



HUYẾT KHỐI NỘI THÀNH ĐỘNG MẠCH CHỦ CẤP TÍNH: KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP NỘI MẠCH VÀ PHẪU THUẬT

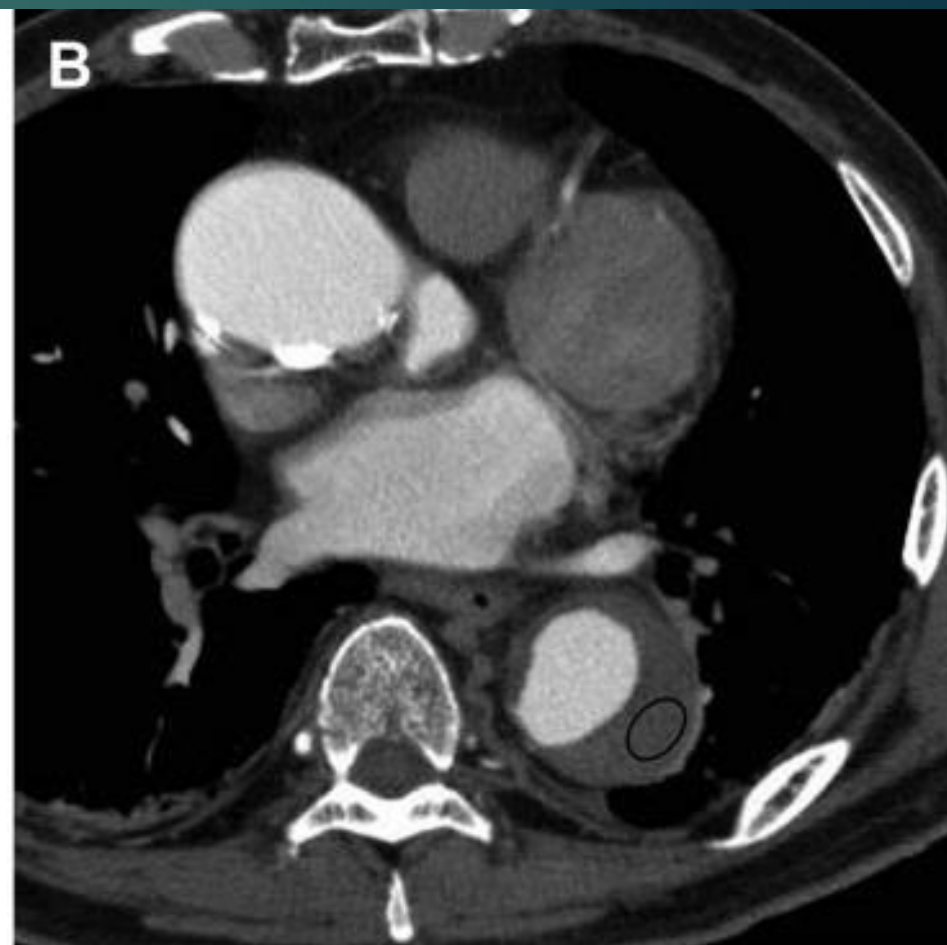
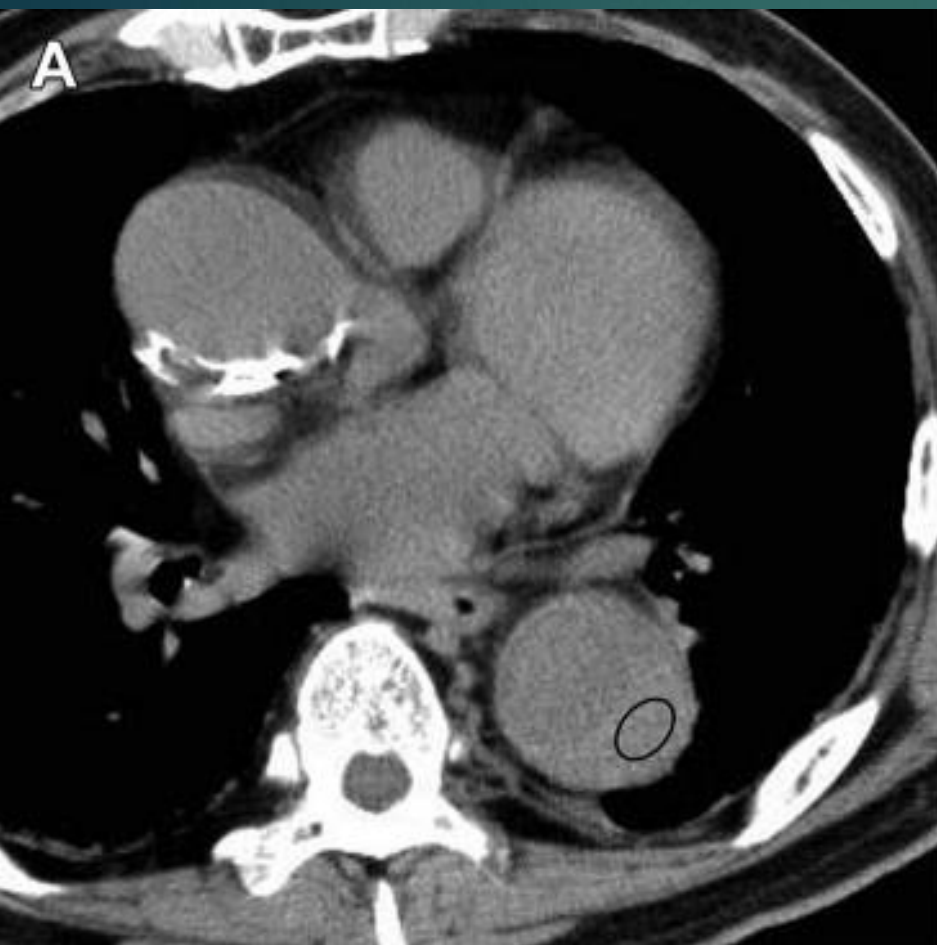
PGS.TS. NGUYỄN HOÀNG ĐỊNH
KHOA PTTMNL
BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HCM



Định nghĩa

2

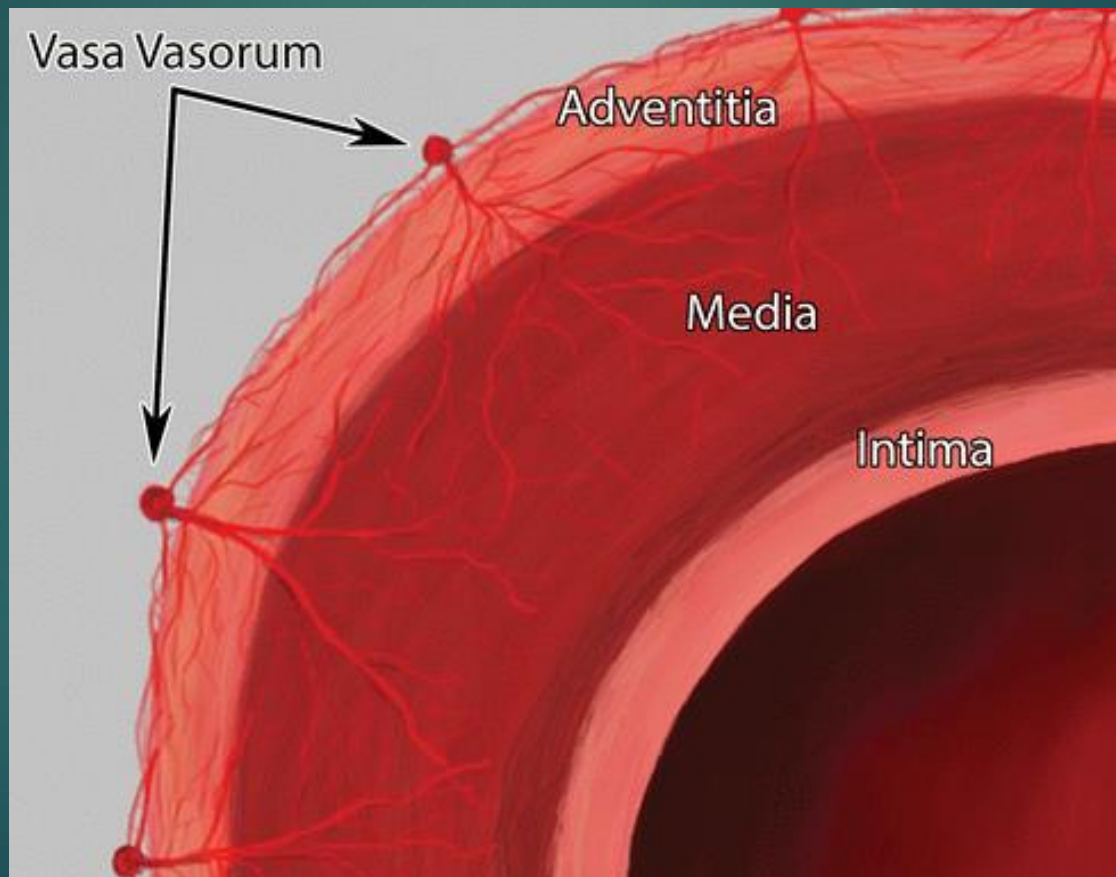
- ▶ 1920, HKTĐMC được mô tả lần đầu tiên bởi Kruckenberg là tình trạng bóc tách mà không có rách lớp nội mạc, đó là kết quả của chảy máu trong thành ĐMC.
- ▶ ESC Guideline 2014:
 - HKTĐMC là tình trạng máu tụ ở lớp áo giữa của thành ĐMC
 - Không thấy lòng giả và vết rách ở lớp nội mạc của ĐMC
 - Chẩn đoán HKTĐMC được xác lập khi: có hình ảnh lớp máu tụ dạng hình tròn hoặc hình liềm có bề dày $>5\text{mm}$ ở thành ĐMC, không phát hiện thấy dòng chảy



Cơ chế hình thành

4

- ▶ Quan điểm cổ điển: Sự tổn thương lớp mạch nuôi mạch (Vasovasorum)



Cơ chế hình hình

5

- ▶ Quan điểm hiện nay: Hình ảnh gợi ý những tổn thương gián đoạn rất nhỏ của lớp nội mạc ĐMC ở một số bệnh nhân HKTĐMC
- ▶ Maslow: Tổn thương rách nhỏ ở lớp nội mạc ĐMC được phát hiện ở 70-80% các trường hợp IMH dựa vào CTA

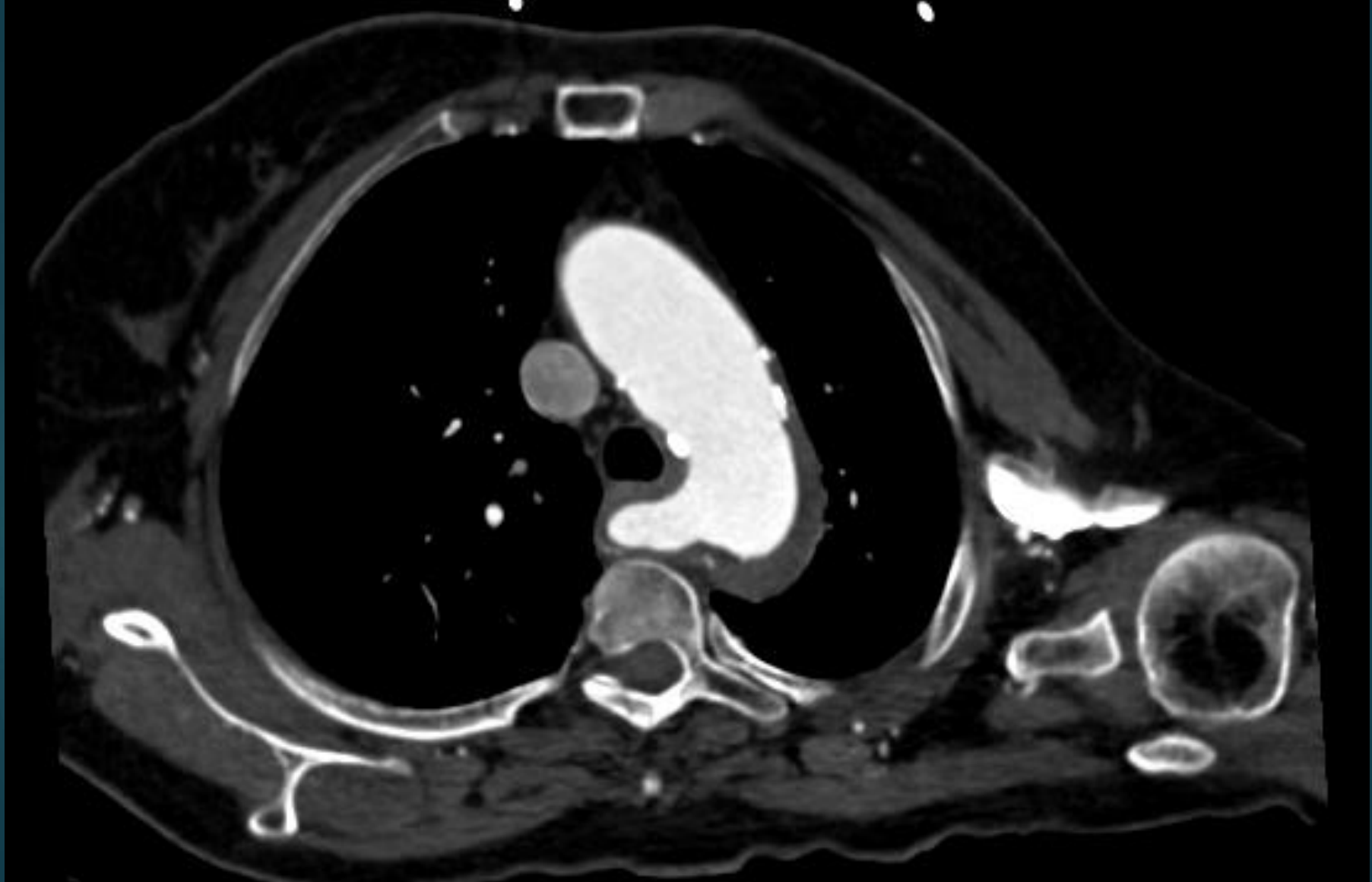


Type A



Type B

AI



Điều trị

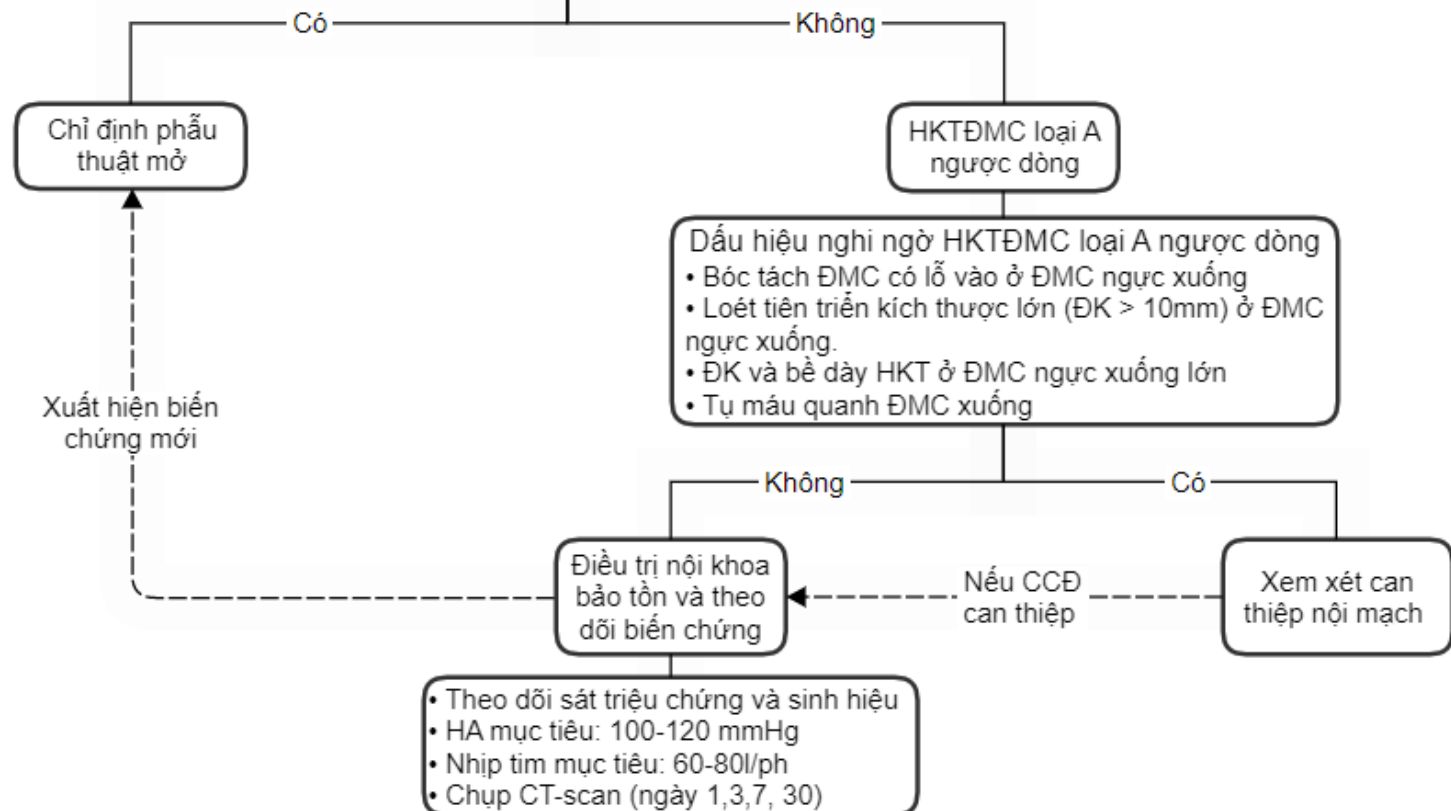
8

- ▶ Điều trị HKTĐMC bao gồm: nội khoa, phẫu thuật mở và can thiệp nội mạch.
- ▶ Điều trị nội khoa đơn thuần được chỉ định cho những trường hợp không biến chứng, nguy cơ thấp (90% type B)

HKTĐMC loại A

Dấu hiệu HKTĐMC có nguy cơ cao hoặc biến chứng

- Huyết động không ổn định.
- Tràn dịch màng ngoài tim gây chèn ép tim.
- Thiếu máu cơ quan do tưới máu sai lòng.
- Tụ máu quanh ĐMC dọa vỡ ĐMC.
- Diễn tiến thành bóc tách ĐMC kinh điển hoặc vỡ ĐMC.
- Đường kính tối đa ĐMC ngực lên > 50mm.
- Bề dày HKTĐMC ngực lên > 10mm.
- Loét tiến triển trong HKT (Ulcer like projection) hay loét xuyên thành ĐMC ngực lên (Penetrating atherosclerotic ulcer)
- Đau do ĐMC tồn tại dai dẳng dù đã được điều trị nội khoa tối ưu.



HKTĐMC loại B

Dấu hiệu HKTĐMC có nguy cơ cao hoặc biến chứng

- Rối loạn huyết động.
- Tụ máu quanh ĐMC dọa vỡ ĐMC
- Thiếu máu cơ quan do tưới máu sai lòng
- Đường kính tối đa ĐMC ngực xuống > 45mm.
- Bề dày HKTĐMC ngực xuống > 10mm.
- Loét tiến triển trong HKTĐMC ngực xuống có kích thước > 10mm.
- Đau ngực dai dẳng dù đã điều trị nội khoa.

Có

Không

Xem xét can thiệp nội mạch

Điều trị nội khoa
bảo tồn và theo
dõi biến chứng

Nếu CCD
can thiệp

Chỉ định phẫu
thuật mở

Xuất hiện biến
chứng mới

- Theo dõi sát triệu chứng và sinh hiệu
- HA mục tiêu: 100-120 mmHg
- Nhịp tim mục tiêu: 60-80/ph
- Chụp CT-scan (ngày 1,3,7, 30)

Kết quả nghiên cứu

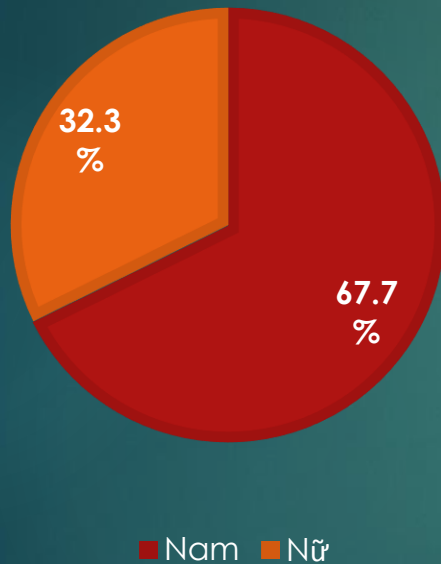
Từ 01/2017 đến 01/2021: 31 bệnh nhân HKTĐMC được điều trị phẫu thuật hoặc can thiệp:

- 18 bệnh nhân HKTĐMC loại A: 11 bệnh nhân được phẫu thuật ,7 bệnh nhân được can thiệp nội mạch
- 13 bệnh nhân HKTĐMC loại B được can thiệp nội mạch.

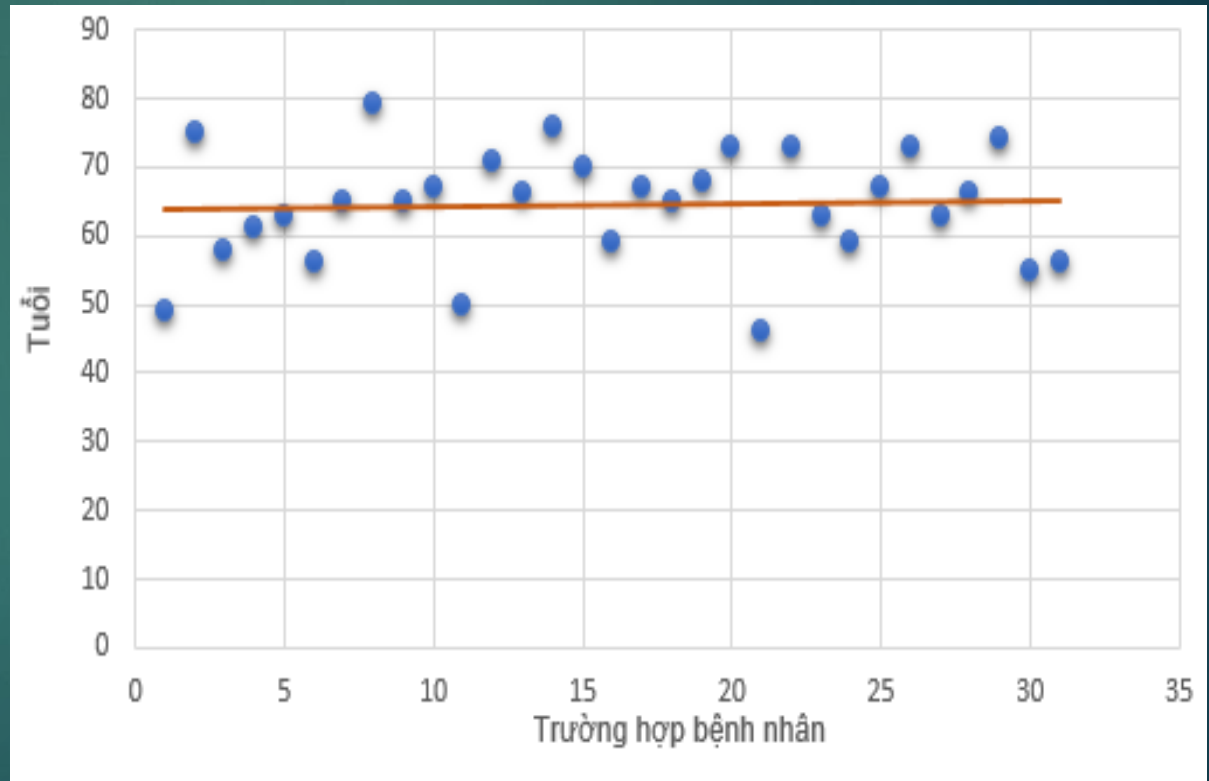
Đặc Điểm Nhóm Bệnh Nhân: Tuổi & Giới

12

GIỚI



PHÂN BỐ TUỔI



Đặc Điểm Nhóm Bệnh Nhân: Tuổi & Giới

13

Đặc điểm	Năm	Nơi nghiên cứu	Loại IMH	Cỡ mẫu	Tuổi TB	Tỉ lệ nam giới
Simon C.Y.Chow	2020	Hồng Kông	Loại A	65	61.7	67.7 %
Akano Ryoji	2020	Đài Loan và Nhật Bản	Loại A	18	58.1	78.0 %
Akihito Matsushita	2016	Nhật bản	Loại A	121	69.2	43.8 %
Yong-Jung Choi	2014	Hàn Quốc	Loại A	61	68	37.7 %
			Loại B	104	67	58.7 %
Carlos Ferrera	2017	Tây Ban Nha	Loại A + B	40	73.5	62.5 %
			Loại A	23	74.6	52.2 %
			Loại B	17	72.1	76.5 %
F.S. Schoenhoff	2017	Thụy Sĩ và Đức	Loại A +B	63	71.4	56%
			Loại A	18	72.9	56%
			Loại B	45	70.8	56%
Alan S.Chou	2016	Hoa Kỳ	Loại A + B	55	70.3	44 %
			Loại A	18	70.4	44 %
			Loại B	37	70.2	43 %
Chúng tôi	2021	Việt Nam	Loại A + B	31	64.5	67.7 %
			Loại A	18	64.6	61.1 %
			Loại B	13	64.3	76.9 %

So Sánh Triệu Chứng Lâm Sàng

Đặc điểm	Sandhu	K. Ye	Harris	Ferrera	Chúng tôi
Năm	2016	2017	2012	2017	2021
Đau do ĐMC	100/101 (99.0%)	-	59/64 (92.2%)	28/40 (70%)	31/31 100%
. Đau ngực	81/101 (80.2%)	45/65 (69.2%)	52/64 (82.5%)	25/40 (62.5%)	25/31 (80.6%)
. Đau lưng	51/101 (50.1%)	42/65 (64.6%)	25/64 (41.0%)	8/40 (20.0%)	16/31 (51.6%)
. Đau bụng	8/101 (7.9%)	17/65 (26.2%)	8/64 (13.1%)	-	8/31 (25.8%)

Chúng tôi:

- HATT trung bình 146.4 Tăng huyết áp là triệu chứng thực thể thường gặp nhất $\pm 32.0\text{mmHg}$, cao nhất là 230mmHg , thấp nhất là 90mmHg
- 21 bệnh nhân (67.7%) có HATT > 140mmHg
 - Tác giả Felisaz: 12/15 bệnh nhân (80%) có tăng huyết áp > 140mmHg
 - Tác giả Jung Choi: HATT trung bình ở nhóm HKTĐMC loại A là $138 \pm 36 \text{ mmHg}$ và loại B là $150 \pm 36 \text{ mmHg}$

Đặc Điểm Nhóm Bệnh Nhân: Tồn Thương Kèm Theo

15 Theo

Đặc điểm		Mẫu chung (N=31)		Loại A (n=18)		Loại B (n=13)		Giá trị p
Tình trạng van ĐMC	Không hở	20	64.5%	10	55.6%	10	76.9%	0.547**
	Hở nhẹ	10	32.3%	7	38.9%	3	23.1%	
	Hở trung bình	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Hở nặng	1	3.2%	1	5.6%	0	0.0%	
EF %		63.1 ± 8.4		65.6 ± 8.4		59.6 ± 7.4		0.049***
Tràn dịch màng ngoài tim		15	48.4%	14	77.8%	1	7.7%	< 0.001*
Tràn dịch màng phổi		11	35.5%	9	50.0%	4	30.8%	0.468**
Lắp mạch do HKTĐMC		2	6.5%	1	5.6%	1	7.7%	0.671**

* Phép kiểm Chi bình phương

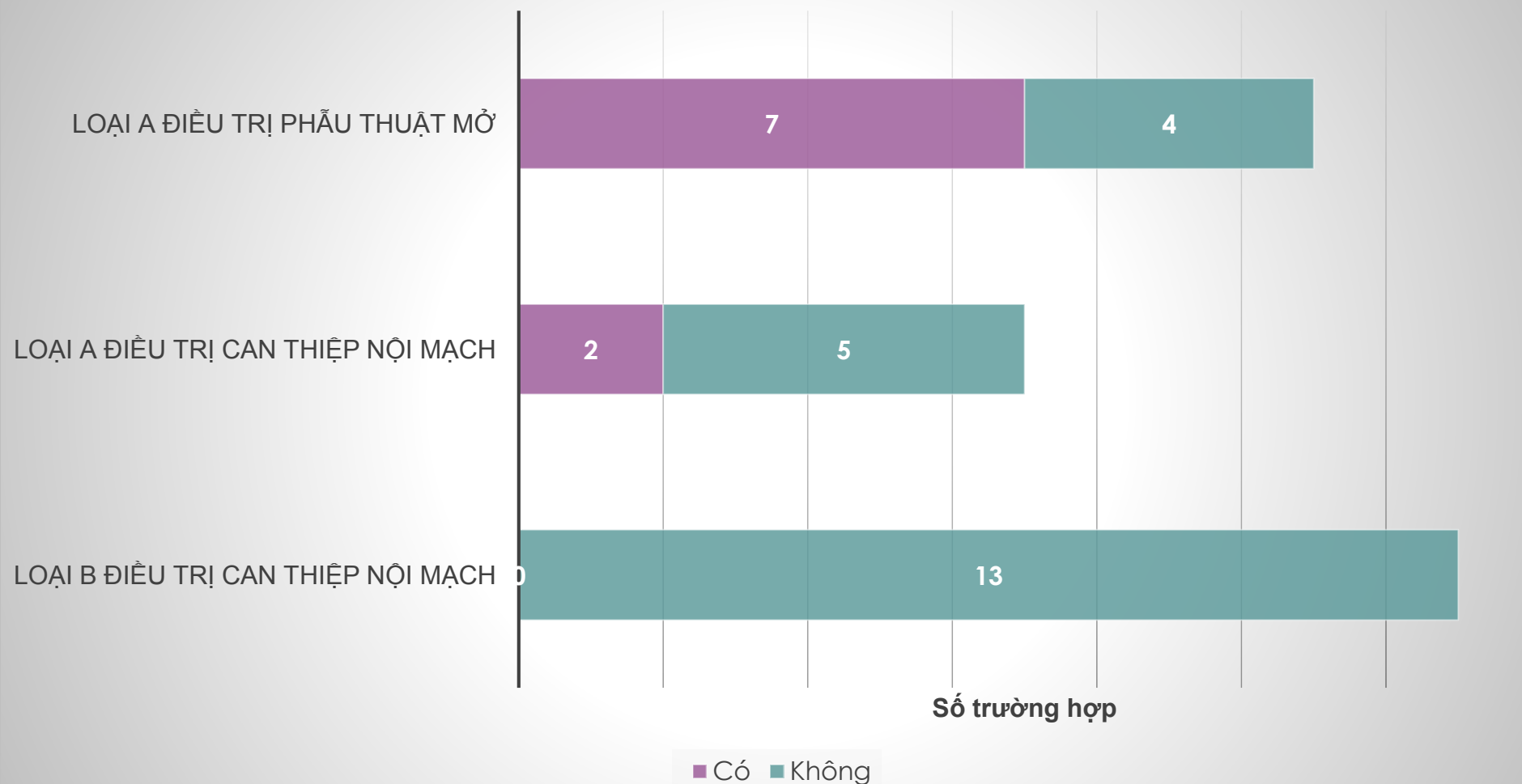
** Phép kiểm Fisher Exact

Đặc Điểm Nhóm Bệnh Nhân: Tồn Thương Kèm Theo

Đặc điểm	Kwan Song [86]	Schoenhoff [82]	Y-Jung Choi [20]	Kevin M. Harris [41]	Chúng tôi
Năm	2009	2017	2014	2012	2021
TDMNT					
. Toàn bộ	69/101 (68.3%)	11/63 (17.5%)	24/165 (14.5%)	44/154 (28.6%)	15/31 (48.4%)
. Loại A	-	10/18 (56%)	20/61 (32.8%)	38/64 (61.3%)	14/18 (77.8%)
. Loại B	-	1/45 (2%)	4/104 (3.9%)	6/90 (7.6%)	1/18 (7.7%)
. Giá trị p	-	< 0.001	< 0.001	< 0.01	< 0.001

Thời điểm phẫu thuật hoặc can thiệp

17



Đặc điểm phẫu thuật hoặc can thiệp cấp cứu trong vòng 24 giờ sau nhập viện

Chỉ Định Điều Trị

18

Chỉ định điều trị		HKTĐMC loại A được PT (n=11)		HKTĐMC loại A được CTNM (n=7)		HKTĐMC loại B được CTNM (n=13)	
Đau không kiểm soát được bằng điều trị nội khoa		3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%
Huyết động không ổn định		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Đường kính tối đa ĐMC	. ĐMC ngực lên > 50mm	8	72.7%	1	14.3%	-	-
	. ĐMC ngực xuống > 45mm	-	-	3	42.9%	1	7.7%
Bề dày huyết khối thành	. ĐMC ngực lên > 10mm	7	63.6%	0	0.0%	-	-
	. ĐMC ngực xuống > 10mm	-	-	5	71.4%	11	84.6%
Tụ máu quanh ĐMC		4	36.4%	3	42.9%	2	15.4%
Kích thước ĐMC tăng nhanh khi theo dõi Ctscan		0	0.0%	0	0.0%	2	15.4%
Loét tiến triển trong huyết khối thành hoặc loét xuyên thành ĐMC có kích thước > 10mm		6	54.5%	4	57.1%	11	84.6%
Lắp mạch do huyết khối thành gây thiếu máu tạng		1	9.1%	0	0.0%	1	7.7%
Tràn dịch màng ngoài tim lượng trung bình- nhiều		5	45.5%	1	14.3%	0	0.0%

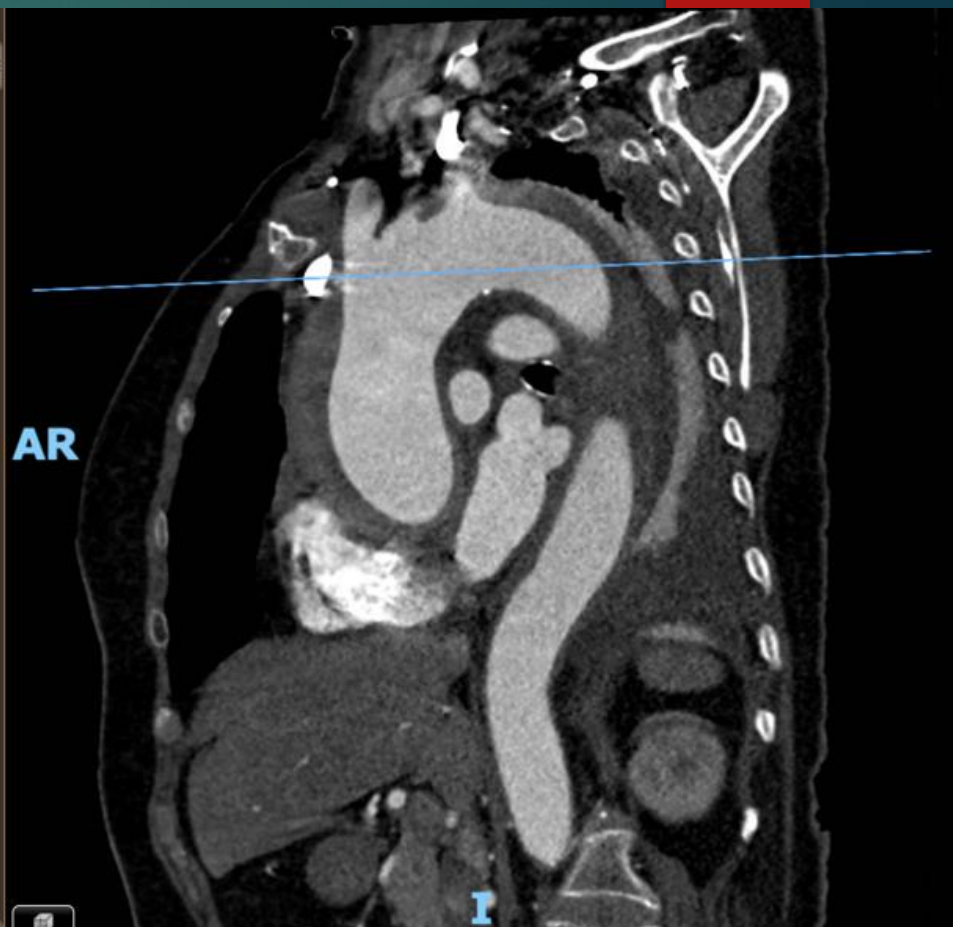
Chỉ Định Điều Trị

19

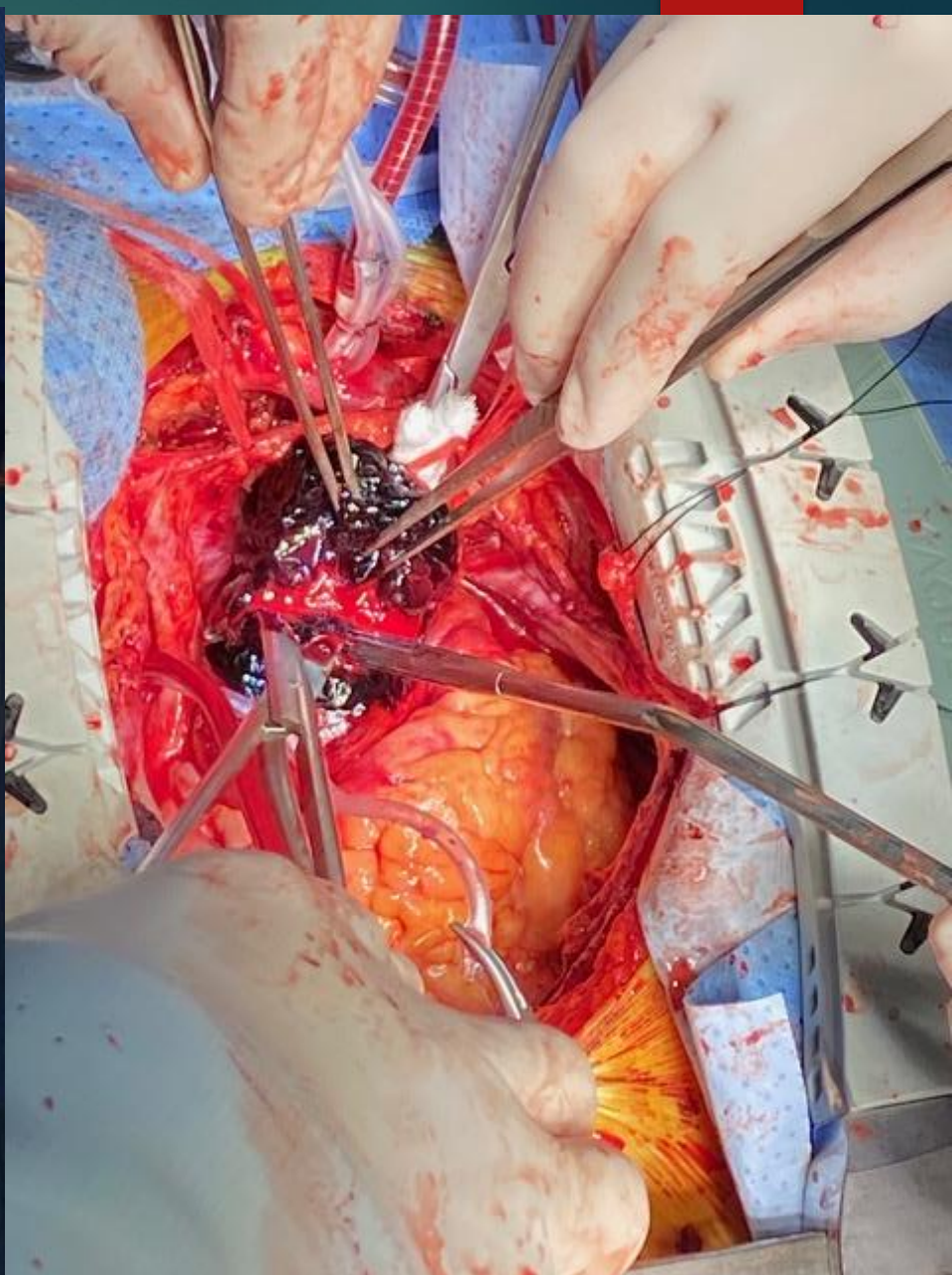
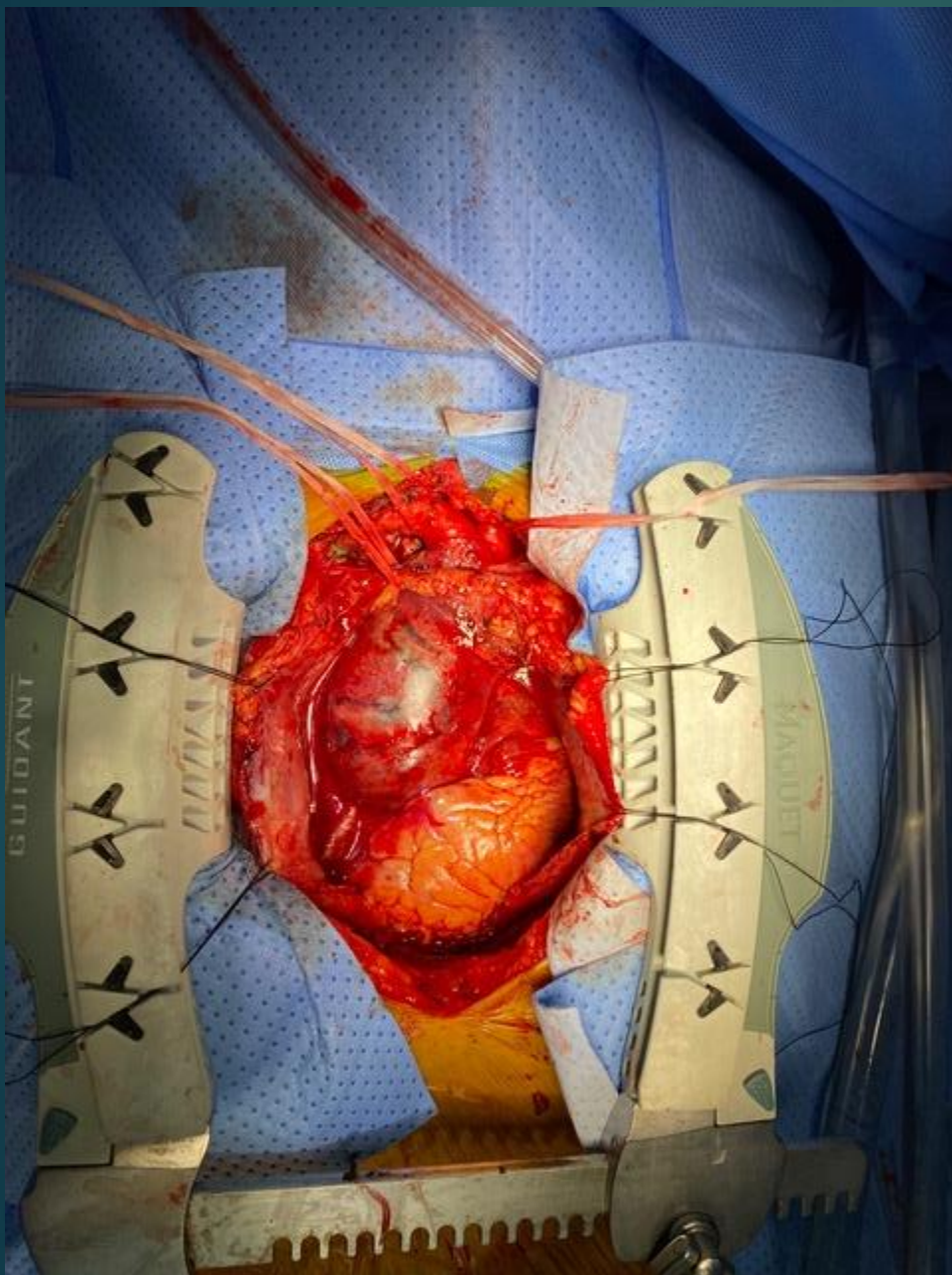
Đặc điểm	Felisaz	Bischoff	Ye	Chúng tôi
Cỡ mẫu	10	28	34	13
Đau không kiểm soát	2 (20%)	10 (35.7%)	5 (14.7%)	0 (0%)
Huyết động không ổn định	0 (0%)	2 (7.1%)	2 (5.8%)	0 (0%)
Đường kính tối đa ĐMC > 45mm	8 (80%)	16 (57.1%)	7 (20.6%)	1 (7.7%)
Bề dày HKT > 10mm	6 (60%)	10 (35.7%)	11 (34.4%)	11 (84.6%)
Tụ máu quanh ĐMC	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (15.4%)
Kích thước ĐMC tăng nhanh	2 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (15.4%)
Loét tiến triển trong HKT hoặc loét xuyên thành ĐMC	5 (50%)	12 (42.9%)	9 (26.5%)	11 (84.6%)
Lấp mạch do HKT gây thiếu máu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7.7%)

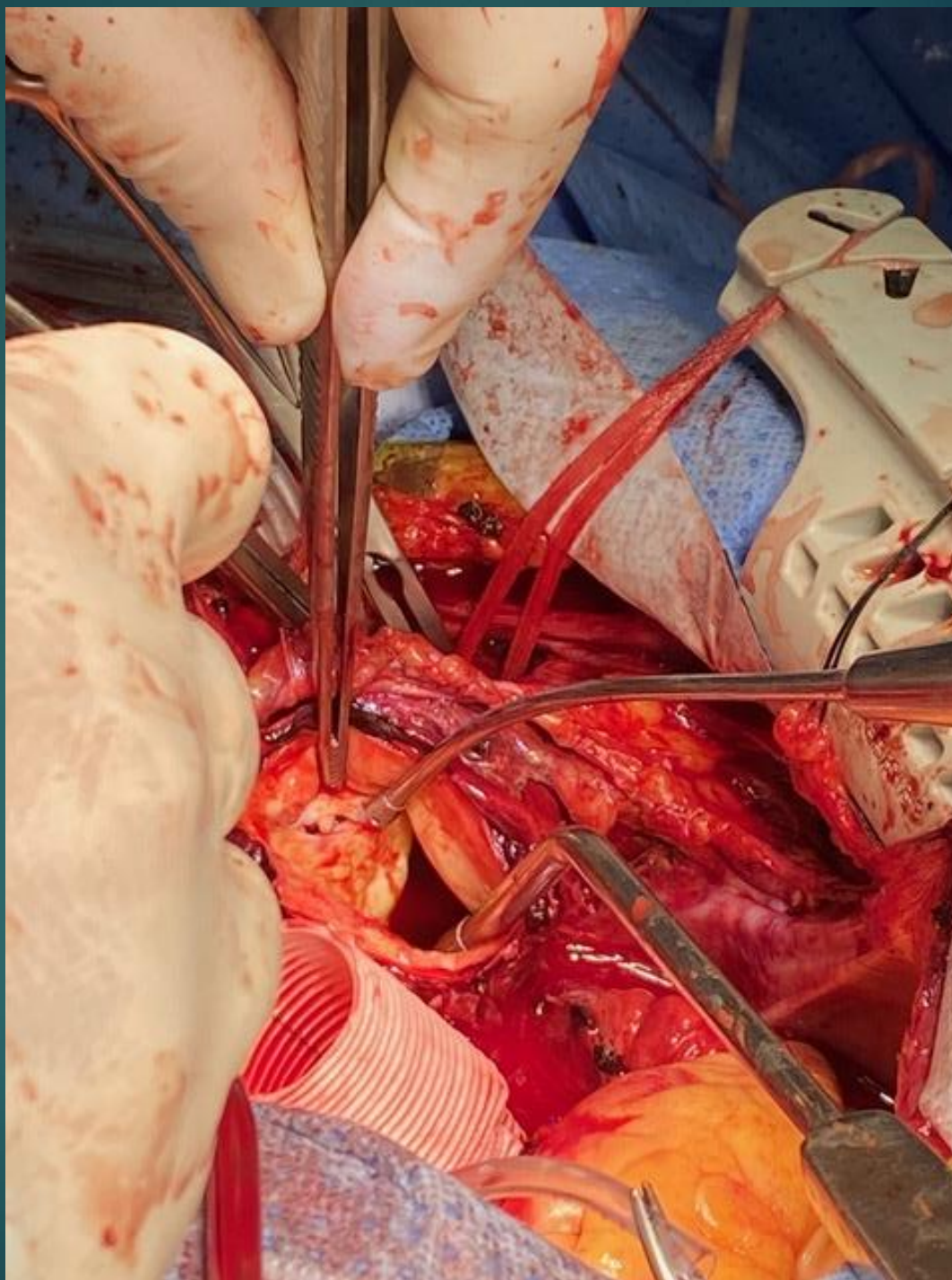
Đặc điểm phẫu thuật ở nhóm HKTĐMC loại A20

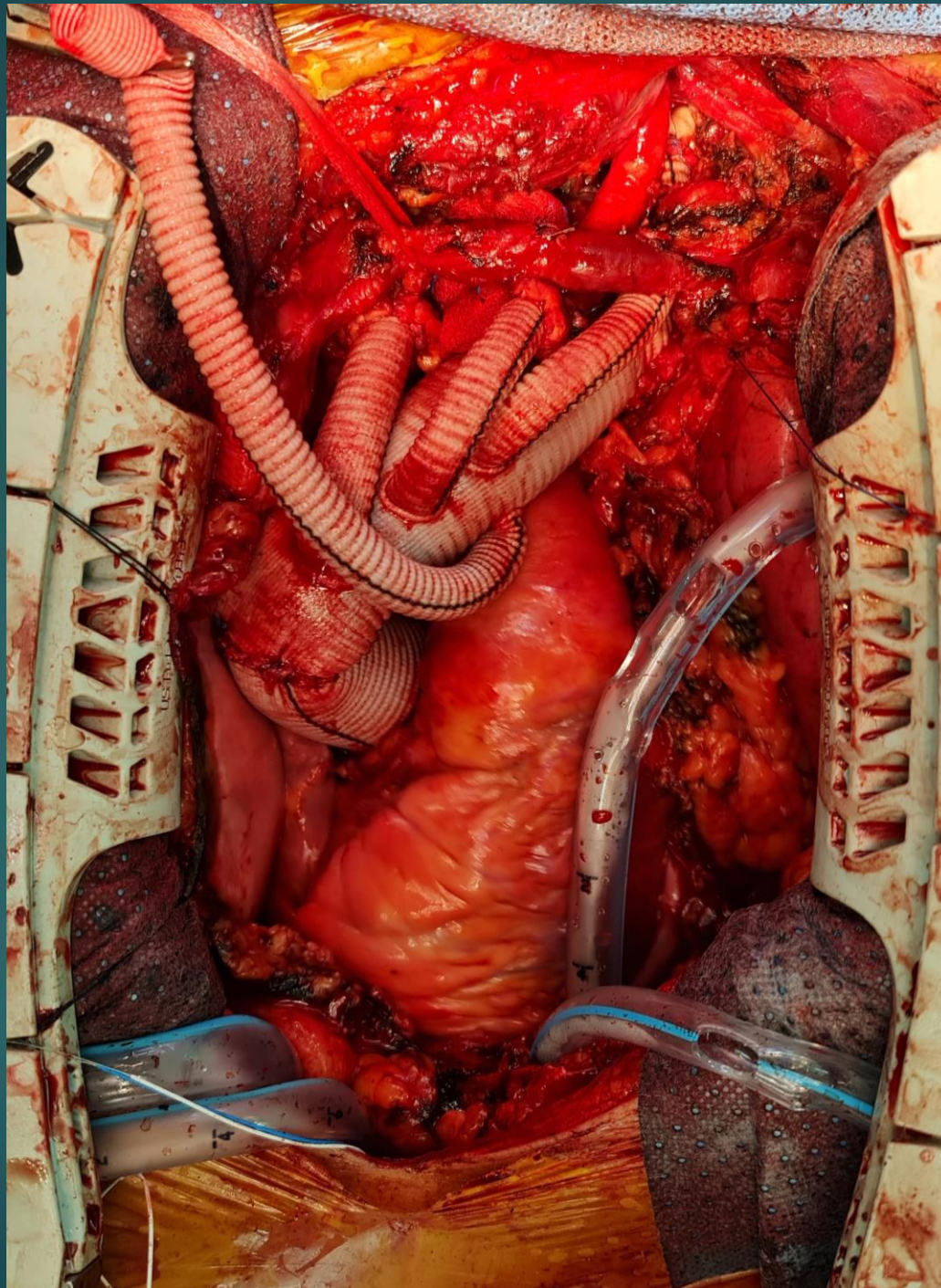
Đặc điểm		Bệnh nhân (n=11)	
Phương pháp phẫu thuật	Thay ĐMC ngực lên đơn thuần	3	27.3%
	Thay ĐMC ngực lên + quai ĐMC	8	72.7%
	. Thay bán phần quai ĐMC	6	54.5%
	. Thay quai ĐMC	2	18.2%
	Thay gốc ĐMC kèm theo	2	18.2%
	Phẫu thuật khác ngoài ĐMC	2	18.2%
Ngưng tuần hoàn		8	72.7%
Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)		178.3 ± 51.1	
Thời gian kẹp ĐMC (phút)		113.4 ± 35.4	
Truyền máu		11	100.0%
Quan sát thấy lỗ rách ĐMC		5	45.5%











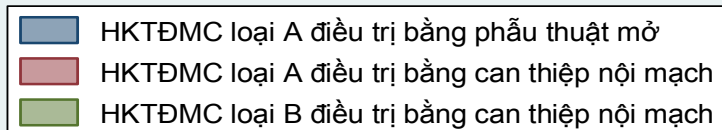
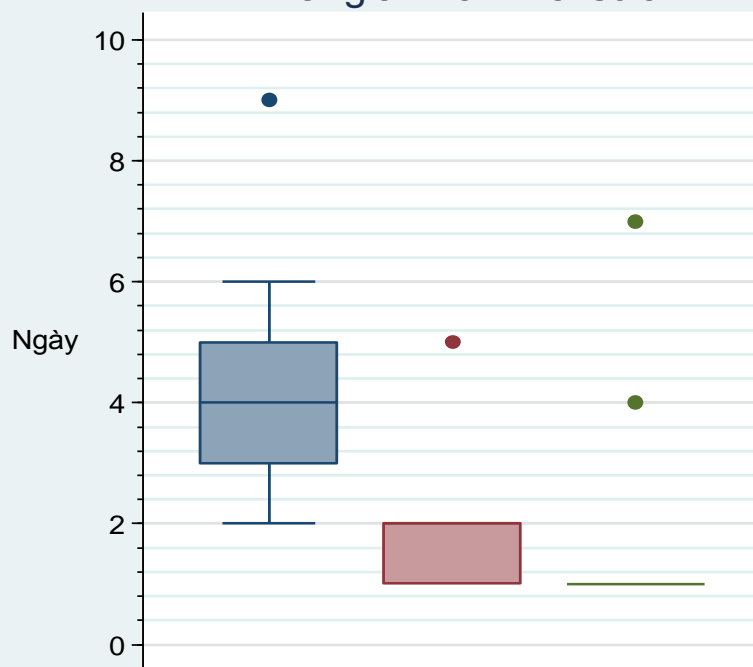
Đặc điểm CTNM ở nhóm HKTĐMC loại A và B 26

Đặc điểm		Loại A (n=7)		Loại B (n=13)	
Phương pháp vô cảm	Mê nội khí quản	3	42.9%	4	30.8%
	Tiền mê + tê tại chỗ	4	57.1%	9	69.2%
Vị trí hạ đặt đầu gần	Vùng 1	1	14.3%	1	7.7%
	Vùng 2	0	0.0%	4	30.8%
	Vùng 3	6	85.7%	7	53.8%
	Vùng 4	0	0.0%	1	7.7%
	Đường kính trung bình (mm)	32.3 ± 2.7		34.0 ± 3.7	
Vị trí hạ đặt đầu xa	Vùng 4	5	71.4%	10	76.9%
	Vùng 5	2	28.6%	3	23.1%
	Đường kính trung bình (mm)	29.4 ± 3.0		30.8 ± 4.2	
Phẫu thuật và kỹ thuật kèm theo	Chuyển vị các nhánh quai ĐMC	1	14.3%	2	15.4%
	Kỹ thuật mở cửa sổ trên stent graft	0	0.0%	3	23.1%

Kết Quả Chu Phẫu

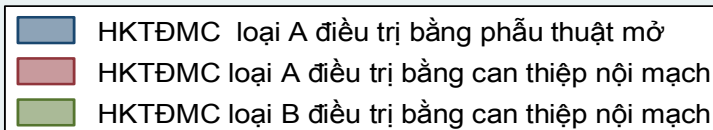
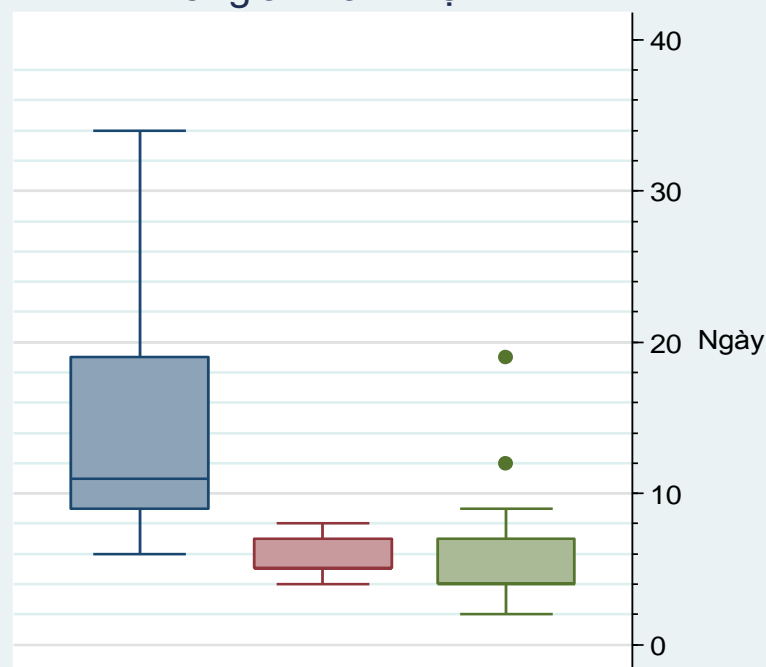
27

Thời gian nằm hồi sức



Giá trị $p=0.001$ (phép kiểm Anova)

Thời gian nằm viện *



Giá trị $p=0.0027$ (Phép kiểm Anova)

* Thời gian nằm viện sau phẫu thuật hoặc can thiệp

Thời gian nằm hồi sức và nằm viện giữa các nhóm

Kết Quả Chu Phẫu

28

Biến chứng	Loại A phẫu thuật (n=11)		Loại A can thiệp (n=7)		Loại B can thiệp (n=13)	
Tử vong trong vòng 30 ngày	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%
Tai biến mạch máu não	4	36.4%	0	0.0%	0	0.0%
Nhồi máu cơ tim	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Biến chứng hô hấp	2	18.2%	1	14.3%	1	7.7%
Tổn thương thận cấp	3	27.3%	0	0.0%	1	7.7%
Yếu hoặc liệt hai chân	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%
Thiếu máu nuôi ruột	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nhiễm trùng huyết	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%
Phẫu thuật lại do mọi nguyên nhân	3	27.3%	0	0.0%	1	7.7%
Bóc tách ĐMC ngược dòng	-	-	0	0.0%	1	7.7%

Tử vong và các biến chứng trong vòng 30 ngày

Kết Quả Chu Phẫu chung cả 3 nhóm

29

Kết cục	Hata [42]	Matsushita [61]	Sandhu [80]	Chúng tôi
n	74	121	101	11
Tử vong	4 (5.4%)	1 (0.8%)	12 (11.9%)	1 (9.1%)
Tai biến mạch máu não	4 (5.4%)	6 (5%)	13 (12.9%)	4 (36.4%)
Yếu hoặc liệt hai chân	—	—	—	1 (9.1%)
Tổn thương thận cấp	1 (1.4%)	—	10 (9.9%)	3 (27.3%)
Nhồi máu cơ tim	0 (0%)	—	1 (0.9%)	0 (0%)
Biến chứng hô hấp	2 (2.7%)	16 (13.2%)	51 (50.5%)	2 (18.2%)
Nhiễm trùng huyết	—	—	6 (5.9%)	1 (9.1%)
Nhiễm trùng xương ức	—	4 (3.3%)	—	1 (9.1%)
Phẫu thuật lại do chảy máu	5 (6.8%)	5 (4.1%)	9 (8.9%)	0 (0%)

So sánh tỉ lệ tử vong và biến chứng trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật

Có 1 trường hợp ghi nhận tắc động mạch khoeo cấp tính phải phẫu thuật cấp cứu lấy huyết khối ĐM khoeo

Kết Quả Chu Phẫu

- ▶ Tất cả các bệnh nhân HKTĐMC loại A được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch đều thành công về mặt kỹ thuật. Không ghi nhận tử vong và biến chứng nghiêm trọng trong 30 ngày
- ▶ Trong nghiên cứu của tác giả Ryoj báo cáo trên 18 bệnh nhân can được can thiệp điều trị HKTĐMC loại A cũng không ghi nhận tử vong trong vòng 30 ngày, có 3/18 (17%) bệnh nhân có biến chứng sau mổ

Kết Quả Chu Phẫu

- ▶ Nhóm bệnh nhân HKTĐMC loại B có 1 (7.7%) trường hợp thất bại về mặt kỹ thuật khi ghi nhận bóc tách ĐMC loại A ngược dòng sau thực hiện can thiệp nội mạch ĐMC.
- ▶ Tác giả Bischoff cũng ghi nhận 2/28 (7.1%) trường hợp có biến chứng bóc tách ĐMC loại A ngược dòng sau đặt ống ghép nội mạch, các bệnh nhân của ông được chuyển phẫu thuật mở ngay sau đó và đã phục hồi tốt

Kết Quả Ngắn Hạn

- Thời gian theo dõi trung bình là 22.97 ± 13.79 tháng

Biến chứng	Loại A phẫu thuật (n=10)		Loại A can thiệp (n=6)		Loại B can thiệp (n=13)	
Tử vong sau hơn 30 ngày	2	20.0%	0	0.0%	1	7.7%
Tai biến mạch máu não	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nhồi máu cơ tim	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Biến chứng hô hấp	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%
Tổn thương thận cấp	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Yếu hoặc liệt hai chân	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Thiếu máu nuôi ruột	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nhiễm trùng huyết	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Phẫu thuật lại	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%

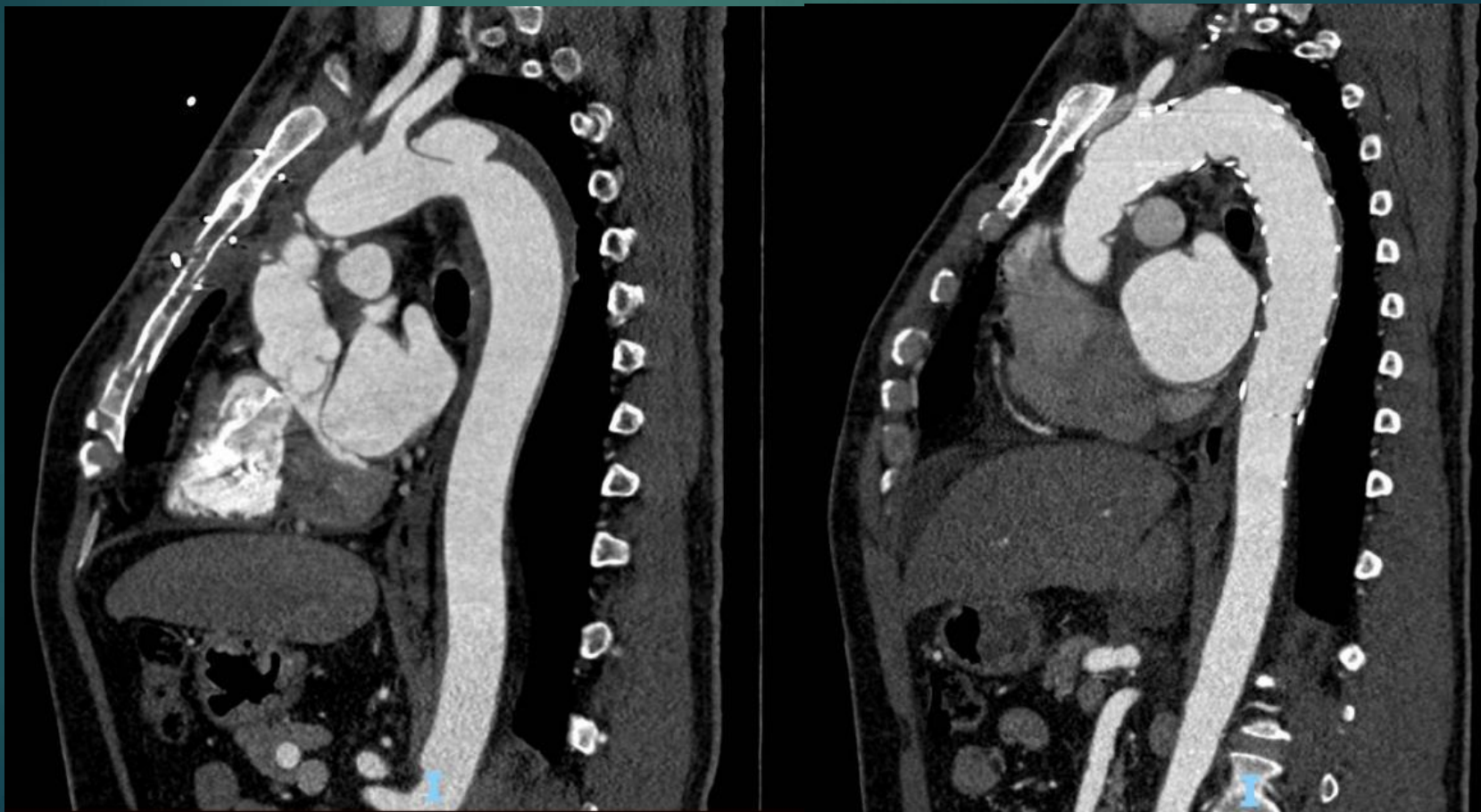
Tử vong và các biến chứng sau hơn 30 ngày

- Trường hợp can thiệp lại: HKT mới xuất hiện sau ĐM dưới đòn trái → chuyển vị nhánh ĐM dưới đòn trái và đặt ống ghép nội mạch từ sau ĐM cảnh chung trái che ổ loét tiến triển

Kết Quả Ngắn Hạn

33

Nhóm HKTĐMC loại A phẫu thuật ghi nhận 1 trường hợp (7.7%) phải can thiệp lại do ghi nhận tổn thương loét tiến triển kích thước lớn sau phẫu thuật 2 tháng



Kết Quả Ngắn Hạn

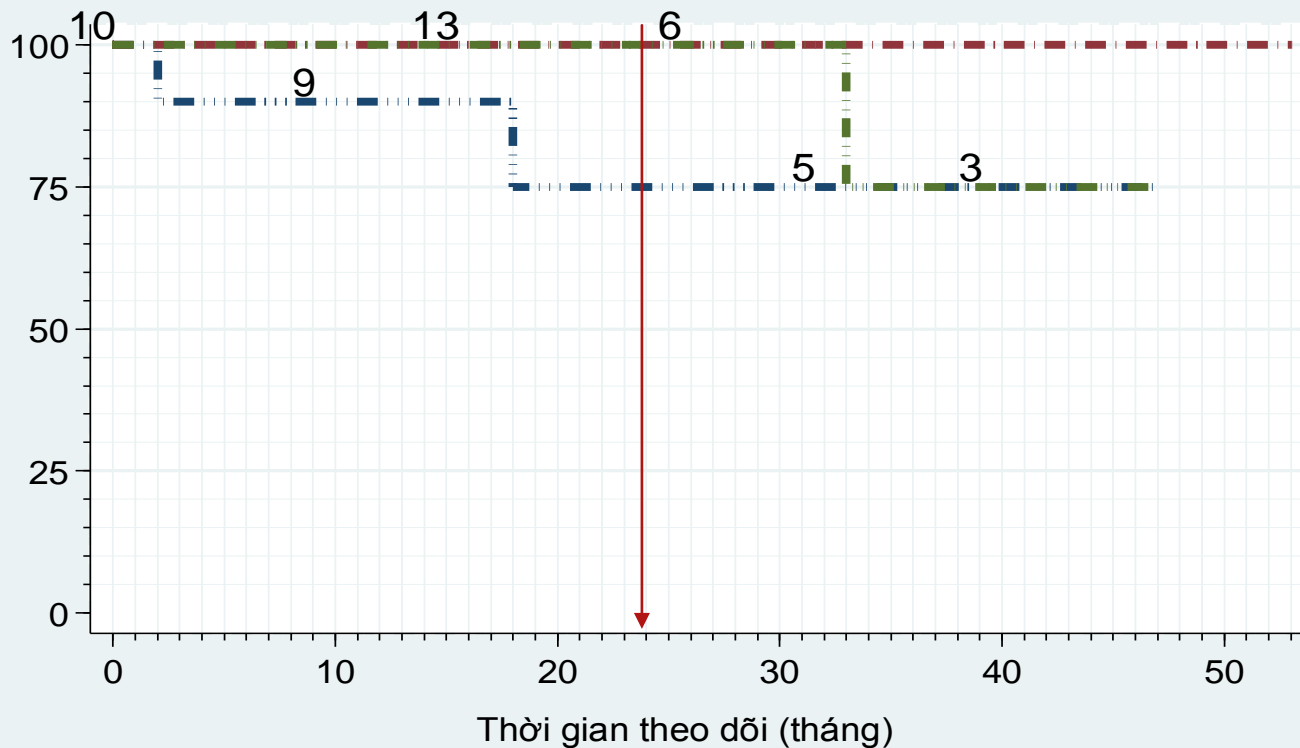
34



Đường Kaplan-Meier sống còn chung ở bệnh nhân HKTĐMC loại A và B được phẫu thuật hay can thiệp.

Kết Quả Ngắn Hạn

35



- — — — — Nhóm bệnh nhân HKTĐMC loại A phẫu thuật mở
- — — — — Nhóm bệnh nhân HKTĐMC loại A can thiệp nội mạch
- — — — — Nhóm bệnh nhân HKTĐMC loại B can thiệp nội mạch

Đường Kaplan-Meier sống còn ở bệnh nhân HKTĐMC theo từng nhóm

- ▶ Tỷ lệ sống còn theo Kaplan-Meier trong nghiên cứu của chúng tôi cho bệnh nhân HKTĐMC được điều trị ngoại khoa ở thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 95%, 90% và 80%.
Tỷ lệ sống còn ở thời điểm 2 năm trong từng nhóm điều trị ở nghiên cứu của chúng tôi:
 - ▶ 75% ở nhóm HKT loại A được phẫu thuật
 - ▶ 100% ở nhóm HKT loại A được can thiệp
 - ▶ 100% ở nhóm HKT loại B được can thiệp
- ▶ Bệnh nhân HKTĐMC loại A, tác giả Choi: tỷ lệ sống còn ở thời điểm 2 năm là 93% đối với điều trị phẫu thuật
- ▶ Bệnh nhân HKTĐMC loại A, tác giả Tian: tỷ lệ sống còn sau phẫu thuật ở thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm, 5 năm, 10 năm lần lượt là 92%, 90%, 89%, 87%, và 71%.
- ▶ Với HKTĐMC loại B tác giả Evangelista: can thiệp nội mạch mang lại những kết quả hậu phẫu thuận lợi nhưng kết quả trung hạn bị ảnh hưởng nhiều bởi các bệnh đồng mắc, tỷ lệ sống còn sau 5 năm khoảng 65%
- ▶ Bệnh nhân HKT loại A được can thiệp, tác giả Ryo: tỷ lệ sống còn 100% ở với thời gian theo dõi trung bình là 28.7 ± 18.9 tháng

Kết Quả Ngắn Hạn: Tái Cấu Trúc ĐMC

37

Đường kính		Trước can thiệp	Sau can thiệp	Mức thay đổi ĐK	p
ĐMC ngực lên	Hấp thu một phần HKTĐMC		1/6 (16.7%)		
	Hấp thu hoàn toàn HKTĐMC		5/6 (83.0%)		
	Đường kính lớn nhất (mm)	43.2 ± 5.2	38.0 ± 4.8	-5.2 ± 2.5	0.004 *
	Bề dày HKT (mm)	6.4 ± 1.1	1.1 ± 1.7	-5.2 ± 1.2	< 0.001 *
ĐMC ngực xuống	Hấp thu hoàn toàn HKTĐMC		6/6 (100%)		
	Đường kính lớn nhất (mm)	38.8 ± 5.8	32.6 ± 3.1	-6.2 ± 3.9	0.01 *
	Bề dày HKT (mm)	11.7 ± 1.4	2.8 ± 0.2	-8.9 ± 16	< 0.001 *

* Phép kiểm T bắt cặp

Đặc điểm tái cấu trúc ĐMC ở bệnh nhân HKTĐMC loại A trong vòng 6 tháng sau điều trị bằng can thiệp nội mạch (n=6)

Tái cấu trúc động mạch chủ trong vòng 6 tháng

Đặc điểm	Ryoi [78] (N=18)		Chúng tôi (N=6)	
	ĐMC ngực lên	ĐMC ngực xuống	ĐMC ngực lên	ĐMC ngực xuống
Hấp thu một phần HKT	0 (0%)	3 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0%)
Hấp thu hoàn toàn HKT	18 (100%)	15 (83.3%)	5 (83.3%)	6 (100%)
Thay đổi ĐK ĐMC (mm)	- 5.8 ± 7.4	- 4.2 ± 5.2	-5.2 ± 2.5	-6.2 ± 3.9
Thay đổi bề dày HKT (mm)	-10 ± 4.1	-14.2 ± 6.2	-5.2 ± 1.2	-8.9 ± 16

So sánh đặc điểm tái cấu trúc ĐMC sau can thiệp ở bệnh nhân HKTĐMC loại A

Tái cấu trúc động mạch chủ trong vòng 6 tháng

39

Đường kính		Trước can thiệp	Sau can thiệp	Mức thay đổi ĐK	p
ĐMC ngực xuống	Hấp thu một phần HKTĐMC		3/13 (23.1%)		
	Hấp thu hoàn toàn HKTĐMC		10/13 (76.9%)		
	Đường kính lớn nhất (mm)	35.5 ± 4.1	32.9 ± 4.2	-2.5 ± 2.3	0.002 *
	Bề dày HKT (mm)	12.2 ± 2.9	2.8 ± 1.7	-9.4 ± 3.3	< 0.001 *
ĐMC bụng	Hấp thu hoàn toàn HKTĐMC		11/11 (100%)		
	Đường kính lớn nhất (mm)	28.4 ± 2.5	25.7 ± 2.5	-2.7 ± 2.0	< 0.001 *
	Bề dày HKT (mm)	7.7 ± 2.5	0.9 ± 1.1	-6.8 ± 2.5	< 0.001 *

* Phép kiểm T bất cặp

Đặc điểm tái cấu trúc ĐMC ở bệnh nhân HKTĐMC loại B trong vòng 6 tháng sau điều trị bằng can thiệp nội mạch (n=13)

Tái cấu trúc động mạch chủ trong vòng 6 tháng

Đặc điểm	Bischoff [13]	K. Ye [96]	Felisaz [35]	Chúng tôi
	N = 27	N = 39	N = 9	N = 13
Hấp thu một phần HKT	20 (74.1%)	7 (17.9%)	2 (22.2%)	3 (23.1%)
Hấp thu hoàn toàn HKT	7 (25.9%)	32 (82%)	7 (77.8%)	10 (76.9%)
Thay đổi ĐK ĐMC (mm)	- 5	-7 ± 4	-5	-2.7 ± 2.0
Thay đổi bề dày HKT (mm)	- 9	-14 ± 6	-8	-6.8 ± 2.5

So sánh đặc điểm tái cấu trúc ĐMC ngực xuống sau can thiệp ở bệnh nhân HKTĐMC loại B

Kết Luận

- Ct-scan có vai trò rất quan trọng trong việc chẩn đoán, xác định biến chứng, chỉ định điều trị và theo dõi sau điều trị cho bệnh lý HKTĐMC cấp tính.
- Điều trị phẫu thuật cho bệnh HKTĐMC loại A có biến chứng lựa chọn tối ưu.
- Can thiệp nội mạch có thể được xem xét là điều trị thay thế ở những bệnh nhân HKTĐMC loại A ngược dòng được lựa chọn cẩn thận.
- Can thiệp nội mạch điều trị cho bệnh nhân HKTĐMC loại A và B là phương pháp ít xâm lấn.
- Can thiệp nội mạch giúp thúc đẩy tái cấu trúc ĐMC do đó làm giảm biến chứng muộn của bệnh lý HKTĐMC.

**CẢM ƠN SỰ QUAN TÂM THEO
DÕI CỦA QUÝ VỊ**

