BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA - ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

PHẠM VĂN HÙNG

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MỘT SỐ XÉT NGHIỆM VÀ SIÊU ÂM - DOPPLER CỦA BỆNH NHÂN HỞ VAN HAI LÁ MẠN TÍNH

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

THÁI NGUYÊN - 2007

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA - ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

PHẠM VĂN HÙNG

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MỘT SỐ XÉT NGHIỆM VÀ SIÊU ÂM - DOPPLER CỦA BỆNH NHÂN HỞ VAN HAI LÁ MẠN TÍNH

Chuyên ngành: Nội khoa

Mã số: 60 72 20

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học: TS. Dương Hồng Thái

Số hóa bởi Trung tâm Học liệu – Đại học Thái Nguyên http://www.lrc-tnu.edu.vn

THÁI NGUYÊN, 2007

CÁC CHỮ VIẾT TẮT TRONG LUẬN VĂN

ALĐMP	Áp lực động mạch phổi
Altb	Áp lực trung bình
Altt	Áp lực tâm thu
ALttr	Áp lực tâm trương
BN	Bệnh nhân
CNTTrTT	Chức năng tâm trương thất trái.
CNTTTT	Chức năng tâm thu thất trái.
cs	Cộng sự
CSTTTT	Chỉ số thể tích thất trái.
Dd	Đường kính cuối tâm trương thất trái
Ds	Đường kính cuối tâm thu thất trái
ĐKTW	Đa khoa trung ương.
ĐMC	Động mạch chủ
ĐMP	Động mạch phổi
EF	Phân xuất tống máu
HoHL	Hở van hai lá
KLCTT	Khối lượng cơ thất trái
NT	Nhĩ trái
NTT	Ngoại tâm thu
SA	Siêu âm
THA	Tăng huyết áp
TP	Thất phải
TT	Thất trái
TTT	Thổi tâm thu
XQ	Điện quang
Vd	Thể tích cuối tâm trương thất trái
Vs	Thể tích cuối tâm thu thất trái

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hở van hai lá là tình trạng bệnh lý, trong đó ở thì tâm thu, có dòng máu phụt ngược từ buồng thất trái lên buồng nhĩ trái qua van hai lá. Cơ chế hở này có thể do tổn thương ở vòng van, lá van, dây chằng, cơ nhú và cũng có thể do giãn buồng tim.

Do bệnh diễn tiến chậm âm ỉ, thông thường những bệnh nhân đến viện được chẩn đoán là hở van hai lá trên lâm sàng thì mức độ hở trên siêu âm - Doppler tim thường là vừa đến nhiều hoặc hở nhiều. Với những bệnh nhân này khả năng để chữa khỏi là rất khó khăn, nhưng nếu được phát hiện khi chưa có suy tim và mức độ van hở còn ít, có thể chữa khỏi đối với những trường hợp hở van hai lá do thấp, làm chậm diễn tiến đến suy tim đối với những bệnh cơ tim và hạn chế rối loạn huyết động đối với hở hai lá do thoái hoá nhầy và bệnh mạch vành.

Những lợi ích rất rõ ràng của vấn đề phát hiện sớm hở van hai lá khi chưa có suy tim là hạn chế được sự trở nặng và làm chậm lại sự tiến triển của bệnh đồng thời cho hướng điều trị và phòng bệnh cụ thể tuỳ từng giai đoạn của hở van hai lá. Chính vì vậy nghiên cứu phát hiện sớm loại bệnh lý này là cần thiết.

Hiện nay có rất nhiều phương pháp lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán hở van hai lá. Trong các phương pháp thăm dò phát hiện hở van hai lá khi chưa có suy tim trên lâm sàng thì siêu âm - Doppler tim là một phương pháp lựa chọn hàng đầu do nó có thể thực hiện ở ngay từ cơ sở tuyến huyện, tuyến tỉnh, đồng thời không gây hại cho bệnh nhân, hơn nữa đây là một xét nghiệm không xâm nhập và chi phí không quá tốn kém, có thể làm nhiều lần để so sánh và theo dõi quản lý bệnh.

Số hóa bởi Trung tâm Học liệu – Đại học Thái Nguyên http://www.lrc-tnu.edu.vn

Trong nước cũng như trên thế giới đã có không ít các tác giả nghiên cứu về siêu âm - Doppler tim trên bệnh nhân hở hai lá, nhưng chúng tôi thấy nghiên cứu về hở van hai lá khi chưa suy tim không nhiều và vẫn rất cần thiết, nhất là những tuyến y tế cơ sở nhằm phát hiện bệnh sớm để có hướng điều trị, tư vấn và phòng bệnh kịp thời.

Trên cơ sở các lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "***Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng một số xét nghiệm và siêu âm - Doppler của bệnh nhân hở van hai lá mạn tính''*** nhằm các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm của người bệnh hở van hai lá mạn tính chưa suy tim trên lâm sàng.

2. Nghiên cứu đặc điểm hở van hai lá mạn tính chưa suy tim trên siêu âm - Doppler.

Chương 1
TỔNG QUAN

1.1. Một số khái niệm về bệnh hở van hai lá

1.1.1. Định nghĩa hở van hai lá: HoHL là hiện tượng van hai lá đóng không kín trong thời kỳ tâm thu có sự trào ngược của dòng máu thời kỳ tâm thu từ buồng thất trái về buồng nhĩ trái [2].

1.1.2. Cấu trúc van hai lá

Van hai lá là cách gọi đơn giản của bộ máy van hai lá, là một bộ máy khá phức tạp mà mỗi thành phần đóng một vai trò quan trọng trong việc đảm bảo chức năng lưu thông một chiều của máu từ nhĩ trái xuống thất trái. Bộ máy van hai lá gồm các thành phần:

- Vòng van.
- Hai lá van.
- Tổ chức dưới van: gồm các dây chằng và các cầu cơ, cột cơ [3], [31].

1.1.3. Nguyên nhân hở van hai lá

- Do sự khác biệt về cơ chế tổn thương nhất là do phương thức xử lý người ta thường phân hở van hai lá mạn và hở van hai lá cấp [26], [31].

* Nguyên nhân hở van hai lá cấp

- Đứt dây chằng: thoái hoá nhầy, chấn thương, viêm nội tâm mạc…
- Đứt cơ trụ: gồm có nhồi máu cơ tim, chấn thương.
- Rối loạn chức năng cơ trụ, thiếu máu cục bộ.
- Rách lá van, viêm nội tâm mạc.

* Nguyên nhân hở van hai lá mạn

- Viêm: bệnh hai lá phổ biến nhất là các bệnh van tim sau thấp và các nguyên nhân khác như lupus ban đỏ, xơ cứng bì...

- Do thoái hoá: thoái hoá dạng mucin van hai lá, hội chứng Marfan, vôi hoá vòng van 2 lá, sa van hai lá.

- Nhiễm trùng: viêm nội tâm mạc nhiễm trùng trên van bình thường, van bất thường hay van nhân tạo.

- Do bất thường cấu trúc: đứt dây chằng (tự nhiên hay bệnh lý), đứt hoặc rối loạn chức năng cơ trụ (thiếu máu cục bộ hoặc nhồi máu cơ tim), giãn vòng van hai lá và buồng thất trái (bệnh cơ tim giãn, giãn túi phình thất trái), bệnh cơ tim phì đại.

- Bẩm sinh: kẽ van hai lá, bất thường hình dù van hai lá.

1.1.4. Cơ chế hở van hai lá theo Carpentier

Carpentier đã phân loại hở van hai lá làm ba nhóm theo các thay đổi của vận động lá van

- Nhóm 1 (vận động lá van bình thường): bờ tự do lá van còn nằm phía trước mặt phẳng vòng van vào thời kỳ tâm thu, thời kỳ tâm trương van mở bình thường, các tổn thương gồm:

Do giãn vòng van.

Rách hoặc thủng lá van.

Giãn thất trái.

- Nhóm 2 (do sa van): bờ tự do của một hoặc hai lá van vượt quá mặt phẳng vòng van vào thời kỳ tâm thu, các tổn thương gồm:

Đứt hoặc giãn dây chằng, dây chằng dài.

Đứt hoặc giãn cột cơ.

- Nhóm 3 (vận động lá van hạn chế): một hoặc cả hai lá van mở không trọn vẹn trong thời kỳ tâm trương và/hoặc đóng không kín trong thời kỳ tâm thu, các tổn thương gồm:

Dày lá van.

Do co rút van và tổ chức dưới van.

Dính mép van.

Vôi hoá vòng van.

Sự dư thừa mô van tạo nên tình trạng phồng lá van.

Tổn thương bộ máy dưới van như giảm co bóp cơ nhú.

Loạn động thành tâm thất do thiếu máu cục bộ cơ tim.

1.1.5. Chẩn đoán hở van hai lá

- *Lâm sàng*

HoHL là một bệnh tiến triển một cách kín đáo có thể trong nhiều năm không có triệu chứng cơ năng, thời gian trung bình từ khi xuất hiện HoHL đến khi bệnh nhân có triệu chứng lên đến 16 năm [40], triệu chứng lâm sàng của HoHL chưa suy tim thường nghèo nàn độ đặc hiệu thấp trong hở nhẹ và vừa, phát hiện được HoHL thường là do kiểm tra sức khỏe định kỳ, kiểm tra những bệnh nhân có nguy cơ HoHL như thấp tim, tăng huyết áp, suy thận, tim bẩm sinh [7], [10], [18], [19]... Hoặc đi khám chữa một bệnh khác khi siêu âm - Doppler tim phát hiện được.

- Một số triệu chứng cơ năng thường gặp [2], [20], [33].

Đau ngực, hồi hộp trống ngực.

Đau khớp thường gặp trong HoHL do thấp tim.

Ho.

Tăng huyết áp cũng là nguyên nhân gây HoHL ngoài ra nó còn gây ra một số triệu chứng cơ năng như đau đầu, mất ngủ...

- Triệu chứng thực thể:

Mạch ngoại biên mạnh và gọn.

T1 nhỏ do van hai lá đóng kém, T2 vang, tách đôi do van ĐMC đóng sớm.

Nghe tim thấy tiếng thổi tâm thu ở mỏm là triệu chứng quan trọng trong HoHL có đặc điểm nghe rõ ở mỏm tim, chiếm toàn thì tâm thu hoặc cuối tâm thu, tiếng thổi lan ra nách về mỏm hoặc đáy tim nếu có sa van.

- *Cận lâm sàng*

Điện tim: có thể dày TT, dày nhĩ trái, rung nhĩ [24].

X quang: giãn TT và nhĩ trái, nhánh huyết quản đậm, phù mô kẽ.

Các xét nghiệm khác: công thức máu, SGOT, SGPT, cholesteron toàn phần, ure, creatinin...

Siêu âm tim.

1.1.6. Điều trị hở van hai lá

Diễn biến với trị liệu

- *Điều trị nội khoa*: liên quan đến hở van hai lá dung nạp tốt trên phương diện cơ năng không gây ảnh hưởng quan trọng đến thất trái. Bao gồm: chế độ ăn uống hợp lý, giảm các hoạt động thể lực, phòng ngừa, chống nhiễm trùng, theo dõi đều đặn lâm sàng và cận lâm sàng, sử dụng thuốc giảm hậu tải, Digitalis, lợi tiểu...

Tiên lượng nói chung tốt nếu hở van hai lá vẫn giữ ở mức vừa phải nhưng một biến chứng cấp tính luôn có thể xảy ra [26], [41].

- *Điều trị ngoại khoa:*

Chỉ định phẫu thuật hở 2 lá dựa vào độ nặng của hở van, có hay không triệu chứng cơ năng, sự tiến triển của hở van.

Chỉ định thay van hay sửa van tuỳ thuộc tính chất lá van, vòng van và bộ máy dưới van dựa vào khảo sát bằng siêu âm tim trước mổ và nhận định của phẫu thuật viên trong lúc mổ [13].

- *Điều trị nguyên nhân:* tuỳ từng nguyên nhân có các phương pháp điều trị khác nhau.

1.1.7. Các biến chứng trong quá trình diễn biến chung của hở van hai lá

- HoHL gây tình trạng tăng tiền gánh, hậu gánh và làm buồng tim trái giãn dần dẫn đến giãn vòng van hậu quả dẫn đến HoHL nhiều thêm [49].

- Tình trạng suy tim trái, tăng áp lực ĐMP, tăng áp lực TP và sau đó là suy tim toàn bộ [13].

- Thuyên tắc mạch: thường nặng nề có liên quan đến sự di chuyển của huyết khối tâm nhĩ trái, một số tổ chức sùi trong viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, một khối Fibrin - tiểu cầu gây nghẽn mạch trong sa van hai lá.

- Loạn nhịp hoàn toàn do rung nhĩ.

- Mảnh ghép vi khuẩn: đây là nguy cơ quan trọng nó có thể dẫn đến sự trở nặng cấp tính của tình trạng hở van hai lá [2].

1.1.8. Tình hình bệnh lý hở van hai lá trên thế giới và Việt Nam

HoHL là bệnh được tìm ra khá sớm. Vieusens năm 1715 và Corvisart năm 1817 là những người đầu tiên mô tả triệu chứng của bệnh. Hiện nay HoHL là tổn thương van tim phổ biến trong thực hành lâm sàng trên thế giới, chiếm tỷ lệ 17,3% trong các bệnh tim mạch nói chung và 26% trong các bệnh van tim nói riêng, ở các nước phát triển nguyên nhân chủ yếu gây HoHL là do sa van hai lá và bệnh tim thiếu máu cục bộ, thấp tim gặp ít hơn [37], [40].

- Các bệnh lý van hai lá cũng là bệnh van tim thường gặp ở nước ta, chiếm tới 66% so với bệnh lý tim mạch khác [30]. Trong đó bệnh lý HoHL chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh van tim (40,0% - 45,6%) [2], [13]. Theo thống kê của Viện tim mạch năm 1996 thì trong các bệnh tim mạch bệnh hẹp hở hai lá đứng hàng đầu (21,4%), đứng sau đó là HoHL (16%) [33] và thường có nguyên nhân do thấp tim, phát hiện thường muộn sau 50 tuổi chiếm tỷ lệ là 2/3 [20].

Số hóa bởi Trung tâm Học liệu – Đại học Thái Nguyên http://www.lrc-tnu.edu.vn