

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH CỦA VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

Trần Minh Hoàng¹, Lương Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Vỡ phình động mạch chủ bụng (VPĐMCB) là một bệnh lý phẫu thuật cấp cứu, có tỷ lệ tử vong cao nên chẩn đoán nhanh chóng và chính xác là cực kỳ quan trọng. Hiện nay, cắt lớp vi tính (CLVT) là phương tiện chính để đánh giá bệnh lý VPĐMCB vì khả năng khảo sát nhanh chóng, dễ thực hiện, cho độ chính xác cao ngày được ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh của VPĐMCB trên CLVT, xác định giá trị chẩn đoán VPĐMCB và các đặc điểm hình ảnh chụp CLVT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu trên 69 bệnh nhân (BN) nghi vỡ phình động mạch chủ bụng được chụp cắt lớp vi tính và phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2019 đến 06/2023. Những đặc điểm chụp CLVT này được tính toán tỷ lệ %, giá trị p, độ nhạy, độ đặc hiệu, AUC trong phân biệt VPĐMCB và không VPĐMCB. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 48 BN VPĐMCB và 21 BN không VPĐMCB. Chúng tôi ghi nhận được 8 đặc điểm hình ảnh có ý nghĩa trong phân biệt VPĐMCB và không VPĐMCB trong đó đường kính (ĐK) ngang lớn nhất ($82,1 \pm 25,5$ mm vs $63,9 \pm 11$ mm, $p=0,002$), bề dày huyết khối bám thành ($19,5 \pm 10,1$ mm vs $15,7 \pm 5,5$ mm, $p=0,049$). Tụ máu trong hoặc sau phúc mạc (PM) là đặc điểm độ nhạy cao nhất là 97,9 %. Các đặc điểm mất liên tục thành mạch và thoát mạch thuốc tương phản đều có độ đặc hiệu cao nhất là 100 %. Các đặc điểm huyết khối tăng đậm độ hình liềm và vỡ được bao lại có độ nhạy thấp đều là 52,1 % nhưng độ đặc hiệu cao > 80%, lần lượt 90,5% và 81%. Huyết khối đậm độ không đồng nhất là một đặc điểm gợi ý không VPĐMCB. **Kết luận:** ĐK ngang lớn nhất và bề dày huyết khối bám thành ở BN VPĐMCB cao hơn có ý nghĩa BN không VPĐMCB. Tụ máu trong hoặc sau PM là đặc điểm riêng lẻ có giá trị nhất trong chẩn đoán VPĐMCB. Các đặc điểm mất liên tục thành mạch và thoát mạch thuốc tương phản đều có độ đặc hiệu cao nhất. Các đặc điểm huyết khối tăng đậm độ hình liềm và vỡ được bao lại có độ nhạy thấp nhưng có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán VPĐMCB. Huyết khối đậm độ không đồng nhất là một đặc điểm gợi ý không VPĐMCB.

Từ khóa: vỡ phình động mạch chủ bụng, chụp cắt lớp vi tính.

SUMMARY

STUDY OF COMPUTED TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS OF RUPTURED

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Hoàng

Email: drtranminhhoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM

Introduction: Ruptured abdominal aortic aneurysm (RAAA) is a surgical emergency condition with a high mortality rate, so rapid and accurate diagnosis is extremely important. Currently, computed tomography (CT) is the primary tool for assessing RAAA due to its ability to provide quick and easy evaluation with high accuracy and it is widely used in clinical practice. **Objective:** To describe the characteristic features of RAAA on computed tomography and identify the diagnostic value of these imaging characteristics for RAAA. **Methods:** A cross-sectional study was conducted, describing and analyzing data from 69 patients suspected of abdominal aortic aneurysm rupture who underwent computed tomography and surgery at Cho Ray Hospital from January 2019 to June 2023. The characteristics from these CT scans were calculated as percentages, p-values, sensitivity, specificity and AUC in differentiating between abdominal aortic aneurysm rupture and non-rupture cases. **Results:** The study included 48 patients with RAAA and 21 patients with non-RAAA. We observed eight significant imaging features in distinguishing RAAA from non-RAAA. Among these, the maximum horizontal dimension (82.1 ± 25.5 mm vs 63.9 ± 11 mm, $p = 0.002$), thickness mural thrombus (19.5 ± 10.1 mm vs 15.7 ± 5.5 mm, $p=0.049$), intra- or retroperitoneal hematoma was the highest sensitivity feature at 97.9%. The characteristics of focal wall discontinuity and contrast extravasation both demonstrated the highest specificity at 100%. The characteristics of hyperattenuating crescent sign and draped aorta sign had low sensitivity at 52.1% but high specificity, exceeding 80% at 90.5% and 81%, respectively. Heterogeneous thrombus attenuation was indicative of non-RAAA. **Conclusion:** The maximum horizontal diameter and mural thrombus thickness were higher in patients with RAAA compared to patients without RAAA and were statistically significant. Intra- or retroperitoneal hematoma was the single most valuable feature in diagnosing RAAA. The features of focal wall discontinuity and contrast extravasation both had the highest specificity. The features of hyperattenuating crescent sign and draped aorta sign had low sensitivity but high specificity in diagnosing RAAA. Heterogeneous thrombus attenuation was a feature suggestive of non-RAAA.

Keywords: Rupture of abdominal aortic aneurysm, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ phình động mạch chủ bụng (VPĐMCB) là một bệnh lý phẫu thuật cấp cứu, có tỷ lệ tử vong cao, ước tính khoảng 50-90% và cao lên tới 75% đối với các phương pháp phẫu thuật hiện tại.¹ Thời gian từ lúc chẩn đoán đến khi được can

thIỆP phẫu thuật có liên quan trực tiếp đến tiên lượng sống còn của bệnh nhân, nên chẩn đoán nhanh chóng và chính xác là cực kỳ quan trọng.²

Bệnh nhân nghi ngờ VPĐMCB khi có các triệu chứng cơ năng như đau bụng, hông, lưng dữ dội, có thể kèm ngất, triệu chứng thực thể như tình trạng tụt huyết áp, phát hiện khối động mạch chủ có mạch đập.³ Nếu có đầy đủ các triệu chứng như trên, bệnh nhân có thể ngay lập tức được chuyển đến phòng can thiệp hoặc phẫu thuật. Tuy nhiên, những bệnh nhân có đầy đủ các triệu chứng chỉ chiếm <50% các bệnh nhân có VPĐMCB.⁴ Không chắc chắn trong chẩn đoán còn có thể do biểu hiện đau không điển hình, rối loạn huyết động thường biểu hiện muộn nhất và chỉ có ở 25% bệnh nhân, ý thức của bệnh nhân thay đổi do rối loạn huyết động... Mặt khác, phẫu thuật mở bụng khẩn cấp cho tất cả các bệnh nhân có lâm sàng nghi ngờ VPĐMCB nhưng chưa được chứng minh bằng các phương tiện khảo sát khác có thể dẫn đến các tai biến thiếu máu, tai biến phẫu thuật nếu chẩn đoán lâm sàng không chính xác. Vì vậy để tối đa hóa khả năng chẩn đoán, hạn chế bỏ sót thì các bác sĩ lâm sàng luôn luôn phải nghĩ tới VPĐMCB khi có một trong các dấu hiệu trên và cần thiết phải chỉ định thêm các phương tiện hình ảnh để khảo sát.

Siêu âm là phương pháp đơn giản nhất, an toàn, không xâm lấn để phát hiện PĐMC và có thể thực hiện tại giường bệnh trong đa số các trường hợp. Siêu âm có độ nhạy cao trong đánh giá kích thước túi phình nhưng lại kém nhạy hơn CLVT trong khả năng đánh giá các dấu hiệu dọa vỡ hay vỡ.⁵ Kỹ thuật chụp mạch máu bằng CLVT (CTA) được xem là phương tiện hình ảnh thường quy và phổ biến nhất trong đánh giá VPĐMCB vì ưu điểm không xâm lấn, nhanh và sẵn có ở hầu hết bệnh viện. CLVT có tiềm thuốc tương phản có độ nhạy 91,4% và độ đặc hiệu 93,6% trong chẩn đoán VPĐMCB.⁶ Những kỹ thuật xử lý như tái tạo đa mặt phẳng (MPR) giúp đánh giá đánh giá kích thước ba chiều của túi phình động mạch chủ, vị trí vỡ, liên quan túi phình với các cấu trúc xung quanh... từ đó có những tiên lượng chính xác hơn và đề ra các kế hoạch điều trị chi tiết cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân có PĐMCB nghi vỡ và được phẫu thuật, có tường trình phẫu thuật, nằm viện và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ ngày 01/01/2019 đến 30/06/2023.

Tiêu chuẩn chọn vào. Các bệnh nhân có PĐMCB nghi vỡ được phẫu thuật có chụp CLVT

có tiềm thuốc tương phản trước đó trong 2h tại bệnh viện Chợ Rẫy từ ngày 01/01/2019 đến 30/06/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ. Thời gian từ lúc chụp CLVT đến phẫu thuật >2h.⁷

PĐMCB đã điều trị phẫu thuật, can thiệp, không kèm tổn thương các tạng khác trong ổ bụng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, hồi cứu.

Phương pháp thực hiện. Sử dụng các máy chụp CT Siemens SOMATO Definition AS 64 và 128 dãy đầu dò ở BV Chợ Rẫy. Thông số kỹ thuật: độ dày lát cắt 0,625 mm, Pitch 1,4, kV# 120mAs thay đổi từ 100mA đến 150mA tùy theo trọng lượng bệnh nhân. Tốc độ quay đầu đèn là 0,5ms/vòng. Ma trận đầu dò 512x512. Tái tạo lát cắt độ dày 1 mm. Trường khảo sát: từ đốt sống ngực 12 đến xương mu. Tư thế chụp: bệnh nhân nằm ngửa, hai tay hướng về phía đầu. Hướng dẫn bệnh nhân nín thở trong thời gian thực hiện các lát cắt để tránh xáo ảnh. Các thì: không thuốc, thì động mạch (30-40s) và thì tĩnh mạch (60-70s). Cần nhắc chụp thì muộn thuộc về bác sĩ chẩn đoán hình ảnh khi cần chỉ định. Các thuốc tương phản tiêm tĩnh mạch: Iode tan trong nước loại không ion hóa có áp lực thẩm thấu thấp, liều lượng 1,5-2ml/kg, tốc độ bơm # 5ml/s.

Các đặc điểm chung của mẫu được ghi nhận tuổi, giới. Các đặc điểm hình ảnh trên chụp CLVT được chúng tôi đánh giá bao gồm vị trí túi phình so với ĐM thận, ĐK ngang lớn nhất, cổ trên, chiều dài của túi phình, hình dạng, bề dày và đậm độ huyết khối bám thành, đóng vôi thành túi phình, màng vôi hóa tiếp tuyến, mất liên tục thành mạch, rò PĐMCB, thoát mạch thuốc tương phản, tụ máu trong hoặc sau PM, vỡ được bao lại.

Xử lý số liệu. Nhập số liệu bằng Excel 365, xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê STATA 14.0

Các biến số định tính được mô tả bằng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được mô tả bằng số trung bình, trung vị. Các tỉ lệ được so sánh bằng phép kiểm Chi-Square hoặc phép kiểm Fisher. Các giá trị trung bình được so sánh bằng phép kiểm T-test hoặc Wilcoxon/Mann – Whitney. Các phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

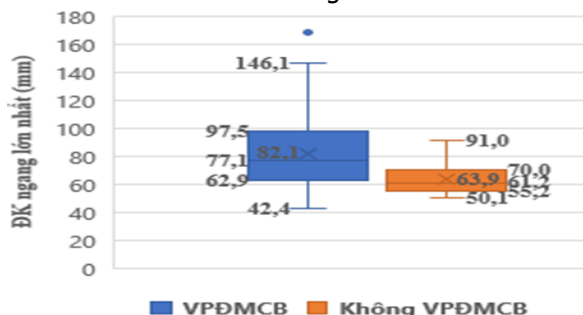
Mô tả số lượng, trung bình, tỷ lệ các biến số đặc điểm chung, hình ảnh chụp CLVT ở nhóm VPĐMCB và nhóm không VPĐMCB. So sánh sự khác biệt về tỷ lệ của các biến số đặc điểm hình ảnh chụp CLVT ở hai nhóm. Các biến số với tỷ lệ mang sự khác biệt có ý nghĩa thống kê sẽ tiến

hành tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, tỉ số chênh OR, khoảng tin cậy 95 % OR và vẽ đường cong ROC.

Y đức. Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 904/HĐĐĐ, ngày 22/11/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu chúng tôi có 69 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn mẫu, 48 BN VPĐMCB và 21 BN không VPĐMCB trên phẫu thuật. Tuổi trung bình của nhóm VPĐMCB là 68,5, dao động từ 48 đến 96 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 5/1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi ($p=0,093$) và giới tính ($p=0,716$) giữa hai nhóm VPĐMCB và không VPĐMCB.

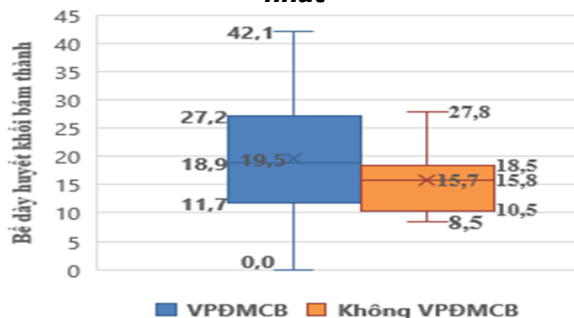


Bảng 1. Giá trị chẩn đoán VPĐMCB của các dấu hiệu chụp CLVT.

Đặc điểm	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	OR (95% CI OR)	AUC
Huyết khối tăng đậm độ hình liềm	52,1%	90,5%	10,33 (2,16 - 49,30)	0,72
Mất liên tục thành mạch	83,3%	100%	NA	0,92
Tụ máu trong hoặc sau PM	97,9%	90,2%	446,50 (38,19 - 5220,36)	0,94
Thoát mạch thuốc tương phản	25%	100%	NA	0,63
Vỡ được bao lại	52,1%	81%	4,62 (1,35 - 15,77)	0,67
Huyết khối không đồng nhất	39,6%	23,8%	0,20 (0,06 - 0,65)	-

Trong các đặc điểm hình ảnh có ý nghĩa gợi ý đến VPĐMCB, đặc điểm tụ máu trong hoặc sau PM có độ nhạy cao nhất là 97,9% và có độ đặc hiệu là 90,2%. Các đặc điểm mất liên tục thành mạch và thoát mạch thuốc tương phản đều có độ đặc hiệu cao nhất là 100% trong chẩn đoán VPĐMCB tuy nhiên đặc điểm thoát mạch thuốc tương phản có độ nhạy thấp nhất là 25%, đặc điểm mất liên tục thành mạch có độ nhạy cao hơn là 83,3%. Các đặc điểm huyết khối tăng đậm độ hình liềm và vỡ được bao lại có độ nhạy thấp đều là 52,1% nhưng có độ đặc hiệu cao >80% lần lượt là 90,5% và 81%. Huyết khối đậm độ không đồng nhất là một đặc điểm gợi ý không VPĐMCB. So sánh chỉ số AUC của mỗi đặc điểm riêng lẻ, chúng tôi ghi nhận đặc điểm tụ máu trong hoặc sau PM có chỉ số AUC cao nhất, nghĩa là có độ chính xác cao nhất trong chẩn

Hình 1. Phân bố mẫu NC theo ĐK ngang lớn nhất



Hình 2. Phân bố mẫu NC theo bề dày HK

Chúng tôi ghi nhận được 8 đặc điểm hình ảnh có ý nghĩa trong phân biệt VPĐMCB và không VPĐMCB là ĐK ngang lớn nhất của túi phình, bề dày huyết khối bám thành, huyết khối tăng đậm độ hình liềm, huyết khối đậm độ không đồng nhất, mất liên tục thành mạch, tụ máu trong hoặc sau PM, thoát mạch thuốc tương phản, vỡ được bao lại.

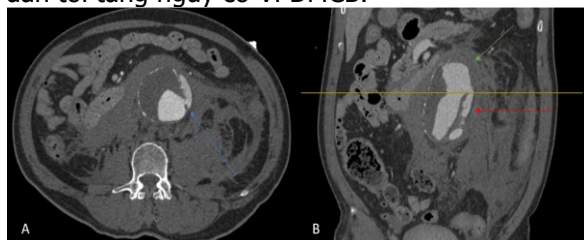
So sánh hai nhóm VPĐMCB và không VPĐMCB ghi nhận hai đặc điểm có ý nghĩa thống kê là ĐK ngang lớn nhất ($82,1 \pm 25,5$ mm vs $63,9 \pm 11$ mm, $p=0,002$), bề dày huyết khối bám thành ($19,5 \pm 10,1$ mm vs $15,7 \pm 5,5$ mm, $p=0,049$).

đoán phân biệt VPĐMCB và không VPĐMCB.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ĐK ngang lớn nhất túi phình ở nhóm VPĐMCB là 82,1 mm và nhóm không VPĐMCB là 63,9 mm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của tác giả F.Biancari⁸ (82mm vs 72mm, $p=0,004$), Heqian Liu⁹ (78mm vs 68mm, $p=0,003$). Theo y văn, ĐK ngang lớn nhất túi phình là yếu tố dự đoán VPĐMCB được chấp nhận nhiều nhất.¹⁰ Cơ chế bệnh sinh của túi phình chung quy đều liên quan đến mỏng lớp trung mạc và mất tế bào cơ trơn, sợi collagen và elastic. Do đó PĐMCB có các quá trình biến đổi trên càng nhiều thì kích thước túi phình càng lớn và nguy cơ VPĐMCB càng tăng dần theo kích thước.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bề dày huyết khối bám thành ở nhóm VPĐMCB là 19,5 mm và nhóm không VPĐMCB là 15,7 mm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,049$). Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của các tác giả Huaxin Wang (17mm vs 13mm, $p=0,039$) được thực hiện nghiên cứu dân số châu Á – có chung đặc điểm dân số với nghiên cứu của chúng tôi. Có các suy đoán rằng, phần PĐMCB được bao phủ bởi huyết khối này sẽ bị thiếu oxy, bản thân bên trong huyết khối cũng xảy ra các hoạt động trao đổi chất, có chứa các tế bào góp phần vào hoạt động phân giải protein.¹² Từ tất cả các ý trên bề dày huyết khối càng lớn càng góp phần suy yếu thành mạch dẫn tới tăng nguy cơ VPĐMCB.



Hình 3. Các đặc điểm hình ảnh CLVT của VPĐMCB

"Nguồn: Bệnh nhân Kim K., nam, 68 tuổi – BV Chợ Rẫy – Số nhập viện: 2210056388".

(A) Hình chụp CLVT mặt phẳng ngang, thì động mạch, mũi tên xanh dương: vị trí mất liên tục thành mạch. (B) Hình chụp CLVT mặt phẳng đứng ngang, thì động mạch, mũi tên đỏ: hình ảnh thoát mạch thuốc tương phản, mũi tên xanh lá: tụ máu sau PM.

Trong các đặc điểm hình ảnh có ý nghĩa gợi ý đến VPĐMCB, đặc điểm tụ máu trong hoặc sau PM có độ nhạy cao nhất là 97,9 % và có độ đặc hiệu là 90,2 %, đây là đặc điểm có giá trị nhất trong chẩn đoán VPĐMCB, kết quả này tương đồng với ý kiến của tác giả Catalano¹³ (Ss: 82,7 %, Sp: 100 %) Đặc điểm mất liên tục thành mạch có độ nhạy là 83,3%, độ đặc hiệu là 100%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Joy Roy¹⁴ (Ss: 82,7%, Sp: 100%).

Mặt khác đặc điểm thoát mạch thuốc tương phản có độ nhạy là 25 %, độ đặc hiệu là 100 % Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đoàn Văn Hoan¹⁵ (Ss: 36,8%, Sp: 100%) nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của tác giả Jalalzadeh¹⁶ (Ss: 69%, Sp: 100%). Sự khác biệt này có thể giải thích do khác biệt về cỡ mẫu. Bên cạnh đó nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện tuyến cuối, thời gian khởi phát đến lúc nhập viện kéo dài, tỉ lệ xuất hiện đặc điểm này có xu hướng giảm theo thời gian.

Đặc điểm vỡ được bao lại có độ nhạy là 52,1%, độ đặc hiệu là 81%, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lihuan Wang (Ss: 45%, Sp: 88%). Đặc điểm huyết khối tăng đậm độ hình liềm này có độ đặc hiệu rất cao là 90,5 %, tuy nhiên độ nhạy chỉ khoảng 52,1%, nghiên cứu của các tác giả Joy Roy (Ss: 38,1%, Sp: 85,7%) có độ đặc hiệu cao tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, nhưng độ nhạy thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể giải thích do khác biệt về cỡ mẫu và thời gian từ lúc bắt đầu triệu chứng đến lúc nhập viện làm khác nhau về tỷ lệ xuất hiện của đặc điểm này.

V. KẾT LUẬN

Đường kính ngang lớn nhất và bề dày huyết khối bám thành ở BN VPĐMCB cao hơn BN không VPĐMCB. Tụ máu trong hoặc sau PM là đặc điểm riêng lẻ có giá trị nhất trong chẩn đoán VPĐMCB. Các đặc điểm mất liên tục thành mạch và thoát mạch thuốc tương phản đều có độ đặc hiệu cao nhất. Các đặc điểm huyết khối tăng đậm độ hình liềm và vỡ được bao lại có độ nhạy đều thấp nhưng có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán VPĐMCB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Vu KN, Kaitoukov Y, Morin-Roy F, et al.** Rupture signs on computed tomography, treatment, and outcome of abdominal aortic aneurysms. *Insights Imaging*. Jun 2014;5(3):281-93. doi:10.1007/s13244-014-0327-3
- Warner CJ, Roddy SP, Chang BB, et al.** Regionalization of Emergent Vascular Surgery for Patients With Ruptured AAA Improves Outcomes. *2016; 264(3): 538-543.* doi:10.1097/sla.0000000000001864
- Lech C, Swaminathan A.** Abdominal Aortic Emergencies. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2017/11/01/ 2017;35(4):847-867. doi:https://doi.org/10.1016/j.emc.2017.07.003
- Donaldson MC, Rosenberg JM, Bucknam CA.** Factors affecting survival after ruptured abdominal aortic aneurysm. *Journal of vascular surgery*. Jul 1985;2(4):564-70.
- Buijs RVC, Willems TP, Tio RA, et al.** Current state of experimental imaging modalities for risk assessment of abdominal aortic aneurysm. *Journal of vascular surgery*. 2013/03/01/ 2013;57(3):851-859. doi:https://doi.org/10.1016/j.jvs.2012.10.097
- Fernando SM, Tran A, Cheng W, et al.** Accuracy of presenting symptoms, physical examination, and imaging for diagnosis of ruptured abdominal aortic aneurysm: Systematic review and meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*. 2022/04/01 2022;29(4):486-496. doi:https://doi.org/10.1111/acem.14475
- Lloyd GM, Bown MJ, Norwood MGA, et al.** Feasibility of preoperative computer tomography in

patients with ruptured abdominal aortic aneurysm: a time-to-death study in patients without operation. *Journal of vascular surgery*. 2004; 39(4): 788-791. doi:10.1016/j.jvs.2003.11.041

8. **Biancari F, Paone R, Venermo M, D'Andrea V, Perälä J.** Diagnostic Accuracy of Computed Tomography in Patients with Suspected Abdominal Aortic Aneurysm Rupture. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2013; 45(3): 227-230. doi:10.1016/j.ejvs.2012.12.006

9. **Liu H, Chen Z, Tang C, et al.** High-density thrombus and maximum transverse diameter on multi-spiral computed tomography angiography combine to predict abdominal aortic aneurysm rupture. *Original Research*. 2022-September-30 2022;9doi:10.3389/fcvm.2022.951264

10. **Lindeman JH, Matsumura JS.** Pharmacologic Management of Aneurysms. *Circulation research*. 2019/02// 2019;124(4):631-646. doi:10.1161/circresaha.118.312439

ĐIỀU TRỊ THUỐC HẠ LIPID MÁU THEO KHUYẾN CÁO TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 MỚI CHẨN ĐOÁN

Nguyễn Văn Sĩ^{1,2}, Lê Huỳnh Ngọc Tú³, Đinh Quốc Bảo¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Đái tháo đường type 2 là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng. Bên cạnh việc ổn định đường huyết, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ khác bao gồm rối loạn lipid máu với chỉ số đại diện là LDL cholesterol là cần thiết để phòng ngừa sự hình thành và tiến triển của các biến chứng tim mạch. Việc điều trị thuốc hạ lipid máu theo khuyến cáo ngay tại thời điểm mới chẩn đoán đái tháo đường type 2 giúp kiểm soát LDL cholesterol hiệu quả và cải thiện tiên lượng. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỉ lệ các thuốc hạ lipid máu trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán và sự tương hợp với các khuyến cáo điều trị hiện hành. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên người bệnh đái tháo đường type 2 được chẩn đoán trong vòng 6 tháng tại phòng khám Nội tiết và phòng khám Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Đơn thuốc được ghi nhận tại thời điểm người bệnh đến thăm khám. Sự phù hợp với khuyến cáo điều trị thuốc hạ lipid máu được đánh giá dựa trên phác đồ điều trị của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020. **Kết quả:** Nghiên cứu tuyển chọn 275 người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán. Tỉ lệ đồng mắc rối loạn lipid máu là 81,8%. Phân tầng nguy cơ tim mạch bao gồm trung bình 3,6%, cao 53,1% và rất cao 43,3%. Phần lớn (62,9%) điều trị statin, 22,5% phối hợp statin với ezetimibe, 12,8% fibrate đơn độc và 1,5% phối hợp statin với fibrate. Tỉ lệ chỉ định statin cường độ cao và trung bình lần lượt là 5,8% và 94,2%. Theo khuyến cáo của Bộ Y tế, tỉ lệ người bệnh nguy cơ cao hoặc rất cao được chỉ định statin cường độ cao là 3,8%. Tỉ lệ người bệnh đái tháo đường từ 40 – 75 tuổi, bất kể nguy cơ tim mạch xơ vữa điều trị statin cường độ trung bình là 61%. **Kết luận:** Điều trị thuốc hạ lipid máu theo khuyến cáo

trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán cần được cải thiện hơn về tỉ lệ chỉ định statin cũng như cường độ statin. **Từ khóa:** Đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, thuốc hạ lipid máu, statin

SUMMARY

GUIDELINE-DIRECTED LIPID-LOWERING MEDICAL TREATMENT IN NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES PATIENTS

Introduction: Type 2 diabetes is a significant cardiovascular risk factor. In addition to stabilizing blood glucose, managing other risk factors such as dyslipidemia, particularly LDL cholesterol, is essential to prevent the development and progression of cardiovascular complications. Initiating guideline-directed lipid-lowering treatment at diagnosis effectively controls LDL cholesterol and improves patient prognosis. **Objective:** This study aimed to determine the prescription rate of lipid-lowering medications according to current guidelines in newly diagnosed type 2 diabetes patients. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on type 2 diabetes patients diagnosed within the past six months at the Endocrinology and Family Medicine clinics of the University Medical Center, Ho Chi Minh City. Prescriptions were recorded at the time of the patient's visit, and adherence to lipid-lowering treatment guidelines was evaluated based on the 2020 treatment guidelines of the Ministry of Health of Vietnam. **Results:** 275 newly diagnosed type 2 diabetes patients were enrolled in the study. The prevalence of comorbid dyslipidemia was 81,8%. Cardiovascular risk stratification included 3,6% at moderate risk, 53,1% at high risk, and 43,3% at very high risk. Most patients (62,9%) were prescribed statins, 22,5% received a combination of statin and ezetimibe, 12,8% received fibrate monotherapy, and 1,5% were prescribed a combination of statin and fibrate. The proportion of patients prescribed high-intensity and moderate-intensity statins was 5,8%, and 94,2% According to the Ministry of Health guidelines, 3,8% of patients at high or very high cardiovascular risk were prescribed high-intensity statins. Among patients aged 40–75, 61% were treated with moderate-intensity statins, regardless of cardiovascular risk. **Conclusion:** Lipid-lowering

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

³Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025