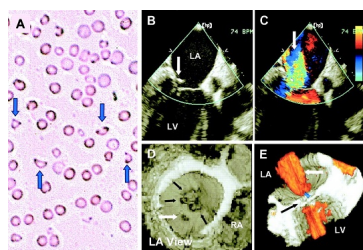


Bs Trần Thị Thảo -

Điểm cộng

Sọ a van hai lá hiện đang là thủ thuật được ưu tiên cho hở van hai lá nhẹ khi và được thực hiện bởi bác sĩ có kinh nghiệm. Nghiều tác giả khuyến khích sọ a van hai lá khi tiến hành thay van hai lá có thể sọ a được vì cách tiếp cận này có ưu điểm là bỏ qua tổn thương thất trái tim và giảm gánh nặng điểu trị chống đông.

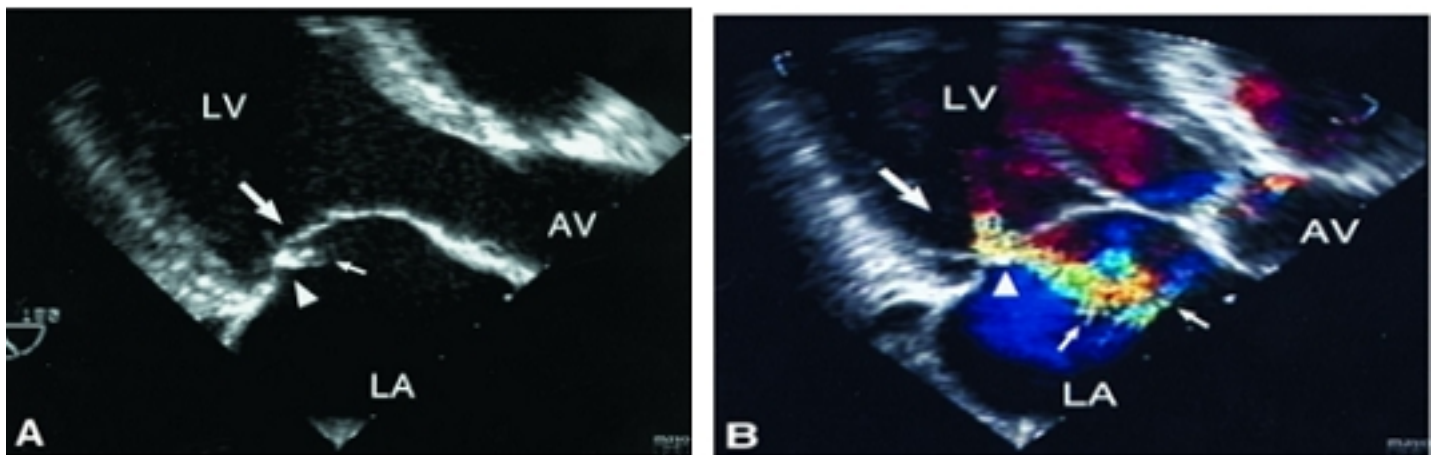
Thiếu máu tán huyết (HA: hemolytic anemia) là biến chứng được biết nhiều sau thay van hai lá nhân tạo (van sinh học hoặc van cơ học) với tỉ lệ suất từ 5 – 15% [5]. Thiếu máu tán huyết (TMTH) trong những trường hợp này đã đáp ứng tốt với liệu pháp bổ sung sắt và phẩu thuật lồng, những trường hợp TMTH kháng trị tiên phát hiếm gặp và thường không điểu trị thành công. Thiếu máu tán huyết sau thay vòng van sọ a van ít được biết đến. Chỉ có 7 bệnh nhân trong số 1548 bệnh nhân sọ a van hai lá cần phẩu thuật lồng do thiếu máu tán huyết [5]. Lịch sử nghiên cứu Anh liên đến tiên ghi nhận bệnh nhân tán huyết sau sọ a van hai lá vào năm 1980. Từ đó đến năm 2012, AbouRjaili và cộng sự chỉ ghi nhận được 70 trường hợp TMTH sau sọ a van hai lá. Trong thống kê này, độ tuổi bệnh nhân TMTH sau sọ a van hai lá là 58 ± 18 tuổi (40% nam giới), với thời gian trung bình lúc chẩn đoán là 60 ngày [2].



Cách

Rất nhiều nguyên nhân gây TMTH đã được đưa ra, tuy nhiên những dữ liệu này không đầy đủ và chính xác. Garcia và cộng sự đưa ra 5 giả thuyết về cách gây TMTH: sự phân tán, va

chậm, tăng tốc nhanh, dòng chảy từ do và giảm tốc chậm. Nghiên cứu của Yeo Tiong Cheng và cộng sự năm 1998 cũng đã đưa ra nhận định về nhồi máu cục bộ này: sự phân tán: dòng máu chảy ngược cục bộ chia sẻ ở nhồi máu cục bộ trúc tim nhồi máu dây chằng, vòng van; và chậm: có sự giảm tốc đột ngột của dòng chảy ngược cục bộ do tác động trực tiếp vào cấu trúc tim nhồi máu, dẫn đến thay đổi mô nhồi máu ở cửa dòng chảy này; tăng tốc nhanh: dòng chảy ngược cục bộ có nguồn gốc từ nhồi máu (đường kính < 2 mm) và không có va chạm trực tiếp vào cấu trúc tim nhồi máu nào; dòng chảy từ do: dòng chảy ngược cục bộ (thường có quầng đỏ trung tâm) có nguồn gốc từ nhồi máu (đường kính > 2 mm) và không bị giới hạn bởi cấu trúc nào cho đến khi nó chậm đến vòm của tâm nhĩ trái; giảm tốc chậm: dòng chảy ngược cục bộ ở tâm nhồi máu có nguồn gốc từ nhồi máu ở tâm nhồi máu và bám vào thành tâm nhĩ trái để đi xuống phát ra nó. Trong đó nhồi máu cục bộ tim nên tìm kiếm dòng chảy cao (high shear stress) gây tán huyết nhồi máu nhồi máu và chậm, tăng tốc nhanh, sự phân tán. Trong nghiên cứu của AbouRjaili và cộng sự năm 2012, các bệnh gây TMTD khác nhau từ và chậm (28.57%) đến tăng tốc (16%), sự phân tán (19%), dòng chảy từ do (19%), giảm tốc chậm (5.95%), và có 11.48% bệnh nhân không do các bệnh này (các bệnh này được phát hiện qua siêu âm tim) [2]. Nhồi máu cục bộ TMTD được quan sát sau sạ a van hai lá thường liên quan đến sự van chậm trực tiếp của dòng chảy ngược cục bộ và vòng van và đường nhồi máu không phải thu hút vào mô nhồi máu của nhồi máu hai lá [5]. Có thể giải thích cho trường hợp này là chỉ 52% TMTD bị u nhồi máu bệnh nhân nhồi máu hai lá nhồi máu, nhồi máu bệnh nhân còn lại nhồi máu hai lá nhồi máu trung bình nhồi máu nhồi máu nhồi máu máu tán huyết từ trung bình đến nhồi máu [2].

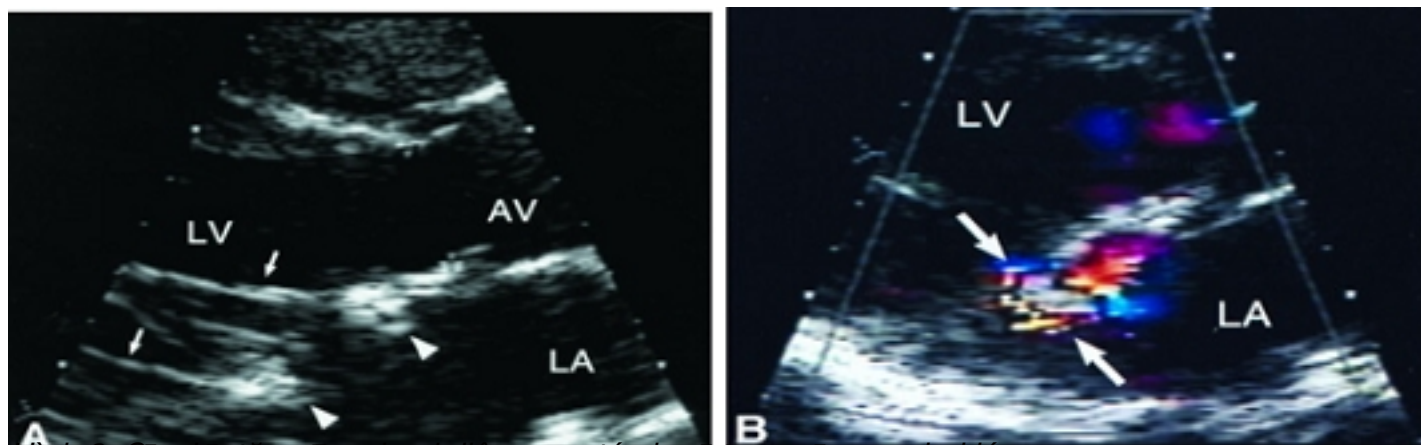


Hình 1: Các bệnh và chậm liên quan tán huyết sau sạ a van hai lá

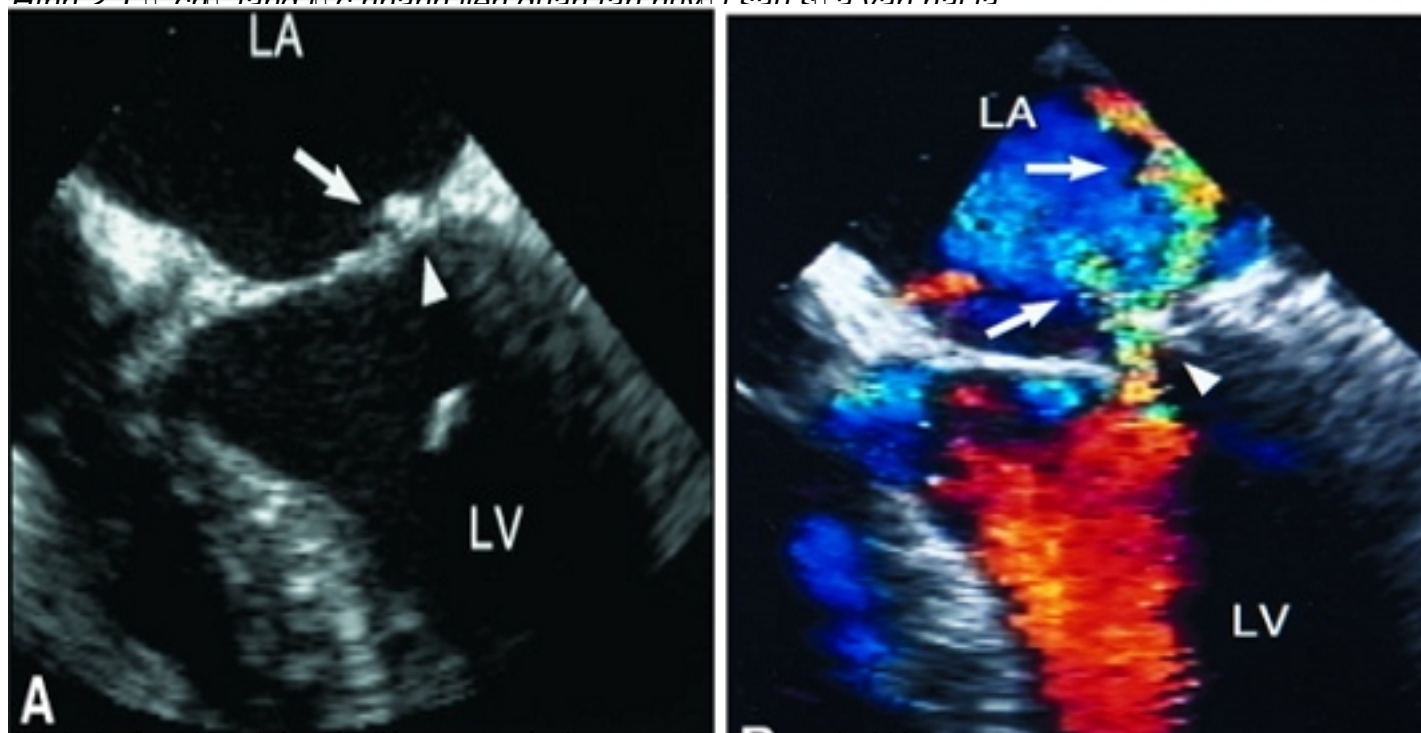
Thiêu máu tán huyết sau sỏi a van hai lá

Viết bởi Biên tập viên

Chẩn đoán, 26 Tháng 7 2020 21:15 - Lần cập nhật cuối: Chẩn đoán, 26 Tháng 7 2020 21:25



Hình 2: Hình ảnh siêu âm liên quan tán huyết sau sỏi a van hai lá

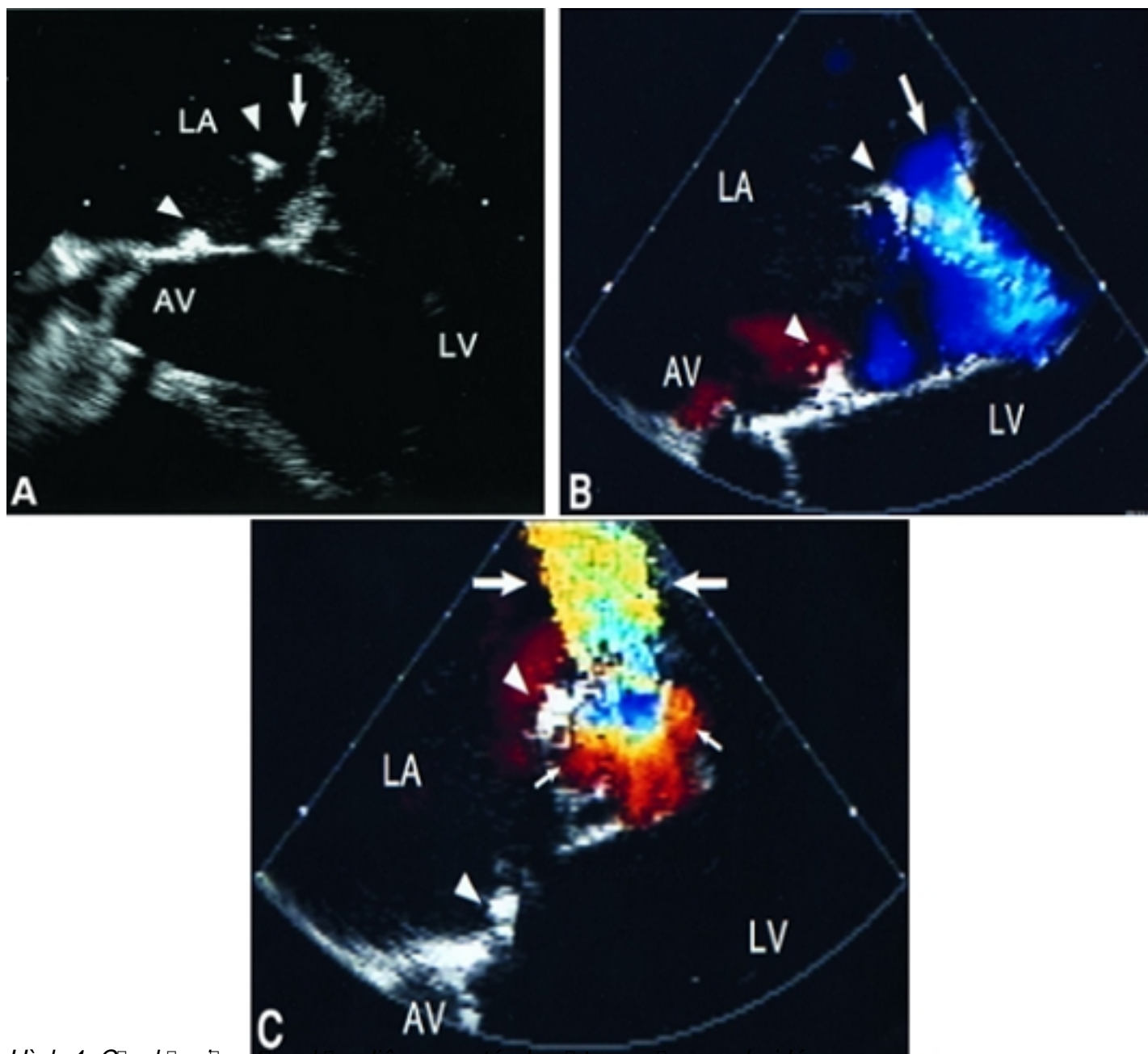


Hình 3: Hình ảnh siêu âm liên quan tán huyết sau sỏi a van hai lá

Thi u máu tán huyết sau s a van hai lá

Vi t b i Biên t p viên

Ch nh t, 26 Tháng 7 2020 21:15 - L n c p nh t cu i Ch nh t, 26 Tháng 7 2020 21:25



Hình 4: C ch gi m t c ch m liên quan tán huyết t sau s a van hai lá

Thi u máu tán huyết sau s a van hai lá

Vi t b i Biên t p viên

Ch nh t, 26 Tháng 7 2020 21:15 - L n c p nh t cu i Ch nh t, 26 Tháng 7 2020 21:25

