ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT MỞ CỬA SỔ MÀNG TIM TRONG ĐIỀU TRỊ TRÀN DỊCH MÀNG TIM ÁC TÍNH

Nguyễn Viết Đăng Quang, Nguyễn Hoài Nam**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Tràn dịch màng tim (TDMT) ác tính là tổn thương về tim phổ biến nhất trong các bệnh lý ác tính. Nguyên nhân thường do di căn từ ung thư phổi hay ung thư vú. TDMT lượng nhiều và nhanh gây triệu chứng chèn ép tim nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân. Chọc hút màng tim là thủ thuật cấp cứu giúp giải áp xoang màng ngoài. Ngày nay có nhiều phương pháp phẫu thuật mở cửa sổ màng ngoài tim: dưới mũi ức, mở ngực nhỏ, nội soi lồng ngực… với mục tiêu chính cải thiện nhanh chóng lâm sàng, ngăn ngừa tái phát.*

Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật mở cửa sổ màng tim ở bệnh nhân bị tràn dịch màng tim liên quan đến bệnh lý ác tính*

Phương pháp nghiên cứu- Đối tượng: *Nghiên cứu hồi cứu mô tà các trường hợp bệnh nhân bị TDMT ác tính điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện nhân dân Gia Định từ tháng 1/2008 đến 6/2009.*

Kết quả: *Từ 1/2008 đến 6/2009, chúng tôi có 15 TH TDMT ác tính được phẫu thuật. 8 nam và 7 nữ có độ tuổi trung bình : 53,2 tuổi .Nguyên nhân chủ yếu là do ung thư phổi và ung thư vú. Hầu hết bệnh nhân đều nhập viện với triệu chứng khó thở. 15 TH có siêu âm tim tràn dịch màng tim lượng trung bình đến nhiều, có 8/15 TH có dấu chèn ép tim. Có 3/15 TH mở cửa sổ màng tim qua mở ngực nhỏ và 12/15 TH mở cửa sổ màng tim dưới mũi ức. Kết quả tốt đạt được 11 TH, trung bình 1 TH xấu 3 TH. Thời gian sống trung bình 8,7 tuần và không nghi nhân TDMT tái phát.*

Kết luận: *Mở màng tim dưới mũi ức có nhiều ưu điểm , phương pháp phẫu thuật đơn giàn, kết quả tốt và thời gian tái phát xa.*

Từ khoá: *Tràn dịch màng tim; mở cửa sổ màng tim*

ABSTRACT

EARLY RESULTS OF PARTIAL PERICARDIECTOMY FOR TREATMENT OF MALIGNANT PERICARDIAL EFFUSION

Nguyen Viet Dang Quang, Nguyen Hoai Nam

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol.14 - Supplement of No 1-2010: 162 - 167

Introduction: *Malignant pericardial effusion is the most cardiac problems in the malignant disease. The common cause is the metastasis from lung cancer and breast cancer. The large fluid in pericardial cavity is causing the cardiac tamponade and dangerous for the patient. Pericardiocentesis is the first choose in emergency decompression. Today, we have some method of pericardiectomy which the goal is removal tamponade and prevention of recurrence*

Objectives: *Evaluate the early results of partial pericardiectomy.*

Method: *Retropective description*

Results: *From 1/2008 to 6/2009, we have total 15 patients who were partial pericardiectomy. We have 8 men and 7 women, mean age: 53.2 age. The common cause is the metastasis from lung cancer and breast cancer. All the patients had dyspnea. In the cardiac echo, all the patients had the medium to large fluid and 8 cases had sign of*

* Phân môn Lồng ngực - Mạch máu Đại học Y Dược TP. HCM
*Địa chỉ liên hệ:*BS. Nguyễn Việt Đăng Quang *ĐT*: 0989117813 *Email*: dangquangy2002@yahoo.com

cardiac tamponade. In study, we have 3 cases of transthoracic pericardial window and 12 cases of subxiphoid pericardial window. The good result is 11 cases, 1 case of average results and 3 case of bad result. The mean survival is 8.7 week anh we have not the case of recurrence.

Conclusion: *Subxiphoid pericardial window is the simple method, has a lot of advantages and good result.*

Keywords : *pericardial effusion ; open pericardial window*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng tim (TDMT) là tình trạng tụ dịch bất thường ở khoang màng tim gây nên hiện tượng chèn ép tim. TDMT có liên quan đến bệnh lý ác tính chiếm khoảng 10% các trường hợp, trong đó TDMT do bướu di căn từ nơi khác đến chiếm 75-85%. Bệnh nhân thường nhập viện với bệnh cảnh chèn ép tim cấp biểu hiện qua tam chứng Beck: tiếng tim mờ, tĩnh mạch cổ nổi, huyết áp động mạch hạ. Trong TDMT liên quan đến bệnh lý ác tính thì lượng dịch thường nhiều và diễn tiến nhanh, dễ gây chèn ép tim và hay tái phát. Chọc hút dịch khoang màng ngoài tim là biện pháp cấp cứu đầu tiên. Tuy nhiên do tỉ lệ tái phát cao nên cần có biện pháp ngoại khoa tiếp tục để mở màng ngoài tim thoát dịch. Mục đích của biện pháp ngoại khoa là tránh tình trạng tái lập dịch xoang màng tim tái phát gây chèn ép tim, cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Hiện nay, có nhiều phương pháp mở cửa sổ màng tim: mở cửa sổ màng tim qua mở ngực nhỏ, qua nội soi lồng ngực, nong bằng bóng, dưới mũi xương ức… với mục tiêu là can thiệp tối thiểu, hạn chế tái phát và tăng thời gian dẫn lưu hiệu quả. Mỗi phương pháp có những lợi điểm và bất lợi khác nhau, việc áp dụng phương pháp phẫu thuật nào tùy thuộc vào tình trạng của bệnh nhân, phương tiện kỹ thuật và thói quen của phẫu thuật viên.

Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật mở cửa sổ màng tim ở bệnh nhân bị tràn dịch màng tim liên quan đến bệnh lý ác tính.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả các trường hợp

Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân tràn dịch màng ngoài tim có điều trị phẫu thuật mở cửa sổ màng tim tại khoa Ngoại Lồng ngực- Mạch máu - Bước cổ bệnh viện nhân dân Gia Định từ 1/2008 đến 6/2009.

Phương pháp thu thập số liệu

Bệnh nhân sẽ được thu thập các dữ liệu về đặc điểm nhân trắc học, bệnh lý gốc, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp mổ, thời gian phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, các biến chứng hậu phẫu, thời gian nằm viện qua tham khảo hồ sơ bệnh án cũ.

Phương pháp đánh giá

Kết quả gần: bao gồm kết quả ngay sau phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, biến chứng phẫu thuật và thời gian nằm viện của bệnh nhân. Kết quả được đánh giá như sau:

- Kết quả tốt : Bệnh nhân không có biến chứng nặng sau phẫu thuật. Bệnh nhân cải thiện rõ rệt các triệu chứng khó thở và nặng ngực.
- Kết quả trung bình: Bệnh nhân còn khó thở khi nằm đầu thấp.
- Kết quả xấu: BN tử vong sau phẫu thuật, có các biến chứng nặng do phẫu thuật hay do bệnh lý nền, không cải thiện triệu chứng khó thở.

Kết quả lâu dài: sử dụng phương pháp phỏng vấn qua điện thoại, thời gian sống còn của bệnh nhân và tình trạng tràn dịch màng tim tái phát (phải điều trị them về tình trạng tràn dịch màng tim)

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 1/2008 đến 6/2009, chúng tôi thu nhận được 15 trường hợp phẫu thuật điều trị tràn dịch màng tim, ghi nhận được kết quả như sau.

Đặc điểm nhân trắc học, lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi và giới

Nam: nữ = 8:7

Độ tuổi trung bình : 53,2 tuổi; nhỏ nhất 35 tuổi; lớn nhất 79 tuổi

Độ tuổi	Nam	Nữ	Tổng số
≤ 50 tuổi	5	4	9
> 50 tuổi	3	3	6
	8	7	15

Bệnh lý gốc:

Bệnh lý gốc	Số BN
K phổi	11
K vú	2
K cổ tử cung	1
Lymphom	1

Trong 11 trường hợp bị K phổi, chúng tôi có 3 TH được hoá trị đều ở giai đoạn IIIB, thời gian trung bình trước TDMT là 3,6 tháng. 8 TH còn lại đều là mới được phát hiện dưới 1 tháng và chưa được điều trị.

Có hai trường hợp K vú đều được mổ, hoá trị và xạ trị cách 3 và 5 năm. BN bị K cổ tử cung đã được phẫu và xạ cách 2 năm. BN phát hiện lymphom cách 3 tháng.

Lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số trường hợp
Khó thở	15
Nặng	8
Vừa	3
Nhẹ	4
Nhịp tim > 100l/p	9
Hạ huyết áp	3
Tĩnh mạch cổ nổi	8
Tiếng tim mờ	11
Gan to phù chi	6

Cận lâm sàng

Xét nghiệm	Số TH
Hình ảnh X-quang ngực	
Bóng tim lớn	15
Tràn dịch màng phổi 1 bên	3
Tràn dịch màng phổi 2 bên	5
Có hình ảnh tổn thương phổi	4
Bất thường ECG (điện thế thấp)	10

Siêu âm tim	Lượng dịch nhiều	Lượng dịch vừa	
Có dấu chèn ép	6	2	8
Không dấu chèn ép	2	5	7
	8	7	
Lượng dịch trung bình (mm)	35,1 ± 12,5	17,3 ± 2.57	28,3±13,2
EF trung bình	65% ± 10%		

Kết quả điều trị

Chọc hút dịch màng tim : 11/ 15

Lượng dịch chọc hút trung bình : 482,7 ml ± 335,6ml

Điều trị ngoại khoa và kết quả sớm

Chúng tôi có tổng cộng 12 TH được mở màng tim bằng phương pháp dưới mũi ức và 3 TH mở màng tim qua mở ngực nhỏ.

	Mở ngực nhỏ	Dưới mũi ức
Phương pháp vô cảm		
Gây mê	3	0
Gây tê tại chỗ	0	12
Lượng dịch trung bình	250 ± 70,7	595,8 ± 228,09
Thời gian phẫu thuật	75 ± 65,5	61,2 ± 17,2
Kết quả gần sau phẫu thuật		
Tốt	2	9
Trung bình	0	1
Xấu	1	2
Thời gian rút ODL màng tim	8 ± 1,4	3,6 ± 1,5
Thời gian nằm viện	10 ± 1,4	6,5 ± 2,1

Kết quả lâu dài

Chúng tôi theo dõi bệnh nhân bằng phương pháp phỏng vấn qua điện thoại, kết quả:

– Mở ngực nhỏ: 1 TH, thời gian sống của bệnh nhân sau xuất viện là 2 tuần, không ghi nhận tình trạng tràn dịch màng tim tái phát.
– Dưới mũi ức: 6 TH, thời gian sống của bệnh nhân sau xuất viện thấp nhất là 2 tuần và cao nhất là 10 tháng, thời gian sống trung bình là 8,7 ± 2,9 tuần và không

ghi nhận trường hợp nào tràn dịch màng tim tái phát.

BÀN LUẬN

Qua thời gian nghiên cứu từ 1/2008 đến 6/2009, chúng tôi thu nhận được 15 TH tràn dịch màng tim ác tính được điều trị mở cửa sổ màng tim tại Bệnh viện nhân dân Gia Định.

Đặc điểm bệnh nhân, lâm sàng và cận lâm sàng

Chúng tôi thu nhận được 8 nam và 7 nữ có độ tuổi trung bình: 53,2 tuổi; nhỏ nhất 35 tuổi; lớn nhất 79 tuổi.

Tràn dịch màng tim ác tính có đặc điểm là sự thành lập dịch nhanh, lượng nhiều, gây triệu chứng chèn ép và đặc biệt tỉ lệ tái phát cao. Hầu hết các tràn dịch màng tim do ung thư vú hay phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân tràn dịch màng tim ác tính chủ yếu là do ung thu phổi (11/15) và đa số mới phát hiện, kế tiếp là ung thu vú (2/15) và ung thư cổ tử cung. Kết quả này cũng tương tư kết quả của Văn Tần, Nguyễn Thị Ngọc Thuỷ, Văn Minh Trí. Như vậy, tràn dịch màng tim ác tính có nguyên nhân hàng đầu là do ung thư phổi và ung thư vú.

TDMT làm tăng áp lực xoang màng tim, cản trở thì tâm trương của tim. Khi lượng dịch màng ngoài tim tăng dần dẫn đến triệu chứng chèn ép tim với tam chứng cổ điển Beck. Trong nghiên cứu chúng tôi, chỉ có 3/15 TH BN có tam chứng Beck. Hầu hết bệnh nhân nhập viện với triệu chứng khó thở (15/15) trong đó có 8 TH là khó thở mức độ nặng. Tiếng tim mờ được phát hiện 11/15. Mạch nhanh > 100l/p có 9/15 TH. So sánh với tác giả Văn Minh Trí và Nguyễn Thị Ngọc Thuỷ thì triệu chứng khó thở, tiếng tim mờ và mạch nhanh > 100l/p là thường gặp nhất.

Về biểu hiện cận lâm sàng, có 15/15 TH bóng tim to trên phim XQuang ngực thẳng. Có 3/15 tràn dịch màng phổi (TDMP) 1 bên và 5/15 TH TDMP 2 bên. Siêu âm tim là phương tiện chẩn đoán chính xác nhất, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Ngoài ra siêu âm tim còn cho phép khảo sát tình trạng huyết động, lượng dịch màng tim, dấu chèn ép tim, định vị vị trí chọc dò màng tim giải áp. Trong nghiên cứu, siêu âm tim phát hiện 8/15 TH có tràn dịch màng tim lượng nhiều và 7/15 TH TDMT lượng trung bình. Dấu chèn ép tim xuất hiện 8/15 TH. Trên ECG có sự thay đổi không đặc hiệu QRS thấp 10/15 TH.

Kết quả điểu trị tràn dịch màng tim

Điều trị tràn dịch màng tim có nhiều phương pháp, có thể dùng riêng lẻ hay kết hợp với nhau nhằm mục đích chính là làm mất dịch khoang màng tim. Tình trạng bệnh nhân, bệnh lý phối hợp, giai đoạn của ung thư, tiên lượng sống còn và đáp ứng điều trị làm ảnh hưởng đến các lựa chọn này.

Chọc hút dịch màng ngoài tim được đặt ra khi có dấu chèn ép tim hay chưa có dấu chèn ép tim nhưng có tràn dịch màng tim lượng nhiều. Chọc hút màng tim làm giảm triệu chứng chèn ép tim giúp cho bệnh nhân qua khỏi tình trạng nguy hiểm và có khả năng phẫu thuật mở cửa sổ màng tim. Thông thường chỉ cần chọc hút khoảng 150-200 ml dịch là đủ làm giảm triệu chứng chèn ép tim. Chọc dò màng tim là thủ thuật đơn giản, có thể phối hợp dưới hướng dẫn của siêu âm để tăng tỉ lệ thành công. Qua chọc dò màng tim, người ta có thể đặt catheter vào xong màng tim dẫn lưu dịch và bơm thuốc làm dính màng ngoài tim ngừa tái phát. Tuy nhiên, chọc dò màng tim gặp khó khăn trong các trường hợp như tụ dịch thành sau khu trú, dịch mủ đặc, hay gây các biến chứng như chọc thủng tim, tĩnh mạch chủ dưới hay mạch vành. Trong nghiên cứu chúng tôi có 11/15 trường hợp cần chọc dò màng tim giải áp với lượng dịch trung bình khoảng 480ml. Chúng tôi không gặp trường hợp nào tai biến do chọc dò màng tim.

Tuy nhiên trong TDMT ác tính có hiện tượng tái lập dịch nhanh, chính vì vậy ngoài chọc hút màng tim cần có phẫu thuật mở cửa sổ màng tim để giải quyết triệt để hơn. Có

nhiều phương pháp phẫu thuật như: mở ngực nhỏ, nội soi lồng ngực, dưới mũi ức… với mục tiêu là can thiệp tối thiểu và thời gian tái phát dài nhất. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 3/15 TH mở của sổ màng tim qua mở ngực nhỏ đường liên sườn 4 cạnh ức trái và 12/15 TH mở cửa sổ màng tim dưới mũi ức.

Các trường hợp mở cửa sổ màng tim qua mở ngực nhỏ đều được gây mê khi phẫu thuật và có thời gian phẫu thuật trung bình 75 phút, lượng dịch dẫn lưu trung bình khoảng 250ml. Đánh giá về kết quả phẫu thuật gần có 2/3 TH có kết quả tốt, BN hết các triệu chứng khó thở và nặng ngực, nằm đầu thấp được. Thời gian rút ống dẫn lưu màng phổi là 7 và 9 ngày. BN được xuất viện ngày hậu phẫu 9 và 11. Có 1/3 TH có kết quả xấu sau phẫu thuật, BN này bị Lymphom cách 3 tháng, nhập viện với triệu chứng khó thở nặng và có tam chứng Beck, siêu âm tim có hình ảnh tim đu đưa, tràn dịch lương nhiều, Xquang phổi có tràn dịch màng phổi 2 bên lượng vừa, tổn thương phổi lan, trước phẫu thuật BN được chọc hút dịch màng tim 1700ml, BN được rút nội khí quản sau phẫu thuật 3giờ 30 phút, BN phải ngồi thở, ran ẩm ran rít khắp 2 phế trường. Sau 10 giờ, BN bị suy hô hấp, người nhà xin về. Nguyên nhân chính khiến bệnh nhân suy hô hấp là do bệnh lý nền có sẵn, có thể kết hợp với 1 phần của việc gây mê khi mổ. Chúng tôi theo dõi được 1 bệnh nhân khi xuất viện. BN này tử vong sau 2 tuần tại nhà và không ghi nhận tràn dịch màng tim tái phát.

Đối với các trường hợp mở màng ngoài tim dưới mũi ức (12/15), tất cả các TH đều được gây tê tại chỗ dưới mũi ức khi phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình 60 phút và lượng dịch dẫn lưu trung bình là 600ml. Đánh giá kết quả phẫu thuật gần có 9/12 TH kết quả tốt, 1/12 TH kết quả trung bình và 2/12 TH là kết quả xấu. Thời gian rút ống dẫn lưu trung bình là 3,6 ngày và thời gian xuất viện trung bình là 6,5 ngày. Bàn về kết quả trung bình, BN sau phẫu thuật có sinh hiệu ổn định, nhưng vẫn còn khó thở khi nằm đầu thấp, nằm tư thế 30 độ. BN xin về nhà sau 2 ngày hậu phẫu. Vì vậy chúng tôi đánh giá kết quả là trung bình. Bàn về 2 TH kết quả xấu, trường hợp 1, BN bị K phổi khoảng 1 tháng , giai đoạn IIIB, đang được hoá trị, siêu âm có tràn dịch màng tim lượng nhiều có dấu chèn ép, BN được chọc dò màng tim nhưng thất bại chỉ ra khoảng 10ml. Trong quá trình soạn mổ, BN được gây tê phối hợp với tiền mê, sau đó BN ngưng tim, được tiến hành hồi sức và đặt nội khí quản thở máy. Đến ngày hậu phẫu 3 BN vẫn còn thở máy, truy tim mạch được người nhà xin về. Ở bệnh nhân này, chúng tôi nghĩ nguyên nhân chính gây tử vong cho bệnh nhân là truỵ tim mạch sau sử dụng thuốc an thần tiền mê. Trường hợp 2, BN bị K phổi 1 tháng giai đoạn IV, siêu âm tràn dịch màng tim lượng nhiều có dấu chèn ép tim, Xquang có hình ảnh tổn thương phổi và xẹp phổi T. BN bị suy hô hấp sau mổ 16 giờ nghĩ do viêm phổi và được người nhà xin về. Về đánh giá kết quả lâu dài, chúng tôi theo dõi được 6/12 TH, thời giai sống ngắn nhất là 2 tuần và dài nhất là 10 tháng, trung bình là 8,7 tuần. Không ghi nhận trường hợp nào tràn dịch màng tim tái phát

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy phương pháp mở màng tim dưới mũi ức có nhiều ưu điểm như chỉ cần gây tê tại chỗ khi phẫu thuật, thời gian phẫu thuật không quá dài khoảng 1 giờ, lượng dịch dẫn lưu tương đối nhiều, kết quả gần khá tốt và kết quả xa khả quan. Tuy nhiên đây chỉ là những kết quả sơ khởi, cần phải có những nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế tốt hơn để đưa ra những kết luận chính xác.

KẾT LUẬN

Tràn dịch màng tim ác tính hiện nay đã có những phương pháp điều trị khá tốt.

Nguyên nhân thường gặp của TDMT ác tính là ung thư phổi và ung thư vú. Chẩn đoán TDMT tương đối dễ dàng vì bệnh cảnh lâm sàng rõ. Siêu âm tim là phương tiện chẩn đoán chính

xác, rẻ tiền và nhanh chóng, có khả năng phối hợp với điều trị. Chọc dò màng tim là phương pháp cấp cứu trong trường hợp chèn ép tim. Phương pháp mở cửa sổ màng ngoài tim dưới mũi ức có nhiều ưu điểm như chỉ cần gây tê tại chỗ, thời giai phẫu thuật ngắn, lượng dịch dẫn lưu nhiều, kết quả gần tốt và thời gian tràn dịch màng tim tái phát xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carey A. Cullinane, MD; I. Benjamin Paz, MD; David Smith, PhD et al, (2004), "Prognostic Factors in the Surgical Management of Pericardial Effusion in the Patient With Concurrent Malignancy" , CHEST, 125, page : 1328-1334.
2. Nguyễn Thị Ngọc Thuỷ và CS, (2006), " Tràn dịch màng tim bệnh lý có chèn ép tim: chẩn đoán và kết quả điều trị mở cửa sổ màng tim", luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú.
3. Patrick K. H. O'Brien, MD, John C. Kucharczuk, MD et al, (2005), "Comparative Study of Subxiphoid Versus Video-Thoracoscopic Pericardial "Window" ",Ann Thorac Surg, vol 80, page :2013–2019.
4. Todd L. Demmy and Chukwumere Nwogu, (2005), " Malignant pleural and pericardial effusions", Surgery of the chest. Sarbiton & Spencer, page : 447-469
5. Văn Minh Trí và CS, (2007), " Kết quả điều trị ngoại khoa tràn dịch màng tim", Tạp chí y học TP.HCM, chuyên đề Ngoại Lồng ngực- Tim mạch.
6. Văn Tần, Hoàng Danh Tấn, (2002), " Chỉ định, kỹ thuật và kết quả cắt mở màng tim qua nội soi lồng ngực", Y học TP.HCM, tập 6, phụ bản số 2.