

V. KẾT LUẬN

KHVM toàn bộ một bên là dị tật bẩm sinh thường gặp ở nam hơn nữ, với tỷ lệ khe hở bên trái: khe hở bên phải ở mức 2:1. Nghiên cứu trên 30 trẻ có KHVM toàn bộ một bên được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy phẫu thuật THVM có sử dụng hai vạt chữ Z nhỏ đảo ngược là phương pháp có nhiều ưu điểm, với tỷ lệ biến chứng sớm thấp, giảm được tình trạng thông mũi – miệng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nghiêm Chi Phương.** Khe hở môi - vòm miệng. Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt, Tập 1, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 2013: .115 - 138.
2. **Nguyễn Thị Hồng Tuyền.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật khe hở vòm miệng toàn bộ một bên theo phương pháp V-Y pushback tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba năm 2014. Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa Cấp II. 2014.
3. **Randall P, LaRossa D, McWilliams BJ, Cohen M, Solot C, Jawad AF.** Palatal length in cleft palate as a predictor of speech outcome. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(6):1254-1259; discussion 1260-1251.
4. **Salyer KE, Sng KW, Sperry EE.** Two-flap palatoplasty: 20-year experience and evolution of surgical technique. *Plast Reconstr Surg.* (2006);118(1):193-204.
5. **Seo HJ, Denadai R, Pascasio DCG, Lo LJ.** Modified double-opposing Z-plasty for patients with Veau I cleft palate: Are lateral relaxing incisions necessary? *Medicine.* 2019; 98(50):e18392.
6. **Stein MJ, Zhang Z, Fell M, Mercer N, Malic C.** Determining postoperative outcomes after cleft palate repair: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.* 2019;72(1):85-91.
7. **Timbang MR, Gharb BB, Rampazzo A, Papay F, Zins J, Doumit G.** A systematic review comparing Furlow double-opposing Z-plasty and straight-line intravelar veloplasty methods of cleft palate repair. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(5):1014-1022.
8. **Yamaguchi K, Lonic D, Lee CH, Yun C, Lo LJ.** Modified Furlow Palatoplasty Using Small Double-Opposing Z-Plasty: Surgical Technique and Outcome. *Plastic and reconstructive surgery.* 2016;137(6):1825-1831.

KẾT QUẢ THAY VAN HAI LÁ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Văn Thịnh¹, Vũ Ngọc Tú^{1,2}, Nguyễn Anh Huy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật thay van hai lá tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Từ tháng 10/2019 tới 05/2022, có 43 bệnh nhân thay van hai lá tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực bệnh viện Đại học Y Hà Nội có bệnh van tim mắc phải và đủ điều kiện tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình 55.6 ± 10.7 . Trước phẫu thuật, 34.9% bệnh nhân có tiền sử nong van hai lá, 39.5% bệnh nhân có phân độ NYHA III, IV, chỉ số tim ngực trung bình 0.6 ± 0.07 , phân suất tống máu thất trái EF $58.1 \pm 8.5\%$, áp lực động mạch phổi 48.2 ± 15.7 mmHg. Trong phẫu thuật có 74.4% bệnh nhân được thay van cơ học, 62.8% bệnh nhân được sửa ba lá hai lá kèm theo, 46.5% bệnh nhân được phối hợp khâu chân tiểu nhĩ trái, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể 109.0 ± 20.7 phút, kẹp động mạch chủ 83.0 ± 21.8 phút. Sau phẫu thuật, thời gian thở máy trung bình 25.5 ± 20.8 giờ, nằm tại phòng hồi sức 3.5 ± 1.3 ngày và thời gian hậu phẫu 12.8 ± 6.2 ngày. 79.1% bệnh nhân có sự cải thiện NYHA so với trước phẫu thuật, 1 bệnh nhân (2.3%) phải dẫn lưu màng phổi vì tràn máu, 1 bệnh nhân

(2.3%) phải nhập viện để điều chỉnh chống đông, 1 trường hợp (2.3%) chảy máu phải mổ lại, không có trường hợp nào tử vong vì nguyên nhân tim mạch. **Kết luận:** Với tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp, phẫu thuật thay van hai lá tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội là mang lại kết quả an toàn và khả quan.

Từ khóa: “Thay van hai lá”, “van hai lá nhân tạo”

SUMMARY

RESULTS OF REPLACEMENT OF MITRAL VALVE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluate early results after mitral valve replacement surgery at Hanoi Medical University Hospital. **Results:** From 10/2019 to 05/2022, 43 patients with heart valve disease had gone through mitral valve replacement at the Cardiothoracic - Thoracic Operations Unit of Hanoi Medical University Hospital with heart valve disease and were eligible to participate in the study with the average age is 55.6 ± 10.7 . Before surgeries, 34.9% of patients had a history of percutaneous balloon mitral valvuloplasty, 39.5% of patients had NYHA class III, IV, the cardiothoracic ratio 0.6 ± 0.07 , average of EF $58.1 \pm 8.5\%$, and pulmonary pulse pressure 48.2 ± 15.7 mmHg. In the surgeries, 74.4% of patients received mechanical valve replacement, 62.8% of patients received bilateral tricuspid repair, 46.5% of patients is sutured auricle of left atrium. CPB mean time 109.0 ± 20.7 minutes, and clamping the aorta 83.0 ± 21.8 minutes. After surgeries, the average time of the ventilator was 25.5 ± 20.8 hours, the average time in the ICU was $3.5 \pm$

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022

1.3 days and an average time after surgery of 12.8 ± 6.2 days. 79,1% saw an improvement in their NYHA, and 1 patient (2.3%) had to drain the pleural cavity because of hemoptysis. 1 patient (2.3%) had to be hospitalized for anticoagulation adjustment, 1 patient (2.3%) had to undergo reoperation because of bleeding. There were no cases of death due to primary vascular disease. **Conclusion:** Mitral valve replacement surgery at Hanoi Medical University hospital is bringing positive results with a low rate of complications and mortality and safety.

Keywords: "Mitral valve replacement", "prosthetic mitral valve"

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, bệnh nhân có bệnh lí van tim chủ yếu là do nguyên nhân mắc phải và phần lớn trong số đó là do hậu thấp¹. Khi bệnh van tim tiến triển qua nhiều năm điều trị nội khoa không hiệu quả và không sửa chữa được thì phải thay van tim đặc biệt là những tổn thương liên quan tới van hai lá². Thay van hai lá là phẫu thuật được phát triển đầu tiên kể từ khi tuần hoàn ngoài cơ thể được sử dụng năm 1971 tại Bệnh viện Việt Đức, giờ đây phẫu thuật này đã được thực hiện thường quy tại nhiều trung tâm phẫu thuật tim mạch tại Việt Nam^{1,3,4}.

Tuy nhiên, theo thời gian đã có nhiều sự thay đổi về chỉ định điều trị, phương tiện kĩ thuật do vậy những kết quả điều trị cũng có những thay đổi đáng kể. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã bắt đầu triển khai phẫu thuật tim hở nói chung và thay van hai lá nói riêng từ cuối năm 2019. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích tập trung mô tả bệnh cảnh lâm sàng, kĩ thuật và vật liệu nhân tạo trong mổ, đánh giá kết quả sớm, qua đó làm tiền đề thực hiện các nghiên cứu đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật này trên người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Toàn bộ bệnh nhân đã phẫu thuật thay van hai lá do bệnh van tim mắc phải, không kết hợp phẫu thuật thay van động mạch chủ, tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 10/2019 đến tháng 05/2022, có đầy đủ hồ sơ dữ liệu, không phân biệt tuổi, giới tính, tình trạng bệnh và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh van tim mắc phải:

- Không có tiền sử bệnh tim bẩm sinh
- Không có tổn thương bẩm sinh khác kèm theo (thông liên nhĩ, thông sán nhĩ thất...)
- Có tổn thương giải phẫu bệnh rõ ràng là các bệnh tim mắc phải (thấp tim, Osler, chấn thương,...)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện

2.3. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu với tinh thần trung thực, khách quan, tiến hành không nguy hiểm cho người bệnh, không ảnh hưởng đến uy tín của đồng nghiệp và cơ sở y tế.

- Người bệnh và thân nhân đồng ý và tự nguyện viết giấy cam đoan điều trị đã được hội chẩn thông qua của đơn vị phẫu thuật.

- Các thông tin liên quan đến đôi tượng nghiên cứu được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích của nghiên cứu này không thực hiện mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các kết quả được trình bày dưới dạng các bảng và biểu đồ dưới đây:

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ (n = 43)

Yếu tố		N	%
Giới	Nam	15	34.9
	Nữ	28	65.1
Tiền sử	Nong van hai lá	12	27.9
	Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn	2	4.7
	Mổ tách van	2	4.7
	Mổ thay van	1	2.3
	Rung nhĩ	33	76.7
Triệu chứng	Khó thở	29	64.4
	Mệt mỏi	22	51.2
	Đánh trống ngực	8	18.6
	Đau ngực	11	25.6
	Ho	7	16.3
	Đau tức hạ sườn phải	7	16.3
NYHA trước mổ	Phù chi dưới	2	4.7
	I,II	26	60.5
Thương tổn van	III, IV	17	39.5
	Hẹp	6	14.0
	Hở	6	14.0
	Phối hợp	30	67.3
	Khác	2	4.7
Hình thái van tim	Hậu thấp	41	95.4
	Osler	1	2.3
	Thoái hóa	1	2.3
Chỉ số tim ngực	= < 0.55	14	32.6
	0.55-0.7	26	60.4
	>= 0.7	3	7.0

Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nữ giới chiếm 65.1%, triệu chứng khi vào viện phổ biến nhất là khó thở (64.4%). Phân độ NYHA trước mổ chủ yếu là I,

II (60.5%) và hình thái van tim trên siêu âm tim qua thành ngực trước mổ chủ yếu là hậu thấp (95.4%) và tổn thương van phổi hẹp và hở van hai lá (67.3%) chiếm phần lớn nhất..

Bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số tim ngực nhỏ nhất 0.44, lớn nhất là 0.71, với giá trị trung bình 0.60 ± 0.07 . Nhóm bệnh nhân có tim lớn, chỉ số tim ngực > 0.55 chiếm 67.44%, có 3 trường hợp (6.98%) có chỉ số tim ngực từ 0.7.

Bảng 2: Đặc điểm thời gian trong và sau mổ (n = 43)

Yếu tố	Min	Max	M ± 2SD
Thời gian kẹp ĐMC (phút)	59	150	83.0 ± 21.8
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)	70	170	109.0 ± 20.7
Thời gian thở máy (giờ)	8	153	25.5 ± 20.8
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	1	7	3.5 ± 1.3
Thời gian hậu phẫu (ngày)	7	38	12.8 ± 6.2

Bảng 3: Một số đặc điểm trong mổ (n = 43)

Yếu tố	N	%	
Thay van hai lá đơn thuần	15	34.9	
Phối hợp sửa van ba lá	27	62.8	
Phối hợp bắc cầu chủ vành	1	2.3	
Khâu chân tiểu nhĩ (T)	20	46.5	
Van cơ học	32	74.4	
Van sinh học	11	25.6	
Kích cỡ van	25	2	4.7
	26	1	2.3
	27	11	25.6
	28	4	9.3
	29	15	34.8
	31	10	23.3

Phẫu thuật thay van hai lá đơn thuần trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 15 bệnh nhân (34.9%), phẫu thuật phối hợp nhiều nhất là sửa van ba lá (62.8%) do có hở ít nhất $\geq 2/4$.

Bảng 4: Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh trước và sau PT (n = 43)

Thông số	Trước PT	Sau PT	N	P
NT (mm)	48.8 ± 10.0	37.3 ± 6.8	43	0.000
Dd (mm)	46.1 ± 8.4	44.7 ± 6.9	43	0.244
Ds (ml)	33.6 ± 7.5	30.5 ± 6.9	43	0.012
EF (%)	58.1 ± 8.5	62.7 ± 7.1	43	0.002
Áp lực động mạch phổi (mmHg)	48.2 ± 15.7	29.6 ± 5.9	43	0.000

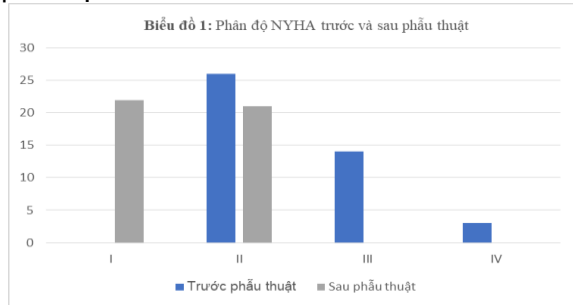
Chỉ số tim ngực	0.6 ± 0.07	0.56 ± 0.07	43	0.000
-----------------	------------	-------------	----	-------

Bảng 5: Biến chứng bệnh nhân sau phẫu thuật (n = 43)

Biến chứng	N	%
Tràn dịch màng phổi	1	2.3
Nhập viện điều chỉnh chống đông	1	2.3
Mổ lại cầm máu	1	2.3
Tử vong sớm	0	0
Hở cạnh chân van	0	0
Nhiễm trùng xương ức	0	0

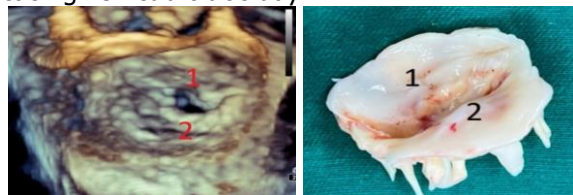
Sau phẫu thuật, có 1 bệnh nhân (2.3%) tràn dịch màng phổi cần phải dẫn lưu màng phổi, 1 trường hợp (2.3%) phải mổ lại cầm máu, 1 trường hợp (2.3%) phải nhập viện vì rối loạn đông máu. Không có trường hợp nào tử vong sớm sau mổ, và nhiễm trùng xương ức sau mổ.

Sau mổ 100% bệnh nhân trong thời gian theo dõi có phân độ NYHA I, II. Sau khi xử lý số liệu phân độ NYHA trước và sau mổ ra biểu đồ sau:



IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nữ chiếm phần lớn (65.1%), nguyên nhân phổ biến nhất gây bệnh là do hậu thấp (95.4%) và khá tương đồng so với tác giả Nguyễn Hồng Hạnh¹ (81.1%) và tác giả Lê Hoàng Văn³ (93%). Hình thái tổn thương van nhiều nhất là phối hợp cả hẹp và hở van, điều này có thể giải thích bởi bệnh van tim do thấp ở nước ta thường xuất hiện từ nhỏ, tiến triển trong thời gian dài. Tỉ lệ giới và nguyên nhân phù hợp với mô hình bệnh van tim và với các nghiên cứu trước đây.

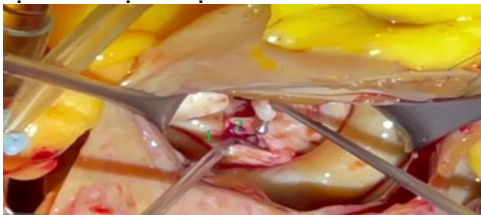


Hình A **Hình B**
Hình 1: Van hai lá bị với hóa

Hình A: Siêu âm qua thực quản van hai lá trước phẫu thuật, Hình B: Hình ảnh van hai lá trong phẫu thuật, 1: Lá trước; 2: Lá sau

Theo thời gian, việc lựa chọn loại van nhân tạo lại có những thay đổi về tuổi. Hiện nay, theo AHA 2020⁵ lấy mốc dưới 50 tuổi là mốc khuyến nghị thay van hai lá cơ học và trên 65 tuổi là mốc được khuyến nghị thay van hai lá sinh học. Độ tuổi từ 50-65 còn dựa vào một số yếu tố khác như mong muốn của bệnh nhân, độ bền của van và chống đông sau mổ. Tùy theo từng đối tượng, từng thời gian sẽ có những chỉ định thay thế phù hợp⁵. Ở nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi của bệnh nhân (55.6 ± 10.7) trong đó có 24 (55.8%) bệnh nhân trong độ tuổi 50-65, trong số đó có 4 bệnh nhân thay van hai lá sinh học. Cả 4 trường hợp bệnh nhân này bệnh nhân đều không có tiền sử rung nhĩ, mong muốn của bệnh nhân sau phẫu thuật không cần sử dụng thuốc chống đông, đã được giải thích rõ ràng về ưu điểm và nhược điểm của các loại van.

Nong van hai lá cần có đầy đủ các điều kiện⁶: Hẹp hai lá khít (diện tích lỗ van $<1.5 \text{ cm}^2$) và có triệu chứng cơ năng; Hình thái van phù hợp cho nong van theo thang điểm Wikins ≤ 8 ; Không có huyết khối trong nhĩ trái, không có hở van hai lá hoặc van động mạch chủ mức độ vừa đến nhiều và chưa ảnh hưởng tới chức năng thất trái. Nong van có nhiều ưu điểm đã đề cập ở trên nhưng cũng có thể xảy ra biến chứng như hở hai lá do rách lá van, tắc mạch, tràn dịch màng ngoài tim... Theo Arora⁷, biến chứng hở hai lá $\geq 3/4$ chiếm 30% ở những bệnh nhân tái hẹp, 11% ở lần nong van đầu tiên và tỉ lệ tái hẹp là 4.8%. Trong 12 bệnh nhân có tiền sử nong van hai lá có 1 trường hợp bệnh nhân tiền sử hẹp van hai lá đã được nong van 1 lần, khám lại phát hiện van hai lá bị tái hẹp, bệnh nhân được chỉ định nong van lần thứ 2, sau khi nong van xong bệnh nhân xuất hiện đái máu, siêu âm tim phát hiện hở hai lá nhiều sau nong van, khi phẫu thuật quan sát thấy bệnh nhân bị đứt dây chằng P2 và rách lá sau, bệnh nhân được phẫu thuật thay van hai lá sinh học và ra viện trong tình trạng ổn định. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân đã được phẫu thuật tách van tim vào năm 1989, 1995 khi mà kĩ thuật nong van hai lá chưa triển khai tại nước ta 1997 tại Viện Tim Mạch Việt Nam⁶.



Hình 2: Van hai lá bị đứt dây chằng P2 và

rách lá sau sau nong van hai lá

1: Vết rách van hai lá tại lá sau,

2: Dây chằng P2 bị đứt

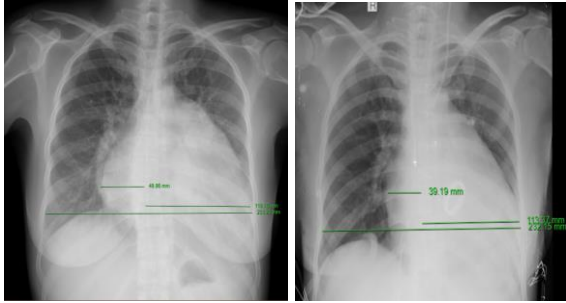
Trong bệnh lý van tim, hậu quả chung là ứ máu tại tim, từ đó gây tăng áp lực trong nhĩ trái, tăng áp lực tĩnh mạch phổi và tăng áp lực động mạch phổi. Áp lực động mạch phổi là yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ trước và sau mổ cho những bệnh nhân mổ thay van hai lá. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân thay van hai lá có áp lực động mạch phổi tâm thu ở mức độ trung bình 48.23mmHg. Sau mổ có giảm đáng kể áp lực động mạch phổi 29.56mmHg. Khá tương đồng so với tác giả Lê Hoàng Văn³ giảm từ 61.1 mmHg xuống 35.7 mmHg. Ngoài ra theo tác giả ngay sau mổ áp lực động mạch phổi sẽ giảm, tuy nhiên khi theo dõi về lâu dài, có thể áp lực động mạch phổi không trở về bình thường do có tổn thương lên hệ thống mao mạch phổi. Vì vậy có thể cần thời gian theo dõi dài hơn để có thể đánh giá chính xác được sự hồi phục của phổi sau phẫu thuật.

Trước phẫu thuật bệnh nhân có NYHA III, IV chiếm 34.9 % thấp hơn so với tác giả Đoàn Quốc Hưng⁴ (61.8%) và tác giả Lê Hoàng Văn³ (60%) là do trước khi phẫu thuật các bệnh nhân của chúng tôi đã được điều trị nội khoa tối đa, khi điều trị nội không cải thiện bệnh nhân sẽ được hội chẩn xét phẫu thuật. Sau phẫu thuật tỉ lệ NYHA I,II chiếm 100%, và tỉ lệ bệnh nhân có cải thiện NYHA là 79.07 % nhỏ hơn so với 2 tác giả Đoàn Quốc Hưng⁴ (98.7%) và Lê Hoàng Văn³ (87%).

X quang ngực thẳng cho biết những gợi ý hết sức quan trọng trong bệnh lý van hai lá, điển hình là giãn các buồng tim và ứ trệ tuần hoàn phổi. Chỉ số tim ngực trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi 0.60, lớn nhất là 0.71 nhỏ hơn so với tác giả Lê Hoàng Văn³ 0.69. Sau phẫu thuật có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê từ 0.60 xuống 0.56. Sự thay đổi này chủ yếu do thay đổi huyết động sau thay van và các phẫu thuật phổi hợp kèm theo để giảm kích thước nhĩ.

Tăng kích thước nhĩ trái làm tăng nguy cơ rung nhĩ ở bệnh nhân, đặc biệt là ở những trường hợp nhĩ trái khổng lồ (đường kính nhĩ trái $>65 \text{ mm}^6$ trên siêu âm tim). Không chỉ làm tăng nguy cơ rung nhĩ, tăng kích thước nhĩ trái ở những trường hợp nhĩ trái khổng lồ còn làm tăng tỉ lệ tử vong trong phẫu thuật. Đường kính nhĩ trái trung bình trong nghiên cứu có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê từ 48.8mm xuống 37.3 mm khá tương đồng với một số nghiên cứu khác như tác giả Đoàn Quốc Hưng⁴ giảm từ 48.8mm xuống 41.9mm, Sau khi phẫu thuật có sự giảm kích

thước đáng kể nhĩ trái, điều này được giải thích bằng sự thay đổi huyết động sau khi loại bỏ van bệnh lý, thay van nhân tạo đảm bảo hoạt động chức năng tốt và đồng thời tạo hình nhĩ trái (khâu nhỏ nhĩ trái, khâu chân tiểu nhĩ trái) đặc biệt là trong những trường hợp nhĩ trái khổng lồ sẽ giúp buồng nhĩ giảm kích thước đáng kể giúp giảm dòng máu ứ đọng, giảm tạo thành huyết khối tái phát.

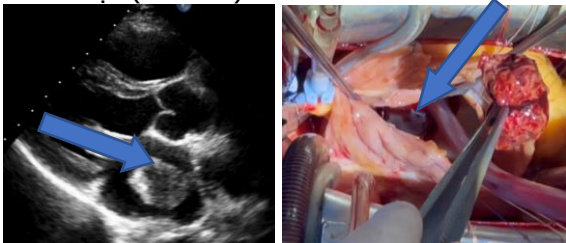


Hình A

Hình B

Hình 3: Xquang trước phẫu thuật với hình ảnh tim to với chỉ số tim/lồng ngực 0.71 và sau phẫu thuật với chỉ số tim/lồng ngực 0.65

Trong số bệnh nhân của chúng tôi có 33 bệnh nhân (76.74%) có rung nhĩ khá tương đồng với tác giả Đoàn Quốc Hưng⁴ (69.7%) và tác giả Kobayashi⁸ (78%). Chính tỉ lệ này cũng là một yếu tố ảnh hưởng tới việc quyết định lựa chọn loại van thay thế cho bệnh nhân chủ yếu là van cơ học (74.41%).



Hình 4: Huyết khối nhĩ (T) trên siêu âm tim (mũi tên)

Trong bệnh van hai lá, nhĩ trái thường rất lớn và đây là một trong các nguyên nhân tạo dòng máu ứ đọng trong nhĩ tạo nên huyết khối. Có 10 (23.3%) bệnh nhân trong đề tài có huyết khối nhĩ trái/ tiểu nhĩ trái, trong đó có 1 trường hợp tiền sử hẹp van hai lá, tai biến mạch não đó 1 tháng đi khám và điều trị phát hiện có huyết khối nhĩ trái. Quá trình lấy huyết khối chúng tôi lưu ý hạn chế tối đa tác động vào tim khi đang đập, che phủ lỗ tĩnh mạch phổi van hai lá khi lấy. Tỉ lệ này khá tương đồng với tác giả Đoàn Quốc Hưng⁴ (14.5%) và tác giả Kobayashi⁸ (14%), tất cả các trường hợp này đều được khâu chân tiểu nhĩ (T), ngoài ra có thêm 10 trường hợp khác

cũng được khâu với mục đích thu nhỏ nhĩ trái do nhĩ trái dẫn quá to.

Thời gian kẹp chủ trung bình 83.0 ± 21.8 phút và thời gian chạy CEC trung bình 109.0 ± 20.7 phút khá tương đồng với các tác giả Đoàn Quốc Hưng⁴ 88.7 ± 20.9 phút và 113.5 ± 25.4 phút và tác giả Nguyễn Hồng Hạnh¹ 75.2 ± 22 phút và 96.5 ± 26.2 phút.

Sau mổ có sự cải thiện đáng kể EF, áp lực động mạch phổi và đường kính nhĩ trái ($p < 0.05$). Thời gian nằm tại phòng hồi sức và hậu phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi (3.5 ± 1.3 ngày) và (12.8 ± 6.2 ngày) khá tương đồng so với tác giả Đoàn Quốc Hưng⁴ (2.0 ± 1.7 ngày) và (11.8 ± 2.9 ngày).

Trong nghiên cứu, có 1 trường hợp (2.3%) tràn dịch màng phổi mức độ nhiều cần phải dẫn lưu màng phổi, không bệnh nhân tử vong sớm trong thời gian nghiên cứu do nguyên nhân tim mạch, 1 trường hợp (2.3%) chảy máu phải mổ lại tuy nhiên khi mở ra kiểm tra kĩ không phát hiện ra điểm chảy máu rõ ràng. Tỉ lệ này ở nghiên cứu của tác giả Đoàn Quốc Hưng⁴ với tỉ lệ tử vong (1.3%), dẫn lưu màng phổi 28.9%, và mổ cầm máu lại 11.9%, còn tác giả Kobayashi⁸ tỉ lệ tử vong là 4.1%. Có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ, thời gian theo dõi chưa dài nên có được tỉ lệ này.

Sau phẫu thuật, kết quả siêu âm tim cho kết quả 100% đều được đánh giá tốt, không có trường hợp nào hở cạnh chân van, đây là một yếu tố quan trọng giúp diễn biến bệnh nhân cải thiện triệu chứng sau mổ.

Như vậy, nhóm bệnh nhân của chúng tôi bước đầu cũng cho thấy được những kết quả khả quan sau mổ giai đoạn 09/2019 – 05/2022, mặc dù đơn vị mới được thành lập và phẫu thuật tim hở mới được triển khai.

V. KẾT LUẬN

Với tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp, phẫu thuật thay van hai lá tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội là mang lại kết quả an toàn và khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Hạnh. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay van hai lá cơ học đơn thuần tại trung tâm Tim mạch Bệnh viện E. Phẫu Thuật Tim Mạch Và Lồng Ngực Việt Nam. 2012;01.
2. WHO Technical Report Series. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: Report of a WHO expert panel. WHO. 2004;(Geneva 29.10-1.11.2001).
3. Lê Hoàng Văn. Kết quả bước đầu thay van sinh học tại BV 175. VJCTS. 5:12-16.
4. Đoàn Quốc Hưng. Kết quả phẫu thuật thay van hai lá do hẹp bằng van nhân tạo cơ học ATS tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Vietnam

- Med J. 2021.
5. **Otto CM, Nishimura RA.** 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. Journal of the American College of Cardiology. 2021;77(4).
 6. **Đinh Thị Tuyết Lan.** Nghiên cứu kết quả nong van hai lá bằng bóng inoue ở bệnh nhân hẹp hai lá có rung nhĩ. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội. 2008. 24-25
 7. **Arora R, Kalra GS, Singh S, et al.** Percutaneous transvenous mitral commissurotomy: immediate and long-term follow-up results. Catheter Cardiovasc Interv Off J Soc Card Angiogr Interv. 2002;55(4):450-456.
 8. **Junjiro Kobayashi, MD KB MD.** Early and late stroke after mitral valve replacement with a mechanical prosthesis: Risk factor analysis of a 24-year experience. J Thorac Cardiovasc Surg. 2003.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GÃY KÍN GALEAZZI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Mạnh Tiến¹, Vũ Trường Thịnh², Lương Minh Diễm³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị gãy kín Galeazzi ở người trưởng thành bằng phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín Galeazzi trên 18 tuổi đã được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức - Hà Nội từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2020. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 18 đến 40 tuổi (72,6%), trong đó nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn (66%); tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt là nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (88,7%) và loại tổn thương gãy xương đơn thuần không kèm chấn thương cơ quan lớn kèm theo chiếm tỉ lệ cao nhất (69%). Cơ chế chấn thương gián tiếp chiếm đa số (93,5%). Kết quả chung tốt và khá chiếm tỷ lệ cao 85,6%, đạt là 9,6%, xấu là 4,8%. **Kết luận:** Gãy Galeazzi là gãy xương thường gặp trong chấn thương chi trên và ảnh hưởng đến chức năng vận động sấp ngửa bàn tay và cổ tay. Phẫu thuật kết hợp xương bên trong nhằm nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật và mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

Từ khóa: Gãy kín Galeazzi ở người trưởng thành

SUMMARY

EVALUATE SURGERY OUTCOME FOR CLOSED GALEAZZI FRACTURE IN ADULT

Introduction: The study aims to evaluate surgery outcome for closed Galeazzi fracture in adult in Viet Duc Hospital. **Subjects and methodology:** We retrospectively and prospectively described 62 Galeazzi fractures in 18 and older patients treated with surgery in Viet Duc University Hospital between

January 2018 and December 2020. **Result:** Most patients were between 18 – 40 years old (72,6%), there were more male patients (66%). Most common causes of injury was traffic accident and household accident (88,7%), 69% of the patients had isolated fracture without any concomitant injuries and indirect mechanism accounted for 93,5%. Results were mostly excellent and good (85,6%), 9,6% of the cases had fair outcome and only 4,8% had poor result. **Conclusion:** Galeazzi fracture is one the more common fractures of the upper limb, it affects the ability to prone and supine the hand and the wrist. ORIF helps anatomically reduce and stabilize the fracture to facilitate early post-operative rehabilitation which will leads to good results.

Keywords: Adult Galeazzi closed fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy Galeazzi là gãy thân xương quay và bán trật hoặc trật khớp quay trụ dưới. Ngoài ra, gãy Galeazzi còn có một số tên gọi khác như: gãy Monteggia ngược, gãy Piedmont, gãy Darrach - Hughston – Milch.¹ Gãy Galeazzi có thể bị bỏ sót vì không phát hiện trật khớp quay trụ dưới. Điều này dẫn đến nguy cơ khớp giả, cal lệch xương quay và mất vững khớp quay trụ dưới.¹

Trên thực tế hiện nay ở các cơ sở có chuyên khoa về chấn thương chỉnh hình khi chẩn đoán gãy Galeazzi ở người trưởng thành thì phẫu thuật là phương án được lựa chọn đầu tiên. Mặc dù vậy trong quá trình làm việc ở địa phương và học tập tại bệnh viện Việt Đức em vẫn gặp những trường hợp mà bệnh nhân được điều trị bảo tồn ở các cơ sở y tế khác. Bệnh nhân đến viện muộn sau chấn thương. Điều này làm gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật cũng như ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị.

Điều trị gãy Galeazzi ở người trưởng thành với mục đích: kết hợp xương xương quay và nắn trật khớp quay trụ dưới từ đó phục hồi trục xoay đảm bảo biên độ sấp ngửa cổ tay sau này và làm vững khớp cổ tay, ngăn ngừa tình trạng mất vững khớp quay trụ dưới, dẫn tới tình trạng thoái

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Tiến

Email: manhtien2307@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2022

Ngày duyệt bài: 23.11.2022