

- 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

nhanh, chính xác và xử trí kịp thời của bác sĩ. Nếu không được can thiệp kịp thời, tỷ lệ tử vong có thể lên đến 80-90%².

CLVT là phương thức được lựa chọn hàng đầu để đánh giá CTĐMCN theo khuyến cáo của American College of Radiology (ACR)³. CLVT cho phép xác định các dấu hiệu trực tiếp và gián tiếp của CTĐMCN, phân độ mức độ nặng của chấn thương cũng như phát hiện các tổn thương khác kèm theo⁴. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy CLVT có thể thay thế cho việc chụp động mạch để chẩn đoán CTĐMCN⁵. Do vậy, cần có những nghiên cứu về hình ảnh học của CTĐMCN trên CLVT nhằm sàng lọc phát hiện các trường hợp CTĐMCN để kịp thời chuyển người bệnh đến các Trung tâm y tế có khả năng điều trị bệnh này. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào về CTĐMCN. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm phát hiện các dấu hiệu đặc trưng của CTĐMCN, từ đó có thể giúp phát hiện sớm bệnh lý này trong các trường hợp có chấn thương ngực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 19 bệnh nhân CTĐMCN trên chụp CLVT và được điều trị bằng can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là CTĐMCN trên CLVT có tiêm thuốc cản quang; được điều trị bằng can thiệp nội mạch đặt stent hoặc graft phẫu thuật mở tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức; chất lượng hình ảnh CLVT đủ để phân tích, đầy đủ thông tin lâm sàng trong hồ sơ bệnh án; bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không được điều trị bằng phẫu thuật hay đặt stent graft; chất lượng hình ảnh CLVT hay hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cho nghiên cứu; không có tiền sử bệnh động mạch chủ trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang hồi cứu.
- Chọn cỡ mẫu thuận tiện: lựa chọn tất cả các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ vào nghiên cứu.

- Phương tiện nghiên cứu: máy chụp CLVT xoắn ốc đa dãy: Optimal CT540 16 dãy và Optimal CT64 64 dãy (GE Health Care – Mỹ) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Hệ thống phần mềm lưu trữ hình ảnh y khoa PACS.

- Kỹ thuật chụp CLVT: Chụp CLVT lồng ngực/ động mạch chủ ngực có tiêm thuốc. Chụp xoắn ốc lồng ngực, độ dày lát cắt 5mm, tái tạo cửa sổ trung thất và cửa sổ phổi với độ dày lát cắt

0.625-1.25mm, xử lý hình ảnh trên các chương trình tái tạo đa bình diện (3D,MPR), tái tạo theo tỷ trọng tối đa (MIP) và tái tạo theo thể tích (VR). Thông số chụp: 120kV, 250mAs. Trường nhìn (FOV) thay đổi tùy theo chiều cao, cân nặng của bệnh nhân. ROI để ở vị trí gốc động mạch chủ ngực. Thuốc cản quang Xenetix hoặc Omipaque được sử dụng trong loạt nghiên cứu này. Hình ảnh chụp CLVT được lưu trữ trên hệ thống lưu trữ hình ảnh y khoa PACS.

- Phân tích hình ảnh: Hình ảnh tổn thương trên phim chụp CLVT được hai bác sĩ có > 5 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực Chẩn đoán hình ảnh phân tích và kết luận.

Các biến số nghiên cứu:

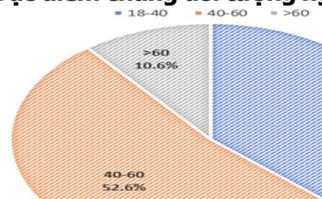
+ Đặc điểm chung: tuổi, giới, cơ chế chấn thương, tình trạng huyết động, tình trạng tri giác, chấn thương khác đi kèm.

+ Đặc điểm hình ảnh CLVT: vị trí tổn thương, đường kính giả phình chiều dài đoạn tổn thương, phân độ chấn thương, đường kính động mạch chủ bình thường, tỷ lệ đường kính giả phình/ đường kính động mạch chủ bình thường, độ dày khối máu tụ trung thất.

Xử lý số liệu: Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 27.0 (IBM Corp., Armonk, New York, Hoa Kỳ). Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

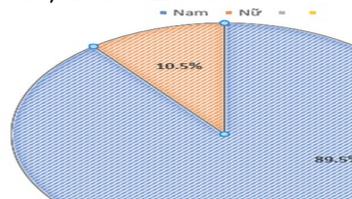
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi trong chấn thương động mạch chủ ngực (n=19)

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 43 ±16 tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi, tuổi lớn nhất là 66 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 40-60 tuổi, chiếm 52.6%.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ giới tính trong chấn thương động mạch chủ ngực (n=19)

Phần lớn các đối tượng nghiên cứu là nam (89.5%). Chỉ có 2 bệnh nhân nữ trong nhóm

ngiên cứu, chiếm 10.5%. Tỷ lệ nam/nữ: 8.5/1.

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân CTĐMCN (n=19)

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cơ chế chấn thương	Tai nạn giao thông	13	68.4
	Tai nạn ngã cao	4	21
	Khác	2	10.6
Tình trạng huyết động (Huyết áp tâm thu)	<90mmHg	0	0
	90-120mmHg	10	52.6
	>120mmHg	9	47.4
Tình trạng tri giác (Glasgow)	≥ 13điểm	14	73.7
	9-12 điểm	3	15.7
	≤ 8 điểm	2	10.6
Chấn thương khác đi kèm	Có	19	100
	Không	0	0

Cơ chế chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông và tai nạn ngã cao, chiếm 89.4%, các nguyên nhân khác chỉ chiếm 10.6%. Trong đó, tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất là 68.4%.

Huyết áp tâm thu (HATT) khi nhập viện của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu trung bình là 129.0 ± 24.6 mmHg, với HATT nhỏ nhất là 100mmHg và HATT lớn nhất là 200mmHg. 52.6% số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có HATT lúc nhập viện trong khoảng 90-120mmHg và 47.4% bệnh nhân có HATT lúc nhập viện >120mmHg.

Phần lớn các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tình trạng tri giác (điểm Glasgow) lúc nhập viện ≥ 13điểm, chiếm 73.7%, còn lại 3 bệnh nhân có điểm Glasgow từ 9-12 điểm, chiếm 15.7% và 2 bệnh nhân trong tình trạng hôn mê (điểm Glasgow ≤ 8 điểm), chiếm 10.6%.

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có chấn thương khác đi kèm (100%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh CLVT. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là ở eo động mạch chủ, với chiếm tới 89.5% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Vị trí tổn thương thường gặp thứ hai là ở động mạch chủ xuống với số lượng là 5 bệnh nhân (26.3%), trong đó có 3 bệnh nhân có tổn thương ở cả eo động mạch chủ và động mạch chủ xuống.

Bảng 2. Vị trí và phân độ CTĐMCN trên CLVT (n=19)

Đặc điểm trên CLVT		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí tổn thương	Động mạch chủ lên	0	0
	Cung động mạch chủ	0	0
	Eo động mạch chủ	17	89.5
	Động mạch chủ xuống	5	26.3
Phân độ chấn	Độ I	0	0
	Độ II	0	0

thương	Độ III	19	100
	Độ IV	0	0

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có chấn thương động mạch chủ độ III (100%).

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh CLVT của CTĐMCN (n=19)

Đặc điểm CLVT		
Chiều dài đoạn tổn thương	Trung bình	24.6±8.8
	Thấp nhất	10
	Cao nhất	49
Đường kính giả phình	Trung bình	29.3±6.8
	Thấp nhất	20
	Cao nhất	46
Đường kính động mạch chủ bình thường	Trung bình	23.2±4.3
	Thấp nhất	16
	Cao nhất	32
Tỷ lệ đường kính giả phình/đường kính động mạch chủ bình thường	Trung bình	1.26±0.16
	Thấp nhất	1.09
	Cao nhất	1.70
Độ dày khối máu tụ trung thất	Trung bình	7.4±5.3
	Thấp nhất	0
	Cao nhất	15

Về đặc điểm đoạn mạch tổn thương cho thấy chiều dài đoạn mạch tổn thương trung bình là 24.6 ± 8.8, thấp nhất là 10mm, cao nhất là 49mm. Đường kính giả phình trung bình là 29.3 ± 6.8mm, (thấp nhất là 20mm, cao nhất là 46mm). Đường kính động mạch chủ bình thường trung bình là 23.2 ± 4.3mm, (từ 16mm đến 32mm). Tỷ lệ đường kính giả phình/ đường kính động mạch chủ bình thường trung bình là 1.26 ± 0.16, thấp nhất là 1.09, cao nhất là 1.70.

Độ dày khối máu tụ trung thất trung bình là 7.4 ± 5.3mm, thấp nhất là 0mm, cao nhất là 15mm.

Mối tương quan giữa tỷ lệ đường kính giả phình/ đường kính động mạch chủ bình thường và độ dày khối máu tụ trung thất (r=0.442, p=0.058) và giữa chiều dài đoạn mạch tổn thương và độ dày khối máu tụ trung thất (r=0.175, p=0.474).

3.3. Tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh CLVT

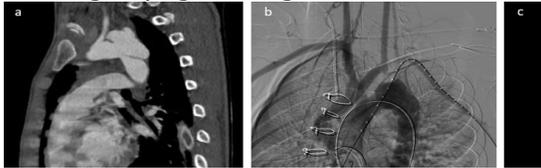
Bảng 4. Mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh CLVT

Đặc điểm hình ảnh trên CLVT	Huyết âm tâm thu	Điểm Glasgow
Độ dày khối máu tụ trung thất	r = -0.44, p=0.06	r = -0.254, p=0.294
Chiều dài đoạn mạch tổn thương	r = 0.093, p=0.706	r = -0.235, p=0.333
Đường kính giả phình	r = 0.107, p=0.663	r = -0.081, p=0.741

Mối tương quan giữa tình trạng huyết động (HATT) lúc nhập viện của bệnh nhân với độ dày

khối máu tụ trung thất ($r = -0.44$, $p=0.06$), với chiều dài đoạn mạch tổn thương ($r=0.093$, $p=0.706$) và với đường kính giả phình ($r=0.107$, $p=0.663$). Như vậy, các mối tương quan này là yếu và chưa có ý nghĩa thống kê.

Xem xét mối tương quan giữa tình trạng tri giác (Glasgow) của người bệnh với các yếu tố như độ dày khối máu tụ trung thất ($r = -0.254$, $p=0.294$), chiều dài đoạn mạch tổn thương ($r = -0.235$, $p=0.333$), đường kính giả phình ($r = -0.081$, $p=0.741$). Các mối tương quan này là yếu và không có ý nghĩa thống kê.



Hình 1. Hình ảnh CTĐMCN ở bệnh nhân 17 tuổi, tai nạn giao thông

(a) Hình ảnh giả phình eo ĐMC trên CLVT. (b) Hình ảnh giả phình eo ĐMC trên chụp động mạch số hoá xoả nền (DSA). (c) Hình ảnh sau can thiệp stent graft ĐMCN trên CLVT

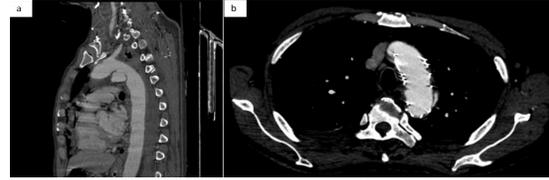
IV. BÀN LUẬN

Chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang là thăm khám quan trọng trong phát hiện CTĐMCN. Kết quả nghiên cứu cho thấy một số đặc điểm quan trọng liên quan đến dịch tễ học, cơ chế chấn thương, đặc điểm hình ảnh CLVT và mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh CLVT.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 43 ± 16 tuổi, với nhóm tuổi thường gặp nhất từ 40-60 tuổi (52.6%) và tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (89.5%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Schulman và cs cho thấy tỷ lệ chấn thương động mạch chủ gặp ở nam nhiều hơn và thường trong độ tuổi 16-50¹. Đây là nhóm đối tượng trong độ tuổi lao động, thường xuyên tham gia giao thông, tỷ lệ tai nạn giao thông và tai nạn lao động cao hơn.

Cơ chế chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông (68.4%) và tai nạn ngã cao (21%), chiếm 89.4% các trường hợp. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Williams và cs cho thấy tai nạn xe cơ giới va chạm trực tiếp hoặc va chạm với tốc độ trên 50km/h hoặc tai nạn có biến dạng đáng kể của xe ô tô là nguyên nhân chính (76%) gây CTĐMCN². Nghiên cứu của Loo và cs cũng cho thấy ngã cao và chấn thương do đè nén là các cơ chế gây CTĐMCN sau tai nạn giao thông³. Đây là các cơ chế chấn thương điển hình dẫn đến tổn thương ĐMCN do lực tác động mạnh và

đột ngột vào vùng ngực.



Hình 2. Hình ảnh CTĐMCN ở bệnh nhân 65 tuổi, tai nạn giao thông

(a) Giả phình eo động mạch chủ trên CLVT, (b) Endoleak type III sau đặt stent graft

Huyết áp tâm thu (HATT) khi nhập viện của nhóm nghiên cứu trung bình là 129.0 ± 24.6 mmHg. Khoảng 52.6% bệnh nhân có HATT từ 90-120 mmHg, trong khi 47.4% bệnh nhân có huyết áp >120 mmHg. Huyết áp nhập viện là một yếu tố quan trọng, phản ánh mức độ ổn định huyết động của bệnh nhân sau chấn thương.

Về tình trạng tri giác, phần lớn bệnh nhân có điểm Glasgow ≥ 13 (73.7%), cho thấy phần lớn bệnh nhân không rơi vào tình trạng rối loạn ý thức nặng. Tuy nhiên, vẫn có 10.6% bệnh nhân nhập viện trong tình trạng hôn mê (Glasgow ≤ 8 điểm), có thể liên quan đến tổn thương đa cơ quan hoặc tổn thương sọ não kèm theo.

Vị trí tổn thương động mạch chủ thường gặp nhất là eo động mạch chủ (89.5%), phù hợp với sinh lý bệnh học của chấn thương động mạch chủ do giảm tốc đột ngột. Động mạch chủ xuống là vị trí tổn thương phổ biến thứ hai (26.3%), trong đó có 3 bệnh nhân tổn thương đồng thời cả eo động mạch chủ và động mạch chủ xuống. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu trước đó.

Tất cả các BN trong nghiên cứu đều có CTĐMCN độ III. Nghiên cứu của Alexander Gombert và cs cho thấy tỷ lệ CTĐMC độ II và độ III chiếm 35.4%⁴. Sự khác biệt giữa này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ, hoặc các tổn thương CTĐMCN chủ độ I, II có thể bị bỏ sót do tổn thương kín đáo hoặc bệnh nhân không được chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang dẫn đến hạn chế đánh giá các tổn thương kín đáo.

Trong nghiên cứu này có xu hướng tương quan thuận mức trung bình giữa tỷ lệ đường kính giả phình/ đường kính động mạch chủ bình thường và độ dày khối máu tụ trung thất ($r=0.442$, $p=0.058$), tuy nhiên, mối tương quan này là chưa có ý nghĩa thống kê. Không có mối tương quan giữa chiều dài đoạn mạch tổn thương và độ dày khối máu tụ trung thất ($r=0.175$, $p=0.474$). Điều này cho thấy những BN có giả phình lớn hơn có xu hướng có khối máu tụ trung thất dày hơn. Giả phình lớn hơn đồng nghĩa với mức độ tổn thương thành động

mạch nghiêm trọng hơn, có thể gây rò rỉ nhiều máu hơn vào trung thất, dẫn đến khối máu tụ trung thất lớn hơn. Nghiên cứu của Harris và cs cho thấy tỷ lệ đường kính giả phình/ đường kính động mạch chủ bình thường >1.4 là một yếu tố tiên lượng nguy cơ vỡ của động mạch chủ⁵.

Trong nghiên cứu cũng cho thấy mối tương quan giữa tình trạng huyết động lúc nhập viện (HATT) và độ dày khối máu tụ trung thất, chiều dài đoạn mạch tổn thương hay đường kính khối giả phình là chưa có ý nghĩa thống kê. Tương tự, không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng tri giác (Glasgow) và độ dày khối máu tụ trung thất, chiều dài đoạn mạch tổn thương hay đường kính khối giả phình. Điều này có thể do số lượng mẫu nghiên cứu còn ít nên chưa đại diện được cho sự tương quan trong quần thể.

Các kết quả trên cho thấy các yếu tố lâm sàng như huyết áp tâm thu và điểm Glasgow có giá trị hạn chế trong việc dự đoán mức độ tổn thương tại chỗ của động mạch chủ dựa trên hình ảnh CLVT. Điều đó càng cho thấy sự cần thiết của chỉ định chụp CLVT ngực có tiêm thuốc cản quang trong việc phát hiện và đánh giá đầy đủ tổn thương của CTĐMCN, bên cạnh thăm khám lâm sàng ban đầu.

V. KẾT LUẬN

Chụp CLVT là thăm khám thường được chỉ định cho các trường hợp chấn thương ngực. Trên CLVT tiêm thuốc cản quang có khả năng phát hiện các dấu hiệu đặc trưng cho tổn thương

và phân độ chính xác CTĐMCN, từ đó, góp phần quan trọng trong việc chỉ định phương thức theo dõi điều trị phù hợp cho bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schulman CI, Carvajal D, Lopez PP, Soffer D, Habib F, Augenstein J. Incidence and crash mechanisms of aortic injury during the past decade. *J Trauma*. 2007;62(3):664-667. doi:10.1097/TA.0b013e318031b58c
2. Williams JS, Graff JA, Uku JM, Steinig JP. Aortic injury in vehicular trauma. *Ann Thorac Surg*. 1994;57(3):726-730. doi:10.1016/0003-4975(94)90576-2
3. Loo GT, Siegel JH, Dischinger PC, et al. Airbag protection versus compartment intrusion effect determines the pattern of injuries in multiple trauma motor vehicle crashes. *J Trauma*. 1996;41(6): 935-951. doi:10.1097/00005373-199612000-00001
4. Gombert A, Barbati ME, Storck M, et al. Treatment of blunt thoracic aortic injury in Germany—Assessment of the TraumaRegister DGU®. *PLoS One*. 2017;12(3):e0171837. doi: 10.1371/journal.pone.0171837
5. Harris DG, Rabin J, Kufera JA, et al. A new aortic injury score predicts early rupture more accurately than clinical assessment. *Journal of Vascular Surgery*. 2015;61(2):332-338. doi:10.1016/j.jvs.2014.08.007
6. A Systematic Review on Thoracic Endovascular Repair Outcomes in Blunt Thoracic Aortic Injuries - Petroula Nana, Konstantinos Spanos, Christian-Alexander Behrendt, Alexandros Brodis, Stéphan Haulon, Tilo Köbel, 2024. Accessed June 9, 2024. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/15266028241233163?journalCode=jeta>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN DI CĂN XA MỚI CHẨN ĐOÁN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Lê Thị Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn xa mới chẩn đoán. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn xa mới chẩn đoán tại bệnh viện K từ 01/2017 đến

12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình $53,6 \pm 10,6$, tỷ lệ nam/nữ là 3,5/1. Lý do vào viện phổ biến là hạch cổ, chiếm 86,1%. Thời gian chẩn đoán bệnh trung bình là 4,24 tháng. Giai đoạn T3-T4 chiếm 52,7% và N2-N3 chiếm 76,4%. Xương là vị trí di căn phổ biến nhất (54,2%), tiếp theo là phổi (33,3%), di căn xa tại hạch (26,4%) và gan (20,8%). Đa số bệnh nhân chỉ di căn một cơ quan (69,4%). Các đặc điểm hình ảnh học của di căn xa thường gặp bao gồm tổn thương đặc xương, các nốt nhỏ hai phế trường và tổn thương gan giảm tỷ trọng, ngấm thuốc kém. **Kết luận:** Ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn xa mới chẩn đoán thường gặp ở nam giới trung niên, với biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu dẫn đến phát hiện muộn. Hạch cổ là lý do nhập viện phổ biến. Di căn xương là vị trí di căn xa thường gặp nhất. Chẩn đoán hình ảnh giữ vai trò quan trọng trong phát hiện và đánh giá tổn thương.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025