

BỆNH CƠ TIM HẠN CHẾ

I. MỤC TIÊU SIÊU ÂM

1. Khảo sát tổng quát kích thước 4 buồng tim và bề dày vách tim.
2. Chức năng tâm thu thất.
3. Chức năng tâm trương thất.
4. Khảo sát cấu trúc cơ tim.
5. Áp lực động mạch phổi.

II. QUY TRÌNH SIÊU ÂM

Mặt cắt cạnh ức trực dọc:

- Nhĩ trái lớn dù không hở hay hở nhẹ van 2 lá.
- Khảo sát kích thước vách và các buồng thất.
- Phân xuất tổng máu thất trái.
- Cấu trúc vách liên thất và vách sau thất trái. Cấu trúc cơ tim: hình “kính vỡ” lấp lánh của cơ tim nghĩ đến bệnh cơ tim hạn chế do amyloid.
- Khảo sát van 2 lá (2D, Doppler màu).

Mặt cắt 4 buồng từ mỏm:

- Khảo sát tổng quát 4 buồng tim: nhĩ to nhiều trong khi kích thước các buồng thất bình thường.
- Đánh giá chức năng tâm trương thất trái và phải.
- Mức độ hở van 2 lá, hở van 3 lá.
- Đánh giá áp lực ĐMP.
- Tìm cục máu đông trong buồng tim.

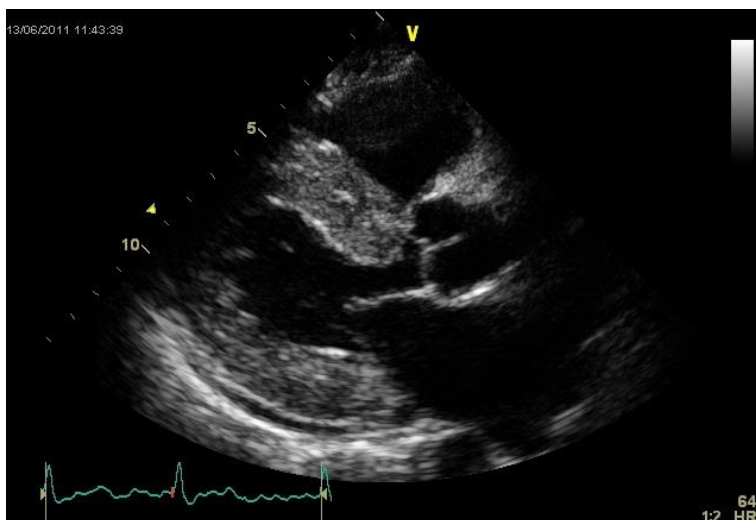
Mặt cắt 5 buồng từ mỏm:

- Khảo sát 2D và Doppler dòng máu ngang qua van ĐMC.

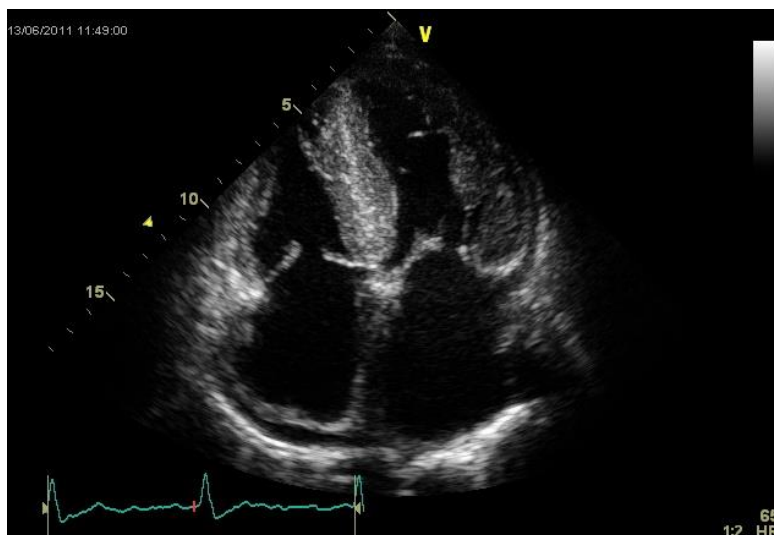
Mặt cắt trên hõm ức:

- Tìm tổn thương phổi hợp: còn ống động mạch, hẹp eo ĐMC.

III. HÌNH ẢNH MINH HOẠ



Hình 34.1: Mặt cắt cạnh ức trực dọc thấy thất trái dày, cấu trúc echo sáng như “kính vỡ”



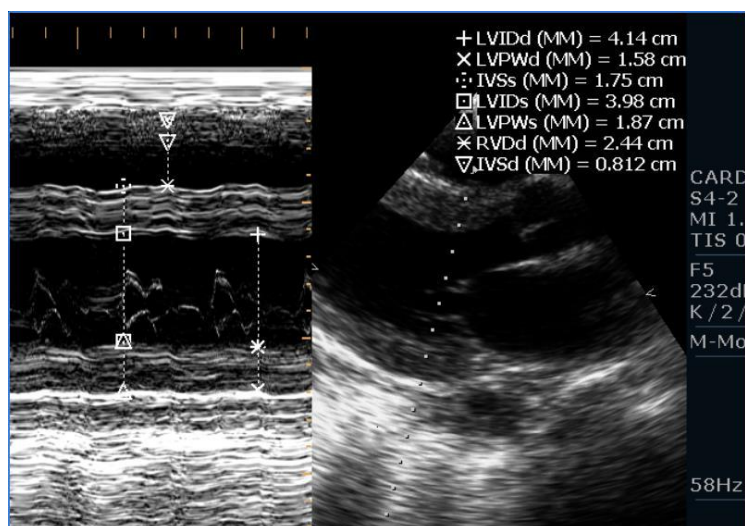
Hình 34.2: Mặt cắt 4 buồng mồm thấy thất trái có cấu trúc echo dày, ở vách liên thất cấu trúc echo sáng như “kính vỡ”, buồng thất không dẫn, 2 nhĩ dẫn lớn, có ít dịch màng tim.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trường hợp 1: bệnh nhân nam, 50 tuổi, tiền sử ngất 1 lần cách nay 2 năm đã được đặt ICD, chụp mạch vành bình thường, nhập viện vì khó thở. Siêu âm tim thấy vách liên thất dày, cấu trúc echo sáng; giảm động toàn bộ thất trái (PXTM: 15%); rối loạn chức năng tâm trương thất trái: $E/A \gg 2$, DT 100 ms; hở van 2 lá 2/4, van dày sợi hóa; tăng áp động mạch phổi (PAPs= 55 mmHg). Bệnh nhân được sinh thiết mỡ bụng và mô lưỡi kết quả thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ (AL amyloidosis). Chẩn đoán sau cùng bệnh cơ tim hạn chế do thâm nhiễm amyloidosis. (Video 34.1, 34.2 và 34.3)

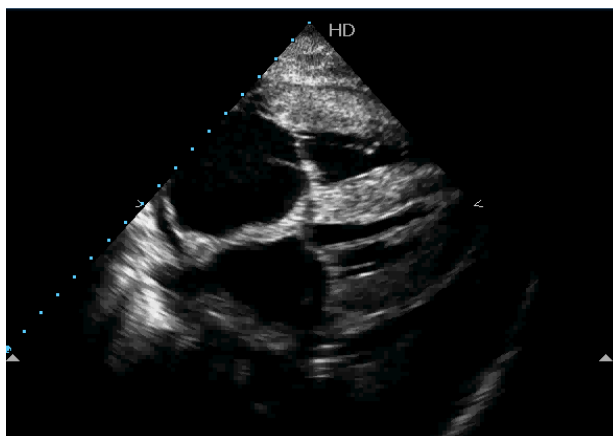


Hình 34.3: Mặt cắt cạnh ức trực dọc thấy vách liên thất dày, cấu trúc echo sáng, dẫn nhĩ trái, giảm co bóp thất trái (PXTM: 15%), có ít dịch màng tim.

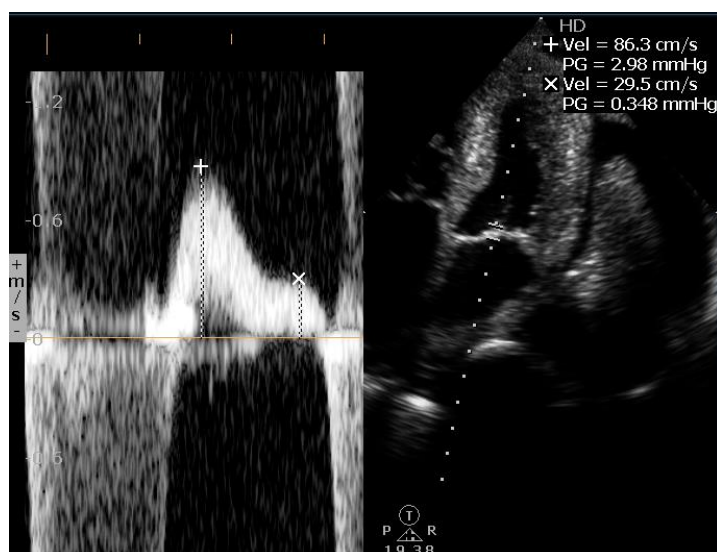


Hình 34.4: Cắt TM ngang thất trái, chức năng tâm thu thất trái giảm PXTM= 15%

Trường hợp 2: Bệnh nhân nữ 55 tuổi, nhập viện vì mệt, khó thở. Tiền sử bệnh nhân có tăng huyết áp, rung nhĩ cơn, đã đặt máy tạo nhịp VVI do hội chứng nhịp nhanh nhịp chậm. Siêu âm tim thấy thành thất trái, thất phải echo dày, sáng lấp lánh hơn bình thường, chức năng co bóp thất trái bảo tồn (PXTM 55%), dẫn lớn 2 nhĩ, rối loạn chức năng tâm trương thất trái, tăng áp ĐMP (PAPs= 45 mmHg), có ít dịch màng tim. Bn được làm sinh thiết mỡ bụng kết quả thâm nhiễm amyloidosis. Kết luận bệnh cơ tim hạn chế do thâm nhiễm amyloidosis.



Hình 34.5 : Mặt cắt dưới sườn thất thành thất trái, thất phải dày, echo sáng lấp lánh, kích thước thất không dẫn, dẫn 2 nhĩ, vách liên nhĩ dày, có ít dịch màng tim.



Hình 34.6 : khảo sát Doppler dòng máu qua van 2 lá có rối loạn chức năng tâm trương thất trái với E/A= 2.9

Tải phần mềm và quét mã QR bên dưới hoặc vào đường link: <http://bit.ly/atlas-sieutamtim> để xem video siêu âm tim.

