

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT SỬA TOÀN BỘ ĐIỀU TRỊ THÔNG SÀN NHỈ THẤT BÁN PHẦN Ở NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2018 – 2021

Ma Nguyễn Thái Hoàng¹, Dương Đức Hùng²,
Phạm Quốc Đạt², Vũ Ngọc Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật sửa toàn bộ thông sàn nhĩ thất bán phần ở người lớn tại bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2018 – 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các bệnh nhân thông sàn nhĩ thất bán đã được phẫu thuật sửa toàn bộ từ tháng 6/2018 đến tháng 12/2021 tại bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Nghiên cứu có 29 bệnh nhân, 12 nam và 17 nữ. Tuổi trung bình là 39 ± 13 tuổi (từ 18 tới 61 tuổi). Triệu chứng suy tim: NYHA II (82.8%), NYHA III (6.9%), NYHA IV (3.4%). 1 trường hợp loạn nhịp hoàn toàn trước mổ (3.4%). Kết quả siêu âm tim: Tồn thương hở van hai lá mức độ vừa và nặng có 21 bệnh nhân (72.4%), hở ba lá vừa và nặng 26 bệnh nhân (89.7%). Tăng áp lực động mạch phổi là: nhẹ (41.4%); vừa (48.3%); nặng (10.3%). Kích thước lỗ thông liên nhĩ trung bình là 27 ± 11 mm (từ 8 tới 51mm). Thời gian trung bình: chạy tuần hoàn ngoài cơ thể: 85 ± 22 phút (45-130 phút), cặp động mạch chủ: 62 ± 15 phút (34-89 phút). Sau mổ: NYHA II (10.3%), không có NYHA III hay IV. Siêu âm tim: 34.5% hở van hai lá vừa – nặng. 3.4% hở van ba lá mức độ vừa, không có hở nặng. 1 trường hợp còn hở hai lá nhiều sau mổ (3.4%) và cần phải can thiệp phẫu thuật lại. 2 trường hợp phải cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn sau mổ (6.9%). Không có bệnh nhân nào tử vong hay có biến chứng nặng khác. **Kết luận:** Phẫu thuật sửa toàn bộ thông sàn nhĩ thất bán phần ở người lớn tại Bệnh viện Bạch Mai được thực hiện an toàn, có kết quả sớm và tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật tương đương với các tác giả khác.

Từ khóa: Thông sàn nhĩ thất bán phần, phẫu thuật sửa toàn bộ.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF REPAIR OF PARTIAL ATRIOVENTRICULAR SEPTAL DEFECT IN ADULTS IN BACH MAI HOSPITAL IN THE PERIOD OF 2018 - 2021

There were 29 patients, including 12 males and 17 females. The average age is 39 ± 13 years old (from 18 to 61 years old). Heart failure symptoms: NYHA II (82.8%), NYHA III (6.9%), NYHA IV (3.4%).

1 patient had NYHA IV dyspnea (3.4%). Echocardiographic results: Moderate and severe mitral valve regurgitation had 21 patients (72.4%), moderate and severe tricuspid valve regurgitation 26 patients (89.7%). Pulmonary hypertension: Mild (41.4%); Moderate (48.3%); Severe (10.3%). The average size of the atrial septal defect is 27 ± 11 mm (from 8 to 51 mm). Cardiopulmonary bypass time was 85 ± 22 minutes (45 to 130 minutes). Crossclamp time was 62 ± 15 minutes (from 34 to 89 minutes). After surgery: NYHA II (10.3%), no patients with NYHA III or IV. Echocardiographic results: 34.5% patients with moderate and severe mitral valve regurgitation. 3.4% had moderate tricuspid regurgitation, have no patients severe tricuspid regurgitation. 1 case with severe mitral valve regurgitation (3.4%) and needed to be repair surgery. 2 case had to implant a permanent pacemaker (6.9%). There was no hospital mortality and no other serious complications. **Conclusion:** Total partial repair of the atrioventricular septal defect was safe and effective with low complications. The early postoperative results is good.

Keywords: Partial atrioventricular septal defect, total repair surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông sàn nhĩ thất bán phần (partial atrioventricular septal defect – pAVSD) bao gồm thông liên nhĩ lỗ tiên phát, không có thông liên thất, hai bộ máy van nhĩ thất riêng biệt, thường có thêm khe lá trước van hai lá dẫn đến hở van từ nhẹ đến nặng vừa¹. Bệnh cần được phát hiện và xử trí sớm ở trẻ nhỏ. Dẫu vậy, vẫn còn một số trường hợp bệnh nhân được phát hiện ở tuổi trưởng thành do triệu chứng lâm sàng nhẹ, ý thức khám chữa bệnh của người dân hoặc hệ thống y tế cơ sở chưa tốt. Các bệnh nhân này thường đến khi đã xuất hiện các biến chứng của bệnh như suy tim, rối loạn nhịp tim, nhất là tăng áp lực động mạch phổi. Vì vậy việc điều trị ở bệnh nhân người lớn trở nên khó khăn hơn, hiệu quả đạt được sau phẫu thuật cũng hạn chế hơn. Tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của phẫu thuật sửa toàn bộ thông sàn nhĩ thất bán phần ở người lớn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật sửa toàn bộ thông sàn nhĩ thất bán phần ở người lớn tại bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2018 – 2021.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Người chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 29.11.2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả những bệnh nhân trên 16 tuổi được chẩn đoán thông sàn nhĩ thất bán phần, phẫu thuật sửa toàn bộ tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch – Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai, trong thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 6 năm 2021.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án không đầy đủ, thiếu thông tin.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu với cỡ mẫu thuận tiện, thu thập và hoàn thành các thông tin trước, trong mổ, kết quả sớm theo bệnh án mẫu.

Mô tả biến số nghiên cứu: Hở van, tăng áp lực động mạch phổi và phân chia theo mức độ²

1. Hở van hai lá: Là tình trạng van hai lá đóng không kín tạo dòng máu phụt ngược từ thất trái về nhĩ trái trong thời kỳ tâm thu. Cở thể tính độ rộng dòng hở bằng trị số tuyệt đối (cm²) hoặc tỷ lệ độ rộng dòng hở trên diện tích nhĩ trái:

- Hở nhẹ 1/4 khi tỷ lệ là 20%
- Hở vừa 2/4 khi tỷ lệ là 21-40%
- Hở nặng và rất nặng khi tỷ lệ trên 40%

2. Hở van ba lá: Đặc trưng bởi dòng máu phụt ngược từ thất phải vào nhĩ phải trong thời kỳ tâm thu. Đánh giá độ nặng hở van ba lá dựa trên phổ doppler màu đánh giá diện tích dòng phụt ngược (cm²):

- Hở nhẹ: <5 cm²
- Hở vừa: 5-10 cm²
- Hở nặng: >10 cm²

3. Tăng áp lực động mạch phổi: Được xác định khi áp lực ĐMP tâm thu > 25mmHg.

- Tăng áp lực động mạch phổi nhẹ: 25 – 45mmHg
- Tăng áp lực động mạch phổi vừa: 46 – 65mmHg
- Tăng áp lực động mạch phổi nặng: > 65mmHg

Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập theo bệnh án nghiên cứu và xử lý bằng các thuật toán thống kê sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và Excel

Đạo đức nghiên cứu: Những thông tin về người bệnh hoàn toàn được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu chẩn đoán, điều trị và nghiên cứu khoa học.

cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật (N=29)

Đặc điểm lâm sàng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi		39 ± 13 (Từ 18 tới 61)	
Giới tính	Nam	12	41.4
	Nữ	17	58.6
Khó thở	NYHA II	24	82.8
	NYHA III	2	6.9
	NYHA IV	1	3.4
Hội chứng Down		2	6.9
Có tình trạng suy tim sung huyết		4	13.8
Tiền sử viêm phổi		1	3.4

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật (N=29)

Đặc điểm cận lâm sàng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Điện tâm đồ	Nhịp xoang	17	58.6
	Block nhĩ thất cấp I	8	27.6
	Block nhĩ thất cấp II	1	3.4
	Rung nhĩ	2	6.9
	Loạn nhịp	1	3.4
Siêu âm tim	Kích thước thông liên nhĩ tiên phát	Lớn nhất: 51mm	
		Nhỏ nhất: 8mm	
		Trung bình: 27 ± 11mm	
Thông tim	Qp/Qs >2	3	10.3
Lỗ bầu dục		7	24.1
Bệnh mạch vành		1	3.4

Bảng 3. Mức độ tổn thương van nhĩ thất và áp lực động mạch phổi trước mổ

	Mức độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hở van hai lá	Nhẹ	8	27.6
	Vừa	10	34.5
	Nặng	11	37.9
Hở van ba lá	Nhẹ	3	10.3
	Vừa	12	41.4
	Nặng	14	48.3
Phân độ tăng áp lực động mạch phổi	Nhẹ	12	41.4
	Vừa	14	48.3
	Nặng	3	10.3

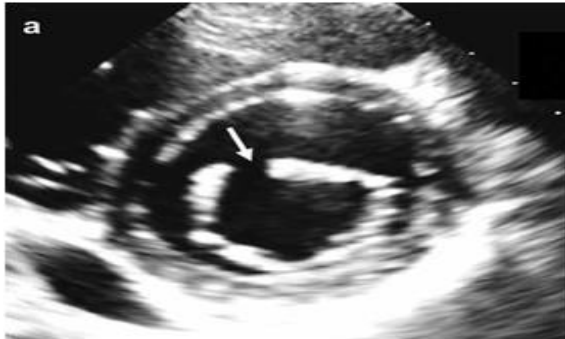
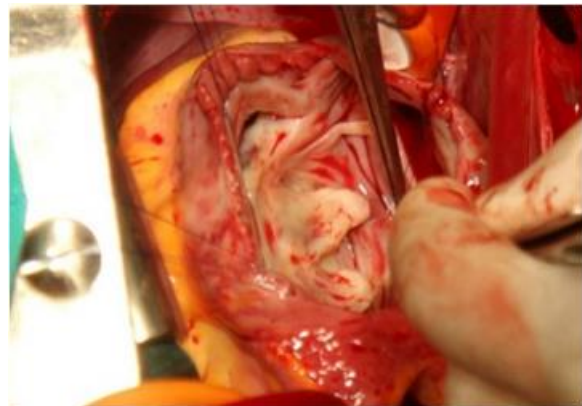
Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật

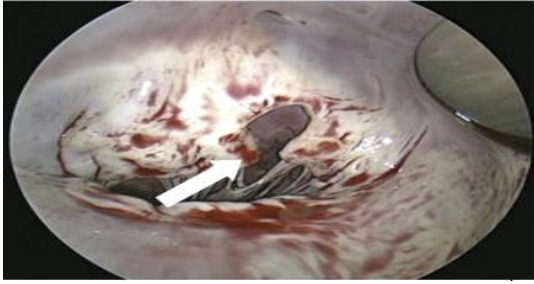
Đặc điểm phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể	Nhỏ nhất: 45 phút	
	Lớn nhất: 130 phút	
	Trung bình: 85 ± 22 phút	
Thời gian kẹp động	Nhỏ nhất: 34 phút	

mạch chủ	Lớn nhất: 89 phút		
	Trung bình: 62 ± 15 phút		
Vá thông liên nhĩ tiên phát bằng màng ngoài tim		29	100
Van hai lá	Giãn vòng van hai lá	18	62.1
Van ba lá	Thiếu sản lá vách van ba lá	22	75.9
	Giãn vòng van ba lá	18	62.1
Sửa van hai lá	Đóng khe lá trước van hai lá	28	96.6
	Mở rộng lá van bằng màng ngoài tim	1	3.4
	Khâu thu hẹp vòng van bằng dải màng tim hoặc dải nhân tạo	16	55.2
	Chuyển vị dây chằng cột cơ	1	3.4
Sửa van ba lá	Khâu mép van ba lá	12	41.4
	Khâu lá vách vào lá trước van ba lá	21	72.4
	Khâu thu hẹp vòng van bằng dải màng tim hoặc dải nhân tạo	11	37.9
Đóng lỗ bầu dục		3	10.3
Siêu âm tim qua thực quản trong mổ		2	6.9
Để xoang vành	Phía nhĩ phải	28	96.6
	Phía nhĩ trái	1	3.4

Bảng 5: Mức độ tổn thương van nhĩ thất và áp lực động mạch phổi sau mổ

Đặc điểm sau phẫu thuật		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hở hai lá	Nhẹ	19	65.5
	Vừa	9	31.1
	Nặng	1	3.4
Hở ba lá	Nhẹ	28	96.6
	Vừa	1	3.4
	Nặng	0	0
Áp lực động mạch phổi	Nhẹ	26	89.7
	Vừa	2	6.9
	Nặng	0	0
Khó thở	NYHA I	26	89.7
	NYHA II	3	10.3
Biến chứng	Hở van hai lá mức độ nặng	1	3.4
	Tràn dịch màng phổi	1	3.4
Thông số sau phẫu thuật	Thời gian thở máy (giờ)	16 ± 4 (Từ 3 tới 23)	
	Thời gian hồi sức (giờ)	43 ± 11 (Từ 36 tới 90)	
	Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	11 ± 6 (Từ 5 tới 27)	
	Dẫn lưu 24h sau mổ (ml)	414 ± 146 (Từ 200 tới 805)	

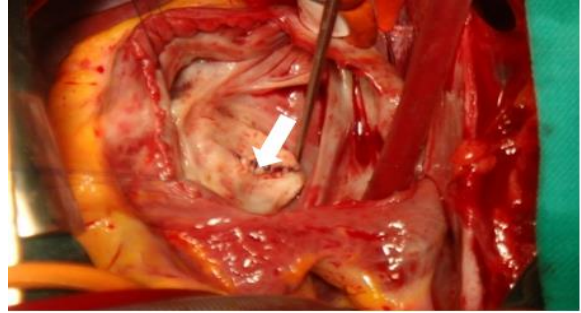
IV. BÀN LUẬN**Hình 1. Hình siêu âm khe lá trước van hai lá (mũi tên)**



Hình 2. Khe lá trước van hai lá trong mổ (mũi tên)

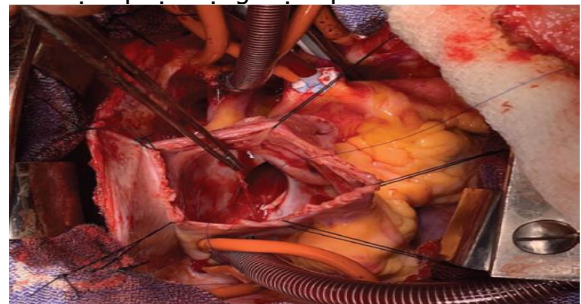
Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 39 ± 13 tuổi (Bảng 1). Nghiên cứu có 12 nam (41.4%) và 17 nữ (58.6%). Kết quả khá tương đồng so với nghiên cứu trên 89 bệnh nhân thông sản nhi thất của tác giả Đào Quang Vinh³ có 42 nam (47.2%) và 47 nữ (52.8%). Có thể thấy rằng không có sự khác biệt về giới trong nghiên cứu này. Triệu chứng lâm sàng của bệnh chủ yếu là khó thở, mệt mỏi do hở hai lá làm gia tăng áp lực nhĩ trái, dẫn đến tăng áp lực động mạch phổi hậu mao mạch, cùng với sự gia tăng lượng máu lên phổi do luồng shunt trái – phải qua lỗ thông liên nhĩ sẽ làm tăng áp động mạch phổi tiền mao mạch từ đó gây suy tim sung huyết mà biểu hiện rõ nhất trên lâm sàng là khó thở khi gắng sức⁴. Thông sản nhi thất bán phần ở người lớn có thể được phát hiện tình cờ hoặc có thể biểu hiện chủ yếu trên lâm sàng là khó thở, mệt mỏi, triệu chứng thường không quá rầm rộ. Tỷ lệ bệnh nhân khó thở trong nghiên cứu của tác giả Đào Quang Vinh trên 89 bệnh nhân là 100%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ này là 93.1%. Kết quả siêu âm tim cho thấy, kích thước thông liên nhĩ trung bình là 27 ± 11 mm, nhỏ nhất là 8 mm và lớn nhất là 51 mm. Tất cả các bệnh nhân đều có tổn thương khe lá trước van hai lá, gây hở van các mức độ, trong đó hở hai lá vừa và nặng chiếm 72.4%, hở ba lá vừa và nặng chiếm 93.1%.

Có thể thấy mức độ hở van từ vừa đến nặng chiếm đa số, do các bệnh nhân phát hiện bệnh lý muộn, bệnh diễn biến trong thời gian dài dẫn đến biến chứng suy tim, giãn vòng van cơ năng. Một số nghiên cứu cho thấy rằng nếu không đóng chẽ lá trước của van nhĩ thất trái thì sẽ dẫn đến nguy cơ hở van nhĩ thất trái tiến triển sau phẫu thuật. Vì vậy, họ khuyên nên đóng vị trí chẽ lá van trước nhưng không làm hẹp van nhĩ thất trái⁵. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 28 bệnh nhân được đóng khe lá trước van hai lá (96.6%), kỹ thuật này không làm hạn chế vận động của lá van, không gây hẹp van.



Hình 3. Kỹ thuật khâu đóng khe lá trước van hai lá bằng mũi rời (mũi tên)

Sau khi sửa van, kiểm tra bằng cách bơm nước muối sinh lý vào trong thất trái để đánh giá mức độ hở van, từ đó quyết định các kỹ thuật phổi hợp như khâu nhỏ vòng van, khâu mép van. Ngoài ra, một kỹ thuật khác cũng được áp dụng để sửa van nhĩ thất trái, đó là mở rộng lá van trước bằng màng ngoài tim để làm giảm nguy cơ hẹp đường thoát thất trái. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp tổn thương lỗ phụ van hai lá, được tiến hành và lá trước bằng màng tim tươi (3.4%). Bên cạnh đó do cơ chế bệnh sinh, và thời gian dài, dẫn đến biến chứng tăng áp lực động mạch phổi, trong nghiên cứu của chúng tôi, áp lực động mạch phổi tâm thu trước mổ > 40 mmHg chiếm tỷ lệ 86.2%, sau mổ tỷ lệ này chỉ còn 20.7%, có thể thấy việc đóng lỗ thông liên nhĩ, sửa van hai lá là rất có hiệu quả trong việc cải thiện áp lực động mạch phổi.



Hình 4. Tổn thương thông liên nhĩ trong mổ (mũi tên)



Hình 5. Vá thông liên nhĩ bằng màng ngoài tim (mũi tên)

Đối với bệnh lý tim bẩm sinh có luồng thông trái phải như thông liên nhĩ gây tăng áp động mạch phổi nặng, nguy cơ tăng áp động mạch phổi nặng sau mổ có thể gây tử vong hoặc áp lực động mạch phổi vẫn còn tăng cao không giảm sau khi đóng các luồng thông dẫn đến phẫu thuật tổn kém nhưng không hiệu quả. Do đó cần thiết phải thông tim chẩn đoán, đo kháng lực mạch máu phổi để tránh mổ các trường hợp đã có chống chỉ định, hoặc từ chối mổ các trường hợp còn chỉ định mổ⁶. Trong nghiên cứu, có 3 trường hợp bệnh nhân (10.3%) có tăng áp lực động mạch phổi nặng (>65mmHg) được thông tim chẩn đoán trước mổ.

- Ý nghĩa các thông số:

- $Q_p/Q_s < 1,5$: Luồng thông nhỏ không cần phẫu thuật nếu bệnh nhân có thông liên nhĩ hoặc thông liên thất không kèm biến chứng.

- $Q_p/Q_s \geq 2$: Luồng thông trái phải lớn thường có chỉ định phẫu thuật để ngừa bệnh mạch máu phổi về sau.

- $Q_p/Q_s = 1-2$: Luồng thông trung bình, có chỉ định phẫu thuật nếu nguy cơ phẫu thuật ít nguy hiểm.

- $Q_p/Q_s < 1$: Cho thấy luồng shunt phải sang trái nó cũng là dấu hiệu của bệnh mạch máu phổi không hồi phục.

Kết quả chỉ số Q_p/Q_s (phản ánh mức độ luồng thông) ở cả 3 bệnh nhân đều đạt giá trị >2, thể hiện luồng thông lớn, cần phẫu thuật để ngừa bệnh mạch máu phổi về sau.

Trước phẫu thuật, hở van nhĩ thất trái mức độ vừa và nặng chiếm 72.4% bệnh nhân. Sau phẫu thuật sửa van, chỉ có 34.5% bệnh nhân hở van hai lá mức độ vừa và nặng, trong đó 1 trường hợp hở van hai lá nặng cần phải mổ lại. Kỹ thuật sửa van hai lá được áp dụng trong nghiên cứu 96.6% bệnh nhân được khâu khe lá trước van hai lá bằng mũi rời, 16 bệnh nhân (55.1%) được thu hẹp vòng van hai lá bằng màng ngoài tim hoặc vật liệu nhân tạo, 01 trường hợp (3.4%) được mở rộng lá van bằng màng tim kèm chuyển vị dây chằng cột cơ do 2 cột cơ xuất phát cùng 1 vị trí (giống van hai lá hình dù). Hở van ba lá mức độ vừa và nặng trước mổ chiếm 89.7%. Nguyên nhân gây hở van ba lá chiếm phần lớn là do thiếu sản lá vách van ba lá, 21 bệnh nhân (72.4%) được khâu lá vách vào lá trước, 11 bệnh nhân (37.9) được thu hẹp vòng van bằng dải màng ngoài tim hoặc vật liệu nhân tạo, Kết quả siêu âm đánh giá sau phẫu thuật: Chỉ còn 1 bệnh nhân (3.4%) hở van ba lá mức độ vừa, 28 bệnh nhân (96.6%) hở van ba lá mức độ nhẹ.

Siêu âm thực quản trong mổ là một thăm dò rất ý nghĩa để đánh giá tình trạng của van hai lá, van ba lá, đường ra thất trái và miếng vá thông liên nhĩ ngay sau khi phẫu thuật. Nên thực hiện siêu âm thực quản trong mổ đối với tất cả những bệnh nhân thông vách nhĩ thất bán phần ở những trung tâm đủ điều kiện. Quan trọng hơn nữa là đánh giá ngay được kết quả phẫu thuật nếu chưa đạt yêu cầu có thể mổ lại sửa ngay được, tránh lãng phí tổn kém không cần thiết cho người bệnh³. Do điều kiện và cơ sở vật chất tại trung tâm còn nhiều hạn chế, chúng tôi chỉ áp dụng siêu âm trong mổ đối với các trường hợp tổn thương phức tạp, khó đánh giá bằng thử nước thông thường. Có 2 trường hợp (6.9%) được siêu âm phổi hợp trong mổ - ngay sau khi ngừng tuần hoàn ngoài cơ thể, nhằm mục đích đánh giá lại tình trạng của van hai lá và van động mạch phổi, 1 trường hợp van hai lá có 2 lỗ van được phẫu thuật vá mở rộng lá trước bằng màng tim tươi và trường hợp thứ 2 có hẹp động mạch phổi kèm theo được phẫu thuật xẻ mép van động mạch phổi. Siêu âm kiểm tra thấy van không hẹp hở, không có hẹp đường ra thất trái.

Nghiên cứu của chúng tôi thời gian thở máy, thời gian hồi sức trung bình của bệnh nhân lần lượt là 16 ± 4 giờ, và 43 ± 11 giờ. Nghiên cứu của tác giả Lê Quang Thấu⁷ trên 27 bệnh nhân được sửa toàn bộ thông sàn nhĩ thất bán phần tại bệnh viện Trung ương Huế với thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể, thời gian cấp cứu là 70 ± 72 phút và 49 ± 50 phút. Có thể thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả khác.

Kết quả sớm sau phẫu thuật ghi nhận:

Một trường hợp tràn dịch màng phổi sau mổ (3.4%) phải dẫn lưu khoang màng phổi., 1 trường hợp hở van hai lá nhiều (3.4%) phải phẫu thuật lại. Bệnh nhân này được phẫu thuật khâu khe lá trước van hai lá, khâu nhỏ vòng van hai lá trên dải Dacron, thử van bằng nước muối sinh lý thấy van chỉ còn hở nhẹ, sau mổ bệnh được siêu âm kiểm tra lại phát hiện còn hở hai lá nặng nguyên nhân là do co rút nhiều 2 thành phần trước, bệnh nhân được mổ vá khe lá trước bằng màng ngoài tim để mở rộng diện tích lá trước và tăng diện áp, thử nước và siêu âm ngay khi ngừng máy van chỉ còn hở nhẹ. Biến chứng này thường do khe lá trước quá rộng, dẫn đến việc khi khâu đóng 2 mép khe lá trước lại với nhau xuất hiện tình trạng co rút dây chằng, cột cơ làm cho lá trước kém di động gây hở van.

Bên cạnh đó có 2 trường hợp, chiếm 6,8% bệnh nhân sau phẫu thuật xuất hiện biến chứng

block nhĩ thất cấp III, được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Nguyên nhân dẫn đến biến chứng có thể do tổn thương hệ thống nút và dẫn truyền thần kinh tim do khâu trực tiếp vào hệ thống nút và đường dẫn truyền hoặc do phù nề, tổn thương mạch máu nuôi dưỡng và tổ chức xung quanh nó. Trong nghiên cứu của tác giả Đào Quang Vinh³ trên 89 bệnh nhân, số bệnh nhân hở hai lá nặng sau mổ cần can thiệp phẫu thuật lại là 1 (1.1%), 1 bệnh nhân có block nhĩ thất cấp III từ trước và tồn tại sau phẫu thuật (1.1%). Báo cáo của tác giả Lê Quang Thứ⁷ tại bệnh viện trung ương Huế với kết quả sớm sau phẫu thuật ghi nhận: 1 trường hợp tai chảy máu sau mổ (chiếm 3.7%), 1 trường hợp block nhĩ thất cấp I (chiếm 3,7%), không có trường hợp nào tử vong bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy 29 bệnh nhân người lớn được phẫu thuật sửa toàn bộ thông sàn nhĩ thất tại Bệnh viện Bạch Mai an toàn, có kết quả sớm

và tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật tương đương với các tác giả khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Nguyễn Vinh, Nguyễn Lâm Hiếu và cộng sự.** Khuyến cáo 2010 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa: Khuyến cáo 2010 của hội tim mạch học Việt Nam về xử trí bệnh tim bẩm sinh ở người lớn. Nhà xuất bản Y Học. 2010;103-139.
2. **Phạm Nguyễn Vinh.** Bệnh van tim. Nhà xuất bản Y học; 2012.
3. **Đào Quang Vinh.** Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thông vách nhĩ thất bán phần: Luận án tiến sỹ y học; 2010.
4. **Mavroudis C., Backer C.L.** Atrioventricular Canal Defects: Pediatric Cardiac Surgery 4th edition. 2013;342-360.
5. **Bergin M.L., Warnes C.A., Tamil J. et al.** Partial atrioventricular canal defect: Long-term follow-up after initial repair in patients > 40 years old. JACC. 1995;25(5): 1189-94
6. **Thông tin chẩn đoán: Phác đồ điều trị 2018** – Bệnh viện Tim mạch An Giang. 2018;110-115.
7. **Lê Quang Thứ.** Kết quả sớm phẫu thuật thông sàn nhĩ thất bán phần: Tạp chí y dược học – Trường đại học y dược Huế. 2014;19(4): 31.

KẾT QUẢ NGẮN HẠN LIỆU PHÁP RÚT NGẮN KHÁNG KẾT TẬP TIỂU CẦU KÉP Ở BỆNH NHÂN BỆNH MẠCH VÀNH MẠN NGUY CƠ CHẢY MÁU CAO ĐẶT STENT BIOFREEDOM

Phạm Huỳnh Minh Trí¹, Huỳnh Trung Cang², Ngô Hoàng Toàn³, Nguyễn Sơn Nam¹, Đinh Lê Uyên Nhi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp động mạch vành qua da bằng ống thông ngày càng phổ biến và khẳng định được giá trị tuyệt đối trong điều trị bệnh mạch vành mạn. Stent phủ thuốc không polymer giảm thiểu thời gian dùng kháng kết tập tiểu cầu kép mà vẫn có khả năng chống tái hẹp cao trong can thiệp động mạch vành. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả ngắn hạn và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở liệu pháp rút ngắn kết tập tiểu cầu kép ở bệnh nhân nguy cơ chảy máu cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu 78 bệnh nhân mắc hội chứng mạch vành mạn nguy cơ chảy máu cao tại bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu 67,8±12,01. Lâm sàng sau can thiệp (NYHA, CCS)

được cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ biến cố bất lợi sau theo dõi điều trị liệu pháp rút ngắn thời gian chống kết tập tiểu cầu kép ở bệnh nhân nguy cơ chảy máu cao là 17,9% trong đó 50% có chảy máu nặng phải nhập viện. Giới nữ, tuổi ≥75, Hb<10g/dL, BMI≥23 có liên quan đến biến cố bất lợi. **Kết luận:** Ở bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao cần phải rút ngắn thời gian chống kết tập tiểu cầu kép, stent phủ thuốc không polymer BioFreedom an toàn và hiệu quả trong can thiệp động mạch vành mạn.

Từ khóa: Stent phủ thuốc không polymer, động mạch vành, can thiệp qua da, kháng tiểu cầu kép ngắn.

SUMMARY

A STUDY ON CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND SHORT-TERM RESULTS OF SHORT DUAL ANTIPLATELET THERAPY IN PATIENTS AT HIGH BLEEDING RISK UNDERGOING POLYMER-FREE DRUG-COATED CORONARY STENTS WITH CHRONIC CORONARY DISEASE

Background: Percutaneous coronary intervention (PCI) by catheter is increasingly popular and confirms its absolute role on the treatment of chronic coronary artery disease. Polymer-free drug-

¹Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

²Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang

³Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huỳnh Minh Trí

Email: phamhuynhminhtri@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2022

Ngày duyệt bài: 1.12.2022