



SỐNG KHỎE

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH



GHÉP TIM:

**NIỀM HY VỌNG CHO BỆNH NHÂN
SUY TIM GIAI ĐOẠN CUỐI**



**LỢI ÍCH VÀ NGUY CƠ CỦA
CHẠY BỘ VỚI SỨC KHỎE**



**CAN THIỆP THAY VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ
QUA DA: NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT**

Kính biểu



NGND GS TS BS.
Nguyễn Đình Hối
Giám đốc đầu tiên

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trực thuộc Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, được xây dựng trên mô hình tiên tiến của sự kết hợp Trường – Viện trong điều trị, đào tạo và nghiên cứu y học, là nơi hội tụ hơn 1.000 thầy thuốc gồm các Giáo sư, Tiến sĩ, Thạc sĩ, Bác sĩ là giảng viên Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

BAN GIÁM ĐỐC



Giám đốc

**PGS TS BS.
Nguyễn Hoàng Bắc**



Phó Giám đốc

**PGS TS BS.
Nguyễn Minh Anh**



Phó Giám đốc

**PGS TS BS.
Nguyễn Hoàng Định**

TẦM NHÌN

Trở thành bệnh viện đại học dẫn đầu Việt Nam và đạt chuẩn quốc tế

SỨ MỆNH

Mang đến giải pháp chăm sóc sức khỏe tối ưu bằng sự tích hợp giữa điều trị, nghiên cứu và đào tạo

GIÁ TRỊ CỐT LÕI

Tiền phong
Thấu hiểu
Chuẩn mực
An toàn

SLOGAN : THẤU HIỂU NỖ ĐAU - NIỀM TIN CỦA BẠN



HOẠT ĐỘNG THEO MÔ HÌNH TIÊN TIẾN CỦA SỰ KẾT HỢP TRƯỜNG - VIỆN.
BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH LUÔN ĐƯỢC SỰ THAM VẤN THƯỜNG XUYÊN VỀ CHUYÊN MÔN CỦA CÁC THẦY, CÔ CÓ NHIỀU NĂM KINH NGHIỆM THUỘC NHIỀU LĨNH VỰC NHƯ:

GS TS BS. Nguyễn Thanh Bảo
Chuyên khoa Vi sinh

GS TS BS. Trần Ngọc Sinh
Chuyên khoa Tiết niệu

PGS TS BS. Đỗ Trọng Hải
Chuyên khoa Ngoại tiêu hóa

TS BS. Lê Hữu Thiện Biên
Chuyên khoa Hồi sức cấp cứu

BS CKII. Hoàng Thị Mai Hiền
Chuyên khoa Ung Bướu

ThS BS. Dương Phước Hưng
Chuyên khoa Ngoại tổng quát

GS TS BS. Trương Quang Bình
Chủ tịch Hội đồng Khoa học Bệnh viện

GS TS BS. Nguyễn Sào Trung
Chuyên khoa Giải phẫu bệnh

PGS TS BS. Bùi Hữu Hoàng
Chuyên khoa Nội tiêu hóa

TS BS. Đoàn Thị Phương Thảo
Chuyên khoa Giải phẫu bệnh

BS CKII. Lê Minh
Chuyên khoa Thần kinh

GS TS BS. Đặng Vạn Phước
Chuyên khoa Tim mạch

PGS TS BS. Phạm Thọ Tuấn Anh
Chuyên khoa Ngoại lồng ngực - Tim mạch

PGS TS BS. Lê Thị Tuyết Lan
Chuyên khoa Hô hấp

TS BS. Thân Hà Ngọc Thế
Chuyên khoa Lão khoa

ThS BS. Lê Thị Kiều Dung
Chuyên khoa Sản phụ khoa



Lợi ích và nguy cơ của chạy bộ với sức khỏe

PGS TS BS. Lê Minh Khôi, Trung tâm Tim mạch

Chạy bộ là một trong những hình thức tập luyện đơn giản, hiệu quả và phổ biến nhất. Không chỉ giúp tăng cường sức khỏe thể chất, chạy bộ còn mang lại nhiều lợi ích tinh thần. Trong những năm gần đây, phong trào chạy bộ đã phát triển rộng khắp Việt Nam. Cùng với những tích cực mà chạy bộ mang lại thì phong trào này cũng nhận không ít điều tiếng không chỉ về chất lượng giải mà những sự cố xảy ra trên đường đua, trong lúc tập luyện. Cho đến nay, rất nhiều người, trong

đó có cộng đồng y khoa, vẫn giữ quan điểm cơ học cũ cho rằng chạy bộ có thể làm thoái khớp trong khi các bằng chứng khoa học mới cho thấy quan điểm này không đúng đắn. Tuy nhiên, để đạt được lợi ích tối ưu và tránh các chấn thương không mong muốn, người tập cần hiểu rõ cách thức và nguyên tắc chạy bộ an toàn.

LỢI ÍCH CỦA CHẠY BỘ ĐỐI VỚI SỨC KHỎE

1. Cải thiện sức khỏe tim mạch

Chạy bộ đều đặn giúp cải thiện chức năng tim mạch. Nghiên cứu cho thấy chạy bộ giúp giảm nguy cơ mắc các bệnh tim mạch như cao huyết áp, đột quỵ và nhồi máu cơ tim. Đây là những nguyên nhân gây ảnh hưởng sức khỏe hàng đầu trong thời đại công nghiệp hiện nay. Việc chạy bộ kích thích tuần hoàn máu, giúp tim hoạt động hiệu quả hơn và tăng cường sức mạnh cho cơ tim.

2. Hỗ trợ giảm cân

Chạy bộ là một cách hiệu quả





để đốt cháy calo và giảm cân. Khi chạy bộ, cơ thể tiêu thụ một lượng lớn năng lượng, đặc biệt là khi chạy ở cường độ cao hoặc chạy trong thời gian dài. Điều này giúp giảm lượng mỡ thừa trong cơ thể, đặc biệt là mỡ bụng. Giảm cân cũng sẽ có tác dụng tốt đến hệ xương khớp, tim mạch và chuyển hóa, trong đó có bệnh đái tháo đường - bệnh dịch không lây của thế kỷ 21.

3. Tăng cường sức bền và sự dẻo dai

Chạy bộ giúp tăng cường sức bền và sự dẻo dai của cơ thể. Khi chạy, cơ bắp chân, đùi và hông đều được vận động, giúp chúng trở nên khỏe mạnh và linh hoạt hơn. Đồng thời, chạy bộ cũng cải thiện sức mạnh của xương, giảm nguy cơ loãng xương ở người lớn tuổi. Một số bằng chứng cho thấy chạy bộ còn có khả năng cải thiện sức khỏe tinh thần.

4. Cải thiện sức khỏe tinh thần

Chạy bộ không chỉ có lợi cho sức khỏe thể chất mà còn giúp cải thiện sức khỏe tinh thần. Khi chạy bộ, cơ thể sản sinh ra endorphin - một loại hormone giúp giảm đau và tạo cảm giác hưng phấn. Chạy bộ cũng giúp giảm căng thẳng, lo âu và cải thiện giấc ngủ.

CHẠY BỘ VÀ SỨC KHỎE KHỚP GỐI

Chạy bộ đã từng bị đổ oan cho rằng môn thể thao này gây tổn thương khớp, đặc biệt là khớp gối, do các tác động liên tục và lặp đi lặp lại lên các khớp. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng chạy bộ không gây tổn thương khớp nhiều hơn so với những người không chạy bộ và thậm chí có thể mang lại lợi ích cho sức khỏe khớp.

Một nghiên cứu đăng trên American Journal of Preventive Medicine đã phân tích dữ liệu từ hơn 2,500 người và kết luận rằng không có mối liên hệ trực tiếp giữa chạy bộ và nguy cơ thoái hóa khớp gối. Thực tế, người chạy bộ có tỷ lệ mắc thoái hóa khớp gối thấp hơn so với những người ít vận động. Chạy bộ có thể giúp cải thiện sức khỏe khớp bằng cách tăng cường cơ bắp xung quanh khớp, cải thiện tính linh hoạt và sự ổn định của khớp. Chạy bộ cũng giúp duy trì trọng lượng cơ thể ở mức hợp lý, giảm áp lực lên khớp gối và khớp hông.

Việc giảm cân nhờ chạy bộ sẽ làm giảm tải rất nhiều cho hệ cơ xương khớp, trong đó có các khớp quan trọng như khớp háng, khớp gối và vùng thắt lưng. Chạy bộ tăng cường sức khỏe của hệ mạch máu, giảm nguy cơ đái tháo đường là những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng xấu đến hệ cơ xương khớp.

Tuy vậy, nếu chạy bộ không đúng cách như sai tư thế,



không khởi động trước và giãn cơ sau chạy, chạy cường độ cao, tăng tải quá nhanh sẽ dẫn đến hệ lụy là chấn thương cấp tính, ảnh hưởng đến hệ tim mạch, thậm chí dẫn đến nguy cơ tử vong trong một số trường hợp.

CÁCH CHẠY BỘ ĐÚNG CÁCH ĐỂ GIẢM THIỂU CHẤN THƯƠNG

1. Khởi động và giãn cơ

Trước khi bắt đầu chạy bộ, người tập cần khởi động và giãn cơ kỹ lưỡng. Khởi động giúp cơ thể chuẩn bị cho hoạt động vận động mạnh, giảm nguy cơ chấn thương. Các bài tập giãn cơ sau khi chạy bộ cũng giúp cơ bắp phục hồi nhanh chóng và giảm đau nhức. Đây là những việc làm bắt buộc đối với một người chạy bộ, dù đó là vận động viên chuyên nghiệp hay người tham gia phong trào. Không khởi động hoặc không giãn cơ thì đừng chạy bộ!

2. Chọn giày chạy phù hợp



Giày chạy đóng vai trò quan trọng trong việc giảm chấn thương khi chạy bộ. Người tập nên chọn giày chạy có độ êm ái, hỗ trợ tốt cho bàn chân và phù hợp với dáng chạy của mình. Thay giày chạy mới sau khoảng 500-800 km để đảm bảo hiệu quả bảo vệ chân.

3. Tăng dần cường độ và khoảng cách

Để tránh chấn thương, người tập cần tăng dần cường độ và khoảng cách chạy. Không nên bắt đầu với cường độ quá cao hoặc chạy quá xa ngay từ đầu. Hãy bắt đầu với các buổi chạy nhẹ nhàng, sau đó từ từ tăng cường độ và khoảng cách theo thời gian. Nguyên tắc đơn giản là không nên tăng quá 10%-20% khối lượng tập cho mỗi tuần ví dụ tuần này chạy tổng cộng 10km thì tuần sau chỉ nên giới hạn ở 11km và không vượt 12km.

4. Kỹ thuật chạy đúng

Kỹ thuật chạy đúng cũng là yếu tố quan trọng giúp giảm thiểu chấn thương. Người tập

nên giữ thẳng lưng, thả lỏng vai và tay, và bước chạy nhẹ nhàng. Đảm bảo đặt bàn chân xuống đất bằng cả lòng bàn chân, tránh tiếp đất chỉ bằng ngón chân hoặc gót chân.

5. Nghỉ ngơi và phục hồi

Việc nghỉ ngơi và phục hồi là rất quan trọng để cơ thể có thời gian hồi phục sau các buổi chạy. Người tập nên có ít nhất một ngày nghỉ ngơi trong tuần và đảm bảo giấc ngủ đủ. Sau mỗi buổi chạy, nên thực hiện các bài tập giãn cơ và sử dụng các phương pháp phục hồi như tắm nước ấm hoặc massage.

6. Lắng nghe cơ thể

Người tập cần lắng nghe cơ thể mình. Nếu cảm thấy đau hoặc mệt mỏi quá mức, nên dừng lại và nghỉ ngơi. Đừng cố gắng chạy tiếp khi cơ thể chưa sẵn sàng, vì điều này dễ dẫn đến chấn thương nghiêm trọng.

7. Các bài tập hỗ trợ cho chạy bộ

Tập sức mạnh: Các bài tập sức mạnh như squat, lunges, và deadlifts giúp tăng cường sức mạnh cho cơ bắp chân và hông, hỗ trợ quá trình chạy bộ và giảm nguy cơ chấn thương.

Bài tập đa dạng: Đa dạng các bài tập như bơi lội, đạp xe, hoặc yoga giúp cải thiện sự linh hoạt và sức bền toàn diện cho cơ thể. Điều này không chỉ giúp nâng cao hiệu quả chạy bộ mà còn giảm tải cho

các khớp và cơ bắp.

VẤN ĐỀ ĐỘT TỬ TRONG CHẠY BỘ

1. Nguyên nhân đột tử trong chạy bộ

Đột tử trong khi chạy bộ, dù hiếm gặp, nhưng là một hiện tượng gây lo ngại lớn, đặc biệt trong các cuộc thi marathon và chạy đường dài. Nguyên nhân chính của đột tử trong chạy bộ thường liên quan đến các vấn đề tim mạch. Một số nguyên nhân phổ biến bao gồm:

Rối loạn nhịp tim: Đây là nguyên nhân phổ biến nhất của đột tử ở vận động viên. Các rối loạn nhịp tim như rung thất có thể gây ngừng tim đột ngột nếu không được cấp cứu kịp thời bằng máy khử rung tim (AED). Những người có bệnh cơ tim phì đại nếu bị mất nước trong lúc chạy thì rất dễ đưa đến đột tử.

Mất nước: Chạy bộ, đặc biệt là trong điều kiện nóng và ẩm, dễ dẫn đến mất nước qua mồ hôi. Mất nước làm giảm lượng máu lưu thông, tăng độ nhớt của máu và có thể dẫn đến giảm lượng máu trở về tim, gây hạ huyết áp và có thể dẫn đến ngừng tim.

Rối loạn điện giải: Khi mồ hôi ra nhiều, cơ thể cũng mất các chất điện giải quan trọng như natri, kali và magiê. Rối loạn cân bằng điện giải có thể dẫn đến co cơ, mệt mỏi, và nghiêm trọng hơn là loạn nhịp tim,



gây ra nguy cơ ngừng tim đột ngột.

Giãn mạch quá mức: Khi chạy bộ, cơ thể sản sinh nhiều nhiệt lượng và cơ chế giãn mạch ngoại vi giúp làm mát cơ thể. Tuy nhiên, giãn mạch quá mức có thể làm giảm huyết áp đột ngột, dẫn đến giảm lượng máu đến các cơ quan quan trọng như não và tim, gây ngất xỉu hoặc đột tử.

Hạ huyết áp tư thế: Hạ huyết áp tư thế là hiện tượng huyết áp giảm mạnh khi thay đổi tư thế đột ngột, chẳng hạn như khi đứng lên sau khi cúi người hoặc ngồi lâu. Trong khi chạy bộ, sự thay đổi tư thế và chuyển động nhanh có thể gây ra hạ huyết áp tư thế, dẫn đến ngất xỉu và nếu không được xử lý kịp thời, có thể gây ngừng tim.

Bệnh tim mạch tiềm ẩn: Nhiều người có thể có các bệnh tim mạch tiềm ẩn như hẹp động mạch vành, nhồi máu cơ tim hoặc các dị tật tim bẩm sinh mà không biết. Các tình trạng này có thể không có triệu chứng rõ ràng và chỉ biểu hiện khi tim bị căng thẳng quá mức trong quá trình chạy bộ.

Căng thẳng thể chất quá mức: Tập luyện quá sức mà không có sự chuẩn bị đầy đủ có thể làm tăng nguy cơ đột tử. Việc tăng cường độ và khoảng cách chạy một cách đột ngột mà không theo lộ trình tập luyện cụ thể có thể gây áp lực lớn lên tim.

2. Cách phòng tránh đột tử trong chạy bộ

Khám sức khỏe định kỳ: Trước khi tham gia các hoạt động chạy bộ cường độ cao, đặc

biệt là các cuộc thi marathon, nên kiểm tra sức khỏe định kỳ, bao gồm kiểm tra tim mạch, làm điện tâm đồ (EKG) hoặc thậm chí là kiểm tra gắng sức nếu có yếu tố nguy cơ. Siêu âm tim là một kỹ thuật hình ảnh không xâm lấn có thể phát hiện được rất nhiều bệnh cơ tim, bệnh tim bẩm sinh và cấu trúc. Tại Đơn vị Hình ảnh Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, chúng tôi sẵn sàng phục vụ những người có nhu cầu tầm soát trước chạy bộ hay luyện tập bất kỳ môn thể thao nào.

Bù nước đúng cách: Uống nước đầy đủ trước, trong và sau khi chạy bộ. Sử dụng các loại nước uống thể thao chứa chất điện giải để bù lại lượng chất điện giải bị mất. Tránh uống quá nhiều nước một lúc để tránh tình trạng hạ natri





huyết do dư thừa nước.

Theo dõi các triệu chứng bất thường: Người chạy bộ nên chú ý đến các dấu hiệu cảnh báo như đau ngực, khó thở, chóng mặt hoặc mệt mỏi bất thường. Nếu có bất kỳ triệu chứng nào xuất hiện, cần dừng lại và đi khám bác sĩ ngay lập tức.

Sử dụng máy khử rung tim (AED): Đảm bảo có máy khử rung tim và người được huấn luyện sử dụng máy này tại các sự kiện thể thao lớn. AED có thể cứu sống người bị ngừng tim đột ngột bằng cách sốc điện để khôi phục nhịp tim bình thường.

Lập kế hoạch tập luyện khoa học: Theo các chương trình tập luyện cụ thể và tăng dần khối lượng tập luyện để cơ

thể thích nghi dần. Không nên tăng cường độ hoặc khoảng cách chạy quá nhanh. Lên kế hoạch nghỉ ngơi và phục hồi đầy đủ giữa các buổi tập.

Chế độ ăn uống lành mạnh: Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì sức khỏe tim mạch. Một chế độ ăn giàu rau xanh, trái cây, cá và các loại hạt có thể giúp giảm nguy cơ mắc các bệnh tim mạch. Tại Khoa Dinh dưỡng Tiết chế, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, các bác sĩ dinh dưỡng đồng thời cũng là những vận động viên chạy bộ khá nhiệt thành có thể tư vấn một chế độ dinh dưỡng hợp lý cho các runner.

Kiểm soát cân nặng và không hút thuốc: Duy trì cân nặng hợp lý và tránh xa thuốc lá có thể giảm đáng kể nguy cơ các

bệnh tim mạch và đột tử khi chạy bộ.

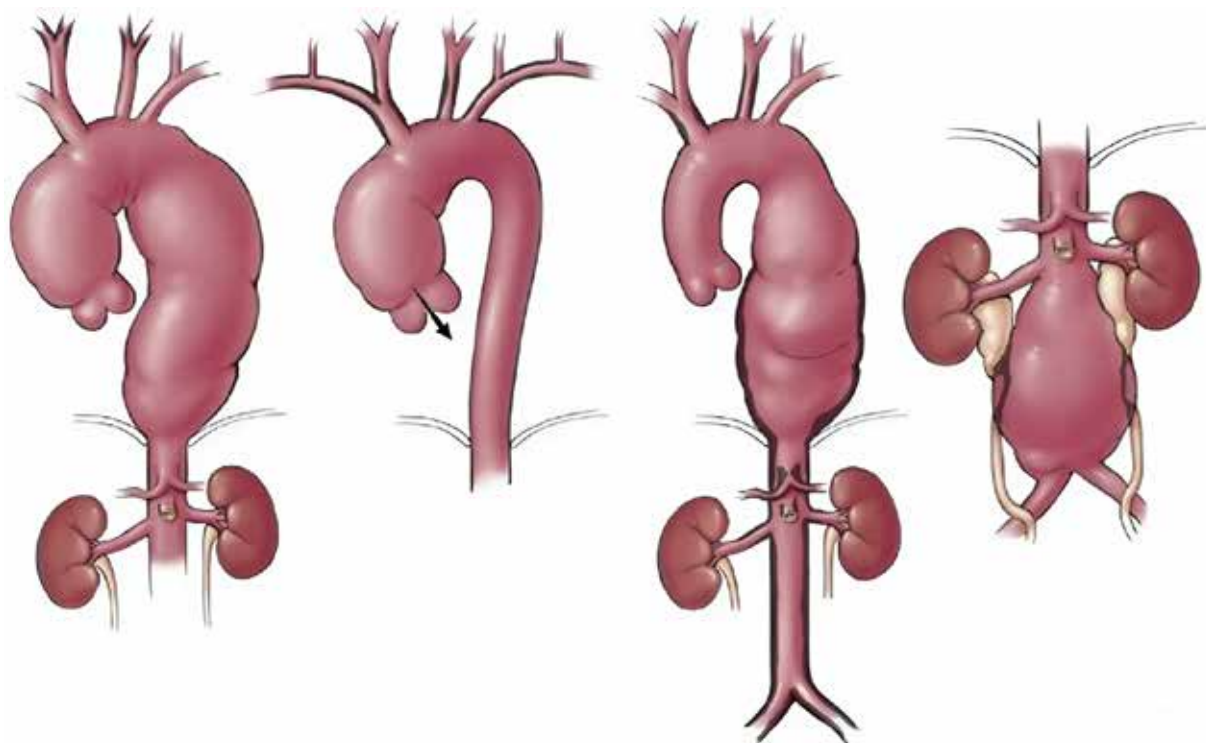
KẾT LUẬN

Chạy bộ mang lại rất nhiều lợi ích cho sức khỏe, từ cải thiện sức khỏe tim mạch, hỗ trợ giảm cân, tăng cường sức bền đến cải thiện sức khỏe tinh thần. Tuy nhiên, để đạt được hiệu quả tối ưu và tránh chấn thương, người tập cần tuân thủ các nguyên tắc an toàn và lắng nghe cơ thể mình. Hãy bắt đầu với sự chuẩn bị kỹ lưỡng và tận hưởng những lợi ích tuyệt vời mà chạy bộ mang lại. Chạy bộ không chỉ là vạch đích mà là những trải nghiệm tuyệt vời trên những cung đường và trên cả là sức khỏe thể chất, tinh thần và một năng lượng sống tích cực mà môn thể thao này mang lại bên ngoài đường chạy.

CAN THIỆP QUA ĐƯỜNG ỐNG THÔNG

cách mạng trong điều trị bệnh lý động mạch chủ

ThS BS. Hồ Đức Thắng, ThS BS. Nguyễn Hữu Tường
Khoa Phẫu thuật Tim mạch người lớn



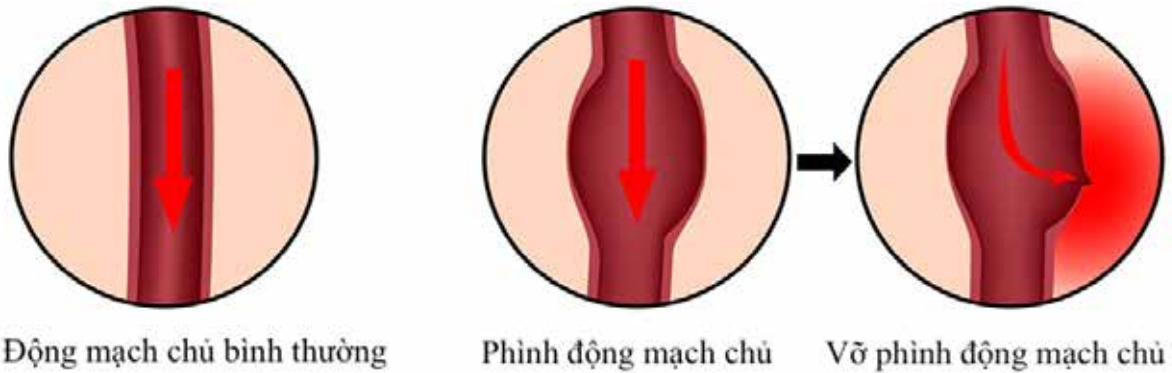
Hình 1. Phình động mạch chủ ngực, bụng.

GIỚI THIỆU

Động mạch chủ là động mạch lớn nhất của cơ thể, xuất phát từ tâm thất trái của tim đi trong lồng ngực xuống bụng đến ngang rốn chia thành động mạch chậu chung trái và động mạch chậu chung phải. Chức năng của động mạch chủ là cung cấp máu đến tất cả cơ quan trong cơ thể thông qua hệ tuần hoàn.

Bệnh lý động mạch chủ bao gồm phình động mạch chủ, hội chứng động mạch chủ cấp và một số bệnh lý bẩm sinh ít gặp như hẹp eo động mạch chủ,... Bệnh động mạch chủ là một trong những bệnh lý nguy hiểm, thường không có triệu chứng nhưng có thể dẫn đến thiếu máu cơ quan, huyết khối tắc mạch, bóc tách tự phát hoặc vỡ gây tử vong.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị kinh điển, mặc dù đã có nhiều tiến bộ và đạt được những kết quả tốt. Tuy nhiên phẫu thuật điều trị bệnh lý động mạch chủ là một phẫu thuật lớn, phức tạp đòi hỏi độ chính xác cao và cần được thực hiện bởi các phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm. Ngoài ra thời gian mổ lâu, đau sau mổ, thời gian hồi phục kéo dài đòi hỏi sự kiên trì, nỗ lực chăm



Hình 2. Diễn tiến vỡ phình động mạch chủ.

sóc từ gia đình và nhân viên y tế.

Gần đây, với sự ra đời của ống ghép nội mạch - một giải pháp đột phá, mở ra kỷ nguyên mới cho can thiệp động mạch chủ và là bước tiến mới trong điều trị bệnh lý động mạch chủ trong cộng đồng y tế thế giới. Từ khi ra đời và được áp dụng trong điều trị, can thiệp động mạch chủ qua da cho thấy nhiều ưu điểm vượt trội đóng vai trò quan trọng trong việc tối ưu điều trị bệnh động mạch chủ, mang lại một giải pháp tiếp cận hiệu quả và ít xâm lấn hơn.

HIỂU VỀ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHỦ: MỘT BỆNH LÝ PHỨC TẠP

Bệnh động mạch chủ thường xuất hiện do sự suy yếu của thành động mạch chủ, nguyên nhân chủ yếu là thoái hoá, tăng huyết áp, xơ vữa thành mạch, viêm nhiễm, chấn thương hoặc do di truyền. Phình động mạch chủ đặc trưng bởi sự giãn bất thường của thành động mạch

chủ, có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào của cây động mạch chủ, thường gặp nhất ở động mạch chủ đoạn ngực hoặc bụng.

Hội chứng động mạch chủ cấp bao gồm bóc tách động mạch chủ, loét thủng màng xơ vữa, tụ máu nội thành động mạch chủ và các tổn thương động mạch chủ do chấn thương. Các bệnh lý này tiến triển nhanh, rất nguy hiểm, có nguy cơ đe dọa tính mạng. Bác sĩ cần phải thăm khám kỹ lưỡng, tránh bỏ sót tổn thương vì phần lớn các bệnh lý động mạch chủ thường không có triệu chứng điển hình, tuy nhiên bệnh thường tiến triển nhanh dẫn đến tử vong cần được chẩn đoán và can thiệp điều trị cấp cứu kịp thời.

Bệnh động mạch chủ ít gặp ở người trẻ, hay gặp ở độ tuổi trên 60 tuổi và thường được phát hiện tình cờ khi đi khám sức khoẻ. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1/1000 ở độ tuổi 60-65 và tăng dần khi tuổi đời càng tăng. Một nghiên cứu sàng lọc

cho thấy tỷ lệ mắc phình động mạch chủ bụng khoảng 13% ở nam giới và 6% ở nữ giới trên 65 tuổi. Tuy nhiên khoảng 90% là phình kích thước nhỏ (<3,5 cm), không có triệu chứng. Phình động mạch chủ có triệu chứng thường được ghi nhận khi bệnh đã tiến triển nặng, phình lớn dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như vỡ phình, bóc tách hay tụ máu nội thành động mạch chủ là những biến chứng nguy hiểm, đa phần người bệnh tử vong trước khi được đưa đến cơ sở y tế.

Tuổi càng cao nguy cơ mắc bệnh động mạch chủ càng lớn, khi tuổi đời càng cao làm tăng sự thoái hoá tự nhiên của thành động mạch chủ có thể dẫn đến hình thành các phình mạch. Hút thuốc càng nhiều, thời gian càng lâu thì nguy cơ mắc bệnh động mạch chủ càng cao, những điều này làm nổi bật tầm quan trọng của việc kiểm tra sức khoẻ định kỳ để phát hiện và can thiệp sớm nhằm hạn chế biến chứng do bệnh động mạch chủ gây ra.



Hình 3. Các yếu tố nguy cơ và phương tiện tầm soát bệnh động mạch chủ.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH ĐỘNG MẠCH CHỦ

- Nam giới có nguy cơ mắc phình động mạch chủ cao gấp 4-5 lần so với nữ giới.
- Chúng tộc người da trắng.
- Người mắc bệnh mạch vành, bệnh động mạch ngoại biên có nguy cơ cao mắc phình động mạch chủ.
- Tiền sử gia đình có người mắc phình động mạch chủ. Ví dụ: Nam giới trên 60 tuổi, người có tiền sử gia đình mắc phình động mạch chủ có nguy cơ mắc phình động mạch chủ cao, khoảng 18%.

Tầm soát bệnh động mạch chủ được Bác sĩ khuyên nên thực hiện ở nhóm người có nguy cơ cao, đặc biệt là nam giới, lớn tuổi, hút thuốc lá hoặc có tiền sử gia đình có người mắc bệnh động mạch chủ.

BIỂU HIỆN CỦA BỆNH ĐỘNG MẠCH CHỦ

Phần lớn bệnh lý động mạch chủ mạn tính không triệu chứng. Một số trường hợp phình động mạch chủ ngực gây ra triệu chứng nặng ngực, nuốt nghẹn, khó thở, khàn tiếng. Hoặc phình động mạch chủ bụng gây hiện tượng khối phình mạch đập quanh rốn hoặc đau bụng. Hiện tượng này dễ bị bỏ qua nhưng thường được phát hiện bởi bác sĩ khi thăm khám tổng quát. Khoảng 30% phình động mạch chủ được phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe tổng quát.

Vì máu bị ứ trệ ở đoạn động mạch chủ bị phình ra nên một vài trường hợp gây huyết khối trong túi phình. Huyết khối có thể bị bong ra và gây tắc mạch máu ở đùi dẫn đến đau, tê hoặc ngứa ran vùng đùi hoặc bàn chân trở nên tím và lạnh.

Đối với hội chứng động mạch chủ cấp, bệnh nhân có thể biểu hiện triệu chứng cấp tính

đột ngột như đau ngực, đau bụng, khó thở, tụt huyết áp hoặc thậm chí đột tử.

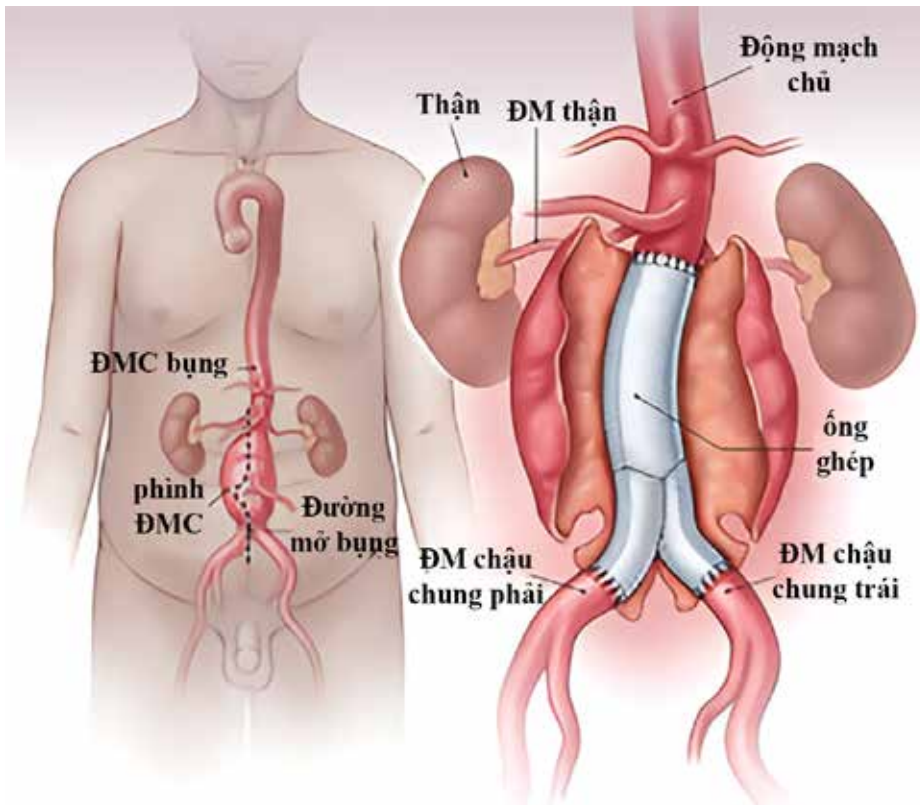
ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHỦ

Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa cho bệnh lý động mạch chủ bao gồm kiểm soát mạch huyết áp, điều trị các bệnh lý đi kèm, thay đổi lối sống... Thay đổi lối sống, tập thể dục nhẹ có thể làm giảm nguy cơ bệnh lý tim mạch nói chung cũng như giảm nguy cơ diễn tiến bệnh lý động mạch chủ; tuy nhiên người bệnh nên tránh các hoạt động gắng sức nặng hoặc các môn thể thao mang tính đối kháng cao.

Người mắc phình động mạch chủ được theo dõi định kỳ bằng các xét nghiệm hình ảnh học để đánh giá diễn tiến của bệnh lý động mạch chủ.

Điều trị ngoại khoa



Hình 4. Phẫu thuật phình động mạch chủ bụng.

Có 2 phương pháp điều trị ngoại khoa bệnh lý động mạch chủ, đó là: phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch đặt stent graft động mạch chủ.

Phẫu thuật sửa chữa bệnh lý động mạch chủ là phương pháp kinh điển, thay toàn bộ đoạn động mạch bệnh lý bằng mạch máu nhân tạo. Tuy nhiên đây là loại phẫu thuật lớn, thời gian phẫu thuật kéo dài, nguy cơ mất máu cao, cũng như thời gian hồi phục sau phẫu thuật chậm.

Nguy cơ phẫu thuật: Phẫu thuật dưới bất kỳ hình thức nào đều có những nguy cơ nhất định tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe chung của

người bệnh. Nguy cơ phẫu thuật tăng theo tuổi và các bệnh nội khoa kèm theo. Người có bệnh lý tim mạch hoặc bệnh phổi, có hút thuốc

là làm tăng nguy cơ viêm phổi, biến chứng tim mạch, thần kinh trong và sau phẫu thuật.

Phẫu thuật mở là phương pháp điều trị kinh điển tuy vậy đây là một phẫu thuật lớn, thời gian phẫu thuật dài, bệnh nhân phải gây mê toàn thân, mất máu nhiều và thời gian phục hồi chậm.

Can thiệp động mạch chủ qua da là một bước đột phá mới trong điều trị bệnh động mạch chủ. Đây là phương pháp điều trị ít xâm lấn, không có sẹo mổ lớn. Bệnh nhân không cần gây mê toàn thân chỉ cần gây tê tại chỗ, thời gian can thiệp ngắn, thời gian hồi phục nhanh và có thể sớm quay lại cuộc sống bình thường. Ống ghép nội mạch là dụng cụ chuyên dụng, được thiết kế như một cấu trúc dạng ống, làm từ khung kim loại được phủ một lớp màng bọc bên ngoài. Ống ghép nội



Hình 5. Ống ghép nội mạch và can thiệp đặt ống ghép nội mạch (Stent-graft) động mạch chủ bụng.



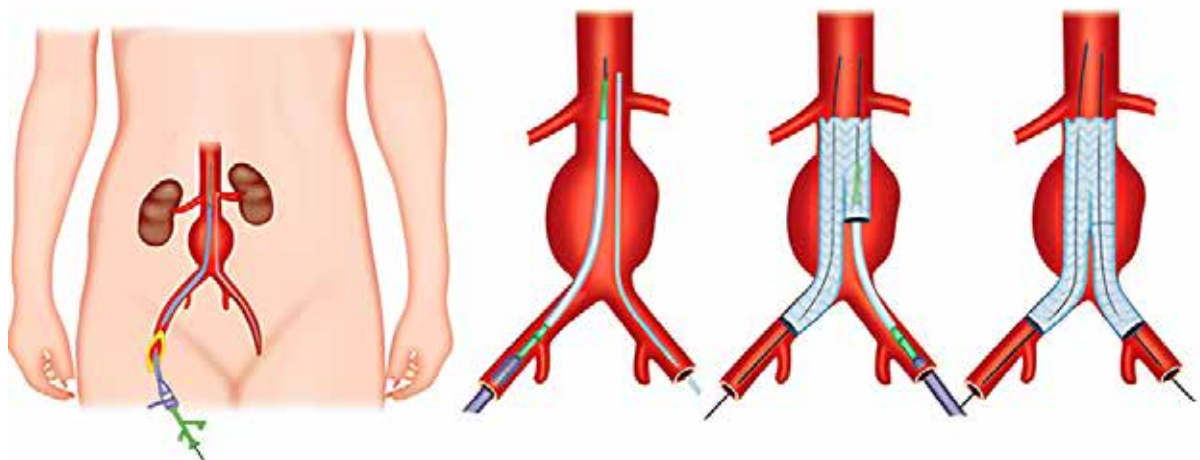
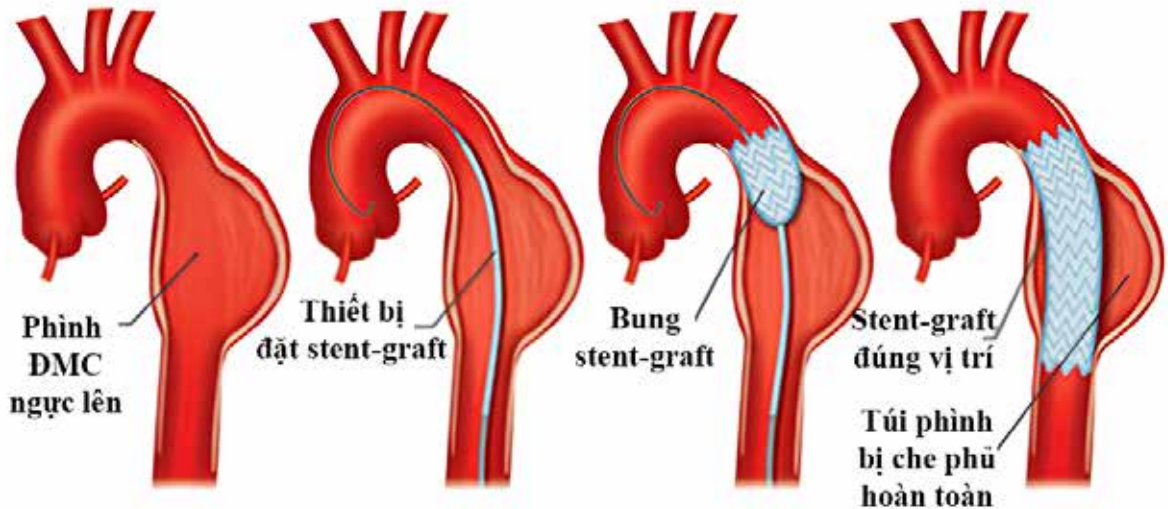
mạch sẽ được các bác sĩ đặt vào trong lòng động mạch chủ bị bệnh, áp vào thành động mạch chủ, thay thế đoạn động mạch bệnh. Khi đó máu sẽ chảy trong lòng ống ghép thay vì chảy qua đoạn động mạch bị tổn thương.

CAN THIỆP QUA DA ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHỦ: NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN

Kỹ thuật can thiệp đặt ống ghép nội mạch được thực hiện

tại phòng chụp mạch máu số hoá xoá nền. Bác sĩ thông qua một lỗ nhỏ ở vùng bẹn, đưa các dụng cụ can thiệp đi trong lòng mạch máu đến vị trí động mạch chủ bệnh lý, rồi đặt ống ghép nội mạch che phủ vị trí mạch máu bị bệnh.

Can thiệp qua da điều trị bệnh lý động mạch chủ mang lại nhiều lợi ích với tỷ lệ tử vong và tỷ lệ biến chứng thấp hơn so với phẫu thuật mở truyền thống. Xâm lấn tối thiểu dẫn



Hình 6. Can thiệp động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng qua đường ống thông



đến thời gian nằm viện ngắn, thời gian phục hồi nhanh chóng, và cải thiện chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật.

Hiện nay can thiệp đặt ống ghép nội mạch đã cho thấy các hiệu quả tốt trong điều trị bệnh lý động mạch chủ, và dần trở thành phương pháp điều trị ưu thế trong các bệnh lý động mạch chủ phức tạp.

THÁCH THỨC VÀ TRIỂN VỌNG TƯƠNG LAI

Mặc dù ống ghép nội mạch có những ưu điểm đáng kể,

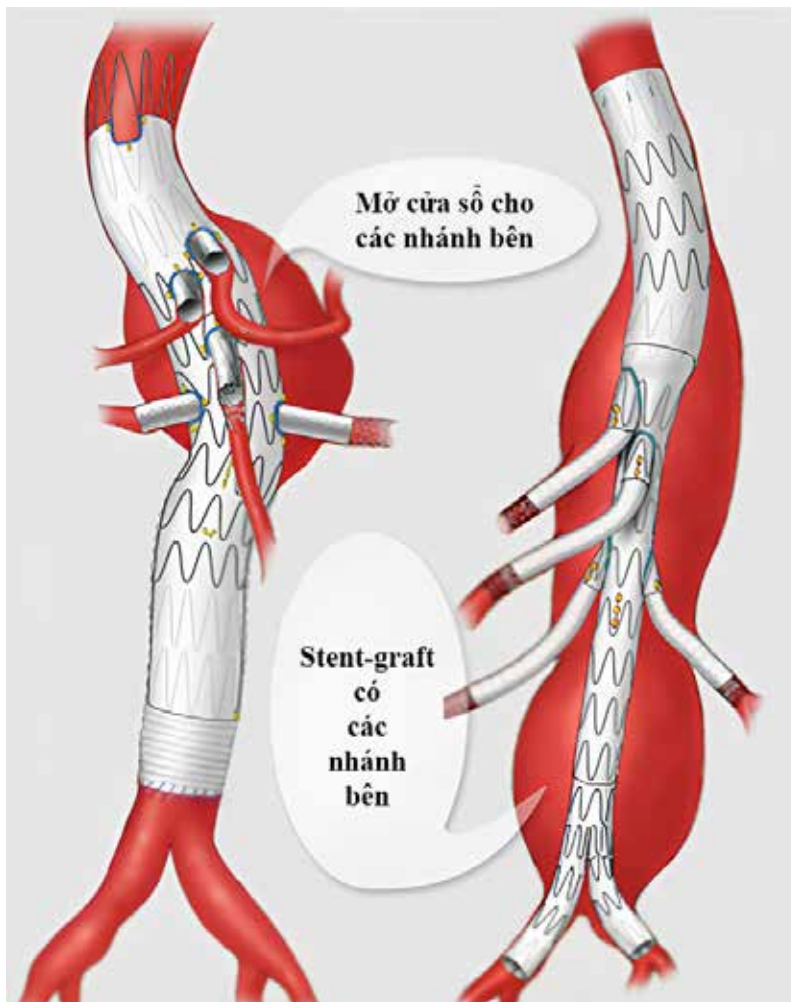
tuy nhiên việc lựa chọn bệnh nhân đóng vai trò quan trọng tác động trực tiếp đến hiệu quả điều trị bệnh nhân. Các yếu tố như giải phẫu động mạch, tuổi và các bệnh lý đi kèm ảnh hưởng đến khả năng thực hiện và tỷ lệ thành công của thủ thuật. Việc đánh giá kỹ lưỡng và thảo luận trước phẫu thuật giữa Bác sĩ và bệnh nhân là quan trọng để đảm bảo kết quả tốt nhất. Trong mọi trường hợp các Bác sĩ phải thăm khám cẩn thận, cân nhắc kỹ lưỡng để đưa ra phương án

điều trị tốt nhất nhằm tối ưu hiệu quả điều trị và đảm bảo chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau phẫu thuật.

Nghiên cứu và phát triển liên tục các trang thiết bị, như các loại ống ghép nội mạch có nhánh bên, đồng thời phát triển các kỹ thuật can thiệp nâng cao, hứa hẹn sự mở rộng phát triển của can thiệp nội mạch trong điều trị các bệnh lý động mạch chủ phức tạp. Các tiến bộ về vật liệu stent và sự phát triển của các phương tiện hình ảnh tiên tiến làm tăng sự an toàn và hiệu quả và đảm bảo tính chính xác của các thủ thuật can thiệp nội mạch.

KẾT LUẬN

Tóm lại, ống ghép nội mạch và can thiệp động mạch chủ qua da là một phương pháp mới an toàn và hiệu quả trong điều trị bệnh động mạch chủ. Sự kết hợp tiến bộ của khoa học kỹ thuật vào thực hành lâm sàng nhấn mạnh mục tiêu chăm sóc sức khỏe toàn diện, lấy bệnh nhân làm trung tâm. Can thiệp nội mạch điều trị bệnh động mạch chủ được thực hiện thường quy tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, đạt được hiệu quả điều trị tốt, là cơ hội cho những bệnh nhân mắc bệnh lý động mạch chủ sớm trở về với đời sống thường ngày, đánh dấu một bước tiến lớn trong chăm sóc sức khỏe tim mạch.



Hình 7. Can thiệp động mạch chủ phức tạp



GHÉP TIM:

Niềm hy vọng cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối

ThS BS. Phan Quang Thuận, Khoa Phẫu thuật Tim mạch người lớn

Suy tim là một tình trạng bệnh nghiêm trọng và phổ biến, có tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt là ở giai đoạn cuối khi bệnh nhân đã không còn đáp ứng với điều trị bằng thuốc hoặc phẫu thuật thường quy. Phẫu thuật ghép tim (sau đây gọi tắt là ghép tim) đưa ra niềm hy vọng, là giải pháp cuối cùng cho những bệnh nhân suy tim ở giai đoạn này.

NỘI DUNG

1. Suy tim phổ biến và nguy hiểm như thế nào?

Ở các nước phát triển cứ 100 người nhập viện có 4 bệnh nhân là do suy tim. Theo số liệu thống kê từ Bộ Y tế Việt Nam cho thấy mỗi năm có khoảng 200,000 người tử vong vì bệnh tim mạch, chiếm 33% tỷ lệ tử vong ở bệnh viện. Trong đó, số bệnh nhân tử vong vì suy tim chiếm 1-3%. Đây không chỉ là con số thống kê mà đằng sau mỗi trường hợp là những gia đình phải chịu đựng sự mất mát to lớn. Do đó bệnh suy tim là một tình trạng nguy hiểm đòi hỏi sự quản lý và can thiệp y tế hiệu quả. Ước đoán bệnh

nhân suy tim nếu có triệu chứng (như khó thở hoặc phù chân...) phải nhập viện điều trị thì tỷ lệ tử vong lên đến 40-45%. Một con số tử vong quá lớn nếu như những bệnh nhân này không được phát hiện và điều trị đầy đủ trước khi có triệu chứng.

Suy tim giai đoạn cuối (STGĐC) là tình trạng bệnh nhân suy tim không còn đáp ứng với bất kỳ phương pháp điều trị nào khác ngoại trừ ghép tim. Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim giai đoạn cuối có tỷ lệ tử vong sau 1 năm lên đến 60-70% nếu chỉ điều trị bằng thuốc. Ước đoán tỷ lệ suy tim giai đoạn cuối chiếm khoảng 1-3% số bệnh nhân suy tim. Điều đó cho thấy gánh nặng y tế đối với xã hội khi mà số lượng bệnh nhân có nhu cầu ghép tim là rất lớn.

2. Bệnh nhân nhận biết suy tim bằng dấu hiệu gì?

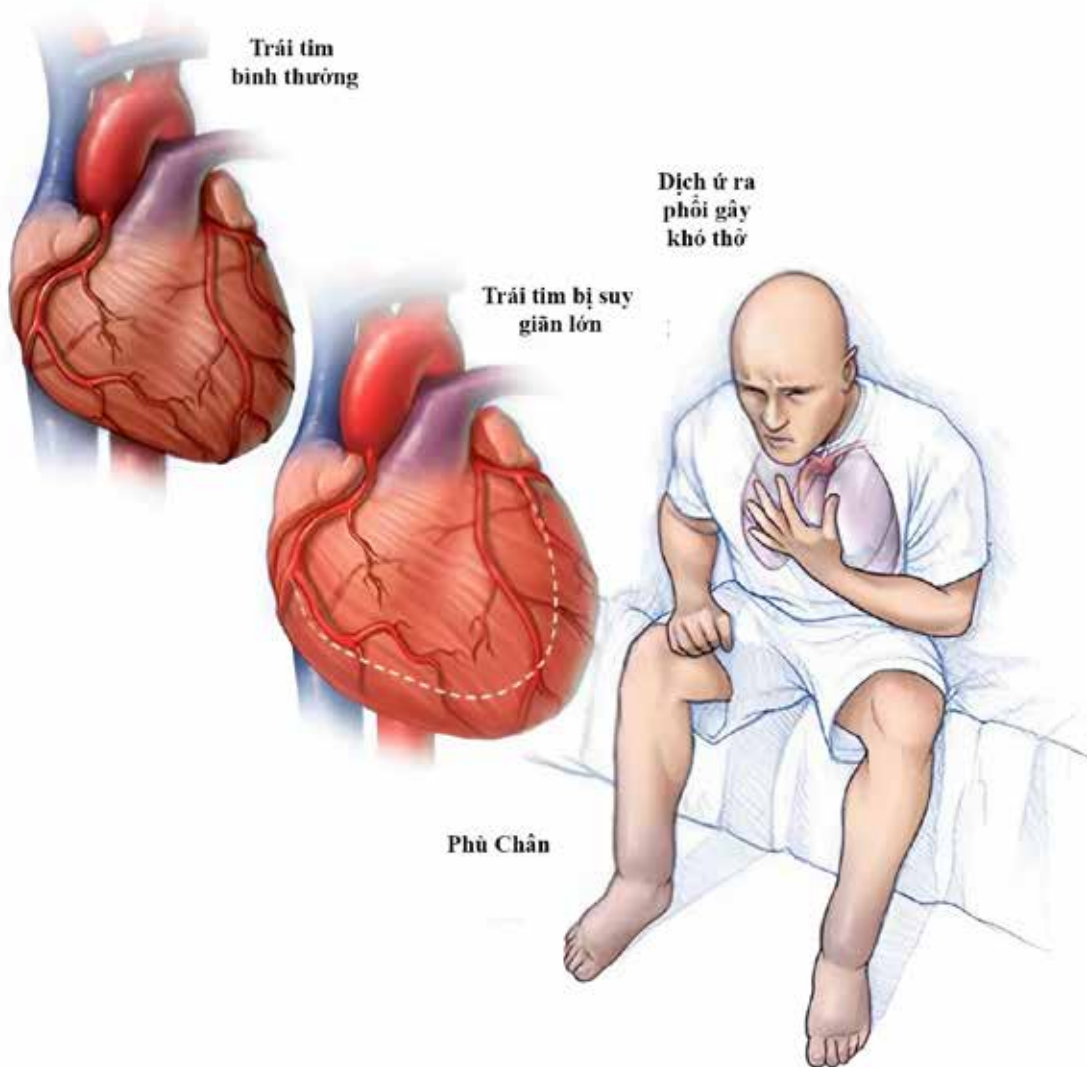
Trong suy tim trái, bệnh nhân có thể cảm thấy khó thở và mệt mỏi do chức năng tim bắt đầu không đảm đương nổi nhu cầu của cơ thể. Trong suy tim phải, bệnh nhân có

thể gặp phù chân và mệt mỏi. Tình trạng ứ máu tại gan có thể gây khó chịu tại vùng hạ sườn phải. Tình trạng ứ máu tại dạ dày và ruột có thể gây chán ăn, buồn nôn và chướng bụng.

Bệnh nhân suy tim toàn bộ biểu hiện cả hai nhóm dấu hiệu trên. Một số triệu chứng khác, ít đặc hiệu hơn, bao gồm các lạnh đầu chi, choáng váng khi thay đổi tư thế, tiểu nhiều về đêm, tiểu ít vào ban ngày. Ở người lớn tuổi, lý do đến bệnh viện có thể là nói lẩm, mê sảng, tiểu đêm, hoặc rối loạn giấc ngủ.

Bệnh nhân khi có những dấu hiệu trên cần đi khám để được làm các xét nghiệm và các biện pháp chẩn đoán để có chiến lược điều trị phù hợp. Đặc biệt, bệnh nhân phải được đưa vào chương trình quản lý bệnh nhân suy tim để được theo dõi và điều trị tối ưu.

Chương trình quản lý bệnh nhân suy tim (QLST) ở tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (ĐHYD) là sự phối hợp của các bác sĩ



Hình 1. Dấu hiệu bệnh nhân suy tim toàn bộ giai đoạn nặng.

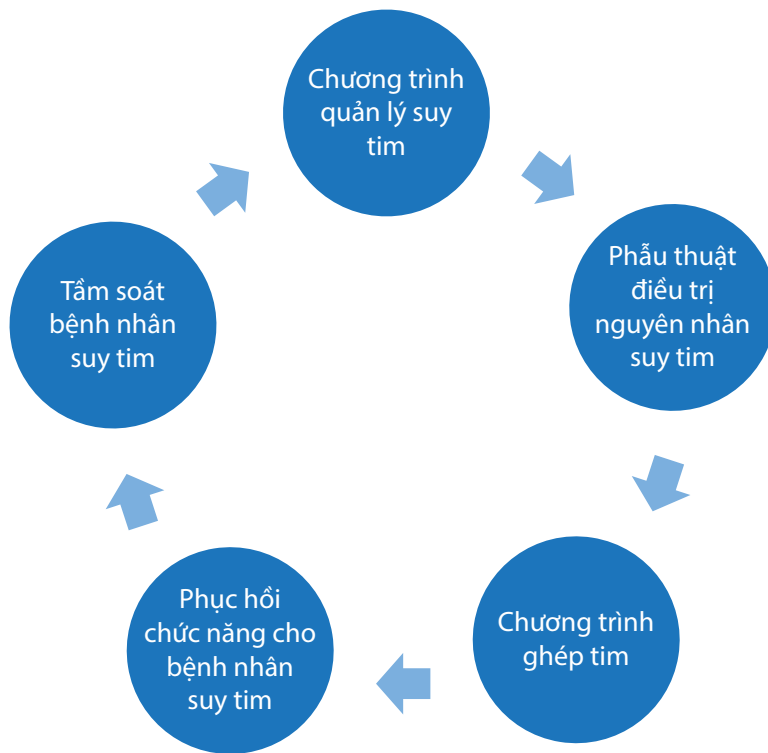
từ nội khoa đến phẫu thuật viên và bác sĩ phục hồi chức năng cũng như điều dưỡng, giúp theo dõi bệnh nhân suy tim tốt hơn. Bệnh nhân tham gia chương trình sẽ được tư vấn chăm sóc, hẹn tái khám và theo dõi để đạt được hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ nhập viện cho bệnh nhân. Những công nghệ mới như công nghệ thông tin hoặc khám bệnh từ xa sẽ được tích hợp

để theo dõi điều trị cho bệnh nhân. Chương trình này cũng sàng lọc bệnh nhân đưa vào chương trình ghép tim. Quý bệnh nhân hoặc nhân viên y tế có thể đăng ký tham gia chương trình này qua các nền tảng mạng xã hội và các ứng dụng của bệnh viện ĐHYD.

3. Bệnh nhân suy tim cần điều trị như thế nào?

Quý bệnh nhân và người

chăm sóc sẽ được tư vấn cách để theo dõi bệnh, bác sĩ sẽ hướng dẫn cách điều chỉnh chế độ ăn và thay đổi lối sống. Bệnh nhân suy tim cần có chế độ ăn hạn chế muối, giữ mức cân nặng và tập luyện phù hợp. Điều trị bệnh lý gây ra suy tim nếu được, như phẫu thuật bắc cầu mạch vành, phẫu thuật sửa hoặc thay van tim v.v.. Giáo dục bệnh nhân và người chăm sóc là yếu tố



Hình 2: Quản lý điều trị bệnh nhân suy tim.

tối quan trọng duy trì kết quả lâu dài. Bệnh nhân và gia đình nên được hướng dẫn về tầm quan trọng của tuân thủ điều trị thuốc, các dấu hiệu cảnh báo đợt tiến triển, và cách liên hệ nhân viên y tế để được chăm sóc kịp thời.

Quý bệnh nhân sẽ được kiểm soát chuyên sâu bằng chương trình QLST, theo dõi tuân thủ điều trị và tần suất các lần khám hoặc cấp cứu, các lần nhập viện ngoài lịch hẹn - điều này có thể giúp xác định được thời điểm cần thiết phải can thiệp ghép tim.

Các hoạt động cường độ nhẹ hàng ngày (như đi bộ), phù hợp với tình trạng bệnh nhân, thường được khuyến

khích thực hiện. Trong các đợt tiến triển, bệnh nhân nên được nghỉ ngơi, tránh gắng sức. Các phương thức phục hồi chức năng tim mạch tiêu chuẩn là rất hữu ích cho bệnh nhân suy tim.

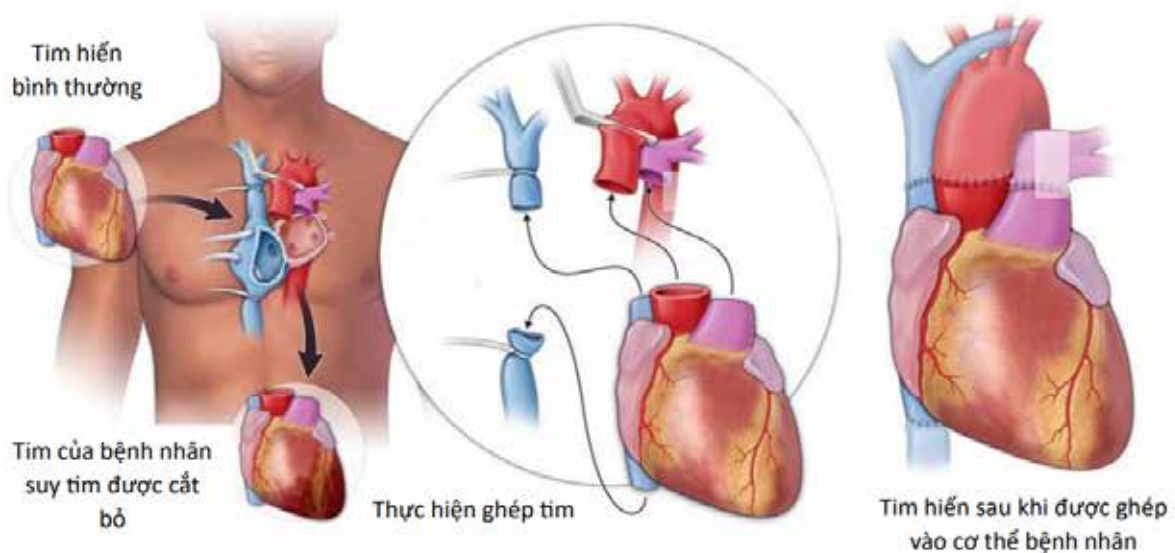
Bệnh nhân được khuyến khích tiêm vắc xin cúm hàng năm và SARS-CoV-2 vì các bệnh này có thể làm trầm trọng thêm suy tim, đặc biệt ở những bệnh nhân nằm viện hoặc bệnh nhân cao tuổi.

Phát hiện bệnh nhân suy tim từ chương trình QLST có chỉ định cần phải ghép tim để sớm đưa vào danh sách chờ ghép tim quốc gia mà không cần đợi bệnh nhân tới suy tim giai đoạn cuối. Bởi vì quá trình

đưa vào danh sách chờ ghép tim và thời gian chờ có tim ghép không phải ngày một ngày hai mà đó là quá trình lâu dài. Do đó bệnh nhân khi có chỉ định ghép tim phải được thăm khám và đưa vào danh sách chờ ghép để sẵn sàng nhận tim nếu có. Điều này giảm được tỷ lệ tử vong khi chờ ghép nếu đưa bệnh nhân vào danh sách chờ ghép khi đã ở giai đoạn muộn. Thời gian chịu đựng của trái tim còn ít, trong khi thời gian chờ tim hiến có thể kéo dài. Bệnh nhân suy tim cần hiểu rõ điều này và tham gia vào chương trình QLST, khi có chỉ định ghép tim cần phối hợp với nhân viên y tế để được tư vấn và chuẩn bị trước ghép tim.

4. Ghép tim - Niềm hy vọng cuối cùng

Bệnh nhân STGĐC có tỷ lệ tử vong cao, gần 50% số bệnh nhân chờ ghép tim tử vong trong vòng 1 năm, con số này cao gấp nhiều lần so với các bệnh ung thư. Do đó ghép tim trở thành hy vọng cuối cùng cho bệnh nhân ở giai đoạn này. Ghép tim là phẫu thuật cấy ghép tim của người hiến đã được xác định chết não hoặc chết tuần hoàn vào cơ thể của người nhận là bệnh nhân suy tim có chỉ định ghép tim nhằm thay thế chức năng của tim bệnh nhân. Tỷ lệ sống sau 10 năm ở bệnh nhân STGĐC được ghép tim là 70-80%. Chất lượng sống của bệnh nhân được cải thiện



Hình 3: Phẫu thuật ghép tim.

một cách ngoạn mục, từ trước đó chỉ sinh hoạt tại chỗ, sau ghép tim có thể sinh hoạt như khi còn khỏe và tham gia lao động phụ giúp gia đình. Điều này không chỉ giúp cho bệnh nhân suy tim sống được cuộc sống mà mình mong ước mà còn giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Chương trình ghép tim tại Bệnh viện ĐHYD được sự phối hợp của các bác sĩ nội và ngoại khoa cùng các chuyên gia khác, mục tiêu là từ chương trình QLST sẽ tuyển chọn bệnh nhân cần ghép tim để đưa vào chương trình quản lý đặc biệt. Bệnh nhân sẽ được chuẩn bị về xét nghiệm, tâm lý cũng như giáo dục trước ghép và được đưa tên lên trên hệ thống ghép tạng quốc gia để sẵn sàng nhận tim khi có người chết não hiến tim phù hợp. Các chuyên gia y tế và bệnh nhân có thể tham khảo

chương trình này trên các nền tảng ứng dụng của bệnh viện ĐHYD.

Phẫu thuật ghép tim: bệnh viện ĐHYD là một trong 6 trung tâm được Bộ Y tế cấp phép ghép tim tại Việt Nam với sự chuẩn bị kỹ càng về nhân sự và trang thiết bị cùng sự hỗ trợ của các chuyên gia đến từ trong và ngoài nước, các bệnh nhân suy tim cần ghép tim được quản lý theo chương trình ghép tim tại bệnh viện sẽ được sẵn sàng phẫu thuật khi có tim hiến phù hợp.

Đăng ký hiến tạng khi chết não là một cử chỉ nhân văn: Tại một số quốc gia ở châu Âu việc đăng ký hiến tạng là quyền mặc nhiên khi con người được sinh ra trừ khi chúng ta từ bỏ quyền đó bằng tuyên bố (văn bản hoặc hình thức khác). Ở Việt Nam đăng ký hiến tạng là một yêu

cầu tự nguyện, đối với mỗi cá nhân chúng ta không ai mong muốn điều không may mắn đến với mình, tuy nhiên nếu có tình huống đó xảy ra chúng ta hãy suy nghĩ cho đi là nhận lại, để tinh thần đó được sống mãi với thời gian.

Nỗ lực của đội ngũ y tế được thể hiện qua việc tích cực điều trị suy tim, theo dõi và phát hiện sớm bệnh nhân có chỉ định ghép tim để đưa vào danh sách quốc gia. Nhân viên y tế cũng được vận động đăng ký hiến tạng khi chết não. Điều này cũng thể hiện tinh thần đi đầu của những con người đang thực hiện sứ mệnh chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

Bộ Y tế luôn tăng cường chất lượng chuyên môn về ghép tim và kiểm tra chất lượng thường xuyên ở các trung tâm ghép tim. Quản lý và điều phối tích cực các trường hợp

hiến tặng. Tuyên truyền và vận động người dân đăng ký hiến tạng khi chết não. Cải thiện chất lượng quản lý bệnh nhân tại các bệnh viện.

Tăng cường các chính sách pháp luật hỗ trợ nghiên cứu và phát triển các kỹ thuật ghép tạng. Tuyên truyền vận động người dân tham gia

đăng ký hiến tạng.

5. Kết luận: Hy vọng cho tương lai

Ghép tim không chỉ đơn thuần là phẫu thuật, mà còn là cả một quá trình tuyển chọn theo dõi và điều trị sau ghép cho bệnh nhân. Đây là niềm hy vọng cho những

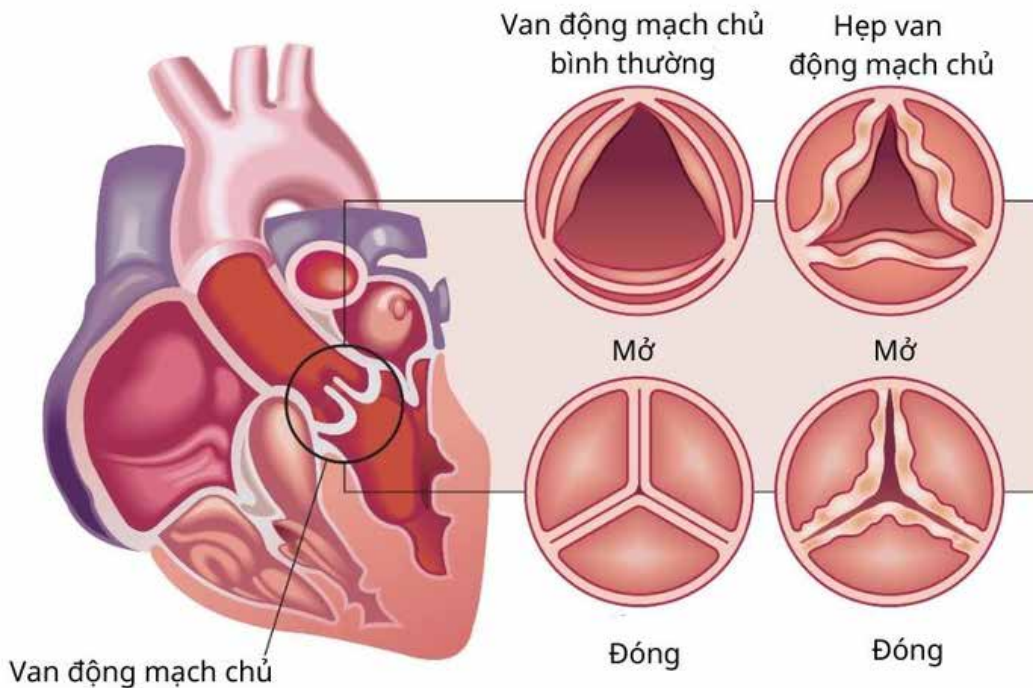
người suy tim giai đoạn cuối. Với những nỗ lực và giải pháp hiệu quả, chúng ta có thể tạo ra những tác động tích cực trong việc điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân đang chờ đợi. Trong bối cảnh đầy những thách thức, ghép tim không chỉ là một phẫu thuật,



Hình 4: Các bác sĩ Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh tham gia ghép tim cùng với các đồng nghiệp trong nước.

CAN THIỆP THAY VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ QUA DA: *Những điều cần biết*

BS. Vương Ngọc Minh - BS. Nguyễn Văn Thái Thanh
Khoa Phẫu thuật Tim mạch người lớn



Hình 1. Van động mạch chủ ngăn cách giữa buồng thất trái của trái tim và động mạch chủ.

Van động mạch chủ là cấu trúc kết nối tâm thất trái và động mạch chủ dẫn máu từ tim đi nuôi toàn bộ các cơ quan trong cơ thể. Vì vậy, bất kỳ nguyên nhân nào làm hẹp van động mạch chủ, khiến van động mạch chủ không thể mở ra hoàn toàn sẽ gây tắc nghẽn dòng máu từ tim. Đây là tình trạng bệnh lý thường gặp, chiếm hai phần ba các chỉ định phẫu thuật van động mạch chủ. Phẫu thuật thay

van động mạch chủ đã được thực hiện từ lâu, đã được chuẩn hóa và đã cứu sống hàng triệu bệnh nhân. Hiện nay, bên cạnh phẫu thuật thì can thiệp thay van động mạch chủ qua da là một biện pháp mới điều trị hẹp van động mạch chủ an toàn và hiệu quả. Sau đây, chúng tôi giới thiệu sơ lược những điều cần biết về phương pháp này.

VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ VÀ

TRÁI TIM

Trái tim là một máy bơm hoạt động liên tục không ngừng nghỉ ngay từ giây phút ta chào đời. Từ trái tim, máu được bơm ra đường ống dẫn máu lớn nhất cơ thể là động mạch chủ rồi mới tỏa ra theo các nhánh đến khắp mọi nơi trong cơ thể. Van động mạch chủ đóng vai trò cánh cửa ngăn cách giữa tâm thất trái và động mạch chủ. Khi hoạt động hiệu



quả nhất thì cánh cửa này chỉ mở ra theo một chiều, chỉ cho phép máu đi ra từ trái tim vào trong động mạch chủ mà không cho đi ngược lại.

HẸP VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

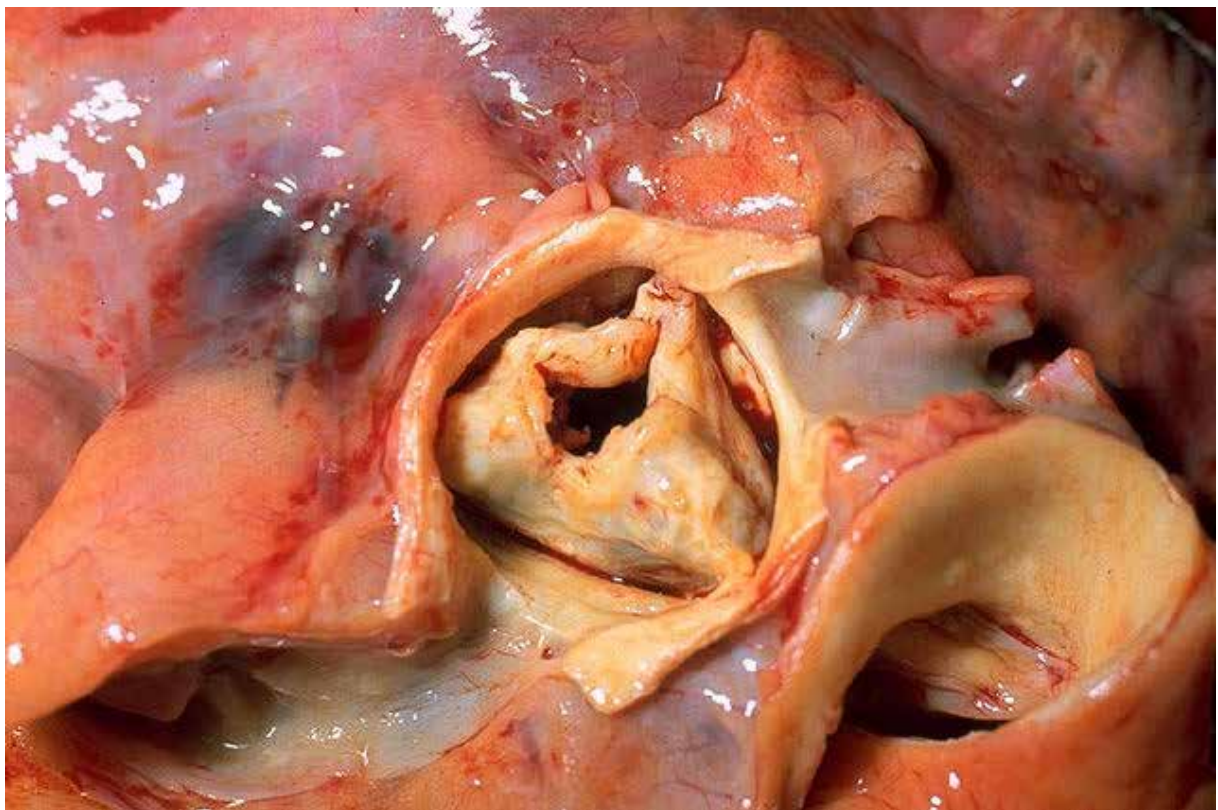
Một trong những điều kiện để bảo đảm hoạt động đóng mở sinh lý của van động mạch chủ là các lá van phải mềm mại, không dính vào nhau. Tuy nhiên, theo thời gian, van động mạch chủ có thể bị vôi hoá, lá van dày lên và van dần hoạt động không hiệu quả. Lúc này, van động mạch chủ như một cánh cửa bị kẹt, không thể mở ra rộng rãi hoàn toàn gây trở ngại cho

máu ra ngoài. Tình trạng này còn gọi là hẹp van động mạch chủ. Trái tim buộc phải hoạt động nhiều hơn. Lâu ngày, thất trái sẽ dày lên làm cho nuôi dưỡng cơ tim không tốt. Cuối cùng, thất trái có thể bị suy giảm co bóp.

Tại Việt Nam, một trong những nguyên nhân thường gặp nhất dẫn đến hẹp van động mạch chủ là bệnh van tim hậu thấp. Hẹp van động mạch chủ còn có thể xảy ra do quá trình thoái hoá, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi. Bên cạnh các nguyên nhân mắc phải thì một số bất thường bẩm sinh có thể làm tăng nguy cơ hẹp van động mạch chủ như van

động mạch chủ hai mảnh. Thay vì có ba lá van thì người bệnh chỉ có hai lá van. Người có van động mạch chủ hai mảnh có nguy cơ hẹp van lẫn hở van cao hơn người bình thường.

Chẩn đoán hẹp van động mạch chủ thường dựa vào biểu hiện của bệnh nhân như đau ngực, khó thở khi gắng sức, thậm chí là ngất. Ngoài ra, nghe tim và thực hiện các xét nghiệm khác như điện tim, X quang phổi, men tim đặc biệt là siêu âm tim có thể giúp chẩn đoán chính xác. Siêu âm tim qua thành ngực là phương tiện không xâm lấn, đóng vai trò quan trọng trong



Hình 2. Van động mạch chủ hẹp nặng (Nguồn: Wikipedia).



việc chẩn đoán, theo dõi bệnh nhân có bệnh lý van tim nói chung và hẹp van động mạch chủ nói riêng.

Một phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác không kém phần quan trọng là chụp cắt lớp vi tính khảo sát động mạch chủ. Việc chụp khảo sát cây động mạch chủ cho phép bác sĩ nhận định được mức độ vôi hoá của lá van, hình thái của động mạch chủ và các nhánh động mạch đùi hai bên, giúp dự đoán mức độ khó khăn trong việc can thiệp van động mạch chủ qua da.

ĐIỀU TRỊ HẸP VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

1. Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa hẹp van động mạch chủ bao gồm:

- Tránh gắng sức và vận động nặng ngay cả khi bệnh nhân không có triệu chứng.
- Điều trị suy tim nếu có. Bệnh nhân không tự dùng thuốc mà cần phải tuân thủ tuyệt đối chỉ định của bác sĩ chuyên khoa tim mạch.

Tuy nhiên, không có loại thuốc nào có thể giải quyết tận gốc nguyên nhân gây hẹp van động mạch chủ và suy giảm chức năng của tim. Hiện nay, điều trị thay van tim được xem là biện pháp duy nhất giảm tải thực sự hiệu quả cho tim và cải thiện sống còn của người bệnh.

2. Thay van động mạch chủ

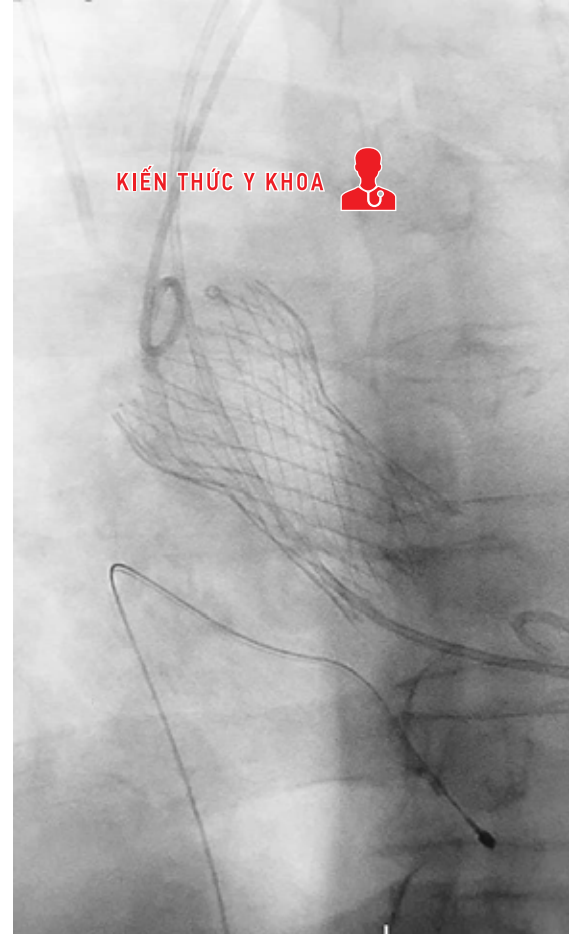
Thay van động mạch chủ có thể thực hiện bằng phẫu thuật thay van kinh điển hoặc bằng thay van động mạch chủ qua da. Hẹp van động mạch chủ không chỉ là vấn đề của riêng van động mạch chủ, mà còn là thử thách cho trái tim và cơ thể của bệnh nhân. Việc thay van động mạch chủ không đơn giản là thay một van tim mới mà còn là cân đong đo đếm giữa lợi ích và nguy cơ của từng phương pháp ở từng người bệnh cụ thể, đòi hỏi phải có chiến lược thích hợp cho từng người bệnh.

- **Phẫu thuật thay van động mạch chủ:** thường ưu tiên chỉ định ở người trẻ, có nguy cơ phẫu thuật thấp.

- **Thay van động mạch chủ qua da:** thường được ưu tiên chỉ định ở người bệnh quá tuổi, gây yếu suy mòn vì phẫu thuật có thể không an toàn, thậm chí dẫn đến tử vong. Thay van động mạch chủ qua da ngày càng được chỉ định rộng rãi hơn chứ không chỉ tập trung vào nhóm bệnh nhân lớn tuổi, suy kiệt, có nguy cơ cao.

CAN THIỆP THAY VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ QUA DA

Can thiệp thay van động mạch chủ qua da (*Transcatheter Aortic Valve Implantation-TAVI hoặc TAVR*) còn có tên khác là can thiệp thay van động mạch chủ qua đường ống



Hình 3. Van động mạch chủ được thay qua da.

thông. Thay vì phải rạch da vùng ngực, cửa xương ức để tiếp cận trái tim, các bác sĩ sẽ chỉ dùng một đường mổ ngắn khoảng 3-5 cm ở vùng bẹn đùi để tiếp cận bó mạch đùi, từ đó thực hiện thủ thuật tại van động mạch chủ. Ống thông này được đưa vào trong lòng động mạch đùi vừa bộc lộ và được luồn lên trên bên trong lòng động mạch chủ đến ngang vị trí van động mạch chủ của người bệnh. Van động mạch chủ mới được nén gọn lại trong một chiếc ống thông với đường kính khoảng 1,5-2cm. Sau khi căn chỉnh vị trí cho phù hợp, van mới này được mở bung ra, hoạt động thay thế cho van động mạch chủ của người bệnh.



Hình 4. Nhóm thực hiện can thiệp thay van động mạch chủ qua da của Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Ưu điểm của TAVI

Trong lúc thực hiện TAVI, người bệnh có thể không phải gây mê sâu mà chỉ cần gây tê tại chỗ, nên giúp tránh đi các tác dụng phụ không mong muốn của quá trình gây mê.

Trong các phương pháp can thiệp thay và sửa van động mạch chủ, TAVI là phương pháp ít tổn thương các cấu trúc da và mô mềm nhất. Về mặt thẩm mỹ, thay vì phải mang một vết sẹo dài ở vùng ngực, những bệnh nhân được thực hiện TAVI chỉ có một vết sẹo ngắn ở vùng bẹn đùi. Về mặt chuyên môn, tránh phải cưa xương ức giúp người bệnh giảm đau đớn hậu phẫu, tránh nguy cơ tổn thương cấu trúc trong và ngoài tim, giúp tránh

đi các biến chứng liên quan như dị ứng chỉ thép, đặc biệt là tránh biến chứng nhiễm trùng và mất vững xương ức. Mặc khác, TAVI không phải sử dụng hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể như trong phẫu thuật thay hoặc sửa van động mạch chủ. Nhờ đó, TAVI giúp giảm thiểu tối đa các biến chứng liên quan đến tuần hoàn ngoài cơ thể.

Ngoài ra, TAVI còn có một số ưu điểm khác như:

- Thời gian nằm viện ngắn hơn.
- Bệnh nhân có thể nhanh chóng trở lại hoạt động bình thường sau 1 tuần.

Rủi ro của TAVI

Tuy có nhiều lợi ích, TAVI vẫn

có những biến chứng và nguy cơ riêng. Các biến chứng này có thể bao gồm:

- Các biến chứng liên quan đến mạch máu: chảy máu, bóc tách thành động mạch, hay tắc động mạch đùi sau can thiệp.

- Biến chứng nhiễm trùng hay tụ dịch tại vết rạch bẹn đùi, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân béo phì.

- Nguy cơ đột quy não: những bệnh nhân lớn tuổi, có van động mạch chủ cũng như hệ thống động mạch vôi hoá nhiều, đối diện với nguy cơ đột quy sau can thiệp cao hơn những bệnh nhân khác. Trong quá trình chuẩn bị trước TAVI, người bệnh được khảo sát kỹ



với chụp cắt lớp vi tính toàn bộ động mạch chủ có cản quang để tầm soát các mảng xơ vữa nguy cơ cao, kèm với theo dõi liên tục tri giác ngay trong can thiệp cũng như sau can thiệp. Tùy vào mức độ nguy cơ, các bác sĩ có thể sử dụng dụng cụ dạng lưới lọc để bảo vệ bệnh nhân khỏi đột quy.

- Nguy cơ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân suy thận mạn tính do thủ thuật phải sử dụng thuốc cản quang.

- Một trong những biến chứng quan trọng nhất của TAVI là tắc nghẽn đường dẫn truyền nhịp trong tim. Trong trường hợp hệ thống dẫn truyền

không phục hồi, không thể dẫn truyền nhịp tim hiệu quả, người bệnh có thể phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.

- Van động mạch chủ sử dụng trong TAVI còn có nguy cơ gây tắc nghẽn hai động mạch vành - những động mạch nuôi tim, dẫn đến thiếu máu cơ tim. Biến chứng này giảm xuống đáng kể trong thời gian gần đây nhờ những tiến bộ trong chế tạo van và những cải tiến của kỹ thuật đặt van.

- Trong một vài trường hợp hiếm gặp, bệnh nhân có thể bị tràn dịch màng ngoài tim sau khi rút dây điện cực tạm thời - sợi dây hỗ trợ tim đập nhanh

khi cần trong quá trình thực hiện TAVI. Ngay khi phát hiện tình trạng này, người bệnh có thể được đặt dẫn lưu màng tim, theo dõi sát và rút dẫn lưu khi ổn định.

THEO DÕI SAU TAVI

Sau khi xuất viện, bệnh nhân sẽ được hẹn tái khám theo lịch 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng. Bệnh nhân cũng có thể tái khám sớm hơn nếu cảm thấy bất kỳ khó chịu nào như khó thở hay đau ngực.

Trong quá trình tái khám, bệnh nhân sẽ được siêu âm đánh giá hình thái cũng như





chức năng của van đã đặt, đánh giá hoạt động của van cũng như đánh giá có dòng hở cạnh van hay không. Thực hiện điện tim giúp phát hiện biến chứng tắc nghẽn đường dẫn truyền hay tắc nghẽn mạch vành xuất hiện muộn sau TAVI.

Đa số bệnh nhân sẽ được sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu. Những bệnh nhân có vấn đề về rối loạn nhịp cần xem xét sử dụng thuốc kháng đông, các bệnh nhân này sẽ cần tái khám thường xuyên hơn để hạn chế các biến chứng chảy máu, nhất là xuất huyết não.

KẾT LUẬN

Hẹp van động mạch chủ là

bệnh lý thường gặp, nếu không được điều trị hiệu quả sẽ diễn tiến ngày càng nặng nề, ảnh hưởng đến chất lượng sức khỏe và tuổi thọ của người bệnh. Can thiệp thay van động mạch chủ qua da, TAVI, đã được chứng minh là có kết quả khả quan, nhất là ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh lý nền đi kèm. Với những ưu điểm về thời gian can thiệp, thời gian hồi sức ngắn, ít xâm lấn, thay van động mạch chủ qua da dần trở thành xu hướng mới.

Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh là một trong những trung tâm tiên

phong tại Việt Nam trong can thiệp bệnh tim mạch qua da, trong đó có thủ thuật TAVI cho bệnh nhân hẹp van động mạch chủ. Trung tâm đã được chứng nhận là trung tâm độc lập thực hiện thủ thuật TAVI và các chuyên gia ở đây cũng được chứng nhận là hướng dẫn viên lâm sàng trong thủ thuật TAVI có thể hướng dẫn các trung tâm khác trên thế giới. Người bệnh hẹp van động mạch chủ khi điều trị tại Trung tâm Tim mạch sẽ được đánh giá, hội chẩn và quyết định điều trị bởi một đội ngũ liên chuyên khoa bao gồm chuyên gia lành nghề, đảm bảo an toàn và hiệu quả.





VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM TRÙNG

Hiểu để phòng ngừa

BS. Nguyễn Hoài Thanh, Đơn vị Hình ảnh Tim mạch

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (*Infective Endocarditis*) là một bệnh nhiễm trùng nguy hiểm ảnh hưởng đến lớp nội tâm mạc của tim. Nội tâm mạc là lớp lót trong cùng của tim, bao gồm bề mặt các van tim và buồng tim. Bệnh này chủ yếu do vi khuẩn gây ra và có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng nếu không được điều trị kịp thời. Bài viết này sẽ giúp bạn hiểu rõ hơn về viêm nội tâm mạc, nguyên nhân gây bệnh, mức độ nguy hiểm, cách phát hiện, điều trị

và cách phòng ngừa hiệu quả.

Lớp nội tâm mạc

Tính từ ngoài vào trong, tim gồm có ba lớp. Lớp ngoài cùng được gọi là lớp thượng tâm mạc là một bao xơ bao bọc quanh tim và phần gần của các mạch máu lớn. Lớp cơ tim nằm ở giữa và là cấu trúc chính thực hiện chức năng co bóp của tim. Lớp trong cùng là nội tâm mạc. Đây là lớp màng mỏng, mịn lót toàn bộ bề mặt bên trong bốn buồng tim và van tim. Nội tâm mạc

gồm một lớp tế bào nội mô lót trực tiếp trên một lớp mô liên kết. Lớp nội mô này có tính chất trơn láng, giúp máu lưu thông dễ dàng và hạn chế ma sát. Dưới lớp nội mô là lớp mô liên kết, cung cấp độ bền và độ đàn hồi cần thiết cho lớp lót này. Bên cạnh collagen, sợi đàn hồi và nguyên bào sợi thì lớp dưới nội mạc có thể chứa các mạch máu, sợi thần kinh, mô mỡ và các bó cơ trơn cũng như các tế bào đặc biệt có chức năng dẫn truyền xung động điện trong tim.



Nội tâm mạc đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì chức năng bình thường của tim, bảo vệ và hỗ trợ cơ tim hoạt động hiệu quả. Chức năng của lớp nội tâm mạc:

- Bảo vệ tim: Nội tâm mạc ngăn cách máu với cơ tim, bảo vệ các tế bào cơ tim khỏi bị tổn thương bởi dòng máu chảy mạnh.

- Dẫn truyền điện học trong tim: Lớp màng lót này chứa các tế bào đặc biệt tham gia vào hệ thống dẫn truyền điện của tim, giúp điều hòa nhịp

tim và đảm bảo các buồng tim co bóp đồng bộ.

- Giảm ma sát và chống đông máu: Bề mặt trơn láng của nội tâm mạc giúp giảm ma sát khi máu lưu thông qua các buồng tim, từ đó tăng hiệu quả bơm máu và chống hình thành cục máu đông nguy hiểm trong tim.

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng là gì?

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng là tình trạng viêm nhiễm lớp nội tâm mạc của tim, thường do vi khuẩn xâm

nhập từ các bộ phận khác của cơ thể vào máu và tấn công nội tâm mạc tim. Bệnh có thể gây ra các khối sùi nhỏ trên van tim, sản sinh các chất độc hại và men phá hủy tổ chức xung quanh, dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như:

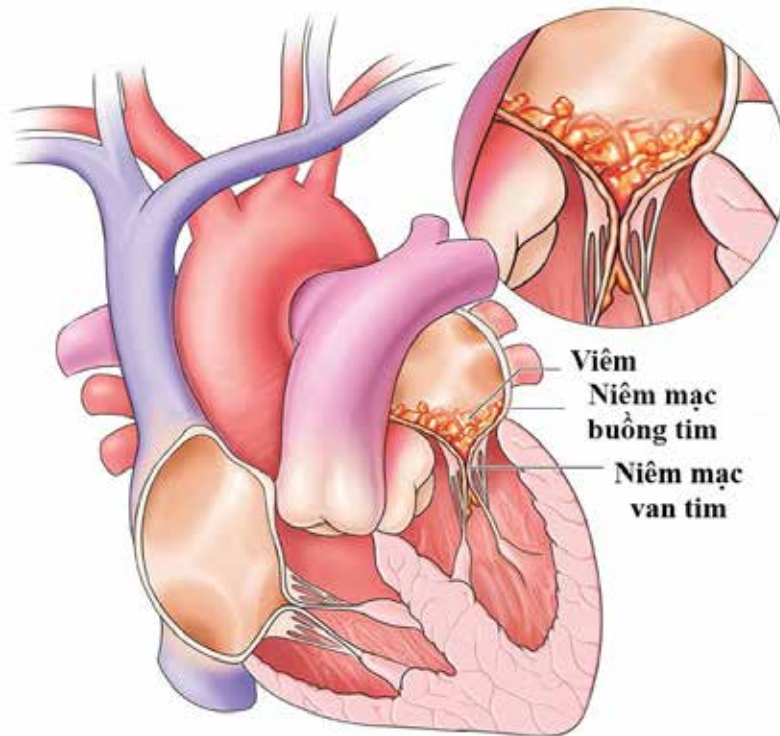
- Tắc mạch do mảnh vỡ từ khối sùi gây ra: Các khối sùi có khả năng bị bong ra một phần hoặc toàn bộ và theo dòng máu đi ra ngoài tim gây tắc nghẽn mạch máu ở các cơ quan. Tắc mạch có thể gây nên nhồi máu cơ tim cấp, nhồi máu não, nhồi máu lách hoặc mạc treo ruột, tắc mạch dưới da, tắc mạch máu võng mạc.

- Hở van tim: Khối sùi có thể ăn lan làm rách van hoặc đứt dây chằng đưa đến hở van tim cấp có thể gây suy tim cấp, hoặc thậm chí gây phù phổi cấp.

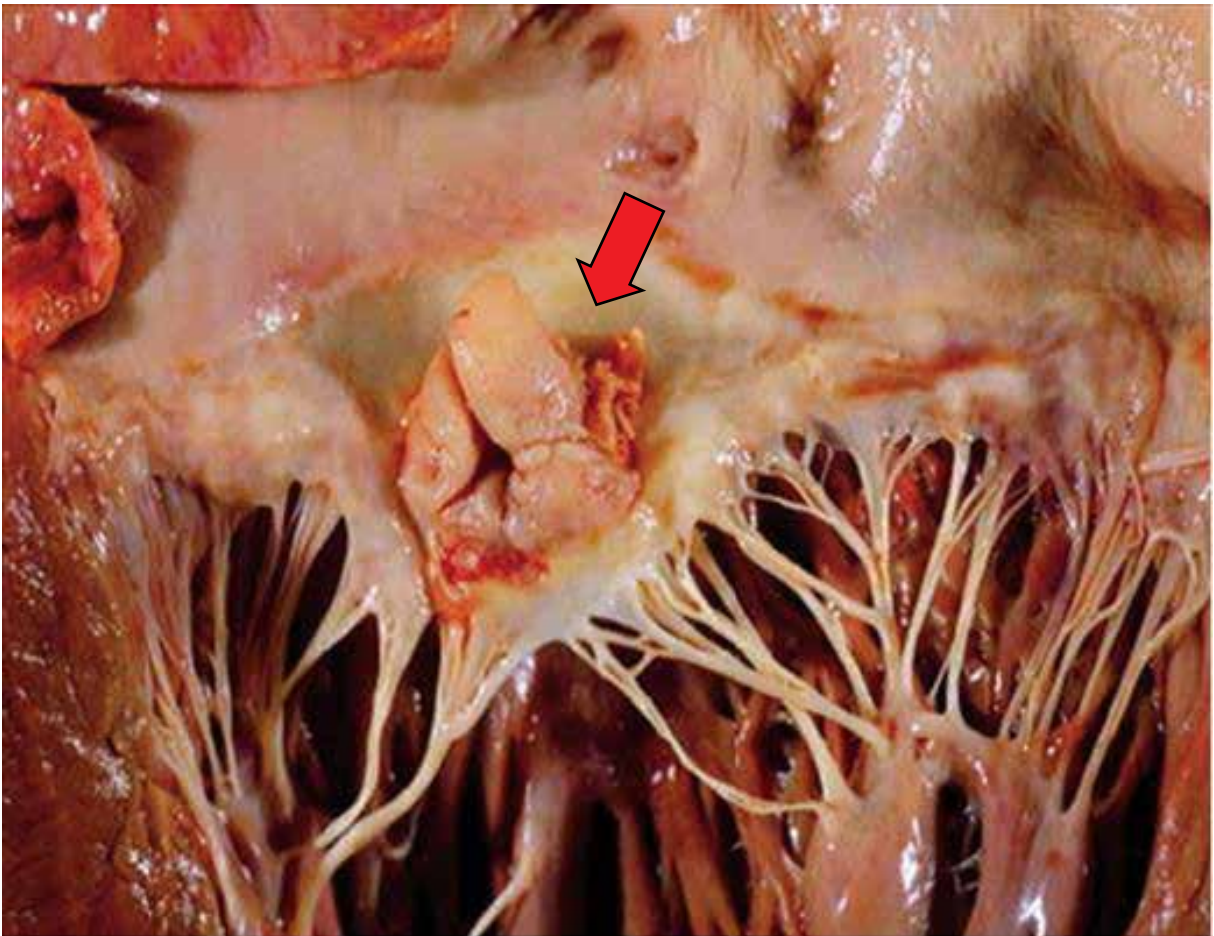
- Áp-xe quanh van tim: Nếu viêm nội tâm mạc nhiễm trùng không được điều trị kịp thời hoặc do vi khuẩn có độc lực cao, bệnh nhân có thể diễn tiến đến áp xe quanh van tim. Đây là một trường hợp bệnh rất nặng, điều trị khó khăn.

- Nhiễm trùng huyết: Vi khuẩn từ sùi có thể phóng thích vào máu đến các cơ quan khác và kích thích đáp ứng miễn dịch mất điều phối của cơ thể gây

Viêm nội tâm mạc



Hình 1. Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (Nguồn: Cleveland Clinic).



Hình 2. Khối sùi trên van hai lá (mũi tên). (Nguồn: Fuster, Walsh, Harrington: Hurst's The Heart).

nên nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn huyết và suy đa tạng.

Những người có nguy cơ mắc bệnh

Viêm nội tâm mạc thường xảy ra ở những người có bệnh tim từ trước hoặc những người có hệ miễn dịch suy yếu. Những đối tượng có nguy cơ cao bao gồm:

- Người mắc bệnh van tim như bệnh van hai lá có hở van.
- Người có van tim nhân tạo.

- Người từng bị viêm nội tâm mạc.

- Người có các dị tật tim bẩm sinh.

- Người sử dụng thiết bị y tế cấy ghép trong tim như máy tạo nhịp tim.

- Người có thói quen sử dụng thuốc tiêm tĩnh mạch, đặc biệt là những người tiêm chích ma túy.

- Người có hệ miễn dịch bị suy giảm: Bệnh suy giảm miễn dịch, bệnh nhân ung thư,

bệnh nhân được điều trị ức chế miễn dịch.

Nguyên nhân gây bệnh

Hầu hết các trường hợp viêm nội tâm mạc do nhiễm khuẩn, đặc biệt là vi khuẩn từ miệng, da, ruột, hệ hô hấp hoặc đường tiết niệu xâm nhập vào máu qua các hoạt động hàng ngày như ăn uống, đánh răng, hoặc thông qua các thủ thuật y tế như nhổ răng không đảm bảo vệ sinh.

Những vi khuẩn này có thể

nh nhanh chóng hình thành các khối sùi, sản sinh các men thủy phân phá hủy mô xung quanh.

Triệu chứng của viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

Triệu chứng của viêm nội tâm mạc nhiễm trùng có thể khác nhau tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng và thời gian mắc bệnh. Một số triệu chứng phổ biến bao gồm:

- Sốt cao. Tuy nhiên, cũng có nhiều người chỉ có sốt nhẹ hoặc biểu hiện ớn lạnh mà không có sốt rõ ràng.
- Đổ mồ hôi đêm.
- Phát ban da. Tổn thương da trong viêm nội tâm mạc nhiễm trùng có những biểu hiện đặc biệt giúp bác sĩ chuyên khoa có thể chẩn đoán được bệnh.
- Đau, sưng, đỏ hoặc viêm da, khớp.

- Vết thương hoặc vết cắt không lành.

- Họng đau, khó nuốt.

- Ho kéo dài.

- Khó thở.

- Giảm cân không rõ nguyên nhân.

- Đau cơ và khớp.

Trên thực tế lâm sàng, có nhiều người bệnh có biểu hiện rất mơ hồ như ớn lạnh về chiều bị chẩn đoán nhầm là cảm cúm thông thường, do đó được điều trị không đúng cách dẫn đến chậm trễ và khó khăn trong chẩn đoán cũng như xuất hiện các biến chứng nặng hơn.

Chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

Để chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, bác sĩ sẽ dựa vào các triệu chứng lâm sàng, khám thực thể và các xét

nghiệm chẩn đoán như:

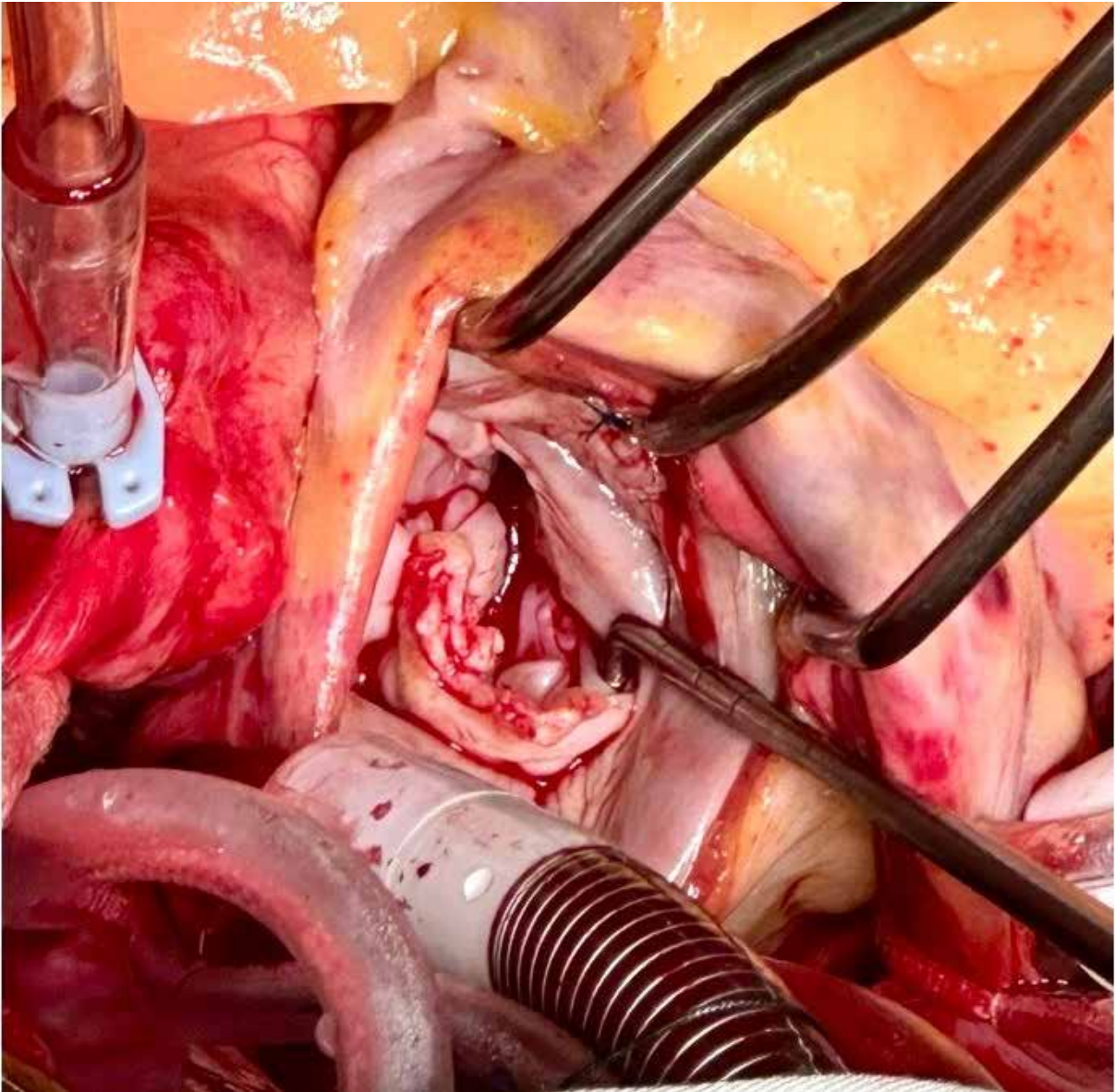
- Cấy máu để phát hiện vi khuẩn gây nhiễm trùng. Cấy máu đôi khi phải thực hiện nhiều lần vì không phải lúc nào cũng có thể bắt được vi khuẩn trong máu. Khi cấy máu dương tính (mọc vi khuẩn), thầy thuốc có thể thực hiện kháng sinh đồ để tìm ra thuốc kháng sinh điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

- Xét nghiệm máu để kiểm tra số lượng bạch cầu và các dấu ấn sinh học của viêm.

- Siêu âm tim để phát hiện các khối sùi, áp-xe quanh van hoặc hở van tim. Siêu âm qua thành ngực không xâm lấn là kỹ thuật quan trọng trong chẩn đoán sự hiện diện của khối sùi cũng như những biến chứng tại tim của viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Trong trường hợp siêu âm tim qua



Hình 3. Tổn thương da trong viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.



Hình 4. Hình chụp sùi viêm nội tâm mạc nhiễm trùng gây tổn thương van tim bắt buộc phẫu thuật thay van hai lá.

thành ngực không kết luận được thì có thể thực hiện siêu âm tim qua ngả thực quản.

- Các kỹ thuật hình ảnh cao cấp khác như PET/CT hoặc cộng hưởng từ để xác định vị trí nhiễm trùng cũng như biến chứng của bệnh.

Điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng là một bệnh nguy hiểm cần được điều trị kịp thời để tránh tổn thương nghiêm trọng cho van tim và các biến chứng toàn thân nguy hiểm.

Phương pháp điều trị chính bao gồm:

- Kháng sinh: Bắt đầu bằng liệu pháp kháng sinh tiêm tĩnh mạch phổ rộng dựa trên kinh nghiệm và mức độ phổ biến của các vi khuẩn gây bệnh ở địa phương. Sau khi



xác định loại vi khuẩn cụ thể, kháng sinh sẽ được điều chỉnh để nhắm đích hiệu quả. Điều trị kháng sinh có thể kéo dài trong khoảng 4-6 tuần hoặc lâu hơn tùy trường hợp.

- Phẫu thuật: Trong một số trường hợp, phẫu thuật được chỉ định để loại bỏ khối sùi lớn (kháng sinh khó thấm vào) và có nguy cơ tắc mạch cao; sửa chữa hoặc thay thế van tim bị tổn thương.

Phòng ngừa viêm nội tâm mạc

Phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn chủ yếu tập trung vào việc duy trì vệ sinh răng miệng tốt và kiểm soát các yếu tố nguy cơ. Một số biện pháp phòng ngừa bao gồm:

- Giữ gìn vệ sinh răng miệng tốt. Thường xuyên đánh răng và vệ sinh răng đều đặn.

- Khám răng định kỳ mỗi sáu tháng.

- Điều trị kịp thời các nhiễm trùng răng miệng như sâu răng, nha chu, nhất là ở những người có nguy cơ cao bị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (xem phần trên).

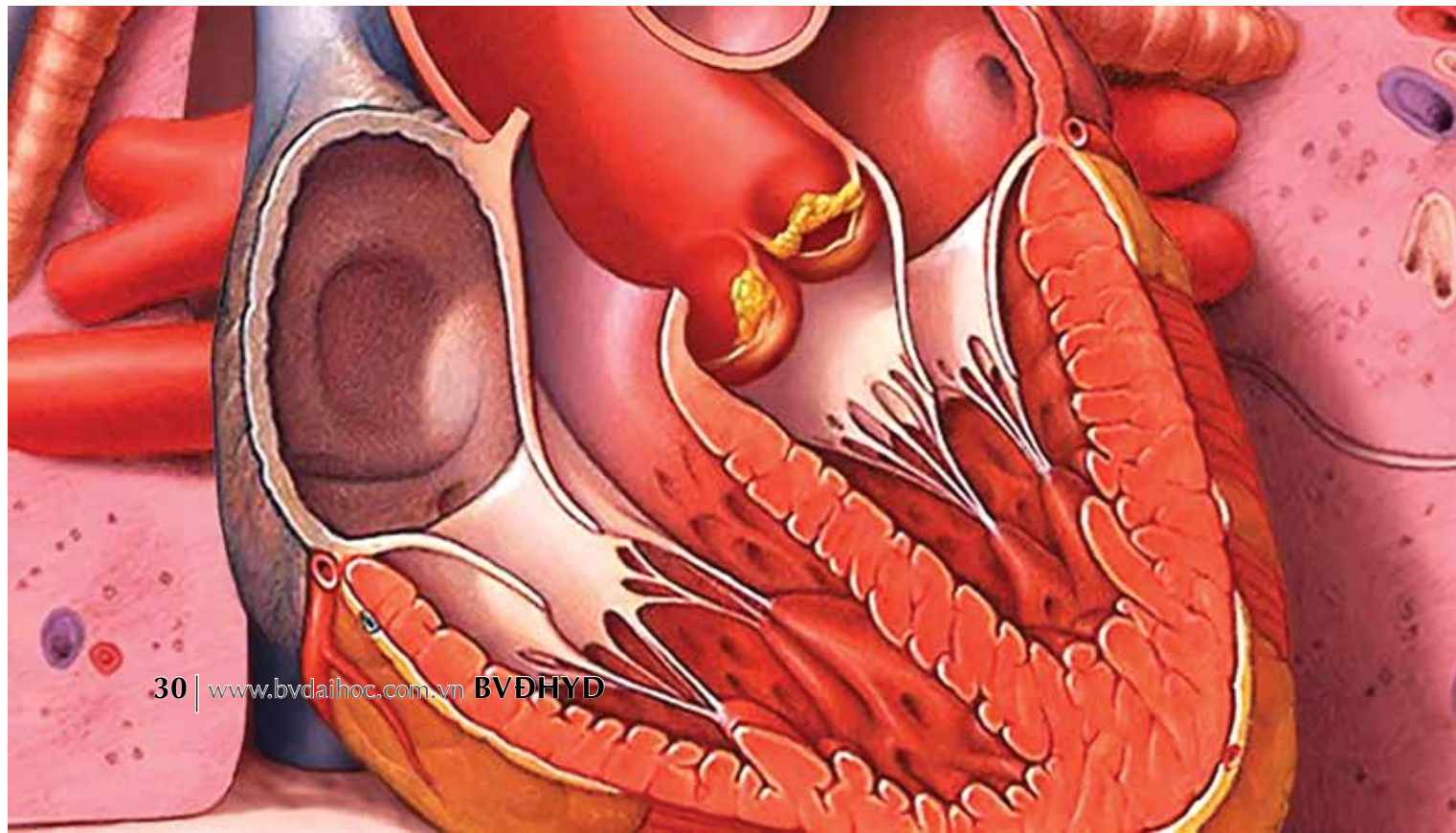
- Tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng theo chỉ định của bác sĩ, đặc biệt trước khi thực hiện các thủ thuật nha khoa ở những người có nguy cơ cao.

Kết luận

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng là một bệnh nhiễm trùng nghiêm trọng ảnh hưởng đến

lớp nội tâm mạc của tim. Việc hiểu rõ về bệnh, các yếu tố nguy cơ, triệu chứng, phương pháp chẩn đoán và điều trị là rất quan trọng để phòng ngừa và điều trị kịp thời, bảo vệ sức khỏe tim mạch. Nếu bạn hoặc người thân có nguy cơ mắc bệnh, hãy thường xuyên kiểm tra sức khỏe và tuân thủ các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu nguy cơ viêm nội tâm mạc.

Một khi có những biểu hiện bất thường như đã nói ở trên thì không được chủ quan coi thường mà phải được thăm khám bởi các bác sĩ chuyên khoa. Một khi không may mắc nội tâm mạc nhiễm trùng thì cần tuyệt đối tuân thủ điều trị.



K

IẾN THỨC Y KHOA

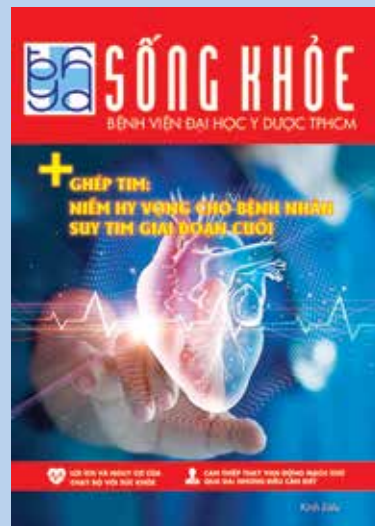
3-30

3. LỢI ÍCH VÀ NGUY CƠ CỦA CHẠY BỘ VỚI SỨC KHỎE
8. CAN THIỆP QUA ĐƯỜNG ỐNG THÔNG CÁCH MẠNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐỘNG MẠCH CHỦ
14. GHÉP TIM: NIỀM HY VỌNG CHO BỆNH NHÂN SUY TIM GIAI ĐOẠN CUỐI
19. CAN THIỆP THAY VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ QUA DA: NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT
25. VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM TRÙNG - HIỂU ĐỂ PHÒNG NGỪA

MỤC LỤC

SỐNG KHỎE BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

SỐ 47



Chủ biên

PGS TS BS. Nguyễn Hoàng Bắc

Chịu trách nhiệm biên soạn

GS TS BS. Trương Quang Bình

PGS TS BS. Lê Minh Khôi

PGS TS DS. Đặng Nguyễn Đoàn Trang

Thực hiện và phát hành

Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Địa chỉ: 215 Hồng Bàng, Q.5, TP. Hồ Chí Minh

ĐT: (028) 3855 4269

Fax: (028) 3950 6126

Website: www.bvdaihoc.com.vn

Email: bvdhyd@umc.edu.vn

Thiết kế sống khỏe

Công ty Cổ phần In Tiền Giang

Thư từ, bài vở, góp ý xin gửi về

khoahocdaotao@umc.edu.vn

Giấy phép xuất bản số 37/GP-STTTT
ngày 17 tháng 09 năm 2024

In 5.000 cuốn, khổ 20 x 28 cm

Chế bản và in tại

Công ty Cổ phần In Tiền Giang

Số 10 Học Lạc, Phường 3, TP. Mỹ Tho
tỉnh Tiền Giang

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

215 Hồng Bàng, P.11, Q.5, TP. Hồ Chí Minh

ĐT: (028) 3855 4269

Website: www.bvdaihoc.com.vn

