

Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân mắc phình động mạch chủ ngực đoạn xuống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Evaluation of clinical and paraclinical characteristics of patients with descending thoracic aortic aneurysm at 108 Military Central Hospital

Trần Xuân Thủy, Lê Văn Trường, Nguyễn Trọng Tuyển,
Đỗ Văn Chiến, Lê Hữu Khánh, Trần Quang Thái,
Trần Thanh Tuấn và Hoàng Trí Trung

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh mắc phình động mạch chủ ngực đoạn xuống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 38 bệnh nhân được chẩn đoán phình động mạch chủ ngực đoạn xuống được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Bệnh nhân được đánh giá các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Nghiên cứu được nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. **Kết quả:** Tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là 38 người bệnh với tuổi trung bình $67,8 \pm 11,0$ tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm 84,2%. Tỷ lệ người bệnh có đột quỵ não cũ chiếm 26,3%, người bệnh bị tăng huyết áp chiếm 92,1%. Triệu chứng phổ biến nhất là đau ngực chiếm 63,2%. Đường kính trung bình của túi phình là $37 \pm 14,6$ cm. **Kết luận:** Nghiên cứu đưa ra đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ban đầu của nhóm người bệnh bị phình động mạch chủ ngực đoạn xuống với nhóm nam giới chiếm ưu thế và những người có bệnh nền là tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa. Nghiên cứu tiếp theo về các phương pháp điều trị cũng như can thiệp cần được thực hiện.

Từ khóa: Phình động mạch chủ ngực đoạn xuống, đặc điểm cận lâm sàng phình động mạch chủ ngực, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Summary

Objective: This study aims to evaluate the clinical and paraclinical characteristics of patients with descending thoracic aortic aneurysm at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 38 patients diagnosed with descending thoracic aortic aneurysm who were treated at 108 Military Central Hospital. Patients were assessed for their clinical and paraclinical characteristics. Data were entered and analyzed using SPSS version 22.0. **Result:** A total of 38 patients participated in the study, with a mean age of 67.8 ± 11.0 years. Males accounted for 84.2% of the sample. The proportion of patients with a history of stroke was 26.3%, and those with hypertension accounted for 92.1%. The most common symptom was chest pain (63.2%). The average diameter of the aneurysm was 37 ± 14.6 cm. **Conclusion:** The study provides an initial overview of the clinical and paraclinical features of patients with descending thoracic aortic aneurysm, showing a predominance of

Ngày nhận bài: 28/04/2025, ngày chấp nhận đăng: 12/6/2025

* Tác giả liên hệ: hky65555@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

male patients and those with underlying hypertension and metabolic disorders. Further research on treatment and intervention methods is recommended.

Keywords: descending thoracic aortic aneurysm, paraclinical characteristics of thoracic aortic aneurysm, 108 Military Central Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ ngực là một bệnh lý nguy hiểm cần phải phát hiện và điều trị sớm. Bệnh thường xảy ra ở những bệnh nhân cao tuổi, người tiền sử tăng huyết áp, hút thuốc lá, bệnh động mạch vành, bệnh phổi mạn tính. Bệnh thường không có triệu chứng và được phát hiện một cách tình cờ.

Tỷ lệ mắc mới của phình động mạch chủ ngực trên thế giới là khoảng 10 trên 100.000 người một năm, trong đó 30-40% trường hợp là phình động mạch chủ ngực đoạn xuống (DTAA) ¹.

Phình động mạch chủ ngực đoạn xuống có thể gây ra suy tim sung huyết, thuyên tắc huyết khối động mạch dẫn tới nguy cơ cắt cụt chi hoặc nhồi máu các tạng trong ổ bụng, có thể đe dọa tính mạng cấp tính nếu như vỡ phình động mạch chủ. Tiên lượng của bệnh nhân DTAA lớn nếu không được điều trị là kém, với tỷ lệ sống sót trên 3 năm chưa tới 25% ¹.

Việc điều trị DTAA bao gồm điều trị nội khoa, kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch và phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch với các túi phình lớn có triệu chứng và hoặc biến chứng. Hiểu được rõ đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân sẽ giúp quá trình thực hiện phẫu thuật hoặc can thiệp được hiệu quả hơn. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính của bệnh nhân mắc phình động mạch chủ ngực đoạn xuống có chỉ định can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Các bệnh nhân được chẩn đoán phình động mạch chủ ngực đoạn xuống và điều trị bằng biện pháp can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2018 tới tháng 3 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định phình ĐMC ngực đoạn xuống có chỉ định can thiệp theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch châu Âu ². Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ, xét nghiệm cận lâm sàng phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Phình gốc ĐM chủ hoặc ĐM chủ lên hoặc ĐMC bụng kèm theo.

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật hoặc can thiệp kết hợp như van tim, động mạch vành.

Bệnh lý ác tính hoặc bệnh nội khoa nặng tiên lượng sống < 6 tháng.

Bệnh nhân dị ứng thuốc cản quang.

Phình lóc tách ĐMC đi kèm.

Bệnh nhân không đồng ý nghiên cứu hoặc không đầy đủ hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Số lượng bệnh nhân cần cho nghiên cứu được tính dựa vào công thức ước lượng cỡ mẫu theo một tỷ lệ bệnh trong dân số ở khoảng tin cậy 95%.

Cỡ mẫu được tính theo công thức sau³:

$$n = Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu.

Z là trị số từ phân phối chuẩn và $Z_{(1-\alpha/2)}$ là xác suất của phân phối chuẩn ở xác suất sai lầm α (α là xác suất sai lầm loại I).

p là tỷ lệ thành công (trị số mong muốn của tỷ lệ).

d là độ chính xác (sai số cho phép)

Như vậy, với xác suất sai lầm $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. Theo tác giả Trần Quyết Tiến tỷ lệ tử vong của can thiệp nội mạch trên bệnh lý ĐMC ngực này là 7,7% ⁴, Lâm Triều Phát là 11,68% ⁵. Vì vậy chúng tôi chọn $p=0,9$ và $d = 0,1$.

Từ công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là $n = 35$.

Biến nghiên cứu

Đặc điểm chung:

Tuổi: Tính bằng năm và chia thành 5 nhóm tuổi là < 50; 50 - 59; 60 - 69; 70 - 79; ≥ 80 tuổi, dựa theo phân chia nhóm tuổi của tác giả Trần Quyết Tiến⁴.

Giới: Nam hoặc nữ giới.

Tiền sử bệnh, các bệnh kết hợp và các yếu tố nguy cơ:

Tăng huyết áp: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán Hội Tim mạch học Việt Nam khi đo huyết áp tại viện có trị số HA $\geq 140/90$ mmHg⁶.

Đái tháo đường: Theo tiêu chuẩn của Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ 2023⁷.

Rối loạn chuyển hóa lipid theo Hiệp hội Tim mạch châu Âu về hướng dẫn điều trị rối loạn lipid máu⁸.

Đột quỵ não cũ: Có hoặc không tiền sử tai biến mạch máu não và di chứng.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: Theo hướng dẫn của GOLD 2017⁹.

Suy thận mạn: Theo tiêu chuẩn KDIGO 2013¹⁰.

Bệnh mạch vành: Hẹp mạch vành có đặt stent trước mổ có 2 giá trị có/không.

Tiền sử gia đình: Có hoặc không có người thân mắc bệnh phình ĐMC.

Hút thuốc lá: Hút thuốc lá tính số gói/năm và căn cứ số năm hút thuốc để xác định yếu tố nguy cơ nếu có.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Đặc điểm lâm sàng:

Lý do vào viện: Không triệu chứng (bệnh nhân phát hiện tình cờ DTAA qua kiểm tra sức khỏe hoặc nhập viện điều trị bệnh lý khác); Có triệu chứng (đau ngực, khó thở, nuốt nghẹn, mệt mỏi, triệu chứng của sốc như mạch nhanh và huyết áp tụt).

Triệu chứng cơ năng: Đau ngực (có hoặc không?), khó thở (có hoặc không?), khàn tiếng (có hoặc không?), nuốt khó (có hoặc không?).

Tình trạng sốc: (Có hoặc không?) huyết áp tối đa < 90 mmHg, mạch nhanh > 100 lần/phút cần phải hồi sức tích cực để nâng huyết áp hoặc đã được sử dụng các thuốc tăng co bóp cơ tim tĩnh mạch và hồi sức tích cực từ tuyến trước¹¹.

Đặc điểm cận lâm sàng:

Điện tâm đồ: Xác định nhịp tim là nhịp xoang, rung nhĩ, dấu hiệu nhồi máu cơ tim.

Hình ảnh chụp X-quang tim phổi: Hình ảnh cung ĐMC vòng trên phim X-quang (có hoặc không?), hình ảnh ĐMC ngực dẫn rộng.

Siêu âm tim và động mạch cảnh:

Siêu âm tim: Phân xuất tổng máu thất trái (EF%), giảm vận động bất thường (có hay không?).

Siêu âm động mạch cảnh: Hẹp nhẹ động mạch cảnh (không phải can thiệp) có hay không?

Kết quả chụp động mạch vành: Hẹp động mạch vành (chưa phải can thiệp) ở các nhánh LM, LAD, LCx, RCA có hay không?

Chụp cắt lớp vi tính (Siemens SOMATOM go now 32 lát cắt):

Đặc điểm giải phẫu túi phình.

Hình dạng: Hình thoi hoặc hình túi.

Huyết khối thành túi phình: Có hoặc không có huyết khối thành túi phình.

Vôi hóa thành túi phình: Có hay không vôi hóa thành túi phình.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập vào máy tính theo bệnh án được số hóa và được xử lý bằng các thống kê toán học trong y học, ứng dụng phần mềm SPSS 20. Các biến liên tục được mô tả dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến rời rạc được trình bày dưới dạng %.

III. KẾT QUẢ

Sau thời gian thu tuyển, nhóm nghiên cứu đã thu tuyển được 38 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 tham gia vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n = 38)

Đặc điểm	Trung bình hoặc n	Độ lệch chuẩn hoặc %
Tuổi	67,8	11,0
Chiều cao (cm)	162	5,4
Cân nặng (kg)	61,9	10,5
BMI	23,3	3,5
Giới		
Nam	32	84,2%
Nữ	6	15,8%
Hút thuốc lá		
Có	5	13,2%
Không	33	86,8%
Tình trạng đa bệnh lý		
Tăng huyết áp	35	92,1%
Đái tháo đường	11	28,9%
Rối loạn chuyển hóa	18	47,4%
Đột quỵ não cũ	10	26,3%
COPD	1	2,6%
Suy thận mạn	3	7,9%
Tiền sử gia đình có người mắc phình động mạch chủ	0	0,0%

Đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình $67,8 \pm 11,0$ tuổi. Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nam giới với 84,2% và nữ giới chiếm 15,8%. Ngoài ra tỷ lệ người hút thuốc lá chiếm 13,2%. Có tới 35 người bệnh mắc tăng huyết áp, 11 người mắc đái tháo đường, 18 người bị rối loạn chuyển hóa. Tỷ lệ người bệnh có đột quỵ não cũ chiếm 26,3%, tỷ lệ người bệnh mắc suy thận mạn là 7,9% và mắc COPD là 2,6%. Nghiên cứu chúng tôi khi hỏi về tiền sử gia đình có người mắc phình động mạch chủ không thì không có ai có tiền sử gia đình.

Bảng 2. Lý do nhập viện của đối tượng nghiên cứu (n = 38)

Lý do nhập viện	Số lượng n	Tỷ lệ %
Không triệu chứng	2	5,3
Đau ngực	24	63,2
Khó thở	8	21,1
Khàn tiếng	7	18,4
Nuốt khó	2	5,3
Shock	0	0,0
Khác	18	47,0

Bảng 2 đưa ra lý do nhập viện của đối tượng nghiên cứu bao gồm 2 người bệnh không có triệu chứng với 5,3%, 24 người vào nhập viện do đau ngực với 63,2%, người bệnh nhập viện do khàn tiếng là 18,4%, nuốt khó là 5,3% và vì lý do khác chiếm 47,0%.

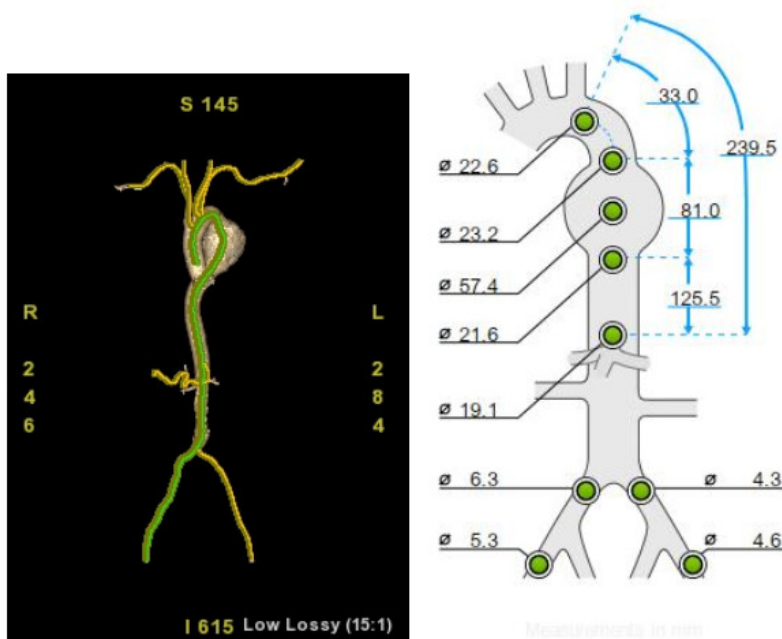
Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng (n = 38)

Thăm dò chức năng	Số lượng n	Tỷ lệ %
Điện tâm đồ		
Nhịp xoang	32	84,2
Rung nhĩ	2	5,3
Biến đổi ST	1	2,6
X-quang ngực thẳng		
Cung Động mạch chủ vồng	25	65,8
Động mạch chủ ngực giãn rộng	11	28,9
Siêu âm tim		
EF % - Mean - SD	64,7	8,3
Rối loạn vận động vùng	2	5,3
Siêu âm mạch cảnh		
Hẹp Động mạch cảnh	3	7,8
Chụp mạch vành		
Hẹp động mạch vành	8	21,1
Chụp CTA		
Có hình thoi	17	44,7
Có huyết khối thành túi	19	50,0
Có vôi hóa thành túi	17	44,7
Kích thước hình túi	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Chiều dài mm	37	14,6
Chiều rộng mm	38,7	17,3
D của ĐM chủ đoạn trung tâm	32,1	4,4
D của ĐM chủ đoạn ngoại vi	23,3	2,7
D của ngang lớn nhất của túi phình	44,6	11,1
L của túi phình	76,2	62,0
D của đầu trung tâm của túi phình	30,6	5,0
D của đầu ngoại vi của túi phình	27,8	4,3
L bắt đầu từ túi phình đến động mạch dưới đòn trái	13,9	29,3
L bắt đầu từ túi phình đến động mạch cảnh chung trái	14,6	13,6
L bắt đầu từ túi phình đến thân động mạch cánh tay đầu	13,2	12,1
L kết thúc từ túi phình đến động mạch thân tạng	163,4	58,3
D của động mạch trái	10,1	2,1

Bảng 3 mô tả đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng tham gia nghiên cứu. Các đặc điểm lâm sàng bao gồm điện tâm đồ, chụp X-quang ngực thẳng, siêu âm tim, siêu âm mạch cảnh, chụp mạch vành, chụp CTA. Kết quả cho thấy 84,2% người bệnh có nhịp xoang trên điện tâm đồ.

Hình ảnh CLVT của 38 bệnh nhân mắc phình động mạch chủ ngực đoạn xuống đã cung cấp dữ liệu chi tiết về đặc điểm giải phẫu và hình thái tổn thương. Về hình dạng, 44,7% bệnh nhân có túi phình hình thoi và

55,3% có dạng hình túi. Đáng chú ý, 50% bệnh nhân có huyết khối thành túi phình và 44,7% có vôi hóa thành túi, phản ánh tình trạng xơ vữa mạch máu tiến triển lâu dài.



Hình 1. Bệnh nhân nam, sinh 1960, phát hiện phình động mạch chủ ngực đoạn xuống với các thông số đo được từ kết quả chụp CLVT



Hình 2. Hình ảnh CLVT của bệnh nhân sau can thiệp 01 tháng, túi phình được huyết khối hoàn toàn trên MIP (A), hình ảnh cây động mạch từ tim xuống động mạch chậu hai bên MIP (B)

Kích thước túi phình dao động đáng kể với đường kính trung bình theo chiều dài là $37 \pm 14,6\text{mm}$ và chiều rộng là $38,7 \pm 17,3\text{mm}$. Đường kính ngang lớn nhất của túi phình, thông số quan trọng trong chỉ định can thiệp, đạt trung bình $44,6 \pm 11,1\text{mm}$ (dao động từ 33,5 đến 55,7mm). Chiều dài túi phình (L) là $76,2 \pm 62,0\text{mm}$, thể hiện sự thay đổi đáng kể giữa các đối tượng nghiên cứu. Vị trí tương quan giải phẫu cho thấy khoảng cách trung bình từ túi phình đến động mạch dưới đòn trái là $13,9 \pm 29,3\text{mm}$, đến động mạch cảnh chung trái là $14,6 \pm 13,6\text{mm}$, và đến thân động mạch cánh tay đầu là $13,2 \pm 12,1\text{mm}$. Đoạn kết thúc của túi phình cách động mạch thân tạng khoảng $163,4 \pm 58,3\text{mm}$. Không ghi nhận trường hợp nào có bao phủ toàn bộ động mạch thân tạng, chỉ ghi nhận vài trường hợp ảnh hưởng đến một phần gốc động mạch dưới đòn trái. Đặc điểm đường kính động mạch chủ ở đoạn trung tâm ($32,1 \pm 4,4\text{mm}$) và đoạn ngoại vi ($23,3 \pm 2,7\text{mm}$) của túi phình phản ánh tính chất bệnh lý lan tỏa của thành mạch, ảnh hưởng đến việc lựa chọn điểm neo stent graft. Các thông số giải phẫu này đóng vai trò quyết định trong việc lập kế hoạch điều trị can thiệp, lựa chọn kích thước stent graft phù hợp, đồng thời cung cấp cơ sở cho việc theo dõi dài hạn sau can thiệp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này tiến hành phân tích các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên 38 bệnh nhân được chẩn đoán phình động mạch chủ ngực đoạn xuống (DTAA) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Kết quả cho thấy đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình cao ($67,8 \pm 11,0$ tuổi), với ưu thế giới tính nam (84,2%) và tỷ lệ cao các bệnh đồng mắc (tăng huyết áp 92,1%, rối loạn chuyển hóa 47,4%, đái tháo đường 28,9%). Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là đau ngực (63,2%), trong khi tỷ lệ phát hiện bệnh không triệu chứng chỉ chiếm 5,3%. Về đặc điểm hình ảnh học, tỷ lệ bệnh nhân có cung động mạch chủ vồng trên X-quang ngực là 65,8%, huyết khối thành túi phình 50%, và vôi hóa thành túi phình 44,7%.

Tỷ lệ nam giới cao (84,2%) trong nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, khẳng định

giới tính nam là yếu tố nguy cơ quan trọng của DTAA. Độ tuổi trung bình $67,8 \pm 11,0$ tuổi tương đồng với nghiên cứu của Hồ Minh Tuấn ($65,9 \pm 10,9$)¹², phản ánh đặc điểm về độ tuổi cao ở bệnh nhân mắc bệnh lý này. Chỉ số BMI trung bình $23,3 \pm 3,5$ nằm trong ngưỡng bình thường, cho thấy BMI có thể không phải là yếu tố nguy cơ chính của DTAA trong quần thể nghiên cứu.

Tỷ lệ cao bệnh nhân mắc tăng huyết áp (92,1%) trong nghiên cứu này khẳng định mối liên quan chặt chẽ giữa tăng huyết áp và phình động mạch chủ ngực, phù hợp với lý thuyết về tổn thương thành mạch do áp lực cao⁶. Các bệnh đồng mắc như rối loạn chuyển hóa (47,4%), đái tháo đường (28,9%) và đột quỵ não cũ (26,3%) cũng xuất hiện với tần suất cao, phản ánh cơ chế bệnh sinh chung của xơ vữa động mạch hệ thống tác động lên nhiều cơ quan^{7,8}.

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau ngực (63,2%) trong nghiên cứu này cao, cho thấy đây là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân DTAA. Tỷ lệ phát hiện bệnh không triệu chứng thấp (5,3%) cho thấy phần lớn bệnh nhân DTAA đều biểu hiện lâm sàng khi nhập viện, khác với nhận định về tính "thầm lặng" của bệnh lý này trong một số báo cáo. Các triệu chứng như khàn tiếng (18,4%) và nuốt khó (5,3%) phản ánh ảnh hưởng cơ học của khối phình lên các cấu trúc lân cận như dây thần kinh quặt ngược và thực quản, phù hợp với mô tả về biến chứng của DTAA¹.

Bất thường trên phim chụp X-quang ngực thẳng với cung động mạch chủ vồng (65,8%) hoặc động mạch chủ ngực giãn rộng (28,9%) là dấu hiệu gặp ở phần lớn bệnh nhân, khẳng định giá trị của phương pháp chẩn đoán hình ảnh cơ bản này trong tầm soát ban đầu. Các biến đổi trên điện tâm đồ và siêu âm tim ở bệnh nhân DTAA không có nhiều giá trị trong chẩn đoán xác định, nhưng có thể đem lại thông tin hữu ích trong chẩn đoán phân biệt và loại trừ các bệnh lý tim mạch cấp tính².

Chúng tôi cũng thấy tỷ lệ tương đối cao bệnh nhân có hẹp động mạch vành (21,1%) phản ánh mối liên hệ giữa bệnh lý động mạch vành và DTAA. Cơ chế bệnh sinh tương đồng trong tổn thương mạch hệ thống do xơ vữa động mạch, cùng với sự phù

hợp về bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn^{9, 10} là cơ sở lý giải cho tổn thương mạch vành thường gặp trên nhóm bệnh nhân này. Điều này càng khẳng định sự cần thiết phải đánh giá tổn thương mạch vành cho nhóm đối tượng bệnh nhân DTAA.

Chụp CTA động mạch chủ là phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn có giá trị cao trong chẩn đoán, đánh giá và lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân DTAA. Trong nghiên cứu này, số lượng bệnh nhân có phình hình thoi (44,7%) và phình hình túi (55,3%) tương đối tương đương, cho thấy sự đa dạng về hình thái học. Kích thước trung bình của túi phình (đường kính ngang lớn nhất $44,6 \pm 11,1$ mm) phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn các trường hợp có chỉ định can thiệp theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch châu Âu².

Tuy nhiên nghiên cứu này có một số hạn chế cần được ghi nhận. Thứ nhất, cỡ mẫu tương đối nhỏ ($n = 38$) có thể giới hạn khả năng phát hiện các mối liên quan có ý nghĩa thống kê, mặc dù đã đạt được cỡ mẫu tối thiểu theo tính toán³. Thứ hai, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang hạn chế khả năng đánh giá mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố nguy cơ và bệnh lý DTAA. Thứ ba, nghiên cứu chỉ thực hiện tại một trung tâm duy nhất, có thể không đại diện cho toàn bộ quần thể bệnh nhân mắc DTAA ở Việt Nam. Ngoài ra, việc không có nhóm chứng để so sánh các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa bệnh nhân mắc DTAA và dân số chung cũng là một hạn chế đáng lưu ý.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã cung cấp một cái nhìn tổng quan về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân mắc phình động mạch chủ ngực đoạn xuống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Kết quả cho thấy bệnh lý này thường gặp ở nam giới, tuổi cao, có tỷ lệ cao mắc các bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa và đái tháo đường. Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là đau ngực, trong khi X-quang ngực và chụp CTA là những phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao trong phát hiện và đánh giá bệnh lý này.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị tầm soát phình động mạch chủ ngực định kỳ ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, đặc biệt là nam giới cao tuổi có tiền sử tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa. X-quang ngực thẳng có thể được sử dụng như một công cụ tầm soát ban đầu hiệu quả, sau đó tiến hành chụp CTA ở những trường hợp nghi ngờ. Cần đánh giá tình trạng động mạch vành ở bệnh nhân DTAA do tỷ lệ cao bệnh lý này đồng mắc. Tiên lượng của bệnh nhân DTAA lớn nếu không được điều trị là kém, với tỷ lệ sống sót trên 3 năm chưa tới 25%¹, do đó can thiệp sớm và theo dõi định kỳ là cần thiết. Các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế đa trung tâm và theo dõi dọc về kết quả điều trị can thiệp nội mạch^{4, 5} là cần thiết để đánh giá hiệu quả điều trị và tiên lượng lâu dài của bệnh nhân mắc phình động mạch chủ ngực đoạn xuống tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Medical Advisory Secretariat (2005) *Endovascular repair of descending thoracic aortic aneurysm*. Ont Health Technol Assess Ser 5(18): 1-59.
2. Raimund E, Victor A, Catherine B et al (2014) *ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC)*. J European heart journal 35(41): 2873-2926.
3. Nguyễn Ngọc Rạng (2012) *Thiết kế nghiên cứu thống kê y học*. Nhà xuất bản Y học.
4. Trần Quyết Tiến, Phan Quốc Hùng (2015) *Can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ tại Bệnh viện Chợ Rẫy: Một số kết quả bước đầu*. Y học Việt Nam 1, tr. 39-44.
5. Lâm Triều Phát, Trần Quyết Tiến (2021) *Kết quả sớm sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ ngực*. Y Học Việt Nam 504 (01), tr. 1-6.
6. Trần Văn Huy (2018) *Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của ACC/AHA và khuyến cáo ESC/ESH và VNHA/VSH*. Khuyến cáo của Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam.

7. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR et al (2023) *Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes 2023*. Diabetes Care 46(1): 19-40.
8. Mach F, Baigent C, Catapano AL et al (2019). *ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)*. Eur Heart J 00: 1-78.
9. Yakar HI, Gunen H, Pehlivan E et al (2017) *The role of tuberculosis in COPD*. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 12: 323-329.
10. Elhassan EA, Schrier RW (2013) *Acute kidney injury, textbook of critical care, sixth edition*. Jean - louis Vincent, elsevier saunders: 883-893.
11. Kalkwarf KJ, Cotton BA (2017) *Resuscitation for Hypovolemic Shock*. Surg Clin North Am 97(6): 1307-1321.
12. Hồ Minh Tuấn (2023) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả can thiệp da ở bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính có syntax ≤ 22* . Luận án tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108.