

5. Nguyễn Minh An, Ngô Trung Kiên, Bùi Hoàng Thảo, "Tập chí Y học Việt Nam," Nghiên cứu tỷ lệ sạch sỏi sau tán sỏi nội soi ống mềm ngược dòng điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Xanh Pôn, vol. 523, no. 1, pp. 152-156, 2023.
6. Francesco Berardinelli, Silvia Proietti, Luca Sidolo, "A prospective multicenter multicenter European study on flexible ureterorenoscopy for the management of renal stone," Int Braz J Urol, vol. 42, pp. 479-486, 2016.
7. Dindo D., Demartines N., Clavien P.A., "Classification of Surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey," Annals of Surgery, vol. 240, no. 2, p. 205-213, 2004.
8. Traxer O., Thomas A, "Prospective evaluation and classification of ureteral wall injuries resulting from insertion of a ureteral access sheath during retrograde intrarenal surgery," The Journal of Urology, vol. 189, pp. 580-584, 2013.
9. Zeng G, Zhu W, Li J, et al, "The comparison of minimally invasive percutaneous nephrolithotomy and retrograde intrarenal surgery for stones larger than 2 cm in patients with a solitary kidney: a matched-pair analysis," World Journal of Urology, vol. 33, pp. 1159-1164, 2015.
10. C. Türk, T. Knoll, A. Petrik, et al, Guidelines on Urolithiasis, European Association Guidelines, 2022.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VỠ PHÌNH XOANG VALSALVA TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Dương Đức Hùng¹, Vũ Ngọc Tú¹, Phùng Tuấn Phong¹,
Ngô Phi Long², Phạm Quốc Đạt²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vỡ phình xoang Valsalva là một trong những biến chứng của bệnh lí phình xoang Valsalva và tương đối hiếm gặp. Phẫu thuật đóng vỡ phình xoang Valsalva nếu được thực hiện kịp thời cho kết quả sớm và tiên lượng lâu dài tốt. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật vỡ phình xoang Valsalva tại bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân phẫu thuật vỡ phình xoang Valsalva tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2023. Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh. **Kết quả:** Tổng số gồm 40 bệnh nhân với tuổi trung bình là 39,9 ± 13,4; nam giới chiếm 47,5%. Vỡ phình xoang Valsalva do bẩm sinh là 92,5%; mắc phải là 7,5%. Khởi phát triệu chứng cấp tính chiếm 45%, khởi phát từ từ chiếm 50%. Chỉ có 5% bệnh nhân không có triệu chứng. Nguồn gốc: xoang vành phải (90%), xoang không vành (10%). Vị trí vỡ vào: thất phải (80%), nhĩ phải (17,5%), thất trái (2,5%). Thông liên thất kèm theo chiếm 57,5% (phần phễu 50%, quanh màng 7,5%). Thương tổn van động mạch chủ kèm theo chiếm 50%. Kỹ thuật khâu đóng trực tiếp chiếm 5%, sử dụng miếng vá màng ngoài tim chiếm 70%, miếng vá nhân tạo chiếm 25%. Tỷ lệ tử vong sớm 0%, shunt tồn lưu 2,5%; nhiễm trùng vết mổ 2,5%, block nhĩ thất cấp III phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn 5%; hở van động mạch chủ nhẹ - vừa sau mổ 5%. Thời gian theo dõi 38/40 bệnh nhân sau khi ra viện, trung bình: 22,5 tháng, tử vong xa có 1 trường hợp chiếm 2,6%, không có trường hợp tái phát. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị vỡ phình xoang Valsalva là một phương pháp an toàn, hiệu quả. **Từ khóa:** vỡ phình xoang Valsalva, điều trị phẫu thuật.

SUMMARY

OUTCOMES OF SURGICAL CLOSURE FOR VALSALVA SINUS ANEURYSM RUPTURE AT BACH MAI HOSPITAL

Background: Valsalva sinus aneurysm rupture is one of the complications of Valsalva sinus aneurysm and is relatively rare. Surgical closure of Valsalva sinus aneurysm rupture has good result and also good long-term prognosis. **Objectives:** Evaluate the results of surgical closure of Valsalva sinus aneurysm at Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** All patients undergoing Valsalva sinus aneurysm surgery at the Cardiovascular Surgery Unit, at Bach Mai Hospital from January 2015 to December 2023. The descriptive study: case series. **Results:** A total of 40 patients underwent Valsalva sinus aneurysm surgery with an average age of 39.9 ± 13.4; males accounted for 47.5%. The incidence of congenital cause was 92.5%; and acquired was 7.5%. Acute onset clinical symptoms were 45%, and gradual onset was 50%. Only 5% of asymptomatic patients. Origin of sinus from right coronary sinus (90%), non-coronary sinus (10%). Rupture site: right ventricle (80%), right atrium (17.5%), left ventricle (2.5%). Concomitant ventricular septal defect accounts for 57.5% (outlet 50%, perimembrance 7.5%). Concomitant aortic valve was 50%. Direct closure technique accounts for 5%, using patch accounts for 95%. Early mortality was 0%, residual shunt 2.5%; surgical site infection 2.5%, third-degree atrioventricular block requiring permanent pacemaker 5%; mild to moderate postoperative aortic regurgitation 5%. Follow-up was on 38 patients with average of duration of 25.5 months. Long-term mortality rate 2.6%, no recurrence. **Conclusion:** Surgical treatment of ruptured sinus of Valsalva aneurysm is a safe and effective. **Keywords:** ruptured sinus of Valsalva aneurysm, surgical treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ phình xoang Valsalva là một trong những

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Đạt

Email: dr.phamquocdat@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024

biến chứng của bệnh lí phình xoang Valsalva và tương đối hiếm gặp. Tỷ lệ mắc ước tính khoảng 0,09% dân số thế giới, và chiếm từ 0,1% đến 3,5% các dị tật tim bẩm sinh. Trên thực tế, phình xoang Valsalva phổ biến ở các nước châu Á hơn các nước phương Tây. Tỷ lệ mắc của dân số châu Á trong khoảng 0,46% đến 3,5%⁶. Phình xoang Valsalva vỡ có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải, tuy nhiên căn nguyên bẩm sinh vẫn là nguyên nhân chính. Hầu hết các trường hợp phình xoang Valsalva thường không có triệu chứng, biến chứng vỡ phình xoang Valsalva thường là nguyên nhân hay biểu hiện đầu tiên khiến bệnh nhân phải nhập viện. Triệu chứng rất đa dạng, có thể biểu hiện từ đau ngực, khó thở nhẹ cho đến suy sụp huyết động do suy tim cấp. Nếu không được điều trị thời gian sống trung bình là khoảng 1-4 năm^{5,7,8}. Vỡ phình xoang Valsalva có thể điều trị bít bằng dụng cụ can thiệp qua da hoặc phẫu thuật đóng túi phình. Trong đó, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính. Tiên lượng của vỡ phình xoang Valsalva thường tốt nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Bệnh lí vỡ phình xoang Valsalva khá hiếm gặp nên các nghiên cứu về bệnh này trên thế giới còn ít, chủ yếu là báo cáo ca lâm sàng. Ở Việt Nam, một số nghiên cứu đã được công bố nhưng còn hạn chế. Tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch C8, Bệnh viện Bạch Mai, Với lưu lượng 1000-1200 ca mổ tim hở mỗi năm, có khoảng 8-12 ca vỡ phình xoang Valsalva hàng năm. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu tổng kết về kết quả điều trị tại đây, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị vỡ phình xoang Valsalva.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được điều trị phẫu thuật vỡ phình xoang Valsalva tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch C8, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu nghiên cứu: gồm 40 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu.

Quy trình kĩ thuật phẫu thuật vỡ phình xoang Valsalva: Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, có gối đỡ dưới lưng, gây mê nội khí quản. Mở ngực đường tim giữa xương ức. Mở khoang màng ngoài tim, lấy màng ngoài tim tự thân, xử lí bằng dung dịch Glutaraldehyd 6%. Trường hợp dùng miếng vá nhân tạo thì không cần lấy màng

ngoài tim. Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể: Heparin toàn thân 3mg/kg. Đặt 1 ống thông động mạch vào ĐMC lên và 2 ống thông tĩnh mạch: 1 tĩnh mạch chủ trên, 1 tĩnh mạch chủ dưới. Cặp động mạch chủ. Mở ngang gốc động mạch chủ. Bảo vệ cơ tim bằng dung dịch máu ấm hoặc Custodiol xuôi dòng trực tiếp qua lỗ động mạch vành. Đánh giá tổn thương vỡ phình xoang Valsalva qua đường mở động mạch chủ, mở động mạch phổi hoặc các buồng tim khác để kiểm tra vị trí xoang vỡ vào và các tổn thương phổi hợp khác. Sửa chữa tổn thương vỡ phình xoang Valsalva và các tổn thương phổi hợp. Đóng các đường mổ tim. Đầy tim, đuổi khí, thả cặp chủ. Ngừng dần hỗ trợ của tuần hoàn ngoài cơ thể, rút các ống, trung hòa Heparin, dẫn lưu, đóng ngực theo các lớp giải phẫu.

Chỉ số nghiên cứu: Các đặc điểm trước mổ, trong mổ và sau mổ được ghi nhận trên tất cả các bệnh nhân. Kết quả sớm được đánh giá qua kết quả siêu âm tim và biến cố tử vong trong 30 ngày sau mổ.

Xử lý số liệu: Các phép tính thống kê được thực hiện trên phần mềm SPSS.

2.3 Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ tất cả các tiêu chuẩn về đạo đức trong nghiên cứu y sinh, bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, các thông tin được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Tổng cộng 40 bệnh nhân, tuổi trung bình $39,9 \pm 13,4$ (19-74 tuổi). Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 30-50 chiếm 55%. Nam giới chiếm 47,5%, nữ giới 52,5%. Vỡ phình xoang Valsalva bẩm sinh chiếm 92,5%, mắc phải 7,5% (1 trường hợp sau sửa van ba lá, 2 trường hợp do viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn ăn thủng xoang).

3.2. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 95% bệnh nhân vỡ phình xoang Valsalva (38/40) có triệu chứng khi nhập viện. Trong đó, 45% (18 bệnh nhân) có triệu chứng khởi phát cấp tính, và 50% (20 bệnh nhân) có triệu chứng tăng dần. Chỉ 5% (2 bệnh nhân) không có triệu chứng, bao gồm 1 bệnh nhân tình cờ phát hiện khi khám sức khỏe và 1 bệnh nhân phát hiện khi mổ đẻ. Tỷ lệ biểu hiện các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân được liệt kê trong bảng 3.1.

Bảng 3.1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng (N=40)

Triệu chứng lâm sàng (N=40)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Khó thở	37	92,5%
Mệt mỏi	24	60,0%

Hồi hộp trống ngực	10	25,0%
Đau ngực	8	20,0%
Sốt	6	15,0%
Tiếng thổi tâm thu	10	25,0%
Tiếng thổi liên tục	30	75,0%

Gan to	12	30,0%
Tĩnh mạch cổ nổi	7	17,0%
Phù chi dưới	9	22,5%

3.3. Đặc điểm tổn thương xoang Valsalva và điều trị phẫu thuật

Bảng 3.2. Đặc điểm tổn thương vỡ phình xoang Valsalva (N=40)

Nguồn gốc xoang Valsalva vỡ (N=40)	Vị trí xoang vỡ vào (N=40)					Tổng (n,%)
	Thất phải	Nhĩ phải	Thất trái	Nhĩ trái	Vị trí khác	
Xoang vành phải	31	4	1	0	0	36 (90%)
Xoang không vành	1	3	0	0	0	4 (10%)
Xoang vành trái	0	0	0	0	0	0 (0%)
Tổng (n,%)	32 (80%)	7 (17,5%)	1 (2,5%)	0 (0%)	0 (0%)	40 (100%)

Đa số các tổn thương vỡ phình xoang Valsalva có nguồn gốc từ xoang vành phải (90%), còn lại từ xoang không vành (10%). Chủ yếu vào tim phải (97,5%), trong đó 80% vỡ vào thất phải, và 17,5% vỡ vào nhĩ phải. Chỉ có 1 bệnh nhân vỡ vào thất trái do viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

Bảng 3.3. Các tổn thương phổi hợp (N=40)

Tổn thương phổi hợp (N=40)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Thông liên thất	Quanh màng	3	7,5%
	Phần phễu	20	50,0%
Tổn thương van động mạch chủ	20	50,0%	

Tổn thương phổi hợp thường gặp nhất là thông liên thất (57,5%), trong đó thông liên thất phần phễu chiếm 50% tổng số bệnh nhân. Hở van động mạch chủ chiếm 50% (20 trường hợp: trong đó 9 trường hợp sửa van, 11 trường hợp phải thay van) (Bảng 3.3).

Bảng 3.4. Các đặc điểm xử lý thương tổn (N=40)

Đặc điểm xử lý thương tổn xoang Valsalva (N=40)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Khâu đóng trực tiếp	2	5,0%
Vá bằng màng ngoài tim	28	70,0%
Vá bằng miếng vá nhân tạo	10	25,0%

Các bệnh nhân đều được phẫu thuật dưới tuần hoàn ngoài cơ thể, với thời gian kẹp chủ trung bình là 70,9 ± 29,8 phút, thời gian chạy máy trung bình là 98,1 ± 33,8 phút. Kỹ thuật xử lý thương tổn xoang chủ yếu là vá bằng miếng vá.

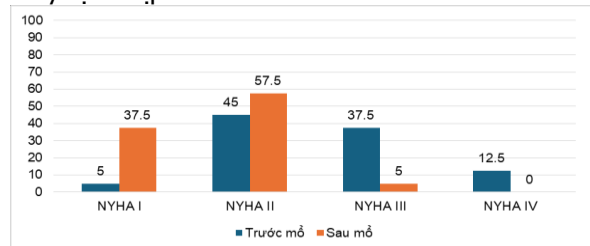
3.4. Kết quả sớm sau mổ. Thời gian thở máy trung bình là 23,49 ± 21,55 giờ; ngắn nhất là 4 giờ, dài nhất là 120 giờ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 11,77 ± 6,09 ngày; ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 28 ngày.

Bảng 3.5. Biến chứng sau mổ trong quá trình nằm viện (N=40)

Biến chứng sớm (N=40)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tử vong sớm	0	0,0%

Chảy máu phải mổ lại	0	0,0%
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,5%
Shunt tồn lưu	1	2,5%
Hở van chủ tồn lưu	1	2,5%
Block nhĩ thất cấp III	2	5,0%

Không có bệnh nhân nào tử vong sớm. 1 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ được xử lý vết mổ tại chỗ và ra viện sau 22 ngày. 1 bệnh nhân còn shunt tồn lưu tại vị trí vỡ phình xoang Valsalva mức độ nhẹ chưa cần phải can thiệp lại, 1 bệnh nhân có hở chủ mức độ nhẹ đến vừa. 2 bệnh nhân block nhĩ thất hoàn toàn phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.



Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ phân loại suy tim theo NYHA trước mổ và sau mổ (N=40)

Hầu hết các bệnh nhân cải thiện mức độ suy tim tại thời điểm ra viện. Tỷ lệ bệnh nhân khó thở NYHA III-IV trước mổ là 50,0%. Sau mổ chỉ có 2 bệnh nhân khó thở từ mức độ NYHA III trở lên chiếm 5,0%.

Theo dõi sau mổ: ngoài 2 bệnh nhân bị mất liên lạc sau mổ, 38/40 bệnh nhân còn lại được theo dõi định kỳ. Thời gian theo dõi trung bình là 22,5 tháng (6 tháng - 48 tháng). Tỷ lệ tử vong xa là 2,6%. Không có bệnh nhân nào tái phát phải mổ lại trong quá trình theo dõi.

IV. BÀN LUẬN

Vỡ phình xoang Valsalva thường gặp ở nam giới, trong độ tuổi từ 20 – 40 tuổi². Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi chủ yếu là 30-50 tuổi, chiếm 55%. Triệu chứng lâm sàng có thể khởi phát cấp tính hoặc từ từ phụ thuộc vào vị trí, kích thước lỗ vỡ và lưu lượng của luồng

thông. Các triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhân trong nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1, trong đó triệu chứng thường gặp nhất là tiếng thổi tâm thu hoặc liên tục cạnh bờ trái xương ức (100%), và khó thở (92,5%).

Vỡ phình xoang Valsalva vành phải thường gặp nhất (65-70%), thường vỡ vào thất phải (70-90%); vỡ vào nhĩ phải chiếm 5-20%; vỡ vào các cấu trúc khác chiếm tỉ lệ nhỏ (1-2%). Phình xoang Valsalva không vành chiếm khoảng 20-35%. Trong đó vỡ vào nhĩ phải chiếm 70-85%; vỡ vào thất phải chiếm 10-25%, vỡ vào các cấu trúc khác chiếm dưới 1%. Phình xoang Valsalva trái rất hiếm gặp, chiếm tỉ lệ dưới 5%⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số là vỡ phình xoang vành phải (90%), còn lại là xoang không vành (10%). Vỡ vào tim phải là chủ yếu (97,5%), trong đó 80% vỡ vào thất phải, và 17,5% vỡ vào nhĩ phải. Chỉ có 1 bệnh nhân có vỡ vào thất trái do viêm nội tâm nhiễm khuẩn.

Bệnh nhân vỡ phình xoang Valsalva nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời thì thời gian sống trung bình từ 1-4 năm. Do đó, khi phình xoang Valsalva đã vỡ thì chỉ định can thiệp sửa chữa bằng phẫu thuật hoặc bằng đóng bằng dụng cụ qua da là tuyệt đối. Điều trị vỡ phình xoang Valsalva bằng can thiệp qua da được thực hiện đầu tiên bởi Cullen và cộng sự vào năm 1994³. Tuy nhiên chỉ định còn hạn chế, thường chỉ áp dụng cho các trường hợp vỡ phình đơn thuần và tổn thương không quá phức tạp do đó phẫu thuật điều trị vẫn là phương pháp điều trị chính, với nguyên tắc là sửa chữa, đóng lại chỗ phình xoang vỡ và xử lý các thương tổn kèm theo nếu có. Phẫu thuật thường được thực hiện qua đường mở xương ức với sự hỗ trợ của tuần hoàn ngoài cơ thể. Các đường tiếp cận sửa chữa vỡ phình xoang Valsalva bao gồm: (1) thông qua nguồn gốc túi phình (đường mở động mạch chủ); (2) thông qua vị trí buồng tim túi phình vỡ vào (nhĩ phải, thất phải hoặc động mạch phổi); (3) thông qua cả hai đường. Mặc dù cách tiếp cận tùy vào từng bệnh nhân, thói quen của phẫu thuật viên nhưng tiếp cận bằng kết hợp hai đường sẽ giúp khảo sát và xử lý tổn thương tốt hơn. Đường mở ngang gốc động mạch chủ giúp xác định chính xác vị trí xoang Valsalva vỡ, đánh giá tình trạng van động mạch chủ cũng như được sử dụng để bảo vệ cơ tim bằng bơm dung dịch liệt tim trực tiếp vào lỗ động mạch vành. Sử dụng các đường mở phổi hợp tùy thuộc vào vị trí buồng tim mà xoang vỡ vào và các thương tổn phổi hợp. Đường mở động mạch phổi hoặc phế quản thất phải được lựa chọn để xử lý thông liên thất nằm ở đường ra thất phải, tổn thương hẹp

đường ra thất phải kèm theo. Đường mở nhĩ phải được lựa chọn để xử lý tổn thương van ba lá, hoặc thông liên thất phần màng.

Kĩ thuật xử lý tổn thương vỡ phình xoang Valsalva gồm khâu đóng trực tiếp với mũi chữ U có đệm với các lỗ thủng nhỏ, bờ lỗ chắc. Tuy nhiên, có thể gây biến dạng cấu trúc của xoang hoặc quá căng dẫn đến tổ chức dễ bị xé khi tim đập lại gây ra tình trạng shunt tồn lưu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp đóng trực tiếp, trong đó 1 trường hợp còn tồn lưu nhỏ sau mổ. Mặc dù không ảnh hưởng đến huyết động nhưng chúng tôi đã rút kinh nghiệm và chủ trương sử dụng miếng vá màng ngoài tim hoặc miếng vá nhân tạo cho các bệnh nhân tiếp theo. Kết quả 38/40 trường hợp còn lại không có shunt tồn lưu vỡ phình xoang Valsalva. Tương tự đối với xử lý thương tổn thông liên thất kèm theo có thể khâu trực tiếp với tổn thương nhỏ hoặc vá với tổn thương lớn, thường được xử lý đồng thời với xoang vỡ. Tuy nhiên, cần chú ý là vá chùm cả lỗ thông liên thất và thành xoang Valsalva nếu xử lý từ bên phải, với nguyên tắc là không gây biến dạng gốc động mạch chủ, vì có thể gây hở van động mạch chủ sau mổ. Cần chú ý kiểm tra xem có lỗ thông liên thất kèm theo hay không trên tất cả bệnh nhân, kể cả khi không thấy thông liên thất trên siêu âm vì đôi khi phình xoang có thể bít vào lỗ thông hoặc dòng rối của vỡ phình xoang Valsalva rất mạnh có thể che lấp hình ảnh hoặc nhầm lẫn lỗ thông liên thất trên siêu âm. Đối với tổn thương van động mạch chủ, thường gặp nhất là hở van động mạch chủ do sa lá van, cần cố gắng sửa để bảo tồn van, tuy nhiên trong những trường hợp tổn thương phức tạp không có khả năng bảo tồn thì có thể thay van. Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 20 bệnh nhân được xử lý van động mạch chủ kèm theo, trong đó 9 trường hợp sửa van, và 11 trường hợp phải thay van do tổn thương nặng không có khả năng sửa chữa.

Theo các nghiên cứu, tỉ lệ tử vong sớm sau phẫu thuật dao động từ 0-3,8%¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp tử vong sớm, 1 bệnh nhân còn shunt tồn lưu do khâu trực tiếp, nhưng lưu lượng shunt nhỏ được chỉ định theo dõi. Có 2 trường hợp block nhĩ thất cấp III sau mổ, đều trên bệnh nhân tổn thương viêm nội tâm mạc nặng: Một trường hợp có sùi van động mạch chủ, áp xe gốc vỡ vào vách liên thất, và một trường hợp phải thay van ba lá do sùi nặng. Nhiễm khuẩn tại vị trí dẫn truyền gây tổn thương và phải cắt lọc tổ chức hoại tử. Bệnh nhân phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Tuy nhiên, không ghi nhận tái phát viêm nội tâm mạc sau

mổ trong cả theo dõi gần và xa. Sau mổ, triệu chứng suy tim cải thiện; tỉ lệ NYHA III-IV trước mổ là 50%, giảm còn 5% sau mổ, không còn bệnh nhân ở mức NYHA IV.

Các bệnh nhân được theo dõi với thời gian trung bình là 22,5 tháng, có 2 bệnh nhân mất liên lạc. Tỉ lệ tử vong xa là 2,6% (1 bệnh nhân tử vong không rõ nguyên nhân trong thời kỳ Covid). Không có bệnh nhân nào phải mổ lại.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 ca điều trị phẫu thuật vỡ phình xoang Valsalva tại khoa Phẫu thuật Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai, có thể thấy phẫu thuật đóng vỡ phình xoang Valsalva là một phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả tỉ lệ tử vong sớm và muộn thấp, không có bệnh nhân tái phát sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Breatnach CR, Walsh KP.** Ruptured Sinus of Valsalva Aneurysm and Gerbode Defects: Patient and Procedural Selection: the Key to Optimising Outcomes. *Curr Cardiol Rep.* 2018 Aug 20; 20 (10):90.

2. **Chu SH, Hung CR, How SS, Chang H, Wang SS, Tsai CH, et al.** Ruptured aneurysms of the sinus of Valsalva in Oriental patients. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1990 Feb 1;99(2):288-98.
3. **Cullen S, Somerville J, Redington A.** Transcatheter closure of a ruptured aneurysm of the sinus of Valsalva. *Br Heart J.* 1994 May;71(5):479-80.
4. **Doost A, Craig JA, Soh SY.** Acute rupture of a sinus of Valsalva aneurysm into the right atrium: a case report and a narrative review. *BMC Cardiovasc Disord.* 2020 Feb 18;20:84.
5. **Moguillansky N, Bleiweis M, Reid J, Jacobs JP, Moguillansky D.** Ruptured Sinus of Valsalva Aneurysm: Three Case Reports and Literature Review. *Cureus.* 16(4):e59220.
6. **Sarikaya S, Ademir T, Elibol A, Büyükbayrak F, Onk A, Kirali K.** Surgery for ruptured sinus of Valsalva aneurysm: 25-year experience with 55 patients. *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg.* 2013 Mar;43(3):591-6.
7. **Tahir MF, Munim A, Mughal S, Kan Changez MI, Khan MA, Yousaf A, et al.** Rupture of sinus of Valsalva in a young laborer: A rare case report. *Clin Case Rep.* 2024 Jul 21;12(7):e9184.
8. **Weinreich M, Yu P, Trost B.** Sinus of Valsalva Aneurysms: Review of the Literature and an Update on Management. *Clin Cardiol.* 2015 Mar 10;38(3):185-9.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GÂY TÊ THẦN KINH ĐÙI LIÊN TỤC QUA ĐẶT CATHETER DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM ĐỂ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT VÙNG DƯỚI ĐÙI VÀ KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN 198

Nguyễn Văn Đáng¹, Nguyễn Thị Hương¹, Nguyễn Đại Tú¹,
Nguyễn Quang Huy¹, Nguyễn Hồng Phúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau và tác dụng không mong muốn của gây tê thần kinh (GTTK) đùi liên tục qua đặt catheter dưới siêu âm để giảm đau sau phẫu thuật vùng dưới đùi và khớp gối. **Đối tượng và phương pháp:** Can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 64 bệnh nhân chấn thương đùi 1/3 dưới và chấn thương khớp gối tại khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện 19.8 Bộ Công an, từ tháng 05/2023-06/2024, chia thành 2 nhóm bằng nhau. Nhóm 1: giảm đau thường quy (GĐTQ) với 1g paracetamol mỗi 6 giờ và morphin tiêm dưới da 0,1 mg/kg mỗi 4 giờ đến 48 giờ. Nhóm 2: GTTK đùi liên tục giảm đau với tiêm bolus 20 ml ropivacain 0,2% sau đó truyền liên tục ropivacain 0,2% 5ml/giờ đến 48 giờ. Theo dõi và đánh giá hiệu quả giảm đau, ảnh

hưởng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn. **Kết quả:** Hiệu quả giảm đau tốt và khả đạt 100% ở cả 2 nhóm GTTK đùi và GĐTQ. Điểm VAS trung bình khi nghỉ ngơi và khi vận động của hai nhóm tương đương nhau tại hầu hết thời điểm nghiên cứu. Có sự khác nhau về lượng morphin trung bình dùng thêm với $p < 0,05$. Tác dụng không mong muốn ở nhóm dùng morphin GĐTQ cao hơn nhóm GTTK đùi liên tục có ý nghĩa với $p < 0,05$. Mức độ rất hài lòng ở nhóm GTTK đùi có xu hướng cao hơn nhóm sử dụng phương pháp GĐTQ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Gây tê thần kinh đùi liên tục qua đặt catheter dưới siêu âm có hiệu quả giảm đau sau mổ tương đương với phương pháp GĐTQ cho bệnh nhân gãy 1/3 dưới đùi và khớp gối. Và là một phương pháp giảm đau nhanh chóng, dễ thực hiện, an toàn, hiệu quả, ít tác dụng không mong muốn. **Từ khóa:** Giảm đau, gây tê thần kinh đùi, khớp gối, phẫu thuật nội soi khớp gối.

SUMMARY

EFFICIENT EVALUATION OF ULTRASOUND - GUIDED CONTINUOUS FEMORAL NERVE BLOCK FOR ANALGESIA POSTOPERATIVE OF UNDER FEMORAL AND KNEE SURGERY

¹Bệnh viện 19-8, Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đáng

Email: nguyenvandanggm198@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024