

1. PHẪU THUẬT ĐÓNG THÔNG LIÊN NHĨ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thông liên nhĩ là một bệnh tim bẩm sinh thường gặp do phát triển bào thai không đầy đủ nên vách liên nhĩ không kín tạo một lỗ thông giữa hai buồng nhĩ. Có thể chia thông liên nhĩ thành 2 loại chính: thông liên nhĩ đơn thuần và thông liên nhĩ phối hợp với dị tật khác. Thông liên nhĩ đơn thuần có 4 loại: Thông liên nhĩ tiên phát (15%), thông liên nhĩ thứ phát (50-70%), thông liên nhĩ xoang tĩnh mạch (10%) và thông liên nhĩ còn lỗ bầu dục-PFO (thông liên nhĩ lỗ thứ 2 nhỏ hơn 3mm). Ở đây chỉ nói đến thông liên nhĩ của 3 loại sau cùng.
- Thông liên nhĩ đơn thuần thường không có triệu chứng ở trẻ nhỏ. Lâm sàng có thể nghe thấy tiếng thổi 2-3/6 cạnh ức trái hay T2 tách đôi. Hình ảnh bóng tim to trên X Quang. Tăng gánh thấy phải, hay block nhánh P trên điện tâm đồ. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm tim qua thành ngực hoặc siêu âm thực quản. Thông tim thường để đo lưu lượng máu và sức cản phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Lỗ bầu dục (PFO) hoặc thông liên nhĩ lỗ nhỏ chỉ cần theo dõi định kỳ. Đa phần các lỗ thông liên nhĩ đơn thuần nhỏ (<6mm) có thể tự đóng ở năm 2 tuổi.
- Chỉ định đóng thông liên nhĩ khi luồng shunt có ý nghĩa: tỷ lệ Qp:Qs lớn hơn 2:1 (Qp: Lưu lượng máu đến phổi; Qs: lưu lượng máu đại tuần hoàn); suy thất phải.
- Những trường hợp tăng áp lực động mạch phổi còn bảo tồn có thể cân nhắc đóng lỗ thông: Sức cản phổi (PVR) > 5 đơn vị Wood nhưng nhỏ hơn 2/3 sức cản hệ thống (SVR) hay áp lực động mạch phổi (PAP) < 2/3 áp lực hệ thống (đã điều trị giãn mạch phổi hay các nghiệm pháp giãn mạch phổi) mà Qp:Qs > 1.5
- Chỉ định đóng thông liên nhĩ trong mọi trường hợp kể cả lỗ thông nhỏ nếu có tắc mạch nghịch thường (paradoxical embolism).
- Lớn tuổi không phải là chống chỉ định phẫu thuật.
- Thông liên nhĩ lỗ lớn, gờ của lỗ thông nhỏ không thích hợp cho bít lỗ thông bằng dù.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thông liên nhĩ mà có biểu hiện hội chứng Eisenmenger

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án: Chuẩn bị hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định.
- Xét nghiệm: Công thức máu, sinh hóa máu, đông máu, nhóm máu, nước tiểu, X quang phổi, siêu âm bụng, tiết niệu, điện tim đồ, siêu âm tim – 2 bản, miễn dịch (HIV, HCV, HbsAg), khám tai mũi họng, răng hàm mặt.
- Chuẩn bị mổ: Cần chuẩn bị cho người bệnh theo đúng quy trình chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật: vệ sinh cá nhân, ăn uống, thuốc, dự trữ máu trước mổ.
- Giải thích cho người bệnh/gia đình người bệnh: Kiến thức về bệnh; tại sao phải phẫu thuật, những rủi ro, cũng như căn dặn sau khi phẫu thuật cần tuân theo những điều gì. Gia đình người bệnh ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ hoặc không.

2. Người thực hiện

Có 5 nhóm phối hợp chặt chẽ với nhau trước trong và sau khi phẫu thuật: Bác sỹ nội khoa, phẫu thuật viên, gây mê và chạy máy tim phổi, hồi sức sau mổ, cả 5 nhóm này phải được đào tạo đầy đủ về chuyên môn của mình.

Người trực tiếp thực hiện: Phẫu thuật viên tim mạch và 2 người phụ mổ, 2 chạy máy.

3. Phương tiện trang thiết bị

Các trang thiết bị về phẫu thuật tim với máy tim phổi bao gồm: máy tim phổi, máy trao đổi nhiệt, monitor, máy chống rung tim, các dụng cụ chuyên khoa tim mạch,

máy đo khí trong máu và điện giải...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật : 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Nằm ngửa, 2 tay xuôi theo thân mình, có đệm một gối nhỏ ở sau vai nếu mở đường xương ức; nằm nghiêng trái 30-45 độ nếu đi đường ngực phải.

2. Vô cảm:

Gây mê nội khí quản.

Đặt các ống thông để theo dõi huyết động (động mạch, tĩnh mạch trung tâm), các đường truyền, đầu đo nhiệt độ thực quản, trực tràng, xông tiểu.

3. Kỹ thuật:

A. Mở xương ức thông thường

- Heparin 3mg/kg
- Nối máy tim phổi nhân tạo vào người bệnh: Canule động mạch chủ lên, 2 canule tĩnh mạch chủ trên-chủ dưới có lắc vải để cô lập nhĩ phải.
- Chạy máy khi ACT > 400.
- Bảo vệ cơ tim: Liệt tim bằng máu ấm hoặc custodiol xuôi dòng qua gốc động mạch chủ hoặc có thể để tim rung hoặc tim đập cùng việc bơm CO₂ vào trong trường mổ, luôn để nhĩ trái đầy để tránh tắc mạch do khí.
- Khâu kín lỗ thông liên nhĩ: Thường dùng một miếng vá hoặc màng tim để vá lỗ thông tránh cho vách liên nhĩ căng, dễ bục. Hiếm khi khâu trực tiếp.
- Đóng nhĩ phải, đẩy tim đuôi khí qua hút tim trái, kim gốc động mạch chủ, để tim đập lại. Hỗ trợ, ngừng máy, rút canule, cầm máu.
- Đóng màng tim, đặt dẫn lưu, điện cực, đóng xương ức, vết mổ.

B. Đóng thông liên nhĩ qua đường mở ngực phải

- Thiết lập hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể qua mạch đùi: ĐM đùi, TM đùi; tĩnh mạch cảnh trong ở cổ hoặc đặt trực tiếp vào tĩnh mạch chủ trên qua vết mổ.
- Mở ngực trước bên qua khoang liên sườn IV.
- Các bước khác tương tự như đường mở xương ức thông thường.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Sau phẫu thuật cần theo dõi chặt chẽ người bệnh tại buồng chăm sóc sau phẫu

thuật tăng cường về các thông số tuần hoàn (mạch, điện tim, huyết áp động mạch tối đa, tối thiểu, trung bình, huyết áp tĩnh mạch trung tâm, nhiệt độ), các ống dẫn lưu, số lượng nước tiểu, các thông số máy thở, tình trạng tinh thần của người bệnh 1 giờ 1 lần trong 24 giờ sau phẫu thuật.

- Chụp Xquang tại giường.
- Xét nghiệm vào thời gian quy định: khí trong máu, điện giải, hematocrite.
- Khám định kỳ sau khi ra viện bằng lâm sàng và siêu âm (khoảng 6 tháng/1 lần). Qua 3 năm nếu không có gì bất thường coi như khỏi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện chảy máu, tràn khí hay máu màng phổi, loạn nhịp tim ... để có biện pháp xử trí thích hợp.