

TIM MẠCH CAN THIỆP

PHẪU THUẬT SỬA CHỮA
BẤT THƯỜNG KẾT NỐI TĨNH MẠCH PHỔI LẠC CHỖ BÁN PHẦN
ĐỔ VỀ TĨNH MẠCH VÔ DANH VÀ TĨNH MẠCH CHỦ TRÊN
CA LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Lê Hồng Quân¹, Nguyễn Hữu Ước^{1,2}, Nguyễn Lê Vinh¹,
Nguyễn Ngọc Dự¹, Hoàng Văn Trung¹, Phạm Việt Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày một trường hợp lâm sàng bệnh lý bất thường kết nối tĩnh mạch phổi lạc chỗ bán phần và thảo luận về chẩn đoán, điều trị và nhìn lại y văn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo một trường hợp bệnh nhân có bất thường tĩnh mạch phổi trên trái đổ về tĩnh mạch vô danh và tĩnh mạch phổi trên phải đổ về tĩnh mạch chủ trên, được chẩn đoán và phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật tim, mạch máu và lồng ngực - Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh (Hà Nội).

Kết quả nghiên cứu: Bệnh nhân nam, 50 tuổi, nhập viện vì đau ngực và mệt khi gắng sức. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh bao gồm siêu âm tim, chụp cắt lớp vi tính mạch máu và cộng hưởng từ tim cho thấy:

- * Tĩnh mạch phổi trên trái đổ về tĩnh mạch vô danh
- * Tĩnh mạch phổi trên phải đổ về tĩnh mạch chủ trên

Bệnh nhân được phẫu thuật sửa chữa toàn bộ, chuyển hướng dòng chảy của tĩnh mạch phổi trên trái về tiểu nhĩ trái và kỹ thuật Warden cải tiến. Bệnh nhân hậu phẫu, ra viện ổn định

Kết luận: Bất thường kết nối tĩnh mạch phổi lạc chỗ bán phần là một dị tật tim bẩm sinh hiếm gặp, nguyên nhân chính xác chưa rõ ràng. Việc chẩn đoán sớm và can thiệp phẫu thuật kịp thời giúp cải thiện tiên lượng, với kết quả sau mổ khả quan.

Từ khóa: Bất thường kết nối tĩnh mạch phổi lạc chỗ

bán phần, tĩnh mạch vô danh, tĩnh mạch chủ trên, bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi bán phần.

SUMMARY

SURGICAL CORRECTION OF PARTIAL
ANOMALOUS PULMONARY VENOUS
CONNECTION TO THE INNOMINATE VEIN AND
THE SUPERIOR VENA CAVA A CASE REPORT
AND LITERATURE REVIEW

Objectives: To present a clinical case of partial anomalous pulmonary venous connection and discuss diagnosis, management, and review of the literature.

Methods: We report a case of a patient with PAPVC from the left upper pulmonary vein to the left innominate vein and from the right upper pulmonary vein to the superior vena cava. The patient was diagnosed and surgically treated at the Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, Tam Anh General Hospital (Hanoi).

Results: A 50-year-old male patient was admitted with chest pain and exertional fatigue. Diagnostic imaging modalities, including transthoracic echocardiography, computed tomography angiography (CTA), cardiovascular magnetic resonance revealed:

- * The left upper pulmonary vein to the left innominate vein
- * The right upper pulmonary vein to the superior vena cava

The patient underwent complete surgical repair with redirection of the left upper pulmonary venous return to the left atrial appendage and a modified Warden procedure. Recovery and the postoperative course were uneventful, and the patient was discharged in a stable condition

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh,

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quân

Email: drlehongquan.vietduchospital@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/6/2026

Ngày phản biện khoa học: 14/7/2026

Ngày duyệt bài: 4/8/2026

Conclusions: Partial anomalous pulmonary venous connection is a rare congenital cardiac defect of uncertain etiology. Early diagnosis and prompt surgical intervention are critical for improving prognosis and favorable postoperative outcomes.

Keywords: Partial anomalous pulmonary venous connection (PAPVC), innominate vein, superior vena cava, partial anomalous pulmonary venous return (PAPVR).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường kết nối tĩnh mạch phổi lạc chỗ (Anomalous pulmonary venous connection - APVC) là một dị tật tim bẩm sinh hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 1-2% trong tổng số các dị tật tim bẩm sinh, nguyên nhân chính xác chưa rõ ràng nhưng có thể liên quan đến yếu tố di truyền, rối loạn phát triển phôi thai hay yếu tố môi trường¹⁻⁴.

Bất thường kết nối tĩnh mạch phổi lạc chỗ bán phần (PAPVC) là khi lưu lượng máu từ một hoặc nhiều tĩnh mạch phổi (nhưng không phải tất cả) đổ về tĩnh mạch hệ thống hay nhĩ phải. Trong PAPVC, tĩnh mạch phổi trên phải đổ vào tĩnh mạch chủ trên hoặc tâm nhĩ phải là dạng hay gặp nhất (80-90%), thường kèm theo thông liên nhĩ hoặc lỗ PFO, một số ít có thể gặp PAPVC bên phải chảy về tĩnh mạch chủ dưới. PAPVC bên trái ít gặp hơn và thường đổ về tĩnh mạch vô danh, xoang vành, hiếm khi đổ về tâm nhĩ phải, tĩnh mạch chủ hoặc tĩnh mạch dưới đòn trái²⁻⁴. Do luồng thông trái – phải tiến triển từ từ nên nhiều trường hợp không có triệu chứng trong thời gian dài và chỉ được phát hiện khi khám tình cờ hoặc khi có các biểu hiện của tăng áp động mạch phổi, suy tim phải. Việc chẩn đoán ngoài triệu chứng lâm sàng còn đòi hỏi phối hợp nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm tim, cắt lớp

vi tính và cộng hưởng từ tim mạch. Dị tật này có thể gây ra nhiều rối loạn huyết động nặng nề trong quá trình phát triển nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Phẫu thuật sửa chữa toàn bộ, chuyển các tĩnh mạch phổi trở về nhĩ trái, xử lý tổn thương phổi hợp (nếu có) hiện nay vẫn là một phương án phẫu thuật chủ yếu để điều trị PAPVC.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp PAPVC hai bên ở bệnh nhân nam 50 tuổi được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật thành công tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Báo cáo một trường hợp bệnh nhân có bất thường tĩnh mạch phổi trên trái đổ về tĩnh mạch vô danh và tĩnh mạch phổi trên phải đổ về tĩnh mạch chủ trên, được chẩn đoán và phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật tim, mạch máu và lồng ngực - Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh (Hà Nội).

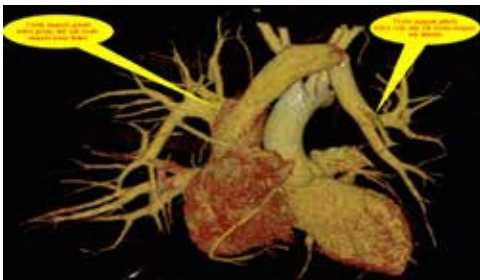
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân nam, 50 tuổi. Tiền sử người bệnh đã phát hiện lỗ PFO nhiều năm nay. Gần đây, người bệnh xuất hiện các cơn đau ngực, tim đập nhanh, khó thở, mệt tăng khi gắng sức, đến khám kiểm tra. Khám lúc vào viện: Người bệnh tỉnh, khó thở NYHA II, mạch 75 lần/phút, huyết áp 122/62 mmHg, BMI 24,45; tim nhịp đều, không có tiếng thổi; phổi thông khí rõ, bụng mềm, gan mấp mé bờ sườn.

Siêu âm tim qua thành ngực ghi nhận thất phải giãn với đường kính đáy thất phải (RVD1) 45 mm, đường kính giữa thất phải (RVD2) 40 mm và đường ra thất phải (RVOT1) 42 mm, chức năng tâm thu thất phải còn bảo tồn (Tricuspid Annular Plane Systolic Excursion

- TAPSE 21 mm). Còn lỗ bầu dục (Patent Foramen Ovale – PFO) 3-4 mm, shunt trái - phải. Quan sát thấy 3 tĩnh mạch phổi đổ về nhĩ trái. Hở van hai lá nhẹ - vừa. Hở van ba lá vừa cơ năng. Tăng áp lực mạch phổi nhẹ (Pulmonary Artery Systolic Pressure - PAPs = 42mmHg). Điện tim cho thấy có rung nhĩ cơn, block nhánh phải. Siêu âm tim cản âm cho thấy lỗ PFO kích thước ~ 5-6 mm, shunt trái - phải. Shunt qua PFO tương đối nhỏ, không tương xứng mức độ giãn thất phải, nhĩ phải. Nhiều bọt cản âm từ nhĩ phải sang nhĩ trái - thất trái ở qua lỗ PFO, và từ tĩnh mạch phổi.

Người bệnh được chụp cắt lớp vi tính dựng hình mạch kết quả: Giãn nhĩ phải và thất phải. Còn tồn tại lỗ bầu dục PFO đường kính 6mm. Bất thường kết nối tĩnh mạch phổi nhánh trên phổi hai bên: bên phải đường kính ~ 15mm đổ về trực tiếp về tĩnh mạch chủ trên ngay phía dưới lỗ tĩnh mạch Azygos, bên trái đường kính ~ 13mm đổ về trực tiếp về tĩnh mạch vô danh. Tĩnh mạch phổi nhánh dưới phổi hai bên đổ về về nhĩ trái (Hình 1)



Hình 1. Bất thường tĩnh mạch phổi trên trái đổ về tĩnh mạch vô danh và tĩnh mạch phổi trên phải đổ về tĩnh mạch chủ trên

Hình ảnh cộng hưởng từ tim cho thấy: Còn tồn tại lỗ bầu dục với shunt trái - phải (PFO). Bất thường kết nối tĩnh mạch phổi hai bên nhánh trên đổ về về nhĩ phải qua tĩnh mạch

chủ trên; Qp/Qs ~ 3,13. Giãn nhĩ phải và thất phải. Giảm nhẹ chức năng tâm thu hai buồng thất. Dài xơ hóa ngấm thuốc thành thất phải vị trí đường ra thất phải (Right Ventricular Outflow Tract-RVOT).

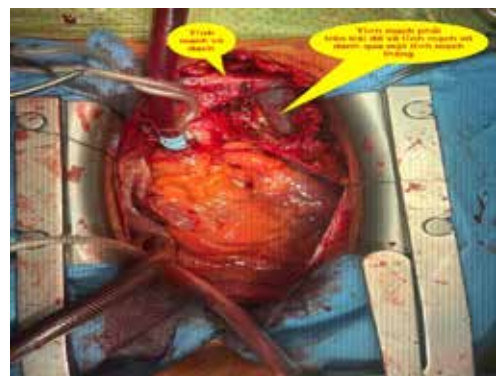
Người bệnh được chẩn đoán: Bất thường tĩnh mạch phổi trên trái đổ về tĩnh mạch vô danh và tĩnh mạch phổi trên phải đổ về tĩnh mạch chủ trên; Còn lỗ bầu dục; Tăng áp lực động mạch phổi; Suy tim; Rung nhĩ cơn; Block nhánh phải.

Bệnh nhân được phẫu thuật sửa toàn bộ bệnh tĩnh mạch phổi đổ lạc chỗ bán phần:

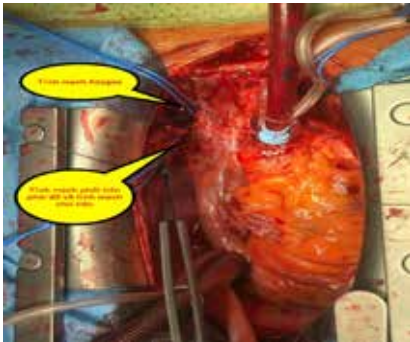
Mở đường giữa xương ức. Mở màng tim. Heparin liều chạy máy.

Cannula động mạch chủ lên, 2 Cannula tĩnh mạch: tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch vô danh.

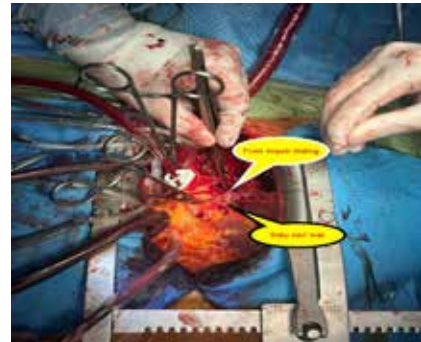
Bộc lộ kiểm tra thấy tĩnh mạch phổi trên trái đổ về tĩnh mạch vô danh qua một tĩnh mạch thẳng (Hình 2), tĩnh mạch phổi trên phải đổ về tĩnh mạch chủ trên, ngay dưới tĩnh mạch Azygos (Hình 3)



Hình 2. Bất thường tĩnh mạch phổi trên trái đổ về tĩnh mạch vô danh qua một tĩnh mạch thẳng



Hình 3. Bất thường mạch phổi trên phải đổ về tĩnh mạch chủ trên, ngay dưới tĩnh mạch Azygos



Hình 4. Miệng nối tĩnh mạch thẳng với tiểu nhĩ trái

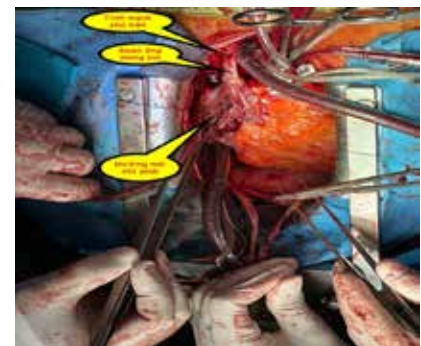
Cấp chủ, liệt tim bằng dung dịch Custodiol.

Khâu cắt rời tĩnh mạch phổi trên trái tại vị trí đổ về tĩnh mạch vô danh qua tĩnh mạch thẳng, sau đó làm miệng nối với tiểu nhĩ trái (Hình 4).

Thực hiện phẫu thuật Warden cải tiến (Modified Warden procedure): Mở nhĩ phải. Lỗ PFO lớn kích thước ~ 1cm. Mở rộng về 2 phía trên và dưới lỗ PFO. Và lệch vị trí lỗ đổ về của tĩnh mạch chủ trên về bên nhĩ trái qua lỗ PFO bằng miếng mạch nhân tạo. Khâu cắt rời tĩnh mạch chủ trên tại vị trí giữa chỗ đổ về của tĩnh mạch phổi trên trái và Azygos. Lấy miếng màng tim tạo thành đoạn ống đường kính ~2cm, dài 1cm. Làm miệng nối tĩnh mạch chủ trên với tiểu nhĩ phải qua đoạn “ống màng tim” (Hình 5).

Đầy tim, đuổi khí. Tim đập lại tốt. Rút cannula.

Cầm máu kỹ, đặt hệ thống dẫn lưu, điện cực. Đóng màng tim. Đóng xương ức và thành ngực

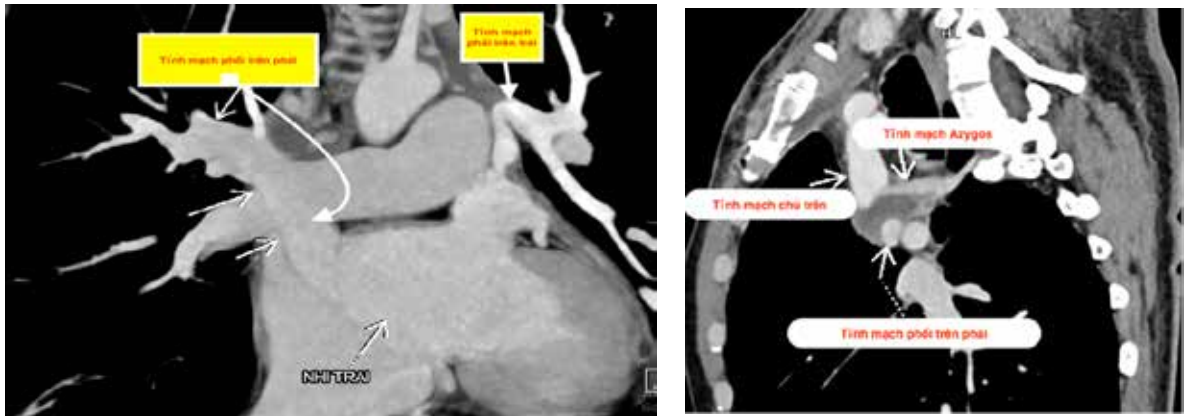


Hình 5. Tĩnh mạch chủ trên nối với tiểu nhĩ phải qua đoạn “ống màng tim”

Bệnh nhân được rút nội khí quản sau mổ 2 giờ. Sau mổ diễn biến lâm sàng ổn định.

Siêu âm tim sau mổ cho thấy: Dòng hồi lưu tĩnh mạch phổi về nhĩ trái tốt; áp lực động mạch phổi bình thường; chức năng và kích thước thất phải bình thường. Bệnh nhân hồi phục tốt và ra viện trong tình trạng ổn định.

Cắt lớp vi tính dựng hình mạch phổi sau mổ 2 tuần cho thấy kết quả ổn định: Tĩnh mạch phổi trên phải được khâu nối về nhĩ trái qua lỗ PFO, tĩnh mạch phổi trên trái được khâu nối về tiểu nhĩ trái, tĩnh mạch Azygos đổ về tĩnh mạch chủ trên (Hình 6). Hiện tại người bệnh tiếp tục theo dõi, điều trị và tái khám định kỳ sau mổ.



Hình 6. Cắt lớp vi tính dạng hình mạch phổi sau mổ

IV. BÀN LUẬN

Bất thường kết nối tĩnh mạch phổi lạc chỗ bán phần là một dị tật tim bẩm sinh hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 1-2% trong tổng số các dị tật tim bẩm sinh. Phần lớn các trường hợp liên quan đến phổi phải, trong đó tĩnh mạch phổi trên phải đổ vào tĩnh mạch chủ trên là hình thái thường gặp nhất. Ngược lại, PAPVC bên trái hiếm gặp hơn và thường đổ về tĩnh mạch vô danh thông qua một tĩnh mạch thẳng. Các trường hợp PAPVC hai bên được ghi nhận rất ít trong y văn. Theo tác giả Senocak và cộng sự khi phân tích 51 bệnh nhân PAPVC chỉ ghi nhận 7.9% trường hợp có bất thường kết nối tĩnh mạch phổi ở cả hai bên⁵. Do mức độ shunt thường không lớn ở giai đoạn đầu, nhiều bệnh nhân không có triệu chứng trong thời gian dài và chỉ được phát hiện ở tuổi trưởng thành khi đã xuất hiện quá tải thể tích thất phải, tăng áp động mạch phổi hoặc rối loạn nhịp tim. Bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán ở tuổi 50 với bất thường kết nối tĩnh mạch phổi hai bên. Đây là một dạng giải phẫu hiếm gặp, trong đó tĩnh mạch phổi trên phải đổ về vào tĩnh mạch chủ trên còn tĩnh mạch phổi trên trái đổ về vào tĩnh mạch vô danh thông qua tĩnh mạch thẳng.

Hình thái này tạo nên luồng shunt đáng kể kéo dài trong nhiều năm trước khi được phát hiện.

Về mặt phôi thai học, PAPVC xuất hiện do sự thất bại trong quá trình kết nối hoàn toàn giữa hệ tĩnh mạch phổi nguyên thủy và nhĩ trái, dẫn tới sự tồn tại các kết nối bất thường giữa tĩnh mạch phổi và hệ tĩnh mạch hệ thống. Mức độ ảnh hưởng huyết động phụ thuộc vào số lượng tĩnh mạch phổi bất thường, vị trí đổ về và lưu lượng shunt trái – phải. Trong trường hợp của chúng tôi, MRI tim cho thấy lưu lượng máu qua tuần hoàn phổi tăng đáng kể với tỷ lệ $Q_p/Q_s \sim 3,13$. Đây là mức shunt lớn, vượt xa ngưỡng $Q_p/Q_s = 1,5$ được xem là có ý nghĩa huyết động theo các khuyến cáo hiện hành¹⁻⁴. Trên MRI tim cho thấy bệnh nhân có giãn thất phải RV 50×86 mm, thể tích cuối tâm trương thất phải (Right Ventricular End-Diastolic Volume - RVEDV) 227,34 ml và chỉ số thể tích cuối tâm trương thất phải (Right Ventricular End-Diastolic Volume Index - RVEDVI) 126,32 ml/m². Đồng thời ghi nhận giãn nhĩ phải với diện tích 27 cm². Các thông số này chứng minh tình trạng quá tải thể tích tim phải kéo dài do luồng thông trái – phải mạn tính. Mặc dù thất phải giãn đáng kể

nhưng chức năng tâm thu thất phải vẫn còn tương đối bảo tồn trên siêu âm tim với TAPSE 21 mm. Điều này cho thấy bệnh nhân được can thiệp ở giai đoạn suy chức năng thất phải vẫn còn hồi phục.

Chẩn đoán PAPVC ở người trưởng thành thường gặp nhiều khó khăn do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Các biểu hiện thường gặp bao gồm khó thở khi gắng sức, hồi hộp đánh trống ngực hoặc rối loạn nhịp. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân nhập viện vì đau ngực và khó thở khi gắng sức. Siêu âm tim ban đầu ghi nhận thất phải giãn (Right Ventricular Diameter – RVD1 45 mm, RVD2 40 mm), tăng áp động mạch phổi nhẹ và còn lỗ bầu dục kích thước ~ 5-6 mm, shunt trái - phải, Qp/Qs 3,7 – 3,9. Tuy nhiên siêu âm tim chưa xác định đầy đủ được giải phẫu của toàn bộ hệ tĩnh mạch phổi, hơn nữa shunt qua PFO tương đối nhỏ, không tương xứng mức độ giãn thất phải, nhĩ phải. Vì vậy người bệnh được bổ sung thêm MRI và cắt lớp vi tính dựng hình mạch. Theo các khuyến cáo hiện nay, đây được xem là các phương tiện chẩn đoán quan trọng nhất đối với PAPVC; ngoài việc xác định chính xác giải phẫu bất thường kết nối tĩnh mạch phổi, MRI còn cho phép đánh giá kích thước buồng tim phải, chức năng thất phải, mức độ tăng lưu lượng phổi và chỉ số Qp/Qs¹. Sự kết hợp của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại cho phép đánh giá đầy đủ giải phẫu và huyết động, từ đó hỗ trợ chẩn đoán xác định, lập kế hoạch phẫu thuật tối ưu.

Điều trị triệt để PAPVC hiện nay vẫn là phẫu thuật sửa chữa nhằm chuyển hướng toàn bộ dòng máu tĩnh mạch phổi bất thường về nhĩ trái. Theo hướng dẫn ACC/AHA 2025

ở các bệnh nhân APVC có triệu chứng tim mạch hoặc giảm khả năng gắng sức, kèm quá tải thể tích thất phải và tỷ lệ Qp/Qs $\geq 1,5$ thì phẫu thuật sửa chữa được khuyến cáo nhằm cải thiện triệu chứng và tiên lượng lâu dài¹. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân có khó thở khi gắng sức, rung nhĩ cơn, giãn nhĩ phải, giãn thất phải trên siêu âm tim và cộng hưởng từ tim (chỉ số thể tích cuối tâm trương thất phải đã hiệu chỉnh theo diện tích bề mặt cơ thể (RVEDVI) ~126,3 ml/m² đồng thời có tỷ lệ Qp/Qs ~ 3,13). Các dữ kiện này chứng minh shunt trái-phải có ý nghĩa huyết động rõ rệt và hoàn toàn phù hợp với chỉ định phẫu thuật theo khuyến cáo hiện hành. Ngoài ra MRI tim ghi nhận dải tăng tín hiệu ngấm thuốc gadolinium muộn (Late Gadolinium Enhancement - LGE) khu trú tại đường ra thất phải (RVOT) tuy nhiên, đây không phải là dấu hiệu đặc trưng của PAPVC. Các nghiên cứu trước đây đã ghi nhận LGE thất phải ở nhiều bệnh lý gây quá tải thể tích hoặc tăng áp lực thất phải, bao gồm tim bẩm sinh có quá tải thất phải, tăng áp động mạch phổi^{6,7}. Hartke và cộng sự ghi nhận LGE thất phải ở 56% bệnh nhân tim bẩm sinh có tình trạng quá tải thất phải trên MRI tim⁶. Trong trường hợp của chúng tôi, sự hiện diện đồng thời của PAPVC hai bên, Qp/Qs ~ 3,13 và RVEDVI 126,3 ml/m² gợi ý rằng dải LGE RVOT nhiều khả năng phản ánh quá trình tái cấu trúc cơ tim thứ phát do quá tải thể tích thất phải kéo dài.

Việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí đổ về tĩnh mạch phổi lạc chỗ. Đối với tĩnh mạch phổi trên phải đổ vào đoạn cao của tĩnh mạch chủ trên, kỹ thuật Warden được xem là lựa chọn tối ưu vì giúp chuyển hướng dòng máu tĩnh mạch phổi về nhĩ trái,

đồng thời giảm nguy cơ hẹp tĩnh mạch chủ trên, hẹp đường dẫn lưu tĩnh mạch phổi và tổn thương nút xoang so với kỹ thuật tạo đường hầm trong nhĩ⁸. Trong trường hợp của chúng tôi, thay vì nối trực tiếp đầu xa của tĩnh mạch chủ trên với tiểu nhĩ phải như kỹ thuật Warden kinh điển, một đoạn ống được tạo từ màng tim tự thân được sử dụng để tái tạo lưu thông giữa tĩnh mạch chủ trên và tiểu nhĩ phải. Sử dụng ống màng tim tự thân giúp tạo miệng nối không căng, hạn chế gấp góc hoặc hẹp miệng nối khi khoảng cách giữa hai đầu nối tương đối xa, đồng thời tận dụng vật liệu tự thân có tính tương thích sinh học tốt và giảm nguy cơ nhiễm trùng hoặc các biến chứng liên quan đến vật liệu nhân tạo. Đối với bất thường của tĩnh mạch phổi trên trái, chúng tôi thực hiện nối trực tiếp tĩnh mạch phổi trên trái về tiểu nhĩ trái qua đoạn tĩnh mạch thẳng nhằm khôi phục dòng máu tĩnh mạch phổi về nhĩ trái theo sinh lý. Sự kết hợp giữa chuyển hướng tĩnh mạch phổi trên trái và kỹ thuật Warden cải tiến cho phép sửa chữa đồng thời cả hai bất thường giải phẫu, đảm bảo lưu thông tốt của hệ tĩnh mạch phổi và tĩnh mạch chủ trên.

Sau phẫu thuật chuyển hướng toàn bộ các tĩnh mạch phổi lạc chỗ về nhĩ trái kết hợp đóng lỗ bầu dục, bệnh nhân hồi phục thuận lợi, không ghi nhận tắc nghẽn tĩnh mạch phổi hay tĩnh mạch chủ trên. Mặc dù kết quả phẫu thuật sửa chữa PAPVC ở người lớn nhìn chung rất tốt, người bệnh vẫn cần được theo dõi lâu dài do nguy cơ xuất hiện các biến chứng liên quan đến đường đổ về tĩnh mạch phổi và tĩnh mạch hệ thống. Các biến chứng quan trọng nhất được ghi nhận trong y văn bao gồm hẹp tĩnh mạch phổi, hẹp tĩnh mạch chủ trên và rối loạn chức năng nút xoang hoặc các rối loạn nhịp

nhĩ. Các biến chứng này thường liên quan đến vị trí miệng nối, kỹ thuật tạo đường hầm trong nhĩ hoặc tái cấu trúc dòng chảy tĩnh mạch sau phẫu thuật^{1-3,8}. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân có rung nhĩ cơn trước phẫu thuật và PAPVC liên quan đến tĩnh mạch chủ trên, do đó nguy cơ xuất hiện rối loạn nhịp hoặc hẹp đường dẫn lưu tĩnh mạch sau mổ cần được theo dõi định kỳ bằng siêu âm tim và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cắt lớp. Các nghiên cứu gần đây cho thấy đa số bệnh nhân có sự cải thiện triệu chứng và giảm quá tải thất phải rõ rệt sau sửa chữa thành công.

V. KẾT LUẬN

Bất thường kết nối tĩnh mạch phổi lạc chỗ bán phần là một dị tật tim bẩm sinh hiếm gặp, đặc biệt là thể tổn thương cả hai bên, nguyên nhân chính xác chưa rõ ràng. Sự kết hợp giữa các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại như siêu âm tim, chụp cắt lớp vi tính tim mạch và cộng hưởng từ tim đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định, đánh giá giải phẫu bất thường và mức độ ảnh hưởng huyết động. Việc chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời giúp cải thiện triệu chứng và tiên lượng lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gurvitz M, Krieger EV, Fuller S, et al.** 2025 ACC/AHA/HRS/ISACHD/SCAI Guideline for the Management of Adults With Congenital Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2026;87(7):822-976. doi:10.1016/j.jacc.2025.09.006
2. **Duc HD, Quoc DP, Thu TP, Anh HN.** Bất thường tĩnh mạch phổi bán phần bên trái đổ về tĩnh mạch vô danh: nhân một trường hợp lâm sàng và nhìn lại y văn. *VJCTS.* 2019;27:24-28. doi:10.47972/

vjcts.v27i.44.

3. **Tuấn BL, Anh TĐ, Trần TN.** Abnormal connection of the left partial pulmonary vein to the innominate vein: A clinical case and literature review. *VJCTS*. 2022;37:12-17. doi:10.47972/vjcts.v37i.754
4. **Monesha Gupta.** Partial and Total Anomalous Pulmonary Venous Connection Treatment & Management: Approach Considerations, Surgical Care, Long-Term Monitoring. Published online April 10, 2026. Accessed April 15, 2026. <https://emedicine.medscape.com/article/897686-treatment>
5. **Senocak F, Ozme S, Bilgiç A, Ozkutlu S, Ozer S, Saraçlar M.** Partial anomalous pulmonary venous return. Evaluation of 51 cases. *Jpn Heart J*. 1994;35(1):43-50. doi:10.1536/ihj.35.43
6. **Hartke LP, Gilkeson RC, O’Riordan MA, Siwik ES.** Evaluation of right ventricular fibrosis in adult congenital heart disease using gadolinium-enhanced magnetic resonance imaging: initial experience in patients with right ventricular loading conditions. *Congenit Heart Dis*. 2006;1(5):192-201. doi:10.1111/j.1747-0803.2006.00035.x
7. **DiLorenzo MP, Grosse-Wortmann L.** Myocardial Fibrosis in Congenital Heart Disease and the Role of MRI. *Radiol Cardiothorac Imaging*. 2023;5(3):e220255. doi:10.1148/ryct.220255
8. **Lim SC, Kwak JG, Cho S, et al.** Outcomes of the Warden Procedure for Anomalous Pulmonary Venous Return to the Superior Vena Cava: A 17-Year Experience. *J Chest Surg*. 2022;55(3):206-213. doi:10.5090/jcs.21.142.