

3. **Catanzaro, Roberto, et al.** (2021), "Rational Use of Fecal Calprotectin in Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease", *Acta Medica Iranica*. 59(4), pp. 198-205.
4. **Li, Junrong, et al.** (2023), "Clinical value of fecal calprotectin for evaluating disease activity in patients with Crohn's disease", *Frontiers in Physiology* 14, p. 1186665.
5. **Peery, A. F., et al.** (2022), "Burden and Cost of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States", *Gastroenterology*. 162(2), pp. 621-644.
6. **Campbell, J. P., et al.** (2021), "Clinical Performance of a Novel LIAISON Fecal Calprotectin Assay for Differentiation of Inflammatory Bowel Disease From Irritable Bowel Syndrome", *J Clin Gastroenterol*. 55(3), pp. 239-243.
7. **Cremer, A., et al.** (2019), "Variability of Faecal Calprotectin in Inflammatory Bowel Disease Patients: An Observational Case-control Study", *J Crohns Colitis*. 13(11), pp. 1372-1379.
8. **Jha, A. K., et al.** (2018), "Optimal cut-off value of fecal calprotectin for the evaluation of ulcerative colitis: An unsolved issue?", *JGH Open*. 2(5), pp. 207-213.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT VAN HAI LÁ ÍT XÂM LẤN QUА NỘI SOI TOÀN BỘ

Nguyễn Hoàng Định<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Tú<sup>1</sup>, Trần Minh Bảo Luân<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn qua nội soi toàn bộ. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca trên 33 bệnh nhân bệnh van hai lá được phẫu thuật sửa hoặc thay van hai lá bằng phương pháp ít xâm lấn qua nội soi toàn bộ từ 07/ 2023 đến 07/ 2024 tại Bệnh Viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** trong 33 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nam:nữ 1,75:1, độ tuổi trung bình là 48,1 ± 11,1. Có 20 trường hợp sửa van hai lá và 13 trường hợp là thay van. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (CPB) trung bình là 159,2 ± 44,8 phút, thời gian kẹp động mạch chủ trung bình là 103,4 ± 27,9 phút. Các phẫu thuật kèm theo bao gồm: 5 trường hợp phẫu thuật sửa van ba lá, 4 trường hợp phẫu thuật maze. Biến chứng sau mổ: 4 trường hợp, trong đó 1 trường hợp liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật (tràn máu màng phổi). Không có tử vong. Phẫu thuật thành công về mặt kỹ thuật 94,9%. Hiệu quả điều trị tốt trong tất cả các trường hợp, trong đó tỷ lệ thay van hai lá thành công đạt 100%. **Kết luận:** Phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn qua nội soi toàn bộ mang đến an toàn, hiệu quả, giảm sang chấn về thể chất và tinh thần cho người bệnh. Ngoài ra, các thủ thuật kèm theo như sửa van ba lá, phẫu thuật maze và đóng lỗ thông liên nhĩ cũng được tiến hành kèm theo qua phẫu thuật ít xâm lấn. **Từ khóa:** Phẫu thuật tim ít xâm lấn, nội soi toàn bộ, phẫu thuật van hai lá.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF EARLY RESULTS OF TOTALLY ENDOSCOPIC MINIMALLY INVASIVE MITRAL VALVE SURGERY

<sup>1</sup>Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh Viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Bảo Luân

Email: luan.tmb@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2024

Ngày duyệt bài: 9.12.2024

**Objective:** evaluating early outcomes of totally endoscopic minimally invasive mitral valve surgery. **Methods:** Retrospective - case series deceptive study of 33 patients with mitral valve disease, who were indicated for mitral valve repair or replacement using the totally endoscopic minimally invasive approach, from July 2023 to July 2024 conducted at the University Medical Center Ho Chi Minh City. **Results:** Among 33 patients in study, the male-female ratio was 1,75:1, and the mean age was 48,1 ± 11,1. There were 20 cases of mitral valve repair and 13 cases of valve replacement. The mean extracorporeal circulation (CPB) time was 159.2 ± 44.8 minutes, mean aortic clamping time was 103.4 ± 27.9 minutes. Accompanying surgeries include: 5 cases of tricuspid valve repair surgery, 4 cases of maze surgery. 4 cases experienced complications: 1 case was related to the endoscopic surgical technique (pneumothorax). There were no fatality. The surgery was technically successful in 94.9%. The treatment effect was good in all cases, in which the successful mitral valve replacement rate reached 100%. **Conclusion:** Totally endoscopic mitral valve surgery is safe, effective, and reduces both physical and mental trauma for patients. In addition, accompanying procedures such as tricuspid valve repair, maze surgery and closure of atrial septal defect are also performed through minimally invasive surgery.

**Keywords:** Minimally invasive cardiac surgery, totally endoscopic, mitral valve surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đã trở nên ngày càng phổ biến trong lĩnh vực phẫu thuật tim, bao gồm cả phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, phẫu thuật sửa chữa van hai lá, van ba lá, van động mạch chủ, điều trị thông liên nhĩ, cấy máy tạo nhịp tim ngoài màng tim và phẫu thuật maze. Trong số các kỹ thuật này, phẫu thuật van hai lá qua nội soi toàn bộ được áp dụng phổ biến nhất. Phương pháp này đã phát triển thành một giải pháp thay thế khả thi cho phẫu thuật mở

ngực giữa xương ức đối với nhiều bệnh nhân mắc bệnh van hai lá<sup>1</sup>. Nhiều nghiên cứu đã công bố về nguyên tắc và kết quả của phẫu thuật van hai lá xâm lấn tối thiểu<sup>2</sup>. Một số nghiên cứu thậm chí cho thấy kết quả tích cực hơn, với tỷ lệ tử vong và biến chứng tương đương, nhưng bệnh nhân ít đau và có hiệu quả về mặt tốt hơn so với phương pháp mổ mở xương ức.

Phương pháp rạch cơ và xương là một yếu tố then chốt trong phẫu thuật tim xâm lấn tối thiểu. Các phương pháp như mổ ngực giữa xương ức, mổ ngực nhỏ bên phải dưới tầm nhìn trực tiếp và mổ ngực nhỏ bên phải qua nội soi hỗ trợ đã được áp dụng ngày càng phổ biến trong phẫu thuật sửa chữa van tim. Tại cơ sở của chúng tôi, phương pháp phẫu thuật van hai lá xâm lấn tối thiểu đã được cải tiến thông qua việc sử dụng hoàn toàn kỹ thuật nội soi. Một trong những ưu điểm nổi bật của phẫu thuật nội soi toàn bộ là nó không can thiệp vào cấu trúc xương, giúp mang lại kết quả thẩm mỹ tốt hơn và giảm mức độ đau sau phẫu thuật. Bên cạnh đó, kỹ thuật này còn có nhiều lợi ích tiềm năng như giảm lượng máu mất, giảm tỷ lệ biến chứng, và thời gian phục hồi nhanh hơn, nhờ đó bệnh nhân có thể rút ngắn thời gian nằm viện<sup>3</sup>. Tuy nhiên, nhược điểm chính của phương pháp này là thời gian phẫu thuật kéo dài, bao gồm cả thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể. Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân tích các đặc điểm lâm sàng và kết quả của phẫu thuật van hai lá qua nội soi toàn bộ.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn qua nội soi toàn bộ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Phương pháp nghiên cứu:** đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

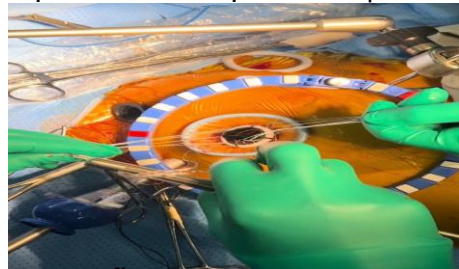
**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả bệnh nhân mắc bệnh van hai lá được phẫu thuật ít xâm lấn qua nội soi toàn bộ

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch khác cần can thiệp đi kèm: van động mạch chủ, động mạch vành, bệnh tim bẩm sinh. Người bệnh đã từng phẫu thuật tim qua đường giữa xương ức

**Chỉ định phẫu thuật:** theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA 2014)  
EF > 60%, tuổi < 80 tuổi, PAPs < 60 mmHg. Chức năng thất phải tốt (TAPSE > 18 mmHg).

**Kỹ thuật phẫu thuật:** Bệnh nhân nằm nghiêng trái 30°, gây mê nội khí quản. Phẫu thuật nội soi toàn bộ được thực hiện đường rạch

chính dài 2-4 cm thường được thực hiện tại đường nách trước, khoang liên sườn thứ tư, dựa trên vị trí rốn phổi trên phim X-quang ngực. Các dụng cụ tách mô mềm được sử dụng để tăng cường tầm nhìn phẫu thuật và bảo vệ đường rạch mà không làm gãy xương sườn. Đường rạch này được sử dụng để đặt ống nội soi có góc nhìn 30°, ống thông thoát thất trái, kim tiêm dung dịch gây liệt tim, ống dẫn CO<sub>2</sub>, dây buộc tĩnh mạch chủ và kẹp động mạch chủ Chitwood xuyên thành ngực. Hai cổng phụ trợ dài 2-4 cm khác được đặt tại khoang liên sườn thứ hai và thứ năm để thao tác phẫu thuật và đưa van nhân tạo vào (Hình 1). Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể qua động mạch đùi và tĩnh mạch đùi bên phải.



**Hình 1. Phẫu thuật van hai lá qua nội soi toàn bộ**

**Phương pháp xử lý số liệu:** số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

**Đạo đức trong nghiên cứu:** nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, quyết định số 497/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 27/03/2024.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 07/2023 đến 07/2024, có 33 bệnh nhân mắc bệnh van hai lá được phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn qua nội soi toàn bộ được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 48,1 ± 11,1 với nhóm tuổi 40-60 chiếm 60%.

**Bảng 1. Đặc điểm trước mổ**

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi	48,1 ± 11,1
Nam/Nữ	1,75/1
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	22,9
NYHA (Trung vị)	II
<b>Loại tổn thương van hai lá</b>	
Hẹp van hai lá	0
Hở van hai lá	22
Hẹp hở van hai lá	11
LVED (mm)	55,7 ± 6,9
EF (%)	60,7 ± 5,4

Các đặc điểm cơ bản của bệnh nhân được liệt kê trong (Bảng 1). Có 33 bệnh nhân được phẫu thuật van hai lá nội soi toàn bộ, tuổi trung

bình  $48,1 \pm 11,1$  tuổi; nữ: 12 trường hợp. Chỉ số BMI trung bình là  $22,9 \text{ kg/m}^2$ . 22 bệnh nhân được chẩn đoán hở van hai lá và 11 bệnh nhân bị cả hẹp và hở van hai lá. Đường kính cuối tâm trương thất trái (LVED) trung bình là  $55,7 \pm 6,9$  mm. Phân suất tổng máu thất trái (LVEF) trung bình là  $60,7 \pm 5,4$ .

**Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo cơ chế bệnh sinh**

Cơ chế bệnh sinh	Số lượng	Tỉ lệ % (n=33)
Hậu thấp	11	33,3
Thoái hóa	22	66,7

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh van tim thoái hóa nhiều nhất, chiếm tỉ lệ 66,7%, bệnh van tim hậu thấp đứng thứ 2 với tỉ lệ 33,3% các trường hợp.

**Bảng 3: Tiền sử bệnh**

Tiền sử bệnh	Số lượng	Tỉ lệ % (n=33)
Rung nhĩ trước mổ	8	24,2
Tăng huyết áp	10	30,3
Rối loạn lipid máu	6	18,2
Đái tháo đường type 2	2	6
Bệnh động mạch ngoại biên	1	3
Bệnh mạch vành đã đặt stent	4	12,2
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	0	0

**Nhận xét:** Tăng huyết áp và rung nhĩ là hai tiền sử bệnh thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ lần lượt là 30,3% và 24,2%. Rối loạn lipid máu và đái tháo đường type 2 gặp ít hơn. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và bệnh động mạch ngoại biên chiếm ít nhất.

Mức độ suy tim được tính theo phân độ của NYHA. Phân bố mức độ suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ NYHA II chiếm nhiều nhất trong nghiên cứu.

**Bảng 4. Đặc điểm trong mổ**

Đặc điểm	Giá Trị
<b>Phương pháp phẫu thuật</b>	
Sửa van hai lá	20
Thay van hai lá	13
Van sinh học	1
<b>Phẫu thuật đi kèm</b>	
Sửa van ba lá	5
Phẫu thuật maze	4
Sửa chữa thông liên thất	0
Chuyển mổ hở qua xương ức	0
Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể	$159,2 \pm 44,8$ (85 – 250)
Thời gian kẹp động mạch chủ	$103,4 \pm 27,9$ (53 – 171)
Lượng máu mất ( mL)	$436,4 \pm 125,5$ (200 – 1000)
Lượng máu truyền ( đơn vị)	$1,1 \pm 0,5$ (0 – 2)

Tổng hợp các dữ liệu phẫu thuật (Bảng 4). Trong số 33 bệnh nhân, 13 người (chiếm 39,4%) đã được thay van hai lá, trong 20 trường hợp còn lại được thực hiện sửa chữa van chiếm tỷ lệ 60,6%. Có 1 bệnh nhân đã được thay thế bằng van sinh học. Các phẫu thuật kèm theo bao gồm: 5 trường hợp phẫu thuật sửa van ba lá, 4 trường hợp phẫu thuật maze. Không có bệnh nhân nào phải chuyển sang phẫu thuật mở đường giữa xương ức. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (CPB) trung bình là  $159,2 \pm 44,8$  phút, thời gian kẹp động mạch chủ trung bình là  $103,4 \pm 27,9$  phút.

**Bảng 5. Đặc điểm sau mổ**

Đặc điểm	Giá Trị
Tử vong sớm (<30 ngày)	0
<b>Tỷ lệ biến chứng phẫu thuật</b>	
Suy tim cần đặt IABP sau mổ	1
Suy tim cần đặt ECMO sau mổ	0
Suy thận cần chạy thận nhân tạo sau mổ	0
Tai biến mạch máu não không hồi phục	0
Viêm phổi	1
Tràn máu màng phổi	1
Tràn dịch màng tim	0
Rung nhĩ mới sau mổ	0
Nhồi máu cơ tim sau mổ	0
Hẹp động mạch đùi	1
Phẫu thuật lại	1
LVEF (%)	56,6
LVED (mm)	49
Thời gian thở máy (giờ)	$15,3 \pm 2,1$ (3,5 – 26)
Thời gian nằm ICU ( ngày)	$4,1 \pm 2,5$ (2-7)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	$8,2 \pm 1,6$ (6-10)
NYHA hiện tại	I

Có 1 trường hợp suy tim cần phải can thiệp đặt bóng đối xung động mạch chủ (Bảng 5) quá trình cai bóng diễn ra thành công và chức năng tim được cải thiện đáng kể sau phẫu thuật. Đáng lưu ý, không có bệnh nhân nào phải sử dụng hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể (ECMO) sau phẫu thuật. Ngoại trừ 1 bệnh nhân phải phẫu thuật để cầm máu nguyên nhân được xác định là chảy máu thành ngực, không có biến chứng nghiêm trọng hoặc tái can thiệp nào xảy ra trong suốt thời gian theo dõi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp hẹp động mạch đùi không ảnh hưởng tưới máu chi, 1 bệnh nhân bị viêm phổi và cần sử dụng kháng sinh, nhưng bệnh nhân đều đáp ứng tốt với điều trị nội khoa và không để lại di chứng về sau. Như vậy, tỉ lệ thành công về mặt kĩ thuật của chúng tôi là 94,9%.

Ngoài ra, không có trường hợp nào phải phẫu thuật lại do van hai lá, suy thận cần chạy thận nhân tạo, nhiễm trùng vết mổ, hay hẹp tĩnh mạch đùi sau phẫu thuật. Đường kính cuối tâm trương thất trái (LVED) trung bình là 49 mm. Phân suất tống máu thất trái (LVEF) trung bình là 56,6. Phân loại NYHA trung vị là mức độ I. Thời gian nằm tại phòng chăm sóc tích cực trung bình là 4,1 ngày.

Kết quả sửa van ngắn hạn trong nghiên cứu khá tốt, chỉ có 1 trường hợp hở van hai lá trung bình xuất hiện sớm sau phẫu thuật và không có trường hợp nào hở van hai lá nặng. Có 7 trường hợp hở van hai lá rất nhẹ. 100% các thay van đều được đánh giá tốt và không hở cạnh van. Kết quả thay van hai lá của chúng tôi hoàn toàn khá tốt khi kết quả sớm không có trường hợp nào hở cạnh van được ghi nhận

#### IV. BÀN LUẬN

Phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu ngày càng cho thấy nhiều ưu điểm nên kỹ thuật phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn đang dần trở thành một lựa chọn thay thế tiềm năng cho phương pháp mổ mở qua xương ức. Hiện nay phẫu thuật thay van hai lá ít xâm lấn đã trở nên phổ biến và tại một số trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới, nó được xem như một phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị các bệnh lý van tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 13 bệnh nhân đã được tiến hành phẫu thuật thay van hai lá, chiếm 39,4% tổng số ca phẫu thuật. Tỷ lệ này tương đối cao khi so sánh với các nghiên cứu khác. Chẳng hạn, Davierwala và cộng sự<sup>4</sup> chỉ ghi nhận tỷ lệ thay van là 17,7%. Sự khác biệt trong tỷ lệ thay van nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác có thể được giải thích bởi một số yếu tố đặc thù. Trong đó, yếu tố quan trọng đầu tiên là tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh van tim hậu thấp còn cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 33,3% bệnh nhân mắc bệnh van tim hậu thấp, và phần lớn các bệnh nhân này đều phải thực hiện phẫu thuật thay van. Bệnh van tim hậu thấp vẫn là một thách thức lớn tại các quốc gia đang phát triển, nơi tình trạng bệnh này phổ biến hơn so với các nước phát triển. Ngay cả ở Trung Quốc, một quốc gia có hệ thống y tế tiên tiến hơn so với nhiều nước khác trong khu vực, bệnh van tim hậu thấp vẫn còn gặp phải khá nhiều<sup>5</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian kẹp động mạch chủ  $103,4 \pm 27,9$  phút và thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo là  $159,2 \pm 44,8$  phút. Đây là hai yếu tố quan trọng trong phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn qua nội soi toàn bộ.

Dù phương pháp này mang lại lợi ích về thẩm mỹ và giảm đau sau mổ, nhưng thời gian phẫu thuật thường kéo dài hơn so với phương pháp mổ xương ức truyền thống, điều này có thể làm tăng nguy cơ biến chứng. Nghiên cứu của Jiang<sup>5</sup> và cộng sự cho thấy, trong các ca phẫu thuật qua nội soi, thời gian kẹp động mạch chủ và sử dụng máy tim phổi nhân tạo đều dài hơn đáng kể, ảnh hưởng đến quá trình hồi phục của bệnh nhân, đặc biệt là những bệnh nhân có nguy cơ cao. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể và thời gian kẹp động mạch chủ kéo dài hơn so với phẫu thuật kinh điển có thể ảnh hưởng đến chức năng thất ở các bệnh nhân có chức năng thất trái giảm, tăng áp động mạch phổi nặng trước mổ và bảo vệ cơ tim không tốt trước mổ<sup>6</sup>. Tuần hoàn ngoài cơ thể kéo dài còn có thể gây ảnh hưởng đến chức năng của các tạng, trong đó quan trọng nhất là gan và thận<sup>3</sup>.

So với các nghiên cứu khác về phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn, thời gian kẹp động mạch chủ và thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng kéo dài hơn, chủ yếu do tỷ lệ phẫu thuật kết hợp cao, chiếm 27,3%. Các trường hợp phẫu thuật kết hợp, như phẫu thuật van ba lá, phẫu thuật maze, đã làm gia tăng thời gian cần thiết cho cả hai chỉ số này. Nghiên cứu của Pfannmuller<sup>4</sup> và cộng sự cũng chỉ ra rằng thời gian chạy máy trung bình có thể lên đến  $168,3 \pm 40,4$  phút và thời gian kẹp động mạch chủ là  $97,3 \pm 25,3$  phút khi phẫu thuật kết hợp. Điều này cho thấy tại các trung tâm lớn như Leipzig, thời gian phẫu thuật kéo dài đáng kể khi có phẫu thuật đi kèm so với các ca chỉ thay van hai lá đơn thuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất trung bình là 436,4 ml và lượng máu truyền trung bình là 1,1 đơn vị hồng cầu lắng. Zhai<sup>7</sup> và cộng sự ghi nhận lượng máu truyền trung bình là 1,35 đơn vị hồng cầu lắng, trong khi con số này ở nghiên cứu của Matzelle<sup>8</sup> thấp hơn, chỉ ở mức 0,6 đơn vị. Điều này cho thấy, lượng máu truyền trong phẫu thuật van hai lá nội soi toàn bộ là tương đối thấp.

Qua phân tích (bảng 5), chúng tôi nhận thấy thời gian thở máy và thời gian nằm hồi sức của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi kéo dài hơn so với kết quả của các tác giả phương Tây như Downes và Matzelle<sup>8</sup>, nhưng lại tương đồng với các tác giả châu Á như Yi Chen và Q. Jiang<sup>5</sup>. Nguyên nhân chính có lẽ là tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh van tim hậu thấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu từ các tác giả phương Tây. Bệnh van tim hậu thấp phổ biến hơn ở các nước đang phát

triển và thường được chẩn đoán, điều trị muộn hơn so với bệnh van tim thoái hóa – một loại bệnh lý phổ biến hơn ở các nước phát triển. Chính vì vậy, bệnh nhân mắc bệnh van tim hậu thấp trong nghiên cứu của chúng tôi thường có tổn thương tim nặng hơn, đi kèm với nhiều biến chứng như hở van ba lá, rung nhĩ, và áp lực động mạch phổi cao. Những yếu tố này làm cho quá trình rút ống nội khí quản và chuyển bệnh nhân ra khỏi khu vực hồi sức trở nên khó khăn và kéo dài hơn.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp sử dụng đặt bóng đối xung động mạch chủ, và bệnh nhân này đã cải thiện chức năng tim sau phẫu thuật, được cai bóng thành công. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp chảy máu sau mổ (3,1 %) cần phải mổ lại, do chảy máu thành ngực. Việc mổ lại được thực hiện qua nội soi, bệnh nhân hồi phục tốt sau phẫu thuật. Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận trường hợp tử vong. Siêu âm sau phẫu thuật, ghi nhận sửa van hai lá có 7 trường hợp mức độ hở van rất nhẹ và 100% các thay van đều được đánh giá tốt và không hở cạnh van. Phương pháp tiếp cận ít xâm lấn qua nội soi toàn bộ không ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả phẫu thuật của sửa van và thay van hai lá.

Với tiêu chuẩn chọn bệnh của nghiên cứu, tỉ lệ thành công kỹ thuật đạt 94,9%. Thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo và thời gian kẹp động mạch chủ tương đương với các báo cáo khác.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn qua nội soi toàn bộ, thay thế hoặc sửa van hai lá với ba vết rạch nhỏ dài 2–4 cm trên thành ngực cho thấy là an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng thấp, giúp giảm thời gian thở máy và rút ngắn thời gian nằm hồi sức, người bệnh phục hồi nhanh

chóng sau phẫu thuật, mang đến tính thẩm mỹ cao nhờ đường mổ ngắn. Ngoài ra, các thủ thuật kèm theo như sửa van ba lá, phẫu thuật maze và đóng lỗ thông liên nhĩ cũng được tiến hành khi cần thiết. Với những ưu điểm vượt trội này, phương pháp phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn qua nội soi toàn bộ rất đáng được khuyến khích áp dụng rộng rãi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ailawadi G, Agnihotri AK, Mehall JR, et al.** Minimally invasive mitral valve surgery I: patient selection, evaluation, and planning. *Innovations*. 2016;11(4):243-250.
2. **Svensson LG, Atik FA, Cosgrove DM, et al.** Minimally invasive versus conventional mitral valve surgery: a propensity-matched comparison. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2010;139(4):926-932. e2.
3. **Modi P, Hassan A, Chitwood Jr WR.** Minimally invasive mitral valve surgery: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2008;34(5):943-952.
4. **Davierwala PM, Seeburger J, Pfanmüller B, et al.** Minimally invasive mitral valve surgery: "The Leipzig experience". *Annals of Cardiothoracic Surgery*. 2013;2(6):744.
5. **Jiang Q, Wang Z, Guo J, Yu T, Zhang X, Hu S.** Retrospective comparison of endoscopic versus open procedure for mitral valve disease. *Journal of Investigative Surgery*. 2021;34(9):1000-1006.
6. **Cheng DC, Martin J, Lal A, et al.** Minimally invasive versus conventional open mitral valve surgery a meta-analysis and systematic review. *Innovations*. 2011;6(2):84-103.
7. **Zhai J, Wei L, Huang B, Wang C, Zhang H, Yin K.** Minimally invasive mitral valve replacement is a safe and effective surgery for patients with rheumatic valve disease: a retrospective study. *Medicine*. 2017;96(24): e7193.
8. **Matzelle SJ, Murphy MJ, Weightman WM, Gibbs NM, Edelman JJB, Passage J.** Minimally invasive mitral valve surgery using single dose antegrade Custodiol cardioplegia. *Heart, Lung and Circulation*. 2014;23(9):863-868.

## NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĨNH LONG NĂM 2021

Nguyễn Quốc Phục<sup>1</sup>, Nguyễn Trương Duy Tùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Mô hình bệnh tật phản ánh tình trạng sức khỏe và phân nào phản ánh tình hình kinh

<sup>1</sup>Sở Y tế tỉnh Vĩnh Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Phục

Email: drnguyenquocphuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 9.12.2024

tế - xã hội của quốc gia hay cộng đồng đó. Điều kiện kinh tế xã hội và lối sống của người dân có ảnh hưởng mạnh mẽ đến mô hình bệnh tật [1]. Đã có một số nghiên cứu mô hình bệnh tật tại các bệnh viện, nhưng nghiên cứu mô hình bệnh tật tại cộng đồng còn khá ít, nên chưa cung cấp được các bằng chứng đầy đủ về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ các chương bệnh và mười bệnh mắc cao nhất theo ICD10 của các bệnh nhân khám chữa bệnh Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**