



HỎ VẠN HAI LÁ : CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

PGS TS Nguyễn Anh Vũ

Bộ môn Nội, Đại học Y Dược Huế

Trung tâm tim mạch Huế

CƠ CHẾ HỞ VAN HAI LÁ THEO CARPENTIER

Type I Vận động lá van bình thường		Type II Vận động lá van quá mức		Type III Vận động lá van hạn chế	
Giãn vòng van	Thủng	Sa lá van	Trôi lá van	a Dày/dính	b Giãn NT/ TT
					

Nguyên nhân hở van hai lá

Hở hai lá nguyên phát (bất thường lá van):

- Sa van hai lá dạng thoái hoá nhầy
- Thoái hoá
- Nhiễm trùng
- Viêm
- Bẩm sinh

- Sa lá van, trôi lá van, đứt hoặc dài dây chằng
- Dày, vôi hoá
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, thủng, phình
- Thấp tim, bệnh tạo keo, tia xạ, thuốc
- Chẻ van hai lá, van hình dù

Hở hai lá thứ phát (tái cấu trúc thất):

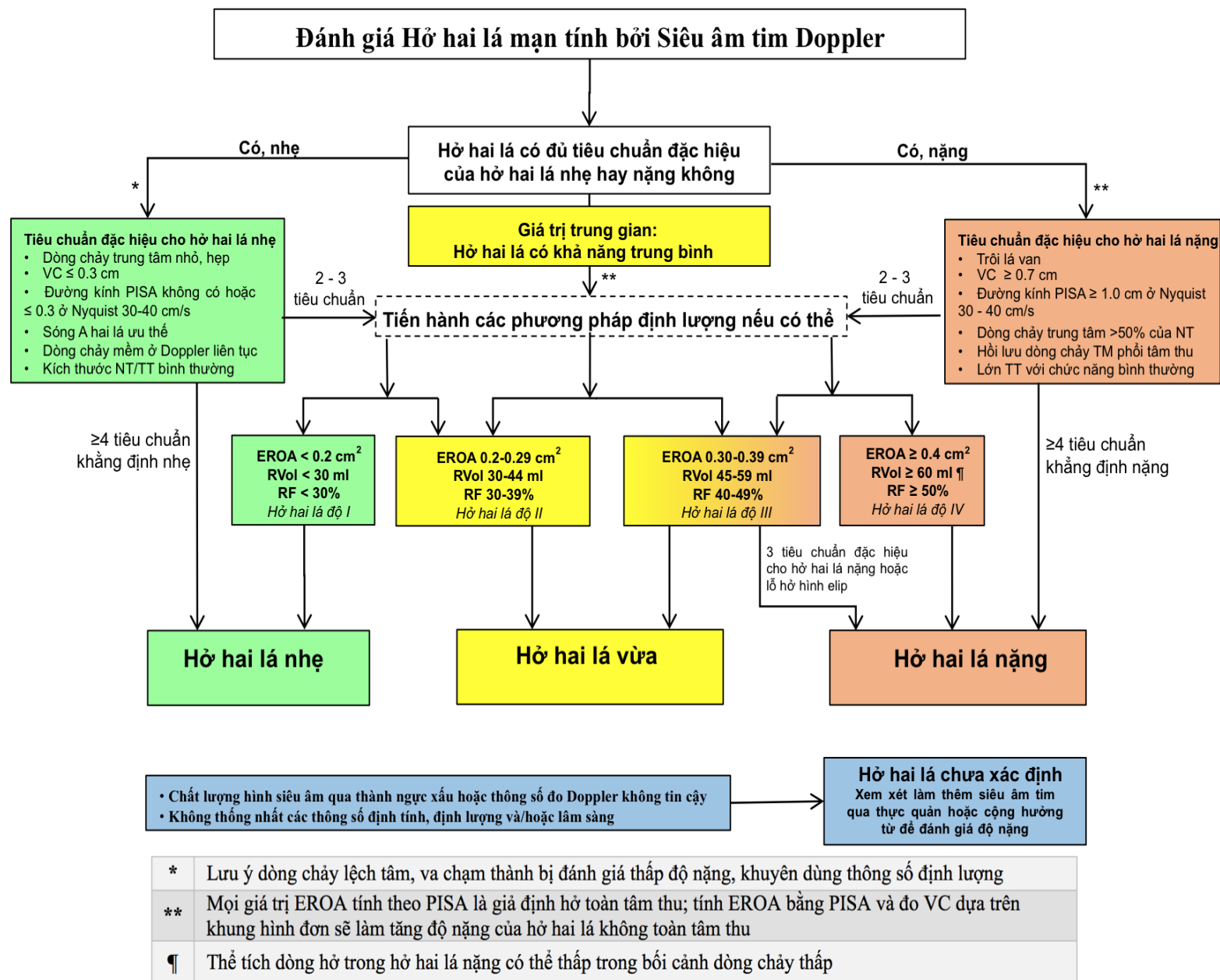
- Nguyên nhân thiếu máu cục bộ do bệnh mạch vành
- Bệnh cơ tim không do thiếu máu cục bộ:
Giãn vòng van

Rung nhĩ, bệnh cơ tim hạn chế

Lượng giá hở van hai lá ASE 2017

Bảng 8 Phân độ mức độ nặng của hở van hai lá mạn theo siêu âm tim				
	Độ nặng của Hở hai lá*			
	Nhẹ	Vừa	Nặng	
Cấu trúc				
Hình thái van	Không hoặc bất thường nhẹ (như: dày nhẹ, vôi hoá hoặc sa, dạng lều nhẹ)	Bất thường lá van vừa hoặc dạng lều vừa	Tổn thương lá van nặng (Nguyên phát: trôi van, co rút lá van nặng, đứt cơ nhú, thủng lớn. Thứ phát: dạng lều nặng diện áp mép van kém)	
Kính thước thất trái và nhĩ trái†	Bình thường	Bình thường hoặc dẫn nhẹ	Dẫn‡	
Định lượng theo Doppler				
Diện tích màu dòng hở§	Nhỏ, trung tâm, hẹp, thường ngắn	Thay đổi	Dòng trung tâm lớn (>50% NT) hoặc dòng lệch tâm kích thước thay đổi, va vào thành	
Dòng hội tụ	Không nhìn thấy, thoáng qua hoặc nhỏ	Kích thước trung bình và kéo dài	Lớn, toàn tâm thu	
Phổ Doppler liên tục	Yếu/từng phần/dạng parabol	Đặc nhưng từng phần hoặc dạng parabol	Đặc/toàn tâm thu/ dạng tam giác	
Bán định lượng VCW (cm)	<0,3	Trung bình	≥0,7 (>0,8 nếu 2 mặt cắt)¶	
Dòng TM phổi#	Trội thì tâm thu (có thể tù nếu RN hoặc rối loạn CN thất trái)	Bình thường hoặc tù thì tâm thu#	Dòng tâm thu nhỏ hoặc không có/ dòng đảo ngược thì tâm thu	
Dòng qua van hai lá Định lượng††,‡‡	Sóng A trội	Thay đổi	Sóng E trội (>1,2m/s)	
EROA, 2D PISA (cm²)	<0,20	0,20-0,29	0,30-0,39	≥0,40 (thấp hơn nếu ROA dạng elip)
Thể tích hở (mL)	<30	30-44	45-59††	≥ 60 (thấp hơn nếu dòng chảy chậm)
Phân suất hở (%)	<30	30-39	40-49	≥50

Chữ in đậm có độ đặc hiệu cao



Những điểm chính cần lưu ý

- Cần đánh giá giải phẫu van 2 lá để xác định cơ chế hở.
- Không có thông số siêu âm và Doppler đơn độc nào đủ chính xác để định lượng hở 2 lá (phải sử dụng phối hợp nhiều thông số)
- Khi đánh giá mức độ hở 2 lá dựa vào Doppler màu, luôn lượng giá 3 thành phần (PISA, VC, diện tích dòng hở) và hướng của dòng hở.
- Hở 2 lá mạn tính, nặng hầu như luôn dẫn đến giãn thất trái và nhĩ trái. chuẩn hóa buồng tim với bề mặt cơ thể là quan trọng để xác định buồng tim giãn hay không .
- Chú ý dòng hở lệch tâm và va vào thành nhĩ thì diện tích dòng hở không đánh giá đúng mức độ nặng và không được sử dụng.

Hở van hai lá cấp tính

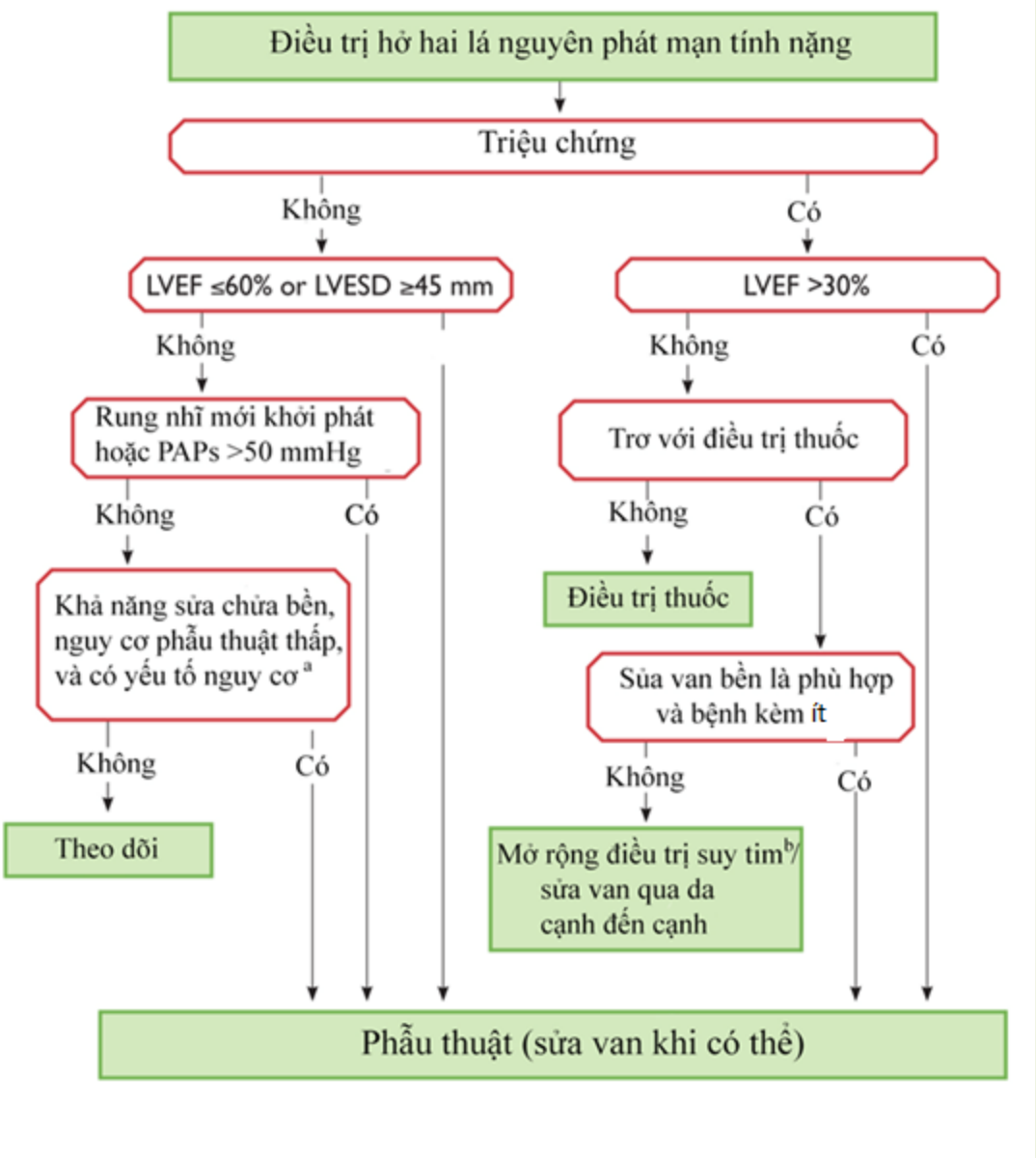
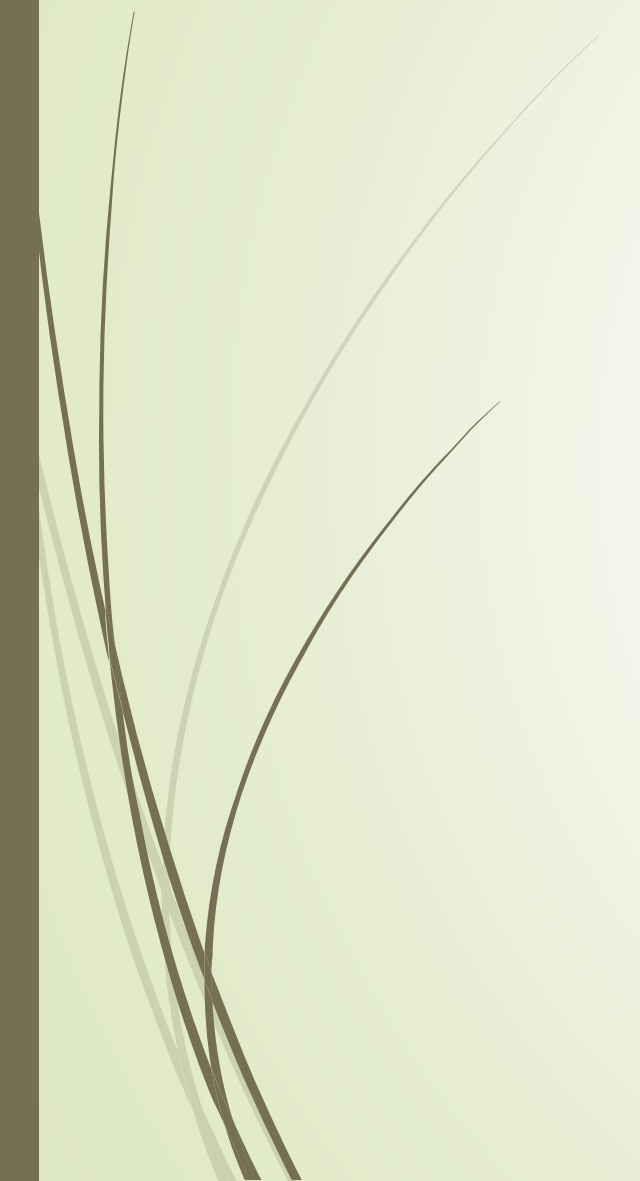
- HoHL cấp tính : gây quá tải thể tích cuối tâm trương thất trái đột ngột trong khi chưa đáp ứng thích nghi kịp gây ứ huyết ở phổi làm khó thở và phù phổi.
- Hậu gánh giảm do máu trào ngược về nhĩ trái trong thì tâm thu vì thế càng làm thất trái bóp mạnh, tăng động nhưng thể tích tổng máu vẫn giảm.
- Nếu dung nạp được thì bệnh sẽ chuyển thành pha mạn tính của HoHL.

Hở hai lá cấp tính

- Nguyên nhân: đứt cơ nhú (NMCT), đứt dây chằng, thủng van (VNTMNT).
- Lâm sàng: hay có phù phổi do tăng áp lực nhĩ trái, nhịp tim nhanh, tụt huyết áp
- Siêu âm: vận tốc dòng chảy hở qua van hai lá thấp vì thế không có dòng chảy hở rời lớn trên Doppler màu. Dòng hở lệch tâm rõ vì thế bị đánh giá thấp độ nặng.
- Hình ảnh giải phẫu trôi lá van hoặc đứt cơ nhú và dấu hiệu tăng động thất trái với giảm lưu lượng hệ thống trên Doppler là đủ cho chẩn đoán ngay cả khi Doppler màu không thấy dòng hở lớn.
- Đảo ngược dòng chảy tâm thu của tĩnh mạch phổi hay thấy và có ích cho chẩn đoán
- Siêu âm tim qua thực quản tốt hơn để chẩn đoán hở van hai lá cấp nặng.

Hở van hai lá mạn tính

- HoHL mạn tính được chia thành 2 giai đoạn: Còn bù mạn tính và mất bù mạn tính
- Thất trái giãn và phì đại lệch tâm.
- Phân suất tống máu ở bệnh nhân HoHL còn bình thường nhưng đã có suy tim trái
- Về sau rối loạn chức năng kèm với giãn buồng thất trái và tăng sức ép lên thành tim càng làm HoHL tăng lên, tạo thành một vòng xoắn bệnh lý tiếp tục làm giảm chức năng thất trái, gây mất bù.
- Khi các triệu chứng cơ năng đã có thì rối loạn chức năng thất trái đã nặng hoặc không hồi phục, làm tăng nguy cơ suy tim, tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong cho dù đã phẫu thuật thay van hai lá.



ESC 2017

Chỉ định can thiệp hở van hai lá nặng nguyên phát ESC 2017

Khuyến cáo	Nhóm	Mức độ
Nên sửa van nếu như kết quả hy vọng duy trì lâu dài	I	C
Chỉ định phẫu thuật bệnh nhân có triệu chứng và EF >30%.	I	B
Chỉ định phẫu thuật bệnh vô triệu chứng có giảm chức năng thất trái (ĐKTT tâm thu ≥ 45 mm và/hoặc LVEF $\leq 60\%$).	I	B
Cân nhắc phẫu thuật bệnh vô triệu chứng có chức năng thất trái bảo tồn (ĐKTT tâm thu <45 mm và EF >60%) và rung nhĩ thứ phát do hở hai lá hoặc tăng áp động mạch phổi (áp lực ĐMP tâm thu khi nghỉ >50mmHg).	IIa	B
Cân nhắc phẫu thuật bệnh vô triệu chứng có EF bảo tồn (>60%) và ĐKTT tâm thu 40–44 mm khi có thể sửa van kết quả lâu dài, ít nguy cơ phẫu thuật, sửa tại trung tâm của van và ít nhất có 1 trong các dấu hiệu sau: • Trôi lá van hoặc • Có giãn nhĩ trái nhiều (chỉ số thể tích ≥ 60 mL/m² BSA) khi nhịp xoang.	IIa	C
Xem xét sửa van hai lá ở bệnh nhân có triệu chứng + giảm nặng chức năng thất trái (EF <30% và/hoặc ĐKTT tâm thu >55 mm) trơ với điều trị nội khoa nếu như khả năng sửa thành công cao và ít bệnh kèm theo.	IIa	C
Có thể xem xét thay van hai lá bệnh có triệu chứng + giảm nặng chức năng thất trái (EF <30% và/hoặc ĐKTT tâm thu >55 mm) trơ với điều trị nội khoa khi khả năng sửa van thành công thấp và ít bệnh kèm theo.	IIb	C
Có thể cân nhắc can thiệp qua da bờ-bờ bệnh nhân hở van hai lá nguyên phát nặng có triệu chứng hội đủ các tiêu chuẩn hợp lệ trên siêu âm và được các chuyên gia xem không thể phẫu thuật được hoặc có nguy cơ phẫu thuật cao, tránh làm không mang lại kết quả.	IIb	C

Dựa vào các thông số sau:

- EF thất trái
- Triệu chứng cơ năng
- Rung nhĩ
- Áp lực động mạch phổi tâm thu
- Đường kính thất trái tâm thu
- **Chỉ số thể tích nhĩ trái**
- Trôi lá van
- **Khả năng thành công sửa van**
- Nguy cơ phẫu thuật

Chỉ định can thiệp hở van hai lá thứ phát mạn tính (ESC 2017)

Khuyến cáo	Nhóm	Mức độ
Chỉ định phẫu thuật ở bệnh nhân hở van hai lá thứ phát nặng cần làm cầu nối mạch vành và EF >30%.	I	C
Xem xét phẫu thuật ở bệnh nhân hở van hai lá thứ phát nặng có triệu chứng với LVEF <30% nhưng có nhu cầu làm tái thông mạch vành và bằng chứng cơ tim còn sống.	IIa	C
Khi không có chỉ định tái thông mạch vành có thể xem xét phẫu thuật ở bệnh nhân có hở hai lá thứ phát nặng và EF >30% vẫn còn triệu chứng mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu (bao gồm cả CRT) và ít có nguy cơ phẫu thuật.	IIb	C
Khi không có chỉ định tái thông mạch vành và nguy cơ phẫu thuật không thấp, xem xét can thiệp qua da kiểu bờ - bờ ở bệnh nhân có hở van hai lá thứ phát nặng và EF >30% tồn tại triệu chứng mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu (bao gồm cả CRT) và có hình thái van trên siêu âm cho phép can thiệp, tránh can thiệp vô ích.	IIb	C
Bệnh nhân có hở van hai lá thứ phát nặng và EF <30% tồn tại triệu chứng mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu (bao gồm cả CRT) và không có cần tái thông mạch vành, tham khảo ý kiến chuyên gia làm can thiệp bờ - bờ hoặc phẫu thuật van sau khi đánh giá kỹ để đặt dụng cụ hỗ trợ thất hoặc ghép tim tùy theo đặc điểm riêng của bệnh nhân.	IIb	C

Dựa vào các thông số sau:

- EF
- Nhu cầu làm cầu nối, tái thông mạch vành
- Điều trị tối ưu nội khoa hay chưa
- Hình thái van thích hợp cho can thiệp
- Nguy cơ phẫu thuật thế nào



Kết luận

- Có sự thay đổi về thuật ngữ về cơ chế hở van hai lá có thể dễ gây nhầm lẫn: nguyên phát và thứ phát thay vì thực thể và cơ năng
- Cập nhật mới về tiêu chuẩn phân độ hở trên siêu âm Doppler
- Chỉ định can thiệp và phẫu thuật không chỉ dựa vào EF và có thể phẫu thuật với EF bình thường hay giảm
- Thông số thể tích nhĩ trái, khả năng có thể sửa van thành công được thêm vào tiêu chí xét phẫu thuật