

triệu chứng đau, co cứng cơ, giảm độ đàn hồi bao khớp và dây chằng hoặc do các tổn thương gai xương, hẹp khe khớp... Nhờ tác dụng giảm đau rõ rệt mà tầm vận động cột sống cổ của cả hai nhóm sau điều trị đều tăng so với trước điều trị. Nhóm nghiên cứu nhờ có thêm tác dụng làm giảm đau và tăng độ đàn hồi của các cơ, dây chằng, bao khớp vùng cổ gáy của bài tập vận động cột sống cổ mà tầm vận động cột sống cổ được cải thiện tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp uống thuốc sắc bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp tập vận động cột sống cổ có tác dụng giảm đau trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ tốt hơn nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp uống thuốc sắc bài thuốc “Quyên tý thang” đơn thuần ($p < 0,05$). Đồng thời, tầm vận động cột sống cổ cũng được cải thiện rõ rệt sau điều trị và nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Hữu Lương (2006)**. Thoái hóa cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm. Nhà xuất bản Y học, 7-32, 53-59, 60-61, 92-96.
2. **Bộ Y tế (2018)**. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng, Quy trình tập vận động cột sống. Nhà xuất bản Y học, 60.
3. **Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà (2017)**. Bài giảng nội Khoa Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 145-162.
4. **Nguyễn Nhược Kim (2009)**. Phương tễ học. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 66-67, 73-81, 147-170.
5. **Bộ Y tế (2017)**. Dược điển Việt Nam V, tập II. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1151-1378.
6. **Bộ Y tế, cục quản lý khám chữa bệnh (2016)**. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 145-153.
7. **Nguyễn Nhược Kim, Hoàng Minh Chung (2009)**. Dược học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 48-56, 99-109, 201-240.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CHI TRÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Tuấn Đạt^{1*}, Phan Văn Cường¹, Đỗ Tất Thành²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Vết thương động mạch gây ảnh hưởng đến sức sống của chi thể, gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân do mất máu cấp tính, vì vậy đa số cần can thiệp phẫu thuật. Ở chi trên, bàn tay là công cụ lao động chính nên vết thương động mạch còn ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt và lao động của bệnh nhân. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật vết thương động mạch chi trên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. Nghiên cứu được tiến hành trên 27 bệnh nhân được chẩn đoán là vết thương động mạch chi trên được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ 01/01/2018

đến 31/12/2019. **Kết quả nghiên cứu:** 100% bệnh nhân được phẫu thuật; 74,1% trường hợp khâu nối động mạch tận – tận. Biến chứng sau mổ chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ (33,3%). Thời gian mổ trung bình là $64,6 \pm 24,1$ (40 – 130 phút); thời gian nằm viện trung bình là $6,2 \pm 3,3$ (3 – 12 ngày). Kết quả điều trị tốt là 92,6%, xấu là 7,4%.

Từ khóa: Vết thương động mạch, mạch máu ngoại vi.

ABSTRACT

THE RESULT OF SURGICAL TREATMENT OF BRACHIAL ARTERY AT GENERAL HOSPITAL OF THAI BINH PROVINCE

Objectives: Artery trauma injury affect the extremities endanger the patient's life due to acute hemorrhage so most of the patients need surgical intervention. It usually appears in the upper limb because most people use hands to work, so an artery trauma injury will affect a patient's work and living. The research was carried out on 27 patients

1. Trường đại học Y Dược Thái Bình

2. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

*Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Đạt

Email: dr.phamtuandat@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/5/2022

Ngày phản biện: 24/6/2022

Ngày duyệt bài: 28/6/2022

whom was diagnosed with artery trauma injury of the upper limb.

Methods: Retrospective study, cross sectional study. Assess the result of surgical treatment of brachial artery at General Hospital of Thai Binh province.

Results: 100% patients had surgical treatment. 74,1% of them had an end-to-end vascular anastomosis. The most common medical complication is surgical infection (33,3%). The average time it takes to perform a surgical treatment is $64,6 \pm 24,1$ (40 - 130 minutes). The average time for staying in the hospital is $6,2 \pm 3,3$ (3 – 12 days). 92,6% of the patients have good results, and 7,4% of them have bad results.

Keywords: *Vascular trauma injury, Peripheral vascular*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương động mạch có tính chất cấp tính và nguy hiểm, ảnh hưởng trực tiếp đến sức sống của chi thể, đến tính mạng của bệnh nhân [1]. Ở chi trên, bàn tay là công cụ lao động chính nên vết thương động mạch chi trên có thể gây nhiều ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt và lao động của bệnh nhân, vì vậy đa số các trường hợp đều cần can thiệp phẫu thuật. Tới nay, chỉ tính riêng vết thương mạch máu ngoại biên thì tỉ lệ tử vong và cắt cụt chi do nguyên nhân tổn thương mạch máu đã giảm một cách đáng kể, theo báo cáo của Aduful [2] tỉ lệ cắt cụt chi giảm xuống còn 7% cho thấy những tiến bộ to lớn về phẫu thuật sửa chữa chấn thương vết thương mạch máu. Tại Việt Nam, nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân được điều trị sửa chữa vết thương mạch máu, đem lại hiệu quả điều trị rất tốt cho bệnh nhân [3]. Tại Thái Bình phẫu thuật điều trị vết thương động mạch chi trên được thực hiện từ lâu nhưng chưa được nghiên cứu hệ thống. Với mong góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị vết thương động mạch chi trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Đánh giá kết quả phẫu thuật vết thương động mạch chi trên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 27 bệnh nhân được chẩn đoán là vết thương động mạch chi trên được điều trị phẫu thuật (khâu nối mạch trực tiếp, bằng đoạn tĩnh mạch hiển đảo chiều, bằng mạch máu nhân tạo

hoặc thắt mạch cầm máu) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Được chẩn đoán xác định là vết thương động mạch chi trên (Động mạch nách, động mạch cánh tay, động mạch quay, động mạch trụ) có thể có tổn thương tĩnh mạch kèm theo hoặc không.

- Được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình - Hồ sơ bệnh án ghi đầy đủ thông tin cần thiết cho việc nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được phẫu thuật ở cơ sở khác chuyển về.

- Bệnh nhân được chẩn đoán là vết thương động mạch chi trên nhưng không được điều trị phẫu thuật hoặc chuyển tuyến.

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, số 530 Lý Bôn, phường Quang Trung, thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình. Thời gian nghiên cứu từ 01/01/2018 đến 31/12/2019.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật; bệnh án nghiên cứu theo mẫu đã được chuẩn bị sẵn; các tài liệu tham khảo.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Chọn mẫu toàn bộ.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 27 bệnh nhân được chẩn đoán là vết thương động mạch chi trên được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ 01/01/2018 đến 31/12/2019.

2.5. Biến số nghiên cứu

Tính điểm độ nặng chấn thương ISS (Injury Severity Score) Trong đó ISS từ 3 đến 9 điểm là mức độ nhẹ; 10 đến 15 điểm mức độ trung bình; 16 đến 24 điểm mức độ nặng và từ 25 điểm trở lên là tổn thương nghiêm trọng.

Đánh giá nguy cơ cắt cụt chi bằng thang điểm MESS (Mangled Extremity Severity Score). Chỉ số này để đánh giá khả năng đoạn chi, chỉ số chỉ có giá trị trong 24 giờ, cần theo dõi sát và đánh giá lại. Điểm MESS từ 6 đến 7 điểm: bệnh nhân cần phải

hồi sức tốt để xử trí cắt lọc; MESS = 8: có nguy cơ đoạn chi; MESS >9: đoạn chi tuyệt đối.

Đặc điểm cận lâm sàng: số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit; Hình ảnh siêu âm: tình trạng phổ Doppler; Kết quả CTscanner.

• Đặc điểm phẫu thuật:

+ Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản, tê đám rối

+ Mạch máu tổn thương: động mạch quay, nách, trụ, cánh tay, tĩnh mạch đầu, tĩnh mạch nền...

+ Hình thái tổn thương: Đứt rời mạch máu, Vết thương bên, thông động tĩnh mạch, Đụng dập, tổn thương nội mạc, tổn thương khác kèm theo

+ Phương pháp điều trị: khâu nối mạch, thắt mạch...

+ Mở cân căng tay

+ Thời gian phẫu thuật (phút)

+ Xử trí tổn thương kèm theo (nếu có): khâu nối thần kinh, cơ, thắt tĩnh mạch, xử lý vết thương phần mềm

+ Thời gian dùng heparin sau mổ

+ Kháng sinh sau mổ

+ Giảm đau sau mổ

+ Biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ, nhiễm trùng vết mổ, tắc miệng nối, suy thận cấp, chỉ định cắt cụt chi

+ Thời gian lưu dẫn lưu (nếu có)

+ Thời gian nằm viện sau mổ

+ Đánh giá kết quả phẫu thuật theo Nguyễn Hữu Ước [1]:

Kết quả tốt: Mạch rõ, cấp máu chi tốt, không có biến chứng; sinh hoạt, công tác bình thường. Kết quả trung bình: Cấp máu chi tốt, có biến chứng hay di chứng (tắc – hẹp miệng nối, phồng miệng nối, teo cơ, rối loạn vận động chi...), có ảnh hưởng đến sinh hoạt, học tập. Nhưng không cần mổ lại.

Kết quả xấu: Có biến chứng phải mổ lại (hẹp – tắc miệng nối, phồng miệng nối, bục miệng nối do nhiễm trùng...), phải cắt cụt chi do thiếu máu. Tử vong có liên quan đến thương tổn động mạch chi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 27 trường hợp vết thương động mạch chi trên tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, chúng tôi có một số nhận xét sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng vết thương động mạch chi trên

- Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $45,9 \pm 16,01$ tuổi (24 – 80 tuổi)

- Đa số bệnh nhân là nam giới (85,2%) với lý do như tai nạn giao thông (14,8%), tai nạn sinh hoạt (33,1%), tai nạn lao động (14,8%), tai nạn bạo lực (14,8%) và lý do khác như động vật cắn, tự cắt vào tay (7,2%); nữ giới chủ yếu vào viện với lý do là do tai nạn sinh hoạt (14,8%). Nhóm nguyên nhân do tai nạn bạo lực chỉ gặp ở nam giới.

- Dấu hiệu máu chảy thành tia chiếm tỉ lệ cao nhất (92,6%), ngoài ra còn gặp biểu hiện tê bì, giảm cảm giác chi (63,0%). Có 2 trường hợp (7,4%) thấy có khối máu tụ to dần sau tổn thương. Có 18/27 trường hợp (66,7%) có biểu hiện lâm sàng rõ của hội chứng thiếu máu chi cấp tính. Có 3 trường hợp mất máu mức độ vừa – nặng (huyết sắc tố dưới 100 g/l);

- Siêu âm Doppler mạch máu không được thực hiện thường quy, chỉ có 2 trường hợp được siêu âm kiểm tra là các trường hợp không thấy có khối máu tụ thành tia, mà chỉ thấy dấu hiệu ngoại biên là bầm tím hoặc khối máu tụ to dần. 2 trường hợp này trên siêu âm thấy hình ảnh gián tiếp của vết thương mạch máu là mất tín hiệu mạch và giảm vận tốc dòng chảy.

Bảng 3.1. Vị trí tổn thương động mạch chi trên

Bên tổn thương Vị trí tổn thương	Bên trái		Bên phải		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Cánh tay	6	22,2	1	3,7	7	25,9
Cẳng tay	8	29,6	10	37,0	18	66,7
Cánh tay + cẳng tay	2	7,4	0	0,0	2	9,4
Tổng	16	59,2	11	40,7	27	100,0

Nhận xét: Tổn thương gặp ở bên trái nhiều hơn (59,2%), tổn thương gặp ở cẳng tay là nhiều nhất chiếm 66,7%, chỉ có 2 trường hợp tổn thương phối hợp ở cả cánh tay và cẳng tay.

Bảng 3.2. Độ nặng của chấn thương theo thang điểm ISS

Điểm I.S.S	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Dưới < 9	16	59,3
Từ 10 đến 15	10	37,0
Từ 16 đến 24	1	3,7
Tổng	27	100,0

Nhận xét: 59,3% trường hợp mức độ tổn thương nhẹ, có 37% trường hợp có mức độ tổn thương là trung bình, có 1 trường hợp tổn thương nghiêm trọng. Điểm tổn thương ISS trung bình là 7 ± 4 (6 – 10).

Bảng 3.3. Nguy cơ cắt cụt chi theo thang điểm M.E.S.S

Điểm M.E.S.S	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Dưới <6 điểm	16	59,3
Từ 6 – 7 điểm	11	40,7
Tổng	27	100,0

Nhận xét: 59,3% các trường hợp cần hồi sức để xử trí cắt lọc, 40,7% các trường hợp có điểm đánh giá mức độ nguy cơ cắt cụt chi từ 6 – 7 điểm, yêu cầu cần xử trí sớm và triệt để tổn thương. Không có trường hợp nào có nguy cơ đoạn chi hoặc chỉ định đoạn chi.

Bảng 3.4. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Khâu lại vết thương bên	2	7,4
Cắt lọc, nối lại 2 đầu động mạch tận – tận	23	85,2
Cắt lọc, nối lại 2 đầu động mạch với tĩnh mạch hiển đảo chiều	1	3,7

Nhận xét: Tất cả các trường hợp đều được phẫu thuật phục hồi lưu thông mạch máu. Đa số trường hợp có thể cắt lọc, nối tự thân. Không có trường hợp nào dùng mạch nhân tạo. Các trường hợp cắt nối mạch máu đều được dùng forgaty để lấy máu cục, kiểm tra tổn thương nội mạc kỹ càng trước khi khâu nối. Có 1 trường hợp được mở cân sau phẫu thuật và 6 trường hợp sử dụng heparin trong và sau mổ.

Bảng 3.5. Thời gian phẫu thuật (phút)

Thời gian	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	p
ISS < 9	59,1	21,5	p = 0,16
ISS ≥ 9	72,7	26,4	
Chung	64,6	24,1	

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là $64,6 \pm 24,1$ (phút), ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 130 phút. Thời gian phẫu thuật ở nhóm có điểm ISS ≥ 9 dài hơn so với nhóm ISS dưới

9 tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Có 5 trường hợp đặt dẫn lưu vết mổ tuy nhiên cũng có 8 trường hợp chiếm 29,6% có nhiễm trùng vết mổ. Thời gian nằm viện dài nhất là 12 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, trung bình là $6,2 \pm 3,3$ ngày. Đa số các trường hợp (92,6%) có kết quả tốt; 7,4 % kết quả xấu là các trường hợp có biến chứng phải chuyển viện.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Tuổi, giới tính: Độ tuổi trung bình là $45,9 \pm 16,1$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 24 tuổi, lớn nhất là 80 tuổi. nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 30 - 39 tuổi chiếm 31,4%. Từ 50 đến 59 là 25,7%. Nghiên cứu gặp chủ yếu bệnh nhân là nam giới (85,2%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả của Nguyễn Hữu Ước [1], Phan Văn Cường [3]. Hầu hết bệnh nhân bị tổn thương động mạch chi trên là những người trong độ tuổi lao động. Điều này đặt ra vấn đề sửa chữa tổn thương mạch máu là rất quan trọng, để đảm bảo chức năng đôi tay cho bệnh nhân. Do vậy nếu việc điều trị không tốt hoặc không kịp thời, sẽ để lại hậu quả nặng nề cho bệnh nhân và xã hội, với những di chứng nặng nề, như giảm, mất chức năng chi, cắt cụt chi.

Lí do vào viện: Trong nghiên cứu này tỉ lệ bệnh nhân bị tai nạn sinh hoạt chiếm cao nhất (48,1%), tai nạn lao động là 14,8%. Đặc biệt có 7,4% bị vết thương động mạch chi do bị tai nạn bạo lực và 1 trường hợp bị súc vật cắn. Ngoài ra nghiên cứu còn gặp 2 trường hợp do súc vật cắn. Điều này cũng cảnh báo trong giai đoạn hiện nay nhiều trường hợp nuôi súc vật nhưng không kiểm soát tốt, dẫn đến nguy cơ tổn thương chi thể hoặc cá biệt có những trường hợp trên thực tế bị súc vật cắn mà nguy hiểm đến tính mạng. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Leclerc [4] với nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (52,8%), chấn thương do đè ép (22,2%) và ngã (13,9%).

Dấu hiệu toàn thân: Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 3,7% đến viện trong tình trạng sốc, và 11,1% bệnh nhân có biểu hiện mất máu cấp. Từ đó cho thấy cần tuyên truyền, hướng dẫn thêm về cách sơ cứu ban đầu vết thương mạch máu cho người dân.

Dấu hiệu lâm sàng: Chảy máu nhiều qua vết thương là một dấu hiệu rất đặc hiệu trong chẩn đoán vết thương động mạch chi trên. 92,6% bệnh nhân khi vào viện có triệu chứng này. Với nguyên nhân chính là tai nạn sinh hoạt, do đâm chém gây tổn thương đứt đôi động mạch. Chính vì vậy dấu hiệu chảy máu thành tia theo nhịp mạch rất hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi, và đây cũng là một trong những dấu hiệu rất đặc hiệu trong chẩn

đoán thương tổn động mạch chi trên. Tuy nhiên cần lưu ý có 7,4% các trường hợp vết thương mạch nhưng không thấy máu chảy thành tia. Điều này có thể gặp trong các trường hợp vết thương bên nhỏ, sự co của thành động mạch và các cơ xung quanh tạm thời che lấp đi vết thương, ngăn cản sự chảy máu ra miệng vết thương. Như vậy về phương diện cầm máu sẽ tốt cho bệnh nhân nhưng sẽ dẫn đến bỏ sót tổn thương, về lâu dài sẽ tạo thành biến chứng giả phình động mạch, mất thời gian điều trị và tăng nguy cơ nhiễm trùng. Theo tác giả Nguyễn Hữu Ước [1] khối máu tụ to dần cũng là 1 dấu hiệu ban đầu quan trọng giúp cho bác sĩ lâm sàng chẩn đoán được thương tổn vết thương động mạch ngoại vi.

Tê bì, giảm cảm giác chi gặp ở 63,0% các trường hợp. Triệu chứng này là do các trường hợp thiếu máu nuôi dưỡng, dẫn đến chuyển hóa yếm khí tại phía ngoại vi chi thể, dẫn đến rối loạn về cảm giác nông của bệnh nhân, hiện tượng này sẽ mất đi khi tuần hoàn nuôi chi được cung cấp đầy đủ. Nghiên cứu gặp 18,5% giảm vận động chi là những trường hợp có tổn thương gân cơ kèm theo. Không có trường hợp nào nặng nề đến mức độ mất cảm giác, mất vận động chi.

Hội chứng thiếu máu chi cấp tính là một dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán. Hội chứng biểu hiện ở mất mạch ở phía ngoại vi và nhợt nhạt màu sắc da ngoại vi thể hiện sớm nhất tình trạng thiếu máu. Nếu để thời gian kéo dài sẽ có những biểu hiện của tổn thương thần kinh, cơ như giảm, mất cảm giác; giảm và mất vận động. Nếu thời gian kéo dài hơn sẽ xuất hiện là các biểu hiện của thiếu máu không hồi phục hay các dấu hiệu hoại tử chi dưới tổn thương như mảng tím hoại tử, mất vận động, mất cảm giác, cứng khớp tử thi. Tuy nhiên mức độ biểu hiện của hội chứng thiếu máu chi cấp tính còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như độ nặng của tổn thương, vấn đề nuôi dưỡng của hệ thống tuần hoàn bàng hệ.

Trong nghiên cứu này có 18/27 trường hợp (66,7%) có biểu hiện lâm sàng rõ của hội chứng thiếu máu chi cấp tính. Kết quả này tương đương với các tác giả Leclerc [4], Adful [2]. Trong nghiên cứu cũng không gặp trường hợp nào đến viện biểu

hiện thiếu máu ở giai đoạn muộn như mất vận động, mất cảm giác.

Trong nghiên cứu vết thương đa số gặp ở động mạch quay, không có trường hợp nào tổn thương động mạch nách (Xem bảng 1). Tổn thương đứt rời mạch máu gặp trong đại đa số (85,2%) các trường hợp. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với nguyên nhân gây tổn thương.

Tổn thương trong vết thương động mạch rất đa dạng. Tất cả các trường hợp có tổn thương phần mềm ở mức độ nhẹ - vừa, không có dập nát hoặc lóc da rộng. Các nhóm cơ gấp cổ tay bị đứt gãy trong 7/34 trường hợp, tổn thương thần kinh chủ yếu là thần kinh trụ (4/34 trường hợp) và thần kinh giữa (3/34 trường hợp), không gặp trường hợp nào tổn thương thần kinh quay. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu của các tác giả khác Aduful [2]. Như vậy, cần thiết phải thăm khám một cách tỉ mỉ, kỹ lưỡng để phát hiện được, tránh bỏ sót các tổn thương trên lâm sàng sẽ có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.

Nghiên cứu cho thấy gần 1 nửa trường hợp có mức độ tổn thương là trung bình – nặng (40,7%), không có trường hợp nào tổn thương rất nặng hoặc nguy kịch. Điểm độ nặng chấn thương đo được trung bình là 7 ± 4 . Nghiên cứu cho thấy 40,7% các trường hợp có điểm đánh giá mức độ nguy cơ cắt cụt chi từ 6 – 7 điểm (Xem bảng 2 và bảng 3). Từ đó cho thấy tổn thương trong vết thương động mạch tuy đa dạng nhưng không quá phức tạp, nguy cơ đoạn chi nếu đến sớm không cao. Vì vậy rất cần thiết phải sơ cứu đúng cách và chẩn đoán sớm, vận chuyển kịp thời đến cơ sở có khả năng phẫu thuật để tăng hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

4.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

Tất cả các trường hợp đều được phẫu thuật phục hồi lưu thông mạch máu. Đa số trường hợp có thể cắt lọc, nối tự thân (88,9%) (Xem bảng 4). Không có trường hợp nào dùng mạch nhân tạo. Các trường hợp cắt nối mạch máu đều được dùng forgaty để lấy máu cục, kiểm tra tổn thương nội mạc kỹ càng trước khi khâu nối.

Như vậy kết quả của chúng tôi khả quan hơn, có lẽ là do bệnh nhân đến sớm, tổn thương đa dạng tuy nhiên không phức tạp. Theo một số tác giả, có thể thất ở 1 số động mạch có vòng nối tốt như động mạch quay. Tuy nhiên, nhiều tác giả trên thế giới như Usman [5], Wani [6] không đồng tình với quan điểm này, các tác giả cho rằng cần phải phục hồi lưu thông triệt để mạch máu cho bệnh nhân. Các

tác giả cho rằng vòng nối có tốt nhưng tỉ lệ cắt cụt chi do thiếu máu cũng vẫn dao động từ 1 đến 5%.

Đối với các tổn thương thần kinh và gân cơ phối hợp đều được xử lý khâu nối lại thần kinh và gân cơ ngay trong lúc mổ với sự kết hợp của kẹp chặn thương chỉnh hình [2].

Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 1 trường hợp bị súc vật cắn. Trường hợp này có 2 vết thương thành bên ở trên cùng 1 mạch máu, sau mổ gặp biến chứng nhiễm trùng vết mổ. Vì vậy chúng tôi lưu ý rằng cần xử lý kĩ trường hợp súc vật cắn do nguy cơ nhiễm trùng cao và cần kiểm tra kỹ các vết cắn, bởi tổn thương phần mềm dập nát nhiều nên có thể che lấp tổn thương mạch máu nhỏ.

Xử trí thương tổn phổi hợp:

+Khâu nối tĩnh mạch: Có 3 trường hợp được thắt lại mạch máu do là những nhánh tĩnh mạch nông, nhiều tuần hoàn phụ. 1 trường hợp được khâu nối tĩnh mạch (tĩnh mạch đầu).

+Mở cân trong mổ: Mở cân là một thủ thuật giúp tăng cường tưới máu chi thể bởi các mao mạch (cơ chế do làm giảm áp lực lên thành mạch, làm tăng tưới máu). Trong nghiên cứu có 3 trường hợp được mở cân trong và sau mổ.

Hầu hết các trường hợp ghi nhận sự phục hồi lưu thông động mạch tốt sau mổ. Bắt mạch được ngay đầu tiên sau mổ là 92,6%, các trường hợp còn lại tuy không bắt được mạch rõ nhưng đầu chi hồng, ấm, thể hiện sự lưu thông.

Về biến chứng sau mổ có 1 trường hợp có tình trạng rối loạn đông máu sau mổ, 1 trường hợp có rối loạn tái tưới máu sau mổ. Trường hợp rối loạn tái tưới máu được phát hiện sau 4 giờ, đã được xử trí mở cân cẳng tay kịp thời, bệnh nhân đã không bị cắt cụt chi. Theo khuynh hướng hiện nay của y học hiện đại nói chung và ngoại khoa nói riêng là bảo tồn tối đa và xâm nhập tối thiểu. Chính vì vậy việc theo dõi, phát hiện sớm hội chứng khoang sau nối mạch và những ngày đầu sau nối mạch là hết sức cần thiết. Điều này có thể hạn chế bớt chỉ định mở cân không cần thiết [4].

- Nhiễm trùng vết mổ gặp 8 trường hợp, tỉ lệ này là cao, có thể là do bệnh nhân không được sơ cứu đúng cách và kịp thời, nên vết thương bẩn và tăng nguy cơ nhiễm trùng. Kết quả này theo nghiên cứu của tác giả Fahad [7] là 13,1%

- Trong nghiên cứu không gặp trường hợp nào bị bực, rò miệng nối sau mổ, không gặp trường hợp nào tắc mạch sau mổ hoặc cắt cụt chi sau mổ.

- Kết quả sớm sau mổ tốt có 25/27 trường hợp, kết quả xấu có 2 trường hợp: 1 trường hợp có hội chứng tái tưới máu sau mổ và 1 có tình trạng rối loạn đông máu sau mổ được chuyển tuyến trên điều trị, sau đó bệnh nhân ổn định, phục hồi lại lưu thông mạch máu bình thường.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 27 trường hợp vết thương động mạch chi trên, chúng tôi nhận thấy tất cả các trường hợp đều được phẫu thuật phục hồi lưu thông mạch máu trong đó chủ yếu là khâu nối mạch máu tận - tận. Kết quả điều trị phẫu thuật đa số là tốt (92,6%) tuy nhiên biến chứng nhiễm trùng vết mổ còn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu Ước (2012)**, “Chấn thương, vết thương mạch máu ngoại vi”, Bệnh học Ngoại khoa, Nhà xuất bản y học.
2. **H. Aduful, Hodasi W. (2007)**, “Peripheral vascular injuries and their management in accra”, Ghana medical journal, 41(4):186-9.
3. **Phan Văn Cường (2008)**, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật tổn thương động mạch chi trên tại Bệnh viện Việt Đức”, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **B. Leclerc, Boyer E., Menu G., Leclerc G., Sergeant P., Ducroux E., et al (2018)**, “Two-team management of vascular injuries concomitant with osteo-articular injuries in 36 patients over six years”, Orthopaedics & traumatology, surgery & research : OTSR, 104(4):497-502.
5. **R. Usman, Jamil M., Anwer M. F. (2018)**, “Evaluation, Surgical Management and Outcome of Traumatic Extremity Vascular Injuries: A 5-year Level-1 Trauma Centres Experience”, Annals of vascular diseases, 11(3):312-7.
6. **M. L. Wani, Ahangar A. G., Wani S. N., Dar A. M., Ganie F. A., Singh S., et al (2012)**, “Peripheral vascular injuries due to blunt trauma (road traffic accident): management and outcome”, International journal of surgery, 10(9):560-2.
7. **Kamal M. Yousuf Fahad H. Khan, Anel R. Bagwani (2015)**, “Vascular injuries of the extremities are a major challenge in a third world county”, Journal of trauma management & Outcome, 9(5).