

BỆNH CƠ TIM DẪN NỔ

I. MỤC TIÊU SIÊU ÂM

1. Khảo sát kích thước các buồng tim
2. Đánh giá rối loạn vận động vùng thất trái
3. Khảo sát chức năng tâm thu thất trái
4. Khảo sát áp lực động mạch phổi.
5. Tìm các nguyên nhân gây BCTDN trên siêu âm: bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh có luồng thông, bất thường xuất phát hoặc dò ĐMV, bệnh cơ tim không lèn chặt. Chẩn đoán loại trừ BCTDN không thiếu máu cục bộ bằng chụp ĐMV hoặc MSCT động mạch vành.
6. Tìm huyết khối trong buồng tim.

II. QUY TRÌNH SIÊU ÂM

Mặt cắt cạnh ức theo trục dọc:

- Kích thước buồng tim, chức năng tâm thu thất trái
- Đánh giá vận động vùng thất trái
- Bất thường van 2 lá (hẹp, hở van)

Mặt cắt cạnh ức trục ngang – ngang van ĐMC:

- Khảo sát van ĐMC
- Đo áp lực ĐMP trung bình qua dòng hở phổi
- Tìm bệnh tim bẩm sinh có luồng thông: TLN, TLT, còn ống động mạch
- Kích thước ĐMV phải và trái tại gốc

Mặt cắt cạnh ức trục ngang – ngang van 2 lá:

- Đánh giá vận động vùng thất trái, kích thước buồng tim
- Đánh giá bất thường van 2 lá

Mặt cắt 4 buồng từ mỏm:

- Khảo sát tổng quát 4 buồng tim: dẫn lớn các buồng tim
- Đánh giá vận động vùng thất trái
- Tìm có bệnh cơ tim không lèn chặt
- Có bất thường van 2 lá, 3 lá
- Khảo sát dòng hở 3 lá, tính áp lực ĐMP tâm thu
- Tìm huyết khối buồng tim

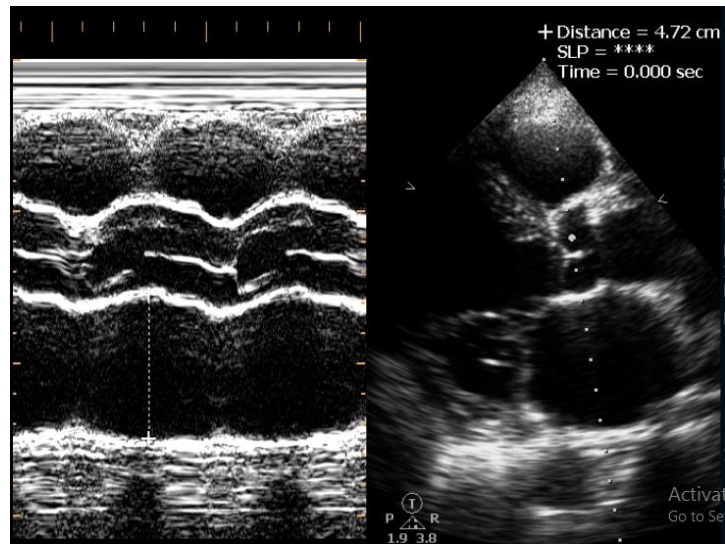
Mặt cắt 5 buồng từ mỏm:

- Khảo sát van ĐMC (hẹp hoặc hở)

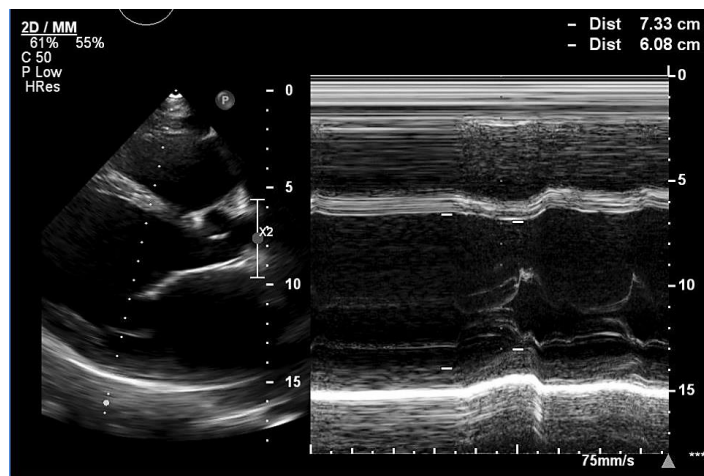
Mặt cắt trên hõm ức:

- Loại trừ các bệnh: còn ống động mạch, hẹp eo ĐMC, cửa sổ phế chủ.

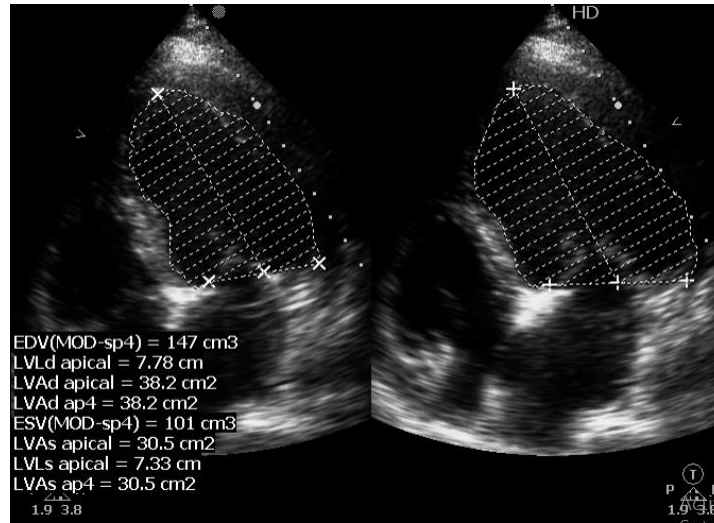
III. HÌNH ẢNH MINH HỌA



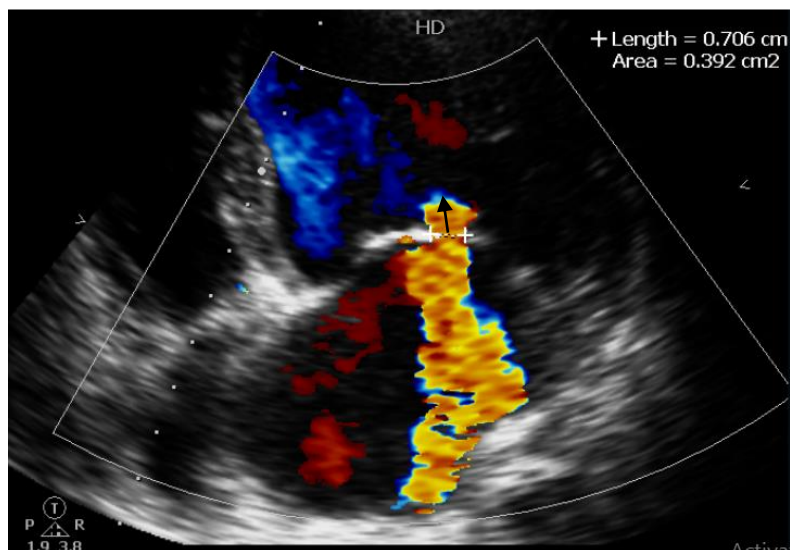
Hình 32.2: Mặt cắt cạnh ức trực dọc thấy dẫn nhĩ trái



Hình 32.3: Đo TM ngang thất trái ở mặt cắt cạnh ức trực dọc thấy dẫn lớn thất trái, chức năng tâm thu thất trái giảm



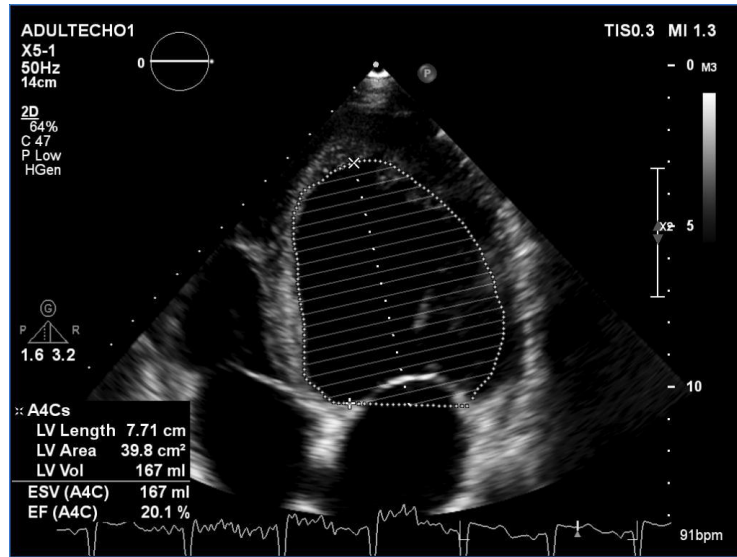
Hình 32.4: Mặt cắt 4 buồng từ mỏm, đánh giá vận động vùng thất trái, đo chức năng tâm thu thất trái bằng phương pháp Simpson (4 buồng).



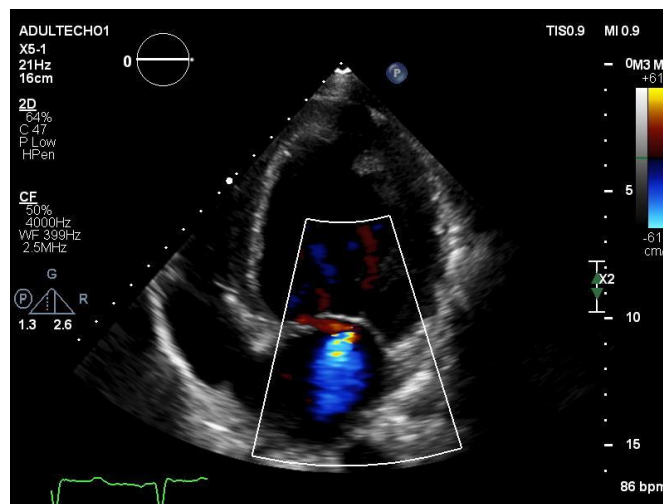
Hình 32.5: Mặt cắt 4 buồng đánh giá hở van 2 lá (vùng hội tụ radius = 9 mm) (mũi tên đen)

IV. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG:

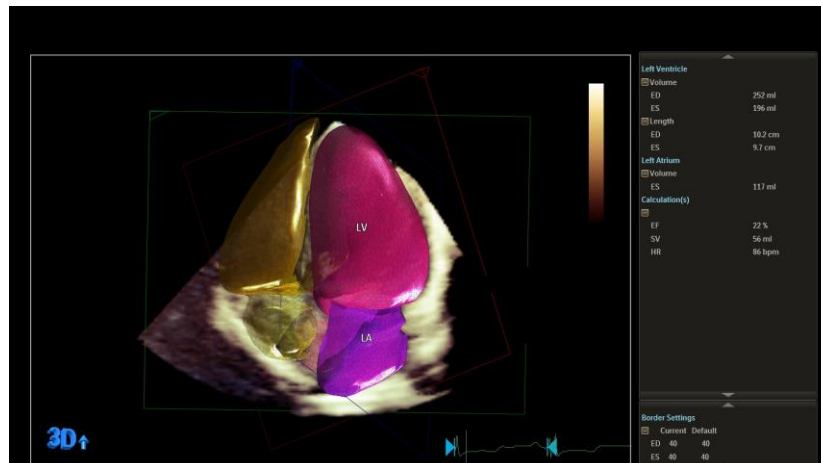
Trường hợp 1: bệnh nhân nam, 35 tuổi, nhập viện vì mệt, khó thở khi gắng sức khoảng 1 tháng nay. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý nội khoa gì trước đây, không uống rượu bia. Siêu âm tim thấy dẫn lớn thất trái, giảm động toàn bộ thất trái, chức năng tâm thu thất trái giảm (PXTM: 20%), hở van 2 lá trung bình, type 1. Bệnh nhân đã được chụp động mạch vành (11/2018) kết quả không hẹp. ([Video 32.1](#) và [32.2](#))



Hình 32.6: mặt cắt 4 buồng mồm dẫn lớn thất trái, giảm động toàn bộ thất trái, PXTM= 20%

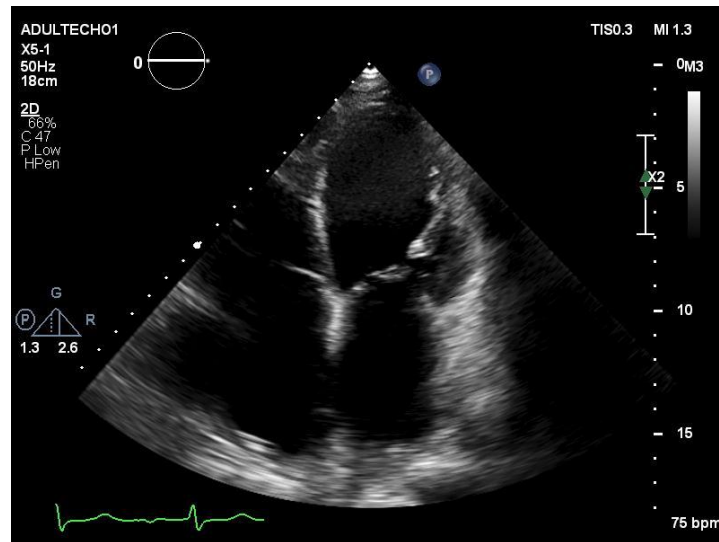


Hình 32.7: mặt cắt 4 buồng có kèm hở van 2 lá trung bình do dẫn vòng van



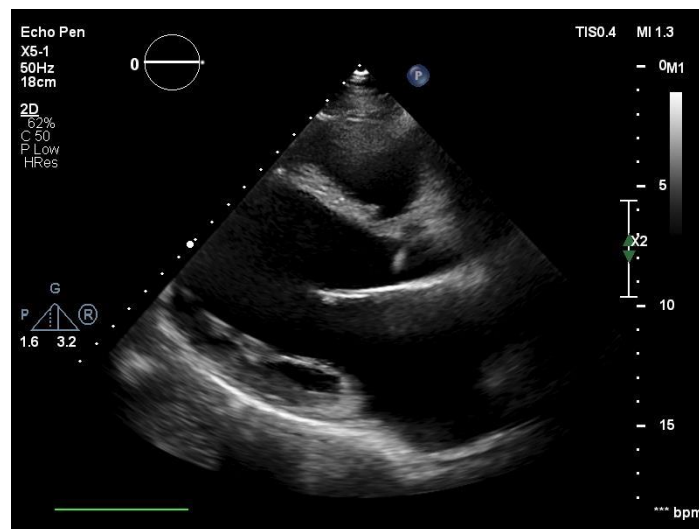
Hình 32.8: Thể tích thất trái tăng, phân suất tống máu thất trái đo bằng 3D là 22%

Trường hợp 2: bệnh nhân nam 56 tuổi có tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường type 2 đang điều trị. Bệnh nhân nhập viện vì suy tim cách nay 7 năm, đã được chụp ĐMV không hẹp. Siêu âm tim hiện tại dẫn lớn 4 buồng tim, giảm động toàn bộ thất trái, chức năng tâm thu thất trái giảm nặng (PXTM: 19%), hở van 2 lá nặng do dẫn vòng van, hở van 3 lá nặng, áp lực ĐMP= 60 mmHg. (Video 32.3, 32.4 và 32.5).



Hình 32.9: Dẫn lớn 4 buồng tim, giảm động toàn bộ thất trái (PXTM = 19%, đo Simpson).

Trường hợp 3: Bn nam 30 tuổi, tiền sử gia đình có mẹ bệnh cơ tim dẫn nở, có thói quen uống rượu bia nhiều. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh cơ tim dẫn nở khoảng 4 năm nay, gần đây bệnh nhân một khi gắng sức nhẹ, thỉnh thoảng có khó thở kịch phát về đêm. Bệnh nhân đã được chụp MSCT động mạch vành năm 2014 kết quả không hẹp. (Video 32.6 và 32.7)



Hình 32.10: Mặt cắt cạnh ức trực dọc thấy dẫn lớn thất trái và nhĩ trái, thất trái giảm động toàn bộ, PXTM 24%.



Hình 32.11: Mặt cắt 4 buồng, dẫn buồng tim trái, thất trái co bóp kém, hở van 2 lá 3/4, type 1 do dẫn vòng van, tăng áp ĐMP (PAPs= 70 mmHg).

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

