

- plasmapheresis or conservative management? J Intensive Care Med. (2021) (in press). doi: 10.1177/08850666211054365
- Gubensek J, Buturovic-Ponikvar J, Marn-Pernat A, et al.** Treatment of hyperlipidemic acute pancreatitis with plasma exchange: a single-center experience. Ther Apher Dial. (2009) 13:314–7. doi: 10.1111/j.1744-9987.2009.00731.x
 - Gubensek J, Buturovic-Ponikvar J, Romozi K, Ponikvar R.** Factors affecting outcome in acute hypertriglyceridemic pancreatitis treated with plasma exchange: an observational cohort study. PLoS One. (2014) 9:e102748. doi: 10.1371/journal.pone.0102748
 - Lu Z, Chen Y, Wu Y, et al.** The role of double filtration plasmapheresis in hypertriglyceridemic pancreatitis: a propensity score matching analysis. J Clin Apher. (2020) 35:388–97. doi: 10.1002/jca.21811
 - Miyamoto K, Horibe M, Sanui M, et al.** Plasmapheresis therapy has no triglyceride-lowering effect in patients with hypertriglyceridemic pancreatitis. Intensive Care Med. (2017) 43:949–51. doi: 10.1007/s00134-017-4722-3

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MAZE ĐIỀU TRỊ RUNG NHĨ BẰNG NĂNG LƯỢNG SÓNG CÓ TẦN SỐ RADIO Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT SỬA HOẶC THAY VAN HAI LÁ SINH HỌC

Nguyễn Thế Kiên¹, Nguyễn Ngọc Trung¹, Nguyễn Sinh Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật Maze điều trị rung nhĩ bằng năng lượng sóng có tần số radio ở bệnh nhân phẫu thuật sửa hoặc thay van hai lá sinh học. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh. **Kết quả:** 95 bệnh nhân, tuổi trung bình 62,3 ± 8,3 tuổi; nam giới chiếm 52,6%. Triệu chứng hồi hộp trống ngực chỉ gặp 44,2%. Tất cả bệnh nhân (100%) được phẫu thuật Maze theo sơ đồ 2 nhĩ. Tỷ lệ tử vong sớm là 1,1%. Có 14,7% biến chứng sớm. Thời gian theo dõi trung bình 24,3 ± 14,2 tháng. Có 3 bệnh nhân tử vong và 5 bệnh nhân đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn trong thời gian theo dõi. Tỷ lệ hết rung nhĩ tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng và kết thúc nghiên cứu lần lượt là 82,9%; 73,4%; 76,6%; 84,8%; 82,9% và 72,6%. **Kết luận:** Phẫu thuật Maze bằng năng lượng sóng có tần số radio ở bệnh nhân phẫu thuật sửa hoặc thay van hai lá sinh học an toàn, hiệu quả với tỷ lệ hết rung nhĩ cao. **Từ khóa:** rung nhĩ, sửa van hai lá, thay van hai lá sinh học, phẫu thuật Maze

SUMMARY

RESULTS OF MAZE PROCEDURE FOR TREATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION USING RADIOFREQUENCY ABLATION IN PATIENTS UNDERGOING MITRAL VALVE REPAIR OR BIOLOGICAL MITRAL VALVE REPLACEMENT

Objective: Evaluate the outcomes atrial fibrillation treatment with Maze procedure using radiofrequency ablation in patients undergoing mitral valve repair (MVR) or biological mitral valve replacement (BMVR). **Subjects and methods:** We

described a series of cases. **Results:** There were 95 patients, mean of age was 62.3 ± 8.3 years. Men accounted for 52.6%. Palpitation was presented in 44.2% of cases. Maze procedure was performed in all patients. The in-hospital mortality rate was 1.1%, 14.7% of patients suffered from early complications. The average follow-up time was 24.3 ± 14.2 months. At the endpoint of follow-up, there were 3 patients who died and 5 patients who had permanent pacemakers implantation. The rate of freedom from AF at first month, 3rd month, 6th month, 12th month and the end of the study was 82.9%, 73.4%, 76.6%, 84.8%, 82.9% and 72.6%, respectively. **Conclusion:** Maze procedure using radiofrequency ablation in patients undergoing MVR or BMVR was safe and effective with a high rate of sinus rhythm restoration.

Keywords: Atrial fibrillation, Mitral valve repair, Biological mitral valve replacement, Maze procedure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ (RN) là loại rối loạn tim thường gặp trong các bệnh lý tim mạch và là nguyên nhân chủ yếu gây đột quỵ, suy tim, đột tử. Gần 30% bệnh nhân (BN) RN có bệnh van tim [1]. Ra đời từ những năm 80 của thế kỷ XX, phẫu thuật Cox-Maze III được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị RN. Kỹ thuật Maze IV dựa trên sơ đồ Maze III đã trở nên phổ biến và đã được chứng minh tính hiệu quả trong phục hồi nhịp xoang, dự phòng huyết khối, cải thiện tình trạng huyết động, nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN [2]. Tại Việt Nam, phẫu thuật Maze kết hợp phẫu thuật van hai lá (VHL) đã được áp dụng ở các trung tâm phẫu thuật tim mạch. Tuy nhiên, hiện vẫn chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phẫu thuật Maze sử dụng năng lượng sóng có tần số radio ở BN phẫu thuật sửa hoặc thay VHL sinh học. Liệu rằng tỷ lệ khôi phục nhịp xoang, các tai biến và biến chứng có giảm hơn so với nhóm BN thay VHL cơ học

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Kiên

Email: thekien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024

không? Xuất phát từ vấn đề đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật Maze sử dụng năng lượng sóng có tần số radio ở BN phẫu thuật sửa hoặc thay VHL sinh học.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm 95 BN được phẫu thuật Maze sử dụng năng lượng sóng có tần số radio kết hợp với phẫu thuật VHL (80 BN sửa VHL và 15 BN thay VHL sinh học) tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - BN bệnh VHL kết hợp với RN có chỉ định phẫu thuật VHL theo hướng dẫn của ACC/AHA 2020 [3].

- BN được phẫu thuật sửa hoặc thay VHL sinh học kết hợp với phẫu thuật Maze

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có phẫu thuật van động mạch chủ kết hợp.
 - BN phẫu thuật Maze sử dụng nguồn năng lượng khác đầu đốt đơn cực bằng năng lượng sóng có tần số radio.

- BN có cường chức năng tuyến giáp.

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh, không có nhóm chứng.

BN bệnh VHL có rung nhĩ nhập viện, khám lâm sàng, làm xét nghiệm, chẩn đoán xác định, chỉ định phẫu thuật VHL theo hướng dẫn ACC/AHA 2020 [3].

BN được phẫu thuật sửa hoặc thay VHL sinh học, kết hợp với phẫu thuật Maze bằng năng lượng sóng có tần số radio, đầu đốt đơn cực.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, phân độ suy tim theo NYHA, đặc điểm cận lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật, kết quả sớm. BN được theo dõi kết quả tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng và thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Tim Hà Nội thông qua (Giấy chấp thuận số 1003/BVT-GCNHĐĐĐ ký ngày 31/03/2022).

Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị. Tất cả các thông tin thu thập sẽ được bảo mật, chỉ dùng để phục vụ cho mục đích nghiên cứu và không dùng cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Chỉ tiêu	Chung (N = 95)	Sửa VHL (N = 80)	Thay VHL (N = 15)	P
Tuổi, X ± SD, (năm)	62,3 ± 8,3	60,8 ± 8,0	70,1 ± 4,6	0,000 ^a
Nam giới, n(%)	50 (52,6%)	48 (60,0%)	2 (13,3%)	0,001 ^b
Hồi hộp trống ngực, n(%)	42 (44,2%)	39 (48,8%)	3 (20,0%)	0,04 ^b
NYHA, n(%):				
I	2 (2,1%)	1 (1,2%)	1 (6,7%)	0,063 ^b
II	72 (75,8%)	62 (77,5%)	10 (66,7%)	
III	20 (21,1%)	17 (21,2%)	3 (20,0%)	
IV	1 (1,1%)	0 (0%)	1 (6,7%)	
STSScore, X ± SD	1,8 ± 1,7	1,3 ± 0,9	4,9 ± 1,9	0,000 ^a
ECG, Rung nhĩ, n(%)	95 (100%)	80 (100%)	15 (100%)	
Siêu âm tim				
ĐKNT, X ± SD, mm	50,6 ± 7,7	50,6 ± 7,9	50,6 ± 7,2	0,986 ^a
LAVi, X ± SD, ml/m ²	101,4 ± 36,1	99,2 ± 35,4	112,8 ± 38,6	0,183 ^a
LVDd, X ± SD, mm	52,2 ± 9,4	53,6 ± 9,3	44,7 ± 5,7	0,001 ^a
PAPs, X ± SD, mmHg	41,9 ± 12,3	41,5 ± 12,4	44,3 ± 11,8	0,415 ^a
EF, X ± SD, %	65,3 ± 8,5	65,7 ± 8,2	63,5 ± 10,1	0,379 ^a
LVd mass index, X ± SD, g/m ²	128,0 ± 43,8	135,1 ± 42,4	89,8 ± 29,5	0,000 ^a

a. Independent-Samples T Test. b. Chi-square test

Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm trong mổ

Chỉ tiêu	Chung(N = 95)	Sửa VHL(N = 80)	Thay VHL(N = 15)	p
Đóng TNT, n(%)	53 (55,8%)	40 (50,0%)	13 (86,7%)	0,009 ^b
Maze 2 nhĩ, n(%)	95 (100%)	80 (100%)	15 (100%)	1,0 ^b
Thời gian cấp ĐMC, X ± SD, phút	107,1 ± 26,6	110,5 ± 26,4	88,9 ± 19,7	0,004 ^a
Thời gian CEC, X ± SD, phút	145,3 ± 43,7	147,7 ± 44,1	132,4 ± 40,2	0,216 ^a

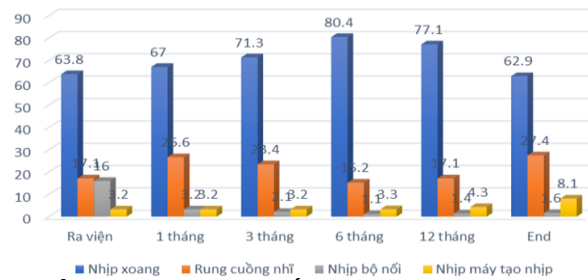
a. Independent-Samples T Test. b. Chi-square test

Kết quả phẫu thuật Maze. Thời gian theo dõi trung bình $24,3 \pm 14,2$ tháng; BN theo dõi ngắn nhất là 4 tháng (BN số 71 tử vong tháng thứ 4) và BN theo dõi dài nhất 50 tháng. Tất cả các BN (trừ BN 71) đều được theo dõi tối thiểu 6 tháng sau mổ. Có 70 BN theo dõi đủ 12 tháng và 62 BN theo dõi trên 12 tháng.

Bảng 3. Đặc điểm hậu phẫu

Chỉ tiêu	Chung (N=95)	Sửa VHL (N=80)	Thay VHL (N=15)	p
Có biến chứng, n(%)	14 (14,7%)	11 (13,8%)	3 (20,0%)	0,385 ^c
Tử vong, n(%)	1(1,1%)	1(1,3%)	0 (0%)	
Mổ lại, n(%)	3(3,2%)	2(2,5%)	1(6,7%)	0,406 ^c
Chảy máu, n(%)	2(2,1%)	1(1,2%)	1(6,7%)	
Suy thân, n(%)	4(4,2%)	4(4,9%)	0 (0%)	
ĐQN, n(%)		0 (0%)		0,725 ^b
Tràn dịch KMP, n(%)	5(5,3%)	3(3,7%)	2(13,3%)	

b. Chi-square test. c. Fisher's Exact Test



Biểu đồ 1. Kết quả cắt rung nhĩ tại các thời điểm theo dõi

Bảng 4. Các biến chứng trong thời gian theo dõi

Chỉ tiêu	Chung (N=94)	Sửa VHL (N=79)	Thay VHL (N=15)	p
Nhồi máu não, n(%)	0	0	0	
Chảy máu não, n(%)	1 (1,1%)	1 (1,3%)	0 (0%)	1,000 ^c
Đặt máy tạo nhịp, n(%)	5 (5,3%)	5(6,3%)	0 (0%)	1,000 ^c
Tử vong, n(%)	3 (3,2%)	3 (3,8%)	0 (0%)	1,000 ^c

c. Fisher's Exact Test

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật.

Tuổi trung bình của BN nghiên cứu của chúng tôi là $62,3 \pm 8,3$ tuổi; trong đó BN trẻ tuổi nhất 42 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất 78 tuổi. Độ tuổi tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Fan, X (2022) độ tuổi trung bình $63,0 \pm 5,7$ tuổi [4]. Như vậy, độ tuổi BN nghiên cứu của chúng

tôi tương đương với các tác giả châu Âu, Mỹ, Nhật Bản. Sở dĩ có sự tương đồng như vậy là vì hầu hết BN của chúng tôi là hở VHL do thoái hóa, mặt bệnh phổ biến ở các nước phát triển.

Hồi hộp trống ngực là triệu chứng chủ yếu của BN rung nhĩ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 44,2% bệnh nhân có hồi hộp trống ngực; trong đó nhóm BN nhân sữa van gặp tỷ lệ cao hơn lần lượt là 48,8% so với 20,0%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$. Kết quả này tương đương với nghiên cứu ATRIUM của các tác giả Đức năm 2011 với tỷ lệ hồi hộp trống ngực chiếm 43% [5].

Quá trình giãn nhĩ trái và tái cấu trúc nhĩ trái luôn đi song hành với nhau. Tuy vậy, tâm nhĩ trái nằm trong khoang màng tim ở phía sau tâm nhĩ phải, phía sau giới hạn bởi cột sống; phía trước giới hạn bởi xương ức. Khi giãn tâm nhĩ trái, thì có thể giãn theo chiều trước sau; trái phải. Do vậy, đo đường kính tâm nhĩ trái theo mặt cắt trục dọc cạnh ức trái trên siêu âm tìm nhiều khi không phản ánh hoàn toàn chính xác sự giãn của tâm nhĩ trái. Để khắc phục nhược điểm này, chỉ số thể tích tâm nhĩ trái ngày nay được sử dụng nhiều hơn để đánh giá sự giãn nở của tâm nhĩ trái chính xác hơn so với đường kính tâm nhĩ trái trước sau đơn thuần. Các kết quả nghiên cứu của các tác giả đều nhận mạnh tầm quan trọng của chỉ số thể tích nhĩ trái (LAVi) hơn là đường kính tâm nhĩ trái [3].

Kết quả phẫu thuật Maze. Tất cả BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều được phẫu thuật Maze 2 nhĩ, không có trường hợp nào chỉ phẫu thuật Maze 1 nhĩ. Nhiều tác giả lập luận rằng, có 90% trường hợp rung nhĩ do ổ phát nhịp ở quanh lỗ 4 tĩnh mạch phổi. Nên một số tác giả chủ trương chỉ đốt quanh 4 lỗ tĩnh mạch phổi. Như vậy, liệu phẫu thuật Maze toàn bộ theo sơ đồ Maze III hay chỉ thực hiện phẫu thuật Maze rút gọn, tức chỉ cô lập 4 tĩnh mạch phổi là đạt hiệu quả trong điều trị rung nhĩ. Các nghiên cứu cho thấy phẫu thuật Maze toàn bộ cho hiệu quả tốt hơn so với phẫu thuật Maze rút gọn [2].

Đóng tiểu nhĩ trái (TNT) hay không khi kết hợp phẫu thuật tim vẫn đang là một vấn đề tranh luận. Hướng dẫn của AHA/ACC/HRS năm 2014 và bản cập nhật năm 2019, đều chỉ ra đóng TNT khuyến cáo nhóm IIB, mức độ bằng chứng B [6]. Các nghiên cứu mô tả đã chỉ ra tính khả thi và an toàn của phẫu thuật đóng TNT, tuy nhiên cho đến nay vẫn còn giới hạn về các thử nghiệm lâm sàng về đóng TNT. Luồng thông tồn dư hoặc đóng không hoàn toàn TNT có thể liên quan đến tăng nguy cơ đột quỵ não. Lý do phổ biến nhất cho đóng TNT là nguy cơ chảy máu

cao hoặc chống chỉ định với thuốc chống đông đường uống [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 55,8% BN đóng TNT trong đó, nhóm thay VHL sinh học có tỷ lệ đóng TNT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sửa VHL (86,7% so với 50,0%; $p = 0,009$). Lý do chính là một số phẫu thuật viên lo ngại việc đóng TNT làm tăng thời gian kẹp động mạch chủ ở BN sửa VHL phức tạp, có thể gây biến chứng do kéo dài thời gian. Mặt khác, luồng thông tồn dư sau là lý do thứ hai mà một số phẫu thuật viên e ngại.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 14,7% BN có biến chứng sớm, không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng sớm giữa nhóm sửa VHL và nhóm thay VHL ($p = 0,385$). Chúng tôi gặp 1 trường hợp (1,1%) tử vong sớm (BN số 14), là nữ giới, 62 tuổi, chẩn đoán trước mổ hở nặng VHL, hở van ba lá, RN, tăng huyết áp, NYHA II, xơ gan tim. BN được phẫu thuật sửa VHL bằng dây chằng nhân tạo, đặt vòng van số 28, sửa van ba lá bằng dải PTFE, đóng TNT, phẫu thuật Maze. Tổn thương VHL phức tạp, chúng tôi cố gắng sửa vì lo ngại BN nguy cơ xuất huyết lớn do dùng thuốc chống đông nếu phải thay VHL cơ học trên nền bệnh xơ gan tim. Chúng tôi tiến hành đốt Maze xong thì đóng TNT, sửa VHL, sửa van ba lá, nên thời gian kẹp ĐMC kéo dài 170 phút, thời gian THNCT 386 phút. BN chuyển về hồi sức, điện tim sau mổ nhịp xoang 53 ck/phút, ST không chênh, được đặt máy tạo nhịp tạm thời, tuy nhiên tình trạng suy tim nặng lên sau mổ, dùng 3 thuốc vận mạch liều cao, được đặt bóng đối xung động mạch chủ và ECMO V-A đường vào động mạch đùi. Tại vị trí đường vào ECMO ngày thứ 4 xuất hiện thiếu máu cấp tính chân phải, BN được phẫu thuật xử trí tổn thương đường vào ECMO. Tình trạng BN không cải thiện, nhiễm khuẩn huyết, suy đa tạng và tử vong ngày thứ 7 sau mổ. Phân tích nguyên nhân tử vong và bài học kinh nghiệm chúng tôi nhận thấy, BN tử vong do suy tim nặng lên sau mổ, không có bằng chứng nhồi máu cơ tim sau phẫu thuật, có lẽ do thời gian kẹp ĐMC và THNCT kéo dài trên 1 BN xơ gan làm nặng lên tình trạng suy tim, suy đa tạng sau phẫu thuật. Từ đó, chúng tôi chủ trương đối với những tổn thương hở VHL phức tạp trên nền bệnh toàn thân nặng, chúng tôi sẽ tiến hành kỹ sửa VHL trước phẫu thuật Maze (chỉ đốt vị trí vòng van sau VHL trước khi buộc chỉ vòng van); nếu sau sửa VHL thời gian kéo dài rồi thì chúng tôi sẽ không tiến hành phẫu thuật Maze tiếp, còn nếu thời gian chưa kéo dài thì chúng tôi sẽ tiếp tục thực hiện đốt Maze theo sơ đồ. Tỷ lệ tử vong sớm của phẫu thuật VHL từ 0 - 4,8% và không có sự khác biệt giữa nhóm có và

không có kết hợp phẫu thuật Maze [7]. Tỷ lệ tử vong sớm trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,1%; phù hợp kết quả của các tác giả trên thế giới và điểm STScore trung bình trước phẫu thuật là $1,8 \pm 1,7$ điểm.

Có 3 BN (3,2%) tử vong trong thời gian theo dõi: 1 BN tử vong do đột quỵ chảy máu não, 2 BN tử vong do ung thư. Có 2 BN cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn do nhịp chậm (tổng 5 BN cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn). Tỷ lệ tử vong do nguyên nhân tim mạch và tỷ lệ đột quỵ não của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Kim, J.B và cs (2010) với 3,8% chết do nguyên nhân tim mạch và 3% đột quỵ não [7].

Phẫu thuật Maze làm tăng tỷ lệ cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn (MTNVV) đã được nhiều nghiên cứu chứng minh, với tỷ lệ từ 2 - 21% [6]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 2 BN phải đặt MTNVV trong thời gian theo dõi. Cùng với 3 trường hợp đặt MTNVV trong thời gian hậu phẫu thì chúng tôi có tất cả 5 BN phải MTNVV. Chỉ định đặt MTNVV cả 5 BN của chúng tôi là nhịp chậm do hội chứng suy nút xoang. Mỗi liên hệ giữa hội chứng suy nút xoang và RN đã được xác định. Hội chứng suy nút xoang tồn tại cùng với RN là cơ sở tạo thành hội chứng nhịp nhanh - nhịp chậm. Xơ hóa mô kẽ liên quan đến tuổi tác được coi là cơ chế sinh lý bệnh sinh phổ biến giữa hội chứng suy nút xoang và RN. Sự kết hợp của các bệnh này sẽ ảnh hưởng đến tình trạng người bệnh và kết quả điều trị. Mặc dù cơ chế chính xác đến nay vẫn chưa thực sự rõ ràng, tái cấu trúc về cấu trúc và điện học trên diện rộng của tâm nhĩ được coi là cơ chế quan trọng gây RN ở BN mắc hội chứng suy nút xoang.

Kết quả khôi phục nhịp xoang ở BN nghiên cứu của chúng tôi tăng dần và đạt cao nhất tại thời điểm 6 tháng sau mổ với 80,4% nhịp xoang (94,8% hết RN), sau đó giảm dần và tại thời điểm kết thúc nghiên cứu những BN theo dõi trên 12 tháng có 62,9% nhịp xoang (72,6% hết RN). Như vậy, kết quả khôi phục nhịp xoang trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các tác giả khác. Tuy vậy, có một thực tế chúng ta thấy là tỷ lệ khôi phục nhịp xoang ở các nghiên cứu là khác nhau [4], [8], [7]. Có một số lý do có thể dẫn đến kết quả khác nhau bao gồm:

- Tỷ lệ RN cơn và RN mãn tính khác nhau ở các nghiên cứu.
- Thời gian theo dõi xa của các nghiên cứu khác nhau.
- Tiêu chuẩn lựa chọn BN vào các nghiên cứu là không đồng nhất với nhau.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Maze điều trị RN bằng năng lượng sóng cố tần số radio ở bệnh nhân phẫu thuật sửa hoặc thay VHL sinh học là an toàn, hiệu quả. Tuy nhiên cần nghiên cứu trên số lượng BN lớn, theo dõi dài hơn để có những kết quả dài hạn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kirchoff, P., et al., 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J, 2016. 37(38): p. 2893-2962.
2. Abdulla, J. and J.R. Nielsen, Is the risk of atrial fibrillation higher in athletes than in the general population? A systematic review and meta-analysis. Europace, 2009. 11(9): p. 1156-9.
3. Otto, C.M., et al., 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation, 2021. 143(5): p. e35-e71.
4. Fan, X., et al., Mitral valve repair and concomitant maze procedure versus catheter ablation in the treatment of atrial functional mitral regurgitation. BMC Cardiovasc Disord, 2022. 22(1): p. 543.
5. Meinertz, T., et al., Management of atrial fibrillation by primary care physicians in Germany: baseline results of the ATRIUM registry. Clin Res Cardiol, 2011. 100(10): p. 897-905.
6. January, C.T., et al., 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons. Circulation, 2019. 140(2): p. e125-e151.
7. Kim, J.B., et al., Mitral valve replacement with or without a concomitant Maze procedure in patients with atrial fibrillation. Heart, 2010. 96(14): p. 1126-31.
8. Ad, N., et al., Long-term outcome following concomitant mitral valve surgery and Cox maze procedure for atrial fibrillation. J Thorac Cardiovasc Surg, 2018. 155(3): p. 983-994.

THAY VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ QUA ĐƯỜNG ỐNG THÔNG VỚI ĐƯỜNG VÀO ĐỘNG MẠCH CẢNH ĐẦU TIÊN TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Lâm Hiếu^{1,2}, Bùi Quang Thắng¹,
Bùi Văn Nhơn^{1,2}, Trần Việt Dũng¹

TÓM TẮT

Thay van động mạch chủ qua ống thông (TAVI) là kỹ thuật can thiệp tim mạch ngày càng phát triển tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Thông thường thủ thuật TAVI sẽ được thực hiện qua đường vào động mạch đùi, với những trường hợp không thể tiếp cận qua đường động mạch đùi, việc thực hiện thủ thuật sẽ trở nên khó khăn và phức tạp hơn rất nhiều. Báo cáo mô tả trường hợp TAVI qua đường vào động mạch cảnh chung trái được thực hiện thành công đầu tiên ở Việt Nam. Bệnh nhân là nam giới 79 tuổi bị hẹp van động mạch chủ mức độ nặng có chỉ định làm TAVI. Khi chụp cắt lớp vi tính động mạch chủ đánh giá có hẹp eo động mạch chủ mức độ nhiều nên việc tiếp cận làm TAVI qua đường động mạch đùi là bất khả thi. Sau khi đánh giá rất kỹ lưỡng, chúng tôi đã quyết định tiến hành làm TAVI thành công qua đường động mạch cảnh chung trái mà không có biến chứng về thần kinh. **Từ khoá:** Hẹp van động mạch chủ, thay van động mạch chủ qua ống thông, tiếp cận qua động mạch cảnh

SUMMARY

FIRST SUCCESSFUL TRANSCATHETER AORTIC VALVE REPLACEMENT VIA CAROTID ARTERY PERFORMED IN VIETNAM

Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) is a cardiovascular interventional technique that is increasingly developing in Vietnam as well as around the world. Normally, the TAVI procedure will be performed through the femoral artery. In cases where access through the femoral artery is not possible, performing the procedure will be much more difficult and complicated. This article describes the first successfully performed TAVI through the left common carotid artery in Vietnam. The patient is a 79-year-old man with severe aortic valve stenosis and is indicated for TAVI. When implementing computed tomography of the aorta, there was severe coarctation of the aorta, so access to TAVI through the femoral artery was impossible. After a very thorough evaluation, we decided to proceed with TAVI via the left common carotid artery, and the procedure has been done successfully without neurological complications.

Keywords: Aortic stenosis, transcatheter aortic valve implantation, carotid artery access

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay van động mạch chủ qua ống thông (TAVI) là một phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu với kết quả lâm sàng tốt được chỉ định cho những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao,

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt Dũng

Email: tranvietdungk23hoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 16.8.2024