

## TÚI THỪA NHĨ PHẢI

Đặng Quang Huy\*, Nguyễn Minh Ngọc\*

## TÓM TẮT

32 bệnh nhân gồm 28 trường hợp một túi thừa và 4 trường hợp nhiều túi thừa được đưa vào nghiên cứu. Nam giới chiếm đa số, 18,75% trường hợp không có triệu chứng, rối loạn nhịp là triệu chứng phổ biến bên cạnh đau tức ngực, khó thở khi gắng sức và mệt. Đột tử do rối loạn nhịp được ghi nhận ở một bệnh nhân. Túi thừa hầu hết xuất phát từ thành tự do nhĩ phải, có thể gây chèn ép các cấu trúc tim xung quanh. Các phương pháp điều trị bao gồm: phẫu thuật, triệt đốt ổ rối loạn nhịp bằng can thiệp, hybrid hoặc điều trị nội khoa. Túi thừa nhĩ phải là bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp, thường đi kèm với rối loạn nhịp nhĩ. Cát túi thừa có tác dụng trong chuyển nhịp nên được chỉ định trong hầu hết trường hợp, trừ hội chứng WPW và hội chứng tiền kích thích thất. Những rối loạn nhịp do vòng vào lại nên được chỉ định can thiệp đốt nhịp hoặc hybrid.

*Từ khóa:* Túi thừa nhĩ phải, phình nhĩ phải, giãn nhĩ phải, rung nhĩ, cuồng nhĩ, hội chứng tiền kích thích

## SUMMARY

A total of 32 cases were reported, with 28 cases of single RA diverticulum and 4 cases of multiple RA diverticula. Most of the patients were males. 18.75% of patients was asymptomatic. The popular symptoms were angina, fatigue, palpitations, and arrhythmias. One sudden death due to arrhythmia was reported. In most cases, the diverticulum was originated from the free wall of the RA and may cause compression to other related cardiac structures. The methods of treatment included: surgical resection of the diverticulum, percutaneous ablation for atrial arrhythmias, hybrid procedure, or noninvasive medical treatment.

RA diverticulum was a rare congenital anomaly, usually accompanied by atrial

arrhythmias. Surgical resection of the diverticulum was indicated in most cases, except patients with pre-excitation syndrome and WPW syndrome. With atrial arrhythmias due to re-entry circuits should be managed with percutaneous ablation or hybrid procedure.

*Keywords:* Right atrial diverticulum, right atrial aneurysm, right atrial dilatation, atrial arrhythmias, pre-excitation syndrome

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa nhĩ phải là bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp, các báo cáo đã được công bố đều dưới dạng ca bệnh đơn lẻ với những tên gọi và khái niệm chưa thống nhất, còn nhiều lẫn lộn với bệnh giãn nhĩ phải. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tổng hợp nhằm đưa ra những tiêu chí chẩn đoán phân biệt 2 thể bệnh trên; đồng thời tìm hiểu những đặc điểm bệnh học cũng như kết quả điều trị của bệnh túi thừa nhĩ phải.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

## 2.1. Nguồn số liệu:

Chúng tôi tìm kiếm tài liệu trên trang tìm kiếm Pubmed với từ khóa: “túi thừa nhĩ phải” (“right atrial diverticulum” hoặc “diverticulum of right atrium”) hoặc “phình nhĩ phải” (“right atrial aneurysm” hoặc “aneurysm of right atrium”). Những kết quả “một túi thừa” (single diverticulum) hoặc “nhiều túi thừa” (multiple diverticula) được chấp nhận. Những kết quả là “túi thừa xoang vành” (“coronary sinus diverticulum” hoặc “diverticulum of the coronary sinus”) và “giãn nhĩ phải” (“enlargement of right atrium” hoặc “giant right atrium”) không được chấp nhận.

Những trường hợp kết quả là “phình nhĩ phải” cần được phân định thành các trường hợp sau:

\* Bệnh viện tim Hà Nội

Người chịu trách nhiệm khoa học: BS Đặng Quang Huy

Ngày nhận bài: 01/11/2019 - Ngày Cho Phép Đăng: 20/12/2019

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Lê Ngọc Thành

(1) tổn thương dạng túi thừa, liên kết với nhĩ phải qua một cổ rõ rệt → xác định chẩn đoán túi thừa nhĩ phải.

(2) tổn thương dạng phình, nhìn ngoài có ranh rới khá rõ với nhĩ phải, cổ túi phình phình rộng. Trường hợp này phân định túi thừa hoặc giãn nhĩ phải dựa vào kết quả mô bệnh học. Chẩn đoán túi thừa khi cấu trúc thành túi phình gồm 2 lớp chính gồm: nội mạc và lớp liên kết xơ có thể mỡ hóa; ngoài ra có thể có một vài vùng còn tế bào cơ. Ngược lại, nếu cấu trúc thành khối phình vẫn bao gồm 3 lớp chính, mặc dù lớp cơ mỏng hơn bình thường được xác định là giãn nhĩ phải.

(3) toàn bộ nhĩ phải giãn lớn → xác định chẩn đoán giãn nhĩ phải.

### 2.2. Phân tích số liệu

- Các ca lâm sàng được phân loại thành: túi thừa duy nhất và nhiều túi thừa.

- Các thông tin thu thập bao gồm: (1) nhân trắc học (tuổi, giới), (2) triệu chứng lâm sàng, (3)

phương tiện chẩn đoán xác định, (4) biến chứng, (5) phương pháp điều trị, và (6) kết quả lâm sàng và giải phẫu bệnh.

### III. KẾT QUẢ

Tìm kiếm trên Pubmed cho 34 báo cáo ca lâm sàng phù hợp với nghiên cứu, bao gồm 34 bệnh nhân.

#### 3.1. Phân loại:

Bệnh nhân có một túi thừa nhĩ phải duy nhất chiếm đa số với 28 bệnh nhân (82,4%), phần còn lại (17,6%) là những bệnh nhân có nhiều túi thừa.

#### 3.2. Đặc điểm nhân trắc học:

Tại thời điểm nghiên cứu, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có một túi thừa cao hơn so với nhóm bệnh nhân có nhiều túi thừa, lần lượt là 36,5 so với 16,1 tuổi. Trong cả 2 nhóm nghiên cứu, giới nam chiếm đa số với tỉ lệ gần tương đương nhau, lần lượt là 64,3 và 75%. Chi tiết về đặc điểm nhân trắc học được trình bày trong bảng 1.

**Bảng 1: Đặc điểm nhân trắc học**

Đặc điểm	Một túi thừa (n=28)	Nhiều túi thừa (n=4)
Tuổi, x ± SD (min-max), năm	36,5 ± 23,3 (0 – 77)	16,1 ± 22,9 (0,4 – 50)
Giới nam, n (%)	18 (64,3)	3 (75)

#### 3.3. Triệu chứng cơ năng:

Trong nhóm bệnh nhân có một túi thừa, 21,4% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, bệnh được phát hiện tình cờ qua chụp xquang ngực thấy bóng tim to [1, 2]. Triệu chứng phổ biến nhất là hồi hộp, đánh trống ngực chiếm 42,9% ở nhóm bệnh nhân có một túi thừa [3-6], và 75% ở nhóm bệnh nhân có nhiều túi thừa [7-9]. Đau tức ngực, mệt hoặc khó thở khi

gắng sức là những triệu chứng gặp với tần suất tương đương nhau. Có 1 trường hợp đột tử với chẩn đoán túi thừa nhĩ phải kèm theo bệnh cơ tim phì đại thất trái. Ở bệnh nhân này nguyên nhân đột tử được hướng tới rối loạn nhịp thất do bệnh cơ tim phì đại hơn là những rối loạn nhịp nhĩ trong bệnh cơ tim phì đại [10]. Chi tiết về triệu chứng được trình bày trong bảng 2.

**Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng	Một túi thừa (n=28)	Nhiều túi thừa (n=4)	Tổng (n=32)
Không triệu chứng, n (%)	6 (21,4)	0	6 (18,75)
Hồi hộp, n (%)	12 (42,9)	3 (75)	15
Đau/ khó chịu ở ngực, n (%)	4 (14,3)	1 (25)	5
Khó thở, n (%)	3 (10,7)	0	3
Mệt, n (%)	4 (14,3)	1 (25)	5
Đột tử, n (%)	1 (3,6)	0	1
<i>Bệnh nhân có thể có nhiều triệu chứng lâm sàng</i>			

**3.4. Đặc điểm điện tâm đồ:**

Nhịp xoang là loại nhịp thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhân có một túi thừa (46,4%) trong khi chỉ có 1 trong 4 bệnh nhân nhiều túi thừa có nhịp xoang [11-13]. Rung nhĩ và cuồng nhĩ là những rối loạn nhịp phổ biến, gặp ở cả 2 nhóm bệnh nhân. Nhịp nhanh trên thất gặp ở 2 trong 4

bệnh nhân nhiều túi thừa, trong khi đó không gặp ở nhóm bệnh nhân có một túi thừa [14, 15]. Ngược lại, hội chứng tiền kích thích do vòng vào lại (hội chứng WPW) và nhịp nhanh thất chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân một túi thừa [5, 6, 16, 17]. Chi tiết về điện tâm đồ của bệnh nhân được trình bày trong bảng 3.

**Bảng 3: Đặc điểm điện tâm đồ**

Triệu chứng	Một túi thừa (n=28)	Nhiều túi thừa (n=4)*	Tổng (n=32)
Nhịp xoang, n (%)	13 (46,4)	1 (25)	14 (43,75)
Rung nhĩ, n (%)	7 (25)	1 (25)	8
Cuồng nhĩ, n (%)	3 (10,7)	2 (50)	5
Nhịp nhanh trên thất, n (%)	0	2 (50)	2
Hội chứng WPW, n (%)	4 (14,3)	0	4
Nhịp nhanh thất, n (%)	2 (7,1)	0	2

\*: một bệnh nhân đồng thời bị rung nhĩ, cuồng nhĩ và nhịp nhanh trên thất

**3.5. Giá trị của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh:**

Hình ảnh bóng tim to được ghi nhận trên phim X-quang với tỉ lệ cao, 50% ở bệnh nhân một túi thừa và 75% ở bệnh nhân nhiều túi thừa. Siêu âm tim qua thành ngực có độ nhạy cao (75%) trong chẩn đoán bệnh một túi thừa, ngược lại chỉ có giá trị phát hiện ở 25% trường hợp. Chẩn đoán xác định dựa trên 3 phương tiện chẩn đoán: cắt lớp đa dãy, cộng hưởng từ, và

chụp buồng nhĩ phải. Trong khi chụp buồng nhĩ phải có độ nhạy cao giúp phát hiện những túi thừa kích thước nhỏ [16-18], chụp cắt lớp đa dãy và chụp cộng hưởng từ không những giúp khảo sát vị trí, hình dáng, kích thước túi phình mà còn xác định tình trạng chèn ép các cấu trúc xung quanh [19-23]. Chi tiết về tần suất phát hiện bất thường của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh được trình bày trong bảng 4.

**3.6. Đặc điểm của túi thừa:**

**Bảng 4: Tần suất phát hiện bất thường của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh**

Triệu chứng	Một túi thừa (n=28)	Nhiều túi thừa (n=4)	Tổng (n=32)
X-quang, n (%)	14 (50)	3 (75)	17 (53,1)
SA tim qua thành ngực, n (%)	21 (75)	1 (25)	22 (68,8)
SA tim qua thực quản*, n (%)	5 (17,9)	1 (25)	6
SA tim cản âm*, n (%)	6 (21,4)	0	6
Cắt lớp đa dãy*, n (%)	11 (39,3)	2 (50)	13
Cộng hưởng từ*, n (%)	7 (25)	0	7
Chụp buồng nhĩ phải*, n (%)	5 (17,9)	3 (75)	8

\*: những phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chỉ định khi có dấu hiệu nghi ngờ trên x-quang ngực hoặc SA tim qua thành ngực

Ở nhóm bệnh nhân một túi thừa, 26/28 trường hợp có túi thừa xuất phát từ thành tự do nhĩ phải. Trong đó, 11 trường hợp có túi thừa lớn, phát triển qua rãnh nhĩ thất và nằm trước thất phải [4, 16, 17, 23]. Hầu hết những trường hợp này ghi nhận tình trạng chèn ép vòng van ba lá (VBL) và thất phải [20, 21, 24]. Một bệnh nhân có túi thừa chèn ép thất trái, mặc dù vậy kích thước, vị trí tương quan của túi thừa không được mô tả chi tiết [14]. Một bệnh nhân có túi thừa xuất phát từ tiểu nhĩ phải [25].

### 3.7. Các phương pháp điều trị:

**Bảng 5: Các đặc điểm túi thừa**

	Một túi thừa (n=28)	Nhiều túi thừa (n=4)
Vị trí túi thừa		
Thành tự do nhĩ phải, n (%)	26 (92,9)	4 (100)
Tiểu nhĩ phải, n (%)	1 (3,6)	0
Không rõ, n (%)	1 (3,6)	0
Phát triển qua rãnh nhĩ thất và nằm trước thất phải, n (%)	11 (39,3)	0
Huyết khối trong lòng túi thừa	5 (17,9)	0
Chèn ép các cấu trúc xung quanh		
Chèn ép vòng VBL và TP, n (%)	9 (32,1)	0
Chèn ép thất trái, n (%)	1 (3,6)	0
<i>VBL: van ba lá; TP: thất phải</i>		

Phẫu thuật được chỉ định ở 60,7% trường hợp bệnh nhân có một túi thừa và 100% trường hợp bệnh nhân có nhiều túi thừa với lý do chèn ép các cấu trúc xung quanh, nguy cơ nhồi máu não, vỡ túi phình và đột tử. Tất cả những trường hợp này đều sử dụng đường mổ cửa toàn bộ xương ức. Ở nhóm bệnh nhân có một túi thừa, 17/17 trường hợp cắt túi thừa phải sử dụng hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể, có thể liệt tim [21, 26, 27] hoặc tim đập [4, 11, 16]. Ở nhóm nhiều túi thừa, 2/4 bệnh nhân không phải sử dụng hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể [7, 9] và 1 bệnh nhân được cắt túi thừa kết hợp đốt nhịp trong mổ để điều trị cuồng nhĩ [8].

Ở nhóm bệnh nhân nhiều túi thừa, 4/4 trường hợp các túi thừa xuất phát từ thành tự do nhĩ phải. Tất cả những trường hợp này túi thừa đều có dạng ngón tay đi găng với kích thước nhỏ nên không gây triệu chứng chèn ép [7-9, 13].

Huyết khối hình thành trong lòng túi thừa được ghi nhận ở 5 bệnh nhân [16, 18, 20, 25, 26]; trong đó một bệnh nhân có tiền sử bị nhồi máu phổi [26].

Can thiệp đốt nhịp được thực hiện ở 2 bệnh nhân có hội chứng WPW [5, 17] và 2 bệnh nhân có nhịp nhanh thất [14, 15]. Trong đó, dấu hiệu túi thừa chèn ép chỉ được ghi nhận ở một bệnh nhân [14].

Điều trị nội khoa được chỉ định ở 4 bệnh nhân, bao gồm: một bệnh nhân có túi thừa không gây chèn ép, triệu chứng rung nhĩ được kiểm soát bằng thuốc nhưng thất bại [22], một bệnh nhân sơ sinh và hai bệnh nhân lớn tuổi mặc dù túi thừa có kích thước lớn và gây chèn ép vòng VBL và thất phải [6, 20, 28]. Chi tiết về các phương pháp điều trị được trình bày trong bảng 6.

**Bảng 6: Các lựa chọn điều trị**

Triệu chứng	Một túi thừa (n=28)	Nhiều túi thừa (n=4)
<b>Phẫu thuật, n (%)</b>	17 (60,7)	4 (100)
Cura xương ức, n (%)	17 (100)	4 (100)
Chạy máy + liệt tim, n (%)	14 (82,4)	2 (50)
Chạy máy + tim đập, n (%)	3 (17,6)	0
Không chạy máy, n (%)	0	2 (50)
Cắt bán phần túi thừa, n (%)	1 (5,9)	1 (25)
Vá cổ túi phình, n (%)	3 (17,6)	0
Đốt nhịp trong phẫu thuật, n (%)	0	1 (25)
Mô bệnh học, n (%)	12 (70,6)	1 (25)
<b>Can thiệp đốt nhịp, n (%)</b>	4 (14,3)	0
<b>Điều trị nội khoa, n (%)</b>	4 (14,3)	0

**3.8. Hiệu quả của các phương pháp điều trị đối với các loại rối loạn nhịp:**

Trong nghiên cứu có 18 bệnh nhân rối loạn nhịp nhanh, bao gồm 16 bệnh nhân rối loạn nhịp nhĩ và 2 bệnh nhân rối loạn nhịp thất. Phẫu thuật là phương pháp điều trị ở 9/18 bệnh nhân, có tác dụng chuyển nhịp ở những bệnh nhân rung nhĩ, cuồng nhĩ và nhịp nhanh trên thất [18, 21, 23]. Bệnh nhân hội chứng WPW bị tái phát sau mổ [16].

Phẫu thuật kết hợp đốt nhịp trong mổ được chỉ định ở một bệnh nhân nhiều túi thừa bị cuồng nhĩ, nhịp tim chuyển về xoang sau mổ [8]. Can thiệp đốt nhịp thành công ở 2 bệnh nhân hội chứng WPW [5, 17] và 2 bệnh nhân nhịp nhanh

thất [14, 15]. Trong khi đó, điều trị nội khoa thất bại trong chuyển nhịp ở một bệnh nhân rung nhĩ [22] và kiểm soát nhịp ở một bệnh nhân có hội chứng WPW [6]. Hiệu quả của các phương pháp điều trị đối với các loại rối loạn nhịp được trình bày chi tiết trong bảng 7.

Trong 6 bệnh nhân được thăm dò điện sinh lý, vòng vào lại được xác định ở chân túi thừa (chỗ nối giữa túi thừa và thành tự do nhĩ phải) ở 4 bệnh nhân [9, 14, 16, 17]; ngoài ra đường dẫn truyền phụ có thể ở thành tự do nhĩ phải [5] và ở phần sau bên của rãnh nhĩ thất [15].

**Bảng 7: Hiệu quả của các phương pháp điều trị đối với các loại rối loạn nhịp**

	Các loại rối loạn nhịp	Phẫu thuật	Phẫu thuật + đốt nhịp	Đốt nhịp	Nội khoa	Không biết
Một túi thừa	Rung nhĩ	3 nhịp xoang 1 không biết			1 rung nhĩ 1 không biết	1 không biết
	Cường nhĩ	2 nhịp xoang				
	Hội chứng WPW	1 tái phát		2 nhịp xoang	1 tái phát	
	Nhịp nhanh thất			2 nhịp xoang		
Nhiều túi thừa	Rung nhĩ	1 nhịp xoang				
	Cường nhĩ		1 nhịp xoang			
	Nhịp nhanh trên thất	1 nhịp xoang				

#### IV. BÀN LUẬN

Nhĩ phải lớn được phân định thành 2 nhóm: giãn nhĩ phải và túi thừa nhĩ phải [29]. Giãn nhĩ phải thường là thương tổn thứ phát do bệnh lý VBL, bệnh lý van động mạch phổi và các bệnh lý gây tăng áp lực động mạch phổi (shunt trái – phải, tăng áp lực động mạch phổi vô căn) [23]. Về đại thể, toàn bộ cấu trúc thành nhĩ phải giãn lớn. Ngược lại, trong bệnh túi thừa nhĩ phải, chỉ một phần thành tự do nhĩ phải hoặc tiểu nhĩ phải bị yếu và phình ra thành khối có kích thước to nhỏ khác nhau; giữa túi phình và nhĩ phải ngăn cách nhau bởi cô túi - xác định được bằng siêu âm và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác. Chẩn đoán phân biệt giữa 2 thể bệnh này đôi khi khó khi cô túi thừa rộng, khi đó phải dựa vào kết quả mô bệnh học. Trong giãn nhĩ phải, phần thành nhĩ vẫn bao gồm đầy đủ 3 lớp, trong đó có lớp cơ trơn. Trong khi đó, hầu hết tác giả ghi nhận thành túi thừa được cấu tạo bởi tổ chức liên kết xơ và lớp nội mạc, lớp cơ trơn bị thoái triển không còn nữa hoặc còn rất ít [1, 11, 23]. Đó là lý do khiến túi thừa tăng dần kích thước.

So với nghiên cứu của Binder cùng cộng sự thực hiện năm 2000, nghiên cứu của chúng tôi có số lượng ca bệnh một túi thừa tăng (28 ca so với 12 ca), số lượng ca nhiều túi thừa không thay đổi (4 ca). Do đó, tần suất gặp các triệu chứng, phương pháp điều trị được áp dụng và kết quả trong nghiên cứu tổng hợp của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu trước đó.

Về triệu chứng lâm sàng, 18,75% bệnh nhân không có triệu chứng, tình cờ phát hiện bệnh bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Trong số những bệnh nhân có triệu chứng thì rối loạn nhịp nhanh gây cảm giác hồi hộp, đánh trống ngực chiếm đa số với 15/26 lượt bệnh nhân (57,7%) (bảng 2). Trong đó, rung nhĩ, cuồng nhĩ và nhịp nhanh trên thất chiếm đa số với 15/18 bệnh nhân (83,3%) (bảng 3).

Dấu hiệu bóng tim to trên phim x-quang ngực được ghi nhận với tỉ lệ thấp (53,1%) do dấu

hiệu này chỉ có khi túi thừa lớn và phát triển về phía bên phải tim. Siêu âm tim qua thành ngực có tỉ lệ chẩn đoán túi thừa nhĩ phải chỉ là 68,8% (bảng 4). Tỉ lệ thấp này có thể được giải thích do cửa sổ thành ngực mờ và khả năng bỏ sót những túi thừa nhỏ. Thông tim chụp buồng nhĩ phải có thể giúp xác định chẩn đoán trong một số trường hợp; mặc dù vậy hình ảnh 2 chiều khiến phương pháp này có thể bỏ sót thương tổn. MSCT với khoảng cách giữa các lớp cắt rất nhỏ là phương tiện tốt nhất giúp xác định ngay cả những túi thừa nhỏ [8, 13]. Trong khi đó C-MRI bên cạnh việc xác định chẩn đoán còn giúp đánh giá chức năng thất phải, mức độ chèn ép của túi thừa và mức độ hở VBL [3, 21].

Rối loạn nhịp không đáp ứng với điều trị thuốc, hình thành huyết khối trong túi thừa và chèn ép các cấu trúc tim được xác định là chỉ định phẫu thuật cắt túi thừa [1]. Ở những bệnh nhân không có triệu chứng, chỉ định phẫu thuật còn nhiều tranh cãi. Binder cùng cộng sự cho rằng bệnh nhân không triệu chứng nên được điều trị bảo tồn [29]. Trong khi đó, một số tác giả khuyến cáo phẫu thuật phòng biến chứng vỡ túi phình [23]. Theo tổng kết của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào vỡ túi phình. Vì vậy chúng tôi cho rằng chỉ định bảo tồn nên được đặt ra cho những bệnh nhân không có triệu chứng, không có dấu hiệu đè ép các cấu trúc tim trên MSCT và C-MRI, và không có nguy cơ hình thành huyết khối trong lòng túi thừa.

Túi thừa nhĩ phải lớn có thể làm ảnh hưởng tới khả năng co bóp của nhĩ phải dẫn tới tăng nguy cơ hình thành huyết khối [23, 25, 30]. Túi thừa không có khả năng co bóp, đơn thuần là một túi chứa máu, do đó huyết khối hay hình thành trong lòng túi thừa. Siêu âm tim qua thực quản được khuyến cáo sử dụng để phát hiện huyết khối trong lòng túi thừa nhĩ phải [25].

Với những túi thừa sát vòng VBL, túi thừa thường phát triển qua rãnh nhĩ thất phải và hướng về mặt trước thất phải. Trong trường hợp này,

thành sau túi thừa thường dính chặt vào rãnh nhĩ thất và có thể cả mặt trước thất phải khiến cho việc phẫu tích và cắt bỏ toàn bộ thành túi thừa mà không làm tổn thương ĐMV phải hoặc thất phải là rất khó [16, 23]. Iwata cùng cộng sự cắt một phần túi thừa để tránh thương tổn ĐMV phải và khuyến cáo đánh giá vận động vùng của thất phải ngay sau khi ngừng máy để xác định mạch vành có bị tổn thương hay không [23].

Các dạng rối loạn nhịp nhĩ bao gồm: rung nhĩ, cuồng nhĩ và nhịp nhanh trên thất với ổ phát nhịp thường nằm ở cổ túi thừa [16], hầu hết sẽ hết đi khi túi thừa được cắt bỏ [6]. Trong khi đó, hội chứng WPW có vòng vào lại tại cổ túi phình hoặc thành tự do nhĩ phải và trạng thái tiền kích thích thất do sự tiếp xúc trực tiếp giữa thành túi thừa và bề mặt thất [6, 14] đòi hỏi phải thăm dò điện sinh lý và triệt đốt bằng can thiệp qua da. Điều trị nội khoa thường không kết quả với những trường hợp túi thừa kèm theo rối loạn nhịp.

## V. KẾT LUẬN

Túi thừa nhĩ phải là bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp, thường đi kèm với rối loạn nhịp nhĩ. Cắt túi thừa có tác dụng trong chuyển nhịp nên được chỉ định trong hầu hết trường hợp, trừ hội chứng WPW và hội chứng tiền kích thích thất. Những rối loạn nhịp do vòng vào lại nên được chỉ định can thiệp đốt nhịp hoặc hybrid.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agematsu, K., et al., *Remarkable giant right atrial diverticulum in asymptomatic patient*. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2009. **8**(6): p. 705-7.
2. Funabashi, N., T. Sekine, and I. Komuro, *Idiopathic diverticulum-type enlargement of the right atrium demonstrated by multislice computed tomography*. *Heart*, 2006. **92**(8): p. 1144.
3. Kurian, K.C., M. Nguyen, and N. Wilke, *Images in cardiology: right atrial diverticulum--a rare cause of atrial fibrillation*.

*Clin Cardiol*, 2007. **30**(12): p. 631.

4. Kobza, R., et al., *Enlargement of the right atrium--diverticulum or aneurysm?* *Eur J Echocardiogr*, 2003. **4**(3): p. 223-5.

5. Hasdemir, C., et al., *Giant right atrial diverticulum associated with Wolff-Parkinson-White syndrome*. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2006. **17**(4): p. 443.

6. Shah, K. and K. Walsh, *Giant right atrial diverticulum: an unusual cause of Wolff-Parkinson-White syndrome*. *British heart journal*, 1992. **68**(1): p. 58-59.

7. Varghese, P.J., et al., *Multiple saccular congenital aneurysms of the atria causing persistent atrial tachyarrhythmia in an infant. Report of a case successfully treated by surgery*. *Pediatrics*, 1969. **44**(3): p. 429-33.

8. Aggarwal, N., et al., *Right Atrial Diverticulosis and Early-onset Arrhythmia: Rare Cause of Incessant Neonatal Arrhythmia*. *Indian Pediatr*, 2017. **54**(6): p. 503-504.

9. Miyamura, H., et al., *Successful surgical treatment of incessant automatic atrial tachycardia with atrial aneurysm*. *Ann Thorac Surg*, 1990. **50**(3): p. 476-8.

10. Vilacosta, I., et al., *Right atrial diverticulum and hypertrophic cardiomyopathy*. *Eur Heart J*, 1993. **14**(5): p. 721-2.

11. Borgohain, S., et al., *Case of single right atrial diverticulum and review of etiology and management*. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 2013. **21**(5): p. 592-5.

12. Tomar, M., et al., *Giant congenital diverticulum of the right atrium*. *Indian Heart J*, 2008. **60**(4): p. 359-62.

13. Morishita, Y., et al., *Multiple diverticula of the right atrium*. *Am Heart J*, 1990. **120**(5): p. 1225-7.

14. Hayashi, T., et al., *Ventricular tachycardia associated with a giant right atrial diverticulum*. *J Am Coll Cardiol*, 2013. **62**(24): p. 2341.

15. Hocini, M., et al., *Noninvasive electrocardiomapping facilitates previously failed ablation of right appendage diverticulum associated life-threatening accessory pathway*. J Cardiovasc Electrophysiol, 2013. **24**(5): p. 583-5.
16. Campbell, R.M., et al., *Right atrial diverticulum presenting as Wolff-Parkinson-White syndrome*. Pacing Clin Electrophysiol, 1992. **15**(8): p. 1101-4.
17. Gaita, F., et al., *Catheter ablation in a patient with a congenital giant right atrial diverticulum presented as Wolff-Parkinson-White syndrome*. Pacing Clin Electrophysiol, 1999. **22**(2): p. 382-5.
18. Morrow, A.G. and D.M. Behrendt, *Congenital aneurysm (diverticulum) of the right atrium. Clinical manifestations and results of operative treatment*. Circulation, 1968. **38**(1): p. 124-8.
19. Masuda, S., et al., *Surgical treatment of congenital right atrial aneurysm in an adult patient*. Jpn J Thorac Cardiovasc Surg, 2004. **52**(5): p. 254-6.
20. Staubach, P., *[Large right atrial aneurysm: rare cause of recurrent pulmonary embolism]*. Z Kardiol, 1998. **87**(11): p. 894-9.
21. Kinsella, A., et al., *Giant right atrial aneurysm*. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2019. **28**(4): p. 645-646.
22. Stefil, M. and S. Stefil, *Late presentation of right atrial diverticulum: surgical intervention might not be imperative*. Eur Heart J Cardiovasc Imaging, 2019.
23. Iwata, S., M. Nomura, and M. Ozaki, *Intraoperative Transesophageal Echocardiographic Findings in Surgical Resection of a Giant Right Atrial Diverticulum That Severely Compressed the Right Ventricle*. J Cardiothorac Vasc Anesth, 2018. **32**(2): p. 796-800.
24. Yuan, G., et al., *Compressive giant right atrial diverticulum*. Eur Heart J Cardiovasc Imaging, 2016. **17**(9): p. 1065.
25. Sato, Y., et al., *Giant right atrial diverticulum with thrombus formation*. Asian Cardiovasc Thorac Ann, 2015. **23**(3): p. 314-6.
26. Kuhn, A., et al., *Giant right atrial aneurysm in a symptomatic adult-a rare congenital malformation*. Eur Heart J, 2006. **27**(20): p. 2375.
27. Streb, W., et al., *[Right atrial diverticulum in an adult patient]*. Kardiol Pol, 2007. **65**(9): p. 1090-3.
28. Sanchez-Brotons, J.A., et al., *Giant right atrial diverticulum: utility of contrast-enhanced ultrasound*. Rev Esp Cardiol (Engl Ed), 2013. **66**(3): p. 222-3.
29. Binder, T.M., et al., *Congenital malformations of the right atrium and the coronary sinus: an analysis based on 103 cases reported in the literature and two additional cases*. Chest, 2000. **117**(6): p. 1740-8.
30. Patterson-Kane, J.C. and L.R. Harrison, *Giant right atrial diverticulum in a foal*. J Vet Diagn Invest, 2002. **14**(4): p. 335-7.