

trường hợp (3,3%), vỡ cuống và nhỏ vít khi nắn chỉnh gặp 1 trường hợp (1,7%). Nghiên cứu của Nguyễn Vũ ghi nhận 3 BN (3,3%) rách màng cứng trong mổ, 4,4% vỡ cuống.¹² Nghiên cứu của Sakaura gặp biến chứng rách màng cứng 4,3%, vỡ cuống 3,3% ở BN can thiệp 1 tầng và 5% ở BN can thiệp hai tầng.¹⁰

Đánh giá tiên lượng kết quả hồi phục sau mổ cho thấy nhóm bệnh nhân tuổi < 60 có mức độ hồi phục thần kinh theo JOA (RR) tốt hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài ra, bệnh nhân nữ giới và có phân loại ASA 1, 2 là các yếu tố tiên lượng mức độ hồi phục tốt hơn sau mổ trên 6 tháng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt để điều trị mất vững cột sống là phẫu thuật an toàn, ít biến chứng, triệu chứng lâm sàng cải thiện dần theo thời gian sau mổ. Tuổi bệnh nhân dưới 60, nữ giới và có phân loại ASA 1, 2 là các yếu tố tiên lượng mức độ hồi phục tốt hơn sau mổ trên 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cole CD, McCall TD, Schmidt MH, Dailey AT.** Comparison of low back fusion techniques: transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) or posterior lumbar interbody fusion (PLIF) approaches. Current reviews in musculoskeletal medicine. Jun 2009;2(2): 118-26. doi:10.1007/s12178-009-9053-8
2. **Smith JS, Klineberg E, Lafage V, et al.**

Prospective multicenter assessment of perioperative and minimum 2-year postoperative complication rates associated with adult spinal deformity surgery. Journal of neurosurgery Spine. Jul 2016;25(1):1-14. doi:10.3171/2015.11.spine151036

3. **Roberts TT, Leonard GR, Cepela DJ.** Classifications In Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale. Clin Orthop Relat Res. May 2017;475(5):1499-1504. doi:10.1007/s11999-016-5133-4
4. **Fairbank JC, Pynsent PB.** The Oswestry Disability Index. Spine. Nov 15 2000;25(22):2940-52; discussion 2952. doi:10.1097/00007632-200011150-00017
5. **Green D.J. TBA, Alan H.** Imaging Technique for the Diagnosis of Spondylolisthesis. Springer, NewYork. 2015:59-94.
6. **H. BK, L. DR, D. AP.** The Thoracic and Lumbar Degenerative Spine. The textbook of spinal surgery. 2011;3;pp. 821-1040.
7. **E. A, N. Z, P. D.** Development and validation of a quantitative method to assess pedicle screw loosening in posterior spine instrumentation on plain radiographs. Eur Spine J. 2014;pp. 689-694.
8. **Trà N.** Kết quả điều trị mất vững cột sống thắt lưng do thoái hóa bằng ốc chân cung và hàn liên thân đốt lồng sau. Đại học Y Dược; 2014.
9. **El-Soufy.** Clinical and Radiological Outcomes of Transforaminal Lumbar Interbody Fusion in Low-Grade Spondylolisthesis. J Spine Neurosurg. 2015;4;pp. 22.
10. **H. S, T. M, T. Y, Y. K, T. O.** Posterior lumbar interbody fusion with cortical bone trajectory screw fixation versus posterior lumbar interbody fusion using traditional pedicle screw fixation for degenerative lumbar spondylolisthesis: a comparative study. Journal of neurosurgery Spine. 2016;pp. 5941-595.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH BỆNH LÝ PHÌNH XOANG VALSALVA TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY CÓ GẮN CỔNG ĐIỆN TÂM ĐỒ

Nguyễn Sinh Hiền¹, Trần Tiến Mạnh¹, Trương Thị Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm hình ảnh của bệnh lý phình xoang Valsalva trên chụp cắt lớp vi tính đa dây có gắn cổng điện tâm đồ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 43 bệnh nhân được chẩn đoán phình xoang Valsalva trong khoảng thời gian từ năm 2021 đến năm 2025 tại bệnh viện Tim Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 43 tuổi, tỉ lệ nam: nữ là 1,5:1; 21 trường hợp chưa vỡ và 22 trường hợp đã vỡ. Hầu hết bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng (95%), thường gặp nhất là tiếng thổi tâm thu hoặc liên tục cạnh bờ trái xương

ức (65%) và khó thở (56%). Phình xoang Valsalva bẩm sinh chiếm 72,1%, mắc phải chiếm 27,9%. Nguồn gốc từ xoang vành phải chiếm 70%, 12% giữa các xoang, 9% xoang vành trái và xoang không vành. Vị trí vỡ chủ yếu vào thất phải (40,9%) và thất trái (27,3%). Các bệnh lý kèm theo thường gặp bao gồm hở van động mạch chủ (34,9%), thông liên thất (27,9%), viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (25,6%). Siêu âm tim chẩn đoán đúng 81,4% trường hợp. **Kết luận:** Phình xoang Valsalva là một dị tật tim hiếm gặp, có thể bẩm sinh hoặc mắc phải, gây ra các biến chứng nghiêm trọng. Chụp CLVT đa dây có gắn cổng điện tâm đồ là một phương pháp không xâm lấn, đáng tin cậy, có vai trò quan trọng trong chẩn đoán cũng như lập kế hoạch điều trị. **Từ khóa:** Phình xoang Valsalva, vỡ phình xoang Valsalva, CLVT đa dây, CLVT đa dây có gắn cổng điện tâm đồ.

¹Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Thanh

Email: tthanhh163@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

SUMMARY

THE ROLE OF ELECTROCARDIOGRAM - GATED

MULTIDETECTOR COMPUTED TOMOGRAPHY IN VALSALVA SINUS ANEURYSM

Objective: To investigate the imaging characteristics of Valsalva sinus aneurysm on electrocardiography-gated multidetector computed tomography. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 43 patients diagnosed with Valsalva sinus aneurysm between 2021 and 2025 at Hanoi Heart Hospital. **Results:** The mean age was 43 years, with a male-to-female ratio of 1.5:1, 21 cases were unruptured and 22 were ruptured. Most patients were symptomatic (95%), most commonly systolic or continuous murmurs along the left sternal border (65%) and dyspnea (56%). Congenital aneurysms accounted for 72,1% of cases, and acquired forms for 27,9%. The aneurysm originated from the right coronary sinus in 70% of cases, from the intersinus region in 12%, and from the left coronary or non-coronary sinus in 9%. Ruptures occurred mainly into the right ventricle (40,9%) and left ventricle (27,3%). Common associated conditions included aortic regurgitation (34.9%), ventricular septal defect (27.9%), and infective endocarditis (25.6%). Echocardiography yielded a correct diagnosis in 81.4% of cases. **Conclusion:** Sinus of Valsalva aneurysm is a rare cardiac anomaly, either congenital or acquired, that can cause serious complications. Electrocardiogram-gated multidetector computed tomography is a non-invasive, reliable modality that plays an important role in diagnosis and treatment planning. **Keywords:** Sinus of Valsalva aneurysm, Ruptured Sinus of Valsalva Aneurysm, Multidetector computed tomography, ECG-gated multidetector computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình xoang Valsalva là một dị tật tim hiếm gặp, được định nghĩa là sự giãn một hoặc nhiều xoang động mạch chủ nằm giữa vòng van động mạch chủ và chỗ nối xoang-ống hoặc là sự phình dạng lưới liềm hay hình ống kéo dài từ thân hoặc đỉnh của một xoang Valsalva có kích thước bình thường.¹ Phình xoang Valsalva có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải, với tỷ lệ hiện mắc trong cộng đồng được ước tính khoảng 0,09% và chiếm 0,1% đến 3,5% trong các dị tật tim bẩm sinh.² Phình xoang Valsalva bẩm sinh có thể do yếu khu trú của lớp đàn hồi hoặc do thiếu hụt mô đàn hồi bình thường. Phình xoang Valsalva mắc phải thường do các bệnh nhiễm trùng như viêm nội tâm mạc do vi khuẩn, giang mai và lao; viêm tự miễn như trong bệnh Behcet; các bệnh lý thoái hóa như xơ vữa động mạch và thoái hóa lớp áo giữa dạng nang; chấn thương hoặc sau can thiệp hay phẫu thuật các bệnh lý van động mạch chủ, thông liên thất, tách thành động mạch chủ.^{2,3} Trong nhiều trường hợp, phình xoang Valsalva không có triệu chứng và chỉ được phát hiện tình cờ qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên, nếu không được phát hiện

và xử trí kịp thời, phình xoang Valsalva có thể vỡ, gây các biến chứng nguy hiểm như tràn máu vào buồng tim phải, suy tim cấp, chèn ép tim cấp, thậm chí đột tử do tim.⁴

Trước đây, thông tim bơm thuốc cản quang vào gốc động mạch chủ được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán phình xoang Valsalva, tuy nhiên hiện nay các phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn như siêu âm tim, chụp cắt lớp vi tính tim và cộng hưởng từ tim đã cơ bản thay thế vai trò của nó.¹ Siêu âm tim qua thành ngực là phương tiện đầu tay và có độ chính xác trên 90% trong chẩn đoán phình xoang Valsalva. Tuy nhiên kỹ thuật này gặp hạn chế trong việc đánh giá chính xác cấu trúc, mối liên quan giải phẫu của túi phình với các thành phần xung quanh và đôi khi có thể phát hiện sai vị trí vỡ.⁵ Trong những năm gần đây, chụp cắt lớp vi tính tim đa dãy có gắn cổng điện tâm đồ đã nổi lên như một công cụ hình ảnh vượt trội, cho phép tái tạo chi tiết giải phẫu gốc động mạch chủ, xác định rõ vị trí, hình dạng và kích thước của túi phình, cũng như phát hiện các tổn thương phổi hợp như bất thường van động mạch chủ, bệnh động mạch vành hoặc các dị tật tim bẩm sinh phối hợp.

Mặc dù có nhiều báo cáo riêng lẻ về phình xoang Valsalva, các nghiên cứu mô tả đặc điểm hình ảnh phình xoang Valsalva trên cắt lớp vi tính vẫn còn hạn chế, đặc biệt ở Việt Nam. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích: "*Khảo sát đặc điểm hình ảnh của bệnh lý phình xoang Valsalva trên chụp cắt lớp vi tính đa dãy có gắn cổng điện tâm đồ*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 43 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán phình xoang Valsalva tại bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 07/2021 đến tháng 07/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán là phình xoang Valsalva trên CLVT đa dãy.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc bệnh án nghiên cứu không đủ thông tin theo mẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý theo phần mềm SPSS 20.0, sử dụng thuật toán thống kê phù hợp.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm mục tiêu nâng cao khả năng chẩn đoán và điều trị cho người bệnh. Các số liệu thu thập được là khách quan. Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Tim Hà Nội xét duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tổng cộng 43 BN, trong đó có 26 BN nam (chiếm 60%), 17 BN nữ (chiếm 40%).

- Tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu là 43,09 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 3 tuổi, lớn nhất là 73 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Dấu hiệu và triệu chứng	Số bệnh nhân (N=43)	Tỉ lệ (%)
Tiếng thổi	28	65,1
Khó thở	24	55,8
Đau ngực	18	41,9
Hồi hộp	8	18,6
Sốt	9	20,9
Thiếu máu cơ tim	2	4,7
Không triệu chứng	2	4,7

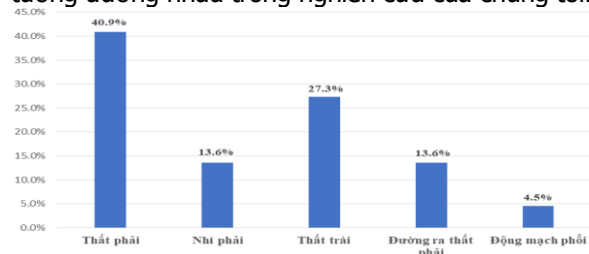
Nhận xét: Trong các triệu chứng lâm sàng, dấu hiệu tiếng thổi và khó thở xuất hiện nhiều nhất (65% và 56%), chỉ có 2 BN có tử phình xoang Valsalva không vỡ không có triệu chứng lâm sàng.

3.2. Đặc điểm về phân loại tổn thương Valsalva và điều trị

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương phình xoang Valsalva

Loại phình	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Không vỡ	21	48,8
Vỡ	22	51,2
Bẩm sinh	31	72,1
Mắc phải	12	27,9
Tổng số	43	100

Nhận xét: Phình xoang Valsalva bẩm sinh chiếm ưu thế với tỉ lệ 72,1%, mắc phải là 27,9%. Tỉ lệ phình xoang Valsalva vỡ và không vỡ là gần tương đương nhau trong nghiên cứu của chúng tôi.



Biểu đồ 1. Phân loại vị trí phình xoang Valsalva vỡ vào

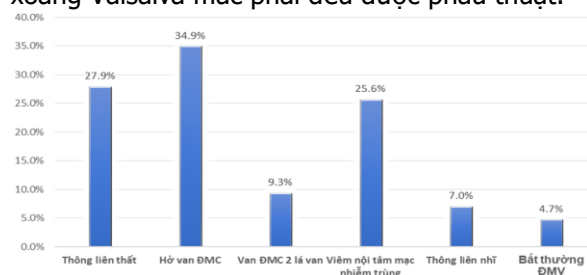
Nhận xét: Vỡ phình xoang Valsalva vào thất phải chiếm tỉ lệ nhiều nhất (40,9%), tiếp theo là vỡ

vào thất trái (27,3%), nhĩ phải (13,6%), đường ra thất phải (13,6%) và động mạch phổi (4,5%).

Bảng 3. Phân loại tổn thương Valsalva và các phương pháp điều trị

Điều trị	Xoang vành phải	Xoang không vành	Xoang vành trái	Giữa các xoang	Tổng số BN
Vỡ	Nội khoa	3	0	0	3
	Phẫu thuật	14	2	1	19
Không vỡ	Nội khoa	8	1	0	9
	Phẫu thuật	5	1	2	12
Tổng số bệnh nhân	30	4	4	5	43

Nhận xét: Đa số phình xoang Valsalva có nguồn gốc từ xoang vành phải (70%). Trong vỡ phình xoang Valsalva, hầu hết các BN được phẫu thuật (86%), chỉ có 3 BN được điều trị nội khoa (14%). Có 12 BN phình xoang Valsalva chưa vỡ được phẫu thuật (57%). Tất cả các BN phình xoang Valsalva mắc phải đều được phẫu thuật.



Biểu đồ 2. Các tổn thương phối hợp (N=43)

Nhận xét: Hở van ĐMC mức độ vừa đến nhiều là tổn thương phối hợp thường gặp nhất (34,9%), tiếp theo là thông liên thất (27,9%), viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (25,6%). Các tổn thương ít gặp hơn là van ĐMC 2 lá van, thông liên nhĩ và bất thường ĐMV.

3.3. So sánh sự phù hợp chẩn đoán siêu âm tim qua thành ngực và kết quả chụp CLVT đa dãy có gắn cổng điện tâm đồ

Bảng 4. Các đặc điểm phình xoang Valsalva trên siêu âm tim qua thành ngực đối chiếu với kết quả CLVT

Đặc điểm	Siêu âm	CLVT
Không vỡ	17	21
Vỡ	18	22
Vị trí phình xoang Valsalva vỡ vào		
Thất phải	10	9
Nhĩ phải	2	3
Thất trái	4	6
Đường ra thất phải	2	3
Động mạch phổi	0	1

Khắc	0	0
Kích thước trung bình (mm)	18,3	22,8
Tổng số bệnh nhân	35	43

Nhận xét: Trong tổng số 43 BN, siêu âm tim chỉ phát hiện 35 bệnh nhân có tổn thương phình xoang Valsalva. Kích thước túi phình trên siêu âm nhỏ hơn kích thước trên CLVT.

IV. BÀN LUẬN

Phình xoang Valsalva là một di tật tim hiếm gặp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân phình xoang Valsalva có độ tuổi trung bình là 43 tuổi, dao động từ 3-73 tuổi, tỉ lệ này cao hơn các nghiên cứu trước đó của Bricker AO,² Takach TJ.⁶ Sự khác biệt này có thể do cơ cấu dân số đang ngày càng già hoá. Phình xoang Valsalva thường gặp ở nam nhiều hơn nữ,² tương đồng với trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam:nữ = 1,5:1.

Túi phình xoang Valsalva chưa vỡ thường không có triệu chứng lâm sàng, chúng có thể được phát hiện tình cờ qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Tuỳ thuộc vào kích thước và sự chèn ép lên các cấu trúc tim lân cận, túi phình xoang Valsalva chưa vỡ có thể gây ra các biến chứng cấp tính như thiếu máu cơ tim hay nhồi máu cơ tim cấp do chèn ép, tắc nghẽn ĐMV,⁴ tắc nghẽn hoàn toàn hoặc một phần đường ra thất phải. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có 1 trường hợp phình xoang Valsalva vành phải kèm huyết khối gây tắc hoàn toàn lỗ ra ĐMV phải và 1 trường hợp phình xoang Valsalva vành trái lớn chèn ép gây hẹp khít ĐM liên thất trước gây thiếu máu cơ tim theo diện cấp máu tương ứng của các nhánh ĐMV. Khi túi phình xoang Valsalva vỡ, tùy thuộc vào kích thước, tốc độ vỡ và vị trí vỡ vào, các triệu chứng có thể cấp tính như khó thở dữ dội, đau ngực và suy tim cấp, hoặc tiến triển âm thầm thành suy tim với các biểu hiện như mệt mỏi, khó thở và quá tải thể tích. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiếng thổi tâm thu hoặc liên tục cạnh bờ trái xương ức (65%) và khó thở (56%) chiếm tỉ lệ nhiều nhất, tương đồng với nghiên cứu của Bricker AO,² 9 BN có biểu hiện sốt đều là phình xoang Valsalva mắc phải do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, 2 BN không có triệu chứng đều là túi phình chưa vỡ và có kích thước nhỏ.

Phình xoang Valsalva bẩm sinh thường gặp hơn phình xoang Valsalva mắc phải. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phình xoang Valsalva bẩm sinh cũng chiếm tỉ lệ nhiều hơn (72,1%) so với 27,9% phình xoang Valsalva mắc phải. Đa số phình xoang Valsalva mắc phải là do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, có 1 trường hợp do bệnh

lí xơ vữa thoái hoá van.

Xoang vành phải là vị trí thường bị ảnh hưởng nhất bởi phình xoang Valsalva (70%), nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu trước đó về phình xoang Valsalva.² Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí bị ảnh hưởng tiếp theo sau xoang vành phải là vị trí giữa các xoang, sau cùng là xoang không vành và xoang vành trái. Có sự khác biệt này là do trong nhóm nghiên cứu số BN phình xoang Valsalva mắc phải nhiều hơn các nghiên cứu trước đó. Vỡ phình xoang Valsalva vào thất phải là vị trí phổ biến nhất, tiếp theo là nhĩ phải.⁷ Các vị trí ít gặp hơn, bao gồm: đường ra thất phải, thất trái, vách liên thất, nhĩ trái, khoang màng tim và động mạch phổi.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 40,9% vỡ vào thất phải, chiếm tỉ lệ nhiều nhất, tiếp theo là vỡ vào thất trái (27,3%), nhĩ phải và đường ra thất phải (chiếm 13,6%), chỉ có 1 BN vỡ vào động mạch phổi.

Các tổn thương phổi hợp được phát hiện ở 67,4% số BN trong nhóm nghiên cứu. Thường gặp nhất là hở van ĐMC mức độ vừa đến nhiều chiếm 34,9%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Takach và cộng sự.⁶ Tỉ lệ thông liên thất trong nghiên cứu của chúng tôi là 27,9%, thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây với tỉ lệ dao động từ 30% đến 60%.²

Siêu âm tim qua thành ngực là phương pháp đầu tay được lựa chọn nhờ độ nhạy cao, rẻ tiền, dễ tiếp cận. Các nghiên cứu đã báo cáo siêu âm tim có độ nhạy >90% trong việc phát hiện phình xoang Valsalva.⁵ Tuy nhiên siêu âm tim có độ phân giải không gian thấp, hạn chế quan sát ở BN lớn tuổi, thành ngực dày cũng như phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm người làm. Siêu âm hạn chế trong việc đánh giá chính xác cấu trúc, mối liên quan giải phẫu của túi phình với các thành phần xung quanh và đôi khi có thể phát hiện sai vị trí vỡ.⁵ Das và cộng sự⁸ đã mô tả một trường hợp phình xoang Valsalva xoang vành phải bị vỡ đã bỏ sót trên siêu âm và được phát hiện qua CLVT đa dãy có gắn cổng điện tâm đồ trong lần theo dõi sau đó. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy siêu âm tim chỉ phát hiện 81,4% bệnh nhân có phình xoang Valsalva, có 18,6% bệnh nhân siêu âm tim không phát hiện được phình xoang Valsalva. Trong đó có 3 trường hợp siêu âm chẩn đoán nhầm vị trí vỡ.

Trước đây, thông tim bơm thuốc cản quang vào gốc động mạch chủ được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán phình xoang Valsalva. Tuy nhiên đây là thủ thuật xâm lấn, có nguy cơ biến chứng liên quan đến thủ thuật. Sự ra đời của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn

như CLVT và CHT đã dần thay thế thông tim. Theo Aliye OB và cộng sự, CLVT đa dây có bơm thuốc cản quang gắn cố định tâm đồ cho độ phân giải không gian của các cấu trúc tim tốt hơn đáng kể so với các phương pháp hình ảnh khác và cung cấp hình ảnh giải phẫu chi tiết của phình xoang Valsalva cùng các cấu trúc tim lân cận.² Ngoài ra, phẫu thuật viên cũng có thể xem được hình ảnh 3D độ phân giải cao trước mổ, rất có giá trị trong việc cung cấp thông tin giải phẫu quan trọng và lập kế hoạch phẫu thuật. Theo Pampapati và cộng sự, nhờ hình ảnh 3D trước mổ mà các phẫu thuật viên đã bảo tồn được lỗ xuất phát của động mạch vành trái trong trường hợp mổ vỡ phình xoang Valsalva trái vào nhĩ phải.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân phình xoang Valsalva đều được phát hiện trên CLVT, vị trí phình xoang, vị trí xoang vỡ hay các tổn thương phổi hợp đều phù hợp với kết quả phẫu thuật.

Phương pháp điều trị phổ biến và truyền thống cho phình xoang Valsalva là phẫu thuật. Sau khi phẫu thuật vỡ phình xoang Valsalva, tiên lượng rất khả quan, với tỷ lệ sống sót sau 10 năm đạt từ 90% đến 95%.¹⁰ Phẫu thuật được chỉ định cho các trường hợp phình đã vỡ, cũng như phình chưa vỡ nhưng có triệu chứng, kích thước lớn, phát triển nhanh, hoặc có kèm dị tật tim bẩm sinh hay có các biến chứng. Điều trị nội khoa cho phình xoang Valsalva chủ yếu là một biện pháp tạm thời nhằm ổn định bệnh nhân trước khi có thể thực hiện can thiệp triệt để bằng phẫu thuật hoặc kỹ thuật đóng qua da. Kỹ thuật đóng ống thông qua da là một phương pháp xâm lấn tối thiểu đang phát triển, đặc biệt hữu ích ở những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao, bao gồm người lớn tuổi và có nhiều bệnh lý đi kèm. Tuy nhiên chỉ định còn hạn chế, thường chỉ áp dụng cho phình đơn thuần, không kèm theo các dị tật tim bẩm sinh khác. Đa số BN trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật (72%), còn lại là điều trị nội khoa. Trong số 12 BN phình xoang Valsalva chưa vỡ được phẫu thuật có 1 trường hợp túi phình lớn chèn ép đường ra thất phải, 1 trường hợp chèn ép ĐMV trái gây thiếu máu cơ tim, 3 BN kèm theo thông liên thất, 1 BN hở van ĐMC mức độ nhiều, 6 BN viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

Nghiên cứu này có một số hạn chế như sau. Thứ nhất, đây là nghiên cứu đơn trung tâm, cỡ mẫu nhỏ do vậy chưa phản ánh được hết tỉ lệ, đặc điểm, cấu trúc của phình xoang Valsalva. Thứ hai, nghiên cứu chưa có dữ liệu theo dõi bệnh nhân lâu dài do đó chưa đánh giá được

hiệu quả các phương pháp điều trị cũng như chưa đánh giá được vai trò của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh trong quá trình theo dõi bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phình xoang Valsalva là một dị tật tim hiếm gặp, có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng. Do đó, chẩn đoán chính xác, kịp thời là rất quan trọng nhằm ngăn ngừa biến cố tử vong do phình xoang Valsalva vỡ mà không được điều trị. Chụp CLVT đa dây có gắn cố định tâm đồ là một phương pháp không xâm lấn, có vai trò quan trọng trong chẩn đoán cũng như lập kế hoạch điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hanna MF, Malguria N, Saboo SS, et al.** Cross-sectional imaging of sinus of Valsalva aneurysms: lessons learned. *Diagn Interv Radiol.* 2017;23(5):339. doi:10.5152/dir.2017.16522
2. **Bricker AO, Avutu B, Mohammed TLH, et al.** Valsalva Sinus Aneurysms: Findings at CT and MR Imaging. *RadioGraphics.* 2010;30(1):99-110. doi:10.1148/rg.301095719
3. **Hoey ETD, Kanagasigam A, Sivananthan MU.** Sinus of Valsalva Aneurysms: Assessment With Cardiovascular MRI. *Am J Roentgenol.* 2010;194(6): W495-W504. doi:10.2214/AJR.09.3570
4. **Weinreich M, Yu PJ, Trost B.** Sinus of Valsalva Aneurysms: Review of the Literature and an Update on Management. *Clin Cardiol.* 2015;38(3): 185. doi:10.1002/clc.22359
5. **White CS, Plotnick GD.** Case 33: Sinus of Valsalva Aneurysm. *Radiology.* 2001;219(1):82-85. doi:10.1148/radiology.219.1.r01ap3082
6. **Takach TJ, Reul GJ, Duncan JM, et al.** Sinus of Valsalva aneurysm or fistula: management and outcome. *Ann Thorac Surg.* 1999;68(5):1573-1577. doi:10.1016/S0003-4975(99)01045-0
7. **Cheng TO, Yang YL, Xie MX, et al.** Echocardiographic diagnosis of sinus of Valsalva aneurysm: a 17-year (1995-2012) experience of 212 surgically treated patients from one single medical center in China. *Int J Cardiol.* 2014;173(1): 33-39. doi:10.1016/j.ijcard.2014.02.003
8. **Das KM, El-Menyar AA, Arafa SEO, Suwaidi JA.** Intracardiac shunting of ruptured Sinus of Valsalva aneurysm in a patient presented with acute myocardial infarction: role of 64-slice MDCT. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2006;22(6):797-802. doi:10.1007/s10554-006-9090-y
9. **Pampapati P, Rao HTG, Radhesh S, Anand HK, Praveen LS.** Multislice CT imaging of ruptured left sinus of Valsalva aneurysm with fistulous track between left sinus and right atrium. *J Radiol Case Rep.* 2011;5(8):14-21. doi:10.3941/jrcr.v5i8.719
10. **Kuriakose EM, Bhatla P, McElhinney DB.** Comparison of Reported Outcomes With Percutaneous Versus Surgical Closure of Ruptured Sinus of Valsalva Aneurysm. *Am J Cardiol.* 2015;115(3): 392-398. doi:10.1016/j.amjcard.2014.11.013