

- defect. Nonoperative closure during cardiac catheterization. JAMA, 235: p. 2506-9.
2. **Gaggin H.K, Januzzi J.L** (2014). MGH Cardiology Board review book. London: Springer.
 3. **Trương Thanh Hương** (2008). Đánh giá kích thước và chức năng thất trái bằng siêu âm – doppler tim trước và sau đóng lỗ thông liên nhĩ lỗ thứ phát tại bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí nghiên cứu y học, số 55 (3), tr. 6 – 10.
 4. **Trương Quang Bình và cộng sự** (2015). Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp đóng thông liên nhĩ lỗ thứ phát bằng dụng cụ qua da, Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, (70), 15-22.
 5. **Smita Jategaonkar, Werner Scholtz, Henning Schmidt, Dieter Horstkotte** (2009). Percutaneous Closure of Atrial Septal Defects Echocardiographic and Functional Results in Patients Older Than 60 Years, Circ Cardiovasc Intervent, 2, pp. 85-89.
 6. **Vũ Thị Chàng và cộng sự** (2021). Đánh giá kết quả sau phẫu thuật vá thông liên nhĩ ở trẻ dưới 10kg tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện E. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam, 34, 20-29.
 7. **Phạm Mạnh Hùng** (2012). Nghiên cứu kết quả trung hạn của phương pháp bít lỗ TLN qua da bằng dụng cụ kích thước lớn, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 8. **Trương Tú Trạch và cộng sự** (2006). Thủ thuật Bít Lỗ thông Liên Nhĩ Bằng Dụng Cụ Amplatzer. Tạp chí tim mạch học Việt Nam.
 9. **Ngô Ngọc Sơn** (2016). Đánh giá hình thái cơ tim – huyết động trước và sau thủ thuật đóng thông liên nhĩ bằng Amplatzer. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
 10. **Nguyễn Lâm Hiếu** (2018). Nghiên cứu đặc điểm thông liên nhĩ lỗ thứ hai có phình vách liên nhĩ và kết quả sớm can thiệp bít lỗ thông bằng dụng cụ qua da. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, tr. 261–262.

NGUY CƠ TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP CỔ TAY ĐƯỜNG VÀO PHÍA MU TAY: NGHIÊN CỨU TRÊN XÁC

Trần Nguyễn Phương^{1,2}, Bùi Hồng Thiên Khanh^{1,2}, Đào Xuân Thành³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu này được thực hiện trên xác, xác định khoảng cách giữa các cấu trúc mạch máu chính với các cổng vào nội soi khớp cổ tay qua đường mu tay, từ đó đánh giá nguy cơ tổn thương mạch máu trong phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 30 khớp cổ tay từ 15 xác (9 nam, 6 nữ). Khoảng cách từ động mạch quay và động mạch trụ đến các cổng nội soi (1-2, 3-4, 6R, 6U) được đo đạc và phân tích. Các so sánh được thực hiện giữa hai bên cổ tay và giữa hai giới bằng kiểm định thống kê. **Kết quả:** Khoảng cách trung bình từ động mạch quay đến cổng 1-2 là $12,65 \pm 3,08$ mm và đến cổng 3-4 là $23,37 \pm 3,01$ mm. Khoảng cách từ động mạch trụ đến cổng 6R và 6U lần lượt là $17,24 \pm 3,42$ mm và $11,42 \pm 3,14$ mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai bên cổ tay và giữa hai giới ($p > 0,05$). Cổng 1-2 và cổng 6U được xác định là các vị trí có nguy cơ cao tổn thương mạch máu khi thực hiện phẫu thuật. **Kết luận:** Động mạch quay và động mạch trụ có vị trí tương đối gần với các cổng nội soi, đó là cổng 1-2 với động mạch quay và 6U với động mạch trụ, cho thấy có nguy cơ tổn thương mạch máu khi thực hiện phẫu thuật. Việc xác định chính xác vị trí các cổng vào cũng như lưu ý khi thực hiện các thao tác trong phẫu thuật

có thể giúp giảm thiểu nguy cơ này, từ đó nâng cao tính an toàn trong nội soi khớp cổ tay.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi khớp cổ tay, động mạch quay, động mạch trụ, tổn thương mạch máu

SUMMARY

A CADAVERIC STUDY EVALUATED THE RISK OF VASCULAR INJURY DURING DORSAL PORTAL WRIST ARTHROSCOPY

Introduction: This study was conducted on cadavers, determining the distance between major vascular structures and the dorsal portals for wrist arthroscopy, thereby assessing the risk of vascular injury during surgery. **Materials and Methods:** The study was conducted on 30 wrist joints from 15 cadavers (9 males, 6 females). The distance from the radial artery and ulnar artery to the arthroscopic portals (1-2, 3-4, 6R, 6U) was measured and analyzed. Comparisons were made between the two wrists and between the two genders using statistical tests. **Results:** The average distance from the radial artery to portal 1-2 is 12.65 ± 3.08 mm and to portal 3-4 is 23.37 ± 3.01 mm. The distance from the ulnar artery to the 6R and 6U portals was 17.24 ± 3.42 mm and 11.42 ± 3.14 mm, respectively. There is no statistically significant difference between the two wrists and between the two genders ($p > 0.05$). Portals 1-2 and 6U were identified as high-risk positions for vascular injury during surgery. **Conclusion:** The radial artery and ulnar artery are relatively close to the wrist arthroscopic portals, specifically portals 1-2 for the radial artery and 6U for the ulnar artery, indicating a risk of vascular injury during surgery. Accurately determining the positions of the portals as well as being cautious during surgical procedures can help minimize this risk, thereby

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương

Email: phuong.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

enhancing the safety of wrist arthroscopy.

Keywords: wrist arthroscopy, radial artery, ulnar artery, vascular injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi khớp cổ tay từ khi được Chen¹ mô tả và thực hiện lần đầu năm 1979, đã được chấp nhận rộng rãi nhờ vào tính chất xâm lấn tối thiểu và khả năng cung cấp các hình ảnh trực tiếp về các tổn thương trong khớp. Việc hiểu rõ hơn về giải phẫu liên quan đến kỹ thuật càng trở nên quan trọng trong việc đảm bảo an toàn phẫu thuật.²

Đường vào khớp cổ tay phía mu tay với các cổng vào khớp có liên quan tới các thành phần mạch máu, thần kinh và tổ chức xung quanh. Các nghiên cứu gần đây đã thấy rằng các tai biến gây tổn thương mạch máu, dù hiếm gặp, có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng.³ Một nghiên cứu đa trung tâm của Leclecq và Mathoulin phân tích 10.107 ca nội soi khớp cổ tay thấy rằng trong khi tỉ lệ biến chứng tổng thể là 5.98%, các chấn thương mạch máu đại diện cho nhóm các biến chứng đặc biệt vẫn có thể xảy ra.⁴ Ahsan và Yao trong bài báo tổng quan về các biến chứng của nội soi khớp đã nhấn mạnh rằng các chấn thương mạch máu có thể không rõ ràng gây hậu quả ngay lập tức trong quá trình phẫu thuật nhưng có thể dẫn đến các biến chứng hậu phẫu nghiêm trọng bao gồm chảy máu, tụ máu, hội chứng khoang và thiếu máu nuôi các ngón tay.⁵

Các nghiên cứu giải phẫu gần đây đã chứng minh có sự biến đổi đường đi của các động mạch, điều này có liên quan tới sự tổn thương của các mạch máu khi thiết lập các cổng vào khớp nội soi tiêu chuẩn. Shymalan và cộng sự trong nghiên cứu trên xác và nghiên cứu tổng quan hệ thống được công bố năm 2016 đã xác định những biến thể trong giải phẫu mạch máu có thể ảnh hưởng tới sự an toàn của phẫu thuật.⁶ Hiểu rõ những sự thay đổi này là rất quan trọng để ngăn ngừa tổn thương có thể xảy ra.

Trong nội soi khớp cổ tay, cổng 3-4 được coi là cổng cơ bản, cổng 6R và 6U để can thiệp các vấn đề phía trụ cổ tay, cổng 1-2 được dùng để giải quyết các vấn đề phía quay. Mỗi cổng đều có độ rủi ro riêng theo tương quan với các thành phần mạch máu và thần kinh xung quanh nó.⁷ Mặc dù có tính chất quan trọng như vậy, vẫn còn thiếu các nghiên cứu cụ thể liên quan giữa các mạch máu chính vùng cổ tay tới các cổng. Y văn đã có một số nghiên cứu tập trung vào mối quan hệ giữa các cổng vào với các thần kinh trong khi đó, các nghiên cứu về giải phẫu mạch máu ít

nhận được sự chú ý hơn. Jung và cộng sự trong nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2021 đã chỉ ra khoảng trống nghiên cứu này đồng thời tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đi theo hướng tương tự.⁷ Đó cũng là lý do để chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên xác này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bộ môn giải phẫu, Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 5/2021 đến tháng 6/2021. 30 khớp cổ tay của 15 xác tươi của người Việt trưởng thành (trên 18 tuổi) được phẫu tích.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: khớp cổ tay còn nguyên vẹn

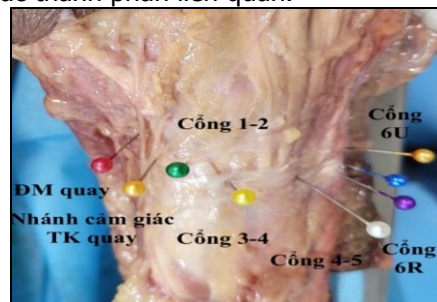
- Tiêu chuẩn loại trừ: Khớp cổ tay có sẹo hay biến dạng vùng cổ tay, các thành phần của phức hợp sụn sọ tam giác bị tổn thương trong quá trình phẫu tích. Có u bướu hay thấy hình ảnh viêm xương khớp, huỷ xương trên đại thể, xác vô thừa nhận hay không phải của người Việt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp mô tả hàng loạt ca

Quy trình thực hiện: Các mẫu xác được lựa chọn sẽ được đặt ở tư thế tiêu chuẩn, bàn tay úp xuống mặt bàn phẫu tích. Mỗi cổ tay được cố định để đảm bảo độ chính xác khi đo lường. Chúng tôi ghi nhận các thông số: tên, mã số xác, cổ tay trái hay phải, giới, tuổi, chiều cao (xác định bằng đo từ đỉnh đầu đến gót chân).

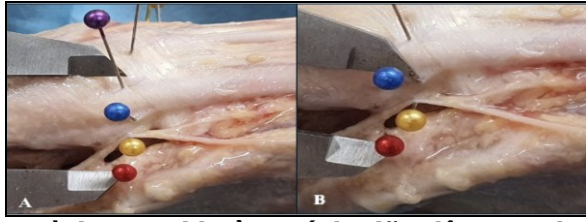
+ Rạch da đường dọc giữa cổ tay mặt mu tay và mặt gan tay từ chỏm xương bàn ba đến trên nếp cổ tay 20cm, rạch da ngang cổ tay trên khớp quay trụ dưới 2cm để tránh làm tổn thương đến các thành phần liên quan.



Hình 1: Các cổng vào nội soi khớp cổ tay phía mu tay và liên quan với các thành phần xung quanh

Nguồn: Cổ tay phải xác số 3 (MSX 832)

+ Bộc lộ và xác định các mốc giải phẫu liên quan đến các cổng vào của nội soi khớp trên xác, xác định các cổng vào khớp cổ tay phía mu tay, phẫu tích các thành phần gân, mạch máu, thần kinh liên quan xung quanh các cổng tương ứng. (Hình 1)



Hình 2: Đo khoảng cách giữa động mạch trụ tới cổng 6R (A) và cổng 6U (B)

Nguồn: Cổ tay phải xác số 13 (MSX 846)

Thu thập số liệu: Đo khoảng cách gần nhất giữa các cổng vào nội soi khớp cổ tay với động mạch liên quan: động mạch quay, động mạch trụ. Sử dụng thước đo Vernier Caliper có độ chính xác 0,02mm. Đo 3 lần lấy giá trị trung bình để đảm bảo độ chính xác. (Hình 2).

Tất cả các thông số được ghi nhận trên bảng số liệu của từng khớp cổ tay được phân tích ghi kèm mã số xác.

2.3. Phân tích thống kê: Các dữ liệu được phân tích bằng phần mềm STATA phiên bản

14.0. Thống kê mô tả: sử dụng tần số và tỷ lệ % đối với các biến số định tính, trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) với các biến số định lượng. Kiểm định sự khác biệt các biến số/chỉ số định lượng giữa hai bên cổ tay bằng test Mann-Whitney U với ngưỡng có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức và đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cấp cơ sở của Trường Đại học Y Hà Nội theo chứng nhận số 469/GCN-HĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 12/5/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm cổ tay nghiên cứu: 30 khớp cổ tay từ 15 xác tươi, 9 nam và 6 nữ với độ tuổi trung bình là $72,2 \pm 11,16$. Chiều cao trung bình là $161,3 \pm 6,31$ mm.

3.1. Khoảng cách giữa động mạch quay và động mạch trụ tới các cổng nội soi

Bảng 1: Khoảng cách từ động mạch quay và động mạch trụ tới các cổng nội soi

Khoảng cách (mm)	Tay trái (n=15)	Tay phải (n=15)	Cả hai tay (n=30)	p ^(*)
	TB±ĐLC	TB±ĐLC	TB±ĐLC	
Từ ĐM quay				
Đến cổng 1-2	13,03±3,41	12,27±2,79	12,65±3,08	0,419
Đến cổng 3-4	23,56±3,33	23,19±2,77	23,37±3,01	0,788
Từ ĐM trụ				
Đến cổng 6R	17,18±3,41	17,30±3,55	17,24±3,42	0,820
Đến cổng 6U	10,74±2,95	12,09±3,28	11,42±3,14	0,237

TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn, () kiểm định T hai mẫu phương sai đồng nhất*

Bảng 1 cho thấy khoảng cách trung bình từ ĐM quay đến cổng 1-2 và cổng 3-4 là 12,65 $\pm$ 3,08mm và 23,37 $\pm$ 3,01mm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 bên trái và phải ($p > 0,05$). Ngoài ra, khoảng cách từ ĐM trụ đến cổng 6R và 6U lần lượt là 17,24 $\pm$ 3,42mm và

11,42 $\pm$ 3,14mm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cổ tay bên trái so với bên phải ($p > 0,05$).

3.2. Khoảng cách từ các động mạch tới các cổng khác nhau theo giới tính

Bảng 2: Khoảng cách từ động mạch quay và động mạch trụ tới các cổng khác nhau theo giới tính

Khoảng cách (mm)	Nam (n=18)	Nữ (n=12)	Cả hai giới (n=30)	p(*)
	TB±ĐLC	TB±ĐLC	TB±ĐLC	
Từ ĐM quay				
Đến cổng 1-2	12,32 ± 3,51	13,15 ± 2,36	12,65 ± 3,08	0,582
Đến cổng 3-4	23,49 ± 3,64	23,20 ± 1,84	23,37 ± 3,01	0,612
Từ ĐM trụ				
Đến cổng 6R	16,80 ± 3,61	17,90 ± 3,15	17,24 ± 3,42	0,421
Đến cổng 6U	11,33 ± 3,04	11,55 ± 3,43	11,42 ± 3,14	0,767

TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn, () kiểm định T hai mẫu phương sai đồng nhất*

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về khoảng cách từ động mạch quay tới các cổng 1-2 và 3-4 theo giới tính ($p > 0,05$), tương tự, cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về khoảng cách từ động mạch trụ tới các cổng 6R và 6U theo giới tính ($p > 0,05$).

3.3. Đánh giá nguy cơ tổn thương mạch máu trong nội soi khớp cổ tay

• Kết quả cho thấy các động mạch quay và động mạch trụ có vị trí tương đối gần với các cổng nội soi thường được sử dụng trong phẫu thuật khớp cổ tay.

- Khoảng cách từ động mạch quay đến cổng 1-2 là khoảng 12,65 mm, cho thấy nguy cơ tiềm tàng khi đặt cổng này. Tương tự, cổng 6U cũng có nguy cơ cao vì khoảng cách từ động mạch trụ chỉ khoảng 11,42 mm.

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai bên tay cũng như giữa hai giới, cho thấy nguy cơ tổn thương mạch máu là tương đương ở cả nam và nữ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã trình bày các phép đo chi tiết về mối liên quan giữa các mạch máu chính vùng cổ tay tới các cổng nội soi lân cận. Các dữ liệu phân tích được trình bày trong các bảng 1, 2 cho thấy có một số phát hiện ảnh hưởng tới sự an toàn khi thiết lập cổng vào nội soi khớp cổ tay phía mu tay.

Các số liệu trong bảng 1 cho thấy khoảng cách trung bình từ động mạch quay đến các cổng 1-2 và 3-4 lần lượt là $12,65 \pm 3,08$ mm và $23,37 \pm 3,01$ mm. Sự khác biệt đáng kể này về khoảng cách ($p < 0,05$) cho thấy rằng cổng 1-2 nằm ở khu vực có nguy cơ cao hơn cho tổn thương động mạch quay so với cổng 3-4, nơi duy trì khoảng cách an toàn hơn. Phát hiện này hỗ trợ cho các quan sát ban đầu của Chen¹ về tầm quan trọng của việc thiết lập cổng cẩn thận, đặc biệt là ở mặt quay của cổ tay. Đối với động mạch trụ, các phép đo trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khoảng cách trung bình là $17,24 \pm 3,42$ mm đến cổng 6R và $11,42 \pm 3,14$ mm đến cổng 6U. Sự liên quan gần của cổng 6U với động mạch trụ cần được chú ý đặc biệt, như đã được nhấn mạnh bởi Mak và Ho trong các công bố của họ về các kỹ thuật mới trong phẫu thuật nội soi cổ tay.² Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu trước đó về nguy cơ tổn thương mạch máu trong phẫu thuật nội soi khớp cổ tay được đề cập bởi Longo và cộng sự.⁸ Các tác giả đã sử dụng hình ảnh cộng hưởng từ để đánh giá khoảng cách giữa các cổng nội soi với các cấu trúc thần kinh mạch máu và kết luận rằng cổng 1-2 và 6U có nguy cơ tổn thương cao nhất do khoảng cách gần với các bó mạch thần kinh.

Về nguy cơ giữa hai bên cổ tay và theo giới, bảng 1 và bảng 2 so sánh chi tiết khoảng cách giữa mạch máu tới các cổng nội soi theo các tiêu chí này, cho thấy phép đo rất nhất quán. Việc không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai bên và hai giới nam nữ ($p > 0,05$ cho tất cả các phép đo) cho thấy kỹ thuật thiết lập cổng tiêu chuẩn có thể áp dụng một cách an toàn với các nguy cơ tương tự nhau, không phụ thuộc vào vị trí cổ tay hay giới tính. Kết quả này phù

hợp với các quan sát của Giddins và cộng sự về lý thuyết thiết lập cổng an toàn.³ Một điều đặc biệt ở khoảng cách mạch máu tới cổng 6U, cho thấy khoảng cách trung bình là $10,74 \pm 2,95$ mm bên trái và $12,09 \pm 3,28$ mm bên phải ($p = 0,237$). Mặc dù không có ý nghĩa thống kê, sự biến đổi nhẹ này nên được xem xét khi phẫu thuật, đặc biệt là khi Leclercq và Mathoulin công bố về tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu đa trung tâm của họ.⁴ So sánh dựa trên giới tính được trình bày trong bảng 3 cũng có những chi tiết đáng lưu ý. Mặc dù có sự khác biệt về kích thước giải phẫu cổ tay giữa nam và nữ, khoảng cách tương đối từ các cấu trúc mạch máu tới vị trí các cổng vào nội soi vẫn giữ nguyên. Ví dụ, khoảng cách từ động mạch quay đến cổng 1-2 cho thấy sự biến đổi tối thiểu giữa nam giới ($12,32 \pm 3,51$ mm) và nữ giới ($13,15 \pm 2,36$ mm), $p = 0,582$. Sự nhất quán này hỗ trợ kết luận của Ahsan và Yao về độ tin cậy của các kỹ thuật đặt cổng tiêu chuẩn trên các quần thể bệnh nhân khác nhau.⁵ Các phép đo ở phía trụ cho thấy sự nhất quán tương tự giữa các giới tính, với cổng 6R duy trì khoảng cách trung bình là $16,80 \pm 3,61$ mm ở nam giới và $17,90 \pm 3,15$ mm ở nữ giới ($p = 0,421$). Dữ liệu này hỗ trợ các phát hiện của Shyamalan và cộng sự về độ tin cậy của các mốc giải phẫu cho việc thiết lập cổng vào khớp.⁶

Nghiên cứu của chúng tôi xác định hai khu vực có nguy cơ cao cần được chú ý: cổng 1-2 và cổng 6U. Với cổng 1-2, khoảng cách tối thiểu đến động mạch quay là 8.24 mm. Cổng 6U có khoảng cách tối thiểu đến động mạch trụ là 7.12 mm. Những khoảng cách nói lên các mạch máu tương ứng khá gần với các cổng tiêu chuẩn phía mu tay khi vào khớp cổ tay. Sự tương quan này được chú ý đặc biệt khi thiết lập cổng cũng như trong quá trình thao tác thực hiện kỹ thuật, phù hợp với những nhận xét về các biến chứng nội soi khớp cổ tay của Jung⁷ và cộng sự cũng như các khuyến nghị của Feitz⁹ và cộng sự về vấn đề này. Đồng thời, nghiên cứu cũng cho thấy cổng 3-4 có khoảng cách xa nhất tới các mạch máu lân cận và nên được xem xét là cổng vào khớp chính bởi tính an toàn của nó.

Nghiên cứu này có ý nghĩa lâm sàng nhất định. Việc xác định chính xác vị trí các cổng vào nội soi khớp là rất quan trọng để giảm thiểu nguy cơ tổn thương mạch máu và thần kinh. Việc xác định vị trí các cấu trúc mạch máu thần kinh bằng các kỹ thuật hình ảnh trước phẫu thuật như siêu âm Doppler giúp hỗ trợ trong việc lập kế hoạch phẫu thuật an toàn hơn. Ngoài ra, việc áp dụng phương pháp rạch da nhỏ, nông và

tách mô mềm cẩn thận cũng góp phần làm giảm nguy cơ tổn thương các cấu trúc quan trọng.

Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi cung cấp các đặc điểm về mối liên quan giải phẫu giữa các cổng vào nội soi khớp tới các mạch máu chính, một vấn đề khá quan trọng nhằm nâng cao độ an toàn của phẫu thuật nội soi khớp, vẫn còn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu được thực hiện trên xác do đó không thể phản ánh hoàn toàn tình trạng sinh lý và biến đổi giải phẫu ở cơ thể sống. Thứ hai, số lượng mẫu hạn chế có thể ảnh hưởng tới tính khái quát của kết quả. Cuối cùng, nghiên cứu không đánh giá được sự co giãn và thay đổi vị trí của các mạch máu trong quá trình phẫu thuật thực tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp thêm bằng chứng về nguy cơ tổn thương mạch máu trong phẫu thuật nội soi khớp cổ tay qua đường mu tay, đặc biệt là khi sử dụng các cổng 1-2 và 6U. Việc hiểu rõ mối quan hệ giải phẫu giữa các cổng nội soi và các cấu trúc mạch máu, cùng với việc áp dụng các kỹ thuật phẫu thuật cẩn thận, là cần thiết để giảm thiểu nguy cơ biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị. Các phép đo của chúng tôi trên 30 mẫu cổ tay đã cho thấy các mối quan hệ mạch máu nhất quán và đáng tin cậy giữa các giới tính và bên, đồng thời xác định các khu vực cụ thể cần chú ý cao hơn trong phẫu thuật nội

soi khớp cổ tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen YC.** Arthroscopy of the wrist and finger joints. *Orthop Clin North Am.* 1979;10(3):723-733.
2. **Mak CK, Ho PC.** Arthroscopic-assisted triangular fibrocartilage complex reconstruction. *Hand Clin.* 2017;33(3):625-637.
3. **Giddins G, Shewring D, Downing N.** Articular cartilage and soft tissue damage from radiofrequency thermal ablation wands at wrist arthroscopy. *J Hand Surg Eur Vol.* 2021;46(6):632-636.
4. **Leclercq C, Mathoulin C.** Complications of wrist arthroscopy: a multicenter study based on 10,107 arthroscopies. *J Wrist Surg.* 2016;5(4):320-326.
5. **Ahsan Z, Yao J.** Complications of wrist and hand arthroscopy. *Hand Clin.* 2017;33(4):685-692.
6. **Shyamalan G, Jordan R, Kimani P, Liverneaux P, Mathoulin C.** Assessment of the structures at risk during wrist arthroscopy: a cadaveric study and systematic review. *J Hand Surg Eur Vol.* 2016;41(8):852-858.
7. **Jung HS, Kim SH, Jung CW, et al.** Arthroscopic transosseous repair of foveal tears of the triangular fibrocartilage complex: a systematic review of clinical outcomes. *Arthroscopy.* 2021;37(5):1641-1650.
8. **Longo UG, Franceschi F, Ruzzini L, Rabitti C, Morini S, Denaro V.** Safety of the dorsal portals in wrist arthroscopy: an anatomical study. *J Bone Joint Surg Am.* 2008;90(5):986-991.
9. **Feitz R, Stip D, van der Oest M, Souer S, Hovius S, Selles R.** Prognostic factors in open triangular fibrocartilage complex repair. *J Hand Surg Glob Online.* 2021;3(3):176-181.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI

Nguyễn Đăng Khoa¹, Nguyễn Văn Hoá¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang năm 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang từ 2023-2024. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Đau hạ sườn phải là triệu chứng phổ biến nhất với 86,3%. Sốt gặp ở 52,9%. Túi mật to ở 58,8% bệnh nhân. Dấu Murphy dương tính tỷ lệ

chiếm 41,2% bệnh nhân. Sinh hoá: Amylase tăng >220 chiếm tỷ lệ 56,9%; Bạch cầu tăng chiếm tỷ lệ 54,95%, Urea tăng có 54,9%; SGPT 49% và SGOT tăng 45,1%. Siêu âm: Túi mật căng to là dấu hiệu phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 68,6%. Thành túi mật dày trên 3mm chiếm tỷ lệ 64,7% và thành túi mật mất liên tục chiếm tỷ lệ 11,8%. **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh nhân, viêm túi mật, sỏi túi mật.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARA CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS CAUSED BY STONES

Objective: The study has objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with acute cholecystitis due to stones treated by laparoscopic surgery at Hau Giang General Hospital in 2023. **Methods:** Retrospective descriptive study design on 51 patients diagnosed with acute cholecystitis due to stones and treated by laparoscopic

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Khoa

Email: 3353150061@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025