

**PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN
DO VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN VAN HAI LÁ:
BÁO CÁO CA LÂM SÀNG**

*Nguyễn Thế Kiên¹, Nguyễn Trọng Hòa¹, Hoàng Thế Anh¹
Lê Bá Hạnh¹, Vũ Đức Thắng^{1*}*

Tóm tắt

Phình động mạch mạc treo tràng trên (PĐMMTTT) là bệnh lý hiếm gặp, chủ yếu liên quan tới nhiễm khuẩn, nguy cơ tử vong và biến chứng cao nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời. Nghiên cứu này báo cáo một trường hợp phẫu thuật thành công, là bệnh nhân (BN) nam 39 tuổi, PĐMMTTT do nguyên nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn van 2 lá. Chẩn đoán xác định dựa vào chụp cắt lớp vi tính mạch máu. Sau 4 tuần cắt sốt, BN được phẫu thuật cắt khối phình, khâu nối tận - tận. Sau phẫu thuật, tiếp tục duy trì kháng sinh, chống đông và chống kết tập tiểu cầu, triệu chứng cải thiện tốt.

Từ khóa: Động mạch mạc treo tràng trên; Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn; Phình mạch do nhiễm khuẩn.

**SURGICAL TREATMENT OF SUPERIOR MESENTERIC ARTERY
ANEURYSM DUE TO MITRAL VALVE INFECTIVE ENDOCARDITIS:
A CLINICAL CASE REPORT**

Abstract

Superior mesenteric artery aneurysm is a rare condition, most commonly associated with infection, carrying a high risk of complications and mortality if not diagnosed and treated promptly. This study reports a successful surgery of a 39-year-old male patient with a superior mesenteric artery aneurysm due to infective endocarditis of the mitral valve. The diagnosis was confirmed by computed

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Vũ Đức Thắng (vuducthang@gmail.com)

Ngày nhận bài: 11/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 10/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si4.1516>

tomography angiography. After four weeks of infection control and defervescence, the patient underwent aneurysm resection with end-to-end anastomosis. Postoperatively, the patient was maintained on antibiotic therapy, anticoagulation, and antiplatelet agents with favorable clinical outcomes.

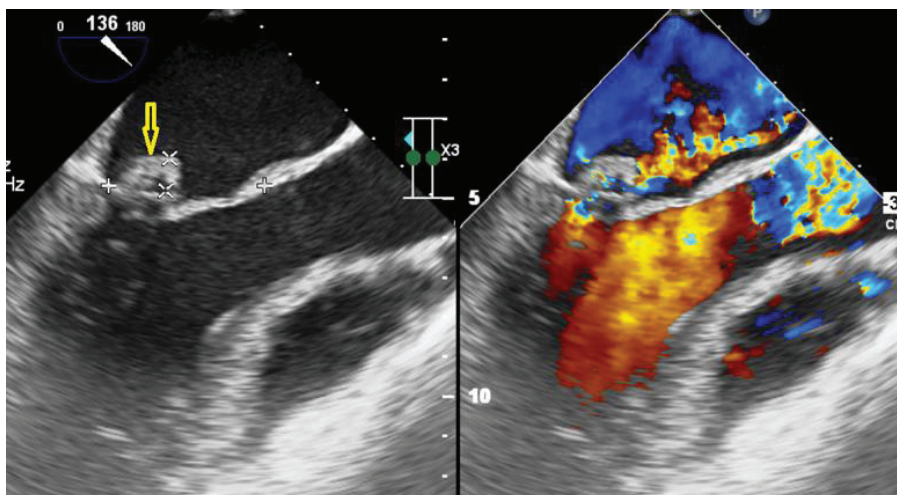
Keywords: Superior mesenteric artery; Infective endocarditis; Mycotic aneurysm.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch mạc treo tràng trên là bệnh lý hiếm gặp, chiếm khoảng 8% trong số các bệnh lý phình động mạch tạng [1]. Nguyên nhân chính của PĐMMTTT là nhiễm khuẩn (50 - 60%) [1], do đó thường được dùng với thuật ngữ “mycotic aneurysm”. Bệnh thường xảy ra biến chứng vỡ hoặc thiếu máu ruột bất kể kích thước khối phình, với tỷ lệ vong cao (38 - 50%) [2]. Bệnh cảnh lâm sàng thường liên quan tới bệnh lý viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn với nhiều tác nhân khác nhau, biểu hiện đa dạng, đôi khi không triệu chứng cho đến khi vỡ [3]. Bệnh lý này cần được chẩn đoán và điều trị sớm. Điều trị PĐMMTTT rất khó ngay cả khi có chuẩn bị. Ngày nay, dù các phương pháp điều trị nội mạch ngày càng phát triển, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị cơ bản của PĐMMTTT. Dưới đây, chúng tôi báo cáo kinh nghiệm điều trị ca bệnh phình kèm theo tắc đoạn xa ĐMMTTT do biến chứng của viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn van hai lá nhằm: *Làm rõ chẩn đoán và hiệu quả của phương pháp phẫu thuật điều trị.*

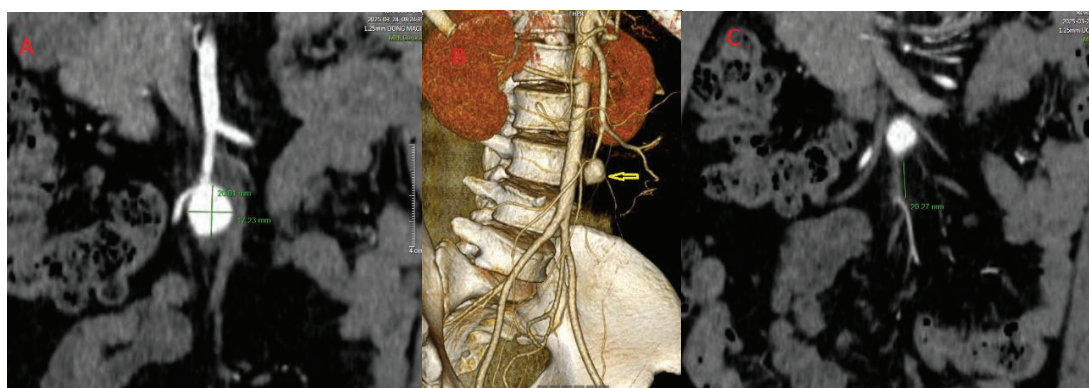
GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 39 tuổi, không phát hiện bệnh lý tim mạch trước đó, hút thuốc lá nhiều năm, xuất huyết tiêu hóa cao cách thời điểm vào viện 6 tháng. Trước vào viện 4 tháng, BN xuất hiện sốt cao kèm theo gai rét, đau mỏi cơ, nhưng không phát hiện bệnh lý nhiễm khuẩn, xét nghiệm bạch cầu tăng (16,1 G/L), CRP tăng (124,7 mg/dL), PCT tăng nhẹ (0,36 ng/mL). Sau đó, BN xuất hiện sốt lại, kèm theo sưng đau đùi, cẳng chân trái, tự dùng thuốc giảm đau thấy đỡ ít. Thăm khám lâm sàng phát hiện tiếng thổi tâm thu cường độ 3/6, lan ra nách trái, huyết áp duy trì mức 90 - 110/60mmHg. Điện tim ghi nhận nhịp xoang. Siêu âm tim phát hiện viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, cục sùi lớn di động nhiều tại lá sau van hai lá, BN được cấy máu dương tính với *Staphylococcus aureus*, dùng kháng sinh đường tĩnh mạch theo kháng sinh đồ Gentamycin 80mg x 2 ống/ngày và Linezolid 600mg x 2 túi/ngày. Trên siêu âm tim qua thực quản, van hai lá hở nặng dạng Carpentier loại II do đứt dây chằng lá sau vùng P2, có cục sùi tại lá sau kích thước 13,3 x 8,6mm, di động nhiều.



Hình 1. Hình ảnh hở nặng van hai lá trên siêu âm tim qua thực quản với tổn thương sa lá sau vùng P2 do đứt dây chằng (dấu mũi tên vàng).

Sau 3 ngày dùng kháng sinh, BN đột ngột đau bụng dữ dội vùng quanh rốn, quặn lên từng cơn, kèm theo buồn nôn, nôn; vẫn trung tiện được, đại tiện phân không lẫn máu. Thăm khám không có dấu hiệu bụng ngoại khoa. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng - tiểu khung có tiêm thuốc cản quang phát hiện PĐMMTTT cách góc 9cm, đường kính 16 x 17mm. Từ khối phình, nhánh hồi manh kết trùng tràng thông tốt; một nhánh bên tắc đoạn gần trên một đoạn dài 2cm, đoạn xa còn thông nhờ tuần hoàn bàng hệ. Tiểu tràng không có dấu hiệu thiếu máu.



Hình 2. Hình ảnh cắt lớp vi tính khối PĐMMTTT ngay trên vị trí đoạn tắc nhánh bên của khối phình.

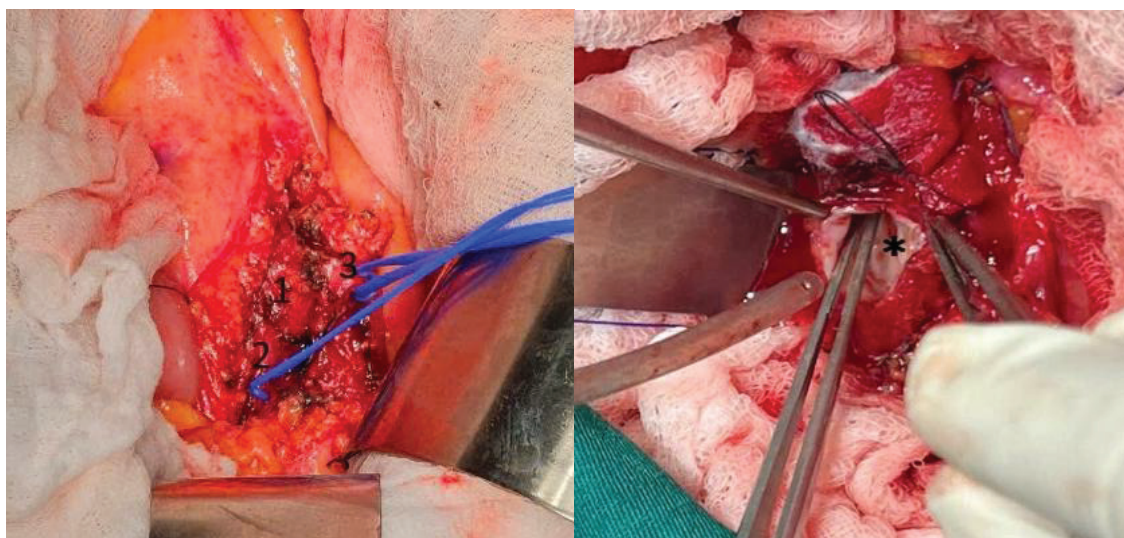
(A: Khối phình kích thước 17 x 20mm; B: Khối phình trên phim dựng hình (mũi tên vàng); C: Đoạn tắc nhánh bên khối phình dài 20mm)

BN được bổ sung Lovenox 6000UI x 2 ống/ngày, tiêm dưới da. Ngày tiếp theo, BN hết triệu chứng đau bụng, siêu âm Doppler quan sát rõ hình ảnh khối phình, các quai ruột không giãn, không có dịch ổ bụng. Do đó, BN tiếp tục được điều trị nội khoa với kháng sinh và thuốc chống đông. Sau 4 tuần, cắt sốt và được chuyển phẫu thuật.

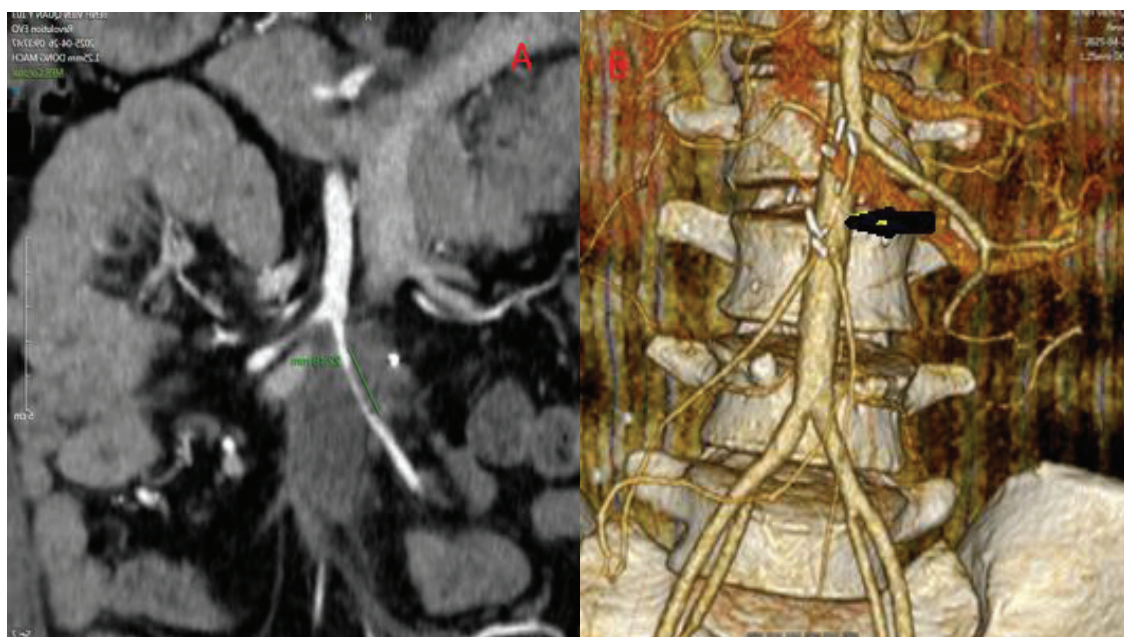
Trong phẫu thuật, chúng tôi tiếp cận qua đường mổ trắng giữa trên - dưới rốn. Sau khi vén mạc nối lớn, dạ dày và đại tràng ngang lên trên, vén toàn bộ tiểu tràng sang trái, bộc lộ phúc mạc thành sau và rẽ mạc treo tiểu tràng. Khối ĐMMTTT kích thước 3 x 3cm, tổ chức xung quanh thâm nhiễm, viêm dày. Phẫu tích và khổng chế đoạn động mạch trên khối phình, sau đó phẫu tích dọc theo khối phình hướng qua phải, bộc lộ và khổng chế các nhánh bên đi ra từ khối phình. Kiểm tra phát hiện nhánh dưới khối phình thẳng hướng với ĐMMTTT tắc hoàn toàn trên một đoạn dài 2cm. Đối với nhánh hồi manh kết trùng tràng, chúng tôi khổng chế mạch tại vị trí cách khối phình 1cm nhằm tránh tổn thương nhánh này. Sau đó, BN được dùng Heparin đường tĩnh mạch liều 70 UI/kg thể trọng, chúng tôi tiến hành mở dọc khối phình, thấy thành khối phình dày nhưng lớp niêm mạc

không vỡ xơ, không vỡ; đoạn xa nhánh dưới và nhánh hồi manh kết trùng tràng có dòng hồi lưu rất tốt. Cổ trên khối phình được cắt lọc tiết kiệm, khâu nối với mỏ nhánh hồi manh kết trùng tràng kiểu tận - tận, kiểm tra thấy miệng nối không căng, đập nảy theo nhịp, không có rung miu. Đánh giá trong mổ miệng nối thông tốt, không chảy máu, các quai ruột hồng, có nhu động. Cấy tổ chức khối phình không mọc vi khuẩn, giải phẫu bệnh cho hình ảnh tổn thương viêm mạn tính nội mô mạch máu.

Diễn biến sau mổ thuận lợi, BN không có triệu chứng thiếu máu ruột, dẫn lưu được rút bỏ sau mổ 5 ngày. Tuy vậy, tuần thứ 2, BN xuất hiện đại tiện phân nát 5 - 6 lần/ngày, không đau bụng, không có dấu hiệu bụng ngoại khoa. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính sau mổ, ĐMMTTT ngay tại vị trí miệng nối có một đoạn hẹp dài 2cm, xung quanh còn thâm nhiễm viêm. Thuốc chống đông nhóm kháng vitamin K và chống kết tập tiểu cầu được sử dụng, kết hợp với duy trì kháng sinh theo phác đồ như trước mổ, tình trạng rối loạn tiêu hóa cải thiện tốt. Dự kiến sau mổ 4 - 8 tuần, BN nhập viện lại chuẩn bị cho phẫu thuật van hai lá.



Hình 3. Khối phình và các nhánh của khối phình trong mô.
(1: Khối phình; 2: Đầu trung tâm; 3: Nhánh hồi manh kết trùng tràng;
* Lòng khối phình)



Hình 4. Hình ảnh hẹp miệng nối với tổn thương thâm nhiễm xung quanh trên phim chụp cắt lớp vi tính sau mổ.
(A: Đoạn hẹp dài 22mm; B: Phim dựng hình đoạn hẹp (mũi tên đen))

BÀN LUẬN

1. Chẩn đoán

Tác giả William Osler lần đầu tiên sử dụng thuật ngữ “mycotic aneurysm” để mô tả những khối phình động mạch do nhiễm khuẩn sau viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn [4]. Tuy nhiên, thuật ngữ này thường liên quan tới mạch máu nội sọ, rất hiếm gặp liên quan tới mạch nội tạng. Trong đó, tỷ lệ PĐMMTTT chỉ chiếm khoảng 8% trong số phình động mạch tạng với hơn 1/2 trường hợp liên quan tới nhiễm khuẩn [1], đây là vị trí thường gặp nhất của phình động mạch tạng do nhiễm khuẩn [3]. Biểu hiện lâm sàng của bệnh lý này rất đa dạng, thường không biểu hiện triệu chứng cho đến khi vỡ [3]. Người bệnh có thể biểu hiện sốt cao kèm theo đau bụng, tính chất đau cũng thay đổi. Triệu chứng đau bụng thường liên quan tới sự chèn ép của khối phình lên các cơ quan lân cận hoặc thiếu máu ruột do khối tổ chức nhiễm khuẩn gây tắc mạch. Trong y văn cũng như nhiều báo cáo ca bệnh, khối PĐMMTTT thường xảy ra sau biến chứng tắc mạch do khối tổ chức nhiễm khuẩn và khối phình hình thành ngay trên vị trí tắc mạch, thêm vào đó trên siêu âm tim thấy tổn thương viêm nội tâm mạc của van tim bên trái [1, 3, 5]. Chẩn đoán xác định PĐMMTTT dựa trên phim cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang hoặc chụp động mạch số hóa.

Trong trường hợp này, BN có biểu hiện sốt cao và xác định có tổn thương van hai lá do viêm nội tâm mạc, sau đó xuất hiện đau bụng, chụp cắt lớp vi tính phát hiện PĐMMTTT ngay trên một vị trí tắc mạch. Vì vậy, với các trường hợp có viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn van tim bên trái có kèm theo đau bụng, việc tầm soát biến chứng mạch máu tạng, nhất là mạch mạc treo là cần thiết, với chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang là một phương tiện chẩn đoán tin cậy. Ngoài ra, khối phình có thể hình thành muộn sau khi tắc mạch do khối tổ chức nhiễm khuẩn, vì vậy những trường hợp phát hiện tắc mạch mạc treo do nhiễm khuẩn cần được định kỳ đánh giá, khảo sát lại [5].

2. Chiến lược và phương pháp điều trị

Tỷ lệ tử vong do PĐMMTTT lên tới 38 - 50%, bên cạnh đó các biến chứng liên quan khác như phình tiến triển gây vỡ hoặc dọa vỡ, tắc mạch gây thiếu máu, thậm chí hoại tử ruột [2]. Vì vậy, việc điều trị sớm rất quan trọng, tuy nhiên hiện nay vẫn chưa có các hướng dẫn, đồng thuận cụ thể về điều trị PĐMMTTT do nhiễm khuẩn. Khối phình vị trí này thường có xu hướng vỡ dù ở bất kỳ kích thước nào, do vậy việc xử lý phình nhiễm khuẩn của ĐMMTTT thường được ưu tiên trước các phẫu thuật trên van tim bệnh

[2, 3, 5]. Ngày nay, điều trị PĐMMTTT có thể thực hiện bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch. Đối với những khối phình đoạn xa với tuần hoàn bên phong phú, lâm sàng không biểu hiện của thiếu máu ruột có thể tiến hành can thiệp nội mạch gây tắc khối phình [6] hoặc phẫu thuật thắt đầu gần và đầu xa cùng các nhánh bên nhằm cô lập khối phình [5]. Đôi khi với những khối phình đã vỡ, tình trạng huyết động của người bệnh rối loạn nặng không cho phép can thiệp nội mạch làm tắc khối phình, thêm vào đó khi chuyển phẫu thuật thấy ổ bụng viêm dính nhiều, việc bóc tách các lớp tổ chức khó khăn, thậm chí làm tăng nguy cơ tắc thân chính hoặc các nhánh lớn của ĐMMTTT [7]. Trong trường hợp này, tác giả Lodge F và CS đã báo cáo một ca bệnh được điều trị bảo tồn sau khi thực hiện can thiệp và phẫu thuật không đạt hiệu quả với Tranexamic acid và theo dõi liên tục tại khoa hồi sức tích cực [7]. Đa số các trường hợp PĐMMTTT cần phẫu thuật nhằm đảm bảo cắt bỏ được khối phình, kiểm soát chảy máu, tái thông động mạch tránh biến chứng thiếu máu ruột sau mổ [1, 3, 5, 8]. Trong mổ, tái thông động mạch có thể thực hiện bằng cách sử dụng đoạn mạch tự thân từ tĩnh mạch hiển hoặc tĩnh mạch đùi hoặc khâu nối trực tiếp. Với ca bệnh của chúng tôi, sau khi không chế đầu trung tâm và nhánh

bên đi ra từ khối phình, nhận thấy dòng hồi lưu từ các nhánh bên và nhánh hồi manh kết trùng tràng tốt, giữa đầu trung tâm và nhánh hồi manh kết trùng tràng không giãn cách nhiều, chúng tôi quyết định khâu nối tận - tận. Đoạn xa ĐMMTTT kích thước nhỏ, khối phình do nhiễm khuẩn thường có thâm nhiễm xung quanh, do đó nguy cơ hẹp tắc đoạn mạch đi qua vùng khối phình cao, nhất là khi có miệng nối mạch. Vì vậy, kháng sinh và thuốc chống đông cần được duy trì lâu dài sau phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Phình động mạch mạc treo tràng trên do biến chứng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn là bệnh lý hiếm gặp, có tỷ lệ tử vong và biến chứng cao. Chẩn đoán xác định dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang hoặc chụp mạch số hóa. Bệnh lý này thường được ưu tiên xử trí trước bệnh lý van tim do viêm nội tâm mạc và phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. Sau mổ cần tiếp tục duy trì thuốc kháng sinh và chống đông.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Bệnh viện Quân y 103. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chu PH, She HC, Lim KE, et al. Mycotic aneurysm of the superior mesenteric artery in a young woman. *Int J Clin Pract*. May 2005; 59(5):614-616.
2. Namkoong M, Hong SB, Kim W, et al. Open surgical repair using the femoral vein for a mycotic superior mesenteric artery aneurysm. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*. 2018; 51(3):209-212. DOI: 10.5090/kjtcs.2018.51. 3.209.
3. Christophe C, Burniat W, Spehl M, et al. Ruptured mycotic aneurysm of the superior mesenteric artery secondary to bacterial endocarditis in a 6-year-old-girl. *Pediatr Radiol*. 1985; 15(3):202-204.
4. Dziuban EJ, Teitelbaum DH, Bakhtyar A, et al. Mesenteric pseudoaneurysm and cerebral stroke as sequelae of infective endocarditis in an adolescent. *J Pediatr Surg*. 2008; 43(10):1923-1927.
5. Teixeira PG, Thompson E, Wartman S, et al. Infective endocarditis associated superior mesenteric artery pseudoaneurysm. *Ann Vasc Surg*. 2014; 28(6):1563.e1-5. DOI: 10.1016/j.avsg.2014.03.032. Epub 2014 Apr 3.
6. Higashiura W, Takara H, Kitamura R, et al. Endovascular therapy for distal superior mesenteric artery mycotic aneurysms due to infective endocarditis. *J Endovasc Ther*. 2019; 26(6):879-884.
7. Lodge F, Conway N, Waterfield N. Conservative management of a ruptured mycotic aneurysm. *BMJ Case Rep*. 2013; 15:bcr2013008579.
8. Sakakibara S, Yamauchi T. Mycotic superior mesenteric artery aneurysm with impending rupture due to infective endocarditis. *J Vasc Surg Cases Innov Tech*. 2024; 10(6):101600.