

Unit Care and Outcomes at Discharge in Vietnam: Findings from the Registry of Stroke Care Quality (RES-Q) in a Major Public Hospital. 2019;2(2): 119-127. doi:10.1177/2516608519869132

8. A. Ragoschke-Schumm, Walter S. DAWN and DEFUSE-3 trials: is time still important? Der Radiologe. Nov 2018;58(Suppl 1):20-23. Die DAWN- und DEFUSE-3-Studie: ist Zeit immer noch wichtig? doi:10.1007/s00117-018-0406-4

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ THỂ NỘI ỔNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Nguyễn Đức Long¹, Trương Minh Tuấn¹, Vũ Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống (DCIS) tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 70 bệnh nhân được chẩn đoán xác định DCIS và điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 6/2022 đến tháng 10/2024. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn bệnh nhân, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $53,4 \pm 11,4$ tuổi, nhóm tuổi 41–50 chiếm tỷ lệ cao nhất (34,3%). Phần lớn bệnh nhân (84,3%) đến viện do tự sờ thấy u. Tổn thương chủ yếu ở vú trái (51,4%) và vị trí 1/4 trên ngoài (57,1%). Kích thước khối u phổ biến từ 11–25 mm (48,6%). 75,7% được chẩn đoán ác tính trên lâm sàng. Trên X-quang vú, BIRADS 4 chiếm 60,9%; siêu âm cho thấy 51,4% khối giảm âm bờ tua gai. Sinh thiết kim thực hiện ở 82,9%, xác định DCIS trong 69,0% trường hợp. Về mô bệnh học, thể trung cá chiếm 57,1%, độ mô học III chiếm 71,4%. Hóa mô miễn dịch cho thấy ER(+): 57,1%, PR(+): 45,7%, Her2/neu(+): 60%. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú chiếm 61,4%, với thời gian mổ trung bình 53,2 phút. Biến chứng sau mổ ít gặp (2,8%). Xạ trị bổ trợ được áp dụng cho 1,4%, điều trị nội tiết cho 42,9%. Không ghi nhận tái phát hay di căn trong thời gian theo dõi. **Kết luận:** DCIS là thể ung thư có tiên lượng tốt nếu được phát hiện và điều trị kịp thời. Chẩn đoán mô học và hóa mô miễn dịch có vai trò quan trọng trong quyết định điều trị. Phẫu thuật triệt căn cùng điều trị cá thể hóa và theo dõi sát đã góp phần kiểm soát bệnh hiệu quả. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống, DCIS

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF DUCTAL CARCINOMA IN SITU AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics and evaluate the treatment outcomes

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Minh Tuấn

Email: tuantruong28101996@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025

of ductal carcinoma in situ (DCIS) at Hanoi Oncology Hospital. **Patients and methods:** A cross-sectional study was conducted on 70 patients diagnosed and treated for DCIS at Hanoi Oncology Hospital between June 2022 and October 2024. Data were collected from medical records and patient interviews, and analyzed using SPSS 20.0. **Results:** The mean age was 53.4 ± 11.4 years, with the 41–50 age group accounting for 34.3%. Most patients (84.3%) presented with palpable masses. Lesions were predominantly in the left breast (51.4%) and upper outer quadrant (57.1%). Tumor size ranged mostly from 11–25 mm (48.6%). Clinically malignant diagnosis was present in 75.7%. On mammography, 60.9% were BIRADS 4; ultrasound showed typical spiculated hypoechoic masses in 51.4%. Core needle biopsy confirmed DCIS in 69.0%. Histologically, the comedo subtype was most common (57.1%), with grade III tumors accounting for 71.4%. Immunohistochemistry revealed ER(+) in 57.1%, PR(+) in 45.7%, and Her2/neu(+) in 60%. Mastectomy was performed in 61.4%, with an average surgical time of 53.2 minutes. Postoperative complications were rare (2.8%). Adjuvant radiotherapy was given to 1.4%, and hormonal therapy to 42.9%. No recurrence or metastasis was observed during follow-up. **Conclusion:** DCIS has an excellent prognosis with early detection and appropriate treatment. Histopathology and immunohistochemistry are crucial in treatment planning. Appropriate surgery combined with individualized hormonal management and close follow-up contributes to optimal disease control.

Keywords: Ductal carcinoma in situ, DCIS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư hay gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở phụ nữ tại các nước trên thế giới và Việt Nam. Mặc dù tỷ lệ mắc UTV có xu hướng tăng trong những năm gần đây nhưng tỷ lệ tử vong do bệnh vẫn từng bước được cải thiện nhờ các thành tựu đạt được trong phòng bệnh, phát hiện bệnh sớm, chẩn đoán và điều trị. Đặc biệt việc sử dụng sàng lọc ung thư vú bằng chụp mamography đã giúp phát hiện sớm các trường hợp ung thư vú giai đoạn tại chỗ. Khoảng 20% bệnh nhân ung thư vú được chẩn đoán ở Mỹ là ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống (DCIS) và

hơn 56.500 phụ nữ sẽ được chẩn đoán chỉ riêng ở Mỹ vào năm 2024.

UTV thể nội ống được đặc trưng bởi sự tăng sinh của các tế bào biểu mô tân sinh trong hệ thống ống dẫn sữa, không có bằng chứng xâm lấn vào mô đệm xung quanh, là tiền thân trực tiếp của ung thư biểu mô thể ống xâm nhập. Với phương pháp điều trị phù hợp, tiên lượng bệnh nhân UTV thể nội ống tốt hơn so với ung thư vú nói chung. Theo dữ liệu SEER, tỷ lệ tử vong sau 20 năm là 3,3%, tỷ lệ tái phát cùng bên là 5,9%.

Với sự phát triển của y học và từ kết quả của các nghiên cứu NSAPB 17, NSABP 32, đã làm thay đổi nhận thức và cách điều trị UTV thể nội ống, đó là xác định phương pháp điều trị hiệu quả cho phép bệnh nhân giữ lại tuyến vú, bao gồm phẫu thuật bảo tồn vú, tia xạ và điều trị nội tiết hỗ trợ.

Tại Việt Nam và Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, việc chẩn đoán, điều trị, nghiên cứu ung thư vú đã được thực hiện thường quy. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu sâu về điều trị UTV thể nội ống. Từ những yêu cầu nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị đối với UTV thể nội ống, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **"Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội"** với 2 mục tiêu sau:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống.

2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 70 bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống (DCIS) tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội trong thời gian từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 10 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân nữ, tuổi từ 18 đến 80.
- Được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống dựa trên kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2015.

- Được phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

- Có đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân mắc các bệnh ung thư khác ngoài ung thư vú.

- Bệnh nhân có kèm theo các thể mô học

khác ngoài DCIS.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng số liệu thu thập hồi cứu kết hợp với phỏng vấn bổ sung qua điện thoại khi cần thiết.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình±SD	53,4 ± 11,4	
Lý do vào viện		
Tự sờ thấy u	59	84,3
Chảy dịch đầu vú	3	4,3
Đau vú	3	4,3
Khám định kì	6	8,6
Vị trí khối u		
Vú phải	34	48,6
Vú trái	36	51,4
¼ trên ngoài	40	57,1
¼ dưới ngoài	10	14,3
¼ trên trong	15	21,4
¼ dưới trong	5	7,1
Kích thước khối u		
≤10mm	17	24,3
11-25mm	34	48,6
>25mm	19	27,1
Tổng	70	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 53,4 ± 11,4 tuổi. Đa số vào viện do tự phát hiện khối u (84,3%). Tổn thương gặp tương đương hai bên vú, nhiều nhất ở ¼ trên ngoài (57,1%). Khối u chủ yếu có kích thước 11–25 mm (48,6%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cận lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân độ BIRADS Xquang vú		
BIRADS 3	16	39,1
BIRADS 4	25	60,9
Đặc điểm Xquang vú		
Bờ tua gai điển hình	12	29,3
Bờ tua gai không điển hình	9	22,0
Bình thường	20	48,7
Tổn thương vi vôi hóa trên phim chụp vú mamography		
Tổn thương vi vôi hóa	22	53,7
Không có vi vôi hóa	19	46,3
Phân độ BIRADS siêu âm vú		
BIRADS 2	4	5,7

BIRADS 3	13	18,6
BIRADS 4	50	71,4
BIRADS 5	3	4,3

Nhận xét: Trên X-quang vú, đa số bệnh nhân được xếp BIRADS 4 (60,9%), với 53,7% có hình ảnh vi vôi hóa. Hình ảnh bờ tua gai điển hình chiếm 29,3%. Siêu âm cho thấy 71,4% trường hợp thuộc BIRADS 4.

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cận lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả tế bào học		
Lành tính	10	22,2
Nghi ngờ	21	46,7
Ác tính	14	31,1
Tỷ lệ sinh thiết		
Sinh thiết kim	58	82,9
Sinh thiết tức thì trong mổ	28	40,0
Sinh thiết 48h	18	25,7
Không sinh thiết	3	4,3
Kết quả sinh thiết kim		
Ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống	40	69,0
Nghi ngờ ung thư	12	20,7
Không ung thư	6	10,3
Thể mô bệnh học		
Thể trứng cá	4	57,1
Thể nhú	3	42,9
Kết quả phân độ mô học		
Độ I	11	15,7
Độ II	9	12,9
Độ III	50	71,4
Kết quả hóa mô miễn dịch		
ER(+)	40	57,1
ER(-)	30	42,9
PR(+)	32	45,7
PR(-)	38	54,3
Her-2/neu(+)	42	60,0
Her-2/neu(-)	28	40,0

Nhận xét: Sinh thiết kim được thực hiện ở 82,9% bệnh nhân, trong đó xác định DCIS ở 69,0%. Tế bào học trước mổ chủ yếu nghi ngờ (46,7%) hoặc ác tính (31,1%). Thể mô bệnh học chủ yếu là thể trứng cá (57,1%), đa số có độ mô học III (71,4%). Về hóa mô miễn dịch: Tỷ lệ ER(+) là 57,1%, PR(+) là 45,7%, Her-2/neu(+) là 60,0%; có 45,7% bệnh nhân dương tính cả hai thụ thể nội tiết.

3.3. Phương pháp điều trị và kết quả theo dõi

Bảng 4. Phương pháp điều trị và kết quả theo dõi

Điều trị và theo dõi	Số lượng	Tỷ lệ
----------------------	----------	-------

	(n)	(%)
Phương pháp phẫu thuật		
Cắt toàn bộ tuyến vú	43	61,4
Cắt toàn bộ tuyến vú, sinh thiết hạch cửa	8	11,4
Cắt toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách	13	18,6
Phẫu thuật bảo tồn vú	6	8,6
Di căn hạch		
Không di căn	70	100
Di căn	0	0
Điều trị xạ trị		
Có	1	1,4
Không	69	98,6
Điều trị nội tiết		
Có	30	42,9
Không	40	57,1
Tái phát		
Có tái phát	0	0
Không tái phát	70	100
Di căn		
Có di căn	0	0
Không di căn	70	100

Nhận xét: Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú được thực hiện ở 91,4% bệnh nhân, trong đó có 11,4% kết hợp sinh thiết hạch cửa và 18,6% vét hạch nách. Phẫu thuật bảo tồn vú chỉ chiếm 8,6%. Tỷ lệ điều trị bổ trợ: chỉ 1,4% bệnh nhân được xạ trị và 42,9% được điều trị nội tiết. Không ghi nhận trường hợp tái phát hoặc di căn sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 53,4 ± 11,4 tuổi, cao nhất ở nhóm 41–50 tuổi (34,3%), tiếp theo là nhóm trên 60 tuổi (30%). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Trần Bá Kiên [1] và Nguyễn Quốc Tiến [2], cho thấy DCIS thường gặp ở phụ nữ trung niên và lớn tuổi, nhấn mạnh vai trò của sàng lọc ở nhóm tuổi trên 40.

Phần lớn bệnh nhân đến viện do tự sờ thấy u (84,3%), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tiến (77%) [2] và Nguyễn Thị Huyền (64%) [3]. Đáng chú ý, 8,6% được phát hiện qua khám định kỳ – phản ánh sự cải thiện trong nhận thức cộng đồng về tầm soát ung thư vú.

98,6% bệnh nhân có thể sờ thấy u khi khám lâm sàng. Tổn thương thường gặp ở vú trái (51,4%) và vị trí 1/4 trên ngoài (57,1%) – tương tự các nghiên cứu trước. Kích thước khối u phổ biến là 11–25 mm (48,6%). Theo Liang Cheng và cộng sự, khối u >2,5 cm có nguy cơ di căn dương tính cao hơn, cho thấy cần phát hiện sớm để tối ưu kết quả điều trị.

Về kết quả chẩn đoán hình ảnh: X-quang tuyến vú: 60,9% bệnh nhân được phân loại BIRADS 4, 53,7% có hình ảnh vi vôi hóa, và 29,3% có bờ tua gai điển hình. Những đặc điểm này phản ánh độ nghi ngờ cao về ác tính và phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tiến [2] và Nguyễn Hữu Kiên [4], khẳng định vai trò quan trọng của nhũ ảnh trong phát hiện DCIS. Siêu âm tuyến vú: Hình ảnh chủ yếu là khối giảm âm bờ tua gai điển hình (51,4%) và không điển hình (40%). Phân loại BIRADS ghi nhận 71,4% thuộc nhóm BIRADS 4. Điều này cho thấy siêu âm là công cụ hỗ trợ tốt trong sàng lọc và phân tầng nguy cơ tổn thương tuyến vú nghi ngờ ác tính.

Về kết quả giải phẫu bệnh – hóa mô miễn dịch: Tế bào học cho kết quả nghi ngờ (46,7%) và ác tính (31,1%) chiếm đa số, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền [3]. Sinh thiết kim được thực hiện ở 82,9% bệnh nhân và xác định DCIS trong 69,0% trường hợp – phù hợp với các nghiên cứu quốc tế như của Mittendorf [5]. Sinh thiết tức thì cũng cho tỷ lệ chẩn đoán cao (82,1%) nhưng vẫn ghi nhận một số âm tính giả như báo cáo trong nghiên cứu B-Path [6]. Thể trứng cá là thể mô bệnh học phổ biến nhất (57,1%) và độ mô học III chiếm ưu thế (71,4%). So với nghiên cứu của Trần Bá Kiên [1], nơi độ II chiếm tỷ lệ cao hơn, kết quả này cho thấy nhóm bệnh nhân nghiên cứu có xu hướng tổn thương ác tính cao hơn. Tỷ lệ ER(+) và PR(+) lần lượt là 57,1% và 45,7%, tương đương với nghiên cứu của Claus EB [7]. Tỷ lệ Her-2/neu(+) là 60,0%, cao hơn các báo cáo đây. Tuy nhiên, vai trò điều trị đích theo Her-2/neu trong DCIS vẫn chưa được chứng minh rõ ràng.

Theo kết quả nghiên cứu, cắt toàn bộ tuyến vú là phương pháp chủ yếu trong nghiên cứu, chiếm 61,4%, trong khi phẫu thuật bảo tồn chỉ chiếm 8,6%. So với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tiến (22,2%) [2] và Mathias Worni (79%) tại Mỹ [8], tỷ lệ bảo tồn vú tại cơ sở nghiên cứu còn thấp. Nguyên nhân có thể do tổn thương đa ổ, kích thước lớn, mô học độ cao, Her-2/neu dương tính hoặc hạn chế về điều kiện theo dõi sau mổ.

Cắt tuyến vú kèm sinh thiết hạch cửa được thực hiện ở 11,4% trường hợp. Dù là kỹ thuật tiêu chuẩn tại các trung tâm lớn, việc áp dụng sinh thiết hạch cửa còn hạn chế, một phần do nguy cơ phát hiện tổn thương xâm nhập trên mẫu sau mổ.

Xạ trị – vẫn là tiêu chuẩn sau phẫu thuật bảo tồn – chỉ được áp dụng ở 1,4% bệnh nhân. So với tỷ lệ 26% trong nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tiến [2] và 43% trong nghiên cứu của

Mathias Worni [8], kết quả này phản ánh khác biệt trong lựa chọn điều trị và vai trò còn khiêm tốn của xạ trị trong thực hành lâm sàng DCIS tại Việt Nam.

Điều trị nội tiết được áp dụng ở 42,9% bệnh nhân – cao hơn so với các nghiên cứu trước đây như Nguyễn Quốc Tiến (37,5%) [2] và Nguyễn Thị Huyền (29,7%) [3]. Sự gia tăng này phản ánh việc cập nhật phác đồ và tuân thủ hướng dẫn điều trị hiện hành, đặc biệt tại BV Ung bướu Hà Nội. Các thử nghiệm lớn như NSABP B-24 và B-35 đã khẳng định hiệu quả của tamoxifen và anastrozole trong giảm tái phát ở bệnh nhân DCIS có thụ thể nội tiết dương tính. Việc lựa chọn nội tiết phù hợp với giai đoạn mãn kinh đã góp phần nâng cao hiệu quả kiểm soát bệnh.

Trong nghiên cứu này, không ghi nhận trường hợp tái phát hay di căn, phù hợp với kết quả của Nguyễn Quốc Tiến [2]. Dù thời gian theo dõi còn ngắn (tối đa 2 năm), kết quả bước đầu cho thấy tiên lượng tốt nếu điều trị đúng phác đồ.

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống là bệnh lý có tiên lượng tốt khi được chẩn đoán sớm và xử trí phù hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú vẫn chiếm ưu thế. Việc chỉ định sinh thiết hạch cửa và điều trị bổ trợ như xạ trị, nội tiết được thực hiện chọn lọc theo từng trường hợp cụ thể, phản ánh xu hướng điều trị cá thể hóa đang được áp dụng trong thực hành lâm sàng tại cơ sở. Không ghi nhận tái phát hay di căn trong thời gian theo dõi, góp phần khẳng định hiệu quả kiểm soát bệnh ở nhóm bệnh nhân DCIS được điều trị đúng và đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bá Kiên** (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư biểu mô vú thể nội ống tại bệnh viện K.
2. **Nguyễn Quốc Tiến** (2011). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vú thể nội ống tại bệnh viện K. Trường Đại Học Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Huyền** (2005). Đặc điểm lâm sàng và phương pháp điều trị đối với ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống tại bệnh viện K từ năm 1998-2005.
4. **Nguyễn Hữu Kiên** (2012). Nghiên cứu giá trị của phương pháp chụp vú mammography và sinh thiết kim trong chẩn đoán ung thư vú giai đoạn sớm.
5. **Mittendorf E.A., Arciero C.A., Gutcheon V., et al.** (2005). Core biopsy diagnosis of ductal carcinoma in situ: an indication for sentinel lymph node biopsy. *Curr Surg*, 62(2), 253-257.
6. **Elmore J.G., Longton G.M., Carney P.A., et al.** (2015). Diagnostic concordance among

- pathologists interpreting breast biopsy specimens. JAMA, 313(11), 1122–1132.
7. **Claus E.B., Stowe M., and Carter D.** (2001). Breast carcinoma in situ: risk factors and screening patterns. J Natl Cancer Inst, 93(23),

- 1811–1817.
8. **Worni M., Akushevich I., Greenup R., et al.** (2015). Trends in Treatment Patterns and Outcomes for Ductal Carcinoma In Situ. J Natl Cancer Inst, 107(12), djv263.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY TRONG CHẤN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC

Phạm Thị Nga¹, Nguyễn Đình Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh trên Cắt lớp vi tính (CLVT) và mối tương với đặc điểm lâm sàng trong chấn thương động mạch chủ ngực (CTĐMCN). **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 19 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là chấn thương động mạch chủ ngực (CTĐMCN) trên CLVT và được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch từ tháng 1/2021 đến tháng 2/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 19 bệnh nhân CTĐMCN, tuổi trung bình là 43 ± 16 tuổi, chủ yếu là nam giới (89,5%). Cơ chế chấn thương thường gặp nhất là tai nạn giao thông (68,4%) và ngã từ trên cao (21%). Đa số BN có huyết động ổn định khi nhập viện (huyết áp tâm thu trung bình: $129,0 \pm 24,6$ mmHg và điểm Glasgow ≥ 13 (73,7%). Tất cả BN đều bị CTĐMCN độ III và chấn thương phối hợp đi kèm (100%). Vị trí tổn thương hay gặp nhất là eo động mạch chủ (89,5%). Chiều dài trung bình đoạn mạch giả phình là $29,3 \pm 6,8$ mm, với tỷ lệ trung bình đường kính giả phình/đường kính động mạch chủ là $1,26 \pm 0,16$. Độ dày trung bình khối máu tụ trung thất là $7,4 \pm 5,3$ mm. Mối tương quan thuận chiều giữa tỷ lệ đường kính giả phình/đường kính động mạch chủ và độ dày khối máu tụ trung thất ($r = 0,457$, $p = 0,049$). Các yếu tố lâm sàng như huyết áp tâm thu và điểm Glasgow không có mối tương quan đáng kể với các đặc điểm hình ảnh tổn thương động mạch chủ trên hình ảnh CLVT. **Kết luận:** Hình ảnh CLVT có các đặc điểm đặc trưng giúp chẩn đoán và đánh giá mức độ tổn thương trong CTĐMCN. **Từ khóa:** chấn thương động mạch chủ ngực, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

MULTIDETECTOR COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS IN TRAUMATIC THORACIC AORTIC INJURY

Objective: To describe the imaging characteristics on computed tomography (CT) and

their correlation with clinical features in thoracic aortic injury (TAI). **Patients and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 19 patients diagnosed with TAI based on CT findings and treated with either surgery or endovascular intervention at Viet Duc University Hospital from January 2021 to February 2025. **Results:** The study included 19 TAI patients with a mean age of 43 ± 16 years, predominantly male (89.5%). The most common mechanisms of injury were traffic accidents (68.4%) and falls from height (21%). Most patients were hemodynamically stable upon admission (mean systolic blood pressure: 129.0 ± 24.6 mmHg and Glasgow Coma Scale score ≥ 13 in 73.7%). All patients had grade III TAI with associated injuries (100%). The most frequently affected site was the aortic isthmus (89.5%). The average length of the injured segment was 24.6 ± 8.8 mm. The mean diameter of the pseudoaneurysm was 29.3 ± 6.8 mm, with an average pseudoaneurysm-to-aortic diameter ratio of 1.26 ± 0.16 . The mean thickness of the mediastinal hematoma was 7.4 ± 5.3 mm. A positive correlation was observed between the pseudoaneurysm-to-aortic diameter ratio and the thickness of the mediastinal hematoma ($r = 0.457$, $p = 0.049$). Clinical parameters such as systolic blood pressure and Glasgow score were not significantly correlated with CT imaging characteristics of the aortic injury. **Conclusion:** CT imaging provides characteristic features that aid in the diagnosis and assessment of injury severity in thoracic aortic injury.

Keywords: Traumatic thoracic aortic injury, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương động mạch chủ ngực (CTĐMCN) là tình trạng nghiêm trọng xảy ra khi động mạch chủ bị tổn thương do tác động mạnh, thường là hậu quả của tai nạn giao thông, ngã cao hoặc các chấn thương trực tiếp khác, có thể dẫn đến vỡ hoặc rách động mạch chủ, gây ra các biến chứng nghiêm trọng và đe dọa tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Tỷ lệ tử vong liên quan đến CTĐMCN là khoảng 30% trong vòng 24 giờ đầu¹. Triệu chứng lâm sàng của CTĐMCN không đặc hiệu, gây khó khăn trong việc phát hiện và điều trị sớm. Tiên lượng của bệnh nhân chấn thương động mạch chủ ngực phụ thuộc vào chẩn đoán

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdr24@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025