

HỞ VAN HAI LÁ

Ban hành kèm theo Quyết định số 35/QĐ-BV .ngày 24/01/2014

1. Định nghĩa

- Hở van 2 lá xảy ra khi máu chảy từ thất trái về nhĩ trái trong kì tâm thu do tổn thương bất kì thành phần nào của bộ máy van (vòng van, lá van, dây chằng, cột cơ) và/hoặc dẫn vòng van do dẫn các buồng tim trái.

2. Nguyên nhân

2.1. Hở van hai lá mạn

- Thất tim: chiếm 1/3 các trường hợp. Hở van hai lá đơn thuần hay ưu thế xuất hiện thường xuyên ở nam giới hơn.
- Bẩm sinh: khiếm khuyết gờ nội mạc, xơ chun nội mạc, van hai lá hình nháy dù.
- Xơ hóa cơ nhú, tái cấu trúc thất, hay phình vách thất liên quan đày cơ nhú trên nhồi máu cơ tim đã điều trị lành.
- Thiếu máu cơ tim (liên quan cơ nhú hay cơ tim lân cận).
- Bệnh cơ tim phì đại.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.
- Sa van hai lá.
- Vô hóa vòng van hai lá (thoái hóa).
- Lupus, viêm đa khớp dạng thấp, viêm cứng cột sống.
- Rối loạn di truyền mô liên kết (hội chứng Marfan,...).
- Hở van hai lá cơ năng do bất cứ nguyên nhân nào làm lớn thất trái.
- Thuốc ức chế sự ngon miệng.

2.2. Hở van hai lá cấp

- Đứt dây thừng gân: viêm nội tâm mạc, chấn thương, thoái hóa kiểu myxoma, vô căn.
- Đứt cơ nhú: nhồi máu cơ tim, chấn thương.
- Rối loạn hoạt động cơ nhú (thiếu máu cơ tim).
- Thủng van (viêm nội tâm mạc).
- Phẫu thuật tim.

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

3.1.1.1. Triệu chứng lâm sàng hở van hai lá mạn:

- *Triệu chứng cơ năng:*
 - Triệu chứng suy thất trái: mệt, khó thở khi gắng sức, khó thở về đêm, khó thở khi nằm, phù phổi cấp. Tiên lượng nặng khi có suy thất trái.
 - Ho ra máu, tắc mạch toàn thân.
 - Đau ngực: hiếm gặp trừ khi có bệnh động mạch vành kết hợp.
 - Nói khàn.
- *Triệu chứng thực thể:*
 - Mạch tay và mạch cảnh thường mạnh và gọn (khi chưa có suy tim).
 - Mỏm tim nảy mạnh, lệch xuống dưới và ra ngoài đường trung đòn về phía trái.
 - Nhịp tim đều hoặc rung nhĩ.
 - T1 thường nhỏ, T2 tách đôi bình thường hay rộng. T3 ở mỏm (hở van hai lá nặng).
 - Âm thổi tâm thu ở mỏm, tương đối đặc hiệu của hở hai lá. Ít có tương quan giữa cường độ âm thổi với độ nặng của hở van hai lá.
 - Tăng áp ĐM phổi: click phun máu ĐM phổi, âm thổi tâm trương do hở van ĐM phổi, âm thổi tâm thu của hở 3 lá.
 - Triệu chứng suy tim phải: tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phù, báng bụng.

3.1.1.2. Triệu chứng lâm sàng của hở van hai lá cấp:

- *Triệu chứng cơ năng:* khó thở nặng ngay khi nghỉ, lo lắng, có thể suy thất trái nặng và đột ngột, phù phổi cấp, shock tim.
- *Triệu chứng thực thể:* mỏm tim thường ở vị trí bình thường, tim đập nhanh và thở nhanh, âm thổi tâm thu ở mỏm, âm thổi có thể thô, dạng phụt và lan rộng, T2 tách đôi rộng. Có thể có T3 và T4.

3.1.2. Cận lâm sàng

3.1.2.1. Điện tâm đồ: rung nhĩ, dẫn nhĩ trái, phì đại thất trái, khoảng 15% có dấu dày thất phải do tăng áp động mạch phổi.

3.1.2.2. XQ ngực: bóng nhĩ trái lớn, thất trái lớn, vết đóng vôi vòng van hai lá, hình ảnh sung huyết phổi.

3.1.2.3. Siêu âm tim:

- Rất hữu ích trong chẩn đoán bệnh hở van 2 lá, lượng giá độ nặng, xác định nguyên nhân hở van, cơ chế hở van, đánh giá bệnh van kết hợp. (Bảng 1)

- Kết quả siêu âm tim giúp chỉ định phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật (sửa van hay thay van), theo dõi kết quả sửa van trong khi mổ và chăm sóc sau mổ.
- Siêu âm tim qua thực quản có giá trị hơn siêu âm qua thành ngực trong việc đánh giá chi tiết giải phẫu van hai lá và độ nặng của hở van.

3.1.2.4. Thông tim và chụp mạch vành

3.1.2.4.1. Chụp buồng tim và khảo sát huyết động:

- Khi các biện pháp CLS không xâm lấn (SA tim, cộng hưởng từ,...) không thể kết luận về độ nặng hở van hai lá, chức năng thất trái, hoặc có cần phẫu thuật không.
- Khi có sự không tương hợp giữa lâm sàng với CLS không xâm lấn về độ nặng hở van hai lá.

3.1.2.4.2. Chụp động mạch vành: thực hiện trước phẫu thuật ở bệnh nhân hở van hai lá nặng (class IC):

- Tiền sử có bệnh động mạch vành.
- Nghi ngờ có bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ (cơn đau ngực, xét nghiệm không xâm lấn bất thường).
- Rối loạn chức năng tâm thu thất trái.
- Nữ mãn kinh hoặc nam > 40 tuổi.
- ≥ 1 yếu tố nguy cơ tim mạch.
- Khi nghi ngờ bệnh động mạch vành là nguyên nhân gây ra hở van hai lá nặng.

Lưu ý: MSCT mạch vành có thể thay thế chụp mạch vành để loại trừ bệnh ĐMV ở bệnh nhân có nguy cơ xơ vữa động mạch thấp.

3.2. Chẩn đoán nguyên nhân: dựa vào cơ chế tổn thương van hai lá hay bộ máy van gây hở van hai lá trên siêu âm tim

3.3. Chẩn đoán độ nặng: dựa vào các thông số trên siêu âm tim (Bảng 1)

Bảng 1: Đánh giá mức độ nặng của hở van hai lá trên siêu âm tim.

	Mức độ hở van 2 lá		
	Nhẹ	Vừa	Nhiều
Định tính			
Mức độ hở van hai lá trên thông tim.	1+	2+	3-4+

Diện tích dòng máu trên siêu âm	Nhỏ, trung tâm (< 4cm ² hoặc <20% diện tích nhĩ trái)	Lớn hơn dòng hở nhẹ nhưng chưa đủ tiêu chuẩn của dòng hở nặng.	Lớn, trung tâm (>40% diện tích nhĩ trái) hoặc xoáy trong nhĩ trái, đập vào thành nhĩ trái.
Vena contracta (cm)	< 0.3	0.3 - 0.69	≥ 0.7
<i>Định lượng (siêu âm hay thông tim)</i>			
Thể tích dòng hở (ml/nhát)	< 30	30 - 59	≥ 60
Phân xuất phụt ngược (%)	< 30	30 - 49	≥ 50
Diện tích lỗ hở (cm ²)	< 0.2	0.2 - 0.39	≥ 0.4
<i>Các tiêu chí khác</i>			
Kích thước nhĩ trái			Dãn
Kích thước thất trái			Dãn

3.4. Chẩn đoán biến chứng

- Rối loạn nhịp nhĩ.
- Suy tim trái, suy tim phải, suy tim toàn bộ.
- Phù phổi cấp.
- Nghẽn mạch não.
- Thấp tim tiến triển.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

4. Điều trị

4.1. Hở van 2 lá nặng cấp tính

4.1.1. Nội khoa

- Bệnh nhân huyết động ổn định:
 - o Lợi tiểu và nitrates có thể được sử dụng để làm giảm tiền tải
 - o Sodium nitroprusside hay bóng dội ngược dòng mạch chủ giúp giảm hậu tải và sự trào ngược của dòng hở.

- Ở những bệnh nhân tụt huyết áp, phù phổi: ổn định tình trạng huyết động trong khi chờ mổ bằng: thuốc tăng co bóp cơ tim truyền tĩnh mạch + bóng dọi ngược động mạch chủ.
- Kháng sinh nếu có VNTMNT.
- Thuốc chống đau ngực hoặc chẹn mạch vành đặt stent trong trường hợp rối loạn chức năng cơ trụ do thiếu máu cơ tim.

4.1.2. Ngoại khoa: phẫu thuật cấp cứu (Class I, level B).

4.2. Hở 2 lá mạn tính

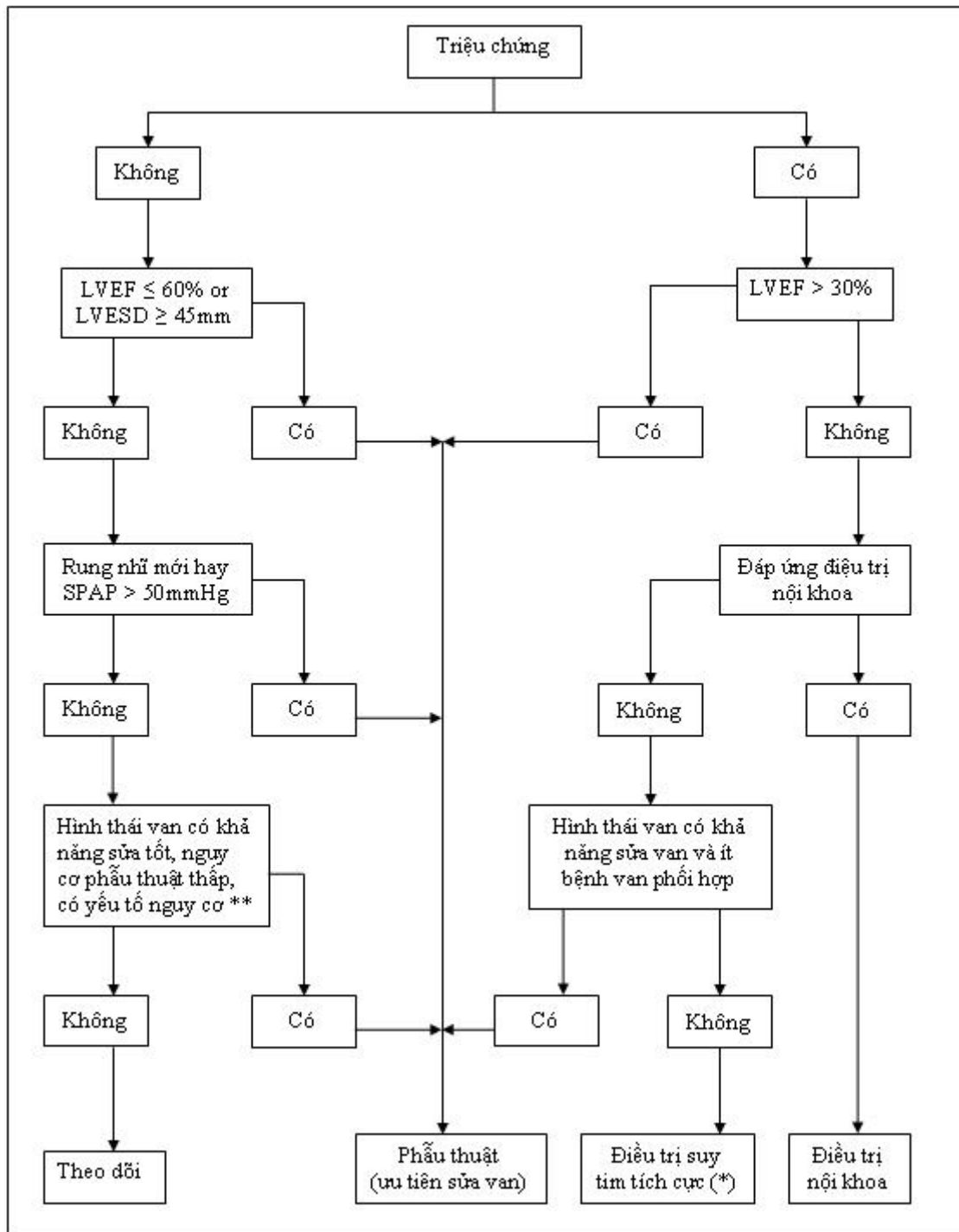
4.2.1. Nội khoa

- Thuốc giảm hậu tải: ức chế men chuyển, Hydralazin.
- Digitalis có hiệu quả nhiều khi có rung nhĩ hoặc suy chức năng tâm thu thất trái.
- Lợi tiểu: giúp kiểm soát các triệu chứng ứ huyết.
- Nitrates: cũng có thể được dùng để giảm tiền tải.
- Ức chế men chuyển:
 - o Có triệu chứng suy tim, giảm tiến triển hở van hai lá và triệu chứng ở bệnh nhân không thích hợp phẫu thuật.
 - o Còn triệu chứng sau phẫu thuật van hai lá.
- Các thuốc dẫn mạch, gồm cả ức chế men chuyển, không có lợi cho bệnh nhân hở van hai lá mạn tính chưa có triệu chứng suy tim, nhất là về khả năng làm chậm tiến triển của hở hai lá hoặc phòng rối loạn chức năng thất trái.

Chú ý: điều trị các thuốc giảm hậu tải quá tích cực có thể làm lu mờ các triệu chứng, từ đó đưa ra các quyết định sai lầm về thời điểm và biện pháp can thiệp.

- Ức chế beta, spironolactone cũng nên cân nhắc sử dụng một cách thích hợp.
- Chống đông khi: rung nhĩ, huyết khối nhĩ trái, tiền sử huyết khối thuyên tắc.
- Phòng ngừa VNTMNT nếu có tiền sử VNTMNT trước đó.
- Phòng ngừa thấp tim tái phát ở trường hợp hở van 2 lá hậu thấp. (Bảng 3)

Bảng 2: Lưu đồ hướng dẫn điều trị hở van hai lá nặng mãn tính theo ESC 2012



(*) Điều trị suy tim tích cực gồm: điều trị tái đồng bộ tim, dụng cụ hỗ trợ thất, dụng cụ hỗ trợ chức năng tim, ghép tim.

(**) Phẫu thuật sửa van được chỉ định ở những bệnh nhân có khả năng sửa van thành công cao với nguy cơ thấp (class IIa và IIb, level C)

Bảng 3: Thời gian dự phòng thấp tim thứ phát ở bệnh nhân hở van hai lá hậu thấp

Thấp tim nhẹ	1. Hở van hai lá nhẹ, không có triệu chứng suy tim, và không có dẫn các buồng tim trên siêu âm.	Tối thiểu 10 năm sau đợt sốt thấp cấp gần nhất hoặc cho đến khi 21 tuổi (tùy điều kiện nào dài hơn)(*).
Thấp tim trung bình	1. Tổn thương van hai lá trung bình, dẫn buồng tim hay suy tim mức độ từ nhẹ đến trung bình. 2. Hở van hai lá nhẹ kèm hở van ĐMC nhẹ. 3. Tổn thương van hai lá kết hợp với tổn thương van ĐM phổi hay van ba lá.	Phòng thấp đến năm 35 tuổi.
Thấp tim nặng	1. Tổn thương van hai lá nặng, dẫn buồng tim hay suy tim mức độ từ trung bình đến nặng. Bệnh nhân bị thấp tim được phẫu thuật van tim trước đây hay sắp được phẫu thuật van tim.	Phòng thấp đến năm 40 tuổi hay lâu hơn(**).

(*) Bệnh nhân > 25 tuổi được chẩn đoán thấp tim mà tiền sử không ghi nhận sốt thấp cấp nên được dự phòng thấp tim thứ phát tới năm 35 tuổi. Tại thời điểm này, cần đánh giá lại để xác định có tiếp tục dự phòng hay không. Quyết định chấm dứt dự phòng thứ phát cần dựa trên đánh giá lâm sàng và siêu âm tim.

(**) Nguy cơ tái phát là rất thấp ở bệnh nhân > 40 tuổi. Trong một số trường hợp, khi bệnh nhân mong muốn giảm đi một ít nguy cơ tái phát còn lại, phòng ngừa thấp tim thứ phát có thể tiếp tục sau 40 tuổi, hoặc trọn đời.

4.2.2. Ngoại khoa

4.2.2.1. Chỉ định phẫu thuật: (bảng 4)

Bảng 4: Chỉ định phẫu thuật thay/sửa van ở bệnh nhân hở van hai lá

Nhóm	
I	1. Nên ưu tiên sửa van hơn thay van. (<i>Level C</i>) 2. Có triệu chứng (phân suất tổng máu thất trái (PSTMTT) > 30% và đường kính cuối tâm thu thất trái (ĐKCTTTT) < 55 mm). (<i>Level B</i>) 3. Không triệu chứng, rối loạn chức năng thất trái nhẹ (PSTMTT từ 30 - 60% và/hoặc ĐKCTTTT > 45 mm). (<i>Level C</i>)

IIa	<p>1. Không triệu chứng, chức năng thất trái còn bù (PSTMTT > 60% và/hoặc ĐKCTTTT < 45 mm) và mới xuất hiện rung nhĩ hay áp lực động mạch phổi tăng cao (áp lực tâm thu ĐMP > 50 mmHg lúc nghỉ). (Level C)</p> <p>2. Không triệu chứng, chức năng thất trái còn bù, khi khả năng sửa van thành công cao tại các trung tâm lớn, nguy cơ phẫu thuật thấp và thông (flail) lá van và ĐKCTTTT \geq 40 mm. (Level C)</p> <p>3. Có rối loạn chức năng thất trái nặng (PSTMTT < 30% và/hoặc ĐKCTTTT > 55 mm), không đáp ứng điều trị nội, khả năng sửa van thành công cao và ít bệnh phổi hợp. (Level C)</p>
IIb	<p>1. Có rối loạn chức năng thất trái nặng (PSTMTT < 30% và/hoặc ĐKCTTTT > 55 mm), không đáp ứng điều trị nội, khả năng sửa van thành công thấp và ít bệnh phổi hợp. (Level C)</p> <p>2. Không triệu chứng, chức năng thất trái còn bù, khi khả năng sửa van thành công cao tại các trung tâm lớn, nguy cơ phẫu thuật thấp và:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lớn nhĩ trái (thể tích nhĩ trái \geq 60ml/m² BSA) và nhịp xoang (Level C), hoặc • Tăng áp động mạch phổi khi gắng sức (áp lực tâm thu ĐMP \geq 60mmHg lúc gắng sức). (Level C)

4.2.2.2. Chọn lựa sửa van hay thay van? Phụ thuộc vào:

- Giải phẫu tổn thương của lá van.
- Kinh nghiệm và khả năng của phẫu thuật viên.
- Tình trạng của bệnh nhân.

4.2.2.3. Chọn lựa van sinh học hay van cơ học? Dựa vào (bảng 5).

Bảng 5: Chỉ định sử dụng van cơ học hay van sinh học ở người lớn bị bệnh van tim

Thay van cơ học	
I	<p>1. Theo yêu cầu của bệnh nhân và không có chống chỉ định việc sử dụng kháng đông dài hạn (*). (Level C)</p> <p>2. Bệnh nhân có nguy cơ tăng sự hư hỏng cấu trúc van (**). (Level C)</p> <p>2. Bệnh nhân đã có 1 van cơ học ở vị trí khác. (Level C)</p>
IIa	<p>1. Bệnh nhân \leq 60 tuổi/van ĐMC hoặc \leq 65 tuổi/van 2 lá. (Level C)</p>

	2. Bệnh nhân có tuổi thọ còn lại ước tính > 10 năm, có nguy cơ cao khi mổ thay van lại. (Level C)
IIb	1. Bệnh nhân đang điều trị bằng kháng đông vì có yếu tố nguy cơ cao huyết khối thuyên tắc (***). (Level C)
Thay van sinh học	
I	1. Do yêu cầu của bệnh nhân. (Level C) 2. Khó kiểm soát kháng đông tốt (không tuân thủ điều trị, thuốc không sẵn có) hoặc chống chỉ định dùng kháng đông vì nguy cơ chảy máu cao (chảy máu nặng trước đó, có các bệnh đi kèm, không muốn dùng kháng đông, không tuân thủ điều trị, lối sống, nghề nghiệp,...). (Level C) 3. Bệnh nhân mổ thay van lại do huyết khối van cơ học mặc dù kiểm soát kháng đông lâu dài tốt. (Level C)
IIa	1. Bệnh nhân sẽ mổ thay van lại trong tương lai và có YTNC thấp. (Level C) 2. Phụ nữ trẻ cần mang thai. (Level C) 3. Bệnh nhân ≥ 65 tuổi cần thay van ĐMC hay bệnh nhân > 70 tuổi cần thay van 2 lá hay bệnh nhân có tuổi thọ còn lại thấp hơn độ bền ước đoán của van sinh học (****). (Level C)

(*) Tăng nguy cơ chảy máu từ các bệnh phối hợp, việc tuân thủ điều trị, địa lý, lối sống và điều kiện lao động.

(**) Tuổi trẻ (< 40 tuổi), cường tuyến cận giáp.

(***) YTNC huyết khối thuyên tắc bao gồm: rung nhĩ, tiền sử huyết khối thuyên tắc, tình trạng tăng đông, rối loạn chức năng tâm thu thất trái nặng.

(****) Đối với bệnh nhân 60 – 65 tuổi cần thay van ĐMC và bệnh nhân 65 – 70 tuổi cần thay van 2 lá, van sinh học hay cơ học đều có thể chấp nhận và quyết định chọn lựa loại van nào cần được phân tích kỹ lưỡng các yếu tố khác hơn là căn cứ vào tuổi.

4.3. Một số trường hợp đặt biệt

4.3.1. Hở hai lá cấp do đứt dây chằng không phải do nguyên nhân thiếu máu

- Nguyên tắc: điều trị nội khoa ôn. Sau đó theo dõi lâm sàng, đánh giá lại. Chỉ định mổ giống như hở hai lá mãn tính nêu trên.

- Nếu siêu âm tim cho thấy hở hai lá này do đứt dây chằng lá sau → nên phẫu thuật sớm vì trường hợp này có thể sửa van với kết quả tốt.

4.3.2. Hở hai lá do bệnh tim thiếu cục bộ

- Điều trị nội khoa tích cực không cải thiện triệu chứng thì cần chỉ định mổ cấp cứu. Phẫu thuật điều trị hở van 2 lá cấp tính thường bao gồm phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành để điều trị tái tạo ĐMV kết hợp với phẫu thuật van 2 lá (ưu tiên sửa van 2 lá). (Bảng 6)

Bảng 6: Chỉ định phẫu thuật van hai lá ở bệnh nhân hở van hai lá do thiếu máu cơ tim cục bộ mạn tính

Nhóm	
I	1. Bệnh nhân hở van hai lá nặng (*), PSTMTT > 30%, có chỉ định phẫu thuật bắc cầu động mạch vành. (Level C)
IIa	1. Bệnh nhân hở van hai lá trung bình, có chỉ định phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.(**) (Level C) 2. Bệnh nhân hở van hai lá nặng có triệu chứng, PSTMTT < 30%, lựa chọn tái thông mạch máu và có khả năng sống. (Level C)
IIb	1. Bệnh nhân hở van 2 lá nặng, PSTMTT > 30%, vẫn còn triệu chứng dù đã điều trị nội khoa tối ưu (bao gồm cả điều trị tái đồng bộ tim nếu có chỉ định) và có ít bệnh phổi hợp, không có chỉ định tái thông mạch máu. (Level C)

(*) Trong hở van 2 lá do bệnh tim thiếu máu cục bộ, chỉ cần diện tích lỗ hở (EROA) $\geq 20 \text{ mm}^2$, thể tích dòng hở (R Vol) > 30 ml thì được xem là hở nặng.

(**) Khi thực hiện siêu âm tim gắng sức, bệnh nhân có khó thở hơn, tăng độ hở van hai lá cũng như tăng áp lực động mạch phổi.

4.3.3. Hở hai lá cấp sau viêm nội tâm mạch nhiễm trùng

- Bệnh nhân có tổn thương van tim nặng, nhiễm trùng được kiểm soát tốt bởi kháng sinh, chức năng tim còn bù trừ → dùng kháng sinh cho đủ thời gian của phác đồ rồi phẫu thuật. (bảng 7)
- Nếu tổn thương van tim gây rối loạn huyết động nặng hoặc nhiễm trùng không kiểm soát được bằng kháng sinh → phẫu thuật khẩn, bất kể bệnh nhân đã dùng kháng sinh bao lâu.

- Riêng bệnh nhân có kèm tai biến mạch máu não, nếu điều kiện tim mạch cho phép, nên hoãn mổ ít nhất 2 đến 3 tuần đối với lấp mạch não và ít nhất 01 tháng đối với xuất huyết não.

Bảng 7: Chỉ định phẫu thuật ở bệnh nhân VNTMNT trên van tự nhiên

Nhóm	
I	1. VNTMNT cấp tính có hẹp hay hở van dẫn đến suy tim (<i>Level B</i>) 2. VNTMNT cấp tính có hở van hai lá hay van động mạch chủ kèm tăng áp lực nhĩ trái hay tăng áp lực cuối tâm thu thất trái hay tăng áp động mạch phổi trung bình đến nặng. (<i>Level B</i>) 3. VNTMNT do vi nấm hay một số vi khuẩn kháng thuốc. (<i>Level B</i>) 4. VNTMNT có biến chứng thuyên tắc trong tim, áp xe động mạch chủ hay vòng van, tổn thương gây thủng (ví dụ: dò xoang Valsalva vào nhĩ trái, nhĩ phải, thất phải; thủng rách van hai lá với VNTMNT van động mạch chủ; nhiễm trùng ở vòng van bị xơ hóa). (<i>Level B</i>)
IIa	1. VNTMNT có biểu hiện thuyên tắc tái phát và sùi dai dẳng mặc dù đã dùng kháng sinh trị liệu tối ưu. (<i>Level C</i>)
IIb	1. VNTMNT có biểu hiện sùi di động > 10mm, có hay không có thuyên tắc. (<i>Level C</i>)

5. Theo dõi sau phẫu thuật

- Sau phẫu thuật sửa van hay thay van, bệnh nhân cần được chăm sóc lâu dài.
- Khám lâm sàng mỗi tháng trong 6 tháng đầu, sau đó có thể cách 2 tháng hoặc 3 tháng.
- Tiếp tục điều trị suy tim với: digitalis, lợi tiểu, ức chế men chuyển, nitrate,... nếu sau phẫu thuật vẫn còn triệu chứng suy tim.
- Siêu âm tim kiểm tra trước khi ra viện, vào tháng thứ 6 và mỗi năm sau đó, hoặc có dấu hiệu lâm sàng khác lạ hay nặng hơn.
- Các dữ liệu cần khảo sát sau sửa van là: chức năng tâm thu của tim, còn hở 2 lá không, cơ chế và mức độ hở van, áp lực động mạch phổi, có hở 3 lá, tràn dịch màng ngoài tim không. Trong trường hợp thay van 2 lá nhân tạo, cần xem kỹ van hoạt động tốt không, độ chênh áp lực của dòng máu qua van. Bệnh nhân thay van sinh học cần theo dõi tiến triển thoái hóa của van.

- Phòng ngừa VNTMNT khi làm thủ thuật răng miệng sau thay van hoặc sửa van có đặt vật liệu nhân tạo.
- Cần sử dụng kháng đông sau phẫu thuật van hai lá. Thuốc kháng đông có thể dùng hiện nay là warfarin hay acenocumarols. (bảng 8-9)

Bảng 8: Chỉ định sử dụng kháng đông sau phẫu thuật van hai lá

I	1. Dùng kháng đông uống suốt đời ở bệnh nhân mang van cơ học. (Level C) 2. Dùng kháng đông uống suốt đời ở bệnh nhân mang van sinh học có thêm YTNC huyết khối thuyên tắc khác (*). (Level C)
IIa	1. Thêm liều thấp aspirin (< 100 mg/ngày) ở bệnh nhân mang van cơ học kèm theo bệnh xơ vữa động mạch. (Level C) 2. Thêm liều thấp aspirin (< 100 mg/ngày) ở bệnh nhân mang van cơ học sau bị huyết khối thuyên tắc mặc dù INR đạt mục tiêu. (Level C) 3. Dùng kháng đông uống trong ba tháng đầu sau phẫu thuật thay van hai lá sinh học. (Level C) 4. Dùng kháng đông uống trong ba tháng đầu sau phẫu thuật sửa van hai lá. (Level C)

(*) YTNC huyết khối thuyên tắc bao gồm: rung nhĩ, huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch, tình trạng tăng đông, suy giảm chức năng thất trái nặng ($EF < 35\%$).

Không có bằng chứng hỗ trợ cho việc sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân mang van nhân tạo sinh học sau 03 tháng đầu nếu không có chỉ định nào khác.

Bảng 9: Mục tiêu INR cần đạt khi có van cơ học

Khả năng hình thành huyết khối của van nhân tạo (*)	Yếu tố nguy cơ (YTNC) đi kèm (**)	
	Không YTNC	≥ 1 YTNC
Thấp	2.5	3.0
Trung bình	3.0	3.5
Cao	3.5	4.0

(*) Khả năng hình thành huyết khối của van nhân tạo: thấp = Carbomedics, Medtronic Hall, St Jude Medical, ON-X; trung bình = các loại van 2 đĩa khác; cao = Lillehei-Kaster, Omniscience, Starr-Edwards, Bjork-Shiley và các loại van đĩa nghiêng khác.

(**) YTNC bao gồm: thay van hai lá hay ba lá, rung nhĩ, tiền sử huyết khối thuyên tắc, hẹp van hai lá bất kể mức độ, phân số tổng máu thất trái < 35%.

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Nguyễn Vinh, Bệnh lý tim mạch, tập 1 và tập 2
2. Bệnh học nội khoa, Đại học Y-Dược Tp.HCM, 2012, P.13 – 23
3. Guidelines on the management of valvular heart disease, European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), 2012
4. The Australian guideline for prevention, diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease 2012.
5. 2008 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease.