



BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ MẠN

Bs. Trần Thị Thanh Nga
Khoa Siêu âm – Medic Hòa Hảo



BỆNH ÁN

BN nữ , 66 tuổi

Đ/c: Tây Ninh

Khám tại Medic : 27 / 01/ 2023

Lí do: phù chân đau đầu, đau lưng

1 tháng nay mệt, ăn không ngon, đau đầu, đau lưng, thỉnh thoảng đau ngực, trước khám 1 tuần phù chân.

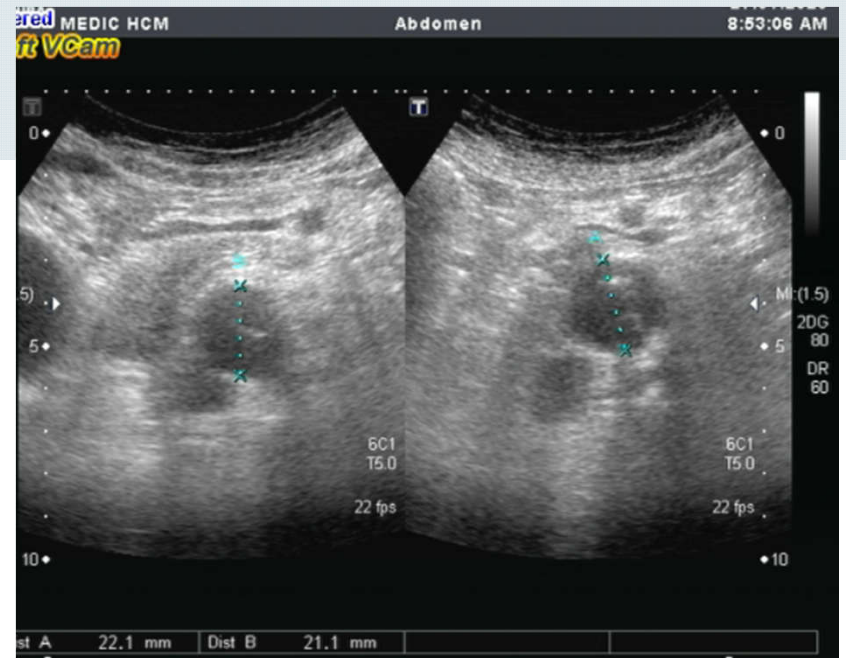
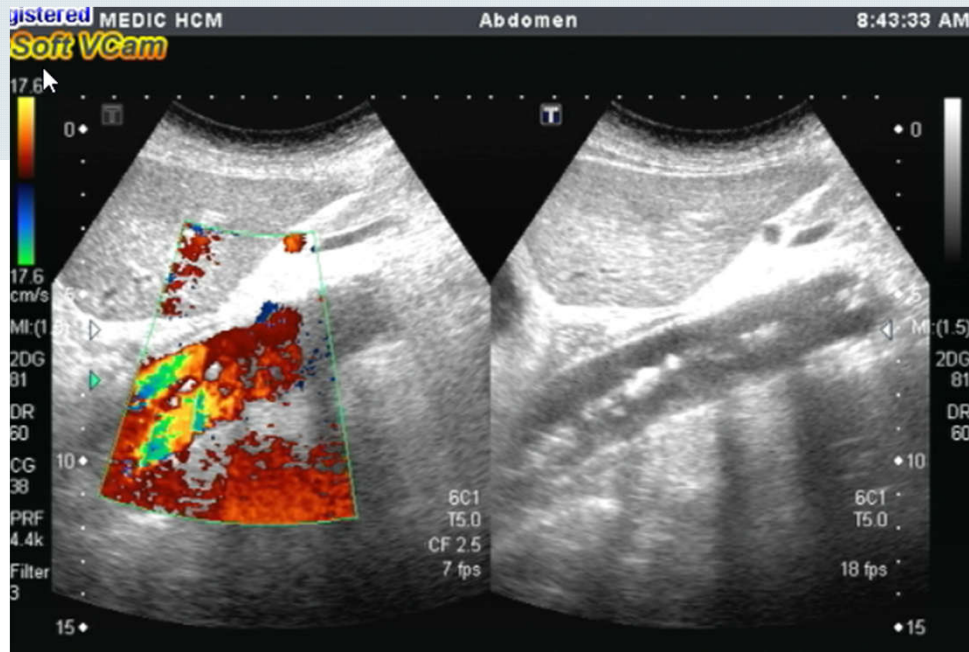


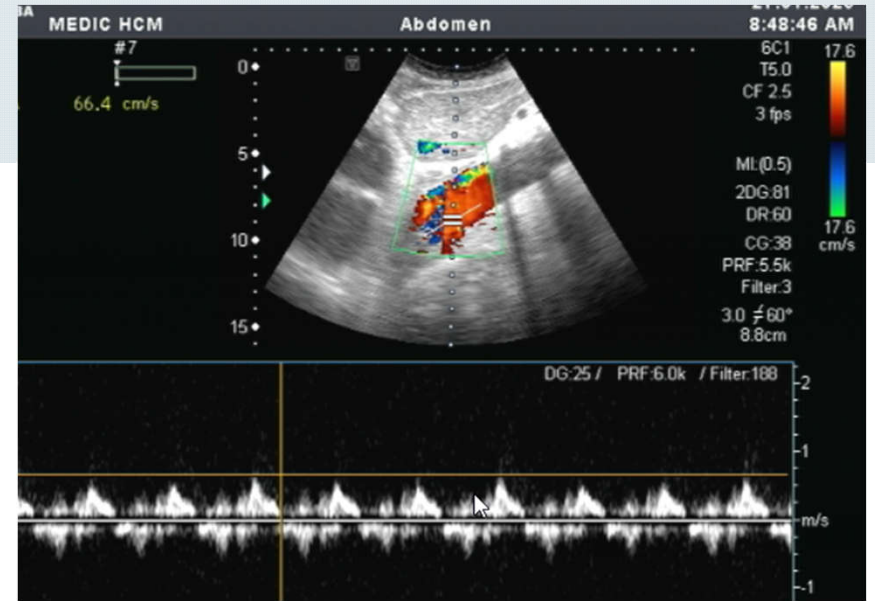
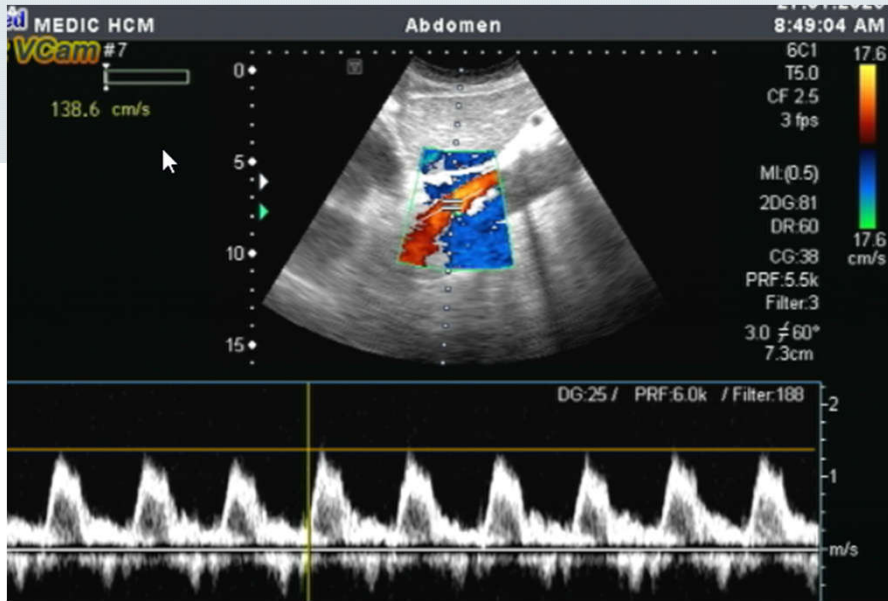
KHÁM SIÊU ÂM

BN thể trạng trung bình

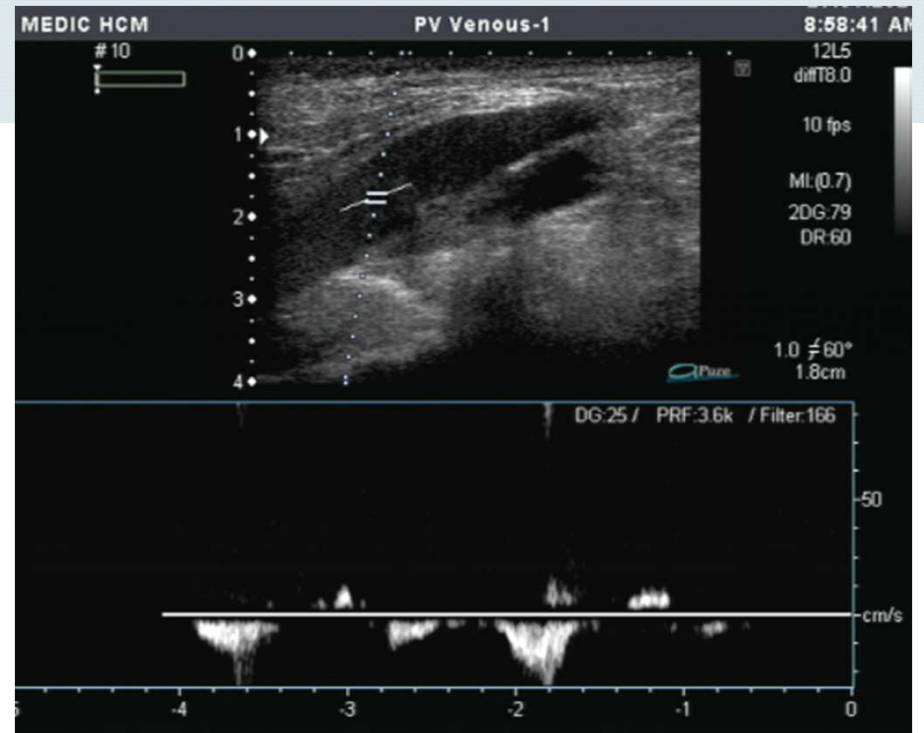
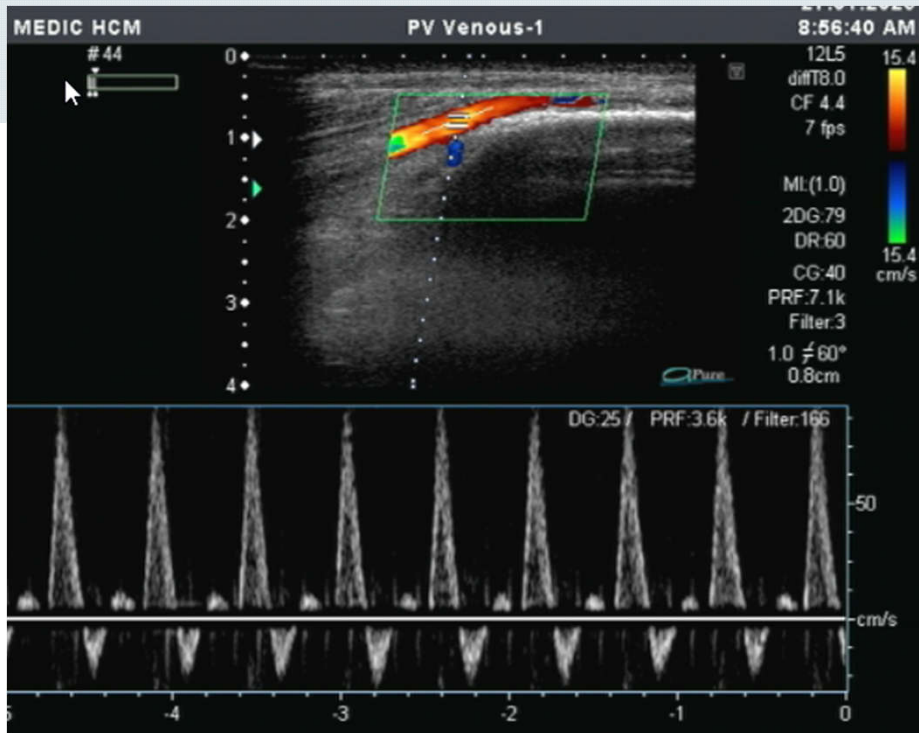
Tỉnh, thở êm, không đau ngực, không đau bụng, có phù
chân (++)

HA: 150/80mmHg, M 115 l/ph













Họ tên :

Cao : 149 Nặng : 47 HA : 152/84

Chỉ định : * OSAT TT TỨC NGỰC CHAMAX / CÓ THUỐC KTĐ KTTQ

Mã BN : 7211251-143

Tốc độ : 25mm/s

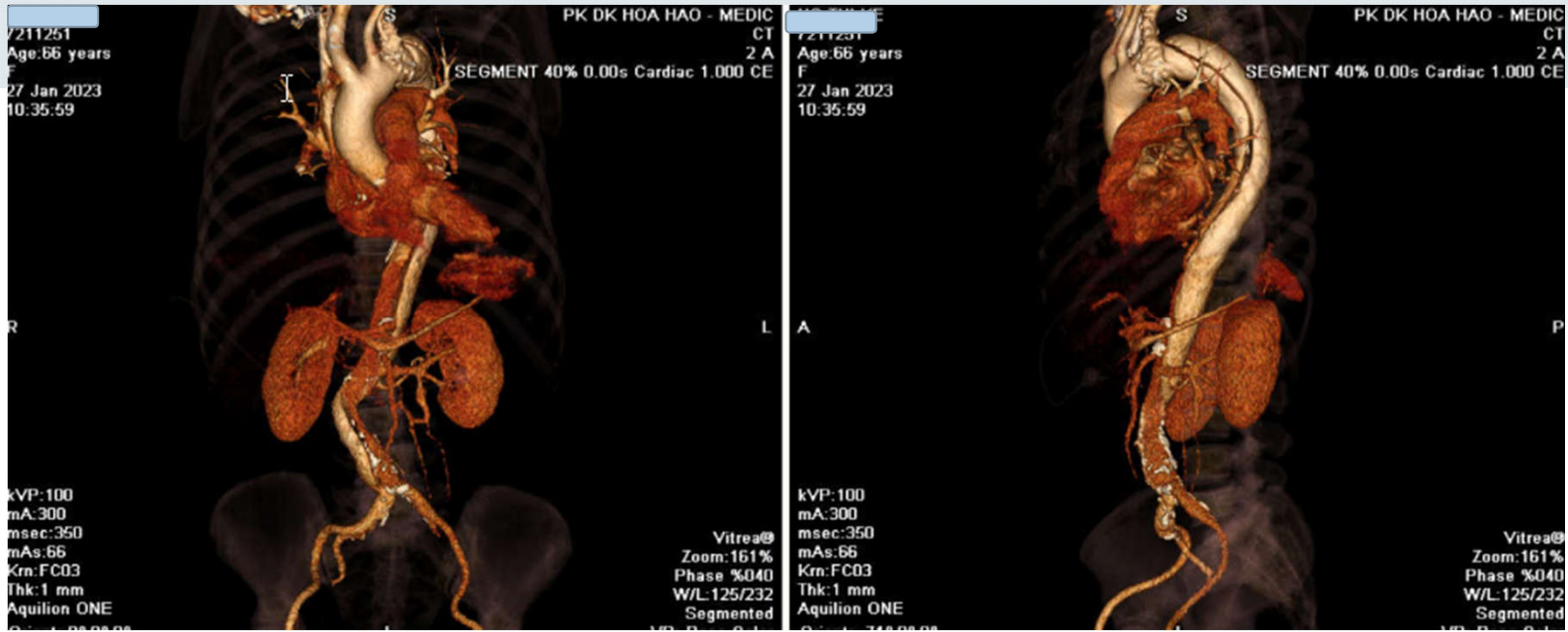
Ngày : 27/ 1/2023

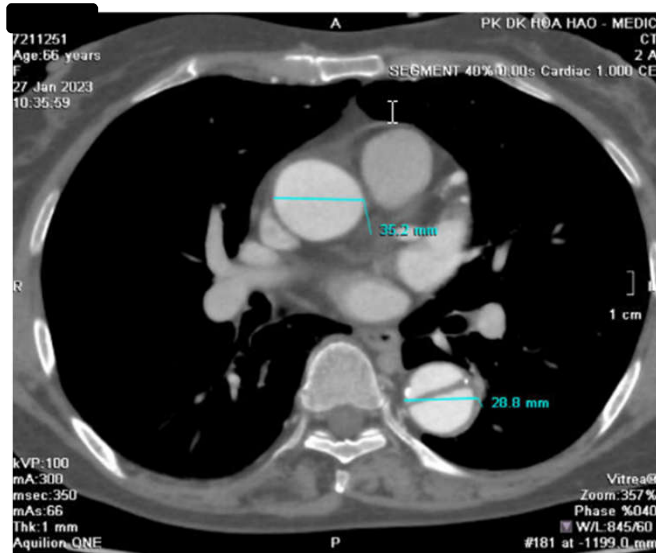
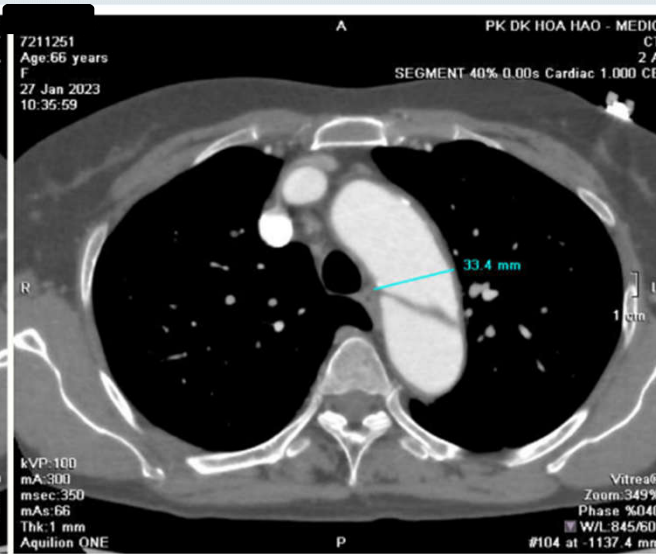
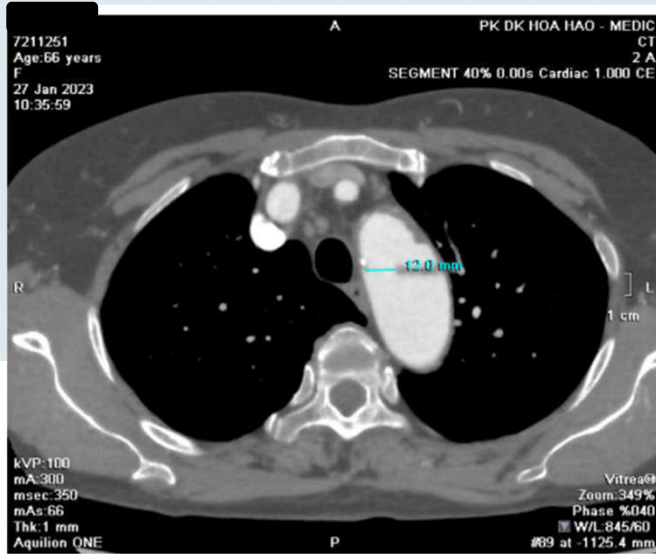
Tuổi : 66

Giới tính : F

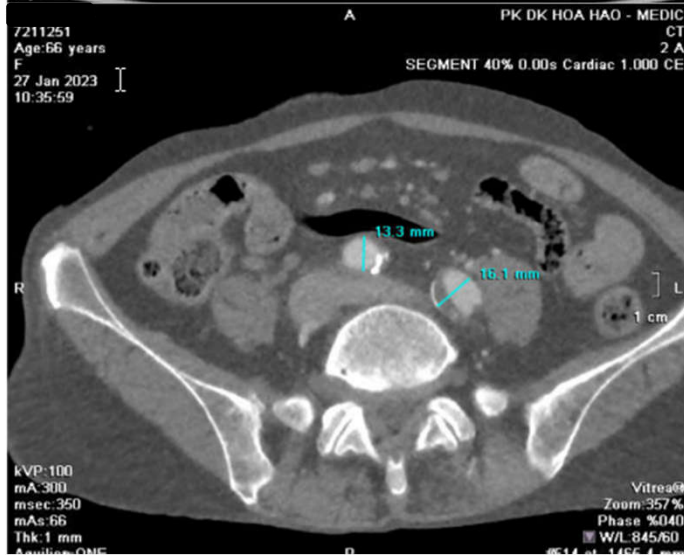
Giờ : 6:44







20XX





STT : 230127135 Ngày ĐK : 27/01/2023 10:17
Bệnh nhân :
Địa chỉ :
Bác sĩ chỉ định : BS. CKII. PHẠM THIÊN THÔNG
Bệnh viện : MEDIC Khoa : PK
LÝ DO KHÁM :
Máy : MSCT 640 _ 1
Vùng : CT ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC Tiêm chất tương phản
Kết quả : KĨ THUẬT:
Các lát hình 1mm qua 2 phổi và ổ bụng, có tiêm cản quang, khảo sát ở hai cửa sổ: nhu mô, trung thất .

MÔ TẢ:

Đám mờ bờ da cung nhu mô phổi thùy trên phải 4x5cm. Thương tổn bắt thuốc cản quang vừa phải.
Không thấy tràn dịch màng phổi hai bên.
Không thấy hạch trung thất, hạch rốn phổi hai bên.
Vách thực quản mỏng, không giãn.
Không thấy tổn thương thành ngực.
Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Không thấy focal bất thường trong nhu mô gan.
Đường mật trong và ngoài gan không dẫn. Túi mật không to, vách mỏng, không sỏi cản quang.
Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.
Hai thận hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước.
Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng.
Không thấy hạch trong vùng khảo sát.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.
Đường kính động mạch chủ lên 35mm, cung động mạch chủ 33mm và động mạch chủ xuống 29mm. Động mạch chủ bụng đoạn trên thận 30mm, dưới thận 28mm và động mạch chậu chung hai bên 13-16mm.
Có hình ảnh tách vách động mạch chủ từ ngay dưới chỗ chia động mạch dưới đòn trái xuống đến động mạch chậu chung phải, đường kính lỗ tách vách #12mm
Động mạch thận trái xuất phát từ lòng già
Màng xơ vừa và có tách vách đoạn gần động mạch dưới đòn trái
Có đóng vôi và màng xơ vừa bám thành động mạch chủ.

***** KẾT LUẬN:**

PHÌNH TÁCH VÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC - BỤNG
ĐỘNG MẠCH THẬN TRÁI XUẤT PHÁT TỪ LÒNG GIÀ
MÀNG XƠ VỪA VÀ CÓ TÁCH VÁCH ĐOẠN GẦN ĐỘNG MẠCH DƯỚI ĐÒN TRÁI
THEO DÔI THƯƠNG TỔN DẠNG U THỦY TRÊN PHỔI PHẢI
CĐPB: VIÊM PHỔI.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 27/01/2023 11:21
(Bác sĩ đã ký)



CHUYỂN VIỆN

20XX



BV BÌNH DÂN

- Xử trí nội khoa
- Giải thích thân nhân BN hướng điều trị lâu dài đặt stent graft động mạch chủ

PITCH DECK

15

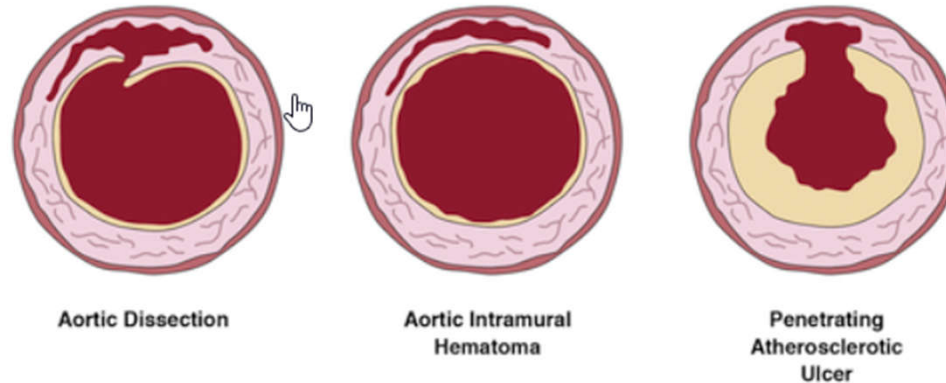


BÀN LUẬN

1. Bóc tách động mạch chủ
2. Bóc tách động mạch chủ mạn



Hội chứng động mạch chủ cấp là một thuật ngữ mô tả các tình trạng khẩn cấp, bao gồm bóc tách động mạch chủ (Aortic dissection - AA) , máu tụ trong thành động mạch (aortic intramural hematoma) và loét động mạch chủ xuyên thấu (penetrating atherosclerotic ulcer).





Aortic Dissection

Levy D, Goyal A, Grigorova Y, et al.

[Publication Details](#)



BTĐMC vẫn còn tỉ lệ tử vong cao

30% tử vong BN sau khi nhập cấp cứu, 20-30% BN sau phẫu thuật

BN sống sót sau phẫu thuật, chất lượng cuộc sống cũng kém.

Tỉ lệ tử vong cao nhất trong 10 ngày đầu.

BTĐMC mạn có tiên lượng tốt hơn, nhưng thời gian sống còn vẫn ngắn hơn so với dân số chung.






Conservative management of chronic aortic dissection with underlying aortic aneurysm

Mohammad Yusuf Beebeejaun,¹ Aleksandra Malec,¹ Ravi Gupta²

¹Mount Sinai Hospital, New York, NY, USA; ²Queen Elizabeth Hospital, Birmingham, UK

- BTĐMC là 1 trong những cấp cứu ĐMC phổ biến, ảnh hưởng 2000 người Mỹ mỗi năm.
- Thường biểu hiện trong tình trạng cấp tính, chỉ 1 phần nhỏ BN bóc tách ĐMC không được nhận biết và những BN này sống sót mà qua điều trị đầy đủ nào.
- Những tiến bộ trong y khoa, AA được điều trị thành công và làm tăng tỉ lệ sống .
- Tuy nhiên, không có hướng dẫn về quản lý lâu dài tối ưu cho BN BTĐMC mạn



			
Percentage	60%	10–15%	25–30%
Type	DeBakey I	DeBakey II	DeBakey III
	Stanford A (Proximal)		Stanford B (Distal)



Phân loại về thời gian:

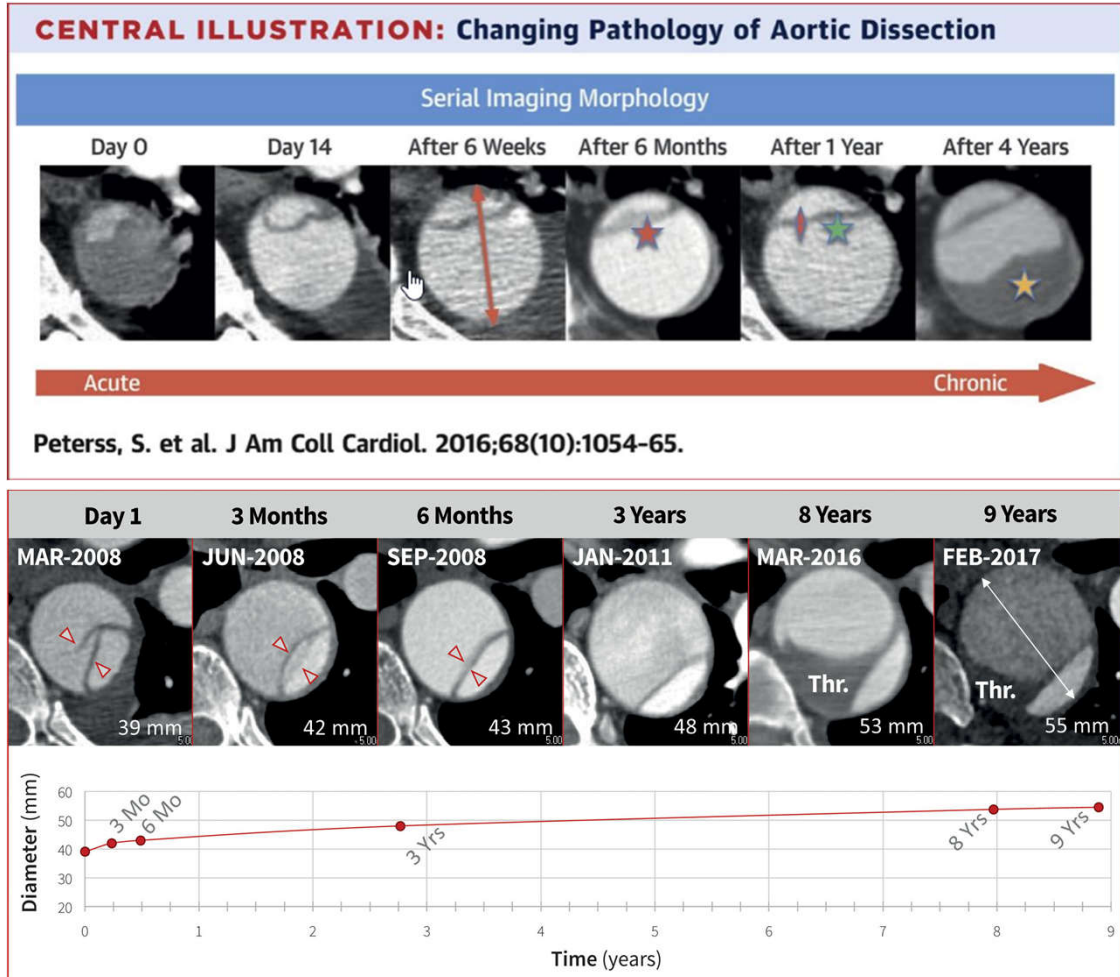
Theo ESC

Tối cấp < 24 giờ;

Cấp 1 to 14

Bán cấp : 15 -90 ngày

Mạn > 90 ngày





Phân loại về thời gian:

❖ BT ĐMC cấp (80%): trong 14 ngày

Triệu chứng khởi phát cấp tính : đau ngực lan ra sau lưng, ho khan, khó nuốt...

→ khiến BN khám bệnh

❖ BT ĐMC mạn (20-30%): sau 14 ngày

Triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu → BN không đi khám bệnh.

BN BTĐMC ngực gây liệt 2 chân, BTĐMC xuống và ĐMC bụng, BN đau cách hời do liên quan ĐM chậu.

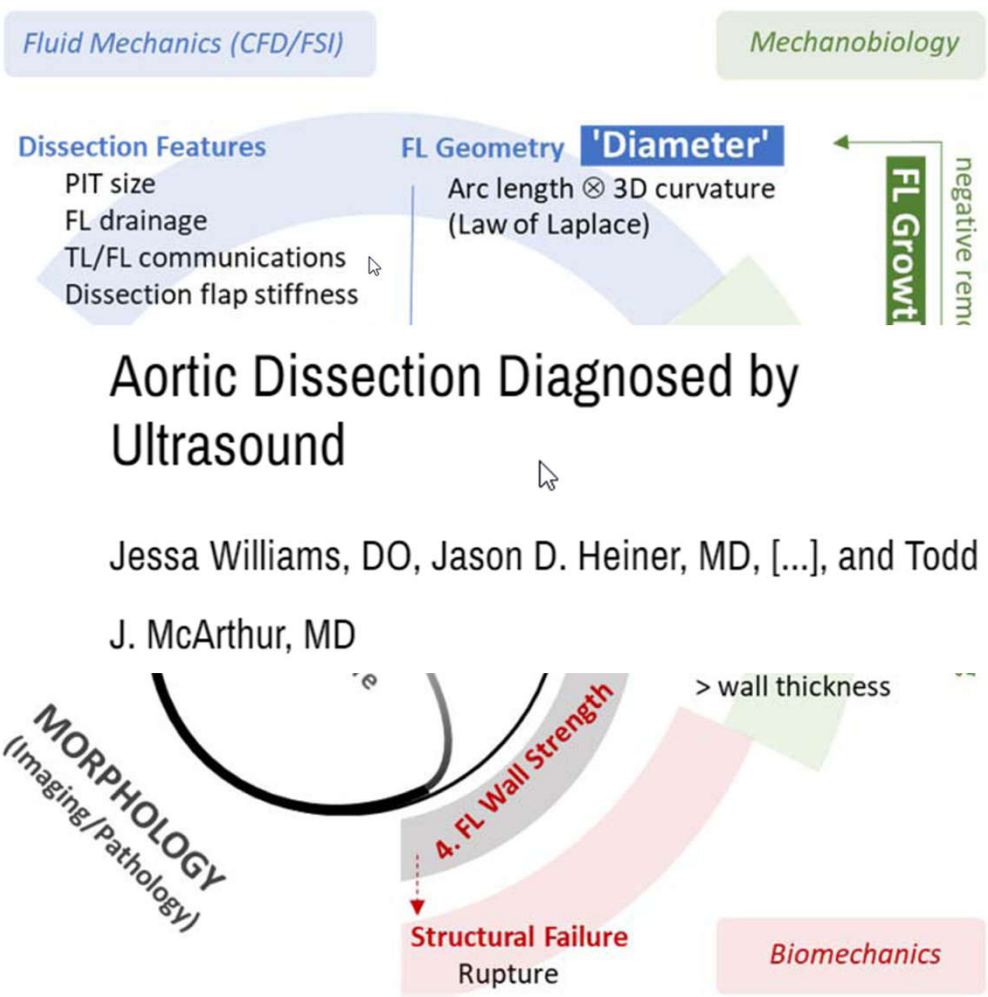
ĐM thận bị tổn thương → tăng creatinine máu và làm giảm lượng nước tiểu

BTĐMC mạn có triệu chứng đa dạng, thường không được nghĩ tới, bị bỏ sót.

BTĐMC mạn được phát hiện tình cờ, hay trong quá trình tìm nguyên nhân do có triệu chứng khác



	Cấp	Mạn
Thời gian	Trong vòng 14 ngày	Sau 14 ngày
Biểu hiện	Cấp tính → BN đi khám bệnh	Mơ hồ → Không đi khám bệnh Biểu hiện ở cơ quan khác dưới dạng biến chứng
Chẩn đoán	Có thể được chẩn đoán sớm	Thường bị sót, không được chẩn đoán
Hình ảnh	periaortic confluent soft tissue opacity, and a curved and mobile dissection flap	thick flap, false lumen outer wall calcification and thrombus, false lumen dilatation, and tear edges curling into the false lumen





Aortic Dissection Diagnosed by Ultrasound

Jessa Williams, DO, Jason D. Heiner, MD, [...], and Todd
J. McArthur, MD

Emergency physicians routinely use bedside ultrasound to evaluate the abdominal aorta for aneurysm. Visualization of an intimal flap by ultrasound may carry a sensitivity of 67–80% and specificity of 99–100% for dissection.³ This rapid, non-invasive method of diagnosis may aid in the early detection and treatment of this deadly diagnosis.



Imaging and Surveillance of Chronic Aortic Dissection: A Scientific Statement From the American Heart Association

Dominik Fleischmann, Rana O. Afifi, Ana I. Casanegra, John A. Elefteriades, Thomas G. Gleason, Kate Hanneman, Eric E. Roselli, Martin J. Willeminck, Michael P. Fischbein and ... [See all authors](#)

Originally published 17 Feb 2022 | <https://doi.org/10.1161/HCI.0000000000000075> | Circulation: Cardiovascular Imaging. 2022;15

Management of Chronic Aortic Dissection

Watchful Waiting

The mainstay of management of chronic aortic dissection is (1) antihypertensive therapy, including anti-impulse therapy with β -blockade and afterload reduction; (2) lifelong surveillance with imaging; and (3) timely repair once the dissected aorta becomes significantly aneurysmal.^{37,70}

Anti-impulse therapy was pioneered by Wheat et al⁷¹ in 1965 to prevent dissection progression in the most acute phase. The effectiveness of combination β -blocker and afterload reducing drugs treatment is unquestioned in both the acute and chronic phases of aortic dissection.⁷² It is important to note that unopposed afterload reduction can lead to unwanted reflex tachycardia.

The rationale for the traditional “watchful waiting” strategy, conceived in the pre-endovascular era, is based on the need to balance the expected morbidity and mortality of preemptive open surgical repair against the risk of fatal aortic rupture. Currently accepted size thresholds were established from the 1997 landmark work of Cody and colleagues⁴⁶ from Yale University demonstrating rapidly increased risk of rupture once the aneurysmal aorta exceeds 6 cm (Supplemental Figure 2). The morbidity and mortality associated with contemporary surgical and endovascular repair are evolving; however, and the optimal treatment and timing for intervention in patients with chronic aortic dissection are becoming less certain.



TAKE HOME MESSAGE

BT ĐMC là bệnh lý đe dọa tính mạng, biểu hiện triệu chứng đa dạng

BT ĐMC mạn dễ có thể bị bỏ sót

Siêu âm đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán ban đầu BTĐMC

Chỉnh độ sâu và độ sáng phù hợp lấy được hình cây ĐMC, kết hợp các mặt cắt siêu âm tim để có được cái nhìn toàn cảnh vị trí bóc tách, phân loại ban đầu.

Nội khoa vẫn đóng vai trò quan trọng trong quản lý BT ĐMC mạn

Kết hợp giữa theo dõi về chẩn đoán hình ảnh và nội khoa trong quản lý BTĐMC mạn



Tài liệu tham khảo

1. Baliga R, Nienaber C, Bossone E, et al. The Role of Imaging in Aortic Dissection and Related Syndromes. *J Am Coll Cardiol Img.* 2014 Apr, 7 (4) 406–424.
2. Fleischmann D, Afifi RO, Casanegre AI, Elefteriades J, Gleason TG, Hanneman K, Roselli EE, Willemink MJ and Fischbein MP. AHA Scientific Statement Imaging and Surveillance of Chronic Aortic Dissection. *Circulation.* 2021. *Circ Cardiovasc Imaging.* 2022
3. Pavlou A, Cardenas Ramos L, Vanek M, et al. (April 07, 2022) A Case of Chronic Aortic Dissection With Hemopericardium and Tamponade. *Cureus* 14(4): e23924. doi:10.7759/cureus.23924
4. Trahanas JM, Jarral OA, Long C, Hughes GC. Management of chronic type B aortic dissection. *Vessel Plus* 2022;6:49. <http://dx.doi.org/10.20517/2574-1209.2021.125>
5. Williams J, Heiner JD, Perreault MD, McArthur TJ. Aortic dissection diagnosed by ultrasound. *West J Emerg Med.* 2010;11(1):98-99.



THANK YOU FOR YOUR ATTENTION