

PHẪU THUẬT VAN TIM

ĐẠI CƯƠNG

- Tim có nhiều van: van 2 lá, van 3 lá, van ĐMC, van ĐMP, van ở TM chủ dưới, nhưng thường chỉ quan tâm đến 4 van đầu tiên.
- Hai van hay đề cập nhất: van ĐMC và van 2 lá
- Hai van này quan trọng vì áp lực tổng máu thất trái mạnh hơn thất phải (áp lực ĐMC khoảng 110mmHg, áp lực ĐMP khoảng 25mmHg)→ nửa tim bên P áp lực thấp hơn, van chịu đựng áp lực thấp hơn; ngoài ra nửa T còn chịu trách nhiệm đưa máu đến toàn bộ cơ thể nên 2 van này hư đều có vấn đề trầm trọng xảy ra hết
- Van 3 lá ít hư, mà hư thì cũng dễ sửa, ít khi phải thay. Van ĐMP cũng ít hư, hư thì có thể thay hoặc không thay. Thay van thì có 2 cách: thay qua đường nội mạch (luồng catheter từ đùi lên rồi bung van ra, van giống như cái dù, vì áp lực thất P yếu nên van không bị trôi đi) hoặc mổ ra thay (rất ít khi phải mổ)
- Van 2 lá đi liền với thất T, van 3 lá đi liền với thất P chứ không gắn với tầng nhĩ, được giải thích là do nguồn gốc phôi thai→nếu gặp bệnh nhân thấy van nằm bên kia thì bệnh nhân đó đã đảo ngược thất
- Có 2 loại van: van tổ chim và van nhĩ thất. Van tổ chim khó sửa hơn (nói bên T vì bên P là dễ sửa rồi) cụ thể là van ĐMC khó sửa hơn van 2 lá vì: Van 2 lá sửa xong có hở 1 ít thì cũng không sao hết (hở đến 2/4 bệnh nhân vẫn sống được bình thường) nhưng nếu van ĐMC mà để cho bệnh nhân bị hở van thì có triệu chứng ngay vì giảm áp lực ĐMC thì tâm trương

(triệu chứng suy tim-vì bơm căng lâu ngày sẽ mệt, triệu chứng mạch vành-vì mạch vành tưới máu thì tâm trương, triệu chứng thiếu máu não: chóng mặt, mất tri giác 5-10s)-> nắm nguyên lý để điều trị nội

- Nói thêm: mạch vành tưới máu chủ yếu thì tâm trương vì: thì tâm trương van ĐMC mở áp vào lỗ vành ngăn cản tưới máu, thì tâm thu khối cơ tim bóp làm cản trở máu vào ĐMV còn tâm trương khối cơ giãn ra nên máu dễ về hơn.

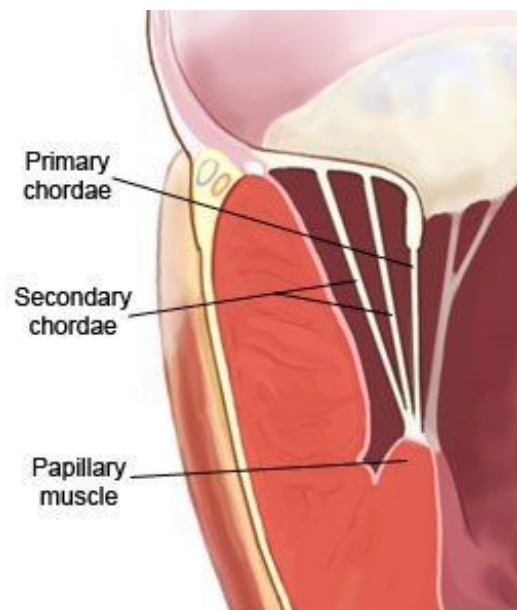
BỆNH VAN TIM

VAN 2 LÁ

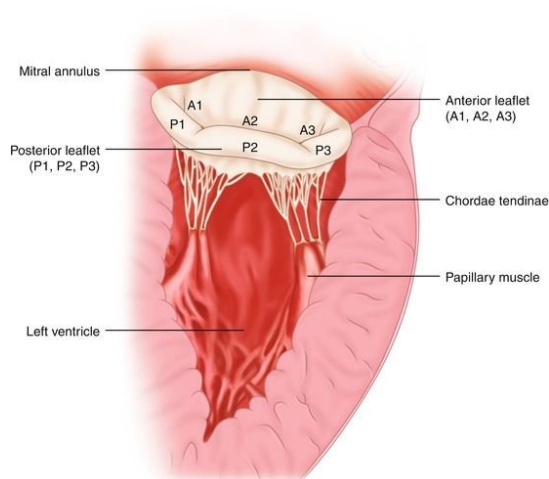
Cấu trúc

Van 2 lá có

- Hai lá van: lá trước to, lá sau mỏng hơn
- Vòng van
- Hệ thống dây chằng, cột cơ: chia thành 3 nhóm: dây chằng mép, dây chằng cấp 2 và dây chằng gắn liền với nền?



- Hình cắt dọc→thầy chỉ cái dây chằng quan trọng nhất là ở mép van



- Hình cắt ngang trong đó A là lá trước, P là lá sau, trên 1 trụ cơ có dây chằng bám cả vào lá trước và lá sau

Nguyên nhân

- Bệnh van 2 lá: hẹp van (thì tâm trương) và hở van (thì tâm thu), vừa hẹp vừa hở (2 thì)
- Đứng đầu là thấp tim. Thấp là do phản ứng KN-KT, phản ứng miễn dịch-> là bệnh tự miễn, do streptococcus tạo phức hợp KN-KT tấn công van -> gây hẹp, hở, vừa hẹp vừa hở (vì nó phá hủy cả 3: lá van dày, cứng, dính mép; dây chằng dính nhau và co rút, vòng van ít bị ảnh hưởng)
- Thoái hóa: nhồi máu cơ tim (thường gây hở van do đứt dây chằng, trụ cơ vì hoại tử cơ tim), già, bẩm sinh (VD: Marfan) (thường gây hở vì dây chằng nhỏ bẩm sinh hoặc thoái hóa-> giãn, đứt)

2 lá van mà muốn hoạt động tốt thì d/c mép phải chắc, nếu giãn thì gây hở

- Bẩm sinh: mới sinh ra có bệnh lí bẩm sinh kèm hở van -> thường gây hở
- Hở van 2 lá do dẫn vòng van: trong trường hợp suy tim do TMCT, hở chủ -> phì đại khối cơ thất-> dẫn vòng van
- Mắc phải liên quan nhiều đến thấp

tim, NMCT, già

- Bẩm sinh nằm trong bối cảnh bệnh tim bẩm sinh phức tạp có hở van, bệnh trung mạc như Marfan
 - Có 3 nhóm tổn thương
 - Vòng van: giãn
 - Lá van: dày lên, rách, dính, rút ngắn lại
 - Dây chằng, cột cơ: dài quá, ngắn quá-> hở van, đứt đi
- => Chia để xử lí

VAN ĐMC

Cấu trúc

- Lá van
- Mép van
- Xoang Valsalva
- Vòng nối giữa vùng Valsalva và ĐMC lên

Thương tổn

- Hẹp, hở, vừa hẹp vừa hở
- Van hở khi:
 - Mép sa xuống
 - Lá van ngắn lại
 - Điểm bám của vòng van thấp xuống
- Hẹp khi:
 - Dính mép
 - Dày lá van
 - Vôi hóa, kém di động

Nguyên nhân

- Hẹp van động mạch chủ: Thoái hóa, bẩm sinh (van ĐMC 2 lá), thấp tim
- Hở van động mạch chủ: Đa nguyên nhân

TRIỆU CHỨNG BỆNH VAN TIM

HẸP VAN 2 LÁ

- Không có suy thất trái còn hở van thì suy thất trái rất sớm. SÂ tim đọc EF là phân suất tống máu. Nếu hẹp van 2 lá EF 50% là không đúng, vì EF đo từ 2 thì tâm thu và tâm trương hẹp 2 lá

giảm máu xuống thất T, tâm trương giảm EF còn tâm thu thì có chút xú là hết rồi-> sai số, đo đúng nhưng thực ra chức năng tim tốt hơn nhiều vì chưa có máu thì chưa giãn hết cỡ nên đo chưa đúng

-> Tóm lại hẹp van 2 lá không có suy tim T, triệu chứng liên quan đến tim phải nhiều, đầu tiên là tăng áp phổi (có nhóm triệu chứng liên quan đến tăng áp phổi, phù phổi cấp là giai đoạn cuối của tăng áp phổi: máu ở thất P tổng lên trên phổi mà không có đường thoát đi-> dịch thoát vào phế nang), tăng áp phổi lâu ngày thì tim P hoạt động quá sức-> giãn buồng tim P-> suy tim P (nhóm TC suy tim P: phù, gan to, TM cổ nổi, da sạm màu). Vậy giai đoạn thứ 2 chứ không phải là giai đoạn đầu mới là TC của suy tim P

- Khi nhĩ trái dẫn ra thì có các hiện tượng loạn nhịp, rung nhĩ, huyết khối (do ứ máu) trôi đi gây tai biến mm não -> điều trị: cho thuốc trợ tim không có ý nghĩa vì không suy thất T, có thể gây tăng co bóp thất P nhưng chỉ giảm được chút ít 2/10-> Cho thuốc đầu tay là cho nhịp tim chậm lại (để máu kịp xuống thất T), lợi tiểu để giảm lượng máu tránh phù phổi cấp

HỖ VAN 2 LÁ

- Đầu tiên ảnh hưởng nhiều nhất là thất T, suy thất T triệu chứng là khó thở khi gắng sức-> thất bóp không nổi-> ứ máu-> bệnh cảnh giống hẹp
- Điều trị: trợ tim, giãn mạch (để máu thoát dễ hơn)

HỖ VAN ĐMC

Triệu chứng nói ở trên, liên quan đến mạch vành, não, gây suy tim rất nhanh

- Không triệu chứng trong thời gian lâu
- Đau thắt ngực
- Khó thở

HẸP VAN ĐMC

Liên quan đến nhóm thiếu máu não nhiều hơn

- Đau thắt ngực
- Ngất
- Khó thở

CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán bệnh van tim đầu tay là SA: có qua thành ngực, qua thực quản, trong lòng mạch máu, trong buồng tim (chỉ làm khi có can thiệp). Thông thường SÂ qua thành ngực quyết định được gần hết, nếu cần quyết định vấn đề gì sâu hơn mới SÂ qua thực quản hoặc khi khó khảo sát do xương ức xương sườn che thì SÂ qua thực quản, hoặc khi đang mổ luôn SÂ qua thực quản để khảo sát
- CT: không chẩn đoán bệnh van tim được vì tim chuyển động liên tục, CT chỉ chụp ảnh tại 1 thời điểm, không đủ để ghi hình ảnh động vì quá nhiều dung lượng, ăn tia
- MRI: chẩn đoán rất tốt

ĐIỀU TRỊ

- Mổ chỉ là 1 phần của quá trình điều trị (có thể mổ đi mổ lại), phải phối hợp thuốc men, vật lý trị liệu, chế độ ăn uống sinh hoạt, chế độ làm việc,...
 - Van nhân tạo cơ học được 20-25 năm
 - Van sinh học được 15 năm nhưng đỡ phải uống thuốc chống đông
- Có 3 cái...(1h): sửa van, thay van, thuốc sau mổ

SỬA VAN

- Vòng van giãn-> bóp nhỏ lại, đặt 1 vòng van nhân tạo zô
- Lá van: nếu hở ra do vòng van thì sửa vòng van; nếu rách thì khâu lại bằng màng ngoài tim, đắp 1 miếng lên giữa bảo vệ mép (mép rất quan trọng)

- Dây chằng dài: xẻ cơ nhú ra->kéo dây chằng xuống cơ nhú hoặc đính d/c lên lá van; dời dây chằng cấp 2, cấp 2 ra mép van, dời d/c của lá sau ra lá trước vì lá trước quan trọng hơn; dùng d/c nhân tạo
- Dây chằng ngắn: thường ngắn liên quan đến đỉnh -> tách nó ra, cắt bớt đi cho giãn ra; xẻ cơ nhú dọc xuống để đứt bớt nội mạc giãn được 3-4mm; cắt d/c cấp 2,3 để bung van ra bớt
- Đính mép van: xẻ chỗ đính, chú ý bảo tồn dây chằng ở mép

THAY VAN

- Van sinh học: trên nền làm bằng C? (1h7'), hợp kim đắp lá van bằng tim bò, heo,... ưu điểm là ít dùng thuốc chống đông, nhược là thoái hóa

nhANH HƠN

- Van cơ học: làm bằng C? (1h7'), hợp kim. Thế hệ mới ít gây tiếng động (cũ gây tiếng động, cũ nữa làm bằng bi), hiện giờ 2 cánh (trước kia 1 cánh)
- Thay: cắt hết lá van, để lại vòng van. Tuy nhiên tim co bóp theo chiều dọc 1 phần nhờ vào dây chằng cột cơ nên sẽ làm cho suy tim nặng hơn, phần lớn thay van trên bệnh nhân đã suy tim nên cố gắng bảo tồn dây chằng để đảm bảo sức cho theo chiều học.
- Đối với van ĐMC: chú ý lỗ mạch vành
- Có 1 kỹ thuật là búng nguyên gốc van ĐMP sang bên ĐMC sau đó cắm lại lỗ vành, lấy van nhân tạo thay thế cho van ĐMP

Van sinh học	Van cơ học
<ul style="list-style-type: none"> • Bệnh nhân có ý muốn • Không đảm bảo chấp hành tốt thuốc kháng đông (CCĐ hoặc nguy cơ cao, bất đắc dĩ, vấn đề tuân thủ điều trị, lối sống, nghề nghiệp) • Tái phẫu do tắc nghẽn van cơ học ở bệnh nhân thuốc kháng đông kiểm soát kém • Bệnh nhân có nguy cơ thào trong tương lai sẽ phẫu thuật làm lại van • Kỳ vọng sống giới hạn, bệnh đồng mắc nặng, hoặc >65-70 tuổi • Phụ nữ trẻ đang có ý định mang thai 	<ul style="list-style-type: none"> • Ý muốn của bệnh nhân và không có CCĐ lâu dài của thuốc kháng đông • Bệnh nhân có nguy cơ thoái hóa cấu trúc van tiến triển • Bệnh nhân đang sử dụng kháng đông do van cơ học khác • Bệnh nhân đang sử dụng không do nguy cơ cao thuyên tắc huyết khối • Tuổi <65-70 và kỳ vọng sống dài • Bệnh nhân có nguy cơ cao trong tương lai sẽ phẫu thuật làm lại van (do rối loạn chức năng thất trái, CABG cũ, nhiều van nhân tạo)

THUỐC SAU PHẪU THUẬT

- Thuốc trợ tim
- Thuốc chống đông
 - Van sinh học thì uống ít nhất là 3 tháng, sau đó nội mạc bám hết bề mặt của van rồi thì không dùng thuốc nữa
 - Van cơ học: dùng suốt đời, dùng nhóm antiVitK, uống ít lần và ổn định: Sintrom thông dụng ở VN,

nước ngoài dùng heparin. Chú ý phụ nữ có thai có thể gây dị tật, có van nhân tạo phải đến tư vấn bác sĩ khi mang thai

- Cái đây thầy nói thêm:
 - Allograft=homograft: mảnh ghép cùng loài
 - Xenograft: mảnh ghép khác loài
 - Autograft: mảnh ghép tự thân

Mục tiêu INR cho van cơ học (ESC 2007)

	BỆNH NHÂN	
Nguy cơ sinh huyết khối của van cơ học	Không có yếu tố nguy cơ	≥1 yếu tố nguy cơ
Thấp	2.5	3.0
Trung bình	3.0	3.5
Cao	3.5	4.0

• Nguy cơ sinh huyết khối của van cơ học

- Nguy cơ thấp: các loại van Carbomedics, Medtronic Hall, St JudeMedical, ON-X;
- Nguy cơ trung bình: Bjork-Shiley, other bileaflet valves;
- Nguy cơ cao: Lillehei-Kaster, Omniscience, Starr-Edwards

• Yếu tố nguy cơ về phía bệnh nhân: thay van hai lá, 3 lá và van phổi; tiền căn thuyên tắc huyết khối, rung nhĩ, đường kính nhĩ trái >50mm, ứ động thuốc cản quang ở nhĩ trái trên siêu âm, hẹp hai lá bất kì mức độ, LVEF <35%, tình trạng tăng đông

MỘT SỐ NOTE

- ĐM vành tưới máu chủ yếu thì **tâm trương** do tâm thu, lá van áp sát lỗ đm vành
- Van tim gồm 4 thành phần: lá van, mép van, thùng gân, cơ nhú
- Bệnh van tim bẩm sinh:
 - Van ĐMC hai lá (15% dân số châu Âu)
 - Sa van hai lá
- Bệnh van tim mắc phải: viêm nội tâm mạc NT, hậu thấp, đứt thùng gân/ cơ nhú, thoái hóa van, dẫn vòng van
- TCCN: khó thở tăng dần, đánh trống ngực, đau ngực, phù chân, mệt, hoa mắt, tăng cân
- Chẩn đoán dựa vào: Siêu âm tim qua thành ngực (TTE: transthoracic echocardiogram), ECG, MRI, thông tim
- Siêu âm:
 - Qua thành ngực (SA tim thông thường): TTE
 - Qua thực quản
 - Trong lòng mạch máu
- CT không có giá trị trong chẩn đoán bệnh van tim do chỉ thể hiện hình ảnh tĩnh
- Ưu điểm của phẫu thuật van tim: giảm nguy cơ tai biến/nhiễm trùng, giảm sử dụng kháng đông thời gian dài, bảo tồn chức năng cơ tim
- Một số phẫu thuật tim:
 - Commissurotomy: cắt dính mép van
 - Quadrangle Resection of Leaflet: cắt bỏ ¼ lá van trong sa van hai lá
 - Annulus support: điều trị dẫn vòng van
 - Patched Leaflets: dùng miếng vá vá lỗ thủng trên van
 - Bicuspid aortic valve repair: điều trị van đmc hai lá giúp lá van đóng kín, mở đủ rộng
- Lá van có thể tổn thương do: dày, dính, rách, ngắn
- Đứt trụ cơ có thể gây ra **hở van**
- **Thấp tim**: hậu nhiễm Streptococcus, cơ thể sinh ra kháng thể có phản ứng chéo với kháng nguyên của cơ tim -> tổn thương lá van gây ra:
 - Lá van **dày lên, dính** -> hẹp
 - Dây chằng dính nhau do co rút -> hở
 - Thấp tim ít ảnh hưởng đến vòng van
- Van tổ chim (van ĐMC):

- Đính mép, dày cứng van -> hẹp
- Mép sa xuống, rút ngắn -> hở
- Hẹp 2 lá không gây suy thất T, chỉ làm ứ máu nhĩ T gây tăng áp phổi lâu ngày -> dẫn nhĩ T, khó thở, nguy cơ loạn nhịp, huyết khối(tai biến mm não). Nên cho thuốc làm chậm nhịp (kéo dài thì tâm trương), thuốc lợi tiểu (giảm tiền tải)
- Hở 2 lá gây suy thất T -> khó thở khi gắng sức, thiếu máu ở thất -> cho thuốc trợ tim, dẫn mạch
- **Hở chủ gây suy tim nhanh nhất**
- Hẹp chủ gây triệu chứng thiếu máu não
- Rách van khâu bằng màng ngoài tim
- Điều trị dẫn dây chằng:
 - Xẻ bó cơ ở dưới
 - Kéo điểm giữa dc đính lên mép
 - Chuyển vị dây chằng (cắt bớt dây chằng rồi kéo dc giữa ra ngoài)
- Điều trị ngắn dây chằng: Xẻ cơ, tách dính nếu bị dính
- Đính mép -> xẻ nhưng phải lưu ý dây chằng
- Thay van: sử dụng khi không sửa chữa van được nữa, cần dùng kháng đông để ngăn tạo huyết khối
 - Sinh học: van tim bò/heo, ít phải dùng chống đông nhưng mau thoái hóa
 - Cơ học
 - Khi thay van đmc thì phải chú ý lỗ đm vành
 - Homograft: ghép van từ người chết
 - **Autograft**: ghép tự thân;
 - **Xenograft**: ghép từ người khác;
 - **Allograft**: van sinh học
 - **Switch operation (Ross procedure)**: lấy van đm phổi của bệnh nhân thay cho van đm chủ, van đm phổi được thay bằng

homograft

- **Minimally Invasive Valve Surgery(PT xâm lấn tối thiểu)**: đường chẻ xương ức bán phần hoặc đi từ liên sườn giảm nguy cơ, chảy máu, đau, thời gian nằm viện (giảm thêm 3-5 ngày), thời gian hồi phục

MỘT SỐ NOTE KHÁC

- Cơ chế, triệu chứng của Hẹp hở van 2 lá, hẹp hở van đmc (Các bạn coi thêm sách Nội bởi vì ảnh chỉ nói sơ qua)
- Van sinh học và van cơ học: Ưu và nhược
- Biết được 4 nguyên nhân chính gây thương tổn van tim
- Đa số là mô tim hở
- Xem lại 2 vòng tuần hoàn lớn và nhỏ.
- Bơm bên trái mạnh hơn vì phải bơm máu đi khắp cơ thể trong khi bơm bên phải chỉ bơm lên phổi.
- Hẹp van 2 lá:
 - Máu từ nhĩ trái xuống thất trái bị cản trở → ứ máu ở nhĩ trái, ứ máu trên phổi gây sung huyết phổi → phù phổi cấp → khó thở.
 - Suy tim phải: Gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phù chân
 - Tim phải bóp mạnh hơn → tăng áp phổi.
 - Thất trái không suy.
- Hở van 2 lá:
 - Suy tim trái → Làm việc mau mệt
 - Học lại triệu chứng của suy tim trái
- Hở van động mạch chủ:
 - Suy tim trái
 - Huyết áp trung bình động mạch = áp huyết tâm trương + 1/3 (áp huyết tâm thu – áp huyết tâm trương)
 - Thiếu máu não
 - BMV, thiếu máu cơ tim

- Mạch vành tưới máu trong **thời kì tâm trương**
- Khi nào cần mổ van tim: Coi tiền trình của bệnh mới quyết định mổ hay không. Chứ không dùng một cái mổ ngay.(còn phải coi tuổi tác, thương tổn, xuất huyết đi kèm)
- Có nhiều loại van:
 - Van cơ học
 - Van sinh học(van cùng loài, van dị loài, van tự thân)
- 4 nguyên nhân chính gây thương tổn:
 - Thấp tim (90%)
 - Bẩm sinh
 - Thoái hóa
 - Nhồi máu cơ tim hoại tử cơ tim (cơ nhú)
- Coi cơ chế thấp tim
- Phân suất tống máu rất quan trọng cả trong nội và ngoại khoa. = (tâm trương – tâm thu) / tâm trương
- Mục tiêu buổi học là biết : Biết Hở van 2 lá? Hở van 3 lá? Hẹp hở ĐMC?
- Mổ tim hở: Mổ ngực → đặt tuần hoàn ngoài cơ thể → tìm đường vào để thấy van tim...(lại nói sơ sơ)
- Định cao của hồi sức: Phục hồi hô hấp và huyết động.
- Dùng thuốc chống đông quá liều: xh não, xh dưới da, chảy máu răng. Nếu không đủ thì hẹp van tim do huyết khối.
- Van sinh học: van cơ học thì dùng thuốc kháng đông suốt đời trong khi van sinh học có thể ngưng thuốc kháng đông sau PT 3 tháng.
 - **Khi nào xài van sinh học? → người già**
 - Thanh niên 20 tuổi, thay van cơ học. Tuy nhiên người trẻ tuổi có lối sống năng động không muốn uống thuốc đông máu cả đời có thể lựa chọn van sinh học.
 - **Người 40 tuổi, van cơ học**

	Van sinh học	Van cơ học
Ưu điểm	Không phải sử dụng thuốc kháng đông suốt đời, thường ngưng sau 3 tháng PT, (3 tháng là thời gian cần thiết để nội mạc hóa các vật liệu nhân tạo và nguy cơ tạo huyết khối cũng không còn)	Độ bền cao , có thể tồn tại suốt đời, giá thành rẻ hơn van sinh học
Nhược điểm	Mô van tự nhiên dị loài sẽ thoái hóa theo thời gian, ảnh hưởng đến hoạt động của van và sẽ gây tình trạng tái hẹp, hở van nhân tạo. Vì vậy sau một khoảng thời gian, bệnh nhân thường cần phẫu thuật lại để thay van mới.	Cần sử dụng thuốc kháng đông suốt đời, Nếu bệnh nhân sử dụng quá liều, có thể bị xuất huyết nhiều nơi như da (các vết bầm tím), đường tiêu hóa (xuất huyết tiêu hóa), đường tiết niệu (tiểu ra máu) và nặng nề nhất là xuất huyết não, có thể dẫn đến tàn phế nặng nề hoặc tử vong cho người bệnh. Ngược lại, dùng thuốc kháng đông không đủ liều sẽ làm tăng nguy cơ hình thành cục máu đông trên lá van cơ học, ảnh hưởng hoạt động của van. Nặng nề nhất là gây kẹt van và có thể dẫn đến tử vong nếu không được can thiệp kịp thời. Hoặc cục máu đông có thể bung ra và theo dòng mạch gây nhồi máu các cơ quan, nguy hiểm nhất là nhồi máu não.

- PT ở trẻ em hay dùng van Autograft (van tự thân: tức là thay thế từ một van khác trong tim bệnh nhân)
- Đa số bệnh nhân thấp tim vừa hẹp vừa hở.
- Van 2 lá gồm: lá van (trước và sau), vòng van, dây chằng cột cơ.
- Vừa hẹp vừa hở: thay van.

TRẮC NGHIỆM

Câu 1. Một bệnh nhân nam, 55 tuổi, nhập viện vì trượt ngã khi đang dắt chó đi dạo. Hỏi bệnh ghi nhận khó thở khi gắng sức xuất hiện từ 6 tháng trước. Bệnh nhân không đau ngực. Tiền căn gia đình ghi nhận cha bị đột tử do nhồi máu cơ tim. Thăm khám ghi nhận âm thổi tâm thu dạng hình thoi ở liên sườn II bờ P ức. Điều trị nào tiếp theo là cần thiết nhất:

- A. Dùng Nitrat và ức chế men chuyển
- B. Nong van ĐM chủ
- C. Mổ thay van ĐM chủ
- D. Theo dõi sát, điều trị hạ áp với ức chế beta
- E. Thay van ĐM chủ qua da

Câu 2. Một bệnh nhân nam, 45 tuổi, tăng huyết áp và khó thở khi gắng sức vẫn còn mặc dù đã dùng thuốc 6 tháng nay. Bệnh nhân than phiền thường ho về đêm. Khám ghi nhận âm thổi tâm trương dọc bờ T ức. Siêu âm tim qua thực quản thấy giãn thất trái và thấy dòng trào ngược từ van ĐM chủ. Lựa chọn nào sau đây nằm trong phác đồ điều trị cho bệnh nhân?

- A. Kháng sinh và theo dõi tiếp
- B. Theo dõi sát và đo phân suất tống máu mỗi năm
- C. Tăng liều thuốc hạ áp
- D. Thay van
- E. Nong van

Câu 3. Dùng thuốc chống đông sau mổ thay van tim cơ học?

- A. Không cần dùng
- B. Dùng suốt đời
- C. Dùng 3 tháng
- D. Dùng 6 tháng
- E. Có thể ngưng thuốc chống đông tạm thời 1 thời gian

Câu 4. Kỹ thuật sửa van 2 lá (Chọn câu sai):

- A. Cần phải đặt vòng van
- B. Sửa van 2 lá dễ thực hiện
- C. Cần sửa dây chằng, cột cơ và lá van
- D. Sau mổ không cần dùng thuốc chống đông dù có đặt vòng van
- E. Sau mổ có dùng thuốc chống đông 3 tháng

Câu 5. Các loại van nhân tạo:

- A. Van cơ học
- B. Van sinh học
- C. Van cùng loài
- D. Câu A, B, C đúng
- E. Chỉ A, B đúng

Câu 6. Van tim tổn thương thường gặp nhất là:

- A. Van 2 lá
- B. Van động mạch chủ
- C. Van 3 lá
- D. Van động mạch phổi
- E. Van 3 lá và van động mạch phổi

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease
- 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease
- 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease