

Azhar Assiut Medical Journal. 16, 66-72.
6. Zulfiqar Hanif, Rishi Pandya Mohammad Ahmed Sajid, Kumaran Shanmugarajah, Sajid Mahmud (2017). Modification of standard laparoscopic total extra peritoneal hernia repair technique: Methods to improve feasibility in the UK health service. International Journal of Surgery Open. 9, 45 - 47.

7. Kockerling F, et al (2015). Bilateral and Unilateral Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair (TEP) have Equivalent Early Outcomes: Analysis of 9395 Cases. World J Surg. 39(8), 1887-94.
8. Asuri Krishna, et al (2019). Totally Extraperitoneal Repair in Inguinal Hernia: More Than a Decade's Experience at a Tertiary Care Hospital. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 29, 247-251.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN THAY VAN HAI LÁ CƠ HỌC CÓ BẢO TỒN LÁ SAU TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Thanh Bình¹, Bùi Đức Phú², Đặng Ngọc Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân bệnh van hai lá được phẫu thuật thay van hai lá cơ học có bảo tồn lá sau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu các trường hợp thay van hai lá cơ học có bảo tồn lá sau tại bệnh viện trung ương Huế từ tháng 03/2015 đến tháng 09/2016. **Kết quả:** 87 bệnh nhân, tuổi trung bình $46,9 \pm 9,4$ tuổi, chủ yếu là nữ giới (72,4%). Phân độ suy tim theo NYHA ghi nhận 43,7% NYHA II; 52,9% NYHA III. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là khó thở (82,8%), đau ngực (64,4%). Có 85,5% bệnh nhân chỉ số tim - lồng ngực trên 0,5. Huyết khối nhĩ trái gặp ở 11,5%. Tổn thương lá van hai lá ghi nhận 89,7% xơ dày lá van; 80,5% dính mép van. Hở van 3 lá mức độ vừa và nặng kèm theo ở 56,2% bệnh nhân nghiên cứu. **Kết luận:** Bệnh nhân bệnh van hai lá được phẫu thuật thay van hai lá cơ học có bảo tồn lá sau thường đến viện muộn khi biểu hiện suy tim đã rõ và tình trạng giãn nhĩ trái, tăng áp lực động mạch phổi và rung nhĩ cao

Từ khóa: van hai lá, thay van hai lá, lá van sau

SUMMARY

ASSESSMENT THE CLINICAL AND SUBCLINICAL IN PATIENTS WHO UNDERWENT MECHANICAL MITRAL VALVE REPLACEMENT WITH POSTERIOR LEAFLET PRESERVATION AT HUE CENTER HOSPITAL

Objectives: Evaluation of the clinical and subclinical characteristics of mitral valve patients who underwent mitral valve replacement with posterior leaflet preservation. **Subjects and methods:** This prospective study was carried out in patients with mitral valve disease who underwent mitral valve

replacement at Hue Center Hospital between March 2015 and September 2016. **Results:** Of 87 patients, mean of age was 46.9 ± 9.4 years and 72.4% were female. 43.7% of patients were NYHA II and 52.9% were NYHA III. The main clinical symptoms were dyspnea (82.8%), and chestpain (64.4%). 85.5% of patients had a cardiothoracic ratio > 50%. The intraoperatively findings of mitral leaflet lesions were thickened leaflets (89.7%); fused commissures (80.5%). 6.8% of patients had concomitant severe tricuspid regurgitation. **Conclusions:** Patients with mitral valve disease undergoing mechanical mitral valve replacement with posterior leaflet preservation were usually admitted to the hospital in the states of symptomatic heart failure, left atrial enlargement, pulmonary hypertension, and a high rate of atrial fibrillation.

Key words: mitral valve, mitral valve replacement, posterior leaflet

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý van hai lá (VHL) là bệnh van tim phổ biến ở các nước đang phát triển. Ngày nay, phẫu thuật thay van hai lá đã trở thành thường quy ở các trung tâm tim mạch trong cả nước. Trong đó, chức năng của tim sau phẫu thuật thay van hai lá phụ thuộc rất nhiều vào sự bảo tồn bộ máy dưới van. Nghiên cứu của Lillehei và cs (1964) áp dụng kỹ thuật bảo tồn dây chằng tối thiểu đã giảm tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật thay VHL kinh điển từ 37% xuống còn 14% [1]. Mặt khác, khi bảo tồn bộ máy dưới van giúp hạn chế tỷ lệ vỡ thất trái và cải thiện chức năng tâm thu thất trái sau phẫu thuật. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bệnh van hai lá được phẫu thuật thay van hai lá cơ học có bảo tồn lá sau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm 87 bệnh nhân (BN) bệnh VHL được phẫu thuật thay VHL cơ học

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân Y

²Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Bình

Email: Thanhbinh7713@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2021

Ngày duyệt bài: 7.7.2021

có bảo tồn lá sau tại bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 03/2015 đến tháng 09/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- BN bệnh van hai lá có chỉ định phẫu thuật.
- Bệnh nhân được phẫu thuật thay van 2 lá cơ học có bảo tồn lá sau, có thể kèm theo sửa van ba lá.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân có đủ hồ sơ, bệnh án

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân thay van 2 lá kết hợp với thay van động mạch chủ (ĐMC), và/hoặc bắc cầu chủ vành.
- Bệnh nhân thay van 2 lá kết hợp với các can thiệp khác (ngoại trừ sửa van 3 lá)
- Bệnh nhân không đủ hồ sơ, bệnh án

Phương pháp nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện các BN đủ tiêu chuẩn cho vào nhóm nghiên cứu.

BN bệnh VHL được lựa chọn có hoặc không có hở van ba lá kèm theo.

Chẩn đoán bệnh VHL trên siêu âm dựa theo tiêu chuẩn của hội hình ảnh tim mạch Châu Âu năm 2017 [2].

Chỉ định phẫu thuật thay VHL ở bệnh nhân hẹp, hở VHL theo tiêu chuẩn ACC/AHA năm 2014 [3].

Chỉ tiêu đánh giá: tuổi, giới, phân độ suy tim NYHA, triệu chứng lâm sàng, điện tim, xquang ngực, siêu âm tim.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng. Có 87 BN đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu, với độ tuổi trung bình 46,9 ± 9,4 tuổi, nữ giới chiếm 72,4%.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân

Chỉ tiêu	Thông số
Giới nữ, n (%)	63 (72,4)
BN < 60 tuổi, n (%)	82 (94,3)
Tiền sử nông van, n (%)	5 (5,7)
Tiền sử sửa van, n (%)	2 (2,3)
Chỉ số BMI, n (%)	
BMI < 18,5	28 (32,2)
18,5 ≤ BMI ≤ 23	44 (50,6)
BMI > 23	15 (17,2)
BSA, (X ± SD)	1,5 ± 0,1
NYHA, n (%): I	2 (2,3)
II	38 (43,7)
III	46 (52,9)
IV	1 (1,1)
Triệu chứng lâm sàng, n(%)	
Ho	17 (19,5)
Khó thở	72 (82,8)
Đau ngực	56 (64,4)
Khái huyết	3 (3,4)
Tắc mạch	3 (3,4)

*BMI: Chỉ số khối cơ thể (body mas index); BSA: Diện tích bề mặt cơ thể (body surface area); NYHA: Phân độ suy tim theo (theo New York Heart Association)

Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm X quang, điện tâm đồ

Đặc điểm		Số BN, n (%)	
X quang	Chỉ số tim lồng ngực	≤ 50%	13 (14,9)
		> 50-60%	44 (50,6)
		> 60%	30 (34,5)
	Cung động mạch phổi	72 (82,8)	
	Cung tiêu nhĩ trái	61 (70,1)	
Điện tim	Bờ phải tim	54 (62,1)	
	Nhịp xoang	49 (56,3)	
	Rung nhĩ	38 (43,7)	
	Dẫn nhĩ trái	43 (49,4)	
	Dày thất phải	25 (28,7)	

Bảng 3.3. Đặc điểm siêu âm tim

Đặc điểm siêu âm tim (n = 87)	Trung bình ± SD	Min – Max
Đường kính nhĩ trái (mm)	50,9 ± 7,9	40,0-78,0
Huyết khối nhĩ trái, n (%)	10 (11,5)	
LVEDd (mm)	47,7 ± 7,8	34,0-68,0
LVESd (mm)	34,7 ± 7,4	23,0-54,0
Giãn thất phải, n(%)	32 (36,8)	
TAPSE (mm)	20,0 ± 4,5	8,0-29,0
Áp lực ĐM phổi tâm thu (mmHg)	52,0 ± 16,7	25,0-120,0
LVEF (%)	52,8 ± 8,2	32,0-67,0

*LVEDd: đường kính thất trái cuối tâm trương; LVESd: đường kính thất trái cuối tâm thu. LVEF: phân suất tống máu thất trái. TAPSE: biên độ dịch chuyển của vòng van ba lá

Bảng 3.4. Đặc điểm tình trạng van 2 lá, hở van 3 lá trên siêu âm

Chỉ tiêu	Số BN (n = 87)
Tình trạng lá van hai lá, n (%)	
Mềm mại	8 (9,2)
Xơ dày	78 (89,7)
Dính mép	70 (80,5)
Vôi hóa	31 (35,6)
Sùi	0
Hở van 3 lá, n (%)	
1/4	38 (43,8)
2/4	43 (49,4)
3/4	5 (5,7)
4/4	1 (1,1)

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 87 bệnh nhân bệnh VHL được phẫu thuật thay VHL cơ học có bảo tồn lá sau với độ tuổi trung bình 46,9 ± 9,4 tuổi;

94,3% bệnh nhân dưới 60 tuổi; đây là độ tuổi lao động chính của xã hội. Độ tuổi nhóm nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước và các nước đang phát triển [4][5]. Bệnh lý van hai lá hậu thấp là hậu quả của bệnh thấp tim mắc phải trong thời kỳ thiếu niên phổ biến từ 5 – 15 tuổi, cần ít nhất 2 năm từ đợt thấp tim đầu tiên đến khi có biểu hiện lâm sàng của bệnh lý van hai lá hậu thấp [5]. Nếu bệnh nhân thấp tim không được điều trị phòng ngừa tái nhiễm liên cầu từ đợt thấp tim đầu tiên thì các đợt thấp tim tái phát sau đó sẽ tiếp tục hủy hoại mô tim, giải thích vì sao bệnh lý van tim hậu thấp lại chiếm tỷ lệ cao ở lứa tuổi lao động như các kết quả trên. Nữ giới chiếm 72,4% phù hợp với đặc điểm mô hình bệnh thấp tim ở các nước đang phát triển.

Phân độ suy tim trước mổ theo NYHA, có 43,7% NYHA II; 52,9% NYHA III; chỉ có 1,1% NYHA IV và 2,3% NYHA I. Mức độ suy tim theo NYHA là một tiêu chuẩn để tiên lượng sau phẫu thuật cho bệnh nhân, theo các tác giả Châu Âu: NYHA độ III tỷ lệ sống còn 62% sau 5 năm và 38% sau 10 năm [5]. Triệu chứng lâm sàng chính là khó thở (82,8%); đau ngực (64,4%). Tại Việt Nam, bệnh nhân thường phẫu thuật muộn do phát hiện bệnh muộn, điều trị nội khoa kéo dài, kèm theo tâm lý ngại phẫu thuật và điều kiện kinh tế hạn chế. Đối với bệnh nhân Việt Nam thì điều kiện kinh tế là một lý do quan trọng vì cho đến nay chi phí cho một ca phẫu thuật thay VHL còn quá lớn so với thu nhập của đại bộ phận người dân đặc biệt là bệnh nhân ở nông thôn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số tim/lồng ngực trên 50% chiếm 85,1% (50 - 60% chiếm 50,6%, > 60% chiếm 34,5%). Kết quả trên cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đặng Hanh Sơn với tỷ lệ chỉ số tim/lồng ngực > 50% chiếm 90% [4]. Chúng tôi ghi nhận 43,7% bệnh nhân bệnh VHL có rung nhĩ trước mổ. Theo ACC/AHA và Hội Tim mạch học Việt Nam: tỷ lệ rung nhĩ tăng dần theo tuổi, trung bình tỷ lệ mới mắc rung nhĩ khoảng 0,1% mỗi năm ở người dưới 40 tuổi nhưng tăng lên tới 1,5 - 2% ở người trên 80 tuổi [6]. Sự xuất hiện của RN có nhiều cơ chế đã được nghiên cứu và công bố như tình trạng viêm, thiếu máu, huyết khối, thay đổi cấu trúc tim, thay đổi vi thể cơ tim, rối loạn chức năng nội mạc. Những sự thay đổi này liên quan chặt chẽ đến thời gian mắc và tiến triển của bệnh VHL, liên quan với kích thước buồng tim và sự lan rộng của xơ hóa cơ nhĩ trái. Rung nhĩ là loại rối loạn nhịp thường gặp nhất trong bệnh lý

VHL. Khi tăng áp lực nhĩ trái, đặc biệt trong hẹp VHL, áp lực buồng nhĩ trái tăng làm biến đổi cơ chất của nhĩ, dẫn đến tình trạng rung nhĩ xuất hiện [6].

Bệnh lý VHL đã làm thay đổi rõ rệt kích thước các buồng tim, áp lực động mạch phổi và chức năng tâm thu thất trái, nhiều nghiên cứu cho thấy trong trường hợp không rung nhĩ ở bệnh lý VHL thì chức năng tâm thu thất trái và áp lực động mạch phổi là hai yếu tố tiên lượng mức độ nặng sau phẫu thuật cụ thể: nếu EF% giảm (<50%) [7] và áp lực động mạch phổi tăng vừa hoặc nặng thì tiên lượng nặng sau mổ [8]. Hẹp van hai lá làm tăng áp lực nhĩ trái, sau đó tăng áp lực động mạch phổi và tăng gánh tâm thu thất phải, lâu dài sẽ dẫn đến suy chức năng tâm thu thất phải và suy tim phải.

Tình trạng tổn thương lá VHL trong mổ của các BN của chúng tôi bao gồm phần lớn các lá xơ dày, dính mép van (89,7% và 80,5%), không có tình trạng sùi lá van. Điều này hoàn toàn phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng không có tiền sử viêm nội tâm mạc van hai lá trên các bệnh nhân của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hở van ba lá mức độ vừa và nặng trên siêu âm chiếm 56,2%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Hanh Sơn với tỷ lệ 53,4% [4]. Hở van ba lá trong bệnh lý VHL thường là cơ năng do giãn buồng thất phải gây ra và có liên quan chặt chẽ đến mức độ nặng của tổn thương VHL. Nhiều tác giả trên thế giới cũng chỉ ra rằng giãn vòng van là đặc trưng của hở van ba lá. Các nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ hở van ba lá kèm theo chiếm từ 60%-90% các trường hợp vào viện thay VHL nhân tạo. Theo tác giả Dreyfus và cộng sự, vòng van ba lá bị dẫn ở khoảng 50% các bệnh nhân, ngay cả khi bệnh nhân không có hở van ba lá. Các tác giả khác báo cáo tỷ lệ chung hở van ba lá từ vừa đến nặng là 13% đến 45% bệnh nhân VHL [9].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 87 BN bệnh VHL được phẫu thuật thay VHL cơ học có bảo tồn lá sau thấy bệnh nhân là nữ giới chiếm 72,4%, bệnh nhân thường đến viện muộn khi biểu hiện suy tim đã rõ (NYHA II - III chiếm 96,6%) và tình trạng giãn nhĩ trái (đường kính trung bình $50,9 \pm 7,9$ mm), tăng áp lực động mạch phổi (trung bình $52,0 \pm 16,7$ mmHg) và tỷ lệ rung nhĩ cao (43,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lillehei C.W., M.J. Levy, and R.C. Bonnabeau (1964), Mitral valve replacement with preservation

- of papillary muscles and chordae tendineae. J Thorac Cardiovasc Surg. **47**: p. 532-43.
- Galderisi, M., et al.** (2017), Standardization of adult transthoracic echocardiography reporting in agreement with recent chamber quantification, diastolic function, and heart valve disease recommendations: an expert consensus document of the European Association of Cardiovascular Imaging, Eur Heart J Cardiovasc Imaging, **18**(12): p. 1301-1310.
 - Nishimura, R.A., et al.** (2014), 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, **129**(23): p. 2440-92.
 - Đặng Hạnh Sơn** (2009), Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật thay van hai lá bằng van cơ học Sorin tại Bệnh viện tim Hà Nội, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
 - M. Amellal et al** (2017), Rheumatic mitral valve surgery: about 1025 cases. Int. Surg. J., **4**(5): p. 1748.
 - January, C.T., et al.** (2014), 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. Circulation, **130**(23): p. e199-267.
 - Piotr Ponikowski et al** (2016), 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, European Heart Journal, **37**, 2129–2200
 - Kisamori, E., et al.** (2019), Mitral valve repair versus replacement with preservation of the entire subvalvular apparatus. Gen Thorac Cardiovasc Surg. **67**(5): p. 436-441.
 - Dreyfus, G.D., et al.** (2005), Secondary tricuspid regurgitation or dilatation: which should be the criteria for surgical repair? Ann Thorac Surg., **79**(1): p. 127-32

THỰC TRẠNG SINH CON THỨ 3 TRỞ LÊN VÀ NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI MỘT SỐ XÃ HUYỆN NAM TRỰC, TỈNH NAM ĐỊNH

Đỗ Thị Mai*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong những năm qua, công tác Dân số - Kế hoạch hóa gia đình (DS – KHHGD) tại huyện Nam Trực, tỉnh Nam Định đã đạt được những thành tựu đáng kể. Tuy nhiên tỷ lệ này vẫn còn khá cao so với các địa phương khác trong tỉnh và các địa phương khác. Mục tiêu: mô tả thực trạng sinh con thứ 3 trở lên và những yếu tố ảnh hưởng đến việc sinh con thứ 3 trở lên tại địa bàn nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** điều tra, phỏng vấn 100% các cặp vợ chồng sinh con thứ 3 trở lên từ 1/6/2020 đến 01/3/2021) đang sinh sống và có hộ khẩu thường trú tại 2 xã Diên Xá và Nam Toàn, huyện Nam Trực, tỉnh Nam Định. Có 38 người vợ và 35 người chồng đồng ý tham gia điều tra, phỏng vấn. **Kết quả:** có 47,4% người vợ và 54,3% người chồng cho rằng nguyên nhân sinh con thứ 3 trở lên là do muốn đông con; 47,4% người vợ và 42,9% người chồng cho rằng lý do sinh con thứ 3 trở lên là do gia đình có điều kiện kinh tế; 31,6% người vợ và 31,45% người chồng đưa ra lý do là do vỡ kế hoạch; 28,9% người vợ và 37,1% người chồng do muốn có con trai để nối dõi; 21,1% người vợ và 25,7% người chồng do không hiểu biết về pháp lệnh dân số. Trong đó lứa tuổi 30 – 40 của người chồng chiếm 60%; 57,9% người vợ có độ tuổi 20 - 29, trình độ học vấn THCS và Trung cấp trở lên ở người chồng chiếm tỷ lệ bằng nhau (28,6%); trình độ

học vấn của người vợ đa số là THCS 42,1%), nghề nghiệp chủ yếu của người chồng là buôn bán (60%), của người vợ là 47,3% là làm nội trợ. **Kết luận:** Để giảm tỷ lệ người sinh con thứ 3 trở lên một cách bền vững, cần phải tăng cường công tác tuyên truyền, vận động trong nhân dân; chăm lo an sinh xã hội; tăng cường trách nhiệm của các cấp lãnh đạo và kiện toàn đội ngũ làm công tác DS – KHHGD.

Từ khóa: Dân số - kế hoạch hóa gia đình

SUMMARY

THE SITUATIONS AND REASONS OF GIVING BIRTH MORE THAN TWICE IN SEVERAL COMMUNES OF NAM TRUC DISTRICT IN NAM DINH PROVINCE

Over the past few years, Population and Family Planning (PFP) practices in Nam Truc district of Nam Dinh province have gained considerable achievements. However, birth rate remains higher here than in the other districts of the province as well as other provinces. **Objective:** To describe the situations of more-than-two-child birth and what influence within the studied area. **Methodology:** Study and interview 100% of the families who give birth more than twice between June 01, 2020 and March 01, 2021 and are living in Dien Xa and Nam Toan communes of Nam Truc District, Nam Dinh province. 38 wives and 35 husbands among them agreed to join in the interview. Results: 47.4% of wives and 54.3% of husbands take the desire of crowded family as a reason; 31.6% of wives and 31.45% of husbands talked about unexpected birth; 28.9% of wives and 37.1% of husbands wished to have baby boys to perpetuate their family lineage; 21.1% of wives and 25.7% of husbands said to have no awareness of population

*Trường đại học điều dưỡng nam định

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Mai

Email: domaiytcd@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2021

Ngày duyệt bài: 12.7.2021