

- Nhàn. Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội; 2018.
8. **Lê Thái Hà** (2014). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn Thạc sỹ y khoa. Đại học Y Hà Nội.
9. **Dương Đ.T, Nguyễn T.V, Vũ M.T.** kết quả phẫu

- thuật gãy mâm chày schautzker v, vi bằng hai nẹp với hai đường mổ nhỏ. *vmj.* 2022;514(1). doi:10.51298/vmj.v514i1.2526
10. **Hùng Đ.T.** kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín mâm chày bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện việt tiếp hải phòng. *vmj.* 2017;460(2).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA KỸ THUẬT CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH TẠNG QUA ĐƯỜNG ĐỘNG MẠCH QUAY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Đặng Ngọc Tài²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của kỹ thuật can thiệp động mạch tạng qua đường động mạch quay tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 4 năm 2024, 23 bệnh nhân có chỉ định can thiệp động mạch tạng phù hợp để tiếp cận qua đường động mạch quay, với 23 lần can thiệp, có đầy đủ thông tin nghiên cứu, loại trừ các trường hợp thiếu thông tin hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Trong nhóm nghiên cứu có 20 bệnh nhân nam, 3 bệnh nhân nữ, tuổi trung bình là 63.2 +/- 11.5. Bệnh lý ung thư gan nguyên phát (HCC) chiếm chủ yếu (48%), sau đó là bệnh lý phì đại lành tính tiền liệt tuyến (26%), các bệnh lý của thận, u xơ tử cung và nhóm C bệnh lý khác. Vị trí chọc mạch ở cổ tay và hõm lồi giải phẫu trái chiếm ưu thế. Tỷ lệ co thắt mạch là 13% (3 ca), không ghi nhận biến chứng nặng như tắc mạch hay lóc tách. 91% các ca can thiệp tiếp cận động mạch thành công ngay từ lần chọc mạch đầu tiên, 87% đạt được nút tắc hoàn toàn mạch mục tiêu, 74% lâm sàng cải thiện tốt sau can thiệp. **Kết luận:** Can thiệp mạch tạng qua đường động mạch quay mới được triển khai trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Đây là một kỹ thuật dễ thực hiện với độ an toàn cao, có thể thực hiện với các can thiệp nút mạch tạng trong ổ bụng, đặc biệt thuận lợi với các can thiệp nút mạch vùng tiểu khung. Vị trí tiếp cận động mạch quay tối ưu là ở hõm lồi giải phẫu bên trái.

SUMMARY

RESULTS OF TRANSRADIAL ACCESS EMBOLIZATION TECHNIQUES AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of the visceral artery intervention through the radial access at Hanoi Medical University Hospital. **Method:** Cross-sectional study, from 1/2024 to 4/2024, 23 patients with

appropriate indications for visceral artery intervention for radial artery access, with 23 interventions, had complete study information, excluding cases with missing information or refusal to participate in the study. **Research results:** In the study group, there were 20 male patients, 3 female patients, the average age was 63.2 +/- 11.5 years. Primary liver cancer (HCC) was the main cause (48%), followed by benign prostatic hyperplasia (26%), kidney diseases, uterine fibroids and other diseases. The puncture site at the wrist and the anatomical snuffbox were dominant. The rate of vasospasm was 13% (3 cases), no serious complications such as thrombosis or vascular dissection were recorded. 91% of the arterial access interventions were successful from the first puncture, 87% achieved complete occlusion of the target vessel, 74% had good clinical improvement after the intervention. **Conclusion:** Transradial artery visceral vascular intervention has recently been implemented in the world as well as in Vietnam. This is an easy-to-perform technique with high safety, can be performed with intra-abdominal visceral vascular embolization interventions, especially convenient with pelvic vascular embolization interventions. The optimal radial artery access location is in the left anatomical snuffbox.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điện quang can thiệp trong đó có các kỹ thuật thực hiện dưới hướng dẫn của máy chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng và góp phần điều trị hiệu quả nhiều bệnh lý khác nhau. Hiện nay can thiệp mạch tạng qua đường động mạch đùi là phương pháp tiếp cận tiêu chuẩn và đã được áp dụng phổ biến tại nhiều bệnh viện trên cả nước. Trong khi đó tiếp cận qua đường động mạch quay thường được áp dụng cho các bệnh lý tim mạch. Gần đây, những ưu điểm của phương pháp tiếp cận đường động mạch quay cho các can thiệp mạch tạng vùng bụng, tiểu khung đã được giới thiệu ngày càng nhiều trên các tạp chí quốc tế¹⁻⁴. So với đường động mạch đùi thì tiếp cận qua đường động mạch quay ít gặp biến chứng hơn, người bệnh có thể đi lại sớm sau can thiệp cũng như đảm bảo hiệu quả điều trị. Tuy nhiên số lượng nghiên cứu trong

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 14.10.2024

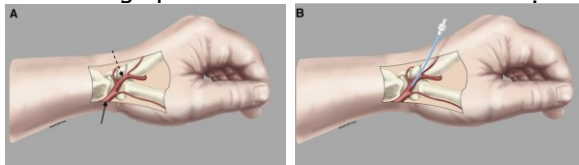
nước về kỹ thuật này còn rất hạn chế. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả kỹ thuật, thống kê các ưu - nhược điểm, tai biến - biến chứng và hiệu quả ban đầu của kỹ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Từ tháng 1/2024 đến tháng 4/2024, 23 bệnh nhân có chỉ định can thiệp mạch tạng phù hợp để tiếp cận qua đường động mạch quay, với 23 lần can thiệp, có đầy đủ thông tin nghiên cứu, loại trừ các trường hợp thiếu thông tin hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Quy trình kỹ thuật can thiệp mạch tạng qua đường tiếp cận động mạch quay:

- Thực hiện nghiệm pháp Allen: nếu lòng bàn tay hồng trở lại sau 10 giây thì có thể đánh giá tuần hoàn của cung động mạch quay – trụ tốt.
- Sát trùng vị trí chọc vị trí động mạch quay ngang mức cổ tay
- Chọc kim chọc mạch (20-21-22G) dưới hướng dẫn siêu âm vào động mạch quay theo phương pháp xuyên 1 thành tại vị trí ở cổ tay hoặc tại hõm lào giải phẫu (ưu tiên đặt động mạch quay trái, nếu thất bại thì chuyển động mạch quay phải).
- Luồn dây dẫn (Guidewire) 0.018 vào lòng động mạch quay.
- Đặt bộ mở đường (Introducer) vào động mạch quay (4F, 5F).
- Bơm thuốc chống đông Heparin 2500-3000UI và thuốc chống co thắt mạch Nitroglycerin 2% qua Introducer.
- Luồn ống thông 5F có chiều dài từ 100 - 135cm (tùy theo tạng cần can thiệp) theo wire 0.035 từ động mạch quay đến động mạch có tổn thương.
- Luồn vi ống thông có chiều dài từ 135 -150 cm siêu chọn lọc mạch nuôi tổn thương và can thiệp theo protocol tùy từng bệnh lý khác nhau.
- Băng ép cầm máu khi kết thúc thủ thuật.



Hình 1: Minh họa vị trí chọc động mạch quay tại hõm lào

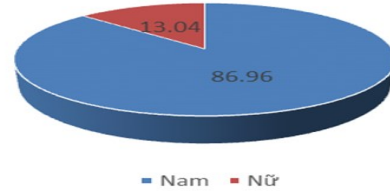
2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: lấy mẫu thuận tiện gồm tất cả các bệnh nhân được can thiệp mạch qua đường động mạch quay theo quy trình như trên (N=23).

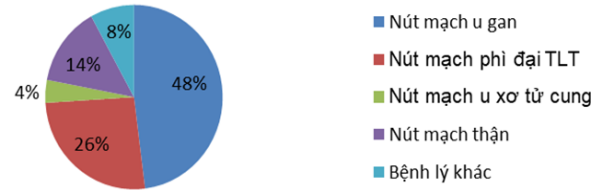
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu



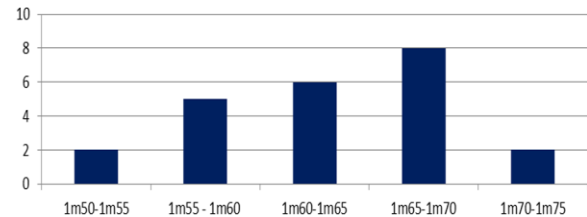
Biểu đồ 1. Đặc điểm về giới

Tuổi trung bình = 63.2 +/- 11.5 (Min = 44; Max = 83)



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các kỹ thuật can thiệp mạch tạng thực hiện qua đường động mạch quay

Nhận xét: Bệnh ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) chiếm chủ yếu (48%), sau đó là bệnh lý phi đại lành tính tiền liệt tuyến (26%), các bệnh lý của thận, u xơ tử cung và nhóm bệnh lý khác.



Biểu đồ 3. Phân bố chiều cao của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có chiều cao từ 1m60 đến 1m65 và 1m65 đến 1m70 chiếm tỷ lệ cao nhất, không có bệnh nhân nào cao trên 1m75.

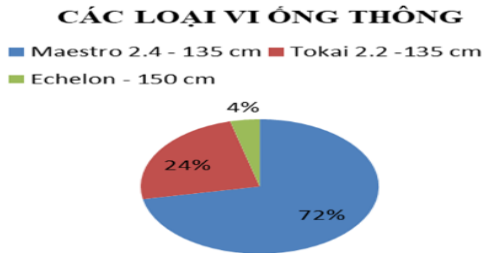
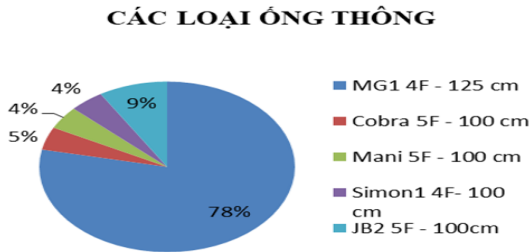
3.2. Đặc điểm kỹ thuật can thiệp mạch tạng qua đường động mạch quay

Bảng 1. Các vị trí mở đường vào mạch quay được thực hiện

Vị trí	Hõm lào giải phẫu		Cổ tay		Cẳng tay-khuỷu	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Phải	0	0	5	22	2	9
Trái	7	30	7	30	2	9

Tỷ lệ mở đường vào thành công là 100% ở tất cả các vị trí chọc, Introducer 4F hoặc 5F.

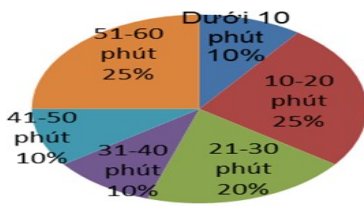
Nhận xét: Mạch quay trái được các bác sỹ ưu tiên lựa chọn hơn với tổng số 16 ca, trong đó vị trí chọc ở cổ tay và hõm lào giải phẫu chiếm ưu thế.



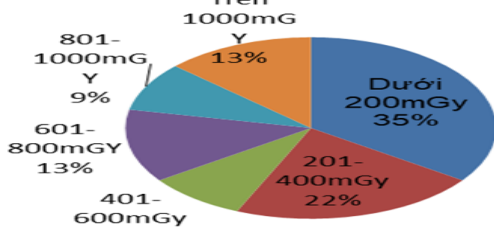
Biểu đồ 4. Tỷ lệ các loại ống thông và vi ống thông được sử dụng

Nhận xét: Ống thông được sử dụng nhiều nhất là MG1 (Terumo) dài 125cm, vi ống thông được sử dụng nhiều nhất là Maestro (Merit) dài 135cm

TỔNG THỜI GIAN CHIẾU TIA



TỔNG LIỀU CHIẾU TIA



Biểu đồ 4. Tổng thời gian và liều chiếu tia trong quá trình can thiệp

Nhận xét: Thời gian chiếu trung bình là 40+/- 24 phút; Liều chiếu trung bình là 528+/- 550mGy.

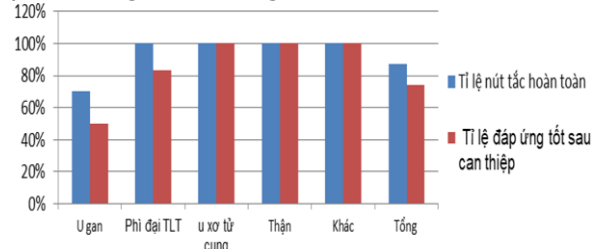
3.3. Kết quả của nhóm bệnh nhân can thiệp mạch tạng qua đường động mạch quay.

Bảng 2. Tỷ lệ tiếp cận thành công các mạch máu mục tiêu

	N	%
U gan	9	82
Phi đại TLT	6	100
U xơ tử cung	1	100
Thận	3	100

Khác	2	100
Tổng	21	91

Nhận xét: 2 trường hợp nút u gan cần phải thực hiện lần mở đường thứ 2 ở động mạch đùi phải sau khi tiếp cận đường động mạch quay phải không thành công.



Biểu đồ 5. Tỷ lệ nút tắc hoàn toàn các mạch máu mục tiêu và tỷ lệ đáp ứng tốt sau can thiệp

Nhận xét: Tỷ lệ nút tắc mạch hoàn toàn và tỷ lệ đáp ứng tốt sau can thiệp thấp nhất ở nhóm u gan, 1 bệnh nhân phi đại tiền liệt tuyến đáp ứng lâm sàng kém sau nút mạch, các can thiệp bệnh lý thận, tử cung và nhóm bệnh lý khác đều đạt 100%.

(Bệnh đáp ứng tốt đối với u gan khi kiểm tra lại sau 1 tháng bằng MRI và xét nghiệm không thấy u phát triển; đối với phi đại tiền liệt tuyến là cải thiện triệu chứng lâm sàng, bệnh nhân rút sonde tiểu và ra viện; đối với u xơ tử cung là giảm triệu chứng kích thích bàng quang, đau bụng; đối với các bệnh lý thận là hết đái máu, đau hông lưng hoặc chụp CT không phát hiện u tăng sinh mạch).

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng tại vị trí mở đường vào động mạch quay

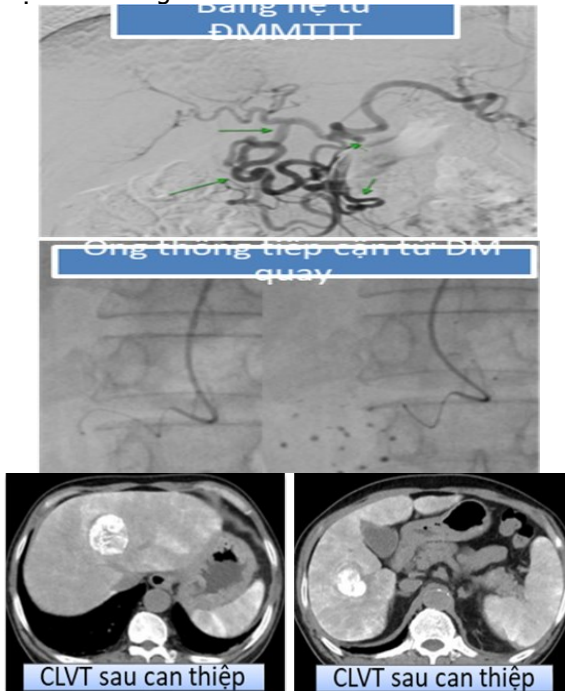
	Số lượng	%
Co thắt mạch	3	13
Lóc tách động mạch	0	0
Tụ máu vị trí trí chọc	0	0
Tắc mạch	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ co thắt mạch là 13% (3 ca), biểu hiện bằng đau căng tay, luồn ống thông khó khăn, cải thiện triệu chứng sau tiêm thuốc chống co thắt mạch.

3.4. Một số ca lâm sàng minh họa

Cas số 1: Bệnh nhân nam 83 tuổi, chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát (HCC), phim chụp CLVT cho thấy có 2 khối u ở thùy phải và thùy trái đường kính lần lượt khoảng 4cm và 5mm. Bệnh nhân có chỉ định nút mạch hóa chất (TACE) điều trị u. Tiếp cận qua đường động mạch quay trái do động mạch thân tạng bị tắc, tiếp cận u qua các nhánh bàng hệ từ động mạch mạc treo tràng trên. Ống thông có thể tiếp cận các nhánh bàng hệ dễ dàng hơn do ống thông 4F được cố định vững hơn vào gốc động mạch

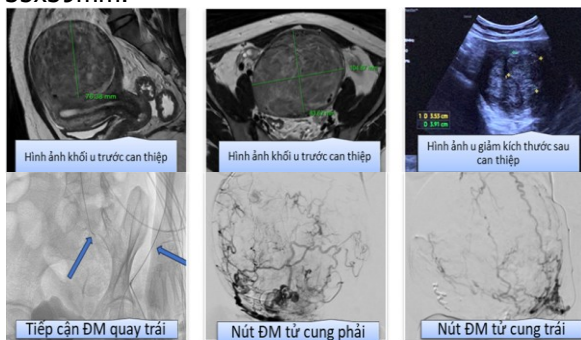
mạc treo tràng trên.



Hình 2: Can thiệp nút mạch hoá chất ung thư biểu mô tế bào gan qua đường động mạch quay ở bệnh nhân tắc động mạch thân tạng, tiếp cận qua động mạch mạc treo tràng trên

Phim chụp CLVT đánh giá sau can thiệp cho thấy các khối u gan hai thùy lắng đọng vật liệu nút mạch tốt.

Ca số 2: Bệnh nhân nữ 33 tuổi, PARA 1001, IVF 1 lần thất bại, vào viện khám vì đau tức hạ vị, phim chụp CHT tiểu khung cho thấy khối u xơ lớn thành sau thân tử cung kích thước 104x83x76mm. Bệnh nhân được tiến hành nút động mạch tử cung qua đường động mạch quay trái điều trị u xơ tử cung. Kết quả sau nút mạch 3 tháng tốt, khối u xơ giảm kích thước còn 35x39mm.



Hình 3: Bệnh nhân nữ 33 tuổi, đau bụng vì u xơ thành sau tử cung. Nút mạch qua đường động mạch quay, sau 3 tháng kích thước khối u giảm thể tích

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu, đa phần bệnh nhân là nam giới và có độ tuổi trung bình từ 50-70 tuổi. Sự phân bố này là dễ hiểu vì các bệnh lý chúng tôi tiến hành can thiệp chủ yếu là phì đại lành tính tiền liệt tuyến và HCC. Các bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi. Ngoài ra có một bệnh nhân HCC là nữ, một bệnh nhân điều trị u cơ mỡ mạch thận, một bệnh nhân điều trị u xơ tử cung ở phụ nữ trung niên.

Khi triển khai kỹ thuật trên những bệnh nhân đầu tiên, do chưa có đủ các ống thông can thiệp đủ dài nên chúng tôi đã khắc phục bằng cách chọn vị trí chọc động mạch quay ở cánh tay hoặc ở khuỷu. Điều này cho phép ống thông có chiều dài ngắn hơn có thể tiếp cận các mạch máu mục tiêu ở bụng và tiểu khung. Quá trình chọc mạch máu dưới hướng dẫn của siêu âm và băng ép sau can thiệp đều không ghi nhận tai biến nào nghiêm trọng. Tất cả các bệnh nhân trong nhóm can thiệp đều có chiều cao từ 1m75 trở xuống. Điều này cũng tạo điều kiện thuận lợi cho chúng tôi khi tiếp cận mạch mục tiêu. Vì nếu chiều cao của bệnh nhân lớn hơn thì có khả năng ống thông hoặc vì ống thông không đủ dài, đặc biệt với các can thiệp vùng tiểu khung như tiền liệt tuyến, tử cung, trực tràng. Vị trí chọc mạch quay truyền thống là ở ổ tay phía trên mỏm châm quay khoảng 2cm. Tại đây động mạch nằm nông dưới da trong rãnh mạch nên rất dễ tiếp cận, lại có nền xương quay cứng phía dưới tạo thuận lợi cho việc băng ép cầm máu. Ở vị trí này động mạch có đường kính khoảng 2.7 ± 0.15 mm, có các nhánh bên là gan tay nông và nhánh ngón cái, cho nhánh tận là nhánh gan tay sâu. Liên quan tới nhánh nông thần kinh quanh (nhánh cảm giác) và nhiều gân gấp – duỗi cổ tay⁵. Đoạn “xa” của động mạch quay được hiểu là nơi nó nằm trong hõm lào giải phẫu. Cấu trúc giải phẫu này có bờ trong là gân cơ duỗi ngón cái dài, bờ ngoài là gân cơ dạng ngón cái và duỗi ngón cái ngắn, bờ gần là mỏm trâm quay, sụn ở xương thuyền – xương thang và mác là da⁶. Vị trí này cũng cho phép chúng ta tiếp cận để mở đường vào động mạch. Tuy rằng đường kính động mạch quay ở vị trí này nhỏ hơn ở đoạn cổ tay khoảng 0.2mm nhưng nó nằm ở phía sau của nhánh gan tay nông nên sẽ hạn chế nguy cơ tổn thương vòng nối động mạch quay – trụ ở bàn tay⁷. Tỷ lệ mở đường vào động mạch thành công trong nghiên cứu của chúng tôi ở cả hai vị trí cổ tay và hõm lào giải phẫu đều là 100%, cũng như không có biến chứng nghiêm trọng nào được ghi nhận. Chúng tôi chỉ ghi nhận 3 trường hợp

(10%) xảy ra co thắt mạch, phục hồi hoàn toàn sau tiêm thuốc chống co thắt. Kết quả bước đầu này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế đã công bố. Nghiên cứu của Anastasia Hadjivassiliou và cộng sự trên 287 bệnh nhân can thiệp mạch tạng qua đường động mạch quay ở hố lồi giải phẫu, từ tháng 11 năm 2016 đến tháng 6 năm 2018, có tỉ lệ thành công là 100%, tụ máu tại vị trí chọc chiếm 0.3%, không có biến chứng nguy hiểm như tắc mạch, lóc tách, giả phình hay thủng động mạch được ghi nhận 7. Hơn nữa việc bằng ép động mạch ở vị trí hố lồi giải phẫu cũng không gặp khó khăn do có nền cứng là các xương sườn và xương thang. Người bệnh có thể vận động được khớp cổ tay sau can thiệp mà không phải bất động lâu do vị trí băng ép nằm ngoài khớp. Vì những lý do đó, chúng tôi khuyến khích việc chọc động mạch quay tại vị trí hố lồi giải phẫu dưới hướng dẫn của siêu âm.

Ngoài ra, chúng tôi cũng nhận thấy tiếp cận động mạch quay trái có những ưu điểm khác như sau: tay trái thường là tay không thuận, động mạch dưới đòn trái không chung gốc với động mạch cảnh trong trái, ống thông qua động mạch quay trái đi đoạn ngắn hơn để vào động mạch chủ xuống. Tuy nhiên, bất tiện gặp phải trong trường hợp này là vị trí chọc mạch nằm cách xa vị trí bác sỹ đứng can thiệp (thường ở bên phải bệnh nhân). Do đó, cần có thêm thời gian chuẩn bị tư thế bệnh nhân, bố trí máy móc tại phòng can thiệp và có kéo dài thời gian thực hiện thủ thuật.

Hiệu quả bước đầu của nhóm bệnh nhân can thiệp mạch tạng qua đường động mạch quay tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội là khả quan. 91% các ca tiếp cận thành công mạch mục tiêu ngay từ lần chọc mạch quay đầu tiên, 9% các trường hợp phải can thiệp bổ xung ở các lần sau, 87% đạt được nút tắc hoàn toàn mạch mục tiêu, 74% lâm sàng cải thiện tốt sau can thiệp. Tuy nhiên tỉ lệ can thiệp thành công thay đổi nhiều tùy theo các bệnh lý khác nhau. Tỉ lệ thấp nhất ở nhóm nút mạch u gan, đứng thứ 2 là nhóm nút mạch phì đại tiền liệt tuyến với 1 trường hợp lâm sàng không cải thiện sau 1 tháng. Các nhóm bệnh nhân nút mạch u xơ tử cung, nút mạch thận (AVM, AML, chảy máu thận sau tán sỏi) và dị dạng động tĩnh mạch trực tràng đều có lâm sàng cải thiện tốt sau can thiệp. Thời gian chiếu tia trung bình là 40+/-24 phút, tổng liều chiếu trung bình là 528+/-550mGy. Các thông số này cũng rất thay đổi giữa các nhóm bệnh lý khác nhau. Thời gian và liều chiếu tia cao nhất ở nhóm bệnh nhân nút mạch phì đại tiền liệt tuyến. Có thể lý

giải điều này do kích thước của động mạch tiền liệt tuyến nhỏ và vị trí xuất phát có nhiều biến thể giải phẫu khiến việc tiếp cận đôi khi gặp khó khăn. 1 bệnh nhân nút u cơ mỡ mạch thận đa ổ hai bên cũng có liều chiếu tia cao hơn do phải chọc mạch nhiều lần để đánh giá ngấm thuốc của từng khối u. Do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít và bao gồm nhiều mặt bệnh khác nhau nên số liệu có độ thống nhất chưa cao.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp mạch tạng qua đường động mạch quay mới được triển khai trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Đây là một kỹ thuật dễ thực hiện với độ an toàn cao, có thể thực hiện với các can thiệp nút mạch tạng trong ổ bụng, đặc biệt thuận lợi với các can thiệp nút mạch vùng tiểu khung. Vị trí tiếp cận động mạch quay tối ưu là ở hố lồi giải phẫu bên trái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yamada R, Bracewell S, Bassaco B, et al.** Transradial Versus Transfemoral Arterial Access in Liver Cancer Embolization: Randomized Trial to Assess Patient Satisfaction. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2018;29(1):38-43. doi:10.1016/j.jvir.2017.08.024
2. **Resnick NJ, Kim E, Patel RS, Lookstein RA, Nowakowski FS, Fischman AM.** Uterine Artery Embolization Using a Transradial Approach: Initial Experience and Technique. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2014;25(3):443-447. doi:10.1016/j.jvir.2013.11.010
3. **Hung ML, Lee EW, McWilliams JP, Padia SA, Ding P, Kee ST.** A reality check in transradial access: a single-centre comparison of transradial and transfemoral access for abdominal and peripheral intervention. *Eur Radiol*. 2019;29(1):68-74. doi:10.1007/s00330-018-5580-2
4. **Bhatia S, Harward SH, Sinha VK, Narayanan G.** Prostate Artery Embolization via Transradial or Transulnar versus Transfemoral Arterial Access: Technical Results. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2017;28(6):898-905. doi:10.1016/j.jvir.2017.02.029
5. **Lee JW, Son JW, Go TH, et al.** Reference diameter and characteristics of the distal radial artery based on ultrasonographic assessment. *Korean J Intern Med*. 2022;37(1):109-118. doi:10.3904/kjim.2020.685
6. **Anatomical snuff box approach for percutaneous coronary interventions – Current status - PMC.** Accessed May 26, 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8514418/>
7. **Hadjivassiliou A, Cardarelli-Leite L, Jalal S, et al.** Left Distal Transradial Access (ldTRA): A Comparative Assessment of Conventional and Distal Radial Artery Size. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2020;43(6):850-857. doi:10.1007/s00270-020-02485-7

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHÂU NỐI THẦN KINH TRỤ VÙNG CẰNG TAY

Lương Thanh Bình¹, Nguyễn Văn Trường², Nguyễn Việt Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu nối thần kinh trụ vùng cẳng tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả trên 41 bệnh nhân có vết thương cẳng tay có tổn thương thần kinh trụ được phẫu thuật tại Khoa chấn thương chi trên và vi phẫu thuật - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Trong 41 bệnh nhân có 38 nam và 03 nữ, độ tuổi trung bình là 38 tuổi với tuổi nhỏ nhất là 13 tuổi và lớn nhất là 63 tuổi. Kết quả phục hồi vận động M5 là 03 BN (7,3%), M4 là 19 BN (46,3%), M3 là 13 BN (31,8%), M2 là 5 BN (12,2%), M1 là 1 BN (2,4%). Kết quả phục hồi cảm giác S4 là 4 BN (14,6%), S3+ là 23 BN (56,1%), S3 là 8 BN (19,5%), S2+ là 4 BN (9,8%). Kết quả phục hồi chức năng bàn tay phân loại theo Hiệp hội nghiên cứu Y khoa (BMRC) ở Anh mức độ rất tốt là 3/41 BN (7,3%), tốt là 19/41 BN (46,3%), khá là 13/41 BN (31,8%), trung bình là 5/41 BN (12,2%), kém là 1/41 BN (2,4%). **Kết luận:** Khâu nối thần kinh trụ đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu là phương pháp điều trị đem lại kết quả phục hồi tốt về vận động và cảm giác. **Từ khóa:** Vi phẫu, khâu nối thần kinh trụ.

SUMMARY

RESULTS OF ULNANOUS NERVE REPAIR IN THE FOREARM

Objective: Evaluate the results of ulnar nerve repair in the forearm. **Subjects and methods:** Describe 41 patients with forearm injuries with ulnar nerve damage who underwent surgery at the Department of Upper Limb Trauma and Microsurgery - 108 Central Military Hospital from January 2020 to December 2023. **Results:** Of the 41 patients, there were 38 males and 03 females, the average age was 38 years old with the youngest being 13 years old and the oldest being 63 years old. The results of motor recovery at M5 were 03 patients (7.3%), M4 were 19 patients (46.3%), M3 were 13 patients (31.8%), M2 were 5 patients (12.2%), M1 was 1 patient (2.4%). The results of sensory recovery at S4 were 4 patients (14.6%), S3+ were 23 patients (56.1%), S3 was 8 patients (19.5%), S2+ was 4 patients (9.8%). Hand rehabilitation results were classified by the British Medical Research Council (BMRC)⁴ as very good in 3/41 patients (7.3%), good in 19/41 patients (46.3%), fair in 13/41 patients (31.8%), average in 5/41 patients (12.2%), and poor in 1/41 patients (2.4%). **Conclusion:** Microsurgical repair of severed ulnar nerve is a treatment method that provides good recovery of motor and sensory function.

¹Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thanh Bình

Email: luongbinh97422@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 15.10.2024

Keywords: Microsurgery, ulnar nerve repair.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay là bộ phận thường bị tổn thương nhất trên cơ thể con người, khiến cho bệnh nhân phải nhập viện điều trị tại khoa cấp cứu chấn thương của bệnh viện.

Trong 30-40% các trường hợp chấn thương chi trên thì tổn thương dây thần kinh trụ có thể gây ra tê bì, rối loạn cảm giác và yếu liệt cơ nội tại bàn tay bị thương¹. Tổn thương dây thần kinh trụ là tổn thương dây thần kinh ngoại biên thường gặp nhất so với tổn thương dây thần kinh giữa và quay tại cẳng tay².

Dây thần kinh trụ là dây hỗn hợp có sự kết hợp giữa các bó vận động và cảm giác, điều này khiến cho việc khâu nối khó khăn, cũng như phục hồi chức năng kém hơn so với sửa chữa dây thần kinh cảm giác đơn thuần khác. Phẫu thuật khâu nối thần kinh trụ bằng vi phẫu là một kỹ thuật khó đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm. Trên thế giới đã áp dụng kỹ thuật vi phẫu khâu nối thần kinh ngoại biên từ đầu thế kỷ XVII, điều này đã nâng cao sự chính xác của ca phẫu thuật, tuy nhiên các báo cáo của các tác giả về chức năng vận động và cảm giác vẫn còn hạn chế³. Ở Việt Nam, Nguyễn Huy Phan cũng đã áp dụng kỹ thuật vi phẫu vào khâu nối thần kinh ngoại biên từ những năm 1978, sau đó kỹ thuật này được phổ biến tại nhiều cơ sở y tế tuyến trung ương. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nhiều báo cáo hay nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật khâu nối thần kinh trụ vùng cẳng tay bằng kỹ thuật vi phẫu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 41 bệnh nhân bị đứt thần kinh trụ ở vùng cẳng tay trong phạm vi từ nếp gấp khuỷu tay đến nếp gấp cổ tay được phẫu thuật khâu nối bằng kỹ thuật vi phẫu tại Khoa chấn thương chi trên và vi phẫu thuật - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca hồi cứu kết hợp tiền cứu.

2.2.2. Quy trình phẫu thuật

- Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, gây tê đám rối cánh tay, sát khuẩn và trải toan phẫu thuật, garo 1/3 giữa cánh tay.