

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ SIÊU ÂM TRƯỚC MỔ TRÊN BỆNH NHÂN HỒ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT - ĐỨC

Phạm Thái Hưng*, Lê Ngọc Thành**

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Hồ van động mạch chủ là thương tổn van tim tương đối thường gặp. Tại các nước phát triển như Mỹ, châu Âu có khoảng 10% số người cao tuổi bị tổn thương van động mạch chủ. Bệnh tiến triển âm thầm hầu như không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và siêu âm trước mổ của hồ van động mạch chủ tại bệnh viện Việt Đức.*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: bệnh nhân thương tổn hồ van động mạch chủ được chẩn đoán và điều trị tại khoa phẫu thuật Tim mạch- Lồng ngực, bệnh viện Việt- Đức.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả lâm sàng cắt ngang, theo dõi dọc, tiền cứu, thời gian từ 1/2006 đến 12/2010.

Kết quả và bàn luận: tuổi 20 đến 60 tuổi (80,39%), trung bình là $45,8 \pm 12,8$. Giới: 49 nam chiếm tỷ lệ 73,1 %; nữ 18 (26,9 %).

Lâm sàng: khó thở 82,09%, đau ngực 13,43%; 4,48%, không có triệu chứng cơ năng mặc dù tổn thương van đã ở mức độ nặng. Tiếng thổi tâm trương là dấu hiệu thường thấy gặp 100%; thổi tâm thu gặp 37 trường hợp chiếm 55,22%.

Suy tim theo NYHA từ độ II trở lên 95,52%, trong đó NYHA III là 35,82%; 13,43 % bệnh nhân NYHA IV. 58 bệnh nhân có huyết áp tâm thu tăng trên 130mmHg (86,57 %). 70,75% huyết áp tâm trương giảm <60mmHg. Chênh lệch huyết áp trung bình $65 \pm 11,43$ mmHg.

Siêu âm: thương tổn tại van là chính gặp 62 trường hợp (92,34%), 5 trường hợp thương tổn ở vòng van (7,46%). Thương tổn lá van: 88,06% có lá van dày. Trong đó 35 bệnh nhân vôi hóa lá van chiếm 52,24%,

Mức độ hở van: 89,55% hở van mức độ từ vừa đến nặng trở lên, trong đó mức độ hở van từ vừa – nặng 58,21%, bệnh nhân hở van nặng 31,34 %. Mức độ hở van với tình trạng suy tim trước mổ có sự tương quan vừa phải (với R tương quan $0,218 - 0,493$).

Chức năng thất trái: thất trái giãn hơn, không tương xứng với mức độ hở van. Phân suất tổng máu

thất trái giảm với 86,57% có EF < 55%. Phân suất tổng máu EF (%) trung bình $53,4 \pm 9,7$, phân suất tổng máu >45: 59,7%, 7 trường hợp có EF <30 chiếm 10,45%.

Kết luận: Bệnh nhân ở tuổi trung niên, tuổi trung bình: $45,8 \pm 12,8$, 4,48% không có biểu hiện triệu chứng cơ năng. Tại thời điểm trước mổ suy tim mức độ NYHA từ II trở lên chiếm 95,52 %.

- Siêu âm tim: Tình trạng thương tổn tại lá van là chủ yếu 92,34%. Thương tổn ở vòng van 7,46%. Mức độ hở van có sự liên quan không chặt chẽ với mức độ giãn thất trái. Chức năng thất trái giảm, TB $53,4 \pm 9,7$ và 32,84% kèm theo hẹp van.

SAMARY ¹

Background: aortic valve regurgitation is relatively common. In developed countries like the U.S., Europe has about 10 % of the elderly vulnerable aortic valve. The disease progresses silently almost no clinical symptoms. Objective: Describe the clinical characteristics and preoperative ultrasonography of the aortic valve regurgitation in Vietnam German hospital.

Subjects and Methods: patients with aortic valve insufficiency was diagnosed and treated at the Department of Cardiovascular Surgery, Vietnamese - German hospital .

Research methodology: clinical description of cross-sectional, longitudinal monitoring, prospective, time from 1/ 2006 to 12/2010.

Results and discussion: age 20 to 60 years old (80.39 %), average 45.8 ± 12.8 . About 49 percentage of 73.1 % male, 18 female (26.9 %).

Clinical: 82.09 % dyspnea, chest pain, 13.43 %, 4.48 %, no functional symptoms although the valve

**Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E

* Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện E

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Lê Ngọc Thành

Ngày nhận bài: 01/12/2013 - Ngày Cho Phép Đăng: 08/12/2013

Phản Biện Khoa học: GS.TS. Đặng Hanh Đệ

GS.TS. Bùi Đức Phú

was hurt severely. Diastolic murmur is usually a sign that meets 100 %; systolic murmur encountered 37 cases, accounting for 55.22 %. Heart failure according to NYHA II level or higher from 95.52 % in NYHA III which is 35.82 %, 13.43 % patients with NYHA IV. 58 patients with a systolic blood pressure of 130mmHg increasing proportion of 86.57 %. 70.75 % decrease in diastolic blood pressure < 60mmHg. Average difference in blood pressure of 65 ± 11.43 mmHg.

Ultrasound: the main valve lesions encountered in 62 cases (92.34 %), 5 cases within valve lesions (7.46 %). Leaflet valve lesions: 88.06 % of our patients had lesions thicker leaf valve. In 35 patients with calcified leaflet valves accounted for 52.24%. The degree of valve regurgitation: 89.55 % valve insufficiency in patients with moderate to severe degree or higher, which moderate degree of valve 58.21 % severe, patients with severe valve insufficiency 31.34 %. Degree of valve regurgitation with preoperative heart failure have a moderate correlation (correlation R from 0.218 to 0.493).

Left ventricular function: left ventricular relaxation, not commensurate with the degree of valve opening. Left ventricular ejection fraction had decreased to 86.57 % EF < 55%. EF average 53.4 ± 9.7 , EF > 45: 59.7 %, 7 cases had EF < 30 accounted for 10.45 %.

Conclusion: Patients in middle age, average age: 45.8 ± 12.8 , 4.48 % had no functional symptoms. At the time of surgery from heart failure NYHA II level or higher accounted for 95.52 %.

Echocardiography: Status valve lesions in leaflet is mainly 92.34%. Valve lesions within 7.46 %. The extent they are still not closely related to the degree of left ventricular relaxation. Reduced left ventricular function, average 53.4 ± 9.7 and 32.84 % accompanied by stenosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hở van động mạch chủ là thương tổn van tim tương đối thường gặp. Tại các nước phát triển như Mỹ, châu Âu có khoảng 10% số người cao tuổi bị tổn thương van động mạch chủ và chiếm khoảng 10% tổng số bệnh nhân mắc bệnh van tim, đứng hàng thứ 5 trong số các thương tổn van tim. Nguyên nhân hàng đầu được cho là do thoái hóa van, khoảng 10- 15 % số

người trên 60 tuổi bị tổn thương van động mạch chủ với các mức độ khác nhau [4].

Với các nước đang phát triển và Việt Nam hậu quả của thấp tim được cho là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh van tim ở người trẻ tuổi. Theo tác giả Nguyễn Phú Kháng tổn thương van động mạch chủ do thấp chiếm 25% số bệnh nhân bị thương tổn van tim[1].

Bệnh tiến triển âm thầm hầu như không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng nhưng khi đã xuất hiện triệu chứng thì tiến triển nhanh, xuất hiện suy tim sớm.

Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và siêu âm trước mổ của hở van động mạch chủ tại bệnh viện Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Gồm bệnh nhân thương tổn hở van động mạch chủ được chẩn đoán và điều trị tại khoa phẫu thuật Tim mạch- Lồng ngực, bệnh viện Việt- Đức.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả lâm sàng cắt ngang, theo dõi dọc, tiến cứu, trong thời gian từ 1/2006 đến 12/2010. Các bệnh nhân được đánh giá theo một quy trình sau:

* Lâm sàng:

- Tuổi; Giới

- Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi có chỉ định phẫu thuật

- Các triệu chứng lâm sàng: cơ năng, toàn thân, thực thể

Các bệnh lý toàn thân (tiểu đường, bệnh phổi mãn tính,...)

* Siêu âm tim:

- Đánh giá thương tổn: Lá van; Vòng van; động mạch chủ....

- Đánh giá mức độ hở van: theo khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam 2008 chia làm 4 mức độ: hở nhẹ; vừa; vừa - nhiều và nhiều.

- Chức năng tim: về hình thái buồng thất, bề dày thành thất trái, phân số tổng máu, chỉ số khối lượng cơ thất trái....

Tổng kết các dữ liệu thu được để rút ra các đặc điểm của hở van động mạch chủ. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học: EPI-INFO 2002.

III. KẾT QUẢ

Từ 1/2006 -12/2010 chúng tôi điều trị 67 trường hợp hở van động mạch chủ.

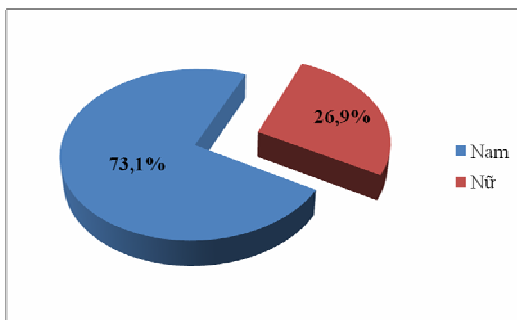
3.1. Đặc điểm chung.

Tuổi:

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng(n=67)	Tỷ lệ (%)
< 20	2	2,99
20 – 39	20	29,85
40 – 59	34	50,75
≥ 60	11	16,41
Tổng	67	100

Giới:



3.2. Đặc điểm lâm sàng tổn thương van động mạch chủ.

Triệu chứng cơ năng thường gặp:

Bảng 2. Một số triệu chứng cơ năng thường gặp

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Khó thở khi gắng sức	55	82,09
Khó thở liên tục	9	13,43
Người mệt mỏi	43	64,18
Hồi hộp	32	47,76
Tim đập mạnh	35	52,24
Đau ngực	9	13,43
Phù	2	2,99
Không có triệu chứng lâm sàng	3	4,48

Bảng 3. Thời gian từ lúc phát hiện bệnh đến lúc được phẫu thuật

Thời gian	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 1 năm	2	2,99
1 - 5 năm	45	67,16
5 - 10 năm	16	23,88
> 10 năm	4	5,97

+ *Nghe tim:* Nhịp tim vẫn bình thường, tới giai đoạn muộn, nhịp thường nhanh.

Bảng 4. Tiếng tim bệnh lý thường gặp

Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)
T1 mờ	32	47,76
Thổi tâm trương	67	100,0
Thổi tâm thu	37	55,22
Rung Flint	32	47,76

Mức độ suy tim của bệnh nhân trước mổ theo NYHA:

Bảng 5. Mức độ suy tim của bệnh nhân trước mổ theo NYHA

NYHA	n	Tỷ lệ %
I	3	4,48
II	31	46,27
III	24	35,82
IV	9	13,43
Tổng	67	100

Huyết áp:

Bảng 6. Những thay đổi về huyết áp

Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)
Huyết áp tối đa >130 mmHg	58	86,57
Huyết áp tối thiểu < 60 mmHg	47	70,15
Chênh lệch huyết áp > 60 mmHg	32	47,76

3.3. Siêu âm

Bảng 7. Thương tổn van trên siêu âm

Tổn thương van	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Lá van dày	59	88,06
Co rút lá van	51	76,12
Vôi lá van	35	52,24
Sa lá van	5	7,46
Thủng lá van	3	4,62
Van ĐMC 2 lá	8	11,94
Vôi hóa vòng van	5	7,46

+ *Mức độ hở van:* Trong nghiên cứu chúng tôi gặp trường hợp hở van kèm theo hẹp nhẹ và vừa chiếm
 hở van vừa 7 trường hợp, từ vừa- nhiều: 39 trường 32,84%.
 hẹp chiếm 58,21%, hở nhiều 21 trường hẹp chiếm + Sự liên quan giữa mức độ hở van với mức độ
 31,34%. Trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu có 22 suy tim

Bảng 8. Liên quan mức độ hở van với tình trạng suy tim trước mổ

	Hở vừa		Hở vừa- nhiều		Hở nhiều		R
	BN (n=7)	Tỷ lệ (%)	BN (n=39)	Tỷ lệ (%)	BN (n=21)	Tỷ lệ (%)	
NHYA I	2	2.99	1	1.49	0	0.00	0,301
NHYA II	4	5.97	12	17.91	5	7.46	0,428
NHYA III	1	1.49	23	34.33	10	14.93	0,493
NHYA IV	0	0.00	3	4.48	6	8.96	0,218

+ *Hình thái và chức năng thất trái:*

Bảng 9. Một số thông số hình thái thất trái trên siêu âm tim trước mổ

Các thông số	Chung	Hở đơn thuần	Hở kèm theo hẹp
NT (mm)	37,6	39,7	36,2
ĐMC (mm)	38,7	39,5	37,7
Dd (mm)	62,2	65,4	58,1
TTTT cuối tâm trương (ml)	175,4	184, 8	171,5
TTTT cuối tâm thu(ml)	85,3	89,4	83,1
VLT tâm thu (mm)	13,1	12,4	14,3
VLT tâm trương (mm)	10,4	9,4	11,5
TSTT tâm thu (mm)	13,3	13,1	13,8
TSTT tâm trương (mm)	11,6	11,2	11,9
KL cơ thất trái (g)	252,15	254,2	249,2
Chỉ số KLCTT trái (g/m ²)	202,6	204,4	201,7
Nam	204,7	209,6	203,7
Nữ	192,6	196,5	190,8

Bảng 10. Phân suất tổng máu (EF)

Phân số tổng máu (EF =%)	Bệnh nhân n= 67	Tỷ lệ (%)
< 30	7	10,45
31 - 45	20	29,85
46 -55	31	46,27
> 55	9	13,43

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu ở lứa tuổi 20 đến 60 tuổi (80,39%), tuổi trung bình là 45,8 ± 12,8, lớn nhất là 70 tuổi và nhỏ nhất là 16 tuổi. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gần như tương đương với Shiv Kumar C tuổi trung bình là 35,7 ± 2,7; Minh N.T nghiên cứu kết quả phẫu thuật thay van ĐMC với tuổi trung bình 47,6 ± 13,6.

49 nam chiếm tỷ lệ 73,1 %; nữ 18 chiếm 26,9 %, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0.05$, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu về bệnh lý van ĐMC ở cả nước ngoài và trong nước, Cambell tỷ lệ này là 2/1, Turry M. tỷ lệ gặp ở nam nhiều gấp 2,6 lần nữ. Điều này phù hợp với tình hình chung của bệnh lý về tim mạch là thường gặp ở nam giới hơn [3].

Triệu chứng lâm sàng: dấu hiệu khó thở khi gắng sức chiếm 82,09%, đau ngực chiếm 13,43%. Trong hở van ĐMC sự giảm tưới máu vành do hở van và sự tăng tiêu thụ oxy của cơ tim. Tuy nhiên có 3 trường hợp chiếm (4,48%), không có triệu chứng cơ năng mặc dù tổn thương van đã ở mức độ nặng. Điều này chứng tỏ thời gian không triệu chứng của bệnh lý đã che lấp tiến triển tổn thương của van. Theo Elaine tỷ lệ khó thở thường xuyên trong nghiên cứu của mình về hở van ĐMC đơn thuần là 26; tiếp theo là dấu hiệu tim đập mạnh làm cho bệnh nhân có cảm giác hồi hộp 47,76%; Bệnh lý van ĐMC làm quá tải (thể tích hoặc áp lực) cho thất trái, hậu quả cuối cùng gây suy tim trái, tăng áp lực ĐMP. Khó thở khi gắng sức trên bệnh nhân bệnh van ĐMC biểu hiện tình trạng ứ máu phổi (suy tim xung huyết).

Chúng tôi thấy rằng thời gian từ lúc phát hiện bệnh đến khi phẫu thuật trung bình là 3.1±1.3 năm, thời gian này là tương đối ngắn. Điều này phù hợp với nhận xét của các tác giả như Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Phú Kháng, Jerry B, Robert JH, cho rằng bệnh tiến triển âm thầm kéo dài trong nhiều năm [4]. Theo Suman B: Bệnh nhân không có triệu chứng, chức năng tâm thu thất trái bình thường tỷ lệ tiến triển dẫn đến có triệu chứng và rối loạn chức năng thất trái: < 6%/ năm, đột tử dưới 0,2% mỗi năm. Bệnh nhân có triệu chứng: tỷ lệ tử vong hơn 10% mỗi năm. Tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng mà có rối loạn chức năng thất trái, dẫn đến triệu chứng lâm sàng: >25% mỗi năm.

Ngoài tiếng thổi tâm trương là dấu hiệu thường thấy thì tiếng thổi tâm thu chúng tôi gặp 37 trường hợp chiếm 55,22% do có hẹp kèm theo hoặc do tăng lưu lượng tổng máu qua van động mạch chủ.

Phần lớn bệnh nhân của chúng tôi có mức độ suy tim theo NYHA từ độ II trở lên chiếm 95,52%, trong đó NYHA II là 43,14%, NYHA III là 35,82%, có 13,43 % bệnh nhân NYHA IV. Kết quả này tương đương với tác giả Ines F, 96% bệnh nhân trước mổ có NYHA II trở lên và Per Kvidal, tỷ lệ NYHA II trở lên là 90%, trong đó suy tim mức độ nặng: 27,7%.

Chúng tôi thấy 58 bệnh nhân có huyết áp tâm thu tăng trên 130mmHg chiếm tỷ lệ 86,57 %. Huyết áp tối đa trung bình 138± 13,21 mmHg. 70,75 % bệnh nhân có huyết áp tâm trương giảm <60mmHg. Chênh lệch huyết áp trung bình 65±11,43mmHg. Theo Robert J. khi huyết áp tâm trương giảm <60mmHg, sự chênh lệch

huyết áp trên 60 mmHg gây ra các dấu hiệu lâm sàng như: dấu hiệu Musset, dấu hiệu Hill, Quincke.

Siêu âm tim là thăm dò không xâm lấn nó giúp xác định các nguyên nhân gây hở van động mạch chủ, chẩn đoán mức độ thương tổn van tim, chức năng tim. Chúng tôi thấy thương tổn tại van là chính gặp 62 trường hợp (92,34%), 5 trường hợp thương tổn ở vòng van (7,46%).

Thương tổn lá van: 88,06% số bệnh nhân của chúng tôi có thương tổn lá van dày từ vừa – nhiều, biên độ mở lá van gần sát thành, đóng không kín. Trong đó có 35 bệnh nhân có hiện tượng vôi hóa lá van chiếm 52,24%, Turri tỷ lệ này là 67%, chúng tôi gặp 8 trường hợp van ĐMC có 2 lá van chiếm 11,94% , Turri 13,5%, Rachid Z: 14%. Thương tổn cơ rút lá van chúng tôi gặp 51 trường hợp chiếm 76,12% đây được cho là thương tổn đặc hiệu do thấp. Thấp tim làm cho các lá van bị dày, gây xơ hoá, vôi hoá, nhất là tại bờ của các lá van làm cho các lá van viêm dày, co rút gây hở van. Trong thương tổn van tim do thấp nói chung và van ĐMC nói riêng ít khi đơn độc mà thường phối hợp nhiều van (hay gặp là van hai lá). Ngay tại van bị tổn thương cũng ít khi có một hình thái tổn thương đơn thuần mà thường phối hợp vừa hở vừa hẹp, hay hẹp là chính hoặc hở là chính, chúng tôi gặp 22 trường hợp thương tổn hở van có hẹp van kèm theo. Đây là điểm khác biệt về thương tổn van ĐMC so với các nước phát triển khi bệnh lý vôi hóa, thoái hóa van chiếm tỷ lệ cao.

Mức độ hở van: 89,55% bệnh nhân hở van ở mức độ từ vừa đến nặng trở lên, trong đó bệnh nhân có mức độ hở van từ vừa – nặng chiếm 58,21%, bệnh nhân hở van nặng chiếm 31,34%. 95,52% có NYHA II trở lên và 7,46% bệnh nhân có hở chủ nhiều nhưng có mức độ NYHA II. Chúng tôi nhận thấy giữa mức độ hở van với tình trạng suy tim trước mổ có sự tương quan vừa phải (với R tương quan 0,218 – 0,493). Điều này lý giải cho những trường hợp hở van mức độ nặng mà không có biểu hiện trên lâm sàng.

Chênh áp qua van trung bình: $22,3 \pm 4,3$ mmHg trong đó ở những bệnh nhân không có hẹp van $18,6 \pm 4,1$ mmHg, bệnh nhân có kèm theo hẹp van có chênh áp qua van lớn hơn $29,4 \pm 6,7$ mmHg, khi hở van

ĐMC có kèm theo hẹp thì độ chênh áp sẽ cao hơn giá trị thật.

+ Chức năng thất trái:

Các chỉ số về hình thái thất trái trên siêu âm: chúng tôi nhận thấy thất trái giãn hơn bình thường. Đường kính thất trái cuối tâm trương: 62,2mm; Thể tích thất trái cuối tâm trương: 175,4ml; Thể tích thất trái cuối tâm thu: 85,3ml, theo chúng tôi không tương xứng với mức độ hở van khi mức độ hở van từ vừa đến nhiều trở lên chiếm 89,55%, sở dĩ có điều này 22 bệnh nhân trong nghiên cứu ngoài thương tổn hở van, có hẹp van kèm theo. Khi tách riêng từng nhóm thấy có sự khác biệt rõ rệt về giãn thất trái giữa các hình thái tổn thương: ở bệnh nhân chỉ hở van đơn thuần có đường kính thất trái và thể tích thất trái giãn lớn hơn với Dd: 65,4mm; thể tích thất trái cuối tâm trương: 184,8 ml ; thể tích thất trái cuối tâm thu: 89,4ml còn ở những bệnh nhân có kèm theo hẹp van mức độ giãn thất trái ít hơn với đường kính thất trái tâm trương: 58,1mm, thể tích thất trái cuối tâm trương: 171,5ml, thể tích thất trái cuối tâm thu: 83,1ml. Điều này phù hợp với đặc điểm giải phẫu, sinh lý của từng hình thái tổn thương. Trong nghiên cứu của Tamas cho thấy đường kính thất trái cuối tâm trương là $69,8 \pm 10,2$ mm, cuối tâm thu là $48,9 \pm 10,1$ mm, đường kính ĐMC ngang van trung bình là $37,5 \pm 8$ mm, 35% có rối loạn chức năng thất trái trung bình hoặc nặng trước phẫu thuật, phân suất tổng máu $\leq 40\%$ Trong nghiên cứu của chúng tôi phân số tổng máu thất trái của hầu hết bệnh nhân giảm với 86,57%, có EF < 55%. Phân số tổng máu EF (%) trung bình $53,4 \pm 9,7$, phân số tổng máu >45: 59,7%, 7 trường hợp có EF <30 chiếm 10,45%. Theo Sionis: Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân có chức năng thất trái giảm nặng sau thay van cao, từ 1-7%, kết quả trung hạn tương đối tốt, chức năng của hầu hết các bệnh nhân cải thiện sau khi phẫu thuật. Do đó, khi EF xuống thấp <35% không phải là một chống chỉ định thay van [7].

Chúng tôi cho rằng bệnh nhân hở chủ và EF giảm nhiều cần được xem là có nguy cơ cao, phải đánh giá cẩn thận và nếu phù hợp nên can thiệp phẫu thuật càng sớm càng tốt. Chúng tôi có 7 trường hợp chiếm 10,45% có phân suất tổng máu <30% vẫn được phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Dựa trên nghiên cứu 67 bệnh nhân hờ van động mạch chủ được phẫu thuật van ĐMC trong 5 năm từ 1/2006 đến 12/2010, tại bệnh viện Việt Đức, chúng tôi có các kết luận như sau:

- Bệnh nhân ở tuổi trung niên, tuổi trung bình: $45,8 \pm 12,8$, phần lớn trong khoảng 20 đến 60 (80,6%), nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ 73,1%- 26,9). Còn 4,48% không có biểu hiện triệu chứng cơ năng. Thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng lâm sàng đến khi có chỉ định phẫu thuật ngắn 3,1 năm.

- Tại thời điểm trước mổ suy tim mức độ NYHA từ II trở lên chiếm 95,52 %, trong đó 13,43% có suy tim NYHA IV.

- Siêu âm tim: Tình trạng thương tổn tại lá van là chủ yếu 92,34%. Thương tổn ở vòng van 7,46%. Mức độ hờ van có sự liên quan không chặt chẽ với mức độ giãn thất trái.

Chức năng thất trái giảm, TB $53,4 \pm 9,7$ và 32,84% kèm theo hẹp van. Có 7,46% có thương tổn hẹp động mạch vành kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phú Kháng (1996), “Hở lỗ van động mạch chủ”, Lâm sàng tim mạch, Nhà xuất bản y học: 344- 353
2. Nguyễn Thái Minh (2010), “Nghiên cứu kết quả phẫu thuật thay van động mạch chủ đơn thuần tại bệnh viện Việt Đức từ 2006 đến 2010”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú- Đại học y Hà Nội.
3. Turri M, Thiene G, bortolotti U, Milano A, Mazzucco A, Gallici V (1990), “Surgical pathology of aortic valve disease”, Eur J cardiothorac surgery 4: 556- 560
4. Roberts WC, Ko JM, Moore RT, Jones WH (2006), “Causes of Pure Aortic Regurgitation in Patients Having Isolated Aortic Valve Replacement at a Single US Tertiary Hospital (1993 to 2005)”, Circulation, July 114:422-429
5. Elaine ET, Chieh AL, Duke EC (1997), "Aortic valve replacement in the elderly: Risk Factors and Long-Term Results", Annals of surgery, 225(6): 793-804
6. William CR, Jong Mi Ko, Timothy RM, William HJ (2006), “Causes of Pure Aortic Regurgitation in Patients Having Isolated Aortic Valve Replacement at a Single US Tertiary Hospital (1993 to 2005)”, Circulation, July 24, 114:422-429
7. Sionis A et al. 2010. “Severe aortic regurgitation and reduced left ventricular ejection fraction: outcomes after isolated aortic valve replacement and combined surgery”; J Heart Lung Transplant. 2010 Apr; 29(4):445-8
8. Vibhuti N Singh, MD; Eugene C Lin, MD (2008), “Aortic Regurgitation Imaging”, Medscape Updated: Sep 10, 2008.