

Xử trí phình động mạch vành phải khổng lồ dò vào thất trái: báo cáo trường hợp lâm sàng và nhìn lại y văn

Lâm Việt Triều, Phạm Thị Kim Mỹ, Trần Quang Trường*

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Phình động mạch vành phải khổng lồ dò vào thất trái là một bệnh lý cực kỳ hiếm gặp và nhiều nguy cơ biến chứng: huyết khối, suy tim, vỡ,... Chúng tôi mô tả một trường hợp phình động mạch vành phải khổng lồ dò vào thất trái từ đó đối chiếu với y văn để làm rõ cơ bệnh học và chiến lược điều trị loại bệnh lý này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo một trường hợp lâm sàng phình động mạch vành phải khổng lồ dò vào thất trái hiếm gặp được chẩn đoán và điều trị thành công tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Kết quả: Bệnh nhân nữ 51 tuổi được chẩn đoán phình động mạch vành phải khổng lồ dò vào thất trái, được chẩn đoán và điều trị thành công bằng phương pháp phẫu thuật vá lỗ dò bằng màng ngoài tim tự thân, tình trạng hậu phẫu ổn định. Bệnh nhân được điều trị ngoại trú ổn định bằng Aspirin kết hợp kháng Vitamin K1, sau đó tự ý ngưng tái khám và ngưng thuốc. Nhập viện lại vì đau ngực, CT-Scan ngực cho thấy huyết khối gần như toàn bộ động mạch vành phải, bệnh nhân được xử trí heparin đường tĩnh mạch. Bệnh nhân hết đau ngực và được ra viện, tiếp tục duy trì Aspirin và kháng Vitamin K1 ngoại trú.

Kết luận: Bệnh lý phình động mạch vành phải khổng lồ dò vào thất trái là một bệnh lý cực kỳ hiếm gặp đi kèm nhiều nguy cơ và biến chứng. Phẫu thuật vá lỗ dò trong trường hợp này là phương pháp an toàn, hiệu quả. Cần có sự phối

hợp nhóm chặt chẽ từ bác sĩ nội khoa, bác sĩ can thiệp, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật tim, bác sĩ chăm sóc sau mổ cũng như sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

Từ khóa: Phình động mạch vành, dò động mạch vành vào thất trái.

MANAGEMENT OF GIANT RIGHT CORONARY ARTERY ANEURYSM FISTULA INTO THE LEFT VENTRICLE: A CLINICAL CASE REPORT AND REVIEW OF THE MEDICAL LITERATURE

ABSTRACT:

Background: A giant right coronary artery aneurysm fistula into the left ventricle is an extremely rare disease with a high risk of complications such as thrombosis, heart failure, and rupture, We describe a case of giant right coronary artery aneurysm fistula into the left ventricle and compare it with medical literature review to clarify the pathology and treatment strategy of this disease.¹

Materials and methods: A report of a clinical case involving a giant right coronary artery aneurysm with a fistula into the left ventricle which was diagnosed and treated successful at Can Tho Central General Hospital.

Khoa Phẫu Thuật Tim, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

*Tác giả liên hệ: Trần Quang Trường.

Email: quangtruongit1997@gmail.com. Tel: 0947989531

Ngày nhận bài: 24/06/2025 Ngày sửa bài: 02/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 09/10/2025

Results: A 51-year-old female patient was diagnosed with a giant right coronary artery aneurysm fistula into the left ventricle, successfully diagnosed and treated by surgical repair of the fistula with autologous pericardium and her postoperative condition was stable. The patient was treated as an outpatient with Aspirin combined with Vitamin K1 antagonist, then stop taking medication without permission. She was readmitted to the hospital due to chest pain, and a chest CT scan showed thrombosis of almost the entire right coronary artery. The patient was treated with intravenous heparin. The patient's chest pain was gone and she was discharged,

continuing to maintain Aspirin and Vitamin K1 antagonist on an outpatient basis.

Conclusion: Giant right coronary artery aneurysm with a fistula to the left ventricle is an extremely rare disease with significant risks and complications. Surgical repair of the fistula in this case is a safe and effective method. A close collaboration among the medical team, including internists, interventional cardiologists, radiologists, cardiac surgeons, and post-operative care physicians, is essential, along with the patient's adherence to treatment.

Keywords: *Coronary artery aneurysm, coronary artery fistula into the left ventricle*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Dò động mạch vành là một bệnh lý ít gặp (là bất thường hiếm gặp nhất trong mổ tử thi 0,002% và chỉ chiếm 0,2% - 0,4% các bệnh tim bẩm sinh). Lần đầu tiên được mô tả bởi Krass năm 1865 [1].

Đa số là do nguyên nhân bẩm sinh, ngoài ra cũng có thể do nguyên nhân mắc phải (chấn thương, can thiệp thủ thuật) [2]. Một số tác giả khác phân loại dựa vào đặc điểm sinh bệnh học: (1) dò động – tĩnh mạch vành bẩm sinh (congenital coronary arteriovenous fistula) là sự thông thương trực tiếp giữa một ĐMV với buồng nhĩ, thất phải, xoang vành hoặc các tĩnh mạch nhánh của xoang vành, tĩnh mạch chủ trên, động mạch phổi hoặc các tĩnh mạch phổi gần tim – đây là loại dò ĐMV hay gặp và (2) dò động - động mạch vành bẩm sinh (congenital coronary arterioartery fistula) là dò ĐMV vào thất trái – là loại dò ĐMV ít gặp hơn.

Dò động mạch vành phải vào thất trái chiếm tỷ lệ 3% trong nhóm dò ĐMV [4]. Đặc biệt dò ĐMV phải vào thất trái với phình động mạch vành phải khổng lồ (đường kính ĐMV >20mm) là một bệnh lý cực kỳ hiếm gặp và nhiều nguy cơ biến chứng: huyết khối, suy tim, vỡ, Chúng tôi mô tả một trường hợp phình động mạch vành phải khổng lồ dò vào thất trái từ đó đối chiếu với y văn để làm rõ cơ bệnh học và chiến lược điều trị loại bệnh lý này.

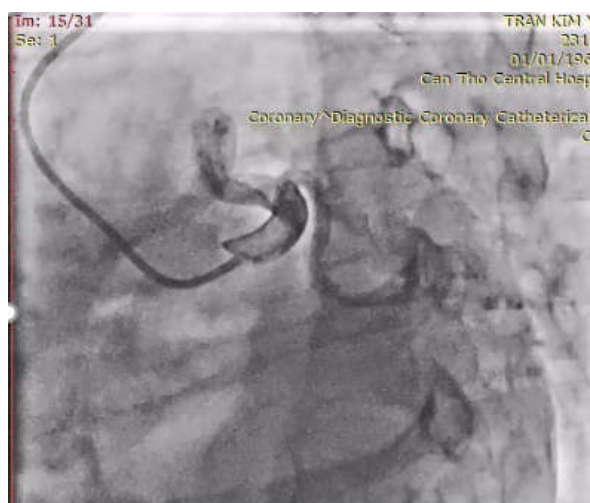
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Báo cáo một trường hợp lâm sàng phình động mạch vành phải khổng lồ dò vào thất trái hiếm gặp được chẩn đoán và điều trị thành công tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

III. BÁO CÁO CA BỆNH:

Bệnh nhân nữ T.K.Y 51 tuổi vào viện vì nặng ngực trái CCSIII, đánh trống ngực nhiều kèm khó thở NYHA III. Xét nghiệm thấy

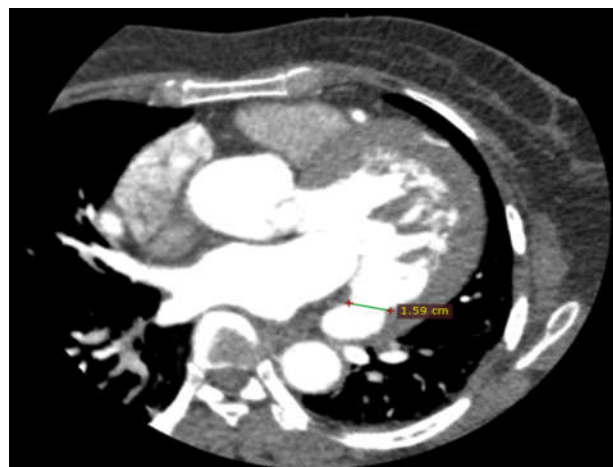
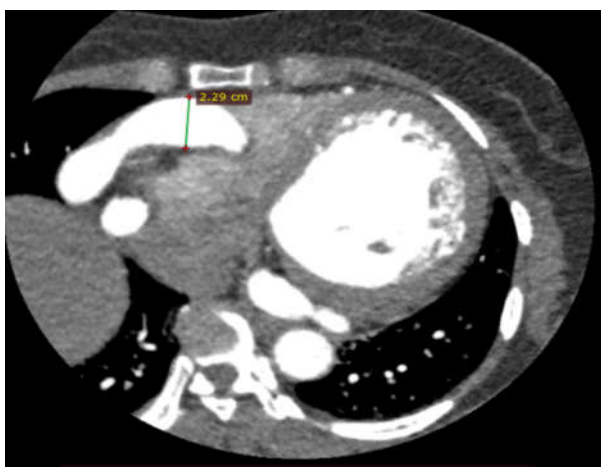
Troponin T hai mẫu tăng có ý nghĩa (lần 1: 0,148 mcg/L, lần 2: 0,253 mcg/L). Được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp và được chụp động mạch vành cấp cứu. Kết quả thấy phình to ĐMV phải, hệ ĐMV trái không hẹp, được chuyển khoa Phẫu thuật tim điều trị tiếp tục.



Hình 1. Phình động mạch vành phải trên chụp động mạch vành (đoạn đầu của động mạch vành phải to hơn nhiều lần so với kích thước đầu pigtail của ống thông chụp mạch vành)

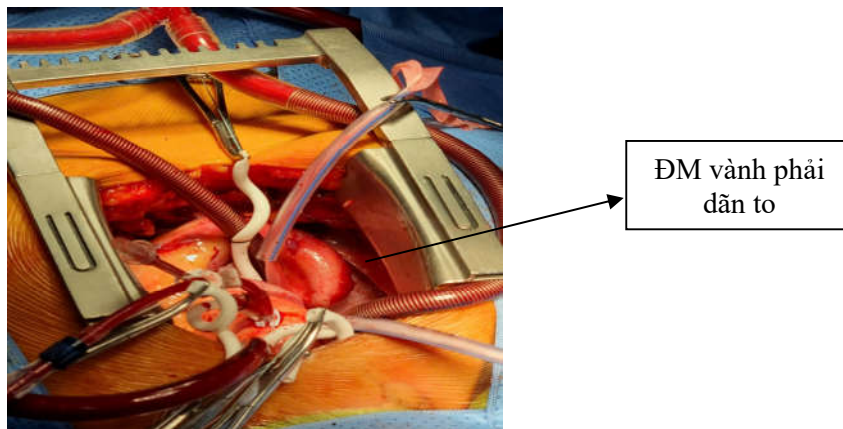
Kết quả siêu âm Doppler tim ghi nhận: giảm động nhẹ vách liên thất phần giữa, dẫn thất trái (LVDd: 65mm), hở van hai lá 1/4, hở van ba lá 2/4, phân suất tống máu: 48% (Simpson), phình động mạch vành phải đường kính 20-25mm, dòng Doppler bất thường lẫn aliasing đỏ vào thất trái gần lá sau van hai lá nghĩ lỗ dò từ ĐMV phải.

Bệnh nhân được điều trị nội khoa tích cực và chụp MSCT hệ động mạch vành. Kết quả MSCT: động mạch vành phải phình to kích thước từ 18-24mm dài ngoằn ngoèo và dò vào thất trái, nghĩ là nhánh sau thất trái (posterolateral artery) với đường kính lỗ dò khoảng 15mm, không có huyết khối bít thành. Các cận lâm sàng khác chưa ghi nhận bất thường.



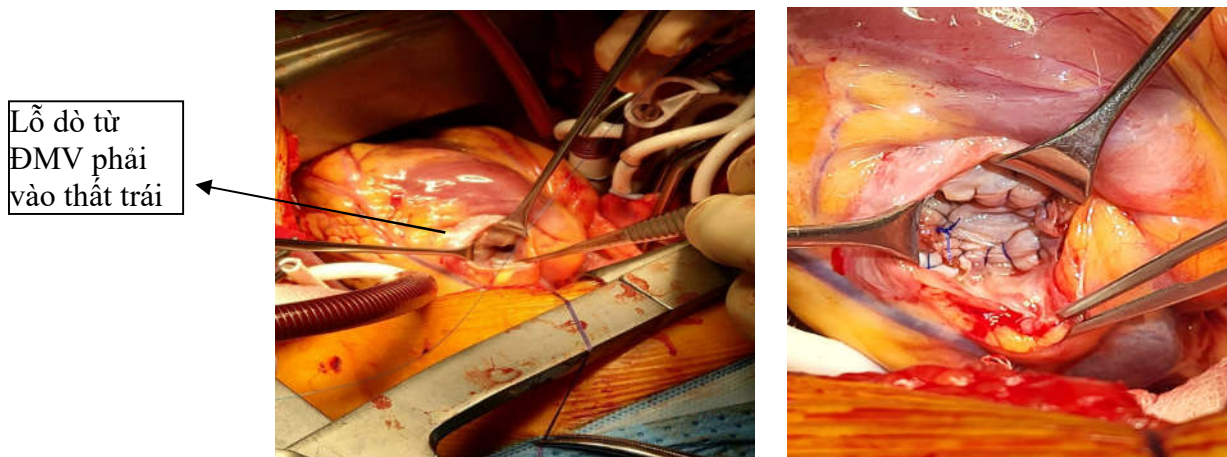
Hình 2. Phình động mạch vành phải trên chụp MSCT động mạch vành

Bệnh nhân được lên lịch phẫu thuật chương trình. Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn: phẫu thuật tim hở với tuần hoàn ngoài cơ thể, vá lỗ dò bằng miếng patch màng ngoài tim tự thân (xử lý ngâm Gultaraldehyde). Sau khi mở ngực và thiết lập hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể: quan sát thấy ĐMV phải phình to đường kính khoảng 25mm, dài ngoằn ngoèo, sờ thấy rù (thrill) ở ĐMV suốt thì tâm trương, đánh dấu vị trí sờ thấy to và rõ nhất nghĩ là lỗ dò.

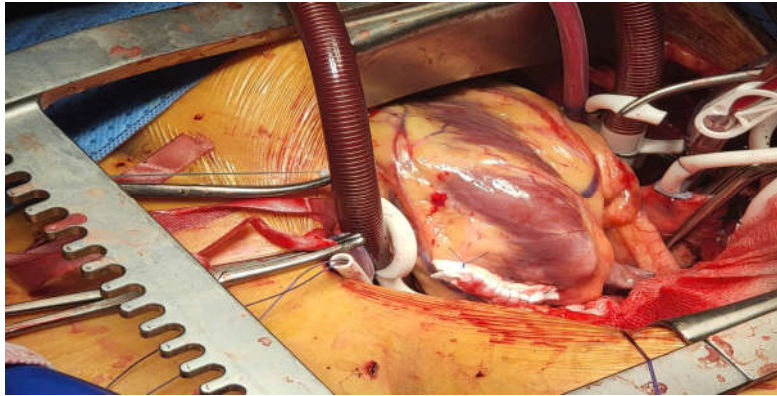


Hình 3. Thiết lập hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể

Sau khi cặp clamp động mạch chủ và liệt tim xuôi dòng bằng Custodiol qua root nhưng thấy tim ngưng kém hiệu quả. Có thể là do mạch vành phải dẫn to kèm lỗ dò vào thất trái nên không thể liệt tim tốt => chúng tôi quyết định liệt tim ngược dòng qua lỗ xoang vành, tim ngưng tốt. Mở ĐMV phải vị trí đánh dấu ghi nhận lỗ dò kích thước khoảng 15x15mm, trong lòng ĐMV không huyết khối, tổ chức xung quanh lỗ dò dày có hiện tượng vôi hóa nhẹ. Kiểm tra kỹ chỉ thấy một lỗ dò duy nhất. Tiến hành khâu đóng lỗ dò bằng ngoài ngoài tim với chỉ Prolene 5-0 mũi liên tục, khâu đóng hai lớp.



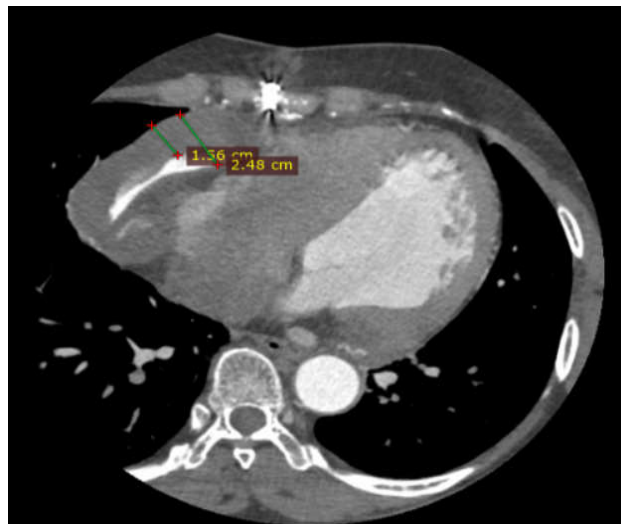
Hình 4. Phẫu thuật đóng lỗ dò động mạch vành phải trên bệnh nhân T.K.Y



Hình 5. Khâu lại chỗ mở động mạch vành phải

Diễn tiến hậu phẫu thuận lợi, bệnh nhân được ra viện với tình trạng ổn định, siêu âm sau phẫu thuật không thấy shunt tồn lưu. Bệnh nhân được cho ra viện sau 10 ngày và tái khám ngoại trú hằng tháng với kháng đông sau mổ là Aspirin và kháng vitamin K1. Sau 4 tháng khám ngoại trú, bệnh nhân tự ý ngưng khám tại bệnh viện, chỉ khám tại địa phương. Đặc biệt ngưng uống kháng vitamin K1.

Sau đó bệnh nhân than có những cơn tức ngực, chúng tôi phải yêu cầu bệnh nhân quay lại tái khám và chụp CT-Scan động mạch vành.



Hình 6. Kết quả chụp CT-Scan ĐMV: huyết khối gần như lấp đầy toàn bộ ĐMV phải

Bệnh nhân được xử trí heparin truyền đường tĩnh mạch. Sau đó tình trạng lâm sàng cải thiện; giảm khó thở, giảm đau ngực nên được cho xuất viện. Bệnh nhân được sử dụng lại kháng vitamin K1 kết hợp Aspirin ở phòng khám ngoại trú, duy trì INR mỗi tháng từ 2-3.

Sau 06 tháng, triệu chứng lâm sàng của

bệnh nhân được cải thiện rõ rệt, không còn xuất hiện cơn đau thắt ngực và không có triệu chứng khó thở. Siêu âm Doppler tim kiểm tra ghi nhận đường kính thất trái (LVDd): 51mm, phân suất tống máu (EF): 57% ; cải thiện rất nhiều do với trước khi phẫu thuật (LVDd: 65mm, EF: 48%).

IV. BÀN LUẬN:

Can thiệp lỗ dò ĐMV thường có hai nhóm chính: can thiệp bít dù hoặc can thiệp phẫu thuật. Trong trường hợp dò động mạch vành, đặc biệt ở những lỗ dò to, khả năng sử dụng dù có đường kính lớn thì nguy cơ che lấp các nhánh phụ cao dẫn đến thiếu máu cơ tim, cho nên phương pháp phẫu thuật ở những trường hợp này thường được lựa chọn [6].

Nghiên cứu y văn trên thế giới về những trường hợp lâm sàng tương tự được báo cáo từ 1989 đến 2021 có một số trường hợp sau được ghi nhận [10]. Nghiên cứu của Shizukuda Y và cộng sự (1989) trên bệnh nhân nữ 36 tuổi. Nhập viện với triệu chứng đánh trống ngực, khó thở. Ghi nhận kích thước ĐMV phải 35mm, đường kính lỗ dò 20mm. Bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo và đóng lỗ dò. Abe S và cộng sự (2006) ghi nhận 01 bệnh nhân nam 68 tuổi vào viện vì khó thở và hồi hộp đánh trống ngực khi gắng sức nhẹ. Siêu âm tim ghi nhận van động mạch chủ 4 mảnh, hở nặng van động mạch chủ. Chụp động mạch vành phát hiện động mạch liên thất trước dò vào thân động mạch phổi. Bệnh nhân được phẫu thuật thay van động mạch chủ và đóng lỗ dò. Wei J và cộng sự (2011) báo cáo 01 trường hợp nam 26 tuổi, không triệu chứng. Bệnh nhân khám sức khỏe định kỳ phát hiện âm thổi bất thường ở tim và bóng tim to trên phim x-quang. Siêu âm tim có dẫn thất trái (71mm) và phân suất tống máu 65%. Chụp ĐMV ghi nhận ĐMV phải phình to, đường kính 58mm, dò vào thất trái. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ ĐMV phải khổng lồ, đóng lỗ dò và phẫu thuật bắc cầu ĐMV. Sun JP và cộng sự (2019) báo cáo 01 trường hợp nam 55 tuổi vào viện vì nặng ngực trái khoảng 01 năm, có âm thổi tâm trương ở bờ trái xương ức. Siêu âm tim thấy ĐMV phải dẫn to, thất trái dẫn

và phân suất tống máu bình thường, có dòng chảy bất thường từ ĐMV phải vào thất trái. Chụp ĐMV ghi nhận đường kính ĐMV phải 50mm. Bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo ĐMV phải và đóng lỗ dò. Năm 2021, Diao W và cộng sự trình bày bệnh nhân nam 48 tuổi vào viện vì cơn đau thất ngực và đánh trống ngực. Có lớn thất trái và ĐMV phải khổng lồ, đường kính 77*55mm, đường kính lỗ dò 22mm. Bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu động mạch vành và đóng lỗ dò.

Nhìn từ tổng quan y văn và thực tế lâm sàng, chúng tôi rút ra một số chú ý về tổn thương dò động mạch vành như sau:

1. Về đặc điểm của bệnh:

Lâm sàng: với các lỗ dò nhỏ hầu như đa số bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng, bệnh được phát hiện tình cờ do có tiếng thổi ở tim hoặc chụp động mạch vành do nguyên nhân khác. Ở những bệnh nhân có lỗ dò kích thước lớn, hầu như bệnh nhân không có triệu chứng ở giai đoạn sớm. Triệu chứng thường gặp là đau thất ngực, đánh trống ngực và khó thở [1].

Giải phẫu: tổng hợp các báo cáo cho thấy có vẻ dò ĐMV phải thường gặp hơn so với ĐMV trái. Với dò ĐMV phải và nhánh của nó chiếm 50-55%, ĐMV trái chiếm 35-40%, còn lại là dò ở cả 2 ĐMV [1]. Nguyên nhân bẩm sinh: chiếm phần lớn. Trong đó 80% trường hợp xuất hiện riêng biệt, 20% xuất hiện kèm dị tật tim khác (thông liên thất, thông liên nhĩ, bất thường đường về tĩnh mạch...). Nguyên nhân thứ phát: chiếm phần nhỏ, thường là biến chứng của xơ vữa mạch máu hoặc can thiệp ĐMV. Những biến chứng đã được mô tả như: dò ĐMV mũ sau mổ thay van hai lá... [11]

Vị trí lỗ dò: nhánh vành dò thông thường là một phần trong phân nhánh bình thường của hệ thống ĐMV. Có hai hình thức dò ĐMV: (1) lỗ dò

nằm trên thân của một ĐMV chính, ĐMV này còn tiếp tục cấp máu cho cơ tim ở phần sau của lỗ dò (dò bên - bên) và (2) lỗ dò nằm ở phần tận cùng của một ĐMV chính hoặc nằm ở một nhánh bên (dò tận - bên). Bệnh nhân của chúng tôi nằm ở trường hợp số (1).

ĐMV dò luôn bị dẫn ra, kéo dài và có thể trở nên ngoằn ngoèo; mức độ biến đổi của các ĐMV tỷ lệ thuận một cách chặt chẽ với kích thước của dòng shunt qua lỗ dò. Thông thường ĐMV dò bị dẫn đều trên suốt chiều dài đoạn dẫn, tuy vậy cũng có thể tạo thành các ổ phình mạch tại vị trí đối diện với lỗ dò hoặc ngay gần lỗ dò. ĐMV có thể dò vào bất kì vị trí nào trong 4 buồng tim và các mạch máu quanh tim. Tuy nhiên 90% trường hợp đổ vào buồng tim phải và các mạch máu liên kết tim phải [3].

Theo các y văn báo cáo ở bệnh nhân tương tự chúng tôi thì kích thước lỗ dò từ 4-22mm, đường kính phình ĐMV từ 21-110mm. Vị trí lỗ dò thường gặp ở mặt dưới và mặt sau của thất trái. [10]

Sinh lý bệnh: dò ĐMV vào các buồng tim hoặc các mạch máu có áp lực thấp tạo nên dòng shunt trái – phải có áp lực lớn và gây thoát máu nhanh khỏi động mạch chủ trong cả thì tâm thu và thì tâm trương. Do đó tạo nên hiện tượng cướp máu vành, biểu hiện ở những bệnh nhân có lỗ dò lưu lượng lớn thường là đau ngực khi gắng sức. Dò ĐMV vào buồng thất trái như trường hợp của chúng tôi thuộc loại dò động – động mạch nên không tạo shunt. Chỉ có dòng máu dò trong thì tâm trương do trong thì tâm thu đa số dòng máu sẽ bị đóng lại và không có chênh áp qua lỗ dò. Lúc này sẽ gây tăng áp tâm trương trong thất trái giống trong hở van động mạch chủ. Các trường hợp dò bên – bên, đoạn ĐMV sau vị trí dò nhỏ đi

một cách đột ngột so với đoạn ĐMV dẫn phía trước và có kích thước nhỏ hơn so với bình thường do hiện tượng ăn cắp máu vành. Triệu chứng thiếu máu cơ tim do ăn cướp máu vành có đặc điểm sẽ diễn tiến nặng hơn nếu điều trị bằng Nitrate - ngược lại với thiếu máu cơ tim do xơ vữa. [10]

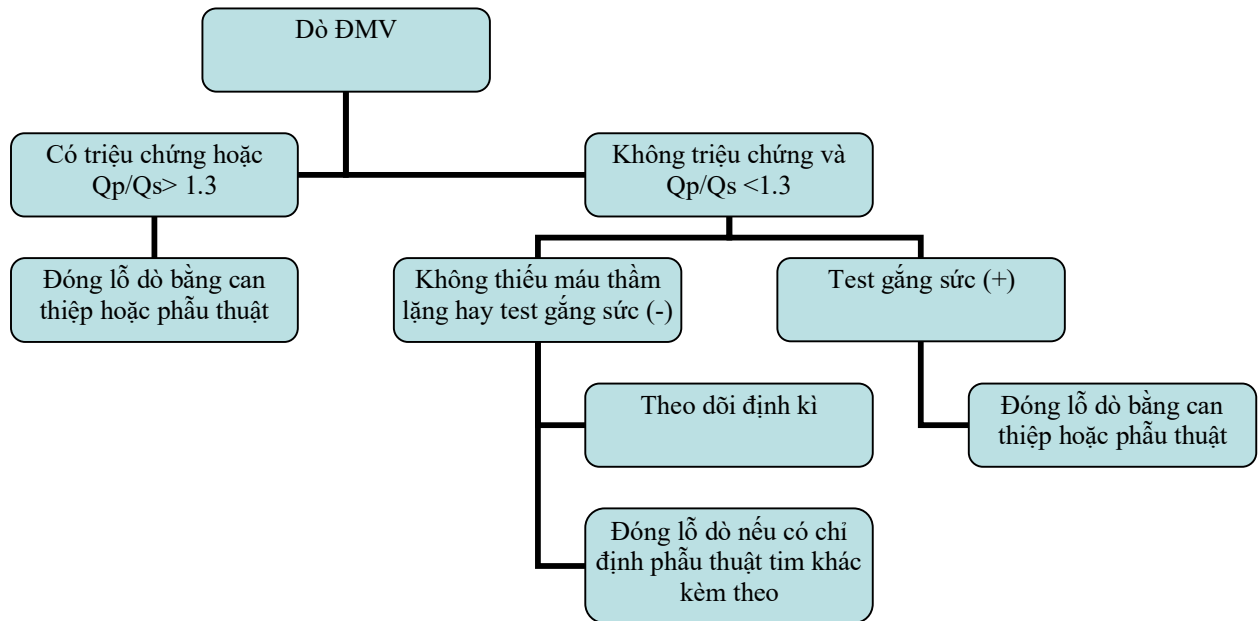
2. Về chẩn đoán:

Chụp DSA động mạch vành là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán dò động mạch vành với độ nhạy cao. Tuy nhiên với tổn thương dò vào thất trái kèm phình động mạch vành với lưu lượng máu lớn cần kinh nghiệm của người chụp cũng như số lượng thuốc cản quang cần dùng nhiều hơn. Vì thế, luôn cần chụp MSCT động mạch vành để khảo sát: đường đi, vị trí, số lượng, kích thước, hình dạng lỗ dò đồng thời đánh giá huyết khối thành của phình ĐMV. [3]

Thông tim phải cho phép tính toán chính xác tỷ lệ Q_p/Q_s ở những trường hợp shunt trái-phải. Siêu âm Doppler tim qua thành ngực hoặc thực quản và chụp cộng hưởng từ tim cũng có giá trị chẩn đoán. Ngoài ra các test gắng sức để phát hiện thiếu máu cơ tim cũng cần thiết đối với các trường hợp lỗ dò kích thước nhỏ.

3. Về điều trị:

Chỉ định can thiệp: nhiều tác giả khác thấy một vài trường hợp lỗ dò tăng dần kích thước theo thời gian và do đó cuối cùng gây suy tim, bệnh có xu hướng gây viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, khả năng lỗ dò tự đóng rất thấp và can thiệp (bịt lỗ dò qua thông tim hoặc phẫu thuật) đem lại kết quả rất tốt và an toàn. Từ những nhận xét đó các tác giả này khuyến cáo bệnh nhân khi được chẩn đoán dò ĐMV là có chỉ định can thiệp; trừ một trường hợp đó là dòng shunt nhỏ ($Q_p/Q_s < 1,3$). [11]



Lược đồ xử trí dò động mạch vành

Phương pháp điều trị: phương pháp cổ điển là phẫu thuật thắt lỗ dò, lần đầu tiên được thực hiện bởi Bjork và Craford năm 1946 không sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể. Từ giữa những năm 1980, việc đóng lỗ dò ĐMV qua da đã phát triển dưới nhiều dạng thức khác nhau. Đầu tiên là những stent phủ thuốc có thể cho phép loại trừ những lỗ dò bên của ĐMV, tuy nhiên chỉ định giảm trong những tình huống cấp cứu hoặc khi cần bảo vệ cầu nối chủ vành. Gây thuyên tắc lỗ dò cũng có thể được thực hiện, tuy nhiên nguy cơ thất bại vẫn còn khá cao (thay đổi tùy theo nghiên cứu từ 15% đến 20%). Do đó kỹ thuật này được ưu tiên với những lỗ dò kích thước bé, giới hạn rõ và không có nguy cơ huyết khối đi nơi khác. [12]

Những lỗ dò ĐMV kích thước lớn hơn cần sử dụng những hệ thống gây tắc khác như bít dùi. Tuy nhiên, phương pháp này có nguy cơ che lấp các nhánh bên khác do cần gờ bám. Do đó, khi có chỉ định đóng lỗ dò thì phẫu thuật khâu đóng lỗ dò vẫn là phương pháp chuẩn mực trong điều trị do hiệu quả, an toàn, tỷ lệ thành công cao với kết

quả lâu dài tốt [5]. Đặc biệt trong trường hợp nhiều lỗ dò hoặc thể tích lớn hoặc dò vành kết hợp với những bất thường tim mạch khác. Có thể đóng trực tiếp hoặc bằng miếng vá nhân tạo trong trường hợp lỗ dò lớn.

Nếu việc đóng lỗ dò làm ảnh hưởng đến lưu lượng ĐMV thì phẫu thuật bắc cầu chủ - vành cần phải được thực hiện. [9]

Không phải tất cả các trường hợp đều cần hỗ trợ của hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể. Hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể được chỉ định trong 5 trường hợp sau [10]: (1) ĐMV dẫn lớn và xoắn, nguy cơ chảy máu khi đóng lỗ dò. (2) Lỗ dò ở vị trí không tiếp cận được (rãnh nhĩ thất trái, phân nhánh của nhánh mũ hoặc phần ngoại vi của ĐMV phải). (3) Dò tận bên của một nhánh ĐMV lớn nên không thể đóng lỗ dò bằng cách thắt mạch đơn thuần. (4) Có phình mạch đòi hỏi phải cắt bỏ. (5) Trong trường hợp có chỉ định phẫu thuật tim khác cần sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể kèm theo.

Đối với những trường hợp dò ĐMV vào buồng thất trái như trong trường hợp của chúng tôi thì chỉ có đường tiếp cận lỗ dò duy nhất đó là mở ĐMV và đóng lỗ dò. Ngoài ra chúng tôi cũng quyết định không tái tạo lại phình ĐMV phải do theo các y văn chúng tôi tham khảo thì những trường hợp cần tái tạo lại ĐMV khi đường kính >50mm [10]

Trường hợp không cần tái tạo nhưng do ĐMV đã dẫn, sau khi đóng lỗ dò tạo thành “đường ống” có thể tích máu tồn đọng lớn trong thì tâm thu (khi các nhánh bên đã đóng) cũng như dòng máu tốc độ chậm thì tâm trương dễ tạo thành huyết khối vì thế chúng tôi tham khảo các tài liệu thế giới và đề xuất sử dụng kháng đông nhóm anti-vitamin K1 kết hợp kháng kết tập tiểu cầu đơn sau mổ. [5]

Sau lần tự ý ngưng thuốc kháng đông, chúng tôi đã tư vấn và giải thích thêm cho bệnh nhân hiểu rõ về tình trạng bệnh của mình. Ngoài ra chúng tôi thường xuyên theo dõi tình trạng bệnh nhân mỗi lần tái khám để có thể đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật và điều trị kháng đông ở thời điểm trung và dài hạn, góp phần thu thập kinh nghiệm điều trị đối với mặt bệnh hiếm gặp này.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh lý phình ĐMV phải không lỗ dò vào thất trái là một bệnh lý cực kì hiếm gặp đi kèm nhiều nguy cơ và biến chứng.

Tất cả lỗ dò động mạch vành đều có chỉ định đóng lỗ dò, trừ lỗ dò nhỏ với chênh áp Qp/Qs <1,3 và test gắng sức âm tính. Chụp mạch vành là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán dò động mạch vành; trong khi đó CT-Scan có giá trị đánh giá: đường đi, vị trí, số lượng, kích thước, hình dạng lỗ dò, tình trạng huyết khối của phình ĐMV.

Với lỗ dò đơn giản có thể thắt mà không cần hỗ trợ của tuần hoàn ngoài cơ thể. Với lỗ dò lớn kèm phình động mạch vành, khi liệt tim cần kết hợp liệt tim ngược dòng để tăng hiệu quả bảo vệ cơ tim. Đối với các phình động mạch vành, cần tái tạo động mạch vành khi đường kính >50mm. Nếu đóng lỗ dò nhưng không tái tạo thu nhỏ mạch vành thì chúng tôi khuyến nghị sử dụng duy trì kháng đông nhóm kháng vitamin K1 kết hợp Aspirin để dự phòng huyết khối động mạch vành sau phẫu thuật.

Đối với những mặt bệnh hiếm cần có sự phối hợp nhóm chặt chẽ từ bác sĩ nội khoa, bác sĩ can thiệp, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật tim, bác sĩ chăm sóc sau mổ thông qua việc nghiên cứu y văn và hội chẩn cùng nhau. Cũng như cần theo dõi sát tình trạng bệnh nhân sau xuất viện để có nhiều kinh nghiệm đóng góp cho y văn thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Challoumas D, Pericleous A, et al(2014), "Coronary Arteriovenous Fistulae: A Review", *Int J Angiol*, 23 (1), 1–10.
- [2]. Kamiya H, Yasuda T, et al(2002), "Surgical treatment of congenital coronary artery fistulas: 27 years' experience and a review of the literature", *J Card Surg*, 17 (2), 173-7.
- [3]. Lim JJ, Jung JI, et al(2014), "Prevalence and Types of Coronary Artery Fistulas Detected With Coronary CT Angiography", *Cardiopulmonary Imaging*, 203, 237-243.
- [4]. Vavuranakis M, Bush CA, Boudoulas H(1995), "Coronary artery fistulas in adults: incidence, angiographic characteristics, natural history", *Cathet Cardiovasc Diagn*, 35 (2), 116-20.

- [5]. Gottesfeld S, Makaryus AN, et al(2004), "Thrombosed right coronary artery aneurysm presenting as a myocardial mass", *J Am Soc Echocardiogr*, 17 (12), 1319-22.
- [6]. Shizukuda Y, Yonekura S, et al(1989), "A case of a right coronary artery to left ventricle fistula observed over twenty years", *Jpn J Med*, 28 (4), 510-4.
- [7]. Abe S, Yokoyama M, et al(2006), "A case of quadricuspid aortic valve with coronary-pulmonary artery fistula", *J Echocardiogr*, 4 (2), 63-66.
- [8]. Wei J, Shu Y, et al(2011), "Right coronary artery fistula to left ventricle complicated with huge coronary artery aneurysm", *Intern Med*, 50 (3), 239-42.
- [9]. Sun JP, Yang L, et al(2019), "A rare right coronary artery-left ventricular fistula with giant coronary artery and aneurysm", *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*, 20 (5), 604.
- [10]. Diao W, Shi C, et al(2021), "Coronary Artery-Left Ventricular Fistula with Giant Right Coronary Aneurysm: A Case Report and Literature Review", *Heart Surg Forum*, 24 (3), E433-E436.
- [11]. Thành, L. N. ., Hựu, N. C., & Huy, Đặng Q. . (2021). PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐƯỜNG RÒ CỦA ĐỘNG MẠCH VÀNH PHẢI VÀO THẤT TRÁI. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam, 9, 34-40. <https://doi.org/10.47972/vjcts.v9i.288>
- [12]. Hưng, N. T. ., alaa, A., amath, P. digne ., nicolas, D. ., & lionel, C. . (2020). Dò động mạch vành: nhân một trường hợp lâm sàng và đối chiếu y văn. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam, 15, 33-37. <https://doi.org/10.47972/vjcts.v15i.160>.