

CBL BỆNH VAN TIM - THẦY PHI HÙNG

CA LÂM SÀNG

Cô V. 35 tuổi, là nội trợ, nhập khoa cấp cứu lúc 19 giờ tối

Lý do nhập viện: Khó thở

Bệnh sử

7 ngày trước nhập viện, BN khó thở từng cơn: khi làm việc nhà, khi đi lại khoảng 50m, khó thở 2 thì, mức độ trung bình, giảm khi ngồi nghỉ kèm hồi hộp đánh trống ngực liên tục. Ngày nhập viện, khó thở nhiều hơn, liên tục trong ngày, khó thở tăng khi nằm, phải kê 2 gối mới ngủ được kèm phù 2 bàn chân nên nhập bệnh viện X.

Trong quá trình bệnh, BN không: đau ngực, ho, sốt, đau đầu, đau bụng; tiểu vàng trong, không gất buốt, lượng như mọi ngày, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày

Tiền căn

1 năm nay bệnh nhân khó thở mỗi đi lại khoảng 100m, ngồi nghỉ thì hết, bệnh nhân không đi khám bệnh

Chưa ghi nhận tiền căn khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm

Chưa ghi nhận tiền căn đau khớp, đau ngực

Chưa ghi nhận tiền căn tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, bệnh phổi, bệnh thận, bệnh thần kinh - cơ

Tiền căn

PARA 1001, con 5 tuổi, sanh thường, hiện phát triển bình thường, thai kỳ trước không biến chứng, hậu sản bình thường.

Có thói quen ăn mặn, không hút thuốc lá, không uống rượu bia

Không tiền căn dị ứng

Gia đình: chưa ghi nhận tăng huyết áp, bệnh tim mạch, đái tháo đường

Khám thực thể: thời điểm nhập cấp cứu

M: 86 lần/phút, không đều; HA 110/70 mmHg; Nhiệt độ: 37°C

Nhịp thở 20 lần/ phút, thở không co kéo; SpO₂ 96% với khí trời.

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Nằm đầu cao 450

Thể trạng trung bình, cân nặng: 52kg, chiều cao: 1.55 m

Mạch tứ chi rõ, đối xứng 2 bên

Phù nhẹ 2 bàn chân

Tĩnh mạch cảnh nổi (JVP = 4 cm H₂O), phản hồi bụng-cảnh dương tính

Tim:

- Lồng ngực cân đối
- Mỏm tim khoảng liên sườn V, đường nách trước(T), diện đập 1x2 cm, dấu nảy trước ngực (+), Harzer (+), rung miêu (-). \Rightarrow lớn thất (P)
- Tim loạn nhịp hoàn toàn, tần số 92 lần/phút
- Mỏm tim : T1 đánh , rù tâm trương cường độ 3/6, lan vào trong xương ức.
- Đáy tim: P2 mạnh
- Âm thổi tâm thu cường độ 3/6 ở khoang liên sườn IV, V bờ trái xương ức, không lan, Carvallo (+).

Phổi:

- Rung thanh đều 2 bên
- Gõ trong
- Rì rào phế nang êm dịu, đối xứng 2 bên, không ran

Bụng:

- Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không sao mạch, không sọc.
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú
- Gan 2 cm dưới sườn, chiều cao gan 14 cm ở đường trung đòn, bờ tù, bề mặt trơn láng, mật độ mềm, ấn tức
- Không âm thổi động mạch chủ bụng và động mạch thận

Thần kinh – Cơ xương khớp:

- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

▼ Câu hỏi thảo luận 1

Đặt vấn đề, biện luận lâm sàng để đưa ra chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt?

Đặt vấn đề

- Hội chứng van tim
- Hội chứng suy tim
- Rối loạn nhịp tim

CĐSB: Hẹp van 2 lá nghi do hậu thấp giai đoạn D (ACC/AHA)- Biến chứng suy tim phải NYHA III, tăng áp phổi - Theo dõi rối loạn nhịp

CĐPB:

⇒ Rối loạn nhịp phải đợi điện tâm đồ

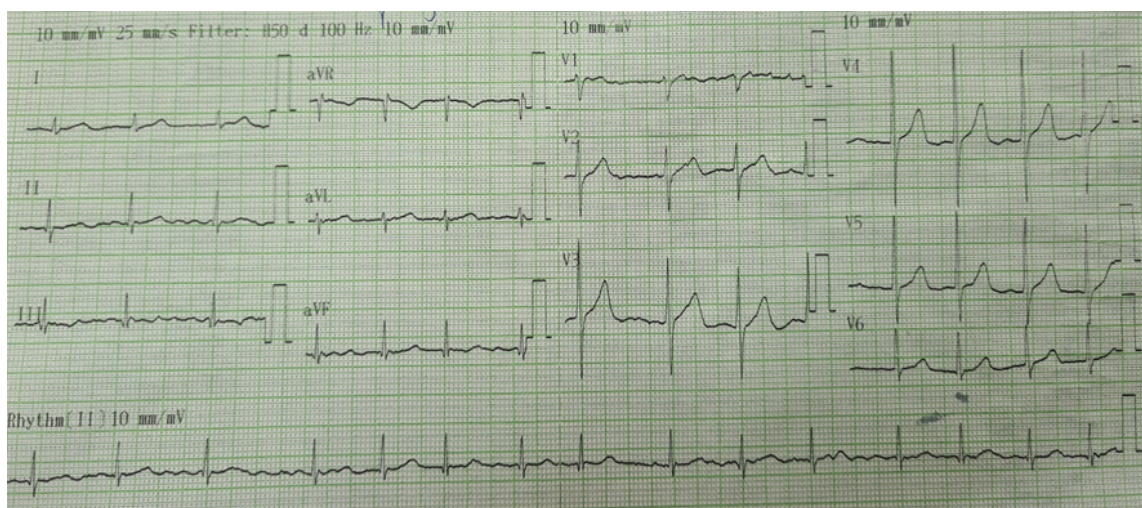
⇒ Rủi tâm trương có thể gặp trong trường hợp nào nữa? thông liên nhĩ, u nhầy nhĩ trái (rất thường gặp), huyết khối nhĩ trái, viêm nội tâm mạc có sùi lớn trên van. ⇒ Cần có chẩn đoán phân biệt

▼ Câu hỏi thảo luận 2

Đề nghị các cậ lâm sàng cần thiết cho chẩn đoán?

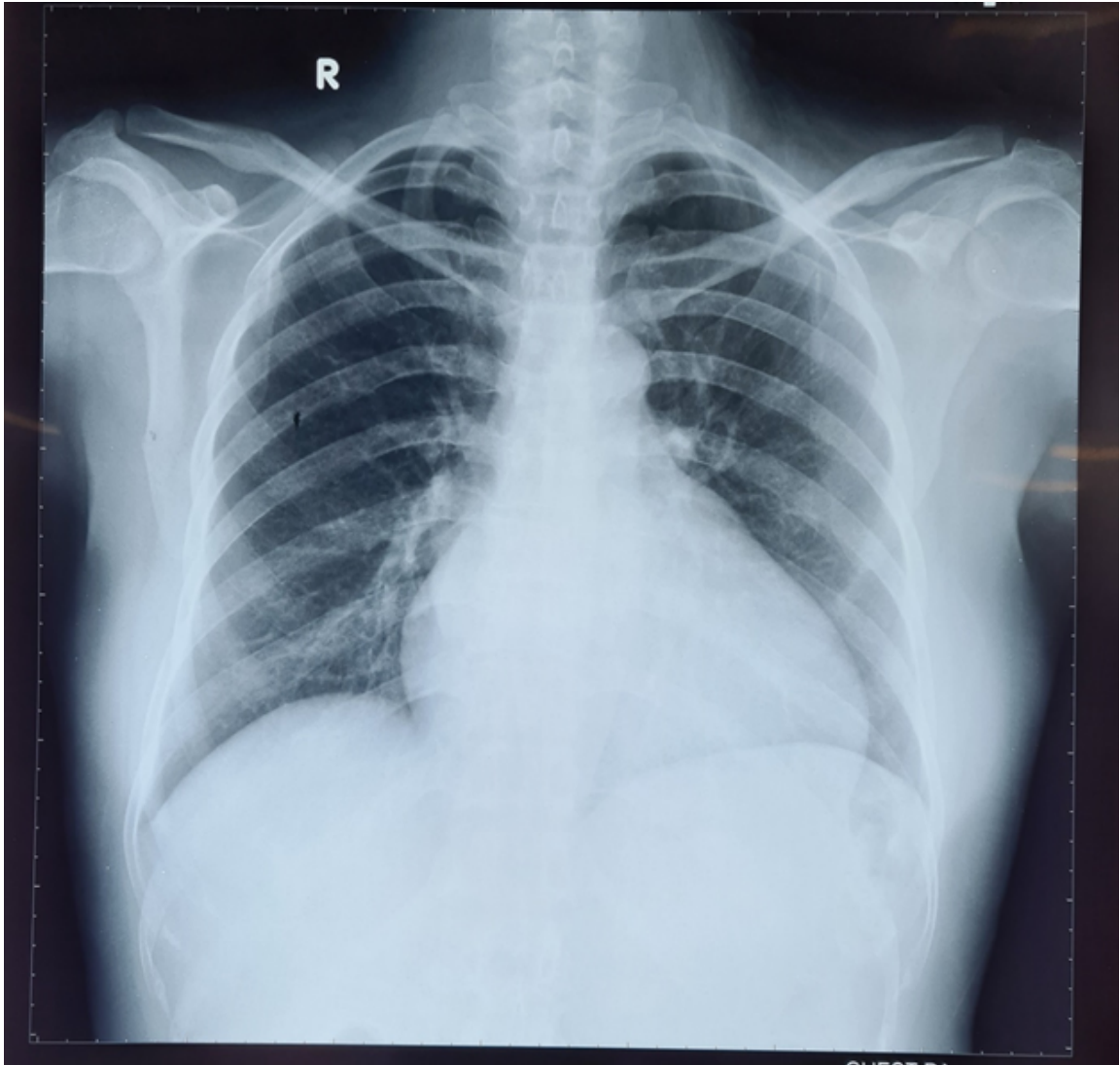
- Điện tâm đồ 12 chuyển đạo
- Siêu âm Doppler tim qua thành ngực?
- Xquang ngực thẳng
- Đông cầm máu
- Xn thường quy, nếu có rung nhĩ ⇒ chức năng tuyến giáp (fT3, TSH)

▼ Điện tâm đồ lúc nhập viện



Rung nhĩ đáp ứng thất trung bình. Diễn hình của hẹp van hai lá: trục lệch phải, lớn nhĩ trái, lớn thất phải +/- rung nhĩ

▼ X-quang ngực thẳng



Lớn nhĩ trái, lớn thất phải, tái phân bố tuần hoàn phổi

▼ SIÊU ÂM TIM

Dẫn nhĩ (T), buồng tim (P) và động mạch phổi

Chuyển động xoáy dày đặc trong nhĩ (T)

Huyết khối tiểu nhĩ (T) $d = 5 \times 10$ mm

Van 2 lá dày, dính, vôi hoá, **lá trước mở dạng phình đầu gối**, lá sau hạn chế vận động. Hẹp van 2 lá $MVO = 0.8 \text{ cm}^2$, hệ thống dưới van phì đại xơ hoá, Wilkins = 9. Hở van 2 lá 1/4.

Hở van 3 lá 2/4.

Tăng áp động mạch phổi $PAPs = 45 \text{ mmHg}$ (pulmonary artery systolic pressure (PASP))

$TAPSE = 18 \text{ mm}$ (Tricuspid annular plane systolic excursion)

Chưa thấy rối loạn vận động vùng
Vách liên thất, liên nhĩ nguyên vẹn
Không thấy tràn dịch màng ngoài tim
Chức năng tâm thu thất (T) EF = 62%

ĐIỂM Wilkins van 2 lá

► Điểm số van 2 lá qua siêu âm

(1- 4đ):

- _ Độ di động
- _ Dày lá van
- _ Dày hệ dây chằng dưới van
- _ Đóng vôi van

Trên ca này, Wilkin <10 điểm thì non van ok, >10 điểm, khi đã tổn thương hệ thống dưới van, thì thay van có thể không hiệu quả

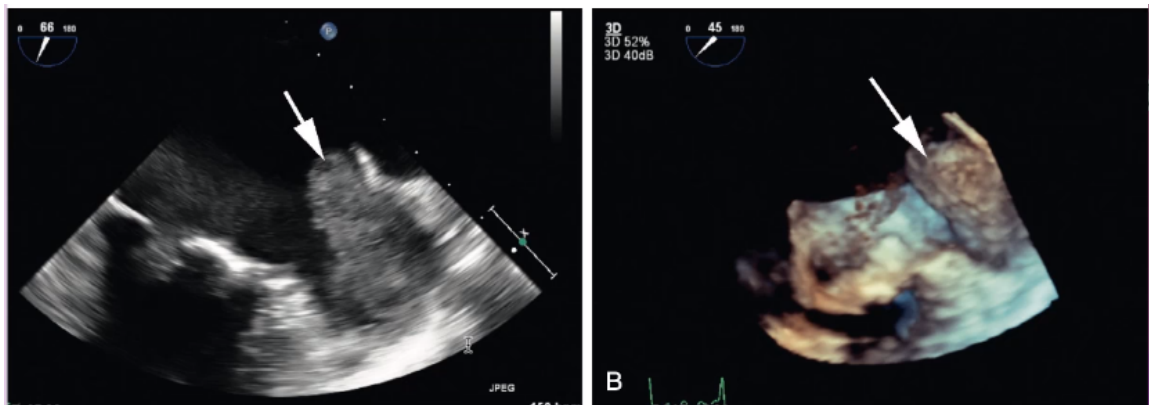
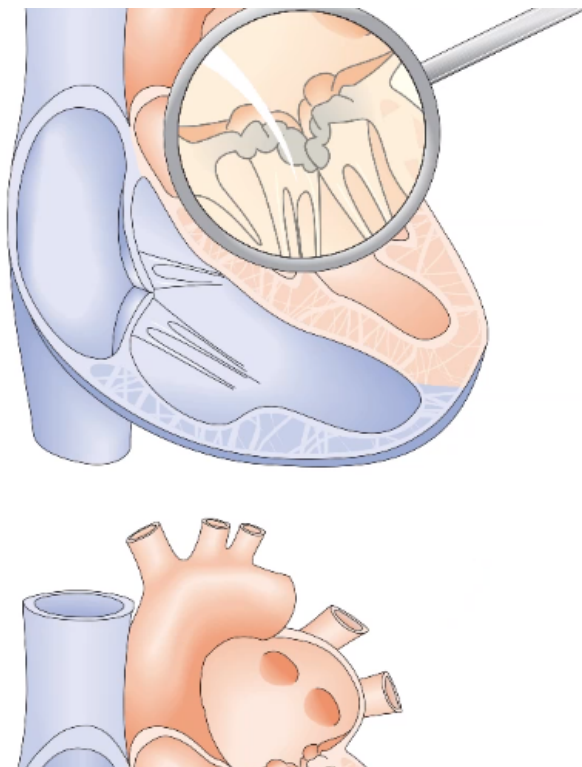
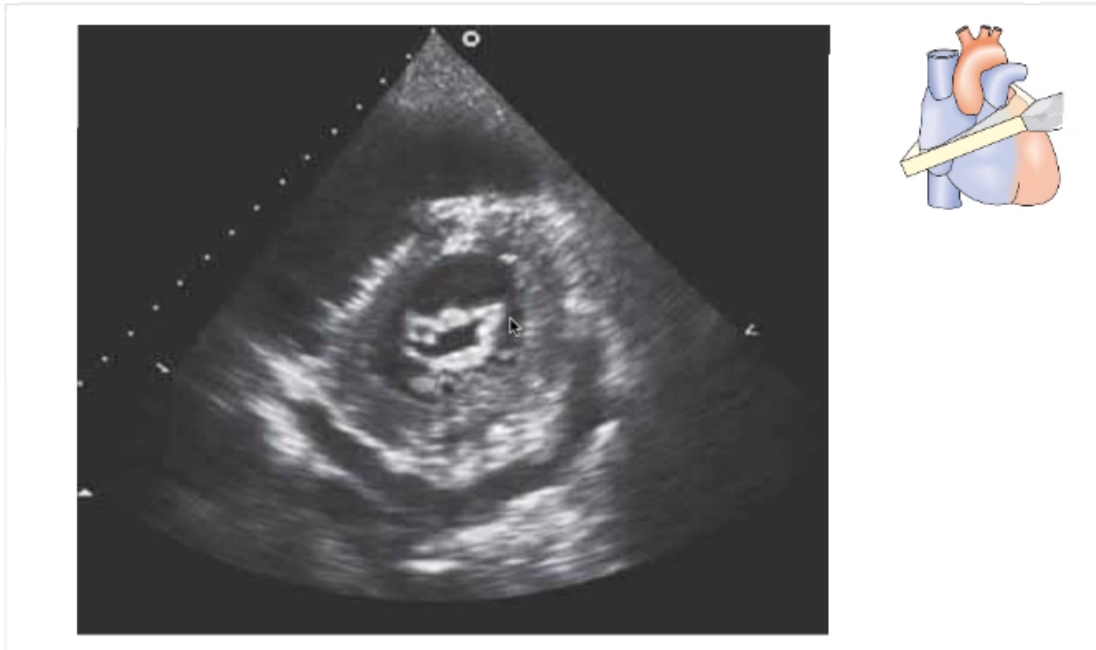


Fig. 16.4 Mitral Stenosis With Left Atrial Thrombus. TEE: 2D (A) and 3D (B) views show a large thrombus of the left atrial appendage (*arrow*). The thrombus tip protrudes into the left atrial cavity. Dense left atrial spontaneous contrast is visible on the 2D view (*arrow*).

Huyết khối nằm trong tiểu nhĩ trái. Phân biệt u nhĩ trái (có cuống, di động mật độ khác với huyết khối)





Hình can tim giống miệng cá

⇒ Phân biệt tổn thương van hai lá do hậu thấp và do thoái hóa van. Trong hậu thấp tổn thương nhiều vị trí mép van, lá van dính hai mép van- điển hình, vòng van, dây chằng, thành gân; bệnh van khác đi kèm: hở chủ, hẹp chủ. Thoái hóa van thì thường tổn thương ở vị trí vòng van (vôi hóa vòng van), vôi hóa vòng van thì không nông van được.

▼ Xét nghiệm máu

Xét nghiệm máu

- NT proBNP = 2135 pg/mL
- Công thức máu
 - WBC 8.3 K/uL
 - Neu 61%
 - Lym 24%
 - RBC 5.1 M/uL
 - HGB 15.3 g/dL
 - Hct 46%
 - MCV 92.1 fL
 - MCH 30.5 pg
 - MCHC 33.1 g/dL
 - PLT 227 K/uL
- PT: 10.3 giây, INR: 0.98, aPTT: 26 giây, Fibrinogen: 3.25 g/L

15

Xét nghiệm máu

- AST: 24 U/L, ALT: 24 U/L
- Glucose: 80 mg/dL
- Creatinin: 0.6 mg/dL
- Na: 136 mmol/L, K: 3.8 mmol/L, Cl: 107 mmol/L
- Cholesterol: 186 mg/dL, HDL: 39 mg/dL, LDL: 114 mg/dL, Triglyceride: 116 mg/dL
- TSH: 1.7 mIU/L, fT4: 10.9 pmol/L

16

Câu hỏi thảo luận 3

- Siêu âm tim qua thực quản: đánh giá chính xác hơn, đặc biệt trong TH có kế hoạch can thiệp van cho bệnh nhân (nong van, sửa van..) vì qua thành ngực không quan sát hết được đặc biệt là huyết khối trong tiểu nhĩ trái. Không cần gây mê, chỉ cần gây tê.

Chẩn đoán xác định?

Hẹp khít van hai lá hậu thấp giai đoạn D (ACC/AHA)- biến chứng suy tim phải NYHA III, tăng áp phổi, huyết khối tiểu nhĩ trái (d 5x10 mm), rung nhĩ đáp ứng thất trung bình

Câu hỏi thảo luận 4

Mục tiêu điều trị và điều trị cụ thể về nội khoa cho bệnh nhân?

Đợt cấp:

- Cải thiện triệu chứng: oxy liệu pháp mục tiêu $\text{PaO}_2 \geq 60 \text{ mmHg}$
- Nằm đầu cao hoặc ngồi, nghỉ ngơi tuyệt đối
- Giảm tiền tải: lợi tiểu: Furosemide 20 mg 2A x 2 (TMC)
- Kiểm soát tần số thất trong rung nhĩ: Digoxin TMC (có tác dụng nhanh hơn, giảm triệu chứng cho bệnh nhân), nếu không cải thiện thì có thể xem xét BB (khi bệnh nhân đã hết tình trạng sung huyết)
- Điều trị huyết khối: Lovenox (enoxaparin) + kháng vitamin K

⇒ BN hẹp van hai lá thì giảm tần số để tăng thời gian tâm trương, tăng th gian đổ đầy thất

⇒ BN hẹp van hai lá dùng kháng đông khi nào (+rung nhĩ, + huyết khối trong nhĩ trái, + tiền căn thuyên tắc trước đó,...)

⇒ nitrate không có vai trò trong hẹp van hai lá ⇒ làm giảm tiền tải, tụt huyết áp cho bệnh nhân. ngoại trừ kèm theo hở hai lá, hở chủ,...

⇒ Có phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng? không có dự định thủ thuật răng miệng, ⇒ không cần

⇒ Dùng kháng đông không làm li giải cục máu đông. Dùng kháng đông với mục đích không hình thành cục máu đông mới. Dùng kháng vitamin K thì phải đợi 3-5 ngày mới có hiệu quả, trong khi tiểu nhĩ trái có huyết khối lớn ⇒ cho cùng lúc enoxaparin + kháng vitamin K ⇒ Khi điều chỉnh được INR 2-3 trong vòng 2 ngày thì ngưng enoxaparin. Dùng kháng Vit K cho bệnh nhân trong 3-6 tháng sau đó kiểm tra lại còn huyết khối hay không.

⇒ rung nhĩ đáp ứng thất nhanh, trung bình/bệnh nhân có triệu chứng sung huyết thì vai trò của BB và non-DHP CCB hạn chế vì có thể ức chế co bóp thất P, có thể đưa bệnh nhân vào tình trạng nặng hơn.

Sau đợt cấp

- Lối sống điều độ, sinh hoạt nhẹ nhàng
- thuốc kháng đông phòng ngừa huyết khối
- điều trị rung nhĩ
- phòng ngừa thấp khớp tái phát: penicillin, ít nhất 10 năm, cho đến khi bệnh nhân 40 tuổi.
- lên kế hoạch nong van hai lá, phẫu thuật van hai lá

Câu hỏi thảo luận 5

Chỉ định điều trị ngoại khoa và lựa chọn phương pháp can thiệp ngoại khoa trên bệnh nhân hẹp van 2 lá này?

- Nong hay là phẫu thuật?
- Bệnh nhân này có huyết khối trong nhĩ trái ⇒ không nong van vì huyết khối có thể đi vào thất trái, đi vào hệ tuần hoàn gây tắc các cơ quan.
- Một số TH có huyết khối tiểu nhĩ trái, có thể nong đối với những chuyên gia có kinh nghiệm (tuy nhiên guideline thì không khuyến cáo làm cái này)
- Theo Thầy ca này vẫn có thể can thiệp phẫu thuật được khi đã giải quyết huyết khối. Đưa kim vào TM đùi, vô nhĩ phải, đâm thủng vách liên nhĩ từ nhĩ phải sang nhĩ trái, sau đó đưa vào van hai lá ⇒ nong bóng lên. Khi bơm lên mép van hai lá tách ra, tùy theo kích thước mỗi người mà lựa chọn kích thước khác nhau.
- Khi đi thi phải biện luận theo lâm sàng trước, tiếng tim, âm thổi, chứ không phải chỉ dựa vào siêu âm tim