

Phẫu thuật điều trị bệnh hẹp van động mạch chủ hai cánh

Vũ Ngọc Tú^{1,2*}

TÓM TẮT

Tổng quan: Bệnh hẹp van động mạch chủ hai cánh xuất phát từ bất thường bẩm sinh dạng hai cánh của van động mạch chủ. Bệnh tiến triển trong thời gian dài dẫn đến tổn thương đồng thời của van và động mạch chủ. Phẫu thuật là biện pháp hiệu quả điều trị đồng thời cả hai tổn thương này. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả một số đặc điểm quan trọng về chẩn đoán và điều trị bệnh hẹp van động mạch chủ hai cánh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh hẹp van động mạch chủ hai cánh, được thực hiện phẫu thuật thay van động mạch chủ và các tổn thương khác đi kèm tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 3/2020 đến tháng 3/2023. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu.

Kết quả: Nghiên cứu được thực hiện với 25 bệnh nhân. Tất cả các bệnh nhân có tổn thương hẹp khít van động mạch chủ do vôi hóa và giãn, phòng động mạch chủ lên với chênh áp trung bình là 56,7mmHg và 36,0% phòng động mạch chủ lên đường kính từ 45mm trở lên. Dạng bất thường hai cánh của van động mạch chủ yếu là dạng cánh chung vành phải – vành trái. 8,0% bệnh nhân được phẫu thuật khi đã có suy tim nặng (EF < 30%) do bệnh tiến triển trong thời gian dài. 36,0% được thay van động mạch chủ đơn thuần, 36,0% được thay đồng thời van động mạch chủ và động mạch chủ lên, 24,0% được bọc

động mạch chủ lên bằng mạch nhân tạo. Biến chứng: 1 bệnh nhân tử vong do lóc động mạch chủ Stanford A trong mổ dẫn tới suy đa tạng sau mổ; 1 trường hợp mổ lại vì chảy máu và 1 mổ lại tạo hình xương ức do toác xương ức. 96,0% bệnh nhân ra viện với kết quả tốt.

Kết luận: Phẫu thuật là phương pháp cho phép điều trị đồng thời cả tổn thương van tim cũng như động mạch chủ trong bệnh hẹp van động mạch chủ hai lá vôi hóa. Bên cạnh kỹ thuật thay thế bằng mạch nhân tạo, phòng động mạch chủ lên có kích thước không quá lớn có thể được bọc bằng mạch nhân tạo với mục đích giảm thiểu nguy cơ của phẫu thuật và đảm bảo kết quả lâu dài cho người bệnh.

Từ khóa: bệnh van động mạch chủ hai cánh; hẹp van động mạch chủ; van động mạch chủ vôi hóa; phòng động mạch chủ lên, thay van động mạch chủ, thay động mạch chủ lên.

SURGICAL TREATMENT OF BICUSPID AORTIC VALVE WITH AORTIC STENOSIS

ABSTRACT

Background: Patients with bicuspid aortic valve may develop isolated aortic valve disease, including isolated aortic stenosis. This disease progresses over a long period of time leading to simultaneous damage of the valves and aorta.

¹ Trung tâm tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

² Trường Đại học Y Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Vũ Ngọc Tú, Trường Đại học Y Hà Nội

Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày gửi bài: 17/03/2023 - Ngày chấp nhận đăng: 17/04/2023

Surgery is an effective treatment of both lesions simultaneously. This study objective is to describe the characteristic features of the diagnosis and surgery results of this disease.

Methods: All of patients diagnosed aortic stenosis due to bicuspid aortic valve were performed aortic valve replacement and associated aortic lesions. This retrospective descriptive study used data from the Hanoi Medical University Hospital from 3/2020 to 3/2023.

Results: This study include 25 patients who met review criteria. Aortic stenosis was in all of patients associated with ascending aortic aneurysm. Mean aortic gradient was 56,7mmHg and 36,0% of patients had ascending aortic diameter above 45mm. The most common morphology of bicuspid aortic valve was right – left coronary leaflet. 8,0% of patients had poor left ventricle function (EF < 30%). 36,0% of patients were performed single aortic valve replacement, 60,0% were corrected

simultaneously lesions of aortic valve and ascending aorta in which 24,0% using wrapping with dacron graft. Complications: One death due to intraoperative Stanford A aortic dissection; one bleeding due to lateral wound close distal aortic anastomosis required an operation and one of sternal instability require a sternal plasty. 96,0% of patients have discharged uneventfully.

Conclusions: Surgery is an effective treatment of both lesions simultaneously of aortic valve and descending aorta in aortic stenosis due to bicuspid aortic valve malformation. Wrapping of the ascending aorta may be useful in patients who need to undergo aortic valve surgery without increasing the risk of surgery.

Keywords: *bicuspid aortic valve malformation; aortic stenosis; calcified aortic valve; ascending aortic aneurysm; aortic valve replacement; ascending aorta replacement.*

Từ viết tắt: ĐMC = động mạch chủ; VĐMCHC: van động mạch chủ hai cánh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Van động mạch chủ hai cánh (VĐMCHC) là một bất thường bẩm sinh chiếm 0,5 đến 2,0% ở người trưởng thành và có thể tiến triển đến bệnh van ĐMC, bao gồm hở van ĐMC, hẹp van ĐMC hoặc phối hợp cả hai. Phồng ĐMC lên chiếm 20 – 40% bệnh nhân VĐMCHC.[1] Vì vậy, bệnh nhân VĐMCHC đòi hỏi được đánh giá đầy đủ cả về van ĐMC và ĐMC lên trước mổ cũng như suốt quá trình theo dõi lâu dài.[2] Tại Việt Nam, bệnh hẹp van ĐMC từ bất thường VĐMCHC đã được thực hiện phẫu thuật thường quy tại các trung tâm tim mạch

cũng như bước đầu thực hiện bằng can thiệp qua da.[3, 4] Tuy nhiên, chưa có nhiều báo cáo tập trung riêng vào bệnh VĐMCHC. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Phẫu thuật điều trị bệnh hẹp van động mạch chủ hai cánh” nhằm mô tả một số đặc điểm bệnh lý đặc trưng cũng như kết quả sớm của phẫu thuật điều trị bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị bệnh hẹp VĐMCHC tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, giai đoạn từ tháng 03 năm 2020 đến tháng 03 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp hoặc hẹp phối hợp với hở van ĐMC vô hiệu trên siêu âm tim và/ hoặc chụp cắt lớp vi tính ĐMC.

- Bệnh nhân được phẫu thuật xử lý tổn thương van ĐMC và các tổn thương của tim khác đi kèm. Tổn thương VĐMCHC được xác định trong mô với hình thái hai cánh van theo phân loại của Sievers.[5]

- Có hồ sơ bệnh án đáp ứng được yêu cầu của nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Các biến số nghiên cứu: Ngoài mô tả một số đặc điểm chung của bệnh nhân (tuổi, giới, triệu chứng suy tim ...), nghiên cứu chủ yếu tập trung vào mô tả một số đặc điểm bệnh lý đặc trưng của bệnh như ngất, các triệu chứng chẩn đoán hình ảnh của tổn thương van ĐMC (hẹp, vô hiệu, hẹp và hở) phối hợp với phòng ĐMC lên, các phương

pháp xử lý bằng phẫu thuật đối với van ĐMC và các tổn thương khác, nhất là phòng ĐMC lên và các kết quả sớm trong và sau mổ.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và được ghi chép vào một mẫu bệnh án thống nhất.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0

Biến liên tục được trình bày dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn. Biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm hoặc giá trị tần số tuyệt đối.

4. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân và người nhà đại diện được thông báo và đồng ý bằng văn bản tham gia vào nghiên cứu khoa học theo mẫu Cam đoan trước phẫu thuật của Bệnh viện. Thông tin về bệnh tật của bệnh nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, có tất cả 25 trường hợp đủ điều kiện lựa chọn vào nghiên cứu với tỉ lệ nam/ nữ = 1,3, tuổi trung bình là $62,2 \pm 7,4$ (51 – 83 tuổi).

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ.

Bảng 3.1: Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật (N = 25)

Triệu chứng		n	Tỷ lệ (%)
Ngất		3	12,0
Suy tim	NYHA II	22	88,0
	NYHA III	1	4,0
	NYHA IV	2	8,0
Suy thận		2	8,0
Rối loạn nhịp		2	8,0
Tai biến mạch não, liệt nửa người		1	4,0
Kỹ thuật can thiệp		n	Tỷ lệ (%)
Nong van ĐMC		1	4,0

Nhận xét: Khi nhập viện, có 3 (12,0%) bệnh nhân có triệu chứng đột quy, còn lại là triệu chứng đau ngực, khó thở do suy tim, thiếu máu cơ tim.

Bảng 3.2: Triệu chứng cận lâm sàng (N = 25)

Phương pháp	Chỉ số	n	Tỷ lệ (%)	
Điện tim	Nhanh xoang	2	8,0	
	Bloc AV độ 1	1	4,0	
Siêu âm tim	Qua thực quản	6	24,0	
	Qua thành ngực	n	Tỷ lệ (%)	
	Chức năng tổng máu thất trái (EF)	Bình thường (> 51%)	19	76,0
		Giảm vừa (31–50%)	4	16,0
		Giảm nặng (21–30%)	2	8,0
	Hở van ĐMC	Nhẹ	14	56,0
		Vừa	8	32,0
		Nhiều	3	12,0
	Hở van hai lá từ vừa đến nhiều	3	12,0	
	Áp lực động mạch phổi	Bình thường	8	
		Tăng vừa	14	56,0
		Tăng nhiều	3	12,0
	Chỉ số		Trung bình	Nhỏ - lớn nhất
	Đường kính thất trái tâm trương (Dd) (mm)		51,2 ± 8,1	35 – 68
Chênh áp trung bình qua van ĐMC (mmHg)		56,8 ± 20,3	21 – 112	
Diện tích lỗ van trung bình (cm ²)		0.62 ± 0,17	0.34 – 0,95	
Chụp cắt lớp vi tính	Đường kính ĐMC lên trung bình (mm)	43,6 ± 5,3	37 – 56	

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều có tình trạng hẹp khít van ĐMC với chênh áp trung bình qua van là 56,8 mmHg và giãn, phồng ĐMC lên.

Đặc điểm tổn thương trong mô và phương pháp phẫu thuật.

Bảng 3.3: Tổn thương trong mô và điều trị phẫu thuật

Kĩ thuật		Trung bình	Nhỏ - lớn nhất	
Tuần hoàn ngoài cơ thể	<i>Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)</i>	134 ± 44	74 - 260	
	<i>Thời gian cấp động mạch chủ (phút)</i>	103 ± 32	57 - 188	
Tổn thương, kĩ thuật trong mô		n	%	
Tổn thương giải phẫu van động mạch chủ	Hình thái cánh chung	<i>Vành trái – phải</i>	16	64,0
		<i>Vành phải – không vành</i>	7	28,0
		<i>Vành trái – không vành</i>	2	8,0
	Mức độ vô hóa	<i>Lá van</i>	3	12,0
		<i>Vòng van</i>	16	64,0
		<i>Cơ tim</i>	6	24,0
Kĩ thuật phẫu thuật	<i>Thay van ĐMC đơn thuần</i>		9	36,0
	Loại van ĐMC	<i>Cơ học</i>	19	76,0
		<i>Sinh học</i>	6	24,0
	Cỡ van ĐMC	19	1	4,0
		21	10	40,0
		23	12	48,0
		25	2	8,0
	<i>Thay van ĐMC và ĐMC lên</i>		9	36,0
	<i>Thay ĐMC lên kĩ thuật mở</i>		3	12,0
	<i>Thay van ĐMC và bọc ĐMC lên</i>		6	24,0
	<i>Phẫu thuật Bentall</i>		1	4,0
<i>Sửa van hai lá phối hợp</i>		2	8,0	

Kết quả sớm sau mổ**Bảng 3.4: Kết quả sớm sau mổ**

Chỉ số		Trung bình	Nhỏ - lớn nhất
Dẫn lưu 24h sau mổ		448 ± 419	150 - 1500
Thời gian thở máy (ngày)		1,8 ± 1,9	0,5 – 10,0
Chỉ số		n	Tỷ lệ (%)
Thuốc trợ tim	<i>Không sử dụng</i>	6	24,0
	<i>1 loại</i>	12	48,0
	<i>2 loại</i>	6	24,0
	<i>3 loại</i>	1	4,0
Biến chứng ngoại khoa	<i>Chảy máu ngoại khoa (mở lại cầm máu)</i>	2	8,0
	<i>Toác xương ức (mở lại tạo hình xương ức)</i>	1	4,0
Biến chứng nội khoa	<i>Nhiễm trùng phổi</i>	2	8,0
	<i>Nhịp chậm (đặt máy tạo nhịp tạm thời)</i>	1	4,0
	<i>Suy thận độ ≥ 2</i>	3	12,0
Ra viện		24	96,0
Tử vong		1	4,0
Siêu âm tim	EF sau mổ		
	<i>EF bình thường (> 51%)</i>	20	80,0
	<i>EF giảm vừa (31 – 50%)</i>	5	20,0
	<i>EF giảm nặng (21 – 30%)</i>	0	0,0
	Chênh áp trung bình qua van ĐMC (mmHg)	16,0 ± 5,3	(8 – 28)

IV. BÀN LUẬN

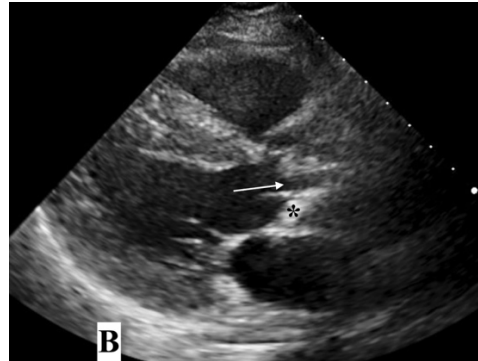
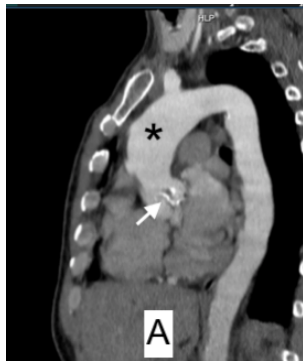
Tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,4 (thấp nhất: 51, cao nhất 83) và tỉ lệ nam ưu thế hơn nữ (1,3:1) (Bảng 3.1). Đây là đặc điểm phù hợp với tiến triển của bệnh hẹp VDMCHC thường phải diễn biến qua thời gian dài từ hình thái lá van thanh mảnh cho tới khi vôi hóa gây hẹp dẫn tới cản trở dòng máu có ý nghĩa. Đa số bệnh nhân nhập viện với triệu chứng lâm sàng

chính là suy tim hoặc giảm tưới máu hệ động mạch vành (khó thở, đau ngực khi gắng sức) với toàn trạng còn khá tốt mới mức độ suy tim trên lâm sàng là NYHA II (chiếm 87,5%). Tuy nhiên cũng có bệnh nhân đến viện với tình trạng suy tim NYHA III, IV đòi hỏi phải điều trị hồi sức tích cực với huyết áp tối đa dưới 90mmHg. Đây là một khó khăn lớn khi phạm vi điều trị của các thuốc trợ tim là rất hạn chế cho bệnh hẹp khít van

ĐMC, trong khi nếu phẫu thuật ngay thì nguy cơ phẫu thuật rất cao. Một giải pháp cũng đã được chúng tôi thực hiện là nong van ĐMC qua đường ống thông để cải thiện một phần huyết động trước khi phẫu thuật. Ngoài ra, một số không ít trường hợp khởi phát bằng bệnh cảnh đột quỵ, ngất do giảm tưới máu não (12,5%).

Biện pháp cận lâm sàng chủ yếu, có tính chất quyết định phẫu thuật bệnh hẹp VĐMCHC là siêu âm tim và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực/ hệ ĐMC. Siêu âm tim có vai trò chẩn

đoán xác định, mức độ nặng và tiên lượng phẫu thuật van ĐMC. Chụp cắt lớp vi tính chủ yếu mang lại các thông tin về hình thái tổn thương ĐMC ngực (thường là ĐMC lên). Trong nghiên cứu, tất cả 25 bệnh nhân bệnh van ĐMC 2 lá đều có hình thái tổn thương van vôi hóa dẫn tới hẹp khít (có diện tích lỗ van dưới 1cm^2 và chênh áp trung bình trên 40mmHg theo ECS).[6] Tuy nhiên trong số này cũng có những trường hợp có chênh áp qua van ĐMC dưới 40mmHg vì EF giảm nặng (dưới 30%) (Bảng 3.2).



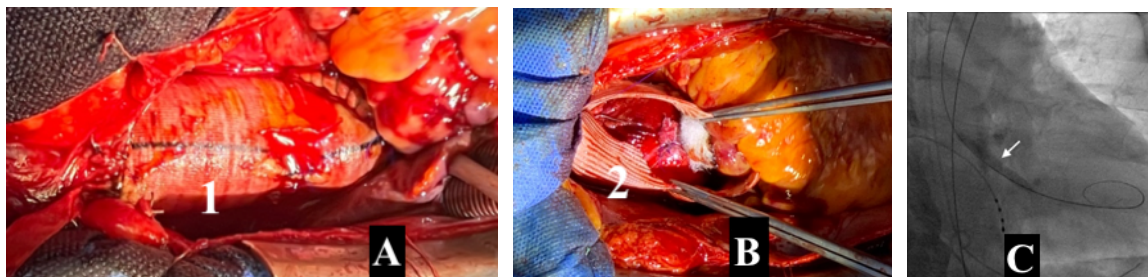
Hình 4.1. Phương pháp cận lâm sàng trước mổ

A – Chụp cắt lớp vi tính ĐMC (mũi tên: vôi hóa van ĐMC; hoa thị: phòng ĐMC lên);

B – Siêu âm tim (mũi tên: hẹp khít van ĐMC; hoa thị: vôi hóa van ĐMC)

Trong bệnh hẹp VĐMCHC, luồng máu phun với áp lực cao từ thất trái qua lỗ van hẹp, vôi hóa tác động lên phần cong lồi của ĐMC lên trong một thời gian dài dẫn tới phồng, lóc của đoạn mạch này. Do đó, tỉ lệ phồng ĐMC lên tăng theo tuổi của người bệnh. Ngoài căn nguyên về huyết động, giãn ĐMC lên còn có thể do sự rối loạn cấu trúc thành mạch với minh chứng về vi thể mô bệnh học là tổn thương thoái hóa dạng nang lớp áo giữa và thoái hóa sợi chun; trên lâm sàng là một số bệnh nhân hẹp VĐMCHC có đồng thời hẹp eo ĐMC và một số khác kèm theo giãn

ĐMC lên dù chức năng của van hai cánh không có bất thường (không vôi, không hẹp hở).[7] Có tới 80% van ĐMC hai cánh tiến triển kèm theo giãn ĐMC lên.[6] Phim chụp cắt lớp vi tính là biện pháp đánh giá khách quan và chính xác nhất đường kính của ĐMC lên và góc ĐMC, qua đó giúp định hướng phương pháp điều trị cụ thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường kính ĐMC lên tăng ở tất cả các trường hợp với đường kính trung bình là $43,6\text{mm}$, trong đó 9 trường hợp (36,0%) có kích thước này từ 45mm trở lên (Bảng 3.2).



Hình 4.2. Điều trị bệnh hẹp VDMCHC

- A – Thay ĐMC lên bằng mạch nhân tạo (1);
- B – Bọc ĐMC lên bằng đoạn mạch nhân tạo (2);
- C – Nong bóng (mũi tên) van ĐMC.

Các phương pháp điều trị cơ bản bệnh hẹp VDMCHC chủ yếu là: nong bóng qua đường ống thông, thay van qua đường ống thông (TAVI) và phẫu thuật thay van ĐMC.[2] Ở những bệnh nhân trẻ tuổi với lá van không vôi hóa, nong bóng qua da có thể được xem xét. Đây là những trường hợp có huyết động không ổn định, được thực hiện nong bóng để chuẩn bị cho phẫu thuật hoặc trì hoãn phẫu thuật cho bệnh nhân chuẩn bị sinh đẻ.[2],[8] Đối với những bệnh nhân với van vôi hóa, điều trị lựa chọn là thay thế van tim. Van ĐMC cơ học có tuổi thọ kéo dài hơn van sinh học hay van đồng loài nhưng đòi hỏi sử dụng chống đông suốt đời. Phẫu thuật Ross có thể được chỉ định cho những bệnh nhân ở độ tuổi sinh đẻ và không muốn sử dụng thuốc chống đông kéo dài. Thoái hóa van đồng loài sau phẫu thuật Ross là nguyên nhân thường gặp nhất dẫn tới phẫu thuật lại trong quá trình theo dõi lâu dài. TAVI là một lựa chọn thay cho phẫu thuật thay van ở những người bệnh lớn tuổi, nguy cơ cao.[6, 9] Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân đều khá trẻ và không mắc nhiều bệnh nền nên được lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Trong số này, một bệnh nhân được nong bóng qua van ĐMC để cải thiện huyết động trước khi phẫu thuật (Hình 4.2-C). Cụ

thể hơn, các phẫu thuật được sử dụng nhiều nhất là thay van ĐMC đơn thuần và thay van ĐMC kèm thay ĐMC lên (cùng có 9 trường hợp) (Bảng 3.3). Khi đường kính ĐMC dưới 40mm, kĩ thuật thay van ĐMC đơn thuần được áp dụng.

Trong bệnh hẹp VDMCHC, van có thể bị vôi hóa ở nhiều vị trí, trong đó vôi hóa ở vị trí vòng van và cơ thất và lan xuống lá trước van hai lá gây ra nhiều khó khăn hơn khi phẫu thuật. Lấy bỏ hoàn toàn vôi hóa có nguy cơ gây tổn thương cơ thất, làm tăng khả năng thủng vách liên thất hay mất dẫn truyền nhĩ thất. Ngược lại, việc không lấy bỏ triệt để vôi hóa có thể làm tăng tỉ lệ hở cạnh van nhân tạo sau mổ. Tác giả Erdogan ghi nhận 78,9% các trường hợp phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn có vôi hóa vòng van và bệnh VDMCHC là một yếu tố nguy cơ của biến chứng này.[10] Để giảm biến chứng dẫn tới đặt máy tạo nhịp tạm thời, bên cạnh lấy bỏ vôi hóa hết sức cẩn trọng để bảo tồn tối đa cơ tim cũng như sử dụng màng tim vá phủ các phần cơ thương tổn, việc sử dụng chỉ cố định van tim nhân tạo có đệm làm hạn chế rách, xé vòng van, có thể giảm bớt nguy cơ hở cạnh van sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 64,0% vôi hóa vòng van và 24,0% vôi hóa vào cơ tim (Bảng

3.3). Tuy nhiên không có trường hợp nào phải vá phủ cơ tim bằng màng tim do phần cơ tim tổn thương sau lấy vôi là khá nhỏ, được tăng cường bằng các sợi chỉ có đệm trước khi cố định van nhân tạo và có 1 trường hợp phải đặt máy tạo nhịp tạm thời sau mổ (Bảng 3.4).

Kỹ thuật thay van ĐMC và ĐMC lên được chỉ định cho các bệnh nhân có đường kính ĐMC lên từ 45mm trở lên (Theo khuyến cáo của ACC[2]) (Hình 4.2-A). Một số trường hợp có đường kính sát quai ĐMC cũng lớn hơn 45 mm sẽ được thực hiện thay ĐMC lên với kỹ thuật miệng nối xa mở, nghĩa là không cặp đầu xa ĐMC đi kèm với các kỹ thuật: đặt ống động mạch ngoại vi (động mạch nách phải), hạ thân nhiệt mức độ vừa, ngừng tuần hoàn nửa dưới cơ thể và tưới máu não xuôi dòng chọn lọc. Ngoài ra, để giảm nguy cơ phòng tiến triển của ĐMC lên trong tương lai lâu dài, hoặc khi có nguy cơ phẫu thuật cao, các bệnh nhân có đường kính ĐMC xung quanh 45mm được thực hiện bọc ĐMC lên bằng đoạn mạch nhân tạo (6 trường hợp, chiếm 24,0%) (Hình 4.2-B). Kỹ thuật này cũng được một số tác giả thực hiện và chứng minh hiệu quả tương đối tốt.[11, 12]

Trong mổ, chúng tôi gặp 1 trường hợp lóc ĐMC Stanford A ngay sau khi bơm dung dịch liệt tim. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật thay van ĐMC và ĐMC lên, hạ thân nhiệt, ngừng tuần hoàn và tưới máu não chọn lọc và đặt ECMO sau mổ. Người bệnh được cai ECMO thành công nhưng không qua khỏi do suy đa tạng vào ngày thứ 10 sau mổ. Lóc ĐMC là biến chứng có thể gặp khi mổ tim hở, nhất là ở những bệnh nhân có tổn thương của động mạch chủ lên.[13] Tuy nhiên lóc ĐMC cũng là một trong các biến chứng/ tổn thương thành mạch của bệnh VĐMCHC với hình ảnh giải phẫu bệnh thoái

hóa dạng nang hoặc thoái hóa chun lớp áo giữa. [8],[14] Những tổn thương thành mạch tiềm tàng này có thể là căn nguyên dẫn tới lóc ĐMC trong mổ. Đây cũng là bệnh nhân duy nhất trong nghiên cứu này tử vong sau mổ.

Sau phẫu thuật, số lượng dẫn lưu trung thất/ màng tim trung bình 24h đầu sau mổ là 450ml cùng với đa số người bệnh không hoặc chỉ phải sử dụng 1 loại thuốc trợ tim và thời gian thở máy hơn 1 ngày (Bảng 3.4). Một số biến chứng ngoại khoa gặp phải là chảy máu, được phẫu thuật cầm máu do chảy máu tại vị trí sát miệng nối (1 bệnh nhân) và một bệnh nhân khác có tình trạng toác xương ức, được phẫu thuật tạo hình xương ức (kết quả cấy vi sinh tổ chức, dịch vùng xương ức âm tính). Ngoài ra, một số biến chứng nội khoa khác gặp sau mổ là: nhịp chậm, đặt máy tạo nhịp tạm thời (1 bệnh nhân), suy thận từ độ 2 trở lên (3 bệnh nhân) và 2 bệnh nhân nhiễm trùng phổi. Đây là biến chứng có thể gặp trong phẫu thuật tim hở nói chung và không để lại các hậu quả nặng nề.

Trừ người bệnh tử vong, tất cả các bệnh nhân còn lại đều ra viện với kết quả tốt. Không có bệnh nhân nào còn triệu chứng suy tim trên lâm sàng. Siêu âm tim cũng cho kết quả tốt hơn khi không còn trường hợp nào có chức năng tống máu thất trái (EF) giảm nặng như trước mổ. Tuy nhiên, mức độ cải thiện nói chung của chỉ số này vẫn cần được đánh giá trong thời gian theo dõi lâu dài.

KẾT LUẬN

Bất thường bẩm sinh của van ĐMC hai cánh có thể tiến triển thành bệnh hẹp VĐMCHC. Ngoài vôi hóa van ĐMC, bệnh thường kèm theo giãn, phồng ĐMC lên. Phẫu thuật là phương

pháp hiệu quả điều trị đồng thời cả tổn thương van tim cũng như ĐMC. Quá trình thực hiện thay van đòi hỏi loại bỏ vôi hóa các vị trí thận trọng, giảm thiểu tối đa tổn thương cơ tim cũng như sử dụng phương tiện cố định van chắc chắn để giảm nguy cơ rối loạn dẫn truyền hoặc hở cạnh van nhân tạo sau mổ. Khi ĐMC lên gần không quá lớn, phẫu thuật bọc ĐMC lên bằng mạch nhân tạo có thể giảm thiểu nguy cơ của phẫu thuật, đồng thời có thể cải thiện kết quả lâu dài cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Masri A, Svensson LG, Griffin BP, Desai MY. Contemporary natural history of bicuspid aortic valve disease: a systematic review. *Heart*. 2017;103(17):1323-30.
- Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Gentile F, et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2021;143(5):e72-e227.
- Phạm Mạnh Hùng, Đinh Huỳnh Linh. Cập nhật về chỉ định thay van động mạch chủ qua đường ống thông. *Tim mạch học Việt Nam*. 2019;90:40-6.
- Ngô Thành Hưng, Nguyễn Công Hựu, Nguyễn Trần Thủy, Nguyễn Hoàng Nam, Phạm Thành Đạt, Lê Ngọc Thành, et al. Kết quả sớm phẫu thuật tái tạo van động mạch chủ hai lá van bằng màng ngoài tim tự thân. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021;137(1):125-34.
- Sievers H-H, Schmidtke C. A classification system for the bicuspid aortic valve from 304 surgical specimens. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2007;133(5):1226-33.
- Baumgartner H, De Backer J, Babu-Narayan SV, Budts W, Chessa M, Diller G-P, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease: The Task Force for the management of adult congenital heart disease of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Adult Congenital Heart Disease (ISACHD). *European Heart Journal*. 2021;42(6):563-645.
- Braverman AC, Güven H, Beardslee MA, Makan M, Kates AM, Moon MR. The bicuspid aortic valve. *Current problems in cardiology*. 2005;30(9):470-522.
- Kravchenko I, Kravchenko V, Sytar L, Pantas O, Dykuha S, Atamanyuk M, et al. Surgical treatment of bicuspid aortic valve disease. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 2013;8(S1):P7.
- Phạm Mạnh Hùng, Nguyễn Lâm Hiếu, Nguyễn Ngọc Quang, Đinh Huỳnh Linh, Tạ Mạnh Cường, Nguyễn Thị Thu Hoài, et al. Đánh giá hiệu quả sớm của kỹ thuật thay van động mạch chủ qua đường ống thông để điều trị bệnh nhân hẹp khít van động mạch chủ. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2016;74:17-24.
- Erdogan HB, Kayalar N, Ardal H, Omeroglu SN, Kirali K, Guler M, et al. Risk Factors for Requirement of Permanent Pacemaker Implantation After Aortic Valve Replacement. *Journal of Cardiac Surgery*. 2006;21(3):211-5.
- González-Santos JM, Arnáiz-García ME. Wrapping of the ascending aorta revisited—is there any role left for conservative treatment of ascending aortic aneurysm? *Journal of thoracic disease*. 2017;9(Suppl 6):S488.
- El Gamel A. Ascending Aortic Aneurysm Wrapping: The Renaissance of an Old Technique. *Heart, Lung and Circulation*. 2019;28(12):1770-2.
- Flecka T, Ehrlich M, Czernya M, Wolner E, Grabenwoger M, Grimmer M. Intraoperative iatrogenic type A aortic dissection and perioperative outcome. (1569-9285).
- Losenno KL, Goodman RL, Chu MWA. Bicuspid Aortic Valve Disease and Ascending Aortic Aneurysms: Gaps in Knowledge. *Cardiology Research and Practice*. 2012;2012:1-16.