

## 5. PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

### 5.1. Tổng quan

Phình ĐM chủ bụng được định nghĩa là đường kính ĐM chủ bụng giãn trên 50% so với đường kính ĐM chủ tham chiếu ở người cùng giới, cùng lứa tuổi. Tổn thương xảy ra ở cả 3 lớp áo của thành ĐM chủ. Ở người bình thường, đường kính ĐM chủ bụng thường nhỏ hơn 30 mm.

### 5.2. Phân loại

#### Theo kích thước:

- Phình nhỏ: Đường kính < 40 mm.
- Phình trung bình: Đường kính 40 - 55 mm.
- Phình lớn: Đường kính > 55 mm.
- Phình rất lớn: Đường kính  $\geq$  60 mm.

#### Theo vị trí:

- Phình ĐM chủ đoạn trên thận: Khối phình bao gồm một hoặc nhiều mạch tạng nhưng không lan lên trên cơ hoành.
- Phình ĐM chủ đoạn quanh thận: Khối phình nằm quanh vị trí xuất phát của ĐM thận nhưng không có tổn thương ĐM mạc treo tràng trên kèm theo.
- Phình ĐM chủ đoạn dưới thận: Khối phình xuất phát dưới chỗ chia ĐM thận.

### 5.3. Yếu tố nguy cơ

- Tuổi cao.
- Nam giới.
- Hút thuốc lá.
- Xơ vữa mạch máu.
- Tăng huyết áp.
- Tiền sử gia đình có người bị phình ĐM chủ bụng.

### 5.4. Tiến triển tự nhiên

- Phình ĐM chủ bụng tiến triển với tốc độ trung bình 1 - 6 mm/năm. Khối phình có xu hướng tiến triển nhanh hơn ở người nghiện thuốc lá.
- Nguy cơ vỡ tăng lên nếu đường kính khối phình vượt quá 55 mm hoặc tốc độ giãn quá 5 mm/6 tháng.
- Nguy cơ vỡ khối phình ở nữ giới cao hơn nam giới.

### 5.5. Sàng lọc

Các bệnh nhân cần tiến hành sàng lọc phình ĐM chủ bụng bằng siêu âm bao gồm:

- Nam giới > 65 tuổi.
- Những người có bố mẹ hay anh chị em ruột bị phình ĐM chủ bụng.
- Cần nhắc nếu nữ giới > 65 tuổi có tiền sử nghiện thuốc lá.
- Không có chỉ định sàng lọc ở nữ giới không có tiền sử gia đình phình ĐM chủ bụng và không hút thuốc lá.

### 5.6. Lâm sàng

- Thường không triệu chứng lâm sàng đặc biệt.
- 30% bệnh nhân sờ thấy khối phình đập ở bụng.
- Dấu hiệu De Bakey dương tính: Còn đưa được bàn tay vào dưới sườn để thấy cực trên của khối phình, gợi ý phình ĐM chủ bụng dưới thận.
- Đau nhiều vùng bụng gợi ý phình ĐM chủ dọa vỡ.
- Thiếu máu chi: Nếu mảng xơ vữa, huyết khối từ khối phình bắn đi gây tắc mạch.
- Vỡ phình ĐM chủ bụng: đau bụng dữ dội, đột ngột, dấu hiệu sốc mất máu nếu tình trạng chảy máu không được kiểm soát.

### 5.7. Cận lâm sàng

- Siêu âm mạch máu ổ bụng: độ nhạy 98%, độ đặc hiệu 99% trong phát hiện phình ĐM chủ bụng.
- Chụp MSCT ĐM chủ bụng có sử dụng thuốc cản quang: Nếu phình ĐM chủ bụng có triệu chứng.

### 5.8. Điều trị

#### a. Theo dõi

- Có thể theo dõi định kỳ nếu đường kính khối phình < 55 mm hoặc tốc độ tiến triển < 10 mm/năm
- Đường kính khối phình 25 - 29 mm: Theo dõi bằng siêu âm 4 năm 1 lần
- Đường kính khối phình 30 - 39 mm: Theo dõi bằng siêu âm 3 năm 1 lần
- Đường kính khối phình 40 - 44 mm: Theo dõi bằng siêu âm 2 năm 1 lần
- Đường kính khối phình > 45 mm: Theo dõi bằng siêu âm mỗi năm 1 lần

#### b. Kiểm soát yếu tố nguy cơ

Hút thuốc là làm tăng nhanh kích thước khối phình gấp hai lần so với người đã bỏ hoặc không hút thuốc.

Không có bằng chứng nào về tác dụng của thay đổi chế độ ăn và lối sống lên sự phát triển của khối phình nhưng các biện pháp này nên được áp dụng ở các bệnh nhân có nguy cơ cao của phình ĐM chủ bụng.

#### c. Điều trị nội khoa

- Thuốc ức chế men chuyển, chẹn beta giao cảm, chẹn kênh canxi...
- Nghiên cứu Sức khỏe Tim mạch ở các bệnh nhân có phình ĐM chủ bụng > 30 mm cho thấy nguy cơ tử vong do nhồi máu cơ tim trong 10 năm là 38% cao hơn so với tỷ lệ tử vong liên quan đến phình ĐM chủ bụng (chỉ có 2%). Trong thử nghiệm UKSAT, đường kính khối phình là một yếu tố dự đoán độc lập về tỷ lệ tử vong do tim mạch (tăng thêm lần lượt là 1,34 và 1,31 lần cho mỗi 8 mm tiến triển trong quá trình theo dõi và sau phẫu thuật). Do đó, điều trị nội khoa phình nhỏ ĐM chủ bụng gồm ba mục tiêu: ngăn ngừa các biến cố tim mạch, hạn chế tăng kích thước khối phình ĐM chủ bụng và chuẩn bị bệnh nhân một cách tối ưu để giảm nguy cơ can thiệp, phẫu thuật khi có chỉ định. Những bệnh nhân này đều có nguy cơ biến cố tim mạch rất cao, vì vậy tất cả các biện pháp phòng ngừa biến cố tim mạch thứ phát đều phải được áp dụng,

dù chưa có thử nghiệm cụ thể nào trên nhóm bệnh nhân có phình nhỏ ĐM chủ bụng. Một số nghiên cứu nhỏ đánh giá các nhóm thuốc khác nhau nhằm giảm sự tăng kích thước khối phình ĐM chủ với cơ chế giả thuyết là giảm áp lực lên thành mạch hoặc giảm đáp ứng quá trình viêm. Theo hướng dẫn ESC mới nhất về điều trị tăng huyết áp, thuốc chẹn beta là điều trị đầu tay cho bệnh nhân tăng huyết áp có kèm theo phình ĐM chủ bụng. Statin và aspirin chưa chứng minh được giảm tốc độ tăng kích thước khối phình, tuy nhiên vẫn được dùng để dự phòng các biến cố tim mạch do xơ vữa ở các bệnh nhân phình ĐM chủ bụng.

#### d. Chỉ định điều trị

- Chỉ định: Đường kính khối phình > 55 mm hoặc tốc độ tiến triển > 10 mm/năm (đối với bệnh nhân châu Á thì kích thước khối phình > 50 mm nên được xử trí).
- Biện pháp:
  - Phẫu thuật thay đoạn ĐM chủ bụng nhân tạo.
  - Can thiệp nội mạch (EVAR) đặt stent-Graft nếu giải phẫu tổn thương phù hợp.

Phẫu thuật sửa chữa: có nguy cơ cao (> 5%) với các biến chứng tim mạch xung quanh cuộc mổ (tử vong, nhồi máu cơ tim, đột quỵ). Can thiệp nội mạch ĐM chủ: có nguy cơ thấp hơn (1 - 5%) so với phẫu thuật mở. Tuy nhiên hiệu quả lâu dài của EVAR vẫn còn là vấn đề đáng quan tâm bởi các biến chứng muộn bao gồm endoleak, di lệch stent và vỡ phình ĐM chủ bụng. Cần phân tầng nguy cơ trước khi thực hiện can thiệp sửa chữa phình ĐM chủ bụng dựa vào loại thủ thuật tiến hành (can thiệp nội mạch hay phẫu thuật), đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ và bệnh lý đi kèm của mỗi bệnh nhân.



**Hình 12.9:** Hình ảnh sau can thiệp phình ĐM chủ bụng bằng Stent Graft

- Xử trí phình ĐM chủ bụng vỡ hoặc dọa vỡ:
  - Phình ĐM chủ bụng vỡ: phẫu thuật cấp cứu là chỉ định tuyệt đối.
  - Phình ĐM chủ bụng dọa vỡ: phẫu thuật cấp cứu hoặc đặt stent Graft cấp cứu.

### 5.9. Phình động mạch chủ bụng vỡ

#### a. Triệu chứng lâm sàng

Hội chứng kinh điển trên lâm sàng bao gồm bụng đau và chướng bụng, tụt huyết áp chỉ gặp trong khoảng 50% trường hợp. Các trường hợp khác triệu chứng có thể không đầy đủ.

Bệnh nhân phình ĐM chủ bụng vỡ tự cầm có thể chỉ có triệu chứng đau bụng hoặc đau lưng.

#### b. Chẩn đoán

Khi vỡ phình ĐM chủ bụng sẽ hình thành khối máu tụ xung quanh động mạch chủ có hoặc không có hình ảnh dịch tự do trong ổ bụng và dễ dàng được chẩn đoán bằng siêu âm. Chụp CLVT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh thường được sử dụng. Các dấu hiệu gợi ý như tăng kích thước khối phình, huyết khối, mất tính liên tục của vòng vôi hoá của thành ĐM chủ, máu tụ sau phúc mạc.



**Hình 12.10:** Hình ảnh khối phình ĐM chủ bụng vỡ

#### c. Điều trị phình động mạch chủ vỡ

Chiến lược điều trị đối với phình ĐM chủ bụng vỡ đang được nghiên cứu trong các thử nghiệm lâm sàng. Thử nghiệm Amsterdam Acute Aneurysm (AJAX) kết luận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết cục chính, bao gồm tỷ lệ tử vong và các biến cố tim mạch chính trong 30 ngày giữa EVAR và phẫu thuật mở. Nghiên cứu IMPROVE kết luận không có sự khác nhau về tỷ lệ tử vong sau 30 ngày giữa can thiệp nội mạch và phẫu thuật (35,4 so với 37,4%,  $p = 0,62$ ).



**Hình 12.11:** Can thiệp cấp cứu động mạch chủ bụng vỡ bằng Stent-Graft

## 6. PHÌNH VÀ TÁCH THÀNH ĐỘNG MẠCH CHỦ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỘT BIẾN NHIỄM SẮC THỂ VÀ CÁC HỘI CHỨNG DI TRUYỀN

### 6.1. Hội chứng Marfan

Hội chứng Marfan là một trong những bệnh lý rối loạn mô liên kết di truyền thường gặp nhất. Bệnh di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường. Hội chứng Marfan liên quan tới sự đột biến của gen **FBN1** mã hóa cho fibrillin-1 (thành phần chủ yếu của elastin hoặc elastin liên kết microfibril) qua đó dẫn đến sự tăng phiên mã của yếu tố phát triển và biệt hóa beta ( $TGF-\beta$ ).

Dựa theo nghiên cứu của Shore và cộng sự tiến hành năm 1994, thuốc chẹn beta giao cảm trở thành một trong các thuốc điều trị kinh điển của các bệnh nhân có hội chứng Marfan nhằm giảm tiến triển của tổn thương động mạch chủ.

Các nghiên cứu thực nghiệm gần đây cho thấy việc ức chế  $TGF$ -beta bằng kháng thể trung hòa hoặc với angiotensin-II Type-1 receptor blocker có thể đảo ngược các biến chứng tại thành mạch. Đây là cơ sở cho việc sử dụng các thuốc ức chế thụ thể (đặc biệt là losartan) trong điều trị hội chứng Marfan.

### 6.2. Hội chứng Turner

Hội chứng Turner gây ra bởi sự thiếu hụt một phần hoặc toàn bộ nhiễm sắc thể X (**karotyp 45X0**). Chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng và phân tích di truyền tế bào học.

Những phụ nữ bị ảnh hưởng của bệnh thường có kiểu hình lùn, các bất thường tim mạch bẩm sinh rất đa dạng, bất thường động mạch chủ, rối loạn hormone và chuyển hóa dẫn đến béo phì, rối loạn dung nạp đường huyết, rối loạn lipid máu và suy chức năng buồng trứng.

Khoảng 75% bệnh nhân có các bất thường giải phẫu của hệ tim mạch: 12% các bệnh nhân hội chứng Turner có hẹp eo ĐM chủ, 30% có van ĐM chủ có hai lá van. Thường quan sát thấy sự