



# PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

---

GIẢNG VIÊN: PGS. TS. BS. NGUYỄN HOÀNG ĐỊNH  
BỘ MÔN PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC – TIM MẠCH  
ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM


# MỤC TIÊU HỌC TẬP

---

1. Nắm được những kiến thức cơ bản về phình động mạch chủ bụng.
2. Có thái độ xử trí đúng khi đứng trước một bệnh nhân được chẩn đoán phình động mạch chủ bụng.

# MỤC LỤC

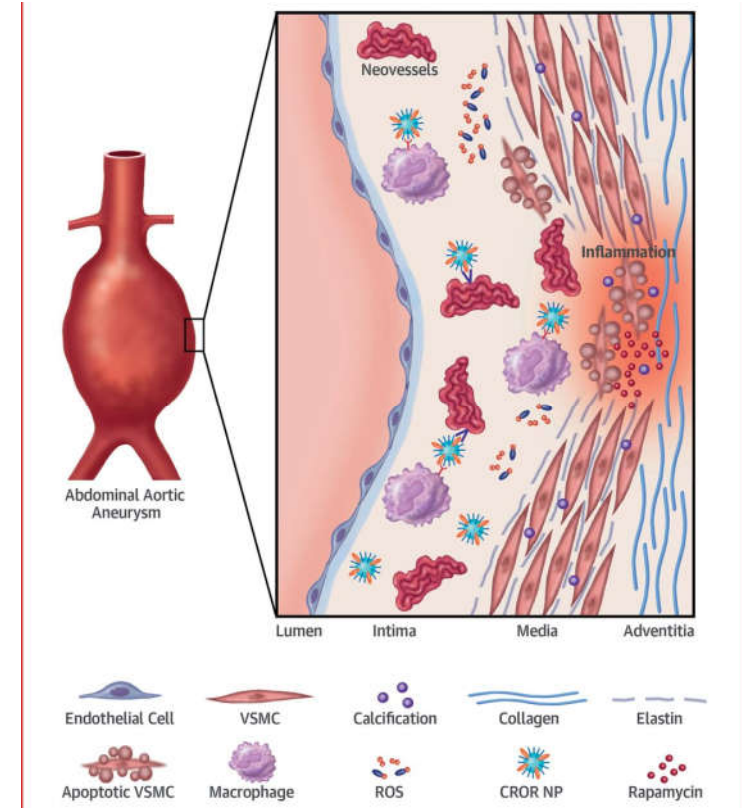
---

1. Đại cương.
  2. Chẩn đoán.
  3. Điều trị và theo dõi.
- 

# ĐỊNH NGHĨA

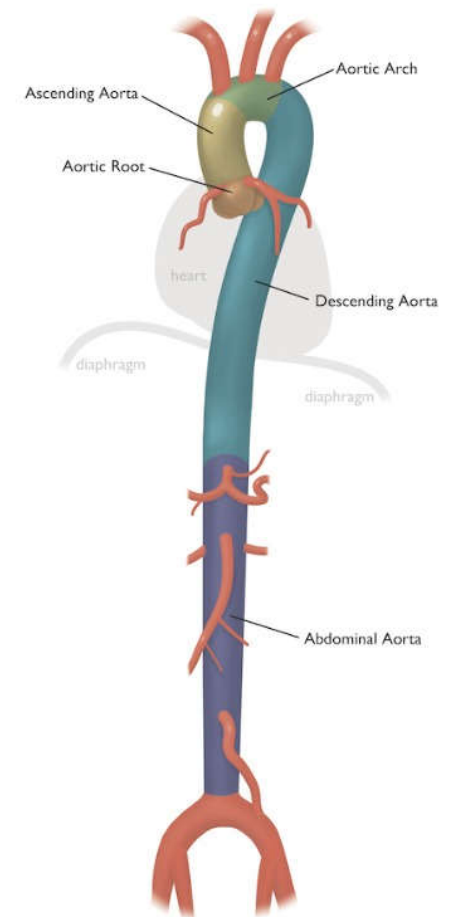
Phình động mạch chủ bụng:

- Giãn khu trú động mạch chủ bụng trên 50% khẩu kính lòng động mạch bình thường, hoặc
- Đường kính tối đa trên 3cm.



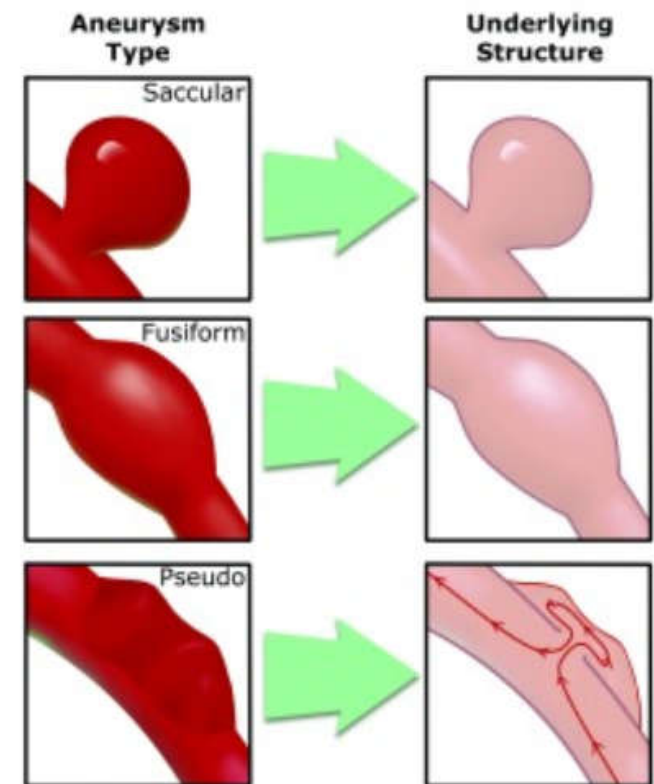
# GIẢI PHẪU VÀ PHÂN CHIA CÂY ĐỘNG MẠCH CHỦ (ĐMC)

- Gốc ĐMC: Từ van ĐMC đến STJ
- ĐMC ngực lên: Từ STJ đến trước chỗ chia thân cánh tay đầu.
- Quai ĐMC: Xuất phát thân cánh tay đầu đến hết chỗ chia động mạch dưới đòn trái.
- ĐMC ngực xuống: Sau chỗ chia động mạch dưới đòn trái đến cơ hoành.
- ĐMC bụng: Dưới cơ hoành đến chỗ chia thành hai động mạch chậu.

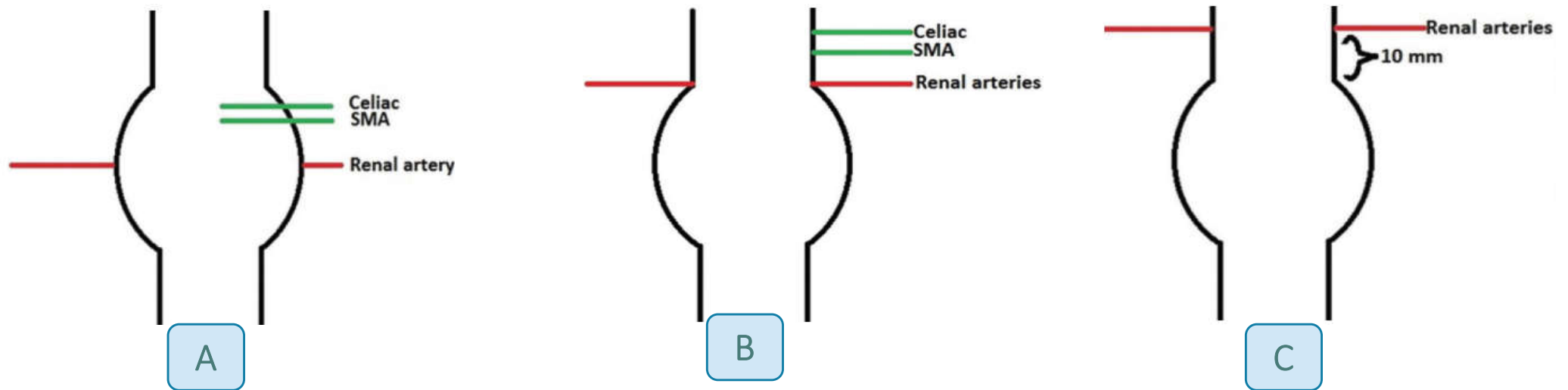


# CÁC DẠNG PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ

- Phình dạng túi: Phình khu trú trên một vị trí của chu vi động mạch.
- Phình dạng thoi: Phình toàn bộ chu vi của động mạch.
- Giả phình (vỡ trong bao): Máu thoát ra khỏi lòng mạch, được bao lại bởi ngoại mạc và mô liên kết xung quanh động mạch. Thành khối phình không có đủ 3 lớp áo động mạch.



# PHÂN LOẠI PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG



- A. Phình ĐMC bụng trên thận: Động mạch thân tạng và mạc treo tràng trên xuất phát từ túi phình.
- B. Phình ĐMC bụng ngang thận: Túi phình không bao gồm động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên, đầu trên túi phình không nằm dưới động mạch thận thấp nhất quá 10mm.
- C. Phình ĐMC bụng dưới thận: Đầu trên túi phình nằm dưới động mạch thận thấp nhất  $> 10\text{mm}$ .

# DỊCH TỄ HỌC

---

- Tỷ lệ mắc bệnh:
  - Nam giới: 2 – 8 %.
  - Nam trên 50 tuổi: 4 – 8 %.
  - Nữ giới: 1 – 1.3 %.
- Tỷ lệ tử vong:
  - Tại Mỹ: 7000 bệnh nhân tử vong mỗi năm do vỡ phình ĐMC bụng.



# YẾU TỐ NGUY CƠ

---

Tăng huyết áp.

Đái tháo đường.

Rối loạn chuyển hóa lipid máu.

Thừa cân, béo phì.

Lười vận động.

Hút thuốc lá.

Tuổi

Giới

Gia đình.

# LÂM SÀNG

---

## BỆNH SỬ

- Không triệu chứng, phát hiện bệnh tình cờ.
- Đau bụng: Âm ỉ, quanh rốn +/- lan sau lưng.
- Đau lưng.
- Tự sờ thấy khối u ở bụng đập theo nhịp mạch.

## KHÁM LÂM SÀNG

- Khối ở bụng ngang rốn hoặc cạnh rốn, đập theo nhịp mạch.
- Dấu De Bakey.

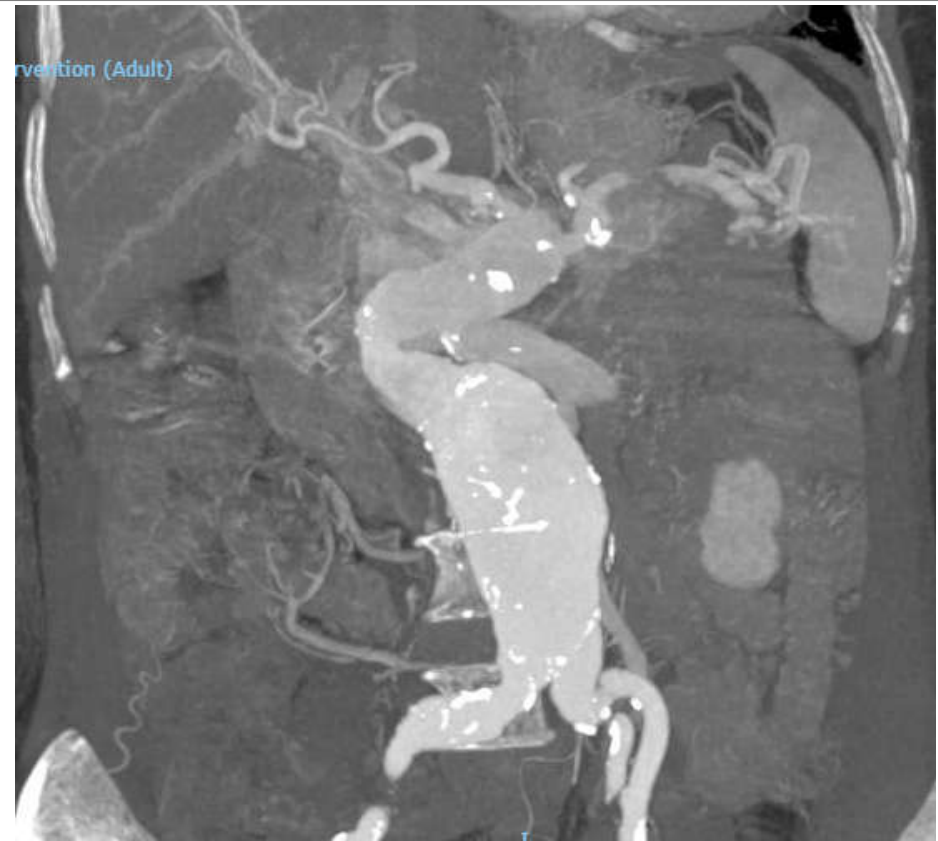
Bệnh nhân có thể nhập viện trong bệnh cảnh sốc mất máu nếu vỡ phình.

# CẬN LÂM SÀNG

---

- Tầm soát: Siêu âm bụng.
  - Nam > 65 tuổi. (IA)
  - Nữ > 65 tuổi + hút thuốc lá/ người thân cùng huyết thống bị phình ĐMC bụng. (IIbC)
  - Lâm sàng nghi ngờ phình ĐMC bụng.
- Tiêu chuẩn vàng: **Chụp cắt lớp vi tính (MSCT) cản quang** khảo sát cây động mạch chủ.

# PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG CHƯA VỠ

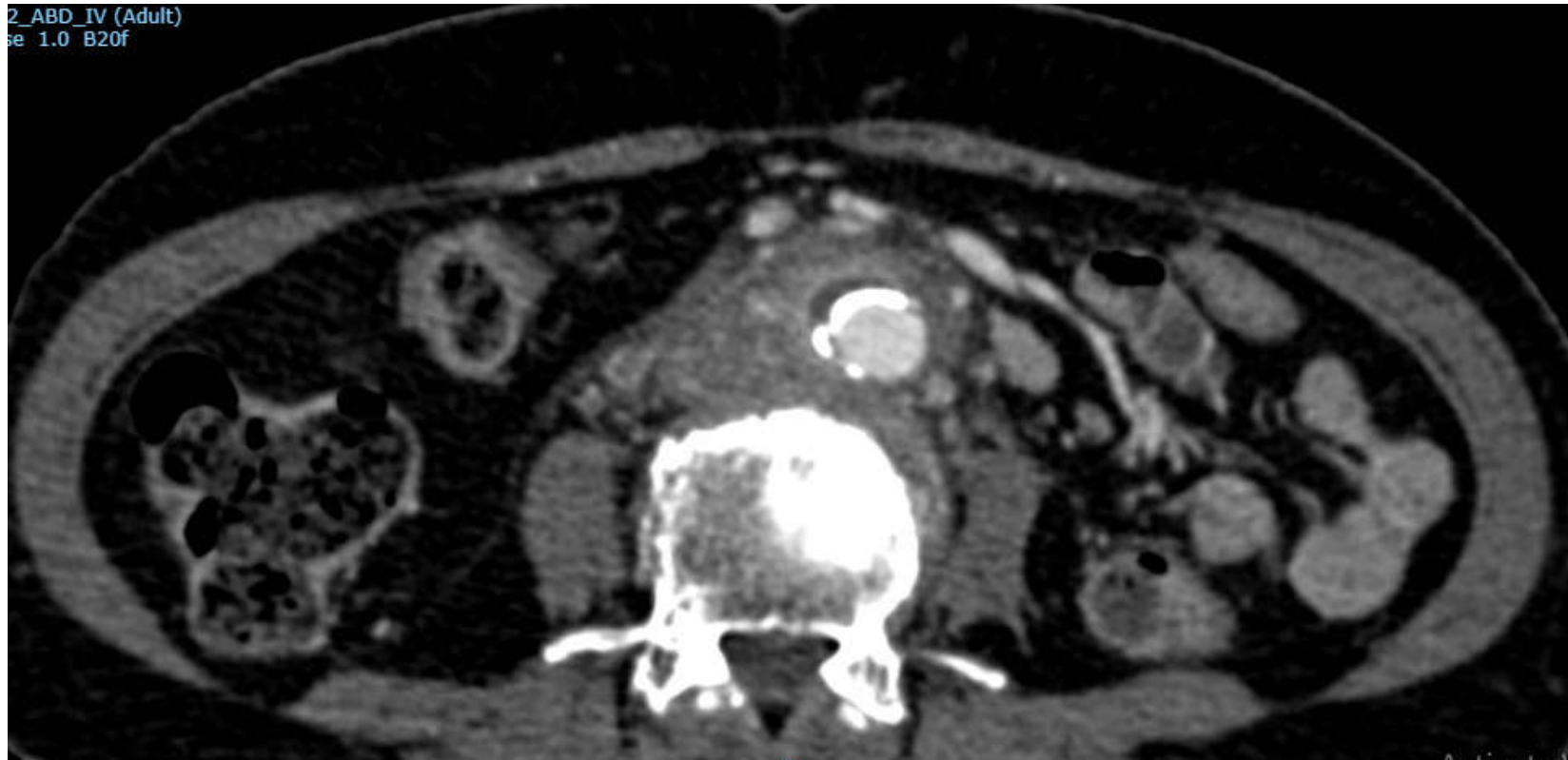


# PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VỠ

---



# PHÌNH MẠCH NHIỄM TRÙNG (MYCOTIC ANEURYSM)



# NGUY CƠ VỠ PHÌNH

| ĐƯỜNG KÍNH PHÌNH | TỈ LỆ VỠ/NĂM |
|------------------|--------------|
| < 4.0 cm         | 0 %          |
| 4.0 cm – 4.9 cm  | 0.5 % - 5 %  |
| 5.0 cm – 5.9 cm  | 3 % - 15 %   |
| 6.0 cm – 6.9 cm  | 10 % - 20 %  |
| 7.0 cm – 7.9 cm  | 20 % - 40 %  |
| ≥ 8.0 cm         | 30 % - 50 %  |

Nguy cơ vỡ phình cao khi:

- Đường kính phình tăng > 0.5cm/6 tháng.
- Bất kể kích thước ban đầu.

# CHỈ ĐỊNH CAN THIỆP

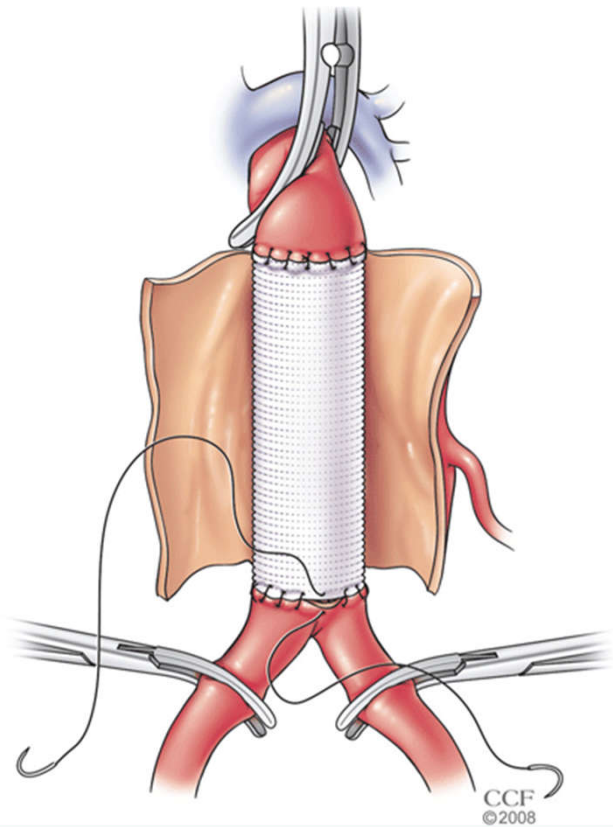
---

- Phình ĐMC bụng vỡ.
- Phình ĐMC bụng dọa vỡ.
- Phình ĐMC bụng có triệu chứng.
- Phình ĐMC bụng không triệu chứng kèm:
  - Đường kính > 55 mm. (IB)
  - Đường kính > 50 mm nếu bệnh nhân là nữ.
  - Kích thước phình tăng > 10 mm / năm. (IB)



# PHƯƠNG ÁN CAN THIỆP

---

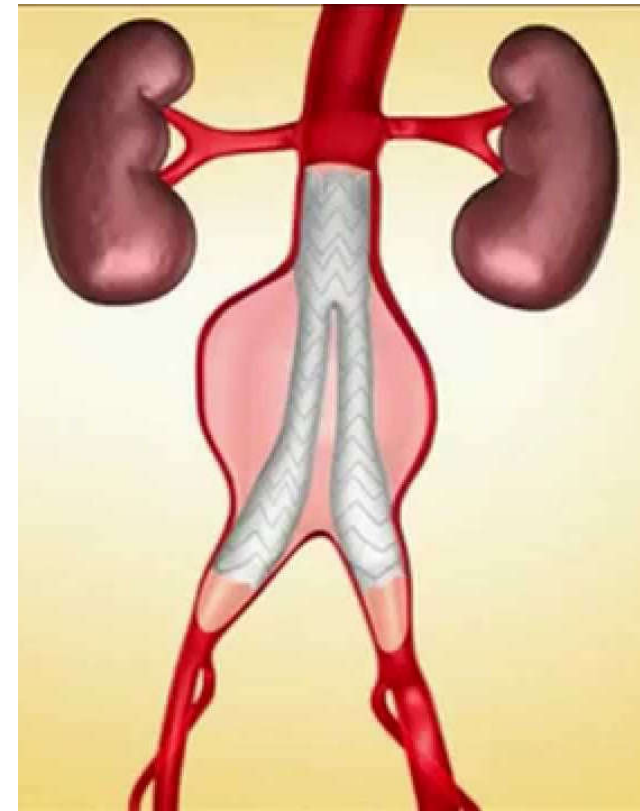


- Phẫu thuật thay đoạn phình bằng ống ghép nhân tạo.

# PHƯƠNG ÁN CAN THIỆP

---

- Đặt stent graft động mạch chủ bụng.



# KẾT LUẬN

---

- Bệnh diễn tiến âm thầm nhiều năm.
- Có thể tử vong nếu vỡ phình.
- Cần được lưu ý tầm soát theo khuyến cáo.
- Chuyển bệnh đến những trung tâm có khả năng can thiệp phình ĐMC khi có chẩn đoán hoặc nghi ngờ.

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

---

1. <https://m.ufhealth.org/uf-health-aortic-disease-center/aorta-anatomy>
2. <https://m.ufhealth.org/uf-health-aortic-disease-center/abdominal-aortic-aneurysm>
3. <http://www.onlinejacc.org/content/72/21/2591>
4. Pande, R. L. and J. A. Beckman. "Abdominal Aortic Aneurysm: Populations at Risk and How to Screen." *J Vasc Interv Radiol* 19, no. 6 Suppl (Jun 2008): S2-8.
5. Bryce, Y., P. Rogoff, D. Romanelli, and R. Reichle. "Endovascular Repair of Abdominal Aortic Aneurysms: Vascular Anatomy, Device Selection, Procedure, and Procedure-Specific Complications." *RadioGraphics* 35, no. 2 (Mar-Apr 2015): 593-615.
6. Aggarwal, Sourabh, Arman Qamar, Vishal Sharma, and Alka Sharma. "Abdominal Aortic Aneurysm: A Comprehensive Review." *Experimental and clinical cardiology* 16, no. 1 (Spring 2011): 11-15.
7. members, Authors/Task Force. "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 Adultthe Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (Esc)." *European Heart Journal* 35, no. 41 (2014): 2873-926.