



Báo Cáo Ca Lâm Sàng

Phình Động Mạch Chủ Ngực

BS. CK1. Châu Ngọc Minh Phương



1. Bệnh Sử

- Họ tên bệnh nhân: NGUYỄN CÔNG T. Năm sinh: 1959 (64 tuổi)
- Giới tính: Nam
- Địa chỉ: An Giang
- Ngày khám bệnh: 04/11/2023
- Lý do khám bệnh: nuốt nghẹn + ăn kém
- Bệnh sử: Cách đây vài tuần, bệnh nhân nuốt nghẹn tăng dần, ói sau ăn, ói ra thức ăn cũ không lẫn máu, kèm ăn uống kém, khó thở, không đau ngực, không sốt -> khám BV tỉnh, chẩn đoán: Viêm phổi, điều trị không giảm -> Medic.



2. Khám Lâm Sàng

Tại phòng khám Tổng Quát:

- BN tỉnh, tiếp xúc được
- M: 102 l/ph HA: 163/103 mmHg ND: 37⁰C
- Than nuốt nghẹn và cảm giác khói vùng thượng vị

→ XN máu

→ Đo ECG, Siêu âm tim

→ CT toàn thân



3. Kết Quả Cận Lâm Sàng

(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: **1959**
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: j
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: Tầng trệt
Loại mẫu: Máu/N.Tiêu/Dàm

Phái: **Nam**
Quốc tịch:
ĐT:

BS yêu cầu: BS. CKI. LUONG THANH BƯU
Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIỀU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹	*		
WBC	9.60	(4.0 - 10.5)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	51.2	(40 - 74 %)	
% Lym	28.0	(19 - 48 %)	
% Mono	12.4	(3 - 9 %)	
% Eos	7.6	(0 - 7 %)	
% Baso	0.8	(0 - 1.5 %)	
# Neu	4.91	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	2.69	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	1.19 H	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.73 H	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.08	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	4.36	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	12.9	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	39.8	(35 - 52 %)	
MCV	91.3	(80 - 97 fL)	
MCH	29.6	(26 - 32 pg)	
MCHC	32.4	(31 - 36 g/dL)	
RDW	12.7	(11.0 - 15.7%)	
PLT	470 H	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021
MPV	8.4	(6.30 - 12.0 fL)	

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAI
Glucose	NEG	(mmol/L)
Bilirubin	NEG	(μmol/L)
Ketone	NEG	(mmol/L)
Spe-Gravity	1.016	(1.005-1.030)
Blood	NEG	(Negative)
pH	7.0	(4.6-8.0)
Protein	NEG	(g/L)
Urobilinogen	NEG	(μmol/L)
Nitrite	NEG	(Negative)
Leucocytes	NEG	(Negative)
Color	Yellow	
Clarity	Clear	
	.	(particles/μL)
Red Blood Cells	11	(0 - 15)
Leucocytes	2	(0 - 15)
Calcium oxalate monohydrate	0	(0 - 6)
Calcium oxalate dihydrate	0	(0 - 6)
Amor. Phosphate	0	(0 - 6)
Uric acid	0	(0 - 6)
Casts	0	(0 - 6)
Epithelial Cells	0	(0 - 10)
Bacteria	3	(0 - 130)
BK(AFB)/Sputum I	Âm tính	Âm tính
BK(AFB)/Sputum II	Âm tính	Âm tính

2) Urine Sediment (Cặn Lắng):



3. Kết Quả Cận Lâm Sàng (tt)

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
HbA1c (IFCC)	39.02	(20 - 47.5 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	5.72	(4.0 - 6.50 %A1C)	
Glucose (mmol/L) (FPG)¹	5.41	(4.10 - 5.90 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	97.38	(73.8 - 106 mg/dL)	
Bilirubin T ²	0.687	(0.10 - 1.10 mg/dL)	QTSH063
Bilirubin D ²	0.275	(0.10 - 0.40 mg/dL)	QTSH063
Bilirubin I	0.412	(0.20 - 0.70 mg/dL)	QTSH063
IONOGRAMME ² :	*		QTSH067
Na	138.4	(130 - 145 mmol/L)	
K	3.93	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.54	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	101.0	(96 - 108 mmol/L)	
MICRO.ALB/Urine (Quantitative):	*		QTSH099
Micro Albumine	15.92	(<20 mg/L)	
	.	(<30 mg/24h)	
Creatinin/Urine	0.897	(0.4 - 1.2 g/L)	
	.	(1.0 - 1.8 g/24h)	
Micro Albumine/CRE	17.75	(< 30 mg/g)	
GGT ¹	63.73 H	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	QTSH004
SGOT (AST) ¹	34.96	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT) ¹	34.62 H	(< 30 U/L)	QTSH013
Uric Acid/Serum ¹	4.86	(M: 3.4 - 7.0; F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
hs CRP	30.65 H	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.632	(M: 0.6 - 1.3; F: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	106	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
LDL Cholesterol ²	2.74	(<2.59; Nguồng: 2.59-4.13 mmol/L)	QTSH093
	.	(Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	
Triglycerides¹	1.11	(<1.70; Nguồng: 1.70-2.25 mmol/L)	QTSH015
	.	(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
Cholesterol, Total¹	4.05	(<5.18; Nguồng: 5.18-6.21 mmol/L)	QTSH003
	.	(Cao: ≥ 6.22)	
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
Troponin-I hs (Abbott) ¹	1.00	Phân tầng nguy cơ tim mạch	QTMD011.1
Phân tầng nguy cơ tim mạch	Nguy cơ thấp	Nam: Thấp < 6 ng/L	
	.	Trung bình: 6 - 12 ng/L	
	.	Cao > 12 ng/L	
TSH u.sensitive (3rd G)¹	0.712	(0.32 - 5 µIU/ml)	QTMD009
Free T4 ²	0.990	(0.71 - 1.85 ng/dl)	QTMD036
HBsAg (Định tính, qualitative)¹	GRAYZONE S/CO 3.69	(Index <1; S/Co <1)	QTMD017
Anti HBc Total (IgG+IgM) Kiểm Tra	POS S/CO 0.007	(S/Co > 1)	
Anti HCV (Định tính, qualitative)¹	NEG S/CO 0.130	(S/Co < 1; Index < 1)	QTMD018
V. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST			
HP Test-IgM (Elisa)	NEG 25.31 U/mL	(< 30 U/mL; GRAYZONE: 30 - 40)	
Thời gian duyệt: 08:12:47 04/11/2023 Thứ hai - Thứ sáu: 08:00 - 16:00 Thứ ba - Thứ bảy: 08:00 - 15:00 Thứ năm: 08:00 - 14:00			
In lần 2: 08:13:31 04/11/2023 Thứ hai - Thứ sáu: 08:00 - 16:00 Thứ ba - Thứ bảy: 08:00 - 15:00 Thứ năm: 08:00 - 14:00			



3. Kết Quả Cận Lâm Sàng (tt)

ID :
Bệnh nhân : - - -
Địa chỉ : ẤP BÌNH PHÚ 2, X. PHÚ BÌNH, H. PH
GIANG
Bác sĩ chỉ định :
Lâm sàng :

STT : 24
Tuổi : 64 Nam
ĐT :
Ngày ĐK : 04/11/2023 04:49

PHÂN TÍCH ECG (ANALYSIS) :

aQRS: 15 Rhythm: XOANG Rate: 80 Interval : PR: 0.14 QRS: 0.08 QT: 0.36
PWaves : Ext. Leads BT
: Pre. Leads BT
QRS Complex : Ext. Leads BT
: Pre. Leads SV2+RV5>35mm
ST Segments : Ext. Leads BT
: Pre. Leads BT
TWaves : Ext. Leads T (-), DẸT /D3AVF
: Pre. Leads T BIÊN ĐỘ THẤP /V5V6
UWaves : Ext. Leads BT
: Pre. Leads BT

KẾT LUẬN : DÂY THẮT TRÁI (TIÊU CHUẨN ĐIỆN THẾ), THIỂU NĂNG VÀNH

ĐIỆN TÂM ĐỒ - ĐIỆN TOÀN TRUNG TÂM CHÂN ĐOÀN Y KHOA MEDIC , 254 HÒA HÀO QUẬN 10 TP HCM
Họ tên : Ma BN : 7584840-24 Tuổi : 64 Giới tính : M
Cao : 163 Nặng : 50 HA : 163/103 Tốc độ : 25mm/s Ngày : 4/11/2023 Giờ : 4:57
Chỉ định : ,COSAT



Tp. Hồ Chí Minh, ngày 04/11/2023 06:02
(Bác sĩ đã ký)



3. Kết Quả Cận Lâm Sàng (tt)



KẾT QUẢ SIÊU ÂM TIM MÀU

Máy: ALOKA -ProSound α6

7584840

QRCode kết quả

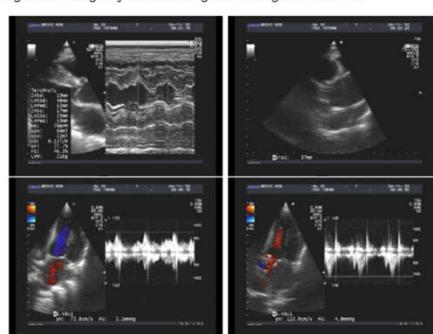
ID : 7584840 Ngày ĐK: 04/11/2023 05:03
Họ và tên : | 64 tuổi Nam
Địa chỉ :
Lâm sàng : ĂN VÀO NGHEN, Q HƠI, Ở CHUA, CẢM GIÁC CÓ CỤC Ở THƯỢNG VI, XVIỆN 24/10/2023
VIÊM PHỔI KIỂM TRA SỨC KHỎE

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TIM MÀU

1- Thất trái dày đóng tâm, trung bình. LVDD= 46mm.Các buồng tim khác trong giới hạn bình thường. Loạn động vách liên thất và thành dưới. Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn, EF= 77% (Teichholz).
Rối loạn tâm trương thất trái gđ I.
Chức năng tâm thu thất phải TAPSE=22 mm

2- Van 2 lá hở 1/4, van động mạch chủ dày, dù ba mảnh, hở chủ 1/4
Động mạch chủ ngực dần nhẹ đoạn lên
Không tắc nghẽn đường ra thất trái lúc nghỉ.

3- Không tràn dịch màng tim. Không huyết khối trong các buồng tim > 3mm.



KẾT LUẬN :

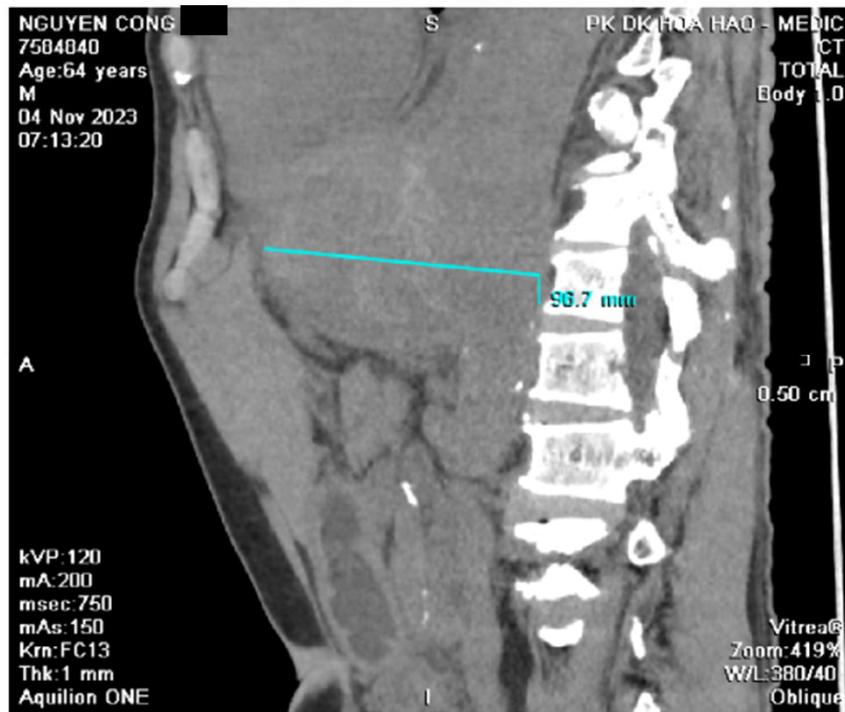
THEO DÕI BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ
THẤT TRÁI DÀY TRUNG BÌNH, BẢO TỒN CHỨC NĂNG TÂM THU
HỞ 2 LÁ 1/4, HỞ CHỦ 1/4

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 04/11/2023 05:56
(Rất sĩ đã ký)

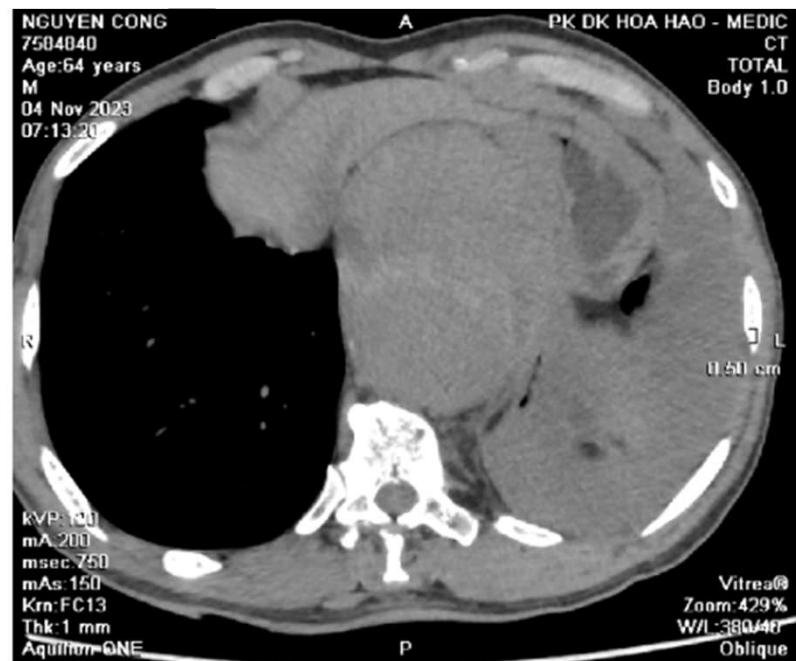
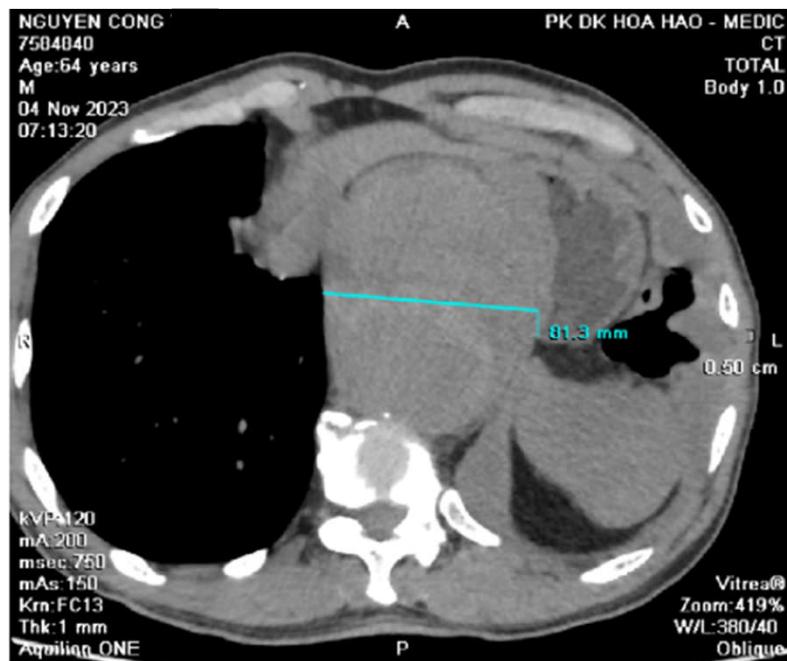


3. Kết Quả Cận Lâm Sàng (tt)



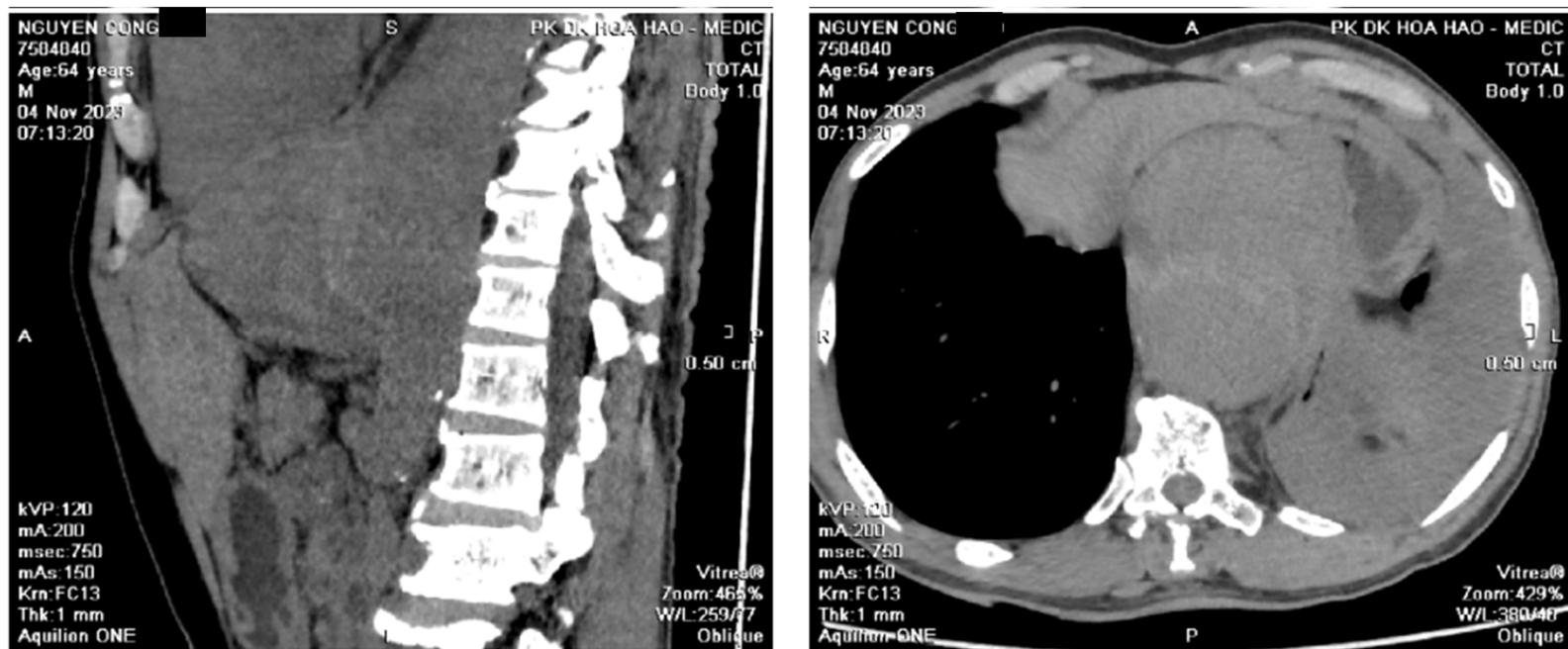


3. Kết Quả Cận Lâm Sàng (tt)





3. Kết Quả Cận Lâm Sàng (tt)





3. Kết Quả Cận Lâm Sàng (tt)



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HÀO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P.4, Q.10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

Đăng ký khám trực tuyến :
<http://medichh.nthsoft.vn>
Hoặc app: Medic Hoa Hao



Qr code kết quả chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

QRCode kết quả



MEDIC CT SCAN REPORT

7584840

STT	:	231104026	Ngày ĐK :	04/11/2023 06:52
Bệnh nhân	:		Tuổi :	64 Nam
Địa chỉ	:		ĐT :	
Bác sĩ chỉ định	:	BS. CKI. LUONG THANH BUU	Khoa :	PK
Bệnh viện	:	MEDIC		
LÝ DO KHÁM	:	ĂN VÀO NGHEN, Q HƠI, Ở CHUA, CẢM GIÁC CÓ CỤC Ở THƯỢNG VỊ, XVIEN 24/10/2023 VIÊM PHỔI KIỂM TRA SỨC KHỎE		
Máy	:	MSCT 640_1		
Vùng	:	CT TOÀN THÂN		
Kết quả				Không tiêm tương phản
				KẾT QUẢ: Kỹ Thuật (CTTT): Với kỹ thuật MSHCT với các lát hình 1mm, từ đỉnh đầu cho đến xương mu - tái tạo 3D, multiplanar. Chiều cao:163cm; Cân nặng:50kg VÙNG: 1) Não - Mắt: Chưa thấy hình ảnh bất thường. 2) Tai mũi họng: Viêm xoang hàm, sưng hai bên. Vách ngăn mũi lệch sang T. 3) Cổ (tuyến giáp): Tuyến giáp đậm độ #110HU. 4) Ngực (phổi, trung thất, tuyến vú): Xo hóa mô kẽ phổi thùy trên bên P, thùy dưới trái. Khí phế thủng, tràn dịch màng phổi bên T. Không mass hay hình ảnh với hóa nhu mô tuyến vú hai bên. Không hạch nách hai bên. 5) Tim và động mạch chủ: đóng vôi thành động mạch vành. Động mạch chủ ngực phình, 94x71x81mm (trước sau x cao x ngang) đậm rõ. 6) Bụng (gan - mật - tụy -lách - dạ dày - đường ruột): Chưa thấy hình ảnh bất thường. 7) Niệu (2 Thận - Niệu quản - Bong dài) + vùng chậu: Chưa thấy hình ảnh bất thường. 8) Xương: Không thấy hình ảnh hủy xương bất thường trong vùng khảo sát. Độ đậm xương xốp thận sống L1 # HU. *** KẾT LUẬN: - Động mạch chủ ngực phình, 94x71x81mm (trước sau x cao x ngang) đậm rõ. - Xo hóa mô kẽ phổi thùy trên bên P, thùy dưới trái. Khí phế thủng, tràn dịch màng phổi bên T. - đóng vôi thành động mạch vành. - Viêm xoang hàm, sưng hai bên. Vách ngăn mũi lệch sang T. - Thoái hóa cột sống.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 04/11/2023 07:34
(Bác sĩ đã ký)

Tại Cấp Cứu:

- BN tỉnh, tiếp xúc được
- M: 80 l/ph
- HA: 155/109 mmHg
- SpO2: 96%/KT

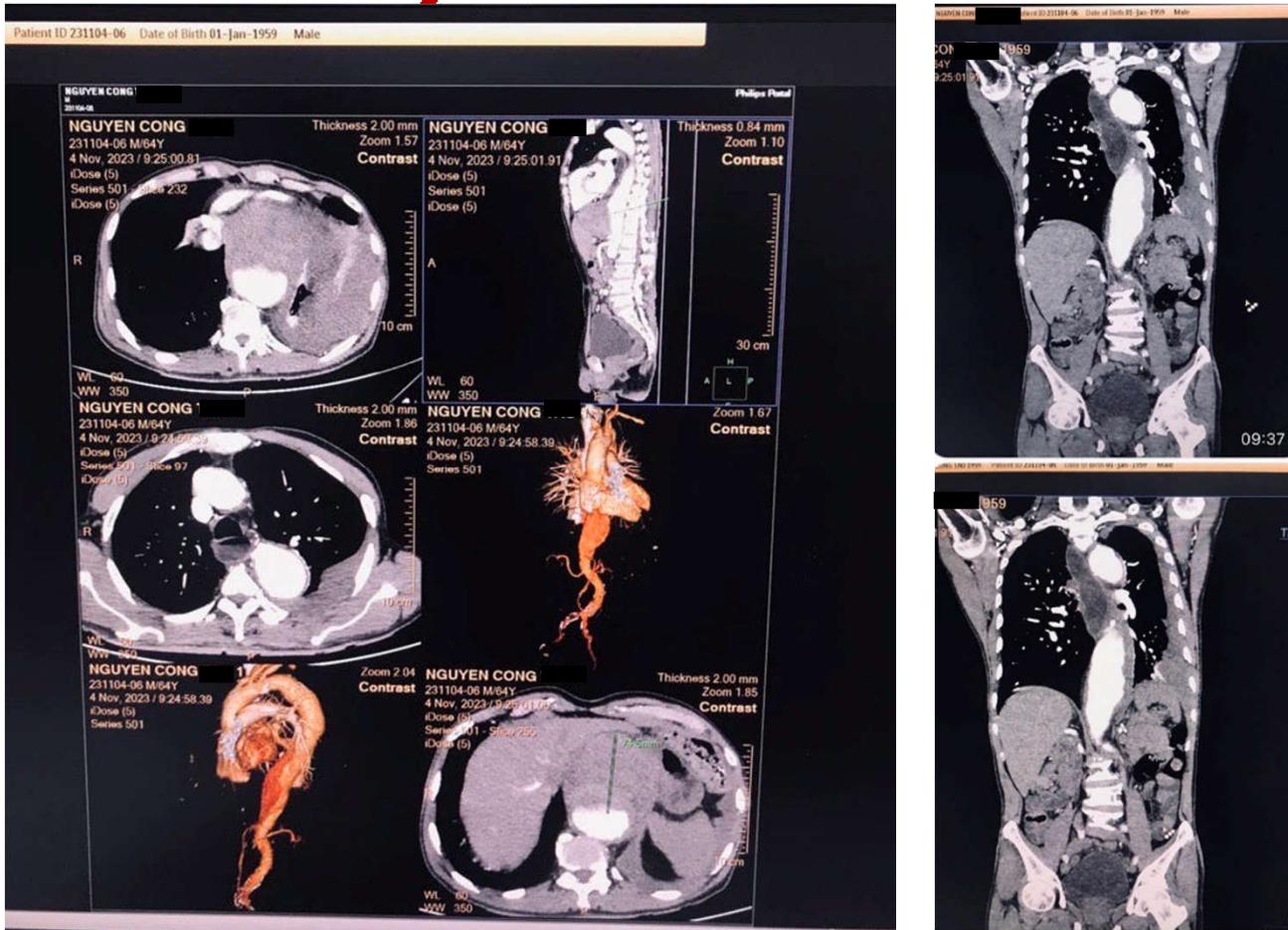
→ Δ: Phình ĐM chủ ngực dọa vỡ

→ Liên hệ BS. Khánh Đức BV Bình Dân

→ Chuyển viện BV Bình Dân



4. Tai BV Bình Dân





4. Tại BV Bình Dân (tt)

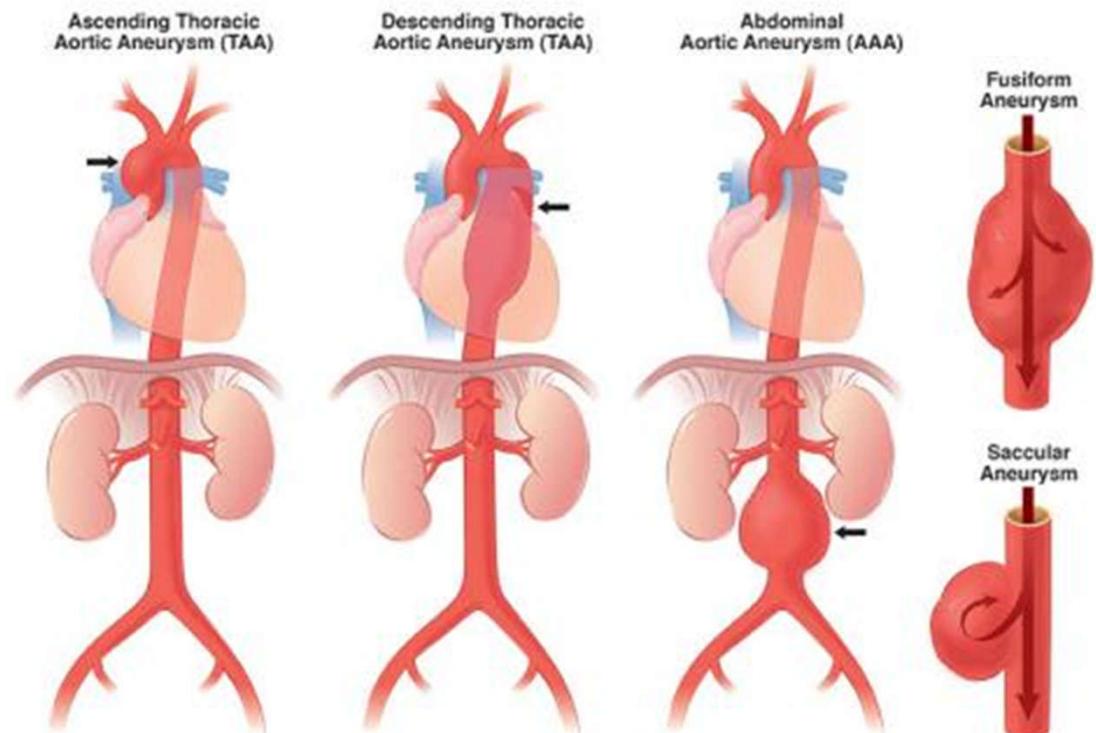


- Tư vấn phẫu thuật
- Gia đình BN từ chối phẫu thuật → xin về



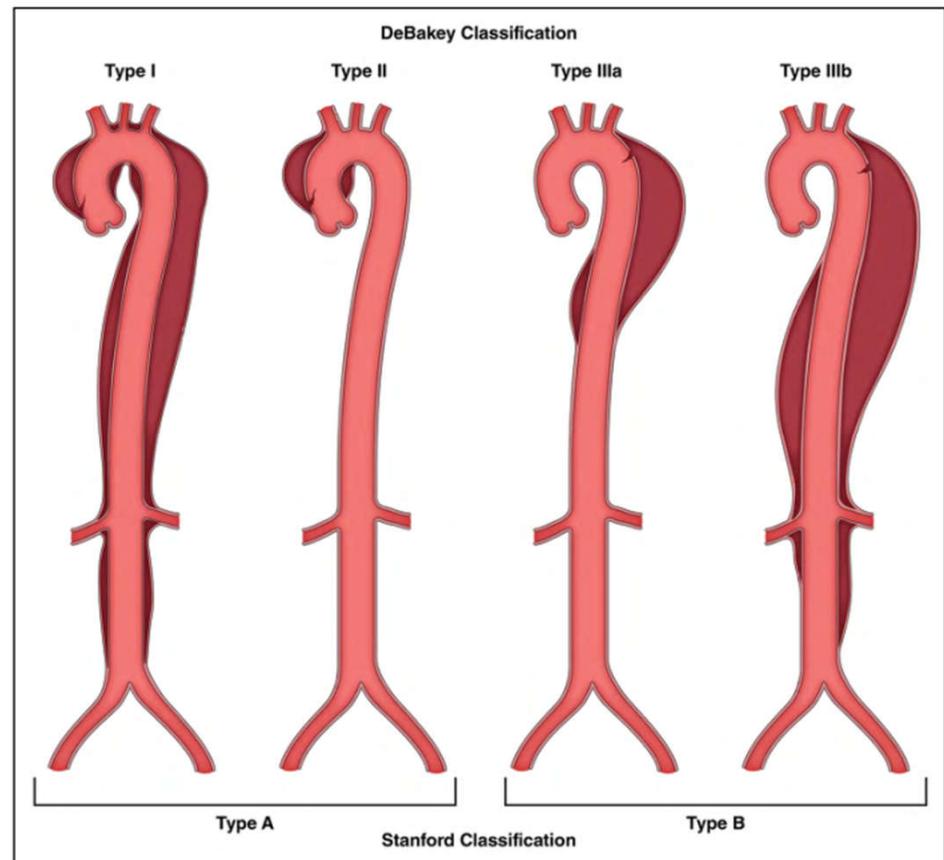
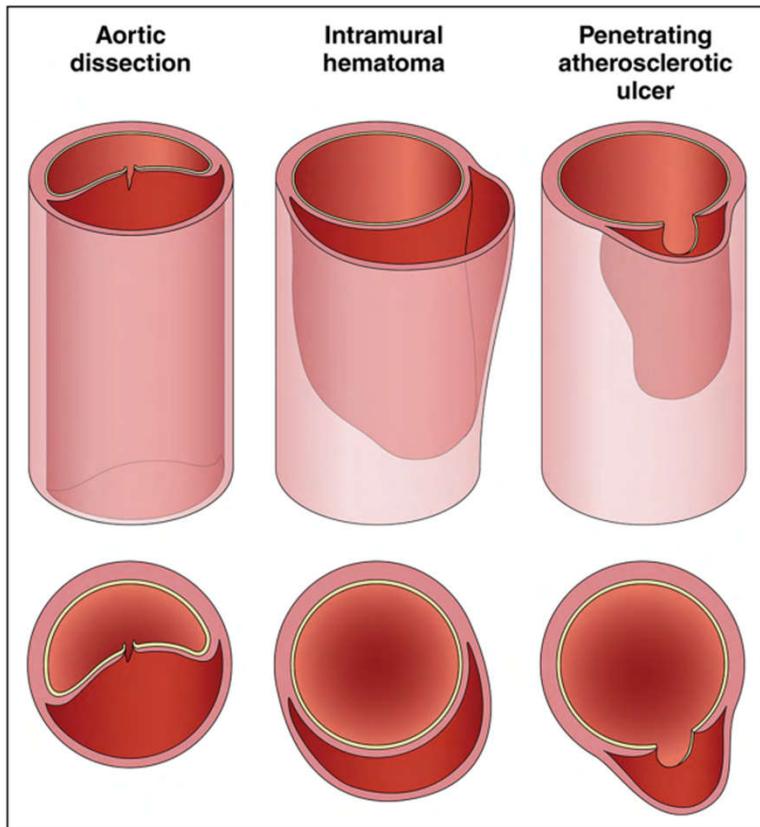
5. Sơ Lược Về Phình Động Mạch Chủ

- Định nghĩa: đường kính ĐM dãn ≥ 1.5 lần đường kính bình thường.
 - Phình ĐM chủ ngực: đường kính ≥ 45 mm.
 - Phình ĐM chủ bụng: đường kính ≥ 30 mm.





6. Hội Chứng ĐM Chủ Cấp (AAS)



2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines



7. Chẩn Đoán Phình ĐM Chủ Ngực

Phương tiện chẩn đoán	Đặc điểm	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
X-quang ngực thẳng	-Dãn rộng trung thất. -Bất thường cung ĐM chủ. -Vôi hóa ĐM chủ.	~ 64%	~86%
Siêu âm tim thành ngực	-Khảo sát tốt ĐM chủ đoạn gốc >> ĐM chủ xuống. -Hình ảnh “intimal flap” trong bóc tách ĐM chủ.	> 74%	71 – 91%
Siêu âm tim qua ngả thực quản	-Đánh giá tốt vị trí bóc tách so với van ĐM chủ và lỗ ĐM vành. -Gây khó chịu cho BN.	> 86%	90 – 100%

von Kodolitsch Y, Nienaber CA, Dieckmann C, Schwartz AG, Hofmann T, Brekenfeld C, Nicolas V, Berger J, Meinertz T. Chest radiography for the diagnosis of acute aortic syndrome. Am J Med. 2004 Jan 15;116(2):73-7. doi: 10.1016/j.amjmed.2003.08.030. PMID: 14715319.

Mussa FF, Horton JD, Moridzadeh R, Nicholson J, Trimarchi S, Eagle KA. Acute Aortic Dissection and Intramural Hematoma: A Systematic Review. JAMA. 2016;316(7):754–763. doi:10.1001/jama.2016.10026.

Bhave N, Nienaber C, Clough R, et al. Multimodality Imaging of Thoracic Aortic Diseases in Adults. J Am Coll Cardiol Img. 2018 Jun, 11 (6) 902–919.https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2018.03.009



7. Chẩn Đoán Phình ĐM Chủ Ngực (tt)

Phương tiện chẩn đoán	Đặc Điểm	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
CTA	<ul style="list-style-type: none">-Là phương tiện hình ảnh được khuyến cáo.-Hình ảnh vỡ hoặc rò rỉ phình:<ul style="list-style-type: none">• Thường gặp trong phình ĐM chủ ngực đoạn xuống• Thâm nhiễm mỡ quanh ĐM chủ• Tụ dịch cản quang quanh ĐM chủ• Tràn dịch màng phổi/màng tim• Thoát mạch thuốc cản quang quanh ĐM chủ	~100%	~100%
MRA	<ul style="list-style-type: none">-Thay thế cho CTA trong trường hợp CCĐ thuốc cản quang.-Đánh giá tốt thành ĐM.	> 95%	94 – 98%

Mussa FF, Horton JD, Mordzadeh R, Nicholson J, Trimarchi S, Eagle KA. Acute Aortic Dissection and Intramural Hematoma: A Systematic Review. *JAMA*. 2016;316(7):754–763. doi:10.1001/jama.2016.10026.
Bhave N, Nienaber C, Clough R, et al. Multimodality Imaging of Thoracic Aortic Diseases in Adults. *J Am Coll Cardiol Img*. 2018 Jun; 11 (6) 902–919.https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2018.03.009.
Kallianos KG, Burris NS. Imaging Thoracic Aortic Aneurysm. *Radiol Clin North Am*. 2020 Jul;58(4):721-731. doi: 10.1016/j.rcl.2020.02.009. Epub 2020 May 12. PMID: 32471540; PMCID: PMC7269689.



8. Điều Trị Phình ĐM Chù Ngực Xuống

Table 16. Adverse Aortic Events at 1 Year, Based on Baseline Aortic Diameter, Among Patients With Descending TAA

Aortic Diameter (cm)	Definite Aortic Event* (%)	Probable Aortic Event† (%)
5.0	5.5	8.0
5.5	7.2	11.2
6.0	9.3	15.6
7.0	15.4	28.1

Recommendations for Size Thresholds for Repair of Descending TAA
Referenced studies that support the recommendations are summarized in the [Online Data Supplement](#).

COR	LOE	Recommendations
1	B-NR	<ol style="list-style-type: none">In patients with intact descending TAA, repair is recommended when the diameter is ≥ 5.5 cm.^{1,2}
2b	B-NR	<ol style="list-style-type: none">In patients with intact descending TAA and risk factors for rupture (Table 17), repair may be considered at a diameter of < 5.5 cm.²⁻⁶
2b	B-NR	<ol style="list-style-type: none">In patients at increased risk for perioperative morbidity and mortality (Table 18), it may be reasonable to increase the size threshold for surgery accordingly.⁷

Recommendations for Endovascular Versus Open Repair of Descending TAA

Referenced studies that support the recommendations are summarized in the [Online Data Supplement](#).

COR	LOE	Recommendations
1	B-NR	<ol style="list-style-type: none">In patients without Marfan syndrome, Loeys-Dietz syndrome, or vascular Ehlers-Danlos syndrome, who have a descending TAA that meets criteria for intervention and anatomy suitable for endovascular repair, TEVAR is recommended over open surgery.¹⁻⁴
1	B-NR	<ol style="list-style-type: none">In patients with a descending TAA that meets criteria for repair with TEVAR, who have smaller or diseased access vessels, considerations for alternative vascular access are recommended.⁵
2a	B-NR	<ol style="list-style-type: none">In patients with a descending TAA that meets criteria for intervention, who have anatomy unsuitable for endovascular repair, and who are without significant comorbidities and have a life expectancy of at least 10 years, open surgical repair is reasonable.⁶⁻⁹



9. Kết Luận

- Phình ĐM chủ thường không gây ra triệu chứng lâm sàng cho đến khi có biến chứng với nguy cơ tử vong cao.
- Vai trò quan trọng của các phương tiện hình ảnh học trong chẩn đoán và theo dõi bệnh, đặc biệt là CT và MRI.
- Nguyên tắc điều trị chính dựa trên kiểm soát huyết áp và phẫu thuật dự phòng cho phình ĐM chủ nguy cơ cao. Trong hội chứng ĐM chủ cấp, phẫu thuật khẩn là biện pháp cứu sống bệnh nhân.



Xin chân thành cảm ơn!