

## NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HẸP ĐƯỜNG RA THẤT PHẢI

Nguyễn Văn Phan\*

### Tóm tắt:

**Mở đầu & Mục tiêu:** Đánh giá kết quả ngắn hạn và trung hạn của phẫu thuật mở rộng đường ra thất phải tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh; Xác định tỷ lệ hẹp tồn lưu, tái hẹp; Xác định tỷ lệ bảo tồn van và vòng van ĐMP.

**Phương pháp:** Hồi cứu hàng loạt các trường hợp lâm sàng từ 1992 đến 2009 trên các số liệu thu thập được từ 181 bệnh nhân được phẫu thuật hẹp đường ra thất phải và khám lại.

**Kết quả:** Theo dõi ngắn hạn và trung hạn: Tỷ lệ tử vong bệnh viện thấp 3,3%; chảy máu 2,2%; nhiễm trùng 2,2%; không có trường hợp nào tái hẹp phải mổ lại; chênh áp TP – ĐMP sau mổ giảm, trung bình 33,29 mmHg. Tỷ lệ bảo tồn van và vòng van ĐMP: 1,6% cắt van, còn lại xẻ mép van; đối với hẹp vòng van và hẹp phễu thất phải: 19,89% trường hợp xẻ vòng van.

**Kết luận:** Phẫu thuật mở rộng đường ra thất phải cho kết quả tốt, ít biến chứng, chênh áp TP - ĐMP sau mổ thấp tương ứng với đánh giá của nhiều tác giả khác. Tuy nhiên, còn cần nghiên cứu theo dõi lâu dài hơn để đánh giá đầy đủ về bệnh lý này.

**Từ khóa:** Hẹp van động mạch phổi, Hẹp đường ra thất phải.

haemorrhage 2,2%, infection 2,2%, no re-stenosis, mean pulmonary artery-right ventricle gradient was 33,29 mmHg. 19,89% pulmonary valve and pulmonary annulus preservation.

**Conclusion:** Good results, low complications, low pulmonary artery-right ventricle gradient. However, we need longterm follow-up for this pathology.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp đường ra thất phải (HĐRTP) là một bệnh tim bẩm sinh khá phổ biến, do hẹp ở một trong các vị trí: vùng phễu thất phải, vòng van động mạch phổi, lá van, hoặc thân và nhánh động mạch phổi. Bệnh có tần suất từ 8%-12% trong số bệnh tim bẩm sinh, xếp thứ hai trong các dị tật tim bẩm sinh có vách liên thất bình thường.

Tổn thương tại van động mạch phổi (VĐMP) chiếm 85-90%, gồm hai loại là dính mép van và loạn sản mô van.

Bệnh có thể được phát hiện ở lứa tuổi trẻ sơ sinh cho đến ở người lớn. Ở Việt Nam, nhiều trường hợp HĐRTP được chẩn đoán ở giai đoạn muộn khi bệnh đã diễn tiến nặng với dấu hiệu tím, suy tim toàn bộ. Trường hợp không được điều trị bệnh nhân sẽ tử vong do hạ Oxy máu, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh sau khi ống động mạch bít lại.

### SURGICAL TREATMENT FOR RIGHT VENTRICLE OUT TRACT STENOSIS

- This study was carried out to evaluate the immediate results and mid-term results of surgical treatment for right ventricle out tract stenosis at Heart Institute - Ho chi Minh city. The incidence of persistence stenosis, re-stenosis and incidence of pulmonary valve and pulmonary annulus preservation.

- Methods: retrospective study was performed. 181 patients were operated from 1992 to 2009

- Results: Immediate results and mid-term results showed low hospital mortality (3,3%),

### MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá kết quả ngắn hạn và trung hạn của phẫu thuật mở rộng đường ra thất phải.

2. Xác định tỷ lệ bảo tồn van và vòng van ĐMP.

3. Xác định tỷ lệ hẹp tồn lưu, tái hẹp.

\* Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

Người chịu trách nhiệm khoa học: TS Nguyễn Văn Phan

Ngày nhận bài: 15/01/2014 - Ngày Cho Phép Đăng: 17/02/2014

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

PGS.TS. Lê Ngọc Thành

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu hàng loạt các trường hợp lâm sàng.

### Đối tượng nghiên cứu

**Dân số nghiên cứu:** Tất cả các trường hợp bệnh nhân có hẹp đường ra thất phải được phẫu thuật tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh từ năm 1992 đến cuối tháng 3 năm 2009.

**Dân số chọn mẫu:** Những bệnh nhân hẹp đường ra thất phải có độ chênh áp tâm thu tối đa giữa thất phải và ĐMP  $\geq 50$  mmHg.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân đã được phẫu thuật thì đầu bằng các phương pháp khác (Blalock Taussig shunt), hoặc nong van ĐMP bằng bóng qua thông tim can thiệp.

- Các bệnh lý HĐRTP có kèm theo Thông liên thất (Tứ chứng Fallot, TLT có Hẹp van ĐMP,..).

### Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

**Thời gian:** Bắt đầu nghiên cứu từ tháng 04/2009 đã kết thúc vào tháng 01/2010. Cỡ mẫu thu thập được 181 trường hợp.

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

### Phương pháp tiến hành

- **Máy siêu âm tim dùng trong nghiên cứu:** Loại máy Philips HD7.

- **Siêu âm tim đo chênh áp tâm thu tối đa giữa thất phải và ĐMP:** Sử dụng siêu âm Doppler, mặt cắt cạnh ức trực ngang qua gốc động mạch chủ.

- **Kích thước vòng van và các nhánh ĐMP đo trên siêu âm:** Sử dụng siêu âm 2D, mặt cắt cạnh ức trực ngang qua gốc động mạch chủ ở thời kỳ tâm trương.

- **Phương pháp mổ:** mổ ngực theo đường giữa, mở màng ngoài tim tiếp cận thương tổn.

- **Trước khi ngưng tim:** Đo chênh áp tâm thu tối đa giữa thất phải và ĐMP trực tiếp bằng phương pháp đâm kim trực tiếp vào thất phải và ĐMP.

**Công thức: Chênh áp TP-ĐMP = áp lực thất phải – áp lực ĐMP (mmHg).**

- **Khi tim ngưng đập:** Đo kích thước vòng van và các nhánh ĐMP trực tiếp: Dùng dụng cụ Hegar, chọn kích cỡ dụng cụ Hegar theo cân nặng bệnh nhân.

### • Khi tim đập lại:

- \* Sử dụng dụng cụ Hegar đo kích thước vòng van, nhánh ĐMP và phổi thất phải sau mổ

- \* Đo chênh áp TP-ĐMP trực tiếp sau mổ.

Hiệu quả mở rộng ĐRTP theo tiêu chuẩn của Hiệp hội tim mạch Alain Carpentier (Pháp):

< 15mmHg : Rất tốt

15 - < 30 mmHg: Tốt

30 - < 50 mmHg: Trung bình

$\geq 50$  mmHg : Không tốt

### • Theo dõi ngắn hạn:

- \* Sau mổ từ 1 đến 7 ngày, theo dõi các biến chứng phẫu thuật: Chảy máu, đau sau mổ.

- \* Từ 7 ngày sau mổ – 3 tháng sau mổ: siêu âm tim kiểm tra độ chênh áp TP-ĐMP, kích thước vòng van, nhánh ĐMP và phổi thất phải, hở van ĐMP.

- **Theo dõi trung hạn:** Siêu âm tim kiểm tra sau mổ 6 tháng – 1 năm

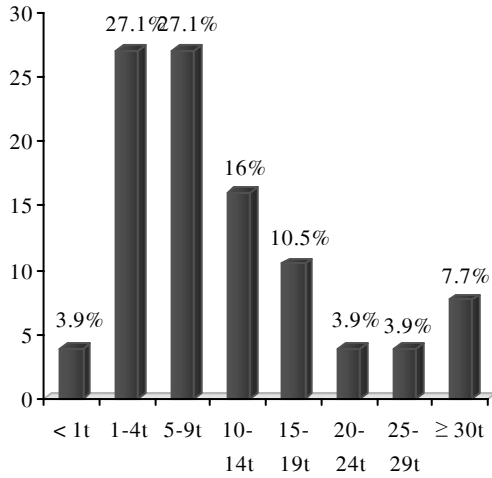
- \* **Các thông số nghiên cứu gồm:** Chênh áp tâm thu tối đa (CATTĐ) giữa thất phải và động mạch phổi = áp lực thất phải – áp lực ĐMP; kích thước vòng van, nhánh ĐMP và phổi thất phải; hở van ĐMP.

**Xử lý thống kê số liệu:** Số liệu được nhập vào máy vi tính, xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

## KẾT QUẢ

**Đặc điểm đối tượng nghiên cứu** Tuổi trung bình là  $10,92 \pm 9,94$  (tuổi), lớn nhất là 49 tuổi, thấp nhất là 4 tháng tuổi.

**Biểu đồ 1: Đặc điểm nhóm tuổi**



Nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (57,5% so với 47,2%). 64,6% bệnh nhân đến viện có triệu chứng lâm sàng, 35,4% được chẩn đoán bệnh khi đi khám sức khỏe.

**Bảng 1: Chênh áp TTTĐ TP-ĐMP theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	CATTĐ TP-ĐMP (mmHg)		Tổng
	< 80	≥ 80	
< 2	1 (6.3)	15 (93.8)	16 (100)
≥ 2	50 (30.3)	115 (69.7)	165 (100)
Tổng	51 (28.2)	130 (71.8)	181 (100)

p = 0.041 (Phép kiểm Fisher).

Sự khác biệt về CATTĐ TP-ĐMP ở nhóm < 2 tuổi và nhóm ≥ 2 tuổi có ý nghĩa thống kê (P=0,041).

**Bảng 2: T test bất cặp đánh giá độ chính xác của siêu âm:**

	Kích thước vòng van ĐMP (trung bình ± độ lệch chuẩn)
Siêu âm	15.21 ± 4.72
Đo trong mổ	15.47 ± 3.61
P = 0.208	

Cho thấy không khác biệt giữa đo đường kính vòng van ĐMP qua siêu âm trước mổ so với đo trực tiếp trong mổ (P = 0.208).

Kết quả siêu âm tim trước mổ: Chênh áp tâm thu tối đa giữa thất phải – ĐMP trung bình là 103.02 ± 35.09 (mmHg), thấp nhất 50 mmHg, cao nhất 200 mmHg.

**Bảng 3: Thương tổn ghi nhận trước mổ**

Hẹp van ĐMP đơn thuần	125 (69.1%)
Hẹp vòng van ĐMP	29 (16.0%)
Hẹp phễu TP	20 (11.0%)
Hẹp van ĐMP + Hẹp vòng van + Hẹp phễu	7 (3.9%)

**Bảng 4: Các phương pháp mổ**

Phương pháp	Tần số	Tỷ lệ %
Mảnh vá xuyên vòng van	36	19,89
Mảnh vá vùng phễu	10	5.52
Cắt cơ bè, bảo tồn vòng van	50	27.62
Cắt van	21	11.60
Xẻ mép van	64	35.37
Tổng cộng	181	100.0

**Bảng 5: Kết quả siêu âm sau mổ 10 ngày**

Chênh áp trước phẫu thuật (mmHg)	n	CATTĐ TP-ĐMP sau mổ 10 ngày			
		Rất tốt ≤ 15	Tốt 15 – 30	Trung bình 30 – 50	Không tốt > 50
< 80	51 (100)	12 (23.5)	26 (51.0)	8 (15.7)	5 (9.8)
≥ 80	130 (100)	32 (24.6)	46 (35.4)	26 (20.0)	26 (20.0)

p = 0.184

Không có sự liên quan giữa độ chênh áp TP-ĐMP trước mổ với kết quả chênh áp tồn lưu sau mổ (p = 0.184).

Nhóm bệnh nhân có chênh áp cao trước mổ đạt kết quả tốt và rất tốt sau mổ chiếm tỷ lệ cao.

**Bảng 6: Sự cải thiện chênh áp sau phẫu thuật**

Chênh áp (mmHg)	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	
		3 tháng	1 năm
< 40	0	162 (89.5)	174 (96.1)
40 - < 80	51 (28.2)	18 (9.9)	7 (3.9)
≥ 80	130 (28.2)	1(0.6)	0
Trung bình	103.02 ± 35.09	23.33 ± 13.92	14.95 ± 10.66
T test		29.90	31.36
p		< 0.001	< 0.001

Sự cải thiện chênh áp TP-ĐMP sau mổ 3 tháng và 1 năm ở các nhóm bệnh nhân hẹp đường ra thất phải khác nhau có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,001$ ).

**Bảng 7. So sánh tỷ lệ tử vong sớm**

Tác giả	Tỷ lệ tử vong
Lê Ngọc Thành	3,8%
Hanley	10%
J.W. Kirlin	4,3%
Chúng tôi	3,3%

## BÀN LUẬN

### 1. Tỷ lệ bảo tồn Van và Vòng van ĐMP:

Trong số 125/181 TH hẹp tại van ĐMP, thì có 21 TH (1,60%) cắt bỏ van, các TH còn lại là xẻ mép van.

Trong 56 TH liên quan đến hẹp Vòng van, và phễu TP, có 20 TH giữ lại vòng van, và 36 (20%) TH không bảo tồn vòng van phải dùng mảnh ghép xuyên vòng van để mở rộng đường thoát thất phải và phần lớn các trường hợp đều được tạo hình van ĐMP.

Kirklín đã thực hiện các phương pháp mổ như sau: 33% bảo tồn vòng van (14 % hẹp van và 19% hẹp phễu thất phải); 67% không bảo tồn vòng van (hẹp van và phễu thất phải) và không thực hiện việc tạo hình van ĐMP.

Rowlatt kết luận: không dùng mảnh vá màng ngoài tim để mở rộng ĐRTP đối với trẻ sơ sinh vì đa số trường hợp ở trẻ sơ sinh cần phải được phẫu thuật lần thứ hai. Thời điểm mổ lần hai thường phải chọn lúc trẻ < 3 tuổi.

So với kết quả siêu âm trước mổ, những ghi nhận trong mổ cho thấy có sự khác nhau và cần đánh giá kỹ một lần nữa trước khi chọn phương pháp phẫu thuật.

Việc bảo tồn van ĐMP và vòng van ĐMP giúp cải thiện chức năng thất phải sau phẫu thuật.

### 2. Kết quả ngắn hạn và trung hạn:

Kết quả trước mắt được đánh giá dựa trên sự thay đổi về huyết động đo trên SA Doppler. CATTĐ giữa TP-ĐMP trước và sau mổ van cải thiện rõ (trước mổ trung bình là 103.02mmHg, sau mổ 10 ngày là 33.29mmHg). Khi so sánh chỉ số CATTĐ giữa TP-ĐMP trước mổ và sau mổ, cho thấy không có sự liên quan giữa độ chênh áp giữa thất phải và ĐMP trước mổ với kết quả chênh áp sau mổ ( $\chi^2 = 4.844$ ,  $p = 0.184$ ). Dựa trên chỉ số CATTĐ giữa TP-ĐMP, kết quả tốt và rất tốt sau mổ 10 ngày là 64.09%, không tốt là 17,13% và trung bình là 18,78%.

Sau mổ, CATTĐ TP-ĐMP tiếp tục cải thiện, có lẽ do thời gian kiểm tra sau mổ ngắn, cơ bóp của tim phải còn đang trong quá trình ổn định và phục hồi. Mặt khác, hầu hết số bệnh nhân của chúng tôi nằm trong nhóm hẹp nặng và rất nặng, tuổi mổ trung bình cao và dây thất phải thứ phát gặp ở hầu hết các bệnh nhân.

Hiếm khi có triệu chứng suy tim. Có 171 bệnh nhân của chúng tôi (64,6%) đến viện do khó thở, mệt tim gắng sức. Tỷ lệ triệu chứng này lần lượt là 25,7% và 74% ở nhóm HĐRTP nặng và rất nặng. Phép kiểm chi bình phương cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê với  $p < 0,05$  đối với triệu chứng tim, khó thở.

Có 4 trường hợp chảy máu, chiếm 2,2% được xử trí kịp thời. Trong đó, có một bệnh nhân lớn tuổi (35 tuổi), còn lại là trẻ nhỏ. Tuy nhiên, các bệnh nhân này trước mổ có hẹp ĐMP mức độ trung bình, thời gian mổ ngắn, không dùng những chế phẩm máu trong lúc mổ. Tỷ lệ chảy máu sau mổ theo tác giả Lê Ngọc Thành là 1,9%.

Nhiễm trùng xảy ra ở 4 trường hợp (chiếm 2,2%), đây là những bệnh nhân được đánh giá nặng trước mổ và có làm thâm phân phúc mạc sau mổ. Không có trường hợp nào tràn dịch màng tim, tràn dịch màng phổi, hoặc viêm xương ức sau mổ.

Tỷ lệ tử vong bệnh viện của chúng tôi là 6/181TH (chiếm 3,3%). Trong đó, 2 trường hợp tử vong do nguyên nhân nhiễm trùng huyết, 4 trường hợp còn lại do suy tim nặng không hồi phục. Trong 6 TH này, có 2 bệnh nhi dưới 1 tuổi có chênh áp TP-ĐMP >120mmHg, phải mổ cấp cứu vì lên cơn tím, huyết động không ổn định. 2 TH 5 tuổi, và 2TH người lớn đều có chênh áp TP-ĐMP nặng > 100mmHg.

Theo các tài liệu các nghiên cứu trên thế giới, tử vong xảy ra sau khi mở van ĐMP, giải phóng đường thoát TP là do tình trạng suy TP, suy tim toàn bộ, thường xảy ra ở những bệnh nhân thuộc nhóm phân độ bệnh nặng.

John W. Kirlin và cộng sự nghiên cứu phẫu thuật 137 TH bị HĐRTP, thì có 6 TH tử vong sớm (5 TH do suy tim, và 1 TH bị nhiễm trùng huyết). Đối với nghiên cứu phẫu thuật tim sơ sinh Hanley và cộng sự, tỷ lệ tử vong sớm trong vòng 30 ngày là 10%, và tỷ lệ tử vong muộn sau 4 năm theo dõi là 19%.

Ngoại trừ 6 trường hợp tử vong bệnh viện, còn lại 175 trường hợp (100%) đều cho kết quả trước mắt rất tốt. Điều trị thông thường là dùng kháng sinh dự phòng theo đường tĩnh mạch trước mổ và 24-48 giờ sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 13 ngày, không có di chứng phẫu thuật nặng như bệnh não, viêm xương ức.

Theo John W. Kirlin, nghiên cứu 247 bệnh nhân, có 3TH tử vong muộn (1TH do thiếu sản TP, 2TH do suy tim). Bệnh viện Mayo theo dõi các bệnh nhân phẫu thuật HĐRTP, sau 25 năm, tỷ lệ sống còn là 91%

Chúng tôi không có trường hợp nào tử vong muộn nhưng theo một số tác giả, tử vong muộn do hẹp phổi thất phải, hẹp vòng van ở bệnh nhân hẹp van ĐMP do loạn sản tổ chức van. Chính vì điều này cần theo dõi định kỳ sau mổ bằng SA Doppler từ 6 tháng đến 1 năm/ một lần để đánh giá sự tiến triển của bệnh, phát hiện các tổn thương hẹp phổi, hẹp vòng van để có chỉ định điều trị hợp lý.

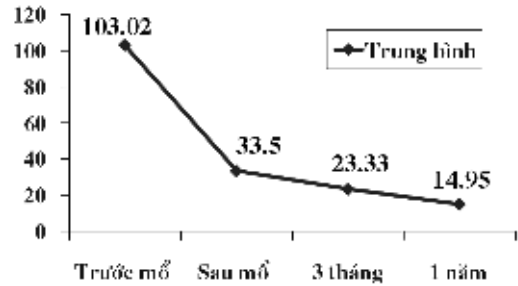
Không có suy tim, xương ức liền tốt, không có di chứng màng phổi, màng tim (dây dính màng phổi, viêm màng tim co thắt ...). Thay đổi của tiếng tim rất rõ rệt, hầu hết số bệnh nhân kiểm tra thấy cường độ

tiếng thổi tâm thu rất nhẹ và một số không có nghe được tiếng thổi tâm thu nữa.

**3. Tỷ lệ hẹp tồn lưu và tái hẹp:**

Sau mổ 31TH có chênh áp tồn lưu giữa TP – ĐMP cao > 50 mmHg (26 TH thuộc nhóm có chênh áp trước mổ rất cao, và 5 TH thuộc nhóm có chênh áp trung bình trước mổ).

*Biểu đồ: Sự cải thiện chênh áp TP-ĐMP*



Riêng hở van động mạch phổi sau mổ 100% TH có kết quả tốt, mức độ hở là 1/4, không có TH nào mổ lại do chênh áp cao tồn lưu hoặc do nguyên nhân khác.

Thống kê của Tandon và cộng sự cho thấy 10% đường thoát TP hẹp tồn lưu sau mổ, tỷ lệ hở van ĐMP sau mổ thấp, dưới 10%. Rao và cộng sự nghiên cứu phẫu thuật 80 bệnh nhân HĐRTP, trong suốt thời gian theo dõi sau mổ 10 năm, 84%TH không cần can thiệp phẫu thuật.

Mặc dù chưa có thống kê nào cho thấy tỷ lệ hẹp lại van ĐMP sau mổ do dính mép van ĐMP, nhưng về lý thuyết, người ta cho rằng tỷ lệ này vào khoảng 5% và viêm nội tâm mạc sau mổ, mảng sùi van ĐMP có thể gặp ở những bệnh nhân này. Do vậy, người ta khuyên nên sử dụng kháng sinh dự phòng giống như phòng thấp trong hẹp van tim nói chung, đặc biệt ở trẻ nhỏ.

Hanley cộng sự nghiên cứu nhóm bệnh sơ sinh được phẫu thuật mở rộng đường thoát TP ghi nhận 26% phải mổ lại vì tái hẹp.

So với các tác giả khác, tuổi mổ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, trung bình là 11 tuổi, thấp nhất là 4 tháng tuổi. Không có trường hợp nào tái hẹp phải mổ lại.

Tác giả Lê Ngọc Thành ghi nhận 1 trường hợp phải theo dõi định kỳ sau mổ vì chênh áp còn 60mmHg, các trường hợp khác không tái hẹp sau mổ.

Theo báo cáo của bệnh viện Mayo Clinic, phẫu thuật hẹp van ĐMP đơn thuần đạt được thành công gần như hoàn toàn, không mổ lại, không tái hẹp.

Tương tự với kết luận của Kopecky: nếu bệnh lý HĐRTTP không kèm thiếu sản TP, và mổ trước 21 tuổi thì kết quả phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân này rất tốt, tử suất thấp gần như không có tử vong và không có tái hẹp phải mổ lại.

Trong khi đó, các tác giả khác phẫu thuật bệnh lý này chủ yếu ở giai đoạn trẻ sơ sinh, nên kết quả về sự tái hẹp có khác nhau. Sự phát triển về cơ thể học và tái cấu trúc cơ tim sau phẫu thuật ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có nhiều thay đổi so với người trưởng thành. Chính vì vậy, khả năng tái hẹp cao hơn ở nhóm bệnh nhân này sau khi được phẫu thuật mở rộng đường thoát thất phải.

Blalock đề cập vấn đề nếu có thiếu sản thất phải đi kèm trong bệnh lý này sẽ làm tăng tỷ lệ tái hẹp sau mổ, đặc biệt xảy ra ở trẻ sơ sinh. Tồn thương này theo các tác giả như sau: Kirklín 14%, Coles 12%.

Ngoài ra, khi có dày thất phải, nếu không cắt bỏ cơ bè thất phải sẽ làm tăng tỷ lệ tái hẹp về sau. Tỷ lệ này theo Tandon là 10%.

Tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh: Tỷ lệ bệnh lý đường thoát thất phải liên quan đến vòng van ĐMP và hẹp phễu thất phải thấp hơn các tác giả khác. Phương pháp mổ lựa chọn theo khuynh hướng bảo tồn van và vòng van tối đa. Phần lớn các trường hợp có dày thất phải đi kèm đều được cắt bỏ cơ bè thất phải. Đối với những trường hợp không giữ được vòng van, phương pháp tạo hình van ĐMP được áp dụng. Qua đó, góp phần vào kết quả mổ tốt hơn so với các tác giả khác.

So sánh giữa CATTĐ TP-ĐMP trước khi ra viện và kiểm tra xa cho thấy CATTĐ cải thiện rất rõ theo thời gian ( $p < 0.05$ , bảng 3.17). Vì ngay sau khi mổ, mặc dù hiệu quả mở van tốt, nhưng tim phải chưa ổn định, tình trạng dày thất phải sẽ giảm dần, kèm theo giảm chênh áp giữa TP-ĐMP sau 1 năm theo dõi định kỳ.

### KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Chênh áp giữa TP-ĐMP sau mổ giảm rõ rệt từ 103,02mmHg trung bình trước mổ, sau mổ sớm là 33,29 mmHg. Sau mổ 3 tháng, một số TH còn chênh áp cao, cần thời gian để thất phải phục hồi, cải thiện chênh áp sau mổ. Sau mổ 1 năm, chênh áp trung bình thấp (14,95 mmHg). Không có TH nào tồn lưu chênh áp lớn hơn 80 mmHg.

Trong nghiên cứu này, đa số trường hợp được bảo tồn vòng van thông qua nhiều phương pháp mổ khác

nau, khoảng 20% TH không được bảo tồn vòng van do thương tổn nặng.

Không có TH nào tồn lưu chênh áp lớn hơn 80 mmHg. Không có trường hợp nào tái hẹp phải mổ lại. Sau mổ 10 ngày, có 31/181TH có chênh áp tồn lưu > 50 mmHg, nhưng sau 3 tháng, chỉ còn 1TH và sau một năm thì các TH này cải thiện chênh áp hoàn toàn.

Siêu âm tim cần lưu ý các TH hẹp van ĐMP đơn thuần, hoặc kèm theo hẹp vòng van ĐMP tránh sai lệch so với thực tế trong mổ. Phẫu thuật mở rộng đường ra thất phải cần được nghiên cứu theo dõi lâu dài hơn để đánh giá đầy đủ về bệnh lý này.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đào Hữu Trung. “Hẹp van động mạch phổi. Siêu âm tim và bệnh lý tim mạch tập I”. Tái bản lần II. TP. Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học; 2001.
- Lê Ngọc Thành. “Luận án Tiến sỹ Y học”: Trường Đại học Y Hà Nội, 2001.
- Nguyễn Khánh Dur. “Bệnh Hẹp Động mạch Phổi đơn thuần”: 72-75. Phẫu thuật cc bệnh tim. Nhà xuất bản Y học; 1983.
- Phạm Nguyễn Vinh. “Bệnh tim bẩm sinh ở người lớn. Siêu âm tim và bệnh lý tim mạch tập I”. Tái bản lần II. Tp.Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học; 2001.
- Phan Kim Phương. “Điều trị phẫu thuật các bệnh tim bẩm sinh thường gặp”: 265-282. Điều trị học ngoại khoa lồng ngực – Tim mạch. Đại học Y Dược TP HCM; 2008.
- Blalock A, Fieffer RF Jr. “Valvulotomy for the relief of congenital valvular pulmonary stenosis with intact ventricular septum”. Report of nineteen operations by the Brock method. Ann Surg 1950;132:496.
- Hanley FL, Sade RM, FreedomRM, Blackstones EH, Kirklín JW. “Outcomes in critically ill neonates with pulmonary stenosis and intact ventricular septum: a multiinstitutional study”. Congenital Heart Surgeons Society. J Am Coll Cardiol 1993;22:183.
- Kirklín JW, Barratt - Boyes BG. “Pulmonary stenosis and intact ventricular septum”. Cardiac Surgery. 3<sup>rd</sup> edition. Pennsylvania: Churchill Livingstone; 2003: 1075 - 1095.