

bệnh nhân điều trị tại bệnh viện tâm thần so với nhóm gồm hơn 2000 người ngoài cộng đồng cho thấy, có sự suy giảm chỉ số EF, tăng đường kính LV, và LV mass của nhóm nghiện rượu [8].

V. KẾT LUẬN

- Chiều dày vách liên thất thì tâm thu của nhóm bệnh nhân là $12,23 \pm 1,70$ mm, lớn hơn nhóm chứng là $10,23 \pm 0,91$ mm, ở thì tâm trương của nhóm bệnh là $8,78 \pm 1,46$ mm, lớn hơn nhóm chứng là $7,48 \pm 0,79$ mm. Chiều dày thành sau thất trái thì tâm thu nhóm bệnh là $12,41 \pm 1,37$ mm, cao hơn nhóm chứng là $10,95 \pm 0,72$ mm, thì tâm trương của nhóm bệnh là $8,67 \pm 1,20$ mm, nhóm chứng là $7,86 \pm 0,70$ mm.

- Đường kính thất trái thì tâm thu và tâm trương ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính lần lượt là $30,14 \pm 4,21$ mm, $46,74 \pm 4,27$ mm lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $27,93 \pm 2,45$ mm và $45,13 \pm 3,18$ mm

- Tỷ lệ rút ngắn sợi cơ (FS) và phân số tổng máu (EF) thất trái ở nhóm bệnh không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Ở nhóm bệnh, rối loạn tâm thu thất trái với mức độ nhẹ là 12 trường hợp chiếm 15,35%, mức độ nhẹ có 1 trường hợp chiếm 12,28% trong khi chức năng tâm thu thất trái ở nhóm chứng 100% bình thường

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Ngọc Tàn, Cao Tiến Đức, Bùi Quang Huy và cộng sự (2016). Giáo trình Bệnh học tâm thần. Nhà xuất bản Quân Đội Nhân Dân, Hà Nội.
2. Bùi Quang Huy, Nguyễn Mạnh Hùng, Lê Văn Quân và cộng sự (2019). Điều trị nghiện rượu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Gautam M.P., Gautam U.G., Dwivedi S., et al. (2010). Echocardiographic abnormalities in non-moderate drinking of alcohol for prolonged duration. Journal of College of Medical Sciences-Nepal. 6(1). 18-28.
4. Eloma A.S., Tucciarone J.M., Hayes E.M., et al. (2018). Evaluation of the appropriate use of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in the general hospital setting. 44(4). 418-425.
5. Nguyễn Thị Lý, Dương Minh Tâm (2022). Đặc điểm rối loạn nhân cách ở người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu. Tạp chí Y học Việt Nam. 519(1).
6. Bùi Nguyễn Hồng Bảo Ngọc, Vũ Thy Cầm, Nguyễn Kim Việt (2021). Đặc điểm lâm sàng và yếu tố tiên lượng trạng thái cai rượu ở bệnh nhân điều trị nội trú. Tạp chí Y học Việt Nam. 507(1).
7. Gémes K., Janszky I., Strand L.B., et al. (2018). Light-moderate alcohol consumption and left ventricular function among healthy, middle-aged adults: the HUNT study. 8(5). e020777.
8. Iakunchykova O., Schirmer H., Leong D., et al. (2021). Heavy alcohol drinking and subclinical echocardiographic abnormalities of structure and function. 8(1). e001457.
9. Park S.K., Moon K., Ryou J.-H., et al. (2018). The association between alcohol consumption and left ventricular diastolic function and geometry change in general Korean population. 19(3). 271-278.

YẾU TỐ NGUY CƠ TÁI PHÁT RUNG NHĨ Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT SỬA HOẶC THAY VAN HAI LÁ KẾT HỢP PHẪU THUẬT MAZE

Nguyễn Thế Kiên¹, Nguyễn Ngọc Trung¹, Nguyễn Sinh Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định yếu tố nguy cơ tái phát rung nhĩ ở bệnh nhân phẫu thuật sửa hoặc thay van hai lá sinh học kết hợp phẫu thuật Maze. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu kết hợp hồi cứu, mô tả hàng loạt ca bệnh, không có nhóm chứng. **Kết quả:** Có 95 bệnh nhân, thời gian theo dõi trung bình $24,3 \pm 14,2$ tháng. Tỷ lệ rung nhĩ tại thời điểm theo dõi trên 12 tháng là 27,4%; trong đó nhóm sửa van hai lá là 26,5%; nhóm thay van hai lá là 30,8%. Không có sự khác biệt tỷ lệ rung nhĩ giữa nhóm sửa van hai lá và nhóm thay van hai lá sinh học ($p > 0,05$). Phân tích hồi quy xác định chỉ số thể tích

nhĩ trái và chỉ số khối thất trái là yếu tố nguy cơ tái phát rung nhĩ. Ngưỡng giá trị tái phát rung nhĩ của chỉ số thể tích nhĩ trái và chỉ số khối thất trái lần lượt là 124ml/m^2 da và 172g/m^2 với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 75,0%; 86,2% và 66,7%; 87,9%. **Kết luận:** Chỉ số thể tích nhĩ trái và chỉ số khối thất trái là yếu tố nguy cơ độc lập của tái phát rung nhĩ sau phẫu thuật Maze kết hợp phẫu thuật sửa hoặc thay van hai lá sinh học. **Từ khóa:** rung nhĩ, tái phát rung nhĩ, phẫu thuật Maze, sửa van hai lá, thay van hai lá

SUMMARY

RISK FACTORS FOR RECURRENCE OF ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH MITRAL VALVE REPAIR OR BIOLOGICAL MITRAL VALVE REPLACEMENT COMBINED WITH MAZE PROCEDURE

Objective: Determine risk factors for recurrence of atrial fibrillation (AF) in patients undergoing mitral valve repair (MVR) or biological mitral valve replacement (BMVR) combined with Maze procedure. **Subjects and methods:** This was a non-controlled

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: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024

prospective study combined with retrospective review, reporting a series of cases. **Results:** There were total of 95 patients and the mean follow-up time was 24.3 ± 14.2 months. The incident of AF at the endpoint of follow-up was 27.4%, with 26.5% for MVR group and 30.8% for BMVR group. There was no difference in the rate of AF between two groups ($p > 0.05$). Left atrial volume index (LAVi) and Left ventricular (LV) mass index were determined risk factors for recurrence of AF, using regression analysis. The threshold value for AF recurrence of the LAVi and LV mass index are 124ml/m² and 172g/m², respectively. The sensitivity and specificity of LAVi were 75.0%, 86.2% and those of LV mass index were 66.7%, 87.9%, respectively. **Conclusion:** LAVi and LV mass index were independent risk factors for recurrence of AF after Maze procedure combined with MVR or BMVR. **Keywords:** atrial fibrillation, atrial fibrillation recurrence, Maze procedure, mitral valve repair, mitral valve replacement.

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]. Phẫu thuật Maze IV dựa trên sơ đồ Maze III đã chứng minh tính hiệu quả trong phẫu thuật điều trị RN [2]. Tuy nhiên, nhiều phẫu thuật viên vẫn e ngại thực hiện phẫu thuật Maze vì nó kéo dài và phức tạp mặc dù hướng dẫn của Hội phẫu thuật lồng ngực chỉ định nhóm I, mức độ bằng chứng A [2]. Hơn nữa, có nhiều BN mặc dù được phẫu thuật Maze ở giai đoạn sớm nhưng vẫn không phục hồi nhịp xoang, điều đó chứng tỏ có những yếu tố nguy cơ tiềm ẩn của tái phát RN sau phẫu thuật Maze mà chúng ta chưa hoàn toàn được hiểu biết rõ ràng. Xuất phát từ vấn đề đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định những yếu tố nguy cơ có gây tái phát RN sau phẫu thuật Maze ở bệnh nhân phẫu thuật sửa hoặc thay van hai lá (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).

Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN bệnh VHL bị RN có chỉ định phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm và kết quả phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm phẫu thuật Maze

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%)	1,000 ^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

VHL theo hướng dẫn của ACC/AHA 2020.

- 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.

- BN có cường chức năng tuyến giáp.

Phương pháp nghiên cứu

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

BN bệnh VHL có RN nhập viện, khám lâm sàng, làm xét nghiệm, chẩn đoán xác định, chỉ định phẫu thuật VHL.

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: Đặc điểm phẫu thuật, hậu phẫu. 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. Các yếu tố nguy cơ tái phát được đánh giá. Tái phát RN được xác định khi BN vẫn còn rung nhĩ kéo dài sau mổ hoặc đã chuyển nhịp xoang nhưng trở lại RN.

Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập và nhập vào phần mềm Microsoft Excel. Xử lý số liệu thống kê bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các giá trị được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn đối với biến liên tục và tỷ lệ đối với biến phân loại. Phân tích hồi quy đa biến đối với các biến được tìm thấy có giá trị trong phân tích đơn biến ($p < 0,05$). Đường cong ROC và diện tích dưới đường cong (AUC) được sử dụng xác định giá trị dự đoán. Độ nhạy và độ đặc hiệu được tính toán trên phần mềm Microsoft Excel dựa vào chỉ số Youden.

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-GC/NHĐĐĐ 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.

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

(*Chữ viết tắt: TNT: tiểu nhĩ trái. ĐMC: động mạch chủ)

Bảng 2. Đặc điểm điện tâm đồ tại thời điểm theo dõi trên 12 tháng

Chỉ tiêu	Chung (N=62)	Sửa VHL (N=49)	Thay VHL (N=13)	p
Nhịp xoang, n(%)	39 (62,9%)	30 (61,2%)	9 (69,2%)	0,623 ^b
Rung nhĩ, n(%)	17 (27,4%)	13 (26,5%)	4 (30,8%)	
Nhịp bộ nối, n(%)	1 (1,6%)	1 (2,0%)	0 (0%)	
Nhịp MTNVV, n(%)	5 (8,1%)	5 (10,2%)	0 (0%)	

b. Chi-square test; (*Chữ viết tắt: MTNVV: máy tạo nhịp vĩnh viễn)

Các yếu tố nguy cơ tái phát

Bảng 3. Phân tích đơn biến các yếu tố nguy cơ tái phát rung nhĩ

Yếu tố nguy cơ	Tỷ lệ RN	OR	p	95%CI	
Tuổi	> 70 (n = 15)	4 (26,7%)	2,136	0,271 ^c	0,544 - 8,391
	≤ 70 (n = 55)	8 (14,5%)			
LAVi	> 120 (n = 18)	9 (50,0%)	16,333	0,000 ^c	3,696 - 72,289
	≤ 120 (n = 52)	3 (5,8%)			
ĐKNT	> 60 (n = 8)	4 (50,0%)	6,750	0,025 ^c	1,401 - 32,519
	≤ 60 (n = 62)	8 (12,9%)			
ALĐMP	> 50 (n = 16)	4 (25,0%)	1,917	0,450 ^c	0,493 - 7,453
	≤ 50 (n = 54)	8 (14,8%)			
Giới	Nữ (n = 35)	8 (22,9%)	2,296	0,205 ^b	0,622 - 8,480
	Nam (n = 35)	4 (11,4%)			
PTVHL	Sửa (n = 58)	10 (17,2%)	1,042	1,000 ^c	0,197 - 5,501
	Thay (n = 12)	2 (16,7%)			
PPPT	Mở (n = 66)	11 (16,7%)	0,600	0,537 ^c	0,057 - 6,316
	Nội soi (n = 4)	1 (25,0%)			
LV mass index	> 170 (n = 16)	8 (50,0%)	12,500	0,000 ^c	3,042 - 51,371
	≤ 170 (n = 54)	4 (7,4%)			
Tần số ECG	> 100 (n = 31)	10 (32,3%)	17,619	0,002 ^c	2,106 - 147,409
	≤ 100 (n = 38)	1 (2,6%)			

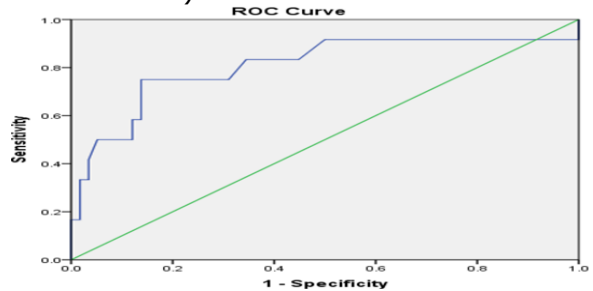
b. Chi-square test. c. Fisher's Exact Test

điểm trước mổ)

Bảng 5. Độ nhạy và độ đặc hiệu của một số chỉ số trong tiên lượng tái phát rung nhĩ tại thời điểm 12 tháng

Chỉ số	Giá trị cut-off	Diện tích dưới đường ROC	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
LAVi-T0	124	0,807	75,0%	86,2%
LV mass index	172	0,774	66,7%	87,9%

(*Chữ viết tắt: LAVi: chỉ số thể tích nhĩ trái. LV mass index: chỉ số khối thất trái. T0: thời điểm trước mổ)



Biểu đồ 1. Đường cong ROC giá trị LAVi

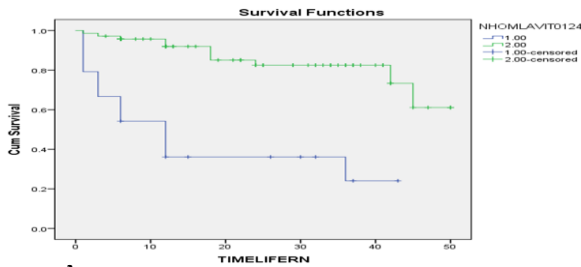
(*Chữ viết tắt: ĐKNT: đường kính nhĩ trái. ALĐMP: áp lực động mạch phổi. PTVHL: phẫu thuật van hai lá. PPPT: phương pháp phẫu thuật. LAVi: chỉ số thể tích nhĩ trái. LV mass index: chỉ số khối thất trái. ECG: điện tâm đồ)

Bảng 4. Phân tích đa biến các yếu tố gây rung nhĩ

Chỉ tiêu	Beta chuẩn hóa	p	VIF
Tuổi	-0,245	0,071 ^e	1,740
LAVi T0	-0,322	0,025 ^e	1,924
ĐKNT T0	-0,155	0,233 ^e	1,629
ALĐMP T0	-0,105	0,325 ^e	1,099
Giới	0,182	0,168 ^e	1,670
PPPT	-0,056	0,611 ^e	1,159
Loại PT VHL	0,123	0,337 ^e	1,592
LV mass index	-0,301	0,032 ^e	1,836
Tần số ECG T0	-0,096	0,368 ^e	1,088

e. Regression Linear

(*Chữ viết tắt: LAVi: chỉ số thể tích nhĩ trái. ĐKNT: đường kính nhĩ trái. ALĐMP: áp lực động mạch phổi. PPPT: phương pháp phẫu thuật. PTVHL: phẫu thuật van hai lá. LV mass index: chỉ số khối thất trái. ECG: điện tâm đồ. T0: thời



Biểu đồ 2. Thời gian dự kiến rung nhĩ sau mổ phân theo chỉ số thể tích nhĩ trái có giá trị cut-off là 124ml/m² da

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm phẫu thuật. Phẫu thuật Maze 2 nhĩ được áp dụng cho tất cả BN. Một số tác giả cho rằng, có đến 90% trường hợp RN do ổ phát nhịp ở quanh lỗ 4 tĩnh mạch phổi. Do đó, một số tác giả chủ trương chỉ đốt quanh 4 lỗ tĩnh mạch phổi. Như vậy, liệu phẫu thuật Maze toàn bộ 2 nhĩ hay chỉ thực hiện phẫu thuật Maze chỉ cô lập 4 tĩnh mạch phổi đạt hiệu quả tốt hơn trong điều trị RN. Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy phẫu thuật Maze toàn bộ 2 nhĩ cho hiệu quả tốt hơn so với phẫu thuật Maze rút gọn [3].

Hướng dẫn của AHA/ACC/HRS năm 2014 và bản cập nhật năm 2019 về điều trị RN, đều khuyến cáo chỉ định đóng tiểu nhĩ trái (TNT) khuyến cáo nhóm IIB [3]. Kỹ thuật khâu đóng hoặc cắt TNT đều mang tính khả thi và an toàn, tuy nhiên cho đến nay vẫn còn giới hạn về các thử nghiệm lâm sàng về đóng TNT. Tồn tại luồng thông hoặc đóng không hoàn toàn TNT có thể liên quan đến tăng nguy cơ đột quỵ não [3]. Có lẽ lý do phổ biến nhất cho đóng TNT là nguy cơ chảy máu cao hoặc chống chỉ định với thuốc chống đông đường uống. BN 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%; $p = 0,009$). Có hai lý do giải thích cho tỷ lệ đóng TNT của chúng tôi chưa cao. Thứ nhất 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 cuộc mổ. Lý do thứ hai mà một số phẫu thuật viên e ngại luồng thông tồn dư. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về tỷ lệ đột quỵ não giữa nhóm đóng và không đóng TNT.

Thời gian cặp ĐMC và thời gian THNCT có sự chênh lệch giữa các nghiên cứu có lẽ do sự không đồng nhất của đối tượng chọn vào của các nghiên cứu nên các kỹ thuật xử lý tổn thương thực thể trên tim cũng khác nhau. Chẳng

hạn như Fan,X (2022) sửa VHL cơ năng nên kỹ thuật sửa thường đơn giản hơn do vậy thời gian cặp ĐMC rất ngắn [4]. Thời gian cặp ĐMC và THNCT của chúng tôi dài hơn so với các tác giả khác do đa phần BN (80/95 trường hợp) sửa VHL do tổn thương thực thể nên kỹ thuật sửa thường khó khăn hơn. Mặt khác, có 10,5% BN trong nghiên cứu được phẫu thuật sửa VHL ít xâm lấn kết hợp với phẫu thuật Maze làm tăng đáng kể thời gian cặp ĐMC và THNCT ($113,0 \pm 32,3$ phút và $175,1 \pm 53,4$ phút, tương ứng).

Các yếu tố dự báo tái phát rung nhĩ. Một số yếu tố dự báo tái phát RN sau phẫu thuật Maze đã được chỉ ra như tuổi cao, bệnh mạch máu ngoại biên, thời gian RN kéo dài, biên độ sóng f của rung nhĩ $< 0,1$ mV, giãn nhĩ trái [5]. Tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu là không hoàn toàn tương đồng với nhau, do vậy, các yếu tố xác định tái phát không hoàn toàn rõ ràng.

Ở những BN có bệnh van tim và RN, cơ tim của thành tự do tâm nhĩ dễ bị quá tải thể tích và/hoặc áp suất. Sau đó, sự giãn nở của tâm nhĩ trái dẫn đến sự giãn nở quá mức về mặt ba chiều của thành tâm nhĩ với tình trạng xơ hóa nội bào lan rộng và thoái hóa cơ tim. Chỉ số thể tích nhĩ trái (LAVi) đại diện cho hậu quả của quá tải áp lực mãn tính và quá tải thể tích của tâm nhĩ trái. Vì vậy, nó sẽ thay thế các yếu tố đường kính nhĩ trái.

Phân tích trên sự thay đổi hình thái tâm nhĩ trái. Hướng dẫn của hội phẫu thuật lồng ngực tim mạch châu Âu 2013, chỉ rõ giãn nhĩ trái trên 60mm là yếu tố nguy cơ gây RN tái phát sau phẫu thuật Maze [6]. Tuy nhiên, đường kính nhĩ trái được biết đến là chỉ số không phản ánh đầy đủ thể tích nhĩ trái [6]. Quá trình giãn nhĩ trái và tái cấu trúc nhĩ trái luôn đi song hành với nhau. 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 tim nhiều khi không phản ánh hoàn toàn chính xác sự giãn của tâm nhĩ trái. Để khắc phục nhược điểm này, LAVi 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 nhấn mạnh tầm quan trọng của LAVi hơn là đường kính tâm nhĩ trái [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi qua phân tích đơn biến và phân tích đa biến ghi nhận không phải đường kính nhĩ trái mà LAVi và chỉ số khối thất trái là yếu tố nguy cơ tái phát RN

sau phẫu thuật Maze.

Phân tích đường cong ROC chúng tôi nhận thấy giá trị ngưỡng LAVi là 124ml/m² dự báo tái phát rung nhĩ có độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 86,2%; diện tích dưới đường cong là 0,807. Giá trị ngưỡng chỉ số khối thất trái 172g/m² có độ nhạy 66,7% và độ đặc hiệu 87,9%; diện tích dưới đường cong là 0,774. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Kataoka, T và cs (2010) thấy chỉ có LAVi là yếu tố dự báo nguy cơ tái phát RN, còn đường kính nhĩ trái không có giá trị dự báo; đồng thời nhóm tác giả đề xuất ngưỡng LAVi 135ml/m² dự báo 100% thất bại của phẫu thuật Maze [8].

V. KẾT LUẬN

Giá trị LAVi và chỉ số khối thất trái là yếu tố nguy cơ độc lập của tái phát RN sau phẫu thuật Maze kết hợp phẫu thuật sửa hoặc thay VHL sinh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kirchhof, 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. Badhwar, V., et al., The Society of Thoracic Surgeons 2017 Clinical Practice Guidelines for the Surgical Treatment of Atrial Fibrillation. Ann Thorac Surg, 2017. 103(1): p. 329-341.
3. 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.
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. MacGregor, R.M., et al., Impact of age on atrial fibrillation recurrence following surgical ablation. J Thorac Cardiovasc Surg, 2021. 162(5): p. 1516-1528.e1.
6. Dunning, J., et al., Guideline for the surgical treatment of atrial fibrillation. Eur J Cardiothorac Surg, 2013. 44(5): p. 777-91.
7. Njoku, A., et al., Left atrial volume predicts atrial fibrillation recurrence after radiofrequency ablation: a meta-analysis. Europace, 2018. 20(1): p. 33-42.
8. Kataoka, T., et al., Left atrium volume index and pathological features of left atrial appendage as a predictor of failure in postoperative sinus conversion. J Cardiol, 2010. 55(2): p. 274-82.

NGHIÊN CỨU KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ MẮC BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Đình Vinh¹, Bùi Văn Hoàng¹, Võ Minh Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống là một thai kỳ nguy cơ cao, các biến chứng nguy hiểm gia tăng, bao gồm: Tiền sản giật - Sản giật, sinh non, sinh mổ ngoài ý muốn, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, sẩy thai, thai chết trong tử cung, hội chứng Lupus sơ sinh và bệnh lý tim bẩm sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống tới nhập viện sinh tại Bệnh viện Từ Dũ và phân tích kết cục thai kỳ của mẹ và con ở các thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca hồi cứu, trên sản phụ có bệnh Lupus ban đỏ hệ thống nhập viện sinh tại Bệnh Viện Từ Dũ từ tháng 12/2018 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** sản phụ được chẩn đoán và điều trị bệnh Lupus ban đỏ hệ thống trước khi mang thai chiếm tỷ lệ

94,2%, bệnh khởi phát khi mang thai chỉ chiếm 5,8%. Trong thai kỳ xảy ra 82,1% kết cục xấu ở mẹ trong đó có: thai và biến chứng thận chiếm tỷ lệ 38,5%, thiếu máu 42,3%, giảm tiểu cầu 15,4%, tiền sản giật 18,6%, hội chứng HELLP 2,6%, băng huyết sau sinh 6,4%, có truyền máu 12,2% và nhiễm khuẩn hậu sản 11,5%. Xảy ra 72,4% kết cục xấu ở trẻ sơ sinh, trong đó thai lưu 5,8%, sẩy thai 5,1%, thai sinh non tháng 44,8%, trẻ phải nhập NICU 35,3%, 16% trẻ tử vong chu sinh (thai lưu, thai dị tật, thai tử vong sau sinh), có 2 trẻ mắc Lupus sơ sinh, các tỷ lệ này đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với quần thể chung. **Kết luận:** Các yếu tố liên quan đến kết cục xấu ở mẹ là: tuổi thai lúc sinh < 34 tuần (OR = 9,42; KTC 95%: 2,03 - 43,71) và nồng độ C3 giảm < 90 (OR = 2,64; KTC 95%: 1,09 - 6,41). Yếu tố liên quan đến kết cục xấu ở con là mẹ có Anti dsDNA tăng ≥ 40 (OR = 3,48; KTC 95%: 1,2 - 10,1). Vì vậy, cần có những chiến lược theo dõi những thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống có những yếu tố kể trên. **Từ khóa:** Lupus ban đỏ hệ thống, kết cục của thai phụ, kết cục sơ sinh.

SUMMARY

STUDY ON PREGNANCY OUTCOMES IN WOMEN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AT TU DU HOSPITAL

¹Bệnh viện Từ Dũ

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024