ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT THAY VAN CƠ HỌC ST. JUDE Ở BỆNH NHÂN HẸP VAN HAI LÁ

Đỗ Xuân Hai*

TÓM TẮT

Bệnh hẹp van hai lá (VHL) là bệnh hay gặp nhất trong các bệnh tim mắc phải, gặp nhiều ở nữ, nguyên nhân chủ yếu do thấp tim. Hiện nay, phương pháp điều trị bằng phẫu thuật thay VHL bằng van cơ học đã phổ biến hơn. Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân (BN) được thay VHL bằng van cơ học St.Jude, có tuổi trung bình 47,62 ± 10, BN nữ nhiều hơn nam. Trước mổ NYHA II: 83,33%. 16,66% BN có biến chứng sớm, chủ yếu là tràn dịch màng ngoài tim.

* Từ khóa: Bệnh hẹp van hai lá; Van St.Jude.

THE EARLY RESULTS OF MECHANICAL MITRAL VALUE REPLACEMENT WITH ST.JUDE IN PATIENTS WITH MITRAL STENOSIS

SUMMARY

Mitral stenosis is the most common of acquired heart diseases, common disease in women, the main cause is rheumatic fever. At present, mechanical mitral valve replacement with St.Jude is very popular treatment. 30 patients treated at 108 Hospital were selected. Mean age was 47.62 ± 10, female had higher rate than male, preoperative NYHA II was 83.33%. Early complications accounted for 16.66%, mainly pericardial effusion.

** Key words: Mitral stenosis; Saint Jude master valve.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp van hai lá là tình trạng diện tích mở van trong thì tâm trương ≤ 2 cm² (1,18 cm²/m² diện tích cơ thể), gây cản trở máu xuống thất trái do bất thường cấu trúc bộ máy VHL. Theo thống kê của Viện Tim mạch Việt Nam, bệnh hẹp VHL chiếm 40% các bệnh van tim, tỷ lệ mắc bệnh trong dân cư là 6,5‰. Hàng năm, có khoảng 100.000 người mắc bệnh về tim mạch, trong đó 60.000 BN cần được phẫu thuật. Hiện nay, cả nước mỗi năm chỉ phẫu thuật được khoảng 6.000 BN [5]. Bệnh hẹp VHL nếu không được điều trị sẽ có nhiều biến chứng như suy tim, tắc mạch ngoại vi, rối loạn nhịp, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, cục máu đông trong buồng nhĩ trái, các biến chứng ở phổi như tăng áp lực động mạch phổi, tắc động mạch phổi, viêm phổi, phù phổi, đột tử…

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị bệnh hẹp VHL, nhưng phẫu thuật thay VHL bằng van cơ học St.Jude là phổ biến ở trong nước cũng như trên thế giới.

** Học viện Quân y*

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: GS. TS. Lê Trung Hải

PGS. TS. Ngô Hoàng Linh

Nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá một số kết quả sớm về lâm sàng, cận lâm sàng của BN hẹp VHL được thay bằng van cơ học St.Jude tại Bệnh viện TƯQĐ 108.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

30 BN được phẫu thuật thay VHL bằng van cơ học St.Jude tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ 07 - 2010 đến 12 - 2010.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật.

Hình 1: Van St.Jude.

Đánh giá kết quả sớm sau mổ: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các biến chứng, khi ra viện được theo dõi theo tuần trong tháng thứ nhất, sau tháng thứ nhất, hàng tháng đến kiểm tra đến tháng thứ 6.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tuổi, giới, kỹ thuật.

BN nghiên cứu ở độ tuổi từ 22 - 59, trung bình: 47,62 ± 10, nam chiếm 36,36%.

Bảng 1:

ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT	TRUNG BÌNH	ĐỘ LỆCH CHUẨN
Thời gian thở máy giờ)	26,66	14,13
Ngày nằm hồi sức (ngày)	2,3	1,21
Thời gian rút dẫn lưu trên tim	20,24	7,45
Thời gian cặp động mạch chủ (ĐMC) (phút)	83,51	17,84

Kết quả này tương đồng với những nghiên cứu khác của Bùi Đức Phú, Đặng Hanh Sơn, Nguyễn Đức Hiền: tuổi trung bình 36,78 ± 10,25; tỷ lệ nam/nữ: 2/3; thời gian cặp ĐMC trung bình: 62,20 phút.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Bảng 2:

TRIỆU CHỨNG (n = 30)		TỶ LỆ %
Tiền sử thấp		63,33%
Tiền sử phẫu thuật van hai lá		6,7%
Mức độ suy tim	NYHA II	83,33%
	NYHA III	16,67%
Rung tâm trương		66,67%
T1 đanh		66,67%
T2 tách đôi		43,33%
Clac mở VHL (độ II, III)		90%
Loạn nhịp hoàn toàn		83,33%

Trong số 63,33% BN có tiền sử thấp tim, 94,7% không được điều trị. Thấp tim là bệnh lý tiến triển thầm lặng từ 3 - 25 năm [1], sau đợt thấp tim cấp đầu tiên, cứ một năm, VHL hẹp 0,09 - 0,32 cm² [2], do đó, cần có chiến lược dự phòng, điều trị thấp tim có hệ thống, vì độ tuổi trung bình bệnh lý VHL nặng nằm trong độ tuổi lao động. Số BN thay van mức độ suy tim chủ yếu là NYHA II (83,33%), không có BN NYHA I.

Nguyên nhân là do BN không biết mắc bệnh, khám và điều trị tại nhà, không có chỉ định thay van. Đối với NYHA IV, các triệu chứng lâm sàng thường nặng nề, biến chứng bệnh và phẫu thuật phức tạp, cần cân nhắc cụ thể khi chỉ định thay van. Loạn nhịp hoàn toàn (83,33%) là triệu chứng quan trọng khiến BN lo lắng và đi khám. Tiếng T**1** đanh, rung tâm trương là triệu chứng lâm sàng phổ biến.

Bảng 3: Các đặc điểm cận lâm sàng.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CHỦ YẾU (n = 30)		TỶ LỆ %
X quang	Hình ảnh cung nhĩ trái giãn	76,67%
	Hình ảnh tăng áp phổi (Kerley A và B)	93,33%
Điện tim	Nhịp xoang	16,67%
	Rung nhĩ	83,33%
	Giãn nhĩ trái	76,67%
	Dày thất phải	33,33%
Siêu âm	Hẹp khít	13,33%
	Hẹp nặng	86,67%
	Tăng áp lực động mạch phổi tâm thu nặng	30%
	Giãn nhĩ trái	100%
	Lá van dày, vôi hóa, dính mép van	96,67%
	Tổn thương dưới van (vòng van, dây chằng)	73,33%
	Phân suất tống máu thất trái (EF% > 63%)	60%

Hầu hết BN đều tăng áp phổi và giãn nhĩ trái, tăng áp lực động mạch phổi làm tăng nguy cơ trước và sau mổ cho BN thay VHL [8]. Tổn thương lá VHL do thấp: dày, dính, vôi hóa (96,67%), tổn thương dưới van (73,33%) là những đặc điểm quan trọng khi chỉ định thay van. Ngoài ra, 86,67% hẹp nặng lỗ VHL.

3. Kết quả sớm.

** Biến chứng sau phẫu thuật:*

83,4% BN phẫu thuật thành công. Trong số biến chứng sớm sau mổ, chủ yếu gặp tràn dịch màng ngoài tim (10%), 01 BN suy đa tạng (3,33%), được đặt bóng đối xung, ngày thứ 2 xuất hiện thiếu máu do co thắt động mạch hai chi dưới, ngày thứ 5 sau mổ tiến hành cắt cụt cẳng chân trái ở vị trí 1/3 trên. Nguyên nhân chưa rõ, khả năng do dị ứng huyết thanh truyền trong mổ. Không có BN chảy máu sau mổ phải mổ lại.

** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sau phẫu thuật:*

Đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật: khó thở (13,33%); loạn nhịp hoàn toàn (30%); nhịp tim đều, trùng với nhịp mạch (70%); hoạt động bình thường van St.Jude (100%).

Van St.Jude giúp cải thiện về huyết động, tình trạng khó thở sau mổ (13,33%) do biến chứng sớm của tràn dịch màng ngoài tim và chảy máu cũng được cải thiện, hoạt động của van St.Jude bình thường (100%) thông qua khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng với một số thông số chính như: diện tích lỗ van hiệu dụng 3,30 ± 0,56 cm² (EOA tính theo PHT), trên siêu âm 2D, hình cản âm của hai đĩa van đóng mở nhịp nhàng theo nhịp tim và trên Doppler, phổ của dòng chảy trong thì tâm trương qua VHL nhân tạo St.Jude Masters có hình dạng tương tự như van tự nhiên. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không đi sâu vào các chỉ tiêu khác.

Bảng 4: Đặc điểm cận lâm sàng.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG (n = 30)		TỶ LỆ %
Điện tim	Nhịp xoang	70%
	Rung nhĩ	30%
	Chênh áp qua van (mmHg)	4,66%

Siêu âm tim	Kích thước nhĩ trái trung bình	46,33%
	Áp lực động mạch phổi trung bình (mmHg)	36,27%
Chỉ số INR	Theo dõi dùng thuốc chống đông	3,23%

Sau phẫu thuật, các thông số siêu âm trong giới hạn bình thường. Tình trạng rung nhĩ được cải thiện do sử dụng phẫu thuật Maze ở tất cả BN có rung nhĩ, 90% BN trở về nhịp xoang. Chỉ số INR trung bình (3,23%) cho thấy vấn đề sử dụng chống đông sau mổ tốt.

KẾT LUẬN

Bệnh hẹp VHL là bệnh phổ biến, nguyên nhân chủ yếu do thấp tim (63,33%), nam chiếm 36,36%.

83,33% BN trước phẫu thuật thay van có mức độ suy tim NYHA II, triệu chứng lâm sàng điển hình.

Thay VHL bằng van cơ học St.Judes là phương pháp điều trị có hiệu quả cao cho phần lớn BN hẹp VHL. Tỷ lệ biến chứng 16,66%, trong đó, chỉ có 01 suy đa tạng đã cải thiện được huyết động, tình trạng tăng áp lực động mạch phổi và mức độ suy tim cũng được cải thiện.

Chúng tôi thấy rằng van St.Jude huyết động qua van tương tự như van tự nhiên, các thông số không có sự khác biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phú Kháng. Bệnh VHL do thấp. Lâm sàng tim mạch. NXB Y học. tr.282-305.

2. Phạm Nguyễn Vinh. Hẹp VHL. Siêu âm và bệnh lý tim mạch. NXB Y học. tr.53-62.

3. Đặng Ngọc Hùng. Điều trị ngoại khoa bệnh hẹp lỗ VHL. Bệnh học Ngoại khoa, tập 1. tr.721-731.

4. Nguyễn Lân Việt. Hẹp VHL. Thực hành bệnh tim mạch. tr.231-251.

5. Braunwald Eugene. Valvular heart disease. Braunwald: Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. W.B Sauders Company, USA. 2005, pp.1553-1615.

6. James J, Vincens, Dogan Temizer. Long - term outcome of cardiac surgery in patients with mitral stenosis and severe pulmonary hypertension. Circulation. 1995, 92, pp.137-142.

7. Kirklin, Barratt - Boyes. Mitral valve disease with or without tricuspid valve disease. Cardiac Surgery. Chirchill Livingston, USA. 2003, pp.485-553.

Ngày nhận bài: 4/6/2012

Ngày giao phản biện: 27/7/2012

Ngày giao b□n th□o in: 31/8/2012