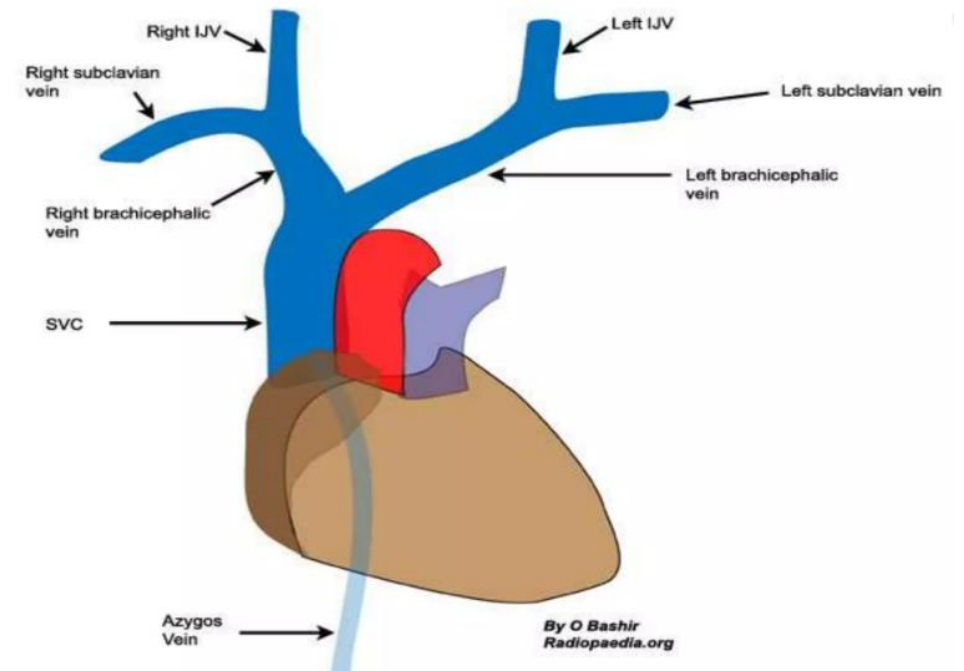


HỘI CHỨNG CHÈN ÉP TĨNH MẠCH
CHỦ TRÊN ÁC TÍNH

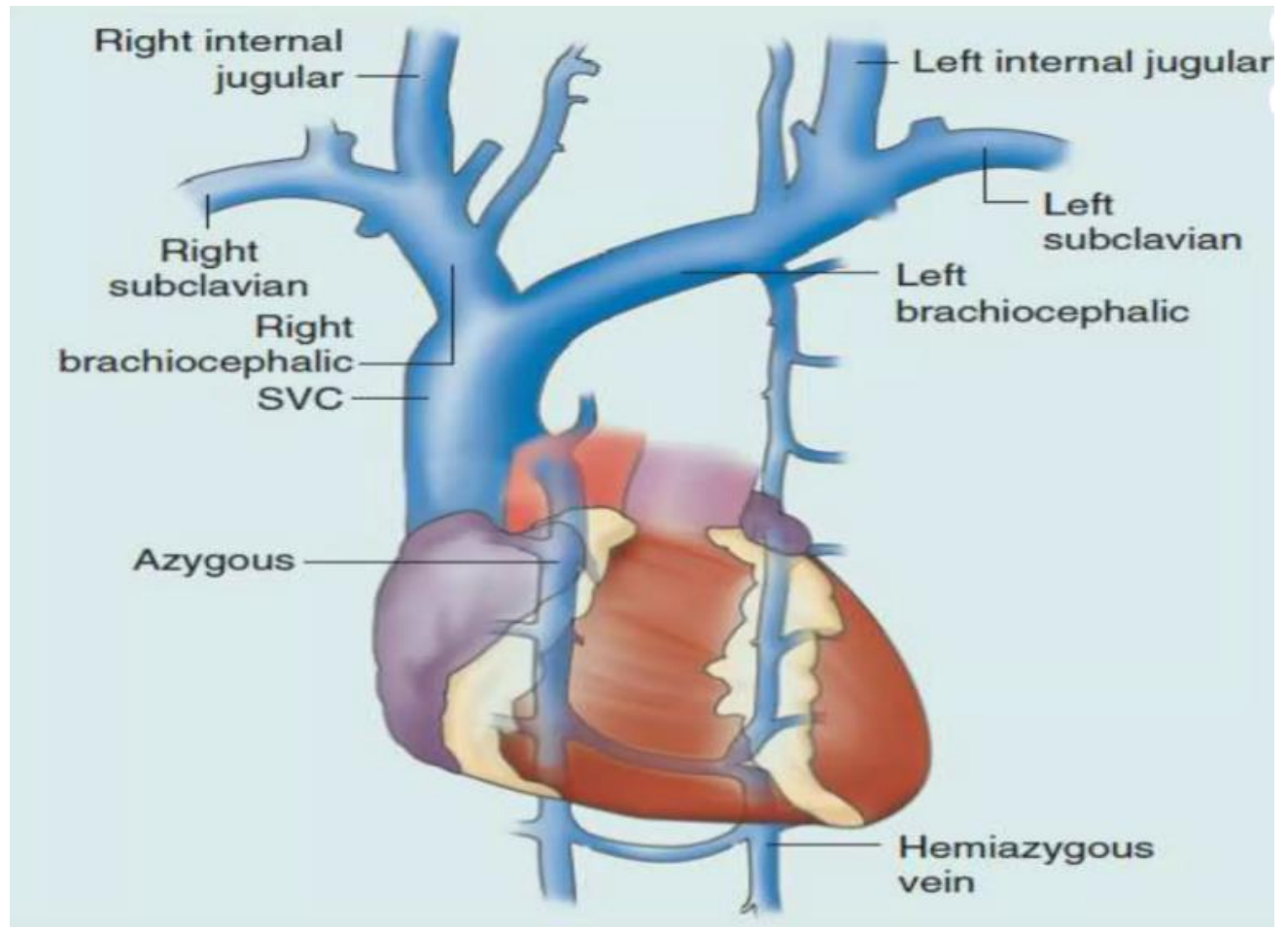
GIẢI PHẪU

- Tĩnh mạch chủ trên được hình thành bởi sự hợp lưu của các tĩnh mạch cánh tay đầu. Các tĩnh mạch cánh tay đầu được hình thành bởi sự hợp lưu của tĩnh mạch dưới đòn và tĩnh mạch cảnh trong.
- Tĩnh mạch đơn là một tuần hoàn bàng hệ quan trọng của tĩnh mạch chủ trên.



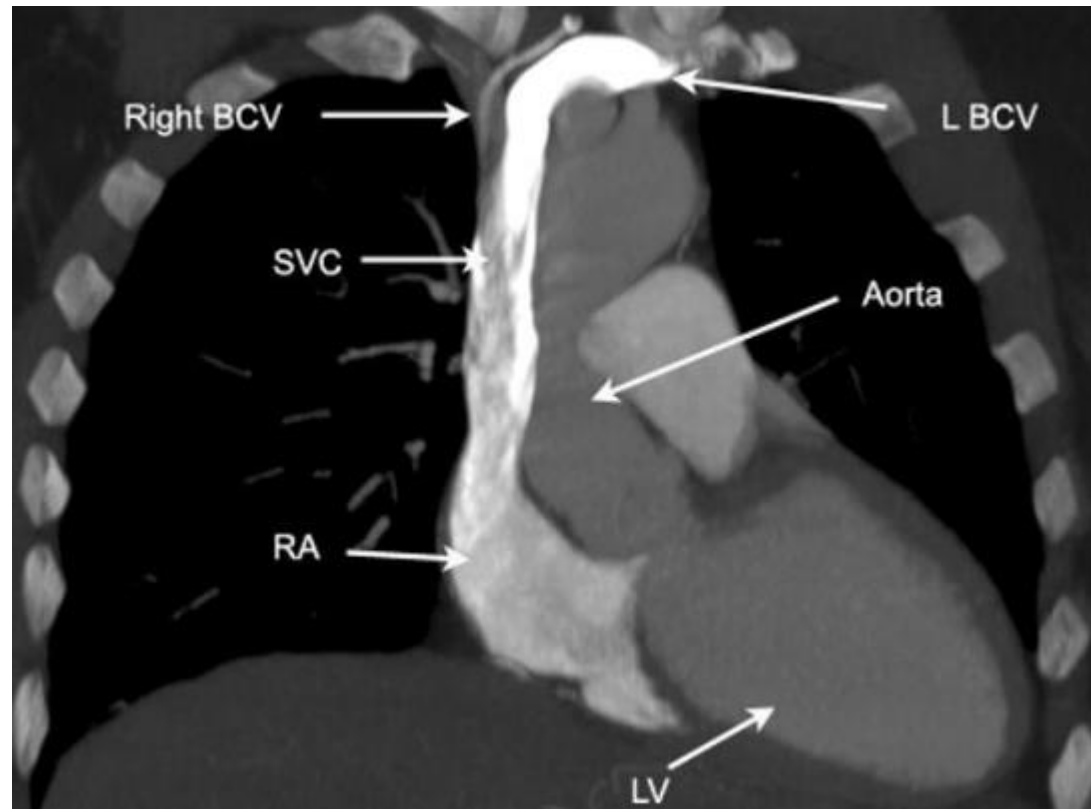
GIẢI PHẪU

- Sự tắc nghẽn của tĩnh mạch chủ trên ở trên lỗ tĩnh mạch đơn sẽ dung nạp tốt hơn ở dưới tĩnh mạch chủ trên



GIẢI PHẪU

- Tĩnh mạch chủ trên được bao quanh bởi các cấu trúc cứng: xương ức, khí quản, động mạch phổi, phế quản chính bên phải và các hạch bạch huyết.
- Thành mỏng, áp lực nội mạch thấp góp phần làm cho việc tắc nghẽn dễ xảy ra



ĐỊNH NGHĨA

- Là một cấp cứu trong ung thư
- Được định nghĩa là một loạt các dấu hiệu, triệu chứng gây ra bởi sự chèn ép bên ngoài hoặc tắc nghẽn bên trong của bản thân tĩnh mạch chủ trên, các nhánh tĩnh mạch lớn đổ về tĩnh mạch chủ trên, vì trí đổ của tĩnh mạch chủ trên về tâm nhĩ, gây ra sự cản trở của dòng máu từ tĩnh mạch chủ trên về tâm nhĩ phải
- Có thể diễn ra từ từ hoặc cấp tính, tùy thuộc vào mức độ tắc nghẽn và tốc độ khởi phát

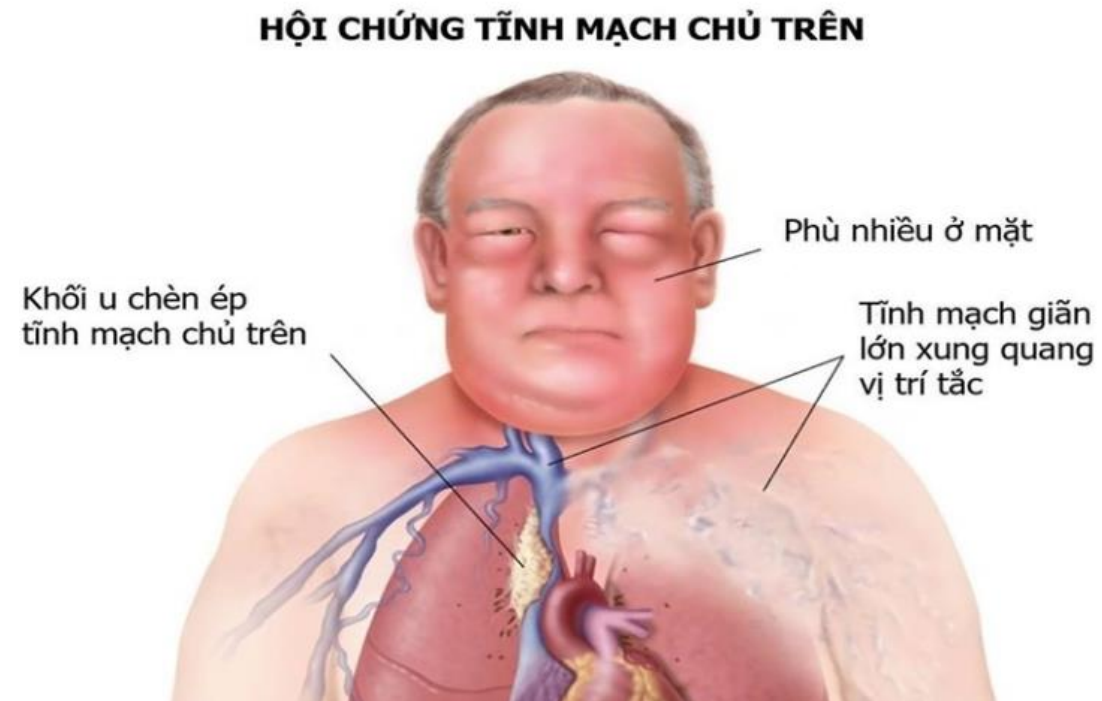
TRIỆU CHỨNG

Loại	Dấu hiệu/Triệu chứng	Tỷ lệ mắc bệnh (% , Khoảng)
Thần kinh	Ngất xỉu	10 (8–13)
	Đau đầu	9 (6–11)
	Chóng mặt	6 (2–10)
	Lú lẫn	4 (0–5)
	Trạng thái hôn mê, lơ mơ	2 (0–3)
Huyết động học	phù mắt	82 (60–100)
	phù nề chi trên	46 (14–75)
	Tĩnh mạch cổ giãn	63 (27–86)
	Tĩnh mạch ngực giãn nở	53 (38–67)
	Mặt đầy đặn	20 (13–23)
Hô hấp	Triệu chứng thị giác	2 (0–3)
	Khó thở	54 (23–74)
	Ho	54 (38–70)
	Khàn giọng	17 (15–20)
	Tiếng thở rít	4 (0–5)

Lưu ý: Được điều chỉnh từ bản tóm tắt các dấu hiệu và triệu chứng do Wilson và cộng sự báo cáo.⁴

TRIỆU CHỨNG

- Hình ảnh: Trung thất trên giãn rộng, huyết khối tĩnh mạch chủ trên.



NGUYÊN NHÂN

- Được mô tả lần đầu tiên năm 1957 bởi William Hunter trên một bệnh nhân phình động mạch cảnh do Giang mai.
- Trong gần hai thế kỷ, nguyên nhân hàng đầu là do các tác nhân không ung thư: phình động mạch chủ, viêm động mạch do giang mai, viêm trung thất do lao.
- Các nguyên nhân lành tính của SVCS hiện nay chủ yếu liên quan đến huyết khối của máy tạo nhịp tim và ống thông nội mạch bán vĩnh viễn
- Kỷ nguyên hậu kháng sinh, ung thư trở thành nguyên nhân hàng đầu (65%).

NGUYỄN NHÂN

- Chủ yếu gây ra bởi các khối u ác tính tại lồng ngực: 75% ung thư phổi, 12% u lympho gây xâm lấn, chèn ép
- Ngoài ra có thể do các khối u ngoài lồng ngực di căn đến các hạch, nhu mô phổi vị trí gần tĩnh mạch chủ trên hoặc di căn theo đường tĩnh mạch gây huyết khối tĩnh mạch chủ trên.

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Hội chẩn đa chuyên khoa, các biện pháp phối hợp tùy theo mức độ nặng nhẹ của bệnh.
- Việc điều trị hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên ác tính được cá thể hóa dựa trên đặc điểm bệnh cụ thể và mục tiêu điều trị của bệnh nhân. Các lựa chọn điều trị tích cực bao gồm các biện pháp hỗ trợ, liệu pháp toàn thân, xạ trị (RT), phẫu thuật và đặt stent nội mạch.
- Điều trị nguyên nhân phụ thuộc vào loại ung thư, sự lan rộng, loại mô bệnh học và các yếu tố tiên lượng bệnh.

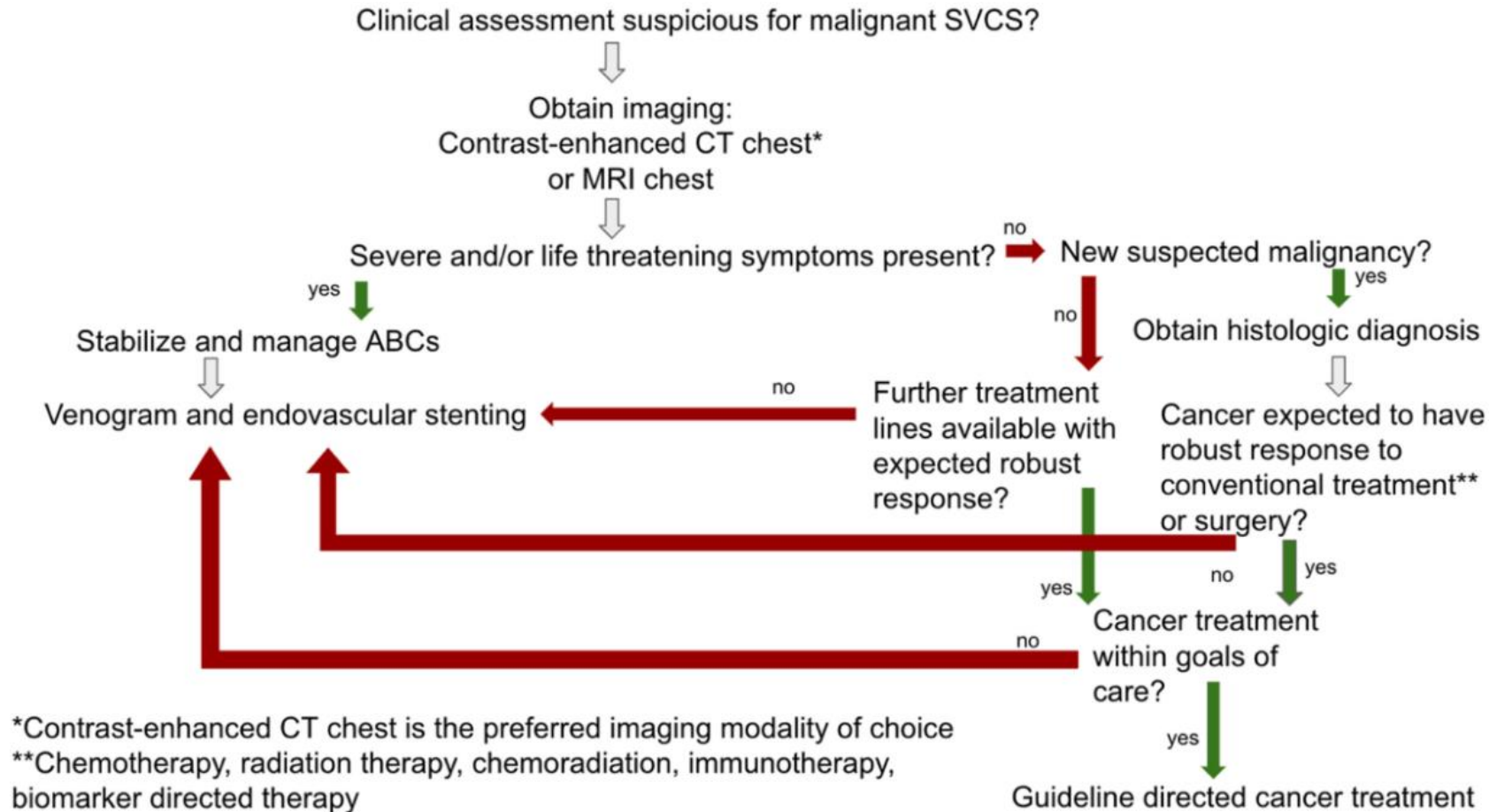
ĐIỀU TRỊ

Bảng 2: Các phương thức điều trị SVCS và mức độ bằng chứng tương ứng

Sự đối đãi	Cấp độ và loại bằng chứng
Ứng hộ	
Nâng cao đầu giường	Sự đồng thuận của các chuyên gia
Corticosteroid	Cấp độ 2C
Thuốc lợi tiểu quai	Sự đồng thuận của các chuyên gia
Thông thường	
Hóa trị	Cấp độ IA ^{Một}
Bức xạ	Cấp độ IA ^{Một}
Hóa xạ trị	Cấp độ IA ^{Một}
Liệu pháp miễn dịch	Chưa được nghiên cứu
Liệu pháp nhắm mục tiêu	Chưa được nghiên cứu
Cơ phẫu thuật	Sự đồng thuận của các chuyên gia
Đặt stent nội mạch	Trình độ IB

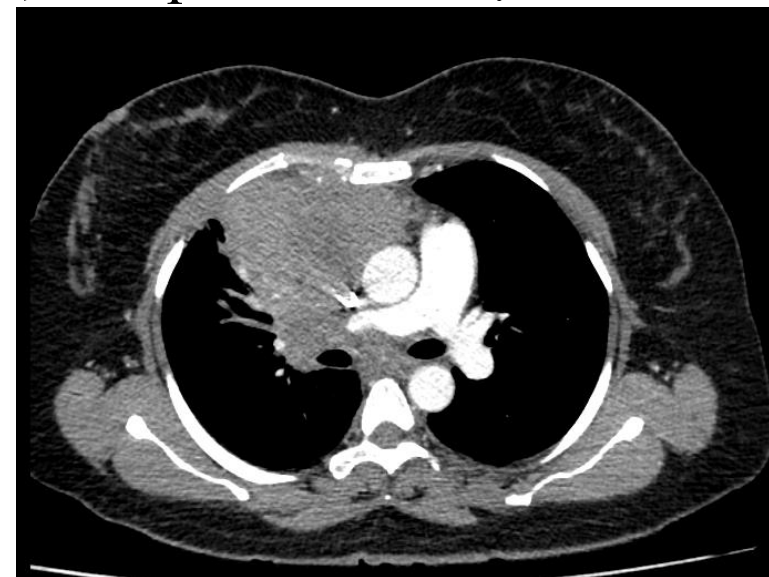
Lưu ý: Thang mức độ bằng chứng này được điều chỉnh từ thang được sử dụng bởi Hiệp hội Lồng ngực Canada và Trường Cao đẳng Bác sĩ Lồng ngực Hoa Kỳ (Phụ lục bổ sung 2). ⁴⁸
SVCS, hội chứng tĩnh mạch chủ trên.
Tất cả các thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên, đánh giá hệ thống và phân tích tổng hợp đánh giá hóa trị, xạ trị và hóa xạ trị trong điều trị hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên ác tính đều được công bố hơn 10 năm trước.

ĐIỀU TRỊ



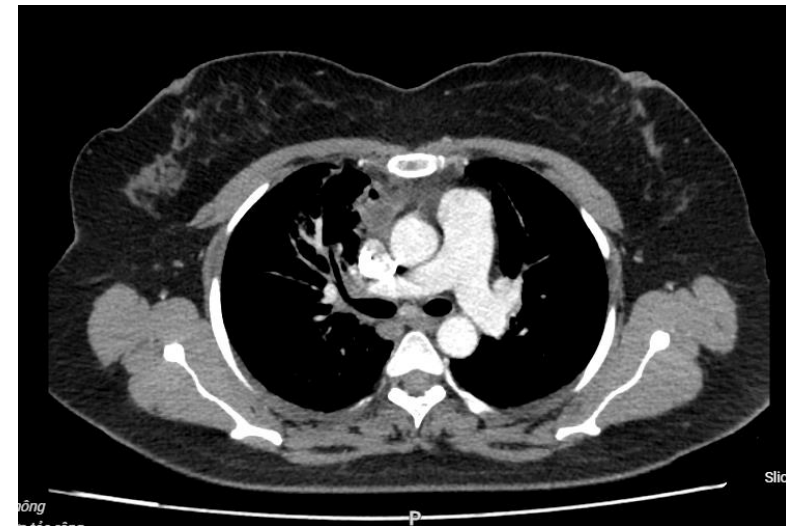
CA LÂM SÀNG 1

- Người bệnh nữ, 43 tuổi. Tiền sử: Ung thư tuyến giáp đã phẫu thuật cắt thùy phải năm 2023.
- Lý do vào viện: đau tức ngực, phù đỏ mắt
- CLVT ngực: Thùy trên có khối lớn kích thước 63x83mm, tỷ trọng tổ chức đặc ngấm thuốc sau tiêm, ranh giới không rõ, khối xâm lấn rốn phổi phải, trung thất trước, ôm quanh ~50% chu vi động mạch chủ lên, ôm quanh tĩnh mạch chủ trên, xâm lấn vào màng phổi.



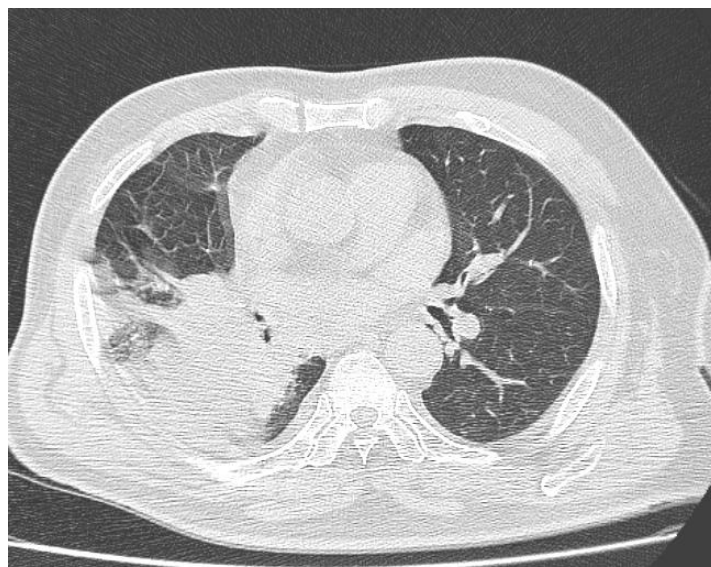
CA LÂM SÀNG 1

- GPB: u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa típ không tâm mầm.CD20 (+)
- Chẩn đoán: Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên- U lympho non Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa giai đoạn IIE- ung thư tuyến giáp đã phẫu thuật.
- Điều trị: Các biện pháp hỗ trợ+ xạ trị triệu chứng 30Gy/10Frs+ RCHOP
- CLVT ngực: nhu mô thùy trên và một phần trung thất cạnh động mạch chủ lên có tổn thương kích thước 25x38mm, ngấm thuốc sau tiêm không đều, giới hạn không rõ, còn ranh giới với tĩnh mạch chủ trên, động mạch chủ lên.



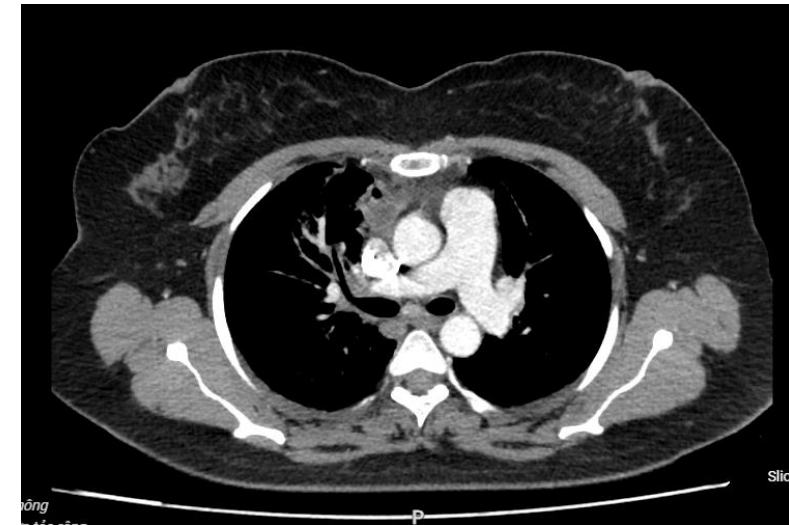
CA LÂM SÀNG 2

- Người bệnh nam, 76 tuổi
- Tiền sử: tăng huyết áp, đặt stent mạch vành năm 2015 và 2017, xuất huyết não năm 2018, hiện duy trì cozaar 5/100mg x 1 viên/ngày, lipistad 10mg/ngày
- Lý do vào viện: ho, khó thở, phù đỏ mắt
- CLVT ngực: Hình ảnh theo dõi u phổi phải xâm lấn vùng rốn phổi. Khối trung thất trên lệch phải theo dõi hạch thứ phát ôm quanh và xâm lấn tĩnh mạch chủ trên, ôm quanh thân tay đầu.



CA LÂM SÀNG 2

- GPB: carcinoma tế bào nhỏ
- Chẩn đoán: Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên/ Ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn IV di căn màng phổi
- Điều trị: Các biện pháp hỗ trợ+ Xạ trị triệu chứng 30Gy/10Frs+ EP
- CLVT ngực: nhu mô thùy trên và một phần trung thất cạnh động mạch chủ lên có tổn thương kích thước 25x38mm, ngấm thuốc sau tiêm không đều, giới hạn không rõ, còn ranh giới với tĩnh mạch chủ trên, động mạch chủ lên.



THANK YOU FOR WATCHING