

PHẪU THUẬT CẤP CỨU TIM HỒ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Vũ Ngọc Tú^{1,2}, ✉, Lê Minh Ngọc², Nguyễn Thị Minh Lý^{1,2}
 Vũ Hoàng Phương^{1,2}, Đoàn Quốc Hưng^{1,2}, Nguyễn Lâm Hiếu^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Một số bệnh lý tim mạch đòi hỏi phải phẫu thuật cấp cứu tim hồ có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể. Tuy nhiên đây là các can thiệp lớn, nặng nề, nhiều biến chứng, nhất là với các cơ sở mới triển khai phẫu thuật tim. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã thực hiện thành công các ca phẫu thuật cấp cứu của các bệnh: thông liên nhĩ có biến chứng sau can thiệp qua da, u nhày nhĩ trái, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn van hai lá có cục sùi lớn và nhồi máu cơ tim có biến chứng rung thất. Nghiên cứu được thực hiện để thông báo lâm sàng các trường hợp được phẫu thuật tim hồ cấp cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2019 – tháng 8/2020.

Từ khóa: Phẫu thuật tim hồ cấp cứu, u nhày nhĩ trái, bắc cầu động mạch vành, thông liên nhĩ, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tim hồ cấp cứu được áp dụng cho các bệnh lý tim mạch như u nhày nhĩ trái, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn có các biến chứng nguy hiểm, nhồi máu cơ tim cấp hay các biến chứng của can thiệp tim mạch qua da.¹⁻⁴ Tuy nhiên đây là những phẫu thuật có nguy cơ cao, đặc biệt là ở những đơn vị mới triển khai, chưa có nhiều kinh phẫu thuật tim hồ.^{5,6} Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội hình thành và hoạt động đã từ hơn 10 năm nay, với số lượng người bệnh ngày càng tăng. Bên cạnh điều trị nội khoa và can thiệp chuyên sâu nhiều bệnh lý phức tạp, không ít trường hợp đòi hỏi phải chỉ định điều trị phẫu thuật cấp cứu (do bản chất bệnh hoặc do quá trình điều trị nội khoa, can thiệp có biến chứng). Một khi không triển khai được phẫu thuật tim hồ, người bệnh sẽ phải chuyển đến các Trung tâm

khác, dẫn đến kéo dài quá trình xử trí cấp cứu, làm giảm hiệu quả điều trị, thậm chí dẫn tới tử vong. Trước thực tế này, từ tháng 6/2019, Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực thuộc Trung tâm Tim mạch đã được thành lập với nhiệm vụ trọng tâm là phẫu thuật tim hồ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo loạt trường hợp đã được phẫu thuật cấp cứu tim hồ tại đây, từ đó đúc rút kinh nghiệm để phát triển chuyên khoa sâu cũng như cung cấp các thông tin hữu ích cho các đơn vị đang chuẩn bị hay bước đầu phát triển loại phẫu thuật phức tạp này.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Ca bệnh 1

Bệnh nhân nữ 34 tuổi, vào viện ngày 8/1/2020 vì khó thở nhẹ, chẩn đoán thông liên nhĩ kích thước lớn, giãn thất phải, tăng áp động mạch phổi, chỉ định bít thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua đường can thiệp qua da. Trong quá trình thực hiện can thiệp, có tình trạng trôi dụng cụ bít nên bệnh nhân được chuyển phẫu thuật cấp cứu ngay trong đêm để lấy dụng cụ,

Tác giả liên hệ: Vũ Ngọc Tú,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 10/10/2020

Ngày được chấp nhận: 20/11/2020

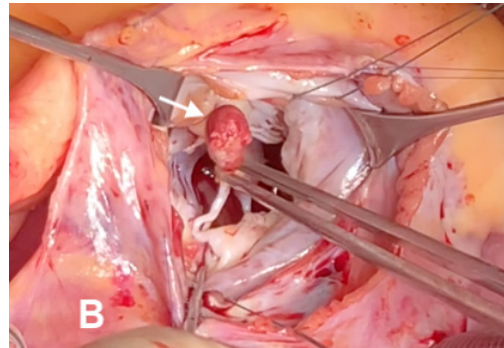
vá thông liên nhĩ. Sau mổ bệnh nhân diễn biến ổn định, ra viện.

Ca bệnh 2

Bệnh nhân nam, 27 tuổi, vào viện ngày 20/3/2020 vì sốt, đau thắt lưng kéo dài, khó thở nhẹ. Trước đó bệnh nhân được chẩn đoán viêm đường tiết niệu, sử dụng kháng sinh kéo dài. Tại viện, bệnh nhân tiếp tục có tình trạng nhiễm trùng, không xác định được căn nguyên vi khuẩn (cấy máu âm tính nhiều lần). Kết quả



siêu âm tim: van hai lá hở nặng, cục sùi lớn lá sau kích thước 25x8mm di động mạnh vào trong lòng thất trái, chức năng tim tốt (Hình 1A). Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cấp cứu: lấy bỏ cục sùi, cắt bỏ phần lá sau tổn thương do viêm nội tâm mạc, tạo hình van hai lá, đặt vòng van nhân tạo (Hình 1B). Siêu âm thực quản kiểm tra trong mổ kết quả tốt. Sau mổ, bệnh nhân tiếp tục được sử dụng kháng sinh theo phác đồ, diễn biến ổn định, ra viện.



Hình 1. Khối sùi van hai lá lớn di động mạnh trong lòng thất trái trên siêu âm (A) và trong mổ (B)

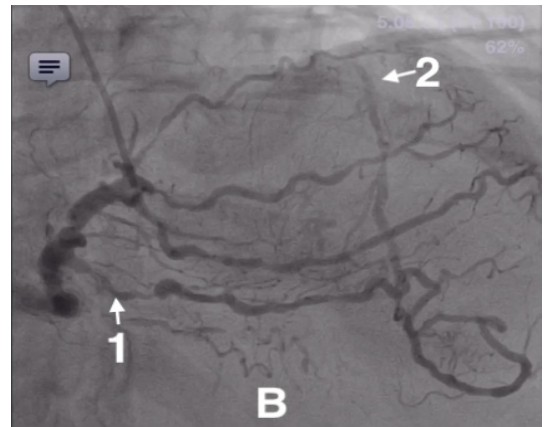
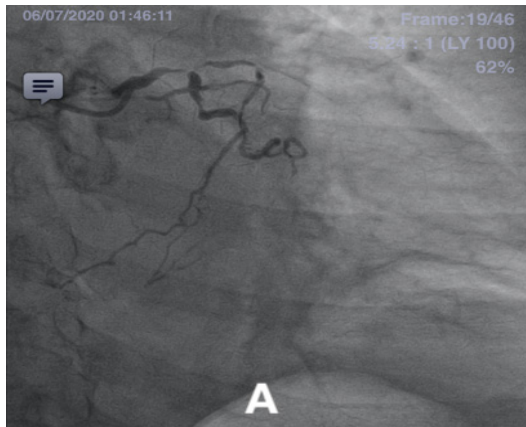
Ca bệnh 3

Bệnh nhân nữ, 68 tuổi, vào viện ngày 3/5/2020 trong tình trạng suy tim phải nặng (khó thở, phù toàn thân, gan to), siêu âm tim và chụp cắt lớp lồng ngực có khối u lớn bít kín toàn bộ nhĩ trái, tăng áp lực động mạch phổi rất nặng, phù phổi cấp, tràn dịch đa màng (Hình 4A). Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu, phẫu thuật cắt bỏ khối u nhĩ trái. Sau mổ diễn biến thuận lợi, hết phù, không còn suy tim, xét nghiệm giải phẫu bệnh xác định u nhày lạnh tính.

Ca bệnh 4

Bệnh nhân nữ, 74 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, nhiều lần tai biến mạch não cũ, nhập viện ngày 5/7/2020 sau khi đã được cấp cứu ngừng tuần hoàn tại bệnh viện tuyến trước, chụp cắt lớp không có tổn thương não. Sau nhập viện,

bệnh nhân tiếp tục phải sốc điện cấp cứu do có cơn rung thất. Điện tim đồ và xét nghiệm hướng có tình trạng nhồi máu cơ tim cấp. Kết quả chụp mạch vành: tắc hoàn toàn hệ vành trái, hẹp nặng hệ mạch vành phải, cấp máu cho động mạch mũ qua tuần hoàn bàng hệ, không thể thực hiện can thiệp đặt stent (Hình 2). Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu, phẫu thuật bắc 2 cầu động mạch chủ - động mạch vành cho động mạch liên thất trước và động mạch liên thất sau. Sau mổ huyết động ổn định, siêu âm tim qua thực quản cho thấy tim co bóp tốt. Ngày thứ 3 sau mổ tri giác giảm nhanh, có dấu hiệu thần kinh khu trú. Chụp cắt lớp kiểm tra có hình ảnh nhồi máu lớn toàn bộ hai bán cầu, phù não, chèn ép toàn bộ nhu mô não. Tri giác tiếp tục xấu đi, gia đình xin không tiếp tục điều trị vào ngày thứ 5 sau mổ.



Hình 2. A – Tắc hoàn toàn hệ vành trái; B – Hẹp khít hệ vành phải (1), tái thông động mạch liên thất trước

III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cấp cứu tim hở sau bít thông liên nhĩ bằng dụng cụ can thiệp qua da có biến chứng (cho ca bệnh 1)

Cùng với sự phát triển của các kĩ thuật can thiệp, rất nhiều bệnh tim bẩm sinh được sửa chữa thành công mà không cần phải phẫu thuật. Hiện nay, thông liên nhĩ lỗ thứ phát là một trong những bất thường tim bẩm sinh được thực hiện can thiệp bít bằng dụng cụ qua da thường qui tại các trung tâm tim mạch lớn tại Việt Nam.^{7,8} Đây là phương pháp ít xâm lấn nhất, nhẹ nhàng nhất và thẩm mỹ nhất để bít kín lỗ thông liên nhĩ, nếu so sánh với các phương pháp phẫu thuật mổ tim hở qua đường xương ức hay qua đường mổ ngực có nội soi hỗ trợ. Tuy nhiên bên cạnh những ưu điểm trên, can thiệp bít thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da cũng có những biến chứng nhất định như: rối loạn nhịp, thuyên tắc khí, thông tồn lưu, tràn máu màng tim, trôi dụng cụ bít... Trong các biến chứng này, trôi dụng cụ bít đòi hỏi phải can thiệp ngoại khoa cấp cứu. Theo nghiên cứu của tác giả Trương Quang Bình, tỉ lệ trôi dụng cụ bít là 3,5%.⁹ Do đó, trong một đơn vị can thiệp, luôn phải có sự sẵn sàng của chuyên khoa phẫu thuật và sự phối hợp tốt đa chuyên khoa là cơ sở để phát triển các kĩ thuật tim mạch chuyên sâu. Tuy nhiên, đối với

những cơ sở mới triển khai phẫu thuật tim hở, rất khó có thể cùng lúc thành lập, chuyên sâu và luôn luôn sẵn sàng đủ nhân lực thường trực cấp cứu tại bệnh viện cho các chuyên khoa hồi sức, máy tim phổi nhân tạo, ngoại tim mạch Ngoài ra do phẫu thuật tim chưa nhiều nên có thể thiếu nhiều dụng cụ, vật tư, chưa đủ đáp ứng khi phải triển khai mổ bất thường. Vì vậy, trong những tình huống cấp cứu, chúng tôi phải huy động hỗ trợ thêm từ các nguồn ngoài bệnh viện, cả về nhân lực lẫn trang thiết bị, dụng cụ.

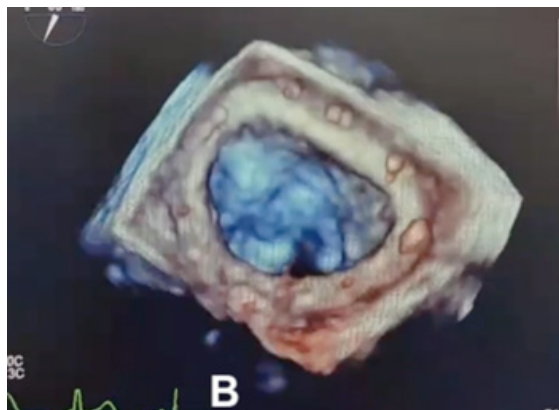
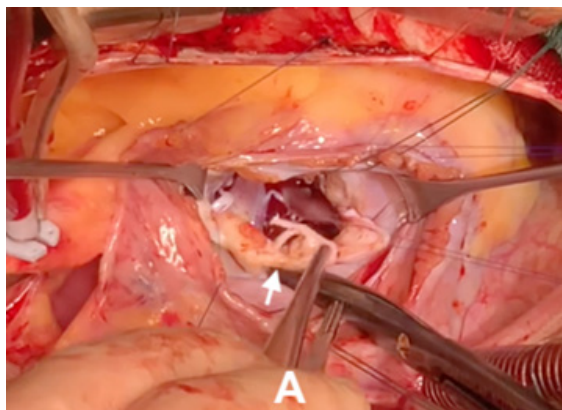
Phẫu thuật cấp cứu viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn có cục sùi lớn (cho ca bệnh 2)

Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn là bệnh lý nặng có tỉ lệ tử vong cao, ngay cả khi được phẫu thuật kết hợp điều trị kháng sinh phù hợp, với tỉ lệ tử vong 15 đến 20%. Sử dụng kháng sinh thích hợp theo kháng sinh đồ là nền tảng cho điều trị bệnh lý này. Phẫu thuật bệnh lý van tim do Osler tốt nhất được thực hiện khi đã kiểm soát được tình trạng nhiễm khuẩn, bao gồm cả vi khuẩn gây bệnh. Tuy nhiên ngay cả khi chưa xác định được căn nguyên vi khuẩn và kháng sinh đồ, phẫu thuật sớm vẫn phải đặt ra trong một số tình huống như: hở van tim gây suy tim nặng, cục sùi lớn trên 10mm....¹⁰ Với những trường hợp sùi lớn, phẫu thuật được thực hiện sớm để tránh nguy cơ tắc mạch hệ thống, cũng

như tăng khả năng xác định vi khuẩn nguồn bệnh khi nuôi cấy trực tiếp thương tổn.

Vì nhiều lý do khác nhau, nhất là khi người bệnh đã được sử dụng nhiều thuốc kháng sinh từ trước (khi được chẩn đoán những bệnh nhiễm trùng khác) dẫn tới việc cấy vi khuẩn,

thực hiện kháng sinh đồ mà không xác định được vi khuẩn gây bệnh, ngay cả khi lấy được cục sùi van tim trong phẫu thuật để nuôi cấy. Theo nghiên cứu của Đoàn Văn Phụng, phẫu thuật cho 29 trường hợp thì chỉ có 13,8% cấy máu dương tính.³

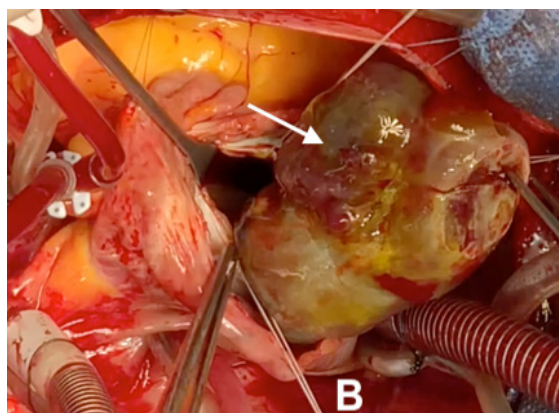
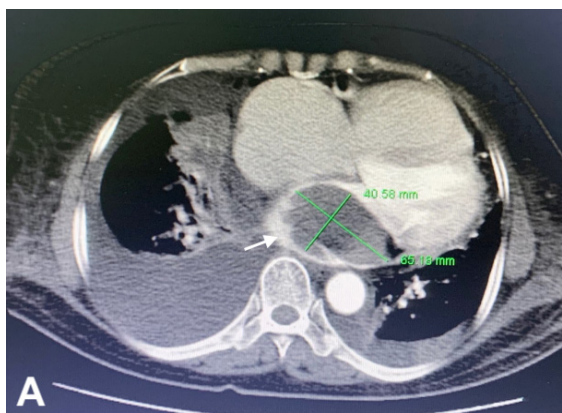


Hình 3. A – Cắt bỏ vùng lá sau tổn thương sùi, đứt dây chằng; B – Hình ảnh van hai lá có vòng van trên siêu âm tim 3D qua thực quản trong mổ

Phẫu thuật thương tổn hở van hai lá trong viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn cũng như với các căn nguyên khác, ưu tiên sửa chữa tạo hình van nếu tổn thương, cấu trúc van và kỹ thuật cho phép 10,11 Phẫu thuật sửa chữa thành công không chỉ cho phép bảo tồn chức năng tâm thất tốt hơn, mà còn để lại ít dị vật trong buồng tim hơn so với thay van nhân tạo, do đó cũng giảm bớt nguy cơ tái phát viêm nội tâm mạc. Bệnh nhân của chúng tôi được phục

hồi lại lá sau van hai lá sau khi đã cắt bỏ tứ giác phần lá sau thương tổn và đặt vòng van (Hình 3A). Kết quả sửa van được khẳng định tốt bằng siêu âm tim qua thực quản ngay trong mổ (Hình 3B). Đây cũng là căn cứ hết sức quan trọng để khẳng định hiệu quả của sửa van hai lá cũng như có phải thực hiện thay van nhân tạo hay không.

Phẫu thuật cấp cứu u nhày trong tim có biến chứng nặng (cho ca bệnh 3)



Hình 4. A - Khối u nhày lớn bít kín buồng nhĩ trái, tràn dịch khoang màng phổi 2 bên trên siêu âm tim; B - khối u trong ổ

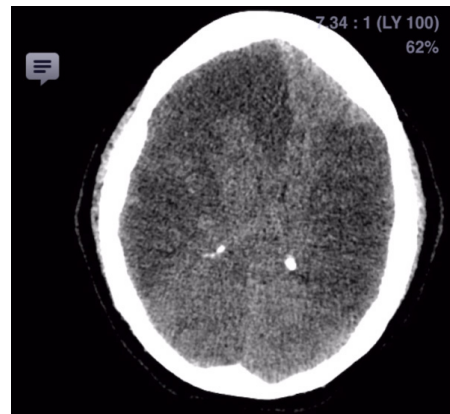
U nhày của tim thường là các khối u lành tính, đa phần nằm trong buồng nhĩ trái (92,5% theo tác giả Kyo SL).¹² Đây là những khối có cuống, di động mạnh theo sự co bóp của các buồng tim. Khi khối u nhỏ, người bệnh không có triệu chứng. Triệu chứng xuất hiện khi khối u to, chèn lõm nhĩ thất gây hẹp, hở van hai lá. Ngoài ra, vì u di động mạch và dưới tác động của dòng máu, một phần khối u có thể rời ra và di chuyển vào mạch máu hệ thống gây các biến chứng vô cùng nguy hiểm, đó là nhồi máu não, tạng ổ bụng hay thiếu máu chi cấp tính. Do đó, u nhày trong tim cần được chỉ định mổ sớm như một cấp cứu trì hoãn để tránh các biến chứng này. Tại Việt Nam, một số trung tâm cũng đã thông báo những trường hợp bệnh nhân u nhày trong tim được mổ cấp cứu với kết quả tốt.^{1,2} Với những nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn, tỉ lệ mổ cấp cứu cho loại bệnh lý này chiếm tới gần 30%.¹²

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi phẫu thuật càng phải đặt ra sớm vì ngoài bít lỗ van hai lá, khối u còn chèn kín các tĩnh mạch phổi, gây tăng áp lực động mạch phổi rất nặng, phù phổi cấp và tràn dịch màng phổi hai bên (Hình 4B). Đây là những hậu quả nặng do đến muộn, rất ít gặp với bệnh u nhày trong tim. Lý do chính là vì người bệnh không đi khám, mặc dù triệu chứng rõ ràng. Ngoài ra còn một nguyên nhân khách quan khác ít nhiều cũng ảnh hưởng tới sự chậm trễ này là trùng với thời điểm Việt Nam phải thực hiện cách ly xã hội toàn diện do bùng phát dịch Covid 19. Phẫu thuật là biện pháp điều trị quyết định cho bệnh u nhày trong tim, với tỉ lệ biến chứng thấp, dưới 5%.¹²

Phẫu thuật cấp cứu nhồi máu cơ tim cấp – biến chứng rung thất – tổn thương não sau cấp cứu ngừng tuần hoàn (cho ca bệnh 4)

Nhồi máu cơ tim cấp gây rối loạn nhịp, rung thất là một trong những chỉ định can thiệp, phẫu thuật động mạch vành tối cấp cứu.¹³ Do

đó, bệnh nhân này đã được thực hiện những thủ thuật, can thiệp và phẫu thuật cấp cứu hết sức kịp thời. Tuy nhiên, vấn đề phức tạp nhất ở bệnh nhân này là tình trạng tổn thương thần kinh với tiền sử tai biến mạch não, lại phải cấp cứu ngừng tuần hoàn, rung thất nhiều lần, hoàn toàn có thể dẫn tới thiếu máu não nặng nề. Tại thời điểm nhập viện, sau cấp cứu chống rung thất, bệnh nhân còn tỉnh chậm, không có dấu hiệu thần kinh khu trú, phim chụp cắt lớp trước đó không thấy có tổn thương não. Chúng tôi không cho chụp lại trước khi phẫu thuật vì tình trạng tri giác của bệnh nhân không xấu đi, không có dấu hiệu thần kinh khu trú, trong huyết động của bệnh nhân không ổn định, dọa rung thất, có thể phải cấp cứu ngừng tuần hoàn nếu đi chụp. Ngoài ra, để hạn chế đến mức thấp nhất tổn thương não tiến triển nặng hơn, trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi luôn duy trì huyết áp và áp lực chạy máy tim phổi nhân tạo ở mức cao hơn bình thường. Diễn biến của bệnh nhân trong 2 ngày đầu ổn định, tới ngày thứ 3 mới có các dấu hiệu tổn thương não tiến triển (Hình 5).



Hình 5. Nhồi máu não diện rộng trên phim chụp CT sau mổ

Sau đó tiến triển phù não rất nhanh và không thể tiến hành phẫu thuật giải tỏa não. Vì vậy, mặc dù không có chống chỉ định phẫu thuật phục hồi lưu thông mạch vành, tổn thương não sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn ở bệnh nhân

nhồi máu cơ tim cấp luôn phải đặt ra các vấn đề phức tạp về chẩn đoán và xử trí kể cả trước, trong và sau mổ.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tim hở được triển khai tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10 năm 2019. Bên cạnh các phẫu thuật thường qui, chúng tôi đã thực hiện nhiều ca mổ cấp cứu nặng với kết quả tốt. Tuy nhiên, phẫu thuật tim hở trong cấp cứu luôn tiềm ẩn nguy cơ cao, đòi hỏi quá trình chẩn đoán, phẫu thuật và điều trị sau mổ vừa khẩn trương nhưng vẫn phải đảm bảo chính xác cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Anh Tiến, Đặng Quang Huy, Ngô Thành Hưng, Lê Ngọc Thành. Phẫu thuật cấp cứu lấy u nhày thất trái: Nhân một trường hợp mổ thành công tại Trung tâm tim mạch - Bệnh viện E. *Tạp chí Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam*. 2014; 8: 53 - 56.
2. Đặng Quang Huy, Trần Đắc Đại, Nguyễn Toàn Thắng, Nguyễn Thị Hào, Thành LN. Cắt u nhày nhĩ trái khổng lồ bằng phương pháp nội soi toàn bộ không robot hỗ trợ. *Tạp chí Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam*. 2017; 17: 58 - 60.
3. Đoàn Văn Phụng, Phạm Thọ Tuấn Anh. Vai trò của điều trị ngoại khoa trong viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn trên van tim tự nhiên. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2013; 17: 227 - 231.
4. Nguyễn Thái Minh, Nguyễn Hoàng Hà, Hà Mai Hương, Hoàng Văn, Đoàn Quốc Hưng. Kết quả sớm bắc cầu chủ vành cấp cứu tại Bệnh viện Tim Hà Nội. *Tạp chí Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam*. 2020; 30: 116 - 125.
5. Nguyễn Hữu Ước, Vũ Ngọc Tú. Kinh nghiệm tổ chức phẫu thuật cấp cứu sử dụng máy tim phổi nhân tạo tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2012.
6. Lê Ngọc Thành. Tổng quan tình hình hoạt động của Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện E sau 17 tháng. *Tạp chí Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam*. 2012; 1: 16 - 21.
7. Trần Tiến Anh, Nguyễn Lâm Hiếu. Nghiên cứu đặc điểm thông liên nhĩ lỗ thứ hai có phình vách liên nhĩ và kết quả sớm can thiệp bít lỗ thông bằng dụng cụ qua da. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2018; 84 - 85: 261 - 262.
8. Nguyễn Thị Mai Ngọc, Kim Ngọc Thanh, Nguyễn Thị Duyên, et al. Can thiệp tim bẩm sinh tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả sau 2 năm nhìn lại 2015-2016. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2018; 84 - 85: 145 - 152.
9. Trương Quang Bình, Đỗ Nguyên Tín, Võ Mỹ Phượng, Vũ VH. Biến chứng sớm của phương pháp đóng thông liên nhĩ lỗ thứ phát bằng dụng cụ qua thông tim can thiệp. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2015; 70: 69 - 74.
10. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2014; 63(22): e57 - e185.
11. Nguyễn Hoàng Hà, Vũ Anh Dũng, Trần Văn Đồng, Nguyễn Quốc Anh, Đặng Hanh Đệ. Nhân một trường hợp sửa cả van hai lá và van động mạch chủ do viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2006; 43: 61 - 65.
12. Kyo Seon Lee, Gwan Sic Kim, Yochun Jung, et al. Surgical resection of cardiac myxoma—a 30-year single institutional experience. *J Cardiothorac Surg*. 2017; 12: 1 - 6.
13. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2015; 37(3): 267 - 315.

Summary

URGENT OPEN HEART SURGERY IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Cardiovascular diseases (acute myocardial infarction, cardiac myxoma, infective endocarditis...) require urgent open heart surgery. However, they are severe and difficult intervention in a new cardiac surgery center. Hanoi medical university hospital has successfully performed these operations of interatrial communication, left atrial myxoma, infective endocarditis with mobile vegetation greater than 10 mm and acute myocardial infarction. Report of case series of urgent open heart surgery in Hanoi medical university in period of October 2019 to August 2020.

Key words: Urgent open heart surgery, left atrial myxoma, coronary aortic bypass graft, atrial septal defect, infective endocarditis.