

BÁO CÁO KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SỬA VAN HAI LÁ TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM TRÙNG

NGUYỄN KIM ANH¹,
NGUYỄN VĂN PHAN², LÊ QUANG THỨ³
¹Bệnh viện quận Thủ Đức
²Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh
³Trường Đại học Y Dược Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật sửa van hai lá trên bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm trùng tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Những bệnh nhân được phẫu thuật sửa van hai lá trên bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm trùng tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 1995 đến năm 2015. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả.

Kết quả: Từ năm 1995 đến năm 2015 chúng tôi đã phẫu thuật được 98 trường hợp, trong đó: nam: 72, nữ: 26. Tuổi từ 4 - 63 tuổi. Vị trí viêm nội tâm mạc: Van 2 lá 71; van 2 lá - động mạch chủ 8; van động mạch chủ 16; van 3 lá 3. Thời gian theo dõi trung bình: 132 ± 18 tháng (6 - 132 tháng). Đánh giá hở van: Nhẹ 72 bệnh nhân (95%); trung bình 9 bệnh nhân (5 động mạch chủ, 4 van hai lá). Tử vong tại bệnh viện 4 (4,1%), Sốc nhiễm trùng huyết kéo dài 3; phù phổi cấp 1. Mở lại 2 (nhiễm trùng huyết kéo dài). Biến chứng: Cung lượng tim thấp 12; block A-V thoáng qua 5.

Kết luận: Viêm nội tâm mạc van cấp tính có thể được kiểm soát hiệu quả với liệu trình điều trị bằng kháng sinh trong 6 tuần. Phẫu thuật sớm trong giai đoạn cấp tính của viêm nội tâm mạc là cần thiết trong trường hợp không đáp ứng đầy đủ với điều trị nội khoa, huyết động không ổn định và những người có mảnh sùi di động lớn.

Sửa van nên được áp dụng khi thương tổn van không quá nặng. Kết quả tạo hình van là vượt trội so với thay van.

Từ khóa: Phẫu thuật sửa chữa, van hai lá, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh.

SUMMARY

RECONSTRUCTIVE SURGERY FOR ENDOCARDITIS MITRAL VALVE INCOMPETENCE

Objectives: To evaluate the results of reconstructive surgery for endocarditis Mitral valve at Heart Institute of Ho Chi Minh city in the period from 1995 to 2015.

Patients and methods of research: The heart surgery patients who had reconstructive surgery for endocarditis Mitral valve at Heart Institute of Ho Chi Minh city in the period from 1995 to 2015. According to Retrospective Description.

Results: From 1995 to 2015, we had been 98 surgical cases, including Male: 72, Female: 26. Age from 4 - 63 years old. Location of endocarditis: Mitral 71; Mitral-aortic 8; Aortic 16; Tricuspid 3. The average follow-up period is approximately 132 ± 18 months (6 - 132 months). Assessment of valvular regurgitation: Mild 72 pts (95%); Moderate 9 pts (5 aortic, 4 mitral). Hospital mortality 4 (4.1%): Persistent sepsis cardiogenic shock 3; Acute pulmonary edema 1. Reoperation 2 (persistent sepsis). Complications: Low cardiac output 12; Transient A-V block 5

Conclusion: Acute valve endocarditis can be effectively controlled with a 6-week course of antibiotic therapy. Early operation in the acute phase of endocarditis was required in cases not fully responsive to medical therapy, hemodynamically unstable, and those with big mobile vegetations.

Reconstruction surgery of valve should be applied when the lesion of valve is not too severe. The results of valve reconstruction outperform valve replacement.

Keywords: Reconstructive surgery, mitral valve, endocarditis, Heart Institute Ho Chi Minh city.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng không chỉ được điều trị nội khoa mà đôi khi còn được phẫu thuật. Có hai loại viêm nội tâm mạc: cấp tính và

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Kim Anh
Email: bs.nkanh@gmail.com
Ngày nhận: 11/10/2020
Ngày phân biện: 24/11/2020
Ngày duyệt bài: 22/12/2020

mạn tính. Viêm nội tâm mạc có thể xảy ra khi có hoặc không có bệnh van tim hiện có [2].

Phẫu thuật sửa van 2 lá được xem như phẫu thuật thường quy đối với những bệnh nhân bị hở van 2 lá [1]. Từ năm 1992 đến 2014, 2278 bệnh nhân bị hở van 2 lá nặng đã được phẫu thuật tạo hình van tại Viện Tim TP Hồ Chí Minh. Khả năng sửa được van thay đổi tùy theo bệnh lý van tim: bệnh van tim hậu thấp 77%, bệnh van tim thoái hóa 92%, hở van 2 lá do viêm nội tâm mạc 72%, hở van 2 lá do bẩm sinh 98%. Tuy nhiên, việc sửa van 2 lá trên nền bệnh nhân bị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng cấp là một thách thức lớn. Đa số các phẫu thuật viên cho rằng thay van 2 lá hơn trong trường hợp này vì có thể cắt rộng các mô nhiễm trùng [2]. Tuy vậy, với sự phát triển của kỹ thuật mổ và kinh nghiệm trong 2 thập niên trở lại đây việc sửa van 2 lá đã đem lại kết quả ngắn và dài hạn tốt [3],[4]. Nhưng cho đến hiện nay chưa có nhiều báo cáo về kết quả sửa van 2 lá trên bệnh nhân bị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng khiến cho các phẫu thuật viên nghi ngờ về tính khả thi của việc sửa van, hiệu quả và độ bền của van được sửa chữa. Do đó, chúng tôi tiến hành tổng kết số liệu và đánh giá kết quả trung hạn của phẫu thuật sửa van 2 lá trên bệnh nhân bị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật sửa van hai lá trên bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm trùng tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh.*

1. Phương pháp nghiên cứu

Từ năm 1995 đến 2015, Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh đã phẫu thuật sửa van hai lá cho 98 bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Nghiên cứu này sử dụng phương pháp hồi cứu hồ sơ bệnh án để thu thập các thông tin về nhân khẩu học, đặc điểm bệnh lý van tim, kỹ thuật điều trị và kết quả điều trị của 98 bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm trùng được phẫu thuật tim.

2. Kết quả

Từ năm 1995 đến năm 2015 chúng tôi đã phẫu thuật được 98 trường hợp, trong đó 73,5% là nam và tuổi trung bình là 27 tuổi (thấp nhất là 4 tuổi và cao nhất là 63 tuổi); có 36,7% người bệnh có rung nhĩ (AF); 80,6% người bệnh có tiền sử bệnh lý van tim. Thời gian theo dõi điều trị trung bình là 132 ± 18 tháng (6- 132 tháng).

Có đến 82,7% người bệnh đến điều trị phẫu thuật sửa van hai lá trong tình trạng viêm nội tâm mạc giai đoạn muộn, được trình bày chi tiết ở bảng 1.

Bảng 1. Vị trí viêm nội tâm mạc

Vị trí viêm nội tâm mạc	Số lượng	Tỷ lệ %
Van 2 lá	71	72,4
Van 3 lá	3	3,1
Van động mạch chủ	16	16,3
Van 2 lá - động mạch chủ	8	8,2
Tổng	98	100

Tỷ lệ bệnh nhân viêm nội tâm mạc tại van 2 lá là cao nhất, tỷ lệ bệnh nhân viêm nội tâm mạc tại van 3 lá chỉ có 3,1%. Khả năng sửa chữa van 2 lá có tỷ lệ cao nhất chiếm 72,4%, khả năng sửa chữa van động mạch chủ chỉ có 18,2%.

Bệnh lý bộ máy dưới van: Bệnh thoái hóa và bẩm sinh chỉ có ở nhóm bệnh nhân bệnh lý van 2 lá. Bệnh thoái hóa chiếm 12%, bệnh bẩm sinh chiếm 4%. Tỷ lệ hậu thấp nhóm bệnh nhân bệnh lý van 2 lá là 41%, nhóm bệnh nhân bệnh lý van 3 lá là 3%, nhóm bệnh nhân động mạch chủ là 19%.

Bảng 7. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn

Vi khuẩn	Số lượng	Tỷ lệ %
Staphylococcus	18	18,4
Streptococcus	12	12,2
Vi khuẩn Gram (-)	4	4,1
Khác	64	65,3
Tổng	98	100

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn cho thấy có 18,4% là vi khuẩn Staphylococcus, nhóm vi khuẩn chưa được phân loại là 65,3%.

Tỷ lệ phát hiện vi khuẩn khi phẫu thuật là 42,9%, trong đó: Cây máu (+) / cây van (+) là 69,1%; cây máu (+) / cây van (-) là 21,4%; cây máu (-) / cây van (+) là 9,5%.

Bảng 8. Tổn thương van hai lá khi phẫu thuật

Loại tổn thương		n	%
Viêm nội tâm mạc	Thủng lá trước	12	15,2
	Thủng lá sau	16	20,3
	Đứt dây chằng trước	48	60,8
	Đứt dây chằng sau	24	30,4
	Áp xe vòng van	2	2,5
	Mảnh sùi	72	91,1
Tổn thương phối hợp	Sự giãn nở của vòng van	48	60,8
	Sự kéo dài dây chằng	36	45,6
	Dính mép van	21	26,6
	Dính dây chằng	26	32,9
Tổng		79	100

Bảng 3 thể hiện tổn thương van hai lá khi phẫu thuật, bao gồm viêm nội tâm mạc và tổn thương phối hợp, tỷ lệ viêm nội tâm mạc dạng mảnh sùi là cao nhất 91,1%, rất ít bệnh nhân bị viêm nội tâm mạc dạng áp xe vòng van (2,5%).

Bảng 9. Các kỹ thuật phẫu thuật cho van hai lá

Kỹ thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Vá lá van	18	22,8
Cắt bỏ lá sau	10	12,7

Chuyển vị của dây chằng	48	60,8
Kỹ thuật rút ngắn dây chằng	12	15,2
Cắt mép van	21	26,6
Cắt bỏ dây chằng thứ cấp	26	32,9
Phẫu thuật cắt bỏ vòng van sau	23	29,1
Đặt vòng van	56	70,9
Tái cấu trúc vòng van	2	2,5

Tổng cộng 9 kỹ thuật phẫu thuật cho van hai lá đã được tiến hành, tỷ lệ kỹ thuật đặt vòng van chiếm 70,9% cao hơn các kỹ thuật khác, chỉ có 2,5% đối tượng nghiên cứu phẫu thuật van hai lá bằng kỹ thuật tái cấu trúc vòng van.

Bảng 10. Kết quả điều trị

Kết quả	n	%
Tử vong tại bệnh viện	Sốc nhiễm trùng huyết kéo dài	3 3,1
	Phù phổi cấp	1 1,0
Đánh giá hở van	Nhẹ	72 73,5
	Trung bình van 2 lá	4 4,1
	Trung bình van động mạch chủ	5 5,1
Biến chứng	Cung lượng tim thấp	12 12,2
	Block A-V thoáng qua	5 5,1
Mổ lại (nhiễm trùng huyết kéo dài)	2	2,0

Tỷ lệ tử vong của người bệnh điều trị phẫu thuật tim là 4,1%, tỷ lệ biến chứng cung lượng tim thấp là 12,2% cao hơn Block A-V thoáng qua. Chỉ có 2% trường hợp phẫu thuật tim phải mổ lại. Đa số bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tim là được đánh giá hở van nhẹ 73,5%.

BÀN LUẬN

Việc chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm trùng trong các bệnh nhân của chúng tôi dựa vào các triệu chứng lâm sàng theo chỉ tiêu Duke, dựa vào sự hiện diện của nhiều dấu hiệu hơn là một xét nghiệm dương tính đặc hiệu. Những kết quả bao gồm: sự xuất hiện đợt cấp của các triệu chứng lâm sàng, phối hợp với tình trạng hở van mới có hoặc đã có từ trước nhưng tiến triển nặng hơn, sự xuất hiện mảng sùi trên hình ảnh siêu âm tim hoặc một đợt suy tim cấp, không kiểm soát được nhiễm trùng, nhiễm khuẩn huyết.

Bệnh nhân được theo dõi trong khoảng thời gian trung bình từ 6 - 132 tháng tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh qua siêu âm tim và các xét nghiệm máu.

Các yếu tố nguy cơ gây viêm nội tâm mạc nhiễm trùng trên van theo thứ tự do hậu thấp, thoái hóa, bẩm sinh; hoặc nhiễm trùng từ các thuốc tĩnh mạch (10 - 72%). Điều này có thể giải thích được nguyên nhân đa phần bệnh van tim của nước ta là hậu thấp, so với nguyên nhân của các nước tiên tiến có nền y học dự phòng phát triển thì nguyên nhân của họ do thoái hóa các van. Một tỷ lệ nhỏ còn lại do bẩm sinh; và đường vào đa phần từ việc tiêm truyền các thuốc tĩnh mạch.

Trong năm 1990, Dreyfus. G - Carpentier. A và cộng sự là những người đầu tiên chứng minh được tính khả thi của việc sửa van 2 lá trên bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, họ đã giới thiệu về khái niệm phẫu thuật sửa chữa sớm để tránh thoái biến các lá van. Chúng tôi tin vào khái niệm trên và cũng nhận thấy trong suốt quá trình nghiên cứu, những tổn thương mới thì bờ tổn thương thường rõ ràng hơn giai đoạn muộn, từ đó tiến hành phẫu thuật dễ dàng hơn, dễ dàng cắt bỏ những vùng bị tổn thương, cố gắng giữ những mô lành để tăng khả năng sửa van.

Sửa van hai lá sớm trong viêm nội tâm mạc cấp tính có ưu điểm tránh lây lan quá trình nhiễm trùng và bảo tồn chức năng thất trái [5].

Chỉ định phẫu thuật: Viêm nội tâm mạc cấp tính: Huyết động không ổn định, nhiễm trùng huyết không kiểm soát, nhiễm trùng mảnh sùi, hở van 2 lá cấp. Bất cứ khi nào có thể, hoạt động nên được trì hoãn cho đến sau khi điều trị bằng kháng sinh đầy đủ (6 tuần) theo hướng dẫn của hiệp hội tim mạch châu Âu trong việc điều trị kháng sinh trước mổ cho bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm trùng năm 2015 [6]. Chỉ định sửa van: Trẻ em, thủng van, đứt dây chằng nhỏ hơn 1/2 chiều rộng lá van. Đối với những tổn thương lan rộng hơn 1/2 lá trước van 2 lá thì ảnh hưởng đến độ bền của việc sửa van do đó nên xét chỉ định thay van.

Nguyên tắc phẫu thuật: Hai mục tiêu chính của phẫu thuật là loại bỏ hoàn toàn các mô bị nhiễm trùng và tái cấu trúc hình thái tim, bao gồm sửa chữa hoặc thay thế (các) van bị ảnh hưởng. Cắt bỏ rộng các mô liên quan; mở và loại bỏ áp xe; làm sạch mô van nhiễm trùng; tránh các vật liệu tổng hợp nếu có thể: vòng van, dây chằng nhân tạo, van nhân tạo; mẫu nhiễm bệnh gửi nuôi cấy vi trùng; điều trị bằng kháng sinh: 4 -6 tuần sau phẫu thuật [6].

Các kỹ thuật phẫu thuật: Thủng lá van: Vá bằng mảnh màng ngoài tim. Đứt dây chằng: Chuyển vị dây chằng. Loại bỏ các mô và mảnh sùi nhiễm trùng. Áp xe vòng van: Mở và làm sạch. Vòng van nhân tạo: Hở van 2 lá cấp tính có giãn vòng van: không đặt; hở van 2 lá mạn tính có giãn vòng van: có đặt.

Câu hỏi đặt ra là đối với những van hai lá chỉ có nốt sùi đơn độc không có hở van thì có chỉ định phẫu thuật hay không? Với những trường hợp này can thiệp phẫu thuật tùy thuộc vào kích thước nốt sùi và nguy cơ gây ra tai biến do nốt sùi. Nếu như nốt sùi có kích thước lớn (lớn hơn 15mm), di động, có nguy cơ gây ra thuyên tắc và nhiễm trùng ở cơ quan đích khi nốt sùi bị đứt ra. Với trường hợp này thì can thiệp phẫu thuật là

cần thiết. Nếu những nốt sùi có kích thước nhỏ hơn thì việc điều trị nội khoa là chỉ định ưu tiên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, từ năm 1995 đến năm 2015 chúng tôi đã phẫu thuật được 98 trường hợp, trong đó tử vong tại bệnh viện 4 (4,1%), sốc nhiễm trùng huyết kéo dài 3, phù phổi cấp 1, mổ lại 2 (nhiễm trùng huyết kéo dài). Biến chứng: Cung lượng tim thấp 12, Block A-V thoáng qua 5. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Dreyfus. G - Carpentier. A và cộng sự. Về tỷ lệ tử vong của các nghiên cứu khác từ 10-30%, tỷ lệ tử vong của chúng tôi thấp hơn, có thể do tiêu chuẩn chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, cách thức chọn bệnh, thời gian điều trị kháng sinh trước phẫu thuật... Và cũng có thể do cách thức phẫu thuật của chúng tôi - Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh được học tập và chuyển giao từ Giáo sư Alain Carpentier nên các kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Dreyfus. G - Carpentier. A và cộng sự.

Khi bị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, bệnh nhân không chỉ tổn thương van 2 lá không, mà còn có thể tổn thương van động mạch chủ, hay tổn thương cả van 2 lá và van động mạch chủ. Tuy không có sự tương đồng về vị trí van tổn thương so với tổng thể các kết quả, tuy nhiên có sự tương đồng với các nhóm tác giả: Dreyfus-Carpentier [5] và Tirone David. Kết hợp viêm nội tâm mạc van hai lá - van động mạch chủ thì chúng tôi lựa chọn cách sửa chữa van 2 lá và thay van động mạch chủ tốt hơn là thay cả 2 van nhân tạo. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới và cũng được ghi trong hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch châu Âu (ESC) 2015 [6].

KẾT LUẬN

Viêm nội tâm mạc van cấp tính có thể được kiểm soát hiệu quả với liệu trình điều trị bằng

kháng sinh trong 6 tuần. Phẫu thuật sớm trong giai đoạn cấp tính của viêm nội tâm mạc là cần thiết trong trường hợp không đáp ứng đầy đủ với điều trị nội khoa, huyết động không ổn định và những người có mảnh sùi di động lớn.

Sửa van nên được áp dụng khi thương tổn van không quá nặng. Kết quả tạo hình van là vượt trội so với thay van.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ et al. 2017 ESC/EACTS guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J 2017; 38:2739-91.
2. Moreillon P, Que YA. Infective endocarditis. Lancet 2004; 363:139-49.
3. Evans CF, Gammie JS. Surgical management of mitral valve infective endocarditis. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2011; 23:232-40.
4. Tomsic A, Versteegh MIM, Ajmone Marsan N, van Brakel TJ, Klautz RJM, Palmem M. Early and late results of surgical treatment for isolated active native mitral valve infective endocarditis. Interact CardioVasc Thorac Surg 2018; 26:610-16.
5. Dreyfus G Serraf A Jebara VA Deloche A Chauvaud S Couetil JP Carpentier A Valve repair in acute endocarditis. Ann Thorac Surg 1990;49: 706-711.
6. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta J-P, Del Zotti F, et al. 2015. ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). European Heart Journal. 2015; 36 (44):3075-128.

TUẦN THỬ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA KHU VỰC DÂN HÒA TRỰC THUỘC TRUNG TÂM Y TẾ THANH OAI, NĂM 2020

HOÀNG THỊ PHƯƠNG THÙY, VƯƠNG THỊ HÒA
Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm: Hoàng Thị Phương Thùy
Email: hoanglanrung@gmail.com

Ngày nhận: 04/11/2020
Ngày phản biện: 16/12/2020
Ngày duyệt bài: 04/01/2021