

TENDENCY OF AORTIC DISEASES IN VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE IN 2024 – 2025

Pham Minh Tuan^{1,2}

¹Institute of Cardiology, Bach Mai Hospital - Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 08/01/2026

Revised: 08/02/2026; Accepted: 24/04/2026

SUMMARY

Objective: To investigate the clinical characteristics of aortic diseases and the management approaches to these conditions at the Cardiovascular Institute, Bach Mai Hospital.

Methods: All patients admitted between August 2024 and August 2025 were included, comprising both emergency and non-emergency cases.

Results: Based on a one-year study of patients with aortic disease, with analysis stratified by two age groups (<60 and >60 years), the findings showed that aortic disease predominantly occurred in older patients, with a mean age of 65.3 ± 9.4 years. Male patients were more commonly affected than female patients (76% vs. 24%). Hypertension was the leading risk factor (86.3%), and the most common presenting complaints were chest pain or abdominal pain. In patients aged <60 years, thoracic aortic dissection was the most prevalent condition (62.3%), whereas in patients aged >60 years, abdominal aortic aneurysm was the most common diagnosis (50.9%). Regarding treatment strategy, aggressive open surgical repair was performed more frequently in patients aged <60 years (39.6%), while in those aged >60 years, conservative management and minimally invasive endovascular intervention were more commonly selected, accounting for 59.6% and 34.8%, respectively.

Conclusion: Aortic disease predominantly affects older male patients, with hypertension being the most prominent risk factor. Clear differences were observed in both disease pattern and treatment strategy between the two age groups: patients aged <60 years were more likely to present with thoracic aortic dissection and to undergo open surgical repair, whereas patients aged >60 years were more likely to have abdominal aortic aneurysm and to receive conservative treatment or minimally invasive endovascular intervention. These findings suggest that age plays an important role in guiding diagnosis and treatment selection in patients with aortic disease.

Keywords: aortic aneurysm, aortic dissection, aortic surgical repair, endovascular aortic repair.

*Corresponding author

Email: phminhtuan6382@gmail.com **Phone:** (+84) 918060382 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i4.4888

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ ĐỘNG MẠCH CHỦ VÀ XỬ TRÍ TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM NĂM 2024 - 2025

Phạm Minh Tuấn^{1,2}

¹*Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai - Bệnh viện Bạch Mai - Số 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam*

²*Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 08/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 08/02/2026; Ngày duyệt đăng: 24/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu đặc điểm bệnh và tiếp cận xử trí bệnh lý này tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp nghiên cứu: chọn tất cả bệnh nhân được nhập viện từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025, gồm các bệnh nhân cấp cứu và không cấp cứu.

Kết quả: qua nghiên cứu trong 1 năm trên nhóm bệnh lý động mạch chủ và đánh giá trên cả 2 nhóm < 60 và > 60 tuổi, thấy rằng: bệnh lý ĐMC có lứa tuổi trung bình cao (65.3 ± 9.4 tuổi), nam giới gặp nhiều hơn nữ giới (76% so với 24%); tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chủ chốt (86.3%); lí do nhập viện chính là đau ngực hoặc đau bụng. Ở nhóm < 60 tuổi, tỷ lệ mắc lóc tách thành ĐMC ngực là cao nhất (62.3%), còn ở nhóm > 60 tuổi, tỷ lệ mắc phình ĐMC bụng là cao nhất (50.9%). Đối với nhóm bệnh nhân < 60 tuổi chiến lược phẫu thuật mở mổ tích cực chiếm 39.6%, nhóm bệnh nhân > 60 tuổi xu hướng điều trị bảo tồn hoặc can thiệp nội mạch ít xâm lấn chiếm tỷ lệ cao hơn (59.6% và 34.8%).

Kết luận: Bệnh lý động mạch chủ chủ yếu gặp ở nam giới lớn tuổi, trong đó tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ nổi bật nhất. Có sự khác biệt rõ về mô hình bệnh và chiến lược điều trị giữa hai nhóm tuổi: nhóm dưới 60 tuổi chủ yếu gặp lóc tách động mạch chủ ngực và được điều trị phẫu thuật mở mổ nhiều hơn, trong khi nhóm trên 60 tuổi chủ yếu gặp phình động mạch chủ bụng và ưu tiên điều trị bảo tồn hoặc can thiệp nội mạch ít xâm lấn. Kết quả cho thấy tuổi có vai trò quan trọng trong định hướng chẩn đoán và lựa chọn phương pháp điều trị ở bệnh nhân bệnh lý động mạch chủ.

Từ khóa: phình động mạch chủ, lóc tách thành động mạch chủ, phẫu thuật động mạch chủ, can thiệp nội mạch.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý động mạch chủ là bệnh lý nguy hiểm và có tỷ lệ tử vong cao, kể cả ở các nước phát triển. Các bệnh lý này nguy hiểm vì có thể dẫn đến vỡ, gây chảy máu đe dọa tính mạng. Các yếu tố nguy cơ bao gồm: tuổi cao, tăng huyết áp, xơ vữa động mạch; các bệnh lý của hệ thống mô liên kết như hội chứng Marfan, hội chứng Loays-Dietz, Ehler Danolos; hút thuốc lá, đái tháo đường hoặc các chấn thương ngực bụng, tiền sử gia đình có người mắc bệnh. Tuy vậy, nếu được quản lí, kiểm soát và ngăn ngừa đúng cách, có thể ngăn ngừa được biến chứng nguy hiểm. Tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai hàng năm có hàng trăm bệnh nhân nhập viện điều trị với chẩn đoán bệnh lý ĐMC. Để tìm hiểu xu hướng mắc bệnh ở các lứa tuổi khác nhau, đặc điểm bệnh tật và cách tiếp cận xử trí tiên tiến, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định tỷ trọng các thể bệnh trong mẫu nghiên cứu ở các nhóm tuổi < 60 tuổi và > 60 tuổi, các cách tiếp cận xử trí đối với các bệnh lý cụ thể và kết quả sớm của các phương pháp xử trí từ 2024 – 2025. Mục đích của nghiên

cứu nhằm thu thập những dữ liệu cần thiết để nâng cao chất lượng điều trị nhóm bệnh nhân mắc bệnh lý trầm trọng trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: tất cả hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý ĐMC (phình hoặc lóc tách) được điều trị tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai, bao gồm tất cả các bệnh nhân nhập viện vì cấp cứu vỡ, dọa vỡ và lóc tách hoặc phình ĐMC mạn tính, không tính các bệnh nhân nhập viện lại.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2024 – tháng 8/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, loại trừ những hồ sơ không đủ các dữ liệu phục vụ nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: phminhtuan6382@gmail.com Điện thoại: (+84) 918060382 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4888

Phương tiện chẩn đoán: máy chụp cắt lớp vi tính đa dãy tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai. Các chẩn đoán hình ảnh ĐMC ngực – bụng, tách thành ĐMC ngực – bụng, loét xuyên thành ĐMC, tụ máu trong thành ĐMC dựa trên Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Hoa Kỳ 2022 [1].

Xử lý số liệu: được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS, sử dụng thuật toán thống kê y học: thuật toán trung bình, so sánh trung bình... Biểu định được so sánh trung bình ± SD, ngưỡng p có giá trị khi < 0.05.

Đạo đức của nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự đồng ý của ban lãnh đạo Viện Tim mạch và Bệnh viện Bạch Mai nhằm nâng cao chất lượng điều trị đem lại lợi ích cho người bệnh. Mọi thông tin về bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung:

Đặc điểm chung n = 101	Nhóm < 60 tuổi		Nhóm > 60 tuổi		n = 262	
	Tỷ lệ trong nhóm	n = 161	Tỷ lệ trong nhóm	Tỷ lệ chung		
Nam	76	75.2%	124	77%	76%	
Nữ	25	24.8%	37	23%	24%	
Tuổi trung bình (năm)	51.8 ± 5.7		73.7 ± 13.2		65.3 ± 9.4	
THA	82	81.2%	145	90%	86.3%	
ĐTĐ	7	6.93%	26	16.1%	12.6%	
Suy thận	16	15.8%	35	21.7%	19.5%	
Hút thuốc lá	6	5.94%	27	16.8%	12.6%	
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	1	1.0%	16	9.9%	6.5%	
Bệnh lý mô liên kết	3	2.97%	0	0.0%	1.1%	
Lí do vào viện	Đau ngực	80	79.2%	79	49.1%	60.7%
	Đau bụng	14	13.9%	82	50.9%	36.6%
	Liệt 1/2 người	5	4.95%	7	4.3%	4.6%
	Khó thở	2	1.98%	2	1.2%	1.5%
Chẩn đoán	Phình ĐMC bụng	14	13.9%	82	50.9%	36.6%
	Phình ĐMC ngực	24	23.8%	28	17.4%	19.8%
	Lóc tách thành ĐMC ngực	63	62.3%	51	31.7%	43.5%

Bảng 1: Đặc điểm chung các các bệnh nhân bệnh lí động mạch chủ.

Nhận xét: Tỷ lệ mắc ở nam giới cao hơn ở nữ giới ở cả 2 nhóm tuổi với 75.2% (<60 tuổi) và 77% (>60 tuổi); Tăng huyết áp là nguy cơ chính với tỷ lệ trung bình 86.3%, Triệu chứng điển hình là đau ngực (60.7%) hoặc đau bụng

(36.6%); phình ĐMC bụng ở nhóm > 60 tuổi (50.9%) và lóc tách thành ĐMC ngực ở nhóm < 60 tuổi (62.3%).

2. Phương pháp xử trí với phình động mạch chủ:

Các dạng phình ĐMC và xử trí n=38	Nhóm < 60 tuổi		Nhóm > 60 tuổi		Tỷ lệ chung	
	Tỷ lệ trong nhóm	n=110	Tỷ lệ trong nhóm	n=148		
Phình ĐMC bụng	14	36.8%	82	74.5%	96 (64.9%)	
Kích thước trung bình (mm)	43,8±11.2		56.4±17.7		53.2±8.7	
Xử trí	Phẫu thuật	2	14.3%	2	2.4%	4.2%
	Can thiệp nội mạch	4	28.6%	50	61%	56.3%
	Điều trị nội khoa	8	57.1%	30	36.6%	39.5%
Phình ĐMC ngực	24	63.2%	28	25.5%	52 (35.1%)	
Kích thước trung bình (mm)	54.6±5.3		61.7±11.6		58.4±6.5	
Xử trí	Phẫu thuật	11	45.8%	4	14.3%	28.8%
	Can thiệp nội mạch	1	4.2%	7	25%	15.4%
	Điều trị nội khoa	12	50%	17	60,7%	55.8%

Bảng 2: Xử trí đối với các dạng phình ĐMC.

Nhận xét: Phẫu thuật chủ yếu ở nhóm bệnh nhân < 60 tuổi có phình ĐMC ngực; can thiệp nội mạch chủ yếu ở nhóm bệnh nhân > 60 tuổi phình ĐMC bụng.

3. Các phương pháp xử trí với lóc tách thành động mạch chủ:

Phân loại	Stanford A (n=25)		Stanford B (n=89)	
	< 60 (n=23)	> 60 (n=2)	< 60 (n=40)	> 60 (n=49)
Tuổi (năm)				
Phẫu thuật	17	1	3	0
Can thiệp nội mạch	0	0	14	24
Điều trị nội khoa	0	0	22	24
Phẫu thuật Hybrid	6	1	1	1
Tỷ lệ trong nhóm	92%	8%	44.9%	55.1%
Tỷ lệ chung	21.9%		79.1%	

Bảng 3: Tỷ lệ và xử trí lóc tách thành ĐMC ngực

Nhận xét: lóc tách ĐMC Stanford A được phẫu thuật ở người trẻ < 60 tuổi (92%), với lóc tách thành ĐMC Stanford B can thiệp nội mạch và điều trị nội khoa chiếm tỷ lệ tương đương ở cả 2 nhóm tuổi.

4. Tử vong và nguyên nhân:

Tuổi (năm)		< 60 (n=101)	> 60 (n=161)	Tỷ lệ chung	Nguyên nhân
Tổng trường hợp tử vong		n = 8 (7.9%)	n = 3 (1.9%)	n=11 (4.2%)	
Phình ĐMC bụng		0	1	(1/11) 9%	Sốc nhiễm trùng nhiễm độc
Phình ĐMC ngực		1	0	(1/11) 9%	Sốc, suy đa tạng
Lóc tách thành ĐMC ngực	Stanford A	5	0	(5/11) 45%	Sốc, suy đa tạng
	Stanford B	2	2	(4/11) 37%	Sốc nhiễm trùng nhiễm độc

Bảng 4: Các trường hợp tử vong và nguyên nhân

Nhận xét: tỷ lệ tử vong ở nhóm < 60 tuổi cao hơn nhóm > 60 tuổi (7.9% và 1.9%). Nhóm <60 tuổi chủ yếu là tách thành ĐMC standford A. Nguyên nhân tử vong do tình trạng sốc và suy đa tạng; 3 trường hợp tử vong do sốc nhiễm trùng nhiễm độc sau can thiệp.

5. Đặc điểm và tiếp cận điều trị với bệnh lý ĐMC:

ĐẶC ĐIỂM	NHÓM < 60 TUỔI	NHÓM ≥ 60 TUỔI
Bệnh lý chính	Lóc tách ĐMC ngực (62.3%)	Phình ĐMC bụng (50.9%)
Chiến lược điều trị	Phẫu thuật mở (39.6%) là chính	Điều trị nội khoa (59.6%) & Can thiệp nội mạch (34.8%)
Yếu tố nguy cơ chính	Tăng huyết áp	Tăng huyết áp
Tỷ lệ tử vong	7.90%	1.90%
Hướng tiếp cận	Can thiệp tích cực, triệt để	Điều trị bảo tồn, can thiệp ít xâm lấn

Bảng 5: Đặc điểm bệnh lý ĐMC và tiếp cận điều trị

Nhận xét: lóc tách ĐMC ngực tỷ lệ cao ở người trẻ, phình ĐMC bụng chiếm ưu thế ở người cao tuổi. Tiếp cận điều trị tích cực triệt để ở nhóm trẻ tuổi và điều trị bảo tồn hoặc can thiệp ít xâm lấn ở nhóm cao tuổi.

4. BÀN LUẬN

Động mạch chủ (ĐMC) có thể bị ảnh hưởng đa dạng bởi nhiều bệnh lý, từ cấp tính (đe dọa tính mạng) đến mạn tính. Các bệnh lý này bao gồm hội chứng ĐMC cấp, phình ĐMC, bệnh lý di truyền, bệnh lý xơ vữa và viêm ĐMC. Trong hội chứng động mạch chủ cấp bao gồm: lóc tách ĐMC (có thể phân loại theo Stanford hoặc tiêu chuẩn DeBakey theo hình thái tổn thương), tụ máu

trong thành ĐMC, loét xuyên thành ĐMC. Ngoài ra, các bệnh lý di truyền như hội chứng Marfan, hội chứng Loeys-Dietz, hội chứng Ehler-Danlos type IV hay van ĐMC 2 lá van cũng có thể ảnh hưởng đến ĐMC. Bên cạnh đó, các bệnh lý ĐMC do xơ vữa, viêm hoặc do can thiệp nội mạch ĐMC. Các yếu tố nguy cơ như tuổi cao, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và các bệnh lý động mạch như đái tháo đường, hút thuốc lá thuốc lào, bệnh phổi mạn tính khiến cho việc điều trị gặp nhiều khó khăn để kiểm soát theo các hướng dẫn điều trị [1-4].

Qua 1 năm nghiên cứu, có 262 bệnh nhân được nhập viện với các loại bệnh lý động mạch chủ (gồm phình và lóc tách). Trong đó, tuổi trung bình là 65.3 ± 9.4 , cao nhất là 95 tuổi và thấp nhất là 33 tuổi [Bảng 1]. Theo các Hướng dẫn điều trị, những trường hợp trẻ tuổi nên được làm các xét nghiệm xác định các loại đột biến gen gây phình tách thành ĐMC như FBN1 ở hội chứng Marfan, TGFBR ở hội chứng Loeys-Dietz hay hội chứng Ehlers-Danlos. Tuy tỷ lệ gặp rất hiếm, nhưng chỉ định điều trị rất rõ ràng, đó là phẫu thuật triệt để [3,4].

Nam giới có tỷ lệ mắc cao hơn hẳn nữ giới (< 60 tuổi: 75.2% so với 25.5% và > 60 tuổi: 77% so với 23%). Điều này giống nhau ở cả 2 nhóm tuổi và phù hợp với hầu hết các nghiên cứu dịch tễ trên thế giới về bệnh lý động mạch chủ. Nam giới có các yếu tố nguy cơ phổ biến hơn (như hút thuốc lá, tăng huyết áp khởi phát sớm) và có lẽ còn liên quan đến yếu tố nội tiết tố, khiến họ dễ mắc bệnh hơn nữ giới ở mọi nhóm tuổi [4,5].

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chủ yếu (< 60 tuổi là 81.2% và > 60 tuổi là 90%) trong cả 2 nhóm tuổi. Đây là yếu tố căn nguyên quan trọng nhất, làm tăng áp lực liên tục lên thành mạch, dẫn đến phình tách. Ở nhóm cao tuổi, tỷ lệ này cao hơn, phản ánh sự tích lũy yếu tố nguy cơ theo thời gian. Đáng chú ý, nghiên cứu đều chỉ ra việc kiểm soát huyết áp ở các bệnh nhân này chưa đạt mục tiêu, cho thấy một lỗ hổng lớn trong quản lý bệnh nhân tại cộng đồng [3-5] [Bảng 1].

Trong cả 2 nhóm tuổi, triệu chứng chính là **đau ngực và đau bụng**. Đây là những triệu chứng kinh điển của hội chứng ĐMC cấp, cho thấy bản chất bệnh lý là giống nhau, chỉ khác về vị trí tổn thương. Trong chẩn đoán, sự cần thiết của một "**Nhóm chuyên gia Động mạch chủ**" bao gồm hồi sức, ngoại khoa, can thiệp nội mạch và chẩn đoán hình ảnh, là bắt buộc để có thể đưa ra quyết định điều trị tối ưu cho bệnh lý phức tạp và nguy hiểm tính mạng này [5].

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy được một số điểm khác biệt giữa 2 nhóm tuổi:

Một là phân bố bệnh lý chính: với những bệnh nhân < 60 tuổi, lóc tách ĐMC ngực là phổ biến nhất (62.3%); với những bệnh nhân > 60 tuổi, phình ĐMC bụng là phổ biến nhất (50.9%). Thực tế thấy rằng, ở nhóm trẻ, bệnh lý thường liên quan đến các yếu tố cấp tính (gắng sức, chấn thương) hoặc bệnh lý mô liên kết (như hội chứng Marfan), dẫn đến lóc tách cấp tính - một biến cố thường xảy ra đột ngột trên nền một thành mạch có sẵn bất thường. Còn ở nhóm cao tuổi, bệnh lý là kết quả của quá trình thoái hóa và xơ vữa kéo dài trong nhiều thập kỷ, dẫn đến sự hình thành và mở rộng dần của phình mạch, đặc biệt là ở bụng [5,-7].

Thứ hai là, chiến lược điều trị bao gồm phẫu thuật mở, điều trị can thiệp nội mạch và điều trị nội khoa ở 2 nhóm có sự khác biệt. Phẫu thuật mở: với các bệnh nhân trẻ < 60 tuổi: rất cao (39.6%). Đặc biệt, 73.9% bệnh nhân lóc tách thành ĐMC Stanford A được phẫu thuật mở; còn ở nhóm ≥ 60 tuổi: rất thấp (5.6%). Can thiệp nội mạch ở 2 nhóm tuổi cũng

có sự khác biệt lớn: nhóm bệnh nhân < 60 tuổi: 18.8% và nhóm > 60 tuổi là 34.8%. Điều trị nội khoa ở nhóm < 60 tuổi là 42.6% và ở nhóm > 60 tuổi là 59.6% [7-10] [Bảng 2]. Đây là sự khác biệt quan trọng nhất, phản ánh sự đánh đổi giữa rủi ro phẫu thuật và lợi ích lâu dài. Với bệnh nhân trẻ, sức chịu đựng phẫu thuật tốt hơn và tuổi thọ còn dài, ưu tiên hàng đầu là phương pháp triệt để và bền vững như phẫu thuật mở, nhằm giải quyết tận gốc vấn đề và tránh các can thiệp lặp lại trong tương lai. Với bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh đồng mắc (suy thận, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính), nguy cơ phẫu thuật cao, mục tiêu chuyển sang kiểm soát triệu chứng, phòng ngừa biến chứng và giảm thiểu xâm lấn. Do đó, can thiệp nội mạch ít xâm lấn được ưu tiên, điều trị nội khoa được áp dụng rộng rãi hơn [8,9] [Bảng 3].

Thứ 3 là, tỷ lệ tử vong trong viện. Ở nhóm < 60 tuổi cao hơn (7.9%) ở nhóm > 60 tuổi (1.9%) [Bảng 4]. Nghịch lý này có thể giải thích: nhóm trẻ tuổi chủ yếu mắc lóc tách ĐMC cấp tính (đặc biệt là Stanford A), vốn là một cấp cứu tối khẩn cấp với tỷ lệ tử vong rất cao ngay cả khi được triển khai can thiệp cấp cứu tích cực; còn nhóm cao tuổi chủ yếu mắc phình ĐMC, thường diễn tiến chậm hơn và được xử trí chủ yếu bằng các phương pháp ít xâm lấn hơn hoặc điều trị nội khoa kết hợp theo dõi, dẫn đến tỷ lệ tử vong cấp tính thấp hơn trong cùng một khoảng thời gian nghiên cứu. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong chung toàn cục của phình mạch vỡ vẫn rất cao trong tiên lượng lâu dài. Điều này phù hợp với tình hình chung trong nhiều nghiên cứu đa trung tâm trên quốc tế [9,10]. Tỷ lệ tử vong chung nội viện trong nghiên cứu chiếm 4.2%, tương đương với các tỷ lệ tại các nghiên cứu lớn trên thế giới cho thấy, hiện nay, kết quả của cách tiếp cận và xử trí tại Viện Tim mạch bệnh viện Bạch Mai với bệnh lý này đem lại hiệu quả tương đương với nhiều trung tâm tiên tiến trên toàn thế giới [7-9].

Qua nghiên cứu, có thể thấy rằng, xu hướng phát triển trong việc chẩn đoán, xử trí và theo dõi bệnh lý ĐMC tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai đang tiệm cận sát với xu hướng trên quốc tế, tại các nước phát triển như Mỹ và các nước châu Âu [Bảng 5] [9, 10].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trong 1 năm trên nhóm bệnh lý động mạch chủ và đánh giá trên cả 2 nhóm < 60 và > 60 tuổi, thấy rằng: bệnh lý ĐMC có lứa tuổi trung bình cao (65.3 ± 9.4), nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chủ chốt. Ở nhóm < 60 tuổi, tỷ lệ mắc lóc tách thành ĐMC ngực là cao nhất, còn ở nhóm > 60 tuổi, tỷ lệ mắc phình ĐMC bụng là cao nhất (50.9%). Đối với nhóm bệnh nhân < 60 tuổi chiến lược phẫu thuật mở tích cực chiếm 39.6%, nhóm bệnh nhân > 60 tuổi xu hướng điều trị bảo tồn hoặc can thiệp nội mạch ít xâm lấn chiếm tỷ lệ cao hơn.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Isselbacher EM, Preventza O, Hamilton Black J 3rd, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, Braverman AC, Bray BE, Brown-Zimmerman MM, Chen EP, Collins TJ, DeAnda A Jr, Fanola CL, Girardi LN, Hicks CW, Hui DS, Schuyler Jones W, Kalahasti V, Kim KM, Milewicz DM, Oderich GS, Ogbechie L, Promes SB, Gyang Ross E, Schermerhorn ML, Singleton Times S, Tseng EE, Wang GJ, Woo YJ; Peer Review Committee Members. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management

of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022 Dec 13;146(24):e334-e482. doi: 10.1161/CIR.0000000000001106. Epub 2022 Nov 2. PMID: 36322642; PMCID: PMC9876736.

- [2] Golledge J, Thanigaimani S, Powell JT, Tsao PS. Pathogenesis and management of abdominal aortic aneurysm. *Eur Heart J*. 2023 Aug 1;44(29):2682-2697. doi: 10.1093/eurheartj/ehad386. PMID: 37387260; PMCID: PMC10393073.
- [3] Luta X, Zanchi F, Fresa M, Porceddu E, Keller S, Bouchardy J, Déglise S, Qanadli SD, Kirsch M, Wuerzner G, Superti-Furga A, Buso G, Mazzolai L. Tortuosity in non-atherosclerotic vascular diseases is associated with age, arterial aneurysms, and hypertension. *Orphanet J Rare Dis*. 2024 Jun 7;19(1):227. doi: 10.1186/s13023-024-03231-9. Erratum in: *Orphanet J Rare Dis*. 2025 Sep 1;20(1):466. doi: 10.1186/s13023-025-03964-1. PMID: 38849913; PMCID: PMC11157772.
- [4] Suzuki T, Bossone E, Sawaki D, Jánosi RA, Erbel R, Eagle K, Nagai R. Biomarkers of aortic diseases. *Am Heart J*. 2013 Jan;165(1):15-25. doi: 10.1016/j.ahj.2012.10.006. Epub 2012 Nov 20. PMID: 23237129.
- [5] Pini R, Faggioli G, Gallitto E, Mascoli C, Fenelli C, Vacirca A, Gargiulo M. Predictors of Survival in Patients Over 80 Years Old Treated with Fenestrated and Branched Endograft. *Ann Vasc Surg*. 2020 Aug;67:52-58. doi: 10.1016/j.avsg.2020.03.034. Epub 2020 Mar 28. PMID: 32234393.
- [6] Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, Lee WA, Mansour MA, Mastracci TM, Mell M, Murad MH, Nguyen LL, Oderich GS, Patel MS, Schermerhorn ML, Starnes BW. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg*. 2018 Jan;67(1):2-77.e2. doi: 10.1016/j.jvs.2017.10.044. PMID: 29268916.
- [7] Miyamoto Y. Elephant trunk technique for hybrid aortic arch repair. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2014 Mar;62(3):135-41. doi: 10.1007/s11748-013-0299-0. Epub 2013 Aug 15. PMID: 23943042.
- [8] Zhang Z, Lin F, Huang X, He Z, Wang H, Cheng T. Age-related difference in acute type B aortic dissection. *Vascular*. 2024 Dec;32(6):1385-1390. doi: 10.1177/17085381231214720. Epub 2023 Nov 8. PMID: 37940108.
- [9] Zhu Y, Lingala B, Baiocchi M, Tao JJ, Toro Arana V, Khoo JW, Williams KM, Traboulsi AA, Hammond HC, Lee AM, Hiesinger W, Boyd J, Oyer PE, Stinson EB, Reitz BA, Mitchell RS, Miller DC, Fischbein MP, Woo YJ. Type A Aortic Dissection-Experience Over 5 Decades: JACC Historical Breakthroughs in Perspective. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Oct 6;76(14):1703-1713. doi: 10.1016/j.jacc.2020.07.061. PMID: 33004136.
- [10] Png CYM, Pendleton AA, Altreuther M, Budtz-Lilly JW, Gunnarsson K, Kan CD, Khashram M, Laine MT, Mani K, Pederson CC, Srivastava SD, Eagleton MJ. Effect of EVAR on International Ruptured AAA Mortality-Sex and Geographic Disparities. *J Clin Med*. 2024 Apr 23;13(9):2464. doi: 10.3390/jcm13092464. PMID: 38730993; PMCID: PMC11084331.