

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỒ HUỲNH QUANG TRÍ

NGHIÊN CỨU TIẾN TRIỂN CỦA HỎ VẠN 3 LÁ

SAU PHẪU THUẬT VẠN 2 LÁ

Ở NGƯỜI BỆNH VẠN TIM HẬU THẤP

Chuyên ngành : NỘI TIM MẠCH

Mã số: 62.72.20.25

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Thành phố Hồ Chí Minh – Năm 2010

Công trình được hoàn thành tại:

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. PHẠM NGUYỄN VINH

Phản biện 1 : **GS TS NGUYỄN LÂN VIỆT**
Viện Tim mạch

Phản biện 2 : **PGS TS ĐẶNG NGỌC HÙNG**
Học viện Quân Y

Phản biện 3 : **PGS TS NGUYỄN ĐỨC CÔNG**
Bệnh viện Thống Nhất

Luận án được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước họp tại: **ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH** vào lúc 13 giờ 30 ngày 28 tháng 7 năm 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh
- Thư viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC

GIẢ ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN

1. Hồ Huỳnh Quang Trí, Phạm Nguyễn Vinh (2007), “Hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau phẫu thuật sửa van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp”, Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, số 48, tr. 32-39.
2. Hồ Huỳnh Quang Trí, Phạm Nguyễn Vinh (2007), “Xác định các yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau phẫu thuật van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp”, Thời sự Tim mạch học, số 116, tr. 11-15.
3. Hồ Huỳnh Quang Trí, Phạm Nguyễn Vinh (2007), “Phẫu thuật thay van 2 lá nhân tạo tại Viện Tim: Tổng kết kinh nghiệm sau gần 10 năm”, Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 11 (phụ bản số 2), tr. 162-171.
4. Hồ Huỳnh Quang Trí, Nguyễn Văn Phan, Phan Kim Phương, Phạm Nguyễn Vinh (2004), “Mitral valve repair with aortic valve replacement in rheumatic heart disease”, Asian Cardiovascular & Thoracic Annals, 12 (4), pp. 341-345.

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề :

Hiện nay phẫu thuật van 2 lá, gồm sửa van trong trường hợp giải phẫu van phù hợp và thay van nhân tạo, được thực hiện khá phổ biến tại nhiều trung tâm phẫu tim. Theo ghi nhận của nhiều nhà nghiên cứu, sau phẫu thuật van 2 lá một số bệnh nhân không có hở van 3 lá nặng trước mổ bị hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ. Nguyên nhân của tình trạng này thường là thấp tim tái phát gây tổn thương trực tiếp van 3 lá hoặc gây tái hẹp/hở van 2 lá dẫn đến tăng áp động mạch phổi, dẫn thất phải và hở van 3 lá cơ năng tăng nặng. Rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo cũng có thể dẫn đến hở van 3 lá cơ năng tăng nặng qua cơ chế tương tự.

Đề tài nghiên cứu sau đây được thực hiện nhằm mục tiêu tổng quát là nghiên cứu tiến triển của hở van 3 lá sau phẫu thuật van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp.

Các mục tiêu chuyên biệt của đề tài nghiên cứu gồm :

- 1- Xác định tần suất và thời điểm xuất hiện hở van 3 lá nặng sau phẫu thuật van 2 lá (bao gồm sửa van 2 lá và thay van 2 lá nhân tạo) không kèm sửa van 3 lá ở người bệnh van tim hậu thấp không có hở van 3 lá nặng trước mổ.
- 2- Tìm hiểu cơ chế và nguyên nhân của hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ. Tìm hiểu ảnh hưởng của tái hẹp/hở van 2 lá sau sửa van và rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo trên tần suất hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ.
- 3- So sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân có và không có tái hẹp/hở van 2 lá sau phẫu thuật sửa van.

4- Xác định các yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ ở những bệnh nhân không bị tái hẹp/hở van 2 lá và cũng không có rối loạn hoạt động của van 2 lá nhân tạo.

2. Tính cấp thiết của đề tài :

Hở van 3 lá nặng sau phẫu thuật van 2 lá có ảnh hưởng xấu đối với tình trạng chức năng của bệnh nhân và còn có liên quan với tăng tử vong về dài hạn sau mổ. Đề tài nghiên cứu này mở ra triển vọng tìm được biện pháp ngăn ngừa hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau phẫu thuật van 2 lá. Do vậy đề tài nghiên cứu có tính thời sự, rất cấp bách và cần thiết.

3. Những đóng góp mới của luận án :

Đây là nghiên cứu dài hạn đầu tiên về hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau phẫu thuật van 2 lá ở Việt Nam. Nghiên cứu này cũng là nghiên cứu có số người bệnh van tim hậu thấp lớn nhất.

Hiện nay ở bệnh nhân không có hở van 3 lá nặng trước mổ, việc sửa van 3 lá khi phẫu thuật van 2 lá nhằm ngăn ngừa hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ vẫn chưa được đồng thuận. Nghiên cứu này giúp xác định những bệnh nhân không có hở van 3 lá nặng trước mổ nhưng có nguy cơ cao bị hở van nặng sau mổ, là đối tượng của việc sửa van 3 lá dự phòng khi phẫu thuật van 2 lá. Nghiên cứu còn giúp xác định những bệnh nhân có nguy cơ cao bị tái hẹp/hở van 2 lá sau sửa van, là đối tượng của phòng thấp tích cực.

4. Bố cục luận án :

Luận án gồm 104 trang. Bao gồm phần mở đầu 3 trang, tổng quan tài liệu 33 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 10 trang, kết quả nghiên cứu 27 trang, bàn luận 28 trang, kết luận và kiến nghị 3 trang. Có 19 bảng, 10 biểu đồ, 7 hình, 1 sơ đồ và 70 tài liệu tham khảo (6 tiếng Việt, 62 tiếng Anh và 2 tiếng Pháp).

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Nhắc lại về giải phẫu học van 3 lá :

Các thành phần của van 3 lá gồm vòng van, các lá van, dây chằng và các cơ trụ. Vòng van 3 lá là một vòng mô sợi có hình dạng giống chữ D. Phần thẳng của vòng van 3 lá nằm dọc theo vách liên thất từ thể xơ trung tâm đến chỗ giao nhau giữa vách liên thất và thành tự do thất phải. Vòng van 3 lá dày ở phần thẳng bên trong và mỏng hơn ở phía thành tự do thất phải.

Ba lá van gồm lá trước, lá sau và lá vách. Lá trước là lá lớn nhất, có dạng nửa vòng tròn, có bờ rõ nhất và di động nhiều nhất. Lá sau có dạng hình chữ nhật, thường là lá nhỏ nhất. Lá vách bám vào phần thẳng của vòng van 3 lá, có dạng nửa vòng tròn, là lá ít di động nhất vì nằm hơi xéo so với mặt phẳng van và có các dây chằng ngắn. Giữa 3 lá van là 3 mép van gồm mép trước-vách, mép trước-sau (còn gọi là mép ngoài) và mép sau-vách.

Ba cơ trụ là cơ trụ trước, sau và giữa. Một cơ trụ có thể có nhiều đầu, mỗi đầu nối vào một nhóm dây chằng.

1.2. Cơ chế hở van 3 lá :

Có 2 cơ chế là hở van 3 lá cơ năng và hở van 3 lá thực thể.

1.2.1. Hở van 3 lá cơ năng :

Hở van 3 lá cơ năng là hậu quả của dẫn vòng van 3 lá, còn các lá van và hệ dây chằng có cấu trúc bình thường. Khi vòng van 3 lá dẫn (do dẫn thất phải), chỗ bám của lá trước và lá sau bị kéo lệch ra ngoài nên chúng không thể đóng kín lỗ van trong thì tâm thu, dẫn đến hở van 3 lá. Dẫn thất phải trong hở van 3 lá cơ năng là do tăng áp động mạch phổi, do đó các nguyên nhân gây hở van 3 lá cơ năng cũng chính là các nguyên nhân gây tăng áp động mạch phổi : Tổn thương van 2 lá, các bệnh gây suy thất trái kéo theo suy thất phải

(bệnh động mạch vành, bệnh cơ tim, hở van động mạch chủ, tăng huyết áp), tắc nghẽn tĩnh mạch phổi, các bệnh gây tăng sức cản mạch phổi (tăng áp động mạch phổi tiên phát, bệnh tim bẩm sinh có tăng sức cản mạch phổi, bệnh phổi mạn tắc nghẽn, xơ phổi, bệnh chất tạo keo), thuyên tắc mạch phổi cấp hoặc mạn tính.

1.2.2. Hở van 3 lá thực thể :

Trong hở van 3 lá thực thể có tổn thương của các lá van và/hoặc hệ thống dưới van. Các nguyên nhân hở van 3 lá thực thể bao gồm : Hở van 3 lá hậu thấp, hở van 3 lá do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, hở van 3 lá sau chấn thương, sa van 3 lá, hở van 3 lá trong hội chứng cận ung thư, u nhày nhĩ phải, bệnh cơ tim thất phải (loạn sản thất phải, bệnh Uhl), nhồi máu cơ tim thất phải, viêm cơ tim tăng bạch cầu đa nhân ái toan và hở van 3 lá bẩm sinh.

1.3. Chẩn đoán định lượng hở van 3 lá :

Hiện nay siêu âm tim kết hợp Doppler đóng vai trò chính trong đánh giá độ nặng và xác định nguyên nhân của hở van 3 lá. Dấu hiệu của hở van 3 lá nặng trên siêu âm tim 2D là dẫn các buồng tim phải, dẫn vòng van 3 lá và chuyển động nghịch thường của vách liên thất.

Độ lan của dòng phụt ngược xem bằng Doppler màu trên mặt cắt 4 buồng từ mỏm là phương pháp đơn giản và được dùng nhiều nhất trong thực hành để đánh giá mức độ nặng của hở van 3 lá. Hạn chế của phương pháp này là đánh giá mức độ nặng thấp hơn thực tế nếu dòng phụt ngược xéo về phía vách liên nhĩ hoặc các thành của nhĩ phải. Thường các nhà nghiên cứu kết hợp phương pháp này với khảo sát đặc điểm phổ Doppler liên tục của dòng hở van 3 lá. Trong hở van 3 lá nhẹ phổ Doppler liên tục của dòng hở mở và có dạng

parabol, còn trong hở van 3 lá nặng phổ Doppler liên tục của dòng hở đậm, có viền rõ và dạng tam giác với đỉnh xuất hiem sớm.

1.4. Hở van 3 lá xuất hiện trễ sau phẫu thuật van 2 lá :

1.4.1. Tần suất và nguyên nhân :

Kể từ khi siêu âm Doppler màu được dùng để chẩn đoán hở van 3 lá, số báo cáo về hở van 3 lá nặng xuất hiện trễ sau phẫu thuật van 2 lá ngày càng nhiều. Theo báo cáo của Porter (1999) trên 65 người bệnh van 2 lá hậu thấp được thay van 2 lá không kèm sửa van 3 lá, có 28 người (43%) bị hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ. Tỷ lệ hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ trong nghiên cứu của Izumi (2002) là 14% và trong nghiên cứu của Matsuyama (2003) là 16%. Các nguyên nhân của hở van 3 lá xuất hiện trễ sau phẫu thuật van 2 lá theo Groves được nêu trên bảng 1.2.

Bảng 1.2: Các nguyên nhân của hở van 3 lá xuất hiện trễ sau phẫu thuật van 2 lá.

- Tổn thương van 3 lá do thấp tim tiến triển hoặc tái phát
- Bệnh van tim bên trái chưa giải quyết triệt để hoặc mới xuất hiện sau mổ (hở hoặc hẹp van 2 lá tái phát, rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo)
- Tăng áp động mạch phổi tồn lưu sau mổ
- Tổn thương thất phải do thiếu máu cục bộ chu phẫu
- Không đánh giá đúng mức độ dẫn vòng van 3 lá và hở van 3 lá khi chỉ định phẫu thuật van 2 lá

1.4.2. Ảnh hưởng đối với chức năng và sống còn của bệnh nhân :

Ngay từ đầu thập niên 1990 Groves và cộng sự đã ghi nhận hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau phẫu thuật thay van 2 lá có ảnh

hưởng xấu trên tình trạng chức năng của bệnh nhân, gây giảm thời gian gắng sức, mức tiêu thụ oxy tối đa và ngưỡng yếm khí. Nghiên cứu của Ruel (2004) trên 708 bệnh nhân thay van 2 lá cho thấy hở van 3 lá nặng sau mổ dự báo suy tim/chết do suy tim và tử vong do mọi nguyên nhân. Trong nghiên cứu của Chan (2007), hở van 3 lá tăng nặng sau mổ dự báo một cách độc lập tăng tử vong về dài hạn ở những bệnh nhân có hở van $\geq 2/4$ trước mổ. Nhiều bệnh nhân hở van 3 lá nặng buộc phải mổ lại để sửa hoặc thay van 3 lá. Theo báo cáo của Bernal (2005), tỉ lệ tử vong trong bệnh viện khi mổ lại lên đến 35,1%.

1.4.3. Các yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện trễ sau phẫu thuật van 2 lá :

Trong nghiên cứu của Matsuyama (2003) trên 174 bệnh nhân được phẫu thuật van 2 lá không kèm sửa van 3 lá, có 3 yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện trễ sau phẫu thuật van 2 lá là hở van 3 lá vừa trước mổ (OR = 3,9, p = 0,004), rung nhĩ trước mổ (OR = 9,2, p = 0,03) và nhĩ trái dẫn > 60 mm (OR = 2,8, p = 0,03). Dựa vào kết quả này, Matsuyama khuyến cáo khi phẫu thuật van 2 lá nên sửa van 3 lá kèm theo nếu bệnh nhân có nhĩ trái dẫn hoặc rung nhĩ ngay cả khi hở van 3 lá chỉ ở mức vừa.

Trong nghiên cứu của Porter (1999) có 3 yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện trễ sau mổ là tuổi cao, hở van 3 lá thực thể và hở van 2 lá đơn thuần hoặc chủ yếu trước mổ.

Nghiên cứu của Chan và cộng sự (2007) trên những bệnh nhân được thay van 2 lá không kèm sửa van 3 lá cho thấy có 2 yếu tố dự báo hở van 3 lá tăng nặng sau mổ là giới nữ và áp lực tâm thu thất phải trước mổ ≥ 50 mm Hg.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu :

Nghiên cứu được thiết kế theo kiểu nghiên cứu thuần tập hồi cứu. Biến cố kết cục là hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân :

Dân số nghiên cứu là những người bệnh van tim hậu thấp được phẫu thuật van 2 lá (sửa hoặc thay van) không kèm sửa van 3 lá tại Viện Tim trong các năm 1995-2005. Bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng thời gian này vừa được chăm sóc theo một qui trình thống nhất từ trước đến sau mổ, vừa được theo dõi đủ thời gian cần thiết cho nghiên cứu.

Tổn thương van 2 lá hậu thấp được xác định bởi biên bản phẫu thuật kết hợp với khai thác bệnh sử và đặc điểm hình thái van 2 lá trên siêu âm tim. Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu nếu trước mổ không có hở van 3 lá nặng và được theo dõi sau mổ ≥ 1 năm.

2.3. Khảo sát siêu âm tim :

Bệnh nhân được khảo sát siêu âm tim với những tư thế và mặt cắt chuẩn. Máy được dùng là máy Kontron – Sigma 44, đầu dò 3,5 MHz hoặc 5 MHz. Tất cả các kỹ thuật siêu âm 2D, siêu âm kiểu M, Doppler liên tục, Doppler xung và Doppler màu được sử dụng trong quá trình khảo sát.

Hở van 3 lá được phân độ dựa vào mức lan của dòng phụt ngược vào nhĩ phải xem bằng Doppler màu trên nhiều mặt cắt khác nhau. Phân độ hở van dựa vào mặt cắt có mức lan của dòng phụt ngược lớn nhất : Hở nhẹ nếu dòng phụt ngược chiếm $< 20\%$ diện tích nhĩ phải, hở vừa nếu dòng phụt ngược chiếm $20-40\%$ diện tích nhĩ phải, hở nặng vừa nếu dòng phụt ngược chiếm $>40-50\%$ diện tích nhĩ phải và hở nặng nếu dòng phụt ngược chiếm $> 50\%$ diện tích nhĩ

phải. Đối với các dòng hở xéo, việc phân độ còn căn cứ vào phổ Doppler liên tục của dòng hở van 3 lá. Hở van 3 lá được xếp loại nặng nếu phổ Doppler liên tục của dòng hở có viền rõ và dạng tam giác với đỉnh sớm.

Nếu trong các bảng siêu âm tim trước mổ có ít nhất một bảng siêu âm tim cho thấy mức độ hở van 3 lá là nặng, bệnh nhân được loại khỏi nghiên cứu.

2.4. Qui trình theo dõi và chăm sóc sau mổ :

Sau khi xuất viện bệnh nhân được hẹn tái khám mỗi tháng trong năm đầu. Sau đó nếu bệnh nhân ở xa thì được hẹn tái khám mỗi 2 tháng. Điện tim 12 chuyển đạo được thực hiện mỗi lần tái khám. X-quang ngực thẳng được kiểm tra mỗi năm một lần. Siêu âm tim kiểm tra được thực hiện mỗi khi bệnh nhân tái khám.

Bệnh nhân dưới 50 tuổi được phòng thấp thứ cấp với phenoxymethyl-penicillin uống 1 triệu đơn vị/ngày. Bệnh nhân trên 50 tuổi cũng có thể được phòng thấp thứ cấp tùy đánh giá của bác sĩ. Các thuốc điều trị suy tim như ức chế men chuyển (hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin), lợi tiểu và digoxin được dùng tùy theo tình trạng chức năng của từng bệnh nhân.

Đối với bệnh nhân không được theo dõi đủ 1 năm sau mổ, tác giả nghiên cứu gửi thư về địa chỉ nhà mời tái khám và siêu âm tim.

2.5. Thu thập số liệu :

Việc thu thập số liệu được thực hiện theo một biểu mẫu thống nhất. Các số liệu được thu thập gồm số liệu trước mổ, số liệu phẫu thuật và số liệu theo dõi sau mổ.

2.5.1. Số liệu trước mổ : gồm tuổi, giới, cân nặng và diện tích cơ thể, dạng tổn thương van 2 lá, tổn thương tim kèm theo, phân độ suy tim theo NYHA, chỉ số tim/ngực trên phim X-quang ngực thẳng, nhịp tim

(nhịp xoang hay rung nhĩ) và các số liệu siêu âm tim (diện tích lỗ van 2 lá, mức độ hở van 2 lá, kích thước nhĩ trái, kích thước cuối tâm trương và cuối tâm thu thất trái, phân suất tống máu thất trái, kích thước thất phải, áp lực động mạch phổi tâm thu, mức độ hở van 3 lá, hở van 3 lá cơ năng hay thực thể, kích thước vòng van 3 lá).

2.5.2. Số liệu phẫu thuật : gồm loại phẫu thuật van 2 lá (thay van hay sửa van) và phẫu thuật kèm theo.

2.5.3. Số liệu tái khám sau mổ : gồm phân độ chức năng theo NYHA, các triệu chứng suy tim phải, nhịp tim (nhịp xoang hay rung nhĩ), các thuốc tim mạch bệnh nhân đang dùng, các số liệu siêu âm tim (kết quả sửa van 2 lá, độ chênh áp qua van 2 lá nhân tạo, có hở van 2 lá nhân tạo hay không, kích thước nhĩ trái, kích thước cuối tâm trương và cuối tâm thu thất trái, phân suất tống máu thất trái, kích thước thất phải, kích thước vòng van 3 lá, áp lực động mạch phổi tâm thu và mức độ hở van 3 lá), thời điểm xuất hiện hở van 3 lá nặng (nếu có) sau mổ, có thấp tim tái phát hay không, các biến chứng hậu phẫu trễ và tử vong trễ (nếu có).

2.6. Phương pháp thống kê :

Phương pháp Kaplan-Meier được dùng để ước tính tần suất dồn của biến cố hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ. Tần suất dồn của biến cố hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ được biểu thị ở dạng tỉ lệ dồn ước tính \pm sai số chuẩn (%). Để so sánh tần suất dồn của biến cố hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ của 2 nhóm bệnh nhân, chúng tôi dùng phép kiểm log rank. Các yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ được xác định bằng mô hình các nguy cơ tương xứng Cox. Trong tất cả các phép kiểm thống kê ngưỡng có ý nghĩa được chọn là $p < 0,05$. Phân tích thống kê được thực hiện với phần mềm thống kê SPSS 11.5 for Windows.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân và kết quả chung của phẫu thuật :

Mẫu nghiên cứu gồm 1037 bệnh nhân. Bệnh nhân có tuổi trung bình $35,6 \pm 10,9$ (nhỏ nhất 8 tuổi, lớn nhất 71 tuổi), nam giới chiếm tỉ lệ 33,1%. Đa số (91,7%) có suy tim NYHA II trước mổ. Tỉ lệ rung nhĩ trước mổ là 33,9%. Về dạng tổn thương van 2 lá, hẹp van đơn thuần/chủ yếu chiếm tỉ lệ 64,4%, hở van đơn thuần/chủ yếu chiếm tỉ lệ 19,6% và hẹp-hở van chiếm tỉ lệ 16%.

Mức độ hở van 3 lá trước mổ là nhẹ trong 44,6% các trường hợp, vừa trong 45,3% các trường hợp và nặng vừa trong 10,1% các trường hợp. Có 13 bệnh nhân có hình ảnh siêu âm tim gợi ý hở van 3 lá thực thể.

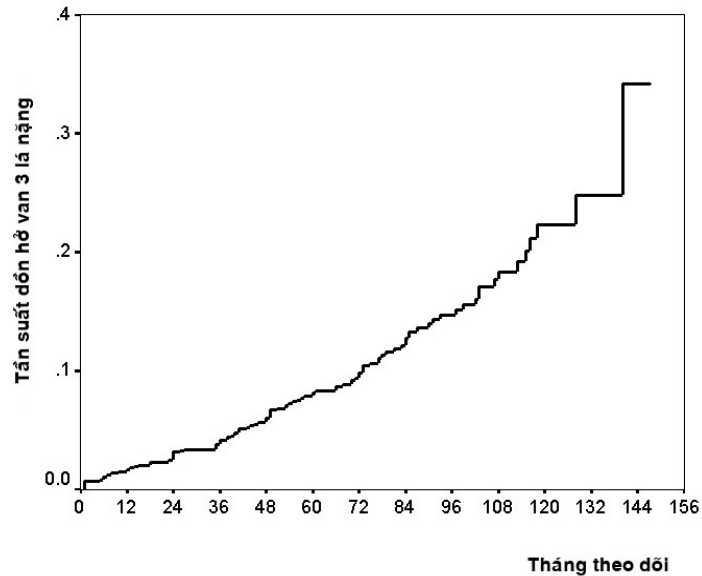
440 bệnh nhân (42,4%) được thay van 2 lá nhân tạo và 597 bệnh nhân (57,6%) được sửa van 2 lá. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 73,9 tháng và trung vị là 73 tháng (ngắn nhất 12 tháng, dài nhất 151 tháng). Tổng số bệnh nhân-năm theo dõi là 6385.

Có 2 bệnh nhân tử vong trễ sau mổ, một chết do viêm phổi trong lần nhập viện vì suy tim tăng nặng và một chết do chấn thương sọ não vì tai nạn giao thông.

3.2. Tần suất và thời điểm xuất hiện hở van 3 lá nặng sau mổ :

Có 111 bệnh nhân (10,7%) bệnh nhân bị hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ. Thời điểm xuất hiện hở van 3 lá nặng trung bình là 66,4 tháng, sớm nhất 1 tháng và trễ nhất 147 tháng sau mổ. Tần suất dồn hở van 3 lá nặng sau 12 năm là $34,2 \pm 9,3\%$. Chỉ có 2 trường hợp hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ có hình ảnh siêu âm tim gợi ý tổn thương thực thể của van 3 lá do thấp tim.

Tần suất dồn hở van 3 lá nặng của bệnh nhân sửa van 2 lá và bệnh nhân thay van 2 lá khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



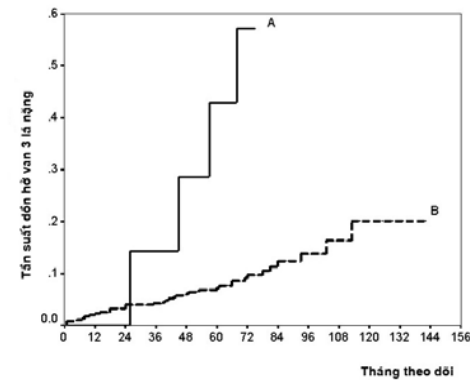
Biểu đồ 3.1: Đường biểu diễn tần suất dồn hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ.

3.3. Tình trạng chức năng và dùng thuốc tim mạch của bệnh nhân có hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ :

Ở lần tái khám gần nhất, bệnh nhân hở van 3 lá nặng có tỉ lệ NYHA II cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không hở van nặng (10,8% so với 1,4%, $p < 0,001$). Tỉ lệ có triệu chứng suy tim phải và tỉ lệ phải dùng thuốc tim mạch, đặc biệt là thuốc lợi tiểu, của bệnh nhân hở van 3 lá nặng cũng cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không hở van nặng. Tổng số thuốc tim mạch bệnh nhân hở van 3 lá nặng phải dùng nhiều hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không hở van nặng.

3.4. Ảnh hưởng của rối loạn hoạt động van nhân tạo trên tần suất hở van 3 lá nặng xuất hiện sau phẫu thuật thay van 2 lá :

440 bệnh nhân được thay van 2 lá nhân tạo gồm 186 nam và 254 nữ, tuổi trung bình $40,6 \pm 9,1$. Có 8 bệnh nhân bị rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo không do cấu trúc, gồm 7 ca rối loạn hoạt động van do mô xơ và 1 ca hở ngoài van nhân tạo nhiều. Trong nhóm 8 người này có 4 ca hở van 3 lá nặng mới xuất hiện, còn trong số những bệnh nhân không rối loạn hoạt động van nhân tạo có 38 ca hở van 3 lá nặng mới xuất hiện. Tần suất dồn hở van 3 lá nặng của bệnh nhân rối loạn hoạt động van nhân tạo cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không bị biến chứng này (biểu đồ 3.5).



Biểu đồ 3.5: Tần suất dồn hở van 3 lá nặng của bệnh nhân rối loạn hoạt động van nhân tạo (đường A) và bệnh nhân không rối loạn hoạt động van nhân tạo (đường B).

Siêu âm tim gần nhất cho thấy bệnh nhân rối loạn hoạt động van nhân tạo có áp lực động mạch phổi tâm thu cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không bị biến chứng này.

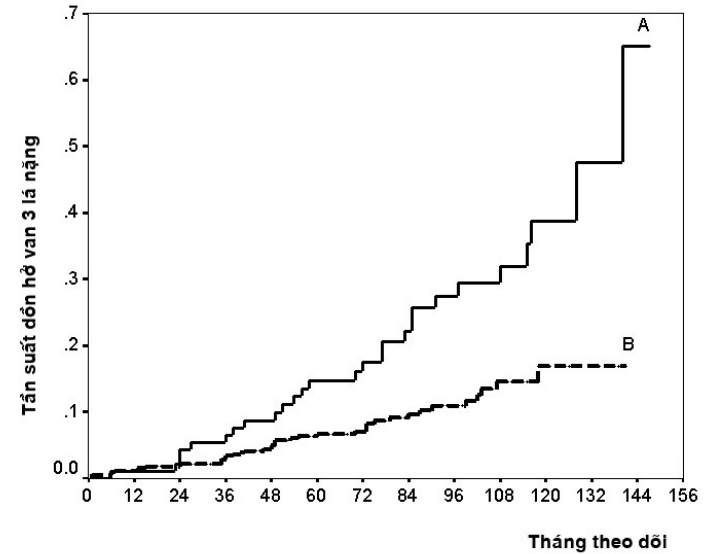
3.5. Ảnh hưởng của tái hẹp/hở van 2 lá trên tần suất hở van 3 lá nặng xuất hiện sau phẫu thuật sửa van 2 lá :

597 bệnh nhân được sửa van 2 lá gồm 158 nam và 439 nữ, tuổi trung bình $31,9 \pm 10,6$. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 77,6 tháng. Trong quá trình theo dõi có 94 bệnh nhân bị tái hẹp và/hoặc tái hở van 2 lá. 3 bệnh nhân bị suy tim nặng không kiểm soát được bằng điều trị nội khoa nên được mổ lại (2 người được thay van nhân tạo cơ học, 1 người được sửa van 2 lá lần 2). Các bệnh nhân còn lại có triệu chứng được kiểm soát bởi điều trị nội khoa.

Có 69 bệnh nhân bị hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ, gồm 27 người trong nhóm có tái hẹp/hở van 2 lá và 42 người trong nhóm không tái hẹp/hở van 2 lá. Tỷ lệ hở van 3 lá nặng ở lần siêu âm tim gần nhất của bệnh nhân có tái hẹp/hở van 2 lá cao hơn có ý nghĩa so với tỷ lệ này của bệnh nhân không có tái hẹp/hở van 2 lá (28,7% so với 8,3%, $p < 0,001$). Trong số 27 người tái hẹp/hở van 2 lá bị hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ có 2 bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán thấp tim tái phát.

Tần suất dồn hở van 3 lá nặng sau 11 năm ước tính theo phương pháp Kaplan-Meier của bệnh nhân có tái hẹp/hở van 2 lá cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không tái hẹp/hở van 2 lá ($65\% \pm 15,8\%$ so với $17\% \pm 3,4\%$, phép kiểm log rank : $p < 0,001$) (biểu đồ 3.7).

So sánh sự thay đổi áp lực động mạch phổi tâm thu của 2 nhóm cho thấy trước mổ áp lực động mạch phổi tâm thu của 2 nhóm tương đương, tuy nhiên ở lần siêu âm tim gần nhất áp lực động mạch phổi tâm thu của nhóm không tái hẹp/hở van 2 lá thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm tái hẹp/hở van 2 lá ($31,0 \pm 6,3$ so với $41,9 \pm 13,2$ mm Hg, $p = 0,002$).



Biểu đồ 3.7: Tần suất dồn hở van 3 lá nặng sau phẫu thuật sửa van 2 lá của bệnh nhân có tái hẹp/hở van 2 lá (đường A) và bệnh nhân không tái hẹp/hở van 2 lá (đường B).

So sánh 2 nhóm có và không có tái hẹp/hở van 2 lá cho thấy nhóm tái hẹp/hở van 2 lá nhỏ tuổi hơn ($26,9 \pm 10,3$ so với $32,9 \pm 10,4$, $p < 0,001$), còn các đặc điểm khác (như giới, dạng tổn thương van 2 lá, tổn thương kèm theo, phân độ NYHA, nhịp trước mổ) của 2 nhóm không khác biệt.

Nếu phân tầng nguy cơ tái hẹp/hở van 2 lá sau sửa van theo mốc tuổi dưới hoặc ≥ 30 , tỷ lệ tái hẹp/hở van của bệnh nhân dưới 30 tuổi cao hơn có ý nghĩa so với tỷ lệ này của bệnh nhân ≥ 30 tuổi ($21,8\%$ so với $11,7\%$, $p = 0,001$).

3.6. Các yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ ở người không có rối loạn hoạt động van nhân tạo, không có tái hẹp/hở van 2 lá :

Từ mẫu nghiên cứu, sau khi loại trừ 8 người rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo và 94 người tái hẹp/hở van 2 lá, còn lại 935 bệnh nhân không có rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo và không có tái hẹp/hở van 2 lá. 935 người này gồm 318 nam và 617 nữ, tuổi trung bình $36,5 \pm 10,6$. 503 người (53,8%) được sửa van 2 lá và 432 người (46,2%) được thay van 2 lá nhân tạo. Thời gian theo dõi trung vị là 72 tháng (12 - 143 tháng).

Trong thời gian nghiên cứu có 80 bệnh nhân bị hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ. So sánh các đặc điểm trước mổ của 2 nhóm có và không có hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ cho thấy tỉ lệ rung nhĩ trong nhóm hở van 3 lá nặng cao hơn, còn các đặc điểm khác của 2 nhóm không khác biệt có ý nghĩa. Trên siêu âm tim trước mổ, bệnh nhân hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ có nhĩ trái giãn hơn, vòng van 3 lá lớn hơn và tỉ lệ hở van 3 lá mức độ nặng vừa cao hơn so với bệnh nhân không hở van nặng sau mổ.

Các yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ được xác định bằng mô hình các nguy cơ tương xứng Cox. Các biến được đưa vào mô hình gồm tuổi, dạng tổn thương van 2 lá, nhịp tim trước mổ, kích thước nhĩ trái trước mổ, kích thước thất phải trước mổ, kích thước vòng van 3 lá trước mổ, áp lực động mạch phổi tâm thu trước mổ, mức độ hở van 3 lá trước mổ và loại phẫu thuật van 2 lá. Kết quả phân tích cho thấy có 2 yếu tố dự báo một cách độc lập hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ là hở van 3 lá nặng vừa trước mổ (tỉ số nguy cơ = 3,33, $p < 0,0001$) và rung nhĩ trước mổ (tỉ số nguy cơ = 2,01, $p = 0,003$).

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Vấn đề chọn mẫu nghiên cứu :

Cho đến nay đã có một số tác giả nước ngoài công bố nghiên cứu về tiến triển của hở van 3 lá mới xuất hiện sau phẫu thuật van 2 lá không kèm sửa van 3 lá. Tuy nhiên có nghiên cứu thì được thực hiện trên những bệnh nhân bị tổn thương van 2 lá do những nguyên nhân khác ngoài bệnh van tim hậu thấp (Matsuyama - 2003), có nghiên cứu thì có cỡ mẫu nhỏ và chỉ bao gồm những bệnh nhân được thay van 2 lá nhân tạo (Porter - 1999). Nghiên cứu trên người bệnh van tim hậu thấp có cỡ mẫu lớn nhất đã được công bố là của Izumi (2002) với số bệnh nhân tham gia là 208 người. So với các nghiên cứu vừa kể, nghiên cứu này vừa có cỡ mẫu lớn hơn nhiều vừa đồng nhất hơn vì chỉ bao gồm những bệnh nhân bị tổn thương van 2 lá do bệnh van tim hậu thấp. Việc chọn cả những bệnh nhân được thay van 2 lá nhân tạo lẫn những bệnh nhân được sửa van 2 lá cho phép khảo sát mối liên hệ giữa loại phẫu thuật van 2 lá với nguy cơ hở van 3 lá nặng xuất hiện trễ. Việc chọn cả 2 đối tượng bệnh nhân còn giúp đánh giá ảnh hưởng của tái hẹp/hở van 2 lá sau sửa van và rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo sau thay van đối với nguy cơ hở van 3 lá nặng xuất hiện trễ. Việc dùng tiêu chuẩn loại trừ là có ít nhất một lần siêu âm tim trước mổ thấy hở van 3 lá nặng cho phép bảo đảm là bệnh nhân trong nghiên cứu không có hở van 3 lá nặng từ trước mổ. Thời gian theo dõi bệnh nhân trong nghiên cứu này ngắn hơn so với các nghiên cứu đã công bố ở nước ngoài vì phải giới hạn thời gian chọn bệnh kể từ 1995 (là thời điểm qui trình siêu âm tim và chỉ định mổ trong các bệnh van tim đã được chuẩn hóa và bệnh nhân được chăm sóc theo một qui trình thống nhất từ trước đến sau mổ) đến 2005 (nhằm đảm bảo thời gian theo dõi sau mổ ≥ 1 năm). Nghiên

cứu này không chọn một mẫu đại diện mà lấy tất cả những bệnh nhân có thể khảo sát được.

4.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán siêu âm tim :

Về tiêu chuẩn chẩn đoán siêu âm tim, nghiên cứu này phân độ hở van 3 lá dựa vào tỉ lệ diện tích dòng phụt ngược chia cho diện tích nhĩ phải trong thì tâm thu. Hở van 3 lá được phân độ chi tiết từ nhẹ đến nặng dựa vào tỉ lệ này. Hiện có nhiều phương pháp khác nhau để định lượng mức độ hở van 3 lá dựa vào siêu âm Doppler. Phương pháp đo bề rộng của vena contracta và phương pháp PISA khá phức tạp nên không phổ biến trong thực hành. Ngoài ra, các phương pháp này cũng có một số nhược điểm. Bề rộng vena contracta rất nhỏ (thường < 1 cm), do đó một sai số nhỏ trong đo đạc cũng khiến cho việc phân độ hở van trở nên không đúng. Phương pháp PISA cũng cho kết quả không đúng nếu dòng hở van đi xéo. Phương pháp phân độ hở van 3 lá dựa vào độ lan của dòng phụt ngược vào buồng nhĩ phải rất dễ thực hiện nên là phương pháp phân độ hở van được dùng phổ biến nhất trong thực hành hàng ngày hiện nay. Phương pháp phân độ hở van 3 lá này cũng đã được dùng trong tất cả các nghiên cứu về hở van 3 lá mới xuất hiện sau mổ đã được công bố trong y văn. Hạn chế của phương pháp này là có thể không đúng nếu dòng hở đi xéo. Việc sử dụng nhiều mặt cắt khác nhau để khảo sát dòng hở cho phép khắc phục hạn chế này. Ngoài ra các bác sĩ làm siêu âm tim đã có kinh nghiệm kết hợp đánh giá phổ Doppler liên tục của dòng hở van 3 lá khi thấy dòng hở van đi xéo. Khi dòng hở van đi xéo, mức độ hở van được xếp loại nặng nếu phổ Doppler liên tục của dòng hở có viền rõ và dạng tam giác với đỉnh sớm ngay cả khi diện tích dòng phụt ngược không quá 50% diện tích nhĩ phải.

4.3. Tần suất và thời điểm xuất hiện hở van 3 lá nặng sau phẫu thuật van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp :

Trong nghiên cứu này, tần suất hở van 3 lá nặng là 10,7% sau thời gian theo dõi sau mổ trung bình $6,2 \pm 2,7$ năm. Kết quả này khá giống với kết quả nghiên cứu của Izumi (tỉ lệ 14%) và Matsuyama (16%). Thời điểm xuất hiện biến cố hở van 3 lá nặng trung bình là 66,4 tháng sau cuộc mổ, có thể rất sớm (một tháng sau cuộc mổ) và cũng có thể rất trễ (hơn 12 năm sau cuộc mổ). Dựa vào đường Kaplan-Meier biểu diễn tần suất dồn hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ (biểu đồ 3.1), có thể nhận xét là biến cố này xảy ra một cách đều đặn theo thời gian chứ không tập trung vào một khoảng thời gian đặc biệt nào. Tần suất dồn biến cố hở van 3 lá nặng không khác biệt giữa 2 nhóm thay van 2 lá nhân tạo và sửa van 2 lá.

4.4. Nguyên nhân và cơ chế hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ:

Trong nghiên cứu này, ngoài 13 bệnh nhân đã có tổn thương thực thể của van 3 lá do thấp tim từ trước mổ, chỉ có 2 trường hợp hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ có hình ảnh gợi ý tổn thương thực thể của van 3 lá. Ở những bệnh nhân bị tái hẹp/hở van 2 lá sau phẫu thuật sửa van (có khả năng là do thấp tim tiến triển hoặc tái phát), siêu âm tim sau mổ cũng không phát hiện tổn thương thực thể của van 3 lá. Điều này chứng tỏ van 3 lá ít bị tổn thương trực tiếp do thấp tim hơn so với các van tim bên trái.

Trong số các nguyên nhân gây hở van 3 lá cơ năng, có một nguyên nhân được xác định rất rõ là hẹp/hở van 2 lá tái phát sau phẫu thuật sửa van và rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo sau phẫu thuật thay van.

Tăng áp động mạch phổi tồn lưu sau mổ cũng là một nguyên nhân. Nhiều bệnh nhân có tổn thương van 2 lá được giải quyết triệt

để (tức là không còn yếu tố gây tăng áp động mạch phổi hậu mao mạch) nhưng có áp lực động mạch phổi không giảm hoặc giảm chậm sau mổ vì đã có những thay đổi không hồi phục về mặt cấu trúc của các tiểu động mạch phổi. Trong nghiên cứu này, kết quả siêu âm tìm ở lần tái khám gần nhất cho thấy bệnh nhân hở van 3 lá nặng có áp lực động mạch phổi tâm thu cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không hở van nặng trong mẫu nghiên cứu nói chung và đặc biệt trong nhóm 935 người không có rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo và không có tái hẹp/hở van 2 lá.

Nói tóm lại, trong nghiên cứu này hầu hết các trường hợp hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ có cơ chế là hở van 3 lá cơ năng tăng nặng. Các nguyên nhân được xác định rõ gồm tái hẹp/hở van 2 lá sau phẫu thuật sửa van, rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo sau thay van và tăng áp động mạch phổi tồn lưu. Ngoài ra việc không đánh giá đúng mức độ dẫn vòng van 3 lá trước mổ và thiếu máu cục bộ chu phẫu của thất phải cũng có thể là những nguyên nhân. Hở van 3 lá thực thể do thấp tim tái phát chiếm một tỉ lệ rất nhỏ trong số các nguyên nhân. Kết quả này phù hợp với những thông tin đã được công bố trong y văn.

4.5. Ảnh hưởng của tái hẹp/hở van 2 lá sau phẫu thuật sửa van trên nguy cơ hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ :

Nghiên cứu này cho thấy những bệnh nhân bị tái hẹp/hở van 2 lá sau sửa van có nguy cơ hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ cao hơn có ý nghĩa so với những bệnh nhân không tái hẹp/hở van 2 lá : Tần suất dẫn hở van 3 lá nặng sau 11 năm ước tính theo phương pháp Kaplan-Meier của bệnh nhân có tái hẹp/hở van 2 lá là $65\% \pm 15,8\%$ so với $17\% \pm 3,4\%$ của bệnh nhân không tái hẹp/hở van (phép kiểm log rank : $p < 0,001$) (biểu đồ 3.7).

Tái hẹp/hở van 2 lá sau sửa van dẫn đến hở van 3 lá cơ năng tăng nặng qua cơ chế gây ứ đọng trong nhĩ trái, tăng áp động mạch phổi hậu mao mạch, dẫn thất phải và dẫn vòng van 3 lá thứ phát. Kết quả siêu âm tìm gần nhất ủng hộ lập luận này : Bệnh nhân tái hẹp/hở van 2 lá có áp lực động mạch phổi tâm thu cao hơn, nhĩ trái và thất phải dẫn hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không tái hẹp/hở van. So sánh kết quả siêu âm tìm trước mổ và sau mổ cũng ủng hộ lập luận này : Áp lực động mạch phổi trước mổ của bệnh nhân có và không có tái hẹp/hở van 2 lá không khác biệt, tuy nhiên sau mổ áp lực động mạch phổi của bệnh nhân không tái hẹp/hở van 2 lá giảm nhiều hơn so với bệnh nhân tái hẹp/hở van.

Tái hẹp van 2 lá sau sửa van có nguyên nhân chủ yếu là bệnh thấp tim tiến triển hoặc tái phát. Tái hở van 2 lá ngoài nguyên nhân bệnh thấp tim tái phát còn có thể liên quan với kỹ thuật sửa van (bung chỉ khâu, đặt vòng van không đúng kích thước, đứt dây chằng đã được rút ngắn và xẻ mép van không đúng).

Người thầy thuốc nội khoa chăm sóc bệnh nhân sau mổ có thể ngăn ngừa tái hẹp/hở van 2 lá do thấp tim tái phát bằng biện pháp phòng thấp thứ cấp. Theo qui trình chăm sóc sau phẫu thuật bệnh van tim hậu thấp tại Viện Tim, bệnh nhân được cho uống phenoxymethylpenicillin 1 triệu đơn vị/ngày. Trong nghiên cứu này, trong số những bệnh nhân tái hẹp/hở van 2 lá bị hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ chỉ có 2 người có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán thấp tim tái phát. Tuy nhiên không thể loại trừ khả năng có nhiều bệnh nhân khác bị thấp tim tái phát nhưng diễn tiến âm thầm hơn nên không được phát hiện. Tác giả nghiên cứu cho rằng đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao bị thấp tim tái phát cần có biện pháp phòng thấp thứ cấp hữu hiệu hơn phác đồ đang dùng.

Phenoxymethyl-penicillin uống có ưu điểm là tiện dùng, tuy nhiên sự hấp thu qua đường uống của thuốc không giống nhau ở mọi bệnh nhân khiến cho nồng độ ức chế tối thiểu của thuốc đôi khi không đạt được trong máu. Benzathine penicillin G tiêm bắp tuy có nhược điểm là không thích hợp cho những bệnh nhân phải uống thuốc chống đông dài hạn nhưng cho phép đạt được nồng độ trong máu ổn định hơn, do đó thích hợp cho những bệnh nhân có nguy cơ cao và không phải uống thuốc chống đông dài hạn. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ tái hẹp/hở van của bệnh nhân dưới 30 tuổi cao hơn có ý nghĩa so với tỉ lệ này của bệnh nhân 30 tuổi (21,8% so với 11,7%, $p = 0,001$). Từ ghi nhận này, tác giả nghiên cứu cho rằng những bệnh nhân dưới 30 tuổi không phải uống thuốc chống đông dài hạn nên được phòng thấp thứ cấp với benzathine penicillin G tiêm bắp.

4.6. Ảnh hưởng của rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo trên nguy cơ hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ :

Trong nghiên cứu này, các loại van nhân tạo được sử dụng để thay van 2 lá và van động mạch chủ khá đa dạng, bao gồm cả van cơ học một đĩa (Allcarbon), van cơ học 2 nửa đĩa (Bicarbon, Mira) và van sinh học Carpentier-Edwards. Nói chung phần lớn van 2 lá nhân tạo hiện đang được bệnh nhân mang trong người thuộc một trong các kiểu cấu tạo này. Vì vậy có thể nói mẫu nghiên cứu này có tính đại diện cho dân số những bệnh nhân được thay van 2 lá nhân tạo.

Trong nghiên cứu này có 8 bệnh nhân bị rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo. Tần suất độn hở van 3 lá nặng của bệnh nhân rối loạn hoạt động van nhân tạo cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không rối loạn hoạt động van nhân tạo (biểu đồ 3.5). Cơ chế hở van 3 lá nặng trong rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo cũng tương tự như trong tái hẹp/hở van 2 lá sau sửa van : Rối loạn hoạt động van 2

lá nhân tạo gây ứ đọng và tăng áp lực trong nhĩ trái dẫn đến tăng áp động mạch phổi (hậu mao mạch) và hở van 3 lá cơ năng tăng nặng. Kết quả siêu âm tim gần nhất ủng hộ lập luận này : Áp lực động mạch phổi tâm thu của bệnh nhân rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không bị biến chứng này ($38,8 \pm 6,9$ mm Hg so với $30,4 \pm 5,4$ mm Hg, $p < 0,001$).

4.7. Các yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ :

Các nghiên cứu đã công bố về các yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện sau phẫu thuật van 2 lá hiện chưa nhiều và cho những kết quả rất khác nhau. Điều này có thể giải thích là do các nghiên cứu này có cỡ mẫu khác nhau, không dùng tiêu chuẩn chẩn đoán như nhau và được thực hiện trên những đối tượng bệnh nhân khác nhau. So với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài đã được công bố, nghiên cứu này có cỡ mẫu lớn hơn nhiều. Ngoài ra, nghiên cứu này có dạng bệnh nhân rất đồng nhất vì chỉ gồm toàn những người bệnh van 2 lá hậu thấp. Kết quả phân tích cho thấy có 2 yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ là hở van 3 lá nặng vừa trước mổ (tỉ số nguy cơ = 3,33 so với hở van 3 lá nhẹ hoặc vừa trước mổ) và rung nhĩ trước mổ (tỉ số nguy cơ = 2,01 so với nhịp xoang trước mổ). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Matsuyama (2003).

Việc xác định các yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ có ý nghĩa thực tiễn quan trọng. Hiện nay giữa các thầy thuốc đã có một sự nhất trí cao trong chỉ định sửa van 3 lá kèm theo khi phẫu thuật van 2 lá nếu mức độ hở van 3 lá là nặng. Tuy nhiên các ý kiến rất khác nhau trong những trường hợp bệnh nhân có hở van 3 lá không nặng (từ nhẹ đến nặng vừa). Việc xác định những bệnh nhân hở van 3 lá không nặng trước mổ nhưng có nhiều nguy cơ

sẽ bị hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ rất hữu ích vì những bệnh nhân này nên được sửa van 3 lá kèm theo khi phẫu thuật van 2 lá. Từ kết quả nghiên cứu này, tác giả đề nghị nên xét chỉ định sửa van 3 lá kèm theo khi phẫu thuật van 2 lá cho những bệnh nhân có 2 yếu tố này nhằm ngăn sự xuất hiện trễ của hở van 3 lá nặng sau mổ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tiến triển của hở van 3 lá ở 1037 người bệnh van tim hậu thấp không có hở van 3 lá nặng được phẫu thuật van 2 lá không kèm sửa van 3 lá, có thể rút ra những kết luận như sau :

1. Tỷ lệ hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ là 10,7% sau thời gian theo dõi trung bình 73,9 tháng, tương ứng với tần suất tuyến tính hóa là 1,74 /100 bệnh nhân-năm theo dõi. Thời điểm xuất hiện biến cố hở van 3 lá nặng không tập trung vào một khoảng thời gian đặc biệt nào mà rải đều trong suốt thời gian theo dõi, sớm nhất là một tháng và trễ nhất là hơn 12 năm sau mổ. Tần suất dồn hở van 3 lá nặng sau 12 năm ước tính theo phương pháp Kaplan-Meier là $34,2 \pm 9,3\%$. Tần suất dồn hở van 3 lá nặng sau 12 năm của bệnh nhân sửa van 2 lá là $36,1 \pm 10,5\%$ và của bệnh nhân thay van 2 lá là $21,2 \pm 5,0\%$ (khác biệt không có ý nghĩa thống kê).
2. Hầu hết các trường hợp hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ có cơ chế là hở van 3 lá cơ năng tăng nặng. Các nguyên nhân được xác định gồm tái hẹp/hở van 2 lá sau phẫu thuật sửa van, rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo sau phẫu thuật thay van và tăng áp động mạch phổi tồn lưu. Hở van 3 lá thực thể do thấp tim tái phát rất hiếm gặp.
3. So với bệnh nhân không tái hẹp/hở van 2 lá sau sửa van, bệnh nhân có tái hẹp/hở van 2 lá nhỏ tuổi hơn. Nếu phân tầng theo mức

30 tuổi thì tỷ lệ tái hẹp/hở van 2 lá của bệnh nhân dưới 30 tuổi cao hơn có ý nghĩa so với tỷ lệ này của bệnh nhân ≥ 30 tuổi : 21,8% so với 11,7% ($p = 0,001$).

4. Ở bệnh nhân không có rối loạn hoạt động van 2 lá nhân tạo sau phẫu thuật thay van và không có tái hẹp/hở van 2 lá sau phẫu thuật sửa van, có 2 yếu tố dự báo hở van 3 lá nặng xuất hiện sau mổ là hở van 3 lá nặng vừa trước mổ và rung nhĩ có từ trước mổ.

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả của nghiên cứu này, tác giả có một số kiến nghị liên quan đến việc phòng ngừa hở van 3 lá nặng xuất hiện sau sửa hoặc thay van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp :

1. Tỷ lệ tái hẹp/hở van 2 lá sau sửa van của bệnh nhân dưới 30 tuổi cao hơn có ý nghĩa so với tỷ lệ này của bệnh nhân ≥ 30 tuổi. Vì thấp tim tái phát là một nguyên nhân quan trọng gây tái hẹp/hở van 2 lá, cần có một phác đồ phòng thấp thứ cấp tích cực hơn cho những bệnh nhân dưới 30 tuổi được sửa van 2 lá. Phác đồ đề nghị là dùng benzathine penicillin G tiêm bắp để phòng thấp thứ cấp cho những bệnh nhân dưới 30 tuổi không phải uống thuốc chống đông dài hạn.
2. Khi phẫu thuật van 2 lá, nên xét chỉ định sửa van 3 lá kèm theo cho những bệnh nhân có hở van 3 lá nặng vừa và rung nhĩ trước mổ nhằm ngăn ngừa sự xuất hiện trễ của hở van 3 lá nặng sau mổ.