

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH QUAY, TRỤ BẰNG KỸ THUẬT KHÂU NỐI TẬN - TẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Lưu Quý Cường<sup>1</sup>, Phan Đình Mừng<sup>2</sup>, Nguyễn Thành Tấn<sup>1</sup>,  
Trần Văn Dương<sup>3</sup>, Nguyễn Hữu Thuý<sup>4</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tổn thương động mạch quay, trụ là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm 37,9% các tổn thương mạch máu ngoại vi. Cấp máu cho vùng cẳng bàn tay là động mạch quay và trụ. Do đó, khi có tổn thương đứt động mạch quay và trụ thì cần phải xử trí khâu nối mạch máu nhằm cầm máu và phục hồi lưu thông mạch máu. Cho nên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị tổn thương động mạch quay, trụ bằng kỹ thuật khâu nối tận - tận" ở Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu ở bệnh nhân vết thương vùng cẳng tay có tổn thương động mạch quay, trụ. Chẩn đoán xác định bằng dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng. Điều trị bằng kỹ thuật khâu nối tận - tận. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 27. **Kết quả:** Có 41 bệnh nhân bị vết thương cẳng tay có tổn thương động mạch quay, trụ được điều trị bằng kỹ thuật khâu nối tận - tận, trong đó tổn thương 1 động mạch quay: 31,7%, trụ: 43,9%, cả quay và trụ: 24,4%. Với tuổi trung bình là 36,00 ± 13,56, nam: 92,7%, nữ: 7,3%. Thời gian tổn thương trung bình là 6,91 ± 2,54 giờ. Kết quả thông nối tốt là 97,6%, tắc mạch sau nối chiếm tỷ lệ 17,1%, trong đó hầu hết đều có lâm sàng cải thiện sau mổ, chỉ ghi nhận 1 trường hợp có dấu hiệu thiếu máu chi cấp tính sau mổ. **Kết luận:** Tổn thương động mạch quay, trụ là một tổn thương mạch máu cần được phẫu thuật sớm bằng kỹ thuật khâu nối mạch máu cho kết quả tốt đem lại chức năng cho vùng cẳng bàn tay, tránh các biến chứng thiếu máu và mất chức năng xảy ra làm cho bệnh nhân tàn phế, thậm chí cắt cụt một phần chi thể. **Từ khóa:** tổn thương động mạch quay, tổn thương động mạch trụ, tái thông mạch máu, khâu nối tận - tận.

## SUMMARY

### EVALUATION OF THE TREATMENT OUTCOMES FOR RADIAL AND/OR ULNAR ARTERY INJURIES USING END-TO-END ANASTOMOSIS TECHNIQUE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 175

<sup>3</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>4</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quý Cường

Email: luuquicuongplus@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 9.9.2024

**Background:** Injuries to the radial and/or ulnar arteries are a common surgical emergency, accounting for 37.9% of peripheral vascular injuries. The blood supply to the forearm and hand region is provided by the radial and ulnar arteries. Therefore, when there is a severance of these arteries, it is necessary to perform vascular anastomosis to control bleeding and restore blood circulation. Hence, we conducted a study titled "Evaluation of the Treatment Outcomes for Radial and/or Ulnar Artery Injuries Using End-to-End Anastomosis Technique" at Can Tho Central General Hospital. **Materials and methods:** This is a prospective cross-sectional study on patients with forearm wounds involving the radial and ulnar arteries. The diagnosis was confirmed by clinical and paraclinical signs. Treatment was carried out using the end-to-end anastomosis technique. Data were analyzed using SPSS 27 software. **Results:** A total of 41 patients with forearm wounds involving the radial and ulnar arteries were treated using the end-to-end anastomosis technique. Among these, isolated radial artery injuries accounted for 31.7%, ulnar artery injuries for 43.9%, and injuries to both the radial and ulnar arteries for 24.4%. The average age was 36.00 ± 13.56 years, with 92.7% being male and 7.3% female. The average time from injury to treatment was 6.91 ± 2.54 hours. The success rate of anastomosis was 97.6%, with postoperative thrombosis occurring in 17.1% of cases. Most patients showed clinical improvement after surgery, with only one case recorded of acute limb ischemia postoperatively. **Conclusion:** Injury to the radial and/or ulnar arteries is a vascular injury that requires early surgical intervention using vascular anastomosis techniques to achieve favorable outcomes and restore function to the forearm and hand. This approach helps prevent ischemic complications and loss of function that could lead to disability, or even partial amputation of the limb.

**Keywords:** radial arterial injury, ulnar arterial injury, revascularization, end-to-end anastomosis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cẳng tay là một trong những vùng có cấu trúc phức tạp của cơ thể người, bao gồm hệ thống các gân gấp, duỗi, xương quay, xương trụ và các thần kinh, mạch máu. Trong đó động mạch quay, trụ là những thành phần quan trọng và dễ bị tổn thương khi xảy ra tai nạn, có thể gây hậu quả nghiêm trọng cho sức khỏe người bệnh, nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

Theo nghiên cứu của tác giả Jacqueline Stuber và cộng sự năm 2023 đã thống kê trên

4048 bệnh nhân có tổn thương động mạch quay, trụ. Trong đó, tỷ lệ trường hợp được phẫu thuật khâu nối là 59%, thắt động mạch chiếm 29%, các trường hợp còn lại được bắc cầu động mạch. Có 3% số trường hợp bị cắt cụt bàn tay và 0,6% số trường hợp bị cắt cụt chi trên cùng bên tổn thương.<sup>[1]</sup> Qua đây cho thấy, vẫn có tỷ lệ bệnh nhân phải cắt cụt chi trong tổn thương động mạch quay, trụ dù không quá lớn. Tuy nhiên, với vai trò cực kỳ quan trọng trong đời sống, sinh hoạt, việc cắt cụt chi trên nói chung và bàn tay nói riêng dẫn đến hậu quả to lớn cho người bệnh, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Từ những vấn đề trên, nghiên cứu "Đánh giá kết quả điều trị tổn thương động mạch quay, trụ bằng kỹ thuật khâu nối tận - tận tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ" được thực hiện với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị tổn thương động mạch quay, trụ bằng kỹ thuật khâu nối tận - tận.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 41 bệnh nhân được chẩn đoán vết thương cẳng tay có tổn thương động mạch quay, trụ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2023 đến năm 2024 được phẫu thuật phục hồi lưu thông mạch máu bằng kỹ thuật khâu nối tận - tận.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Những bệnh nhân được phẫu thuật với chẩn đoán vết thương cẳng tay dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng, có tổn thương động mạch quay, trụ được xác định bằng quan sát trực tiếp trong lúc phẫu thuật.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân có chỉ định đoạn chi thì đầu, có tổn thương động mạch quay, trụ được điều trị bằng thắt mạch hoặc bắc cầu động mạch, có bệnh lý về mạch máu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- **Phương pháp tiến hành và đánh giá các biến số nghiên cứu:**

+ Các bước tiến hành: Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ vì vết thương cẳng tay, được chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng, được chỉ định phẫu thuật cấp cứu xử lý tổn thương. Tổn thương động mạch quay, trụ được xác định bằng quan sát trực tiếp trong quá trình phẫu thuật. Bệnh nhân được phẫu thuật phục hồi lưu thông mạch máu bằng khâu nối kiểu tận - tận.

+ Đánh giá các biến số nghiên cứu:

Tuổi: là biến định lượng rời rạc, lấy năm tại thời điểm nhập viện trừ năm sinh. Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, sự tương quan giữa

tuổi và giới tính.

Giới tính: là biến nhị giá, dựa vào hồ sơ bệnh án, tương quan giữa giới tính và tuổi.

Nguyên nhân tổn thương: là biến định tính, dựa vào hồ sơ bệnh án, lấy mã ICD-10.

Phương pháp sơ cứu: là biến định tính, dựa vào hồ sơ bệnh án.

Thời gian từ lúc tai nạn đến lúc nhập viện: là biến định lượng liên tục, tính bằng giờ.

Thời gian từ lúc nhập viện đến khi phẫu thuật: là biến định lượng liên tục, tính bằng giờ.

Thời gian từ lúc bị tai nạn đến lúc được phẫu thuật: còn gọi là thời gian thiếu máu cấp tính chi, là biến định lượng liên tục, tính bằng giờ.

Thời gian phẫu thuật: là thời gian từ lúc bắt đầu phẫu thuật đến khi kết thúc phẫu thuật, là biến định lượng liên tục, tính bằng giờ.

Đánh giá tổn thương động mạch quay, trụ: là biến định tính, dựa vào hình ảnh đại thể trong lúc phẫu thuật.

Độ bão hòa oxy trong máu ngoại vi: là biến định lượng liên tục, lấy giá trị trung bình của các lần đo ở đầu các ngón tay bị tổn thương, đo ở thời điểm nhập viện và sau mổ 1 ngày.

Siêu âm Doppler mạch máu sau mổ: là biến định tính, kết quả được đọc bởi bác sĩ chuyên khoa Siêu âm, dựa vào phiếu đọc kết quả.

Dấu hiệu thiếu máu cấp tính chi, bao gồm: mất mạch, chi lạnh, nhạt màu, dị cảm, giảm vận động, đều là biến nhị giá, thu thập lúc nhập viện và sau mổ 1 ngày.

Biến chứng sau mổ, gồm: hoại tử, tắc mạch lại, nhiễm trùng, tử vong, đều là biến nhị giá, thu thập sau mổ.

Đánh giá kết quả phục hồi lưu thông mạch máu: tham khảo cách phân loại của Đoàn Quốc Hưng và cộng sự,<sup>[2]</sup> chúng tôi xin đưa ra cách đánh giá sau:

- Rất tốt: động mạch quay và động mạch trụ thông tốt trên siêu âm Doppler mạch máu sau phẫu thuật kèm chi hồng ấm, vận động các ngón tay bình thường, cảm giác các ngón tay tốt.

- Tốt: động mạch quay hoặc động mạch trụ bị tắt trên siêu âm Doppler mạch máu sau phẫu thuật kèm chi hồng ấm, vận động các ngón tay bình thường, cảm giác các ngón tay tốt.

- Trung bình: động mạch quay hoặc động mạch trụ bị tắt trên siêu âm Doppler mạch máu sau phẫu thuật kèm chi nhợt lạnh hoặc vận động các ngón tay giảm, cảm giác các ngón tay giảm.

- Kém: thiếu máu chi không hồi phục phải cắt cụt thì hai.

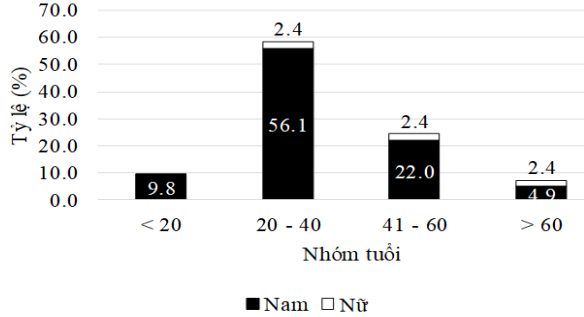
Gọi là thành công cứu được chi khi sự lưu thông mạch máu tốt, vận động chi được, sau 72

giờ điều trị.

- **Xử lý số liệu:** Trên phần mềm SPSS 27.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**



**Hình 3.1. Tuổi và giới tính**

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 36,00 ± 13,56, lớn nhất là 72 tuổi và nhỏ nhất là 16 tuổi. Nhóm tuổi từ 21 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,5%, nhóm dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9,8%. Tỷ lệ nam giới chiếm 92,7%, so với nữ giới 7,3%.

**3.2. Đặc điểm tổn thương**

**Thời gian từ khi bị tai nạn đến khi được phẫu thuật**

**Bảng 3.1. Thời gian từ khi bị tai nạn đến khi được phẫu thuật**

Thời gian	Từ nhập viện đến khi phẫu thuật		Thời gian thiếu máu chi cấp tính	
	Số trường hợp	Tỷ lệ	Số trường hợp	Tỷ lệ
< 6 giờ	34	82,9%	16	39,0%
6 - 12 giờ	7	17,1%	23	56,1%
> 12 giờ	0	0%	2	4,9%
Trung bình	4,35 ± 1,89 giờ		6,91 ± 2,54 giờ	

**Nhận xét:** Thiếu máu chi cấp tính trung bình là 6,91 ± 2,54 giờ, thời gian dài nhất là 14,42 giờ và ngắn nhất là 3,27 giờ, trong đó thời gian từ lúc nhập viện đến lúc phẫu thuật trung bình là 4,25 ± 1,89 giờ, ngắn nhất là 1,15 giờ và dài nhất 10,42 giờ. Thời gian thiếu máu chi cấp tính từ 6 đến 12 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất là 56,1%, Nhóm thời gian thiếu máu chi cấp tính > 6 giờ ghi nhận 2 trường hợp chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,9%. Nhóm thời gian thiếu máu chi cấp tính < 6 giờ chiếm tỷ lệ 39,0%.

**Các đặc điểm lâm sàng của tổn thương**

**Bảng 3.2. Các đặc điểm lâm sàng của tổn thương**

Dấu hiệu	Động mạch		
	Quay	Trụ	Quay và trụ
Mất mạch	23,1%	72,2%	100%
Chi lạnh	0,0%	0,0%	70%
Giảm vận động	64,2%	94,4%	100%

Dị cảm	0,0%	0,0%	50,0%
Nhạt màu	15,4%	22,2%	90,0%

**Nhận xét:** Tỷ lệ dấu hiệu mất mạch trong tổn thương động mạch quay đơn thuần là thấp nhất 23,1%, mất mạch 100% khi tổn thương cả động mạch quay và trụ. Dấu hiệu chi lạnh chiếm tỷ lệ 70% khi tổn thương cả động mạch quay và trụ. Dấu hiệu giảm vận động chiếm tỷ lệ thấp nhất ở động mạch quay là 64,2%, cao nhất khi tổn thương cả động mạch quay và trụ (100%). Dấu hiệu dị cảm chiếm tỷ lệ 50,0% khi tổn thương cả động mạch quay và trụ. Dấu hiệu nhạt màu chiếm tỷ lệ cao nhất khi tổn thương cả động mạch quay và trụ là 90,0%, tổn thương động mạch quay có tỷ lệ dấu hiệu nhạt màu thấp nhất là 15,4%.

**3.3. Kết quả điều trị**

**Phương pháp điều trị**

**Bảng 3.3. Phương pháp điều trị**

Kết quả	Kết quả thành công		Kết quả tắc lại	
	Số trường hợp	Tỷ lệ	Số trường hợp	Tỷ lệ
Có sử dụng heparin	32	78,0%	7	17,1%
Không sử dụng heparin	2	4,9%	0	0,0%
Khâu mũi rời	31	86,1%	5	13,9%
Khâu mũi liên tục	3	60,0%	2	40,0%

**Nhận xét:** Tỷ lệ thông mạch sau phẫu thuật tái thông mạch máu có sử dụng heparin là 78,0%, tỷ lệ tắc lại mạch sau tái thông mạch máu có sử dụng heparin là 17,1%. Có 2 trường hợp không sử dụng heparin, chiếm 4,9% và đều không tắc mạch lại sau mổ. Khâu mũi rời cho tỷ lệ thông mạch là 86,1%, trong khi mũi khâu liên tục có 2/5 trường hợp tắc mạch lại sau mổ (chiếm tỷ lệ 40%).

**Dấu hiệu lâm sàng sau phẫu thuật**

**Bảng 3.4. Các dấu hiệu lâm sàng sau phẫu thuật**

Dấu hiệu lâm sàng	Trước phẫu thuật (%)	Sau phẫu thuật (%)
Mất mạch	63,4%	2,4%
Chi lạnh	17,1%	4,9%
Giảm vận động	87,8%	53,7%
Nhạt màu	36,6%	2,4%
Dị cảm	12,2%	12,2%

**Nhận xét:** Các dấu hiệu lâm sàng sau phẫu thuật đều giảm so với trước phẫu thuật. Các trường hợp dị cảm không thay đổi tỷ lệ sau mổ.

**Kết quả siêu âm Doppler sau phẫu thuật**

**Bảng 3.5. Kết quả siêu âm Doppler sau phẫu thuật**

Kết quả	Tỷ lệ (%)
Thông tốt	82,9%
Tắc lại ĐM quay	14,6%
Tắc lại ĐM trụ	2,4%
Tắc lại cả hai ĐM	0,0%
Tắc mạch lại	17,1%

**Nhận xét:** Đa số kết quả siêu âm Doppler là cả hai động mạch đều thông tốt, chiếm tỷ lệ 82,9%. Tỷ lệ tắc mạch lại sau mổ dựa vào kết quả siêu âm Doppler là 17,1%. Chưa ghi nhận trường hợp tắc lại cả hai động mạch trong nghiên cứu.

#### Biến chứng

**Bảng 3.6. Các biến chứng sau phẫu thuật**

Biến chứng	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu chi	2,4%
Tắc mạch lại	17,1%
Hoại tử	0,0%
Đoạn chi	0,0%

**Nhận xét:** Tỷ lệ thiếu máu chi sau phẫu thuật 2,4%, tỷ lệ tắc mạch lại chiếm tỷ lệ cao nhất là 17,1%.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.** Độ tuổi trung bình của 41 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là  $36,00 \pm 13,56$ . Lớn nhất là 72 tuổi, nhỏ nhất là 16 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi từ 21 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,5%. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân cao hơn trong nghiên cứu của C. Demirdover và cộng sự là 24,3. Dù vậy, đây vẫn được xem là nhóm tuổi lao động chính trong xã hội, thường xuyên hoạt động với cường độ cao và tiếp xúc với nhiều công cụ lao động. Nam giới chiếm tỷ lệ cao (92,7%) so với nữ giới (7,3%), tỷ lệ nam/nữ là 12,6/1. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của C. Demirdover và cộng sự là 7,7/1.<sup>[3]</sup> Kết quả cho thấy rõ ràng rằng những vết thương dạng này chủ yếu gặp ở nam thanh niên.

**4.2. Đặc điểm tổn thương.** Thời gian từ khi nhập viện đến khi được phẫu thuật là  $4,35 \pm 1,89$  giờ. Thời gian chờ phẫu thuật ngắn nhất là 1,15 giờ, lâu nhất là 10,42 giờ. Thời gian thiếu máu chi cấp tính là  $6,91 \pm 2,54$  giờ. Thời gian thiếu máu chi cấp tính ngắn nhất là 3,27 giờ, lâu nhất là 14,42 giờ. Kết quả này lâu hơn so với nghiên cứu của Feiyang Wan và cộng sự là  $4,60 \pm 1,60$  giờ đối với thời gian thiếu máu cấp tính chi. Thời gian thiếu máu cấp tính chi càng kéo dài có thể làm tăng nguy cơ không hồi phục chi.<sup>[4]</sup>

Đối với tổn thương cả hai động mạch quay và trụ, các dấu hiệu thiếu máu chi cấp tính đều xuất hiện và chiếm tỷ lệ lớn, đặc biệt là dấu hiệu mất mạch và giảm vận động xuất hiện trong

100% trường hợp. Tê bì và giảm cảm giác chiếm 50,0% trường hợp, gần giống với nghiên cứu của Phạm Tuấn Đạt và cộng sự là 63,0%.<sup>[5]</sup> Dấu hiệu thiếu máu chi cấp tính xuất hiện trong đa số các trường hợp giúp cho việc chẩn đoán rõ ràng hơn nhưng cũng tiềm ẩn nguy cơ thiếu máu nuôi dẫn đến hoại tử.

**4.3. Kết quả điều trị.** Đa số các bệnh nhân được phẫu thuật tái thông mạch máu bằng mũi khâu rời (87,8%). Thời gian trung bình của kỹ thuật khâu mũi rời là  $20,7 \pm 7,7$  phút so với  $26,4 \pm 7,7$  phút trong nghiên cứu của Gyang Markus Bot.<sup>[6]</sup> Sử dụng heparin trong lúc mổ chiếm tỷ lệ 95,1%.

Các dấu hiệu lâm sàng sau phẫu thuật đều giảm so với trước phẫu thuật. Kết quả siêu âm Doppler mạch máu thông tốt ở 82,9% trường hợp. Kết quả thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Amanda F.C. và cộng sự là 88%.<sup>[7]</sup> Có 17,1% các trường hợp tắc mạch lại sau mổ. Không có trường hợp nào tắc lại cả hai mạch được ghi nhận trong nghiên cứu này. 6/7 trường hợp tắc mạch lại sau mổ có tình trạng lâm sàng ổn định. 1 trường hợp có dấu hiệu thiếu máu chi cấp tính. Tỷ lệ thông mạch sau phẫu thuật tái thông mạch máu có sử dụng heparin là 78,0%, tỷ lệ tắc lại mạch sau tái thông mạch máu có sử dụng heparin là 17,1%. Có 2 trường hợp không sử dụng heparin, chiếm 4,9% và đều không tắc mạch lại sau mổ.

Kết quả rất tốt ở 82,9% bệnh nhân, kết quả tốt ở 14,6% bệnh nhân, 2,4% bệnh nhân có kết quả sau mổ trung bình. Không có bệnh nhân nào thiếu máu chi không hồi phục phải cắt cụt thì hai. Kết quả thông nối từ tốt trở lên là 97,6%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phan Văn Cương và cộng sự.<sup>[8]</sup>

## V. KẾT LUẬN

Tổn thương động mạch quay, trụ là một tổn thương mạch máu cần được phẫu thuật sớm bằng kỹ thuật khâu nối mạch máu cho kết quả tốt đem lại chức năng cho vùng cẳng bàn tay, tránh các biến chứng thiếu máu và mất chức năng xảy ra làm cho bệnh nhân tàn phế, thậm chí cắt cụt một phần chi thể. Tuy nhiên, thời gian bệnh nhân thiếu máu chi vẫn còn kéo dài, cần đưa ra các biện pháp để cải thiện thời gian phẫu thuật sớm cho bệnh nhân. Ngoài ra, cần có thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để có thể xác định rõ hơn những biến chứng nguy hiểm có thể xuất hiện để có những đề xuất các biện pháp xử trí phù hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stuber J., Filiberto D., Lenart E., Fischer P., Mitchell, et al.** (2023), "Management of Traumatic Radial and Ulnar Artery Injuries and Risk Factors for Amputation", *Journal of Surgical Research*, 291, 507-513. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.07.015>
2. **Đ.Q. Hưng, N.V. Đại, M.N. Thế** (2020), "Chấn thương, vết thương động mạch ngoại vi: Hình thái tổn thương và kết quả điều trị tại Bệnh viện Việt Đức", *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*, 16, 8-13. <https://doi.org/10.47972/vjcts.v16i.133>
3. **Demirdover C., Ozturk F.A., Yazgan H.S., Yorgurcu N., Sevindik M., et al.** (2018), "Surgical treatment and functional outcomes of multicomponent soft tissue injuries of the wrist". *Hand Surg Rehabil*, 37(3), 160-166. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2018.02.001>
4. **Wang F., Zhang R., Liu S., Ruan H., Xu J., et al.** (2022), "Severe spaghetti wrist injury: Should we expand the terminology from wrist to proximal forearm?". *Joint Diseases and Related Surgery*, 33(2), 273. <https://doi.org/10.52312%2Fjdrs.2022.652>
5. **P.T. Đạt, P.V. Cường, Đ.T. Thành** (2022), "Kết quả phẫu thuật vết thương động mạch chi trên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình", *Tạp chí Y Dược Thái Bình*, 3(16), 85-91. <https://thaibinhjmp.vn/index.php/ojstbump/article/view/213>
6. **Bot G.M., Zhao X., McElenney B.K., Meybodi A.T., Belykh E., et al.** (2020), "Comparative analysis of continuous suturing, interrupted suturing, and cyanoacrylate-based lid techniques for end-to-end microvascular anastomosis". *World neurosurgery*, 134, 465-471. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.11.054>
7. **Cagnolati A.F., Andrade F.R., Serrano S.D.C., Barbieri C.H., Mazzer N., et al.** (2022), "Evaluations of Repaired Artery Patency in Forearm Wounds Using the Allen Test, Handheld Doppler and Doppler Ultrasonography", *Revista Brasileira de Ortopedia*, 57, 455-461. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1729574>
8. **P.V. 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, Trường Đại học Y Hà Nội, 72

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CÂY GHÉP NHA KHOA CÓ MÁNG HƯỚNG DẪN TRÊN BỆNH NHÂN MẤT RĂNG CỐI LỚN HÀM DƯỚI

Phạm Hoàng Việt Vy<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Nam<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Minh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá độ ổn định implant, mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant sau phẫu thuật cấy ghép implant trên bệnh nhân mất răng cối lớn hàm dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 31 bệnh nhân mất răng cối lớn hàm dưới đến khám và điều trị tại bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 04/2023 đến tháng 04/2024. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là 6,58 ± 12,37, trong đó nhóm tuổi ≤ 45 chiếm 80,7%, nữ giới chiếm 72,0%. Về đặc điểm lâm sàng, sâu răng là nguyên nhân phổ biến nhất dẫn đến mất răng cối lớn hàm dưới (45,2%), vị trí thường gặp nhất là răng 6 (77,4%). Về đặc điểm cận lâm sàng, đa phần bệnh nhân có kiểu hình nướu dày (64,52%), độ dày niêm mạc phủ bên trên implant từ 2-3 mm chiếm tỷ lệ 58,06%. Mật độ xương chủ yếu là D2 (45,2%) và D3 (32,3%), D4 chiếm thấp nhất (9,6%). Về đặc điểm điều trị, đường kính implant được sử dụng nhiều nhất là 3,8 mm và 4,2 mm (35,5% và 38,7%), đồng thời,

77,4% bệnh nhân được sử dụng loại implant dài 10 mm. Kết quả điều trị ghi nhận độ ổn định sơ khởi trung bình của implant là 75,88 ± 7,80, và hầu hết vị trí, ISQ có xu hướng tăng dần qua các thời điểm khảo sát ( $p < 0,05$ ). Mức độ tiêu xương quanh vùng cổ trung bình tăng lên ở thời điểm 6 tháng so với 3 tháng sau phẫu thuật (1,09 ± 0,67 và 1,39 ± 0,75,  $p = 0,004$ ). **Kết luận:** Bệnh nhân mất răng cối lớn hàm dưới chủ yếu là do sâu răng là nguyên nhân chính và phần lớn ở răng 6, phổ biến là kiểu hình nướu và niêm mạc phủ dày kèm theo mật độ xương D2, D3. Phẫu thuật cấy ghép implant có máng hướng dẫn có hiệu quả trong việc phục hồi mất răng cối lớn hàm dưới khi đạt độ ổn định sơ khởi tốt và tăng dần, trong khi mức độ tiêu xương có thể chấp nhận được. **Từ khóa:** Mất răng cối lớn hàm dưới, cấy ghép nha khoa, máng hướng dẫn, độ ổn định, tiêu xương quanh cổ implant.

### SUMMARY

#### CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF DENTAL IMPLANT TREATMENT WITH SURGICAL GUIDE IN PATIENTS WITH LOSS OF MANDIBULAR MOLARS

**Objective:** To describe the clinical, subclinical characteristics and evaluate implant stability, peri-implant bone loss after implant surgery in patients with loss of mandibular molars. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study conducted on 31 patients with loss of mandibular molars who were assigned and agreed to undergo

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Việt Vy

Email: dr.vietvy@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024