

## VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM DOPPLER TIM DỰ BÁO NGUY CƠ HÌNH THÀNH HUYẾT KHỐI NHĨ TRÁI Ở BỆNH NHÂN HẸP VAN HAI LÁ

VŨ THANH BÌNH  
NGUYỄN NGỌC TRUNG, LÊ VĂN DŨNG

### TÓM TẮT

Tiến hành SATQTN và làm các xét nghiệm cần thiết cho 94 bệnh nhân HHL. Các bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nhóm bệnh gồm 40 bệnh nhân có huyết khối, nhóm chứng bệnh gồm 54 bệnh nhân không có huyết khối. Kết quả so sánh giữa 2 nhóm cho thấy nhóm có huyết khối có tỷ lệ rung nhĩ nhiều hơn ( $p < 0,05$ ), kích thước nhĩ trái lớn hơn ( $p < 0,05$ ), FS% và EF% nhỏ hơn, diện tích van hai lá nhỏ hơn nhóm không có huyết khối ( $p < 0,05$ ). Đặc biệt nhóm có huyết khối mức độ HHL kèm theo nhẹ hơn ( $p < 0,05$ ).

Từ khóa: van hai lá, huyết khối.

### Summary:

Ninety four mitral stenosis – regurgitation patients underwent transthoracic echocardiography and do some tests that are needed.

The patients were divided into two groups:

- Group I: 40 patients with atrial thrombus.

- Group II: 50 patients without atrial thrombus.

The results showed that the patients in group I have higher prevalence of big left atrial size and atrial fibrillation  $p < 0,05$ , lower FS% and EF%, smaller mitral valve area, minor degree of mitral regurgitation ( $p < 0,05$ ), and higher % of spontaneous echo contrast than the patients in group II.

Keywords: atrial thrombus.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp van hai lá là bệnh hay gặp ở các nước có khí hậu nóng ẩm và nền kinh tế kém phát triển, trong đó có nước ta. Những thập niên 70 của thế kỷ trước ở Việt Nam hẹp van hai lá chiếm 40,3% trong tổng số BN mắc bệnh tim mạch. Ngày nay nhờ có công tác phòng thấp được tiến hành rộng rãi, 100% bệnh viện tuyến TW và tuyến tỉnh của miền Bắc đều có đơn vị phòng

thấp cấp II nên tỷ lệ bệnh giảm đi đáng kể, hiện còn khoảng 15% trong tổng số các bệnh tim mạch.

Bệnh gây nhiều biến chứng nguy hiểm làm giảm sức lao động, giảm tuổi thọ và có thể gây tàn phế cho BN. Một trong những biến chứng đó là HKNT. Việc tìm ra các yếu tố nguy cơ giúp ích cho các thầy thuốc trong công tác điều trị phòng ngừa HK nhằm giảm tỷ lệ các biến chứng, thuận lợi cho điều trị can thiệp và kéo dài tuổi thọ của BN. Vì lý do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích: *Tim hiểu các nguy cơ hình thành huyết khối nhĩ trái ở bệnh nhân hẹp hai lá.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 94 BN được chẩn đoán xác định là HHL trên lâm sàng và xét nghiệm, nằm điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái bình từ tháng 11/2008 đến tháng 07/2009. Dựa vào kết quả SATQTN chia BN thành 2 nhóm:

Nhóm bệnh gồm 40 BN HHL có HKNT và/TNT.

Nhóm chứng bệnh gồm 54 BN không có HK.

Loại khỏi diện nghiên cứu những BN có HKNT và/TNT nhưng không có HHL.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, cắt ngang, tiến cứu, có đối chứng.

Sử dụng máy siêu âm Doppler màu ALOKA 5000 (Tokyo – Japan) với đầu dò SATQTN 3,5 MHz.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng chung của bệnh nhân.

94 bệnh nhân HHL gồm 40 BN có HK (42,5%), 54 BN không có HK (57,5%). Độ tuổi trung bình của nhóm có HK là 46,0±11,0, nhóm không có HK là 53,1±11,0; khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cao hơn hầu hết các nghiên cứu trước đó của Hoàng Đình Anh (42,8±11,5), Nguyễn Thị Minh Tuyết (43,4±13,9) và Phạm Nguyên Sơn (39,4±9,2) do sự tiến bộ của Y học đã nâng độ tuổi trung bình phải nhập viện của BN. Tỷ lệ nữ/nam ở mỗi nhóm đều tương đương nhau, phù hợp với Y văn và của các nghiên cứu khác.

### 2. Những yếu tố nguy cơ hình thành huyết khối nhĩ trái.

Bảng 1. So sánh tỷ lệ rung nhĩ của 2 nhóm bệnh nhân.

Các chỉ tiêu	Nhóm có HK (n = 40)		Nhóm không có HK (n = 54)		P
	n	%	n	%	
Rung nhĩ	37	84,1	32	64,0	<0,05
Nhịp xoang	7	15,9	18	36,0	<0,05

Tỷ lệ rung nhĩ nhóm BN có huyết khối cao hơn, ngược lại tỷ lệ nhịp xoang thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không có huyết khối p < 0,05. Khi bị rung nhĩ, tâm nhĩ co bóp với tần số trên 350 lần/phút làm cho tâm nhĩ bóp không hiệu quả làm giảm sự đổ đầy máu vào thất trái và làm giảm thể tích thất trái do đó làm giảm thể tích tổng máu, áp lực trong nhĩ trái tăng cao hơn cùng với sự ứ đọng máu sẽ dẫn đến hình thành các cục HK trong nhĩ trái.

Bảng 2. So sánh đặc điểm kích thước các buồng tim, áp lực ĐMP, chức năng thất trái trên siêu âm tim ở hai nhóm bệnh nhân.

Chỉ tiêu so sánh	Nhóm có HK (n=40)	Nhóm không có HK (n=54)	p
KT ngang nhĩ trái (mm)	53,1 ± 6,2	47,7 ± 9,8	<0,05
KT dọc nhĩ trái (mm)	69,3 ± 9,6	63,4 ± 9,4	<0,05
Diện tích nhĩ trái (cm <sup>2</sup> )	38,1±11,8	32,4 ± 10,8	<0,05
Đường kính thất phải (mm)	23,8±5,2	22,6 ± 4,7	>0,05
Áp lực ĐMP tâm thu (mmHg)	60,9±19,8	56,3 ± 19,4	>0,05
FS (%)	29,7 ± 5,9	32,8 ± 6,7	<0,05
EF (%)	55,8 ± 8,4	61,5 ± 9,3	<0,05

- Kích thước nhĩ trái và diện tích nhĩ trái ở nhóm BN có huyết khối lớn hơn nhóm BN không có huyết khối. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

- Phân suất cơ cơ và phân suất tổng máu của nhóm BN có huyết khối lại nhỏ hơn nhóm không có HK. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (p < 0,05).

Bảng 3. So sánh đặc điểm bệnh nhân theo kích thước ngang nhĩ trái.

Kích thước ngang NT	Nhóm có HK (n=40)		Nhóm không có HK (n=54)		p
	n	%	n	%	
≤ 35 mm	1	2,5	2	3,5	> 0,05
36 - 50 mm	16	40,0	34	63,0	< 0,05
51 - 70 mm	20	50,0	14	26,0	< 0,05
> 70 mm	3	7,5	4	7,5	> 0,05
Tổng	40	100	54	100	

- Bệnh nhân có kích thước nhĩ trái nhỏ hơn 50mm gặp nhiều ở nhóm không có HKNT. Tỷ lệ là 66,5% so với 42,5%. Sự khác biệt ở hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

- Số BN ở nhóm có huyết khối phân bố tăng dần theo sự tăng kích thước nhĩ trái. Khi kích thước nhĩ trái tăng trên 50mm tỷ lệ BN có HK là 57,5% so với 33,5% ở nhóm không có HK. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4. So sánh một số đặc điểm của VHL trên siêu âm tim của đối tượng nghiên cứu.

Chỉ tiêu so sánh	Nhóm có HK (n=40)	Nhóm không có HK (n=54)	p	
Đốc tâm trương (mm/s)	10,78±7,09	15,28±7,68	< 0,05	
Khoảng cách hai bờ VHL (mm)	6,31 ± 1,52	7,46 ± 2,28	< 0,05	
Diện tích VHL	2D (cm <sup>2</sup> )	0,86 ± 0,34	1,06 ± 0,47	< 0,05
	PHT (cm <sup>2</sup> )	0,87 ± 0,34	1,03 ± 0,41	< 0,05
Chênh áp qua VHL	Tối đa (mmHg)	19,79±7,82	20,01±8,86	> 0,05
	T. bình (mmHg)	13,18±5,32	11,78±6,09	> 0,05
Diện tích HoHL	Trục dọc (cm <sup>2</sup> )	3,27 ± 2,96	5,91 ± 4,36	< 0,05
	4 buồng (cm <sup>2</sup> )	3,11 ± 2,78	5,78 ± 5,47	< 0,05
Điểm Wilkins	8,47 ± 1,16	8,19 ± 1,13	> 0,05	

- Đốc tâm trương và khoảng cách hai bờ van và diện tích VHL nhỏ hơn nhóm không có HK. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Diện tích HoHL trên mặt cắt trục dọc cạnh ức trái và trên mặt cắt 4 buồng tim từ mỏm ở nhóm không có HK lớn hơn khác biệt so với nhóm có HK (p < 0,05).

Bảng 5. So sánh đối tượng nghiên cứu theo cơ cấu tổn thương.

Tổn thương VHL	Nhóm có HK (n = 40)		Nhóm không có HK (n = 54)		p
	n	%	n	%	
Hẹp van hai lá đơn thuần	14	35,0	9	16,5	<0,05
Hở van hai lá đơn thuần	7	17,5	22	41,0	<0,05
Hẹp + Hở van hai lá	19	47,5	23	42,5	>0,05
Tổng	40	100	54	100	

- Trong tổn thương HHL đơn thuần nhóm BN có HK chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm không có HK, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Trong tổn thương HoHL đơn thuần nhóm BN không có HK chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm có HK, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 6. So sánh nhóm đối tượng nghiên cứu theo diện tích VHL.

Diện tích VHL (cm <sup>2</sup> )	Nhóm có HK (n=40)		Nhóm không có HK (n=54)		p
	n	%	n	%	
< 1,0	18	45,0	8	14,8	< 0,05
1,0 - < 1,5	13	32,5	16	29,6	> 0,05
1,5 - < 2,0	7	17,5	14	26,0	< 0,05
≥ 2,0	2	5,0	16	29,6	< 0,05
Tổng	40	100	50	100	

- Phân bố BN ở nhóm có HK tăng theo mức độ HHL: HHL càng khít tỷ lệ BN có huyết khối càng nhiều. Có 9 BN trong nhóm có huyết khối HHL nhẹ và vừa. Hẹp hai lá khít và rất khít ở nhóm BN không có HK chiếm tỷ lệ thấp hơn nhóm có HK. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 7. So sánh đặc điểm nhóm nghiên cứu theo mức độ ACTN.

Mức độ ACTN	Nhóm có HK (n = 40)		Nhóm không có HK (n = 54)		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Không	1	2,5	9	16,5	< 0,05
Nhẹ	11	27,5	27	50,0	< 0,05
Vừa	13	32,5	7	13,0	< 0,05
Nhiều	15	37,5	11	20,5	> 0,05
Tổng số	40	100	54	100	

- Nhóm BN có huyết khối được phân bố tăng dần theo mức độ ACTN. Mức độ ACTN càng tăng tỷ lệ BN có HK càng nhiều, BN có ACTN mức độ vừa và nhiều có tỷ lệ cao hơn ở nhóm BN có HK tỷ lệ 70% so với 33,5% ở nhóm không có HK. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 8. So sánh mức độ ACTN trong nhĩ trái theo cơ cấu tổn thương VHL.

Mức độ ACTN	Hẹp hai lá (n=23)		Hẹp+Hở hai lá (n=42)		Hở hai lá (n=29)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không	2	8,7	5	11,9	13	44,8	$p_{12} > 0,05$
Nhẹ	4	17,4	9	21,4	11	37,9	$p_{13} < 0,05$ $p_{23} > 0,05$
Vừa	7	30,4	13	31,0	5	17,3	$p_{12} < 0,05$
Nhiều	10	43,5	15	35,7	0	0	$p_{13} < 0,05$ $p_{23} < 0,05$

- Nhóm BN HHL đơn thuần mức độ ACTN vừa và nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Nhóm BN HoHL đơn thuần mức độ ACTN nhẹ hoặc không có chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 9. So sánh mức độ ACTN trong NT theo tổn thương phối hợp VHL.

Mức độ ACTN	HHL khít HoHL nhẹ và vừa		HHL nhẹ và vừa HoHL vừa và nhiều		p
	n	%	n	%	
Không	2	6,5	3	27,3	<0,05
Nhẹ	5	16,1	4	36,4	
Vừa	10	32,3	3	27,2	
Nhiều	14	54,1	1	9,1	<0,05
Tổng	31	100	11	100	

- Nhóm BN HHL khít phối hợp với HoHL nhẹ mức độ ACTN vừa và nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Nhóm BN HHL nhẹ hoặc vừa phối hợp với HoHL vừa hoặc nhiều mức độ ACTN nhẹ hoặc không có chiếm tỷ lệ cao nhất.

### KẾT LUẬN

- Những yếu tố nguy cơ hình thành HKNT ở BN HHL là:

- + Nhĩ trái giãn lớn.
- + Rung nhĩ.
- + Suy tim nặng.
- + HHL khít.
- + Sự có mặt của ACTN.

- Đặc biệt HoHL kèm theo 1 yếu tố chống lại nguy cơ hình thành huyết khối, HoHL càng nhiều thì tỷ lệ bệnh nhân HHL có HKNT và/TNT càng ít.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Đình Anh (2002). "Nghiên cứu đặc điểm siêu âm Doppler - tim bệnh hẹp hai lá cầm và giả hẹp van hai lá". Luận án Tiến sỹ Y học. Học viện Quân y 103.
2. Thân Hồng Anh (2001). "Nghiên cứu những yếu tố ảnh hưởng hình thành huyết khối nhĩ trái ở bệnh nhân hẹp khít van hai lá do thấp". Luận văn Thạc sỹ y học. Học viện Quân y 103.
3. Nguyễn Phú Kháng (1996). "Bệnh van hai lá do thấp". Lâm sàng Tim mạch. NXB Y học. Tr: 304-323.
4. Phạm Nguyên Sơn (2002). "Nghiên cứu những đặc điểm lâm sàng và siêu âm tim dự báo nguy cơ tạo thành huyết khối và âm cuộn tự nhiên trong nhĩ trái ở bệnh nhân hẹp khít van hai lá do thấp". Tạp chí tim mạch học Việt Nam. Tr: 28-37.
5. Hoàng Công Thực (2000). "Một số đặc điểm, yếu tố nguy cơ, giá trị tiên lượng của biến chứng tắc mạch ở bệnh nhân bị bệnh van tim". Luận án tiến sỹ Y học. Học viện Quân Y 103.
6. Trần Đỗ Trinh (1991). "Bệnh hẹp van hai lá". Bách khoa toàn thư bệnh học tập 1. Trung tâm từ điển Bách khoa.
7. Conrade C. et al. (1995). "Left atrial size - A risk factor for left atrial thrombi in mitral stenosis". Clin.Cardiol; Sep 18(9). Page: 18 - 20.
8. Daniel W. G. et al. (1988). "Left atrial spontaneous contrast in mitral disease: An mediator for an increased thromboembolic risk". J. Am. Coll Cardiol; 11. Page 1204 - 1211.
9. Esteban. G. T. (2000). "Predictors of left atrial spontaneous echo contrast and thrombi in patient with mitral stenosis and atrial fibrillation". Am. J. Cardiol; 86. Page 529 - 524.