

Đánh giá kết quả điều trị bằng tiêu sợi huyết ở bệnh nhân kẹt van tim nhân tạo

Phạm Hương Giang, Phạm Thị Hồng Thi, Phạm Minh Tuấn

Viện Tim mạch Việt Nam

TÓM TẮT

Giới thiệu: Trên thế giới, có khá nhiều các NC về điều trị kẹt van tim NT bằng TSH. Tuy nhiên, ở Việt Nam còn có những hạn chế nhất định. Do đó, chúng tôi tiến hành đánh giá KQ điều trị bằng TSH ở bệnh nhân kẹt van tim nhân tạo do huyết khối.

Mục tiêu:

1. Đánh giá KQ điều trị bằng TSH ở bệnh nhân kẹt tim NT do huyết khối.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến KQ điều trị bằng TSH ở BN kẹt van tim NT do HK.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế mô tả cắt ngang: hồi cứu và tiến cứu tại Viện tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Tim Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trên 32 BN kẹt van tim NT do HK, điều trị TSH.

Kết quả: Tuổi TB: 47.13. Nữ: 78.1%. Thời gian thay van TB: 3.6 năm. Lý do vào viện: khó thở 43.8% (cao nhất). Kẹt 2 lá van: 12.5%. INR (2.5 – 3.5): 18.8%. TC cơ năng (khó thở, đau ngực, hồi hộp) trước và sau điều trị thay đổi có ý nghĩa ($p < 0.05$). Sau ĐT, không còn BN có tiếng tim mờ, TS tim giảm ý nghĩa. Chênh áp TĐ, chênh áp TB, ALĐMP giảm, DT lỗ van kẹt tăng có ý nghĩa ($p < 0.01$). Thành công: 75%. Biến chứng: 12.5%. TV: 0%. Yếu tố liên quan KQ: kích thước HK, tổng liều thuốc TSH.

Kết luận: Tiêu sợi huyết là phương pháp hiệu quả trong ĐT kẹt van tim NT do HK.

Từ khóa: Kẹt van tim nhân tạo, tiêu sợi huyết.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, số BN phải thay van NT do bệnh lý van tim khá nhiều. Sau PT, BN có nguy cơ kẹt van NT do HK (0,1% đến 6%) [1]. Nguyên nhân hay gặp: liệu pháp chống đông không đạt hiệu quả. PT vẫn là chủ yếu nhưng chi phí cao, không phải bệnh viện cũng thực hiện được. TSH đã mang lại hiệu quả điều trị nhất định. Một số NC đánh giá KQ điều trị bằng TSH: TROIA, PROMETEE. Tại Việt Nam, các NC còn hạn chế, số BN không nhiều. Do đó, chúng tôi tiến hành “Đánh giá kết quả điều trị bằng tiêu sợi huyết trên bệnh nhân kẹt van tim nhân tạo do huyết khối”.

PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Đối tượng NC

32 BN kẹt van tim NT điều trị tiêu sợi huyết tại Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Phương pháp nghiên cứu

- NC mô tả cắt ngang: hồi cứu và tiến cứu.
- Tiến hành:

BN nghi ngờ kẹt van tim NT do HK được khám LS, SA tim qua thành ngực, SA tim qua TQ, XN đông máu để chẩn đoán xác định.

Chỉ định TSH: ST cấp, suy hô hấp cấp, khó thở NYHA III – IV có: Nguy cơ cao khi PT hoặc cơ sở y tế không có khả năng PT mà tình trạng không thể di chuyển và chờ đợi. Hoặc BN khó thở NYHA I – II và HK 5 – 10 mm (nhỏ hơn 0,8 cm²), ít di động.

Chống chỉ định TSH: CCD tuyệt đối: XHN

hoặc ĐQ không rõ NN ở bất kì thời điểm nào, NMN trong 6 tháng, tổn thương não hoặc u tân sinh hệ TKTW, VT đầu, PT hoặc CT lớn trong 3 tuần trước đó, XHTH trong 1 tháng trước, bệnh CQ tạo máu, phình tách ĐMC. CCD tương đối: TIA trong 6 tháng trước, đang uống thuốc CD kháng vitamin K với PT < 10% và / hoặc INR > 5, đang có thai hoặc sau đẻ < 1 tuần, Chọc dò ĐM ở vị trí không ép được, CT do các thủ thuật HSCC, cấp cứu NTH > 15 phút, THA nặng chưa KS

được (HATT > 180 mmHg và/hoặc HATTR > 110 mmHg), suy gan.

Tiêu sợi huyết. Khám LS, SA tìm qua thành ngực ngay sau TSH và 24 giờ sau TSH

Đánh giá kết quả: Thành công hoàn toàn, thành công một phần, thất bại.

- Xử lý số liệu: SPSS 20.0.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm BN nghiên cứu

Đặc điểm	Phân bố
Tuổi	47.13 ± 11
Giới nữ	78.1%
Thời gian từ thay van đến kẹt van	3.6 ± 3.27
Lý do vào viện: khó thở	43.8%
Kẹt 2 lá van	12.5%
ĐTĐ: rung nhĩ	47%
Không tuân thủ điều trị chống đông	3.1%
INR (2.5 – 3.5)	18.8%

Đánh giá kết quả điều trị bằng TSH ở bệnh nhân kẹt van tim NT do HK

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị

Triệu chứng		Trước điều trị		Sau điều trị		P
		Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	
Suy tim	NYHAI	18	56.3	29	90.6	0.01
	NYHA II - IV	14	43.7	3	9.4	
Khó thở	Có	16	34.4	3	9.4	0.000
	Không	16	65.6	29	90.6	
Đau ngực	Có	11	34.4	2	6.3	0.004
	Không	21	65.6	30	93.7	
Hồi hộp	Có	7	21.9	1	3.1	0.031
	Không	25	78.1	31	96.9	

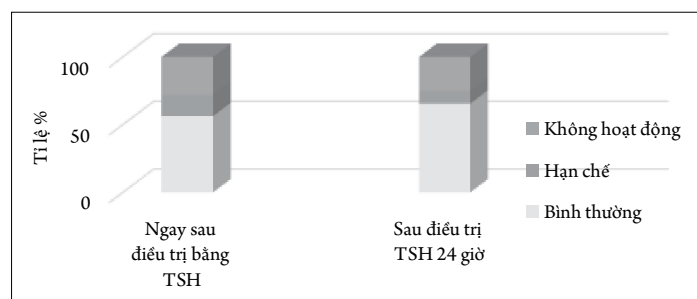
Nhận xét: Suy tim, khó thở, đau ngực, hồi hộp đánh trống ngực giảm (p < 0.05).

Bảng 3. Triệu chứng thực thể trước và sau điều trị.

Triệu chứng		Trước điều trị		Sau điều trị		P
		Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	
Tiếng van tim NT	Nghe thấy	28	87.5	32	100	*
	Khó nghe	4	12.5	0	0	
Rale ẩm	Có	2	6.2	0	0	*
	Không	32	93.8	26	100	
Tần số tim (chu kì / phút)		91.13 ± 15.01		85.19 ± 7.30		0.017
Huyết áp	Tâm thu (mmHg)	114.84 ± 11.74		114.06 ± 18.81		0.626
	Tâm trương (mmHg)	71.41 ± 9.86		67.97 ± 6.46		0.658
SpO2 (%)		96.03 ± 19.09		95.66 ± 1.50		0.218

Nhận xét: Sau điều trị, tiếng van tim rõ, BN không có rale ẩm, TS tim giảm (p = 0.02).

Biểu đồ 1. Hoạt động van tim sau điều trị



Nhận xét: Còn 9.4 % BN van hoạt động hạn chế, 25 % van không hoạt động.

Bảng 4. Một số đặc điểm trên siêu âm tim trước và sau điều trị.

Chỉ số	Trước TSH	Ngay sau TSH	P	Sau TSH 24 giờ	P
	TB ± Độ lệch	TB ± Độ lệch		TB ± Độ lệch	
Chênh áp TD	25.12 ± 11.28	12.49 ± 6.39	0.000	11.33 ± 5.08	0.000
Chênh áp TB	15.10 ± 7.78	9.62 ± 9.30	0.003	5.55 ± 2.90	0.000
Diện tích lỗ van	1.26 ± 0.42	1.84 ± 0.56	0.000	2.01 ± 0.66	0.000
Áp lực ĐMP	41.75 ± 11.27	33.94 ± 10.77	0.000	31.58 ± 5.36	0.000
Phân số tổng máu	64.63 ± 5.86	63.34 ± 5.07	0.24	62.91 ± 3.92	0.091

Nhận xét: Chênh áp TD, Chênh áp TB, ALĐMP giảm và DT lỗ van kẹt tăng có ý nghĩa.

Bảng 5. Kết quả

Kết quả		Số bệnh nhân		Tỉ lệ %	
Thành công	Thành công hoàn toàn	24	20	75	62.5
	Thành công một phần		4		12.5
Thất bại		8		25	

Nhận xét: Tỉ lệ thành công: 75%, thất bại: 25%.

Bảng 6. Biến chứng sau điều trị.

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Không	28	87.5
Có	4	15.4

Một số yếu tố liên quan KQ điều trị bằng TSH ở BN kẹt van hai lá NT do HK:

Bảng 7. Kết quả điều trị và kích thước huyết khối.

Kết quả	Số BN	Giá trị (cm ²)			P
		Tối đa	Tối thiểu	TB ± SD	
Thành công HT (1)	20	0.7	0.1	0.33 ± 0.18	p(1-2)=0.617; p(1-3)=0.032
Thành công MP (2)	4	0.5	0.3	0.38 ± 0.1	p(2-1)=0.647; p(2-3)=0.269
Thất bại (3)	8	0.84	0.21	0.50 ± 0.19	p(3-1)=0.032; p(3-2)=0.269

Nhận xét: Kích thước huyết khối TB của nhóm thành công HT nhỏ hơn nhóm thất bại.

Bảng 8. Tổng liều thuốc TSH và kết quả điều trị.

Tổng liều rTPA (mg)	Số BN	Thành công HT		Thành công MP		Thất bại		P
		Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	
50	4	2	50	0	0	2	50	0.451
75	1	0	0	0	0	1	100	
100	26	17	65.4	4	15.4	5	19.2	
200	1	1	100	0	0	0	0	

Nhận xét: Nhóm sử dụng tổng liều 100 mg có tỉ lệ thành công: 65.4 %.

Bảng 9. Kết quả điều trị và liều nạp trung bình.

Kết quả	Tối đa (mg)	Tối thiểu (mg)	TB ± SD (mg)	P
Thành công	10	10	10	0.008
Thất bại	20	10	11.56 ± 3.52	

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung

Tuổi TB: 47.13 ± 11 . Nữ: 78.1%, đa số. Tương tự NC của Deviri. Bệnh lý VT do thấp tim liên quan yếu tố DR4 - gặp ở phụ nữ châu Á [2]. TG từ thay van đến kẹt TB: 3.6 ± 3.27 năm. 15.63% BN từ thay van đến kẹt van là dưới 6 tháng, ngắn nhất: 2 tháng. Theo Cheng, thời điểm dễ xảy ra tắc nghẽn trên van tim NT là 6 tháng đầu. 43.8% BN vào viện vì khó thở (cao nhất). Kẹt cả hai lá van: 12.5%. 46.9% có RN. Tầm nhĩ co bóp không đều góp phần tạo nên HK [3]. Có 3.1% không tuân thủ ĐT chống đông nhưng chỉ 18.8% có INR đạt mục tiêu. thuốc TSH là Alteplase (100%).

Đánh giá kết quả điều trị bằng tiêu sợi huyết ở BN kẹt van hai lá nhân tạo

Cơ năng: BN suy tim NYHA I khi VV: 56.3% tăng lên 90.6% sau ĐT. BN NYHA II – IV (có 1 BN NYHA III (3.1%) và không có BN NYHA IV) giảm từ 43.7% xuống 9.4% (chỉ có NYHA II). Với $p = 0.01 < 0.05$: ST cải thiện rõ. Sự thay đổi các TC: khó thở, đau ngực, hồi hộp đánh của BN trước và sau ĐT rất ý nghĩa. BN có khó thở: 34.4% xuống 9.4%. BN có hồi hộp từ 34.4% xuống 6.3% ($p < 0.05$).

Thực thể: 4 BN có tiếng van tim khó nghe (12.5%). TS tim TB từ 91.13 ± 15.01 xuống 85.19 ± 7.30 CK/phút. Với $p = 0.017 < 0.05$ rất ý nghĩa.

SA tim: sau ĐT, 8 BN (34.4%) van tim NT không HD (8 BN thất bại). Ngay sau TSH, chênh áp qua van giảm: VHL: 12.49 ± 6.39 mmHg và 9.62 ± 9.30 mmHg, VĐMC: 58 ± 21.25 mmHg và 37.5 ± 16.66 mmHg. Thay đổi có ý nghĩa ($p < 0.05$). Sau TSH 24 giờ chênh áp qua van vẫn giảm có ý nghĩa: VHL: 11.33 ± 5.08 mmHg và 5.55 ± 2.90 mmHg, VĐMC: 59.33 ± 25.7 mmHg và 25.7 ± 18.39 mmHg ($p < 0.05$). Trước TSH, DT lỗ van kẹt TB là 1.26 ± 0.42 cm². Ngay sau TSH, tăng lên: 1.84 ± 0.56 cm² và sau 24 giờ: 2.01 ± 0.66 cm² ($p = 0.00$). ALĐMP: từ 41.75 ± 11.27 mmHg xuống 33.94 ± 10.77 mmHg (ngay sau TSH) và 31.66 ± 5.36

mmHg (sau 24 giờ). BN TCHT, TG nằm viện TB: 15.13 ± 11.98 ngày. KQ tương tự Roudaut và Huang và tỉ lệ TB thấp hơn của Aoyagi vì đa số BN là NYHA I–II. Roudaut đồng thuận rằng TSH ưu tiên ở BN NYHA I–II, sẽ tăng tỉ lệ TC [4]. KQ thành công HT: 62.5%, TCMP: 12.5% và TB: 25% và TV: 0% thì TSH là một khá hiệu quả và an toàn. Tỉ lệ BC chung thấp hơn Ozkan [5]. Tỉ lệ XH (15.4%) cao hơn Roudaut [4]. Trong 4 BN XH: không có XH nào, 1 ca XHTH (3.125%), 2 BN XHDD và 1 BN chảy máu chân răng, không có tắc mạch và TV.

Một số yếu tố liên quan đến KQ điều trị TSH ở BN kẹt van hai lá NT do HK

Thời gian TB từ có TC đến TSH ở nhóm TC: 3.79 ± 2.12 ngày, ngắn hơn nhóm TB (5.4 ± 1.95). Theo Roudaut: HK mạn tính ĐT bằng TSH có tỉ lệ TC thấp [4]. 1 BN có HK: 0.84 cm²: lớn nhất và KQ thất bại. Các BN khác: $HK \leq 0.8$ cm². Theo ESC, TSH chỉ định cho $HK \leq 0.8$ cm². Nhóm TCHT có HK TB là 0.33 ± 0.18 cm² nhỏ hơn nhóm TB (0.50 ± 0.19) ($p = 0.032$). 81.4% BN có tổng liều thuốc TSH 100 mg: TCHT là 75%, TCMP: 10% và TB: 15%. Nhóm có tổng liều 50 mg: tỉ lệ TC thấp hơn (50%). Tổng liều ở nhóm TCHT (100 ± 28.1 mg) và TCMP (100 mg) cao hơn nhóm TB (84.38 ± 22.9 mg). Nhóm có BC: 75 ± 28.87 mg, thấp hơn nhóm không BC 99.11 ± 24.05 mg. Nhóm TB: liều nạp TB lớn nhất: $11.56 \pm .52$ mg so với 2 nhóm còn lại là 10 mg ($p = 0.008$). Vậy liều nạp 10 mg có hiệu quả tốt hơn. Nhóm có BC: tốc độ truyền thuốc TSH TB là 35.63 ± 19.83 mg/giờ cao hơn nhóm không BC 30.13 ± 5.76 mg/giờ.

KẾT LUẬN

TC của BN kẹt van tim NT rất đa dạng. ĐK thuận lợi hình thành HK: INR không đạt mục tiêu, RN. TSH hiệu quả trên BN NYHA I – II, $HK < 0.8$ cm² và không có CCD. Kích thước HK và tổng liều thuốc TSH là các yếu tố liên quan KQ.

ABSTRACT**Evaluation result of treatment obstruction prosthetic heart valve by thrombolysis****Introduce:**

In the world, there are many studies about treatment of thrombosis prosthetic valve. However, studies in Viet Nam are limited. So, we evaluate result of treatment obstruction prosthetic heart valve by thrombolysis.

Target:

1. Evaluating result of treatment obstruction prosthetic heart valve by thrombolysis.
2. Collecting plenty of related factor to result of treatment obstruction prosthetic heart valve by thrombolysis.

Object and method:

Descriptive cross – sectional study: prospective study and prepective in National heart hospital, Ha Noi heart hospital and Vietnam German friendship hospital. Object: 32 patients with obstructive prosthetic heart valve thrombosis and treated by thrombolytic.

Result:

Age: 47. Female: 78.1%. Time from valve replacement: 3.6 years. Reason of hospitalization: dyspnea 43.8%. Obstructive two cusp: 12.5%. Obstructive precusp: 50%. INR (2.5 – 3.5): 18.8%. Symptoms before and after therapy are real changed ($p < 0.05$), After therapy, no patient has soft valve sound, heart rate down a lot. The max trans-valvular gradients, the mean trans-valvular gradients, pulmonary artery ressure are downed, valve area is really improved ($p < 0.01$). Success: 75%. Mortality: 0. Related factor: size of thrombosis, dose of drug.

Conclusion: Thrombolysis is an effective therapy for patient with obstructive prosthetic heart valve.

Từ khóa: Obstruct prosthetic valve, Thrombolysis.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H. Hermans, T. Vanassche, P. Herijgers và các cộng sự. (2013), “Antithrombotic therapy in patients with heart valve prostheses”, *Cardiol Rev*, **21**(1), tr. 27-36.
2. Phạm Gia Khải Đỗ Doãn Lợi (2008), *Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về: chẩn đoán và điều trị các bệnh van tim*, Chuyên đề tim mạch học, Hội Tim mạch học Thành phố Hồ Chí Minh.
3. S. Keuleers, P. Herijgers, M. C. Herregods và các cộng sự. (2011), “Comparison of thrombolysis versus surgery as a first line therapy for prosthetic heart valve thrombosis”, *Am J Cardiol*, **107**(2), tr. 275-9.
4. R. Roudaut, S. Lafitte, M. F. Roudaut và các cộng sự. (2009), “Management of prosthetic heart valve obstruction: fibrinolysis versus surgery. Early results and long-term follow-up in a single-centre study of 263 cases”, *Arch Cardiovasc Dis*, **102**(4), tr. 269-77.
5. M. Ozkan, S. Gunduz, M. Biteker và các cộng sự. (2013), “Comparison of different TEE-guided thrombolytic regimens for prosthetic valve thrombosis: the TROIA trial”, *JACC Cardiovasc Imaging*, **6**(2), tr. 206-16.