



GIẢ PHÌNH ĐỘNG MẠCH PHỔI: NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Pulmonary artery pseudoaneurysms: 3 cases examined and treated at National Lung Hospital Case report

Hoàng Văn Lương, Hoàng Thị Thảo Ly**

SUMMARY

Pulmonary artery pseudoaneurysms (PAPs) is a rare abnormality of the pulmonary artery system. Beside, PAPs have no specific clinical presentation or may be asymptomatic, which may be present in congenital anomalies or in a variety of conditions such as pneumonia, pulmonary neoplasm, pulmonary tuberculosis, or lung fungus... [1]. We present 3 cases of PAPs examined and treated at the National Lung Hospital with PAPs appearing on the background of 3 different diseases. Both of these 3 cases have nonspecific symptoms as cough, chestpain and dyspnea with 2 cases of hemoptysis. They are all detected by computed tomography (CT) angiography. There are 2 cases treated by surgery that have good results and 1 case who continued the TB regimen received medical treatment.

Keywords: *pulmonary artery pseudoaneurysms, pulmonary artery, hemoptysis.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giả phình động mạch là sự giãn khu trú của mạch máu không liên quan tới tất cả 3 lớp của thành động mạch, do đó có nguy cơ vỡ cao hơn một phình động mạch thực sự. Hầu hết (89%) các giả phình động mạch phổi xuất phát ở động mạch trung tâm, trong khi ở động mạch phổi trong nhu mô có tỷ lệ rất thấp (11%). Tổn thương thường gặp ở bên trái nhiều hơn bên phải [1], [2], [3]. Triệu chứng lâm sàng của bệnh thường không điển hình khiến việc chẩn đoán sớm cũng như điều trị kịp thời và hiệu quả còn gặp nhiều khó khăn [4].

Trên phim Xquang, giả phình động mạch có thể biểu hiện bằng hình ảnh rốn phổi rộng hơn hoặc có thể biểu hiện là những hình mờ trong nhu mô phổi (nốt mờ đơn độc hoặc nhiều nốt). Trên phim chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch cung cấp các thông tin chính xác về kích thước, số lượng, vị trí, cấu trúc cũng như liên quan xung quanh giả phình động mạch phổi. Theo y văn, tỷ lệ tử vong liên quan đến vỡ phình và giả phình động mạch phổi rất cao, chiếm khoảng 50-100%. Do vậy, việc chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả cho người bệnh là vô cùng quan trọng [2].

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Trong 3 trường hợp giả phình động mạch phổi trong nhu mô đến khám và điều trị tại Bệnh viện phổi trung ương có hai trường hợp có tiền sử đái tháo đường và hút thuốc lá nhiều năm, một trường hợp có tiền sử lao phổi. Cả 3 trường hợp đều có các triệu chứng khi vào viện bao gồm ho, sốt, đau ngực, khó thở và mệt mỏi. Trong đó trường hợp 1 là bệnh nhân nam 63 tuổi biểu hiện ho có đờm, trường hợp 2 là bệnh nhân nam 42 tuổi và trường hợp 3 là bệnh nhân nam 50 tuổi có triệu chứng ho ra máu. Các bệnh nhân đều được làm các xét nghiệm như sinh hóa máu, công thức máu, chụp Xquang ngực thẳng và CLVT đa dãy đầu thu có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch.

Ca lâm sàng 1:

Bệnh nhân nam 63 tuổi, Quê quán: Hải Phòng,

Tiền sử: đái tháo đường, tăng huyết áp, hút thuốc lá nhiều năm

Vào viện ngày 07/02/2020 với lý do ho khạc đờm, sốt về chiều, đau ngực trái, mệt mỏi, gầy sút (6kg/ tháng), khó thở khi gắng sức. Khám lúc vào viện: Bệnh nhân ho

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Phổi Trung ương

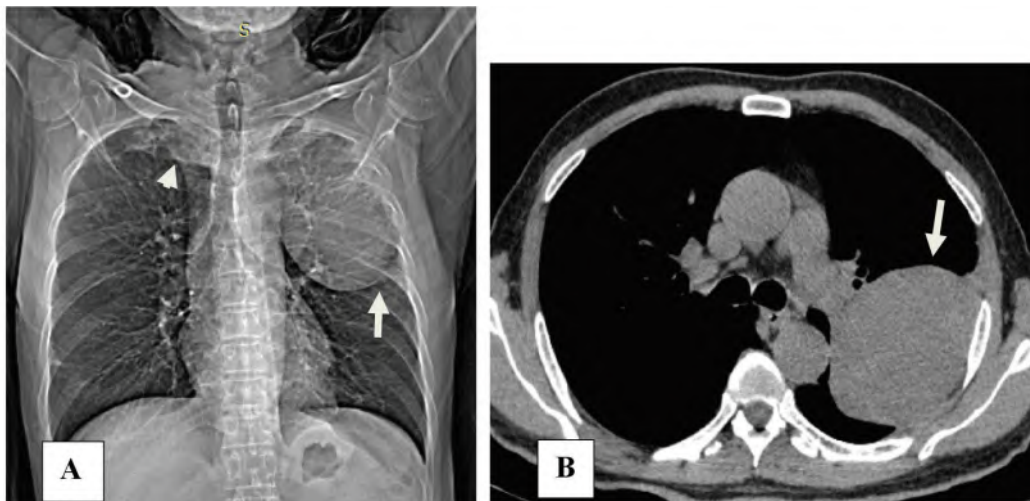
khạc đờm ít, khó thở khi gắng sức, phổi có ran ẩm, ran nổ tập trung nhiều ở phổi trái. Kết quả xét nghiệm: Bạch cầu tăng nhẹ 10.79G/L, TT 75%, CRP 87.7 mg/l. Soi đờm trực tiếp AFB âm tính, MTB Quantiferon âm tính. Test giãn phế quản: Rối loạn thông khí mức độ vừa. Xquang: Tổn thương đám mờ thùy trên phổi trái. CLVT 64 dãy có tiêm thuốc cản quang: hình ảnh đám đông đặc nhu mô phân thùy đỉnh sau thùy trên phổi trái, trung tâm vùng đông đặc có ổ giả hình bờ không đều KT ~ 40 x65mm, đường kính cổ túi giả hình 4mm xuất phát từ nhánh động mạch thùy trên. Xung quanh ổ giả hình

có lớp giảm tỷ trọng dày nhưng không ngấm thuốc cản quang (hình 1 và 2).

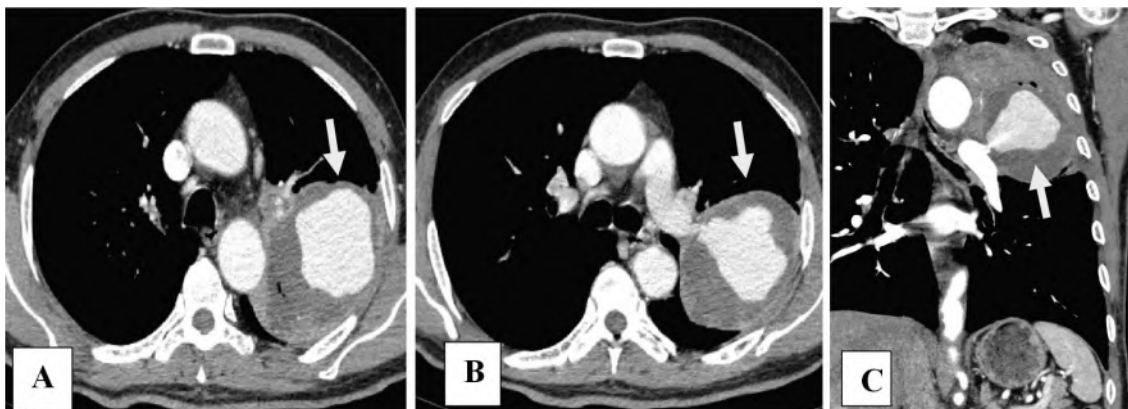
Chẩn đoán: tổn thương giả hình động mạch phổi trong ổ nhu mô hoại tử thùy trên phổi trái, chưa loại trừ khả năng do nấm xâm lấn.

Điều trị: phẫu thuật nội soi cắt thùy trên phổi trái.

Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật: hình ảnh nấm phổi Aspergillus xâm lấn (sợi nấm và hoại tử nấm xâm nhập vào thành mạch máu chưa gây bít tắc hoàn toàn lòng mạch).



Hình 1. Hình ảnh Xquang ngực thẳng và phim CLVT trước tiêm thuốc cản quang. A: Hình ảnh Xquang ngực thẳng thấy khối mờ lớn thùy trên phổi trái, dính sát thành ngực vùng đỉnh, bờ dưới tương đối đều và gọn (mũi tên), vùng đỉnh phổi phải có hình thâm nhiễm và xơ hóa (đầu mũi tên). B: Trên phim CLVT trước tiêm thuốc cản quang thấy khối lớn tỷ trọng mô mềm, bờ gọn đều, dính sát thành ngực trái (mũi tên).



Hình 2. Trên phim CLVT có tiêm thuốc cản quang. A: Hình ảnh cắt ngang khối tổn thương thấy bên trong có ổ giả hình mạch lớn (mũi tên). B: trên hình ảnh ngay sát lớp cắt trên vẫn thấy ổ giả hình lớn dọa vỡ ra ngoài phía trên khi thành ngoài tổn thương còn lại < 5mm (mũi tên). C: Trên hình tái tạo đứng ngang thấy ổ hình thông với động mạch thùy trên phổi trái. (mũi tên).

Ca lâm sàng 2

Bệnh nhân nam 42 tuổi, Quê quán: Hải Dương

Tiền sử: đái tháo đường, hút thuốc lá nhiều năm

Vào viện ngày 31/01/2020 với lý do ho khan, sốt.

Khám lúc vào viện: Bệnh nhân thể trạng suy kiệt. Da, niêm mạc nhợt. Ho khan, sốt thất thường, nhiệt độ cao nhất 38,5°C. Kết quả chụp CLVT cùng ngày thấy hình ảnh đông đặc nhu mô thùy dưới phổi phải, bên trong có hoại tử tạo hang với thành dày không đều, kích thước 67x100mm, kèm kính mờ và giãn phế quản xung quanh, không thấy hình ảnh phình mạch quanh thành hang (hình 3).

Chẩn đoán: áp xe phổi

Điều trị: nội khoa, bệnh cải thiện chậm, bệnh nhân xin ra viện về nhà điều trị tiếp theo đơn



Hình 3. Hình ảnh chụp phim CLVT vào viện lần đầu. Trên phim CLVT thấy ổ tổn thương dạng hang thành dày không đều thùy dưới phổi phải, thành hang có một số nhánh mạch máu ngấm thuốc cản quang (mũi tên), không thấy phình hay giả phình mạch

Sau khi ra viện, bệnh nhân thấy ho khạc đờm nâu đen lẫn máu đỏ tươi, kèm sốt thất thường, đau ngực, khó thở tăng dần, nhập viện lại ngày 21/02/2020.

Khám lúc vào viện: Bệnh nhân ho ra máu khoảng 20ml máu đỏ tươi, SpO₂ 94% tự thở. Nghe phổi giảm thông khí, ran nổ rải rác phổi hai bên.

Kết quả xét nghiệm: bạch cầu tăng 19.4 G/L, TT 78%, Thiếu máu HC: 4.1 T/L, Hgb 10.1 g/dL, HCT 33%, CRP 54.9 mg/l. Soi đờm trực tiếp AFB âm tính, MTB Quantiferon âm tính. Test giãn phế quản: Rối loạn

thông khí mức độ vừa. Xquang: đám mờ lan tỏa thùy dưới phổi phải.

CLVT 64 dãy có tiêm thuốc cản quang: hình ảnh thùy dưới phổi phải có đám đông đặc nhu mô KT ~ 123 x 92mm, trung tâm có hoại tử chứa dịch kèm các bóng khí và một vài vùng giãn phế quản. Thành phải tổn thương có hình ảnh túi phình mạch KT ~ 26 x 38mm xuất phát từ nhánh chia thùy dưới của động mạch phổi phải (hình 4 và 5).

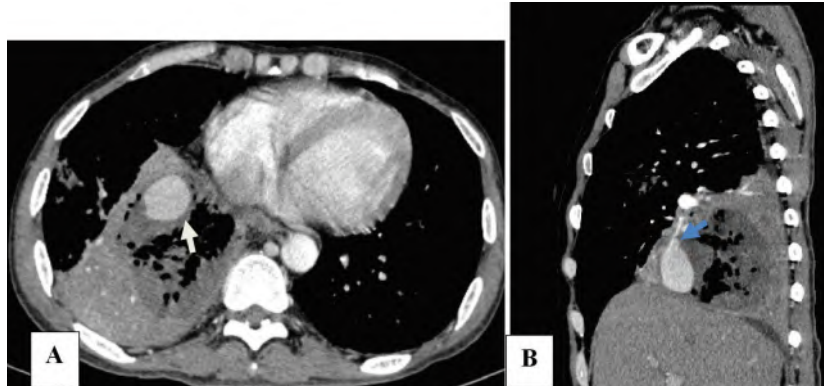
Chẩn đoán: Hình ảnh giả phình động mạch nhu mô phổi phải/ Đám đông đặc nhu mô thùy dưới phổi phải.

Điều trị: phẫu thuật nội soi cắt thùy dưới phổi trái.

Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật: khối viêm hoại tử tổ chức hóa.



Hình 4: Hình ảnh Xquang và CLVT vào viện lần hai. **A:** trên phim Xquang ngực thẳng thấy đám mờ không đều khu vực góc tâm hoành phải (mũi tên đen). **B:** trên phim CLVT trước tiêm thuốc cản quang thấy khối dạng hang thùy dưới phổi phải với thành dày nhiều, chỗ dày nhất 29mm, bờ ngoài dính sát thành ngực và màng phổi trung thất bên phải (mũi tên trắng).



Hình 5: Hình ảnh ổ giả phình động mạch phổi. A: trên CLVT cắt ngang có tiêm thuốc cản quang thấy hình ảnh khối dạng hang thùy dưới phổi phải, thành hang phần trên có giả ổ phình động mạch KT ~ 25 x 29mm (mũi tên trắng), không thấy huyết khối, bên trong hang có chứa khí và tổ chức hoại tử, bờ ngoài tổn thương dính sát thành ngực phải và màng phổi trung thất, tuy nhiên không thấy thâm nhiễm mỡ xung quanh. B: trên phim tái tạo đứng ngang thấy khối giả phình mạch hình quả lê, có thông với động mạch nhu mô phổi thùy dưới phải (mũi tên xanh).

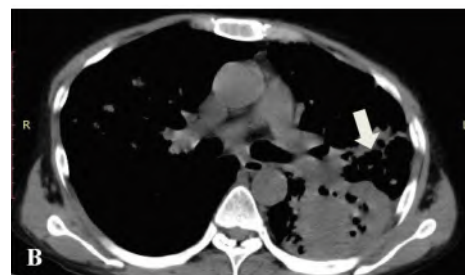
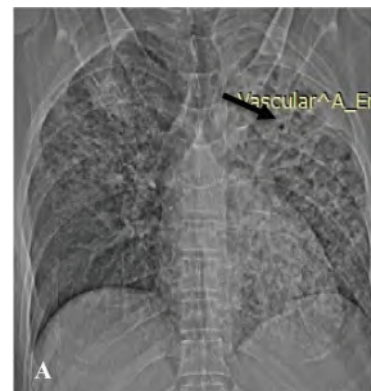
Ca lâm sàng 3

Bệnh nhân nam 50 tuổi. Quê quán: Hà Nội

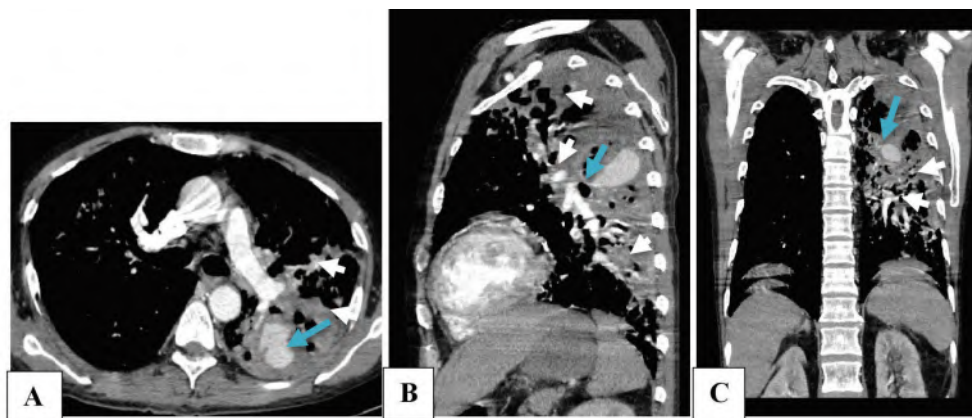
Tiền sử: điều trị lao phổi cách đây 7 năm, cách 4 tháng được chẩn đoán lao phổi tái phát AFB (+) và tự bỏ trị. Bệnh nhân vào viện ngày 23/08/2020 với lý do ho khạc đờm có lẫn máu đỏ tươi, kèm theo sốt, khó thở và đau ngực thất thường. Khám lúc vào viện: Bệnh nhân thể trạng suy kiệt, da, niêm mạc nhợt, thờ gắng sức, co kéo cơ hô hấp phụ, thở mask 15l/p, SpO2 90%, ho nhiều, khạc đờm trắng đục rải rác có lẫn máu đỏ tươi. Nghe phổi giảm thông khí, ran nổ, ran ẩm hai bên. Kết quả xét nghiệm: Bạch cầu tăng 12.34G/L, BCĐNTT 89%. Thiếu máu HC: 2.9 T/L, Hgb 7.9 g/dL, HCT 23%, Tiểu cầu 142 G/L, CRP 38.3mg/l. AFB (+ +) Xquang: Tổn thương đám mờ thùy trên phổi trái. Chụp CLVT 64 dãy có tiêm thuốc cản quang thấy hình ảnh đám đông đặc nhu mô có hang kèm giãn phế quản thùy trên phổi trái, thành phải tổn thương có hình ảnh túi phình mạch KT ~ 30 x 33mm. Nốt mờ nhỏ trung tâm tiểu thùy kèm đông đặc nhu mô và giãn phế quản rải rác nhu mô phổi phải (hình 6 và 7).

Chẩn đoán: giả phình động mạch nhu mô phổi trái/ theo dõi lao phổi.

Điều trị: nội khoa, kết quả ổn định sau 2 tuần, không còn ho máu, về nhà tiếp tục điều trị theo đơn và điều trị thuốc lao theo phác đồ lao phổi bỏ trị.



Hình 6: Hình ảnh Xquang và CLVT trước tiêm thuốc cản quang. A: trên phim Xquang ngực thẳng thấy có nhiều nốt mờ nhỏ lan tỏa nhu mô phổi hai bên, thùy trên phổi trái thấy đám mờ không đều (mũi tên đen) dính sát thành ngực. B: trên phim CLVT không tiêm thuốc cản quang thấy đám đông đặc nhu mô chiếm hầu hết phân thùy sau trên phổi trái, dính sát thành ngực (mũi tên trắng), xung quanh có một số nốt mờ và dải mờ.



Hình 7. Hình ảnh ổ giả phình động mạch phổi trên CLVT có tiêm thuốc cản quang. A: Hình ảnh CLVT cắt ngang thấy đám đông đặc nhu mô phổi trái bên trong có hình ảnh ổ giả phình mạch (mũi tên xanh) xen lẫn các bóng giãn phế quản và ổ giả hang (đầu mũi tên trắng). B và C là hình ảnh tái tạo đứng ngang và đứng dọc xác định chi tiết ổ giả phình mạch và các liên quan xung quanh.

III. BÀN LUẬN

Triệu chứng: Giả phình động mạch phổi không có biểu hiện lâm sàng đặc hiệu hoặc có thể không có triệu chứng, có thể gặp trong bất thường bẩm sinh hoặc trong nhiều bệnh lý khác nhau như viêm phổi, u phổi, lao phổi hay nấm phổi... Các triệu chứng thường gặp bao gồm ho ra máu, khó thở, đau ngực, đánh trống ngực và các cơn đau thắt ngực. Trường hợp phình mạch lớn có thể gây các triệu chứng do chèn ép phế quản bao gồm ho, khó thở tăng dần, tím tái hoặc viêm phổi và suy hô hấp [5], [6]. Theo các báo cáo những năm gần đây, khi gặp các triệu chứng ho ra máu dai dẳng ở bệnh nhân lao, kể cả những bệnh nhân đã hoàn thành điều trị, thì có khả năng bệnh nhân có sự xuất hiện của phình hoặc giả phình động mạch phổi [7], [8], [9]. Cả 3 trường hợp được báo cáo đều gặp triệu chứng sốt, đau ngực và khó thở, trong đó bao gồm 1 trường hợp ho khan và 2 trường hợp có ho ra máu số lượng ít nhưng trong hai bệnh cảnh khác nhau là viêm phổi hoại tử và lao phổi.

Phương pháp chẩn đoán: sử dụng các kỹ thuật hình ảnh như chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang hoặc chụp mạch. Chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang là phương pháp không xâm lấn được dùng nhiều trong chẩn đoán bệnh do có độ phân giải cao và độ tương phản tổ chức tốt. Với các triệu chứng không đặc hiệu của giả phình động mạch, việc chụp cắt lớp vi tính có thể tập trung vào hệ thống động mạch phổi, động mạch phế quản và hệ thống động mạch chủ. Ưu điểm của

chụp CLVT là cho phép đánh giá sự xuất hiện, kích thước, vị trí và các đặc điểm của túi phình động mạch, đồng thời có thể cung cấp thông tin về căn nguyên cơ bản gây ra túi phình cũng như các đặc điểm gợi ý bổ sung tìm thấy trong phổi, ngoài ra còn có thể đánh giá thêm tim hoặc trung thất. Từ đó, chụp CLVT có giá trị cả trong việc chẩn đoán, định hướng điều trị và theo dõi bệnh [4]. Trong cả 3 trường hợp được báo cáo, hình ảnh tổn thương phổi trên phim Xquang ngực cũng như trên phim chụp CLVT không tiêm thuốc cản quang không thể phát hiện ra ổ giả phình mạch. Hình ảnh ổ giả phình động mạch phổi chỉ thực sự xuất hiện sau khi tiêm thuốc cản quang, đó là hình ổ ngấm thuốc cản quang mạnh tương đương mạch máu nằm trong các vùng đông đặc nhu mô, ngoài ra còn thấy rõ lỗ thông từ động mạch phổi vào ổ giả phình.

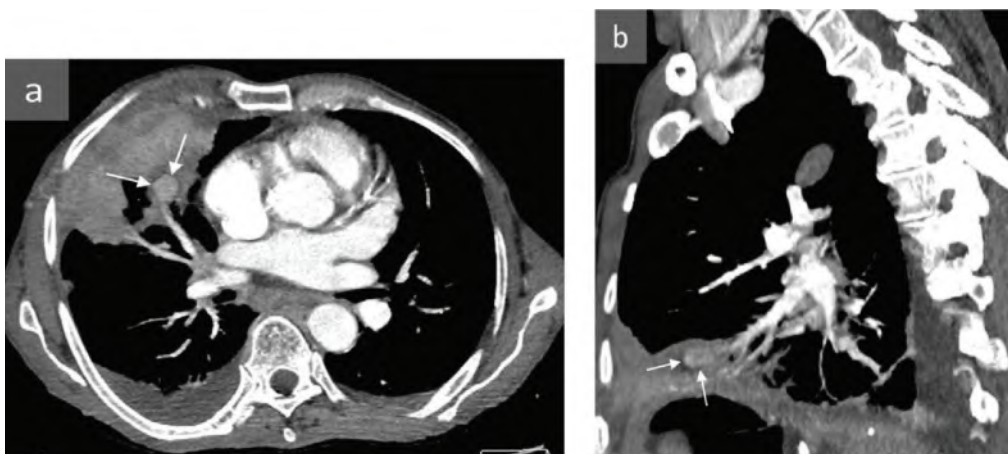
Hình ảnh CLVT của ổ giả phình động mạch phổi có thể rất khác nhau về số lượng, vị trí, hình thái, đặc điểm và các tổn thương liên quan. Tổn thương có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào dọc theo cây động mạch phổi và tùy theo căn nguyên có thể có ảnh hưởng tới động mạch trung tâm hoặc các động mạch ngoại vi [4], [7]. Với 3 trường hợp được báo cáo, có 2 trường hợp ổ giả phình gặp bên phổi trái và 1 trường hợp gặp bên phổi phải, với kích thước, hình dạng và các tổn thương liên quan hoàn toàn khác nhau.

Về phương pháp điều trị: cần lựa chọn phương pháp điều trị giả phình động mạch phổi phù hợp với căn

nguyên cũng như lựa chọn phương pháp xâm lấn tối thiểu mà vẫn đạt hiệu quả điều trị lâu dài. Giả phình động mạch phổi có thể xuất hiện ở nhiều vị trí và mức độ khác nhau, hiện chưa có sự đồng thuận về việc lựa chọn phương pháp điều trị dựa trên kích thước của phình mạch. Điều trị nội khoa bảo tồn được lựa chọn đối với các trường hợp không khẩn cấp, trước khi xem xét tới can thiệp mạch và phẫu thuật. Các biện pháp can thiệp khi điều trị nội khoa không có kết quả, bao gồm phẫu thuật cắt bỏ hoặc nút mạch gây thuyên tắc ổ giả phình [10].

Ở 3 bệnh nhân chúng tôi báo cáo có 2 trường hợp phải phẫu thuật cắt bỏ túi phình để kiểm soát ho ra máu sau đó điều trị nội khoa và cho kết quả tốt, bệnh nhân

xuất viện sau gần 1 tháng điều trị tại viện. Ở trường hợp còn lại, BN bị lao tái phát và không tuân thủ điều trị nên gây tổn thương lao lan tỏa và tạo túi giả phình ở thành hang, sau khi BN nhập viện đã tiến hành điều trị nội khoa và cầm được máu, BN tiếp tục điều trị thuốc lao theo phác đồ lao tái phát và bỏ trị kết hợp nâng cao thể trạng và thuốc cầm máu, sau gần 2 tuần điều trị BN được xuất viện và về nhà điều trị thuốc lao theo phác đồ, hàng tháng tái khám, BN không còn ho ra máu và trên CLVT sau điều trị 3 tháng thấy hang lao co nhỏ và hình ảnh túi phình cũng giảm kích thước. Điều này có thể do xơ hóa thành hang lao dẫn đến chèn ép các mạch máu, làm giảm kích thước và xơ hóa túi phình.



Hình 8. Bệnh nhân nam 67 tuổi bị phình động mạch phổi (PAP) được xác định 2 ngày sau khi phẫu thuật cắt bỏ u nang sán gan: Trên CLVT có tiêm cản quang lớp cắt ngang (a) và đứng dọc (b) thấy PAP ở thùy giữa phổi phải (các mũi tên). Ổ giả phình mạch đã được điều trị thành công bằng phương pháp thuyên tắc mạch [10].

VI. KẾT LUẬN

Giả phình động mạch phổi là một bệnh hiếm gặp, có thể gặp trong nhiều bệnh cảnh khác nhau và gây các biến chứng nguy hiểm. Bệnh hoàn toàn có thể được chẩn đoán sớm thông qua chụp cắt lớp vi tính có tiêm

thuốc cản quang mặc dù không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu. Việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời giả phình động mạch phổi không những mang lại cuộc sống bình thường cho người bệnh mà còn làm giảm nguy cơ tàn tật, tử vong cũng như biến chứng do bệnh gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Araújo I, Escribano P, Lopez-Gude MJ. Giant pulmonary artery aneurysm in a patient with vasoreactive pulmonary hypertension: a case report. BMC Cardiovasc Disord, 2011. 11: p. 64.
2. Barbour DJ, Roberts WC. Aneurysm of the pulmonary trunk unassociated with intracardiac or great vessel left-to-right shunting. Am J Cardiol, 1987. 59: p. 192-4.
3. Benedicte G, Anne V, Xavier S. Acquired pulmonary artery pseudoaneurysms: a pictorial review. The British Journal of Radiology, 2017. 90(1074): p. 20160783.

4. Bruzzi JF, Rémy-Jardin M, Delhaye D. Multi-Detector Row CT of Hemoptysis. RadioGraphics, 2006. 26: p. 3-22.
 5. Castañer E, Gallardo X, Rimola J. Congenital and acquired pulmonary artery anomalies in the adult: radiologic overview. RadioGraphics, 2006. 26: p. 349-71.
 6. Chetty KG, McGovern J, Mahutte CK. Hilar mass in a patient with chest pain. Chest, 1996. 109(6): p. 1643-4.
 7. Deterling RA, Clagett OT. Aneurysm of the pulmonary artery: review of the literature and report of a case. Am Heart J, 1947. 34: p. 471-499.
 8. Khadir MM, Chaturvedi A, Nguyen MS. Looking beyond the thrombus: essentials of pulmonary artery imaging on CT. Insights Imaging, 2014. 5: p. 493-506.
 9. Kröger JR, Hickethier T, Pahn G. Influence of spectral detector CT based monoenergetic images on the computer-aided detection of pulmonary artery embolism. Eur J Radiol, 2017. 95: p. 242-8.
 10. Pedro P, Frederick L, Smita B. Bilateral multiple pulmonary artery aneurysms associated with cavitary pulmonary tuberculosis. Journal of Medical Case Reports, 2017. 11: p. 196.
-

TÓM TẮT

Giả phình động mạch phổi (Pulmonary artery pseudoaneurysms - PAPs) là một bất thường hiếm gặp của hệ động mạch phổi. Bệnh có thể không có triệu chứng lâm sàng hoặc có thể có các triệu chứng không đặc hiệu. Giả phình động mạch phổi có thể gặp trong bất thường bẩm sinh hoặc trong nhiều bệnh lý khác nhau như viêm phổi, u phổi, lao phổi hay nấm phổi...[1]. Chúng tôi trình bày 3 trường hợp PAPs trong nhu mô khám và điều trị tại bệnh viện Phổi Trung ương với PAPs xuất hiện trên các nền bệnh lý khác nhau. Cả 3 trường hợp đều có các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, bao gồm ho, đau ngực và khó khở, trong đó có 2 trường hợp ho ra máu. Các trường hợp này đều được chẩn đoán PAPs bằng chụp cắt lớp vi tính (CLVT). 2 trường hợp được điều trị phẫu thuật có kết quả tốt và 1 trường hợp được điều trị nội khoa và tiếp tục phác đồ điều trị lao.

Từ khoá: *giả phình động mạch phổi, động mạch phổi, ho ra máu.*

Người liên hệ: Hoàng Văn Lương. Email: Email:bshoangluong@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.08.2021. Ngày gửi phản biện: 07.09.2021

Ngày nhận phản biện: 09.09.2021. Ngày chấp nhận đăng: 15.09.2021