

Trào ngược động mạch chủ

## CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

TÍNH BẤT BÌNH THƯỜNG CỦA VAN — bệnh tim thấp, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, SLE, calcifications,

bẩm sinh (van động mạch chủ hai lá hoặc van động mạch chủ một lá),

calcifications, tạo xương không hoàn hảo, ma túy

(phenylephrine)

BỆNH HẠI ĐA KHOA — bóc tách động mạch chủ, viêm cột sống dính khớp, giang mai, Marfan, Ehlers

Danlos, tăng huyết áp, van động mạch chủ hai lá, hoại tử nang giữa

## SINH LÝ HỌC

SINH LÝ HỌC — van động mạch chủ bị rò rỉ → bù trừ ban đầu với giãn thất trái và phì đại lệch tâm (đánh trống ngực, không điển hình

đau ngực), áp lực mạch rộng (do tăng

thể tích đột ngột với tăng huyết áp tâm thu và trào ngược khi động mạch xẹp nhanh và thấp

huyết áp tâm trương) → cuối cùng mất bù dẫn đến rối loạn chức năng thất trái (suy tim)

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

## THUỘC THÂN THỂ

- XUẤT HIỆN CHUNG — Hội chứng Marfan, viêm cột sống dính khớp, dấu hiệu Quincke (dễ rung

màu đỏ trong lớp mao mạch của móng tay dng), kỹ thuật số

nhịp đập, dấu hiệu Becker (các xung có thể nhìn thấy của

động mạch võng mạc và đồng tử), dấu hiệu deMusset

(đầu bob xảy ra với mỗi nhịp tim),

Dấu hiệu Müller (nhịp tâm thu của uvula)

- VITALS — áp suất xung rộng, “búa nước” hoặc xung Corrigan (chạm xung vào cẳng tay, đặc biệt khi cánh tay được nâng lên theo chiều thẳng đứng do áp lực lên xuống nhanh chóng),

Dấu hiệu Mayne (giảm > 15 mmHg trong tâm trương

huyết áp khi nâng cánh tay lên trên

cái đầu)

- CARDIAC — S1 mềm, S3 bên trái (suy tim),

tiếng thổi tâm trương (tâm trương sớm hoặc tâm trương, thổi, qua đường viền trên bên trái của xương ức),

Tiếng thổi Austin Flint (giữa / cuối tâm trương

âm, trên đỉnh) và giữa tâm thu

Giao âm u

- KHÁC — Dấu hiệu Gerhardt (nhịp tâm thu

của lá lách), dấu hiệu Rosenbach (nhịp tim tâm thu của gan), dấu hiệu Traube (tiếng súng lục

nghe thấy mạch đập với âm thanh tâm thu và tâm trương qua các động mạch đùi khi bị nén xa), dấu hiệu Duroziez (tâm thu và tâm trương bruit nghe thấy khi động mạch đùi bị đứt một phần nén), dấu hiệu Hill (tâm thu khối popliteal áp suất vượt quá áp suất cánh tay > 60 mmHg). Lưu ý rằng tất cả các dấu hiệu đặc biệt là do tăng áp lực xung

## CÁC ĐẶC ĐIỂM NỔI BẬT GIỮA ĐĂNG KÝ AORTIC VÀ ĐĂNG KÝ BỒ SUNG

PULMONARY REGURGITATION MURMUR — âm vực cao tiếng thổi tâm trương giảm dần (Graham Steell rì rầm) to nhất trên xương ức trên bên trái biên giới. Tăng theo cảm hứng. Có thể có liên quan đến các dấu hiệu của phổi tăng huyết áp

- AORTIC REGURGITATION MURMUR — sớm thì tâm trương decrescendo thì thềm to nhất bên phải và / hoặc viền trên bên trái xương ức. Không thay đổi hoặc giảm theo cảm hứng. Có lẽ liên quan đến lời thì thềm của Austin Flint và các dấu hiệu khác của chứng trào ngược động mạch chủ

## ĐIỀU TRA

### NỀN TẢNG

- X-quang-tim to  $\pm$  giãn gốc động mạch chủ
- ECHOCARDIOGRAM — TTE để đánh giá căn nguyên và đánh giá mức độ nghiêm trọng
- Điện tâm đồ — LVH
- KIỂM TRA BÀI TẬP — có thể giúp định lượng triệu chứng

### ĐẶC BIỆT

- KIỂM ĐỊNH TIM MẠCH — để đánh giá van diện tích và huyết động học

## CÁC VẤN ĐỀ CHÍNH

### TRIỆU CHỨNG VỚI CHỨC NĂNG SYSTOLIC LV BÌNH THƯỜNG

- TIỀN HÀNH — phát triển các triệu chứng và / hoặc

Rối loạn chức năng LV  $<6\%$  / năm; LV không triệu chứng

rối loạn chức năng  $<3,5\%$  / năm; đột tử

$<0,2\%$  / năm

### ASYMPTOMATIC VỚI CHỨC NĂNG LV

- TIỀN HÀNH — tiến triển đến các triệu chứng tim

$> 25\%$  / năm

## TRIỆU CHỨNG

- TIỀN TRIỂN - tỷ lệ tử vong > 10% / năm

## SỰ QUẢN LÝ

XÉT NGHIỆM CHÍNH XÁC — với AR cấp tính, ưu tiên trước mắt là loại trừ nguy hiểm đến tính mạng bệnh nguyên (ví dụ như bóc tách động mạch chủ, cơ tim nhiễm trùng và viêm nội tâm mạc van tim nặng)

THAY ĐỔI CUỘC SỐNG — hạn chế muối / thuốc lợi tiểu

## QUẢN LÝ GCONT'DF

THUỐC - giảm hậu tải bằng thuốc giãn mạch (nifedipine, thuốc ức chế men chuyển, ARB) được chỉ định cho

AR nặng với các triệu chứng, rối loạn chức năng LV, hoặc giãn LV, nhưng không để quản lý lâu dài

AR không triệu chứng từ nhẹ đến trung bình và LV bình thường

chức năng. Các chất làm co mạch nên tránh

vì chúng có thể làm xấu đi mức độ AR

THEO DÕI — AR nhẹ không triệu chứng với bình thường

Chức năng LV và ít / không giãn LV có thể được theo dõi hàng năm với khám lâm sàng và siêu âm tim mỗi 2-3 năm (sớm hơn nếu các triệu chứng xuất hiện).

AR nặng không có triệu chứng với chức năng LV bình thường

và giãn LV (> 60 mm) nên được nhìn thấy sau mỗi 6

tháng với siêu âm tim 6-12 tháng một lần

CÁC THUẬT TỤC — bơm bóng trong động mạch chủ

nên tránh

THAY THỂ VAN AORTIC (AVR)

- CHỈ ĐỊNH ĐƯỢC KHUYẾN NGHỊ (LỚP I) —nếu AR nặng có triệu chứng; AR mãn tính nặng không triệu chứng

(phần nôn trở  $\geq 50\%$ , thể tích chất nôn trở

$\geq 60$  mL / nhịp, chiều rộng tia Doppler  $\geq 65\%$  LVOT)

và LVEF  $< 50\%$ ; hoặc AR nghiêm trọng và đang trải qua

phẫu thuật tim vì những lý do khác

- CHỈ ĐỊNH HỢP LÝ (LỚP IIa) - nếu AR nặng không triệu chứng với LVEF bình thường  $\geq 50\%$  nhưng

giãn LV nặng (LVESD  $> 50$  mm); hoặc AR vừa phải và trải qua phẫu thuật tim khác

- CHỈ ĐỊNH CÓ KHẢ NĂNG (LỚP IIb) —nếu AR nặng không triệu chứng và LVEF bình thường  $\geq 50\%$  nhưng có

giãn LV nặng tiến triển (LVEDD  $> 65$

mm) và rủi ro phẫu thuật thấp