

2. PHẪU THUẬT VÀ THÔNG LIÊN THẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thông liên thất là một bệnh tim bẩm sinh đứng hàng đầu trong các dị tật tim bẩm sinh (30-40%), do khuyết tật trong thời kì bào thai mà vách liên thất không kín. Có 1 hay nhiều lỗ thông giữa hai buồng thất. Thông liên thất rất hay kèm với những dị tật tim khác. Cần chú ý tới loại thông liên thất thứ phát, tức là do những dị tật khác nên phải có thông liên thất thì cuộc sống mới tồn tại được. Ở đây chỉ nói tới thông liên thất đơn thuần.
- Có nhiều kiểu thông liên thất đơn thuần do vị trí lỗ thông khác nhau: thông liên thất quanh màng (~80%), thông liên thất vùng cơ bè (~15-20%), thông liên thất vùng phổi (~5%) – vị trí gây ra hở van động mạch chủ do sa lá van, thông liên thất buồng nhận.
- Lâm sàng: tiếng thổi tâm thu khoang liên sườn III-IV cạnh ức trái. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm tim: chẩn đoán vị trí, kích thước lỗ thông, đánh giá áp lực động mạch phổi, mức độ giãn thất trái, tình trạng van động mạch chủ, có hẹp đường ra thất phải, thất trái kèm theo không. Thông tim ở người bệnh tăng áp lực động mạch phổi nặng dễ đo lưu lượng và sức cản động mạch phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

Phần lớn thông liên thất có thể tự đóng kín trong năm đầu, ngay cả khi lớn tuổi cũng gặp những trường hợp tự đóng kín. Nếu không đóng kín được thì cũng làm cho kích thước lỗ thông nhỏ lại. Cho nên, trừ những trường hợp đặc biệt phải phẫu thuật sớm, cần đợi sau một năm hãy phẫu thuật. Ngược lại không nên để lỗ thông lớn quá có thể gây những thương tổn không hồi phục. Tốt nhất là phẫu thuật ở tuổi trước khi đi học.

1. Những trường hợp phải phẫu thuật sớm

- Thông liên thất lỗ lớn (Unrestrictive VSD) gây suy tim điều trị nội khoa không kết quả.
- Thông liên thất lỗ lớn làm trẻ không phát triển được (tuy nhiên ngay cả với lỗ thông liên thất lớn thường cũng không gây ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ trong 3 tháng đầu).
- Thông liên thất lỗ lớn mà trẻ phát triển bình thường, cần theo dõi sát nếu lỗ thông không đóng nhỏ lại bớt thì thường tiến hành phẫu thuật ở 4-6 tháng tuổi.

2. Những trường hợp sau nên đợi lớn hơn sẽ phẫu thuật

- Thông liên thất lỗ trung bình sẽ phẫu thuật khi trẻ chậm hoặc không tăng cân; hay có dấu hiệu tiến triển giãn hoặc suy thất trái.

– Thông liên thất có Qp/Qs từ 1,5-2.

3. Chỉ định khác

– Thông liên thất gây hở chủ (đa số ở vị trí phễu) (Laubry Pezzi)

– Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn

– Hẹp đường ra thất phải, thất trái

– Phình xoang Valsava

– Thông liên thất tăng áp lực động mạch phổi nặng mà sức cản phổi (PVR) còn bảo tồn: PVR < 8 đơn vị Wood; PVR hay áp lực động mạch phổi < 2/3 áp lực hệ thống, Qp:Qs > 1.5:1

– Giãn thất trái tiến triển hoặc suy chức năng thất trái.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

– Thông liên thất áp lực động mạch phổi cố định (Hội chứng Eisenmenger): PVR > 8 đơn vị Wood ngay cả với các nghiệm pháp giãn mạch phổi.

– Thông liên thất lỗ nhỏ, không ở vị trí dưới đại động mạch, không gây giãn thất trái, không gây tăng áp lực động mạch phổi, không có tiền sử viêm nội tâm mạc có thể theo dõi định kỳ.

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.

2. Người thực hiện:

Có 5 nhóm phổi 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, đội một gối nhỏ dưới vai.

2. Vô cảm: Như phần phẫu thuật thông liên nhĩ.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Mở đường dọc giữa xương ức, bộc lộ tim.
- Bước 2: Heparin 3 mg/kg
- Bước 3: Thiết lập hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể: Canule động mạch chủ lên, tĩnh mạch chủ trên, chủ dưới; hút tim trái qua tĩnh mạch phổi trên trái hoặc PFO; kim gốc động mạch chủ.
- Bước 4: Chạy máy khi Act > 400s
- Bước 5: Bảo vệ cơ tim: bơm máu ấm hoặc Custodiol xuôi dòng qua gốc động mạch chủ; trong trường hợp hở chủ nhiều có thể bơm trực tiếp dung dịch bảo vệ vào lỗ vành hoặc xoang tĩnh mạch vành.
- Bước 6: Đường mở tim phụ thuộc vào vị trí lỗ thông: mở nhĩ phải cho các trường hợp lỗ thông ở vùng buồng nhận và quanh màng; mở động mạch phổi với lỗ thông vùng phổi; mở phổi thất phải trong trường hợp lỗ thông dưới 2 van; hoặc có thể vá lỗ thông qua đường mở động mạch chủ. Ngoài ra có thể phối hợp các đường mở tim trong trường hợp lỗ thông rộng, vị trí khó; có thể xẻ lá vách van ba lá để bộc lộ lỗ thông rõ ràng hơn.
- Bước 7: Sửa chữa các thương tổn phối hợp: Hở van ba lá, hở chủ, hẹp đường ra thất trái, thất phải.
- Bước 8: Đóng tim, đẩy tim đuổi khí qua hút tim trái, kim gốc động mạch chủ, để tim đập lại. Hỗ trợ, ngừng máy, rút canule, cầm máu.
- Bước 9: Đóng màng tim, đặt dẫn lưu, điện cực, đóng xương ức, vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Như phần phẫu thuật thông liên nhĩ.

- Theo dõi sau phẫu thuật cần chú ý tới thông liên thất còn tồn lưu và tăng áp lực động mạch phổi
- Đối với áp lực phổi cao, cần theo dõi định kì (lâm sàng, siêu âm).
- Cần theo dõi điều trị để phòng viêm nội tâm mạc khi còn dòng máu qua lỗ thông.

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.
- Thông liên thất còn tồn lưu, nếu tồn lưu lớn cần mổ lại sớm.
- Khâu vào bó His gây block nhĩ-thất phải đặt máy tạo nhịp (khoảng 2- 4%).
- Thương tổn van động mạch chủ (hiếm gặp).