

với các nghiên cứu trên thế giới, tuy nhiên sự chênh lệch này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu phân tích và đặc điểm bệnh nhân. Đặc biệt nghiên cứu của chúng tôi chưa xác định được chính xác kết cục của noãn CLCG khi chuyển phôi, chỉ xác định theo chu kỳ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thụ tinh của noãn CLCG là 69,5% đến 74,6%. Các kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới.

Tóm lại, kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy CLCG là một bất thường noãn làm giảm tỷ lệ thụ tinh và có xu hướng làm giảm tỷ lệ phôi tốt hai ngày tuổi. Đặc điểm này xuất hiện ở noãn có thể là một yếu tố không tốt ảnh hưởng đến chất lượng phôi. Tuy nhiên, ảnh hưởng của đặc điểm này lên kết cục lâm sàng IVF (tỷ lệ thai, tỷ lệ trẻ sinh sống) cần được làm rõ thêm trong các nghiên cứu tiếp theo khi chuyển đơn phôi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Ánh, et al., Liên quan đặc điểm hình thái noãn với kết quả thụ tinh sau ICSI. Tạp chí Phụ sản, 2018. 16(1): p. 164-168.
2. Nguyễn Mạnh Hà and Nguyễn Xuân Hợi, Đánh giá mối liên quan giữa hình thái noãn và chất lượng phôi trong thụ tinh ống nghiệm. Tạp chí nghiên cứu Y học, 2017. 107(2): p. 18-25.
3. Loutradis, D., et al., Oocyte morphology correlates with embryo quality and pregnancy

- rate after intracytoplasmic sperm injection. Fertil Steril, 1999. 72(2): p. 240-4.
4. Cooper, T. G., et al., World Health Organization reference values for human semen characteristics. Hum Reprod Update, 2010. 16(3): p. 231-45.
5. Alpha, S. i. R. M. a. E. S. I. G. o. E. and Conference, C. D., The Istanbul consensus workshop on embryo assessment: proceedings of an expert meeting. Hum Reprod, 2011. 26(6): p. 1270-83.
6. Hu, J., et al., Predictive value of cytoplasmic granulation patterns during in vitro fertilization in metaphase II oocytes: Part I, poor-prognosis patients. Fertility and Sterility, 2021. 116(2): p. 431-443.
7. Hu, J., et al., Predictive value of cytoplasmic granulation patterns during in vitro fertilization in metaphase II oocytes: part II, donor oocyte cycles. Fertil Steril, 2021. 116(5): p. 1330-1340.
8. Kahraman, S., et al., Relationship between granular cytoplasm of oocytes and pregnancy outcome following intracytoplasmic sperm injection. Hum Reprod, 2000. 15(11): p. 2390-3.
9. O'Neill, C., et al., Relevance of Oocyte Morphology on ICSI Outcomes, in Pick Up and Oocyte Management, A. Malvasi and D. Baldini, Editors. 2020, Springer International Publishing: Cham. p. 253-264.
10. French, D. B., et al., Does severe teratozoospermia affect blastocyst formation, live birth rate, and other clinical outcome parameters in ICSI cycles? Fertil Steril, 2010. 93(4): p. 1097-103.

KỸ THUẬT MỚI THAY LẠI VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ CHO CÁC TRƯỜNG HỢP SÚT VAN NHIỀU LẦN KHÔNG DO VIÊM NỘI TÂM MẠC

Văn Hùng Dũng^{1,2}, Châu Chí Linh¹, Nguyễn Đắc Khoa¹

TÓM TẮT

Bên cạnh sút hay hở cạnh van động mạch chủ nhiều lần do viêm nội tâm mạc vẫn có nhiều trường hợp không tìm ra nguyên nhân. Một lần, thay van mới cho các trường hợp này vẫn còn là thách thức. Chúng tôi trình bày một kỹ thuật khâu cố định mới nhằm giải quyết vấn đề này. **Kết quả:** từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023 có 5 trường hợp sút van động mạch chủ không do viêm nội tâm mạc được áp dụng kỹ thuật khâu cố định van mới. Thời gian theo dõi trung vị là 6 tháng (4-13 tháng) cho kết quả khả quan: không tử vong, không hở cạnh van, không block nhĩ thất và không có mổ lại. **Kết luận:** Kỹ thuật khâu

xuyên thành ĐMC có tăng cường dải dacron của chúng tôi cho kết quả khả quan trong ngắn hạn. Cũng cần thời gian theo dõi dài hơn để xác định hiệu quả về lâu dài của phương pháp này.

Từ khóa: sút van động mạch chủ, viêm nội tâm mạc, block nhĩ thất

SUMMARY

A NEW TECHNIQUE FOR CASES OF REPEATED PARAVALVULAR DEHISCENCE NOT DUE TO ENDOCARDITIS

Besides multiple dehiscences or paravalvular aortic regurgitation due to endocarditis, there are still many cases where the cause cannot be found. Reoperation of these cases is still challenging. We present a new transmural aortic suturing technique that addresses this problem. **Results:** From August 2022 to May 2023, there were five cases of severe paravalvular aortic not due to endocarditis in which the new technique was applied. The median follow-up time was 6 months (4-13 months) with positive results: no death, no paravalvular regurgitation, no

¹Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Văn Hùng Dũng

Email: vanhungleung@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024

atrioventricular block, and no reoperation.
Conclusion: Our technique of transmural aortic suturing with Dacron strip enhancement gives excellent short-term results. Longer follow-up for these cases is also needed to determine the long-term effectiveness of this new technique.

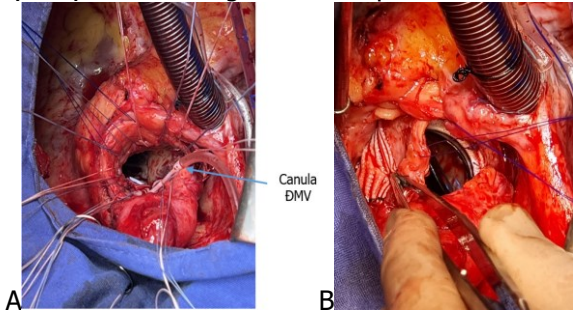
Keywords: dehiscence aortic valve, infective endocarditis, atrioventricular block

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

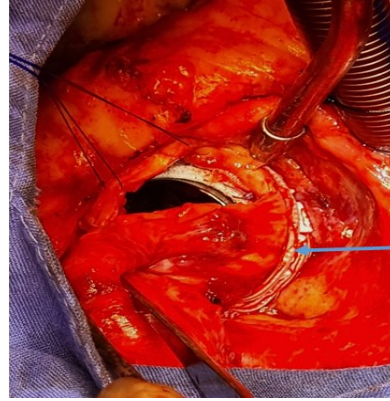
Sút van động mạch chủ (ĐMC) sau thay van do rất nhiều nguyên nhân phổ biến nhất là do viêm nội tâm mạc nguyên phát hoặc tái phát, do lỗi kỹ thuật. Đôi khi, có thể gặp trường hợp (TH) sút van ĐMC không rõ nguyên nhân. Bệnh cảnh chung là bệnh nhân (BN) không có biểu hiện nhiễm trùng cả trên lâm sàng và xét nghiệm cân lâm sàng và sút van xảy ra sớm (dưới 6-12 tháng sau lần mổ trước) cũng như sút van xảy ra lặp lại nhiều lần. Mổ lại cho các TH sút van này là thách thức về mặt kỹ thuật vì hầu như không còn cấu trúc vòng van để đặt các mũi chỉ cố định van. Khác biệt giữa sút van do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng và không rõ nguyên nhân là mức độ tổn thương thành ĐMC. Chúng tôi mô tả và báo cáo kết quả của 6 TH áp dụng kỹ thuật mới để cố định van ĐMC cho các TH bị sút van nhiều lần không rõ nguyên nhân

II. MÔ TẢ KỸ THUẬT

Tiến hành thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể và truyền dung dịch bảo vệ cơ tim như thường quy. Kế tiếp bóc tách quanh gốc ĐMC xuống sâu hơn hai lỗ mạch vành khoảng 5-8mm. Để tránh tổn thương ĐMV, dùng canula truyền dung dịch liệt tim số 3-4 luồn vào trong từng ĐMV, như vậy có thể định hướng đường đi ĐMV chính xác. Dùng một hoặc hai dải Dacron cắt từ ống ghép ốp theo chu vi ĐMC đặt dưới hai lỗ ĐMV sau đó dùng chỉ có miếng đệm dâm xuyên dải dacron-thành ĐMC (hình 1A và B) theo chu vi vòng van (chú ý không gây chèn ép lỗ ĐMV). Khâu chỉ vào vòng van nhân tạo và cột chỉ. Kiểm tra lại đường vào hai lỗ mạch vành bằng canula truyền dung dịch liệt tim và đóng ĐMV hai lớp.



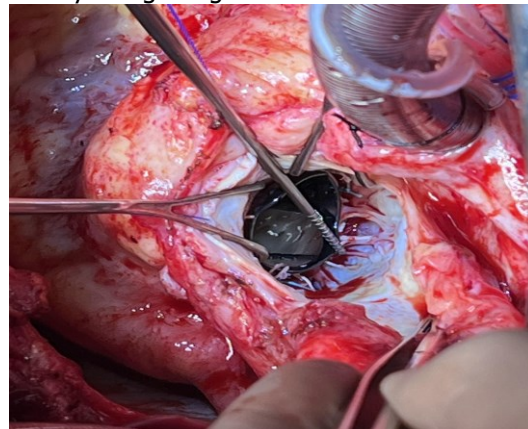
Hình 1A,B: mũi chỉ chữ U có miếng đệm dâm xuyên thành ĐMC với vòng đệm Dacron bên ngoài. 1A: chú ý tránh hai lỗ mạch vành nhờ canula đưa vào trong ĐMV



Hình 2: van ĐMC cơ học đã cố định xong

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023 có 5 TH sút van ĐMC không rõ nguyên nhân được áp dụng kỹ thuật này. Đặc điểm chung của các TH không rõ nguyên nhân là không có bằng chứng nhiễm trùng trên lâm sàng và cận lâm sàng. Trong mổ không tìm thấy sùi cũng như tổn thương phá hủy trong khi van nhân tạo gần như không "dính" vào vòng van. Có hai dạng sút van: (1) sút gần như hoàn toàn chỉ còn một hoặc hai vùng còn dính giới hạn; (2) sút dạng "nan hoa" (hình 3) với nhiều điểm hở cạnh van. Chúng tôi áp dụng kỹ thuật đã mô tả ở trên cho 5 TH, tất cả đều còn sống, ra viện không bị block nhĩ-thất. Siêu âm 1,3 và tháng sau cùng cho thấy không có hở cạnh van và không có TH nào phải mổ lại. Một số đặc điểm của nhóm BN nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.



Hình 3: Sút van ĐMC dạng nan hoa không có bằng chứng nhiễm trùng (BN số 4)

Bảng 1: Đặc điểm phẫu thuật

	Tiền căn PT	Tiền căn/ bảng chứng VNTM	Trong mổ	Thời gian từ lần mổ trước	Siêu âm kiểm tra 1, 3 & 6 tháng
BN số 1, nam 34t	Thay van cơ học ĐMC 2 lần (BV khác)	Không	Sút 1/2 chu vi. Không sùi, phình, dò	3 và 5 tháng	Hở cạnh van rất nhỏ vị trí ĐMV trái
BN số 2, nữ 33t	Thay van cơ học ĐMC 2 lần (BV khác)	Không	Sút 1/2 chu vi. Không sùi, phình, dò	5 và 8 tháng	Không hở cạnh van ĐMC
BN số 3, nam 48t	Thay van ĐMC và hai lá cơ học (BV khác)	Không	Sút 1/3 chu vi van ĐMC + sút 1/2 van hai lá Không sùi. Mô bờ	10 tháng	Không hở cạnh van ĐMC. Hở cạnh van hai lá 2/4
BN số 4, nam, 55t	Thay van cơ học ĐMC 2 lần	Không	Sút 1/3 chu vi van ĐMC dạng nan hoa	6 tháng và 10 tháng	Không hở cạnh van ĐMC
BN số 5, nữ 35t	Thay van cơ học ĐMC 3 lần (BV khác)	Không	Sút 1/3 chu vi van ĐMC dạng nan hoa	3, 5 và 10 tháng	Không hở cạnh van ĐMC

IV. BÀN LUẬN

Sút van ĐMC cơ học do viêm nội tâm mạc là một biến chứng trầm trọng đặc biệt nếu do viêm nội tâm mạc tái phát. Tổn thương phá hủy lan rộng bên trong lòng ĐMC như đứt rời vùng nối ĐMC- hai lá, ổ áp xe ăn sâu làm mất cấu trúc vòng van, phình dò vào nhĩ phải... gây khó khăn lớn trong việc "gắn lại" van ĐMC. Một số TH không có bằng chứng viêm nội tâm mạc tuy nhiên thương tổn bên trong ĐMC cũng gần tương tự sau nhiều lần mổ lại. Có thể nghĩ đến bệnh Behcet tuy nhiên cần sinh thiết da và xét nghiệm HLA-B51 để định bệnh chính xác. Các TH của chúng tôi có kết quả giải phẫu bệnh là mô viêm mãn tính không đặc hiệu và không có bằng chứng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Có thể dùng kỹ thuật Danielson hoặc Bentall cải biên để gắn van lên ống ghép sau đó khâu đều gắn ống ghép vào phần khung xơ sợi còn lại của gốc ĐMC tuy nhiên không dễ dàng. Kỹ thuật Commando là một giải pháp rất phức tạp khác nếu có tổn thương vùng tam giác sợi bên trái đi kèm hở van hai lá. Điểm chung của các TH này là thành ĐMC khá dày và lớp nội mạc ít bị tổn thương vì vậy có thể dùng thành ĐMC thay thế cho vòng van. Để chắc chắn hơn chúng tôi sử dụng thêm vòng đệm Dacron ở ngoài ĐMC nhằm tăng tính liên kết và sức chịu lực cho thành ĐMC. Nhược điểm của phương pháp này là phải bóc tách nhiều và không thể khâu vùng nằm ngay dưới lỗ vành do đó có thể có hở cạnh van tại điểm này sau mổ. Có thể khắc phục bằng cách khâu tăng cường một mũi chữ U có miếng đệm từ dưới lỗ vành. Và khi trước khi bóc tách quanh ĐMV, dùng canula ĐMV số 3 hoặc 4 đưa vào trong lòng ĐMV để xác định đường đi một cách chính xác. Azuma đã mô tả kỹ thuật dùng một vòng đệm bên trong và khâu mũi chữ U dưới vòng van ĐMC đi từ vòng đệm này xuyên qua nội mạc và vòng van

nhân tạo [1]. Kỹ thuật của Azuma được Mani áp dụng thành công cho một trường hợp sút van ĐMC đến 4 lần [2]. Sút van do bệnh Behcet, Jung báo cáo dùng mũi rời khâu vào lớp nội mạc dưới vòng van BN sau đó khâu qua vòng van nhân tạo và 1 dải Teflon bên trên. Kỹ thuật này được áp dụng cho 7 BN với kết quả khả quan với thời gian theo dõi trung bình đến 7,8 năm và không có mổ lại [3]. Theo chúng tôi, dù dùng kỹ thuật nào mục tiêu cuối cùng là van nhân tạo được gắn chặt, không có hoặc chỉ hở nhẹ cạnh van và không bị hở tái phát. Chúng tôi cho là các TH này đều là viêm mạn tính không đặc hiệu, vì vậy cũng cần điều trị steroid dài hạn sau mổ cho BN tương tự như điều trị bệnh Behcet.

V. KẾT LUẬN

Sút van ĐMC nhiều lần không do viêm nội tâm mạc vẫn còn là thách thức đối với phẫu thuật van tim. Một vài kỹ thuật đã được báo cáo nhằm giải quyết vấn đề phức tạp này. Kỹ thuật khâu xuyên thành ĐMC có tăng cường dải Dacron của chúng tôi cho kết quả khả quan trong ngắn hạn. Cũng cần thời gian theo dõi dài hơn để xác định hiệu quả về lâu dài của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Azuma T, Yamazaki K, Saito S, Kurosawa H.** Aortic valve replacement in Behcet's disease: surgical modification to prevent valve detachment. *Euro J Cardiothorac Surg* 2009;36:771–772
- Mani GK, Kanwar JR, Sharma PK, Jain A, Gupta SK and Mani M.** Fourth recurrence of aortic annular dehiscence following AVR for aortic regurgitation. *Apollo Medicine* 2011, Vol. 8, No. 3: 238-242
- Jung Y, Ahn BH, Lee KS, Jeong IS, Kim KH, Na KJ et al.** A novel solution to prosthetic valve dehiscence after aortic valve surgery in Behcet's disease. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2017; 24:342–347.