**HẸP VAN HAI LÁ**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

- Hẹp van hai lá là tình trạng tắc nghẽn buồng nhận thất trái tại van hai lá do bất thường cấu trúc bộ máy van hai lá làm cản trở mở van vào thất trái trong thì tâm trương. Van hai lá được gọi là hẹp khi diện tích mở van < 2 cm2.

**2. CHẨN ĐOÁN**

**2.1. Chẩn đoán xác định**

**2.1.1. Lâm sàng**

**2.1.1.1. Triệu chứng cơ năng:**

- Cảm giác mệt, yếu do cung lượng tim giảm.

- Khó thở gắng sức, cơn khó thở kịch phát về đêm, khó thở phải ngồi, cơn hen tim, phù phổi cấp.

- Ho ra máu.

- Đau ngực.

- Khàn tiếng.

- Các triệu chứng do thuyên tắc do lấp mạch: mạch máu não, mạch máu thận, mạch vành,...

**2.1.1.2. Triệu chứng thực thể:**

- Chậm phát triển thể chất nếu hẹp van hai lá có từ khi nhỏ: dấu hiệu “lùn hai lá”.

- Lồng ngực bên trái có thể biến dạng nếu hẹp van hai lá từ nhỏ.

- Các dấu hiệu của giảm tưới máu ngoại vi: da, đầu chi xanh tím.

- Sờ có thể thấy rung miu tâm trương ở mỏm tim.

- Gõ diện đục của tim thường không to.

- Nghe tim: có thể phát hiện:

o T1 đanh.

o T2 mạnh và tách đôi ở đáy tim.

o Clắc mở van hai lá ở mỏm tim. o Rù tâm trương ở mỏm tim.

- Các dấu hiệu chứng tỏ đã tăng áp lực động mạch phổi:

o T2 mạnh không tách đôi nữa.

o Click phun tâm thu động mạch phổi.

o Âm thổi tâm trương Graham Steell do hở van động mạch phổi.

o Âm thổi tâm thu của hở van ba lá.

o Tiếng T4 từ thất phải.

- Khi có suy tim phải: tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan tĩnh mạch cổ dương tính, phù chi dưới, phù toàn thân, gan to, tràn dịch đa màng,...

- Một số bệnh cũng có triệu chứng như hẹp van hai lá như u nhầy nhĩ trái hoặc tim ba buồng nhĩ.

**2.1.2. Cận lâm sàng**

**2.1.2. ECG:**

- Bệnh nhân còn nhịp xoang có thể thấy dấu hiệu giãn nhĩ trái: sóng P dạng chữ M hay lưng lạc đà.

- Rung nhĩ.

- Khi có biến chứng tăng áp lực động mạch phổi: bệnh nhân có dấu hiệu dày thất P.

**2.1.2.2. X-Quang tim phổi thẳng:**

- Nhĩ trái lớn.

- Thất phải lớn.

- Tăng áp động mạch phổi thụ động.

**2.1.2.3. Siêu âm doppler tim:**

- Siêu âm tim qua thành ngực: là lựa chọn đầu tiên giúp chẩn đoán xác định.

- Siêu âm tim qua thực quản: chỉ định khi: o Nghi ngờ có huyết khối trong nhĩ trái.

o Đánh giá hình thái và huyết động của van hai lá khi siêu âm thành ngực không cho kết quả tối ưu.

o Đánh giá mức độ hở van hai lá ở bệnh nhân có dự định nong van bằng bóng qua da.

- Siêu âm tim gắng sức: chỉ định khi có sự khác biệt giữa triệu chứng lâm sàng và các dấu hiệu siêu âm tim lúc nghỉ ngơi.

**2.1.2.4. Thông tim và chụp mạch vành:**

- Thông tim thăm dò huyết động chỉ được chỉ định ở bệnh nhân hẹp hai lá khi có sự khác biệt quá mức giữa các thông số huyết động đo trên siêu âm Doppler tim với tình trạng lâm sàng và các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân.

- Chụp hệ động mạch vành để đánh giá tổn thương động mạch vành ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao trước can thiệp (phẫu thuật thay/sửa van hai lá...). (Bảng 1)

Bảng 1: Chỉ định chụp động mạch vành được thực hiện trước phẫu thuật ở bệnh nhân hẹp van hai lá.

|  |  |
| --- | --- |
| Class I | 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. |

**2.2. Chẩn đoán nguyên nhân**

**2.2.1. Do thấp:**chiếm đa số (> 90%), thương tổn chính là thâm nhiễm xơ, dày lá van, dính mép van, dính và co rút dây chằng, cột cơ. Những thương tổn này tạo thành van hai lá hình phễu.

**2.2.2. Bẩm sinh:**

- Van hai lá hình dù: do có một cột cơ xuất phát các dây chằng cho cả hai lá van, dẫn đến hở hoặc hẹp van.

- Vòng thắt trên van hai lá.

**2.2.3. Các nguyên nhân gây khác gây hẹp van hai lá:** U nhầy nhĩ trái, u carcinoid, lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, lắng đọng mucopolysaccharide, vôi hóa nặng vòng van, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn đã liền sẹo,...

**2.3. Chẩn đoán mức độ nặng hẹp van hai lá**

Tiêu chuẩn đánh giá mức độ nặng của hẹp van hai lá dựa vào các thông số huyết động trên siêu âm tim được áp dụng khi nhịp tim trong khoảng 60-90 chu kỳ/phút. (Bảng 2)

**2.4. Chẩn đoán biến chứng**

- Tăng áp lực động mạch phổi, phù phổi cấp.

- Suy tim phải.

- Rung nhĩ.

- Thuyên tắc do lấp mạch.

**Bảng 2: Mức độ hẹp van hai lá trên siêu âm tim**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Mức độ hẹp van hai lá | | |
| Nhẹ | Trung bình | Khít (Nặng) |
| Chênh áp trung bình qua van hai lá (mmHg) | < 5 | 5- 10 | >10 |
| Áp lực động mạch phổi (mmHg) | < 30 | 30-50 | >50 |
| Diện tích lỗ van hai lá (cm2) | >1.5 | 1.0 -1.5 | < 1.0 |

**3. ĐIỀU TRỊ**

**3.1. Nội khoa**

**3.1.1. Các biện pháp tổng quát:**

- Phòng thấp tim tái phát: khi bệnh nhân bị hẹp van hai lá do nguyên nhân thấp tim.

o Thuốc: Penicillin G benzathine, Penicillin V, Sulfadiazine. Nếu bệnh nhân dị ứng với Penicillin và Sulfadiazine thì dùng Erythromycin.

o Thời gian phòng thấp: (Bảng 3)

**Bảng 3: Thời gian phòng thấp thứ phát sau sốt thấp cấp**

|  |  |
| --- | --- |
| Phân loại | Thời gian phòng thấp |
| 1. Hẹp van lá hậu thấp mức độ nhẹ đến trung bình. | Tối thiểu 10 năm hoặc cao hơn kể từ lần sốt thấp cấp gần nhất và ít nhất là cho đến khi 35 tuổi (tùy trường hợp nào dài hơn). |
| 1. Hẹp van hai lá hậu thấp nặng trên lâm sàng (tim to từ trung bình đến nặng hoặc suy tim) hoặc trên siêu âm tim.  2. Hẹp van hai lá hậu thấp sắp được phẫu thuật hoặc đã được phẫu thuật trước đó. | Tối thiểu 10 năm hoặc cao hơn kể từ lần sốt thấp cấp gần nhất và ít nhất là cho đến khi 40 tuổi (tùy trường hợp nào dài hơn). Một số trường hợp phòng ngừa suốt đời . |

- Phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: ở bệnh nhân có tiền sử viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

- Hạn chế gắng sức để giảm nhu cầu tiêu thụ oxy của cơ thể. Khuyến cáo về hoạt động thể lực và gắng sức:

o Đại đa số bệnh nhân hẹp hai lá được khuyến cáo gắng sức ở mức độ triệu chứng. Triệu chứng khó thở khi gắng sức là yếu tố hạn chế dung nạp khi gắng sức.

o Thanh thiếu niên và người trẻ nên tránh các công việc cần phải gắng sức nhiều.

o Bệnh nhân hẹp hai lá có triệu chứng chống chỉ định gắng sức nặng. o Khuyến khích bệnh nhân tập thể dục nhịp điệu mức độ nhẹ để duy trì tình trạng thích ứng tim mạch.

- Không cần điều trị thuốc đặc hiệu gì cho bệnh nhân hẹp van hai lá nhẹ không triệu chứng và còn nhịp xoang bình thường.

- Bệnh nhân nhịp xoang có triệu chứng xuất hiện khi gắng sức kèm nhịp nhanh có thể làm chậm tần số tim bằng chẹn bêta hoặc Diltiazem hoặc Verapamin làm bớt triệu chứng cơ năng và tăng khả năng gắng sức.

- Lợi tiểu và Nitrates khi có triệu chứng, đặc biệt có tăng áp động mạch phổi hoặc suy tim phải.

- Trong trường hợp ho ra máu cần làm giảm áp lực tĩnh mạch phổi bao gồm: an thần, tư thế đầu cao, lợi tiểu mạnh.

**3.1.2. Điều trị rung nhĩ**

**3.1.2.1. Điều trị đợt cấp rung nhĩ nhanh:**

Bao gồm: thuốc kháng đông, thuốc làm chậm đáp ứng thất và tái lập nhịp xoang nếu có thể.

- Thuốc kháng đông: dùng Heparin đường tĩnh mạch hay Heparin trọng lượng phân tử thấp tiêm dưới da + kháng đông đường uống gối đầu và duy trì.

- Thuốc làm chậm đáp ứng thất: bao gồm Digoxin tiêm tĩnh mạch, Diltiazem, Verapamin hay chẹn bêta giao cảm. Amiodarone uống hay tiêm tĩnh mạch (nếu có chống chỉ định dùng chẹn bêta giao cảm, Diltiazem hoặc Verapamin).

- Chuyển nhịp:

o Dùng các thuốc chống loạn nhịp hoặc sốc điện chuyển nhịp có thể chuyển rung nhĩ về nhịp xoang.

o Nếu tình trạng huyết động không ổn định: sốc điện chuyển nhịp cấp cứu được chỉ định, phối hợp với heparin dùng trước, trong và sau thủ thuật.

o Quyết định tiến hành chuyển nhịp chọn lọc phụ thuộc vào nhiều yếu tố: thời gian rung nhĩ, tình trạng huyết động lúc khởi phát rung nhĩ, tiền căn các cơn rung nhĩ trước đó, tiền căn thuyên tắc, kích thước nhĩ trái, tuổi. o Nếu quyết định chuyển nhịp chọn lọc ở bệnh nhân có rung nhĩ > 24-48h và chưa dùng kháng đông lâu dài, nên chọn 1 trong 2 cách sau:

❖ Cách 1: dùng kháng đông Warfarin hoặc Acenocoumarol > 3 tuần sau đó chuyển nhịp chọn lọc.

❖ Cách 2: dùng kháng đông Heparin và siêu âm tim qua thực quản để tìm huyết khối trong nhĩ trái. Nếu không có huyết khối dùng Heparin tĩnh mạch trước, trong và sau chuyển nhịp.

o Duy trì thuốc kháng đông sau chuyển nhịp.

o Sau chuyển nhịp có thể duy trì nhịp xoang, ngừa rung nhĩ cơn tái phát với thuốc chống loạn nhịp nhóm IC hoặc nhóm III.

**3.1.2.2. Điều trị rung nhĩ mạn:**

Theo thời gian rung nhĩ sẽ tái phát liên tục và trơ với sốc điện chuyển nhịp, trở thành rung nhĩ dai dẳng, điều trị chính sẽ là kiểm soát tần số thất và kháng đông:

- Phối hợp Digoxin với một trong ba thuốc (chẹn bêta hoặc Diltiazem hoặc Verapamin). Tần số tim cần đạt được 60-70 lần phút.

- Điều trị kháng đông lâu dài để phòng ngừa thuyên tắc nếu không có chống chỉ định tuyệt đối.

**3.1.2.3. Điều trị kháng đông phòng ngừa: (Bảng 4)**

**Bảng 4: Chỉ định dùng thuốc kháng đông lâu dài**

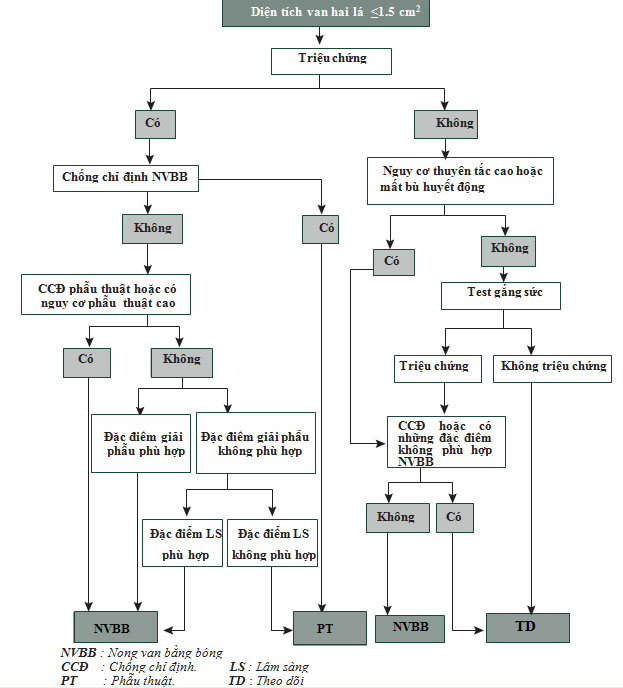
|  |  |
| --- | --- |
| Nhóm | Chỉ định dùng thuốc kháng đông lâu dài |
| Class I | - Bệnh nhân hẹp van hai lá có rung nhĩ (cơn kịch phát, dai dẳng, vĩnh viễn).  - Bệnh nhân hẹp van hai lá có tiền sử tắc mạch, kể cả khi nhịp xoang  - Bệnh nhân hẹp van hai lá có huyết khối nhĩ trái. |
| ClassIIb | - Bệnh nhân hẹp van hai lá khít chưa có triệu chứng cơ năng, có đường kính nhĩ trái > 50mm ( đo trên siêu âm M-mode ) hoặc thể tích nhĩ trái > 60 ml/m2 da.  - Bệnh nhân hẹp van hai lá khít có contrast trong nhĩ trái trên siêu âm tim. |

- Các thuốc kháng đông thường dùng là thuốc kháng vitamin K: Acenocoumarol, Warfarin.

- Mục tiêu : duy trì INR = 2 - 3.

**3.1.3. Lưu đồ hướng dẫn điều trị hẹp van hai lá trung bình**

- nặng theo ESC 2012



Chú ý: Không có chỉ định can thiệp nong van bằng bóng hay phẫu thuật sửa/thay van hai lá ở bệnh nhân hẹp van hai lá có diện tích van hai lá > 1.5 cm2.

**3.2. Nong van bằng bóng qua da**

3.2.1. Chỉ định nong van hai lá bằng bóng qua da trên bệnh nhân hẹp van hai lá với diện tích mở van hai lá ≤ 1.5 cm2:

|  |  |
| --- | --- |
| Class I | Nong van hai lá bằng bóng qua da được chỉ định khi bệnh nhân có triệu chứng cơ năng và có những đặc điểm phù hợp (\*) để nong van. |
| Class I | Nong van hai lá bằng bóng qua da được chỉ định khi bệnh nhân có triệu chứng cơ năng và có chống chỉ định phẫu thuật hoặc có nguy cơ phẫu thuật cao. |
| Class Ila | Nong van hai lá bằng bóng qua da cần được xem xét như điều trị ban đầu trên bệnh nhân có triệu chứng cơ năng với đặc điểm giải phẫu van không phù hợp để nong van nhưng không có những đặc điểm lâm sàng không phù hợp (\*). |
| Class Ila | Nong van hai lá bằng bóng qua da cần được xem xét trên bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng nhưng không có những đặc điểm không phù hợp (\*) và :  • Nguy cơ thuyên tắc do huyết khối cao (tiền sử tắc mạch, phản âm dày trong nhĩ trái, rung nhĩ mới xuất hiện gần đây hay rung nhĩ kịch phát) và / hoặc  • Nguy cơ mất bù huyết động cao ( áp lực động mạch phổi tâm thu lúc nghỉ > 50 mmHg , nhu cầu phẫu thuật tim không lớn, mong muốn mang thai). |

(\*) Đặc điểm không phù hợp nong van hai lá bằng bóng qua da có thể được xác định bởi:

- Đặc điểm lâm sàng: người già, tiền căn đã nong van hai lá bằng bóng qua da, suy tim NYHAIV, rung nhĩ vĩnh viễn, tăng áp động mạch phổi nặng.

- Đặc điểm giải phẫu: điểm số Wilkins trên siêu âm > 8, vôi hoá van hai lá của với mức độ bất kỳ dưới đánh giá của huỳnh quang, diện tích mở van hai lá rất nhỏ, hở van ba lá nặng.

**3.2.2. Chống chỉ định nong van hai lá bằng bóng qua da trên bệnh nhân hẹp van hai lá :**

- Diện tích van hai lá > 1,5 cm2.

- Hở van hai lá trung bình đến nặng.

- Huyết khối nhĩ trái.

- Van bị calci hóa nặng hoặc calci hóa ở ngay mép van.

- Hẹp van hai lá không có dính mép van.

- Có bệnh van động mạch chủ nặng kèm theo, hoặc kết hợp với hẹp và hở van ba lá nặng.

- Có bệnh động mạch vành kèm theo cần phải phẫu thuật bắc cầu.

**3.2.3. Đánh giá đặc điểm giải van có phù hợp cho nong van bằng bóng:**

Dựa vào siêu âm tim qua thành ngực và thực quản, có thể đánh giá theo thang điểm Wilkins:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Điểm | Tính di động của van | Tổ chức dưới van | Độ dày lá van | Mức độ vôi hóa |
| 1 | Van di động tốt chỉ hạn chế sát bờ van | Dày ít, phần ngay sát bờ van | Gần như bình thường: 4 - 5mm | Có một điểm vôi hóa |
| 2 | Phần giữa đáy van và giữa van còn di động tốt | Dày tới 1/3 chiều dài dây chằng | Dày ít phía bờ van: 5 - 8mm | Vôi hóa rải rác phía bờ van |
| 3 | Van vẫn còn di động về phía trước trong thì tâm trương (chủ yếu là đáy van) | Dày tới đoạn xa dây chằng | Dày vừa phải toàn bộ lá van: 5- 8 mm | Vôi hóa lan đến đoạn giữa lá van |
| 4 | Không di động hoặc rất ít | Dày nhiều và co rút cột cơ dây chằng | Dày nhiều toàn bộ lá van:  >8-10 mm | Vôi hóa nhiều lan tỏa toàn bộ van |

Thang điểm này giúp tiên đoán dự hậu sau nong van bằng bóng:

- Tổng số điểm tối đa là 16, điểm càng cao thì tổn thương giải phẫu van càng nặng và tỉ lệ thành công của nong van bằng bóng càng thấp.

- Nếu điểm Wilkins < 8: kết quả nong van bằng bóng tức thời và lâu dài thường tốt.

- Nếu điểm Wilkins > 8: kết quả nong van bằng bóng kém và nguy cơ hở van hai lá cũng nhiều hơn.

**3.2.4. Đánh giá kết quả và biến chứng của nong van bằng bóng**

**3.2.4.I. Tiêu chuẩn xác định nong van bằng bóng thành công:**

- Diện tích mở van > 1.5 cm2.

- Giảm áp lực nhĩ trái xuống còn < 18 mmHg.

- Không có biến chứng.

**3.2.4.2. Các biến chứng:**

- Hở van hai lá là biến chứng thường gặp nhất.

- Tràn máu màng ngoài tim.

- Tắc mạch hệ thống.

- Còn tồn lưu thông liên nhĩ.

**3.2.5. Theo dõi và điều trị sau nong van**

**3.2.5.1. Ngắn hạn ngay sau can thiệp:**

- Siêu âm tim đánh giá lại sau khi nong để đo diện tích lỗ van, huyết động sau can thiệp cũng như loại trừ các biến chứng hở van hai lá, thông liên nhĩ.

- Bệnh nhân có rung nhĩ nên dùng kháng đông sớm sau nong van (trong vòng 24-48h).

**3.2.5.2. Lâu dài:**

- Theo dõi mỗi tháng 1 lần trong 3 tháng đầu. Sau đó có thể tái khám dài hơn nhưng ít nhất 1 năm/1 lần, hoặc nhanh hơn nếu như xuất hiện triệu chứng lâm sàng, nhất là khi có các dấu hiệu gợi ý có tái hẹp van hai lá hoặc hở van hai lá phối hợp. Siêu âm tim cần được làm định kỳ để theo dõi diễn biến lâm sàng của bệnh nhân.

- Tái hẹp van hai lá sau nong van bẳng bóng: xem xét chỉ định phẫu thuật sửa/thay van hai lá.

**3.3. Phẫu thuật**

**3.3.1. Chỉ định phẫu thuật sửa/thay van hai lá ở bệnh nhân hẹp van hai lá (ưu tiên phẫu thuật sửa van hai lá nếu có thể được):**

Phẫu thuật sửa/thay được lựa chọn ở bệnh nhân hẹp van hai lá có ý nghĩa lâm

sàng (diện tích mở van hai lá < 1,5 cm2) có triệu chứng cơ năng và có chống chỉ

định nong van hai lá bằng bóng qua da.

**3.3.2. Lựa chọn sửa van hay thay van hai lá:**Chọn lựa sửa van thường là những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật như trên, kèm theo những đặc điểm sau:

- Hẹp van hai lá chưa có rung nhĩ hay rung nhĩ mới khởi phát (< 6 tháng).

- Hẹp van hai lá có lá van và bộ máy dưới van không quá xấu (theo đánh giá của phẫu thuật viên trong phẫu thuật).

**3.3.3. Lựa chọn thay van hai lá cơ học hoặc sinh học**: Tùy thuộc vào nguy cơ của việc dùng thuốc chống đông kéo dài khi có van cơ học so với mức độ dễ thoái hóa của van sinh học. (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** | |
| ClassI | - Bệnh nhân có đời sống còn dài.  - Bệnh nhân đã có van cơ học ở vị trí khác. |
| ClassIIa | - Bệnh nhân suy thận đang lọc thận hoặc có calci máu cao.  - Bệnh nhân đang điều trị bằng kháng đông vì yếu tố nguy cơ huyết khối thuyên tắc.  - Bệnh nhân < 65 tuổi/van ĐMC hoặc < 70 tuổi/van hai lá. |
| ClassIIb | - Thay lại van do van sinh học bị huyết khối. |
| **Thay van sinh học** | |
| ClassI | - Bệnh nhân không thể dùng kháng đông uống (phụ nữ cần mang thai,...)  - Bệnh nhân > 65 tuổi cần thay van ĐMC mà không có yếu tố nguy cơ huyết khối thuyên tắc. |
| ClassIIa | - Bệnh nhân được coi là kém tuân thủ điều trị kháng đông uống  - Bệnh nhân > 70 tuổi cần thay van hai lá mà không có yếu tố nguy cơ huyết khối thuyên tắc. |

**3.3.4. Chăm sóc sau mổ**

- Khám lâm sàng mỗi tháng trong 6 tháng đầu, sau đó có thể cách 2 tháng hoặc 3 tháng.

- Siêu âm tim kiểm tra trước khi ra viện, vào tháng thứ 6 và mỗi năm sau đó. Trường hợp có dấu hiệu lâm sàng khác lạ hoặc nặng hơn cũng cần kiểm tra siêu âm tim.

- Phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng khi làm thủ thuật răng miệng sau thay van hoặc sửa van có đặt vật liệu nhân tạo.

- Phòng thấp khi có chỉ định (xem phần điều trị nội khoa).

- Cần sử dụng kháng đông sau phẫu thật van hai lá (Bảng 6 và 7).

Bảng 6: Chỉ định sử dụng kháng đông sau phẫu thuật van hai lá.

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

(\*) 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%).

(\*\*) Aspirin liều thấp: < 100 mg/ngày.

Không có bằng chứng hổ 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 7: 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 huyêt khối của van nhân tạo: tháp = Carbomedics, Medtronic Hall, St Jude Medical, ON-X; trung bình = các loại van 2 đĩa khác; cao = LiUehei-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 tống máu thất trái <35%.