

đau, hạn chế vận động và gấp góc chi. Sau phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít có ghép xương, 82,93% trường hợp có kết quả điều trị rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gogoua RD, Traoré M, Yépié A, Kouamé M, Anoumou M.** Aseptic Pseudoarthrosis of the Humeral Diaphysis. Epidemiological Features—Therapeutic Assessment. *Open Journal of Orthopedics*. 2017;7(6):147-155.
2. **R J.** L'osteogenese et les retardes de consolidation et les pseudarthroses des os longs. Imprimerie des Sciences, Bruxelles. Published online 1960:315-525.
3. **Trương Trung Văn.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Khớp Giả Thân Xương Cánh Tay Sau Phẫu Thuật. 2019.
4. **Huang W, Zhang K, Zhu Y, Wang Z, Li Z, Zhang J.** Genetic polymorphisms of NOS2 and predisposition to fracture non-union: A case control study based on Han Chinese population. *PLoS One*. 2018;13(3):e0193673.
5. **David G. Lavelle.** Delayed Union and Nonunion of Fractures. Vol 27. 11th ed. Campbell's operative orthopedics; 2007.
6. **Dương Đình Xuyên, Ngô Văn Toàn.** Điều trị khớp giả xương cánh tay bằng kết hợp xương nẹp vít và ghép xương tự thân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Published online 2011.
7. **Basile G, Avato FM, Passeri A, et al.** Atrophic pseudoarthrosis of humeral diaphyseal fractures: medico-legal implications and methodological analysis of the evaluation. *Acta Biomed*. 2022;93(3):e2022176.
8. **Wang W, Yeung KWK.** Bone grafts and biomaterials substitutes for bone defect repair: A review. *Bioact Mater*. 2017;2(4):224-247.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY VAN ĐIỀU TRỊ BỆNH VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ HAI LÁ VAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2018– 2023

Lê Trường Giang², Nguyễn Hữu Ước^{1,2}

TÓM TẮT

Tổng quan: Van động mạch chủ hai lá van là một dị tật tim bẩm sinh thường gặp. Theo thời gian, lá van dần thoái hóa gây hẹp – hở van dẫn đến bệnh van động mạch chủ và phải mổ thay van. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật thay van điều trị bệnh van động mạch chủ hai lá van tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, theo dõi dọc các người bệnh được chẩn đoán bệnh van động mạch chủ hai lá van đã được phẫu thuật thay van, từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2023. Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Gồm 58 người bệnh với tuổi trung bình 59,9 ± 8,6 tuổi (38 - 80), nam giới chiếm 62,1%. Phân độ suy tim theo NYHA có 100% ở mức độ vừa và nặng (72,4% NYHA 2). Chênh áp qua van động mạch chủ tăng cao / siêu âm tim - trung bình 48,6 ± 19,0 mmHg (72% > 40 mmHg). Trong mổ, thời gian cấp động mạch chủ, thời gian chạy máy trung bình lần lượt là 77 phút (35 – 135) và 98 phút (55 – 157). Sau mổ, thời gian thở máy trung bình là 17,5 ± 14,6 giờ, trong đó đa số rút ống nội khí quản trong 24 giờ (86%). Biến chứng thường gặp sau mổ là tràn dịch màng phổi (12%), nhiễm trùng vết mổ, tràn dịch màng ngoài tim (1,7%), 5% suy thận cấp (không phải lọc máu). Không có tử vong trong và hậu phẫu sau mổ. Siêu âm

tim so sánh tại thời điểm trước mổ so với khi ra viện và khám lại, thấy chỉ số trung bình chênh áp qua van động mạch chủ giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Bệnh van động mạch chủ hai lá van gặp khá nhiều. Dù đa số là bệnh nhân cao tuổi, song điều trị bằng phẫu thuật thay van động mạch chủ cho kết quả sớm và trung hạn vẫn khá tốt với tỉ lệ tai biến – biến chứng thấp. Tuy nhiên dùng thuốc chống đông và nhiều bệnh nền là yếu tố ảnh hưởng tới các biến cố gây tử vong ở trung và dài hạn.

Từ khóa: Bệnh van động mạch chủ hai lá van, thay van động mạch chủ, Việt Đức.

SUMMARY

RESULTS OF AORTIC VALVE REPLACEMENT SURGERY TO TREAT BICUSPID AORTIC VALVE DISEASE AT VIET – DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN THE PERIOD 2018 - 2023

Overview: Bicuspid aortic valve is a common congenital heart disease. Gradually, the valve leaflets gradually degenerate, that make the stenosis and regurgitation of aortic valve, which leads to aortic valve disease, hence valve replacement surgery requirements. This study aims to evaluate the results of valve replacement surgery treating bicuspid aortic valve disease at Viet Duc University Hospital in the period from 2018 to 2023. **Subjects and Methods:** We were using data from SPSS 20.0 software, this is a descriptive study of retrospective cross-sectional with longitudinal follow-up study of patients diagnosed with bicuspid aortic valve disease who underwent valve replacement surgery, from January 2018 to January 2023, at Viet Duc University Hospital. **Results:** There were 58 patients with an average age of 59.9 ± 8.6 years (38 - 80), in which men accounted for 62.1%. NYHA heart failure classification at the moderate and

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Ước

Email: uocdhyhn101@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

severe levels is 100% (72.4% NYHA 2). Elevated transaortic valve pressure gradient on echocardiography - average 48.6 ± 19.0 mmHg (72% > 40 mmHg). During surgery, the average aortic clamp and cardiopulmonary bypass time were 77 minutes (35 - 135) and 98 minutes (55 - 157), respectively. After surgery, the average duration of mechanical ventilation was 17.5 ± 14.6 hours, of which the majority had their extubation within 24 hours (86%). Common complications after surgery are pleural effusion (12%), surgical wound infection, pericardial effusion (1.7%), and acute kidney failure which does not require dialysis (5%). There was no intraoperative or postoperative mortality. Up to 2 years after surgery, 4 cases had died (6.8%), of which 3 cases were caused by cerebrovascular shock and 1 was endocarditis. Evaluating echocardiography at the time before surgery compared to when leaving the hospital and re-examination, the average index of pressure gradient across the aortic valve decreased with statistical significance ($p < 0.05$). **Conclusion:** Bicuspid aortic valve disease is quite common. Although the majority of patients are elderly, surgical treatment of aortic valve replacement gives early outcomes and medium-term results are relatively positive with a low rate of complications. However, the use of anticoagulants and underlying diseases are factors contributing to mid- and long-term fatal incidents. **Keywords:** Bicuspid aortic valve disease, aortic valve replacement, Viet Duc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Van động mạch chủ hai lá van là bất thường giải phẫu tim bẩm sinh khá hay gặp. Do các thay đổi huyết động liên quan đến bất thường này, nên thường sau 30 – 40 tuổi, hai lá van thường thoái hóa (dày, co rút, vôi hóa) gây hẹp dần van động mạch chủ phối hợp với hở van hở van gây ra bệnh van động mạch chủ¹. Khi cấu trúc van bị hẹp khít ± hở van sẽ gây ra các triệu chứng có ý nghĩa về mặt lâm sàng và huyết động².

Chẩn đoán bệnh van động mạch chủ hai lá van thường dựa vào các triệu chứng lâm sàng và siêu âm tim. Người bệnh thường đến khám khi các triệu chứng lâm sàng rõ rệt – như đau ngực, khó thở, nhịp nhanh khi gắng sức, do van bị hẹp khít và/hoặc hở nặng. Chẩn đoán xác định bệnh chủ yếu dựa vào siêu âm Doppler tim: van dày, vôi hóa (lá van, vòng van), hình ảnh 2 lá van, chênh áp lực qua van tăng cao (hẹp khít khi chênh áp >75mmHg), hở van các mức độ, dày thành thất trái. Thương tổn chính của bệnh thường chỉ khu trú ở van động mạch chủ, tuy nhiên khi diễn biến bệnh lâu ngày có thể dẫn đến tổn thương ở các van tim khác như van hai lá, van ba lá. Phẫu thuật thay van động mạch chủ là biện pháp điều trị nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, đồng thời cũng là phương pháp điều trị cuối cùng. Ở Việt Nam

nói chung và tại bệnh viện Việt Đức nói riêng, có khá nhiều nghiên cứu về kết quả điều trị thay van động mạch chủ, tuy nhiên trong thời gian gần đây vẫn chưa nhiều nghiên cứu đi sâu về kết quả phẫu thuật thay van động mạch chủ điều trị bệnh van động mạch chủ 2 lá van. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật thay van động mạch chủ điều trị bệnh van động mạch chủ hai lá van giai đoạn 2018 - 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang, theo dõi dọc các người bệnh được chẩn đoán bệnh van động mạch chủ hai lá van sau phẫu thuật thay van động mạch chủ tại Trung tâm Tim mạch và lồng ngực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2023. Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 58 bệnh nhân đáp ứng tiêu chí đối tượng nghiên cứu. Nam giới chiếm 62,1% (36 ca). Tuổi trung bình $59,9 \pm 8,6$ tuổi (38 – 80).

Đặc điểm phẫu thuật: Tất cả phẫu thuật đều sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể và ngừng tim. Qui trình thay van và can thiệp khác trên tuần thủ theo các qui trình chung của Bộ Y tế. Tuổi là yếu tố chính trong quyết định lựa chọn loại van nhân tạo cơ học hay sinh học (chọn van cơ học khi ≤ 60 tuổi; chọn van sinh học khi > 65 tuổi; ưu tiên van sinh học khi từ 60 – 65 tuổi). Các loại van nhân tạo là van được sử dụng rộng rãi trên thị trường Việt Nam (Sorin, S.Jude, Medtronic...). Chỉ định sửa van 2 lá khi mức độ hở van vừa đến nặng (> 2/4). Cân nhắc thay đoạn động mạch chủ lên khi bị giãn > 45mm – thành mỏng – nguy cơ vỡ sau mổ. Mở rộng gốc động mạch chủ khi lỗ van quá nhỏ (< 19mm) để thay được van nhân tạo cỡ lớn hơn, kỹ thuật đều là xẻ - vá mở rộng vòng van vùng giữa lá vành trái – không vành. BẮC CẦU CHỦ VÀNH ĐẶT RA KHI CÓ HẸP VÀNH PHỐI HỢP >70% / CHỤP ĐỘNG MẠCH VÀNH THƯỜNG QUI TRƯỚC MỔ.

Bảng 1: Các chỉ số chính trong phẫu thuật (n=58)

| | Chỉ số | Min | Trung bình | Max |
|-----------------------------|------------------------|-----------|------------|-----|
| Trung bình thời gian (phút) | Tuần hoàn ngoài cơ thể | 55 | 98±27 | 157 |
| | Cấp động mạch chủ | 35 | 77±25 | 135 |
| | Phẫu thuật | 97 | 166±58 | 215 |
| Kỹ | Thay đoạn động | 13 (22,4) | | |

| | | |
|------------------------------|------------------------------|----------|
| thuật phối hợp n(%) | mạch chủ lên | |
| | Sửa van hai lá | 8 (13,7) |
| | Mở rộng gốc động mạch chủ | 4 (6,9) |
| | Bắc cầu chủ vành | 0 (0) |

Bảng 2: Các biến cố, biến chứng giai đoạn hậu phẫu (n=58)

| Loại biến cố, biến chứng | Số ca (%) |
|---|-----------|
| Thở máy kéo dài (> 24 giờ) | 3 (5,1) |
| Tràn dịch màng phổi (phải dân lưu màng phổi) | 5 (8,6) |
| Tràn dịch màng tim (phải dân lưu màng tim) | 1 (1,7) |
| Nhiễm trùng (viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết...) | 5 (8,6) |
| Suy thận | 3 (5,1) |
| Nhiễm trùng vết mổ/Xương ức | 1 (1,7) |
| Chảy máu mổ lại; Tai biến mạch máu não; Tử vong | 0 |

Bảng 3: Kết quả siêu âm tim trước mổ (n=58), sau ra viện (n=58) và khám lại tại thời điểm 3 tháng sau mổ (n=57)

| Chỉ số | Kết quả | p |
|--|-----------------|-----------|
| Chênh áp trung bình qua van động mạch chủ (X±SD) | Trước mổ (1) | 48,6±19,0 |
| | Ra viện (2) | 15,9±7,7 |
| | Sau 3 tháng (3) | 15,7±7,8 |
| Tỉ lệ chênh áp nhẹ qua van động mạch chủ (< 20 mmHg)* | Trước mổ (1) | 8,6% |
| | Ra viện (2) | 74,1% |
| | Sau 3 tháng (3) | 74,1% |
| Tỉ lệ chênh áp vừa qua van động mạch chủ (20-40 mmHg)* | Trước mổ (1) | 19% |
| | Ra viện (2) | 25,9% |
| | Sau 3 tháng (3) | 25,9% |
| Tỉ lệ chênh áp nặng qua van động mạch chủ (>40 mmHg)* | Trước mổ (1) | 72,4% |
| | Ra viện (2) | 0 |
| | Sau 3 tháng (3) | 0 |

*Mức độ hẹp van ĐMC theo ACC/AHA 2008³

Thời gian nằm viện trung bình là 25,3 ngày. Không có người bệnh tử vong trong giai đoạn hậu phẫu. Tất cả các trường hợp người bệnh trong nghiên cứu đều được khám lại (lâm sàng, siêu âm tim...) hàng tháng rồi sau mỗi 3 tháng, 6 tháng theo qui trình chung – theo đó các đối tượng nghiên cứu đều có kết quả khám kiểm tra sau khi ra viện tối thiểu là 3 tháng, cho thấy tỷ lệ NYHA ở mức độ III, IV giảm từ 27,6% trước mổ xuống 7,0% khi khám kiểm tra.

Tính tới thời điểm 2 năm sau mổ - có 4 trường hợp tử vong sau khi ra viện: (1) Nam, 47 tuổi, van cơ học, do nhồi máu não sau ra viện 1 tháng; (2) Nam, 65 tuổi, van sinh học, do xuất

huyết não sau mổ 6 tháng; (3) Nữ, 64 tuổi, van cơ học, do viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn sau mổ 1 năm; (4) Nữ, 57 tuổi, van sinh học, do xuất huyết não sau mổ 4 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm trước phẫu thuật: kết quả về các đặc điểm chung trước phẫu thuật cho thấy độ tuổi trung bình là 59,9±8,6 tuổi, dao động từ 38 tuổi đến 80 tuổi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lima và CS² là 54 ± 13, và cao hơn nghiên cứu của Boodhwani và CS⁴ là 44±11, Jasinski và CS⁵ là 44,5±12. Sự khác biệt có thể do chủng tộc và địa lý của các đối tượng nghiên cứu, nhất là các quốc gia trong nghiên cứu đó là những nước phát triển nên khả năng tiếp cận y tế, các dịch vụ chăm sóc tốt hơn ngay từ đầu. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu chiếm 62,1% - cũng tương tự với các nghiên cứu nêu trên, như của Lima và CS là 79%, Boodhwani và CS là 92%, Jasinski và CS là 73%^{2,4,5}.

Diễn biến quá trình phẫu thuật: trong nghiên cứu thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình là 98 ± 27 phút. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Boodhwani và CS⁴ là 106 ± 39 phút, Jasinski và CS⁵ là 96 ± 46 phút. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể ở nghiên cứu của Svensson và CS⁶ là 51 ± 8,1 phút, Lima và CS² là 210 ± 47 phút. Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau, các phẫu thuật phối hợp làm kéo dài thời gian phẫu thuật trong các nghiên cứu chiếm tỉ lệ khác nhau và dựa vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Phẫu thuật phối hợp chủ yếu trong nghiên cứu là thay đoạn động mạch chủ lên, chiếm tỉ lệ là 22,4%, do bị giãn to sau hẹp khí van động mạch chủ. Nếu không thay đoạn thì nguy cơ biến chứng vỡ động mạch chủ sau mổ hoặc phồng động mạch chủ lên sau này. Tỉ lệ này tương tự với các nghiên cứu của Boodhwani và CS⁴ là 14%, Lima và CS² là 17%. Nhưng ở các nghiên cứu của Jasinski và CS⁵ là 58% và của Ozaki và CS⁷ là 33%. Điều này có thể do đặc điểm bệnh lý và giai đoạn chỉ định mổ không giống nhau giữa các nghiên cứu. Với kích thước động mạch chủ lên giãn trên 40mm trên siêu âm tim, các tác giả đều thống nhất cần chụp MS-CT có tiêm cản quang để đánh giá đúng tình trạng và mức độ giãn động mạch chủ lên. Kinh nghiệm của chúng tôi thấy là: thương tổn hẹp khí van thường gây giãn khúc trú nặng ở động mạch chủ lên, độ dày – mỏng của thành mạch là một yếu tố tham khảo; nếu giãn >45mm thì nên thay đoạn; có thể áp dụng kỹ thuật bọc động mạch chủ lên bằng miếng mạch

nhân tạo khi giãn không nhiều (40 – 45mm). Mở rộng gốc động mạch chủ là một kỹ thuật nên ứng dụng khi gốc van quá nhỏ, để tránh phải thay một van nhân tạo quá nhỏ - gây tăng chênh áp và hẹp van tương đối sau mổ. Tuy nhiên đây là một kỹ thuật khó, làm kéo dài thời gian phẫu thuật, nên cần cân nhắc khi sử dụng.

Biến chứng sau mổ: kết quả nghiên cứu cho thấy các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật bao gồm: tràn dịch màng phổi (8,6%), nhiễm trùng vết mổ (1,7%), nhiễm trùng khác (8,6%), thở máy kéo dài (5,1%), suy thận (5,1%), không có trường hợp nào tử vong trong quá trình nằm viện và phải mổ lại do chảy máu. Nghiên cứu của Lima và CS² cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ thường gặp lần lượt là: suy thận (4,5%), phẫu thuật lại do chảy máu (3%), đột quỵ (1%), rối loạn block nhĩ thất (4%). Nghiên cứu của Jakinski và CS⁵ có tỷ lệ: mổ lại do chảy máu (3%), nhiễm trùng vết mổ (0,5%), thở máy kéo dài (0,5%), suy thận cấp (0,5%). Các biến chứng thường gặp ở nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trên, tuy nhiên tỷ lệ thở máy kéo dài (> 48 giờ) và nhiễm trùng chung cao hơn.

Kết quả ngắn và trung hạn: cải thiện triệu chứng lâm sàng giúp người bệnh trở lại với cuộc sống và hoạt động đời thường là một trong các mục tiêu chính của phẫu thuật thay van động mạch chủ điều trị bệnh van động mạch chủ hai lá van. Kết quả nghiên cứu cho thấy các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt - tất cả các người bệnh còn sống sau ra viện hết đau ngực ngay sau phẫu thuật. Tỷ lệ NYHA ở mức độ III, IV giảm từ 27,6% xuống 7,0%. Cải thiện tình trạng khó thở sau phẫu thuật và chỉ số chênh áp trung bình qua van động mạch chủ là vấn đề được quan tâm trong phần lớn các nghiên cứu về phẫu thuật thay van động mạch chủ nói chung. Việc phẫu thuật thay van động mạch chủ có thể làm giảm tỉ lệ khó thở, cải thiện khả năng gắng sức và chất lượng cuộc sống.

Hẹp van động mạch chủ gây rối loạn về chức năng sinh lý và biến đổi các chỉ số trên siêu âm tim (phì đại thất trái và chênh áp qua van động mạch chủ). Nghiên cứu cũng chỉ ra sự khác biệt về tỉ lệ mức độ hẹp van động mạch chủ theo ACC/AHA 2008³ được cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chênh áp trung bình qua van động mạch chủ trung bình thay đổi từ $48,6 \pm 19,0$ mmHg xuống $15,9 \pm 7,7$ mmHg khi ra viện và ổn định khi khám lại sau 3 tháng. Không có trường hợp nào hẹp van động mạch chủ mức độ nặng tồn lưu sau phẫu thuật (do cỡ van quá nhỏ,

lỗi kỹ thuật). Nghiên cứu của Lima và CS² cũng chỉ ra kết quả tương tự khi trước phẫu thuật - tỉ lệ hẹp van động mạch chủ đơn thuần là 24%, hẹp và hở van động mạch chủ phối hợp là 38%, sau phẫu thuật không có trường hợp nào còn biểu hiện của hẹp van động mạch chủ và có biến chứng sớm phải mổ lại liên quan đến sửa chữa van động mạch chủ.

Trong số 4 ca tử vong trong vòng 2 năm sau mổ, có tới 3 trường hợp liên quan đến các biến chứng ở não. Mặc dù không có biểu hiện gợi ý nào là do dùng van cơ học, hay do dùng chống đông quá mạnh hoặc không đủ liều, song cũng minh chứng một đặc điểm hạn chế của các phẫu thuật thay van nhân tạo nói chung là nguy cơ gặp các biến chứng liên quan chặt chẽ đến việc dùng thuốc chống đông dự phòng biến chứng do van nhân tạo, và ở người cao tuổi thì nguy cơ càng thêm phức tạp do sự tương tác của các bệnh nền, phổ biến nhất là xơ vữa động mạch, rối loạn chuyển hóa mỡ, tiểu đường.

V. KẾT LUẬN

Bệnh van động mạch chủ hai lá van gặp nhiều tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2018 - 2023. Dù đa số là bệnh nhân cao tuổi, song điều trị bằng phẫu thuật thay van động mạch chủ cho kết quả sớm và trung hạn vẫn khá tốt với tỉ lệ tai biến – biến chứng thấp. Tuy nhiên dùng thuốc chống đông và nhiều bệnh nền là yếu tố ảnh hưởng tới các biến cố gây tử vong ở trung và dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **De Mozzi P, Longo UG, Galanti G, Maffulli N.** Bicuspid aortic valve: a literature review and its impact on sport activity. *Br Med Bull.* 2008;85(1): 63-85. doi:10.1093/bmb/ldn002
2. **Lima B, Williams JB, Bhattacharya SD, et al.** Individualized Thoracic Aortic Replacement for the Aortopathy of Bicuspid Aortic Valve Disease. *J Heart Valve Dis.* 2011;20(4):387-395.
3. **Bonow RO, Carabello BA, et al.** 2008 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. *Circulation.* 2008;118(15): e523-e661. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190748
4. **Boodhwani M, de Kerchove L, Glineur D, et al.** Repair of regurgitant bicuspid aortic valves: a systematic approach. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2010; 140(2): 276-284. e1. doi: 10.1016/ j.jtcvs. 2009. 11.058
5. **Jasinski MJ, Kosiorowska K, Gocol R, et al.** Bicuspid aortic valve repair: outcomes after 17 years of experience. *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg.* 2021;60(5): 1053-1061. doi: 10.1093/ejcts/ezab176
6. **Svensson LG, Al Kindi AH, Vivacqua A, et al.**

Long-term durability of bicuspid aortic valve repair. *Ann Thorac Surg.* 2014;97(5):1539-1547; discussion 1548. doi:10.1016/j.athoracsur.2013.11.036

7. **Ozaki S, Kawase I, Yamashita H, et al.** Reconstruction of Bicuspid Aortic Valve With Autologous Pericardium. *Circ J.* 2014;78(5):1144-1151. doi:10.1253/circj.CJ-13-1335

PHẪU THUẬT GHÉP DA ĐIỀU TRỊ KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG BÀN TAY DO RẮN HỔ MANG CẢN

Tạ Thị Hồng Thúy^{1,2}, Nguyễn Thị Vân¹, Phạm Thị Việt Dung^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm đánh giá kết quả tạo hình che phủ khuyết tổn phần mềm vùng bàn tay do rắn hổ mang cắn bằng phương pháp ghép da. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 21 bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn vùng bàn tay có tổn khuyết được tạo hình che phủ bằng phương pháp ghép da tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Bạch mai từ 01/2022 đến 07/2023. **Kết quả:** Vị trí bị rắn hổ mang cắn ở ngón tay 11/21 bệnh nhân (52.4%) và mu bàn tay 10/21 bệnh nhân (47.6%). Hầu hết bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn chỉ hoại tử khu trú tại vùng bị cắn 15/21 bệnh nhân (71.4%), 6/21 bệnh nhân (28.6%) có thêm tổn thương lan toả về phía trung tâm. 4/21 bệnh nhân (19.05%) được cắt lọc và ghép da 1 thì, thời gian nằm viện trung bình 18.5 ngày. Trong đó, 3/4 bệnh nhân da ghép sống hoàn toàn và 1 bệnh nhân da ghép bám kém, mép vết mổ chậm liền. 17/21 bệnh nhân (80.95%) được phẫu thuật ghép da thì 2 sau cắt lọc và đặt hệ thống hút áp lực âm, thời gian nằm viện trung bình 23.6 ngày, có 10/17 bệnh nhân da ghép sống hoàn toàn, 5/17 bệnh nhân da ghép sống 80% và 2 bệnh nhân da ghép bám kém, mép vết mổ chậm liền. **Kết luận:** Đa phần những khuyết tổn do rắn hổ mang cắn sâu cắt lọc cần phải chăm sóc để chuẩn bị nền cho phẫu thuật ghép da. Phẫu thuật ghép da là phương pháp đơn giản mà khả năng che phủ tốt đối với những tổn thương rộng, không tổn thương gân xương. **Từ khóa:** Rắn hổ mang, tổn khuyết bàn tay, ghép da

SUMMARY

RECONSTRUCTION OF HAND SOFT TISSUE DEFECTS CAUSED BY COBRA BITES USING SKIN GRAFT

Objective: To evaluate the results of plastic surgery to cover hand soft tissue defects caused by cobra bites using skin grafting. **Methods:** Describes a cross-sectional study on 21 patients bitten by cobras in areas of the hand with defects covered by skin grafts at the Department of Aesthetic Plastic Surgery

¹Bệnh Viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hồng Thúy

Email: tahongthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

of Bach Mai Hospital from January 2022 to July 2023. **Results:** The location of the cobra bite involved the fingers in 11 of 21 patients (52.4%) and the wrist in 10 of 21 patients (47.6%). Most patients bitten by cobras only had localized necrosis in the bitten area in 15 of 21 patients (71.4%), 6 of 21 patients (28.6%) had additional lesions extending centrally. Four of 21 patients (19.05%) had excision and skin grafting in a single session, with an average hospital stay of 18.5 days. Three-fourths of the skin grafting in those patients survived completely and 1 patient had poor skin graft adhesion and slow healing of the incision edges. Seventeen out of 21 patients (80.95%) received skin grafting, secondary to excision and placement of a negative pressure suction system. The average hospital stay was 23.6 days, 10 of 17 patients with skin grafts that survived completely, 5 out of 17 patients had skin grafts with 80% survival and 2 patients with skin grafts had poor adhesion and slow healing of the incision edges. **Conclusion:** Most defects caused by cobra bites after skin excision require care to prepare the foundation for skin graft surgery. Skin graft surgery is a simple method, has good coverage if the lesions are extensive, and does not damage tendons and bones.

Keywords: Cobra, hand defect, skin graft.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổng kết tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai, trong tổng số 546 ca tai nạn do rắn cắn trong 10 tháng đầu năm 2016 cũng có tới trên 65% do rắn hổ mang cắn, trong đó bệnh nhân bị rắn cắn vào bàn tay là chủ yếu, chiếm tỷ lệ 73,9%¹. Rắn hổ mang cắn thường gây tổn thương trực tiếp tại vị trí bị cắn với các dấu hiệu như: đau, sưng nề, bong nước và bầm tím, nặng hơn có thể dẫn tới hội chứng khoang, hoại tử mô tại chỗ không hồi phục. Bàn tay có giải phẫu đặc biệt với mô mềm che phủ gân, thần kinh, mạch máu và các khớp, xương rất mỏng nên các cấu trúc này dễ bị tổn thương, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe lao động, sinh hoạt và thẩm mỹ². Bên cạnh việc sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn để hạn chế các triệu chứng toàn thân, kháng sinh để điều trị nhiễm trùng bàn tay thì các tổn thương tại chỗ bàn tay cũng cần được quan tâm đánh giá³. Ghép da là một phẫu thuật tương đối đơn giản, dễ thực hiện và có thể áp