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật sửa thông sàn nhĩ thất toàn bộ bằng kỹ thuật hai miếng vá tại TTTM bệnh viện E

Số liệu và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, ứng dụng kỹ thuật hai miếng vá sửa toàn bộ cho 6 bệnh nhân (BN): 3 BN nam, 3 BN nữ. Tuổi trung bình 21,3 tháng tuổi, thấp nhất 02 tháng tuổi. Cân nặng trung bình 6,9 kg, thấp nhất 3,4 kg. 4 BN có hội chứng Down. 5 BN Rastelli type A, 1 BN Rastelli type B. **Kết quả:** không có BN tử vong, không có BN bị Block nhĩ thất cấp III. Siêu âm sau mổ: Lỗ thông liên thất, thông liên nhĩ vá kín. Tất cả BN không hở hoặc hở rất nhẹ van hai lá, van ba lá. **Kết luận:** Bước đầu ứng dụng kỹ thuật hai miếng vá trong sửa toàn bộ kênh nhĩ thất chung cho kết quả khả quan, hạn chế được mức độ hở van và rối loạn nhịp sau mổ. Do vậy cần khuyến khích ứng dụng kỹ thuật này trong điều trị triệt để thông sàn nhĩ thất thể toàn bộ.

ABSTRACT: Objective: Evaluation the initial results of total repair for Complet Atrioventricular Septal Defect (CAVSD) in Cardiovascular Center-E Hospital. **Material and methods:** Retrospective study, from Mar 2013 to Jan 2014 we repaired total for 6 patients with double patch technique: 03 males, 03 females, median age: 21,3months (2months – 7 years). Median body weight: 6,9 kilograms (3,4kg – 13kg), 4 patients with Dawnsyndrome. Diagnosis: 5 patients CAVSD Rastelli type A and 1 patient Rastelli type B. **Results:** No mortality, no patient with block A-V grade III. Echocardiography postoperative: mitral valve and tricuspid valve were competents, no stenosis, no regurgitation or mild regurgitation. **Conclusion:** The initial result of total repair for CAVSD by double patch was satisfactory. This technique can limite valve insufficiency, and trouble rhythm on postoperation and can be priority used in total reparaire for CAVSD.

ĐẶT VẤN ĐỀ: Thông sàn nhĩ thất toàn bộ hay còn gọi là kênh nhĩ thất chung là bệnh tim bẩm sinh rất phức tạp. Tổn thương bao gồm có một van nhĩ

thất, thông liên thất nằm ngay dưới van nhĩ thất, thông liên nhĩ lỗ thứ nhất. Bệnh này cần được chẩn đoán và phẫu thuật sớm để tránh tăng áp lực động mạch phổi nặng cũng như suy tim nặng. Theo nghiên cứu của Tandon và cộng sự nếu không điều trị thì 65% Bn sẽ tử vong trong năm đầu [1]. Năm 1966 Rastelli và cộng sự đã công bố phân loại bệnh thông sàn nhĩ thất toàn bộ gồm có 3 thể và phân loại này được áp dụng trên toàn thế giới [1,5]. Kỹ thuật sửa CAVSD bao gồm có kỹ thuật một miếng vá, kỹ thuật cải tiến một miếng vá (Modified one patch) và kỹ thuật sửa chữa hai miếng vá. Tại trung tâm tim mạch – Bệnh viện E chúng tôi chủ yếu ứng dụng kỹ thuật sửa chữa một miếng vá cải tiến, và kỹ thuật hai miếng vá được thực hiện từ 2013. Thông báo kết quả sau mổ sớm của những BN được sử dụng kỹ thuật hai miếng vá là mục đích của nghiên cứu này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Từ tháng 3 năm 2013 đến tháng 1 năm 2014, chúng tôi tiến hành phẫu thuật cho 6 BN thông sàn nhĩ thất toàn bộ bằng kỹ thuật hai miếng vá.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu

Phân loại thông sàn nhĩ thất toàn bộ theo Rastelli: Bao gồm có ba thể

- Rastelli A: Đây là thể hay gặp, lá trên trái nó nằm ở phía thất trái và dây chằng bám vào mép của bờ lỗ thông liên thất

- Rastelli B: Hiếm gặp hơn, dây chằng của lá trên trái nó qua lỗ thông liên thất bám vào cột cơ bên phải bề mặt vách liên thất

- Rastelli C: Lá trên trái dài và rộng, nó bao phủ qua lỗ thông liên thất cả sang bên phải, dây chằng của lá van bên trái có thể qua lỗ thông liên thất bám vào bề mặt thất phải

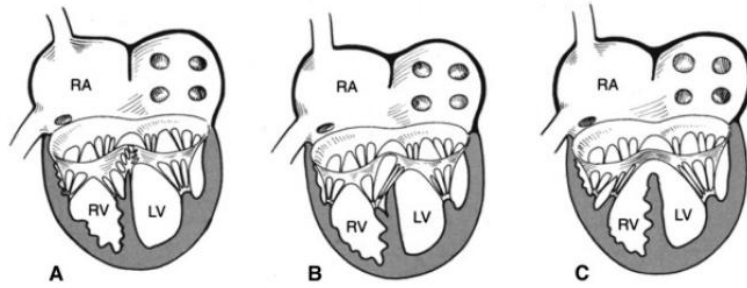
*Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Lê Ngọc Thành

Ngày nhận bài: 10/04/2014 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/05/2014

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

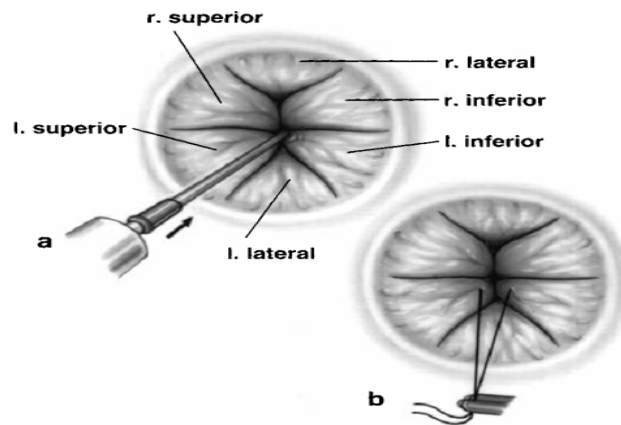
GS.TS. Bùi Đức Phú



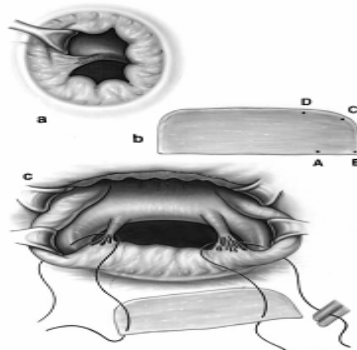
Hình 1: Phân loại CAVSD theo Rastelli[5]

Kỹ thuật sửa toàn bộ 2 miếng vá: BN được gây mê nội khí quản, làm động mạch và tĩnh mạch xâm lấn

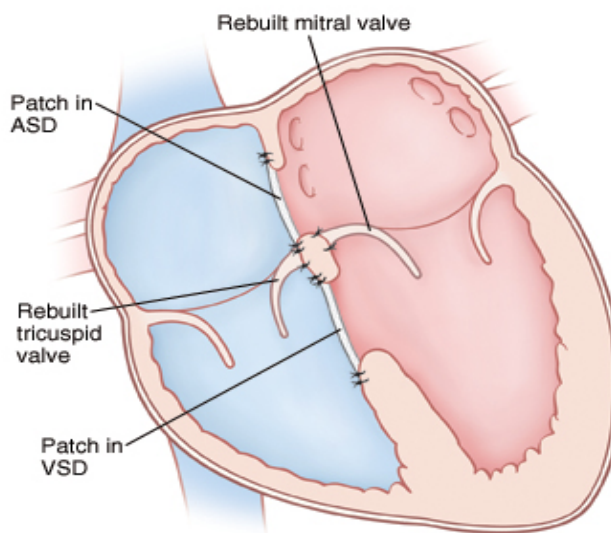
- + Rạch da, mổ xương ức, chuẩn bị màng tim
- + Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể, liệt tim
- + Mỡ nhĩ phải, đánh giá tổn thương,
- + Xác định ranh giới lá trước sau, phải trái của van nhĩ thất, đo kích thước lỗ thông liên thất, cắt miếng vá lỗ thông liên thất (có hình thang), vá lỗ thông liên thất.
- + Khâu chỗ xẻ (cleft) van hai lá, vá lỗ thông liên nhĩ
- + Sửa van ba lá
- + Đóng tim, cho tim đập lại
- + Ngưng tuần hoàn ngoài cơ thể, đóng ngực



Hình 2: Phân chia van nhĩ thất thành van hai lá và van ba lá[1]



Hình 3: Vá lỗ thông liên thất[1]



Hình 4: Hoàn thành sửa chữa.

Các chỉ số nghiên cứu: lâm sàng (mức độ suy tim, viêm phổi...), cận lâm sàng (Xquang ngực, siêu âm doppler tim...), trong mổ, sau mổ (lâm sàng, siêu âm tim...)

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU: Qua nghiên cứu 6 BN chúng tôi thu được kết quả sau

- + 03 BN nam, 03 BN nữ
- + Tuổi trung bình: 21, 3 tháng, trong đó tuổi thấp nhất là 2 tháng, lớn nhất 7 tuổi.
- + Cân nặng trung bình 6,9 kg, cân nặng thấp nhất 3,4 kg (Cân nặng của BN 2 tháng tuổi), nặng nhất 13 kg.
- + 4 BN có hội chứng Down kèm theo.
- + Chẩn đoán: 5 BN Rastelli type A và 01 BN Rastelli type B.

Lâm sàng (suy tim)	<i>NYHAI</i>	<i>NYHA III</i>
		4
Chỉ số tim ngực	70%	
Mức độ hở van nhĩ thất	<i>Mức độ vừa</i>	<i>Mức độ nặng</i>
	5	1
Đường kính lỗ TLT	13,6 mm	
Thời gian CPB(min)	113	
Thời gian Ao(min)	91,2	

Bảng 1: Các chỉ số trước mổ và trong mổ

- + Tất cả BN đều có tăng áp lực động mạch phổi rất nặng.
- + Không có BN tử vong sau mổ, không có BN bị Block nhĩ thất.
- + Lâm sàng tất cả BN đều cải thiện, hết suy tim
- + Siêu âm kiểm tra sau mổ: lỗ thông liên thất, thông liên nhĩ đều vá kín, không có shunt tồn lưu. Van hai lá và van ba lá hết hở (2 BN), còn hở nhẹ (4 BN).

BẢN LUẬN: CAVSD là bệnh tim bẩm sinh rất phức tạp, đặc biệt ở BN Rastelli type B, hoặc C, BN có hở van nhĩ thất nhiều. Nếu không được chẩn đoán sớm và phẫu thuật sẽ dẫn đến tình trạng tăng áp lực động mạch phổi nặng do lỗ thông liên thất lớn, lỗ thông liên nhĩ, đồng thời kèm theo hở van nhĩ thất[4]. Cùng với tăng áp lực động mạch phổi bệnh nhân sẽ có tình trạng suy tim ứ huyết nặng. Theo nghiên cứu của Tandon và cộng sự nếu không điều trị thì 65% BN sẽ tử vong trong năm đầu[1]. BN thường vào viện trong tình trạng viêm phổi, khó thở do suy tim, tất cả BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tiền sử bị viêm phổi, vào viện trong tình trạng có suy tim. Ngày nay việc chẩn đoán trước sinh càng chính xác và được áp dụng rộng rãi do vậy số BN CAVSD càng được chẩn đoán sớm và được điều trị kịp thời.

Một trong những hội chứng thường gặp trong bệnh CAVSD là hội chứng Down, nghiên cứu của chúng tôi có 4 BN (67%) có hội chứng Down. Nghiên cứu của Carl L. Backer là 89%[3], của Bruno Marino là 75%[2]. Như vậy nhóm BN bị hội chứng Down thường có nguy cơ cao bị CAVSD, do đó chúng ta cần tập trung sàng lọc nhóm BN có hội chứng Down để phát hiện sớm CAVSD. Cũng theo nghiên cứu của Bruno Marino thường BN CAVSD có hội chứng Down thường bệnh ở nhóm thể Rastelli A, C [2], đây cũng là hai thể bệnh thường gặp nhất.

Về kỹ thuật sửa toàn bộ: có ba kỹ thuật được sử dụng rộng rãi tại các trung tâm phẫu thuật tim mạch trên thế giới. Kỹ thuật một miếng vá: phẫu thuật viên phân chia van nhĩ thất thành van hai lá và van ba lá, sau đó cắt đôi(phần ranh giới của van hai lá & van ba lá), khâu phần vừa cắt của lá trước van hai lá và lá vách của van ba lá vào mép của lỗ thông liên thất, như vậy lỗ thông liên thất được khâu trực tiếp[1,2]. Kỹ thuật một miếng vá cải tiến là cũng khâu trực tiếp lỗ thông liên thất nhưng không cắt – phân chia van nhĩ thất mà khâu trực tiếp phần ranh giới của van nhĩ thất vào bờ lỗ thông liên thất[1,2]. Kỹ thuật 2 patch là sử dụng 1 miếng vá lỗ thông liên thất và 1 miếng vá lỗ thông liên nhĩ. Việc áp dụng kỹ thuật nào phụ thuộc vào kích thước của lỗ thông liên thất cũng như kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên[1,2]. Có nhiều nghiên cứu trên thế giới thấy rằng hầu như không có sự khác biệt về kết quả sau mổ ở nhóm BN sử dụng

kỹ thuật một miếng vá cải tiến và kỹ thuật hai miếng vá trong trường hợp lỗ thông liên thất không quá lớn, và BN Rastelli type A(kích thước lỗ thông liên thất được xác định từ bờ lỗ thông liên thất đến van nhĩ thất)[3]. Đối với nhóm BN kích thước lỗ thông liên thất lớn thì kỹ thuật hai miếng vá có nhiều ưu điểm hơn. BN không bị thiếu mô van do không phải sử dụng lá van để khâu bịt lỗ thông liên thất, đồng thời các dây chằng được bảo tồn tối đa về kích thước do vậy van ít bị hở hơn. Với kỹ thuật một miếng vá BN có thể bị hẹp đường ra thất trái sau mổ[3]. Nhược điểm của kỹ thuật hai miếng vá là thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể và thời gian cấp động mạch chủ lâu hơn kỹ thuật một miếng vá. Thực tế tại trung tâm của chúng tôi đã áp dụng hai kỹ thuật để sửa toàn bộ song chúng tôi thấy rằng ở nhóm BN sử dụng kỹ thuật hai miếng vá cho kết quả tốt hơn hẳn, đặc biệt mức độ hở van sau mổ nhẹ hoặc hết hở. 6 BN của chúng tôi sau mổ lâm sàng cải thiện rõ rệt, hết suy tim, siêu âm doppler tim sau mổ 2 BN không hở van, 4 Bn còn hở van mức độ nhẹ.

KẾT LUẬN: Kết quả sửa thông sản nhĩ thất toàn bộ bằng kỹ thuật hai miếng vá mặc dù số lượng BN còn ít song kết quả sau mổ rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. A.D. Pacifico: Atrio-ventricular Septal Defects. Surgery for Congenital Heart Defects(2004), ISBN-13:978-0-470-09316-0
2. Bruno Marino: Complete Atrioventricular septal defect in patients with and without Down's syndrome. Ann Thorac Surg 1994;57:1687.
3. Carl L. Backer, MD, Robert D. Stewart et al: Complete Atrioventricular Canal: Comparison of Modified Single-Patch Technique With Two-Patch Technique. Ann Thorac Surg 2007;84:2038-46
4. G. Stellin et al: Surgical treatment of complete A-V canal defects in children before 3 months of age. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 23(2003)187-193
5. Siavosh Khonsari: Atrioventricular Septal Defect. Cardiac surgery: safeguards and Pitfalls In Operative Technique (2007), ISBN-13:978-0-7817-6950-1.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SỬA VAN HAI LÁ TRONG BỆNH BARLOW TẠI VIỆN TIM TP. HCM TỪ 1994 ĐẾN 2012

Nguyễn Văn Phan*

TÓM TẮT: Sửa van hai lá là lựa chọn đầu tay trong trong phẫu thuật điều trị bệnh lý van hai lá, đặc biệt là bệnh lý thoái hóa van ở người lớn. Với tỷ lệ thành công cao, tử vong ít và tiên lượng lâu dài tốt. Trong bệnh Barlow, mô van dư nhiều, vòng van dãn, do đó có thể đặc được vòng van lớn nên diện tích mở của lá van lớn. Tiến triển hẹp và hở lại van hai lá sau phẫu thuật tiến triển rất chậm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả tốt về lâu dài trong điều trị phẫu thuật bảo tồn van hai lá trong bệnh Barlow bằng kỹ thuật sửa van hai lá Carpentier ở Viện Tim TP.HCM.

MITRAL VALVE REPAIR IN BARLOW DISEASE AT HEART INSTITUTE - HO CHI MINH CITY FROM 1994 TO 2012

- Reconstructive surgery was the best choice for mitral valve disease, especially in degenerative mitral valve incompetence with low mortality and good longterm results. In Barlow disease, the excess valve tissue, dilatation of annulus and the necessary to large prosthetic ring should be used. This is a retrospective study on mitral valve repair in Barlow disease by using Carpentier's techniques at Heart Institute - Ho chi Minh city.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sửa van hai lá là một lựa chọn hàng đầu trong phẫu thuật điều trị van hai lá. Với kỹ thuật và thiết bị ngày càng tiến bộ, phẫu thuật sửa van hai lá đã mang lại lợi ích to lớn cho người bệnh, đặc biệt là bệnh lý thoái hóa van ở người lớn.

Theo GS.Carpentier, Barlow là một bệnh lý thoái hóa van hai lá khá phổ biến trong dân số, chiếm 4% - 5% dân số chung của bệnh lý hở van hai lá. Theo quan sát tại Viện Tim TP.HCM thì bệnh Barlow chiếm tỉ lệ 1,11% tổng số bệnh lý van hai lá và chiếm 16,76% bệnh van hai lá thoái biến. Tuy nhiên, trên thế giới các công trình nghiên cứu về bệnh này còn khá ít. Tại Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu về bệnh này. Vậy, liệu tổn thương van hai lá trong bệnh Barlow ở người Việt Nam có khác biệt gì không, và kết quả phẫu thuật của chúng ta có như mong đợi không?

Chính vì điều này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá thương tổn van hai lá và kết quả phẫu thuật sửa hở van hai lá trong bệnh Barlow tại Viện tim TP.HCM từ năm 1994-2012.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Khảo sát các tổn thương của bộ máy van hai lá trong bệnh Barlow.
2. Đánh giá kết quả sớm và trung hạn của phẫu thuật van hai lá trong bệnh Barlow.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu :

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh :

Nghiên cứu này khảo sát 57 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Barlow trước hoặc trong 1c mổ, đã được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật bảo tồn hoặc thay van hai lá tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 1994 đến 2012. Bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên, không phân biệt giới tính. Các bệnh nhân được tiếp nhận điều trị đến từ các vùng miền trong cả nước.

Tiêu chuẩn loại trừ :

Nghiên cứu này chỉ khảo sát bệnh Barlow, được điều trị bằng phương pháp bảo tồn van. Nghiên cứu này không đề cập tới nhóm bệnh nhân hở van hai lá khác.

Nghiên cứu này cũng không đề cập đến các bệnh hở van hai lá được điều trị bằng thay van và nhóm bệnh hở van hai lá trong bệnh lý nhiều van phối hợp.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Hồi cứu mô tả hng loạt trường hợp.

+ Chẩn đoán bệnh Barlow:

- Lâm sàng

Bệnh thường được phát hiện tình cờ với âm thổi hở van hai lá. Số còn lại được phát hiện khi có triệu

*Viện Tim TP HCM

Người chịu trách nhiệm khoa học: TS Nguyễn Văn Phan

Ngày nhận bài: 10/04/2014

Ngày Cho Phép Đăng: 10/05/2014

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Bùi Đức Phú

chứng suy tim do hở van hai lá hoặc biến chứng do hở van hai lá gây ra.

- Cận lâm sàng

❖ Điện tâm đồ :hình ảnh của dày dẫn thất trái, dẫn nhĩ trái tương tự bệnh cảnh hở van hai lá thông thường (không đặc trưng).

❖ X quang: có thể có hình ảnh tim to, chỉ số tim lồng ngực lớn.

❖ Siêu âm tim: là chìa khóa để chẩn đoán bệnh Barlow trước mổ. Với các hình ảnh đặc trưng:

+ Dư mô van

+ Mô van dày, đặc biệt dày nhiều ở vị trí gần bờ tự do lá van.

+ Mô van dư, bụng van tạo hình ảnh cuộn sóng vào tâm nhĩ trong thời kỳ tâm thu.

+ Vị trí tiếp xúc của hai lá van cao hơn mức bình thường so với mặt phẳng vòng van.

+ Sa van thường xảy ra ở nhiều vị trí trên hai lá van.

+ Dây chằng thường dẫn hoặc đứt

+ Vòng van dẫn rộng

+ Có thể có vôi hóa ở vòng van hoặc dây chằng (thường ở lá van sau)

+ Có thể nhìn thấy tổn thương tương tự ở van 3 lá.

❖ Giải phẫu bệnh đại thể

+ Vòng van dẫn rộng và có dẫn hình tròn

+ Dư mô lá van bụng van có hình cuộn sóng giống như bông cải

+ Lá van dày, dày nhiều tại vùng tiếp xúc giữa hai lá van

+ Diện tích bề mặt lá van rộng gấp 2 đến 3 lần so với diện tích bề mặt lá van bình thường đặc biệt là lá van sau

+ Tại những điểm chẻ của lá van bị phồng lên, dày và mất ranh giới.

+ Dây chằng dẫn dài có thể dày hoặc mỏng

+ Các dây chằng bờ và dây chằng thứ phát nằm lộn xộn không theo thứ tự.

+ Dây chằng basal dày

❖ Giải phẫu bệnh vi thể

Hình ảnh tổn thương thoái hóa sợi và thoái hóa nhầy không đặc trưng.

+ **Chỉ định phẫu thuật :**

Theo chỉ định của hội tim mạch Hoa Kỳ

Quy Trình Phẫu Thuật

Bệnh nhân được phẫu thuật tim hở với sự trợ giúp của máy tim – phổi nhân tạo.

- Kỹ thuật bảo vệ cơ tim là hạ thân nhiệt từ 28-32 độ C và dung dịch liệt tim qua ngã động mạch chủ

- Phương pháp mổ: áp dụng kỹ thuật Carpentier.

+ **Các tiêu chuẩn đánh giá kết quả phẫu thuật :**

Đánh giá kết quả của phẫu thuật được dựa vào 2 tiêu chuẩn chính:

- Tiêu chuẩn lâm sàng: dựa vào phân loại suy tim của hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (NYHA) có 4 mức độ.

- Tiêu chuẩn cận lâm sàng: Dựa vào độ nặng của hở van hai lá bằng siêu âm Doppler màu qua thành ngực

Xử lý và phân tích số liệu :

- Số liệu được trình bày dưới dạng trung bình v độ lệch chuẩn.

- Các phân tích thống kê sử dụng độ tin cậy = 95%.

- Ngưỡng ý nghĩa thống kê trong các thuật toán được chọn là $P < 0,05$.

- Phân tích thống kê được thực hiện trên chương trình SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm bệnh nhân tiền phẫu:

Từ năm 1992 đến năm 2012 đã tiến hành phẫu thuật cho 57 bệnh nhân Barlow có độ tuổi từ 10 tới 62 tuổi. Độ tuổi trung bình là 38. Độ tuổi trung vị là 42. Nhỏ nhất là 10 tuổi, lớn nhất là 62 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 1,59. Tỷ lệ nhịp xoang/rung nhĩ = 3,75. Chỉ số tim lồng ngực trung bình: 0.62 ± 0.066 . Tỷ lệ chuẩn đoán Barlow trước mổ là 16%

Áp lực động mạch phổi trung bình: $35,79 \pm 11.017$ mmHg

Đường kính thất trái cuối tâm trương trung bình: $57,16 \pm 8.655$ mm

Đường kính thất trái cuối tâm thu trung bình: $33,93 \pm 7.389$ mm

Vận tốc trung bình qua van hai lá: $1,40 \pm 0.381$ m/s

Phân xuất tổng máu trung bình (EF): $69,37\% \pm 7.716\%$

Đường kính nhĩ trái trung bình: $42,43 \pm 8.245$ mm

Đường kính thất phải trung bình: $17,16 \pm 5.178$ mm

Nhịp tim trung bình: $90,33 \pm 11.576$ lần/phút.

Đặc điểm	Tỷ lệ %
Sa lá trước	78,9
Sa lá sau	91,2
Dây lá van	100
Dư mô van	100
Dẫn vòng van	100
d/c dài	68,4
Đứtd/clátrước	3,5
Vôi hóa	3.5
ĐứTd/c lá sau	21,05
Thiếu d/c	3,5

3.2 Kỹ thuật mổ:

Có nhiều tổn thương phối hợp trên cùng một van và nhiều tổn thương mức độ khác nhau. Nên mỗi trường hợp phải áp dụng nhiều kỹ thuật sửa chữa khác nhau cho phù hợp. Kỹ thuật được áp dụng nhiều nhất là cắt hình tứ giác lá van sau và đặc vòng van.

Kích thước vòng van:

Nhìn chung, bệnh nhân được đặt vòng van với kích thước lớn hơn so với so với các bệnh lý hở van hai lá khác. Bởi trong bệnh Barlow hầu hết có mô van dư nhiều và vòng van dẫn rộng. Kích thước vòng van trung bình : 32.48 ± 2.662 . Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình: $86,88 \pm 21.534$ phút. Thời gian kẹp động mạch chủ trung bình: $62,34 \pm 16.290$ phút. Thời gian thở máy trung bình: $8,81 \pm 3.717$ giờ. Thời gian nằm hồi sức trung bình: 2,2 ngày. Thời gian nằm viện trung bình: 18,42 ngày

3.3. Kết quả chung:

Trong nghiên cứu này có tất cả 57 trường hợp. Tỷ lệ sửa van thành công 92,98%(53 trường hợp). Có 52 trường hợp sống còn, chiếm tỷ lệ 91,23%.

Có 4 trường hợp thay van chiếm tỷ lệ 7.02%.

Trong đó có 3 trường hợp sửa van thất bại phải chuyển thay van trong cùng cuộc mổ, chiếm tỷ lệ 5,26%.

Có 1 trường hợp tán huyết, mổ lại để thay van vào ngày thứ 30, chiếm tỷ lệ 1.75%.

Có 1 trường hợp bị biến chứng SAM, mổ lại ngày thứ 15 và sửa van thành công, chiếm tỷ lệ 1.75%.

Có 1 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 1,75%

Theo dõi hậu phẫu bao gồm :khám lâm sàng, điện tâm đồ, X quang và siêu âm tim. Trong 6 tháng đầu, bệnh nhân được tái khám hàng tháng, siêu âm được kiểm tra mỗi 3 tháng. Sau đó bệnh nhân được tái khám và có kèm siêu âm trong kiểm tra mỗi 3 tháng. Từ năm thứ 2 trở đi, nếu tình trạng ổn định, bệnh nhân được khám và siêu âm mỗi 6 tháng.

Theo dõi hậu phẫu dựa trên các tiêu chí chính gồm: triệu chứng lâm sàng dựa trên phân độ NYHA, các biến cố xảy ra theo thời gian, tình trạng van hai lá và các chỉ số liên quan.

Kết quả siêu âm sau mổ trước xuất viện

Đặc điểm	Trị số trung bình
Mức độ hở	$0.76 \pm 0.62/4$
Vận tốc qua van	1.49 ± 0.329 m/s
EF	59.11 ± 9.974 %
ĐKTT TTr	48.64 ± 8.636 mm
ĐKTT TT	33.07 ± 8.135 mm
ĐK thất phải	18.73 ± 4.913 mm
ĐK nhĩ trái	35.59 ± 7.147 mm
Áp lực ĐMP	28.86 ± 5.254 mmHg
Hở van ba lá	$1.28 \pm 0.472/4$
Nhịp tim	87.34 ± 5.975 lần/phút
Chênh áp	9.33 ± 3.958 mmHg

Các biến chứng dưới 30 ngày

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bloc	6	11.11
Đặt máy tạo nhịp	1	1.85
Cầm máu lại	1	1.85
TDMT	12	22.22
TDMP	4	7.41
Suy tim	7	12.96
Suy thận	1	1.85
Tán huyết	1	1.85
Mổ lại	2	3.70

SAM	1	1.85
Nhiễm trùng	1	1.85
Suy đa cơ quan	1	1.85
Tử vong	1	1.85
Dẫn lưu màng tim	2	3.70

3.4. Kết quả theo dõi tại thời điểm 2 năm.

Tương tự như kết quả theo dõi lúc 12 tháng, các giá trị lâm sàng và cận lâm sàng gần như không có biến động.

Mức độ hở van không đáng kể, chỉ có 22,58% là hở van ở mức 2/4. Nhưng không có dấu hiệu suy tim trên lâm sàng và các giá trị cận lâm sàng khác đều trong giới hạn tương đối bình thường.

Tại thời điểm 2 năm theo dõi, độ chênh áp qua van không tăng và không có các triệu chứng khác của hẹp van trên lâm sàng cũng như trên cận lâm sàng.

3.5. Kết quả theo dõi tại thời điểm 05 năm.

Nhìn chung thì các trị số trung bình vẫn chưa có khác biệt về mặt thống kê. Tuy nhiên có 3 trường hợp hở van hai lá 2.5/4, trong đó có 2 trường hợp kèm hở van ba lá 3/4. Các trường hợp này đều được điều trị nội khoa tích cực và ở mức NYHA II theo đánh giá phân độ suy tim, hiện chưa có chỉ định mổ lại.

Hầu hết bệnh nhân đều có cuộc sống gần như bình thường. Không có dấu hiệu của suy tim, chỉ có 20% bệnh nhân có mức NYHA II.

Sau 5 năm theo dõi, có 12% bệnh nhân tăng mức độ hở van lên 2.5/4. Nhưng trên lâm sàng bệnh nhân chỉ có dấu hiệu suy tim nhẹ (NYHA II).

Đặc điểm	Trị số trung bình
Hở van	1.53±0.523/4
Vận tốc qua van	1.40±0.339m/s
EF	67.98±8.068%
ĐKTT TTtr	46.04±5.154 mm
ĐKTT cuối tâm thu	28.64±4.934mm
ĐK thất phải	17.27±3.978mm
ĐK nhĩ trái	34.86±7.955 mm
Áp lực ĐMP	27.88±5.364mmHg
Hở van ba lá	1.56±0.583 /4
Nhịp tim	86.75±3.726 lần / phút
Chênh áp	8.72±3.742 mmHg

4. BÀN LUẬN

4.1 Bàn về đặc điểm tổn thương bộ máy van hai lá trong bệnh Barlow ở người Việt Nam.

Nhìn chung, đặc điểm tổn thương van hai lá trong bệnh Barlow tương tự như mô tả trong y văn và các báo cáo trên thế giới. Ngoài những tổn thương đặc trưng để nhận diện chẩn đoán bệnh Barlow, tỷ lệ sa lá van sau nhiều hơn sa lá van trước. Nguyên nhân chủ yếu là do dẫn dây chằng.

Sự tổn thương van khá đa dạng. Có nhiều tổn thương trên cùng một van. Có loại tổn thương nguyên phát kết hợp với tổn thương thứ phát và cả tổn thương bẩm sinh phối hợp. Bệnh Barlow đơn thuần thường diễn tiến âm thầm trong thời gian dài, thường được phát hiện ở độ tuổi 20 đến 30. Nhưng có một số tổn thương van hai lá có thể phối hợp trong bệnh Barlow và làm nặng thêm mức độ hở van. Trong nghiên cứu này có một bệnh nhân 10 tuổi có tổn thương đặc trưng của bệnh Barlow kèm với thiếu dây chằng bẩm sinh van hai lá phần A2. Nên mức độ hở van nặng và sớm. Bệnh nhân được chẩn đoán hở van hai lá bẩm sinh lúc 8 tuổi và được phẫu thuật sửa van hai lá lúc 10 tuổi.

Tổn thương vôi hóa là một trong những tổn thương gây khó khăn cho phẫu thuật sửa van và làm dự hậu lâu dài cho bệnh nhân sửa van không tốt.

Trong tổn thương van hai lá do bệnh Barlow ở người Việt Nam, mức độ dư mô van thường không nhiều. Do đó hình ảnh cuộn sóng điển hình trên siêu âm trước mổ chỉ chiếm 16% (9 bệnh nhân).

Theo đánh giá trong lúc phẫu thuật thì chiều cao của lá van sau trung bình chỉ từ 13 đến 15 mm. Do đó rất ít bị biến chứng SAM. Trong nghiên cứu này chỉ có một trường hợp bị SAM với chiều cao của lá van sau khoảng 18 mm.

4.2. Bàn về kết quả phẫu thuật

Do nhiều yếu tố khách quan, trong nghiên cứu này tỷ lệ sửa van thành công chỉ chiếm 92,98%. Bệnh nhân phẫu thuật càng trẻ thì tổn thương van hai lá càng nhiều, cấu trúc van biến đổi càng lớn và van dễ bị vôi hóa, nên khả năng sửa được van càng ít đi.

Tổng quan về phẫu thuật sửa van tại Viện Tim TP.HCM

Bệnh nguyên	sửa van thành công (%)
Van hậu thấp	76,95
Viêm nội tâm mạc	73,2
Van thoái biến	92,94
Van bẩm sinh	97,74
Tổng cộng:	78,68

Do tổn thương van nặng không sửa chữa được 5,26% (3 trường hợp). Trong đó chủ yếu là vôi hóa lá van và bộ máy dưới van, làm cho tiên lượng sửa van về lâu dài không có lợi cho bệnh nhân, thời gian phải mổ lại sớm. Nên quyết định thay van.

Do biến chứng tán huyết phải mổ lại thay van 1,75% (1 trường hợp). Tán huyết là một biến chứng gây khó khăn cho phẫu thuật viên trong việc quyết định tiếp tục sửa van hay thay van khi phẫu thuật lại. Thường là phải thay van do một số khó khăn sẽ được bàn luận kỹ ở phần sau.

4.2.1. Tỷ lệ phẫu thuật lại

Trong nghiên cứu này có 2 trường hợp phải mổ lại, chiếm 3.5%.

Trường hợp thứ 1 : bệnh nhân được phát hiện biến chứng SAM sau mổ 10 ngày tại khoa hồi sức do tình trạng diễn tiến không cải thiện sau mổ, với suy tim, suy thận và huyết áp thấp. Sau đó bệnh nhân được siêu âm và phát hiện biến chứng SAM. Bệnh nhân được mổ lại vào ngày thứ 15 và sửa van thành công. Biến chứng này hoàn toàn có thể phát hiện bằng siêu âm qua thực quản trong lúc mổ. Tốt nhất nếu có điều kiện, chúng ta nên kiểm tra siêu âm qua thực quản trong cuộc mổ vào thời điểm trước rạch da và sau khi tim đập lại để đánh giá kết quả sửa van cũng như các biến chứng và tình trạng chung của tim.

Trường hợp thứ 2 : bệnh nhân được phát hiện tán huyết vào ngày hậu phẫu thứ 3. Sau đó bệnh nhân được điều trị nội khoa tích cực nhưng tình trạng tán huyết vẫn không giảm. Đến ngày thứ 30, bệnh nhân được mổ lại để thay van.

4.2.2. Tỷ lệ tán huyết

Như trình bày ở phần trên, có 1 trường hợp bị biến chứng tán huyết, chiếm tỷ lệ 1,75%. Tán huyết là một biến chứng khá khó chịu với phẫu thuật viên.

Thứ nhất, tán huyết thường xảy ra trên những trường hợp có dòng hở không lớn, thường ở mức 1/4

đến 2/4. Dòng hở thường cạnh vòng van hoặc đi chéo đập vào vòng van gây tán huyết. Dòng hở này hoàn toàn có thể thấy qua siêu âm thực quản. Nhưng khi phát hiện 1 dòng hở như vậy qua siêu âm trong lúc mổ thì chỉ có tính chất gợi ý, chứ không thể kết luận được vì còn phụ thuộc nhiều yếu tố.

Thứ hai, tán huyết có thể xảy ra sớm ngay trong cuộc mổ, cũng có thể xảy ra muộn vài ngày sau đó. Nhưng điều khó khăn là nếu phát hiện có tán huyết xảy ra trong cuộc mổ thì cũng không thể khẳng định được là do dòng hở hay không vì trong quá trình chạy tuần hoàn ngoài cơ thể cũng có thể gây ra tán huyết.

Thứ ba, tán huyết còn tùy thuộc vào cơ địa sức bền hồng cầu của mỗi bệnh nhân và sự thay đổi các điều kiện gây tán huyết trong cả quá trình phẫu thuật và thời gian hậu phẫu.

Thứ tư, tình trạng tán huyết thay đổi nhiều trong thời gian hậu phẫu. Tán huyết có thể tự hết sau thời gian hậu phẫu với điều trị nội khoa. Cũng có thể nặng thêm và gây biến chứng suy thận, thiếu máu ...

Vì những lý do trên mà tán huyết do hở van rất khó xác định trong cuộc mổ, thời gian mổ lại cũng khá trì hoãn và hầu hết các cuộc mổ lại do tán huyết đều thay van. Vì tiên lượng tán huyết sau mổ nếu tiếp tục sửa van là rất cao, do đó nó chứa đựng nhiều rủi ro cho bệnh nhân. Nên giải pháp thay van gần như luôn được chọn lựa.

SAM là một biến chứng đáng ngại trong phẫu thuật sửa van hai lá do bệnh Barlow. SAM là do sự di chuyển ra phía trước của lá van sau trong thùy tâm thu gây hở van hai lá và nghẽn đường thoát thất trái.

Để tránh biến chứng này, trước hết ta phải đánh giá chiều cao lá van sau trong lúc mổ. Nếu chiều cao này từ 2cm trở lên thì khả năng xảy ra SAM là rất cao, nếu ta không có chiến lược hạ chiều cao lá van. Để phát hiện sớm biến chứng SAM nên sử dụng siêu âm qua thực quản trong lúc mổ. Chúng ta có thể quan sát sự di chuyển của lá van sau khi phẫu thuật viên cho tim đập lại. Nếu phát hiện có SAM thì nên tiến hành sửa chữa lại trong cùng cuộc mổ.

Trong nghiên cứu này có một trường hợp bị SAM được phát hiện vào ngày hậu phẫu thứ 10 do không có quan sát siêu âm thực quản trong lúc mổ. Và sự phát hiện trễ này còn do không nghĩ tới biến chứng SAM vì bệnh nhân có tim lớn, hở van nặng và suy tim nhiều trước mổ. Sau đó, bệnh nhân được phẫu thuật lại vào ngày thứ 15 và sửa van thành công với kỹ thuật cắt bớt lá van trước và lá van sau.

4.2.3. Tỷ lệ tử vong:

Trong nghiên cứu này tỷ lệ tử vong phẫu thuật là 1,75% (một trường hợp) tính đến 30 ngày sau mổ.

So sánh với tỷ lệ tử vong phẫu thuật của phẫu thuật sửa van hai lá nói chung và phẫu thuật sửa van hai lá trong bệnh Barlow nói riêng thì không có khác biệt về mặt thống kê.

Tác giả	Báo cáo	Tử vong (%)
Carpentier (1421 bn)	2002	1,6
NguyễnVPhan (1161 bệnh nhân)	2003	1,6

Bảng 4.2: So sánh tử vong phẫu thuật trong sửa van hai lá

Tác giả	Báo cáo	Tử vong (%)
Adams DH (62 bn)	2006	1,3
Seeburger (83 bn)	2008	1,7
Châu Chí Linh (57 bn)	2013	1,75

Phân tích trường hợp tử vong:

Bệnh nhân nam 68 tuổi, thể trạng suy kiệt, cân nặng 34kg, suy tim nặng, NYHA III – IV, chỉ số tim lồng ngực 0,75, hở van hai lá 4/4, EF 50%.

Sau mổ bệnh nhân bị suy tim nặng được điều trị bằng thuốc vận mạch kéo dài:

Dobutamine 12mcg/kg/mn, Adrenaline 0.48 – 4.7mcg/kg/mn. Bệnh nhân bị tụt huyết áp vào ngày hậu phẫu thứ 4 điều trị với Noradrenaline 0.22mcg/kg/mn – 4.7mcg/kg/mn. Thở máy kéo dài do tình trạng bệnh nặng, suy kiệt (FiO₂ 80-100% trong suốt quá trình thở máy). Ngày hậu phẫu thứ 6 bệnh nhân bị nhiễm trùng được điều trị bằng kháng sinh tiêm TM Vancomycine, Meronem, Tavanic. Ngày hậu phẫu thứ 8 cấy đàm dương tính với Klessiella pneumoniae, Acinetobacter, Pseudomonas aeruginosa và nấm Candida spp. Bệnh nhân bị suy thận cấp phải làm thâm phân khúc mạc từ ngày hậu phẫu thứ 8. Mặc dù hồi sức tích cực nhưng bệnh nhân bị suy tim, suy đa cơ quan không hồi phục, nhiễm trùng nặng không đáp ứng kháng sinh bệnh nhân tử vong vào ngày hậu phẫu thứ 14.

4.3. Bàn về kết quả theo dõi 5 năm sau phẫu thuật

20 trường hợp ở mức NYHA I (chiếm 80%), có 5 trường hợp ở phân độ NYHA II (chiếm 20%). Chưa có ghi nhận ở phân độ NYHA cao hơn, chưa có ghi nhận biến chứng muộn sau phẫu thuật và cũng chưa có ca nào chỉ định mổ lại. Cơ bản về mặt siêu âm các giá trị đều nằm trong giá trị bình thường. Kết quả này cho thấy tính ưu việt của sửa van trong bệnh Barlow so với thay van. (ca theo dõi được lâu nhất là 18 năm). Chưa có trường hợp nào được ghi nhận có biến chứng hoặc tử vong cũng như chưa có trường hợp nào có chỉ định mổ lại. Hầu hết mức độ hở trong giới hạn chấp nhận. Chỉ có 3 trường hợp hở 2.5/4 nhưng NYHA chỉ ở phân độ II. Nên mức độ hở này cũng nằm trong giới hạn theo dõi và điều trị nội khoa.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá kết quả sửa van hai lá trong bệnh Barlow của 57 trường hợp tại Viện Tim TP.HCM từ năm 1994 đến năm 2012, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

Thứ nhất, bệnh Barlow chiếm 1.11% bệnh lý van hai lá nói chung và chiếm 16,76% bệnh lý van hai lá thoái biến nói riêng.

Thứ hai, thương tổn van hai lá có một số điểm nổi bật sau: Chiều cao lá van sau không quá lớn. Nên biến chứng SAM ít (1,75%). Tỷ lệ vôi hoá lá van ít (3,5%) nhưng hầu hết bệnh nhân đều phẫu thuật trở nên thương tổn trên van hai lá nặng. Diện tích mô van không dư nhiều nên hình ảnh cuộn sóng trên siêu âm trong thì tâm thu ít, do đó chuẩn đoán trước mổ dựa vào siêu âm chỉ chiếm 16%. Và trong phẫu thuật cũng không phải cắt bỏ nhiều mô van. Tổn thương van khá đa dạng và có tổn thương kết hợp của thiếu dây chằng bẩm sinh.

Thứ ba, về kết quả phẫu thuật:

Nổi bật với tỷ lệ tử vong 1,75%. Đây là trường hợp đã có tiên lượng nặng từ trước mổ. Tỷ lệ sửa van thành công 92,98% mặc dù có nhiều tổn thương van nặng, khó sửa chữa. Kết quả trước xuất viện, các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng trong giới hạn gần như bình thường. Hầu hết bệnh nhân chỉ ở mức NYHA I. Sau thời gian theo dõi 5 năm, các bệnh nhân hầu như có cuộc sống bình thường. Không có trường hợp nào có biến chứng hoặc tử vong muộn. Kết quả theo dõi 5

năm, các bệnh nhân đều có thông số về van hai lá và các yếu tố liên quan gần như bình thường và chưa có chỉ định mổ lại.

Qua kết quả trên cho thấy nếu bệnh nhân được mổ sớm lúc tổn thương van chưa quá nặng, EF chưa giảm nhiều (<55%), chỉ số tim lồng ngực <0,7 thì gần như đều có thể sửa van được thành công. Tiên lượng lâu dài tốt và bệnh nhân có cuộc sống gần như bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Avierinos JF, Gersh BJ, Melton LJ III, et al : Natural history of asymptomatic mitral valve prolapse in the community. *Circulation* 106:1355-1361,2002.
2. Adams DS, Anyanwu AC, Rahamanian PB, et al: Large annuloplasty rings facilitate mitral valve repair in Barlows disease. *Ann Thorac Surg* 82: 2096-2100, 2006.
3. Adams DH, Anyanwa A: Pitfalls and limitations in mea su ring and in -terperting the outcomes of mitral valve repair. *J Thora Cardiovasc Surg* 131:523-529,2006.
4. Accola AD, Scott ML, Thompson PA, et al: Midterm outcomes using the Physio ring in mitral valve reconstruction :experience in 492 patients, *Ann Thorac Surg* 79(4): 1276-1283, 2005.
5. Bonow RO, carabello BA, Kanu C, et al : ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with heart disease :a report of the American College of cardiology/American Heart Asociation Task Forcion practice Guidelines (Writing committee to revise the 1998 Guidelines for the management of patients with valvular Heart Dis -ease): developed in collaboration with the Society of cardiovascular Anesthesiologis: endorsed by the society for cardiovascular Angiog -raphy and interventions and the society of Thoracic Suvgeons.*Circulation* 114: 184-231,2006.
6. Bridgewater B, Hooper T, Munsch C, et al: Mitral repair bets practice : Proposed Standards. *Heart* 92: 939-944,2006.
7. Braunberger E, Deloche A, Berrebi A, et al: very long-term results (more than 20 years) of valve repair with Carpentiers techniques in nonrheumatic matral valve in sufficiency. *Circulation* 104: 08-11,2001.
8. Bonow RO, Carbello BA, Chatterjee K, et al : ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of patients with valvular heart disease, *Circulation* 118: 523-661,2008.
9. Carpentier A, The Babels Syndrom. Honored guest lecture at the Xith Annual Meeting of the Mediterranean Association for Cardiology and Cardiac Surgery, Montpellier, October 5, 1998, France.
10. Casselman FP, Van Slycke S, Wellens F, et al: Mitral valve surgery can now routinely be performed endoscopically, *Circulation* 108 (Suppl 1): II 48 – II 54, 2003.
11. Disse S, A Bergel, Berrebi A, et al: Mapping of a first locus for autosomal dominant myxomatous mitral valve prolapse Chromosome 16P 11.2- P12.1 *Am J Hum Genet* 65:1242-1251,1999.
12. Feed LA, Acierno JS Jr, Dai D, et al : A focus for autosomal dominant mitral valve proplase on chomosome 11p15.4, *Am J Hum Genet* 72: 1551-1559, 2003.
13. David TE, Ivanow J, Armstrong S, et al: A Coparison of outcomes of mitral valve repair for degenerative with posterior, anterior, and bileaflet prolapse. *J Thorac Cardiovasc surg* 130: 1242-1249,2005.
14. Enriquez -Sarano M, Avierinos JF, Messika, -Zeitoun D, et al: Quan -titative determinants of the outcome of asymptomatic mitral regur -gitation, *N Eng IJ Med* 352: 875-883,2005.
15. Fornes P, Heudes D, Fuzellier JF, et al: Correlation between Clinical and histologic patterns of degenerative mitral valve insufficiency: a histomorphometric study of 130 excised Segments. *Cardiovasc pathol* 8:81-92,1999.
16. Flameng W, Herijger Sp, Bogacrts K: Recurrence of mitral valve regur -gitation after mitral valve repair in degenerative valve disease. *Circulation* 107:1609-1613,2003.
17. Freed LA, Aciemo JS Jr, Dai D, et al: A locus for autosomal domi -nant mitral valve prolapse on chromosome 11p15.4, *Am J Hum Genet* 72:1551-1559,2003.
18. Hayek E, Gring CN, Griffin BP: Mitral valve prolapse. *Lancet* 365: 507-518,2005.
19. Nesta F, Leyne M, Yosefi C, et al: New locus for autosomal domi -nant mitral valve prolapse on chromosome 13: clinical insights from genetic studies, *Circulation* 112(13):2222-2030,2005.

**PHẪU THUẬT TIM HỖ ÍT XÂM LẤN VỚI NỘI SOI HỖ TRỢ
TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN E:
NHỮNG KINH NGHIỆM BAN ĐẦU QUA 63 BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT**

Nguyễn Công Hữu, Phan Thảo Nguyên*, Đỗ Anh Tiến*, Nguyễn Trần Thùy*
Trần Đắc Đại*, Ngô Thành Hưng*, Nguyễn Hoàng Nam*, Nguyễn Trung Hiếu*,
Nguyễn Thái Long*, Nguyễn Đỗ Hùng*, Vũ Xuân Quang*, Lê Ngọc Thành**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ứng dụng những lợi ích của nội soi trong phẫu thuật tim hờ tại Việt Nam còn rất mới, chưa có công trình nào trong nước công bố về lĩnh vực này. Nghiên cứu được tiến hành nhằm tổng kết những kinh nghiệm ban đầu và đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật tim hờ ít xâm lấn với nội soi hỗ trợ tại trung tâm tim mạch bệnh viện E.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, do cùng một nhóm phẫu thuật. Từ tháng 5/2013 đến tháng 3/2014 tổng số 63 bệnh nhân được phẫu thuật: đóng thông liên nhĩ, thay van hai lá, sửa van hai lá, sửa toàn bộ thông sàn nhĩ thất bán phần, lấy u nhầy nhĩ trái, bắc cầu chủ vành, cắt màng ngăn nhĩ trái, sửa hẹp van động mạch phổi.

Kết quả: Thành công trên 60 bệnh nhân. 2 bệnh nhân phải mở rộng đường mổ ngực, 1 trường hợp chuyển mổ xương ức do chảy máu từ động mạch liên thất sau, 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ phải mở lại đường mổ ngực lấy máu cục màng phổi; không có tử vong bệnh viện.

Kết luận: phương pháp an toàn, khả thi, có thể triển khai thường quy với điều kiện trang thiết bị hiện có.

SUMMARY: MINIMALLY INVASIVE VIDEO – ASSISTED CARDIAC SURGERY IN CARDIOVASCULAR CENTRE – E HOSPITAL: THE INITIAL EXPERIENCE WITH 63 PATIENTS

Objectives: To investigate the feasibility and safety of video – assisted minimally invasive surgical methods in cardiac surgery. **Patients and methods:** From 5/2013 to 4/2014: 63 consecutive patients have been operated (ASD closure, mitral valve replacement, mitral valve repair, partial AVSD repair, pulmonary valve repair, left atrial myxoma, left atrial membrane resection, CABG). **Results:** There were 60 patients of success, 3 cases of failure: 2 patients were enlarged chest incision, 1 patient required to converse

to sternotomy because of bleeding; 1 case reoperated because of pneumothorax. There didn't have any hospital death, no major complication. **Conclusion:** video – assisted minimally invasive surgical methods in cardiac surgery is feasible and safe. This procedure can be performed with advantages.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật ít xâm lấn, phẫu thuật nội soi đã được triển khai trong các chuyên ngành phẫu thuật từ nhiều năm nay với kết quả hết sức khả quan, mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh: hồi phục nhanh, giảm nguy cơ nhiễm trùng, vấn đề thẩm mỹ với sẹo mổ nhỏ. Trong lĩnh vực phẫu thuật tim mạch, với sự tiến bộ của công nghệ, nhiều nước đã áp dụng phương pháp này trong phẫu thuật tim hờ. Tại Việt Nam, ứng dụng nội soi trong phẫu thuật tim hờ còn nhiều hạn chế do nhiều nguyên nhân: hệ thống đào tạo, đòi hỏi trang thiết bị trong điều kiện kinh phí các cơ sở còn hạn hẹp.... Với mục tiêu triển khai phẫu thuật ít xâm lấn nội soi hỗ trợ phù hợp điều kiện, trang thiết bị hiện có nhằm đem lại những lợi ích cho bệnh nhân phẫu thuật tim hờ, chúng tôi đã bắt đầu thực hiện kỹ thuật này từ tháng 5/2013. Nghiên cứu tổng kết những kinh nghiệm và kết quả ban đầu của phương pháp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 11 tháng (5/2013 – 4/2014) tổng số 63 bệnh nhân được phẫu thuật : đóng thông liên nhĩ, thay van hai lá, sửa van hai lá, sửa toàn bộ thông sàn nhĩ thất bán phần, lấy u nhầy nhĩ trái, bắc cầu chủ vành, sửa hẹp van động mạch phổi.

**Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E*

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Lê Ngọc Thành

Ngày nhận bài: 10/04/2014 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/05/2014

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Bùi Đức Phú

Các bệnh nhân đều do một kíp phẫu thuật thực hiện. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: < 60 tuổi, EF > 50%, phẫu thuật lần đầu. Phương tiện phẫu thuật: máy tuần hoàn ngoài cơ thể cho mổ tim hở, bộ phẫu thuật nội soi sử dụng cho phẫu thuật lồng ngực Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể qua bó mạch đùi phải. Đường

tiếp cận phẫu thuật: mở ngực nhỏ 3-6 cm trước bên phải, ống kính nội soi 5mm đặt khoang liên sườn IV đường nách trước. Bảo vệ cơ tim: cấp động mạch chủ liệt tim xuôi dòng bằng dung dịch Custadiol hoặc để tim đập ở nhiệt độ cơ thể, không cấp động mạch chủ tùy thuộc bệnh lý phẫu thuật

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Kết quả phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Số lượng (n= 63)	Thành công (n=60)	Tai biến, biến chứng (n= 4)
Đóng thông liên nhĩ	30	29	1
Thay van hai lá	20	19	3
Thay van hai lá + đặt vòng van ba lá	1	1	0
Sửa van hai lá	3	3	0
Sửa toàn bộ thông sản nhĩ thất bán phần	4	4	0
Lấy u nhầy nhĩ trái	2	2	0
Sửa hẹp van động mạch phổi đơn thuần	1	1	0
Bắc cầu chủ vành	1	1	0
Cắt màng ngăn nhĩ trái	1	1	0

Phẫu thuật được coi là thành công khi không phải mở rộng đường mổ ngực, không phải chuyển mổ xương ức, không tử vong sau mổ. Có 3 bệnh nhân không thành công: 1 bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thông lớn, không có gờ tĩnh mạch chủ dưới, tồn tại TMC trên trái; sau khi vá TLN siêu âm thực quản kiểm tra miếng vá không đúng vị trí dẫn đến tĩnh mạch chủ dưới đổ một phần sang trái. Xử trí: mở rộng vết mổ ngực vá lại miếng vá. Siêu âm sau mổ miếng vá đúng vị trí không có luồng thông tồn lưu. 1 trường hợp thông sản nhĩ thất bán phần được phẫu thuật với tim đập không cấp động mạch chủ. Bệnh nhân nhịp tim không ổn định khi đang vá lỗ thông liên nhĩ tiên phát. Chúng tôi quyết định mở rộng đường mổ, cấp động mạch chủ liệt tim xuôi dòng. 1 bệnh nhân thay van hai lá chảy máu sau mổ phải chuyển mổ xương ức do chảy máu từ động mạch liên thất sau.

Bảng 2: Tai biến, biến chứng

Loại phẫu thuật	Tai biến, biến chứng	n
Đóng thông liên nhĩ	Thủng động mạch đùi	1
Thay van hai lá	Hẹp động mạch đùi	1
	Chảy máu phải mổ lại	2

Nhóm bệnh nhân TLN: 1 bệnh nhân trong nhóm đóng TLN gặp tai biến khi đặt ống động mạch đùi gây thủng mặt sau động mạch đùi chung ngay dưới cung đùi, xử trí mở rộng vết mổ đùi khâu mạch. Nhóm thay van hai lá 1 trường hợp biến chứng muộn hẹp mạch đùi tại vị trí đặt ống động mạch. Bệnh nhân được phát hiện khi khám lại sau mổ 1 tháng. Xử trí: gây tê tại chỗ cắt bỏ đoạn mạch hẹp, ghép mạch bằng đoạn tĩnh mạch hiển đảo chiều. Không có tử vong, tai biến tắc mạch khí.

BÀN LUẬN

Phẫu thuật ít xâm lấn trong phẫu thuật tim là xu thế ngày càng phổ biến ở các nước phát triển. Từ cuối những năm 90 của thế kỷ trước đã có những công trình công bố về phẫu thuật van tim, mạch vành, đóng thông liên nhĩ theo phương pháp này (3) (4) (5) (10). Theo Elbeery và Chitwood: phẫu thuật ít xâm lấn là phương pháp được lựa chọn trong phẫu thuật tim mạch ở thế kỷ 21(6)

Sự phát triển của phẫu thuật ít xâm lấn, phẫu thuật nội soi gắn liền với sự phát triển của công nghệ. Việc ứng dụng những tiến bộ công nghệ cho phép phẫu thuật viên thu hẹp đường mổ, thay đổi phương thức tiếp cận thương tổn, hạn chế làm tổn thương tổ chức trong quá trình phẫu thuật, hạn chế sự tiếp xúc của tạng (tim, phổi) với môi trường nhưng vẫn đảm bảo phẫu trường để phẫu thuật viên thực hiện các thao tác phẫu thuật một cách an toàn. Phương pháp có nhiều ưu điểm tuy nhiên cho đến nay ở Việt Nam vẫn chưa thấy những công trình thông báo về việc ứng dụng trong lâm sàng. Nguyên nhân tại đây: do hệ thống đào tạo còn thiếu, do điều kiện trang thiết bị, đặc thù của phẫu thuật tim hở? ... Theo chúng tôi ngoài nguyên nhân khách quan về điều kiện trang thiết bị, lý do quan trọng của việc chậm triển khai phẫu thuật ít xâm lấn, phẫu thuật nội soi trong lĩnh vực phẫu thuật tim do phần lớn phẫu thuật viên tim mạch chưa được đào tạo về phẫu thuật nội soi. Mặt khác do đặc thù của phẫu thuật tim hở sử dụng máy tim phổi nhân tạo, sự phức tạp của quy trình phẫu thuật ngay cả đối với mổ mở kinh điển cũng ảnh hưởng nhiều đến việc thực thi kỹ thuật. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy một số vấn đề về mặt kỹ thuật cần phải giải quyết khi triển khai phẫu thuật tim hở ít xâm lấn:

* *Lựa chọn đường tiếp cận*: với mổ tim, đường mổ dọc giữa xương ức là đường mổ cho phẫu thuật hầu hết tất cả các loại bệnh lý tim mạch. Ưu điểm phẫu trường rộng rãi, thuận tiện cho thao tác kỹ thuật, xử lý được tất cả các thương tổn đi kèm. Tuy nhiên về mặt thẩm mỹ bệnh nhân sẽ có sẹo mổ xấu, đau nhiều sau mổ, nguy cơ viêm xương ức. Phẫu thuật ít xâm lấn với các dụng cụ hỗ trợ cho việc bộc lộ

trường mổ dẫn đến việc lựa chọn đường mổ có nhiều thay đổi tùy theo tính chất phẫu thuật, trang thiết bị hiện có, thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên: **Đường mổ nhỏ cạnh ức phải**: đường rạch vị trí khoang liên sườn 4-5, cắt bỏ 2 sụn sườn, thắt động mạch ngực trong. Đường mổ này ban đầu được Cosgrove và Sabik sử dụng để phẫu thuật van động mạch chủ. Tuy nhiên việc cắt bỏ sụn sườn dẫn đến những biến dạng ở lồng ngực đặc biệt với người chưa trưởng thành, nguy cơ thoát vị phôi, không thẩm mỹ bằng đường mổ ngực phải dưới vú nên đường tiếp cận này cũng không được sử dụng phổ biến (2,4). **Đường mổ mũi ức hoặc xương ức đoạn thấp**: Bichell và cộng sự từ năm 1996 đã áp dụng rộng rãi đường mổ này cho phẫu thuật đóng TLN và một số bệnh lý khác: đường mổ chỉ cắt mũi ức được sử dụng cho trẻ nhỏ < 5t, tổ chức đàn hồi, dễ co kéo. Ở trẻ lớn và người lớn tác giả mở xương ức đoạn thấp, sử dụng dụng cụ kéo nâng xương ức để bộc lộ trường mổ “Army-Navy retractor”(2). **Đường mổ nhỏ trước bên phải**: đường mổ 3-5 cm trước bên phải sử dụng nội soi hỗ trợ được nhiều tác giả sử dụng với ưu điểm về mặt thẩm mỹ, nhất là ở nữ giới. Đường rạch da vị trí khoang liên sườn V (hoặc dưới nếp lằn vú đối với nữ giới). Những ưu điểm chính phương pháp được các nghiên cứu đánh giá: tránh được mổ xương ức và những biến chứng của nó, tốt hơn cả về mặt thẩm mỹ so với các đường mổ khác, đỡ đau hơn sau mổ, việc kiểm soát đau sau mổ dễ dàng hơn, thời gian nằm viện ngắn (4,10). Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng đường mổ này. Trong phẫu thuật mạch vành ít xâm lấn, **đường mổ ngực trước bên trái** được lựa chọn, các dụng cụ cố định tim chuyên dụng được đặt qua các lỗ mổ nhỏ vào các khoang liên sườn, vị trí mũi ức (8). Đường mổ ngực nhỏ trước bên trái cũng được chúng tôi sử dụng cho trường hợp sửa hẹp van động mạch phổi đơn thuần. Với điều kiện trang thiết bị, nội soi toàn bộ có hoặc không có sử dụng hệ thống rô bốt phẫu thuật De Vinci cũng đã được công bố (5,8,11,13). Đường vào chỉ là các lỗ nhỏ vừa dụng cụ phẫu thuật

* *Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể*: do phẫu trường nhỏ, việc thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể đặt

các ống động mạch, tĩnh mạch ngoại vi được lựa chọn. Các vị trí ngoại vi cho đặt ống động mạch: động mạch đùi, động mạch nách; tĩnh mạch: tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch cánh. Hầu hết đều lựa chọn động mạch đùi để đặt ống động mạch. Động mạch nách thường là phương án dự phòng trong trường hợp không sử dụng được động mạch đùi. Có nhiều phương thức thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể. Với điều kiện trang thiết bị hiện có, chúng tôi thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể qua động mạch đùi – tĩnh mạch đùi – TMC trên.

* *Bảo vệ cơ tim*: có nhiều cách thức bảo vệ cơ tim: cặp động mạch chủ -liệt tim xuôi dòng qua gốc động mạch chủ hoặc liệt tim ngược dòng qua xoang vành, để tim đập ở nhiệt độ cơ thể, làm rung tim bằng hạ thân nhiệt hoặc bằng điện cực tạo nhịp(7,12). Cặp động mạch chủ có thể thực hiện với clamp chuyên dụng Chitwood qua một lỗ mở nhỏ ở thành ngực hoặc sử dụng hệ thống Heartport cặp động mạch chủ lên bằng bóng nội động mạch với đường vào từ ống động mạch đùi (10,11). Trong nghiên cứu của chúng tôi: nhóm bệnh nhân thông liên nhĩ, sửa hẹp van động mạch phổi: để tim đập ở nhiệt độ cơ thể, không cặp động mạch chủ trong suốt quá trình mổ. Bệnh nhân thay van hai lá: cặp động mạch chủ(sử dụng Clamp chitwood), truyền dịch liệt tim Custadiol xuôi dòng qua gốc động mạch chủ. Bệnh nhân mạch vành phẫu thuật với tim đập không sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể. Phương pháp này có nhiều ưu điểm, thực hiện được khi thực hiện ít miệng nối, các miệng nối với mạch vành trái. Trong trường hợp có nhiều miệng nối, ở vị trí khó, đặc biệt với mạch vành phải các tác giả sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể, cặp động mạch chủ, liệt tim qua gốc động mạch chủ(9). Nhóm nghiên cứu của Zeng-Shan Ma và cộng sự phẫu thuật nội soi toàn bộ đóng TLN cũng để tim đập ở nhiệt độ bình thường, không cặp động mạch chủ (13). Tại Việt Nam, Dương Đức Hùng đã thông báo thay van hai lá, tim đập, không cặp động mạch chủ với kết quả tốt (1). Để tránh nguy cơ tắc mạch khí khi mở tim trái không cặp động mạch chủ trong vá TLN chúng tôi phối hợp nhiều phương pháp: bệnh nhân tư thế đầu thấp, bơm CO₂ vào phẫu trường, trong quá trình mổ luôn để nhĩ trái trong tình trạng đầy máu, đặt ống hút trong buồng

tim trái (kiểm tra rút ống sau khi hết khí qua siêu âm thực quản). Nghiên cứu của Zeng – Shan Ma và Dương Đức Hùng cũng cho thấy không có bệnh nhân nào bị tai biến tắc mạch khí.

Tai biến, biến chứng: tai biến mạch đùi xảy ra ở những bệnh nhân đầu tiên của nghiên cứu. Nguyên nhân do kỹ thuật đặt và việc chọn kích cỡ ống động mạch lớn làm thương tổn nội mạc. 2 bệnh nhân chảy máu phải mổ lại: 1 bệnh nhân máu cục màng phổi ngày thứ 4 sau mổ. Mở lại đường mổ ngực nhỏ lấy máu cục, kiểm tra không thấy điểm chảy máu, nguồn chảy máu nghi từ chảy máu từ cơ thành ngực và chân dẫn lưu (sử dụng lỗ đặt Clamp chitwood). Trường hợp thứ 2 chảy máu giờ thứ 6 sau mổ. Bệnh nhân phải chuyển mổ xương ức, phát hiện điểm chảy máu từ động mạch liên thất sau vị trí ống dẫn lưu màng tim cọ sát vào mạch vành khi tim đập gây thủng mạch. Xử trí: chạy máy tim phổi khô cầm máu. Để hạn chế tai biến chảy máu từ chân dẫn lưu chúng tôi đốt kiểm tra cầm máu lỗ đặt clamp sau khi trung hòa heparin, đặt ống dẫn lưu to hơn lỗ mở ngực. Trong nhóm nghiên cứu có 1 bệnh nhân thông sàn nhĩ thất chảy 800ml máu loãng không đông trong 7h đầu tiên sau mổ, bệnh nhân được đặt thêm 1 ống dẫn lưu màng phổi thứ 2 qua cùng lỗ dẫn lưu. Ngay sau khi đặt ngừng chảy máu, dẫn lưu được rút sau 3 ngày.

Kết quả phẫu thuật: các nghiên cứu đều cho thấy kết quả tốt, hầu như không có biến chứng lớn sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự. Không trường hợp nào có tai biến về thần kinh, tim mạch sau mổ. Lợi ích thẩm mỹ thấy rõ nhất là đối với nữ giới. Trở ngại lớn nhất của phẫu thuật là phẫu trường nhỏ do đó khó khăn khi đánh giá thương tổn, để bỏ sót các thương tổn đi kèm; thao tác phẫu thuật trong phẫu trường nhỏ, khi phẫu thuật viên chưa quen với màn hình video cũng gặp nhiều khó khăn làm kéo dài thời gian mổ. Để hạn chế điều này cần phải làm chẩn đoán chính xác để lựa chọn bệnh nhân phẫu thuật, chọn vị trí đặt dụng cụ phẫu thuật, phẫu thuật viên được đào tạo về phẫu thuật nội soi chung, thuần thực kỹ năng sẽ giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật. Hiện tại chúng tôi đã triển khai thường quy PTIXL trong đóng TLN và phẫu thuật van hai lá.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật tim hở ít xâm lấn với nội soi hỗ trợ tại trung tâm tim mạch bệnh viện E trên các bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thứ phát và bệnh van hai lá thực hiện được an toàn, thường quy trong điều kiện hiện tại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Đức Hùng, Đỗ Anh Tiến, Lê Ngọc Thành. Thay van hai lá có tuần hoàn ngoài cơ thể, không làm ngừng tim. Tạp chí y học thực hành - số 2 tháng 11-2008: 38-41
2. Bichell DP, Geva T, Bacha EA et al. Minimal access approach for the repair of atrial septal defect: the initial 135 patients. *Ann Thorac Surg*. 2000 Jul; 70(1) : 115-8.
3. Chitwood WR et al. Video-assisted minimally invasive mitral valve surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997 Feb;113(2):413-4.
4. Cremer JT, Andreas Böning, Anssar MB et al. Different approaches for minimally invasive closure

of atrial septal defects. *Ann Thorac Surg* 1999; 67: 1648-1652

5. Didier Loulmet, Alain Carpentier. Endoscopic coronary artery bypass grafting with the aid of robotic assisted instruments. *J Thorac Cardiovasc* 1999
6. Elbeery JR, Chitwood WR. Minimally invasive cardiac surgery. *Heart surgery for the 21st century*. *N C Med J*. 1997 Sep-Oct;58(5):374-7.
7. Garbade J, Davierwala P et al. Myocardial protection during minimally invasive mitral valve surgery: strategies and cardioplegic solutions. *Ann Cardiothorac Surg* 2013;2(6): 803-808
8. Johannes B, Thomas S. Robotically Assisted Totally Endoscopic Coronary Bypass Surgery. *Circulation*. 2011;124: 236-244.
9. Joseph TM, Saif Usman et al. Minimally Invasive Coronary Artery Bypass Grafting: Dual-Center Experience in 450 Consecutive Patients. *Circulation*. 2009;120[suppl 1] : S78-S84.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙNG PHỔI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI LÀNH TÍNH

Nguyễn Hoàng Bình*, Vũ Hữu Vĩnh*, Đỗ Kim Quế**

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá những kinh nghiệm ban đầu của PTNSLN cắt thùng phổi trong điều trị bệnh phổi lành tính tại khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng & Phương pháp: Tiềm cứu chi định, phương pháp phẫu thuật và kết quả sớm PTNSLN cắt thùng phổi tại Bệnh Viện Chợ Rẫy.

Kết quả: Trong thời gian từ 1/2010 đến 12/2013, chúng tôi đã PTNSLN cắt thùng phổi cho 30 bệnh nhân. Giới: 16 nữ, 14 nam. Tuổi trung bình là 47.5. Trong đó: u lao: 16, dẫn phế quản: 5, u nấm: 2, hamartoma: 2, phổi biệt lập: 1, phình dò động tĩnh mạch thùng phổi: 1, kén khí phổi lớn: 2. U áp xe thùng phổi: 1. Tất cả bệnh nhân ra viện tốt, 2 bệnh nhân chuyển mổ mở, 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ.

Kết luận: PTNSLN cắt thùng phổi an toàn, hiệu quả được chỉ định trong các bệnh phổi lành tính, nguy cơ chảy máu chuyển mổ mở với bệnh nhân bị bệnh phổi viêm dính nhiều, hạch viêm dính mạch máu.

Từ khóa: PTNSLN cắt thùng phổi

THORACOSCOPIC LOBECTOMY IN BENIGN LUNG DISEASE

SUMMARY

Objective: Evaluate ability, effectiveness of thoracoscopic lobectomy for treatment benign lung diseases at Cho Ray hospital

Method: Prospective study of patients were operated thoracoscopic lobectomy at Cho Ray hospital

Results: During 4 years (1/2010-12/2013), there were 30 patients were operated. Males: 14, females: 16. Mean age: 47.5. Almost patients are tuberculous tumor.

30 patients were discharged safely. 2 patients: convert to open operation due to adhesive lymph nodes.

Conclusion: thoracoscopic lobectomy is good and safety procedure and is indicated in benign lung diseases.

Key word: thoracoscopic lobectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển của các dụng cụ, phương tiện nội soi lồng ngực, gây mê hồi sức, phẫu thuật nội soi lồng ngực đã phát triển mạnh mẽ trong 2 thập kỷ gần đây. Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùng phổi (PTNSLN) được thực hiện đầu tiên vào những năm đầu của thập niên 1990. Trong giai đoạn đầu, PTNSLN cắt thùng phổi được thực hiện chủ yếu đối với các bệnh phổi lành tính hay ung thư phổi giai đoạn sớm. PTNSLN cắt thùng phổi đã cho thấy có thể thực hiện khả thi, an toàn có hiệu quả và có nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mổ mở như: giảm đau sau mổ, ít suy giảm chức năng hô hấp sau mổ. Tuy nhiên các báo cáo về PTNSLN cắt thùng phổi trong bệnh lý phổi lành tính còn ít.

Trong chỉ định để PTNSLN cắt thùng phổi, nhiễm trùng phổi mạn tính là được chỉ định chính. Một vấn đề khác về kỹ thuật mổ được đặt ra ở đây là phổi dính, hạch tăng sinh phản ứng lớn, dính, tăng sinh mạch máu, làm tăng nguy cơ chảy máu, nguy cơ thất bại của phẫu thuật [5].

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá những chỉ định phẫu thuật, những giới hạn của PTNSLN cắt thùng phổi ở bệnh phổi lành tính nhằm rút ra một số kinh nghiệm bước đầu về phương pháp phẫu thuật, sự an toàn, kết quả sớm.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**Đối tượng:**

Tất cả bệnh nhân bệnh lý phổi lành tính thất bại điều trị nội, không cắt phổi không điển hình kèm u được do u lớn hay tổn thương lớn, sâu nằm sát mạch máu thùng phổi, có chỉ định phẫu thuật cắt thùng phổi, đủ điều kiện phẫu thuật và gây mê nội khí quản một phổi.

* Khoa Ngoại Lồng ngực, BV Chợ Rẫy

** Khoa Ngoại Lồng Ngực – Tim Mạch BV Thống Nhất

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Đỗ Kim Quế

Ngày nhận bài: 10/04/2014 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/05/2014

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Bùi Đức Phú

U phổi lành tính: u lao, u nấm, u phổi hamartoma...

Bệnh phổi lành tính: dẫn phế quản, phổi biệt lập, kén khí lớn, bệnh mạch máu phổi bẩm sinh

Loại trừ: bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi.

Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu mô tả

Phương pháp:

Bệnh nhân được chụp X quang phổi, Chụp cắt lớp (CT Scans), nội soi phế quản, chức năng phổi, PET, các xét nghiệm tiền phẫu.

Phương pháp phẫu thuật:

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản 1 phổi, nằm nghiêng. Đặt 3 trocar qua đường rạch da khoảng 1cm: trong đó 1 trocar cho camera, khoang liên sườn 6, nách giữa, 1 trocar cho dụng cụ kéo phổi khoảng liên sườn, 1 trocar để thao tác, thường được mở rộng 3-4cm để thao tác khi cần thiết cũng như lấy phổi ra.

Sinh thiết lạnh trước nếu không có giải phẫu bệnh lý trước mổ.

Dùng stapler cắt phế quản, tĩnh mạch, động mạch riêng lẻ.

Lấy bệnh phẩm với túi nylon để tránh mô tiếp xúc thành ngực gây nhiễm trùng

Hậu phẫu:

Thời gian hậu phẫu, thời gian dẫn lưu phổi, thời gian nằm viện sau mổ.

Bệnh nhân được đánh giá mức độ đau: bn được chia theo tiêu chuẩn sử dụng thuốc giảm đau như: mức độ 1: thuốc giảm đau paracetamol, mức độ 2: Paracetamol có sử dụng thêm thuốc kháng viêm không steroid, mức độ 3: sử dụng hoàn toàn thuốc kháng viêm không steroid hay thuốc á phiện.

Phân tích các yếu tố: chỉ định, kỹ thuật, thùy phổi được cắt, dính phổi, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, thời gian dẫn lưu phổi, thời gian nằm viện sau mổ.

Đánh giá, ghi nhận các biến chứng như: rung nhĩ, suy hô hấp, mũ màng phổi...biến chứng nhỏ: dò khí, rung nhĩ khôngng đặt máy, viêm phổi không suy hô hấp, nhiễm trùng tiểu, viêm mô tế bào.

Đánh giá lí do chuyển mổ mở. Định nghĩa mổ mở là khi phẫu thuật đã được tiến hành bóc tách, cắt động mạch hay tĩnh mạch sau đó chuyển mổ mở. Loại trừ

những trường hợp phải chuyển mổ mở ngay từ đầu do gây mê thất bại hay do phổi quá dính không phẫu thuật được.

Đánh giá, phân tích nguyên nhân tử vong.

KẾT QUẢ

30 bệnh nhân bệnh phổi lành tính được PTNSLN cắt thùy phổi trong thời gian từ 1/2010 – 12/2012 tại khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy. Tất cả bệnh nhân này đều có chỉ định cắt thùy phổi, sau khi thất bại điều trị nội hay ho ra máu, viêm nhiễm tái đi tái lại nhiều lần, sang thương khu trú một thùy phổi, không lan tỏa toàn phổi.

- Nam: 14 (46.7%) Nữ: 16 (53.3%)

- Tuổi: lớn nhất: 79 tuổi, nhỏ nhất: 23 tuổi trung bình: 46,5

- Triệu chứng lâm sàng:

Ho và ho ra máu: 12 bệnh nhân (40%); Đau ngực: 18 bệnh nhân (60%)

Viêm nhiễm (phổi, phế quản) tái đi tái lại: 6 bệnh nhân (20%)

- Vị trí u phổi

Vị trí u	Số lượng	Phần trăm
Thùy trên phổi phải	6	20%
Thùy giữa phổi phải	2	6.7%
Thùy dưới phổi phải	9	30%
Thùy trên phổi trái	5	16.7%
Thùy dưới phổi trái	8	26.7%

- Mô học

Loại tế bào	Số lượng bệnh nhân	Phần trăm
U lao	16	53.3%
Dẫn phế quản	5	16.6%
U nấm	2	6.7%
Hamartoma	2	6.7%
Phổi biệt lập	1	3.3%
Phình dò động tĩnh mạch thùy phổi	1	3.3%
Kén khí	2	6.7
U áp xe thùy phổi	1	3.3

- Thời gian phẫu thuật: trung bình 3,69 giờ
Lâu nhất: 6 giờ. Nhanh nhất: 2.5 giờ
- Thời gian nằm viện sau mổ: 5.2 ngày
Lâu nhất: 8 ngày. Nhanh nhất: 3 ngày
- Lượng máu mất
Trung bình: 79.6 ml. Nhiều nhất: 400 ml
Thấp nhất: 50 ml
- Giảm đau sau mổ

Thuốc giảm đau sau mổ	Số lượng bệnh nhân	Phần trăm
Mức độ I	18	60%
Mức độ II	9	30%
Mức độ III	3	10%

- Biến chứng: không ghi nhận biến chứng trầm trọng

Biến chứng	Số lượng bệnh nhân	Phần trăm
Tràn khí dưới da	1	3.3%
Chảy máu vết mổ sau mổ	1	3.3%
Chảy máu trong mổ	1	3.3%
Dò khí	1	3.3%

- Chuyển mổ mở: 2 bệnh nhân: 1 do chảy máu từ nhánh động mạch phổi khi bóc tách, 1 do hạch dính vào động mạch không bóc tách được.

BÀN LUẬN

Những năm đầu thập niên 1990, sau khi Kirby giới thiệu ca PTNSLN cắt thùy phổi đầu tiên, PTNSLN cắt thùy phổi bắt đầu được triển khai tại các trung tâm phẫu thuật lồng ngực trên thế giới [6]. PTNSLN cắt thùy phổi lúc đầu được chỉ định áp dụng đối với các bệnh phổi lành tính có chỉ định cắt thùy, sau đó khi các phẫu thuật viên đã có nhiều kinh nghiệm, PTNS cắt thùy phổi được chỉ định cả trong ung thư phổi. PTNSLN cắt thùy phổi có thể thực hiện an toàn với nhiều ưu điểm như ít đau sau mổ, xuất viện sớm [2].

Chỉ định PTNSLN cắt thùy phổi trong bệnh lý phổi lành tính

Theo MC Kenna, PTNSLN cắt thùy phổi được chỉ định trong các bệnh lý phổi như: dẫn phế quản, kén khí phổi lớn, hay một số u phổi lành tính lớn gần mạch máu phổi không thể cắt không điển hình [3,4]. Trong nghiên cứu của Anthony Yim, 20% bệnh nhân được chỉ định PTNSLN cắt thùy phổi là bệnh lành tính: dẫn phế quản, lao kháng thuốc [6]. Theo Giancarlo Roviaro: PTNSLN cắt thùy phổi được chỉ định ở cả bệnh phổi bẩm sinh như: phổi biệt lập..., trong 20 bệnh nhân được PTNSLN của ông, có 25% là bệnh phổi lành tính [7].

Theo Weber, tất cả bệnh nhân có bệnh phổi lành tính, thất bại điều trị nội khoa, bệnh nhân vẫn còn những triệu chứng như ho, viêm phổi tái đi tái lại, ho ra máu, tổn thương khu trú một thùy, không lan tỏa toàn phổi thì có chỉ định PTNS cắt thùy [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi: các bệnh nhân u phổi lành tính có chỉ định ngoại khoa mà không thể cắt không điển hình hay cắt phân thùy, chúng tôi PTNS cắt thùy phổi. Đa số bệnh nhân u phổi lành tính là u lao (16 bệnh nhân 53.5%), điều này cũng phù hợp tình hình bệnh lý ở nước ta với lao là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nên bệnh phổi. 2 trường hợp u hamartoma. 1 bệnh nhân u áp-xe trong thùy phổi, sốt tái đi tái lại nhiều lần, không hết với điều trị nội khoa.

2 bệnh nhân u nấm: u nấm đơn giản, có thành mỏng < 3mm, có ít hay không có tổn thương phổi đi kèm, khu trú một thùy, bệnh nhân có triệu chứng ho ra máu.

Có 5 bệnh nhân dẫn phế quản khu trú một thùy phổi, bệnh nhân ho ra máu, không đáp ứng điều trị nội khoa.

2 bệnh nhân có kén khí lớn, chiếm toàn bộ thùy phổi.

1 bệnh nhân bị phình dò động tĩnh mạch phổi cho thùy dưới, nguy cơ vỡ chảy máu phải phẫu thuật.

1 bệnh nhân bị phổi biệt lập trong phổi, được chẩn đoán u phổi trước phẫu thuật, khi phẫu thuật phát hiện phổi biệt lập trong phổi và được cắt thùy phổi.

PTNSLN cắt thùy phổi ở bệnh phổi lành tính thường được các phẫu thuật viên lồng ngực lựa chọn

khi bắt đầu tiến hành PTNSLN. Theo tác giả Yim và cs: có 3 điểm khác biệt chính trong PTNSLN cắt thùy phổi bệnh phổi không ung thư so với bệnh ung thư là:[1,8,9]

Không cần kiểm tra cắt sạch tận gốc u (bao gồm cả hạch)

Những thay đổi do viêm nhiễm gây ra có thể gây khó khăn cho bóc tách hơn trong bệnh lý ác tính, đặc biệt khi bóc tách mạch máu phổi.

Nếu trong ung thư: sự gieo rắc tế bào ung thư là nguy cơ khi phẫu thuật, lấy bệnh phẩm thì nhiễm trùng vết thương là nguy cơ trong PTNSLN bệnh phổi không ung thư.

Trong nghiên cứu của Rovario và cs, ông nhận thấy rằng: PTNSLN cắt thùy phổi trong các bệnh dân phế quản, u lao hay u nấm, sự viêm nhiễm, dính mô làm thay đổi cấu trúc giải phẫu mạch máu, rãnh liên thùy, mặt khác các hạch viêm lớn, dính gây khó khăn bóc tách cho phẫu thuật viên, tăng nguy cơ chảy máu, thất bại của phẫu thuật.[7]

PTNSLN cắt thùy phổi an toàn

PTNSLN cắt thùy phổi hiện vẫn chưa được nhiều trung tâm áp dụng rộng rãi vì vẫn còn nhiều lo ngại về tính an toàn, kỹ thuật thực hiện, chi phí... Mặc dù kỹ thuật phẫu thuật, sự lựa chọn bệnh khác nhau, nhưng các nghiên cứu của các tác giả đều cho thấy PTNSLN cắt thùy phổi có tỷ lệ biến chứng thấp hơn hay tương đương mổ mở. Theo nghiên cứu của tác giả Mc Kenna, phẫu thuật mổ mở cắt thùy phổi: có tỷ lệ biến chứng từ 28 – 38%, tỷ lệ tử vong 1,2 – 2,9%, trong khi PTNSLN cắt thùy phổi: tỷ lệ biến chứng thay đổi từ 9 – 19%, tỷ lệ tử vong: 0,8 – 1,2%.[3]

Trong kinh nghiệm của tác giả Weber: trong PTNS cắt thùy phổi ở bệnh phổi lành tính, sự dính thành ngực, rốn phổi, rãnh liên thùy, hạch là yếu tố quyết định đến sự thành bại, an toàn của phẫu thuật, đòi hỏi sự kiên nhẫn của phẫu thuật viên.[1]

Trong bệnh lý phổi lành tính, thùy phổi thường bị phá hủy, biến dạng như trong u lao hay u nấm gây khó khăn cho bóc tách mạch máu theo giải phẫu, kéo dài thời gian phẫu thuật. Mặt khác do phổi bệnh lý nên

biến chứng dò khí thường gặp sau phẫu thuật hơn so với bệnh lý phổi ung thư.[10]

Mặc dù nguy cơ chảy máu khi bóc tách mạch máu gây ra nhiều lo lắng cho các phẫu thuật viên, tỷ lệ xảy ra biến chứng này rất thấp, không có nhiều nghiên cứu báo cáo biến chứng chảy máu khi phẫu thuật. Mặt khác, tổn thương động mạch phổi trong lúc phẫu thuật có thể kiểm soát tốt bằng cách đè nơi tổn thương bằng gạc, sau đó khâu cầm máu qua nội soi hay chuyển mổ mở khi cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy số liệu còn ít, nhưng tỷ lệ biến chứng hầu như không đáng kể: 1 bệnh nhân (3.3%) bị tràn khí dưới da sau mổ, 1 bệnh nhân (3.3%) bị chảy máu từ đường mổ đặt trocar sau mổ, được mổ cầm máu qua nội soi, một bệnh nhân bị dò khí kéo dài, khí ra dẫn lưu sau mổ hơn 5 ngày đến ngày thứ 7 mới lành.

Hai bệnh nhân (6.6%) chuyển mổ mở, trong đó một bệnh nhân bị chảy máu khi bóc tách động mạch thùy phổi phải chuyển qua mổ mở để cầm máu, một bệnh nhân do hạch dính sát động mạch cho thùy phổi, không bóc tách được phải chuyển mổ mở. Tất cả bệnh nhân đều ổn định, xuất viện.

Không có bệnh nhân nào tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu của tác giả Weber là 15,3%, đa số các trường hợp là do phản ứng viêm, dính lan tỏa phải chuyển mổ mở, trong đó 50% là do u lao. Có 1 trường hợp do dị dạng động tĩnh mạch thùy giữa lớn.[1,2] Tỷ lệ biến chứng của ông là 18,7%. Trong các phẫu thuật, phẫu thuật cắt thùy giữa và thùy dưới của 2 phổi gặp nhiều hơn là thùy trên, điều này là do phẫu thuật cắt thùy dưới, giữa dễ hơn cắt thùy trên. Tuy nhiên tất cả các thùy đều có thể phẫu thuật an toàn.

Ưu điểm của PTNSLN: Thời gian nằm viện ngắn, xuất viện sớm, giảm đau sau mổ

Một trong những lí do mà PTNSLN cắt thùy phổi được các phẫu thuật viên ưa thích hơn, dù có những khó khăn về kỹ thuật, chính là những ưu điểm của PTNS so mổ mở: đau sau mổ ít hơn, bệnh nhân nằm viện ngắn hơn, trở lại công việc sớm hơn, tính thẩm mỹ.

Theo nghiên cứu của Todd Demmy, bệnh nhân PTNS có số ngày nằm viện sau mổ ít hơn so bệnh nhân mổ mở (5.3 ngày so với 11.3 ngày), bệnh nhân PTNS có đường mổ nhỏ, không băng ngực nên ít đau sau mổ hơn, xuất viện hơn. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy, bệnh nhân PTNS giảm đau đáng kể sau mổ. Theo Daniel G Nicastrì: 47% bệnh nhân không sử dụng thuốc giảm đau 2 tuần sau mổ, 26% sử dụng thuốc kháng viêm khôngsteroid, 22% dùng thuốc giảm đau gây nghiện khi cần, 27% dùng thuốc giảm đau gây nghiện [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Ngày nằm viện sau mổ trung bình là 5.2 ngày. Trường hợp bệnh nhân nằm viện lâu nhất là bệnh nhân bị dò khí: 8 ngày. Đa số bệnh nhân được rút dẫn lưu vào ngày hậu phẫu thứ 2. Lượng máu mất trung bình khoảng 79.6ml, thời gian mổ trung bình 3.7 giờ không quá lâu so với mổ mở. Thuốc giảm đau: 90% dùng thuốc giảm đau mức độ I, II; chỉ có 10% sử dụng thuốc giảm đau mức độ III, tức thuốc giảm đau gây nghiện.

KẾT LUẬN

PTNSLN cắt thùy phổi là phương pháp phẫu thuật an toàn, hiệu quả có nhiều ưu điểm, có thể chỉ định rộng rãi trong các bệnh phổi lành tính, đặc biệt đối với các phẫu thuật viên mới bắt đầu PTNS cắt thùy phổi. Tuy nhiên cần đánh giá kỹ, bóc tách cẩn thận đối với các bệnh nhân viêm dính nhiều, hạch dính mạch máu phổi, khi cần thiết có thể chuyển mổ mở để tránh nguy cơ chảy máu nguy hiểm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alberto Weber, Uz Stammberger, Ilhan Inci, Ralph A. Schmid, AndreÁ Dutly, Walter Weder*** (2001) Thoracoscopic lobectomy for benign disease: a single centrestudy on 64 cases. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 20; 443 – 448.
2. **Scott J Swanson and Hasan F Batirel.** (2002) Video-assisted thoracic surgery (VATS) resection for lung cancer. *The surgical clinics of North America*, p 541-561
3. **Robert J Mc Kenna, Jr, MD.**(2007). Anatomic pulmonary Resections by videoassisted Thoracic surgery. *Advanced theraphy in thoracic surgery*, p68-74
4. **Robert J. McKenna Jr.**(2005). Video-Assisted Thoracic Surgery for Wedge Resection, Lobectomy, and Pneumonectomy. *General Thoracic Surgery*, p524 -532
5. **Raja M. Flores and Naveed Z. Alam** (2007). Video-Assisted Thorascopic Surgery. Major Lung Resections. *Difficult decision in thoracic surgery*, p 140 -146
6. **Thomas J. Kirby, Brian P Priest** (1994). Video assisted thoracoscopic lobectomy. *Atlas of video-assisted thoracic surgery*. p221-226.
7. **Giancarlo Roviario, Federico Varoli, Carlo Rebuffat, Contardo Vergani, Silvio Marco Scalambra, And Marco Maciocco.**(1994) Video thoracoscopic lobectomy and pneumonectomy. *Atlas of video-assisted thoracic surgery*. 226-236.
8. **Farid Gharagozloo, MD, Barbara Tempesta, MS, Marc Margolis, MD and E. P Alexander, MD.** (2003).Video-Assisted Thoracic Surgery Lobectomy for Stage I Lung Cancer. *Ann Thorac Surg.*;76:1009 – 15.
9. **Peng Zhang, MD, PhD, Fujun Zhang, MD, Siming Jiang, MD, Gening Jiang, MD, Xiaozhou, MD, Jiaan Ding, MD, and Wen Gao, MD.**(2011) Video-Assisted Thoracic Surgery for Bronchiectasis. *Ann Thorac Surg.*;91:239–43
10. **Junji Ichinose*, Tadasu Kohno, Sakashi Fujimori.** (2010). Video-assisted thoracic surgery for pulmonary aspergilloma. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* 10. 927–930
11. **Daniel G. Nicastrì, MD, J.P. Wisnivesky, MD, Jaime Yun, MD, Cynthia Chin, MD, F.R. Dembitzer, MD and S.J Swanson, MD.** Thoracoscopic lobectomy: Report on safety, discharge independence, pain, and chemotherapy tolerance. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2008;135:642-7.

KỸ THUẬT NỐI RỘNG MÔ VAN BẰNG MÀNG NGOÀI TIM TỰ THÂN TRONG ĐIỀU TRỊ HỞ VAN HAI LÁ HẬU THẤP

Nguyễn Văn Phan*

Tóm tắt:

Mở đầu & Mục tiêu: Đánh giá kết quả dài hạn của kết quả dài hạn của thuật nối rộng mô van bằng màng ngoài tim tự thân trong điều trị hở van hai lá hậu thấp tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

Phương pháp: Hồi cứu hàng loạt các trường hợp lâm sàng từ năm 1992 đến năm 2008 trên các số liệu thu thập được từ 221 bệnh nhân hở van hai lá hậu thấp được phẫu thuật sửa van hai lá áp dụng kỹ thuật nối rộng mô van bằng màng ngoài tim tự thân và khám lại tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân không cần mổ lại 10 năm sau phẫu thuật là $89,1 \pm 0,8\%$. Tỷ lệ sống còn thực tế sau mổ 10 năm là $95,4 \pm 0,8\%$. Tỷ lệ tử vong bệnh viện là 1,2% (2 trường hợp). Trong số 221 trường hợp, có 155 bệnh nhân (77%) không hở van hoặc hở nhẹ, 36 bệnh nhân (18%) hở van hai lá trung bình, 11 bệnh nhân (5%) hở van hai lá nặng. Thời gian theo dõi trung bình là $86 \pm 2,61$ (tháng). **Kết luận:** Hở van hai lá hậu thấp được phẫu thuật nối rộng mô van bằng màng ngoài tim tự thân có kết quả tốt, phù hợp ở Việt Nam và các nước đang phát triển. Màng ngoài tim tự thân dùng cho bệnh nhân với độ an toàn cao, ít biến chứng, và bệnh suất cũng như tử suất thấp.

Từ khóa: Sửa van hai lá, Bệnh hở van hai lá hậu thấp, Màng ngoài tim tự thân.

ABSTRACT

Background and aim of the study: To present long-term follow-up results of Leaflet Augmentation with Autologous Pericardium for Mitral Valve Repair.

Materials and Methods: From 1992 to 2008, 221 patients underwent mitral valve repair by the technique of Leaflet Augmentation with Autologous Pericardium in the Heart Institute of Ho Chi Minh, Vietnam. Valve disease was rheumatic in most cases. Age ranging of patients from 7 months to 54 years. Mean follow-up was $86 \pm 2,61$ months.

Results: Anterior leaflet extension (84%) is preferred to posterior leaflet extension (16%). Transverse patch (92%) compared with vertical patch (8%). Non-fatal complication: Bacterial endocarditis (4 cases); Reoperation including: Patch dehiscence (2 cases), Endocarditis (2 cases), Leaflet retraction by patch shrinkage (4 cases), and Calcified pericardial patch (18 cases). 14 young children underwent anterior leaflet extension for the size of ring up to 20 (4 cases), 22 (4 cases), 24 (6 cases). Operative mortality was 1,2% overall. Deaths, often related to cardiac insufficiency. Late survival rate at 10 years was $95,4 \pm 0,8\%$. Freedom from re-operation at 10 years was $89,1 \pm 0,8\%$. The grades of mitral regurgitation at 10 years were 77% absent or mild, 18% moderate, and 5% severe.

Conclusions: This study showed excellent mortality and morbidity outcomes with Leaflet Augmentation with Autologous Pericardium for Mitral Valve Repair over a 10-year follow-up, confirming reliability and durability of this technique for the patients. This showed a good solution for rheumatic MR and young children by safe technique, and increase feasibility of repair for rheumatic valve. Good pericardial preservation helps good longterm result and high surgical expertise as well.

ĐẶT VẤN ĐỀ VÀ MỤC TIÊU

Phẫu thuật tim mạch vẫn còn là một thách thức ở các nước đang phát triển. Ứng dụng các phương pháp cải tiến trong chẩn đoán giúp gia tăng số bệnh nhân tim mạch cần được phẫu thuật. Trong số các trường hợp phẫu thuật tim mạch ở người lớn, bệnh mạch vành có tần suất cao, chủ yếu là do hút thuốc lá; mặc dù vậy, đứng hàng đầu vẫn là phẫu thuật bệnh lý van

*Viện Tim TPHCM

Người chịu trách nhiệm khoa học: TS Nguyễn Văn Phan

Ngày nhận bài: 10/04/2014 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/05/2014

Phản Biện Khoa học: GS.TS. Đặng Hanh Đệ

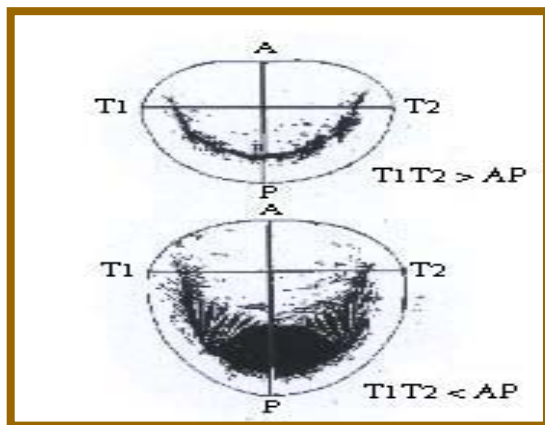
PGS.TS. Lê Ngọc Thành

tim. Ở vùng thành thị, sự cải thiện kháng sinh điều trị có thể làm giảm tần suất bệnh van tim hậu thấp. Tuy nhiên, ở những vùng nông thôn, bệnh van động mạch chủ và bệnh van hai lá do sốt thấp khớp không điều trị vẫn còn là vấn đề khó khăn.

Từ năm 1999 đến 2003, tử vong do bệnh tim mạch ở vùng nông thôn Việt Nam chiếm 32%. Theo một nghiên cứu năm 2003, tỷ lệ người trưởng thành ở thành thị Việt Nam mắc bệnh thấp tim là 14,5%, ở nông thôn bệnh này có tần suất cao hơn, và so với những năm trước đó, tỷ lệ bệnh này cũng cao hơn. Ở Việt Nam, phẫu thuật tim mạch điều trị các biến chứng do sốt thấp tim có một lịch sử kéo dài, khởi đầu từ năm 1958 do chiến tranh và quá trình tái thiết sau đó. Trong những năm gần đây, số trung tâm tim mạch ở Việt Nam gia tăng, giải quyết được nhiều hơn cho việc mổ tim ở một quốc gia với khoảng 83 triệu dân. Tuy nhiên, hầu hết các trung tâm này ở thành thị, và khoảng cách di chuyển còn xa, lên đến 250km.

Trong bệnh lý hở van hai lá hậu thấp, 75% trường hợp có thể sửa chữa được. Co rút nặng mô van trong hở van hai lá hậu thấp chiếm 10-15%. Đối với trẻ nhỏ hở van hai lá cũng cần nối rộng mô van để đạt được vòng van lớn hơn. Vì vậy, giải pháp là nối rộng mô van bằng màng ngoài tim tự thân, giúp bảo tồn chức năng của tim, nâng cao chất lượng cuộc sống bệnh nhân, và không lệ thuộc thuốc kháng đông sau mổ, dễ thiết lập việc theo dõi điều trị tại địa phương.

Giải phẫu bệnh van hai lá:



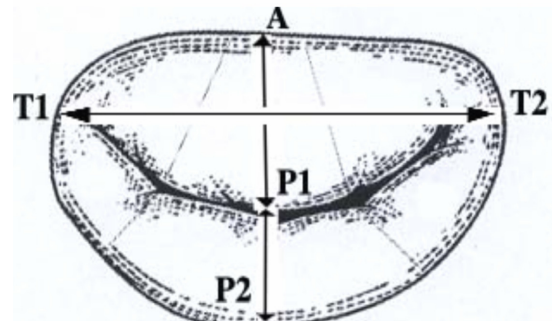
Bình thường: $T1T2 > AP$

Bệnh lý:

$T1P = T2P$ (dãn vòng van đồng tâm)

$T1P >$ hoặc $<$ $T2P$ (biến dạng vòng van)

(Van hai lá: T1T2: đường kính trước sau, AP: đường kính ngang).



AP1: đường kính trước sau lá trước

AP2: đường kính trước sau vòng van

Van hai lá co rút nặng khi lá trước : $AP1 < 26$ mm (ở người lớn), và lá sau $P1P2 < 10$ mm.

Tuổi bệnh nhân mổ thực tế trẻ hơn tuổi mổ ở các nước công nghiệp và phương tây. Trong nghiên cứu này, tuổi thấp nhất là 7 tháng tuổi, lớn nhất là 54 tuổi.

Ở thành phố Hồ Chí Minh, chương trình mổ tim đầu tiên được thiết lập năm 1992 với sự giúp đỡ của Giáo sư Alain Carpentier, tạo điều kiện cho việc phẫu thuật nhiều bệnh lý tim mạch bẩm sinh và mắc phải, nổi bật là phương pháp nối rộng mô van hai lá bằng màng ngoài tim tự thân.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu hàng loạt các trường hợp lâm sàng.

Đối tượng nghiên cứu

Dân số nghiên cứu: Các bệnh nhân được phẫu thuật nối rộng mô van bằng màng ngoài tim tự thân trong điều trị hở van hai lá hậu thấp và khám lại từ năm 1992 đến năm 2008.

Dân số chọn mẫu: Những bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật nối rộng mô van bằng màng ngoài tim tự thân trong điều trị hở van hai lá hậu thấp.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp được sửa van tim không phải kỹ thuật nối rộng mô van bằng màng ngoài tim tự thân.
- Thay van hai lá hoặc kết hợp với phẫu thuật các bệnh lý tim mạch khác.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thời gian Bắt đầu nghiên cứu từ 1992 đã kết thúc vào 2008 Cỡ mẫu thu thập được 221 bệnh nhân.

Địa điểm: Tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp tiến hành

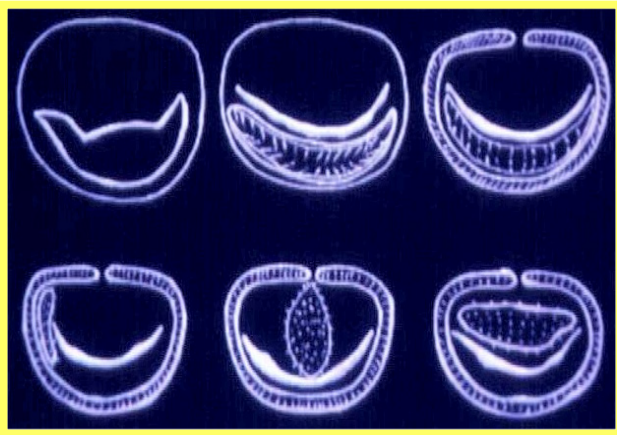
Cách lấy mảnh vá màng ngoài tim: Bóc tách mô xơ, làm sạch mảnh vá. Ngâm mảnh vá 8 phút trong dung dịch đậm Glutaraldehyt 0,62%. Rửa sạch mảnh vá 3 lần bằng dung dịch NaCl 0,9%.

Phương pháp mổ: mở ngực theo đường giữa, mở màng ngoài tim, mở Nhĩ trái tiếp cận thương tổn. Sử dụng hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể kèm hạ thân nhiệt.

Tim ngưng đập dưới tác dụng của dung dịch liệt tim dạng tinh thể.

Phân tích thương tổn hở van hai lá.

Nới rộng mô van bằng màng ngoài tim tự thân đã được xử lý. Tùy trường hợp, chọn mảnh vá dọc hay ngang cho lá trước hoặc lá sau.



Hình: Kỹ thuật nới rộng mô van hai lá (mảnh vá dọc, vá ngang ở lá trước hoặc lá sau)

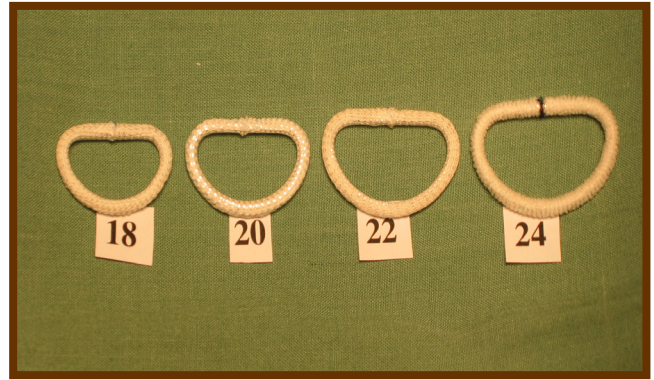
KẾT QUẢ

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu Tuổi mổ lớn nhất là 54 tuổi, thấp nhất là 7 tháng tuổi. Nhóm trẻ nhỏ dưới 4 tuổi có 14 trường hợp cần nới rộng mô van.

Nguyên nhân của bệnh van tim là thấp tim. Nới rộng lá van trước chiếm 84%, lá van sau chiếm 16%. Tỷ lệ mảnh vá ngang là 92%, mảnh vá dọc là 8%.

Tỷ lệ tử vong bệnh viện là 1,2% (có 2 trường hợp).

Chọn kích thước vòng van dựa vào lá trước sau khi sửa chữa trên mô van.



Hình: Vòng van nhân tạo

Kiểm tra không còn dòng hở bằng cách bơm dung dịch NaCl 0,9% vào thất trái.

Đuổi khí trong các buồng tim, tim đập lại, điều chỉnh huyết động về bình thường.

Ngưng máy tuần hoàn ngoài cơ thể. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được chăm sóc tiếp tục ở khoa hồi sức.

Theo dõi sau mổ:

Bệnh nhân được theo dõi định kỳ mỗi năm, có thể khám bệnh ngoại trú hoặc tái khám tại địa phương. Một số trường hợp cần thiết, ngoài khám lâm sàng, nên thực hiện các xét nghiệm như X-quang tim phổi, siêu âm tim theo dõi.

Ngay thời điểm tái khám, cần thực hiện việc phân loại các biến cố và tử vong sau phẫu thuật dựa vào các tài liệu chuẩn (guidelines).

Phân tích thống kê: Phần mềm thống kê SAS 9.1 của Mỹ. Các dữ liệu được tính trung bình ± độ lệch chuẩn. Không phân tích so sánh, vì không thuộc phạm vi của nghiên cứu này.

Tuổi	Kích thước vòng van nhân tạo							
	20	22	24	26	28	30	32	34
7 Tháng	1							
10 Tháng	1							
1 Tuổi	1							
15 Tháng	1	1						
2 Tuổi		1						
3 Tuổi		2	2					
4 Tuổi			4					
6 - 10				3	8	2	2	
11 - 15				1	16	21	24	1
> 15					4	31	68	26

Kết quả dài hạn: Số trường hợp thực tế được theo dõi dài hạn là 202 bệnh nhân. Thời gian theo dõi trung bình là $86 \pm 2,61$ tháng. Tỷ lệ bệnh nhân không cần mổ lại sau mổ 10 năm là $89,1 \pm 0,8\%$.

Tỷ lệ sống sót thực tế sau mổ 10 năm là $95,4 \pm 0,8\%$.

Đánh giá mức độ hở van hai lá sau mổ: 77% bệnh nhân không hở van hoặc hở van nhẹ, hở van hai lá trung bình chiếm 18% (36 bệnh nhân), 5% hở van hai lá nặng (11 bệnh nhân).

BÀN LUẬN

Ở các nước phương tây, nguyên nhân của bệnh van tim ở những quốc gia này đa phần là do thoái hóa hoặc viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Ngược lại, hiếm gặp bệnh van tim hậu thấp nhờ được sử dụng kháng sinh đầy đủ trong các bệnh nhiễm trùng. Ở Việt Nam, bệnh van tim hậu thấp vẫn là bệnh lý thường gặp. Lá van dày và co rút là thương tổn thường gặp, cần phải nở rộng mô van. Hơn nữa, ở trẻ em khi sửa van hai lá cần phải dùng mảnh vá màng ngoài tim để đặt được vòng van lớn hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mổ thấp nhất là 7 tháng tuổi, lớn nhất 54 tuổi. Nhóm trẻ nhỏ hơn 4 tuổi có 14 trường hợp.

Sửa van hai lá nở rộng mô van là hợp lý đối với hở van hai lá hậu thấp, đặc biệt không cần duy trì thuốc kháng đông sau mổ. Tuy nhiên, sau 10 năm theo dõi, $89,1 \pm 0,8\%$ bệnh nhân không cần mổ lại. Tỷ lệ sống còn thực tế sau 10 năm là $95,4 \pm 0,8\%$.

Mảnh vá dọc được sử dụng khi chiều cao lá van không đủ. Ngược lại, đặt mảnh vá ngang khi mô lá van bị thiếu theo chiều ngang. Có thể nở rộng lá trước hay lá sau tùy vào tổn thương. Tuy nhiên, chuyển động lá van chủ yếu do lá trước, nên việc nở rộng lá trước thực sự hợp lý hơn. Ở trẻ nhỏ bị hở van hai lá, việc sửa chữa lá van cần đặt vòng van lớn hơn, vì vậy, nở rộng mô van trong trường hợp này giúp gia tăng kích thước vòng van cho bệnh nhân.

Các biến chứng của mảnh vá màng ngoài tim tự thân: co rút, vôi hóa, nhiễm trùng, hoặc bị căng. Để tránh các biến chứng này, phải lấy mảnh vá tự thân theo các tiêu chuẩn sau:

- Ở đâu? Vị trí lấy mảnh vá tốt nhất là ở giữa xương ức.
- Khi nào? Khi vừa mở ngực
- Xử lý mảnh vá như thế nào?

Bóc tách mô xơ, làm sạch mảnh vá. Ngâm mảnh vá 8 phút trong dung dịch đậm Glutaraldehyt 0,62%. Rửa sạch mảnh vá 3 lần bằng dung dịch NaCl 0,9%.

Biến chứng không gây tử vong bao gồm: viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (4 trường hợp); các trường hợp phải mổ lại do sút mảnh vá (2 trường hợp), do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (2 trường hợp), co rút lá van do mảnh vá co lại (4 trường hợp); mảnh vá màng ngoài tim bị vôi hóa (18 trường hợp).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc nói rộng mô van hai lá bằng màng ngoài tim tự thân hiện tại thật sự an toàn và hiệu quả trong điều kiện của Việt Nam.

KẾT LUẬN

Kỹ thuật nói rộng mô van bằng màng ngoài tim tự thân thực sự là giải pháp tốt đối với phẫu thuật sửa chữa hở van hai lá hậu thấp và bệnh van ở trẻ em.

Mảnh vá an toàn cho bệnh nhân, giúp gia tăng tỷ lệ sửa chữa van hai lá hậu thấp.

Tuân thủ tốt cách lấy và bảo quản mảnh vá sẽ giúp kết quả lâu dài tốt hơn.

Quan trọng là sự thành thạo phẫu thuật đối với từng loại tổn thương van tim để phân tích, quyết định phương pháp mổ cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spencer FC, Colvin SB, Culliford AT, et al : Experiences with the Carpentier techniques of mitral valve reconstruction in 103 patients (1980 – 1985) J Thorac Cardiovasc Surg 90 (3) 341 – 350, 1985.
2. Minh HV. Dịch tễ học bệnh tim mạch ở miền quê của Việt Nam. Luận văn y khoa, Đại học Umea, Thụy Điển, 2006.
3. Minh Hoa TT, Darmawan J, Chen SL, Van Hung N, Thi Nhi C, Ngoc An T. Tần suất bệnh thấp ở miền quê của Việt Nam: Một nghiên cứu WHO-ILAR-COPCORD. J Reumatol 2003; 30: 2252-2256.
4. Lee R, Li S, Rankin JS, O'Brien SM, Gammie JS, Peterson ED, McCarthy PM, Edwards FH; Society of Thoracic Surgeons Adult Cardiac Surgical Database. Ann Thorac Surg 2011; 91: 677 – 684.
5. Edmunds LH, Clark RE, Cohn LH, Grunkemeier GL, Miller DC, Weisel RD. Guidelines for reporting morbidity and mortality after cardiac valvular operations. Ann Thorac Surg 1996; 62: 932 – 935.
6. Nguyen SH, Engberding R, Kneissl GD, Urban R. Gesundheitswesen in Vietnam: Fortschritt durch Austausch. Dtsch Arztebl 2011; 108: A-2764.
7. Alain Carpentier: La valvuloplastie reconstructive – une nouvelle technique du valvuloplastie mitrale, Press Med 77(7): 251-253, Feb 1969.
8. Carpentier A: Cardiac valve surgery – The “ French correction “ J Thorac Cardiovasc Surg 86 (3): 323 – 337, 1983.
9. Carpentier A, Lessana A, Relland JY, et al. : the “ physio ring “ : an advanced concept in mitral valve annuloplastie. Ann Thorac Surg 60 (5): 1177 – 1186, 1995.
10. Carpentier A, Deloche A, Dauptain J, et al : A new reconstructive operation for correction of mitral insufficiency. J Thorac Cardiovasc Surg 61 (1) : 1-13, 1971.

SO SÁNH CÁC YẾU TỐ CHU PHẪU TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI VỚI MỔ MỠ ĐIỀU TRỊ U TRUNG THẮT NGUYÊN PHÁT: CÓ SỬ DỤNG GHEP CẶP GIÁ TRỊ XÁC SUẤT TRONG PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

Huỳnh Quang Khánh*, Vũ Hữu Vĩnh*, Phạm Minh Ánh*, Nguyễn Hoài Nam**

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên so sánh giữa mổ nội soi và mổ mở trong điều trị u trung thất là rất ít. Chúng tôi phân tích một nghiên cứu đoàn hệ có sử dụng ghép cặp giá trị xác suất để hiệu chỉnh một số biến số quan trọng trong so sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa hai phương pháp mổ.

Phương pháp nghiên cứu: đoàn hệ tiền cứu từ 7/2010-7/2013 tại khoa ngoại lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy. Chúng tôi so sánh hai nhóm mổ mở và mổ nội soi cho các bệnh nhân có u lành trung thất hoặc u trung thất ở giai đoạn sớm. Sử dụng ghép cặp xác suất và hiệu chỉnh các yếu tố chu phẫu ảnh hưởng đến tỉ lệ tử vong, tỉ lệ biến chứng như: tuổi, giới, kích thước u, chỉ số bệnh kèm theo (CCI), phân loại ASA. Đặc điểm chính đánh giá là: thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian hậu phẫu, thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi, diễn đau sau mổ (Thang điểm VAS), các biến chứng.

Kết quả: Chúng tôi phân tích 209 bệnh nhân u trung thất được mổ điều trị. Nhóm mổ nội soi 113 trường hợp, nhóm mổ mở 96 trường hợp. Không có tử vong hay chuyển mổ mở. Kết quả sau khi hiệu chỉnh: thời gian mổ trung bình (phút) 128,9 (Mở) so với 75,8 (NS), $P < 0,0001$. Máu mất trung bình (ml) 253,3 (Mở) so với 65,2 (NS), $P < 0,0001$. Thời gian hậu phẫu 7,8 ngày (Mở) so với 5,4 ngày (NS), $P < 0,0001$. Thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình (ngày) 3,1 (Mở) so với 2,1 (NS), $P < 0,0001$. Diễn đau sau mổ (Thang điểm VAS) 6,6 (Mở) so với 4,5 (NS), $P < 0,0001$. Tỉ lệ biến chứng 6,7% (Mở) so với 0,9% (NS), $P = 0,011$.

Kết luận: Sau khi cân bằng các biến số ảnh hưởng đến tỉ lệ tử vong và biến chứng, có sử dụng ghép cặp giá trị xác suất. Kết quả cho thấy mổ nội soi trong điều trị u trung thất tốt hơn về thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian hậu phẫu, thời gian lưu ống dẫn lưu, đau sau mổ. Không có tử vong. Tỉ lệ biến chứng trong mổ nội soi thấp hơn mổ mở.

* **Từ khóa:** U trung thất, phẫu thuật nội soi lồng ngực, phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ, ghép cặp giá trị xác suất.

A COMPARISON OF PERIOPERATIVE OUTCOMES OF VIDEO-THORACIC SURGICAL RESECTION OF PRIMARY MEDIASTINAL TUMORS WITH OPEN METHOD: RESULTS OF AN ANALYSIS USING PROPENSITY SCORE BASED WEIGHTING

Abstract

Background: Randomized trials comparing VATS mediastinal tumors resection to open method are very few. We analyzed a cohort using propensity score-weighting to adjust for important covariates in order to compare the clinical outcomes of the two techniques.

Methods: a prospective cohort two group VTS and Open. From July 2010 to July 2013 at Thoracic Surgery Department Cho Ray hospital. We compared patients undergoing mediastinal tumors resection for benign tumors or early clinical stage by either VTS or open methods. Inverse probability of treatment weighted estimators, with weights derived from propensity scores, was used to adjust cohorts for determinants of perioperative morbidity and mortality including age, gender, tumors size, ASA class, and Charlson Comorbidity Index (CCI). Bootstrap methods provided standard errors.

Endpoints were operative time, blood loss, postoperative stay (LOS), chest tube duration, postoperative pain score, complications.

*Bệnh viện Chợ Rẫy TP HCM

**Đại học Y Dược TP HCM

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Nguyễn Hoài Nam

Ngày nhận bài: 10/04/2014 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/05/2014

Phản Biện Khoa học: GS.TS. Đặng Hanh Đệ
PGS.TS. Lê Ngọc Thành

Results: We analyzed 209 patients with mediastinal tumors resection. None of operative mortality observed or none of VTS was converted to open procedures. Adjusted median operative time (min) was 128,9 (OPEN) versus 75,8 (VTS), $P < 0,0001$. Adjusted median blood loss (ml) 253,3 (OPEN) versus 65,2 (VTS), $P < 0,0001$. Adjusted median LOS was 7,8 days (OPEN) versus 5,4 days (VTS), $P < 0.0001$. Adjusted median chest tube duration (days) was 3,1 (OPEN) versus 2,1 (VTS), $P < 0.0001$. Adjusted median pain score postoperative was 6,6 (OPEN) versus 4,5 (VTS), $P < 0,0001$. Complication rates were 6,7% (OPEN) versus 0,9% (VTS), $P = 0.011$.

Conclusions: After balancing covariates that affect morbidity, mortality and LOS in this cohort using propensity-weighting, the results confirm that VTS mediastinal tumors resection is associated with a statistically significant shorter operative time, less blood loss, shorter LOS, shorter chest tube duration, less postoperative pain score than in OPEN group. No mortality in two groups. Complication rates are less in VTS than in OPEN group.

* **Key words:** mediastinal tumors, video thoroscopic surgery-VTS, VATS,

PS Matching.

Đặt vấn đề

U trung thất là một bệnh lý ở trung thất, bao gồm tất cả các khối u lành tính và ác tính, bẩm sinh và mắc phải, các khối u tiên phát và thứ phát, trong đó 60% là các u tuyến ức, u thần kinh, và các nang lành tính, 30% là u tế bào lympho, u quái trung thất.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả đối với hầu hết các u trung thất. Phần lớn các phẫu thuật viên thống nhất cần phải chỉ định mổ sớm các khối u lành tính và các nang ở trung thất vì tỉ lệ ung thư hóa các u nang lành tính ở trung thất khá cao tới 37-41%[9].

Các phẫu thuật được chọn lựa gồm phẫu thuật mở ngực và phẫu thuật nội soi –VTS (hay nội soi có hỗ trợ -VATS). Trong những năm gần đây, việc ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị u trung thất ngày càng nhiều, tuy nhiên chưa có báo cáo so sánh kết quả phẫu thuật của hai phương pháp này. Các nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên so sánh giữa mổ nội soi và mổ mở trong điều trị u trung thất là rất ít.

Mục tiêu nghiên cứu:

Chúng tôi phân tích một nghiên cứu đoàn hệ có sử dụng ghép cặp giá trị xác suất để hiệu chỉnh một số biến số quan trọng trong so sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa hai phương pháp mổ trong điều trị u trung thất nguyên phát.

Phương pháp nghiên cứu:

Đoàn hệ tiền cứu 209 trường hợp u trung thất được phẫu thuật điều trị bằng phẫu thuật nội soi hay mổ mở. Thời gian: từ 07/2010 đến 07/2013 tại khoa ngoại Lồng Ngực bệnh viện Chợ Rẫy. Các bệnh nhân được chẩn đoán u trung thất, được hội chẩn khoa có chỉ định mổ, việc quyết định mổ nội soi hay mổ mở do hội chẩn quyết định. Chúng tôi chỉ quan sát thu thập số liệu, phân tích kết quả, không can thiệp vào quá trình điều trị của khoa.

Chỉ định mổ nội soi hay mổ mở u trung thất của khoa dựa trên một số đặc điểm chung sau: vị trí u, kích thước u, loại u, giải phẫu bệnh u, mức độ chèn ép, xâm lấn của u với cấu trúc xung quanh. Trên cơ sở đó việc chọn mổ nội soi điều trị u trung thất cho các u chưa có xâm lấn, chèn ép các cơ quan xung quanh. Đối với u tuyến ức, chỉ định mổ nội soi cho các u ở giai đoạn sớm: giai đoạn I, giai đoạn II.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Lâm sàng: các bệnh nhân có chẩn đoán u trung thất chưa có hội chứng trung thất trên lâm sàng, chưa có di căn hạch thượng đòn.

- Trên hình ảnh CT ngực có cản quang: có hình ảnh u trung thất chưa có xâm lấn vào các cơ quan trọng trong trung thất như: tim, mạch máu lớn, khí quản, phế quản, thực quản. Hoặc hình ảnh các nang trung thất.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhược cơ
- U trung thất thứ phát do lao hoặc ung thư nơi khác di căn đến.
- Bướu giáp thò vào trung thất.
- U thực quản.
- U khí quản.
- U trung thất có kèm theo các phẫu thuật khác như: u phổi, kén khí phổi, tràn dịch màng tim, tràn dịch màng phổi.

Phương pháp tiến hành:

Các bệnh nhân được khám lâm sàng và cận lâm sàng để xác định chẩn đoán và đánh giá giai đoạn bệnh. Chẩn đoán u trung thất chủ yếu dựa trên lâm sàng và CT ngực có cản quang. Các yếu tố trước mổ cần đánh giá như: tuổi, giới, ASA, CCI, kích thước u.

Bệnh nhân mê nội khí quản 2 nồng, thông khí một phổi

* Nhóm mổ nội soi: - Nội soi hoàn toàn (VTS): sử dụng 3 lỗ trocar (2 trocar 10mm, 1 trocar 5mm). Hay nội soi hỗ trợ (VATS): sử dụng 1 trocar 10mm, 1 trocar 5mm, đường mổ hỗ trợ 3 - 4cm). Khi cần đưa các dụng cụ hỗ trợ như trong mổ mở vào để thao tác, cầm nắm...

- Chuyển mổ mở: mở rộng vết mổ ngực. Khi đánh giá mổ nội soi không thực hiện được (do u quá lớn không có khoảng trống thao tác, hay có biến chứng không xử trí được qua nội soi như: tổn

thương mạch máu lớn, tổn thương khí phế quản, thực quản, tim...).

Bóc tách u ra khỏi tổ chức xung quanh, cắt cầm máu các mạch máu bằng dao đốt siêu âm hay clip các mạch máu lớn. Tránh tổn thương thần kinh hoành, các tổ chức xung quanh như mạch máu lớn, khí phế quản. Nếu có tổn thương phổi do u dính nhiều, sẽ cắt bằng stapler hay khâu phổi. Trường hợp u lớn cần dụng cụ mổ mở hỗ trợ sẽ dùng đường mổ hỗ trợ. Với u nang trung thất có thể chọc hút dịch trong u rồi bóc tách lấy trọn u. Với u đặc hay u hỗn hợp sau khi bóc tách cắt u, lấy u ra ngoài qua lỗ trocar 10, hay cắt nhỏ u cho vào bao bệnh phẩm lấy ra qua lỗ trocar 10. Dẫn lưu màng phổi sau mổ qua lỗ trocar 10.

* Nhóm mổ mở: mở ngực đường bên (tùy vị trí u ở bên nào) hoặc mở xương ức (khi u trung thất trước ở cả hai bên lồng ngực). Các bước phẫu thuật cũng tương tự nhóm mổ nội soi.

Ghi nhận các yếu tố: thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, thời gian hậu phẫu, thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi, các biến chứng, thang điểm đau sau mổ.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Chúng tôi đưa các yếu tố: tuổi, giới, ASA, CCI, kích thước u vào ghép cặp xác suất để khắc phục tình trạng phân nhóm không ngẫu nhiên, và hai nhóm tương đồng để so sánh kết quả.

Kết quả

Không có tử vong hay biến chứng lớn trong cả hai nhóm, và không có trường hợp nào chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở. Tuổi trung bình $44,30 \pm 15,15$ trong nhóm mổ nội soi và $43,52 \pm 15,47$ trong nhóm mổ mở ($P=0,86$). Có 50 nam/63 nữ trong nhóm mổ nội soi và 49 nam/47 nữ trong nhóm mổ mở ($P=0,327$).

Bảng 1: Đặc điểm u trung thất:

Đặc điểm cận lâm sàng	Nhóm mổ NS N=113	Nhóm mổ mở N=96	Tổng N=209	P*
X quang ngực				0,151
Bình thường	29 (25,7%)	14 (14,6%)	43 (20,6%)	
U lệch Phải	35 (31,0%)	27 (28,1%)	62 (29,7%)	
U lệch trái	17 (15,0%)	18 (18,8%)	35 (16,7%)	
Trung thất rộng	32 (28,3%)	37 (38,5%)	69 (33,0%)	
Vị trí				0,167
TT trước	61 (54,0%)	59 (61,5%)	120 (57,4%)	
TT giữa	28 (24,8%)	26 (27,1%)	54 (25,8%)	
TT sau	24 (21,2%)	11 (11,5%)	35 (16,7%)	
Loại u				0,073
Đặc	58(51,3%)	57 (59,4%)	115 (55,0%)	
Nang	34(30,1%)	16 (16,7%)	50 (23,9%)	
Hỗn hợp	21(18,6%)	23 (24%)	44 (21,1%)	
Tăng tỷ trọng khi tiêm thuốc cản quang: Không	11 (9,7%)	6 (6,2%)	17 (8,1%)	0,465
Ít	30 (26,5%)	20 (20,8%)	50 (23,9%)	
Vừa	28 (24,8%)	31 (32,3%)	59 (28,2%)	
Mạnh	44 (38,9%)	39 (40,6%)	83 (39,7%)	
Tính chất u				0,345
Có vỏ bao, giới hạn rõ	93 (82,3%)	72 (75,0%)	165 (78,9%)	
Xâm lấn vỏ bao	15 (13,3%)	20 (20,8%)	35 (16,7%)	
Xâm lấn xung quanh	5 (4,4%)	4 (4,2%)	9 (4,3%)	
Vôi hoá				0,077
Không	102 (90,3%)	78 (81,25)	180 (86,1%)	
Trong u	10 (8,8%)	18 (18,8%)	28 (13,4%)	
Thành u	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	
Liên quan xung quanh:				0,101
Không xâm lấn, chèn ép	92 (81,4%)	67 (69,8%)	159 (76,1%)	
Chèn ép	18 (15,9%)	27 (28,1%)	45 (21,5%)	
Xâm lấn	3 (2,7%)	2 (2,1%)	5 (2,4%)	
Tổn thương kèm theo				0,091
Không	113 (100%)	92 (95,8%)	205 (98,1%)	
Tràn dịch màng phổi	0 (0,0%)	3 (3,1%)	3 (1,4%)	
Hủy thân sống	0 (0,0%)	1 (1,0%)	1 (0,5%)	

Đặc điểm cận lâm sàng	Nhóm mổ NS N=113	Nhóm mổ mở N=96	Tổng N=209	P*
Kích thước u	7,76 ± 3,22	9,13 ± 3,89	8,39 ± 3,60	0,006**
Lớn nhất	20	25	25	
Nhỏ nhất	3	4	3	
Nhóm kích thước u				0,051*
u ≤ 3	50 (44,2%)	26 (27,1%)	76 (36,4%)	
3 < u ≤ 6	31 (27,4%)	34 (35,4%)	65 (31,1%)	
6 < u ≤ 9	31 (27,4%)	36 (37,5%)	67 (32,1%)	
9 < u	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	

(*): Kiểm chi bình phương, (**): t test.

Nhận xét: Các thông số trên cho thấy có sự tương đồng, không có khác biệt giữa hai nhóm mổ nội soi và mổ hở.

Bảng 2: Các đặc điểm trước khi ghép cặp xác suất

Đặc điểm	Nhóm mổ NS (N=113)	Nhóm mổ mở (N=96)	P*
Giá trị xác suất (PS)	0,57	0,49	
Tuổi	44,30	43,52	0,86
Nam giới	44,2%	51,0%	0,32
Kích thước u	7,77	9,13	0,006
ASA	1,86	2,00	0,055
CCI	0,32	0,54	0,009

(*): kiểm định t test.

Bảng 3: Đặc điểm cân bằng sau ghép cặp xác suất

Đặc điểm	Nhóm mổ NS (N=113)	Nhóm mổ mở (N=96)
Giá trị xác suất (PS)	0,57	0,57
Tuổi	44,30	46,97
Nam giới	44,2%	49,6%
Kích thước u	7,77	8,08
ASA	1,86	1,85
CCI	0,32	0,28

Nhận xét: Sau khi thực hiện ghép cặp xác suất, các yếu tố như tuổi, % nam giới, kích thước u, chỉ số ASA, CCI ở hai nhóm là tương đối cân bằng.

-> Như vậy, sau khi thực hiện ghép cặp xác suất, hai nhóm nghiên cứu là tương đồng, có thể sử dụng để phân tích kết quả.

Bảng 4: Đánh giá trong mổ

Đặc điểm	Nhóm mổ NS N=113	Nhóm mổ mở N=96	Tổng N=209	P1*	P2**
Thời gian mổ TB	75,88 ± 36,54	128,95 ± 54,66	100,26 ± 52,79	0,000	0,000
Ngắn nhất (phút)	20	40	20		
Dài nhất (phút)	200	310	310		
Lượng máu mất	65,26 ± 109,59	253,33 ± 467,54	151,65 ± 339,31	0,000	0,000
Ít nhất (ml)	0	0	0		
Nhiều nhất (ml)	1000	3500	3500		

P1: Giá trị P khi chưa ghép cặp xác suất. P2: Giá trị P sau khi ghép cặp xác suất.

(*): Kiểm định t test

(**): Sử dụng phép hồi qui logistic để hiệu chỉnh.

Bảng 5: So sánh một số đặc điểm sau mổ

Đặc điểm	Nhóm mổ NS N=113	Nhóm mổ mở N=96	Tổng N=209	P1	P2***
Thời hậu phẫu	5,42 ± 1,38	7,83 ± 2,61	6,53 ± 2,36	0,000*	0,000
Ngắn nhất	3	4	3		
Dài nhất	9	21	21		
TG lưu ống DL	2,11 ± 0,34	3,13 ± 0,88	2,58 ± 0,82	0,000*	0,000
Ngắn nhất	2	2	2		
Dài nhất	4	7	7		
Điểm đau sau mổ TB	(N=113) 4,57 ± 1,25	(N=93****) 6,64 ± 1,46	(N=206) 5,50 ± 1,69	0,000*	0,000
Ít nhất	1	3	1		
Nhiều nhất	7	9	9		
Mức độ đau	(N=113)	(N=93****)	(N=206)	0,000**	0,000
Đau ít	21 (18,6%)	2 (2,2%)	23 (11,2%)		
Đau vừa	92 (81,4%)	58 (62,4%)	150 (72,8%)		
Đau nhiều	0 (0,0%)	33 (35,5%)	33 (16,0%)		

P1: Giá trị P khi chưa ghép cặp xác suất. P2: Giá trị P sau khi ghép cặp xác suất

(*): Kiểm t test. (**): Kiểm chi bình phương.

(***): Sử dụng phép hồi qui logistic để hiệu chỉnh.

**** Có 3 bệnh nhân trong nhóm mổ mở phải thở máy sau mổ nên không hợp tác đánh giá mức độ đau sau mổ.

Bảng 6: So sánh kết quả sớm

Kết quả	Nhóm mổ NS N=113	Nhóm mổ mở N=96	Tổng N=209	P1	P2***
Biến chứng: Có	1 (0,9%)	13 (13,5%)	14 (6,7%)	0,000**	0,011
Không	112 (99,1%)	83 (86,5%)	195 (93,3%)		
Loại biến chứng:	N=1	N=13	N=14	0,006*	0,053
Chảy máu	1 (0,9%)	8 (8,3%)	9 (4,5%)		
Hô hấp	0 (0,0%)	4 (4,2%)	4 (2,0%)		
Khác	0 (0,0%)	1 (1,0%)	1 (0,5%)		
Kết quả: Tốt	112 (99,1%)	86 (89,6%)	198 (94,7%)	0,008*	0,037
Trung bình	1 (0,9%)	8 (8,3%)	9 (4,3%)		
Xấu	0 (0,0%)	2 (2,1%)	2 (1,0%)		

P1: Giá trị P khi chưa ghép cặp xác suất. P2: Giá trị P sau khi ghép cặp xác suất.

(*): Kiểm chi bình phương. (**): Kiểm Fisher.

(***): Sử dụng phép hồi qui logistic để hiệu chỉnh.

Bàn luận

Chúng tôi đã đưa các yếu tố tuổi, % nam giới, kích thước u, ASA, CCI vào ghép cặp xác suất. Trong đó, ASA là chỉ số đánh giá các nguy cơ trong gây mê hồi sức, CCI gồm 19 yếu tố bệnh lý kèm theo liên quan đến các biến chứng, tử vong của phẫu thuật. Sau khi thực hiện ghép cặp xác suất, các chỉ số trước mổ giữa hai nhóm là tương đồng, có thể so sánh được.

Tác giả Walter J. Scott nghiên cứu so sánh kết quả giữa mổ nội soi và mổ mở trong cắt thùy phổi có sử dụng ghép cặp xác suất trong phân tích kết quả. Tác giả đưa các yếu tố tuổi, % nam giới, % FEV1 dự đoán, ASA, CCI vào ghép cặp xác suất và phân tích kết quả [16].

Bàn về đặc điểm dịch tễ của các đối tượng tham gia nghiên cứu:

Tuổi: Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 209 bệnh nhân, trong đó nhóm mổ nội soi có 113 bệnh nhân, nhóm mổ mở có 96 bệnh nhân. Tuổi nhỏ nhất là 15 tuổi, tuổi lớn nhất là 81 tuổi. Tuổi trung bình trong cả hai nhóm mổ nội soi và mổ mở trước khi thực hiện ghép cặp xác suất là $44,30 \pm 15,15$ ở nhóm mổ nội soi và $43,52 \pm 15,47$ ở nhóm mổ mở và sau khi ghép cặp

xác suất là 44,30 và 46,97. Không có sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm bệnh nhân. Kết quả trên là tương đối phù hợp với y văn và một số nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

Tác giả Ngô Quốc Hưng, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 39,8 tập trung chủ yếu ở nhóm 21-60 tuổi (74,9%) [2]. Tác giả Lê Nguyễn Quyền, tuổi trung bình trong nhóm mổ nội soi điều trị u trung thất là 36, tập trung chủ yếu ở nhóm 20-50 tuổi [3].

Tác giả Yu-Jen Cheng, nghiên cứu so sánh giữa mổ nội soi và mổ mở cắt u tuyến ức giai đoạn II, ghi nhận tuổi trung bình hai nhóm mổ nội soi và mổ mở là $40,2 \pm 16,3$ và $47,7 \pm 8,5$ không khác biệt [7].

Tác giả JW Chung, nghiên cứu so sánh giữa mổ nội soi và mổ mở trong điều trị u tuyến ức không nhược cơ, tuổi trung bình nhóm mổ nội soi là $45,8 \pm 12,3$ và nhóm mổ mở là $51,7 \pm 12,5$ (không khác biệt) [8].

Giới: Tỷ lệ nam/nữ tương đồng ở cả hai nhóm 50/63 nhóm mổ nội soi và 49/47 nhóm mổ mở. Tỷ lệ % nam giới trước khi thực hiện ghép cặp xác suất là 44,2% ở nhóm mổ nội soi và 51% ở nhóm mổ mở, và tỷ lệ này sau khi thực hiện ghép cặp xác suất là 44,2%

và 49,6%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Tỷ lệ này là phù hợp với y văn và một số nghiên cứu trong và ngoài nước.

Tác giả Ngô Quốc Hưng, tỷ lệ nam/nữ là 1/1 với tỷ lệ 171/167 [2]. Tác giả Lê Nguyễn Quyền, tỷ lệ nam/nữ là 2/3 với tỷ lệ 40/58 [3].

Tác giả JW Chung, tỷ lệ nam /nữ là 1/1, với tỷ lệ 13/12 ở nhóm mổ nội soi và 21/24 ở nhóm mổ mở (không khác biệt) [8].

Bàn luận về các đặc điểm cận lâm sàng giữa hai nhóm

Các đặc điểm trên X quang, CT ngực: Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong tiêu chuẩn chọn bệnh chúng tôi chọn các bệnh nhân không có xâm lấn các cơ quan trong lồng ngực, nên tỷ lệ u xâm lấn vỏ bao hay xâm lấn mô xung quanh ít, chỉ có một số trường hợp u lớn chèn ép các mô xung quanh. Tóm lại các đặc điểm trên X quang ngực, CT ngực giữa hai nhóm tương đồng.

Các chỉ số đánh giá về yếu tố nguy cơ, bệnh lý kèm theo: Trong gây mê hồi sức chỉ số ASA, trong cả hai nhóm đều ở mức nhẹ: ASA II 77,5%, ASA I 15,3%, rất ít bệnh nhân có ASA III (6,2%) và chỉ có 1% bệnh nhân có ASA IV. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Chỉ số đánh giá các bệnh lý kèm theo CCI, chỉ số này đánh giá dựa trên khảo sát 19 yếu tố bệnh lý kèm theo có liên quan đến tỷ lệ tử vong trong phẫu thuật. Chỉ có 37,3% bệnh nhân có bệnh lý kèm theo trong đó CCI có 1 điểm chiếm 85,9%, CCI có 2 điểm chiếm 14,1%, không có trường hợp nào có CCI có 3 điểm hay CCI có 6 điểm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Đặc điểm về kích thước u giữa hai nhóm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi thực hiện thành công phẫu thuật cho các bệnh nhân u trung thất nguyên phát có kích thước u trong nhóm mổ nội soi từ 3 đến 20 cm, trong nhóm mổ mở từ 4 đến 25 cm. Kích thước u trung bình trong nhóm nghiên cứu là $8,39 \pm 3,60$ cm. Kích thước u trung bình giữa hai nhóm có sự khác biệt, nhóm mổ nội soi là $7,76 \pm 3,22$ cm và ở nhóm mổ mở có kích thước u là $9,13 \pm 3,89$

cm. Tuy nhiên khi so sánh giữa hai nhóm mổ nội soi và mổ mở về các nhóm kích thước u, so sánh từng kích thước u giữa hai nhóm cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Các P lớn hơn 0,05).

Chúng tôi thực hiện ghép cặp xác suất giữa hai nhóm mổ nội soi và mổ mở. Kết quả sau khi thực hiện ghép cặp xác suất kích thước u nhóm mổ nội soi là 7,77 và nhóm mổ mở là 8,08. Kích thước giữa hai nhóm là tương đối cân bằng.

Trong nghiên cứu của Ngô Quốc Hưng, trong phẫu thuật điều trị u trung thất, kích thước trung bình của u trong nhóm mổ nội soi là $4,8 \pm 1,2$ cm (từ 2 đến 10cm) trong nhóm mổ mở là $6,9 \pm 2,4$ cm (từ 3 đến 16 cm) [2].

Tác giả Michael Bousamra, nghiên cứu so sánh mổ nội soi và mổ mở điều trị u thần kinh ở trung thất ghi nhận kích thước u ở nhóm mổ nội soi và nhóm mổ mở từ 3-7cm [5].

Tác giả JW Chung, nghiên cứu kết quả dài hạn mổ nội soi cắt u tuyến ức không nhược cơ, ghi nhận: kích thước u trên CT nhóm mổ nội soi là $4,4 \pm 1,8 \times 3,2 \pm 1,34$ cm và $6,3 \pm 2,1 \times 4,6 \pm 1,6$ cm ở nhóm mổ mở (có khác biệt $p < 0,001$). Kích thước u trên giải phẫu bệnh nhóm mổ nội soi $5,2 \pm 2,0 \times 4,2 \pm 1,6 \times 2,7 \pm 1,0$ cm và nhóm mổ mở là $7,7 \pm 2,6 \times 5,8 \pm 1,7 \times 3,9 \pm 1,2$ cm (có khác biệt $p < 0,001$) [8].

Tác giả Chang C. trong nghiên cứu điều trị 57 trường hợp u quái trung thất, có 17 trường hợp mổ nội soi, 40 trường hợp mổ mở. Kích thước u trung bình trong nhóm mổ nội soi là $8,5 \pm 2,9$ cm và trong nhóm mổ mở là $10,4 \pm 4,7$ cm [6].

Qua đó cho thấy kích thước u trung bình trong nghiên cứu của các tác giả có khác nhau tùy cơ sở điều trị và tùy bệnh lý u trung thất. Trong nghiên cứu này kích thước u giữa hai nhóm mổ nội soi và mổ mở sau ghép cặp xác suất là tương đối tương đồng.

Bàn luận về so sánh một số đặc điểm trong, sau mổ

Thời gian mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình ở nhóm mổ nội soi ngắn hơn với 75,88

$\pm 36,54$ phút so với nhóm mổ mở là $128,95 \pm 54,66$ phút (khác biệt có ý nghĩa $p=0,000$).

Tác giả JW Chung, thời gian mổ trung bình $117 \pm 79,6$ phút cho nhóm mổ nội soi và $207,5 \pm 85,8$ phút cho nhóm mổ mở (không khác biệt) [8].

Tác giả Yu-Jen Cheng, thời gian mổ trung bình $193,3 \pm 48$ phút cho nhóm mổ nội soi và 131 ± 43 phút cho nhóm mổ mở (không khác biệt) [7].

Tác giả Michael Bousamra, thời gian mổ trung bình 171 phút cho nhóm mổ nội soi và 112 phút cho nhóm mổ mở (có khác biệt $p<0,02$) [5].

Bảng 7: So sánh thời gian mổ nội soi với các tác giả khác[3], [10], [9], [15], [13].

Tác giả	Số TH	Ngắn nhất	Dài nhất	Thời gian mổ NS trung bình
Gian Carlo Roviario	71	25	180	75
Venissac	15	60	180	99
Aikihiko Hitami	27			145
Luis Marcelo Inaco Cirino	40			167,4
L N Quyên	98	60	300	$135 \pm 45,7$
H Q Khánh	113	20	200	$75,88 \pm 36,54$

Nhận xét: Thời gian mổ nội soi trung bình của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả khác.

Số lượng máu mất trong mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng máu mất trung bình trong mổ ở nhóm mổ nội soi là $65,26 \pm 109,59$ ml ít hơn so với nhóm mổ mở là $253,33 \pm 467,54$ ml ($p<0,001$). Chúng tôi có 1 trường hợp tai biến tổn thương tĩnh mạch vô danh trong mổ nội soi, lượng máu mất trong trường hợp này 1000ml là nhiều nhất trong nhóm mổ nội soi.

Tác giả Yu-Jen Cheng, số lượng máu mất trong mổ trung bình ở nhóm mổ nội soi là $119,2 \pm 70,6$ ml ít hơn so với nhóm mổ mở là $238,5 \pm 110,2$ ml ($p=0,006$) [7].

Trong những năm gần đây, với sự phát triển của các phương tiện phẫu thuật, việc sử dụng dao đốt siêu âm hay LigaSure thường quy trong phẫu thuật cũng là một yếu tố góp phần làm giảm chảy máu trong mổ. Dao siêu âm hay LigaSure phù hợp trong việc cắt tĩnh mạch của tuyến ức, bóc tách cắt những viêm dính xung quanh u. Có thể cắt an toàn với các mạch máu có đường kính lên đến 7mm [12].

Thời gian hậu phẫu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian hậu phẫu trung bình ở nhóm mổ nội soi là $5,42 \pm 1,38$ ngày ngắn hơn so với nhóm mổ mở là $7,83 \pm 2,61$ ngày ($p<0,001$).

Tác giả JW Chung, thời gian nằm viện trung bình $3,4 \pm 1,3$ ngày cho nhóm mổ nội soi và $6,4 \pm 2,5$ ngày cho nhóm mổ mở (khác biệt với $p<0,001$) [8].

Tác giả Michael Bousamra, thời gian hậu phẫu trung bình 2,6 ngày cho nhóm mổ nội soi và 4,5 ngày cho nhóm mổ mở (khác biệt với $p<0,02$). Thời gian trở lại làm việc 4,3 tuần ở nhóm mổ nội soi và 7,7 tuần ở nhóm mổ mở ($p<0,13$) [5].

Tác giả Yu-Jen Cheng, thời gian hậu phẫu trung bình $6,8 \pm 2,3$ ngày cho nhóm mổ nội soi và $8,9 \pm 4,4$ ngày cho nhóm mổ mở (không khác biệt với $p=0,157$) [7].

Trong mổ nội soi, với các đường mổ nhỏ 0,5cm hay 1cm tổn thương thành ngực ít hơn nhiều so với trong mổ mở. Với việc không sử dụng dụng cụ banh lồng ngực trong mổ nội soi cũng ít làm tổn thương

thành ngực hơn so với mổ mở. Do vậy trong mổ mở thời gian hồi phục cũng nhiều hơn so với mổ nội soi.

Thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình

Trong phẫu thuật lồng ngực, sau mổ chúng ta thường đặt ống dẫn lưu khoang màng phổi nhằm mục đích tái lập lại áp lực âm trong khoang màng phổi, cũng đồng thời qua đó theo dõi phát hiện sớm tình trạng chảy máu sau mổ. Ống dẫn lưu được rút sau khi đánh giá lượng dịch ra ống dẫn lưu <100ml/24 giờ, không thấy dò khí ra ống dẫn lưu, chụp phim X quang phổi sau mổ thấy hình ảnh nhu mô phổi tốt, không có tràn khí hay tràn máu trong khoang màng phổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian lưu ống dẫn lưu khoang màng phổi trung bình ở nhóm mổ nội soi là $2,11 \pm 0,34$ ngày ngắn hơn so với nhóm mổ mở là $3,13 \pm 0,88$ ngày ($p < 0,001$).

Tác giả JW Chung, thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình $1,84 \pm 0,94$ ngày cho nhóm mổ nội soi và $3,62 \pm 2,04$ ngày cho nhóm mổ mở (khác biệt với $p < 0,001$) [8].

So với tác giả khác, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình ở nhóm mổ nội soi ít hơn ở nhóm mổ mở.

Tình trạng đau sau mổ

Trong phẫu thuật, giảm đau sau mổ rất quan trọng, giúp cho bệnh nhân cảm thấy thoải mái, mau chóng hồi phục. Đặc biệt trong phẫu thuật lồng ngực đau sau mổ do tổn thương các thành phần của thành ngực, xương sườn, xương ức, màng phổi thành... Khung lồng ngực phải tham gia hô hấp, do vậy nếu sau mổ đau nhiều bệnh nhân sẽ hạn chế hít thở sâu, ho khạc đàm... dễ gây biến chứng như xẹp phổi, tràn khí, tràn dịch khoang màng phổi. Có nhiều nghiên cứu giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực như: gây tê ngoài màng cứng, đặt bơm tiêm ngoài màng cứng cho bệnh nhân tự chỉnh liều khi đau hay phong bế thần kinh liên sườn...tuy nhiên, tại cơ sở nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân thường được sử dụng các thuốc giảm đau dạng chích trong những ngày đầu sau mổ, khi tình trạng bệnh nhân ổn định, bớt đau hơn sẽ chuyển sang sử dụng thuốc giảm đau dạng uống.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Điểm đau sau mổ(Thang điểm VAS) trung bình ở nhóm mổ nội soi $4,57 \pm 1,25$ ít hơn so với nhóm mổ mở $6,64 \pm 1,46$ ($p=0,000$). Nhóm đau sau mổ, trong nhóm mổ nội soi chủ yếu đau từ ít đến vừa còn trong nhóm mổ mở đau từ vừa đến nhiều. Điều này cho thấy tình trạng ít đau sau mổ là lợi điểm lớn trong mổ nội soi so với mổ mở.

Theo nghiên cứu của tác giả Michael Bousamra, đau nhiều đến 2,2 tuần ở nhóm mổ mở và 1,5 tuần ở nhóm mổ nội soi [5].

Với đường mổ dài và sử dụng dụng cụ banh ngực làm tổn thương nhiều thành ngực hơn so với mổ nội soi, điều này giải thích cho tình trạng đau sau mổ ở nhóm mổ mở nhiều hơn nhóm mổ nội soi.

Các tai biến, biến chứng:

Phẫu thuật u trung thất là phẫu thuật khó bởi vì sự liên quan mật thiết của u với các cơ quan xung quanh như: tim, mạch máu lớn, khí phế quản, thực quản...Các tai biến, biến chứng hay gặp trong phẫu thuật u trung thất là chảy máu, dò khí, xẹp phổi, tổn thương thần kinh hoành, nhiễm trùng...

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mổ nội soi có tỉ lệ tai biến 0,9% (1/113 trường hợp có tổn thương tĩnh mạch vô danh trong khi mổ u trung thất trước). Mổ mở có tỉ lệ tai biến 13,5% (1 trường hợp có tổn thương tĩnh mạch vô danh trong khi mổ u trung thất trước, có 2 trường hợp phải mở ngực lại ở hậu phẫu, 1 trường hợp dẫn lưu màng phổi lại, 4 trường hợp tràn máu màng phổi điều trị nội khoa, 4 trường hợp xẹp phổi, 1 trường hợp có biến chứng liệt tay tạm thời do kê tư thế lúc mổ. Nhóm mổ nội soi có biến chứng ít hơn nhóm mổ mở khác biệt có ý nghĩa thống kê (P nhỏ hơn 0,05). Tuy nhiên các loại biến chứng giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p lớn hơn 0,05).

Tác giả Lê Nguyễn Quyên, nghiên cứu mổ nội soi lồng ngực cắt u trung thất điều trị cho 98 trường hợp, ghi nhận có 2 trường hợp (2,04%) chuyển mổ mở do u dính quá chặt vào các cấu trúc trung thất không thể bóc tách được, chảy máu trong mổ 4 trường hợp (4,08%) trong đó tổn thương tĩnh mạch Azygos 1 trường hợp (1,02%), tổn thương động mạch vú trong 2 trường hợp (2,04%), tổn thương động mạch liên sườn

1 trường hợp (1,02%), tràn máu màng phổi sau mổ 1 trường hợp (1,02%), rách phế quản 1 trường hợp (1,02%), con nhíp nhanh kịch phát trên thất 1 trường hợp (1,02%) [3].

Tác giả JW Chung, trong nghiên cứu phẫu thuật u tuyến ức ghi nhận có 3 trường hợp (6,66%) biến chứng trong nhóm mổ mở trong đó 2 trường hợp (4,44%) tràn dịch đường chấp, 1 trường hợp (2,22%) hở vết mổ [8].

Tác giả Ngô Quốc Hưng, nghiên cứu từ 2/2002 đến 2/2008 có 338 trường hợp u trung thất được phẫu thuật. Có 14,7 % biến chứng chủ yếu là các biến chứng về hô hấp (Tràn khí, dịch màng phổi 6%, suy hô hấp 3,5%, xẹp phổi 3%), nhiễm trùng vết mổ 1,2%. Trong đó có 1,2% tử vong [2].

Tác giả Luis Marcelo Inaco Cirino nghiên cứu 40 trường hợp mổ nội soi u trung thất trong đó chuyển mổ mở 3 trường hợp (7,5%) do u lớn và xâm lấn cấu trúc xung quanh. Biến chứng sau mổ: 2 trường hợp (4,44%) tổn thương thần kinh hoành, 1 trường hợp (2,22%) dò khí kéo dài, 1 trường hợp (2,22%) nhiễm trùng vết mổ [9].

Tác giả Gian Carlo Roviario nghiên cứu 71 trường hợp mổ nội soi điều trị, có 1 trường hợp (2,1%) chảy máu từ mô u xử lý được qua nội soi, chuyển mổ mở 5 trường hợp (7%) trong đó 3 trường hợp (4,22%) do u lớn và dính xung quanh, 2 trường hợp (2,81%) chảy máu từ mô u. Biến chứng sau mổ có 3 trường hợp (4,22%) cần mổ nội soi lại trong đó có 1 trường hợp (1,4%) chảy máu từ động mạch liên sườn tại vị trí đặt trocar, 2 trường hợp (2,81%) không tìm ra chỗ chảy máu đại thể. Có 1 trường hợp (1,4%) viêm phổi ở hậu phẫu [15].

Trong các loại tai biến, chảy máu trong phẫu thuật u trung thất là thường gặp nhất. Tác giả Akashi A. nghiên cứu 150 trường hợp mổ nội soi điều trị u trung thất, ghi nhận tỉ lệ tai biến trong mổ nội soi là 4,7%. Có 2 trường hợp (1,33%) tổn thương mạch máu do đốt bằng dao điện và phải chuyển mổ mở. Mặc dù vậy, Akashi A. vẫn ghi nhận đốt bằng dao điện là một phương pháp hữu hiệu trong việc cắt đốt và cầm máu, nhưng do u trung thất rất gần với các tổ chức quan trọng xung quanh cũng như khó kiểm soát được mức

độ cháy lan ra mô xung quanh nên cần thận trọng khi sử dụng dụng cụ này [4]. Để làm giảm tai biến này, tác giả Lang-Lazdunski, Pons F. đề nghị sử dụng dao đốt siêu âm để bóc tách, cầm máu [11], [14].

Kết quả sớm: được đánh giá dựa trên tỷ lệ các tai biến, biến chứng và tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau lần mổ đầu tiên. Để tiện việc đánh giá, chúng tôi tham khảo các tác giả Todd L. Demmy, Akihiko Kitami, Hazelrigg S.R., Giancarlo Roviario chia thành các mức độ sau * Tốt: thực hiện thành công phẫu thuật cắt trọn u trung thất, không có tai biến hay biến chứng. * Trung bình: có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, không cắt trọn u. * Xấu: có tai biến phải chuyển mở ngực (NS), có biến chứng cần phải mổ lại. * Tử vong: trong hoặc sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tốt đạt được trong nhóm mổ nội soi là 99,1% và trong nhóm mổ mở là 89,6%. Kết quả trung bình trong nhóm mổ nội soi là 0,9% và trong nhóm mổ mở là 8,3%. Kết quả xấu trong nhóm mổ mở là 2,1% không có kết quả xấu trong nhóm mổ nội soi. Nhóm mổ nội soi có kết quả sớm tốt hơn nhóm mổ mở khác biệt có ý nghĩa thống kê (P nhỏ hơn 0,05).

Tác giả Đồng Lưu Ba, nghiên cứu trong 6 năm từ 3/1998 đến 3/2004, có 321 trường hợp u trung thất được phẫu thuật, trong đó có 271 trường hợp phẫu thuật với mục đích điều trị (3 trường hợp mổ nội soi, 268 trường hợp mổ mở). Tỉ lệ cắt trọn u trung thất kết quả tốt là 86,7% [1].

Kết luận

Qua nghiên cứu 209 trường hợp bệnh nhân u trung thất nguyên phát trong thời gian 3 năm, chúng tôi rút ra một số kết luận. So với mổ mở, phẫu thuật nội soi điều trị u trung thất nguyên phát cho kết quả tốt hơn về:

- Thời gian mổ ngắn hơn.
- Lượng máu mất trong mổ ít hơn.
- Thời gian lưu ống dẫn lưu khoang màng phổi ngắn hơn.
- Thời gian hậu phẫu ngắn hơn.
- Đau sau mổ ít hơn.
- Ít biến chứng hơn.
- Kết quả sớm tốt hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Đồng Lưu Ba, Huỳnh Quang Khánh (2005), "U trung thất: một số kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị phẫu thuật". *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 9, (2), tr. 50-53.
2. Ngô Quốc Hưng (2009) "*Nghiên cứu chỉ định điều trị ngoại khoa u trung thất*". Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II. Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tr. 34-57.
3. Lê Nguyễn Quyền (2013), "Nghiên cứu vai trò phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán và điều trị u trung thất". *Luận án tiến sĩ y học. Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*, tr. 83-101.
4. Akashi A., Hazama K., Miyoshi S., et al (2001), "An analysis of video-assisted thoracoscopic resection for mediastinal masses in 150 cases". *Surgical Endoscopy*, 15, pp. 1167-1170.
5. Bousamra M., Haasler G.B, Patterson G.A., Roper C.L (1996), "A Comparative Study of Thoracoscopic vs Open Removal of Benign Neurogenic Mediastinal Tumors". *Chest*, 109, pp. 1461-1465.
6. Chang C., Chang Y., Lee Y.M., et al (2010), "18 Years Surgical Experience with Mediastinal Mature Teratoma". *J Formos Med Assoc*, 109, (4), pp. 287-292.
7. Cheng Y.J., Kao E.L., Chou S.H. (2005), "Videothoracoscopic Resection of Stage II Thymoma: Prospective Comparison of the Results between Thoracoscopy and Open Methods". *American College of Chest Physicians*, 128, pp. 3010-3012.
8. Chung JW, Kim HR, Chun MS, Kim YH, Park S-I, Kim S-R, Lee DH (2012), "Long-term Results of Thoracoscopic Thymectomy for Thymoma without Myasthenia Gravis". *The Journal of International Medical Research*, 40, pp. 1973-1981.
9. Cirino L., Campos J., Fernandez A., et al (2000), "Diagnosis and Treatment of Mediastinal Tumors by Thoracoscopy". *Chest*, 117, pp. 1787-1792.
10. Kitami A., et al (2004), "Diagnostic and Therapeutic Thoracoscopy for Mediastinal Disease". *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, 10, pp. 14-18.
11. Lazdunski L., Pilling J. (2008), "Videothoracoscopic Excision of Mediastinal Tumors and Cysts Using the Harmonic Scalpel". *Thorac Cardiovasc Surg*, 56, (5), pp. 278-282.
12. Matsumura, Y. (2010), "Thoracoscopic surgery of mediastinal tumor". *Kyobu Geka*, 63, (8), pp. 724-729.
13. Nicolas V., et al (2004), "Mediastinal Neurogenic Tumors and Video-Assisted Thoracoscopy: Always The Right Choice?". *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 14, (1), pp. 20-22.
14. Pons F., Lang-Lazdunski L., Bonnet P., et al (2003), "Videothoracoscopic Resection of Neurogenic Tumors of The Superior Sulcus Using The Harmonic Scalpel". *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, 75, pp. 602-604.
15. Roviato G., Varoli F., Nucca O., et al (2000), "Videothoracoscopic Approach to Primary Mediastinal Pathology". *Chest*, 117, (4), pp. 1179-1183.
16. Scott W.J., Matteotti R.S., Egleston B.L., Oseni S., Flaherty J.F. (2010), "A Comparison of Perioperative Outcomes of Video-Assisted Thoracic Surgical Lobectomy with Open Thoracotomy and Lobectomy: Results of an Analysis Using Propensity Score Based Weighting". *Annals of Surgical Innovation and Research*, 4, pp. 1-10.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ KÉN KHÍ PHỔI

Châu Phú Thi*, Nguyễn Văn Khôi**, Lê Nữ Thị Hòa Hiệp**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Phẫu thuật cắt kén khí là lựa chọn hàng đầu cho việc điều trị bệnh lý kén khí phổi. Mục tiêu của nghiên cứu là nhằm đánh giá vai trò của phẫu thuật nội soi cắt kén khí để điều trị bệnh lý kén khí phổi.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt ca lâm sàng. Các trường hợp kén khí phổi được chẩn đoán qua lâm sàng, X quang phổi và CT scan ngực. Phẫu thuật nội soi lồng ngực để cắt bỏ kén khí dưới gây mê nội phế quản chọn lọc. Phổi được khâu với Stapler hoặc bằng chỉ vicryl.

Kết quả: Trong 1 năm (3/2012- 3/2013), tại bệnh viện Chợ Rẫy, có 33 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình 39,2 (từ 16 – 72 tuổi). 08 bệnh nhân phát hiện kén khí chưa vỡ bằng CT scan ngực, 25 bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát thứ phát. Có 6 trường hợp cắt kén khí phổi và khâu lại bằng vicryl, 19 trường hợp cắt kén khí bằng stapler, 8 trường hợp cắt kén khí bằng stapler và khâu vicryl các bóng khí nhỏ. **Biến chứng:** 5 trường hợp dò khí dai dẳng trên 5 ngày, 1 trường hợp xẹp phổi và 1 trường hợp phải mổ lại.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi lồng ngực kết hợp mổ ngực nhỏ nên được coi như là lựa chọn ngoại khoa trong điều trị cắt kén khí phổi, trong hầu hết các trường hợp, nó an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: tràn khí màng phổi tự phát, kén khí, bóng khí nhỏ, phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ video

SUMMARY

Objective: Bullectomy is the surgical removal of a bulla, which has become the first choice method for treatment of bullous emphysema. Our purpose of study is to evaluate role of Video assisted thoracoscopic surgery (VATS) in bullectomy.

Methods: The prospective cohort study. Diagnosis is based on clinical finding, chest X-ray and CT scan. VATS for bullectomy. The lung was sutured by stapler or running Vicryl suture with conventional instrument.

Results: 3/2012 to 3/2013, at Cho Ray hospital, there were 33 patients in our study, mean age was 39.2 (range, 16 – 72). Operative indications included: 8 patients were diagnosed bullous emphysema by chest CT scan, spontaneous pneumothorax in 25 patients. 6 patients bullectomy and the lung was sutured by Vicryl 4-0, 19 patients bullectomy by stapler, 8 patients bullectomy by stapler and suture blebs by Vicryl 4-0. Postoperative complications: 5 patients with prolong air leaks which required 5 days of chest tube placed in situ, 1 patients with postoperative atelectasis.

Conclusions: Pulmonary bullectomy by Video-assisted thoracoscopic surgery is fiseable and effective.

Keywords: spontaneous pneumothorax, Blebs, Bullae, Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Kén khí phổi được định nghĩa là sự giãn nở bất thường và vĩnh viễn của các khoảng không khí cuối cùng của tiểu phế quản tận cùng kèm theo sự phá hủy thành và không có tạo xơ làm các khoảng giãn nở mất đi sự đồng nhất, là một trong những dạng đặc biệt của khí phế thũng, có đặc điểm khu trú và nó là những khoảng chứa khí có kích thước trên 1cm đường kính.^(3,6,7)

Bệnh kén khí phổi có ảnh hưởng nhiều đến sức khoẻ và đời sống của người bệnh do bệnh lý là một

* Khoa Ngoại Lồng Ngực bệnh viện Chợ Rẫy

** Bộ môn Ngoại Lồng Ngực Mạch Máu ĐHYD TPHCM

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Nguyễn Văn Khôi

Ngày nhận bài: 10/04/2014 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/05/2014

Phản Biện Khoa học: GS.TS. Đặng Hanh Đệ
PGS.TS. Lê Ngọc Thành

tình trạng hủy hoại nhu mô phổi. Khi kén khí phổi còn nhỏ thì không biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng, tuy nhiên nó lại rất dễ xảy ra các biến chứng như tràn khí màng phổi, nhiễm trùng kén khí, gây ảnh hưởng chức năng hô hấp khi kén khí phát triển lớn đè ép phần phổi lành. ^(8,11).

Phẫu thuật cắt kén khí là phương thức điều trị triệt để với nguyên tắc chung là cải thiện chức năng hô hấp cho người bệnh đã mang lại nhiều kết quả tốt.

Trong đó phẫu thuật nội soi có video hỗ trợ để cắt kén khí, là phương pháp điều trị xâm nhập tối thiểu đã ngày càng phát triển và có vai trò quan trọng trong phẫu thuật điều trị bệnh kén khí phổi. ^(5,13)

Mục tiêu nghiên cứu :

Đánh giá vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý kén khí phổi.

I. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Đoàn hệ tiền cứu

2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 3/2012 đến 03/2013 tại bệnh viện Chợ Rẫy

3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả 33 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt kén khí phổi.

4. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bao gồm những trường hợp kén khí nhiễm trùng, kén khí chảy máu trong kén, các kén khí có chỉ định mổ hoặc kén khí đã vỡ gây tình trạng tràn khí hoặc tràn khí và tràn máu màng phổi tự phát.

5. Tiêu chuẩn loại trừ

Những trường hợp kén khí không có chỉ định phẫu thuật, những trường hợp tràn khí màng phổi do chấn thương, do lao hoặc do COPD.

6. Phương pháp nghiên cứu

Trước khi phẫu thuật bệnh nhân được chụp X quang phổi và CT scan ngực để chẩn đoán bệnh kén khí phổi, cùng với đánh giá tiền sử, các triệu chứng

lâm sàng, đo chức năng hô hấp, khí máu động mạch và các xét nghiệm tiền phẫu thường qui khác.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được đánh giá các triệu chứng lâm sàng, chức năng hô hấp, khí máu động mạch, chụp Xquang phổi kiểm tra, theo dõi dẫn lưu màng phổi và xác định các biến chứng như dò khí dai dẳng, xẹp phổi, nhiễm trùng, mổ cắt kén khí lại.

Phương pháp phẫu thuật

Bệnh nhân được gây mê bằng ống nội khí quản hai nòng, kê tư thế nghiêng về phía đối diện phổi tổn thương.

Đặt trocar 10mm ở liên sườn VI đường nách giữa hoặc qua lỗ ống dẫn lưu trong những trường hợp bệnh nhân đã được dẫn lưu màng phổi, đưa camera nội soi lồng ngực xác định tổn thương mức độ dính vào thành ngực, vị trí dính của phổi để xác định chỗ đặt 2 trocar 5mm và 10mm để đưa dụng cụ thao tác thuận tiện nhất.

Khi phát hiện kén khí tiến hành cắt và khâu cột kén khí bằng chỉ vicryl hay sử dụng stapler cắt kén khí hoặc phối hợp stapler và khâu chỉ vicryl.

Sau mổ đặt ống dẫn lưu màng phổi để theo dõi hậu phẫu.

7. Đánh giá kết quả

Tốt khi cắt bỏ được kén khí qua nội soi và không có biến chứng sau mổ.

Trung bình khi cắt bỏ được kén khí qua nội soi nhưng có biến chứng sau mổ hoặc thời gian giữ dẫn lưu màng phổi kéo dài hơn 5 ngày.

Xấu khi phải mổ lại.

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 3/2012 đến tháng 3/2013, trong một năm nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy có 33 trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt kén khí phổi

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

GIỚI	Số lượng	Tỉ lệ
Nam	29	87.8%
Nữ	4	12.2%
Tuổi trung bình	39.2 (16-72)	

Bảng 2: Tiền sử bệnh

TIỀN SỬ BỆNH	Số lượng	Tỉ lệ
Lao	2	6.06%
COPD	7	21.2%
Tràn khí màng phổi	13	39.3%
Hút thuốc lá	17	51.5%

Bệnh nhân được đánh giá các triệu chứng lâm sàng như: đau ngực, khó thở, ho khan, ho khạc đàm, tràn khí màng phổi đang dẫn lưu.

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng

Triệu Chứng Lâm Sàng	Số lượng	Tỉ lệ
Đau ngực	19	57.5%
Khó thở	22	66.7%
Ho khan	12	36.3%
Khạc đàm	1	3.03%
Tràn khí MP	25	75.7%

Tất cả bệnh nhân đều được chụp X quang phổi và CT scan ngực, các tổn thương được mô tả qua các bảng sau:

Bảng 4: Xquang phổi

XQuang Phổi	Số lượng	Tỉ lệ
Tràn khí MP	22	66.7%
Phát hiện kén khí	5	15.1%
Không phát hiện kén khí	28	84.8%

Bảng 5: CT scan ngực

CT Scan ngực	Số lượng	Tỉ lệ
Phát hiện kén	32	96,9%
Không phát hiện kén khí	1	3,1%
Kén khí phổi P	17	51,5%
Kén khí phổi T	10	30,3%
Kén khí cả 2 phổi	6	18,2%

Có 96,9% bệnh nhân được phát hiện kén khí qua hình ảnh CT scan ngực, chỉ có 21,2% bệnh nhân phát hiện kén khí khi chụp X quang phổi, cho thấy giá trị của CTscan ngực trong chẩn đoán bệnh.

Trong khi tiến hành phẫu thuật, chúng tôi quan sát và mô tả các dạng tổn thương kén khí phổi của bệnh nhân

Bảng 6: các loại tổn thương của kén khí

Loại tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ
Một kén khí	17	51,5%
Nhiều kén khí	16	48,5%
Kén khí thùy trên	30	90,9%
Kén khí thùy giữa	2	6,06%
Kén khí thùy dưới	3	9,09%
Kén khí ở nhiều thùy	4	12,1%
Kén khí có đáy rộng lan tỏa	7	21,2%
Kén khí dính ít bóc tách dễ dàng	12	36,6%
Kén khí dính nhiều bóc tách khó	5	15,1%
Kén khí vỡ có giả mạc nhiễm trùng	2	6,06%

Chúng tôi tiến hành cắt kén khí bằng tay và khâu lại bằng chỉ vicryl, hoặc tiến hành cắt bằng stapler, hoặc phối hợp cả hai phương pháp.

Bảng 7: Các phương pháp xử trí kén khí

PT nội soi	Số lượng	Tỉ lệ
Cắt & khâu kén khí	6	18,1%
Stapler	19	57,5%
Stapler + khâu bóng khí nhỏ	8	24,4%

Sau phẫu thuật chúng tôi tiến hành theo dõi đánh giá bệnh nhân qua các triệu chứng lâm sàng, theo dõi ống dẫn lưu màng phổi.

Bảng 8: Theo dõi hậu phẫu

Hậu phẫu	Số lượng	Tỉ lệ
Rút dẫn lưu MP < 5 ngày	28	84,8%
Rút dẫn lưu MP > 5 ngày	5	15,2%
Dò khí dai dẳng	5	15,2%
Xẹp phổi	1	3,03%
Ho khạc đàm	2	6,06%
Sốt	1	3,03%
Tràn khí dưới da	2	6,06%
Đau ngực nhẹ	7	21,2%
Không đau ngực	26	78,8%
Khó thở nhẹ	5	15,1%
Khó thở nặng	0	0%
Không khó thở	28	84,8%
Mô cắt kén khí lại	1	3,03%

Bảng 9: Đánh giá kết quả

Đánh giá kết quả	Số lượng	Tỉ lệ
Tốt	25	75,7%
Trung bình	7	21,2%
Xấu	1	3,1%

BÀN LUẬN

Bệnh kén khí phổi có ảnh hưởng nhiều đến sức khoẻ và đời sống của người bệnh do có tình trạng hủy hoại nhu mô phổi, kết hợp với sự gia tăng hoạt động của trung tâm hô hấp làm tăng tải cơ hô hấp, gây bất cân xứng giữa thông khí và tưới máu của phổi, từ đó làm giảm chức năng hô hấp của bệnh nhân.

Cơ chế hình thành kén khí vẫn còn có nhiều giả thiết, phần lớn các tác giả chia thành hai loại: bẩm sinh (tiên phát) và mắc phải (thứ phát), trên lâm sàng

việc xếp loại kén khí chỉ có thể dựa vào một số đặc điểm như độ tuổi phát bệnh, tiền sử bệnh, hay chính xác hơn cả là khi có kết quả mô học của kén khí.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm 87,8% và nữ giới 12,2%, cho thấy phần lớn kén khí phổi xuất hiện ở nam giới.

Tỷ lệ này cũng tương đương với các tác giả khác như :

- O'Brien-CJ trong nghiên cứu của mình có nam giới chiếm 75% và nữ giới là 25%⁽⁴⁾
- Tác giả Samir S.Shah có nam giới chiếm 77,6% và nữ giới chiếm 22,4% trong nghiên cứu của mình⁽¹⁴⁾

Độ tuổi trung bình là 39,2 trong đó nhỏ nhất là 16 tuổi và lớn nhất là 72 tuổi, cho thấy bệnh thường xuất hiện ở những bệnh nhân nam giới còn trẻ tuổi, một số tác giả còn cho thấy bệnh thường xuất hiện ở những thanh niên trẻ cao, gầy.

Phần lớn tiền sử bệnh có hút thuốc lá (trong nghiên cứu có 51,5%), theo hiệp hội lồng ngực Mỹ có 15% bệnh nhân hút thuốc lá có tình trạng khí phế thũng.⁽⁹⁾

Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân không rõ ràng cho chẩn đoán, khi kén khí chưa có biến chứng các triệu chứng biểu hiện tiềm ẩn hoặc giống như bệnh viêm đường hô hấp khác như ho khan (36,3%), ho khạc đàm (3,03%), đau ngực (chiếm 57,5%), khó thở (66,7%).

Phần lớn các trường hợp xác định kén khí khi giải quyết các biến chứng của nó, khi đó lại biểu hiện ở nhiều dạng khác nhau như kén khí vỡ gây tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi, kén khí nhiễm trùng hay kén khí chảy máu trong kén gây ho khạc ra máu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 25 trường hợp (75,7%) xác định kén khí khi kén khí vỡ gây tràn khí màng phổi, các trường hợp này được xử trí dẫn lưu màng phổi khi vào viện, sau đó còn tình trạng dò khí liên tục theo dẫn lưu, được tiến

hành X quang phổi và CT scan ngực tìm nguyên nhân, trong đó X quang phổi thường không phát hiện kén khí chỉ có rất ít trường hợp phát hiện khi kén khí to (có 5 trường hợp chiếm 15,1%). Tuy nhiên, quan sát hình ảnh mở cửa sổ phổi trong CT scan ngực đã phát hiện hình ảnh kén khí dễ dàng hơn (96,9% phát hiện kén khí), cho thấy CT scan ngực là một phương pháp chẩn đoán kén khí phổi với độ nhạy cao, có thể phát hiện những kén khí nhỏ từ 10mm trở lên, thấy sự phân bố mạch máu trong phần phổi lân cận, thấy mức độ chèn ép của kén khí từ đó cho phép tiên lượng chính xác cuộc mổ, nhất là trong phẫu thuật nội soi lồng ngực. ^(1,10)

Phẫu thuật cắt bỏ kén khí để cải thiện chức năng hô hấp cho bệnh nhân hoặc để giải quyết các biến chứng của kén khí đã được tiến hành trong nhiều năm, trong những năm gần đây phẫu thuật nội soi để cắt kén khí đã được ứng dụng nhiều hơn, trong 1 năm qua chúng tôi đã PTNS cho 33 trường hợp kén khí phổi. Qua đó, chúng tôi đã xác định vị trí thường gặp, hình dạng kén, hoặc tình trạng dày dính thành ngực khi kén khí vỡ.

Trong nghiên cứu có 30 trường hợp (90,9%) kén khí ở thùy trên vùng đỉnh phổi, do vùng đỉnh phổi áp lực âm hơn vùng đáy, phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả khác như Bostanci có 82% kén khí vùng thùy trên phổi. ⁽²⁾

Khi cắt kén khí chúng tôi thường đánh giá độ rộng của đáy kén khí để xem mức độ tổn thương của kén khí và nhu mô phổi dưới vùng kén khí, kẹp cắt kén khí đến giới hạn của phần nhu mô phổi lành và nhu mô phổi bị hủy hoại sẽ tránh cho tình trạng dò khí sau khi phẫu thuật.

Chúng tôi đã PTNS cắt kén khí cho 8 trường hợp (24,3%) kén khí phổi chưa vỡ và 25 trường hợp (75,7%) kén khí vỡ gây tràn khí màng phổi.

Những trường hợp tràn khí màng phổi do kén khí vỡ thường dính thành ngực, nhất là những trường hợp thời gian sau khi đặt dẫn lưu màng phổi kéo dài, trong

nghiên cứu có 36,6% kén khí vỡ gây dính ít thành ngực khi phẫu thuật chúng tôi đã bóc tách khá dễ dàng. Có 15,1% dính thành ngực nhiều bóc tách khó khăn dễ tổn thương màng phổi, đây cũng là một nguyên nhân gây nên tình trạng dò khí dai dẳng sau mổ làm thời gian rút ống dẫn lưu kéo dài.

Kẹp cắt kén khí và khâu bằng vicryl có 6 trường hợp (18,1%), sử dụng stapler 19 trường hợp (57,5%), kết hợp stapler và khâu vicryl (8 trường hợp) cho những trường hợp stapler kẹp chưa hết đáy kén khí hoặc khâu vicryl cho những bóng khí nhỏ (bleb) khác. Sử dụng stapler cắt kén khí làm rút ngắn thời gian phẫu thuật và phổi được khâu kín hơn, ít gây tình trạng dò khí sau mổ hơn.

Nghiên cứu của tác giả Sakamoto cho thấy không có trường hợp nào gây dò khí sau khi cắt bằng stapler, còn cắt và khâu kén khí bằng tay cho tỉ lệ 6,3% dò khí sau mổ. ⁽¹²⁾

Tuy nhiên hiện nay giá thành cho stapler còn cao, nên việc sử dụng stapler cũng còn có giới hạn.

Sau phẫu thuật, dựa theo những kết quả đã đạt được cho bệnh nhân và những biến chứng trong thời gian hậu phẫu (bảng 9) chúng tôi có 75,75% trường hợp đạt kết quả tốt, có 21,2% trường hợp có biến chứng sau mổ hoặc thời gian giữ dẫn lưu màng phổi kéo dài hơn 5 ngày, chỉ có 01 trường hợp phải mổ cắt lại kén khí do còn 1 kén khí nhỏ ở mặt sau vùng thùy trên phổi đã không được phát hiện.

KẾT LUẬN

Bệnh lý kén khí phổi gây ảnh hưởng trực tiếp đến đời sống sức khỏe của người bệnh, đặc biệt bệnh cảnh lại thường xuất hiện ở nam giới trẻ tuổi, thuộc lứa tuổi lao động. Phẫu thuật cắt kén khí phổi đã giải quyết được những ảnh hưởng cũng như những biến chứng của kén khí gây ra cho người bệnh.

Trong đó phẫu thuật nội soi cắt kén khí phổi với những kết quả khả quan đạt được cho thấy đây là phương pháp phẫu thuật an toàn và có hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan D.L. Sihoe, MB, Bchir. *Can CT Scanning to be used to select patients with unilateral primary spontaneous pneumothorax for bilateral surgery*, Chest 2000; 118: 380 – 383.
2. Bostanci K. et al. Bullous lung disease and cigarette smoking: a postmortem study. 2005. *Marmara Medical J.* 18 (3): 123-8
3. Bullous emphysema , bollous emphysema and pneumothorax text, <http://www.ctsnet.org/doc/6540>.
4. David C. Sabiston, Jr. MD; Frank C. Spencer MD (1996). *Emphysema and associated conditions*, Congenital lesions of the lung and emphysema. *Surgery of the chest.*, p.871 – 879.
5. De Giacomo T et al. (2002). Bullectomy is comparable to lung volume reduction in patients with end-stage emphysema. *Eur.J.Cardi thorac Surg.*; 357-62.
6. John Crofton and Andrew Douglas. (1996). *Large emphysematous bullae*, Chronic bronchitis and emphysema, respiratory disease. p 329 – 331.
7. John E Conolly (1996). *Surgical treatment of bullous emphysema*, Glenn's thracic and cardiovascular surgery. p 247 – 257.
8. Lê Thị Tuyết Lan (1998). – *Sinh lý bệnh học của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính*. Báo cáo khoa học kỹ thuật tập 5. Trung tâm lao và bệnh phổi Phạm Ngọc Thạch thực hiện 1998. Trang 21 - 30.
9. Nguyễn Công Minh (2008). Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bệnh kén khí phổi tại bệnh viện Chợ Rẫy trong 10 năm 1999-2008
10. Phí Ích Nghị (người dịch), tác giả F. A. Burgener – M. Korman (1998). *Phổi, Ngực, X quang cắt lớp điện toán chẩn đoán phân biệt* thực hiện. Trang 184 – 214.
11. Đỗ Kim Quế (2010). Điều trị kén khí phổi bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. *Y học TP Hồ Chí Minh*. Vol 14.: 80-84.
12. Sakamoto K et al.(2004). Staple line coverage with absorbable mesh after thoracoscopic bullectomy for spontaneous pneumothorax. *Surg Endosc* 2004; 18(3) 478-481.
13. Stephen R. Hazelrigg (1994). *Thoracoscopic management of spontaneous pneumothorax and bullous disease*. Atlas of video-assisted thoracic surgery, WB Saunders .p 195 – 200.) (Tiziano De Giacomo and Giorgio Furio Coloni. *Video-assisted thoracoscopic treatment of giant bullae associated with emphysema*, *Eur J Cardiothorac Surg.* 1999; 15: 753 – 757.)
14. Wex-P; Ebner-H; Dragojevic-D (1983). *Funcional surgery of bullous emphysema*, *Thora-Cardiovasc-Surg.* 31(6): 346 – 351.

