

HỒ VAN HAI LÁ

Yongkasem Vorasettakarnkij, MD, MSc

CƠ BẢN

MÔ TẢ

- Rối loạn đóng van hai lá (VHL), có thể là nguyên phát, thứ phát (chức năng), hoặc hỗn hợp, dẫn đến dòng máu từ thất trái (TT) trào ngược vào nhĩ trái (NT); nếu không được bù trừ, tình trạng này dẫn đến giãn TT và NT, tăng áp lực động mạch phổi, rung nhĩ (RN), suy tim (ST), và đột tử do tim.
- Các loại hở van hai lá (HoHL):
 - Cấp tính và mạn tính
 - Nguyên phát và thứ phát (chức năng), và hỗn hợp
 - Nguyên phát: bất thường ở bất kỳ cấu trúc nào của VHL (vòng van, lá van, dây chằng, và cơ nhú)
 - Thứ phát: không tìm thấy bất thường tại van. Thất trái giãn bất thường gây di lệch cơ nhú, dẫn đến kéo căng lá van kèm giãn vòng van làm cản trở sự áp sát của lá van.
 - Hỗn hợp: phối hợp bất thường của cả hai dạng nguyên phát và thứ phát
- Hệ cơ quan bị ảnh hưởng: tim mạch; hô hấp

DỊCH TỄ HỌC

Hở van hai lá mức độ trung bình đến nặng ảnh hưởng đến 2,5 triệu người tại Hoa Kỳ (số liệu năm 2000). Đây là bệnh van tim thường gặp nhất và dự kiến sẽ tăng gấp đôi vào năm 2030 (1).

Tỷ lệ hiện mắc

- Theo mức độ trên siêu âm tim:
 - HoHL nhẹ: 19% (lên đến 40% nếu tính cả các dòng hở không đáng kể)
 - HoHL trung bình: 1,9%
 - HoHL nặng: 0,2%
- Theo nguyên nhân (1)
 - Thoái hóa (bệnh van dạng nhầy, vôi hóa vòng van): 60–70%
 - Thiếu máu cục bộ: 20%
 - Viêm nội tâm mạc: 2–5%
 - Thấp tim: 2–5%

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- HoHL cấp tính
 - Thủng lá van: viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, chấn thương
 - Đứt dây chằng: chấn thương, đứt tự phát, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, hoặc sốt thấp khớp
 - Đứt hoặc rối loạn chức năng cơ nhú: nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp, thiếu máu cơ tim nặng, hoặc chấn thương
- HoHL mạn tính
 - Nguyên phát
 - Thoái hóa: vôi hóa vòng van hai lá, sa van hai lá (SVHL)
 - Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn
 - Bệnh thấp tim (BTT)
 - Bệnh lý viêm: lupus, bệnh nội tâm mạc tăng bạch cầu ái toan
 - Bệnh van do độc tố: thuốc gây chán ăn
 - Bẩm sinh (khe hở lá van)
 - Thứ phát (chức năng)
 - Do thiếu máu cục bộ: bệnh động mạch vành (BĐMV)/NMCT

- Không do thiếu máu cục bộ: bệnh cơ tim do bất kỳ nguyên nhân nào, giãn vòng van do RN mạn tính, mất đồng bộ do tạo nhịp thất phải
- HoHL cấp: Tổn thương VHL cấp tính gây quá tải thể tích đột ngột ở NT và TT. Thể tích TT tăng đột ngột khi chưa có tái cấu trúc TT dẫn đến giảm cung lượng tim và có thể gây sốc tim.
- HoHL mạn: Phi đại lệch tâm TT bù trừ cho thể tích dòng hồ tăng lên nhằm duy trì cung lượng tim và giảm sung huyết phổi. Tuy nhiên, tái cấu trúc TT có thể dẫn đến rối loạn chức năng TT. Giãn bù trừ NT do thể tích dòng hồ lớn khiến bệnh nhân dễ mắc RN.
- HoHL do thiếu máu cục bộ: đứt cơ nhú, thiếu máu cơ tim trong NMCT cấp, và áp sát lá van không hoàn toàn hoặc hạn chế vận động van do thiếu máu cục bộ mạn tính

YẾU TỐ NGUY CƠ

Tuổi, tăng huyết áp, bệnh thấp tim, viêm nội tâm mạc, thuốc gây chán ăn

DỰ PHÒNG CHUNG

- Điều chỉnh yếu tố nguy cơ của bệnh động mạch vành
- Dự phòng kháng sinh đối với bệnh thấp tim sau nhiễm liên cầu
- Dự phòng viêm nội tâm mạc không còn được khuyến cáo.

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

SVHL kèm HoHL thường gặp trong hội chứng Marfan

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Các bệnh lý liên quan: bệnh thấp tim, tiền sử NMCT, bệnh mô liên kết
- HoHL cấp
 - Khởi phát khó thở đột ngột
 - Khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm
- HoHL mạn
 - Khó thở khi gắng sức, mệt mỏi
 - Hồi hộp đánh trống ngực: RN kịch phát/dai dẳng

KHÁM THỰC THỂ

- HoHL cấp
 - Mạch nhanh, nhỏ
 - Dấu hiệu tưới máu mô kém kèm co mạch ngoại vi
 - Mỏm tim đập tăng động nhưng không lệch chỗ
 - Tiếng T3 và T4 (nếu nhịp xoang)
 - Tiếng thổi tâm thu ở bờ trái xương ức và đáy tim
 - Tiếng thổi đầu, giữa, hoặc toàn tâm thu
 - Thường nhẹ, âm sắc thấp, dạng giảm dần
 - Ran ở phổi
- HoHL mạn
 - Mạch cảnh nảy mạnh
 - Mỏm tim lệch trái
 - Rung miu tâm thu ở mỏm tim (gợi ý HoHL nặng)
 - T1 nhẹ và T2 tách đôi rộng, tiếng T3
 - T2 mạnh (nếu có tăng áp phổi)
 - Tiếng thổi toàn tâm thu ở mỏm tim, lan lên nách hoặc bờ trái xương ức
 - Phù mắt cá chân, tĩnh mạch cổ nổi, và cổ trướng, nếu có suy tim phải

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hẹp van động mạch chủ (HĐMC): thường là tiếng thổi giữa tâm thu nhưng có thể kéo dài; khó phân biệt với tiếng thổi toàn tâm thu, ở vùng mỏm tim, và lan lên động mạch cảnh (khác với HoHL)
- Hở van ba lá: toàn tâm thu nhưng ở bờ dưới trái xương ức, không lan lên nách, và có thể tăng cường độ khi hít vào (khác với HoHL)
- Thông liên thất (TLT): tiếng thổi toàn tâm thu thô ráp ở bờ dưới trái xương ức nhưng lan sang bờ phải xương ức (không lan lên nách)

CÁC XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ GIẢI THÍCH

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh)

- X-quang ngực (CXR)
 - HoHL cấp: phù phổi, kích thước tim bình thường
 - HoHL mạn: giãn NT và TT
- Điện tâm đồ (ECG)
 - HoHL cấp: thay đổi tùy nguyên nhân (ví dụ: NMCT cấp)
 - HoHL mạn
 - Sóng P hai lá do giãn NT, RN
 - Phì đại TT
 - Sóng Q do NMCT trước đó
- Men tim, peptide lợi niệu natri tít B, nếu phù hợp
- Siêu âm tim qua thành ngực (TTE)
 - Chỉ định TTE (2)
 - Đánh giá ban đầu kích thước và chức năng TT, chức năng thất phải và kích thước NT, áp lực động mạch phổi, và mức độ HoHL
 - Xác định cơ chế HoHL
 - Theo dõi rối loạn chức năng TT mức độ trung bình đến nặng không triệu chứng (phân suất tổng máu [EF] và đường kính cuối tâm thu [ESD])
 - Đánh giá bộ máy van hai lá và kích thước, chức năng TT sau khi có thay đổi dấu hiệu/triệu chứng ở bệnh nhân HoHL
 - Đánh giá sau sửa van hoặc thay van hai lá
 - Kết quả trong HoHL cấp
 - Bằng chứng nguyên nhân: lá van sa lật (flail) hoặc sùi van
 - Kích thước NT và TT bình thường
 - Kết quả trong HoHL mạn
 - Bằng chứng nguyên nhân thoái hóa, thấp tim, thiếu máu cục bộ, bẩm sinh, và các nguyên nhân khác
 - Giãn NT và TT

Xét nghiệm theo dõi & các cân nhắc đặc biệt

- Khoảng thời gian theo dõi TTE: xem mục "Khuyến cáo theo dõi".
- Cộng hưởng từ tim mạch (CMR):
 - Khi kết quả TTE không đủ để đánh giá thể tích, chức năng TT và thất phải, hoặc mức độ HoHL (2)[B]
- Siêu âm tim qua thực quản (TEE)
 - Trong mổ để xác định cơ sở giải phẫu của HoHL và hướng dẫn sửa van (2)[B]
 - Khi thông tin không đủ chẩn đoán về mức độ, cơ chế HoHL, và/hoặc chức năng TT từ chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn (2)[C]
- Đánh giá huyết động khi gắng sức bằng siêu âm Doppler hoặc thông tim (2)[B]
 - Khi có sự không phù hợp giữa triệu chứng và mức độ HoHL trên TTE lúc nghỉ, ở bệnh nhân có triệu chứng bị HoHL nguyên phát mạn tính
- Nghiệm pháp gắng sức trên thảm chạy (2)[C]

- Để xác định tình trạng triệu chứng và khả năng gắng sức ở bệnh nhân không triệu chứng bị HoHL nguyên phát mạn tính
- Chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn (xạ hình gắng sức/PET, CMR, siêu âm tim gắng sức, chụp CT động mạch vành)
 - Để xác định nguyên nhân HoHL thứ phát mạn tính và/hoặc đánh giá khả năng sống của cơ tim (2)[C]

Thủ thuật chẩn đoán/Khác

Thông tim (2)[C]

- Chụp buồng TT và đo huyết động
 - Khi các xét nghiệm không xâm lấn chưa đủ kết luận về mức độ HoHL, chức năng TT, và nhu cầu phẫu thuật
- Chụp động mạch vành: trước phẫu thuật van hai lá ở bệnh nhân có nguy cơ bệnh động mạch vành

Giải thích xét nghiệm

Định lượng mức độ HoHL nặng đòi hỏi tổng hợp các thông số cấu trúc sau:

- Kích thước NT: giãn, trừ khi cấp tính
- Kích thước TT: giãn, trừ khi cấp tính
- Hình thái van hai lá: lá van sa lật, đứt cơ nhú
- Thông số Doppler: dòng phụt trung tâm lớn ($>50\%$ diện tích NT), đảo ngược dòng chảy tâm thu tĩnh mạch phổi
- Thông số định lượng: diện tích lỗ hở hiệu dụng $\geq 0,40 \text{ cm}^2$, thể tích dòng hở $\geq 60 \text{ mL}$, phân suất dòng hở $\geq 50\%$

ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

- HoHL cấp, nặng
 - Điều trị nội khoa có vai trò hạn chế và nhằm ổn định huyết động trước phẫu thuật.
 - Thuốc giãn mạch (nitroprusside, nicardipine): cải thiện bù trừ huyết động nhưng thường bị giới hạn bởi hạ huyết áp toàn thân (2),(3)[C]
- HoHL mạn
 - Nguyên phát
 - Không triệu chứng: chưa có điều trị nội khoa dài hạn được chứng minh hiệu quả
 - Có triệu chứng: lợi tiểu, chẹn beta, thuốc ức chế men chuyển (ACE-I) hoặc chẹn thụ thể angiotensin (ARB), và có thể kháng aldosterone theo phác đồ điều trị chuẩn cho suy tim (2)[B],(3)[C]
 - Thứ phát: rối loạn chức năng TT hoặc có triệu chứng (giai đoạn B đến D)
 - ACE-I hoặc ARB, chẹn beta, và/hoặc kháng aldosterone theo phác đồ điều trị chuẩn cho suy tim (2)[B],(3)[C]

PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT KHÁC

- Phẫu thuật van hai lá đơn thuần không có chỉ định ở bệnh nhân HoHL nhẹ đến trung bình.
- HoHL cấp, nặng do NMCT cấp
 - Đứt cơ nhú cấp tính: sửa/thay van hai lá cấp cứu
 - Di lệch cơ nhú
 - Ổn định nội khoa tích cực và bóng đối xung động mạch chủ
 - Thường cần phẫu thuật van kèm theo tái tưới máu
- HoHL mạn, nặng
 - HoHL nguyên phát nặng (2),(3),(4)
 - Phẫu thuật van hai lá
 - Bệnh nhân có triệu chứng (giai đoạn D)
 - Không có rối loạn chức năng TT nặng ($EF >30\%$) (2),(3)[B]
 - Có thể xem xét nếu có rối loạn chức năng TT nặng ($EF \leq 30\%$) (2),(3)[C]
 - Bệnh nhân không triệu chứng
 - Rối loạn chức năng TT nhẹ/trung bình ($EF 30\text{--}60\%$ và/hoặc $ESD \geq 40 \text{ mm}$, giai đoạn C2) (2)[B]

- Sửa van hai lá là hợp lý ở bệnh nhân không triệu chứng (giai đoạn C1) có chức năng TT bảo tồn (EF >60% và ESD <40 mm):
 - Khả năng sửa van thành công, bền vững, không còn HoHL tồn dư là >95% và tỷ lệ tử vong dự kiến <1% khi thực hiện tại trung tâm van tim chuyên sâu (2)[B].
- Kích thước TT tăng dần hoặc EF giảm dần trên các lần chẩn đoán hình ảnh liên tiếp (4)[B]
- HoHL không do thấp tim mới khởi phát RN hoặc tăng áp phổi lúc nghỉ (áp lực động mạch phổi tâm thu >50 mmHg) và khả năng sửa van thành công, bền vững cao (2),(3)[B]
- Sửa van hai lá được khuyến cáo hơn thay van hai lá ở bệnh nhân
 - HoHL giới hạn ở lá sau (2)[B]
 - HoHL liên quan lá trước hoặc cả hai lá van khi có thể thực hiện sửa van thành công, bền vững (2)[B]
- Sửa van hai lá qua ống thông:
 - Có thể xem xét ở bệnh nhân triệu chứng nặng (NYHA III/IV) mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu cho suy tim, có giải phẫu thuận lợi để sửa van, kỳ vọng sống hợp lý nhưng nguy cơ phẫu thuật quá cao do bệnh đồng mắc nặng (2)[B]
- HoHL thứ phát nặng (2),(3),(4)
 - Phẫu thuật van hai lá
 - Khi phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (CABG) (2),(3)[C]
 - Khi thay van động mạch chủ (2)[C]
 - Có thể xem xét ở bệnh nhân triệu chứng nặng (NYHA III và IV) mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu cho suy tim (2)[B],(3)[C]
 - Thay van hai lá bảo tồn dây chằng được ưu tiên hơn tạo hình vòng van thu nhỏ ở bệnh nhân HoHL do thiếu máu cục bộ (4)[B]
 - Liệu pháp tái đồng bộ tim được khuyến cáo cho bệnh nhân có triệu chứng (giai đoạn B đến D) đáp ứng chỉ định điều trị bằng thiết bị (2)[C]
 - Sửa van hai lá qua ống thông:
 - Có thể xem xét khi còn triệu chứng dai dẳng dù đã điều trị nội khoa tối ưu, được đánh giá bởi nhóm đa chuyên khoa có kinh nghiệm về suy tim và bệnh van hai lá, ở bệnh nhân HoHL thứ phát mức độ trung bình-nặng đến nặng, LVEF 20–50%, và đường kính cuối tâm thu TT <7,0 cm (5)[C]

Cân nhắc ở người cao tuổi

- Điều trị nội khoa đơn thuần được ưu tiên ở bệnh nhân >75 tuổi bị HoHL, do tỷ lệ tử vong phẫu thuật tăng và tỷ lệ sống giảm (so với HDMC), đặc biệt khi có sẵn bệnh động mạch vành hoặc cần thay van hai lá.
- Sửa van hai lá được ưu tiên hơn thay van hai lá.

CÂN NHẮC NHẬP VIỆN, NỘI TRÚ, VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

HoHL cấp: Ổn định đường thở, hô hấp, tuần hoàn (ABC). Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, thở oxy, và theo dõi. Nitroprusside (kèm dobutamine và/hoặc bóng đối xung động mạch chủ nếu tụt huyết áp). Điều trị nguyên nhân nền (ví dụ: NMCT). Điều trị phù phổi cấp bằng furosemide và morphine. Hội chẩn phẫu thuật cấp cứu.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN CÁO THEO DÕI

HoHL mạn: không triệu chứng

- HoHL nhẹ với kích thước, chức năng TT bình thường và không tăng áp phổi: đánh giá lâm sàng hàng năm và TTE mỗi 3 đến 5 năm, hoặc thường xuyên hơn tùy diễn tiến
- HoHL trung bình: đánh giá lâm sàng hàng năm và TTE mỗi 1 đến 2 năm
- HoHL nặng: đánh giá lâm sàng và TTE mỗi 6 đến 12 tháng
- Cân nhắc chụp X-quang ngực và ECG định kỳ, và cân nhắc nghiệm pháp gắng sức nếu khả năng gắng sức chưa rõ ràng.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Vận động sau sửa van hai lá: Tránh các môn thể thao có nguy cơ va chạm cơ thể hoặc chấn thương. Được phép chơi thể thao thi đấu cường độ thấp.

- Vận động viên thi đấu bị HoHL
 - Không triệu chứng với kích thước, chức năng TT bình thường, áp lực động mạch phổi bình thường, và nhịp xoang: không hạn chế
 - Có triệu chứng nhẹ và giãn TT: được phép hoạt động với mức gắng sức động và tĩnh thấp đến trung bình
- RN và thuốc kháng đông: không chơi thể thao đối kháng

TIỀN LƯỢNG

- HoHL cấp, nặng: Nguy cơ tử vong khi phẫu thuật là 50%; nguy cơ tử vong khi chỉ điều trị nội khoa là 75% trong 24 giờ đầu và 95% sau 2 tuần.
- HoHL mạn: HoHL nặng không triệu chứng với LVEF bình thường có tỷ lệ tiến triển thành có triệu chứng và LVEF lúc nghỉ dưới bình thường là 10%/năm. HoHL nặng có triệu chứng: tỷ lệ sống 8 năm là 33% nếu không phẫu thuật; tỷ lệ tử vong 5%/năm

Cần nhắc trong thai kỳ

HoHL với NYHA độ III và IV có nguy cơ cao cho mẹ và/hoặc thai nhi

BIẾN CHỨNG

Phù phổi cấp, suy tim sung huyết, RN, nguy cơ chảy máu do thuốc kháng đông, viêm nội tâm mạc, đột tử do tim

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Enriquez-Sarano M, Akins CW, Vahanian A. Mitral regurgitation. Lancet. 2009;373(9672):1382–1394.
2. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;129(23):e521–e643.
3. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, et al; for European Society of Cardiology Scientific Document Group. 2017 ESC/EACTS guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J. 2017;38(36):2739–2791.
4. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. 2017 AHA/ACC focused update of the 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the AHA/ACC Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2017;135(25):e1159–e1195.
5. Bonow RO, O'Gara PT, Adams DH, et al. 2020 Focused update of the 2017 ACC expert consensus decision pathway on the management of mitral regurgitation: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. J Am Coll Cardiol. 2020;75(17):2236–2270.

ĐỌC THÊM

- El Sabbagh A, Reddy YNV, Nishimura RA. Mitral valve regurgitation in the contemporary era: insights into diagnosis, management, and future directions. JACC Cardiovasc Imaging. 2018;11(4):628–643.
- Obadia JF, Messika-Zeitoun D, Leurent G, et al. Percutaneous repair or medical treatment for secondary mitral regurgitation. N Engl J Med. 2018;379(24):2297–2306.
- Stone GW, Lindenfeld J, Abraham WT, et al. Transcatheter mitral-valve repair in patients with heart failure. N Engl J Med. 2018;379(24):2307–2318.

MÃ ICD10

- I34.0 Hở van hai lá không do thấp tim
- I05.1 Hở van hai lá do thấp tim
- Q23.3 Hở van hai lá bẩm sinh

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- Theo dõi HoHL nhẹ đến trung bình: khám lâm sàng và/hoặc siêu âm tim định kỳ (nhẹ: mỗi 3–5 năm, trung bình: mỗi 1–2 năm), trừ khi có thay đổi cấu trúc TT
- HoHL nặng thường được điều trị bằng sửa van hai lá.
- Không khuyến cáo dự phòng viêm nội tâm mạc.