

- Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2018;36(11):1143-1169. doi:10.1200/JCO.2017.75.7385
3. **Steuer CE, El-Deiry M, Parks JR, Higgins KA, Saba NF.** An update on larynx cancer. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2017;67(1):31-50. doi:10.3322/caac.21386
 4. **Jenckel F, Knecht R.** State of the Art in the Treatment of Laryngeal Cancer. Anticancer Res. 2013;33(11):4701-4710.
 5. **Đoàn Thị Hồng Nhật, Lê Minh Kỳ.** Kết quả phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhân tạo hình kiểu Tucker. Published online 2018.
 6. **Di Nicola V, Fiorella M, Spinelli D, Fiorella R.** Acoustic analysis of voice in patients treated by reconstructive subtotal laryngectomy. Evaluation and critical review. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2006;26(2):59-68.
 7. **Quản Thành Nam, Lê Minh Kỳ.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thanh quản bán phần kiểu Tucker trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn T1b, T2 tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. Published online 2013.
 8. **Gökhan Demir M, Paksoy M, Şanlı A, et al.** Subjective and objective evaluation of voice and pulmonary function in partial laryngectomised patients. Integr Cancer Sci Therap. 2016;3(1). doi:10.15761/ICST.1000168
 9. **Phạm Văn Hữu.** Nghiên cứu hình thái lâm sàng, nội soi đối chiếu với kết quả phẫu thuật của ung thư thanh quản giai đoạn sớm. Published online 2008.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ VÀ ỨNG DỤNG KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN NGOÀI PHỨC MẠC (TEP) ĐẶT LƯỚI NHÂN TẠO 3D ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH HAI BÊN Ở NGƯỜI LỚN

Nguyễn Văn Phước*, Hà Văn Quyết**,
Đào Quang Minh*, Vũ Ngọc Sơn***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh lý và ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (Total Extraperitoneal - TEP) đặt lưới nhân tạo 3D điều trị thoát vị bẹn hai bên ở người lớn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 60 bệnh nhân (BN) trên 18 tuổi được chẩn đoán là thoát vị bẹn (TVB) hai bên và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi TEP đặt lưới nhân tạo 3D tại Bệnh viện Thanh Nhân, từ tháng 01/2017 đến tháng 11/2020. **Kết quả:** 100% BN nam, tuổi trung bình 51,0. TVB trực tiếp chiếm đa số với 63,3%. Phân loại theo Nyhus loại I 3,3%, loại II 26,7%, loại IIIA 63,3% và IIIB là 6,7%. 91,7% phẫu tích tạo khoang trước phúc mạc (PM) bằng ngón tay và khí CO₂. 63,3% túi thoát vị được đẩy vào trong ổ bụng. 80,0% sử dụng lưới 3D loại nhỏ, 1 trường hợp (1,7%) phải khâu cố định lưới. Tai biến 15%. 1,7% thêm 1 trocar. Thời gian đặt lưới trung bình 21,1 phút, thời gian phẫu thuật trung bình 74,9 phút. **Kết luận:** PTNS hoàn toàn ngoài phúc mạc đặt lưới nhân tạo 3D là phương pháp khả thi, an toàn trong điều trị thoát vị bẹn hai bên ở người lớn.

SUMMARY

PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND APPLICATION OF LAPAROSCOPIC TOTALLY

*Bệnh viện Thanh Nhân

**Bộ môn ngoại – ĐHYD Hải Phòng

***Trung tâm PTTH – BVTW 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phước

Email: drphucbvtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 12.7.2021

EXTRAPERITONEAL USING 3D MESH TO TREAT BILATERAL INGUINAL HERNIA IN ADULTS

Objective: This study aimed to describe pathological characteristics and application of laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) using 3D mesh to treat bilateral inguinal hernia in adults. **Methods:** Descriptive study 60 patients with bilateral inguinal hernias undergoing laparoscopic TEP surgery using 3D mesh at Thanh Nhan Hospital from January 2017 to November 2020. **Results:** All the patients were male, mean age were 51.0 years. Direct hernias were more commons comprising of 63.3%. Classification according to Nyhus type I 3.3%, type II 26.7%, class IIIA 63.3% and IIIB 6.7%. 91.7% preperitoneal cavity were dissection with finger and CO₂. 63.3% of the hernia sac was pushed into the abdomen. The small 3D mesh was used in most case (80%), 1 case (1,7%) was stitched fixation mesh. Intraoperative complications were 15%. 1.7% must be additional trocar. The average mesh put time was 21.1 minutes. The mean operative time was 74.9 minutes. **Conclusion:** TEP laparoscopic surgery using 3D mesh is a safe, feasible, and effective method in bilateral inguinal hernia in adults.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TVB là tình trạng bệnh lý phổ biến xảy ra ở khoảng 1 - 5% dân số nói chung, trong đó 15 - 20% là TVB hai bên. Phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị TVB lần đầu được báo cáo bởi Ger năm 1982. Kể từ đó đến nay, bên cạnh những cải tiến về kỹ thuật, sự ra đời và phát triển của lưới nhân tạo cũng tạo ra những thay đổi mang tính cách mạng trong điều trị TVB. Năm 1999, W. Bell [1] lần đầu tiên sử dụng tấm lưới nhân tạo 3D với

hình dáng uốn đồng nhất theo cấu trúc giải phẫu của vùng bẹn trong PTNS điều trị TVB. Kể từ đó nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy việc sử dụng tấm lưới nhân tạo 3D trong điều trị bệnh lý TVB là an toàn, hiệu quả cũng như tỷ lệ đau sau mổ thấp và tỉ lệ tái phát thấp [1].

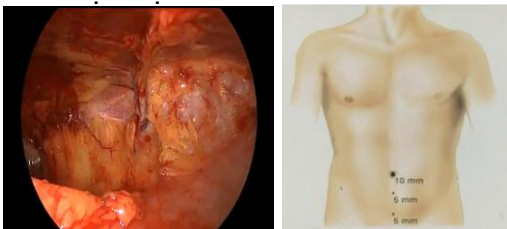
Mặc dù vậy, đối với các trường hợp TVB hai bên, cho đến nay vẫn còn nhiều tranh luận trong vấn đề lựa chọn chiến thuật điều trị (phẫu thuật đồng thời hay từng bên một), phương pháp tiếp cận (mổ mở, phẫu thuật TEP hay TAPP), lựa chọn lưới nhân tạo,...[2],[3]. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm bệnh lý và ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) đặt lưới nhân tạo 3D điều trị thoát vị bẹn hai bên ở người lớn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 60 BN trên 18 tuổi được chẩn đoán là TVB hai bên và được điều trị bằng PTNS hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) đặt lưới nhân tạo 3D (3D MAXTM Mesh) tại Bệnh viện Thanh Nhàn, từ tháng 01/2017 đến tháng 11/2020.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

Quy trình kỹ thuật: BN được gây mê nội khí quản. Trocar đầu tiên với đường kính 10mm được đặt tại rốn, bóc tách tạo khoang trước PM bằng ngón tay và bơm khí CO₂. Đặt 2 trocar 5mm còn lại ở vị trí như Hình 1.



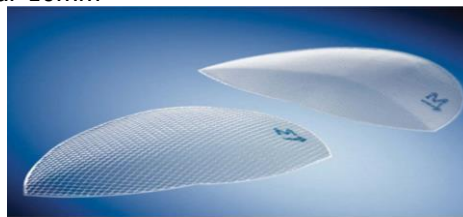
Hình 1. Tạo khoang trước phúc mạc và vị trí đặt các trocar

- Phẫu tích khoang trước PM và xử lý túi thoát vị bên phải (Hình 2): Phẫu tích khoang trước PM bên phải, bóc lộ được đường cung bên của nếp PM, bó mạch thượng vị dưới bên phải và thành bụng bên đến bờ dưới của cơ thắt lưng chậu. Đối với TVB trực tiếp, tiến hành đẩy túi thoát vị vào trong ổ bụng. Đối với TVB gián tiếp, tiến hành thắt và cắt tại cổ túi thoát vị.

- Đổi vị trí phẫu thuật viên, phẫu tích khoang trước PM và xử lý túi thoát vị bên trái, tương tự bên phải.

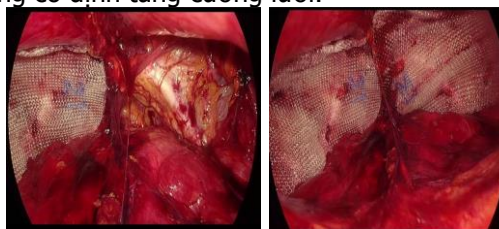
- Đặt lưới nhân tạo: Sử dụng loại lưới polypropylene 3D MAXTM Mesh của hãng Bard – Davol (Pháp), kích thước 8,5 x 13,7cm (lưới nhỏ) hoặc 10,8 x 16cm (lưới to). Sau khi khoang trước

PM vùng bẹn hai bên được phẫu tích đủ rộng, tiến hành đưa hai lưới nhân tạo 3D vào qua trocar 10mm



Hình 3. Lưới nhân tạo 3D MaxTM Mesh

Đặt lưới 3D sao cho bờ trên của lưới được đặt đủ xa về phía trước để che phủ toàn bộ lỗ cơ lược (khoảng cách từ các bờ của lưới tới lỗ cơ lược ít nhất 2,5–3cm). Chúng tôi không chú động cố định tăng cường lưới.



Hình 5. Đặt lưới nhân tạo 3D hoàn toàn ngoài phúc mạc

- Xả khí CO₂ dưới sự quan sát trực tiếp của camera, khâu đóng các lỗ trocar

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm bệnh lý: Tuổi, giới, tiền sử phẫu thuật vùng bụng, BMI, phân loại TVB theo vị trí giải phẫu (trực tiếp, gián tiếp), theo Nyhus, đường kính lỗ thoát vị.

- Ứng dụng kỹ thuật mổ: Phương pháp phẫu tích tạo khoang trước PM, cách xử lý TV, kích thước lưới 3D, có cố định lưới tăng cường không, tai biến, thêm trocar/ chuyển phương pháp, thời gian đặt và cố định lưới, tổng thời gian phẫu thuật.

Phân tích số liệu: Số liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 60 BN TVB hai bên (120 túi thoát vị) được điều trị bằng PTNS hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) đặt lưới nhân tạo 3D trong thời gian nghiên cứu:

Đặc điểm bệnh lý (Bảng 1): 100% BN nam giới, tuổi trung 51,0 tuổi. 6,7% có tiền sử phẫu thuật vùng bụng. BMI trung bình 21,6 kg/m². TVB trực tiếp 63,3%, TV gián tiếp 36,7%. 60% BN có TVB 2 bên cùng là trực tiếp, 33,3% cùng gián tiếp và 6,7% phân loại TVB 2 bên khác nhau. Phân loại Nyhus I là 3,3%, II 26,7%, IIIA 63,3% và IIIB là 6,7%. Đường kính túi TV từ 1,5 - < 3cm chiếm 76,7%.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh lý

Tuổi	51,0 ± 19,0 (18 - 84 tuổi)	
Giới	100% nam	
Tiền sử phẫu thuật bụng	PTNS cắt ruột thừa: 3,3%; PTNS cắt túi mật: 1,7% Mổ mở cắt ruột thừa: 1,7%	
Chỉ số BMI	21,6 ± 2,4 (17,0 - 27,6 kg/m ²)	
Phân loại theo vị trí giải phẫu (n = 120 túi TV)	TVB trực tiếp: 76 (63,3%) Gián tiếp: 44 (36,7%)	
Tương quan TVB hai bên trên một BN (n = 60 BN)	2 bên cùng TVB trực tiếp: 36 (60,0%) 2 bên cùng TVB gián tiếp: 20 (33,3%) 1 bên trực tiếp, 1 bên gián tiếp: 4 (6,7%)	
Phân loại theo Nyhus (n = 120 túi TV)	Loại I: 4 (3,3%) Loại IIIA: 76 (63,3%)	Loại II: 32 (26,7%) Loại IIIB: 8 (6,7%)
Đường kính lỗ thoát vị (n = 120 túi TV)	< 1,5 cm: 16 (13,3%) 1,5 - < 3 cm: 92 (76,7%) ≥ 3 cm: 12 (10%)	

Ứng dụng kỹ thuật mổ (Bảng 2): 91,7% phẫu tích tạo khoang trước PM bằng ngón tay và khí CO₂. 63,3% túi TV được đẩy vào trong ổ bụng. 80,0% sử dụng lưới 3D loại nhỏ, 98,3% không cần cố định lưới. Tai biến 15%. 1,7% thêm 1 trocar. Thời gian đặt lưới trung bình 21,1 phút, thời gian phẫu thuật trung bình 74,9 phút.

Bảng 2. Đặc điểm kỹ thuật

Tạo khoang trước PM (n = 60 BN)	Lóc tách bằng ngón tay và khí CO ₂ : 55 (91,7%) Bằng bóng chuyên dụng: 2 (3,3%) Kết hợp ngón tay + khí CO ₂ + móc điện: 3 (5%)
Xử lý túi thoát vị (n = 120 túi TV)	Đẩy túi TV vào trong ổ bụng: 76 (63,3%) Thắt và cắt tại cổ túi TV: 44 (36,7%)
Kích thước lưới 3D (n = 120 túi TV)	Lưới nhỏ: 96 (80,0%) Lưới to: 24 (20,0%)
Cố định lưới	Không cố định 98,3% Khâu tăng cường 1,7%
Tai biến trong mổ (n = 60 BN)	Thủng PM: 5 (8,3%) Chảy máu nhánh ĐM thượng vị dưới: 1 (1,7%) Thủng PM và chảy máu nhánh ĐM thượng vị dưới: 1 (1,7%) Thủng PM và đứt ĐM thượng vị dưới: 1 (1,7%) Tổn thương bó mạch thừng tinh: 1 (1,7%)
Thêm trocar	1 BN (1,7%) phải thêm 1 trocar 10mm
Thời gian đặt lưới	21,1 ± 4,1 phút (15 - 40 phút)
Thời gian phẫu thuật	74,9 ± 10,4 phút (60 - 100 phút)

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi thực hiện PTNS đặt lưới nhân tạo 3D hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị TVB hai bên thành công cho 40 bệnh nhân, tuổi trung bình là 51,0 ± 19,0 tuổi, nhỏ nhất là 18, lớn nhất là 84 tuổi. 100% bệnh nhân nam giới.

Đặc điểm bệnh lý. Phân loại theo vị trí giải phẫu: TVB trực tiếp chiếm đa số với 63,3%, thoát vị gián tiếp 36,7%. Đa số BN có thoát vị bên 2 bên cùng là trực tiếp, chiếm 60,0%. 20 BN (33,3%) có thoát vị 2 bên cùng là gián tiếp và 4 BN (6,7%) có phân loại TVB hai bên khác nhau. Kết quả tương tự nghiên cứu của Aloysius [4] và Al-Shemy [5] đều thấy TVB trực tiếp 2 bên chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 75,3% và 82,5%. Các tác giả cho rằng: Các nguyên nhân mắc phải được cho là

có mối liên hệ chặt chẽ với TVB trực tiếp hai bên, bao gồm sự suy yếu ở thành sau ống bẹn (do lão hóa, tổn thương thần kinh cơ và cân cơ vùng bẹn) hoặc tăng áp lực trong ổ bụng (ho mãn tính, phì đại tuyến tiền liệt, táo bón mãn tính, làm việc chân tay nặng và nâng tạ) [4], [5].

Nhận định trong mổ thấy TVB Nyhus IIIA chiếm đa số với 63,3%, loại I chiếm 3,3%, loại II 26,7% và loại IIIB chiếm 6,7%. 76,7% túi TV có đường kính từ 1,5 - < 3 cm, 10% túi có đường kính ≥ 3cm. Đường kính trung bình túi TV Nyhus IIIB là lớn nhất (3,20 ± 0,18 cm). Chúng tôi cho rằng đối với túi thoát vị Nyhus IIIB là những thoát vị gián tiếp với sàn bẹn yếu, lỗ thoát vị lớn, dẫn đến đường kính túi thoát vị cũng lớn hơn. Do vậy, bên cạnh đường kính túi thoát vị, việc đánh giá

tổn thương cân cơ vùng sàn bẹn cũng là một trong những yếu tố quyết định trong việc lựa chọn loại lưới để đảm bảo phẫu thuật được hiệu quả, tránh thoát vị tái phát.

Ứng dụng kỹ thuật mổ. Sau khi rạch da tại cân rốn, tiến hành phẫu tích, tạo khoang trước phúc mạc, trong đó 91,7% trường hợp chúng tôi dùng ngón tay trở lóc tách và bơm khí CO₂ để tạo phẫu trường đủ rộng, đối với các trường hợp có sẹo mổ cũ, phải kết hợp móc điện để phẫu tích gỡ dính. Ngoài ra nghiên cứu có 2 BN thành bụng dày (3,3%) được tạo khoang trước PM bằng bóng chuyên dụng. Zulfiqar Hanif cho rằng sử dụng bóng bóc tách tạo khoang trước PM có ưu điểm thuận tiện, nhanh chóng và tránh được tai biến thủng PM, có thể áp dụng đối với những BN có thành bụng dày, tuy nhiên chỉ sử dụng được 1 lần và có giá thành cao [6].

Nghiên cứu có 76 túi TV trực tiếp (63,3%) sau khi bộc lộ rõ túi TV chúng tôi sử dụng một kẹp không sang chấn để phẫu tích và đẩy túi trở lại vào trong ổ bụng. Đối với 44 túi TV gián tiếp (36,7%), việc phẫu tích túi TV đi chung với thừng tinh phức tạp hơn, vì tất cả các thành phần như bó mạch thừng tinh, thần kinh sinh dục và túi TV cùng đi vào lỗ bẹn sâu. Sau khi tách được túi TV ra khỏi thừng tinh, túi thoát vị được kẹp bằng clip Hemolock và cắt bỏ túi ở vị trí gần sát lỗ bẹn sâu.

Tất cả BN được phục hồi thành bẹn mỗi bên bằng một lưới nhân tạo 3D. Đa số trường hợp (80,0%) chúng tôi sử dụng lưới 3DMax loại nhỏ. Đối với những BN có lỗ TV lớn, cơ sàn bẹn yếu hoặc ở BN cao tuổi có bệnh lý phổi hợp làm tăng áp lực ổ bụng thường xuyên, chúng tôi chủ động sử dụng lưới 3DMax với kích thước lớn cho từng bên TV với tỷ lệ 20,0%. Một trong những ưu điểm của lưới nhân tạo 3D là với cấu trúc và hình dáng uốn lượn theo với cấu trúc giải phẫu vùng bẹn nên khi tiến hành đặt lưới nhân tạo 3D vào khoang trước phúc mạc thì lưới sẽ tự ôm sát vào các cấu trúc thành sau ống bẹn để bao phủ được toàn bộ lỗ cơ lược [6]. Do vậy trong hầu hết các trường hợp (98,3%) chúng tôi không cần cố định lưới. 1 trường hợp (1,7%) phải khâu căng cường lưới qua nội soi bằng chỉ Vicryl 3/0 do lưới bị gập lại khi đặt vào khoang trước phúc mạc. Những nghiên cứu gần đây của Zulfiqar Hanif và A Acar cho rằng việc cố định là không cần thiết vì không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát, mặt khác khi cố định lưới làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh do sử dụng protack và làm tăng chi phí phẫu thuật [6]

Nghiên cứu của chúng tôi gặp 15,0% tai biến

trong mổ bao gồm: 8,3% thủng phúc mạc đơn thuần (được xử trí kẹp clip lỗ thủng), 1,7% chảy máu nhánh ĐM thượng vị dưới (được đốt điện cầm máu), 1,7% tổn thương độn dập bó mạch thừng tinh và 1,7% tổn thương đứt động mạch thượng vị dưới (phải thêm 1 trocar 10mm để hỗ trợ kẹp clip cầm máu). Theo Markus Gass, PTNS TEP hai bên có tỷ lệ tai biến trong mổ là 3,1%, cao hơn so với một bên với 1,9% ($p = 0,002$) [2]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Kockerling F. là 1,45%[7]. Krishna gặp 4,3% tổn thương động mạch thượng vị dưới trong quá trình phẫu tích tạo khoang trước phúc mạc, được xử trí đốt điện hoặc kẹp clip cầm máu [8].

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $74,9 \pm 10,4$ phút, thời gian đặt và cố định lưới trung bình là $21,1 \pm 4,1$ phút. Thời gian phẫu thuật TEP đặt lưới 3D điều trị TVB hai bên trong nghiên cứu của Krishna là $77,9 \pm 26,2$ [8], Kockerling F. là 60,3 phút [7]

Tajamul Rashid thấy thời gian đặt lưới 3D trong mổ ngắn hơn có ý nghĩa so với đặt và cố định lưới phẳng. Tác giả cho rằng sự khác biệt về thời gian đặt lưới có thể do lưới 3D dễ dàng đưa qua trocar, dễ dàng mở lưới và thao tác đặt vào đúng vị trí trong quá trình phẫu thuật [3]. Hơn nữa, việc đặt lưới 3D che phủ lỗ cơ lược bên tổn thương rất dễ dàng do cấu hình lưới được định dạng sẵn phù hợp với cấu trúc vùng bẹn. Gần như tất cả các trường hợp đặt lưới 3D không cần phải cố định lưới tăng cường [3].

V. KẾT LUẬN

PTNS hoàn toàn ngoài phúc mạc đặt lưới nhân tạo 3D là phương pháp khả thi, an toàn trong điều trị thoát vị bẹn hai bên ở người lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bell R. C. W., Price J. G. (2003).** Laparoscopic inguinal hernia repair using an anatomically contoured three-dimensional mesh. *Surg Endosc.* 17, 1784-1788.
2. **Markus Gass, Laura Rosella et al (2012).** Bilateral total extraperitoneal inguinal hernia repair (TEP) has outcomes similar to those for unilateral TEP: population-based analysis of prospective data of 6,505 patients. *Surg Endosc.* 26, 1364-1368.
3. **Tajamul Rashid, et al (2018).** A comparative study of three-dimensional mesh (3D mesh) and polypropylene mesh in laparoscopic inguinal hernia repairs in adults. *International Surgery Journal.* 5(1), 174 - 180.
4. **Aloysius U.O., Uchenna D. (2020).** Bilateral Inguinal Hernia: Epidemiology and Outcomes of Surgical Treatment in Southeast Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine.* 29(3), 401-406.
5. **Al-Shemy G., et al (2018).** Evaluation of open hernioplasty in bilateral inguinal hernia repair. *Al*

- 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