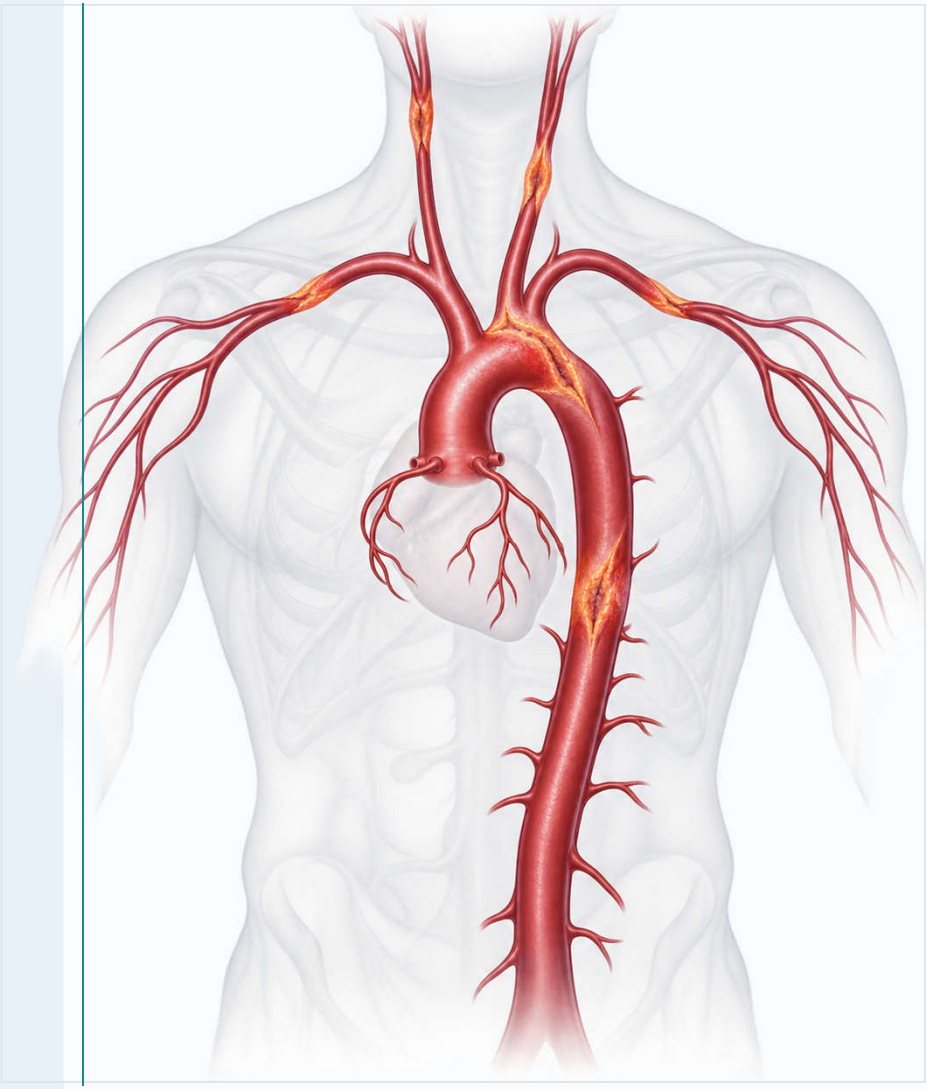
BỆNH ÁN HỘI CHẨN

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VIÊM ĐỘNG MẠCH TAKAYASU

BS. PHAN THỊ MINH NGA

PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP
Trung Tâm Chẩn Đoán Y Khoa



THÔNG TIN CHUNG

BỆNH ÁN

Bệnh nhân

Nữ, 43 tuổi tại thời điểm 2024 , PID: 3833452
Cao 160 cm • Nặng 53 kg
Theo dõi lâu năm tại phòng khám tim / phòng tăng huyết áp MEDIC

160	53	43
cm	kg	tuổi (2024)

Tiền căn & điều trị

Nhồi máu não cũ (2017)
Tăng huyết áp độ I
Rối loạn mỡ máu nhẹ (LDL: 2.2 mmol/L)
Suy giáp đang điều trị
Điều trị ổn định nhiều năm: Valsartan 80 mg ½ viên , clopidogrel 75 mg , Rosuvastatin 10 mg, levothyroxine 50 mcg

2017

BỆNH SỬ BAN ĐẦU

Trước biến cố

Tăng huyết áp độ I và rối loạn mỡ máu nhẹ kiểm soát tốt từ **khoảng 27 tuổi**
Valsartan 80 mg 1/2 viên + Rosuvastatin 10 mg 1 viên

Biến cố thần kinh năm 2017

Năm 2017, **khi 36 tuổi**: đột ngột nhìn đôi
Nhập BV Chợ Rẫy
MRI não phát hiện nhồi máu não lỗ khuyết
Toa từ năm 2017: Valsartan 80 mg 1/2 viên + Rosuvastatin 10 mg 1 viên và Clopidogrel 75 mg 1 viên

Một biến cố mạch máu ở tuổi còn trẻ → cần lưu ý nguyên nhân thứ phát / bệnh mạch máu hệ thống.

THEO DÕI ỔN ĐỊNH ĐẾN 2022

SAU NHỒI MÁU NÃO 2017

- Tầm soát nguyên nhân: rung nhĩ (Holter ECG) , lỗ bầu dục (ETO) , tăng đông, mạch máu… không phát hiện bất thường giải thích biến cố.
- Bệnh nhân được khuyên lấy que cấy ngừa thai ra.
- Siêu âm động mạch cảnh nhiều lần, lần cuối **2021**: không ghi nhận tổn thương.
- MRI/MRA não nhiều lần, lần cuối 2022 (MEDIC): không ghi nhận tổn thương trên não.
- Từ 2017 đến 2022: duy trì điều trị ổn định.

07/2023: HẸP ĐỘNG MẠCH CHỦ PHÁT HIỆN TÌNH CỜ

Bối cảnh

07/2023: Nhập BV Tâm Anh vì đau bụng cấp do viêm phần phụ phải

Được chụp CTA ngực – bụng

CTA 2023

Tình cờ phát hiện hẹp khoảng 50% lòng động mạch chủ xuống đoạn ngang T8

Tổn thương ban đầu được mô tả do mảng xơ vữa

Chưa có triệu chứng tim mạch nổi bật được ghi nhận ở thời điểm này.

07/2024: TẠI PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP ĐÁNH GIÁ LẠI

110-115 /80 mmHg
HA hai tay (mmHg)

125-130/80 mmHg
HA hai chi dưới

Âm thổi (-) / vùng bụng

HUYẾT ÁP, MỠ MÁU ỔN ĐỊNH

Lý do mở rộng khảo sát

Bệnh nhân vẫn không mệt, không nặng ngực.
Do kết quả CTA ngực trước đó, bác sĩ phòng tăng huyết áp nghi ngờ bệnh lý viêm mạch Takayasu.
Chỉ định khảo sát thêm các mạch máu khác tại MEDIC.

2017 → 2024

DIỄN TIẾN THEO THỜI GIAN

2017
(năm 36 tuổi)

Nhìn đôi
MRI: nhồi máu não lỗ khuyết

2021

Siêu âm ĐM cảnh không ghi nhận tổn thương

2022

MRI/MRA não không ghi nhận tổn thương mới

07/2023

CTA ngực–bụng (phát hiện tình cờ BV Tâm Anh)
Hẹp ~50% ĐMC xuống, không ghi nhận hẹp các mạch máu khác vùng bụng

07/2024

Tại phòng tăng huyết áp MEDIC:
Khảo sát đa giường mạch
Nghi Takayasu

Bệnh cảnh diễn tiến âm thầm; hình ảnh học trở thành chìa khóa để nhận diện tổn thương mạch lớn.

SIÊU ÂM ĐỘNG MẠCH CẢNH, ĐỘNG MẠCH THẬN VÀ MẠCH MÁU CHI DƯỚI

Động mạch cảnh (BV Tâm Anh)

Bản siêu âm 2023 ghi nhận hẹp động mạch cảnh do xơ vữa

Động mạch thận

Chưa khảo sát lại

Mạch máu chi dưới / ABI

Siêu âm mạch máu chi dưới bình thường (BV Tâm Anh)

(ABI được tính thủ công từ số đo huyết áp tâm thu chi trên và chi dưới)

ABI hai bên trong giới hạn bình thường.

07/2024

CTA MẠCH VÀNH MEDIC 07/2024

Kết quả

Hẹp 40–50% thân chung trái (LM), chiều dài khoảng 3 mm

Hẹp 20–30% đến 40–50% các nhánh còn lại

Ý Nghĩa

Tổn thương mạch vành cần đặt trong bối cảnh bệnh lý mạch máu hệ thống

Cần phân biệt tổn thương do xơ vữa với tổn thương liên quan viêm mạch

07/2024

CTA MẠCH CẢNH & NỘI SỌ MEDIC

Mạch cảnh: 3 VỊ TRÍ VIÊM HẸP

Viêm hẹp trung bình–nặng, dài khoảng 50 mm ở động mạch cảnh chung trái

Viêm hẹp nhẹ đến trung bình: cảnh ngoài trái, cảnh trong phải

Nội sọ & diễn giải

Mạch máu não nội sọ: không hẹp

Tổn thương mạch cảnh phù hợp bối cảnh bệnh lý viêm mạch lớn

Tiền căn nhồi máu não 2017 làm tăng mức cảnh giác nhưng không tự chứng minh quan hệ nhân quả

07/2024

CTA NGỰC & BỤNG MEDIC

Động mạch chủ

CTA ngực: hẹp 40–50% động mạch chủ xuống, vôi hóa lan tỏa

CTA bụng: động mạch chủ bụng không hẹp tắc

Các mạch khác

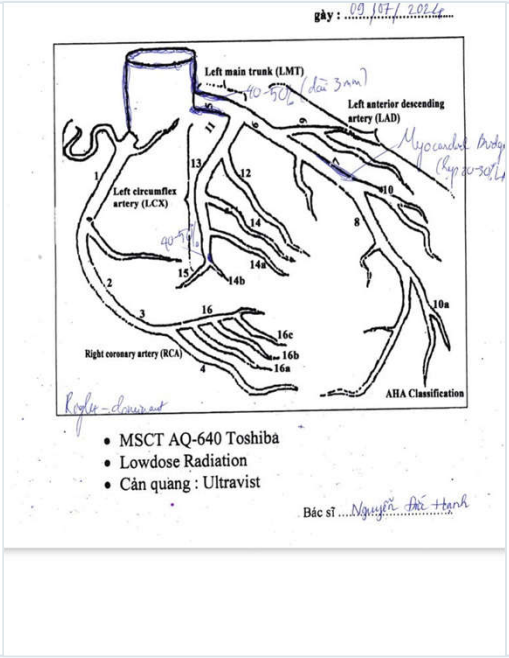
Động mạch thận: không hẹp tắc

Không ghi nhận chênh lệch huyết áp hai tay trong mô tả bệnh án

Phân bố tổn thương không đồng nhất → cần đọc lại morphology trên hình gốc

HÌNH ẢNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN

CTA mạch vành



Sơ đồ tổn thương mạch vành

Kết quả : Chụp MSCT mạch vành cản quang với máy 640- Slice MSCT Aquilion One, lát cắt 0.5mm, thuốc cản quang 60ml Xenetix, bơm tĩnh mạch, tốc độ bơm 4.5ml/sec. Liều tia 2.5mSv

- ĐMV trái chính (LM): Ngắn (chiều dài 3mm), xơ vữa vôi hóa gây hẹp 40-50% đường kính.
- ĐMV xuống trước trái (LAD): Không thấy xơ vữa. Cầu cơ tim bề mặt ở đoạn giữa gây hẹp 20-30% LAD II trong thì tâm thu. Nhánh Diagonal không hẹp.
- ĐMV mũ (LCX): Xơ vữa vôi hóa ở cuối đoạn xa gây hẹp 40-50% cuối LCX III. Nhánh OM không hẹp.
- ĐMV phải (RCA): Không thấy xơ vữa, không hẹp. Nhánh PDA và PL không hẹp.

GHI NHẬN:
- ĐM chủ ngực khẩu kính bình thường, xơ vữa vôi hóa nặng lan tỏa động mạch chủ ngực, không thấy bóc tách; vài vị trí thành dày đồng tâm (3mm). Nốt vôi lớn ĐM chủ xuống kt 18x12x10mm, gây hẹp 40-50% đường kính lòng mạch.
- Đoạn 1/3 dưới ĐM cảnh chung trái: kích thước nhỏ, dày thành + vôi hóa lan tỏa, hẹp vừa - nhiều lỗ xuất phát.

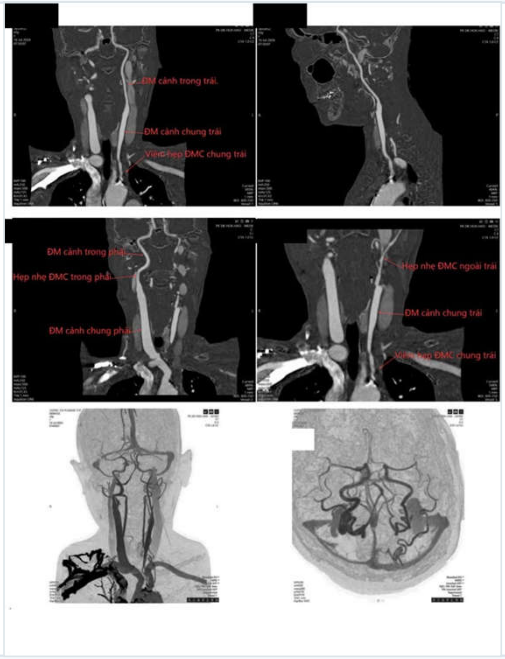
*** KẾT LUẬN:
CHỤP MSCT- 640 HỆ MẠCH VÀNH CÓ CẢN QUANG CHO THẤY :
- ĐỘNG MẠCH VÀNH ƯU THẾ PHẢI
- XƠ VỮA VÔI HÓA ĐỘNG MẠCH VÀNH
- HẸP 40-50% LM (CHIỀU DÀI 3MM)
- HẸP 40-50% LCX III
- CẦU CƠ TIM GÂY HẸP 20-30% LAD II
- XƠ VÔI LAN TỎA + DÀY THÀNH ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC VÀ ĐỘNG MẠCH CẢNH CHUNG TRÁI (HẸP 40-50% ĐỘNG MẠCH CHỦ XUỐNG, HẸP VỪA - NHIỀU ĐỘNG MẠCH CẢNH CHUNG TRÁI) >> CHƯA LOẠI TRỪ TỔN THƯƠNG VIÊM MẠCH MẠN TÍNH.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 09/07/2024 14:34
(Bác sĩ đã ký)

Báo cáo MSCT mạch vành 09/07/2024

HÌNH ẢNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN

CTA mạch cảnh



Hình CTA mạch cảnh / nội sọ

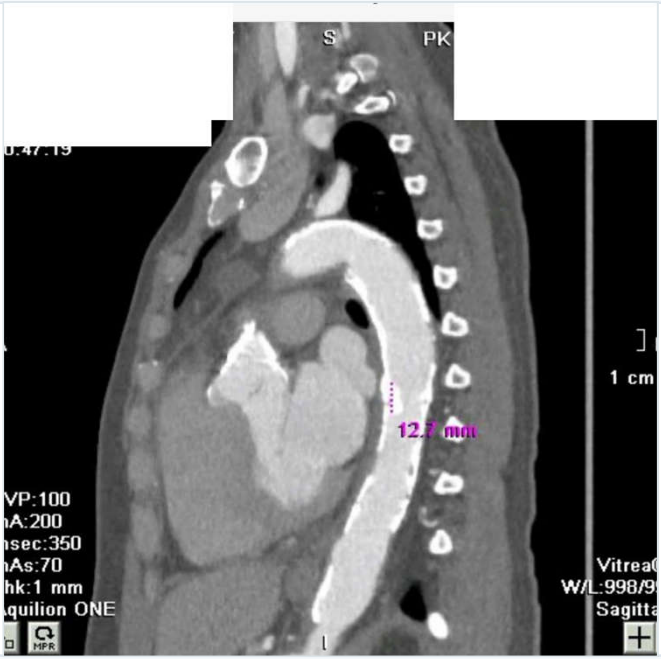
angiogram.
- Viêm hẹp trung bình nặng đoạn dài khoảng 50 mm chỗ xuất phát động mạch cảnh chung trái.
- Viêm hẹp trung bình đoạn xuất phát động mạch cảnh ngoài trái.
- Viêm hẹp nhẹ đoạn động mạch cảnh trong phải cách chỗ chia đôi khoảng 10 mm.
- Động mạch cảnh chung phải, cảnh ngoài phải và động mạch não trước, giữa và sau vùng đa giác Willis ngấm thuốc cản quang bình thường.
- Động mạch đốt sống cổ được đo với các thông số sau:
+ Bên trái: V1 = 3,9 mm , V2 = 3,9 mm, V3 = 3,6 mm, V4 = 3,5 mm.
+ Bên phải: V1 = 5,4 mm, V2 = 5,4 mm, V3 = 4,6 mm, V4 = 4,6 mm.
(Chỉ số bình thường; 3 - 5 mm)
- Không thấy khối choán chỗ bất thường trong não và tiểu não.
*** KẾT LUẬN:
- Viêm hẹp trung bình nặng đoạn dài khoảng 50 mm chỗ xuất phát động mạch cảnh chung trái.
- Viêm hẹp trung bình đoạn xuất phát động mạch cảnh ngoài trái.
- Viêm hẹp nhẹ đoạn động mạch cảnh trong phải cách chỗ chia đôi khoảng 10 mm.
- Không hẹp, phình hay dị dạng mạch máu não ở CT hôm nay.
- Không thấy thương tổn não khu trú ở CT scan hôm nay.
- Không thấy xuất huyết não - màng não hay nhồi máu não ở CT scan hôm nay.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 16/07/2024 11:23
(Bác sĩ đã ký)

Báo cáo CT động mạch cảnh 16/07/2024

HÌNH ẢNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN

CTA động mạch chủ ngực



CTA động mạch chủ ngực

MÔ TẢ:
Vôi hóa lan tỏa trên thành ĐMC ngực, mảng vôi dày nhiều ở ĐMC xuống, đoạn ngang thân sống N8, làm hẹp khoảng 40 - 50% lòng ĐMC xuống, đoạn hẹp này chỉ kéo dài khoảng 12mm.
Khí quản thoáng, không tắc nghẽn. Không tổn thương nhu mô phổi hai bên.
Không thấy tràn dịch màng phổi hai bên.
Không thấy phì đại hạch trung thất, hạch rốn phổi hai bên.
ĐMC ngực không phình.
Vách thực quản mỏng, không giãn.
Không thấy tổn thương thành ngực. Không hình ảnh u trong mô tuyến vú 2 bên.
*** KẾT LUẬN:
VÔI HÓA LAN TỎA TRÊN THÀNH ĐMC NGỰC, MẢNG VÔI DÀY NHIỀU Ở ĐMC XUỐNG, ĐOẠN NGANG THÂN SỐNG N8, LÀM HẸP KHOẢNG 40 - 50% LÒNG ĐMC XUỐNG.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 09/07/2024 14:15
(Bác sĩ đã ký)

Báo cáo CT ngực 09/07/2024

CẬN LÂM SÀNG

XÉT NGHIỆM

Phản ứng viêm

VS: không tăng
hs-CRP: không tăng

Tự miễn

Lupus / C3 / C4
ANA
anti-dsDNA

Trước ức chế miễn dịch

HIV âm tính
HBsAg âm tính
anti-HCV âm tính

Marker viêm bình thường không đủ để kết luận bệnh không hoạt động; phải đối chiếu lâm sàng và hình ảnh.

CHẨN ĐOÁN

- **TD Viêm mạch Takayasu giai đoạn ổn định**
- Tăng huyết áp.
- Tiền căn nhồi máu não lỗ khuyết năm 2017.
- Suy giáp đang điều trị.
- Rối loạn mỡ máu nhẹ đang kiểm soát tốt.

CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

TAKAYASU: KHÔNG CÓ MỘT “TEST” DUY NHẤT

1. Khi nào phải nghĩ đến TAK?

- Người trẻ/trung niên có tổn thương động mạch lớn **không giải thích hợp lý bằng xơ vữa.**
- Chênh HA hai tay, giảm/mất mạch, bruit, đau cách hồi, tăng HA thứ phát.
- Có thể ít triệu chứng; ESR/CRP bình thường không loại trừ.

2. Chứng minh tổn thương mạch

- MRI/MRA ưu tiên khi nghi TAK: đánh giá thành mạch + lòng mạch.
- CTA tốt cho hẹp/tắc, vôi hóa, phình; US hữu ích ở mạch nông.
- **FDG-PET** hỗ trợ khi nghi viêm hoạt động hoặc relapse.

3. Kết luận sau tổng hợp

- Đọc morphology: vasculitis hay plaque xơ vữa?
- Loại trừ mimic theo tuổi, distribution và kiểu tổn thương.
- Classification score chuẩn hóa nghiên cứu; không thay thế chẩn đoán lâm sàng.

Khung thực hành tổng hợp từ ACR/EULAR 2022 và EULAR Imaging 2023.

TIÊU CHUẨN KINH ĐIỂN

ACR 1990 — 6 TIÊU CHÍ PHÂN LOẠI

Tiêu chí	Định nghĩa
Tuổi khởi phát ≤40	Triệu chứng/dấu hiệu bệnh xuất hiện khi ≤40 tuổi
Đau cách hồi chi	Mỏi/đau cơ một hay nhiều chi khi vận động, thường chi trên
Giảm mạch ĐM cánh tay	Giảm mạch một hoặc hai bên
Chênh HATT hai tay >10 mmHg	Khác biệt huyết áp tâm thu giữa hai cánh tay
Bruit ĐM dưới đòn hoặc ĐMC	Nghe âm thổi tại ĐM dưới đòn hoặc ĐMC
Bất thường chụp mạch	Hẹp/tắc ĐMC, nhánh chính hoặc ĐM lớn đoạn gần chi; không do xơ vữa/FMD

≥3/6 tiêu chí → phân loại TAK • Độ nhạy 90,5% • Độ đặc hiệu 97,8%

Arend WP, et al. Arthritis Rheum. 1990;33:1129–1134. doi:10.1002/art.1780330811

ÁP DỤNG CHO CA NÀY

ACR/EULAR 2022 — CHỈ TÍNH ĐIỂM SAU KHI ĐẠT PREREQUISITE

Mục	Dữ liệu ca	Điểm / nhận định
Tuổi ≤60	43 tuổi	**Đạt prerequisite (1. < 60 tuổi 2. viêm mạch máu lớn, xác nhận bằng CTA/chụp mạch, MRA, siêu âm hoặc PET)**
Imaging LVV	**CTA/US mô tả "viêm hẹp"**	Cần xác nhận morphology
Nữ	Có	+1
Số vùng ĐM	Cảnh chung trái, cảnh ngoài trái Cảnh trong phải	+3 nếu quy cho vasculitis
Paired artery involvement	Carotid hai bên	+1 nếu cùng cơ chế viêm mạch
Chênh HATT ≥20 / bruit / claudication / giảm mạch	Không ghi nhận	0 theo hồ sơ hiện có

Nếu imaging LVV được xác nhận và 3 vùng trên thực sự do TAK → 1 + 3 + 1 = 5 điểm → đạt ngưỡng classification.

Áp dụng có điều kiện từ dữ liệu ca + Grayson PC, et al. 2022 ACR/EULAR criteria.

ACR/EULAR 2022

HAI ĐIỀU KIỆN TUYỆT ĐỐI TRƯỚC KHI TÍNH ĐIỂM

1. TUỔI ≤60 TẠI CHẨN ĐOÁN

• Đây là prerequisite tuyệt đối; nếu >60 tuổi thì không áp dụng bộ tiêu chuẩn để classify TAK.

2. IMAGING CÓ BẰNG CHỨNG LVV

• Phải có bằng chứng viêm mạch lớn trên hình ảnh; không chỉ dựa vào CRP/ESR hoặc triệu chứng.

Chỉ khi CẢ HAI điều kiện đều đạt mới cộng điểm. Bộ tiêu chuẩn được thiết kế cho classification trong nghiên cứu, không phải "test chẩn đoán" độc lập.

Grayson PC, et al. Arthritis Rheumatol. 2022;74:1872–1880. doi:10.1002/art.42324

ACR/EULAR 2022

HỆ ĐIỂM PHÂN LOẠI — NGƯỠNG ≥5

Đặc điểm lâm sàng	Điểm	Đặc điểm hình ảnh	Điểm
Nữ	+1	1 vùng ĐM	+1
Đau thắt ngực	+2	2 vùng ĐM	+2
Đau cách hồi chi	+2	≥3 vùng ĐM	+3
Bruit động mạch lớn	+2	Tổn thương paired artery	+1
Giảm mạch chi trên	+2	ĐMC bụng + ĐM thận/mạc treo	+3
Bất thường ĐM cảnh*	+2		
Chênh HATT hai tay ≥20 mmHg	+1		

*** Giảm/mất mạch hoặc đau ĐM cảnh. Tổng ≥5 điểm → phân loại Takayasu.**

Grayson PC, et al. 2022 ACR/EULAR Classification Criteria for Takayasu Arteritis.

ACR/EULAR 2022

9 VÙNG ĐỘNG MẠCH ĐƯỢC TÍNH TRONG HỆ ĐIỂM

1 ĐMC ngực	2 ĐMC bụng	3 ĐM mạc treo
4 Carotid phải	5 Carotid trái	6 Dưới đòn phải
7 Dưới đòn trái	8 ĐM thận phải	9 ĐM thận trái

Điểm số vùng: 1 vùng +1 • 2 vùng +2 • ≥3 vùng +3. Paired artery involvement (hai bên) được cộng thêm +1.

Coronary có ý nghĩa lâm sàng nhưng không nằm trong 9 arterial territories của mục này.

DIỄN GIẢI CA BỆNH

CHẨN ĐOÁN ≠ CLASSIFICATION ≠ DISEASE ACTIVITY

A. Chẩn đoán

- Có thực sự là large-vessel vasculitis Takayasu?
- Đọc morphology và distribution.
- Loại trừ mimic/xơ vữa phối hợp.

B. Classification

- ACR/EULAR 2022 chuẩn hóa cohort.
- Ca hiện tại có thể đạt đúng 5 điểm nếu prerequisite và attribution được xác nhận.
- Không thay thế chẩn đoán.

C. Activity

- Stenosis cũ ≠ **viêm đang hoạt động**.
- Cần lâm sàng mới/tiến triển + chuỗi marker + imaging thành mạch.
- Activity mới liên quan quyết định ức chế miễn dịch.

Ba câu hỏi này phải được trả lời riêng trước quyết định điều trị.

THEO HỒ SƠ THEO DÕI

DIỄN TIẾN SAU KHẢO SÁT MẠCH TẠI PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP 07/2024

Tại MEDIC

Tiếp tục theo dõi thêm tại phòng tăng huyết áp 4 tháng sau khi có kết quả chụp mạch máu.

Tình trạng lâm sàng và viêm mạch được ghi nhận ổn định

Sau hội chẩn chuyên khoa

Bệnh nhân theo dõi điều trị tiếp tại MEDIC thêm 4 tháng, chưa có chỉ định điều trị ức chế miễn dịch, BN mong muốn được hội chẩn thêm tại BV và chuyển theo dõi với GS Vinh.

Theo dõi liên tục với GS Vinh 2 năm:

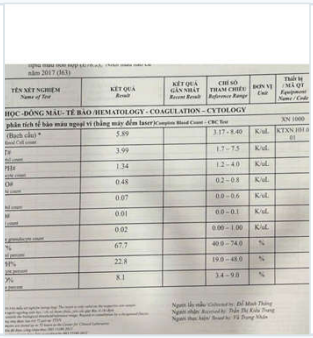
Hiện tình trạng ổn định, tiếp tục điều trị như cũ; hiện tại chưa dùng thuốc ức chế miễn dịch

CẦN QUYẾT ĐỊNH

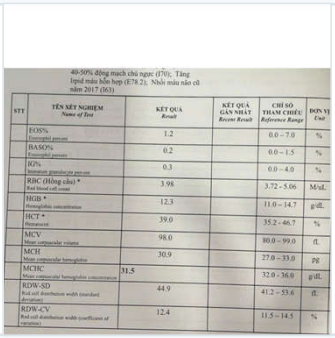
VẤN ĐỀ HỘI CHẨN

- **Xác định chẩn đoán Takayasu**
- **Xác định mức độ hoạt tính viêm mạch**
- **Có chỉ định điều trị ức chế miễn dịch hay chưa?**

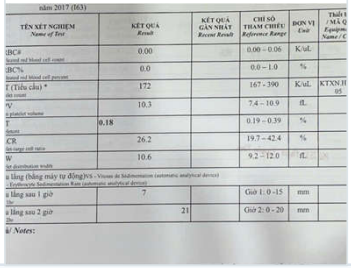
CẬN LÂM SÀNG GS VINH — 11/2024



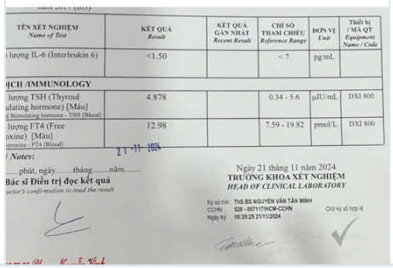
Công thức máu



Tiểu cầu • VS

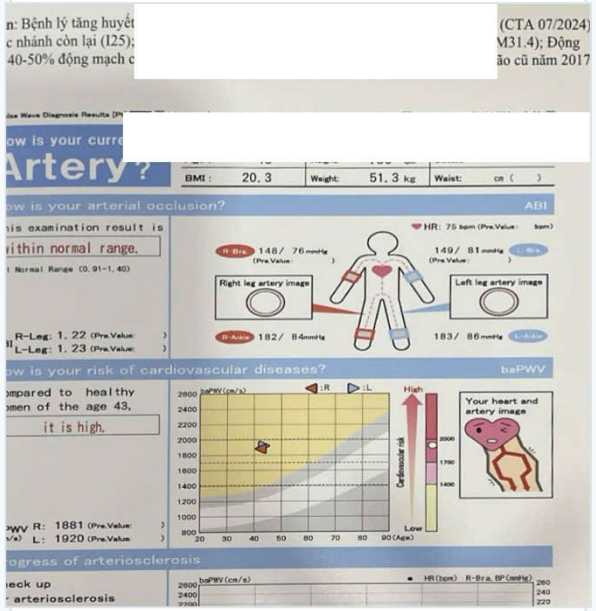


Lipid • CRP • điện giải

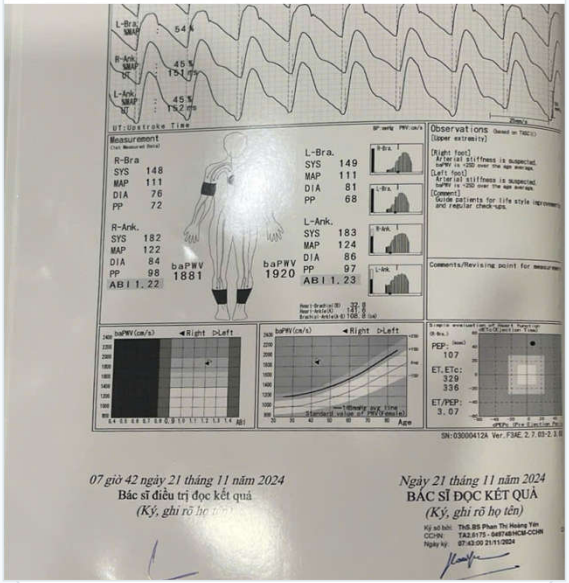


IL-6 • TSH • FT4

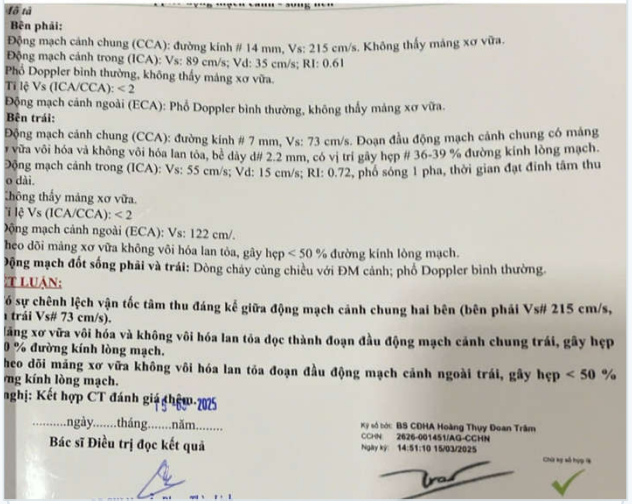
ABI / baPWV 11/2024 & SIÊU ÂM ĐM CẢNH 03/2025



ABI: R 1.22 • L 1.23

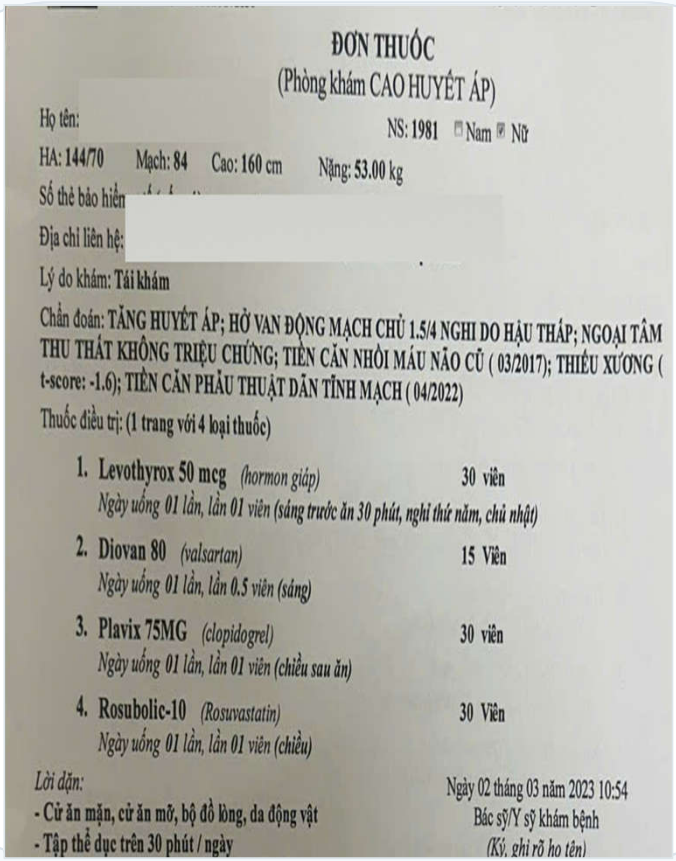


baPWV: R 1881 • L 1920 cm/s



Siêu âm Doppler ĐM cảnh — 15/03/2025

ĐƠN THUỐC TẠI PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP MEDIC HÒA HẢO



ĐƠN THUỐC
(Phòng khám CAO HUYẾT ÁP)

Họ tên: NS: 1981 ☐ Nam ☑ Nữ

HA: 144/70 Mạch: 84 Cao: 160 cm Nặng: 53.00 kg

Số thẻ bảo hiểm

Địa chỉ liên hệ:

Lý do khám: Tái khám

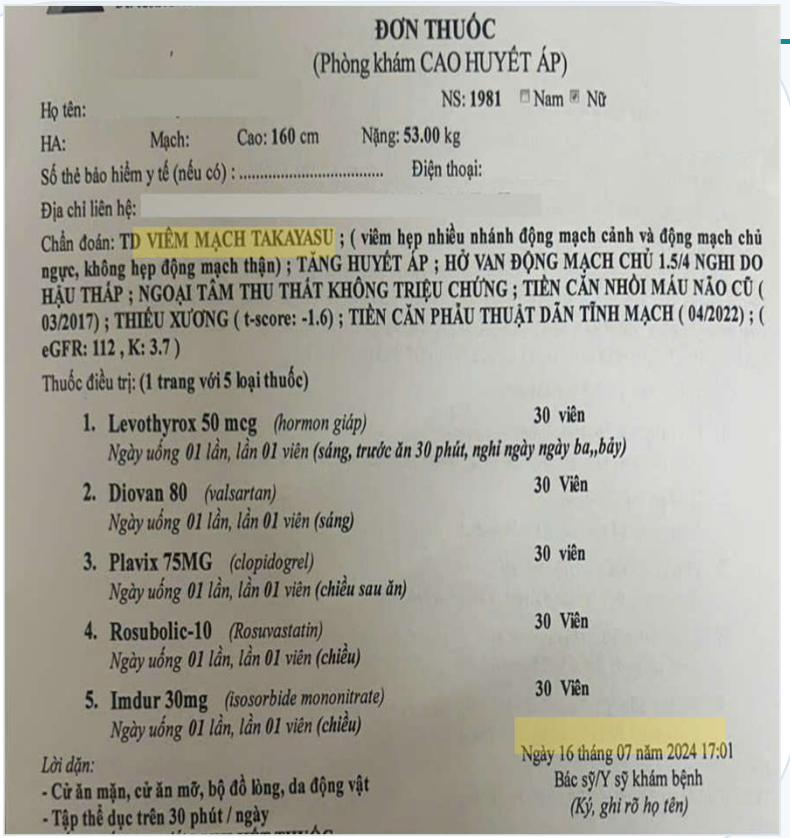
Chẩn đoán: TĂNG HUYẾT ÁP; HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ 1.5/4 NGHI DO HẬU THẤP; NGOẠI TÂM THU THẤT KHÔNG TRIỆU CHỨNG; TIỀN CĂN NHỒI MÁU NÃO CŨ (03/2017); THIẾU XƯƠNG (t-score: -1.6); TIỀN CĂN PHẪU THUẬT DÃN TĨNH MẠCH (04/2022)

Thuốc điều trị: (1 trang với 4 loại thuốc)

1. **Levothyrox 50 mcg** *(hormon giáp)* 30 viên
   Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (sáng trước ăn 30 phút, nghỉ thứ năm, chủ nhật)
2. **Diovan 80** *(valsartan)* 15 Viên
   Ngày uống 01 lần, lần 0.5 viên (sáng)
3. **Plavix 75MG** *(clopidogrel)* 30 viên
   Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (chiều sau ăn)
4. **Rosubolic-10** *(Rosuvastatin)* 30 Viên
   Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (chiều)

Lời dặn:
- Cử ăn mặn, cử ăn mỡ, bộ đồ lòng, da động vật
- Tập thể dục trên 30 phút / ngày

Ngày 02 tháng 03 năm 2023 10:54
Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)



ĐƠN THUỐC
(Phòng khám CAO HUYẾT ÁP)

Họ tên: NS: 1981 ☐ Nam ☑ Nữ

HA: Mạch: Cao: 160 cm Nặng: 53.00 kg

Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có) : ..... Điện thoại:

Địa chỉ liên hệ:

Chẩn đoán: TD VIÊM MẠCH TAKAYASU ; (viêm hẹp nhiều nhánh động mạch cảnh và động mạch chủ ngực, không hẹp động mạch thận) ; TĂNG HUYẾT ÁP ; HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ 1.5/4 NGHI DO HẬU THẤP ; NGOẠI TÂM THU THẤT KHÔNG TRIỆU CHỨNG ; TIỀN CĂN NHỒI MÁU NÃO CŨ (03/2017) ; THIẾU XƯƠNG (t-score: -1.6) ; TIỀN CĂN PHẪU THUẬT DÃN TĨNH MẠCH (04/2022) ; (eGFR: 112 , K: 3.7)

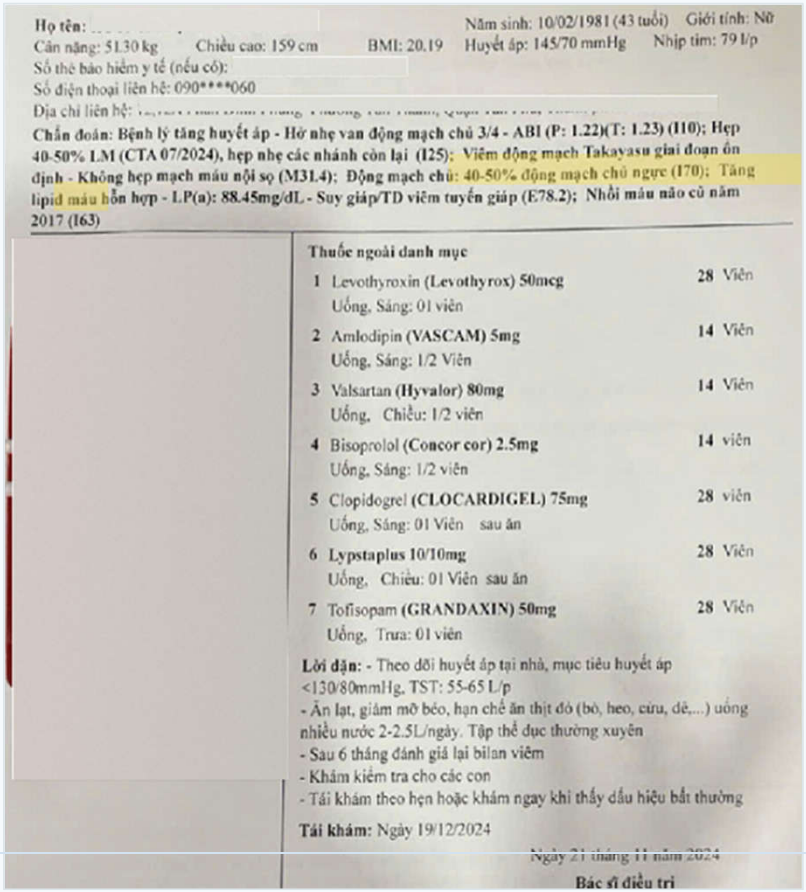
Thuốc điều trị: (1 trang với 5 loại thuốc)

1. **Levothyrox 50 mcg** *(hormon giáp)* 30 viên
   Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (sáng, trước ăn 30 phút, nghỉ ngày ngày ba,,bảy)
2. **Diovan 80** *(valsartan)* 30 Viên
   Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (sáng)
3. **Plavix 75MG** *(clopidogrel)* 30 viên
   Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (chiều sau ăn)
4. **Rosubolic-10** *(Rosuvastatin)* 30 Viên
   Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (chiều)
5. **Imdur 30mg** *(isosorbide mononitrate)* 30 Viên
   Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (chiều)

Lời dặn:
- Cử ăn mặn, cử ăn mỡ, bộ đồ lòng, da động vật
- Tập thể dục trên 30 phút / ngày

Ngày 16 tháng 07 năm 2024 17:01
Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

HỒ SƠ THEO DÕI TIẾP TỪ NĂM 2024 ĐẾN 2026: HIỆN TẠI VẪN CHẨN ĐOÁN TAKAYASU GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH VÀ BN CHƯA ĐIỀU TRỊ ỨC CHẾ MIỄN DỊCH



Họ tên: . . . . . Năm sinh: 10/02/1981 (43 tuổi) Giới tính: Nữ
Cân nặng: 51.30 kg Chiều cao: 159 cm BMI: 20.19 Huyết áp: 145/70 mmHg Nhịp tim: 79 l/p
Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có):
Số điện thoại liên hệ: 090****060
Địa chỉ liên hệ: [illegible]

Chẩn đoán: Bệnh lý tăng huyết áp - Hở nhẹ van động mạch chủ 3/4 - ABI (P: 1.22)(T: 1.23) (I10); Hẹp 40-50% LM (CTA 07/2024), hẹp nhẹ các nhánh còn lại (I25); Viêm động mạch Takayasu giai đoạn ổn định - Không hẹp mạch máu nội sọ (M31.4); Động mạch chủ: 40-50% động mạch chủ ngực (I70); Tăng lipid máu hỗn hợp - LP(a): 88.45mg/dL - Suy giáp/TD viêm tuyến giáp (E78.2); Nhồi máu não cũ năm 2017 (I63)

Thuốc ngoài danh mục

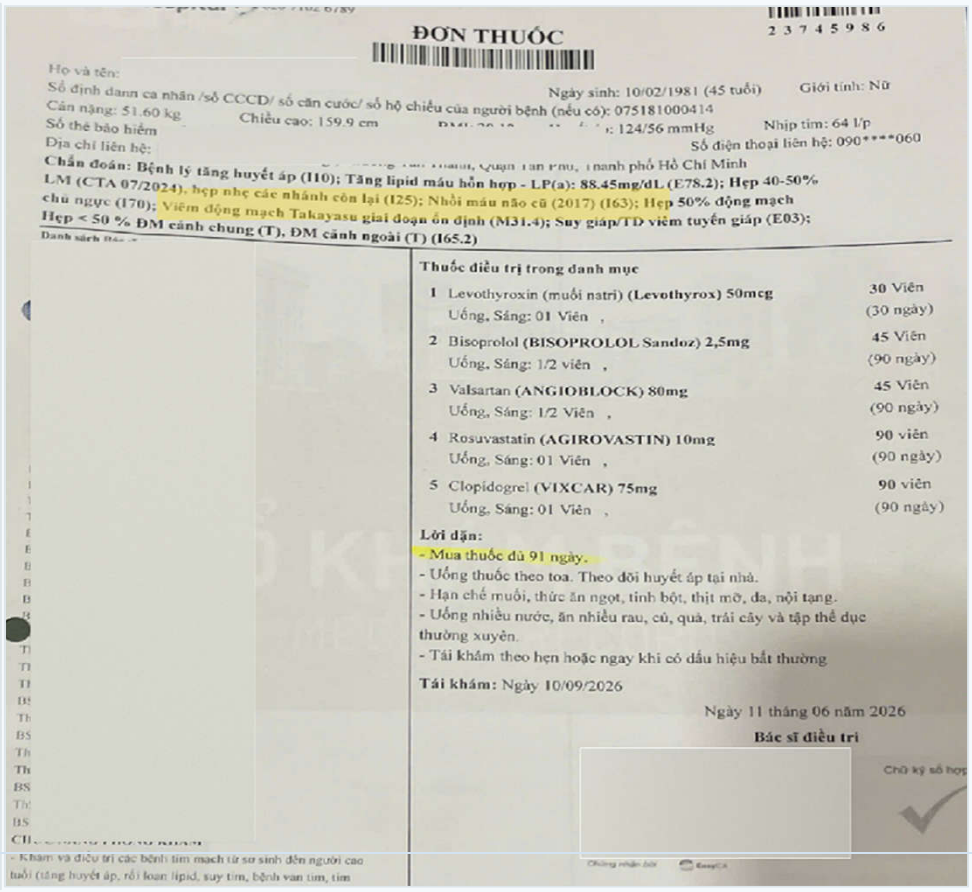
1	**Levothyroxin (Levothyrox) 50mcg** Uống, Sáng: 01 viên	28 Viên
2	**Amlodipin (VASCAM) 5mg** Uống, Sáng: 1/2 Viên	14 Viên
3	**Valsartan (Hyvalor) 80mg** Uống, Chiều: 1/2 viên	14 Viên
4	**Bisoprolol (Concor cor) 2.5mg** Uống, Sáng: 1/2 viên	14 viên
5	**Clopidogrel (CLOCARDIGEL) 75mg** Uống, Sáng: 01 Viên sau ăn	28 viên
6	**Lypstaplus 10/10mg** Uống, Chiều: 01 Viên sau ăn	28 Viên
7	**Tofisopam (GRANDAXIN) 50mg** Uống, Trưa: 01 viên	28 Viên

Lời dặn: - Theo dõi huyết áp tại nhà, mục tiêu huyết áp <130/80mmHg, TST: 55-65 L/p
- Ăn lạt, giảm mỡ béo, hạn chế ăn thịt đỏ (bò, heo, cừu, dê,...) uống nhiều nước 2-2.5L/ngày. Tập thể dục thường xuyên
- Sau 6 tháng đánh giá lại bilan viêm
- Khám kiểm tra cho các con
- Tái khám theo hẹn hoặc khám ngay khi thấy dấu hiệu bất thường

Tái khám: Ngày 19/12/2024

Ngày 21 tháng 11 năm 2024

Bác sĩ điều trị



ĐƠN THUỐC

2 3 7 4 5 9 8 6

Họ và tên:
Số định danh cá nhân /số CCCD/ số căn cước/ số hộ chiếu của người bệnh (nếu có): 075181000414 Ngày sinh: 10/02/1981 (45 tuổi) Giới tính: Nữ
Cân nặng: 51.60 kg Chiều cao: 159.9 cm [illegible]: 124/56 mmHg Nhịp tim: 64 l/p
Số thẻ bảo hiểm Số điện thoại liên hệ: 090****060
Địa chỉ liên hệ: [illegible], Quận Tân Phú, Thành phố Hồ Chí Minh

Chẩn đoán: Bệnh lý tăng huyết áp (I10); Tăng lipid máu hỗn hợp - LP(a): 88.45mg/dL (E78.2); Hẹp 40-50% LM (CTA 07/2024), hẹp nhẹ các nhánh còn lại (I25); Nhồi máu não cũ (2017) (I63); Hẹp 50% động mạch chủ ngực (I70); Viêm động mạch Takayasu giai đoạn ổn định (M31.4); Suy giáp/TD viêm tuyến giáp (E03); Hẹp < 50 % ĐM cảnh chung (T), ĐM cảnh ngoài (T) (I65.2)

Danh sách [illegible]

Thuốc điều trị trong danh mục

1	**Levothyroxin (muối natri) (Levothyrox) 50mcg** Uống, Sáng: 01 Viên ,	30 Viên (30 ngày)
2	**Bisoprolol (BISOPROLOL Sandoz) 2,5mg** Uống, Sáng: 1/2 viên ,	45 Viên (90 ngày)
3	**Valsartan (ANGIOBLOCK) 80mg** Uống, Sáng: 1/2 Viên ,	45 Viên (90 ngày)
4	**Rosuvastatin (AGIROVASTIN) 10mg** Uống, Sáng: 01 Viên ,	90 viên (90 ngày)
5	**Clopidogrel (VIXCAR) 75mg** Uống, Sáng: 01 Viên ,	90 viên (90 ngày)

Lời dặn:
- Mua thuốc đủ 91 ngày.
- Uống thuốc theo toa. Theo dõi huyết áp tại nhà.
- Hạn chế muối, thức ăn ngọt, tinh bột, thịt mỡ, da, nội tạng.
- Uống nhiều nước, ăn nhiều rau, củ, quả, trái cây và tập thể dục thường xuyên.
- Tái khám theo hẹn hoặc ngay khi có dấu hiệu bất thường

Tái khám: Ngày 10/09/2026

Ngày 11 tháng 06 năm 2026

Bác sĩ điều trị

Chữ ký số hợp

- Khám và điều trị các bệnh tim mạch từ sơ sinh đến người cao tuổi (tăng huyết áp, rối loạn lipid, suy tim, bệnh van tim, tim

TỪ CHÍNH CA BỆNH

ĐIỂM GỢI Ý TAKAYASU

1. Tuổi & giới

Nữ, trẻ

2. Nhiều mạch máu

Mạch cảnh: 3 vị trí viêm hẹp động mạch cảnh (CTA)
ĐMC xuống
Mạch vành

3. Diễn tiến âm thầm

Bệnh nhân không triệu chứng
VS/CRP, IL6 không tăng
Hình ảnh giữ vai trò trung tâm

TỪ CA BỆNH

RÚT KINH NGHIỆM LÂM SÀNG

- Không bỏ qua nguyên nhân mạch máu lớn ở người có tổn thương mạch không giải thích rõ bằng xơ vữa.
- **Tổn thương động mạch cảnh / động mạch chủ / mạch vành ở người trẻ cần nghĩ đến viêm mạch, không chỉ xơ vữa.**
- Cần lưu trữ và so sánh hình ảnh học qua các năm để nhận diện tiến triển.
- Điều trị phải cá thể hóa theo độ hoạt động, mức độ tổn thương và nguy cơ thiếu máu cơ quan.

CÁC DẤU HIỆU THEO DÕI:

Lâm sàng

HA tứ chi

Mạch ngoại biên / bruit

Triệu chứng thần kinh

Đau ngực, đau cách hồi

Xét nghiệm

VS / CRP, IL6 theo thời gian

CBC, gan, thận tùy phác đồ

Lipid và yếu tố nguy cơ tim mạch

Hình ảnh

MRA / CTA theo mục tiêu

PET-CT khi cần đánh giá viêm hoạt động

So sánh định lượng theo thời gian

CA BỆNH CŨ ĐỂ THAM KHẢO — BV TIM TÂM ĐỨC

TAKAYASU VỚI HẸP KHÍT ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC

Bệnh cảnh năm 2008

• Nữ sinh 1976, 32 tuổi; tăng huyết áp từ **năm 16 tuổi, đã khảo sát động mạch thận, u tuyến thượng thận** dùng thuốc huyết áp đều đặn từ năm 16 tuổi, thời gian gần đây kiểm soát huyết áp kém.

• HA tay phải 165/100, tay trái 150/90; **chân phải 80/40, chân trái 95/60 mmHg.**

• Bruit ĐM cảnh, dưới đòn hai bên và ĐMC bụng; mạch chi dưới yếu.

• Không đái tháo đường, không rối loạn lipid, không hút thuốc.

Hình ảnh mạch máu

• **Hẹp khít ĐMC xuống đoạn ngực dài khoảng 80 mm.**

• **Tắc ĐM cảnh chung trái; hẹp nhẹ ĐM dưới đòn hai bên**.

• ĐM thận hai bên không hẹp; có thêm tổn thương ĐMC bụng/nhánh khác.

Hồ Minh Tuấn và cs. "Ca Lâm Sàng: Bệnh Takayasu", Hội Tim mạch học TP.HCM, 07/04/2010.

CA BỆNH CŨ ĐỂ THAM KHẢO — BV TIM TÂM ĐỨC

TAKAYASU VỚI HẸP KHÍT ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC





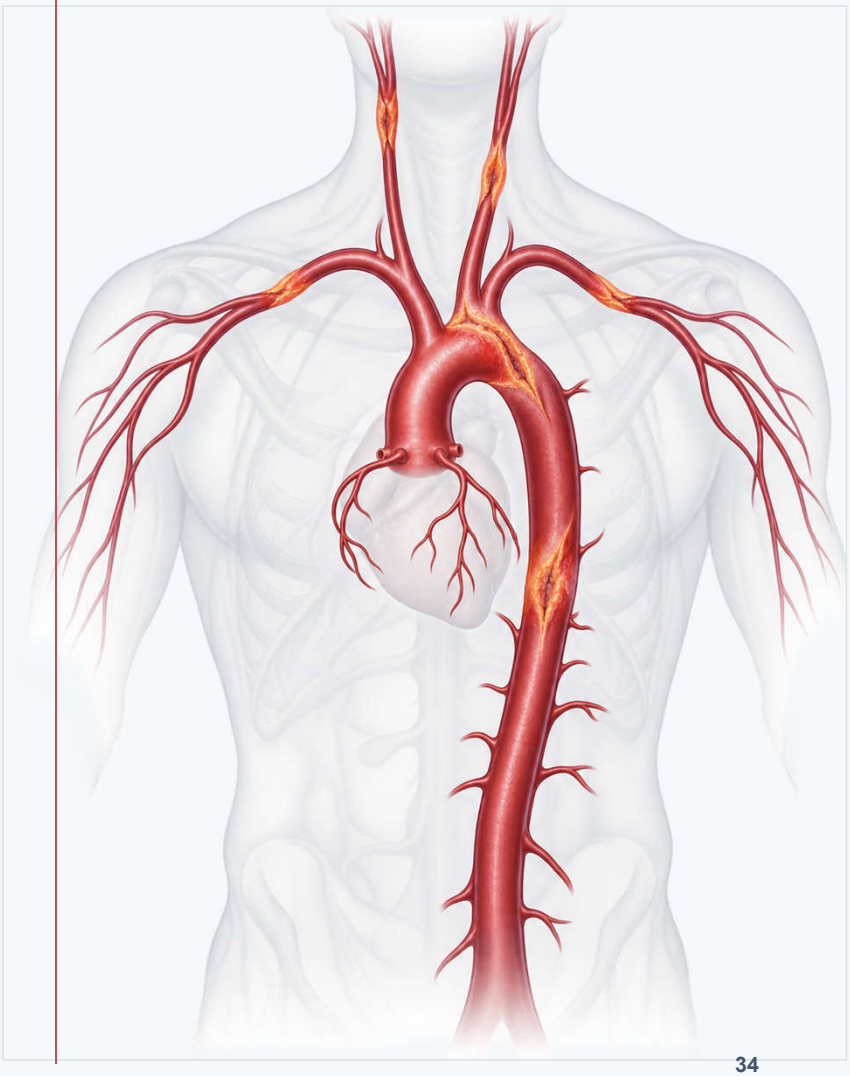
Hồ Minh Tuấn và cs. "Ca Lâm Sàng: Bệnh Takayasu", Hội Tim mạch học TP.HCM, 07/04/2010.

PHẦN II

BÀN LUẬN
VIÊM ĐỘNG MẠCH TAKAYASU

Bệnh học • Phân loại • Hoạt tính • Hình ảnh • Điều trị • Theo dõi

BS. PHAN THỊ MINH NGA
PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP



BỆNH HỌC

TAKAYASU LÀ GÌ?

Định nghĩa

Viêm mạch hạt mạn tính của động mạch lớn

Chủ yếu ảnh hưởng động mạch chủ và các nhánh chính

Có thể gây dày thành, hẹp, tắc, giãn hoặc phình mạch

Đặc điểm lâm sàng

Thường gặp ở nữ trẻ / trung niên

Biểu hiện từ toàn thân không đặc hiệu đến thiếu máu cơ quan

Giai đoạn cấu trúc có thể tồn tại dù marker viêm bình thường

TỪ VIÊM THÀNH MẠCH ĐẾN TỔN THƯƠNG CẤU TRÚC

BỆNH SINH & LỊCH SỬ

Viêm thành mạch

miễn dịch qua trung gian tế bào

→

Dày thành / phù nề

tăng tín hiệu thành mạch

→

Xơ hóa & tái cấu trúc

hẹp / tắc

→

Hậu quả

thiếu máu, tăng HA, aneurysm

Điểm thực hành: “có stenosis” ≠ “đang viêm hoạt động”. Cần xác định có viêm hoạt động?

PHENOTYPE ĐA DẠNG

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Toàn thân

Sốt nhẹ, mệt
Sụt cân
Đau cơ / khớp
Có thể hoàn toàn kín đáo

Mạch máu

Đau cách hồi chi
Giảm / mất mạch
Bruit
Chênh HA hai tay
Tăng HA do hẹp ĐM thận

Cơ quan đích

Não / mắt
Tim / mạch vành
ĐMC / van ĐMC
Thận / mạc treo

NUMANO / TAKAYASU CONFERENCE — PHÂN LOẠI THEO GIƯỜNG MẠCH

Type	Vùng tổn thương
I	Các nhánh của cung ĐMC
IIa	ĐMC lên + cung ĐMC + các nhánh
IIb	Type IIa + ĐMC xuống ngực
III	ĐMC xuống ngực + ĐMC bụng và/hoặc ĐM thận
IV	ĐMC bụng và/hoặc ĐM thận
V	Phối hợp Type IIb + Type IV

Ý nghĩa thực hành

- Mô tả phenotype theo distribution.
- Không phải tiêu chuẩn activity.
- Hữu ích khi so sánh tiến triển và đối chiếu với ca Tâm Đức Type V, C(+).

C(+) nếu có tổn thương vành; P(+) nếu có tổn thương ĐM phổi.

EULAR IMAGING 2023 UPDATE

HÌNH ẢNH HỌC TRONG TAKAYASU

MRI / MRA

Phương tiện ưu tiên trong TAK
Đánh giá thành mạch + lumen
Không tia ion hóa — phù hợp theo dõi dài hạn

CTA

Độ phân giải không gian cao
Tốt cho hẹp, tắc, vôi hóa, phình
Có tia ion hóa + cản quang

FDG-PET / US

PET: hỗ trợ khi nghi viêm hoạt động
US: hữu ích ở mạch nông tùy chuyên môn
Không dùng một modality đơn độc cho mọi câu hỏi

Nguồn: Dejaco C, et al. Ann Rheum Dis. 2024;83:741–751. doi:10.1136/ard-2023-224543

ĐỌC HÌNH ẢNH THEO CÂU HỎI

VIÊM ĐANG HOẠT ĐỘNG HAY DAMAGE CẤU TRÚC CŨ?

Gợi ý active mural inflammation

- Dày/phù thành mạch, tăng tín hiệu hoặc enhancement phù hợp trên MRI.
- FDG uptake thành mạch khi PET được chỉ định và diễn giải đúng.
- Tổn thương lòng mạch mới/tiến triển kèm triệu chứng.
- ESR/CRP tăng chỉ hỗ trợ; có thể bình thường khi bệnh hoạt động.

Gợi ý chronic damage / remodeling

- Hẹp/tắc cố định, xơ hóa, vôi hóa, tuần hoàn bàng hệ.
- Ổn định qua chuỗi CTA/MRA và không có thiếu máu cơ quan mới.
- Stenosis cũ không đồng nghĩa đang viêm.
- Theo dõi structural damage bằng MRA/CTA/US theo vị trí và nguy cơ.

EULAR Imaging 2023: MRI ưu tiên trong TAK; PET/CT/US là lựa chọn thay thế tùy bối cảnh.

KHÔNG DỰA VÀO CRP/ESR ĐƠN ĐỘC

ĐÁNH GIÁ HOẠT TÍNH BỆNH

1. Lâm sàng

Triệu chứng mới / tăng
Đau cách hồi, bruit, giảm mạch
Thiếu máu cơ quan
HA / pulse thay đổi
Khuyên BN theo dõi huyết áp hai tay và hai chi dưới tại nhà

2. Sinh học

CRP / ESR theo thời gian
Có thể bình thường dù bệnh hoạt động
Không tăng ≠ loại trừ activity

3. Hình ảnh

Wall thickening / edema / enhancement
FDG uptake khi phù hợp
Tổn thương lumen mới / tiến triển

Nguồn: ACR/VF 2021; EULAR Imaging 2023 update

NGUYÊN TẮC THỰC HÀNH

KHI NÀO CÂN NHẮC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH?

Những dấu hiệu báo động Takayasu đang hoạt động:

Triệu chứng viêm / thiếu máu mới
Tổn thương mạch mới hoặc tiến triển
Hình ảnh học gợi viêm thành mạch hoạt động
Relapse sau giai đoạn kiểm soát

Không nên chỉ dựa vào

Một CRP/ESR đơn lẻ
Một stenosis đã tồn tại lâu
Vôi hóa / damage cấu trúc đơn thuần
Classification score mà không đánh giá activity

Nguồn: Maz M, et al. ACR/VF 2021; Mukhtyar CB, et al. EULAR 2025 recommendations, published 2026

KHUNG ĐIỀU TRỊ — HỘI CHẨN CHUYÊN KHOA

ĐIỀU TRỊ TAKAYASU HOẠT ĐỘNG

Induction

Glucocorticoid cho Takayasu hoạt động

EULAR 2025: prednisone-equivalent 40–60 mg/ngày để induction

Taper theo đáp ứng / độc tính

GC-sparing

EULAR 2025: phối hợp GC-sparing agent ở tất cả TAK

csDMARD thường dùng tùy phenotype / comorbidity

Mục tiêu giảm steroid và duy trì remission

Refractory / relapse

Biologic có thể cân nhắc tại trung tâm chuyên khoa

Lựa chọn tùy guideline, bệnh đồng mắc, nhiễm trùng, sinh sản và chi phí

Nguồn: EULAR 2025 recommendations, published online 21 Jul 2026; ACR/VF 2021

TIMING QUAN TRỌNG

CAN THIỆP MẠCH & THEO DÕI

Can thiệp / phẫu thuật

Ưu tiên khi viêm đã được kiểm soát nếu có thể

Chỉ định dựa trên thiếu máu cơ quan, mức độ hẹp, triệu chứng và giải phẫu

Tình huống cấp / đe dọa cơ quan có thể cần can thiệp sớm

Phối hợp đa chuyên khoa: tim mạch, nội thận...

Theo dõi dài hạn

MRA / CTA / PET để theo dõi cấu trúc tổn thương tùy vị trí

MRA / CTA / PET khi nghi relapse, đặc biệt khi marker viêm không đáng tin

Theo dõi aneurysm, stenosis và biến chứng tim mạch

Nguồn: ACR/VF 2021; EULAR Imaging 2023

MỘT CÂU HỎI THEN CHỐT CỦA CA

TAKAYASU HAY XƠ VỮA?

Gợi ý Takayasu

Nữ, tương đối trẻ; không hút thuốc, không đái tháo đường
Tổn thương đa giường mạch
Đoạn “viêm hẹp” carotid dài
Distribution có thể phù hợp large-vessel vasculitis

Gợi / phối hợp xơ vữa

Vôi hóa lan tỏa ĐMC
Có rối loạn lipid và tổn thương mạch vành
Cần phân biệt plaque eccentric/calcified với concentric mural thickening
Hai cơ chế TAK + xơ vữa có thể cùng tồn tại

Hai cơ chế có thể cùng tồn tại. Không nên ép toàn bộ tổn thương về một chẩn đoán duy nhất.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

MIMIC QUAN TRỌNG TRƯỚC KHI GỌI LÀ TAKAYASU

Xơ vữa động mạch

- Plaque lệch tâm, vôi hóa, yếu tố nguy cơ tim mạch.
- Có thể cùng tồn tại với TAK.
- Ca hiện tại có vôi hóa ĐMC và tổn thương vành → cần đặc biệt phân biệt.

Bệnh thành mạch khác

- Fibromuscular dysplasia.
- Coarctation / midaortic syndrome.
- Giant-cell arteritis ở tuổi lớn hơn.
- IgG4-related aortitis/periaortitis.

Nhiễm trùng / thứ phát

- Infectious aortitis tùy nguy cơ/dịch tễ.
- Tổn thương sau xạ trị/can thiệp.
- Vasculitis hệ thống khác theo phenotype.
- ANA/CRP âm tính không tự loại trừ TAK.

Định hướng theo tuổi, distribution, morphology, tiến triển và dữ liệu viêm.

TAKE-HOME

THÔNG ĐIỆP CHÍNH

- **Takayasu là bệnh viêm mạch lớn; chẩn đoán dựa trên lâm sàng + chẩn đoán hình ảnh + loại trừ mimic, không dựa vào một xét nghiệm đơn lẻ.**
- 2022 ACR/EULAR là **tiêu chuẩn phân loại; không dùng thay cho chẩn đoán lâm sàng**.
- CRP/ESR bình thường không loại trừ bệnh hoạt động, nhưng stenosis cũ cũng không đồng nghĩa đang hoạt động.
- **Trước khi tăng ức chế miễn dịch cần chứng minh activity bằng tổng hợp triệu chứng, chuỗi hình ảnh thành mạch.**
- **BN này cần tập trung vào so sánh hình ảnh theo thời gian và phân biệt active inflammation với stable damage / atherosclerosis.**

SELECTED REFERENCES

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Grayson PC, et al. 2022 ACR/EULAR Classification Criteria for Takayasu Arteritis. Arthritis Rheumatol. 2022;74:1872–1880.
- 2. Arend WP, et al. ACR 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis. Arthritis Rheum. 1990;33:1129–1134.
- 3. Maz M, et al. 2021 ACR/VF Guideline for GCA and Takayasu Arteritis. Arthritis Care Res. 2021;73:1071–1087.
- 4. Dejaco C, et al. EULAR imaging recommendations in LVV: 2023 update. Ann Rheum Dis. 2024;83:741–751.
- 5. Hồ Minh Tuấn và cs. Ca Lâm Sàng: Bệnh Takayasu. Hội Tim mạch học TP.HCM. 2010.
- 6. Hồ sơ bệnh án và hình ảnh bệnh nhân 2017–2026 (đã ẩn thông tin định danh trong slide).

Deck phục vụ trình ca / hội chẩn học thuật; quyết định điều trị thực tế cần dựa trên đánh giá trực tiếp của nhóm chuyên khoa.

THANK YOU

CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG NGHIỆP

BS. PHAN THỊ MINH NGA
PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP

