

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN THAY VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ QUA ĐƯỜNG MỞ NGỰC KHOANG LIÊN SƯỜN II CẠNH ỨC PHẢI TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Tiến Hùng¹, Nguyễn Sinh Hiền², Phạm Hữu Lưu^{1,3},
Nguyễn Minh Ngọc², Nguyễn Thái Minh²,
Lê Quang Thiện², Hà Đức Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định phẫu thuật và nhận xét kết quả của phẫu thuật ít xâm lấn thay van động mạch chủ qua đường mở ngực khoang liên sườn II cạnh ỨC PHẢI tại Bệnh viện tim Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý van ĐMC được phẫu thuật ít xâm lấn thay van ĐMC đơn thuần tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 07/2019 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 53 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật ít xâm lấn thay van ĐMC qua đường mở ngực trước phải. Tuổi trung bình $60,2 \pm 11,6$ (25-82), nam giới chiếm 47.2% (29 bệnh nhân). 22.6% BN có bệnh mạch máu ngoại vi. 20.8% đặt ống thông ĐM trung tâm, 3 BN (5.7%) có viêm dính màng tim, 1 trường hợp được phẫu thuật mở rộng gốc ĐMC. Tử vong sớm 0%, chảy máu mổ lại 2 BN (3.8%). Thời gian theo dõi trung bình là 12.8 tháng, 86.5% BN có NYHA I, 1 bệnh nhân (1.9%) tử vong do xuất huyết não. **Kết luận:** phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn thay van động mạch chủ qua đường mở ngực khoang liên sườn II bên phải với một số cải tiến kỹ thuật mang lại kết quả phẫu thuật tốt về ngắn hạn và trung hạn.

Từ khóa: thay van động mạch chủ, phẫu thuật ít xâm lấn, đường mở ngực trước phải, cửa xương sườn hình chêm.

SUMMARY

RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE AORTIC VALVE REPLACEMENT SURGERY THROUGH INTERCOSTAL SPACE II RIGHT THORACOTOMY AT HANOI HEART HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical, subclinical, surgical indication and evaluate results of minimally invasive aortic valve replacement surgery through intercostal space II right thoracotomy at HaNoi Heart Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional and retrospective descriptive study on 53 patients with aortic valve disease, who were treated with minimally invasive aortic valve replacement surgery

alone at HaNoi Heart Hospital from July 2019 to December 2022. **Results:** There was 53 patients in the research. Mean age was $60,2 \pm 11,6$ (25-82), and 47.2% was male. 22.6% of patients had peripheral vascular disease. 20.8% underwent central arterial cannulation. 3 patients (5.7%) had pericardial adhesion. There was no early mortality, 2 patients had redo surgery due to excess bleeding. Mean follow-up time was 12.8 months. 86.5% of patients had NYHA I. 1 patients was dead due to intracerebral hemorrhage. **Conclusions:** With some improvements in techniques, minimally invasive aortic valve replacement surgery through right thoracotomy gave good early and midterm result in our center.

Keywords: aortic valve replacement, minimally invasive, right anterior thoracotomy, right thoracotomy wedge-shaped.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý van ĐMC là một bệnh lý van tim thường gặp. Nguyên nhân gây bệnh bao gồm thấp tim, thoái hóa van tim và bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Điều trị phẫu thuật là chủ yếu trong các trường hợp tổn thương nặng van tim.¹ Phẫu thuật thay van ĐMC ít xâm lấn được công bố lần đầu tiên vào năm 1993, đến nay đã phát triển rộng rãi với việc mở rộng chỉ định và áp dụng nhiều phương pháp mới như phẫu thuật đường bên, phẫu thuật sử dụng camera nội soi hỗ trợ, sử dụng van nhân tạo không chỉ khâu.² Phẫu thuật ít xâm lấn có ưu thế về giảm đau, giảm chảy máu, rút ngắn thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và nằm viện cho bệnh nhân.

Tại Bệnh viện Tim Hà Nội, phẫu thuật thay van ĐMC ít xâm lấn đường bên phải bắt đầu được triển khai từ năm 2019 với một số cải tiến kỹ thuật nhằm mục đích đơn giản hoá quy trình lựa chọn bệnh nhân cũng như quy trình kỹ thuật, qua đó mở rộng chỉ định phẫu thuật cho cả những đối tượng nhiều nguy cơ, và rút ngắn đường cong đào tạo cho phẫu thuật viên, để mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật ít xâm lấn thay van động mạch chủ qua đường mở ngực khoang liên sườn II cạnh ỨC

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tim Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Hùng

Email: nguyentienhung497@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024

phải tại Bệnh viện tim Hà Nội từ tháng 07/2019 đến tháng 12/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý van ĐM chủ được phẫu thuật ít xâm lấn thay van ĐMC đơn thuần tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 07/2019 đến tháng 12/2022.

- Bệnh nhân có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được phẫu thuật thay van ĐMC không theo phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn qua đường mở ngực KLS II bên phải.

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ, thiếu thông tin, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

Phương pháp thu thập số liệu:

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ bằng siêu âm Doppler tim và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ĐMC có thuốc cản quang. Siêu âm mạch ngoại vi để xác định các bệnh lý xơ vữa mạch đùi, mạch cảnh, mạch tạng.

Thu thập các số liệu nghiên cứu:

- Lập danh sách bệnh nhân, lấy hồ sơ.

- Kết quả sớm trong thời gian nằm viện; thu thập và hoàn thành các thông tin trước, trong mổ, hồi sức và điều trị sau mổ kết quả sớm theo bệnh án mẫu.

- Khám lại bệnh nhân và thu thập thông tin vào bệnh án mẫu qua các lần tái khám.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0 sau khi kết thúc thu thập số liệu

Quy trình phẫu thuật: Gây mê toàn thân bằng nội khí quản một nồng. Bệnh nhân được đặt tư thế nằm ngửa, kê gối dưới vai. Đặt bàn cực máy phá rung ngoài.

Rạch da 4-5cm, mở ngực khoang liên sườn II bên phải, cắt khâu động mạch (ĐM) và tĩnh mạch (TM) vú trong phải. Dùng cửa điện cắt rời xương sườn III khỏi thân xương ức theo hình chêm. Mở màng phổi, màng tim, khâu, tiến hành phẫu tích để luồn 1 dây lặc quanh ĐMC lên.

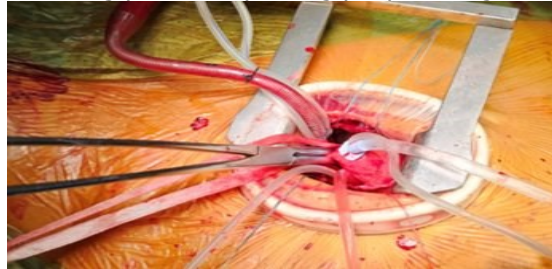


Hình 1. Cắt rời xương sườn III theo hình chêm

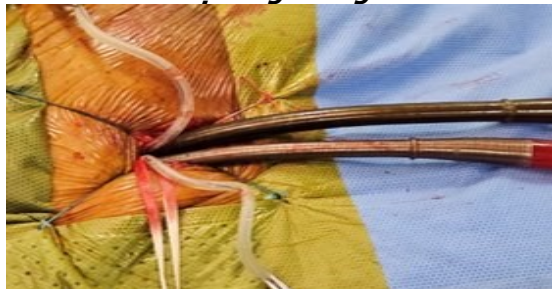


Hình 2. Khâu treo màng tim, luồn lặc qua ĐMC lên

Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT): tùy vào tình trạng bệnh nhân có thể thiết lập THNCT với ống thông ĐM đặt trực tiếp vào ĐM chủ lên hoặc đặt vào ĐM đùi chung bên phải. Ống thông TM 2 tầng được đặt vào TM đùi phải hoặc đặt 2 ống thông TM qua TM đùi phải và TM cảnh trong phải theo phương pháp Seldinger.



Hình 3. Đặt ống thông ĐMC lên

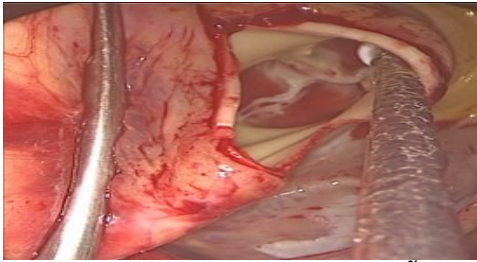


Hình 4. Đặt ống thông ĐM, TM đùi

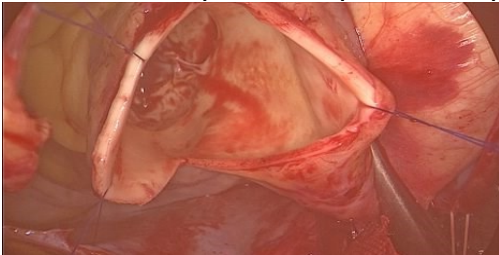
Đường hút tim trái được đặt vào chân TM phổi trên phải. Cặp ĐM chủ bằng kẹp Chitwood xuyên qua thành ngực, hoặc kẹp ĐMC trực tiếp qua vết mổ. Bảo vệ cơ tim bằng dung dịch Custodiol, bơm qua kim gốc ĐMC nếu không có hở van ĐMC, hoặc bơm trực tiếp vào 2 lỗ ĐM vành nếu có hở van.



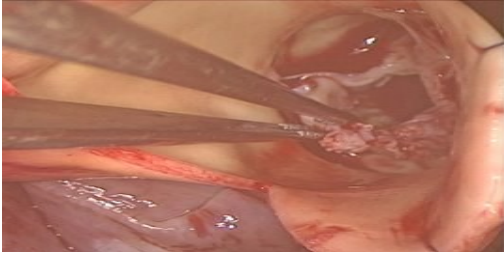
Hình 5. Bảo vệ cơ tim qua ĐMC gốc ĐMC



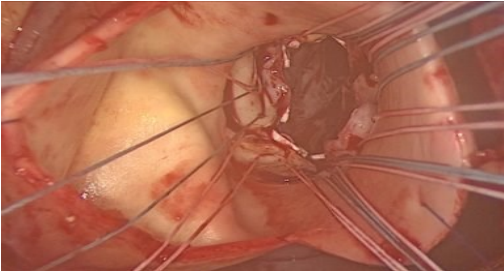
Hình 6. Bảo vệ cơ tim trực tiếp qua lỗ ĐM vành
Mở ĐMC cách lỗ vành khoảng 1,5-2cm. Khâu treo bộc lộ van ĐMC. Cắt bỏ van ĐMC và các tổ chức vô hoá. Khâu chỉ van mũi rời từ dưới lên theo hình chữ U có đệm. Đo và đặt van nhân tạo.



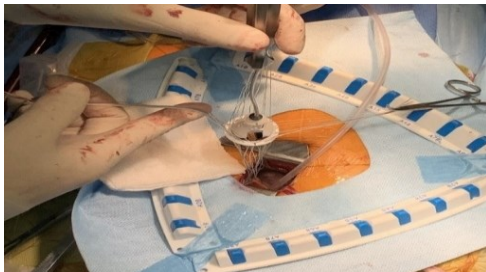
Hình 7. Khâu treo vị trí mở ngực ĐMC



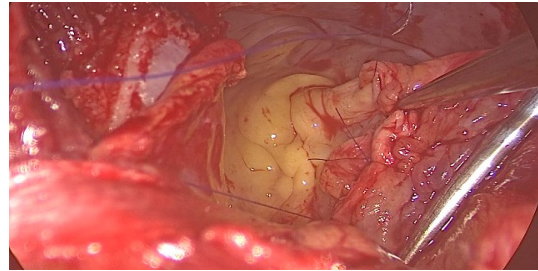
Hình 8. Cắt bỏ van ĐMC



Hình 9. Khâu chỉ van ĐMC



Hình 10. Thay van ĐMC
Khâu đóng ĐM chủ 2 lớp bằng chỉ đơn sợi 5-0. Ngừng máy THNCT và rút các ống thông.



Hình 11. Đóng góc ĐMC
Cầm máu. Đặt một dẫn lưu khoang màng tim và một dẫn lưu khoang màng phổi. Kết hợp lại xương sườn III vào thân xương ức bằng chỉ tiêu chậm. Đóng ngực theo lớp giải phẫu.



Hình 12. Kết thúc phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 2019-2022, có 53 bệnh nhân đã được phẫu thuật ít xâm lấn thay van động mạch chủ qua đường mở ngực khoang liên sườn II bên phải tại Bệnh viện tim Hà Nội.

3.1. Đặc điểm trước phẫu thuật

Bảng 1: Các đặc điểm trước phẫu thuật

Đặc điểm trước phẫu thuật	n	%	
Hút thuốc lá	12	22.6	
Tăng huyết áp	27	50.9	
ĐTĐ type II	8	15.1	
Suy thận mạn tính	1	1.9	
Tai biến mạch não	0	0.0	
Bệnh phổi mạn tính	2	3.8	
Bệnh mạch máu ngoại vi	12	22.6	
Phân độ suy tim trước mổ	NYHA I	9	17.0
	NYHA II	41	77.4
	NYHA III	3	5.6
	NYHA IV	0	0.0
Hẹp van ĐMC đơn thuần	20	37.7	
Hở van ĐMC đơn thuần	7	13.2	
Hẹp hở van ĐMC	26	49.1	

Bảng 2: Đặc điểm trên phim chụp CLVT

Đặc điểm	Kết quả
ĐMC lệch trái	13 (24.5%)
Kích thước ĐMC lên (mm)	34.9±5 (25-41)
Khoảng cách từ ĐMC đến thành ngực (cm)	8.1±1.1 (5,8-12.7)

3.2. Đặc điểm trong phẫu thuật

Bảng 3: Các đặc điểm trong phẫu thuật

Thiết lập THNCT	n	%
Ông thông ĐM ngoại vi	42	79.2
Ông thông ĐM trung tâm	11	20.8
Nguyên nhân	n	%
Thấp tim	6	11.3
Thoái hóa	13	24.5
Van 2 cánh	34	64.2
Viêm nội tâm mạc	0	0,0
Bẩm sinh	0	0.0
Van tim nhân tạo	n	%
Van cơ học	38	71.7
Van sinh học	15	28.3
Các đặc điểm khác	n	%
Bất thường mạch vành	3	5.7
Hẹp gốc ĐM chủ phải mở rộng gốc	1	1.9
Viêm dính màng phổi	8	15.1
Viêm dính màng tim	3	5.7
Chuyển cửa xương ức	0	0,0
Thời gian phẫu thuật (phút)	X ± SD	
Thời gian cặp ĐMC trung bình	93,69 ± 22,1	
Thời gian THNCT trung bình	143,1 ± 26,3	

3.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật. Thời gian thở máy trung bình: 18.2 ± 15.3 (5-93) giờ. Thời gian nằm hồi sức trung bình: 3.76 ± 1.6 (1-9) ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình: 9.3 ± 3.4 (4-23) ngày. Số lượng máu mất qua dẫn lưu 24h đầu: 212.5 ± 63.1 ml. Các biến chứng sau phẫu thuật thể hiện trong bảng 4:

Bảng 4: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Chảy máu mổ lại	2	3.8
Tràn dịch màng phổi cần chọc hút	2	3.8
Hở cạnh van, kẹt van	0	0,0
Nhiễm trùng huyết	0	0,0
Viêm phổi	5	9,4
Nhồi máu mạc treo	0	0.0
Tử vong	0	0,0

3.4. Theo dõi sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi trung bình 12.8 ± 6.4 tháng. Hầu hết các bệnh nhân giảm triệu chứng, 86.5% ở mức NYHA I, 11.5% ở mức NYHA II, không còn bệnh nhân nào có NYHA III-IV Có 1 bệnh nhân tử vong ở tháng thứ 13 sau phẫu thuật do nguyên nhân xuất huyết não do quá liều chống đông (1.9%), 1 bệnh nhân có tai biến mạch não di chứng yếu nhẹ nửa người tháng thứ 8 sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật tim ít xâm lấn nói chung và phẫu thuật ít xâm lấn thay van ĐMC nói riêng đã được chứng minh là có hiệu quả trong giảm chảy máu, giảm biến chứng liên quan đến xương ức, giảm

thời gian hồi sức và nằm viện, đồng thời mang lại vết mổ thẩm mỹ cho bệnh nhân.²

Chụp cắt lớp trước mổ là để tối ưu hóa bộc lộ ĐMC lên và van ĐMC trong phẫu thuật, qua đó bảo đảm sự thành công cho kỹ thuật. Những bất thường về giải phẫu của ĐMC có thể gây khó khăn cho kỹ thuật bao gồm ĐMC lệch quá nhiều về bên trái, ĐMC nằm quá xa so với thành ngực, gốc ĐMC nhỏ. Các tác giả cũng cho rằng khoảng cách từ ĐMC lên đến thành ngực nên dưới 10cm.³ Tuy nhiên theo Tamagnini, khi kỹ thuật đã thành thạo có thể phẫu thuật cho hầu hết các bệnh nhân mà không cần quan tâm đến các tiêu chuẩn loại trừ.⁴ Bên cạnh đó phim chụp CLVT còn có thể giúp phát hiện những bất thường khác có thể ảnh hưởng đến chỉ định phẫu thuật như biến dạng thành ngực, bất thường mạch vành, vôi hoá thành ĐMC...

Khi sử dụng đường mổ trước bên phải, một số tác giả không cần cắt rời xương sườn III, điều này khiến phẫu trường bị thu hẹp. Một số tác giả khác có cắt rời xương sườn III khỏi xương ức bằng cách cắt qua sụn sườn, giúp mở rộng phẫu trường theo chiều dọc, làm tăng khả năng thành công. Tuy nhiên vẫn có những nhược điểm bao gồm: (1) không mở rộng phẫu trường được theo chiều ngang, do đó vẫn có thể gặp khó khăn với những trường hợp ĐMC lệch nhiều về bên trái, và (2) khi cắt sụn sườn có thể gây nguy cơ viêm khớp ức sườn sau phẫu thuật. Để khắc phục nhược điểm đó, chúng tôi đã đưa ra cải tiến về mặt kỹ thuật: (1) Chúng tôi cắt rời xương sườn III ra khỏi xương ức theo hình chêm, tức là cửa một phần xương ức, lấn vào thân xương ức khoảng 1-1,5cm, và giữ nguyên khớp ức sườn, (2) thiết lập THNCT đường ngoại vi hoặc trung tâm tùy theo tình trạng bệnh nhân, và (3) luôn dây lặc quanh ĐM chủ lên để di động và bộc lộ tốt hơn. Cách làm này không làm tăng nguy cơ biến chứng xương ức giúp mở rộng chỉ định với những bệnh nhân có ĐMC lệch trái.

Một kỹ thuật quan trọng để bộc lộ van ĐMC là kỹ thuật khâu treo màng tim, để kéo ĐMC sang bên phải gần hơn với vết mổ. Bên cạnh đó chúng tôi thực hiện thêm kỹ thuật luôn dây lặc qua ĐM chủ, giúp di động ĐMC lên tốt hơn nữa, ngoài ra còn đảm bảo khi cặp ĐM chủ không có trường hợp cặp không hết.

Về việc lựa chọn thiết lập THNCT, tỉ lệ đặt ống thông ĐM trung tâm dao động từ 2 đến 100% trong các báo cáo.⁵⁻⁷ Theo chúng tôi, những bệnh nhân có nguy cơ cao khi chạy máy ngược dòng: bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh mạch máu ngoại vi, sẽ được ưu tiên thiết lập THNCT

trung tâm, những bệnh nhân khác ít nguy cơ sẽ được đặt ống thông ĐM vào ĐM đùi chung, để tối ưu cho phẫu thuật.

Đối với những bệnh nhân hở van chủ nhẹ, dung dịch có thể được bơm trực tiếp qua kim gốc ĐM chủ. Đối với những bệnh nhân có hở van, dung dịch được bơm trực tiếp vào 2 lỗ ĐM vành sau khi mở ĐM chủ qua 2 ống thông nhỏ. Bên cạnh phương pháp bảo vệ cơ tim xuôi dòng, một số tác giả mô tả phương pháp bảo vệ cơ tim ngược dòng bằng 1 ống thông được đặt từ TM đùi vào xoang vành dưới hướng dẫn của siêu âm thực quản.⁸ Nhìn chung không có thách thức nào về kỹ thuật đối với bảo vệ cơ tim trong phẫu thuật thay van ĐM chủ ít xâm lấn.

Có 1 bệnh nhân của chúng tôi có gốc ĐMC hẹp khít phải phẫu thuật mở rộng gốc ĐM chủ (bảng 3). Robinson cho rằng việc mở rộng gốc ĐM chủ qua đường mở ít xâm lấn là khả thi và an toàn, qua đó có thể mở rộng chỉ định mổ thay van ĐM chủ ít xâm lấn cho cả những bệnh nhân có gốc ĐM chủ nhỏ.⁹

So sánh kết quả thời gian cặp ĐMC và THNCT của chúng tôi với các tác giả khác theo bảng 5:

Bảng 5: So sánh thời gian cặp chủ và chạy máy

Tác giả	Thời gian cặp chủ TB (phút)	Thời gian THNCT TB (phút)
Bowdish ¹⁰	58	79
Bethencourt ⁵	78,9	92,5
Miceli	89,7	124,9
Chúng tôi	95,7	139,3

Nhìn chung thời gian cặp chủ và chạy máy THNCT của chúng tôi dài hơn so với các tác giả khác. Bên cạnh nguyên nhân do mới triển khai kỹ thuật, một nguyên nhân khác là do trong các nghiên cứu này có một tỉ lệ bệnh nhân được sử dụng van không chỉ khâu. Mặc dù thời gian cặp chủ và chạy máy tương đối dài nhưng nhìn chung hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi đều thực hiện kỹ thuật trong thời gian của một liều dung dịch bảo vệ cơ tim Custodiol (dưới 120 phút), chỉ có một trường hợp là bệnh nhân được mở rộng gốc ĐM chủ cần dùng 2 liều.

Chúng tôi không có trường hợp nào thất bại về kỹ thuật, phải cứu xương ức (bảng 4). Tỉ lệ của các tác giả khác nhìn chung đều thấp dưới 2%: Ribeiro 1,8%, Miceli 1,6%, Bowdish 1%.^{6,10}

Tỉ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi khá thấp: có 2 trường hợp (3,8%) có chảy máu sau mổ phải phẫu thuật lại. Không có trường hợp nào tử vong tại bệnh viện, và không có các biến chứng liên quan đến van nhân tạo. Tỉ lệ phẫu thuật lại do chảy máu trong các báo cáo là 2,6-

8%. Lượng máu mất qua dẫn lưu trong 24 giờ đầu trong nghiên cứu này là 212ml, trung bình chưa đến 10ml/h điều này chứng tỏ hiệu quả của phẫu thuật ít xâm lấn trong giảm nguy cơ chảy máu và lượng máu mất, từ đó giảm cả tỉ lệ phải truyền máu sau mổ. Các biến chứng khác thường gặp sau phẫu thuật thay van ĐM chủ ít xâm lấn bao gồm: đột quy, suy thận, giảm cung lượng tim, viêm phổi thớ máy và rối loạn nhịp, tuy nhiên tỉ lệ biến chứng thấp, hầu hết đều dưới 5%. Tỉ lệ tử vong sớm từ 0-1,5%.^{6,10} Có thể kết luận phẫu thuật thay van ĐM chủ ít xâm lấn qua đường mở ngực bên phải là một phẫu thuật an toàn với tỉ lệ biến chứng và tử vong rất thấp.

So sánh thời gian thở máy, nằm hồi sức và nằm viện của chúng tôi với các tác giả khác theo bảng 6:

Bảng 6: So sánh thời gian thở máy, nằm hồi sức và nằm viện sau mổ

Tác giả	TG thở máy TB (giờ)	TG nằm hồi sức TB (ngày)	TG nằm viện TB (ngày)
Bowdish ¹⁰	2,8	8,2	
Mikus ⁸	9	2,6	11,7
Bethencourt ⁵	11,5	2,6	7,5
Chúng tôi	16,39	3,87	9,1

Có thể thấy thời gian thở máy và nằm hồi sức của chúng tôi dài hơn chút ít so với các tác giả khác, còn thời gian nằm viện tương đương. Theo Bowdish thời gian nằm hồi sức và nằm viện của nhóm mổ mở cửa xương ức là 3,2 và 9,7 ngày, dài hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mổ ngực đường bên.¹⁰

Về theo dõi sau phẫu thuật, các triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhân đều giảm rõ rệt sau mổ, hầu hết chỉ ở mức NYHA I. Chúng tôi ghi nhận 1 bệnh nhân tử vong do nguyên nhân xuất huyết não (1,9%). Bên cạnh đó có 1 trường hợp xuất huyết não yếu nhẹ nửa người. Theo nghiên cứu đa trung tâm của Sayed, tỉ lệ tử vong trung hạn (trong vòng 1 năm) của phẫu thuật van ĐMC ít xâm lấn là 1,16%. Theo Miceli tỉ lệ sống sau 1 và 5 năm của nhóm phẫu thuật đường bên phải lần lượt là 97% và 86%. Như vậy tỉ lệ tử vong của chúng tôi là chấp nhận được, và nguyên nhân tử vong không liên quan đến kỹ thuật.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp mở ngực đường bên phải với một số cải tiến về kỹ thuật được chúng tôi thực hiện đem lại kết quả tốt về ngắn hạn và trung hạn, tỉ lệ tử vong và biến chứng sau phẫu thuật thấp. Theo chúng tôi những cải tiến này không chỉ giúp mở rộng chỉ định cho bệnh nhân mà còn

giúp giảm thời gian đào tạo cho phẫu thuật viên, qua đó đẩy mạnh số lượng phẫu thuật thay van ĐMC ít xâm lấn đường bên phải, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J. 2017;38(36):2739-2791. doi:10.1093/eurheartj/ehx391
2. Ghanta RK, Lapar DJ, Kern JA, et al. Minimally invasive aortic valve replacement provides equivalent outcomes at reduced cost compared with conventional aortic valve replacement: A real-world multi-institutional analysis. J Thorac Cardiovasc Surg. 2015;149(4):1060-1065. doi:10.1016/j.jtcvs.2015.01.014
3. Klein P, Klop IDG, Kloppenburg GLT, van Putte BP. Planning for minimally invasive aortic valve replacement: key steps for patient assessment. Eur J Cardiothorac Surg. 2018;53(suppl_2):ii3-ii8. doi:10.1093/ejcts/ezy086
4. Tamagnini G, Biondi R, Giglio MD. Aortic Valve Replacement Via Right Anterior Mini-Thoracotomy: the Conventional Procedure Performed Through a Smaller Incision. Braz J Cardiovasc Surg. 2021; 36(1): 120-124. doi: 10.21470/1678-9741-2020-0165
5. Bethencourt DM, Le J, Rodriguez G, Kalayjian RW, Thomas GS. Minimally Invasive Aortic Valve Replacement via Right Anterior Minithoracotomy and Central Aortic Cannulation: A 13-Year Experience. Innovations (Phila). 2017;12(2): 87-94. doi: 10.1097/IMI.0000000000000358
6. Ribeiro IB, Ruel M. Right Anterior Minithoracotomy for Aortic Valve Replacement: A Widely Applicable, Simple, and Stepwise Approach. Innovations (Phila). 2019;14(4):321-329. doi: 10.1177/1556984519844745
7. Seitz M, Goldblatt J, Paul E, Marcus T, Larobina M, Yap CH. Minimally Invasive Aortic Valve Replacement Via Right Anterior Mini-Thoracotomy: Propensity Matched Initial Experience. Heart Lung Circ. 2019;28(2):320-326. doi: 10.1016/j.hlc.2017.11.012
8. Mikus E, Turci S, Calvi S, Ricci M, Dozza L, Del Giglio M. Aortic valve replacement through right minithoracotomy: is it really biologically minimally invasive? Ann Thorac Surg. 2015;99(3):826-830. doi:10.1016/j.athoracsur.2014.09.046
9. Robinson DA, Johnson CA, Goodman AM, Knight PA. Concomitant Annular Enlargement in Minimally Invasive Aortic Valve Replacement. Innovations (Phila). 2019;14(2): 159-167. doi: 10.1177/1556984519827685
10. Bowdish ME, Hui DS, Cleveland JD, et al. A comparison of aortic valve replacement via an anterior right minithoracotomy with standard sternotomy: a propensity score analysis of 492 patients. Eur J Cardiothorac Surg. 2016;49(2):456-463. doi:10.1093/ejcts/ezv038

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ TỬY TẠI BỆNH VIỆN K GIAI ĐOẠN 2016-2023

Ngô Xuân Quý¹, Ngô Quốc Duy^{1,2}, Trần Đức Toàn², Lê Thế Đường², Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp thể tửy tại Bệnh viện K giai đoạn 2016-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 54 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể tửy điều trị tại bệnh viện K từ tháng 01/01/2016 đến tháng 01/11/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 1/1,08, độ tuổi trung bình là 52,7±11,3 (27-74) tuổi. Đánh giá trên siêu âm chủ yếu là TIRADS 4 (66,7%), tỉ lệ chọc hút tế bào kim nhỏ chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể tửy là 61,1%. Bệnh nhân chủ yếu giai đoạn III, IVa chiếm tỷ lệ 38,9% và 27,8%. Tỷ lệ di căn hạch chung là

53,7%. Tổn thương TKTQQN và tuyến cận giáp tạm thời là hai biến chứng hay gặp nhất với tỉ lệ 29,6% và 22,2%. Theo dõi sau điều trị có 9 bệnh nhân tái phát trong đó 2 BN tái phát tại chỗ, 5 BN tái phát hạch và 2 BN di căn xa, có 1 BN tử vong. Thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm đạt 91,7% với trung vị 81 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh 5 năm đạt 73,1% với trung vị 70,2 tháng. **Kết luận:** Ung thư tuyến giáp thể tửy là bệnh lý ác tính hiếm gặp, tỷ lệ di căn hạch cao. Siêu âm, chọc hút tế bào kim nhỏ kèm xét nghiệm CEA, Calcitonin có vai trò chẩn đoán. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, xạ trị có vai trò hỗ trợ trong các trường hợp nguy cơ cao. Bệnh có tiên lượng tương đối tốt với tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 91,7% và sống thêm không bệnh 5 năm là 73,1%.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể tửy, di căn hạch, tái phát, thời gian sống thêm

SUMMARY

RESULT OF MEDULLARY THYROID CARCINOMA TREATMENT IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: To study clinicopathological

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Xuân Quý

Email: ngoxuanquy1979@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 27.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024