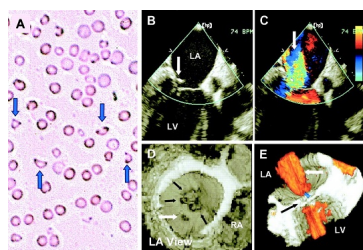


Bs Trần Thị Thảo -

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. Nghi ngờ 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 đi lại cho bệnh nhân.

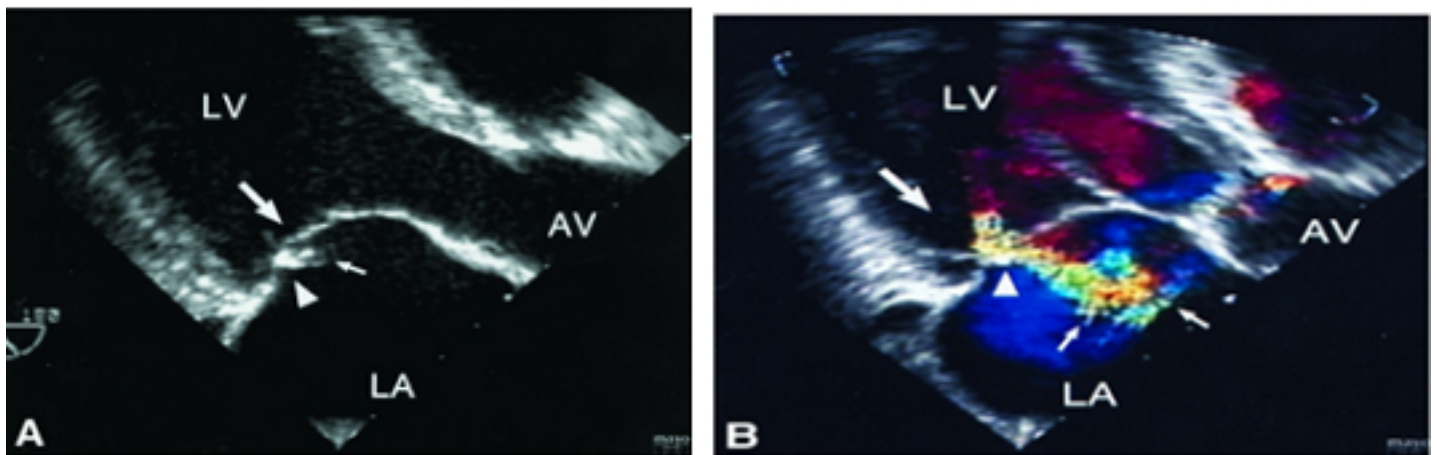
Thiếu máu tán huyết (HA: hemolytic anemia) là biến chứng được biết đến sau thay van hai lá nhân tạo (van sinh học hoặc van cơ học) với tần suất từ 5 – 15% [5]. Thiếu máu tán huyết (TMTH) trong những trường hợp này đã đáp ứng tốt với liệu pháp bổ sung sắt và phẩu thuật lồng, những trường hợp TMTH kháng trị tiên phát hiếm gặp và thường không đi lại 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 phẫu thuật lồng do thiếu máu tán huyết [5]. Lịch sử nghiên cứu Anh liên quan 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 bảng 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 tự do và giảm tốc chậm. Nghiên cứu của Yeo Tiong Cheng và cộng sự năm 1998 cũng đã đưa ra nhận định về những cơ chế này: sự phân tán: dòng máu chảy ngược bị chia rẽ ở những cơ cấu trúc của dây chằng, vòng van; và chậm: có sự giảm tốc đột ngột của dòng chảy ngược do tác động trực tiếp vào cơ cấu trúc của dây chằng, dẫn đến thay đổi mức năng lượng của dòng chảy này; tăng tốc nhanh: dòng chảy ngược có nguồn gốc từ lỗ nhỏ (đường kính < 2 mm) và không có va chạm trực tiếp vào cơ cấu trúc của dây chằng nào; dòng chảy tự do: dòng chảy ngược (thường có quầng đỏ trung tâm) có nguồn gốc từ lỗ lớn (đường kính > 2 mm) và không bị giới hạn bởi cơ cấu trúc nào cho đến khi nó chạm đến vòm của tâm nhĩ trái; giảm tốc chậm: dòng chảy ngược ở tâm thất có nguồn gốc từ lỗ lớn ở tâm thất và bám vào thành tâm nhĩ trái để đi xuống phát ra nó. Trong đó những cơ chế trên nên tạo ra dòng chảy cao (high shear stress) gây tán huyết nhẹ hoặc nặng và chậm, tăng tốc nhanh, sự phân tán. Trong nghiên cứu của AbouRjaili và cộng sự năm 2012, cơ chế gây TMTD khác nhau từ va chạm (28.57%) đến tăng tốc (16%), sự phân tán (19%), dòng chảy tự do (19%), giảm tốc chậm (5.95%), và có 11.48% bệnh nhân không do các cơ chế này (các cơ chế này được phát hiện qua siêu âm tim) [2]. Những cơ chế TMTD được quan sát sau sảy a van hai lá thường liên quan đến sự va chạm trực tiếp của dòng chảy ngược với vòng van và đường dây chằng không phụ thuộc vào mức độ nặng của hở van hai lá [5]. Có thể giải thích cho những kết quả này là chỉ 52% TMTD bị ảnh hưởng bởi bệnh nhân hở van hai lá nặng, những bệnh nhân còn lại hở van hai lá nhẹ đến trung bình những hiện tượng thiếu máu tán huyết từ trung bình đến nặng [2].

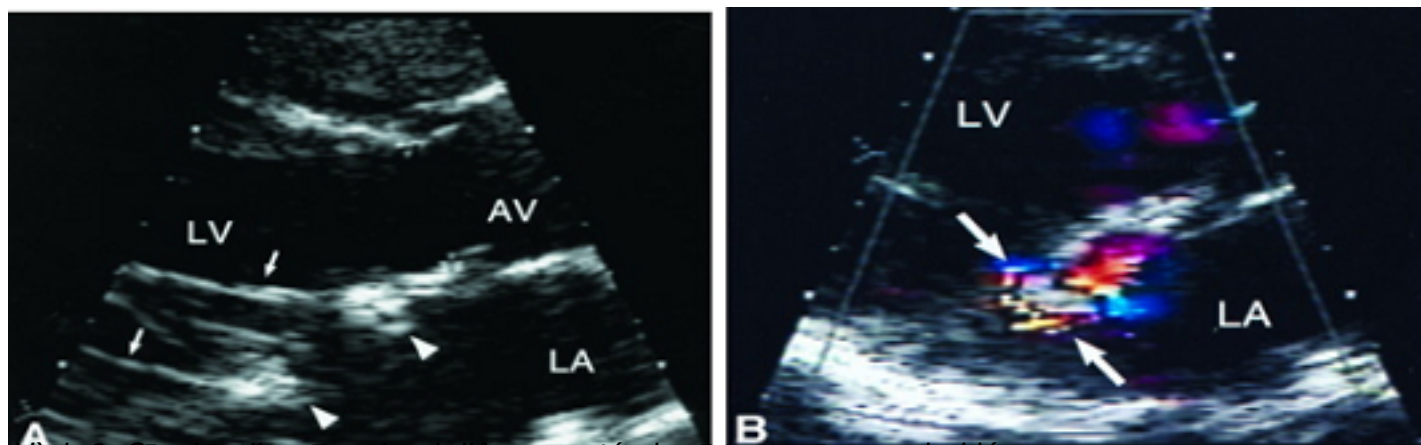


Hình 1: Các cơ chế và chậm liên quan tán huyết sau sảy a van hai lá

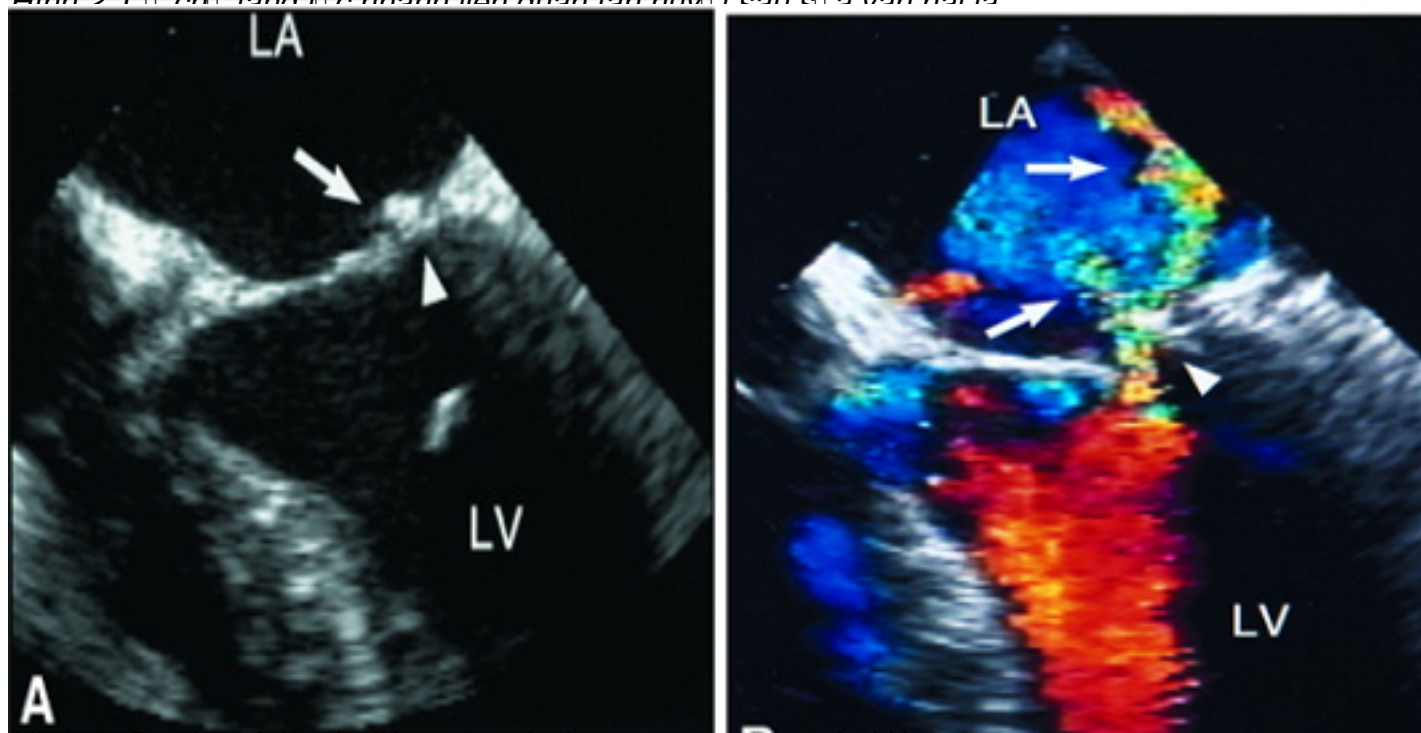
Thiêu máu tán huyết sau sỏi a van hai lá

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 26 Tháng 7 2020 21:15 - Lần chỉnh sửa cuối: Chỉnh sửa, 26 Tháng 7 2020 21:25



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

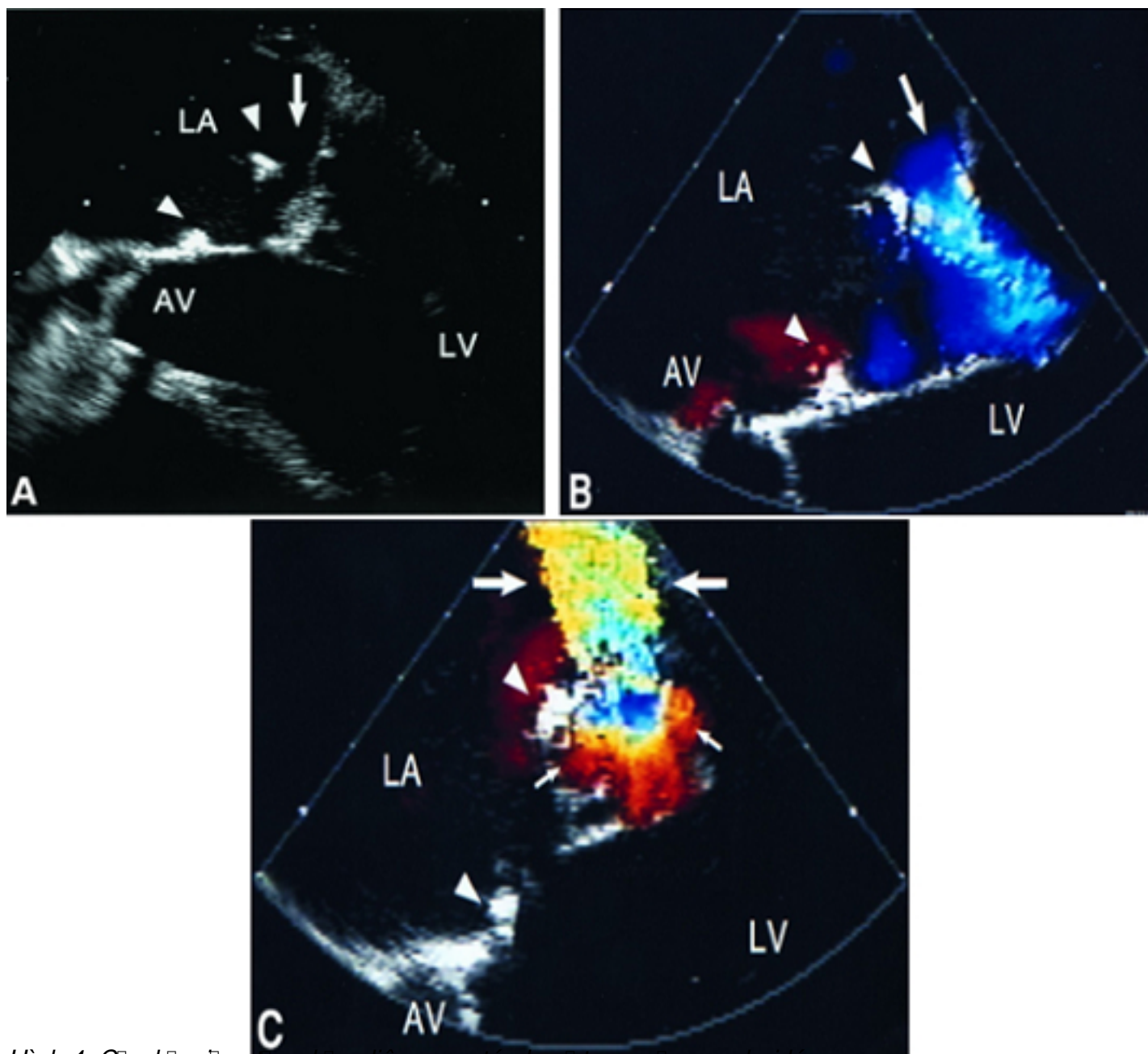


Hình 3: Hình ảnh siêu âm liên quan tán huyết sau sỏi a van hai lá

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

