

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số RVPAC có mối tương quan nghịch khá chặt chẽ với diện tích dòng hở van hai lá và đường kính nhĩ trái với hệ số tương quan r lần lượt là -0,54 và -0,33 ($p < 0,05$), đồng thời tương quan mức độ yếu với nồng độ NT-proBNP với hệ số tương quan r đạt -0,256 và $p < 0,05$.

Trong 75 bệnh nhân hở van hai lá thuộc nhóm nghiên cứu, chỉ số RVPAC với điểm cắt 0,55 có giá trị trong dự đoán nguy cơ mắc một số biến cố lâm sàng trong quá trình điều trị. Cụ thể, những bệnh nhân có chỉ số RVPAC $\leq 0,55$ có nguy cơ rung nhĩ cao gấp 6 lần và nguy cơ suy tim cao gấp 3,69 lần so với nhóm bệnh nhân có chỉ số RVPAC $> 0,55$ với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Thomas J.Cahill trên 570 bệnh nhân với điểm cắt của chỉ số RVPAC là 0,55 có giá trị trong dự báo một số biến cố lâm sàng trên bệnh nhân [8].

V. KẾT LUẬN

Chỉ số tương hợp thất phải - động mạch phổi có mối liên quan chặt chẽ với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân hở van hai lá. Đồng thời với điểm cắt là 0,55, chỉ số này cho phép dự báo một số yếu tố nguy cơ (rung nhĩ, suy tim) ở đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đoàn Minh Phú, Trần Thị Ngọc Anh, Nguyễn Thị Bạch Yến, Vũ Kim Chi (2021), "Đặc điểm

hở van hai lá trên siêu âm tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim sau dưới so với nhồi máu cơ tim thành trước", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 96, pp. 12 - 21.

- Nguyễn Tiên Hậu, Nguyễn Bảo Tịnh (2024), "Đánh giá sớm kết quả phẫu thuật sửa van hai lá trong điều trị hở van hai lá do thoái hóa van tại bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y học Việt Nam. 2, pp. 9 - 13.
- Hương, Vũ Thị Thu (2020), "Đặc điểm hở van hai lá trên siêu âm doppler tim ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Ibrahim Sultan, Arturo Cardounel, Islam Abdelkarim. Right ventricle to pulmonary artery coupling in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation, 2020.
- Maurice Enriquez-Sarano, Jean-François Avierinos, David Messika-Zeitoun, et al (2005), "Quantitative Determinants of the Outcome of Asymptomatic Mitral Regurgitation", The new England Journal of medicine. 352, pp. 875 - 883.
- Khodr Tello, Jens Axmann, Hossein A. Ghofrani, Robert Naeije, Newroz Narcin, Andreas Rieth, Werner Seeger, Henning Gall, Manuel J. Richter (2018), "Relevance of the TAPSE/PASP ratio in pulmonary arterial hypertension", International Journal of Cardiology 266, pp. 229 - 235.
- Michael I. Brener, Philipp Lurz, Jörg Hausleiter, et al (2022), "Right Ventricular-Pulmonary Arterial Coupling and Afterload Reserve in Patients Undergoing Transcatheter Tricuspid Valve Repair", Journal of the American college of cardiology. 79, pp. 448 - 461.
- Thomas J. Cahill, et al (2022), "Impact of right ventricle - pulmonary artery coupling on clinical Outcome in the partner 3 trial", JACC: Cardiovascular intervention. 15, pp. 1823 - 1833.

ĐẶC ĐIỂM SỬ DỤNG THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ KÍCH ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI

Ngô Văn Tuất¹, Vương Đình Thủy¹,
Vũ Thy Cẩm¹, Trịnh Thị Vân Anh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kích động là một cấp cứu có thể xuất hiện ở các rối loạn tâm thần trong đó có rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. Sử dụng thuốc trong quản lý kích động có vai trò quan trọng giúp giảm bậc thang kích động. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 97

người bệnh được lựa chọn vào nghiên cứu là người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần quốc gia từ tháng 08/2021 đến tháng 07/2022. **Kết quả:** Kích động là triệu chứng hay gặp trong rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (72,2%). Trong điều trị hóa dược, An thần kinh + Bình thần được sử dụng nhiều nhất trong nhóm người bệnh kích động với 85,7%. Các đối tượng kích động khi vào viện đều được sử dụng Haloperidol với tỷ lệ 92,9%. tiêm bắp là đường sử dụng thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất với 92,9%. Loạn trương lực cơ cấp là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất với 28,6%, tiếp theo là hội chứng bồn chồn bất an do an thần kinh với 20,0%. **Kết luận:** Kích động là triệu chứng hay gặp trong rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (72,2%), phối hợp nhóm thuốc an thần kinh và bình thần thường sử dụng trong quản lý kích động, chủ yếu dùng qua đường tiêm bắp.

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Tuất

Email: ngovantuat66@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.9.2024

Từ khóa: Điều trị kích động, rối loạn loạn thần cấp và nhất thời.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DRUG USE IN THE TREATMENT OF AGITATION IN PATIENTS WITH ACUTE AND TRANSIENT PSYCHOTIC DISORDERS

Background: Agitation is an emergency that can occur in psychiatric disorders including acute and transient psychotic disorders. The use of Drugs in the management of agitation plays an important role in reducing the level of agitation. **Objectives:** Describe the characteristics of drug use in the treatment of agitation in patients with acute and transient psychotic disorders inpatient treatment at the Institute of Mental Health of Bach Mai Hospital. **Subjects and research methods:** Cross-sectional description on 97 patients diagnosed acute and transient psychotic disorders treating at the National Institute of Mental Health in Bach Mai hospital from August 2021 to July 2022. **Results:** Agitation is a common symptom in acute and transient psychotic disorders (72.2%). In pharmacotherapy, Antipsychotic drugs + Tranquilizers are most commonly used in the group of agitated patients with 85.7%. All agitated subjects were given Haloperidol upon admission to the hospital with a rate of 92.9%. Intramuscular injection is the route of drug use with the highest rate of 92.9%. Acute dystonia is the most common adverse effect with 28.6%, followed by neuroleptic restlessness syndrome with 20.0%. **Conclusion:** Agitation is a common symptom in acute and transient psychotic disorders (72.2%). Combinations of antipsychotic drugs and tranquilizers are often used in the management of agitation, mainly by intramuscular injection.

Keywords: Treatment of agitation, acute and transient psychotic disorders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời là một nhóm rối loạn không đồng nhất, khởi phát cấp tính và phát triển đầy đủ dưới 2 tuần, với triệu chứng loạn thần rõ rệt như hoang tưởng, ảo giác và các rối loạn hành vi tác phong [1]. Đây là một rối loạn tâm thần hay gặp. Kích động tâm thần vận động (psychomotor agitation) hay gọi tắt là kích động (agitation) là trạng thái cấp cứu tâm thần hay gặp trong bệnh cảnh lâm sàng các bệnh lý tâm thần nói chung và rối loạn loạn thần cấp và nhất nói riêng. Tại các khoa cấp cứu ghi nhận tỷ lệ người bệnh có tình trạng kích động tới 10%, và trung bình điều dưỡng hoặc bác sĩ gặp ít nhất 8 lần bị tấn công trên năm [2]. Điều trị kích động bao gồm liệu pháp tâm lý và liệu pháp hóa dược, trong đó sử dụng thuốc có hiệu quả chiến lược điều trị cho kích động cấp tính trong khi các liệu pháp tâm lý không dùng thuốc thất bại.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về điều trị kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp còn

hạn chế, mà chủ yếu tập trung vào nghiên cứu về các triệu chứng loạn thần. Việc nghiên cứu về đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời góp phần làm rõ nét vai trò trong quản lý điều trị kích động. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: 97 người bệnh được chẩn đoán xác định là rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (theo tiêu chuẩn ICD-10) tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2021 đến tháng 07/2022. Loại trừ các trường hợp có bệnh tổn thương não: chấn thương sọ não, u não, mê sảng, động kinh, mất trí, tai biến mạch máu não trong tiền sử và hiện tại, bệnh thực thể nặng kèm theo mà không hợp tác được nghiên cứu, người bệnh và người nhà không đồng ý tham gia hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện.

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Nhập số liệu, xử lý số liệu theo phần mềm toán học SPSS 16.0. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng chỉ số, tần suất, tỷ lệ %.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng (N=90)

Đặc điểm chung		n	%
Giới	Nam	40	41,2
	Nữ	57	58,8
Tuổi	<18	5	5,2
	18-40	69	71,0
	41-60	18	18,6
	>60	5	5,2
	Tổng	97	100
	X ± SD	32,56 ± 13,06	

Nhận xét: Từ kết quả trên, chúng tôi nhận thấy:

- Về giới, tỷ lệ nữ chiếm đa số với 58,8%, nam/nữ = 1,4/1. Nhưng không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ.

- Về tuổi, rối loạn loạn thần cấp và nhất thời gặp ở hầu hết mọi lứa tuổi, trong đó, lứa tuổi hay gặp nhất là 18-40 với 71,0%. Tuổi trung bình là $32,56 \pm 13,06$.

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị kích động ở rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. Trong 97 người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 70 người bệnh có biểu hiện kích động chiếm 72,2%.

Bảng 3. Đặc điểm các thuốc điều trị ngày đầu vào viện (T0) và ngày thứ 7 điều trị (T1)

Nhóm thuốc	Tên dược chất	Thời điểm vào viện (T0)			Thời điểm ngày thứ 7 điều trị (T1)		
		n	%	Liều dùng trung bình ($\bar{X} \pm SD$ mg)	n	%	Liều dùng trung bình ($\bar{X} \pm SD$ mg)
ATK cổ điển	Haloperidol	65	92,9	$10,08 \pm 4,55$	13	18,6	$14,85 \pm 4,78$
	Aminazin	06	8,6	$29,17 \pm 10,21$	0	0	0
ATK mới	Risperidon	02	2,9	$4,00 \pm 2,83$	37	52,9	$4,14 \pm 1,21$
	Olanzapin	02	2,9	10,00	18	25,7	$13,06 \pm 5,72$
	Quetiapin	0	0	0	19	27,1	$310,53 \pm 215,11$
Bình thần	Diazepam	65	92,9	$17,35 \pm 5,07$	42	60,0	$9,88 \pm 5,79$

Nhận xét: Dựa theo kết quả trên, nhận thấy hầu hết các đối tượng kích động khi vào viện đều được sử dụng Haloperidol (một thuốc an thần kinh cổ điển) với tỷ lệ 92,9%. Tuy nhiên, có sự chuyển đổi sử dụng thuốc vào thời điểm điều trị 07 ngày với tỷ lệ sử dụng Haloperidol giảm còn 18,6%. Có xu hướng tăng sử dụng nhóm thuốc an thần kinh thế hệ mới như Risperidon chiếm 52,9%, Quetiapin 27,1% và Olanzapin 25,7%.

Bảng 4. Đặc điểm đường dùng thuốc trong nhóm đối tượng (N=70)

Đường dùng	n	%
Tiêm bắp	5	7,1
Uống	65	92,9

Nhận xét: Trong nghiên cứu nhóm đối tượng kích động có 65 trường hợp được sử dụng các thuốc đường tiêm bắp chiếm tỷ lệ cao nhất với 92,9%. Còn lại chỉ 5 trường hợp được sử dụng đường uống.

Bảng 5. Các tác dụng không mong muốn trong điều trị (N=70)

Tác dụng không mong muốn	n	%
Loạn trương lực cơ cấp	20	28,6
Hội chứng bồn chồn bất an do an thần kinh	14	20,0
Hội chứng Parkinson do thuốc	1	1,4
Loạn động muộn	0	0

Nhận xét: Loạn trương lực cơ cấp là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất với 28,6%, tiếp theo là hội chứng bồn chồn bất an do an thần kinh với 20,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng. Về

Bảng 2. Đặc điểm công thức điều trị trong liệu pháp hóa dược (N=70)

Công thức điều trị	n	%
An thần kinh đơn thuần	2	2,9
An thần kinh+Bình thần	60	85,7
An thần kinh+Chỉnh khí sắc+Bình thần	8	11,4

Nhận xét: Trong điều trị hóa dược, An thần kinh + Bình thần được sử dụng nhiều nhất trong nhóm người bệnh kích động với 85,7%.

đặc điểm giới, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ chiếm đa số với 58,8%, nam 41,2%. Nhưng không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ giới. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với Nguyễn Hữu Chiến và cs (2008) thực hiện nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, tiến triển rối loạn loạn thần cấp và nhất thời trên 150 đối tượng cho thấy tỷ lệ mắc về giới không có sự khác biệt. [3]

Về đặc điểm tuổi, chúng tôi nhận thấy rối loạn loạn thần cấp và nhất thời có thể gặp ở mọi lứa tuổi từ 15 đến 74 tuổi trong nghiên cứu, tuổi trung bình mắc khá trẻ $32,56 \pm 13,06$ tuổi và nhóm tuổi hay gặp nhất là 18-40 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đồng nhất với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Chiến (2008) với tuổi trung bình $30,9 \pm 11,87$. Bên cạnh đó so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả phù hợp với các nghiên cứu: Esan O. và cs (2014) nghiên cứu trên 124 người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời cho thấy tuổi trung bình xuất hiện là $29,5 \pm 9,6$, lứa tuổi hay gặp nhất là tuổi 25-34 (40,3%) [4]. Nhìn chung, lứa tuổi mắc rối loạn loạn thần cấp và nhất thời khá trẻ 18-40 tuổi, đây là lứa tuổi lao động, làm việc chính của xã hội. Chính vì vậy, không những ảnh hưởng về sức khỏe của bản thân người bệnh mà còn ảnh hưởng đến kinh tế gia đình và xã hội.

4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị kích động ở rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. Về công thức điều trị, chúng tôi nhận thấy An thần kinh + Bình thần là sự kết hợp được sử dụng nhiều nhất trong nhóm người

bệnh kích động với 85,7%. Bên cạnh việc điều trị các triệu chứng kích động, cần song song điều trị các rối loạn tâm thần bên dưới, các triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác) là yếu tố chính đóng góp hình thành nên kích động. Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp, rối loạn loạn thần cấp và nhất thời cần tập trung 2 nhóm liệu pháp điều trị (liệu pháp hóa dược và liệu pháp tâm lý). Trong đó, liệu pháp hóa dược đóng vai trò quan trọng, đặc biệt đối với các triệu chứng dương tính và các thuốc an thần kinh được ưu tiên sử dụng có thể kết hợp với các thuốc bình thần [5]. Nghiên cứu hóa sinh nhận thấy sự thay đổi các axit amin và các chất dẫn truyền thần kinh, đặc biệt là dopamin. Các nghiên cứu so sánh nồng độ nồng độ trong máu của axit homovanillic chất chuyển hóa dopamin, yếu tố nuôi dưỡng thần kinh có nguồn gốc từ não, và axit amin liên quan đến dẫn truyền thần kinh glutamat ở người bệnh bị loạn thần chu kỳ (theo ICD-10 là rối loạn loạn thần cấp và nhất thời) [6]. Chính từ các học thuyết này có thể cho thấy việc phối hợp điều trị thuốc an thần kinh với thuốc bình thần là phù hợp. Peter B. (2007) nghiên cứu về quản lý loạn thần cấp cho thấy nên dùng ít nhất một loại thuốc chống loạn thần liều lượng hiệu quả. Để an toàn hơn đạt được an dịu với benzodiazepin thay vì thuốc chống loạn thần đơn thuần [7].

Khi nghiên cứu dùng thuốc tại thời điểm lúc vào viện và ngày thứ 7 điều trị, chúng tôi nhận thấy hầu hết các đối tượng kích động khi vào viện đều được sử dụng Haloperidol (một thuốc an thần kinh cổ điển) với tỷ lệ 92,9%. Tuy nhiên, có sự chuyển đổi sử dụng thuốc vào thời điểm điều trị 07 ngày với tỷ lệ sử dụng Haloperidol giảm còn 18,6%. Có xu hướng tăng sử dụng nhóm thuốc an thần kinh thế hệ mới như Risperidon chiếm 52,9%, Quetiapin 27,1% và Olanzapin 25,7%. Như đã trình bày ở trên Kích động là một trạng thái cấp cứu trong tâm thần học, thường xuất hiện mang tính chất đột ngột, không lường trước được. Chính vì lẽ đó, thái độ xử trí đối với các trường hợp kích động cần nhanh chóng, khẩn trương kiểm soát tình trạng này. Việc lựa chọn Haloperidol đường tiêm bắp lúc vào viện là phù hợp trong giai đoạn này. Tiếp đó, sau 1 tuần điều trị các triệu chứng kích động được kiểm soát, các triệu chứng lâm sàng ổn định hơn. Lựa chọn thuốc duy trì đường uống như risperidone, olanzapine là phù hợp với các khuyến cáo điều trị trong nước cũng như y văn thế giới [5], [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy về

đường dùng các thuốc an thần kinh cho các đối tượng kích động có 65 trường hợp được sử dụng các thuốc đường tiêm bắp chiếm tỷ lệ cao nhất với 92,9%. Còn lại chỉ 5 trường hợp được sử dụng đường uống. Việc sử dụng các thuốc an thần kinh đường tiêm bắp (Haloperidol, aminazin) là phù hợp với tình trạng cấp cứu tâm thần do kích động và các hành vi do hoang tưởng ảo giác ở rối loạn loạn thần cấp và nhất thời.

Chúng tôi nhận thấy loạn trương lực cơ cấp là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất với 28,6%, tiếp theo là hội chứng bồn chồn bất an do an thần kinh với 20,0%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đối khác biệt với Nguyễn Hữu Chiến (2008) khi nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, tiến triển của rối loạn loạn thần cấp và nhất thời cho thấy hội chứng parkinson do thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất với 17,33%, loạn trương lực cơ cấp chiếm 14,0% [3]. Điều này được lý giải thông qua việc lựa chọn nhóm thuốc an thần kinh điều trị cho nhóm đối tượng, cụ thể: trong nghiên cứu của tác giả hầu hết người bệnh được sử dụng các thuốc an thần kinh cổ điển có ái lực cao với thụ thể D2 (Clopromazin, Haloperidol, levomepromazin hoặc phối hợp 2 loại an thần kinh cổ điển như: Haloperidol + Clopromazin, Haloperidol + Levomepromazin, Haloperidol + Thioridazin) trong thời gian điều trị kéo dài.

V. KẾT LUẬN

Kích động là triệu chứng hay gặp trong rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (72,2%). Sử dụng thuốc trong điều trị quản lý kích động thường được kết hợp thuốc an thần kinh và bình thần (85,7%), trong đó đa phần được sử dụng thuốc qua đường tiêm bắp (92,9%). Loạn trương lực cơ cấp là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất với 28,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hữu Bình** (2001). Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. Bệnh học tâm thần. Bộ môn tâm thần Đại học Y Hà Nội, 38–43.
2. **Sachs G.S.** (2006). A Review of Agitation in Mental Illness: Burden of Illness and Underlying Pathology. 8.
3. **Nguyễn Hữu Chiến** (2008), Đặc điểm lâm sàng, tiến triển rối loạn loạn thần cấp và nhất thời, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Esan O. and Fawole O.I.** (2014). Acute and transient psychotic disorder in a developing country. Int J Soc Psychiatry, 60(5), 442–448.
5. **Nguyễn Trường Sơn, Nguyễn Doãn Phương, Nguyễn Văn Tuấn, et al.** (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp, Bộ Y tế.
6. **Malhotra S., Sahoo S., and Balachander S.**

- (2019). Acute and Transient Psychotic Disorders: Newer Understanding. Curr Psychiatry Rep, 21(11), 113.
7. **Byrne P.** (2007). Managing the acute psychotic episode. BMJ, 334(7595), 686–692.
8. **Geddes J.R., Andreasen N.C., and Gelder M.G.** (2009). Acute and transient psychotic disorders. New oxford textbook of psychiatry. 2, Oxford university press, 602–607.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THẦN KINH MÁC SÂU VÀ ĐỘNG MẠCH MU CHÂN Ở NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Võ Khánh Phương¹, Trần Hoàng Hiếu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thần kinh mạc sâu là một trong những dây thần kinh thường thăm khám trong thực hành lâm sàng và được dùng trong các vật cần bảo tồn cảm giác như vật tự do mu chân để che lấp khuyết hổng phần mềm ở bàn tay hay vật ngón chân cái và vật ngón chân thứ II trong chuyển ghép ngón cái cho bàn tay. Hiện nay, các nghiên cứu trên thế giới về sự tương quan vị trí giữa thần kinh mạc sâu và động mạch mu chân còn ít và chưa có sự đồng thuận giữa các tác giả về giải phẫu định lượng và mô hình phân nhánh của thần kinh này. **Mục tiêu:** Mô tả đường đi và vị trí của thần kinh mạc sâu so với động mạch mu chân. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca được thực hiện trên 15 tử thi (30 mẫu mu bàn chân) ngâm formol tại Bộ môn Giải Phẫu - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Các tử thi này có vùng mu chân còn nguyên vẹn, chưa phẫu thuật. **Kết quả:** Trong nghiên cứu này, năm vị trí của nhánh trong thần kinh mạc sâu so với động mạch mu chân đã được ghi nhận lại. Dạng I: Thần kinh mạc sâu nằm phía trong động mạch mu chân có tỉ lệ gặp cao nhất 63,3%, dạng II: Thần kinh mạc sâu nằm phía ngoài động mạch mu chân có tỉ lệ xuất hiện 6,7%, dạng III: Thần kinh mạc sâu nằm ngay phía trên và che lấp động mạch mu chân với tỉ lệ 6,7%, dạng IVa: Thần kinh mạc sâu bắt chéo động mạch mu chân từ ngoài vào trong gặp 20%, dạng IVb: Thần kinh mạc sâu bắt chéo động mạch mu chân từ trong ra ngoài có tỉ lệ xuất hiện thấp nhất 3,3%. **Kết luận:** Hiểu được các biến thể giải phẫu về đường đi của thần kinh mạc sâu có thể giúp cho các bác sĩ phẫu thuật tối đa hóa hiệu quả điều trị và giảm thiểu các biến chứng không lường trước được của bất kỳ thực hành lâm sàng nào liên quan đến thần kinh mạc sâu bằng cách suy luận từ kiến thức giải phẫu của thần kinh này. **Từ khóa:** thần kinh mạc sâu, động mạch mu chân, biến thể, vật da.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN THE DEEP PERONEAL NERVE AND DORSALIS PEDIS

¹Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Hiếu

Email: thhieu@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 24.9.2024

ARTERY IN VIETNAMESE ADULTS

Background: The deep peroneal nerve is one of the nerves often examined in clinical practice and is used in flaps that need to preserve sensation, such as the free flap of the dorsalis pedis to cover soft tissue defects in the hand or big toe flap and second finger flap in transferring the thumb to the hand. Currently, research around the world on the positional correlation between the deep peroneal nerve and the dorsalis pedis artery is limited and there is no consensus among authors on its quantitative anatomy and branching pattern. **Objective:** Describe the course and position of the deep peroneal nerve relative to the dorsalis pedis artery. **Methods:** Study design to report a series of cases performed on 15 cadavers (30 lower limb) immersed in formol with lower extremities intact, not dissected at the Department of Anatomy - University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City. **Results:** The present study recorded five positions of the medial branch of the deep peroneal nerve relative to the dorsalis pedis artery. Type I: Deep peroneal nerve positioned medial the dorsalis pedis artery has the highest occurrence rate of 63.3%, type II: Deep peroneal nerve positioned lateral the dorsalis pedis artery has an occurrence rate of 6.7%. type III: The deep peroneal nerve lies just above and covers the dorsalis pedis artery at a rate of 6.7%, type IVa: The deep peroneal nerve crosses the dorsalis pedis artery from the lateral to the median in 20%, type IVb: The deep peroneal nerve crossing the dorsalis pedis artery from median to lateral has the lowest occurrence rate of 3.3%. **Conclusion:** Understanding anatomical variations in the course of the deep peroneal nerve helps maximize the therapeutic effectiveness and minimize the unanticipated complications of any clinical practices involving the deep peroneal nerve by inferring from its anatomical knowledge. **Keywords:** deep peroneal nerve, dorsalis pedis artery, variation, flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thần kinh mạc sâu có nguyên ủy từ thần kinh mạc chung ở mặt ngoài cổ xương mác. Thần kinh này đi cùng với động mạch chày trước trong khu cẳng chân trước qua mạc giữ gân duỗi và xuống bàn chân. Thần kinh mạc sâu khi đi qua khớp cổ chân thì chia thành hai nhánh tận là nhánh ngoài và nhánh trong. Trong đó, nhánh trong sẽ đi bên ngoài động mạch mu chân và nối với thần kinh mạc nông tại khoang gian cốt thứ