

bệnh có chỉ số NDI thấp nhất là 8%, cao nhất 82%. Nghiên cứu của Stull và cộng sự đánh giá trên 117 bệnh nhân, có NDI trung bình của nhóm có hội chứng chèn ép rễ, hội chứng chèn ép tủy, hội chứng chèn ép rễ - tủy trung bình là 46,1%; 43,5% và 46,4%.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm đa tầng có chỉ định mổ lấy đĩa đệm, ghép xương và cố định cột sống lồng trước có triệu chứng lâm sàng đa dạng, 93,7% bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy cổ, không có sự khác biệt về mJOA giữa bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ 2 tầng và 3 tầng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kelsey JL, Githens PB, Walter SD, et al.** An epidemiological study of acute prolapsed cervical intervertebral disc. J Bone Joint Surg Am. Jul 1984; 66(6): 907-14. doi:10.2106/00004623-198466060-00011
2. **Lan NTN.** Nghiên cứu thực trạng thoát vị đĩa đệm cột sống tại cộng đồng. Y học Việt Nam. 2011:50-57.
3. **Tetreault L, Kopjar B, Nouri A, et al.** The modified Japanese Orthopaedic Association scale: establishing criteria for mild, moderate and severe impairment in patients with degenerative cervical myelopathy. Eur Spine J. Jan 2017;26(1):78-84. doi:10.1007/s00586-016-4660-8
4. **Fehlings MG, Wilson JR, Kopjar B, et al.**

- Efficacy and safety of surgical decompression in patients with cervical spondylotic myelopathy: results of the AOSpine North America prospective multi-center study. J Bone Joint Surg Am. Sep 18 2013;95(18):1651-8. doi:10.2106/JBJS.L.00589
5. **Kolenkiewicz M, Wlodarczyk A, Wojtkiewicz J.** Diagnosis and Incidence of Spondylosis and Cervical Disc Disorders in the University Clinical Hospital in Olsztyn, in Years 2011-2015. Biomed Res Int. 2018;2018:5643839. doi:10.1155/2018/5643839
  6. **Kim YK, Kang D, Lee I, Kim SY.** Differences in the Incidence of Symptomatic Cervical and Lumbar Disc Herniation According to Age, Sex and National Health Insurance Eligibility: A Pilot Study on the Disease's Association with Work. Int J Environ Res Public Health. Sep 25 2018;15(10)doi:10.3390/ijerph15102094
  7. **Qi M, Xu C, Cao P, et al.** Does Obesity Affect Outcomes of Multilevel ACDF as a Treatment for Multilevel Cervical Spondylosis?: A Retrospective Study. Clin Spine Surg. Dec 2020;33(10):E460-E465. doi:10.1097/BSD.0000000000000964
  8. **Sampath P ea.** Outcome of patients treated of cervical myelopathy. A prospective multicenter study independent clinical review", Spine 25(6) : p 670- 676. 2000;
  9. **Kokubun S. ST, Ishii Y., et al.** "Cervical myelopathy in the Japanes" Clinical Orthopaedics Related Reseach , 323, pp.129 – 138. 1996;
  10. **Du NVTHG.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng kính hiển vi phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2010;10(2):200-204.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH TRONG LÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRĂNG TRÊN ĐƠN ĐỘC

Đinh Thị Vân<sup>1</sup>, Lê Tuấn Linh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn độc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phân tích hồi cứu 50 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính và được chẩn đoán lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn độc tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2020 - 06/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình 61,8 ± 8,5, tỉ lệ nam nữ 9/1, 62% bệnh nhân có triệu chứng, triệu chứng chủ yếu là đau bụng vùng thượng vị và quanh rốn. 40% xét nghiệm có tăng bạch cầu. 52% có tăng đường kính đoạn động mạch bị lóc tách, 38% có thâm nhiễm xung quanh đoạn động mạch lóc tách, góc động mạch chủ - mạc treo trung bình 72,8°±22,9, khoảng cách

trung bình từ gốc đến điểm vào lóc tách là 20,3±12,5mm, chiều dài đoạn lóc tách trung bình 76,94±41,0 mm, phân loại theo Sakamoto type I chiếm 20%, type II chiếm 24%, type III chiếm 28%, type IV chiếm 28%, có 2% trường hợp có biến chứng thiếu máu ruột. Các bệnh nhân có triệu chứng có tỷ lệ thâm nhiễm xung quanh đoạn động mạch bị lóc tách cao hơn (p= 0,002), xu hướng bóc tách dài hơn (p= 0,000) và hẹp lòng thật nghiêm trọng hơn (p= 0,006) so với bệnh nhân không có triệu chứng. Có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ của từng loại giữa bệnh nhân có triệu chứng và không có triệu chứng (p=0,021). **Kết luận:** lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn độc có đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm không đặc hiệu, cắt lớp vi tính là phương tiện tốt nhất giúp chẩn đoán xác định và phát hiện biến chứng.

**Từ khóa:** lóc tách động mạch, lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính, động mạch mạc treo tràng trên.

**Viết tắt:** ĐM: động mạch, MTTT: mạc treo tràng trên, CLVT: cắt lớp vi tính, BN: bệnh nhân

### SUMMARY

#### THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES OF

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyhn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

**PATIENTS WITH ISOLATED SUPERIOR MESENTERIC ARTERY DISSECTION**

**Objective:** To describe the clinical characteristics and computed tomography images of patients with isolated superior mesenteric artery dissection. **Materials and methods:** We retrospectively analyzed 50 patients with confirmed diagnoses of isolated superior mesenteric artery dissection with Computed tomography angiography from January 2020 to June 2024 at Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The mean age was  $61,8 \pm 8,5$ , male to female ratio 9/1, 62% of patients have symptoms, the main symptoms are abdominal pain in the epigastric area and around the navel. 40% of tests had leukocytosis. 52% had increased diameter of the dissected artery segment, 38% had infiltration around the dissected artery segment, the average aortic-mesenteric angle was  $72,8^\circ \pm 22,9$ , the average dissection length is  $76,94 \pm 41,0$  mm, classified according to Sakamoto type I accounting for 20%, type II accounts for 24%, type III accounts for 28%, type IV accounts for 28%, and 2% of cases have complications of intestinal ischemia. The symptomatic patients have a higher rate of infiltration around the dissected arterial segment ( $p=0,002$ ), showed longer dissection tendency ( $p=0,000$ ) and more severe true lumen stenosis ( $p=0,006$ ) compared with asymptomatic patients. There was a significantly different proportion of each type between symptomatic and asymptomatic patients ( $p=0,0021$ ). **Conclusion:** Isolated superior mesenteric artery dissection has non-specific clinical and laboratory characteristics, computed tomography is the best means to help confirm diagnosis and detect complications.

**Keywords:** Artery dissection; Clinical; Computed tomography angiography; Superior mesenteric artery.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn độc từng được coi là một bệnh lý hiếm gặp, nhưng với sự phát triển của các kỹ thuật hình ảnh, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính đã làm tăng khả năng phát hiện bệnh. Động mạch mạc treo tràng trên là động mạch bị lóc tách đơn độc thường gặp nhất trong các động mạch nội tạng với tỷ lệ mắc bệnh 0,06%<sup>1</sup> và tỷ lệ tử vong 1,6%<sup>2</sup>. Lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn độc có khả năng dẫn đến thiếu máu cục bộ mạc treo nghiêm trọng đe dọa tính mạng vì vậy chẩn đoán sớm rất quan trọng để tiên lượng và chỉ định điều trị thích hợp. Do tỷ lệ mắc bệnh hiếm gặp, các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính của lóc tách động mạch mạc treo tràng trên vẫn chưa được hiểu đầy đủ và chẩn đoán sai, chẩn đoán bỏ sót thường được báo cáo<sup>3</sup>. Vì vậy, mục tiêu của nghiên cứu này là mô tả các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn độc nhằm cải thiện sự hiểu biết về bệnh lý này.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến hành được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2020 - 6/2024 trên 50 bệnh nhân BN được chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang và được chẩn đoán lóc tách ĐMMTTT đơn độc.

Bệnh nhân có hồ sơ đầy đủ với các thông tin cần nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: báo cáo loạt ca bệnh
- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn lựa.
- Quy trình nghiên cứu: Tập hợp hồ sơ trong tiêu chuẩn lựa chọn được chẩn đoán lóc tách ĐMMTTT. Phân tích chi tiết các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh chụp CLVT.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được biểu thị bằng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. Các biến định tính được biểu thị bằng tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt giữa các biến định tính được đánh giá bằng các bài kiểm tra chính xác của Chi bình phương và Fisher Exact, so sánh trung bình của hai biến chuẩn bằng kiểm định T test. Tất cả sự khác biệt với  $P < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Đây là nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào chẩn đoán và điều trị. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phục vụ và nâng cao sức khỏe người bệnh không nhằm mục đích nào khác.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu được tiến hành trên 50 bệnh nhân lóc tách ĐM MTTT đơn độc với các đặc điểm:

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm**

| Đặc điểm lâm sàng |                   | Số bệnh nhân   | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|-------------------|----------------|-----------|
| Tuổi              |                   | $61,8 \pm 8,5$ |           |
| Giới              | Nam               | 45             | 90%       |
|                   | Nữ                | 5              | 10%       |
| Tiền sử           | Tăng huyết áp     | 21             | 42%       |
|                   | Hút thuốc         | 13             | 26%       |
|                   | Uống rượu         | 6              | 12%       |
|                   | Không có tiền sử  | 15             | 30%       |
| Triệu chứng       | Đau bụng          | 31             | 62%       |
|                   | Buồn nôn, nôn     | 1              | 2%        |
|                   | Tiêu chảy         | 1              | 2%        |
|                   | Đi ngoài ra máu   | 1              | 2%        |
|                   | Phát hiện tình cờ | 19             | 38%       |
| Bạch cầu tăng     |                   | 20             | 40%       |

**Nhận xét:** tuổi trung bình là  $61,8 \pm 8,5$

tuổi, trong đó chủ yếu là nam chiếm tới 90%. Tiền sử liên quan chủ yếu là tăng huyết áp chiếm 42% (n = 21/50), hút thuốc lá chiếm 26% (n = 13/50). 62% (n = 31/50) BN có triệu chứng và triệu chứng phổ biến nhất là đau bụng chiếm 60% (n = 30/50), một số rất ít BN có biểu hiện kèm theo buồn nôn (2%), tiêu chảy (2%), đi ngoài ra máu (2%), có đến 38% không có triệu chứng được phát hiện tình cờ. 40% (n = 20/50) BN có tăng bạch cầu.

**Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính**

| Đặc điểm CLVT                         |                       | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------------|-----------------------|--------------|-----------|
| Tăng đường kính đoạn mạch bị lóc tách |                       | 26           | 52        |
| Góc động mạch chủ-mạch treo           |                       | 72,8°±22,9   |           |
| Vị trí lóc tách                       | Thành mạch phía trước | 48           | 96        |
|                                       | Thành mạch phía sau   | 2            | 4         |
| Khoảng cách điểm vào lóc tách (mm)    |                       | 20,3±12,5    |           |
| Chiều dài lóc tách (mm)               |                       | 76,94±41,0   |           |
| Phân loại theo Sakamoto               | Type I                | 10           | 20        |
|                                       | Type II               | 12           | 24        |
|                                       | Type III              | 14           | 28        |
|                                       | Type IV               | 14           | 28        |
| Biến chứng                            | Thiếu máu ruột        | 2            | 4         |
|                                       | Vỡ lóc tách           | 0            | 0         |

**Nhận xét:** 52% (n=26/52) BN có tăng đường kính đoạn ĐM bị lóc tách. Góc ĐM chủ - mạch treo trung bình 72,8°±22,9. Vị trí lóc tách 96% nằm ở thành mạch phía trước, khoảng cách trung bình từ gốc đến điểm vào lóc tách là 20,3±12,5mm. Chiều dài đoạn lóc tách trung bình 76,94±41,0 mm. Phân loại theo Sakamoto type I chiếm 20%, type II chiếm 24%, type III chiếm 28%, type IV chiếm 28%. Có 4%(n=2/50) BN có biến chứng thiếu máu ruột.

Để nghiên cứu mối quan hệ giữa lâm sàng và hình ảnh CLVT trên 50 trường hợp lóc tách ĐM MTTT đơn độc, chúng tôi phân 50 BN thành 2 nhóm: nhóm có triệu chứng (31 BN) và nhóm không có triệu chứng (19 BN).

**Bảng 3: Tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính**

| Đặc điểm hình ảnh CLVT  |         | Có triệu chứng | Không có triệu chứng | p     |
|-------------------------|---------|----------------|----------------------|-------|
| Thâm nhiễm xung quanh   | Có      | 17 (34%)       | 2(4%)                | 0,002 |
|                         | Không   | 14 (28%)       | 17(34%)              |       |
| Mức độ hẹp              |         | 54,5±22,9      | 35,3±22,8            | 0,006 |
| Chiều dài lóc tách (mm) |         | 76,94±41,0     | 29,79±18,8           | 0,000 |
| Phân loại               | Type I  | 5 (10%)        | 5(10%)               |       |
|                         | Type II | 4(8%)          | 8(16%)               |       |

|          |         |       |       |
|----------|---------|-------|-------|
| Type III | 11(22%) | 3(6%) | 0,021 |
| Type IV  | 12(24%) | 2(4%) |       |

**Nhận xét:** Các bệnh nhân có triệu chứng so với không có triệu chứng có tỷ lệ thâm nhiễm xung quanh đoạn ĐM bị lóc tách cao hơn (34% so với 2%, p = 0,002 <0,05), xu hướng bóc tách dài hơn (76,94±41,0 so với 29,79±18,8, p = 0,000 <0,05) và hẹp lòng thật nghiêm trọng hơn (54,5 ± 22,9 so với 35,3 ± 22,8 với p = 0,002 <0,05). Nhóm có triệu chứng phân bố chủ yếu type III, IV so với type I, II (22%, 24% so với 5%, 4%, p=0,021).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm.

Lóc tách ĐM MTTT đơn độc có đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm trong không đặc hiệu, vì vậy chẩn đoán sai và chẩn đoán bỏ sót thường được báo cáo<sup>3</sup>. Nghiên cứu 50 trường hợp lóc tách ĐM MTTT chúng tôi thấy tuổi trung bình 61,8± 8,5 kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Waqas Ullah<sup>4</sup> với độ tuổi trung bình là 55,7 tuổi ± 9,7. Kết quả của chúng tôi chủ yếu là nam chiếm 90%, nữ chỉ chiếm 10%, tương đương với kết quả của Yuanli Lei Y<sup>3</sup>. Nguyên nhân chính xác của lóc tách ĐM MTTT đơn độc vẫn chưa được biết, mặc dù nhiều yếu tố đã được tìm thấy có liên quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi tăng huyết áp và hút thuốc là hai yếu tố nguy cơ quan trọng, tăng huyết áp chiếm 42% (n = 21/50), hút thuốc lá chiếm 26%(n = 13/50), kết quả khá tương đồng với của các tác giả khác, nghiên cứu của Lei Dou<sup>5</sup> tăng huyết áp chiếm 35,3%, hút thuốc lâu năm chiếm 33,3%. Nghiên cứu của Waqas Ullah<sup>4</sup> 22,7% (n = 33/145) BN tăng huyết áp, 18,6% (n = 27/145) hút thuốc lá.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở tất cả BN có triệu chứng chiếm 62% (n = 31/50), biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là đau bụng 60% (n = 30/50), vị trí đau thường gặp nhất là vùng thượng, quanh rốn, ngoài ra một số ít BN có triệu chứng đi ngoài phân đen 2%, nôn buồn nôn 2%, tiêu chảy 2%. Hầu hết những BN này đến khám cấp tính trong vòng 4 tuần kể từ khi khởi phát triệu chứng, một số BN có các triệu chứng mãn tính kéo dài hơn một tháng. Điều này cho thấy lóc tách ĐM MTTT đơn độc có thể có diễn biến cấp tính hoặc mạn tính. Triệu chứng đau được cho là có thể liên quan đến viêm xung quanh động mạch mạc treo tràng trên kích thích đám rối thần kinh nội tạng, hay do hẹp lòng thật, vỡ lóc tách hoặc thiếu máu cục bộ. Nghiên cứu của chúng tôi có tới 38% (n = 19/50) bệnh nhân mắc lóc tách ĐMMTTT đơn độc không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ trong

bệnh cảnh khác như ung thư trong ổ bụng, sỏi thận, viêm ruột thừa... Tỷ lệ phát hiện tình cờ của chúng tôi cao hơn so với kết quả phân tích tổng hợp của Karaolanis<sup>1</sup> 608 bệnh nhân (86,3%) có triệu chứng, 121 bệnh nhân (16,4%) không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ. Vì vậy cần nghi ngờ lóc tách ĐM MTTT đơn độc ở tất cả BN có biểu hiện đau bụng dai dẳng, đau bụng không rõ nguyên nhân và có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ mắc bệnh xơ vữa ĐM, đặc biệt là nam giới, bệnh nhân ở độ tuổi 50 - 60, bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, hút thuốc lá.

Lóc tách ĐM MTTT đơn độc không có xét nghiệm đặc hiệu, nồng độ protein phản ứng C, số lượng bạch cầu và nồng độ D-dimer là 3 dấu hiệu bất thường phổ biến nhất. Vì BN trong nghiên cứu của chúng tôi xét nghiệm protein phản ứng C và nồng độ D-dimer bị hạn chế nên chúng tôi chỉ nghiên cứu đây đủ được chỉ số bạch cầu, kết quả cho thấy bạch cầu tăng chiếm 40% (n = 20/50 tương đồng với nghiên cứu Luan<sup>6</sup>, bạch cầu tăng được phát hiện ở 32,5% (27/83).

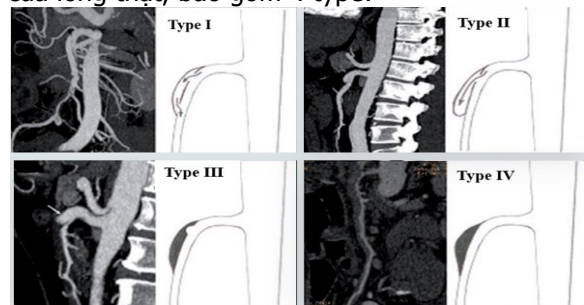
#### 4.2. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính.

CLVT không chỉ chẩn đoán xác định, phân loại thể lóc tách mà còn phát hiện các biến chứng của lóc tách ĐM MTTT cũng như chẩn đoán phân biệt lóc tách ĐM với thuyên tắc, huyết khối xơ vữa ĐM. CLVT đã thay thế DSA trong chẩn đoán và được xem là phương tiện chẩn đoán tốt nhất đối với lóc tách ĐM MTTT đơn độc.

Bình thường ĐM MTTT trên nhỏ hơn đường kính tĩnh mạch MTTT ngang mức, trong nghiên cứu của chúng tôi đường kính ĐM MTTT trung bình là 11,6 mm và tỷ lệ có tăng đường kính ĐM MTTT chiếm 52% (n=26/50), kết quả tương đồng với nghiên cứu của Yuan-li Lei tỷ lệ có tăng đường kính ĐM MTTT chiếm 33%; đường kính ĐM MTTT với giá trị ngưỡng 11,9 mm có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 34% và 98%<sup>6</sup>. CLVT có tiêm thuốc cản quang xác định được điểm vào, điểm vào lại của lóc tách. Điểm vào của lóc tách thường xảy ra ở thành trước quanh bờ cong lõm của ĐM MTTT, vì khu vực này tiếp giáp với bề mặt dưới của tuyến tụy, lực cắt lớn được tải lên thành mạch máu tạo áp lực huyết động bất thường xảy ra tại đây. Điểm vào của lóc tách thường cách gốc ĐM 1-3 cm. Vị trí dễ bị tổn thương nhất là từ 1cm gần đến 1cm xa so với vị trí cong lõm của ĐM MTTT. Trong nghiên cứu của chúng tôi 96% điểm lóc tách nằm ở thành trước, khoảng cách điểm vào lóc tách cách gốc trung bình  $20,3 \pm 12,5$ mm và chiều dài lóc tách trung bình 59mm (10-170mm), kết quả tương đồng với nghiên cứu của Jing Yuan Luan<sup>7</sup> trên 121 BN, khoảng cách trung bình từ gốc ĐM

MTTT đến điểm bắt đầu bóc tách là 17,4 mm và trên 140 bệnh nhân chiều dài đoạn lóc tách trung bình là 60,4 mm (10-221 mm). Ở người bình thường góc ĐM chủ - mạc treo dao động từ 38°-60°. Nghiên cứu của chúng tôi góc ĐM chủ - mạc treo trung bình  $72,8 \pm 22,9$ . Các nghiên cứu cũng cho thấy góc ĐM chủ - mạc treo càng lớn càng tăng khả năng bị lóc tách ĐM MTTT<sup>5</sup>. Hơn nữa việc đo góc ĐM chủ - mạc treo cũng rất hữu ích cho các bác sĩ điều trị nội mạch trong việc cấy ghép Stent ĐM MTTT đối với BN thiếu máu cục bộ ruột.

Phân loại hình ảnh lóc tách ĐM MTTT có ý nghĩa lớn trong chẩn đoán và điều trị. Năm phân loại của lóc tách ĐM MTTT đã được đề xuất trong những năm gần đây bao gồm phân loại của Sakamoto, Yun, Zerbib, Luan và Li. Tuy nhiên vẫn chưa có sự đồng thuận nào về việc nên sử dụng cách phân loại nào. Trong nghiên cứu này chúng tôi phân loại theo Sakamoto<sup>8</sup>, phương pháp này đơn giản, dễ áp dụng nhưng hạn chế là chưa đánh giá được tình trạng hẹp của lòng thật, bao gồm 4 type:



**Hình 4.1: Phân loại lóc tách ĐM MTTT theo Sakamoto<sup>8</sup>**

Type I: lòn giả có điểm vào và điểm vào lại lòn thật.

Type II: lòn giả không có điểm vào lại lòn thật.

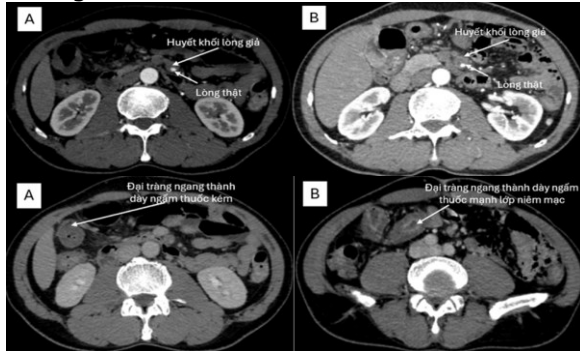
Type III: huyết khối lòn giả và hình chiếu ổ loét.

Type IV: huyết khối hoàn toàn lòn giả và không có hình chiếu ổ loét.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi type I chiếm 18%, type II chiếm 22%, type III chiếm 30%, type IV chiếm 28%, khá tương đồng với nghiên cứu của Jeongin Yoo<sup>9</sup>. Tuy nhiên so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới, phân bố các type giữa các nghiên cứu không được thống nhất, có thể là do các tiêu chí đánh giá chủ quan khác nhau hay tần suất bệnh gặp ít, cỡ mẫu của các nghiên cứu chưa đủ lớn vì vậy hạn chế về thống kê và ngoại suy cho quần thể.

BN lóc tách ĐM MTTT đơn độc thường tử vong do các biến chứng thứ phát: vỡ lóc tách và

thiếu máu ruột. Trong y văn các biến chứng không được báo cáo thường xuyên, Jing Yuan Luan MD báo cáo rằng trong 278 BN bị lóc tách ĐM MTTT hoại tử ruột chiếm 3,4%, vỡ ĐM MTTT chiếm 2%. CLVT phát hiện các biến chứng thiếu máu ruột với các dấu hiệu như: thành ruột dày, thành ruột mỏng như giấy, giãn các quai ruột, thành ruột ngấm thuốc kém, tụ máu trong thành, khí thành ruột và khí tĩnh mạch mạc treo-cửa. Nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN có biến chứng thiếu máu ruột chiếm 4% và không có trường hợp nào có biến chứng vỡ lóc tách. Cả hai BN đều có hình ảnh huyết khối lòng giả lan vào nhánh bên gây hẹp khít lòng thật. Một trường hợp có thành dày ngấm thuốc kém, sau 9 ngày điều trị được chụp lại CLVT, đoạn ruột thiếu máu thành dày và tăng ngấm thuốc cản quang là dấu hiệu có thể thấy do tái tưới máu sau tắc động mạch (hình 4.2). Trường hợp còn lại không có hình ảnh dày thành nhưng có hình ảnh ngấm thuốc kém sau tiêm.



**Hình 4.2: Bệnh nhân N.P.T, mã bệnh án 2303008514**

A: ngày thứ nhất; B: ngày thứ 9 sau điều trị

**4.3. Tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính.** Tỷ lệ có thâm nhiễm ở nhóm có triệu chứng cao hơn nhóm không có triệu chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (34% so với 2%,  $p=0,002<0,05$ ). Mức độ hẹp lòng thật ở nhóm có triệu chứng cao hơn nhóm không có triệu chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $54,5\pm 22,9$  so với  $35,3\pm 22,8$  với  $p=0,002<0,05$ ). Chiều dài lóc tách ở nhóm có triệu chứng cao hơn nhóm không có triệu chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $76,94\pm 41,0$  so với  $29,79\pm 18,8$ ,  $p=0,000<0,05$ ). Có một tỷ lệ khác nhau đáng kể của từng loại lóc tách ĐM MTTT đơn độc giữa BN có triệu chứng và không có triệu chứng, BN lóc tách ĐM MTTT đơn độc loại I và II có khả năng không có triệu chứng và ở những BN này, điều trị bảo tồn là đủ. Ngược lại, những BN lóc tách ĐM MTTT đơn độc loại III và IV có xu hướng có

triệu chứng nên lựa chọn phương pháp điều trị rất đa dạng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của và Jeongin Yoo<sup>9</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Lóc tách động mạch ĐM MTTT đơn độc có triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm không đặc hiệu. Có sự tương quan giữa nhóm có triệu chứng và không có triệu chứng với hình ảnh CLVT. Chụp cắt lớp vi tính được coi là phương tiện chẩn đoán và phát hiện biến chứng tốt nhất trong lóc tách ĐM MTTT đơn độc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Karaolanis G, Antonopoulos C, Tsilimigras DI, Moris D, Moulakakis K.** Spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection: Systematic review and meta-analysis. *Vascular*. 2019; 27(3): 324-337. doi:10.1177/1708538118818625
- Jia Z, Tu J, Jiang G.** The Classification and Management Strategy of Spontaneous Isolated Superior Mesenteric Artery Dissection. *Korean Circulation Journal*. 2017; 47(4):425-431. doi:10.4070/kcj.2016.0237
- Lei Y, Liu J, Lin Y, et al.** Clinical characteristics and misdiagnosis of spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection. *BMC Cardiovasc Disord*. 2022;22(1):239. doi:10.1186/s12872-022-02676-9
- Ullah W, Mukhtar M, Abdullah HM, et al.** Diagnosis and Management of Isolated Superior Mesenteric Artery Dissection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Korean Circ J*. 2019;49(5):400-418. doi:10.4070/kcj.2018.0429
- Dou L, Tang H, Zheng P, Wang C, Li D, Yang J.** Isolated superior mesenteric artery dissection: CTA features and clinical relevance. *Abdom Radiol (NY)*. 2020;45(9): 2879-2885. doi:10.1007/s00261-019-02171-4
- Luan JY, Li X, Li TR, Zhai GJ, Han JT.** Vasodilator and endovascular therapy for isolated superior mesenteric artery dissection. *J Vasc Surg*. 2013;57(6): 1612-1620. doi:10.1016/j.jvs.2012.11.121
- Lei Y li, Song W xing, Lin Y, et al.** The ratio of superior mesenteric artery diameter to superior mesenteric vein diameter based on non-enhanced computed tomography in the early diagnosis of spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection. *World J Emerg Med*. 2022;13(3):202-207. doi:10.5847/wjem.j.1920-8642.2022.045
- Sakamoto I, Ogawa Y, Sueyoshi E, Fukui K, Murakami T, Uetani M.** Imaging appearances and management of isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery. *European Journal of Radiology*. 2007;64(1):103-110. doi:10.1016/j.ejrad.2007.05.027.
- Yoo J, Lee JB, Park HJ, et al.** Classification of spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection: correlation with multi-detector CT features and clinical presentation. *Abdom Radiol (NY)*. 2018;43(11): 3157-3165. doi:10.1007/s00261-018-1556-6.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM NGÓN TAY BẰNG VẬT LIÊN CỐT MU TAY

Phan Trung Hiếu<sup>1</sup>, Lô Quang Nhật<sup>1</sup>, Vũ Hồng Ái<sup>1</sup>,  
Nguyễn Việt Tân<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Nam<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trong cuộc sống lao động và sinh hoạt hằng ngày bàn tay đóng vai trò quan trọng, trong đó ngón I chiếm khoảng 50% chức năng của bàn tay để thực hiện các động tác như cầm nắm, sờ, đối chiếu<sup>1</sup>. Hiện nay tỉ lệ vết thương do các tai nạn lao động gây nên chấn thương làm dập nát và khuyết hồng phần mềm vùng bàn tay có xu hướng tăng lên và phức tạp hơn đáng kể<sup>2</sup>. Vì vậy nguy cơ tổn thương bàn ngón tay, đặc biệt tổn thương gây khuyết hồng vùng ngón tay rất cao. Bên cạnh đó các khuyết hồng sau khi phẫu thuật chỉnh hình biến dạng ngón, trồng lại ngón tay đứt rời làm lộ tổ chức phần mềm sẽ để lại di chứng và gây ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng thẩm mỹ và chức năng làm việc của bàn tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả theo dõi dọc trên tổng số 34 bệnh nhân bị khuyết hồng phần mềm ngón tay được phẫu thuật tạo hình che phủ bằng vật liên cốt mu tay tại khoa Chấn thương chi trên và Vi phẫu (B1-B) tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1/2018 – 3/2024. **Kết quả:** Kết quả gần 28/34 bệnh nhân vật sống hoàn toàn chiếm 82.4%, 5 bệnh nhân vật sống nhưng có hiện tượng bong một phần lớp thượng bì chiếm 14.7%, 1 bệnh nhân vật sống nhưng hoại tử một phần chiếm 2.9%, không có trường hợp nào thất bại (vật chết) cần phải thay đổi phương pháp điều trị. Nơi cho vật được ghép da dày hoặc khâu đóng trực tiếp tùy vào cách di chuyển vật. Kết quả xa: chúng tôi theo dõi 33 vật, thời gian theo dõi tối thiểu trên 3 tháng. Kết quả: vật nơi cho và nơi nhận vật đều đạt kết quả tốt 29/33 bệnh nhân chiếm 87.9%, kết quả vừa 4 bệnh nhân chiếm 12.1%. Vận động các ngón rất tốt có 5 bệnh nhân chiếm 15.1%, tốt có 27 bệnh nhân chiếm 81.8%, vận động kém có 1 bệnh nhân chiếm 3%. Kích thước và độ dày vật phù hợp với vùng khuyết hồng phần mềm là 32 bệnh nhân, không phù hợp có 1 bệnh nhân. **Kết luận:** Có nhiều sự lựa chọn vật được sử dụng trong phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết hồng phần mềm ở ngón tay, trong đó vật liên cốt mu tay có độ tin cậy cao, mang lại kết quả điều trị tốt về chức năng cũng như thẩm mỹ.

**Từ khóa:** Vật liên cốt mu tay, khuyết hồng phần mềm ngón tay, vật cuống mạch liên.

**Viết tắt:** KHPM (Khuyết hồng phần mềm)

### SUMMARY

#### EVALUATE THE RESULTS OF USING THE

<sup>1</sup>Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Nam

Email: drnam108@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

### DORSAL METACARPAL ARTERY FLAP TO COVER THE SOFT TISSUE OF THE FINGER

**Background:** In daily life, the hands have a matter of great important role. Inside, the first finger accounts for 50% in the main function of the hand to perform movement such as grasping, touching, comparing, thereby allowing people use labor tools, perform delicate, meticulous and complex movement. Currently, the rate of injuries caused by occupational accident to cause crushing and soft tissue defects in the hand tend to increase and become significantly more complicated. For this reason, the risk of fingers injuries, especially injures causing finger defects, is very high. Besides, the defects after removing the contracture scar, replantation finger surgery, is not done well, will leave sequelae affecting the function and aesthetics of the hand. **Subject and method:** The uncontrolled clinical interventional study on a total 34 patients with soft tissue defects of the fingers which underwent plastics surgery to cover them with a dorsal metacarpal artery flap in The Upper Limbs and micro-surgery Department, 108 Central Military Hospital during from January 2018 to March 2024. **Results:** The result of nearly 28/34 patients with completely viable flap accounted for 82.4%, 5 patients with viable flaps but peeling of the epidermis accounted for 14.7%, 1 patient with partially necrotic flap accounted for 2.9 %, the were no cases of flap died. The distant result, we monitored 33 flaps, the minimum follow-up time was over 3 months. Results: the flap and the place of receiving the flap were all good in 29/33 patients accounted 87.9%, the result fit 4 patients. Mobility of the finger very good 5/34 patients accounted for 15.1%, good 27/34 patient accounted for 81.8%, not good 1/34 patient accounted for 3%. The size and color of flap is suitable for the receiving area is 32 patients, not suitable is 1 patients. **Conclusion:** There are many flap options used in plastic surgery to cover soft tissue defects in the fingers, inside the dorsal metacarpal artery flap has high reliability and good treatment results in terms of coverage and aesthetics.

**Keywords:** The dorsal metacarpal artery flap, finger soft – tissue defect, local pedicle flap

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong cuộc sống lao động và sinh hoạt hằng ngày bàn tay đóng vai trò quan trọng, trong đó ngón I chiếm khoảng 50% chức năng của bàn tay để thực hiện các động tác như cầm nắm, sờ, đối chiếu nhờ đó con người sử dụng được công cụ lao động, làm được các động tác tinh tế, tỉ mỉ và phức tạp<sup>1</sup>. Hiện nay tỉ lệ vết thương do các tai nạn lao động gây nên chấn thương làm dập nát và khuyết hồng phần mềm vùng bàn tay có xu