

Bệnh hở van tim

- xem Hướng dẫn của Trường Cao đẳng Tim mạch Hoa Kỳ (ACC) / Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) năm 2020 về

Quản lý bệnh nhân mắc bệnh tim van tim và Cập nhật trọng tâm của AHA / ACC năm 2017 về

Hướng dẫn AHA / ACC 2014 về Quản lý Bệnh nhân mắc bệnh Tim mạch để biết thêm chi tiết

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

- xem Bệnh truyền nhiễm, ID15

- Hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) 2007 khuyến nghị điều trị dự phòng IE

■ chỉ dành cho bệnh nhân:

- ◆ vật liệu van giả

- ◆ lịch sử trước đây của IE

- ◆ CHD tím tái

- ◆ người nhận ghép tim phát triển bệnh van tim

■ chỉ cho các thủ tục sau:

- ◆ nha khoa

- ◆ đường hô hấp

- ◆ quy trình trên da bị nhiễm trùng / cấu trúc da / cấu trúc MSK

- ◆ không phải thủ tục GI / GU cụ thể

Thấp khớp

- xem Nhi khoa, P65

Tiên lượng

- biến chứng cấp tính: viêm cơ tim (DCM / CHF), bất thường dẫn truyền (nhịp nhanh xoang, AFib),

viêm van tim (MR cấp tính), viêm màng ngoài tim cấp tính (không phải viêm màng ngoài tim co thắt)

- các biến chứng mãn tính: bệnh van tim do thấp khớp dày lên, dính, calci hóa

hở van dẫn đến hẹp / trào ngược, tăng nguy cơ IE ± huyết khối tắc mạch

- khởi phát các triệu chứng thường kéo dài từ 10-20 năm sau viêm tim cấp tính của sốt thấp khớp

- van hai lá thường gặp nhất

Sửa chữa van và thay thế van

- chỉ định sửa chữa hoặc thay van phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh lý; tiêu biểu

được khuyến nghị khi quản lý y tế không cải thiện được đầy đủ các triệu chứng hoặc giảm

nguy cơ mắc bệnh và tử vong

- bệnh lý có thể can thiệp phẫu thuật bao gồm dị tật bẩm sinh, nhiễm trùng, thấp khớp

bệnh tim cũng như một loạt các bệnh van liên quan đến lão hóa (tức là van thoái hóa

thương tổn)

- phẫu thuật sửa van: phẫu thuật tạo hình van van (phẫu thuật cắt dây thần kinh, phẫu thuật cắt bỏ vòng cung), dây chằng gân

sửa chữa, vá mô

- phẫu thuật thay van: thường chỉ dành cho van động mạch chủ hoặc van hai lá; sửa chữa van hai lá được ưa chuộng trong

những người trẻ hơn (và bệnh nhân MVP với MR nặng)

- kỹ thuật qua da đang được thiết lập để thay thế hoặc sửa chữa van
- quyết định phẫu thuật giữa bộ phận giả cơ học và bộ phận giả sinh học cho bệnh nhân 50-70 tuổi vẫn còn

không chắc chắn khi kỹ thuật van phát triển

Quản lý van giả

Quản lý và Theo dõi

- theo dõi: nhiều yếu tố liên quan đến việc xác định khoảng thời gian thích hợp giữa các lần khám định kỳ

bao gồm loại van, bệnh tim tồn lưu và các yếu tố lâm sàng

■ Cây van giả TTE aZer để đánh giá huyết động và chức năng tâm thất

◆ nếu / khi các triệu chứng lâm sàng hoặc dấu hiệu của rối loạn chức năng van giả phát sinh, hãy lặp lại TTE;

Các cuộc điều tra bổ sung có thể được đảm bảo nếu có nghi ngờ lâm sàng cao

◆ TTE ở thời điểm 5 năm, 10 năm và sau đó hàng năm ở đó là hợp lý nếu không có triệu chứng

bệnh nhân có van nhân tạo được phẫu thuật cấy ghép (nếu cấy ghép xuyên

đã sử dụng, TTE hàng năm theo quy trình là hợp lý)

■ cần chăm sóc răng miệng tối ưu và dự phòng viêm nội tâm mạc

- liệu pháp chống huyết khối: nguy cơ chảy máu phải được cân nhắc và cân bằng bất cứ khi nào sử dụng / tăng

bất kỳ liệu pháp chống huyết khối nào

■ đối với bệnh nhân hở van cơ học, sử dụng thuốc kháng đông bằng thuốc đối kháng vitamin K và INR

giám sát

■ cho những bệnh nhân có TAVI thẩm mỹ sinh học, SAVR thẩm mỹ sinh học, hoặc thay thế van hai lá, khác

liệu pháp chống huyết khối có thể được chỉ định

Các biến chứng liên quan đến van giả

- rối loạn chức năng van sinh học

■ không có liệu pháp y tế nào được biết đến để ngăn ngừa sự thoái hóa van sinh học

■ bệnh nguyên: thoái hóa mô, hình thành pannus, IE, huyết khối

■ trình bày: SOBOE, tiếng thổi tâm thu to hơn, tiếng thổi tâm trương mới

■ điều tra và điều trị: tùy thuộc vào loại / mức độ nghiêm trọng của bệnh lý, cũng như bệnh nhân

đặc điểm (xem bên dưới)

- rối loạn chức năng van cơ học

■ căn nguyên: huyết khối, hình thành pannus, IE, gián đoạn đường khâu

■ trình bày: các triệu chứng của HF, huyết khối tắc mạch toàn thân, tán huyết, tiếng thổi mới

■ điều tra và điều trị: tùy thuộc vào loại / mức độ nghiêm trọng của bệnh lý, cũng như bệnh nhân

đặc điểm (xem bên dưới)

- các sự kiện huyết khối tắc mạch

■ đảm bảo đánh giá khả năng chống đông đầy đủ, thời gian sử dụng trong phạm vi điều trị; loại trừ nhiễm trùng

viêm màng trong tim; màn hình cho tính năng AF mới khởi động; xem xét các nguồn tiềm năng cơ bản khác

trạng thái đông máu

■ bệnh nhân có van động mạch chủ / van hai lá cơ học trong khoảng INR điều trị bằng vitamin K

chất đối kháng tại thời điểm xảy ra sự kiện: xem xét tăng mục tiêu INR hoặc thêm aspirin liều thấp hàng ngày

■ bệnh nhân có van động mạch chủ / van hai lá bằng chất cảm sinh học đang điều trị chống kết tập tiểu cầu tại thời điểm xảy ra sự kiện:

cân nhắc chuyển sang dùng thuốc kháng đông đối kháng vitamin K

- huyết khối van

■ huyết khối van cơ học (thường là một trường hợp bán cấp tính):

◆ oŽen liên quan đến việc chống đông máu không đầy đủ; dẫn đến rối loạn chức năng van nhanh chóng

- huyết khối tái phát có thể liên quan đến tăng sinh pannus

◆ triệu chứng / dấu hiệu / biểu hiện: khởi phát nhanh các triệu chứng

phù phổi dễ thương

rì rầm, tiếng nhấp đóng cửa mu ed

◆ điều tra: hình ảnh đa phương thức khẩn cấp (TTE, TEE, Šuoroscopy và / hoặc CT đa phương thức

hình ảnh)

◆ điều trị: nếu van bị tắc nghẽn còn lại và có các triệu chứng của tắc nghẽn van, điều trị khẩn cấp bằng liệu pháp truyền dịch muối hoặc phẫu thuật khẩn cấp

■ huyết khối van sinh học

◆ phổ biến nhất trong 3 tháng đầu tiên sau khi cấy ghép; van nhựa sinh học ít hơn gây huyết khối hơn van cơ học

◆ điều tra: Chụp ảnh siêu âm tim qua thực quản 3D hoặc CT 4D ở những bệnh nhân nghi ngờ (nghi ngờ dựa trên âm vang và / hoặc CMR ndings)

◆ điều trị: nếu nghi ngờ hoặc có vấn đề, điều trị bằng thuốc đối kháng vitamin K là hợp lý

(giả sử huyết động ổn định và không có chống chỉ định)

- hẹp van giả

- chẩn đoán: TTE và TEE

◆ nếu hẹp van cơ học, cũng nên chụp phim CT hoặc Suoroscopy

◆ nếu hẹp van giả cơ sinh học, 3D TEE hoặc 4D CT có thể được sử dụng với mục đích đảm bảo

không có huyết khối rò rỉ

- can thiệp: nếu hẹp nặng có triệu chứng, lặp lại can thiệp phẫu thuật trừ khi cao / cấm

rủi ro phẫu thuật; nếu nguy cơ phẫu thuật cao, thủ thuật van trong van qua máy đo có thể được sử dụng để

bệnh nhân hẹp van sinh học

◆ nếu không thể có hẹp đáng kể trong bối cảnh của van thân kinh sinh học tiềm ẩn hoặc có định hướng

huyết khối, điều trị bằng thuốc kháng vitamin K có thể được xem xét (xem ở trên)

- trào ngược van giả

- chẩn đoán: TTE và TEE

■ can thiệp: phẫu thuật nếu tan máu khó chữa hoặc suy tim liên quan đến nôn trớ; phẫu thuật

cũng có thể được xem xét ở những bệnh nhân không có triệu chứng với tình trạng nôn trớ nghiêm trọng

- rối loạn chức năng cơ chế hoạt động của Ross

■ căn nguyên: giãn cơ tự sinh và hẹp ống dẫn lưu RVOT và / hoặc trào ngược

◆ autograŽ trong LVOT yêu cầu can thiệp lại nhiều hơn đồng nhất phổiŽ trong RVOT

■ trình bày: trào ngược động mạch chủ, hẹp phổi, trào ngược phổi, gốc động mạch chủ

chứng phình động mạch

■ kiểm tra: siêu âm tim, MRI nếu gốc phình động mạch

■ điều trị: khi được thực hiện ở các trung tâm chuyên gia, việc can thiệp lại dẫn đến tỷ lệ tử vong thấp

Giãn nở ◆ autograŽ: mở lại (autograŽ có thể thay thế trong phần lớn các trường hợp và khả năng sống sót

lợi thế vẫn được bảo toàn)

Rối loạn chức năng gra RVOT: thay van động mạch phổi qua máy hoặc phẫu thuật cắt van động mạch phổi

thay thế van (bộ chuyển đổi được ưu tiên)

Tóm tắt về bệnh van tim

Các nguyên tắc chung để đánh giá bệnh tim mạch

- đánh giá ban đầu

■ tiền sử và thể chất: mức độ nghiêm trọng của triệu chứng, bệnh van, bệnh đi kèm, sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của HF

■ TTE (điều tra ban đầu tiêu chuẩn): kích thước / chức năng buồng, hình thái van, mức độ nghiêm trọng của

bệnh van tim, ảnh hưởng đến tuần hoàn phổi / hệ thống

■ Điện tâm đồ: nhịp điệu, LVH, chức năng LV

• kiểm tra thêm nếu được chỉ định / cần thiết

■ CXR: đặc biệt hữu ích cho bệnh nhân có triệu chứng; đánh giá calci động mạch chủ và màng tim,

bệnh phổi nội tại, kích thước tim và tắc nghẽn mạch phổi

■ TEE: đánh giá van hai lá và van giả

■ CMR: thể tích / chức năng LV, bệnh động mạch chủ, mức độ nghiêm trọng của bệnh van tim

■ PET CT: xác định nhiễm trùng / viêm

■ kiểm tra căng thẳng: năng lực tập thể dục

■ đặt ống thông: đáp ứng huyết động liên quan đến tập thể dục và thuốc, mức độ nghiêm trọng của bệnh van tim,

áp lực trong tim và tuần hoàn phổi

• phân tầng rủi ro trong tương lai

■ dấu ấn sinh học: biện pháp thay thế cho tổn thương cơ tim và áp lực cơ thất

■ Căng thẳng TTE: chức năng cơ tim

■ CMR: chứng suy nhược

■ kiểm tra căng thẳng

■ rủi ro thủ tục: e Hội các bác sĩ phẫu thuật lồng ngực (STS) và điểm TAVI

■ điểm yếu

• kiểm tra tiên tố

- khám răng: loại trừ các nguồn lây nhiễm
- chụp động mạch vành xâm lấn hoặc chụp động mạch vành CT
- CT ngoại vi và tim (đối với các thủ thuật máy thu thập)

Các giai đoạn của bệnh tim van tim

- giai đoạn A: nguy cơ (không có triệu chứng)
 - giai đoạn B: tiến triển (mức độ nhẹ-trung bình; không có triệu chứng)
 - giai đoạn C: không có triệu chứng, nặng
- C1: LV hoặc RV được bù
 - C2: LV hoặc RV mất bù
- giai đoạn D: có triệu chứng nghiêm trọng