

# EARLY OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT FOR AORTIC VALVE STENOSIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyen Quang Huy<sup>1\*</sup>, Vu Ngoc Tu<sup>1</sup>, Le Van Hung<sup>2</sup>, Dang Van Khanh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

<sup>2</sup>Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 13/10/2025

Revised: 13/11/2025; Accepted: 23/02/2026

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the clinical and paraclinical characteristics as well as the early surgical outcomes of patients with aortic valve stenosis treated at Hanoi Medical University Hospital during the period 2021–2024.

**Methods:** A descriptive study was conducted on patients diagnosed with aortic valve stenosis who underwent surgery at Hanoi Medical University Hospital from January 2021 to December 2024.

**Results:** The study included 40 patients with a mean age of  $63.7 \pm 8.2$  years; males accounted for 67.5%. The main symptom was chest pain (65%). NYHA class II before surgery was observed in 85%. All patients (100%) had a systolic murmur at the aortic valve area. Preoperative echocardiography showed left ventricular enlargement with LVM(g)  $240.2 \pm 75.2$ , and most patients had preserved left ventricular function, with 80% having EF >50%. All patients presented with severe aortic valve stenosis and ascending aortic dilatation, with a mean transvalvular gradient of  $62.5 \pm 16.1$  and ascending aortic diameter of  $40.5 \pm 5.2$  mm. A bicuspid aortic valve abnormality was found in 35 patients (87.5%). Surgical procedures included 17.5% with ascending aortic replacement, 40% with ascending aortic wrapping, and 7.5% with mitral valve repair using an annuloplasty ring. Postoperatively, 95% of patients were discharged with good outcomes; one patient died due to intraoperative Stanford type A aortic dissection leading to multiorgan failure, and one required reoperation for sternal reconstruction due to sternal dehiscence.

**Conclusion:** Aortic valve stenosis is predominantly observed in the elderly population, manifesting with a heterogeneous spectrum of cardiac symptoms, ascending aortic involvement, and comorbidity-related conditions. Surgical management primarily consists of aortic valve replacement combined with appropriate intervention on the ascending aorta, achieving a high rate of procedural success.

**Keywords:** Aortic valve stenosis; Aortic valve replacement; Ascending aortic replacement; Aortic wrapping.

---

\*Corresponding author

**Email:** quanghuy98.11@gmail.com **Phone:** (+84) 977174348 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i2.4341

# KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT BỆNH HẸP VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Quang Huy<sup>1\*</sup>, Vũ Ngọc Tú<sup>1</sup>, Lê Văn Hùng<sup>2</sup>, Đặng Văn Khánh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam  
<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 13/10/2025

Ngày sửa: 13/11/2025; Ngày đăng: 23/02/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của và kết quả sớm sau phẫu thuật điều trị bệnh hẹp van động mạch chủ (HVĐMC) tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2021-2024

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả đoàn hệ hồi cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán HVĐMC và được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2024.

**Kết quả:** Nghiên cứu gồm 40 bệnh nhân với tuổi trung bình là 63,7±8,2, nam giới chiếm 67,5%. Triệu chứng chủ yếu là tức ngực (65%). NYHA II trước phẫu thuật chiếm 85%. 100% bệnh nhân có tiếng thổi ở ổ van động mạch chủ (VĐMC). Siêu âm tim trước mổ cho thấy thất trái tăng kích thước với LVM(g) 240,2 ± 75,2, đa số có chức năng thất trái trong giới hạn chiếm 80,0%. Các bệnh nhân đều có tổn thương khep khít VĐMC và giãn phòng động mạch chủ (ĐMC) lên với chênh áp trung bình qua VĐMC là 62,5±16,1 và đường kính ĐMC lên 40,5 ± 5,2 mm. Dạng bất thường VĐMC hai cánh van với 35 bệnh nhân chiếm (87,5%). 17,5% kèm theo thay đoạn ĐMC lên, 40,0% được bọc ĐMC lên, 7,5% bệnh nhân sửa van hai lá đặt vòng van. Sau mổ 95% bệnh nhân ra viện với kết quả tốt, 1 bệnh nhân tử vong do lóc ĐMC Stanford A trong mổ; 1 trường hợp mổ lại tạo hình xương ức do toác xương ức.

**Kết luận:** Bệnh HVĐMC thường gặp ở người già với triệu chứng đa dạng của tổn thương tim, ĐMC lên và của bệnh nền. Phẫu thuật chủ yếu là thay VĐMC và xử lý ĐMC lên với tỷ lệ thành công cao.

**Từ khóa:** Hẹp van động mạch chủ, phẫu thuật thay van động mạch chủ, Thay đoạn động mạch chủ lên Bọc động mạch chủ.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

HVĐMC là bệnh lý van tim thường gặp, đặc biệt ở người cao tuổi, với tỷ lệ mắc lên đến 2-7% tại các nước phát triển[1]. Nguyên nhân phổ biến bao gồm vôi hóa van ba lá van tổ chim thông thường, van ĐMC hai cánh bẩm sinh[2]. Bệnh tiến triển âm thầm và khi có triệu chứng như đau ngực, khó thở hoặc ngất, tiên lượng rất xấu nếu không được can thiệp, với tỷ lệ tử vong có thể lên tới 50% trong 2 năm[3].

Phẫu thuật thay van ĐMC hiện là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho các trường hợp hẹp khít có triệu chứng. Tại Việt Nam, kỹ thuật này đã được triển khai tại nhiều trung tâm tim mạch, trong đó có Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2021. Tuy nhiên tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội còn thiếu dữ liệu đánh giá kết quả điều trị và đặc điểm tổn thương đi kèm trong thực tiễn. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Kết quả điều trị hẹp khít van động mạch chủ bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội” nhằm

phân tích hiệu quả phẫu thuật và đặc điểm bệnh nhân tại đơn vị.

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị bệnh HVĐMC tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, giai đoạn từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 Năm 2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán HVĐMC được phẫu thuật, có hồ sơ bệnh án đáp ứng yêu cầu của nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có phẫu thuật xử lý tổn thương thực thể van tim khác kèm theo (thay van, sửa van có tổn thương thực thể lá van), bệnh nhân có phẫu thuật tim hở trước đây, hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

\*Tác giả liên hệ

Email: quanghuy98.11@gmail.com Điện thoại: (+84) 977174348 DOI: 10.52163/yhc.v67i2.4341

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1 Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả đoàn hệ hồi cứu.

### 2.2.2. Các biến số nghiên cứu

Trước phẫu thuật: Các chỉ số đặc điểm chung như tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng, BMI, BSA.. Các triệu chứng lâm sàng như ngất, đau ngực, khó thở,.. Các bệnh lý phối hợp như Tăng huyết áp, suy thận. Các triệu chứng cận lâm sàng như điện tim (nhịp tim, trục điện tim), Chỉ số tim- Lồng ngực trên XQ ngực (bình thường < 50%, bóng tim to > 50%)[4], Các tổn thương VĐMC và các chỉ số trên siêu âm tim LVEDd, LVEDs, phân suất tống máu thất trái (EF >50%, 41-49%, < 40%)[5] . Kích thước ĐMC lên và đường kính vòng VĐMC trên CLVT.

Phẫu thuật: Các thông số như thời gian phẫu thuật, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT), thời gian kẹp ĐMC, tổn thương VĐMC trong mổ, loại van, cỡ van nhân tạo, các phẫu thuật ĐMC lên đi kèm.

Sau phẫu thuật: Thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức tích cực (HSTC), số thuốc trợ tim, số lượng dẫn lưu trong 24h đầu, các chỉ số siêu âm tim sau mổ. Kết quả tốt được đánh giá khi sống không có di chứng khi ra viện và không phải phẫu thuật lại xử lý biến chứng.

**2.2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và ghi chép lại theo mẫu thống nhất. Các kết quả nghiên cứu được thống kê và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0: Tính tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, Biểu liên tục được trình bày dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. Biểu định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm hoặc giá trị tần số tuyệt đối.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 40 đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ nam/nữ là 2,3. Tuổi trung bình của nghiên cứu là 63,7±8,2, thấp nhất là 40 cao nhất là 79 tuổi.

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ

**Bảng 1. Đặc điểm và triệu chứng lâm sàng trước mổ (N=40)**

Đặc điểm	Trung bình	Nhỏ nhất- lớn nhất
BMI (Kg/m <sup>2</sup> )	21,7±2,8	17,3-25,8
BSA(m <sup>2</sup> )	1,6±0,17	1,5-1,8
Triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ (%)
Ngất	05	12,5
Đau ngực	37	92,5
Suy Tim (NYHA)	I	1 2,5
	II	34 85,0
	III	4 10,0
	IV	1 2,5
Rối loạn nhịp	1	2,5
THA	16	40,0
TBMMN	2	5,0
Bệnh thận mạn giai đoạn ≥3b	2	5,0
COPD	2	5,0

**Bảng 2. Triệu chứng cận lâm sàng trước phẫu thuật (N=40)**

Triệu chứng cận lâm sàng	n	Tỷ lệ(%)
<b>Điện tim</b>		
Trục trái	26	65,0
Trung gian	14	35,0
<b>X-Q ngực thẳng</b>		
Chỉ số tim lồng ngực (4)	≥50%	15 37,5
	<50%	25 62,5
<b>Siêu âm tim</b>		
Chức năng tâm thu thất trái (EF%) (5) .	≥50%	32 80,0
	41-49%	4 10,0
	≤40%	4 10,0
	Trung bình	Nhỏ nhất-lớn nhất
	60,1 ± 14,3	24-82
Hình thái VĐMC	Kiểu 3 lá	17 42,5
	Kiểu 2 lá	12 30,0
	Không xác định số lá van	11 27,5

Triệu chứng cận lâm sàng		n	Tỷ lệ(%)
Hở VĐMC	Nhẹ	21	52,5
	Vừa	12	30
	Nhiều	7	17,5
Chỉ số		Trung bình	Nhỏ nhất-Lớn nhất
Đường kính thất trái tâm trương(Dd)(mm)		50,5 ± 8,1	32-69
Đường kính thất trái tâm thu (Ds) (mm)		34,3 ± 9,5	18-50
Khối cơ thất trái (LVM)(g)		240,2 ± 75,2	100,2-444,4
Diện tích lỗ van		0,6±0,3	0,27-1,4
Chênh áp trung bình qua van (mmHg)		62,5±16,1	36-101
CLVT			
Đường kính ĐMC lên(mm)		40,5 ± 5,2	27-52
Đường kính vòng van trên CLVT		25,6±2,2	22-29

**Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật và tổn thương trong mổ (N=40)**

Chỉ số		Trung bình	Nhỏ nhất- lớn nhất	
THNCT	Thời gian THNCT cơ thể (phút)	126,8±34,3	91-260	
	Thời gian cặp ĐMC (phút)	96,2±25	72-184	
Tổn thương, kỹ thuật trong mổ		n	Tỷ lệ(%)	
Tổn thương VĐMC trong mổ	2 cánh van (cánh chung)	Trái-Phải	19	47,5
		Phải-Không vành	13	32,5
		Trái- Không vành	3	7,5
	3 cánh van		5	12,5
	Vị trí vôi hóa	Lá van	13	32,5
		Vòng van	25	62,5
Cơ Tim		2	5	
Kỹ thuật phẫu thuật	Loại van	Sinh học	19	47,5
		Cơ học	21	52,5
	Cỡ Van	19	4	12,1
		20	1	3,0
		21	14	42,4
		23	11	33,3
		25	1	3,0
		26	2	6,1
Kỹ thuật phẫu thuật	Kỹ Thuật		n	Tỷ lệ (%)
	Thay VĐMC + sửa van hai lá		3	7,5
	Kỹ Thuật	Đường kính ĐMC lên	n	Tỷ lệ (%)
	Thay VĐMC đơn thuần	36,4±3,8	14	35
	Thay VĐMC + ĐMC lên	45,0 ±5,5	7	17,5
	Thay VĐMC + bọc ĐMC lên	42,94±2,76	16	40

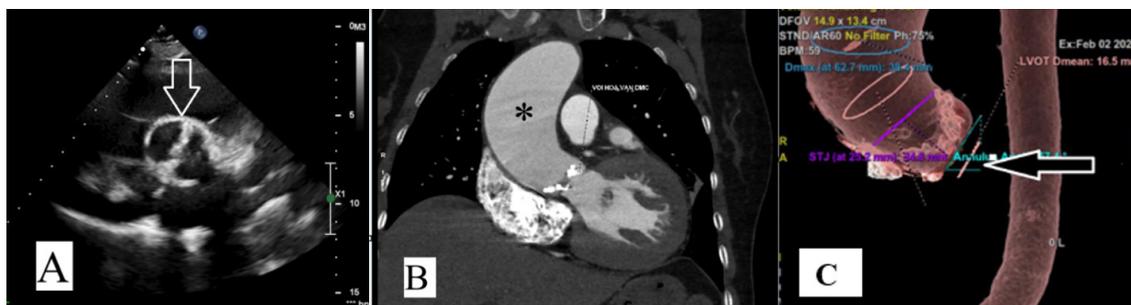
**Bảng 4. Kết quả hậu phẫu ( N=40)**

Đặc điểm		Trung bình	Nhỏ nhất- lớn nhất	
Tại phòng HSTC	Thời gian thở máy(giờ)	29,8±21,2	15-96	
	Thời gian nằm hồi sức(ngày)	2,5 ± 0,7	2-5	
Chỉ số		n	Tỷ lệ(%)	
Thuốc trợ tim	Không sử dụng	5	12,5	
	1 loại	16	40,0	
	2 loại	17	42,5	
	3 thuốc	2	5,0	
Số lượng dẫn lưu 24h (ml)		250±110	30-950	
Biến chứng ngoại khoa	Toác xương ức (mổ lại tạo hình xương ức)	1	2,5	
Biến Chứng nội khoa	Nhiễm trùng phổi	4	10	
	Tổn thương thận mức độ ≥ 3b	5	12,5	
Ra viện		39	97,5	
Tử vong		1	2,5	
Siêu âm tim	EF sau mổ			
	EF bình thường > 51%		33	84,6
	EF giảm vừa 41-50%		5	12,8
	EF giảm nhiều <40%		1	2,6
	EF trung bình	Trước mổ	Sau mổ	P-value
		60,1 ± 14,3	60,85 ± 11,3	0,185
	Chênh áp trung bình qua van	Trước mổ	Sau mổ	P-value
		62,5±16,1	15,5±7,0	<0.01

**4. BÀN LUẬN**

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 63,7±8,2 tuổi (thấp nhất 40 cao nhất 79). Nhóm người bệnh < 65 tuổi chiếm tỷ lệ là 47,5% và ≥ 65 tuổi chiếm 52,5%. Tỷ lệ nam cao hơn nữ nam: nữ 2,33 . Độ tuổi này phù hợp với sự tiến triển của bệnh lý hẹp VĐMC chủ yếu gây ra bởi sự vôi hóa các lá van đặc biệt ở các trường hợp VĐMC hai cánh van. Triệu chứng lâm sàng chính đưa bệnh nhân tới bệnh viện là các triệu chứng của suy tim hoặc thiếu máu hệ động mạch vành do bệnh hẹp VĐMC (đau ngực, khó thở) hoặc hoa mắt chóng mặt do giảm tưới máu não thì tâm trương . Tuy nhiên đa số các bệnh nhân đến viện với mức độ suy tim còn nhẹ, trên lâm sàng có tới 87,5% bệnh nhân ở mức suy tim NYHA I, II. Chỉ có 1 bệnh nhân ở mức độ NYHA IV . Trường hợp NYHA I phải phẫu thuật do VĐMC hai cánh van kèm theo giãn lớn ĐMC lên 50mm. Ngoài ra có 05 bệnh nhân(12,5%) đến viện với triệu chứng khởi phát do triệu chứng của giảm tưới máu não (ngất, chóng mặt).

Để chẩn đoán bệnh HVĐMC cũng như tổn thương ĐMC lên kèm theo và đưa ra phương án giải quyết các cận lâm sàng chính được sử dụng là siêu âm tim và chụp cắt lớp vi tính(CLVT) lồng ngực có tiêm thuốc. Siêu âm tim lựa chọn để chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ nặng của HVĐMC. Là phương pháp được chỉ định khi khám lâm sàng có tiếng thổi tâm thu 3/6; tiếng T2 đơn độ hoặc các dấu hiệu gợi ý HVĐMC[1]. CLVT để khảo sát ĐMC lên trước phẫu thuật hoặc xét chỉ định phẫu thuật ĐMC[6] cho biết hình thái tổn thương kèm theo của ĐMC ngực trong bệnh cảnh HVĐMC, cũng như dự đoán đường kính vòng VĐMC trước phẫu thuật. Trong bệnh HVĐMC luồng máu tốc độ cao từ thất trái qua lỗ hẹp van ĐMC tác động lên phần cong của ĐMC lên dẫn tới phồng ĐMC lên vị trí này hoặc có thể tổn thương lóc ĐMC. Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân có kích thước ĐMC lên trung bình là 40,5 ± 5,2 mm, trong đó có 63% có đường kính ĐMC >40mm.

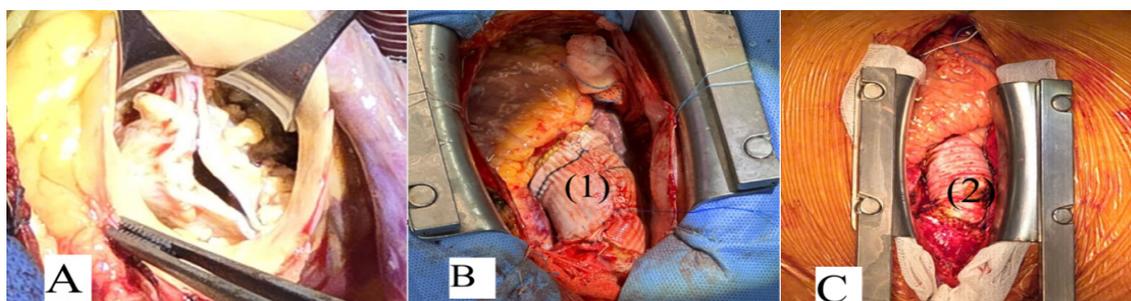


A: Siêu âm tim ( mũi tên: hình ảnh vô hóa VĐMC hai cánh van ); B: Chụp CLVT ( hoa thị: giãn ĐMC lên); C: Đo đường kính VĐMC trên CLVT ( mũi tên: vòng VĐMC)

### Hình 1. Các phương pháp cận lâm sàng trước mổ

Điều trị bệnh HVĐMC hiện nay có nhiều phương án điều trị nội khoa, phẫu thuật can thiệp nhưng cần phải cân nhắc nhiều yếu tố. Các yếu tố cần phải được cân nhắc kỹ lưỡng gồm: triệu chứng lâm sàng, mức độ HC, tuổi và chức năng tim[1]. Điều trị nội khoa đến hiện tại vẫn không có phác đồ cụ thể điều trị nội khoa HC. Nong VĐMC bằng bóng qua da: là phương pháp điều trị tạm thời trước khi mổ có chuẩn bị như một phương pháp điều trị bắc cầu; Điều trị ở bệnh nhân có rối loạn chức năng TT nặng[7]. Thay VĐMC qua da (Transcatheter Aortic Valve Implantation – TAVI) là kỹ thuật được áp dụng cho bệnh nhân HVĐMC có nguy cơ phẫu thuật cao. Thủ thuật này lần đầu tiên được Cribier A. thực hiện vào năm 2002[8] và hiện nay đã trở thành một lựa chọn điều trị ít xâm lấn, với tỷ lệ thành công cũng như sống còn trong 30 ngày sau can thiệp đạt trên 90%[9,10]. Tuy nhiên chi phí cao khó tiếp cận với đa số bệnh nhân và tiềm ẩn các biến chứng như tai biến mạch máu não.... Ở trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân còn khá trẻ và không mắc nhiều bệnh nền, cũng như nhiều bệnh nhân có tổn thương phình ĐMC ngực kèm theo cho nên phương án phẫu thuật thay VĐMC vẫn là ưu tiên lựa chọn để xử lý tổn thương VĐMC và ĐMC lên. Trong nghiên cứu có 17

bệnh nhân được phẫu thuật thay VĐMC đơn thuần và 23 bệnh nhân được phẫu thuật thay VĐMC kèm phẫu thuật ĐMC lên (bọc 16, thay 7). Khi đường kính VĐMC <40mm các bệnh nhân được thay VĐMC đơn thuần 40-45mm cân nhắc bọc hoặc thay ĐMC, các trường hợp ĐMC >45mm thay ĐMC lên được chỉ định. Trong bệnh HVĐMC, van có thể bị vô hóa ở nhiều vị trí, trong đó vô hóa ở vị trí vòng van và cơ thất và lan xuống lá trước van hai lá gây ra nhiều khó khăn hơn khi phẫu thuật. Lấy bỏ hoàn toàn vô hóa có nguy cơ gây tổn thương cơ thất, làm tăng khả năng thủng vách liên thất hay mất dẫn truyền nhĩ thất. Ngược lại, việc không lấy bỏ triệt để vô hóa có thể làm tăng tỉ lệ hở cạnh van nhân tạo sau mổ. Để giảm biến chứng, bên cạnh lấy bỏ vô hóa hết sức cẩn trọng để bảo tồn tối đa cơ tim cũng như sử dụng màng tim vá phủ các phần cơ thương tổn, việc sử dụng chỉ cố định van tim nhân tạo có đệm làm hạn chế rách, xé vòng van, có thể giảm bớt nguy cơ hở cạnh van sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 62,5% vô hóa vòng van và 5% vô hóa vào cơ tim (Bảng 3). Tuy nhiên không có bệnh nhân nào phải tái tạo lại vòng van cũng như vá lại cơ tim trong mổ, không có bệnh nhân nào có rối loạn nhịp phải cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn sau mổ.



A: VĐMC hai cánh van vô hóa; B: Bọc ĐMC lên bằng mạch nhân tạo (1); C: Thay ĐMC lên bằng mạch nhân tạo (2).

### Hình 2. Tổn thương trong mổ và điều trị HVĐMC

Trong mổ, chúng tôi gặp 1 trường hợp lóc ĐMC Stanford A ngay sau khi bơm dung dịch liệt tim. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật thay VĐMC và ĐMC lên, hạ thân nhiệt, ngừng tuần hoàn và tưới máu não chọn lọc và đặt ECMO sau mổ. Người bệnh được cai ECMO thành công nhưng không qua khỏi do suy đa tạng vào ngày thứ 10 sau mổ. Lóc ĐMC là biến chứng có thể gặp khi mổ tim hở, nhất là ở những bệnh nhân có tổn thương của ĐMC lên. Tuy nhiên lóc ĐMC cũng là một trong các biến chứng/ tổn

thương thành mạch của bệnh HVĐMC với hình ảnh giải phẫu bệnh thoái hóa dạng nang hoặc thoái hóa chun lớp áo giữa. Những tổn thương thành mạch tiềm tàng này có thể là căn nguyên dẫn tới lóc ĐMC trong mổ. Đây cũng là bệnh nhân duy nhất trong nghiên cứu này tử vong sau mổ.

Sau phẫu thuật đa số các bệnh nhân (29 trường hợp chiếm 62,5%), được rút nội khí quản trong 24h đầu sau mổ. Các bệnh nhân chủ yếu sử dụng 1 hoặc không cần

sử dụng thuốc trợ tim sau mổ, điều này phù hợp với việc các bệnh nhân trong nghiên cứu có chức năng tim trước mổ tốt. Không có bệnh nhân nào phải mổ lại do chảy máu sau mổ. Một bệnh nhân khác có tình trạng toác xương ức, được phẫu thuật tạo hình xương ức (kết quả cấy vi sinh tổ chức, dịch vùng xương ức âm tính). Ngoài ra, một số biến chứng nội khoa khác gặp sau mổ là: Tổn thương thân mức độ G3b trở lên (5 bệnh nhân) tuy nhiên đều tự hồi phục mà không cần lọc máu và 4 bệnh nhân nhiễm trùng phổi. Đây là biến chứng có thể gặp trong phẫu thuật tim hở nói chung và không để lại các hậu quả nặng nề.

Trừ người bệnh tử vong, tất cả các bệnh nhân còn lại đều ra viện với kết quả tốt. Không có bệnh nhân nào còn triệu chứng suy tim trên lâm sàng. Siêu âm tim cũng cho kết quả tốt hơn khi không còn trường hợp nào có chức năng tổng máu thất trái (EF) giảm nặng như trước mổ. Tuy nhiên, mức độ cải thiện nói chung của chỉ số này vẫn cần được đánh giá trong thời gian theo dõi lâu dài.

## 5. KẾT LUẬN

Bệnh HVĐMC là bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi, với biểu hiện lâm sàng đa dạng liên quan đến tim, ĐMC lên và các bệnh lý nền đi kèm. Điều trị chủ yếu hiện nay là phẫu thuật thay VĐMC, kết hợp xử lý ĐMC lên khi cần thiết. Nghiên cứu đã cho thấy rằng kết quả sớm của phẫu thuật điều trị HVĐMC tốt, với tỷ lệ thành công cao, tuy nhiên cần tiếp tục đánh giá thêm về kết quả trung và dài hạn sau phẫu thuật thay van động mạch chủ tại đơn vị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Đỗ Doãn Lợi. Hẹp van động mạch chủ. Trong: Bài giảng tim mạch học. Hội tim mạch học Việt Nam; 2014. tr 1–20.

[2] Stephan PJ, Henry AC III, Hebel RF Jr, Whiddon L, Roberts WC. Comparison of age, gender, number of aortic valve cusps, concomitant coronary artery bypass grafting, and magnitude of left ventricular-systemic arterial peak systolic gradient in adults having aortic valve replacement for isolated aortic valve stenosis. *Am J Cardiol.* 1997 Jan 15;79(2):166–72. doi:10.1016/S0002-9149(96)00705-9

[3] Man D.L., Zipes., Douglas P., et al. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 10th a.b. Philadelphia: Elsevier; 2015. 1452–1454 tr.

[4] Everett RJ, Newby DE, Jabbour A, Fayad ZA, Dweck MR. The Role of Imaging in Aortic Valve Disease. *Curr Cardiovasc Imaging Rep.* 2016 Jun 7;9(7):21. doi:10.1007/s12410-016-9383-z.

[5] Behnouch AH, Khalaji A, Naderi N, Ashraf H, von Haehling S. ACC/AHA/HFSA 2022 and ESC 2021 guidelines on heart failure comparison. *ESC Heart Fail.* 2022 Dec 2;10(3):1531–1544. doi:10.1002/ehf2.14255.

[6] Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Fleisher LA, Jneid H, Mack MJ, McLeod CJ, O’Gara PT, Rigolin VH, Sundt TM, Thompson A. 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2017;135(25):e1159–e1195. doi:10.1161/CIR.0000000000000503

[7] Wang K, Zhang H, Jia B. Current surgical strategies and techniques of aortic valve diseases in children. *Transl Pediatr.* 2018;7(2):83–90. doi:10.21037/tp.2018.02.03

[8] Cribier A, Eltchaninoff H, Bash A, Borenstein N, Tron C, Bauer F, Derumeaux G, Anselme F, Laborde F, Leon MB. Percutaneous transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis: first human case description. *Circulation.* 2002;106(24):3006–3008. doi:10.1161/01.CIR.0000047200.36165.B8.

[9] Calle-Valda CM, Aguilar R, Benedicto A, Sarraj A, Monguio E, Munoz D, De Antonio N, Reyes G. Outcomes of aortic valve replacement according to surgical approach in intermediate and low risk patients: a propensity score analysis. *Heart Lung Circ.* 2018;27(7):885–892. doi:10.1016/j.hlc.2017.08.010..

[10] Đinh Huỳnh Linh. Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật thay van động mạch chủ qua đường ống thông điều trị hẹp khít van động mạch chủ. Luận án tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.