

# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN CÓ ÂM THỞ Ở TIM

*BSCKI Văn Thị Bích Thủy, PGS. TS. Trần Kim Trang*

## MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thu thập được triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể và tiền căn của các bệnh van tim thường gặp.
2. Đề xuất và mô tả kết quả cận lâm sàng cho các bệnh van tim thường gặp.
3. Trình bày các bước tiếp cận một âm thổi tại tim để chẩn đoán bệnh van tim.

Bài soạn này tập trung vào tiếp cận chẩn đoán lâm sàng **các âm thổi do 4 bệnh van tim** thường gặp nhất là: hẹp van 2 lá, hở van 2 lá, hẹp van động mạch chủ và hở van động mạch chủ.

## ĐẠI CƯƠNG

Âm thổi ở tim có thể được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân đi khám sức khỏe tổng quát hay khám bệnh vì một lý do khác, với một trong các nguyên nhân là bệnh van tim, mà có thể một thời gian dài không có triệu chứng cơ năng, khi đã có triệu chứng cơ năng, tiến triển đến tử vong thường nhanh.

## 1. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

**Khó thở:** khi gắng sức, nặng dần đến cơn khó thở kịch phát về đêm, khó thở phải ngồi. Ngoài ra, có thể xảy ra khó thở khi bệnh nhân bị sang chấn tình cảm, sốt, viêm phổi, giao hợp, có thai hoặc rung nhĩ tần số thất nhanh...

**Đau ngực:** có thể lầm với cơn đau thắt ngực do bệnh động mạch vành, hiếm gặp trong bệnh hở van 2 lá, trừ khi có bệnh động mạch vành kết hợp.

**Ngất:** xuất hiện khi gắng sức hoặc sau gắng sức thường do hẹp van động mạch chủ làm tưới máu không đủ; xuất hiện khi nghỉ ngơi do loạn nhịp tim như block nhĩ thất.

**Ho ra máu:** hay gặp ở người hẹp van hai lá, đàm bọt hồng do phù phổi cấp trong suy tim hoặc do nhồi máu phổi.

**Các triệu chứng do cục máu đông thuyên tắc** đến các cơ quan: não(yếu nửa người), thận(thiếu niệu), mạch máu mạc treo(đau bụng) ... Các triệu chứng này thường gặp trong trường hợp lớn nhĩ trái và có rung nhĩ..

**Mệt mỏi** do giảm cung lượng tim, là biến chứng của bệnh van tim.

**Phù:** do suy tim phải làm ứ huyết tĩnh mạch chủ dưới đưa đến phù mềm 2 chân, giảm lúc sáng sớm, tăng về chiều, nếu bệnh nhân nằm nhiều giờ tại giường, bệnh nhân sẽ bị phù phần xương cụt. Thường do hẹp van hai lá.

## 2. TIỀN CĂN

Cần khai thác các bệnh sau để góp phần chẩn đoán nguyên nhân: Thấp khớp, viêm đa khớp dạng thấp, Lupus, bệnh van tim bẩm sinh, dùng thuốc, mẹ có bệnh lý hoặc dùng thuốc trong thai kỳ, bệnh tim thiếu máu cục bộ, tăng huyết áp, hội chứng Marfan, chấn thương ngực...

## 3. TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

Âm thổi ở tim là triệu chứng thực thể quan trọng để chẩn đoán bệnh van tim.

Trong các bệnh van tim thì riêng hẹp van 2 lá là bệnh van tim trái nhưng không ảnh hưởng chức năng thất trái nên các dấu hiệu dày, dẫn thất trái, T3, T4 thất trái sẽ không gặp.

**Nhìn:** Lồng ngực có thể bình thường hay gồ bên trái ( do thất phải to trước tuổi trưởng thành).

**Sờ:**

- Mỏm tim nảy mạnh, kéo dài do dày thất trái; lệch xuống dưới và ra ngoài đường trung đòn trái do dẫn thất trái.
- Mỏm: Rung miêu tâm trương trong hẹp van 2 lá, tâm thu trong hở van 2 lá.
- Khoảng liên sườn 2 phải, 3 trái: Rung miêu tâm thu trong hẹp van động mạch chủ; Hở van động mạch chủ có rung miêu tâm trương thường sờ dọc bờ trái xương ức.

- Harzer (+): nếu bệnh van tim làm dày thành dưới thất phải.
- Bờ trái xương ức: dấu nảy trước ngực do dày thành trước thất phải.

### **Nghe:**

- T1: đánh trong hẹp van 2 lá; giảm cường độ nếu lá van dày, vôi hóa, kém di động; mờ trong hở van 2 lá nặng hoặc rối loạn chức năng thất trái nặng.
- T2: P2 mạnh, T2 tách đôi nghe ở vùng van động mạch phổi khi có tăng áp động mạch phổi, thường kèm click phun tâm thu.
- T3 thất trái, nghe ở mỏm, khi chức năng tâm thu thất trái kém.
- T4 thất trái, nghe ở mỏm, do nhĩ trái co bóp tống máu vào buồng thất trái có độ dẫn kém.
- T3, T4 thất phải nghe cạnh bờ trái xương ức, gặp trong dẫn/ dày thất phải.
- Clac mở van: 2 lá, nghe tại mỏm, gần bờ trái xương ức, âm cao, rõ vào kì thở ra, sau A2.
- Âm thổi: là **dấu hiệu thực thể quan trọng nhất**
  - **Hở van 2 lá:** âm thổi tâm thu thường kéo dài và lớn, nghe rõ nhất ở mỏm. Có thể lan ra nách hay lan vào bờ trái xương ức, và đôi khi có thể nghe khắp vùng trước ngực.  
Âm sắc cao, cường độ 3/6 hay lớn hơn, thường toàn tâm thu, trong hở van 2 lá nặng, âm thổi bắt đầu tức thì với T1 và kéo dài đến A2 hay vượt quá thành phần A2. Cường độ thường cố định suốt cả thì tâm thu, có thể giảm cường độ vào cuối tâm thu trong hở van 2 lá cấp, nặng hay có suy thất trái, nghe rõ vào kì thở ra.
  - **Hẹp van 2 lá:** rù tâm trương ở mỏm, âm trầm, nghe bằng phần chuông, tăng cường độ vào kì thở ra, tách khỏi T2 bằng khoảng T2- clac mở van, có thể lan ra nách trái hay bờ trái xương ức vùng thấp khi cường độ lớn.

- **Hẹp van động mạch chủ:** âm thổi phun máu giữa tâm thu, hình trám, bắt đầu ngay sau T1, âm thô, lớn nhất ở đáy tim vùng khoang liên sườn 2 phải, lan dọc động mạch cánh 2 bên.
- **Hở van động mạch chủ:** âm thổi tâm trương khoang liên sườn 3 trái, dạng decrescendo, tần số cao, bắt đầu ngay sau A2, lan dọc xương ức đến mỏm, âm thổi nghe rõ bằng màng, khi bệnh nhân ngồi dậy nghiêng ra trước, thổi ra hết sức và nín thổi.
- **Hở van 3 lá cơ năng** (do thất phải lớn): âm thổi tâm thu nghe phía trong mỏm, tăng cường độ trong thì hít vào và giảm trong kì thổi ra (nghiệm pháp Carvallo).

#### **Triệu chứng khác cần phát hiện:**

Rối loạn nhịp tim: loạn nhịp hoàn toàn( thường trong hẹp van 2 lá), ngoại tâm thu.

Khi có suy tim phải: tĩnh mạch cảnh nổi, phản hồi bụng- tĩnh mạch cảnh dương tính, gan to, phù, báng bụng.

Trong hở van động mạch chủ: số đo huyết áp vẫn bình thường nếu hở van động mạch chủ nhẹ. Khi hở van động mạch chủ nặng, buồng thất trái giãn, con số huyết áp tâm thu tăng cao, huyết áp tâm trương giảm nhiều, tạo ra chênh lệch về số đo huyết áp lớn. Tình trạng tăng động tuần hoàn này có thể gây ra một loạt các dấu hiệu ngoại biên sau:

- Dấu hiệu Musset: đầu gật gù theo nhịp đập của tim.
- Dấu hiệu Hill: huyết áp tâm thu ở chân lớn hơn ở cánh tay > 60 mmHg.
- Mạch Corrigan: mạch đập nảy nhanh , chìm nhanh.
- Mạch Quincke: hiện tượng "nhấp nháy" móng tay.
- Mạch bisferiens: mạch nảy 2 đỉnh.
- Dấu Traube (tiếng súng lục): tiếng thì tâm thu và tâm trương ở động mạch đùi.
- Dấu Muller: dấu lập lòe vòm hầu thì tâm thu.
- Dấu Duroziez: âm thổi đôi ở động mạch đùi.

## **4. CẬN LÂM SÀNG**

### **Điện tâm đồ**

- Lớn nhĩ trái( thường trong hẹp van hai lá), nhĩ phải.
- Lớn thất trái ( không gặp ở hẹp van 2 lá)
- Rung nhĩ
- Blocc nhĩ thất ( hay gặp trong bệnh van động mạch chủ)
- Lớn thất phải hay trái

### **X Quang lồng ngực**

- Bóng tim to, lớn nhĩ- thất, động mạch phổi lớn, tăng tuần hoàn phổi.

### **Siêu âm tim**

- Chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân, độ nặng, các biến chứng trên buồng tim, và áp lực động mạch phổi, bệnh van kết hợp.

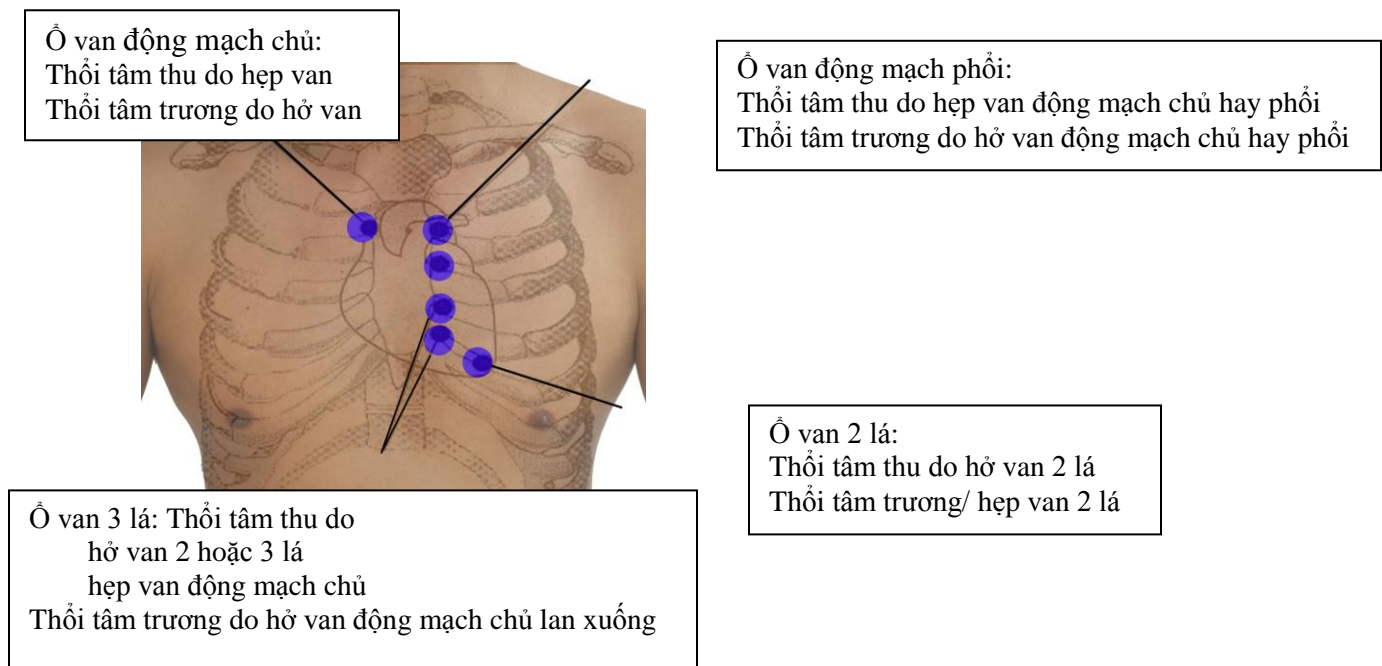
## **5. CÁC BƯỚC TIẾP CẬN ÂM THỔI Ở TIM ĐỂ CHẨN ĐOÁN BỆNH VAN TIM**

### ***1. Âm thổi này là thực thể hay cơ năng? Nghi đến âm thổi cơ năng khi:***

- Âm thổi tâm thu có cường độ  $\leq 2/6$  theo phân độ Freeman Levine
- Không có biểu hiện lâm sàng.
- Không lan xa.

### ***2. Chẩn đoán tổn thương: Âm thổi thực thể này do tổn thương van nào?***

Dựa vào tổng hợp vị trí, thời gian, hình dạng và hướng lan của âm thổi . Sẽ khó khăn khi bệnh nhân có tổn thương đa van( ví dụ: hẹp van 2 lá + hở van động mạch chủ) hoặc một van đa tổn thương( ví dụ: hẹp hở van 2 lá).

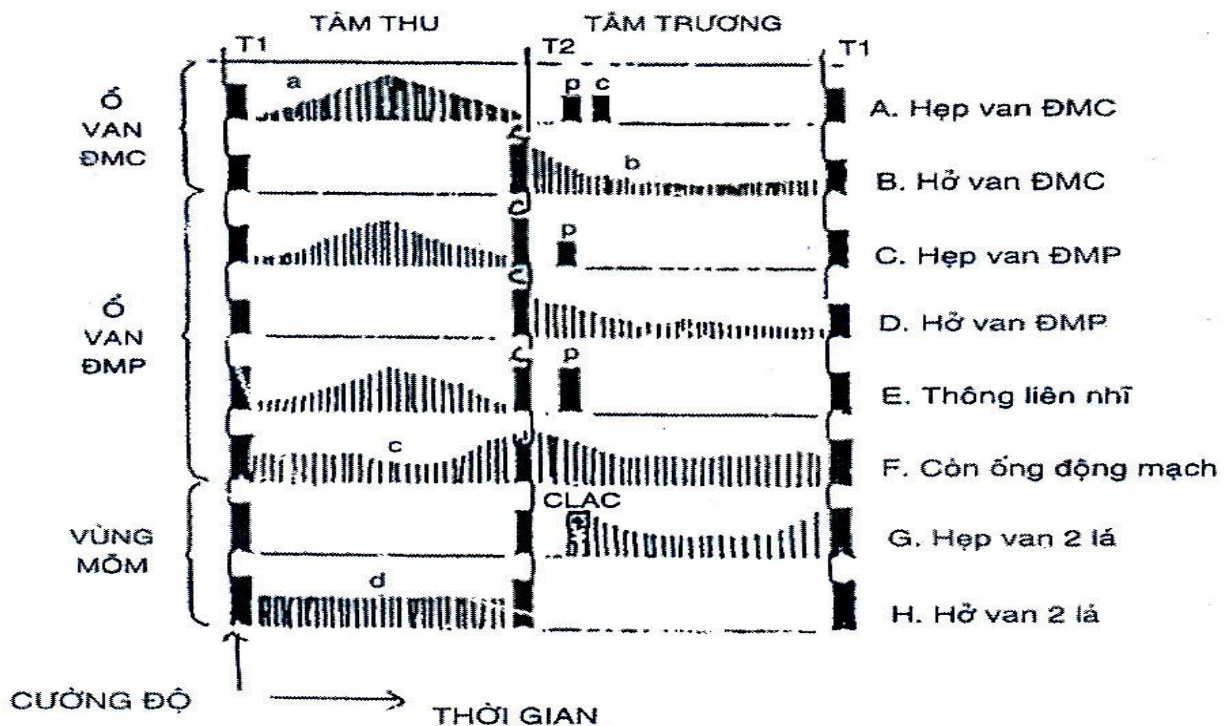


**Hình 1: Vị trí âm thổi**

### Vị trí của âm thổi

- Âm thổi tâm thu:
  - Mỏm: hở van hai lá, hở van ba lá
  - Liên sườn 3 - 4 bờ trái xương ức: Hở van hai lá, hở van ba lá, hẹp van động mạch chủ.
  - Liên sườn 2-3 bờ trái xương ức: Hẹp van động mạch chủ, hẹp van động mạch phổi.
- Âm thổi tâm trương:
  - Mỏm: Hẹp van hai lá, hở van động mạch chủ, âm thổi Carey Coombs.
  - Liên sườn 3 bờ trái xương ức: Hở van động mạch chủ, hở van động mạch phổi.

## Hình dạng và hướng lan âm thổi



Hình 2: Hình dạng âm thổi

- Âm thổi tâm thu:
  - Dạng tràn ở mồm lan ra nách: hở van hai lá
  - Dạng crescendo-decrescendo lan lên liên sườn 2 phải và bên phải cổ: hẹp van động mạch chủ
  - Dạng tràn ở liên sườn 4-5 bờ trái xương ức, lan xuống vùng thượng vị: hở van ba lá
- Âm thổi tâm trương;
  - Kèm T1 đánh, clắc mở van, nhấn mạnh tiền tâm thu ở mồm: hẹp van hai lá.
  - Dạng phụt ở đáy tim( liên sườn 2 phải hoặc 3 trái), lan dọc bờ trái xương ức: hở van động mạch chủ

Ngoài ra, các bệnh van tim có thể phân biệt khi thực hiện các **nghiệm pháp** như:

- Hở van 2 lá, hẹp van động mạch chủ: nghiệm pháp hít vào âm tính.
- Hở van 3 lá, hẹp van động mạch phổi: nghiệm pháp hít vào dương tính, âm thổi lớn lên trong kỳ hít vào.

### **3. Chẩn đoán nguyên nhân: Bệnh lý gì gây tổn thương van tim?**

- Tổn thương ở nhiều van cùng lúc: hậu thấp
- Hẹp van 2 lá: nguyên nhân chủ yếu là hậu thấp
- Hở van hai lá: có thể dựa vào hình dạng và âm sắc của âm thổi. Âm thổi cuối tâm thu có thể do sa van 2 lá hay rối loạn chức năng cơ nhú. Âm thổi đầu tâm thu điển hình của hở 2 lá cấp trong viêm nội tâm mạc. Đứt thừng gân : âm thổi nghe như tiếng chim gù. Sa van 2 lá: âm thổi có âm sắc âm nhạc.
- Bệnh nhân lớn tuổi: thoái hóa van
- Hẹp hoặc hở van động mạch chủ có 3 nguyên nhân chính: bẩm sinh, thấp tim, thoái hóa; hẹp van động mạch chủ không có bệnh 2 lá kết hợp thường do bẩm sinh hay thoái hóa van.

Tuy nhiên, chẩn đoán cuối cùng chính xác nhất dựa vào siêu âm tim

### **4. Chẩn đoán mức độ: Tổn thương van tim này có nặng không?**

- Hẹp van động mạch chủ nặng: Đau ngực khi gắng sức, khó thở khi gắng sức, ngất khi gắng sức. Thổi tâm thu tổng máu ở phía trên bên phải xương ức, lan lên cổ, đạt cường độ cao nhất vào đầu-giữa tâm thu. Mức độ hẹp chủ càng nặng, tiếng thổi càng dài hơn, mạnh hơn và đạt cực đại chậm hơn (cuối kỳ tâm thu)
- Hở van động mạch chủ nặng đơn thuần: âm thổi dài hơn, toàn tâm trương; hiệu áp rộng, mạch Corrigan...
- Hẹp van hai lá khít: Rù tâm trương kéo dài, T1 mờ, T1 tách đôi đảo.



- Hở van hai lá nặng: âm thổi toàn tâm thu cường độ  $\geq 4/6$ , T1 mờ hoặc mất, rung tâm trương ngắn do hẹp van hai lá tương đối, T3 do dẫn thất trái.
- Siêu âm tim là phương tiện giúp chẩn đoán độ nặng tổn thương van chính xác nhất.

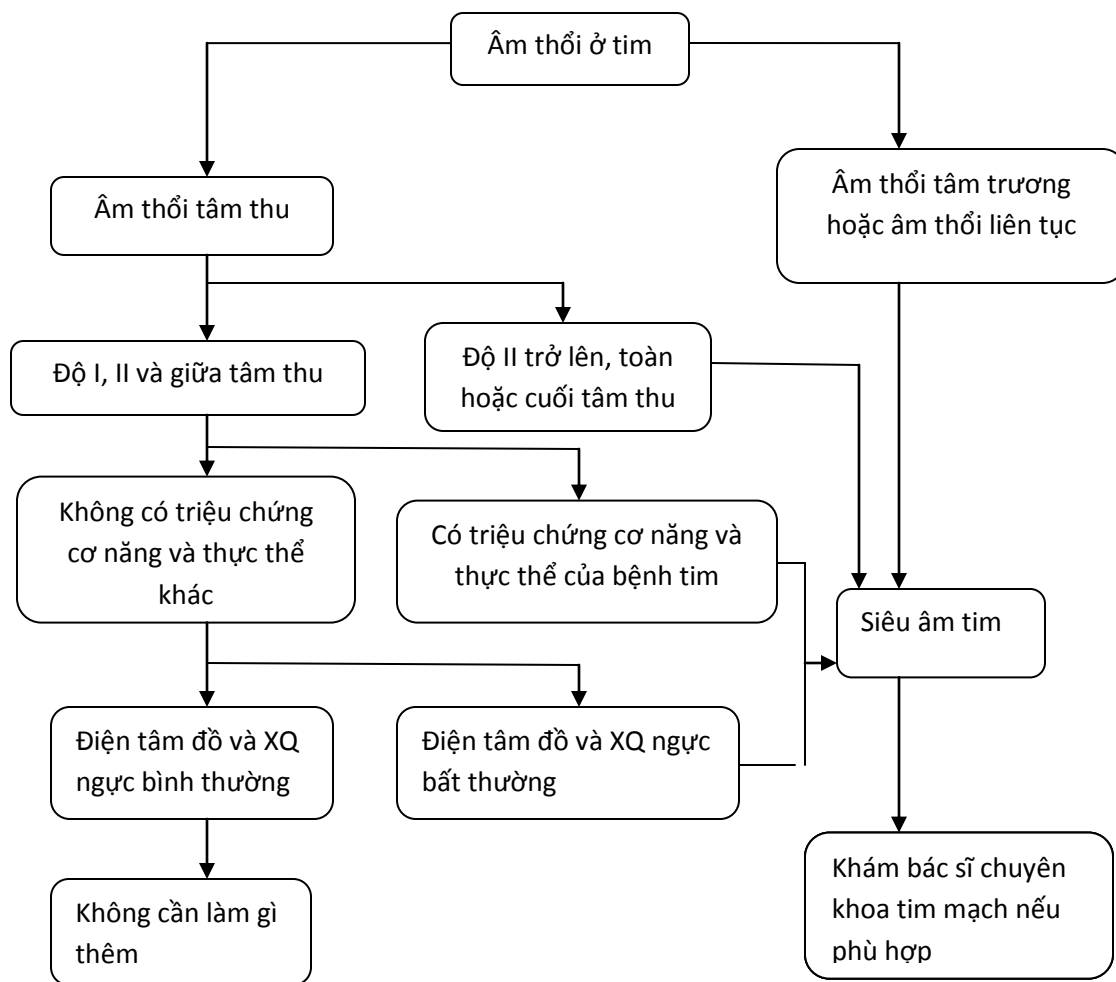
#### **5. Chẩn đoán biến chứng: Tổn thương này có biến chứng gì chưa?**

- Suy tim: theo tiêu chuẩn Framingham, Hội tim châu Âu...
- Tăng áp động mạch phổi: T2 mạnh và tách đôi rộng, click phun tâm thu và âm thổi tâm thu ở khoang liên sườn 2 bờ trái xương ức.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: tiêu chuẩn Duke cải biên, ít xảy ra với hẹp van 2 lá.
- Rung nhĩ: nghe tim loạn nhịp hoàn toàn, mạch hệt, xác định bằng điện tâm đồ.
- Gan: rối loạn chức năng gan, xơ gan tim.
- Nghẽn mạch do huyết khối thành lập trong nhĩ trái chạy ra ngoài đại tuần hoàn, thường gặp trong hẹp van hai lá.

### **KẾT LUẬN**

Âm thổi ở tim có thể là cơ năng hay tổn thương thực thể tại van tim, vách tim...; bẩm sinh hay mắc phải.

Bệnh van tim được chẩn đoán trên lâm sàng nhờ vào tính chất âm thổi ở tim. Bên cạnh đó, siêu âm tim là phương pháp cận lâm sàng không xâm lấn rất tốt chẩn đoán bệnh, chẩn đoán nguyên nhân, biến chứng và bệnh van kết hợp.



Sơ đồ: Tiếp cận đánh giá một âm thổi ở tim[6]

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Thị Thanh Hương (2012). *Hẹp van 2 lá*. Bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Y Học Thành phố Hồ Chí Minh: 1-10.

2. Tạ Thị Thanh Hương (2012). *Hở van 2 lá*. Bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Y Học Thành phố Hồ Chí Minh: 13-24.
3. Tạ Thị Thanh Hương (2012). *Hẹp van động mạch chủ*. Bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Y Học Thành phố Hồ Chí Minh: 24-35.
4. Tạ Thị Thanh Hương (2012). *Hở van động mạch chủ*. Bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Y Học Thành phố Hồ Chí Minh: 38- 46.
5. Trần Kim Trang (2012). *Khám tim*. Triệu chứng học nội khoa. Nhà xuất bản Y Học Thành phố Hồ Chí Minh: 28-37.
6. Patrick T. O'Gara, Joseph Loscalzo (2018). *Approach to patient with a heart murmur*. Harrison's Principles of Internal Medicine 20<sup>th</sup> edition, volume 1. McGraw Hill Education: 240-248.
7. Pilar Tornos, Arturo Evangelista, and Robert O. Bonow (2014). *Aortic regurgitation*. Valvular heart disease 4<sup>th</sup> edition. Elsevier Saunders: 163 – 195.
8. Raphael Rosenhek and Helmut Baumgartner (2014). *Aortic stenosis*. Valvular heart disease 4<sup>th</sup> edition. Elsevier Saunders: 139-158.