

ngiên cứu của chúng tôi, chiếm tỉ lệ 88,6%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Vân (91,66%)⁵, và cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Vạn Xuân (80,6%)⁷. Chỉ định mổ có thể đến từ nguyên nhân về sản khoa, về bệnh lí nội khoa của mẹ, hoặc do các yếu tố xã hội. Chỉ định mổ do các yếu tố xã hội trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp, chiếm tỉ lệ 8,6%. Mổ do sọ mổ lấy thai cũ là lí do mổ phổ biến nhất với 31,5%. Mổ do bệnh lí SLE của mẹ nặng lên chiếm 11,4%. Khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Lê Sỹ Dũng cho thấy mổ lấy thai do bệnh lí nặng của mẹ là nguyên nhân chủ yếu.⁸ Sự khác biệt này có thể xuất phát từ việc nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai – cơ sở y tế với nhiều chuyên khoa Nội - Sản phối hợp chặt chẽ, nên nhiều thai phụ có bệnh lí nền nặng ưu tiên lựa chọn cơ sở này để theo dõi và kết thúc thai kỳ.

Tỉ lệ thai phụ gặp biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 40%, tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Vân (41,9%)⁵. Trong đó, tiền sản giật là biến chứng gặp nhiều nhất ở các thai phụ. Có 5 trường hợp gặp biến chứng thận, hầu hết đều dừng thai nghén bằng phương pháp mổ lấy thai ở tuần 34 -36 theo ý kiến chuyên khoa Thận tiết niệu.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế cần được xem xét. Nghiên cứu được thiết kế hồi cứu, sử dụng dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án, do đó có thể gặp phải sai số trong ghi nhận thông tin và không kiểm soát được đầy đủ các yếu tố gây nhiễu. Cỡ mẫu tương đối nhỏ và thực hiện tại một cơ sở y tế duy nhất làm hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả cho quần thể rộng hơn. Do vậy, trong tương lai cần có các nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc bệnh nhân với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy thai phụ mắc Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) có nguy cơ cao gặp các biến chứng nghiêm trọng như thai lưu, sinh non và thai chậm phát triển trong tử cung. Đồng thời, bệnh cũng làm tăng tỷ lệ biến chứng ở mẹ, đặc biệt là tiền sản giật và tổn thương thận. Do đó, việc quản lý thai kỳ ở bệnh nhân SLE đòi hỏi sự theo dõi sát sao và phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa, nhằm phát hiện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fava A, Petri M.** Systemic lupus erythematosus: Diagnosis and clinical management. *Journal of Autoimmunity*. 2019;96:1-13. doi:10.1016/j.jaut.2018.11.001
2. **Lahita RG, Tsokos GC, Buyon JP, Koike T.** Systemic Lupus Erythematosus. Academic Press; 2010.
3. **Políć A, Običan SG.** Pregnancy in systemic lupus erythematosus. *Birth Defects Res*. 2020;112(15):1115-1125. doi:10.1002/bdr2.1790
4. **Wong CH, Chen TL, Lee CS, Lin CJ, Chen CP.** Outcome of pregnancy in patients with systemic lupus erythematosus. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2006;45(2): 120-123. doi:10.1016/S1028-4559(09)60208-4
5. **Nguyễn Thị Bích Vân.** Thái độ xử trí thai phụ Lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong 2 năm 2010 - 2011. 1. 2013;11(2):31-33. doi:10.46755/vjog.2013.2.377
6. **Yang MJ, Chen CY, Chang WH, Tseng JY, Yeh CC.** Pregnancy outcome of systemic lupus erythematosus in relation to lupus activity before and during pregnancy. *J Chin Med Assoc*. 2015; 78(4): 235-240. doi:10.1016/j.jcma.2014. 11.008
7. **Phạm Thị Vạn Xuân.** Xử trí sản khoa thai phụ mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống tại khoa Phụ Sản-Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2011 đến năm 2014. *Tạp chí Y học Việt Nam*.
8. **Lê Sỹ Dũng.** Xử trí sản khoa các thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống trong 3 tháng cuối thai kì tại bệnh viện Bạch Mai.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SỬA VAN HAI LÁ TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Sinh Hiền¹, Nguyễn Thị Việt Nga¹, Phạm Thị Huế¹

TÓM TẮT³

¹Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Huế

Email: huepham8101998@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 22.7.2025

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm và trung hạn của phẫu thuật nội soi sửa van hai lá. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tim Hà Nội trên 64 bệnh nhân được chẩn đoán hở van hai lá và phẫu thuật nội soi sửa van hai lá từ 1/2022 đến 12/2023. Các chỉ số lâm sàng và siêu âm tim được thực hiện tại các thời điểm nghiên cứu. Phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm Stata 17. **Kết quả:** Phẫu thuật nội soi sửa van hai lá được thực hiện thành công ở tất cả bệnh nhân. Độ tuổi trung bình là 49,09 tuổi, tỷ lệ

nam/nữ là 2/1, điểm EuroSCORE II trung bình là $1,53 \pm 1,30$ và thời gian kẹp động mạch chủ trung bình 99,69 phút, chạy máy 157,33 phút. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 100%, không có trường hợp nào cần chuyển sang phẫu thuật cắt xương ức hoặc thay van hai lá trong vòng 30 ngày. Có 2 trường hợp (3,12%) cần phẫu thuật sửa lại van hai lá trong thời gian nằm viện. Tính an toàn của thủ thuật là, với tỷ lệ tử vong trong bệnh viện là 1,56% ($n = 1$), đột quỵ là 3,13% ($n = 2$), phẫu thuật lại do chảy máu là 7,8% ($n = 5$), và nhồi máu cơ tim quanh phẫu thuật là 3,13% ($n = 2$) bệnh nhân. Thời gian theo dõi trung bình là 17,9 tháng. Tỷ lệ sống sót sau 30 ngày là 98,44% và trung bình 17,9 tháng là 96,88%. Hở van hai lá tái phát $\geq 2+$ được chẩn đoán ở 3 trường hợp trong thời gian theo dõi. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi sửa van hai lá có thể thực hiện đối với bệnh lý hở van hai lá nghiêm trọng với tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ sống còn cao trong thời gian theo dõi trung hạn. Phương pháp này an toàn, với nguy cơ phẫu thuật lại và tỷ lệ hở van hai lá tái phát thấp trong thời gian theo dõi.

Từ khóa: Hở van hai lá, phẫu thuật nội soi sửa van hai lá.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOME OF MINIMALLY INVASIVE VIDEO - ASSISTED MITRAL REPAIR AT HANOI HEART HOSPITAL

Objective: To evaluate the early and medium-sized outcomes of minimally invasive video - assisted mitral repair. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted at Hanoi Heart Hospital on 64 patients undergoing a minimally invasive complete endoscopic mitral valve repair for mitral valve regurgitation from January 2022 to December 2023. Clinical and echocardiographic follow - ups were performed. Data processing using Stata 17 software. **Results:** Minimally invasive video - assisted mitral repair surgery was successfully performed in all patients. The mean age was 49,09 years, with a male-to-female ratio of 2:1, an average EuroSCORE II of $1,41 \pm 0,99$, a mean aortic cross-clamp time of 99,69 minutes, and a cardiopulmonary bypass time of 157,33 minutes. The surgical success was 100%, with no conversion to sternotomy or to mitral valve replacement at 30 days. In 2 cases (3,12%), mitral valve-related reoperation was performed during the hospital stay. The procedure is safety, with minimal rate of in-hospital mortality in 1.56% ($n = 1$), stroke in 3.13% ($n = 2$), reoperation due to bleeding in 7.8% ($n = 5$), and perioperative myocardial infarction in 3.13% ($n = 2$). The mean follow-up duration was 17.9 months, survival at 30 days and 17.9 months was 98.44% and 96.88%. Recurrent mitral regurgitation $\geq 2+$ was diagnosed in 3 cases during follow-up. **Conclusion:** Minimally invasive video - assisted mitral repair technique can be performed for severe mitral regurgitation with high success and survival rates in the short term and medium term. The procedure is safe, with low reoperation rates and recurrence of mitral valve insufficiency during the follow-up period.

Keywords: Mitral regurgitation, minimally invasive video - assisted mitral repair surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hở van hai lá là một bệnh lý van tim phổ biến, ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong của bệnh nhân¹. Nguyên nhân phổ biến nhất gây hở van hai lá nguyên phát ở các quốc gia Phương Tây là thoái hóa van, trong khi tại các quốc gia thu nhập thấp đến trung bình, thấp tim lại là nguyên nhân chính². Phẫu thuật sửa van hai lá được coi là phương pháp điều trị ưu tiên, mang lại kết quả tốt trong cả ngắn hạn và trung hạn³.

Theo khuyến cáo của ESC/EACTS 2021 về quản lý và điều trị bệnh van tim, phẫu thuật sửa van hai lá được ưu tiên hơn so với thay van hai lá do cải thiện được tỷ lệ tử vong³. Hơn nữa, khi so sánh với phẫu thuật kinh điển mở xương ức toàn bộ, phẫu thuật nội soi sửa van hai lá có nhiều ưu điểm như giảm chảy máu, rút ngắn thời gian thở máy và thời gian nằm viện mà không làm gia tăng tỷ lệ tử vong. Ngoài ra, phương pháp này giúp cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân và mức độ thẩm mỹ tốt hơn. Tại hội nghị tim mạch Hoa Kỳ (AHA) 2023, kết quả của thử nghiệm UK Mini Mitral cho thấy, phẫu thuật nội soi sửa van hai lá có thể là phương pháp điều trị đầu tay đối với những bệnh nhân hở van hai lá thoái hóa⁴.

Tuy nhiên, kĩ thuật này đòi hỏi trình độ cao và kinh nghiệm từ đội ngũ phẫu thuật viên, cũng như sự hỗ trợ của các trang thiết bị hiện đại. Do đó, việc triển khai và phát triển phương pháp này tại Việt Nam còn gặp nhiều khó khăn và thách thức. Các nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sửa van hai lá là cần thiết nhằm tổng hợp đầy đủ về tính hiệu quả và an toàn của phương pháp này trong thời gian theo dõi ngắn hạn và trung hạn. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm "Đánh giá kết quả sớm và trung hạn của phẫu thuật nội soi sửa van hai lá".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được phẫu thuật nội soi sửa van hai lá tại Bệnh viện tim Hà Nội trong thời gian từ ngày 01/01/2022 đến 31/12/2023.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tim Hà Nội trong giai đoạn từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân phẫu thuật nội soi sửa van hai lá đủ điều kiện lựa chọn được lấy

vào nghiên cứu.

2.5. Đánh giá kết quả và thời gian: Các biến cố sớm gồm tử vong, đột quỵ, phẫu thuật sửa lại van hai lá, phẫu thuật lại do chảy máu, chuyển mở xương ức, nhiễm trùng, rung nhĩ mới sau mổ, nhồi máu cơ tim và tái nhập viện do mọi nguyên nhân. Các biến cố trung hạn bao gồm tử vong, phẫu thuật lại van hai lá, hở van hai lá tái phát. Kết quả sớm là kết quả sau phẫu thuật 30 ngày. Kết quả trung hạn là kết cục phẫu thuật từ 1 đến 3 năm. Thất bại kĩ thuật được định nghĩa là cần chuyển mở xương ức vì bất kì nguyên nhân nào.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm Stata 17, áp dụng các phương pháp thống kê mô tả và phân tích.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Quá trình thu thập số liệu phục vụ cho nghiên cứu phải được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện cũng như lãnh đạo các khoa phòng tại Bệnh viện tim Hà Nội. Chúng tôi giải thích rõ ràng mục đích nghiên cứu cũng như lợi ích của nghiên cứu cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Chúng tôi cam kết tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực, đảm bảo thông tin bí mật tuyệt đối và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm trước phẫu thuật. Nghiên cứu bao gồm 64 bệnh nhân với tuổi trung bình là $49,09 \pm 17,09$ năm và tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Đặc điểm bệnh nhân được thể hiện trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Đặc điểm		Trung bình ± ĐLC (Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất) hoặc n(%)
Tăng huyết áp (THA)		12,5
Đái tháo đường (ĐTĐ)		9,38
Bệnh tim mạch xơ vữa (BTMXV)		10,94
Rung nhĩ		28,13
Đột quỵ		0
NYHA	I	9,23
	II	90,77
	III/IV	0
Euroscore II (%)		1,53 ± 1,30 (0,21 – 6,71)

Bảng 2. Các thông số siêu âm hở van hai lá trước phẫu thuật

Chỉ số (đơn vị đo)	Trung bình $\pm$ ĐLC (Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất) hoặc n(%)
EF (%)	$62,73 \pm 6,26$ (48-74)

LVIDd (mm)	$54,51 \pm 8,15$ (32-70,5)	
LVIDs (mm)	$33,10 \pm 6,30$ (18,9-46)	
EDV (ml)	$148,98 \pm 49,43$ (41-260)	
ESV (ml)	$46,63 \pm 19,12$ (1199)	
Mức độ hở van hai lá	$\geq 3/4$	57 (89,06)
	2/4	7 (10,94)
Nguyên nhân	Thoái hóa (Sa van hoặc đứt dây chằng)	49 (75,38)
	Barlow	1 (1,54)
	Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng	4 (6,16)
	Khe lá trước	3 (4,62)

3.2. Đặc điểm trong phẫu thuật

Bảng 3. Đặc điểm trong phẫu thuật

Chỉ số (đơn vị đo)		Trung bình $\pm$ ĐLC (Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất) hoặc n(%)
Mức độ phức tạp sửa van hai lá theo phân loại Loulmet và Grossi	Đơn giản	34 (53,75)
	Phức tạp	12 (18,46)
	Rất phức tạp	18 (27,69)
Kĩ thuật sửa van hai lá	Đặt vòng van hai lá	51 (79,69)
	Cắt bỏ vùng thương tổn	23 (35,94)
	Trồng dây chằng nhân tạo	9 (14,06)
	Mép đến mép (Edge-to-Edge)	10 (15,63)
Phẫu thuật kèm theo	Sửa van ba lá	16 (25,00)
	Phẫu thuật Cox – MAZE	4 (6,25)
	Phẫu thuật tim bẩm sinh	8 (12,50)
	Cắt u nhầy nhĩ trái	1 (1,56)
	Khâu chặn tiểu nhĩ trái	1 (1,56)
Thời gian cấp động mạch chủ		$100,06 \pm 15,60$ (78 – 148)
Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể		$158,33 \pm 16,55$ (123 – 199)

3.3. Kết quả sớm phẫu thuật

Nhóm nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào thất bại về mặt kĩ thuật.

Bảng 4. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Chỉ số (đơn vị đo)	Trung bình $\pm$ ĐLC (Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất) hoặc n(%)
Thời gian thở máy (giờ)	$17,54 \pm 8,02$ (4-56)

Thời gian nằm hồi sức (ngày)	2,92±1,64 (2-11)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	10,74±5,15 (5-29)
Tử vong	1 (1,56)
Đột quỵ	2 (3,12)
Phẫu thuật sửa lại van hai lá	2 (3,12)
Phẫu thuật lại do chảy máu	5 (7,80)
Chuyển mổ xương ức	0 (0,00)
Nhiễm trùng	19 (29,69)
Rung nhĩ mới sau mổ	6 (9,38)
Nhồi máu cơ tim cấp	2 (3,12)
Tái nhập viện do mọi nguyên nhân	2 (3,12)

Bảng 5. Đặc điểm siêu âm tim 30 ngày sau phẫu thuật

Chỉ số (đơn vị đo)	Giá trị trung bình hoặc n(%) trước phẫu thuật	Giá trị trung bình hoặc n(%) 30 ngày sau phẫu thuật	P
LVIDd (mm)	54,46	45,60	<0,05
LVIDs (mm)	33,15	29,14	0,0002
EDV (ml)	148,57	98,11	<0,05
ESV (ml)	46,77	35,35	0,0002
LVEF (%)	62,53	63,96	0,33
Hở van hai lá mức độ vừa trở lên			

3.4. Kết quả trung hạn phẫu thuật. Sau thời gian theo dõi trung bình là 17,90 ((9,17 – 30,63) tháng, tỷ bệnh sống còn sau mổ là 96,88%. Có 02 trường hợp (chiếm 3,12%) tử vong, trong đó 01 trường hợp do phù não lan tỏa ngày thứ 6 sau phẫu thuật và 01 trường hợp do sốc tim - viêm cơ tim vào tháng thứ 13 sau phẫu thuật. Ngoài ra, chúng tôi có ghi nhận hở van hai lá tái phát $\geq 2+$ được chẩn đoán ở 3 trường hợp trong thời gian theo dõi.

IV. BÀN LUẬN

Một số công trình nghiên cứu ở Việt Nam về kết quả phẫu thuật nội soi sửa van hai lá ít xâm lấn cho kết quả khả quan và tính an toàn cao^{5,6}. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 49,09 $\pm$ 17,09, thấp hơn so với báo cáo của Davierwala (60,3 tuổi) hay Glauber (61 tuổi), phản ánh xu hướng can thiệp sớm hơn tại Việt Nam^{7,8}. Việc tiếp cận điều trị ở nhóm bệnh nhân trẻ, bao gồm nữ giới trong độ tuổi sinh sản và người dân vùng sâu, vùng xa, cho thấy khả năng tiếp cận kỹ thuật cao đang được mở rộng đáng kể. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (63,5%) phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh lý van tim. Tần suất các bệnh lý phối hợp như THA (12,5%), ĐTD (9,38%) và BTMXV (10,94%) ở mức tương đối

thấp, góp phần tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình phẫu thuật. Điểm EuroSCORE II trung bình là 1,41 càng khẳng định nhóm bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật thấp – trung bình, phù hợp với lựa chọn phẫu thuật nội soi.

Về đặc điểm bệnh lý, chúng tôi ghi nhận nguyên nhân gây hở van hai lá thường gặp nhất là do thoái hóa (chiếm 75,38%), sau đó là viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (chiếm 6,16%) và kể (khe) van hai lá (chiếm 4,62%), thấp nhất là Barlow. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Glauber, tỷ lệ hở van do thoái hóa và Barlow chiếm 79,77%, tỷ lệ do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng là 4,05% và tổn thương do kể van hai lá là 1,85%⁸. Các nghiên cứu của Phạm Thành Đạt và Võ Tuấn Anh cũng ghi nhận nguyên nhân gây hở van hai lá chủ yếu là do thoái hóa van (chiếm 89%)^{5,6}. Điều này thể hiện ở các nước đang phát triển như Việt Nam, mô hình bệnh tật gây hở van hai lá chủ yếu là do nguyên nhân thoái hóa.

Trước phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận hơn 89% bệnh nhân có mức độ hở van từ 3/4 trở lên. Kỹ thuật nội soi hoàn toàn được áp dụng ở tất cả các trường hợp, trong đó đặt vòng van là phương pháp chính (79,69%), bên cạnh đó là các thủ thuật bổ trợ như cắt bỏ tổn thương (35,94%), trồng dây chằng nhân tạo (14,06%), khâu mép-đến-mép (15,63%).

So với phương pháp sửa van hai lá kinh điển của Carpentier, việc phân loại mức độ phức tạp về kỹ thuật sửa van hai lá theo Loulmet và Grossi giúp tăng tỷ lệ sửa van thành công cũng như giảm thiểu tỷ lệ biến chứng chu phẫu. Tác giả Loulmet và cộng sự thực hiện nghiên cứu trên 500 bệnh nhân phẫu thuật sửa van hai lá ít xâm lấn, kết quả cho thấy số tổn thương phức tạp tăng lên theo kinh nghiệm của trung tâm. Tỷ lệ sửa van hai lá thành công là 99,4% với tỷ lệ tử vong sớm là 0,6% và tỷ lệ đột quỵ là 1,2%. Tỷ lệ này nhất quán giữa các phân nhóm mức độ phức tạp về kỹ thuật sửa van⁹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mức độ đơn giản là phổ biến nhất với 53,75%, tiếp đến là mức độ rất phức tạp với 27,69%. Kết quả này cao hơn so với tác giả Phan Thành Đạt với mức độ đơn giản về mặt kỹ thuật gặp ở 72% trường hợp và mức độ rất phức tạp gặp ở 16% trường hợp, nhưng thấp hơn so với tác giả Loulmet với tỷ lệ mức độ đơn giản là 48% và mức độ rất phức tạp là 24%^{5,9}. Sự khác biệt này có thể giải thích do kinh nghiệm của từng trung tâm. Tại bệnh viện tim Hà Nội, phẫu thuật ít xâm lấn được triển khai từ năm 2019, kinh nghiệm của các phẫu thuật viên tăng lên theo thời gian.

Vì vậy, độ chính xác và mức độ phức tạp về kỹ thuật cũng tăng lên.

Về kết quả sớm của phẫu thuật, tỷ lệ tử vong là 1,56%, tương đồng với Glauber (1,1%) và thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thành Đạt (2,5%)^{5,8}. Các biến chứng như rung nhĩ mới (9,38%), phẫu thuật lại do chảy máu (7,8%), nhiễm trùng (29,69%) đều ở mức chấp nhận được, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân tổn thương van phức tạp. Hơn nữa, không có trường hợp nào chuyển mổ xương ức hay phải thay van, khẳng định kỹ thuật nội soi được kiểm soát tốt. Thời gian thở máy trung bình là 17,5 giờ, nằm hồi sức 2,92 ngày và nằm viện 10,7 ngày – những con số này so sánh tốt với phẫu thuật mở truyền thống và thể hiện rõ ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn.

Hiệu quả huyết động sau mổ được ghi nhận rõ nét qua siêu âm tim 30 ngày. Các chỉ số LVIDd, EDV, ESV giảm có ý nghĩa thống kê, trong khi LVEF vẫn được duy trì ổn định ở mức 63,96%. Đáng chú ý, chỉ có 3 bệnh nhân (4,68%) còn hở van mức $\geq 2+$, thấp hơn tỷ lệ 5,2% được ghi nhận bởi Chitwood sau 6 tháng theo dõi¹⁰. Hơn thế nữa, hiệu quả này tiếp tục được duy trì trong giai đoạn trung hạn với thời gian theo dõi trung bình là 17,9 tháng. Kết quả này phù hợp với hiện tượng đảo ngược tái cấu trúc thất trái mà Tourneau mô tả¹¹.

Về kết quả trung hạn, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sống còn là 96,88% với 2 trường hợp tử vong. Ngoài ra, có 3 trường hợp tái phát hở van $\geq 2+$ trong thời gian theo dõi. Kết quả này tương tự với tác giả Glauber với các mốc theo dõi 12 tháng, 60 tháng (lần lượt là 98,1% và 91,8%)⁸.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn có những giới hạn nhất định. Thiết kế hồi cứu, đơn trung tâm, không có nhóm chứng, cỡ mẫu chưa lớn và số biến cố còn thấp khiến việc khái quát hóa kết quả còn hạn chế. Ngoài ra, các yếu tố liên quan đến chiến lược bảo vệ cơ tim trong phẫu thuật chưa được phân tích sâu. Do đó, các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm, theo dõi dài hạn là cần thiết để khẳng định toàn diện vai trò và lợi ích của phẫu thuật nội soi sửa van hai lá trong thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sửa van hai lá là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân hở van hai lá nguyên phát tại Bệnh viện Tim Hà Nội. Kỹ thuật này mang lại tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp, kết quả huyết động tốt và có

thể triển khai thường quy tại các trung tâm có kinh nghiệm. Cần tiếp tục nghiên cứu dài hạn để khẳng định lợi ích bền vững và mở rộng chỉ định lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Iung B, Delgado V, Rosenhek R, et al. Contemporary Presentation and Management of Valvular Heart Disease: The EURObservational Research Programme Valvular Heart Disease II Survey. *Circulation*. 2019;140(14):1156-1169. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.119.041080
2. Dziadzko V, Dziadzko M, Medina-Inojosa JR, et al. Causes and mechanisms of isolated mitral regurgitation in the community: clinical context and outcome. *European Heart Journal*. 2019;40(27):2194-2202. doi:10.1093/eurheartj/ehz314
3. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: Developed by the Task Force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*. 2022;43(7):561-632. doi:10.1093/eurheartj/ehab395
4. Akowuah EF, Maier RH, Hancock HC, et al. Minithoracotomy vs Conventional Sternotomy for Mitral Valve Repair: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2023;329(22):1957-1966. doi:10.1001/jama.2023.7800
5. Đạt PT, Hữu NC, Hưng NT, Nam NH, Thành LN, Hưng ĐQ. Kết quả phẫu thuật nội soi sửa van hai lá điều trị bệnh hở van hai lá đơn thuần. *TCNCYH*. 2022;149(1):149-159. doi:10.52852/tcncyh.v149i1.541
6. Anh VT. Nghiên cứu hiệu quả của phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn qua đường mổ ngực phải.
7. Davierwala PM, Seeburger J, Pfannmueller B, et al. Minimally invasive mitral valve surgery: "The Leipzig experience." *Annals of cardiothoracic surgery*. 2013;2(6).
8. Glauber M, Miceli A, Canarutto D, et al. Early and long-term outcomes of minimally invasive mitral valve surgery through right minithoracotomy: a 10-year experience in 1604 patients. *J Cardiothorac Surg*. 2015;10(1):181. doi:10.1186/s13019-015-0390-y
9. Loulmet DF, Ranganath NK, Neuburger PJ, Nampiamparmpil RG, Galloway AC, Grossi EA. Can complex mitral valve repair be performed with robotics? An institution's experience utilizing a dedicated team approach in 500 patients†. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2019;56(3):470-478. doi:10.1093/ejcts/ezz029
10. Chitwood WR, Nifong LW, Elbeery JE, et al. Robotic mitral valve repair: Trapezoidal resection and prosthetic annuloplasty with the da Vinci Surgical System. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2000;120(6):1171-1172. doi:10.1067/mtc.2000.110177