

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỬA CHỮA TOÀN BỘ KÊNH NHỈ THẤT TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Kiên Hào¹, Nguyễn Thị Hoàng Anh¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Bệnh kênh nhĩ thất toàn phần là một dị tật tim bẩm thường phức tạp đặc trưng bởi thiếu vách liên nhĩ tiền phát, một van nhĩ thất chung và sự khiếm khuyết của vách liên thất. Van nhĩ thất bên trái và van nhĩ thất bên phải không có sự phân chia rõ ràng. Việc điều trị bệnh kênh nhĩ thất toàn phần đã phát triển trong những thập kỷ gần đây, nhưng vẫn còn nhiều thách thức. Nghiên cứu hồi cứu này đánh giá kết quả sớm và lâu dài sau phẫu thuật sửa chữa hoàn toàn kênh nhĩ thất toàn phần tại Bệnh viện Trung Ương Huế. **Phương pháp:** Chúng tôi nghiên cứu hồi cứu kết quả của 52 bệnh nhân bị kênh nhĩ thất toàn phần được phẫu thuật sửa chữa từ tháng 01/2017 đến 12/2019. Tất cả bệnh nhân này được sửa chữa tim bằng phương pháp một miếng vá hoặc phương pháp hai miếng vá. Thời gian theo dõi: 3, 6, 12 và 18 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình phẫu thuật là $4,12 \pm 0,26$ tháng (2 tháng – 3 tuổi). Hội chứng Down chiếm tỉ lệ 76,9%. Sau phẫu thuật, van nhĩ thất cho thấy sự cải thiện rõ rệt, áp lực động mạch phổi có xu hướng giảm khi so sánh trước phẫu thuật. Hai trường hợp rối loạn nhịp bloc nhĩ thất cấp ba cần đặt máy tạo nhịp (3,8%). Có một bệnh nhân tử vong (1,9%). **Kết luận:** Chẩn đoán đúng và phẫu thuật sửa chữa sớm sẽ cho kết quả tốt.

Từ khóa: Kênh nhĩ thất toàn phần, phẫu thuật sửa chữa toàn bộ, kết quả

SUMMARY

OUTCOME OF REPAIR OF COMPLETE ATRIOVENTRICULAR SEPTAL DEFECT IN HUE CENTRAL HOSPITAL

¹Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kiên Hào

Email: tran.kiemhao@bvh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 26.2.2020

Background: Complete atrioventricular septal defect is a complex cardiac malformation characterised by an ostium primum atrial septal defect, a common atrioventricular valve and a variable deficiency of the ventricular septum inflow. The left AV valve and right AV valve have no clear division. The treatment of complete atrioventricular septal defects has evolved in recent decades, but it remains challenging. This retrospective study evaluated early and late outcomes in patients undergoing surgery at a single heart centre. **Methods:** We retrospectively evaluated outcomes in 52 complete atrioventricular septal defect patients undergoing definitive repair from January 2017 to December 2019. All patients were repaired with either the classic one-patch technique or the two-patch technique. **Results:** The mean age at operation was 4.12 ± 0.26 months (2 months – 3 years). Forty cases (76.9%) included Down syndrome. After the operation, the atrioventricular valve showed marked improvement, and pulmonary artery pressure tended to decrease when compared with preoperative and postoperative levels. Arrhythmias in two cases with 3rd-degree AV block required permanent pacing (3.8%). Early mortality was observed in 1/52 (1.9%) patients. **Conclusions:** Good diagnosis and surgery at the appropriate time resulted in good outcomes. The surgical repair of complete atrioventricular septal defects demonstrated good results.

Keywords: Complete atrioventricular septal defect (AVSD), repair, outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh kênh nhĩ thất toàn phần là một khiếm khuyết tim bẩm sinh phức tạp đặc trưng bởi thiếu vách liên nhĩ tiền phát, khuyết vách liên thất và tổn thương nặng van nhĩ thất. Van nhĩ thất trái và phải không có sự phân chia rõ ràng. Phẫu thuật tim sớm cho bệnh nhân bị kênh nhĩ thất là phương pháp điều trị được yêu thích. Xu hướng này đã làm giảm tỉ lệ tử vong sau phẫu

thuật [1]. Trong thời gian gần đây, phẫu thuật điều trị kênh nhĩ thất toàn phần đã phát triển, nhưng kỹ thuật này vẫn còn là một thách thức đối với các bác sỹ phẫu thuật tim [6]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả sớm và muộn sau phẫu thuật sửa chữa hoàn toàn kênh nhĩ thất toàn phần tại Bệnh viện Trung Ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. 52 bệnh nhân phẫu thuật sửa chữa tim bẩm sinh kênh nhĩ thất toàn phần được lựa chọn vào nghiên cứu. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2019 tại Trung tâm Nhi - Bệnh viện Trung ương Huế. Bệnh nhân kênh nhĩ thất toàn phần có một thất duy nhất sẽ bị loại bỏ khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu.

Các biến số nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng và siêu âm tim trước và sau phẫu thuật, thời gian điều trị hồi sức, thời gian nằm viện. Thu thập các biến số dựa vào hồ sơ lưu trữ và theo dõi tái khám sau 3, 6, 12 và 18 tháng.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS version 22 (IBM Corp., NY, USA). Giá trị P <0.05 cho kết quả có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của 52 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được trình bày trong bảng 1. Tỷ lệ nam/nữ là 24/28. Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 4,12 ± 0,26 tháng (từ 2 tháng đến 3 tuổi). Phần lớn bệnh nhân (80.8%) dưới 6 tháng tuổi. Hội chứng Down được tìm thấy ở 40 (76,9%) bệnh nhân. Bệnh nhân kênh nhĩ thất toàn phần thường có tồn tại ống động mạch (73,1%) và khuyết vách liên nhĩ thứ phát (46,2%). Mức độ trào ngược van nhĩ thất trước khi phẫu thuật là từ vừa đến nặng. Hầu hết bệnh nhân có biến chứng tăng áp động mạch phổi (96,2%), trong đó có 35 bệnh nhân có biến chứng tăng áp phổi nặng > 60 mmHg (67,3%). Các bệnh nhân chủ yếu nhập viện vì kênh nhĩ thất toàn phần type A (76.9%).

Bảng 1: Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân trước mổ	Kết quả (n=52)
Nam, n (%)	24 (46,2)
Hội chứng Down 21, n (%)	40 (76,9%)
Tuổi (trung bình)	
Trung bình (tháng)	4,12 ± 0,26
Tuổi nhỏ nhất, lớn nhất	2 tháng – 3 tuổi

Phân loại Rastelli n (%)	
Type A	40 (76,9)
Type B	11 (21,2)
Type C	1 (1,9)
Bệnh tim bẩm sinh khác, n (%)	
Thông liên nhĩ thứ phát	24 (46,2)
Tồn tại ống động mạch	38 (73,1)
Hẹp eo động mạch chủ	5 (9,6)
Hẹp động mạch phổi	3 (5,8)
Tứ chứng failot	1 (1,9)
Bất thường trở về tĩnh mạch phổi	2 (3,8)
Mức độ trào ngược van, n (%)	
<2/4	9 (17,3)
2-3/4	38 (73,1)
>3/4	5 (9,6)
Áp lực động mạch phổi, n (%)	
<30 mmHg	2 (3,8)
30-60 mmHg	15 (28,9)
>60 mmHg	35 (67,3)

Kết quả phẫu thuật được trình bày ở bảng 2. Sau phẫu thuật, tình trạng trào ngược của các van được cải thiện đáng kể, với tình trạng trào ngược nhẹ của van nhĩ-thất trái (92,3%) và van nhĩ – thất phải (96,2%). Không có bệnh nhân nào có tình trạng trào ngược van nặng kể. Bệnh nhân sau phẫu thuật không có tăng áp phổi (92,3%). Có 4 bệnh nhân còn tăng áp phổi vừa, tất cả bệnh nhân này đều lớn tuổi, do đó thời gian tăng áp phổi sẽ lâu hơn. Có 2 bệnh nhân (3,8%) bị bloc nhĩ – thất cấp 3. Một bệnh nhân (1,9%) tử vong sau phẫu thuật. Thời gian điều trị hồi sức và thời gian nằm viện ngắn.

Bảng 2: Kết quả sau phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Giá trị (n=52)
Mức độ trào ngược van, n (%)	
Van AV trái	
<2/4	48 (92,3)
2-3/4	4 (7,7)
>3/4	0 (0,0)
Van AV phải	
<2/4	50 (96,2)
2-3/4	2 (3,8)
>3/4	0 (0,0)
Áp lực động mạch phổi, n (%)	
<30 mmHg	48 (92,3)
30-60 mmHg	4 (7,7)
>60 mmHg	0 (0,0)
Biến chứng sau mổ, n (%)	
Bloc AV cấp 3	2 (3,8)
Tử vong	1 (1,9)
Thời gian ở lại khoa hồi sức (ngày)	14,3 ± 3,7
Thời gian nhập viện (ngày)	21,4 ± 8,5

51 bệnh nhi được tái khám và có biểu hiện kết quả phẫu thuật tốt, không có tăng áp phổi, và sự trào ngược của van nhĩ-thất chỉ biểu hiện mức độ nhẹ. Chỉ có một bệnh nhân có sự trào ngược van nhĩ – thất mức độ vừa cần phải được theo dõi (Bảng 3).

Bảng 3: Tái khám sau 3, 6, 12 và 18 tháng

Theo dõi	3 tháng	6 tháng	12 tháng	18 tháng
Trào ngược van AV trái				
<2/4	48	48	49	49
2-3/4	3	3	2	2
>3/4	0	0	0	0
Trào ngược van AV phải				
<2/4	50	50	51	51
2-3/4	1	1	0	0
>3/4	0	0	0	0
Áp lực động mạch phổi				
<30 mmHg	48	49	51	51
30-60 mmHg	3	2	0	0
>60 mmHg	0	0	0	0

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán kênh nhĩ thất toàn phần thường dựa vào kết quả của siêu âm tim. Siêu âm tim đặc biệt hiệu quả trong việc mô tả giải phẫu bệnh cũng như những bất thường đi kèm. Hiểu được giải phẫu và hình thái của bệnh kênh nhĩ thất toàn phần cùng với những tiến bộ trong kỹ thuật phẫu thuật sẽ giúp giảm tỉ lệ tử vong đáng kể sau mổ. Thời gian can thiệp phẫu thuật tốt nhất là vào 3 đến 6 tháng [7]. Phẫu thuật chậm trễ sẽ gia tăng các bệnh lý về đường hô hấp cũng như các bệnh lý về mạch máu phổi [5].

Xu hướng mổ sớm này sẽ làm giảm áp lực động mạch phổi, một trong những nguyên nhân chính của các bệnh lý đi kèm [7].

Ở bệnh viện của chúng tôi, phẫu thuật sớm giúp tránh tăng áp phổi sau phẫu thuật, và 4 bệnh nhân của chúng tôi trên 6 tháng sau mổ vẫn có tình trạng tăng áp phổi mức độ vừa, điều này nói lên sự cần thiết của việc mổ sớm trong kênh nhĩ thất toàn phần. Xơ hóa nội mạch có thể được tìm thấy ở bệnh nhân trên 6 tháng [4].

Ngoài ra, phẫu thuật sớm giúp duy trì chức năng của van nhĩ thất, và sửa chữa trong giai đoạn này là thuận tiện hơn do không có sự giãn của vòng van.

Trong phẫu thuật điều trị kênh nhĩ thất toàn phần nên tập trung đến việc thiếu mô van dẫn đến sự hạn chế di động van nhĩ thất [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau mổ sự trào ngược

van cải thiện đáng kể, cho kết quả khả quan. Ở những nghiên cứu khác, kỹ thuật hai miếng vá duy trì được cấu trúc van, giảm sự thiếu mô van, và giảm sự tiến triển trào ngược của van nhĩ thất [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn nhịp gây ra do bloc nhĩ – thất cấp 3, gặp ở 2 bệnh nhân chiếm tỉ lệ (3,8%), tỉ lệ này tương tự với các trung tâm khác trên thế giới.

Một bệnh nhân (1,9%) tử vong; những bệnh nhân nhỏ tuổi có thời gian hậu phẫu ngắn hơn cũng như tiên lượng tốt hơn. Điều này có lý do của nó vì bệnh nhân lớn tuổi thường có tăng áp phổi nặng và sự trào ngược van lớn do đó khó hồi phục hơn [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ trào ngược van được theo dõi đến 18 tháng và có sự cải thiện rất lớn. Không có bệnh nhân nào tử vong sau 18 tháng phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Kênh nhĩ thất toàn phần là một bệnh tim bẩm sinh phức tạp và thường hay gặp ở bệnh nhân Down. Phẫu thuật nên sớm trước 6 tháng tuổi để tránh tăng áp phổi. Cả hai phương pháp phẫu thuật một miếng vá và hai miếng vá đều đem lại kết quả tốt và tỉ lệ tử vong thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fong LS, Betts K, Bell D, et al (2019)**, "Complete atrioventricular septal defect repair in Australia: Results over 25 years", J Thorac Cardiovasc Surg.
- Michielon G, Stellin G, Rizzoli G, et al (1997)**, "Repair of complete common atrioventricular canal defects in patients younger than four months of age", Circulation, 96(9 Suppl), pp. II-316-22.
- Najm HK, Coles JG, Endo M, et al (1997)**, "Complete atrioventricular septal defects: results of repair, risk factors, and freedom from reoperation", Circulation, 96(9 Suppl), pp. II-311-5.
- Newfeld EA, Sher M, Paul MH, et al (1977)**, "Pulmonary vascular disease in complete atrioventricular canal defect", Am J Cardiol, 39(5), pp. 721-6.
- Prifti E, Bonacchi M, Bernabei M, et al (2004)**, "Repair of complete atrioventricular septal defects in patients weighing less than 5 kg", Ann Thorac Surg, 77(5), pp. 1717-26.
- Sena A, Sheytanov V, Liebrich M, et al (2019)**, "Twelve Years of Complete Atrioventricular Septal Defect Repair", Rev Port Cir Cardiorac Vasc, 26(3), pp. 187-193.
- Suzuki T, Bove EL, Devaney EJ, et al (2008)**, "Results of definitive repair of complete atrioventricular septal defect in neonates and infants", Ann Thorac Surg, 86(2), pp. 596-602.