nồng độ. Kết quả kiểm định về độ an toàn cho thấy VF có chỉ số kim loại nặng nằm ở ngưỡng an toàn tương hợp môi trường miệng, do vậy, việc sử dụng VF an toàn trênlâm sàng.

Trong các nghiên cứu in vivo, Fluoride tác dụng lên toàn bộ bề mặt răng và mảng bám răng, thông qua sự thúc đẩy tái khoáng hóa các tổn thương sâu răng sớm và giảm khả năng hòa tan men răng. Điều này xảy ra với tất cả các dạng và nồng độ của fluoride tại chỗ mặc dù ở một mức độ khác nhau. Vì vậy, để kiểm định về tác dụng của VF đối với bề mặt răng cần tiến hành thêm đánh giá khả năng tái khoáng hóa sâu răng hàm nhỏ vĩnh viễn giai đoạn sớm trên thực nghiệm bằng Véc-ni Fluoride 5%" và thực hiện cả trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Véc-ni Fluoride 5% được nghiên cứu sản xuất dựa trên công thức được cấp bằng sáng chế của Hoa Kì có các đặc tính đáp ứng được yêu cầu của một chế phẩm có thể sử dụng trên trẻ nhỏ như mùi vị, độ an toàn và độ ổn định. Cần nghiên cứu thêm trên thực nghiệm và lâm sàng để đánh giá về hiệu quả vủa Véc-ni Fluoride 5% trước khi đưa vào sản xuất và sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rajab LD, Abdullah RB (2020).** Impact of Dental Caries on the Quality of Life of Preschool Children and Families in Amman, Jordan. Oral Health Prev Dent. 2020;18(1):571–82.
2. **Trịnh Thái Hà (2016).** Chữa răng và nội nha. tập 1. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam - tr23-24;
3. **Su H-R, Yang R-R, Qian W-H, Yu J-M.** [The effect of fluoride varnish Duraphat in preventing deciduous dental caries in preschool children]. Shanghai Kou Qiang Yi Xue. 2019 Feb;28(1):48–52.
4. **Latifi-Xhemajli B, Begzati A, Veronneau J, Kutllovci T, Rexhepi A.** Effectiveness of fluoride varnish four times a year in preventing caries in the primary dentition: A 2 year randomized controlled trial. Community Dent Health. 2019 Aug 29;36(2):190–4.
5. **Butler DW, McKinley LK, Cl US.** Công thức VF dựa trên bằng sáng chế Hoa Kì 2014. 2006;5.
6. **Luật Việt Nam.** Tiêu chuẩn TCVN 5816:2009 Sản phẩm vệ sinh răng nha khoa.
7. **Phương pháp quang** phổ nguyên tử phát xạ và hấp thụ - Dược Điển Việt Nam.
8. **Ha Van Hung, Vo truong Nhu Ngoc, Chu Dinh Toi (2021),** the effectiveness of early childhood caries treatment with MI varnish fluor in obese subjects: a study from Vietnam, Children, 2021, 8, 1151, 2-8

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA BỆNH LÝ VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM TRÙNG

Đỗ Việt Thắng[1], Trần Quyết Tiến[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (VNTMNT) là bệnh lí tim mạch không thường gặp nhưng có tỉ lệ tử vong cao và để lại biến chứng nặng nề. Khoảng 50% bệnh nhân mắc bệnh cần phải điều trị ngoại khoa vì các biến chứng nặng của bệnh. Mục đích điều trị để tránh cho bệnh nhân bị suy tim tiến triển vì tổn thương các cấu trúc trong tim, tránh nhiễm trùng lan rộng và ngăn ngừa thuyên tắc. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm điều trị ngoại khoa bệnh lí VNTMNT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca các bệnh nhân (BN) được phẫu thuật điều trị VNTMNT tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2021. **Kết quả:** 51 BN với độ tuổi trung bình là 42,1, tỉ lệ nam chiếm 73%, được chẩn đoán VNTMNT có chỉ định phẫu thuật. 86% trường hợp có suy tim NYHA nặng. 37% trường hợp mổ cấp cứu và bán khẩn, 12% mổ lại do VNTMNT trên van nhân tạo. 6 trường hợp được mổ tim ít xâm lấn qua đường ngực phải. Tổn thương sùi trên van 2 lá có 26 BN, sùi trên van động mạch chủ (ĐMC) có 15 BN, sùi trên cả van 2 lá và van ĐMC có 2 BN, 6 ca có áp xe vòng van. Có 6 trường hợp cấy máu dương tính: 4 trường hợp do Streptococcus spp., 2 trường hợp do Staphyloccus. 23 BN thay van ĐMC, 17 BN thay van hai lá, 22 BN sửa van 2 lá, 7 BN phẫu thuật Bentall. Sau mổ có 3 ca chảy máu phải mổ lại, 39 ca phải dùng ít nhất 1 vận mạch, , 1 ca đặt ECMO, 7 ca có suy thận cấp, 3 ca tử vong sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình 300 phút (kẹp ĐMC 101 phút) và nằm viện sau mổ trung bình 18,5 ngày. Những BN sống còn ghi nhận đạt kết quả điều trị tốt tại thời điểm xuất viện, cải thiện lâm sàng NYHA II và không có biến chứng vĩnh viễn. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị các trường hợp VNTMNT đạt kết quả tốt với tỉ lệ tử vong sau mổ 5,9% liên quan đến thời gian mổ dài, tình trạng mổ cấp cứu và VNTMNT trên van nhân tạo. Biến chứng suy tim cấp sau mổ thường gặp tuy nhiên đáp ứng điều trị nội khoa, không có biến chứng vĩnh viễn.

Từ khóa: viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, áp xe, suy tim, sửa van, thay van, phẫu thuật Bentall

[1]*Bệnh viện Nhân Dân 115*
[2]*Bệnh viện Chợ Rẫy; Đại học Quốc Gia TP.Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Việt Thắng
Email: dovietthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022
Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022
Ngày duyệt bài: 4.3.2022

SUMMARY

EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT

OF INFECTIVE ENDOCARDITIS

Background: Infective endocarditis (IE) is an uncommon cardiovascular disease with a high mortality rate and severe complications. About 50% of patients with IE require surgical treatment because of its severe complications. The goals of surgical treatment are to prevent developing heart failure due to destruction structures in the heart, to prevent spreading infection, and to prevent embolism. **Objective:** To evaluate the early results of surgical treatment of infective endocarditis. **Material and Methods:** A retrospective and case series study of patients who underwent surgery to treat IE at Cho Ray hospital from January 2020 to January 2021. **Results:** 51 patients with an average age of 42.1 (73% male), were diagnosed infective endocarditis with indication for surgery. 86% of cases had severe heart failure NYHA III-IV. 37% of emergency and urgent surgery, 12% of re-operation due to prosthetic valve endocarditis. 6 cases underwent minimally invasive heart surgery through right thoracotomy. There are 26 patients with vegetations on the mitral valve, 15 patients with vegetations on both the mitral valve and the aortic valve, and 6 cases with perivalvular abscess. There were 6 positive blood cultures: 4 cases due to Streptococcus spp., 2 cases due to Staphyloccus. 23 patients with aortic valve replacement, 17 patients with mitral valve replacement, 22 patients with mitral valve repair, 7 patients with Bentall surgery. Post-operative, there were 3 cases of bleeding requiring reoperation, 39 cases requiring at least 1 vasopressor, 1 case of using ECMO, 7 cases of acute renal failure, 3 deaths. The average surgical time was 300 minutes (average aortic clamping time is 101 minutes) and the average postoperative hospital stay was 18.5 days. The surviving patients reported good treatment outcomes at the time of discharge, clinical improvement of heart failure, and no permanent complications. **Conclusions:** Surgical treatment of IE achieved good early results with postoperative mortality rate of 5.9% related to long operative time, emergency surgery and IE on prosthetic valve. Complications of acute heart failure after surgery are common but respond to medical treatment. There was no permanent complications.

Keywords: infective endocarditis, abscess, heart failure, valve repair, valve replacement, Bentall surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng là tình trạng viêm có loét và sùi, thường xảy ra nhưng không phải bắt buộc trên một nội tâm mạc đã có tổn thương bẩm sinh hoặc mắc phải từ trước. Đây là bệnh lý có tỉ lệ tử vong cao và nguy cơ để lại biến chứng nặng nề (1, 2). Theo khuyến cáo của hội tim mạch Việt Nam, tỉ lệ mắc bệnh trung bình là 3-6/100.000 người, tuổi trung bình từ 36-69, tỷ lệ bệnh tăng theo tuổi. Bệnh có xu hướng tăng mà không giảm trong vòng ba thập kỷ gần đây (2).

Việc điều trị thành công viêm nội tâm mạc nhiễm trùng đòi hỏi bệnh phải được chẩn đoán sớm, sử dụng kháng sinh phù hợp và đưa ra những quyết định lâm sàng phù hợp với quá trình diễn tiến bệnh và các biến chứng, kể cả việc đánh giá nguy cơ thuyên tắc cũng như thời điểm phẫu thuật ở những nhóm bệnh nhân nguy cơ cao. Khoảng 50% bệnh nhân mắc viêm nội tâm mạc nhiễm trùng cần phải được điều trị phẫu thuật vì các biến chứng nặng của bệnh (1, 2). Tuy nhiên tỉ lệ tử vong do biến chứng của bệnh và do phẫu thuật bệnh lý này còn cao, vào khoảng 15- 30 % (3-6).

Trong những năm gần đây, nhờ tiến bộ của chuyên ngành phẫu thuật tim bệnh lý viêm nội tâm mạc nhiễm trùng được phẫu thuật ngày càng nhiều. Đa số các tác giả đều đồng thuận các chỉ định để tránh cho bệnh nhân bị suy tim tiến triển vì tổn thương các cấu trúc trong tim, tránh bị nhiễm trùng lan rộng và ngăn ngừa thuyên tắc (1, 2). Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá kết quả sớm điều trị ngoại khoa bệnh lý viêm nội tâm mạc nhiễm trùng*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 51 bệnh nhân được phẫu thuật tại khoa hồi sức phẫu thuật tim – bệnh viện Chợ Rẫy có đủ tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2021.

2.1.1.Tiêu chuẩn chọn bệnh. Bệnh nhân được mổ với chẩn đoán VNTMNT hoặc nghi ngờ VNTMNT theo tiêu chuẩn Duke

2.1.2.Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân VNTMNT được phẫu thuật điều trị các biến chứng ngoài tim, chưa có chỉ định can thiệp phẫu thuật trên tim.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.1.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca

2.1.2. Phương pháp thực hiện: Đa số thực hiện qua đường mở toàn phần xương ức, một số trường hợp được phẫu thuật tim ít xâm lấn qua đường ngực phải đối với tổn thương van hai lá (có hoặc không kèm van ba lá) với sự hỗ trợ của tuần hoàn ngoài cơ thể ngoại biên.

Giải quyết thương tổn:

- Lấy sùi và áp xe trong tim
- Sửa hoặc thay van động mạch chủ hoặc hai lá, van nhân tạo cơ học hoặc sinh học. Thay gốc động mạch chủ (phẫu thuật Bentall) nếu có chỉ định.
- Các thương tổn van khác hoặc cầu vành nếu có.

2.1.3. Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0. Ngưỡng ý nghĩa thống kê là 0.05, độ tin cậy 95%.

2.3. Biến số nghiên cứu. Các đặc điểm bệnh nhân, tình trạng trước phẫu thuật và các

bệnh đồng mắc, các biến số trong phẫu thuật và diễn biến hậu phẫu.

Phẫu thuật cấp cứu là tình trạng cần phẫu thuật trong vòng 24 giờ kể từ khi chẩn đoán. Phẫu thuật được coi là bán khẩn nếu bệnh được mổ trong vài ngày sau khi chẩn đoán VNTMNT. Mổ chương trình sau khi đã được điều trị kháng sinh, thông thường sau 1-2 tuần (1).

Kết quả sớm được tính đến khi bệnh nhân được phẫu thuật đến 30 ngày hậu phẫu hoặc đến khi bệnh nhân xuất viện nếu thời gian hậu phẫu quá 30 ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân: Chúng tôi ghi nhận tổng cộng 51 BN có VNTMNT được chỉ định phẫu thuật với độ tuổi trung bình 42, BN trẻ nhất là 20 và lớn tuổi nhất là 69 tuổi. BN nam chiếm tỉ lệ cao hơn với tỉ lệ nam:nữ là 2,6:1. BMI trung bình 19,4.

Bảng 13: Đặc điểm BN trong nhóm nghiên cứu (N=51)

Đặc điểm		Số lượng (%)
Lý do nhập viện	Sốt	21 (41,2%)
	Khó thở	25 (49%)
	Đau ngực	1 (2%)
	Khác	4 (7,8%)
Tiền căn	Bệnh tim mạch	17 (33,3%)
	VNTMNT	8 (15,7%)
	Đã phẫu thuật van tim	6 (11,8%)
	Đái tháo đường	6 (11,8%)
	Bệnh lý khác ngoài tim	13 (25,5%)
Lâm sàng	NYHA I-II	7 (13,7%)
	NYHA III-IV	44 (86,3%)
Cấy máu	Cấy máu dương tính	6 (11,8%)
	Cấy máu âm tính	45 (88,2%)
Siêu âm tim trước mổ	Sùi lá van	40 (78,4)
	Áp xe vòng van	5 (9,8%)
	Không nghi ngờ	6 (11,8%)
Các tổn thương trên siêu âm tim và chụp mạch máu trước mổ	Hở van hai lá nặng	33 (64,7%)
	Hở van hai lá trung bình	6 (11,9%)
	Hở van động mạch chủ nặng	19 (37,2%)
	Hẹp van ĐMC nặng	3 (5,9 %)
	Hẹp van ĐMC trung bình	2 (3,9%)
	Hở van ba lá nặng	20 (39,2%)
	Bệnh mạch vành	4 (7,9%)
	Thông liên thất	4 (7,9%)
	Còn ống động mạch	1 (2%)
	Dị vật thất phải (que tăm)	1 (2%)

Về thời điểm phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận mổ cấp cứu và bán khẩn chiếm 37 %, mổ chương trình chiếm 63%. Các chỉ định mổ cấp cứu tập trung vào 3 nhóm: suy tim đáp ứng kém với điều trị nội khoa (36,8%), nhiễm trùng không kiểm soát (21,1%), phòng ngừa thuyên tắc (42,1%).

Có 6 trường hợp mổ ít xâm lấn qua đường ngực phải (11,8%), còn lại mổ kinh điển qua đường chẻ dọc xương ức.

Bảng 14: Hình thái tổn thương van tim và các phương pháp phẫu thuật (N=51)

Đặc điểm		Số lượng (%)
Hình thái tổn thương VNTMNT	Sùi trên van hai lá	26(50,9%)
	Sùi trên van ĐMC	15(29,4%
	Sùi trên 2 van trở lên	2(3,9%)
	Áp xe vòng van, gốc động mạch chủ	6(11,8%)
	Sùi van 3 lá (thông liên thất)	1 (2%)
	Sùi vách liên thất (di vật thất phải)	1 (2%)
Các phương pháp phẫu thuật	Thay van động mạch chủ cơ học	16(31,4%)
	Thay van động mạch chủ sinh học	7 (13,7%)
	Sửa van động mạch chủ	1 (2%)
	Thay van hai lá cơ học	12(23,5%)
	Thay van hai lá sinh học	5(9,8%)
	Sửa van hai lá	22(43,1%)
	Đặt vòng van ba lá	20(39,2%)
	Sửa van 3 lá (không đặt vòng van)	3(5,9%)
	Phẫu thuật Bentall	7(13,7%)
	Mở rộng gốc động mạch chủ	1 (2%)
	Bắc cầu mạch vành	4 (7,9%)
	Đóng thông liên thất	4 (7,9%)
	Khâu cột ống động mạch	1 (2%)

3.2. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả phẫu thuật: Các thời gian trong mổ và biến chứng phẫu thuật ghi nhận như sau:

Bảng 15: Các thời gian phẫu thuật

Đặc điểm	Trung bình
Thời gian mổ (phút)	300 ± 130
Thời gian chạy THNCT (phút)	153 ± 72
Thời gian kẹp động mạch chủ (phút)	101 ± 53
Thời gian thở máy trung bình	18 giờ
Thời gian nằm hồi sức trung bình	5 ngày
Thời gian hậu phẫu trung bình	18,5 ngày
Thời gian nằm viện trung bình	40,5 ngày

Bảng 16: Các biến chứng hậu phẫu

Biến chứng hậu phẫu	Số lượng (%)
Chảy máu mổ lại	3(5,9%)
Suy tim cấp sau mổ	39(76,5%)
Suy thận	7(13,7%)

Suy gan	2 (3,9%)
Suy đa cơ quan	1 (2%)
Rối loạn nhịp mới mắc	7 (13,7%)
Biến chứng thần kinh	4 (7,8%)
Tràn dịch màng tim	6 (11,2%)
Tràn dịch màng phổi	11(21,6%)
Tràn khí màng phổi	2 (3,9%)
Tổn thương mạch máu ngoại biên	0
Bóc tách động mạch chủ ngược dòng	0
Tử vong	3 (5,9%)

Có 3 bệnh nhân (5,9%) phải mổ lại vì chảy máu sau mổ, trong đó có 1 trường hợp chảy máu động mạch liên sườn sau mở ngực phải ít xâm lấn, 2 trường hợp còn lại đều chảy máu sau phẫu thuật Bentall.

Trong số 39 bệnh nhân được đánh giá suy tim sau mổ liên quan đến việc sử dụng thuốc vận mạch, có 31 trường hợp (72%) được dùng 1 vận mạch sau mổ, 5 trường hợp (11,6%) dùng 2 vận mạch sau mổ, 3 trường hợp (7%) được dùng 3 vận mạch để duy trì huyết động trong đó 1 trường hợp phải dùng ECMO và sau đó tử vong vào ngày hậu phẫu 11.

Trong 7 trường hợp ghi nhận có tổn thương thận cấp sau mổ, chỉ có 2 bệnh nhân có tiền căn bệnh thận mạn trước mổ, 3 bệnh nhân phải chạy thận nhân tạo sau mổ, còn 4 bệnh nhân khác tổn thương thận cấp đáp ứng với điều trị nội khoa.

2 trường hợp có tổn thương gan cấp sau mổ, trong đó 1 trường hợp có tăng men gan trước mổ, trường hợp còn lại trong bệnh cảnh suy đa cơ quan, tuy nhiên sau đó đáp ứng với điều trị và hồi phục.

Có 3 trường hợp tử vong (5,9%), trong đó có 1 trường hợp VNTMNT trên van tự nhiên, 2 trường hợp VNTMNT trên van động mạch chủ nhân tạo có áp xe gốc.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi mắc bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm trùng khác nhau giữa các dân số chọn mẫu, tuy nhiên tỉ lệ nam: nữ mắc bệnh dao động ở mức nam gấp đôi so với nữ, phù hợp với đa số các khuyến cáo. Tuy nhiên tỉ lệ mắc các biến chứng nặng của VNTMNT giữa nam và nữ là không có sự khác biệt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm trùng ở mức nghi ngờ theo tiêu chuẩn Duke, tính cả chẩn đoán hậu phẫu thì chỉ có 11,8 % có chẩn đoán xác định VNTMNT (với đủ 2 tiêu chuẩn chính), vì tỉ lệ cấy máu dương tính thấp bởi có nhiều trường hợp đã được chẩn đoán và điều trị kháng sinh tuyến trước (15,7%). Trên phương diện ngoại khoa, chúng tôi quan tâm đến đặc điểm siêu âm tim nhiều hơn bởi độ đặc hiệu của siêu âm tim chẩn đoán VNTMNT là 90% cho cả siêu âm tim qua thành ngực và thực quản (1), giúp định hướng cho các quyết định lâm sàng và phẫu thuật.

Về đặc điểm hình thái tổn thương van tim VNTMNT: Đối với van tự nhiên: chủ yếu là sùi trên van hai lá chiếm 51%. So với mô tả của các tác giả khác, đa số tổn thương do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng trên van động mạch chủ. Đối với VNTMNT trên van nhân tạo chiếm tỉ lệ 12% trong đó nhiễm trùng van động mạch chủ nhân tạo là chủ yếu. Áp xe gốc động mạch chủ là một trong những hình thái tổn thương nặng của viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Tổn thương có thể là sùi ăn vào vòng van động mạch chủ hoặc mủ quanh gốc động mạch chủ. Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận 6 trường hợp có áp xe gốc động mạch chủ, chiếm tỉ lệ 12%, trong đó có 3 trường hợp là viêm nội tâm mạc nhiễm trùng trên van động mạch chủ nhân tạo. Nếu tính riêng trong nhóm viêm nội tâm mạc nhiễm trùng có liên quan đến van động mạch chủ thì tỉ lệ này là 6/23 (26%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi lý do bệnh nhân được mổ cấp cứu vì suy tim kém đáp ứng điều trị nội khoa (36,8%) và có nhiều sùi nguy cơ thuyên tắc cao (42,1%) chiếm nhiều hơn, trong khi các nhóm chỉ định về tác nhân vi sinh và nhiễm trùng khó kiểm soát chỉ chiếm (21,1%). Một bệnh nhân có thể có nhiều hơn 1 chỉ định mổ cấp cứu (có 6 trường hợp mổ vì có 2 nhóm chỉ định). Điều này có thể giải thích bởi tỉ lệ cấy máu dương tính của chúng tôi không cao nên các chỉ định mổ cấp cứu thường tập trung vào 2 nhóm còn lại. Trong nhóm chỉ định mổ vì suy tim, theo tác giả Bernard Lung, nguyên nhân chủ yếu là hở van nặng gây kém đáp ứng điều trị, hơn là do nhiễm trùng gây các đường dò và tắc van. Theo tác giả Ramos-Martinez, có 60,9 % bệnh nhân VNTMNT nhập viện có chỉ định phẫu thuật. Trong 3 nhóm chỉ định phẫu thuật của Martinez, chiếm đa số là nhóm nhiễm trùng không kiểm soát (68%), tiếp theo là nhóm suy tim (31,3%) và nhóm phòng ngừa thuyên tắc (27,6%); số bệnh nhân mổ vì hơn một chỉ định là 24,2%. Tỉ lệ tử vong của tác giả này cũng phụ thuộc vào lý do chỉ định phẫu thuật, trong đó tử vong cao nhất là chỉ định mổ do suy tim, tiếp đến là mổ do nhiễm trùng không kiểm soát được và mổ vì phòng ngừa thuyên tắc.

Về kích thước sùi, theo tác giả Okonta, các sùi lớn > 10mm do thất bại với điều trị kháng sinh hoặc có các biến chứng như áp xe vòng

van, tổn thương van nặng dẫn đến có nguy cơ thuyên tắc cao. Vì vậy nếu không có các triệu chứng của suy tim, kích thước sùi lớn >10 mm cũng có thể coi như một biểu hiện của nhiễm trùng không kiểm soát và được chỉ định phẫu thuật. Biến cố thuyên tắc thường không triệu chứng, có tần suất khoảng 30-50%, nguy cơ thuyên tắc cao trước khi sử dụng kháng sinh và giảm khoảng 8-12% sau khi dùng kháng sinh, đặc biệt là sau 2 tuần. Nguy cơ thuyên tắc phụ thuộc nhiều yếu tố như tuổi, đái tháo đường, rung nhĩ, tiền căn thuyên tắc trước đó, kích thước sùi và nhiễm S.aureus, tuy nhiên kích thước và độ di động của sùi mới là các yếu tố dự đoán quan trọng.

Mục tiêu của phẫu thuật là loại bỏ mô nhiễm trùng và tái tạo các cấu trúc trong tim, đặc biệt là các van tim bị tổn thương có nguy cơ tái phát VNTMNT trên van nhân tạo, do đó sửa van vẫn được ưu tiên hơn thay van nhân tạo (1). Trong nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ sửa van là 45%, thay van cơ học 55%, thay van sinh học 23,5%; trong đó sửa van chủ yếu với van hai lá (chỉ có 1 trường hợp sửa van động mạch chủ). Sự lựa chọn van cơ học hay sinh học chủ yếu dựa vào tuổi bệnh nhân và khả năng điều trị thuốc kháng đông sau mổ, không có khuyến cáo đặc biệt cho nhóm VNTMNT. Theo tác giả Sophie, tỉ lệ tái phát viêm nội tâm mạc nhiễm trùng trên van cơ học khoảng từ 3-9% trong khi đối với van sinh học là 7-29%.

Vì có nhiều hình thái tổn thương van tim của viêm nội tâm mạc nhiễm trùng cũng như nhiều tổn thương tim có sẵn, do đó cũng dẫn đến có nhiều phẫu thuật kèm theo trong nghiên cứu này. Do đó thời gian phẫu thuật thống kê được không phản ánh đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Chúng tôi chia mẫu thành 2 nhóm (Nhóm 1: sửa chữa 1 tổn thương gồm thay hoặc sửa một van: 20 trường hợp; Nhóm 2: các trường hợp còn lại có nhiều hơn 1 phẫu thuật: 31 trường hợp) và so sánh thời gian phẫu thuật với nhau. Kết quả cho thấy về tổng thời gian mổ không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nhưng thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể và liệt tim để sửa chữa tổn thương là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Trong số các biến chứng sau phẫu thuật, biến chứng suy tim cấp là biến chứng thường gặp nhất. Có 76,5% số bệnh nhân phải dùng ít nhất một thuốc vận mạch để duy trì huyết động ngay khi tim vừa cho đập lại trong mổ hoặc ở hậu phẫu kéo dài trên 30 phút. Chúng tôi áp dụng theo Maganti coi đo như là hội chứng cung lượng tim thấp. Các yếu tố nguy cơ của hội chứng cung lượng tim thấp sau mổ tim, Bojar ghi nhận các nhóm yếu tố nguy cơ như sau: (1) tiền phẫu: tuổi cao, dinh dưỡng kém, đái tháo đường, bệnh thận mạn, EF thấp, xét nghiệm tiền phẫu có thiếu máu, tăng BNP (2) các yếu tố trong mổ: thời gian chạy máy và kẹp động mạch chủ dài, mổ cấp cứu, mổ lại, mổ van vành kết hợp (3) bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm trương thất trái, sau khi cai máy THNCT thì thường phải dùng thuốc vận mạch để ổn định huyết động mặc dù chức năng tâm thu bình thường (4) bệnh nhân có tình trạng tăng lactate sau 5 phút được tái tưới máu, là 1 yếu tố dự đoán hội chứng cung lượng tim thấp, có lẽ do quá trình chuyển hoá yếm khí vì bảo vệ cơ tim trong mổ không đầy đủ. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân nằm trong 4 nhóm nguy cơ nêu trên nên có thể giải thích được tỉ lệ suy tim cấp sau mổ khá cao, tuy nhiên đa số đáp ứng với điều trị nội khoa.

Chúng tôi không ghi nhận các biến chứng nhiễm trùng khác như viêm phổi do thở máy, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng xương ức, nhiễm trùng huyết…bởi vì tất cả các trường hợp sau mổ đều dùng kháng sinh theo phác đồ điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, phủ luôn các nhiễm trùng khác nếu có.

Biến chứng chảy máu mổ lại là vấn đề thường gặp của ngoại khoa nói chung và phẫu thuật tim mạch nói riêng. Tỉ lệ của chúng tôi là 5,9%, so sánh với 1 số tác giả khác cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa. Các yếu tố nguy cơ của chảy máu ngoại khoa sau mổ là bệnh nhân lớn tuổi, suy thận trước mổ, thời gian mổ lâu và THNCT kéo dài.

Biến chứng suy thận cấp sau mổ cũng thường gặp sau phẫu thuật tim, nhất là các bệnh có suy thận trước mổ. Biến chứng suy thận sau mổ tim xảy ra khoảng 1% đối với người lớn có chức năng thận bình thường. Tuy nhiên tỉ lệ này tăng lên 16-20% nếu bệnh nhân có rối loạn chức năng thận ở bất kỳ mức độ nào trước mổ,và 1/5 trong số những bệnh nhân này cần phải chạy thận hoặc thẩm phân phúc mạc. Nguy cơ của tổn thương thận cấp sau mổ ngoài tiền căn có bệnh thận mạn trước đó còn có các yếu tố như tuổi cao, đái tháo đường, suy tim ứ huyết, xơ vữa mạch máu và suy tuần hoàn ngay trong mổ.

Biến chứng do tuần hoàn ngoài cơ thể ngoại vi, chúng tôi không có trường hợp nào có tổn thương mạch máu ngoại biên (bó mạch đùi) và tổn thương động mạch chủ. Để hạn chế các biến chứng này, ngoài kỹ thuật mổ chúng tôi đều khảo sát toàn bộ cây mạch máu bằng chụp cắt lớp vi

tính trước mổ, đánh giá có hẹp và xơ vữa mạch máu trước mổ hay không và lựa chọn phương pháp tiếp cận hợp lý.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 bệnh nhân tử vong, chiếm tỉ lệ 5,9%. Đặc điểm chung của 3 bệnh nhân này là có thời gian mổ và chạy máy rất dài (mổ trên 5 giờ và kẹp động mạch chủ trên 150 phút), trong đó có 2 ca mổ viêm nội tâm mạc nhiễm trùng trên van nhân tạo (có áp xe gốc động mạch chủ), cả 3 ca đều được mổ cấp cứu. Kiểm định phi tham số Mann-Whitney cho thấy các thời gian phẫu thuật đều khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm tử vong và không tử vong: thời gian mổ (p=0,014), thời gian chạy máy (p=0,011) và thời gian kẹp động mạch chủ (p=0,008). Tính các hệ số tương quan bằng phép kiểm Spearman giữa 2 biến mổ lại và mổ cấp cứu đối với biến cố tử vong thì thấy tương quan thấp, tuy nhiên có ý nghĩa: mổ cấp cứu (R=0,33; p=0,02; khoảng tin cậy 95%), mổ lại trên van nhân tạo (R=0,45; p=0,002; khoảng tin cậy 99%).

V. KẾT LUẬN

Trong khoảng thời gian 13 tháng thực hiện nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy với 51 bệnh nhân mắc bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm trùng được điều trị phẫu thuật, chúng tôi rút ra được kết luận sau:

- Đặc điểm lâm sàng của bệnh chủ yếu là suy tim, 41% bệnh nhân có triệu chứng sốt. Đặc điểm cận lâm sàng với tỉ lệ phát hiện qua siêu âm tim chiếm 88%, tuy nhiên tỉ lệ cấy máu dương tính còn thấp 12%

- Tỉ lệ phẫu thuật cấp cứu (bao gồm cả mổ bán khẩn) chiếm tỉ lệ 37%, mổ chương trình chiếm 63%

- Kết quả điều trị phẫu thuật bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm trùng tốt, tỉ lệ tử vong 5,9%.

- Biến chứng hậu phẫu sớm suy tim cấp vẫn còn cao, tuy nhiên đáp ứng tốt với điều trị nội khoa, bệnh nhân cải thiện lâm sàng từ NYHA III-IV còn NYHA II sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, Del Zotti F, et al.** 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). Eur Heart J. 2015;36(44):3075-128.
2. **Pettersson GB, Hussain ST.** Current AATS guidelines on surgical treatment of infective endocarditis. Ann Cardiothorac Surg. 2019;8(6):630-44.
3. **Antunes MJ.** The role of surgery in infective endocarditis revisited. Rev Port Cardiol. 2020;39(3):151-3.
4. **Farag M, Borst T, Sabashnikov A, Zeriouh M, Schmack B, Arif R, et al.** Surgery for Infective Endocarditis: Outcomes and Predictors of Mortality in 360 Consecutive Patients. Med Sci Monit. 2017;23:3617-26.
5. **Guiomar N, Vaz-da-Silva M, Mbala D, Sousa-Pinto B, Monteiro JP, Ponce P, et al.** Cardiac surgery in infective endocarditis and predictors of in-hospital mortality. Rev Port Cardiol (Engl Ed). 2020;39(3):137-49.
6. **Ilhao Moreira R, Coutinho Cruz M, Moura Branco L, Galrinho A, Coutinho Miranda L, Fragata J, et al.** Infective endocarditis: Surgical management and prognostic predictors. Rev Port Cardiol (Engl Ed). 2018;37(5):387-94.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ Ở BỆNH NHÂN TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY

Trần Minh Bảo Luân[1,2], Hồ Tất Bằng[1,3], Nguyễn Xuân Quỳnh[3], Lê Quang Đình[1], Trần Thanh Vỹ[1,2]

TÓM TẮT

Tăng tiết mồ hôi tay là tình trạng tiết mồ hôi quá mức cần thiết ở lòng bàn tay so với nhu cầu sinh lý của cơ thể. Nguyên nhân của tình trạng này là do sự hoạt động quá mức của hệ thần kinh giao cảm. Đây không phải là một căn bệnh phổ biến, không nguy hiểm đến tính mạng nhưng lại gây ảnh hưởng đến hầu hết các khía cạnh chất lượng cuộc sống của người bệnh. Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu ứng dụng các thang đo và bộ câu hỏi để đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh như SF-36, WHOQOL0-100, HidroQOL… Việc phát triển và ứng dụng các thang đo giúp cho các nhà lâm sàng có cái nhìn khách quan hơn về ảnh hưởng của bệnh lý đối với người bệnh cũng như đưa ra những can thiệp hợp lý để cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

[1]Bệnh viện Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh
[2]Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh
[3]Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Vỹ
Email: vy.tt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2022
Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022
Ngày duyệt bài: 3.3.2022