

CASEREPORT:AORTICPSEUDOANEURYSMPOSTAORTICVALVEREPLACEMENTDam Hai Son^{1*}, Nguyen Cong Huu^{1,2}, Pham Thanh Dat^{1,2}¹Cardiovascular Center, E Hospital - 85 Tran Cung, Nghia Do ward, Hanoi, Vietnam²University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University, Hanoi - 2B Pham Van Dong, Cau Giay ward, Hanoi, Vietnam

Received: 22/01/2026

Revised: 16/02/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Aortic pseudoaneurysm formation post aortic valve replacement is one of the rare and devastating complications post valve replacement. Aortic pseudoaneurysm can occur few weeks or month after surgery. The spectrum of symptoms varies from dyspnea, chest pain, and fever. However, in rare cases, aortic root aortic pseudoaneurysm could be asymptomatic. Aortic pseudoaneurysm mortality could be very high if left untreated. We report 2 cases of patients admitted with hemoptysis, chest pain, and low-grade fever after aortic valve replacement surgery and were diagnosed by CT and successfully managed with resection of pseudoaneurysm and ascending aorta replacement.

Keywords: Aortic pseudoaneurysm, aortic valve replacement.

*Corresponding author

Email: sondamhai.hmu@gmail.com Phone: (+84) 969972194 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5302



GIẢ PHÒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ LÊN SAU PHẪU THUẬT THAY VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Đàm Hải Sơn^{1*}, Nguyễn Công Hựu^{1,2}, Phạm Thành Đạt^{1,2}

¹Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E - 89 Trần Cung, phường Nghĩa Đô, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 2B Phạm Văn Đồng, phường Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 22/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 16/02/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Giả phòng động mạch chủ sau thay van động mạch chủ là một trong những biến chứng hiếm gặp và nguy hiểm. Giả phòng động mạch chủ lên có thể xuất hiện vài tuần hoặc vài tháng sau phẫu thuật. Các triệu chứng đa dạng từ khó thở, đau ngực, sốt. Tuy nhiên, trong một số ít trường hợp, giả phòng động mạch chủ có thể không có triệu chứng. Tỷ lệ tử vong do giả phòng động mạch chủ rất cao nếu không được điều trị. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp bệnh nhân vào viện với biểu hiện ho ra máu, đau ngực và sốt nhẹ sau phẫu thuật thay van động mạch chủ và được chẩn đoán qua cắt lớp vi tính và phẫu thuật xử trí khối giả phòng thành công.

Từ khóa: Giả phòng động mạch chủ, thay van động mạch chủ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giả phòng động mạch chủ lên sau phẫu thuật thay van là một biến chứng hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm, đe dọa tính mạng nếu không được điều trị phẫu thuật kịp thời với tỷ lệ lên tới 70% [1-2]. Các yếu tố nguy cơ bao gồm bóc tách động mạch chủ, nhiễm trùng, rối loạn mô liên kết, tăng huyết áp, vôi hóa động mạch chủ và vôi hóa nhiều van động mạch chủ.

Giả phòng động mạch chủ lên sau phẫu thuật thay van có thể biểu hiện dưới dạng khối bất thường trước ngực, đau thắt ngực, khó thở, hoặc sốt nhẹ. Phẫu thuật giả phòng bao gồm tái tạo lại động mạch chủ lên, bảo toàn van động mạch chủ là một trong những thách thức phẫu thuật, tuy nhiên vẫn là chỉ định cần thiết để xử trí kịp thời tránh biến chứng vỡ giả phình nguy cơ đe dọa tính mạng. Tổn thương giả phòng sau phẫu thuật thay van là một biến chứng hiếm gặp và có tỷ lệ tử vong cao, cần được theo dõi đánh giá kịp thời. Cho đến nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá các tổn thương này trên nhóm bệnh nhân sau mổ thay van. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp bệnh nhân có giả phòng sau mổ thay van động mạch chủ đã được chẩn đoán và điều trị để có thái độ theo dõi và xử trí kịp thời.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trường hợp 1:

Bệnh nhân nam 66 tuổi, tiền sử tăng huyết áp nhiều năm điều trị thường xuyên, thay van động mạch chủ ít xâm lấn sinh học EPIC số 23 (do hẹp van động mạch chủ khít) tại Bệnh viện E cách 2 tháng, lúc phẫu thuật bệnh nhân có van động mạch chủ vôi hóa, không giãn động mạch chủ lên, được phẫu thuật thay van ít xâm lấn, bệnh nhân được can thiệp đường ngoại vi không có khó khăn trong lần mổ đầu.

Vào viện vì đau ngực nhiều, kèm theo ho máu đỏ tươi số lượng ít, sau mổ lần 1 cách 2 tháng. Bệnh nhân ho máu đỏ tươi được 4 ngày, sau đó xuất hiện tức ngực khi gắng sức leo cầu thang lên tầng 3, kèm theo mệt mỏi nhiều không liên quan đến huyết áp (bệnh nhân vẫn sử dụng thuốc huyết áp hằng ngày huyết áp duy trì 110-120/80 mmHg).

Lâm sàng khi vào viện: tỉnh táo, còn mệt mỏi, khó thở NYHA II, tim tần số 108 chu kỳ/phút, huyết áp: 110/80 mmHg, phổi thông khí rõ. Mạch ngoại vi bắt rõ, còn ho ra ít máu.

Xét nghiệm máu: bạch cầu, pro-calcitonin bình thường. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính toàn thân tầm soát.



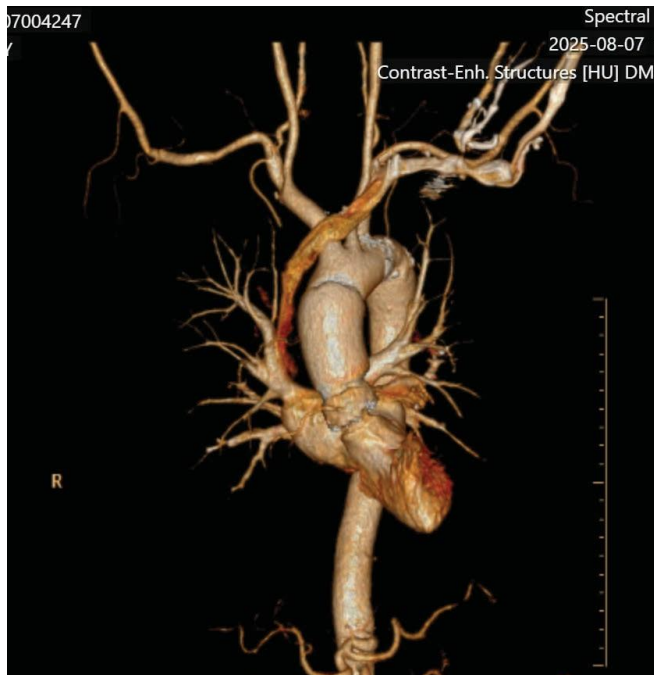
Hình 1. Hình ảnh ổ giả phòng động mạch chủ lên, hình tròn bờ đều, đường kính ổ thoát thuốc lớn nhất 9 mm (mũi tên vàng)

*Tác giả liên hệ

Email: sondamhai.hmu@gmail.com Phone: (+84) 969972194 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5302

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật lấy bỏ tổ chức giả phòng, làm sạch, thay đoạn động mạch chủ lên.

Cách thức phẫu thuật: bệnh nhân được phẫu thuật mở dọc xương ức, liệt tim, cặp động mạch chủ thuận lợi, gỡ dính phần phổi dính vào động mạch chủ thấy có nhiều ổ giả phòng bên trong, có máu và máu cục xung quanh đường khâu động mạch chủ cũ, van động mạch chủ sinh học thanh mảnh không có tổn thương, các trụ van sinh học không liên quan đến chỗ thủng. Tiến hành lấy bỏ toàn bộ các tổ chức giả phòng, gửi vi sinh và giải phẫu bệnh, cắt một đoạn động mạch chủ lên từ đường khâu cũ đến qua vị trí tổn thương, bơm rửa xung quanh động mạch chủ bằng nước muối và Vancomycin. Sau mổ thấy giả phòng vị trí gốc động mạch chủ liên quan đến vị trí khâu động mạch chủ, tiến hành thay đoạn động mạch chủ lên bằng đoạn mạch nhân tạo Uni-Graft 28. Tổ chức giả phòng được cấy vi khuẩn và cho kết quả âm tính. Sau điều trị về huyết áp (sử dụng Exforge 5/80 mg × 1 viên/ngày) và kháng sinh trong vòng 2 tuần (với bạch cầu, pro-calcitonin bình thường), bệnh nhân ổn định ra viện.



Hình 2. Hình ảnh động mạch chủ lên sau phẫu thuật thay đoạn động mạch chủ lên

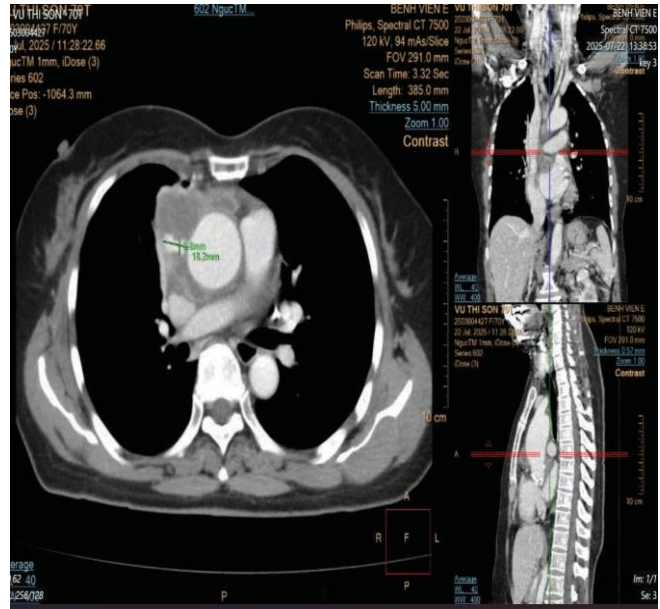
Trường hợp 2:

Bệnh nhân nữ 70 tuổi, tiền sử thay van động mạch chủ ít xâm lấn sinh học EPIC số 19 (do hẹp van động mạch chủ khít) cách 4 tháng; lúc phẫu thuật bệnh nhân có van động mạch chủ vô hóa, không giãn động mạch chủ lên, được phẫu thuật thay van ít xâm lấn, được canuyl theo đường ngoại vi, không có khó khăn trong lần mổ đầu.

Vào viện vì đau ngực nhiều, ho ra máu khi gắng sức trong vòng 1 tuần, triệu chứng xuất hiện sau mổ lần 1 cách 4 tháng, bệnh nhân xuất hiện ho ra máu khi gắng sức được 3 ngày thì xuất hiện thêm tình trạng đau tức ngực, kèm theo mệt mỏi nhiều.

Lâm sàng lúc vào viện: tỉnh táo, mệt mỏi, khó thở thở NYHA II, tim tần số 82 chu kỳ/phút, huyết áp 121/65 mmHg, phổi thông khí rõ, mạch ngoại vi bắt rõ, còn ho ra ít máu, không sốt.

Xét nghiệm máu bạch cầu 11,03 G/L, NEUT 87,5%, máu lắng 39 mm/h; pro-calcitonin 0,329 ng/mL; cấy máu âm tính (3 lần, cả tay phải và tay trái). Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính toàn thân tầm soát.



Hình 3. Hình ảnh ổ giả phòng động mạch chủ lên, hình tròn bờ đều, đường kính ổ thoát thuốc lớn nhất 8 × 18 mm

Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh Vancomycin và Amikacin trong vòng 4 tuần (xét nghiệm bạch cầu, pro-calcitonin về bình thường), sau đó được chỉ định phẫu thuật lấy bỏ khối giả phòng, tạo hình động mạch chủ lên.

Cách thức phẫu thuật: bệnh nhân được phẫu thuật mở dọc xương ức, liệt tim, cặp động mạch chủ thuận lợi, gỡ dính phần phổi vào động mạch chủ thấy có nhiều ổ giả phòng bên trong có máu và máu cục xung quanh gốc động mạch chủ vị trí động mạch chủ lên, van động mạch chủ sinh học thanh mảnh không tổn thương, các trụ van sinh học không liên quan tới vị trí giả phòng. Tiến hành lấy bỏ toàn bộ các tổ chức giả phòng, gửi vi sinh, bơm rửa xung quanh động mạch chủ bằng nước muối và Vancomycin. Sau lấy bỏ tổ chức giả phòng, thành động mạch chủ ổn định, các vị trí đường khâu cũ không bị ảnh hưởng, tiến hành vá thành động mạch chủ bằng miếng vá sinh học SJM không ảnh hưởng đến vị trí gốc van. Tổ chức giả phòng được lấy ra làm xét nghiệm kết quả tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) (nhạy với Vancomycin và Amikacin).

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh 3 tuần ổn định đánh giá bằng pro-calcitonin, bạch cầu, cấy vi khuẩn âm tính, bệnh nhân sau đó được ra viện.

3. BÀN LUẬN

Giả phòng động mạch chủ lên sau thay van động mạch chủ (AVR) là một biến chứng hiếm gặp, thường xảy ra vài tuần hoặc vài tháng sau phẫu thuật thay van động mạch chủ.

Sự hình thành giả phòng động mạch chủ được báo cáo xảy ra ở 7-25% bệnh nhân thay van động mạch chủ [1], [3-4]. Sự xuất hiện của giả phòng động mạch chủ liên quan đến phẫu thuật thay van động mạch chủ được báo cáo trong nhiều tài liệu. Sullivan và cộng sự đã mô tả một loạt các trường hợp giả phòng động mạch chủ lên sau phẫu thuật. 15 trong số 31 trường hợp được báo cáo sau phẫu thuật thay van động mạch chủ, số còn lại sau phẫu thuật bắc cầu chủ vành [1], [5]. Một nghiên cứu khác trên những bệnh nhân giả phòng động mạch chủ lên sau phẫu thuật thay van động mạch chủ, thường do tình trạng vôi hóa động mạch chủ lên, do các đường khâu tại vòng van, hoặc trên bệnh nhân tăng huyết áp không kiểm soát tương tự như ở hai bệnh nhân của chúng tôi van động mạch chủ vôi hóa nhiều, và khi phẫu thuật tổn thương các vị trí giả phòng tại các vị trí đường khâu cũ. Cơ chế hình thành giả phòng động mạch chủ sau AVR vẫn chưa rõ ràng nhưng người ta nhận thấy nó có liên quan đến gốc động mạch chủ có đường kính lớn hơn, tình trạng vôi hóa động mạch chủ [6]. Hầu hết các trường hợp giả phòng động mạch chủ có xu hướng không triệu chứng hoặc có thể gây ra các triệu chứng đa dạng: đau ngực, khó thở, hoặc ho ra máu ở bệnh nhân của chúng tôi đều có triệu chứng ho ra máu mức độ nhẹ và một trong hai bệnh nhân khi cấy tổ chức giả phòng phát hiện ra tụ cầu vàng, trong ổ vị trí khối giả phòng được loại bỏ, xử trí bằng nước muối ấm và Vancomycin, sau đó được thay bằng đoạn mạch nhân tạo mới.

Hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) và Trường môn Tim mạch học Hoa Kỳ (ACC) (2022) khuyến cáo nên theo dõi định kỳ bằng siêu âm thành ngực hằng năm sau phẫu thuật thay van động mạch chủ và nếu bệnh nhân có triệu chứng bất thường nên được kiểm tra bằng cắt lớp vi tính [7]. Trong trường hợp 2 bệnh nhân của chúng tôi, thay van động mạch chủ trong vòng 1 năm, vào viện với tình trạng đau tức ngực và ho ra máu, qua chụp cắt lớp vi tính toàn thân tầm soát phát hiện ra tình trạng giả phòng động mạch chủ. Việc phẫu thuật tạo hình động mạch chủ lên được thực hiện kịp thời tránh các biến chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng [1-2], [4].

4. KẾT LUẬN

Giả phòng động mạch chủ là một tổn thương phức tạp hiếm gặp sau phẫu thuật thay van động mạch chủ. Tổn thương gây các biểu hiện lâm sàng như đau ngực và ho ra máu, gây nguy cơ tử vong cao nếu không được xử trí kịp thời, lưu ý cần kiểm tra định kỳ hằng năm với những bệnh nhân ổn định không triệu chứng lâm sàng tránh bỏ sót.

Việc chụp cắt lớp vi tính tầm soát khi bệnh nhân có triệu chứng trên lâm sàng giúp phát hiện tổn thương sớm để đưa ra hướng xử trí kịp thời. Phẫu thuật tạo hình gốc động mạch chủ lên kèm loại bỏ tổ chức giả phòng là chỉ định tuyệt đối.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Darmoch F, Pacha H.M et al. Pseudoaneurysm of the ascending thoracic aorta years after aortic valve replacement. *Cardiovasc Revasc Med*, 2018, 19 (2): 196-198. doi: 10.1016/j.carrev.2017.07.012
- [2] Hiratzka L.F, Bakris G.L et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. *Circulation*, 2010, 121 (13). doi: 10.1161/CIR.0b013e3181d4739e
- [3] Cai X, Shahandeh N, Ji J et al. Ascending aortic pseudoaneurysm: a rare complication of transcatheter aortic valve replacement and thoracic surgery. *Circ Cardiovasc Imaging*, 2022, 15 (7). doi: 10.1161/CIRCIMAGING.122.014076
- [4] Ingoglia M, Pani S, Britton L et al. Ascending aortic pseudoaneurysm. *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 2011, 25 (6): 1098-1100. doi: 10.1053/j.jvca.2010.09.003
- [5] Pini L, Peroni M et al. Investigating the link between Alpha-1 Antitrypsin deficiency and abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg*, 2021, 77: 195-201. doi: 10.1016/j.avsg.2021.05.064
- [6] Kolvenbach R.R, Karmeli R, Pinter L.S et al. Endovascular management of ascending aortic pathology. *J Vasc Surg*, 2011, 53 (5): 1431-1437. doi: 10.1016/j.jvs.2010.10.133
- [7] Isselbacher E.M, Preventza O, Hamilton Black Iii J et al. 2022 ACC/AHA guideline for the diagnosis and management of aortic disease. *J Am Coll Cardiol*, 2022, 80 (24): e223-e393. doi: 10.1016/j.jacc.2022.08.004