

ẢNH HƯỞNG CỦA HÌNH THÁI GIẢI PHẪU QUAI ĐỘNG MẠCH CHỦ TRONG PHẪU THUẬT LÓC ĐỘNG MẠCH CHỦ LOẠI A CẤP TÍNH

Phùng Duy Hồng Sơn¹, Hoàng Thế Anh²,
Hoàng Trọng Hải¹, Vũ Đức Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mỗi liên quan giữa đặc điểm giải phẫu của quai động mạch chủ và nguy cơ hình thành lóc động mạch chủ loại A và phẫu thuật bệnh lý này còn chưa được nghiên cứu rõ ràng. Nghiên cứu này nhằm đánh giá ảnh hưởng của các hình thái quai động mạch chủ bình thường trong điều trị ngoại khoa lóc động mạch chủ loại A cấp tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành hồi cứu tất cả các bệnh nhân lóc động mạch chủ loại A cấp tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2021-2022. **Kết quả:** Trong 89 bệnh nhân lóc động mạch chủ loại A cấp tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2022, 5 bệnh nhân có bất thường giải phẫu quai động mạch chủ. Trong nhóm có quai động mạch chủ bình thường, nhóm loại I có tỷ lệ lớn nhất (57,1%), cao gấp 3 lần loại II (19,0%) và trên 2 lần loại III (23,8%); với nhóm quai loại II có tiền sử tăng huyết áp cao hơn đáng kể, bệnh nhân có quai loại III thường có tổn thương mạch tạng hơn hai nhóm còn lại. Sau phẫu thuật, tỷ lệ tử vong sớm và tỷ lệ phẫu thuật lại sớm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu lần lượt là 11,2% và 5,6%; trong đó nguyên nhân tử vong sớm hay gặp nhất là suy đa tạng, nguyên nhân phẫu thuật lại phổ biến nhất là chảy máu. Kiểu hình giải phẫu của quai động mạch chủ bình thường không có ảnh hưởng có ý nghĩa với đặc điểm phẫu thuật và kết quả sớm sau phẫu thuật lóc động mạch chủ loại A cấp tính. **Kết luận:** Đặc điểm giải phẫu của quai động mạch chủ có thể là một yếu tố nguy cơ của bệnh lý lóc động mạch chủ loại A cấp tính và tiên lượng trong phẫu thuật bệnh lý này, đặc biệt là quai động mạch chủ loại III, tuy nhiên, cần thực hiện thêm những nghiên cứu chuyên sâu một cách hệ thống để làm sáng tỏ vấn đề này. **Từ khóa:** Lóc động mạch chủ, giải phẫu, quai động mạch chủ, ngoại khoa

SUMMARY

IMPACT OF NORMAL AORTIC ARCH MORPHOLOGIES ON ACUTE TYPE A AORTIC DISSECTION SURGERY

Objectives: The relationship between anatomical characteristics of the aortic arch and the risk of type A aortic dissection and surgery for this disease remained unclear. This study evaluated the effects of the types

of normal aortic arch on acute type A aortic dissection surgery. **Methods and results:** We retrospectively reviewed all patients with acute type A aortic dissection who underwent surgery at Viet Duc University Hospital from January 2021 to December 2022. Of total 89 patients, 5 patients had abnormal aortic arch anatomy. Among the group with normal aortic arch, type I group had the highest rate (57.1%), 3 times higher than type II (19.0%) and over 2 times higher than type III (23.8%). Type II arch group had a significantly higher history of hypertension, while patients with type III arch were more likely to have visceral vessel injuries than the other two groups. Postoperatively, the early mortality rate and early reoperation rate were 11.2% and 5.6%, respectively. The most common cause of postoperative early death was multiorgan failure and this of reoperation was bleeding. The types of the normal aortic arch showed no significant influence on surgical characteristics and early outcomes after surgery for acute type A aortic dissection. **Conclusions:** The anatomical morphology of the normal aortic arch may be a risk factor for acute type A aortic dissection and the predictor in surgery for this disease, especially type III arch configuration, however, more systematic and in-depth studies are required to clarify this issue. **Keywords:** Aortic dissection, anatomy, aortic arch, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lóc động mạch chủ (LĐMC) là bệnh lý do có vết rách lớp áo trong thành động mạch chủ (ĐMC), qua đó dòng máu áp lực cao trong lòng ĐMC đi vào giữa các lớp áo dẫn tới tách thành ĐMC [1]. LĐMC loại A được định nghĩa là các tổn thương lóc có liên quan tới ĐMC lên. Đây là một bệnh lý nặng, đe dọa tính mạng với tỷ lệ tử vong và biến chứng cao. Phẫu thuật là phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị LĐMC loại A [2]. Mục tiêu quan trọng hàng đầu của phẫu thuật là loại bỏ lỗ vào vết rách lớp áo trong, lòng già và đảm bảo được tưới máu trong lòng thật, để đạt được mục đích này đôi khi rất khó khăn tùy thuộc vào vị trí lỗ vào và phạm vi tổn thương lóc của ĐMC, nhất là khi có tổn thương tại quai ĐMC. Đặc điểm giải phẫu của quai ĐMC được xem là một trong những yếu tố nguy cơ của LĐMC nói chung [3] và loại A nói riêng và có ảnh hưởng tới quá trình thực hiện cũng như kết quả phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật lên quai ĐMC. Nghiên cứu đặc điểm hình thái quai ĐMC và các nhánh của quai có giá trị quan trọng trong lên kế hoạch phẫu thuật. Tuy nhiên, cho đến nay, vẫn chưa có

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thế Anh

Email: hoangtheanhngoaitimmach@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

hiều nghiên cứu đánh giá mối quan hệ giữa kiểu hình của quai ĐMC và đặc điểm cũng như kết quả phẫu thuật LĐMC loại A cấp tính, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm kiểu hình quai ĐMC trên bệnh nhân LĐMC loại A cấp tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân LĐMC loại A cấp tính được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2021-2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán LĐMC loại A cấp tính và phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 tới tháng 12/2022.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng, biên bản phẫu thuật, điều trị sau mổ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm:

- Các bệnh nhân LĐMC loại A cấp tính không phẫu thuật hoặc tử vong trước phẫu thuật.

- Các bệnh nhân LĐMC loại A cấp tính được phẫu thuật tại bệnh viện khác sau đó chuyển đến bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

2.1.3. Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu thu thập số liệu về các bệnh nhân LĐMC loại A cấp tính được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 tới tháng 12/2022.

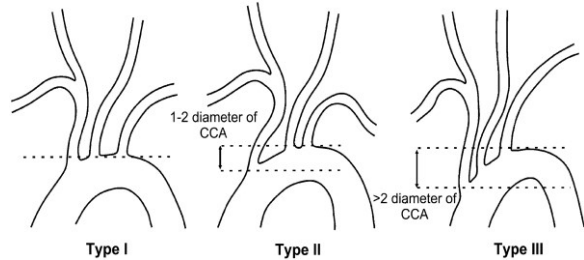
2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, không nhóm chứng, có so sánh giữa các nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Đặc điểm giải phẫu của quai ĐMC được đánh giá qua hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) trước mổ và quan sát trực tiếp trong mổ (theo mô tả trong biên bản phẫu thuật). Qua đó, quai ĐMC có kiểu hình bình thường, gồm 3 nhánh theo thứ tự từ phải qua trái lần lượt là thân cánh tay đầu (TCTĐ), động mạch cảnh chung trái (CCT) và động mạch dưới

đòn trái (DDT), được phân thành 3 loại I, II và III [3]. Những trường hợp quai ĐMC không có đặc điểm giải phẫu như trên được gọi quai ĐMC bất thường.

2.2.2. Cỡ mẫu: Thuận tiện, tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tổng số 89 bệnh nhân.

2.2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS 20.0. Phân tích đặc điểm phân bố các kiểu hình quai ĐMC và kết cục lâm sàng cho từng nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo kiểu hình quai ĐMC.



Hình 1. Phân loại quai ĐMC bình thường [3]

Diameter of CCA: đường kính gốc động mạch cảnh chung trái

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp có bất thường quai ĐMC: 3 trường hợp quai ĐMC kiểu Bovine (TCTĐ và CCT chung gốc hoặc CCT xuất phát từ TCTĐ), 1 trường hợp động mạch đốt sống trái xuất phát trực tiếp từ quai và 1 trường hợp có động mạch dưới đòn phải và động mạch cảnh chung phải xuất phát từ quai. Trong nhóm có quai ĐMC bình thường, loại I có tỷ lệ lớn nhất (57,1%), cao gấp 3 lần loại II (19,0%) và trên 2 lần loại III (23,8%). Đa số bệnh nhân (60,7%) được phẫu thuật trong vòng 48 giờ đầu kể từ khi khởi phát.

Bảng 1: Đặc điểm chung theo các nhóm kiểu hình quai ĐMC bình thường

	Loại I (n=48)	Loại II (n=16)	Loại III (n=20)	P
Tuổi	59,4 ± 7,9	64,1 ± 13,2	61,0 ± 8,5	0,141
Giới (n%)				0,255
Nam	32 (66,7%)	10 (62,5%)	17 (85,0%)	
Nữ	16 (33,3%)	6 (37,5%)	3 (15,0%)	
Tiền sử bệnh (n%)				
THA*	37 (77,1%)	14 (87,5%)	10 (50,0%)	0,030
Bệnh lý ĐMC	5 (10,4%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	0,440
ĐTĐ**	4 (8,3%)	2 (12,5%)	0 (0,0%)	0,309
Giảm tưới máu tạng (n%)	13 (27,1%)	3 (18,9%)	4 (20,0%)	0,827
Chèn ép tim cấp (n%)	9 (18,9%)	3 (18,9%)	0 (0,0%)	0,071
Lọc mạch tạng (n%)	19 (39,6%)	1 (6,25%)	11 (55,0%)	0,005
Đường kính ĐMC lên (cm)	4,7 ± 0,8	4,1 ± 0,7	4,5 ± 0,7	0,038
Đường kính quai (cm)	3,6 ± 0,7	3,6 ± 1,2	3,4 ± 0,5	0,624

*Tăng huyết áp, **Đái tháo đường

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tuổi và giới cũng như tiền sử bệnh lý ĐMC giữa các nhóm kiểu hình quai ĐMC bình thường. Bệnh nhân có quai ĐMC loại II có tiền sử THA phổ biến hơn so với hai nhóm còn lại. Trong khi đó, nhóm quai ĐMC loại III có tỷ lệ tổn thương mạch tạng cao hơn đáng kể so với loại I và loại II.

Đường kính ĐMC lên có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm kiểu hình quai ĐMC, qua phân tích post hoc thấy đường kính ĐMC lên ở nhóm quai loại I cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm quai loại II ($4,7 \pm 0,8$ với $4,1 \pm 0,7$ cm), nhưng không có sự khác biệt giữa nhóm quai loại I và loại III.

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật theo nhóm kiểu hình quai ĐMC bình thường

	Loại I (n=48)	Loại II (n=16)	Loại III (n=20)	P
Ông động mạch (n%)				0,127
Nách	35 (72,9%)	7 (43,8%)	16 (80,0%)	
Đùi	9 (18,8%)	6 (37,5%)	3 (15,0%)	
Phạm vi phẫu thuật (n%)				0,383
ĐMC lên	19 (39,6%)	10 (62,5%)	8 (40,0%)	
ĐMC lên + gốc	2 (4,2%)	0 (0,00%)	2 (10,0%)	
ĐMC lên + quai	27 (56,3%)	6 (37,5%)	10 (50,0%)	
THNCT*** (phút)	149,2 ± 49,5	124,9 ± 35,4	125,9 ± 29,1	0,096
Kẹp ĐMC (phút)	106,4 ± 34,6	89,8 ± 21,9	94,0 ± 19,4	0,202
Ngừng tuần hoàn (n%)	31 (64,6%)	8 (50,0%)	12 (60,0%)	0,591
Thời gian tưới máu não chọn lọc (phút)	22,7 ± 19,1	17,8 ± 19,3	19,0 ± 17,6	0,627
Hạ thân nhiệt vừa-sâu (n%)	34 (70,8%)	8 (50,0%)	13 (65,0%)	0,361

***Tuần hoàn ngoài cơ thể

Trong nghiên cứu, phạm vi can thiệp phẫu thuật và vận hành tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT) không có sự khác biệt giữa các nhóm.

Bảng 3: Kết quả sớm sau phẫu thuật

Kết quả	Loại I (n=48)	Loại II (n=16)	Loại III (n=20)	P
Tử vong (n%)	8 (16,7%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)	0,264
Siêu lọc (n%)	12 (25,0%)	1 (6,2%)	1 (5,0%)	0,081
Mổ lại sớm (n%)	4 (8,3%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	0,821
Chảy máu (n%)	6 (12,5%)	0 (0,0%)	5 (25,0%)	0,099
Biến chứng thần kinh (n%)	4 (8,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,379
Nằm viện (ngày)	24,1 ± 13,4	21,2 ± 6,2	22,0 ± 14,8	0,400
Hồi sức (ngày)	18,8 ± 12,1	15,7 ± 7,6	16,8 ± 15,6	0,448

Chúng tôi ghi nhận 10 trường hợp tử vong sớm (chiếm tỷ lệ 11,2%), với nguyên nhân gặp nhất là suy đa tạng (5 trường hợp chiếm 5,6%). Phẫu thuật lại sớm phải thực hiện trên 5 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 5,6%, 4 trường hợp là do chảy máu. Nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả sớm sau phẫu thuật giữa các nhóm bệnh nhân theo phân loại quai ĐMC bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Quai ĐMC bình thường gặp ở 75-80% dân số [4], trong đó dựa theo tương quan vị trí giữa các nhánh được phân thành 3 loại I, II và III [3]. Theo các báo cáo trước đây, tỷ lệ quai ĐMC loại III dao động từ 60-70%, tỷ lệ quai loại I và II thay đổi nhiều tùy theo báo cáo, nhìn chung trong khoảng 10-20%, với tỷ lệ quai loại II cao hơn loại I [3]. Trái với các số liệu trên, trong nghiên cứu, tỷ lệ quai ĐMC loại I chiếm đa số và cao gấp 3 lần loại II và trên 2 lần loại III, tương

ứng là loại I (57,1%), loại II (19,0%) và loại III (23,8%). Sự khác biệt này là bởi các báo cáo trước đây thực hiện trên người lành hoặc bệnh nhân LĐMC loại B (không có tổn thương trên ĐMC lên và quai ĐMC), nhưng trong LĐMC loại A, tổn thương đặc trưng là tại ĐMC lên, lóc có thể lan lên quai ĐMC và các nhánh của quai, tổn thương này không đều và không đối xứng tại các vị trí dẫn đến các sai khác về hình thái và tương quan vị trí giữa các nhánh của quai. Thêm vào đó, tình trạng dòng máu lưu thông hoặc có huyết khối trong lòng giả cũng góp phần làm tăng thêm các sai khác này. Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng ghi nhận 5 trường hợp có bất thường giải phẫu quai ĐMC, chiếm 5,6% số bệnh nhân. Tỷ lệ bất thường giải phẫu quai ĐMC được báo cáo là 20-25% [4], trong đó bất thường hay gặp nhất là quai kiểu Bovine và bất thường xuất phát của động mạch đốt sống trái.

Các nghiên cứu cho thấy sự không thống

nhất về liên quan giữa kiểu hình giải phẫu của quai ĐMC bình thường và đặc điểm lâm sàng của người bệnh. Khi đánh giá ảnh hưởng của kiểu hình giải phẫu quai ĐMC trên 224 bệnh nhân đặt stent động mạch cảnh trong giai đoạn 2011-2012, Songhe Shen và cs nhận thấy không có sự khác biệt về độ tuổi, giới, thể trạng và bệnh nền giữa các nhóm kiểu hình quai ĐMC [5]. Trong một nghiên cứu khác gồm 261 bệnh nhân LĐMC loại B của Massimiliano M Marrocco-Trischitta và cs, các tác giả báo cáo rằng bệnh nhân có kiểu hình quai loại III lớn tuổi hơn so với nhóm có kiểu hình quai loại I và II (67,2 so với 59,3 và 63,9; $p = 0,0003$), tuy nhiên không có sự khác biệt về giới, thời gian bệnh và biến chứng của bệnh giữa các nhóm [3]. Trong nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm kiểu hình quai về độ tuổi, giới, tiền sử bệnh lý của ĐMC, đường kính của quai ĐMC. Tuy vậy, khác với các báo cáo trước đây, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thấy nhóm bệnh nhân có kiểu quai loại II có tiền sử THA cao hơn đáng kể hai nhóm còn lại ($p = 0,030$), nhưng tỷ lệ tổn thương mạch nuôi tạng trên bệnh nhân có quai ĐMC loại III cao hơn có ý nghĩa so với hai nhóm còn lại ($p = 0,005$). Massimiliano M Marrocco-Trischitta và cs cũng nhận thấy nhóm bệnh nhân LĐMC loại B có tỷ lệ kiểu hình quai ĐMC loại III cao hơn đáng kể các kiểu hình khác [3], các tác giả giải thích nguyên nhân bởi quai ĐMC loại III có đặc trưng về độ giãn dài, độ uốn lượn và gập góc lớn hơn hai kiểu quai còn lại, dẫn đến tình trạng suy yếu thành mạch, tăng độ xoáy của dòng máu và áp lực của dòng máu lên thành mạch, do đó dễ hình thành các vết rách nội mạc [3]. Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng nhận thấy đường kính ĐMC lên ở nhóm quai loại I lớn hơn đáng kể hai nhóm còn lại. Trên bệnh nhân LĐMC loại A, chiều dài ĐMC lên và độ giãn dài của ĐMC thường lớn hơn so với nhóm khoẻ mạnh, mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [6,7], nhưng việc vết rách nội mạc thường nằm theo chiều ngang là một gợi ý cho những tác động trên thành mạch có định hướng theo chiều dọc. Do đó, quai ĐMC loại III có thể là một chỉ điểm trong xác định nhóm có nguy cơ cao LĐMC loại A.

Nghiên cứu, đánh giá hình thái giải phẫu quai ĐMC không chỉ có ý nghĩa trong tiên lượng nguy cơ mà còn có giá trị trong lập chiến thuật điều trị bệnh lý ĐMC, đặc biệt là can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật lên quai và các nhánh của quai ĐMC. Trong đặt stent động mạch cảnh, việc can thiệp qua đường động mạch đùi gặp nhiều

khó khăn về mặt kỹ thuật hơn nếu quai ĐMC có giải phẫu phức tạp như quai loại III hoặc kiểu Bovine, ... [8] và thường cần nhiều thời gian hơn, với liều thuốc cản quang lớn hơn, cũng như tỷ lệ các biến chứng cao hơn [5], vì vậy nên tiến hành can thiệp qua đường động mạch quay trong những trường hợp này. Qua phân tích, chúng tôi nhận thấy kiểu hình giải phẫu của quai ĐMC bình thường không ảnh hưởng tới việc lựa chọn vị trí đặt ống động mạch và phạm vi can thiệp phẫu thuật, cũng như vận hành THNCT. Điều này có thể dễ dàng lý giải bởi việc lựa chọn vị trí ống động mạch phụ thuộc vào mục tiêu đảm bảo lưu lượng dòng tưới máu tạng trong lòng thật và chiến thuật đảm bảo tưới máu não khi ngừng tuần hoàn trong phẫu thuật quai ĐMC [2]. Bên cạnh đó, việc chỉ định phạm vi can thiệp phẫu thuật phụ thuộc vào phạm vi tổn thương của lóc, mục đích của phẫu thuật và bệnh lý ĐMC kèm theo. LĐMC loại A cấp tính là một bệnh lý đe dọa tính mạng với tỷ lệ tử vong nội viện trong nhóm không phẫu thuật lên tới 57,0% và gần như không thay đổi trong hơn hai thập kỷ qua [2]. Do đó, phần lớn bệnh nhân LĐMC loại A cấp tính được điều trị bằng phẫu thuật, những năm gần đây tỷ lệ này lên tới 90% với tỷ lệ tử vong nội viện trung bình 18,0% [2]. Trong 89 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ tử vong là 11,2% với nguyên nhân tử vong hay gặp nhất là suy đa tạng, tỷ lệ phẫu thuật lại sớm là 5,6% với chảy máu (4/5 trường hợp) là nguyên nhân phổ biến nhất. Đây là con số rất khả quan có thể liên quan tới sự tiến bộ trong chẩn đoán bệnh, vận chuyển và chuẩn bị trước phẫu thuật, nhất là kinh nghiệm phẫu thuật viên. Qua phân tích, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ tử vong, biến chứng thần kinh, chảy máu, tỷ lệ phẫu thuật lại sớm cũng như thời gian nằm viện, thời gian phải điều trị hồi sức tích cực giữa các nhóm kiểu hình quai ĐMC. Căn cứ để xem xét kiểu hình giải phẫu quai ĐMC có thể là một yếu tố tiên lượng tử vong trong phẫu thuật bệnh nhân LĐMC loại A là mối liên quan giữa kiểu hình quai ĐMC và tình trạng tổn thương mạch tạng do lóc, trong nghiên cứu bệnh nhân LĐMC loại A có quai ĐMC loại III có tỷ lệ tổn thương mạch tạng cao hơn đáng kể so với hai kiểu hình quai còn lại. Tổn thương mạch tạng gây giảm tưới máu tạng đã được chứng minh là một yếu tố nguy cơ gây tăng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân LĐMC loại A nói chung và sau phẫu thuật nói riêng [2].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm giải phẫu quai động mạch chủ có thể là một yếu tố chỉ điểm nguy cơ của bệnh lý

lóc động mạch loại A cấp tính nói chung và phẫu thuật bệnh lý này nói riêng, đặc biệt là kiểu hình quái động mạch chủ loại III. Trong tương lai, những nghiên cứu chuyên sâu một cách hệ thống là cần thiết để có góc nhìn toàn diện, đầy đủ hơn về vấn đề này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hiratzka LF** (2010). ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI. Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease. *Circulation*, 121, e266-e369.
- Arturo Evangelista, Eric M Isselbacher, et al.** Insights From the International Registry of Acute Aortic Dissection: A 20-Year Experience of Collaborative Clinical Research. *Circulation*. 2018 Apr 24;137(17): 1846-1860. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031264.
- Massimiliano M Marrocco-Trischitta, et al.** Prevalence of type III arch configuration in patients with type B aortic dissection. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2019 Dec 1;56(6): 1075-1080. doi: 10.1093/ejcts/ezz137.
- Alper Karacan, et al.** Anatomical variations of aortic arch branching: evaluation with computed tomographic angiography. *Cardiol Young*. 2014 Jun;24(3):485-93. doi:10.1017/S1047951113000656. Epub 2013 May 22.
- Songhe Shen, Xiongjing Jiang, et al.** Effect of aortic arch type on technical indicators in patients undergoing carotid artery stenting. *J Int Med Res*. 2019 Feb;47(2): 682-688. doi: 10.1177/0300060518807604. Epub 2018 Oct 31.
- Daniella Eliathamby, Mariana Gutierrez, et al.** Ascending Aortic Length and Its Association With Type A Aortic Dissection. *J Am Heart Assoc*. 2021 Jul 6;10(13):e020140. doi: 10.1161/JAHA.120.020140. Epub 2021 Jun 14.
- Tobias Krüger, Alexandre Oikonomou, et al.** Aortic elongation and the risk for dissection: the Tübingen Aortic Pathoanatomy (TAIPAN) project. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2017 Jun 1;51(6):1119-1126. doi: 10.1093/ejcts/ezx005.
- Faggioli GL, Ferri M, Freie A, et al.** Aortic arch anomalies are associated with increased risk of neurological events in carotid stent procedures. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33: 436-441. [PubMed] [Google Scholar]

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN MẮC HEN PHẾ QUẢN BẬC 1 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG

Hồ Hữu Phước^{1,2}, Cao Thị Mỹ Thúy³, Nguyễn Thị Hồng Trân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hen phế quản (HPQ) là một bệnh lý đa dạng về lâm sàng và cơ chế sinh bệnh học, đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính đường dẫn khí, tăng tính phản ứng phế quản và co thắt phế quản có hồi phục. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm bệnh nhân mắc hen phế quản bậc 1 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 bệnh nhân hen phế quản bậc 1 được quản lý và đang theo dõi điều trị tại Phòng Quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang từ tháng 04/2023 đến tháng 03/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 57,38 ± 12,52 (nam) và 59,13 ± 11,69 (nữ). Hơn 50% bệnh nhân được kiểm soát hen tốt. Nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê các đặc điểm hút thuốc/phơi nhiễm với khói thuốc lá ($p < 0,001$) và trào ngược dạ dày thực quản ($p = 0,001$) trên 2 nhóm bệnh nhân hen phế quản giới tính nam và nữ. **Kết luận:** HPQ là bệnh lý đa dạng với

nhiều yếu tố tác động, bệnh khởi phát ở người lớn tuổi tạo nên gánh nặng về bệnh tật, suy giảm chất lượng cuộc sống. Vẫn còn 26% bệnh nhân chưa được kiểm soát cần được theo dõi hỗ trợ điều trị. **Từ khóa:** hen phế quản, kiểm soát hen, mạn tính.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LEVEL 1 BRONCHIAL ASTHMA AT KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Background: Bronchial asthma is a diverse clinical and pathophysiological disease, characterized by chronic airway inflammation, bronchial hyperresponsiveness, and bronchospasm. **Objective:** Survey the characteristics of patients with level 1 bronchial asthma at Kien Giang General Hospital in 2023-2024. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on 100 level 1 bronchial asthma patients managed and being monitored for treatment at the Department of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Management of Provincial General Hospital Kien Giang from April 2023 to March 2024. **Results:** The average age in our study was 57.38 ± 12.52 (men) and 59.13 ± 11.69 (women). More than 50% of patients had good asthma control. The study noted that there were statistically significant differences in characteristics of smoking/exposure to cigarette smoke ($p < 0.001$) and gastroesophageal reflux disease ($p = 0.001$) in 2 groups of male and female bronchial asthma patients. **Conclusion:** Bronchial asthma was a diverse disease

¹Trung tâm Y tế huyện Giang Thành tỉnh Kiên Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Trân

Email: nthtran@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024