

## Ca lâm sàng: Thai kỳ và bệnh van tim

Bs Huỳnh Thanh Kiều  
PSG.TS Phạm Nguyễn Vinh

*Bệnh nhân nữ 18 tuổi, PARA I, mang thai con lần 1, thai 37 tuần. Bệnh nhân biết hở van 2 lá từ 2016, không triệu chứng cơ năng. Hiện tại, Bn không đau ngực, khó thở khi gắng sức nhiều, đi được 2-3 tầng lầu, thỉnh thoảng khó thở khi nằm đầu thấp. Bệnh nhân được giới thiệu khám chuyên khoa tim mạch.*

*Lúc nhập viện: M: 110 lần/phút, HA: 110/75 mmHg, nhịp thở 20 lần/phút, SpO<sub>2</sub>: 96%*

*Bn tỉnh táo, tiếp xúc tốt, thở không co kéo. Nghe tim T1, T2 đều, rõ, âm thổi tâm thu ở mỏm cường độ 3/6 lan bờ trái xương ức, mỏm tim liên sườn 5 trên đường trung đòn, diện đập mỏm tim # 1cm<sup>2</sup>. Phổi thông khí đều, không ran. Bụng mềm, gan không to, BCTC 29 cm. Không phù chân.*

*ECG: nhịp nhanh xoang 110 lần/phút, trục QRS trung gian, lớn nhĩ trái, không thay đổi ST-T.*

*Siêu âm tim (1/1/2019): hở van 2 lá nặng 4/4, sa toàn bộ lá sau vào nhĩ trái, van dày, không vôi hóa, VC= 8 mm, tỉ lệ dòng hở trong nhĩ trái 70%, ERO= 0.6cm<sup>2</sup>. Hở van 3 lá 1.5/4, không tăng áp ĐMP (PAPs= 35 mmHg). Dẫn thất trái (LVDd/s= 55/33 mm), dẫn nhĩ trái (LA= 42 mm), chức năng tâm thu thất trái tốt (EF: 70%). Không tràn dịch màng tim, không tràn dịch màng phổi 2 bên. TAPSE= 30 mm, LV mass index= 135g/m<sup>2</sup>.*

Bệnh lý tim mạch ở thai phụ có thể ảnh hưởng đến cả mẹ lẫn con. Tần suất cao của bệnh lý tim mạch trên thai phụ thường là bệnh van tim hoặc ở một số nước phát triển là bệnh tim bẩm sinh, đôi khi có thể là bệnh động mạch vành, bệnh tăng huyết áp ... Biến đổi tự nhiên về sinh lý ở thai phụ có tác động đến hệ tim mạch. Khi tim bình thường, có thể thích hợp với các thay đổi này. Khi tim đã bị bệnh, có thể bị quá tải.

Trong thai kỳ, thể tích huyết tương và cung lượng tim tăng 40 – 50%, mức độ tăng nhiều nhất ở cuối tam cá nguyệt thứ nhất (75%) và tăng tối đa ở tuần 32. Kháng lực mạch hệ thống và mạch máu phổi giảm. Huyết áp bắt đầu giảm từ tam cá nguyệt thứ nhất của thai kỳ, nhiều nhất vào

khoảng giữa thai kỳ và trở lại mức trước có thai vào lúc sắp sanh. Thai phụ có tình trạng tăng đông do đó tăng nguy cơ huyết khối thuyên tắc. Dược động học của thuốc cũng thay đổi do tăng hoạt động men gan, tăng độ lọc cầu thận, tăng thể tích huyết tương, thay đổi protein gắn kết, giảm albumin máu do đó liều lượng thuốc tim mạch cũng thay đổi trong thai kỳ. Trong lúc sanh, con co tử cung, tư thế (ngiên trái, nằm ngửa), đau, lo lắng, gắng sức, chảy máu, con gò tử cung, gây mê làm thay đổi huyết động, tăng stress trên tim mạch.

Trong vòng 24 giờ đầu sau sinh cung lượng tim gia tăng do tăng tiền tải. Không còn bị thai nhi chèn ép tĩnh mạch chủ dưới, lượng máu đổ nhiều về tim. Ngoài ra máu từ tử cung co thắt, khi không còn thai nhi cũng đổ nhiều về tim (autotransfusion). Sau 24 giờ, tần số tim và cung lượng tim trở về mức trước có thai [1].

Những thay đổi huyết động trong thai kỳ có thể làm tăng bệnh nhân có bệnh tim mạch hoặc làm nặng hơn tình trạng bệnh tim mạch trước đó của bệnh nhân.

Thai phụ có thể có những triệu chứng sau như mệt, giảm khả năng vận động, chóng mặt, khó thở và đôi khi ngất. Thở thường nông và nhanh hơn.

Do khối lượng tuần hoàn gia tăng có thể có dấu hiệu tĩnh mạch cổ nổi. Mờm tim thường dễ sờ, tăng động và lệch về phía trái. Tiếng T2 nghe mạnh hơn và sờ được làm làm tăng áp ĐMP. Độ cách biệt huyết áp cực đại cực tiểu gia tăng làm làm tăng hở van ĐMC hay cường giáp. Tiếng T1 thường mạnh hơn và tách đôi.

Sự gia tăng khối lượng tuần hoàn và sự tăng động hệ tuần hoàn của thai phụ có thể tạo ra âm thổi tâm thu hay liên tục ở vùng trước tim hoặc thay đổi cường độ các âm thổi đã có sẵn. Âm thổi tuyến sữa (mammary murmur) là âm thổi thường nghe được ở thai phụ vào cuối thai kỳ hoặc trong kỳ cho con bú ngay vùng vú, có thể là âm thổi tâm thu hay liên tục. Có đặc điểm là biến mất khi ấn mạnh ống nghe hoặc nghe ở tư thế ngồi.

Trên điện tâm đồ có thể thấy trục QRS lệch trái hay phải, có thể có dấu ST chênh xuống và T đảo tạm thời, sóng R cao hơn ở V2. Có thể có loạn nhịp như loạn nhịp xoang, nhịp nhanh trên thất, nhịp thoát bộ nói nhĩ thất, ngoại tâm thu thất.

Siêu âm tim thấy buồng thất trái và thất phải có thể dãn hơn do tăng khối lượng tuần hoàn. Khoảng 40% thai phụ có thể có tràn dịch màng tim lượng ít, hở van 3 lá và hở ĐMP chức năng.

**Theo khuyến cáo của hội tim mạch châu Âu về Thai kỳ và bệnh tim mạch năm 2018 [2], những điều cần thiết nên thực hiện ở phụ nữ có bệnh tim mạch khi mang thai:**

1. Bệnh nhân cần được khám và theo dõi với nhóm tim sản (Pregnancy Heart team) gồm bác sĩ tim mạch, bác sĩ sản và bác sĩ gây mê.
2. Đánh giá nguy cơ cho tất cả phụ nữ có bệnh tim mạch trong tuổi sinh đẻ và trước khi mang thai, dùng phân loại mWHO về nguy cơ thai kỳ.
3. Những cận lâm sàng chẩn đoán có thể làm trong thai kỳ:
  - Siêu âm tim
  - Trắc nghiệm gắng sức sinh lý trước mang thai ở bệnh nhân tim bẩm sinh người trưởng thành hay bệnh van tim.
  - Nên trì hoãn các cận lâm sàng có tia xạ sau 12 tuần thai kỳ. Có thể thông tim hoặc chụp MRI để hướng dẫn chẩn đoán và can thiệp trong những trường hợp thật cần thiết và hội chẩn chặt chẽ.
4. Tư vấn di truyền:
  - Nên làm xét nghiệm di truyền trước sinh cho thai ở tất cả bà mẹ có bất thường về gene đã được xác định.
  - Tư vấn di truyền trước mang thai, trước sinh ở trung tâm chuyên sâu về di truyền.
  - Siêu âm đo độ mờ da gáy khi thai 11-12 tuần
  - Siêu âm tim thai khi thai 19 – 22 tuần (chẩn đoán được 45% bệnh tim bẩm sinh)
5. Can thiệp mẹ trong thai kỳ:
  - Thường thực hiện sau tháng thứ 4 (tam cá nguyệt 2), khi đó tỷ lệ tử vong thai khoảng 20%.
  - Phẫu thuật tim chỉ thực hiện sau 24 tuần hoặc trước 37 tuần khi điều trị nội khoa và can thiệp thủ thuật thất bại và có nguy cơ đe dọa tính mạng mẹ.
6. Phương pháp sanh:
  - Sanh ngã âm đạo có ưu điểm ít mất máu, nguy cơ nhiễm trùng thấp, ít huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc huyết khối.
  - Mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa, hoặc chuyển dạ khi đang uống kháng đông, bệnh lý ĐMC tiến triển, suy tim cấp nặng, tăng áp phổi nặng, bao gồm hội chứng Eisenmenger.
7. Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (VNTMNT)
  - Không khuyến cáo dùng kháng sinh phòng VNTMNT thường quy khi sanh
  - Chẩn đoán và điều trị bệnh VNTMNT giống như trên bệnh nhân không có thai
  - Dùng kháng sinh theo hướng dẫn, lưu ý tránh những kháng sinh có độc tính với thai nhi.
8. Ngừa thai và điều trị sinh sản hỗ trợ

- *Áp dụng biện pháp tránh thai cho tất cả phụ nữ có bệnh tim mạch, xem xét lợi ích và nguy cơ của từng biện pháp.*
- *Khả năng sinh sản tương tự phụ nữ không bệnh tim, tuy nhiên điều trị vô sinh khó khăn hơn.*
- *Một số thủ thuật có thể nguy hiểm đe dọa tính mạng trong một số trường hợp (Vd: tăng áp phổi, Fontan)*

## **Bàn luận**

Trường hợp của bệnh nhân trên được chẩn đoán hở van 2 lá nặng do sa van, nhịp xoang nhanh, suy tim NYHA I-II, theo phân độ mWHO, bệnh nhân thuộc nhóm II-III. Nguy cơ của bệnh nhân này ở mức trung bình, tỷ lệ biến cố tim mạch cho mẹ là 10-19%. Trong thai kỳ bệnh nhân nên khám ở bệnh viện chuyên khoa, được theo dõi sát, tối thiểu phải khám 1-2 tháng/lần, khi sinh nên sinh ở bệnh viện tuyến trên[2].

Trong thai kỳ, ngoài khám lâm sàng, bệnh nhân cần được siêu âm thai ở tuần 11 để đo độ mờ da gáy, siêu âm tim thai lúc 18-22 tuần để tầm soát dị tật tim bẩm sinh. Về mẹ, nên siêu âm tim trong 3 tháng đầu, tháng thứ 5 và tháng thứ 7 thai kỳ vì lúc đó thể tích tuần hoàn tăng tối đa; đánh giá chức năng tim và áp lực động mạch phổi để có hướng chuẩn bị cho bệnh nhân khi sinh.

Bệnh nhân hở 2 lá mạn tính nặng, suy tim NYHA II, không hạn chế vận động thể lực bình thường. Khám lâm sàng bệnh nhân không dấu hiệu suy tim như tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phù chân, xét nghiệm máu NT-ProBNP không tăng. Bệnh nhân này tiếp tục được điều trị nội khoa bệnh van tim theo khuyến cáo. Cần lưu ý tránh các thuốc tim mạch không dùng được trong thai kỳ như thuốc ức chế men chuyển, chẹn thụ thể angiotensin II, thuốc ức chế neprilysin, lợi tiểu kháng aldosterone và ivabradine[2].

Bệnh nhân nên sinh ở bệnh viện chuyên khoa tuyến trên. Trong khuyến cáo, những trường hợp bắt buộc phải sinh mổ là bệnh nhân chuyển dạ sinh khi đang uống thuốc kháng đông, bệnh lý ĐMC tiến triển, suy tim cấp nặng, tăng áp phổi nặng hay hội chứng Eisenmenger. Bệnh nhân này suy tim NYHA I-II, không suy tim cấp nặng, không tăng áp ĐMP (PAPs= 35 mmHg), chức năng tâm thu thất trái tốt (PXTM: 70%) ở lần siêu âm cuối khi thai 37 tuần. Với tình trạng tim mạch trên bệnh nhân có thể sinh ngã âm đạo, có thể cần sinh trợ giúp. Mổ lấy thai tùy thuộc vào chỉ định của sản khoa. Theo khuyến cáo, không dùng kháng sinh thường quy phòng viêm nội

tâm mạc nhiễm trùng khi sanh ngã âm đạo. Tuy nhiên, tùy theo tình trạng vệ sinh của bệnh nhân, của phòng sanh hoặc cuộc sanh mà có thể cân nhắc.

Sau sanh, bệnh nhân cần vận động sớm để tránh biến chứng huyết khối thuyên tắc. Có thể cho con bú sữa mẹ như bình thường nếu bệnh nhân không có suy tim nặng sau sanh. Về lâu dài, sau sanh bệnh nhân cần khám chuyên khoa tim mạch, theo dõi tiến triển của bệnh hở van tim, suy tim; xem xét chỉ định mổ sửa van tim trước khi mang thai lần kế tiếp.

#### **Tài liệu tham khảo:**

1. Phạm Nguyễn Vinh. Bệnh học Tim Mạch, 2008. Nhà xuất bản Y học, tập 1, tr.469-484.
2. Regitz-Zagrosek V, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. European Heart Journal (2018) 00, 1–83. Doi:10.1093/eurheartj/ehy340.