

nghiên cứu của Liu D. và cộng sự (2020) [5], sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu của tác giả khác so với nghiên cứu của chúng tôi.

Nồng độ trung bình HBcrAg và HBV-DNA ở nhóm bệnh nhân viêm gan B mạn có HBeAg(+) cao hơn ở nhóm bệnh nhân HBeAg(-), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($7,45 \pm 1,45 \log U/mL$; $5,89 \pm 2,47 \log_{10} IU/mL$ so với $3,49 \pm 1,22 \log U/mL$; $3,37 \pm 1,47 \log_{10} IU/mL$, $p < 0,001$). Kết quả HBV-DNA trung bình ở nhóm HBeAg(+) trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Yang N. và cộng sự (2018) ($5,16 \log_{10} IU/mL$) [6] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Hồng ($6,86 \pm 1,08 \log_{10} IU/mL$) [3]. Nồng độ HBcrAg trung bình ở nhóm HBeAg(+) trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Đình Vĩnh Phúc với kết quả HBcrAg trung bình ở nhóm bệnh nhân có HBeAg(+) và HBeAg(-) lần lượt là $6,0 \pm 1,15 \log U/mL$; $3,46 \pm 1,18 \log U/mL$ [2], tương đồng với nghiên cứu của Mai Thị Bích Chi (2023) với nồng độ HBcrAg trung bình ở nhóm HBeAg(+) và HBeAg(-) lần lượt là $5,5 \log U/mL$ và $3,2 \log U/mL$ [7]. Nồng độ HBcrAg và HBV-DNA ở nhóm HBeAg(+) cao hơn nhóm HBeAg(-), điều này lý giải là do sự giảm hoạt động và giảm sản xuất HBeAg của vi rút viêm gan siêu vi B sau khi xảy ra phản ứng chuyển đổi huyết thanh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân viêm gan B mạn thể HBeAg(+) là 26,0%, HBeAg(-) là 74,0%. Nhóm bệnh nhân HBeAg(+) có độ tuổi thấp hơn so với HBeAg(-) với $OR = 3,37$ ($p = 0,01$), chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình

trạng HBeAg theo giới tính, nơi cư trú và hoạt độ AST, ALT ($p > 0,05$). Nồng độ trung bình của HBcrAg và HBV-DNA ở nhóm bệnh nhân viêm gan B mạn có HBeAg(+) lần lượt là $7,45 \pm 1,45 \log U/mL$; $5,89 \pm 2,47 \log_{10} IU/mL$ cao hơn ở nhóm bệnh nhân có HBeAg(-) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cui F, Blach S, Manzengo Mingiedi C, Gonzalez M. A, Sabry Alaama A, Mozalevskis A, et al (2023), "Global reporting of progress towards elimination of hepatitis B and hepatitis C", *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 8(4), pp.332-342.
2. Lê Đình Vĩnh Phúc (2020), "Nghiên cứu một số đặc điểm kháng nguyên liên quan đến lối vi rút viêm gan B tại trung tâm MEDIC thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, 4(32), tr.80-85.
3. Nguyễn Thị Cẩm Hồng, Đỗ Hoàng Long, Lê Thị Hoàng Mỹ, Trịnh Thị Hồng Cua & Phan Hoàng Đạt (2022), "Nghiên cứu các dấu ấn huyết thanh nhiễm HBV, mối tương quan giữa nồng độ HBsAg và tải lượng vi rút ở bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2022", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 51, 205-212.
4. Lê Văn Nam (2021), "Nghiên cứu mối tương quan giữa tải lượng HBV DNA và hoạt độ enzym ALT ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2(500), tr.95-99.
5. Liu D, Xu T, Shi B, Lu W, et al (2020). "Clinical relevance of the in situ assay for HBV DNA: a cross-sectional study in patients with chronic hepatitis B", *J Clin Pathol*, 73(12), pp.813-818.
6. Yang N, Feng T, Zhou T, Li Z, et al (2018), "Relationship between serum quantitative HBsAg and HBV DNA levels in chronic hepatitis B patients", *J Med Virol*, 90(7), pp.1240-1245.
7. Mai Thị Bích Chi (2022), "Khảo sát nồng độ HBcrAg huyết thanh ở bệnh nhân viêm gan B mạn tại bệnh viện đại học y dược TPHCM", *Trường Đại học Y Dược TP.HCM*, tr.350-381.

GIẢI PHẪU MẠCH MÁU CHI DƯỚI TRÊN PHIM CẮT LỚP VI TÍNH: CÁC BIẾN THỂ VÀ ỨNG DỤNG TRONG TẠO HÌNH BẰNG VẬT XƯƠNG MÁC

Lê Ngọc Tuyền¹, Lại Bình Nguyên¹,
Phạm Nhật Quang¹, Nguyễn Quang Rực¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, vật xương mắc tự do đã trở thành một trong những chất liệu thường được sử dụng nhất trong tạo hình các tổn khuyết xương và

phần mềm. Vật xương mắc được nuôi dưỡng dựa trên động mạch mắc, nên sự hiểu biết kỹ lưỡng về giải phẫu mạch máu cũng như các biến đổi của nó là rất cần thiết. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu này được thực hiện trên 40 bệnh nhân được tạo hình vùng hàm mặt bằng vật xương mắc tự do từ tháng 5/2023 – 8/2024. Tuổi của bệnh nhân thay đổi từ 13 đến 72 tuổi, nam giới chiếm 55% và nữ giới chiếm 55%. Các thông số được ghi nhận trên phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu chi dưới trước mổ, bao gồm chiều dài xương mắc, các bất thường xương và mạch máu, chiều dài thân chày mắc, khẩu kính của thân

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Rực

Email: rucnguyen@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 13.5.2025

chày máu và khẩu kính của ĐM máu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là $43,12 \pm 17,10$ (thay đổi từ 13 đến 72). Không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nam và nữ ($p = 0,600$). Có thể thấy sự khác biệt về giới tính ở chỉ số chiều dài xương mác ($p < 0,0001$) và đường kính thân chày máu ($p = 0,012$). Không có sự khác biệt giữa 2 bên chân về chiều dài xương mác và các thông số liên quan đến mạch máu như là chiều dài và đường kính thân chày máu và đường kính ĐM máu. Tần suất gặp các bất thường mạch máu ở 2 bên chân là tương tự nhau, không có trường hợp nào có phân nhánh ĐM khoeo thuộc loại III-C là chống chỉ định tuyệt đối của lấy vạt xương mác. **Kết luận:** Chụp phim CLVT chi dưới có tiêm thuốc cản quang nên được chỉ định một cách thường quy trước khi bóc vạt xương mác, để phát hiện sớm các bất thường mạch máu có thể là chống chỉ định của phẫu thuật này.

Từ khóa: cắt lớp vi tính mạch máu, biến đổi giải phẫu hệ mạch chi dưới, vạt xương mác

SUMMARY

ANATOMY OF LOWER LIMB VASCULATURE: VARIANTS AND APPLICATION IN RECONSTRUCTION WITH FIBULA FLAP

Backgrounds: Currently, the free fibula flap has become one of the most commonly used materials in reconstructing bone and soft tissue defects. The fibula flap is nourished by the peroneal artery, so a thorough understanding of the vascular anatomy and its variants is important. **Patients and methods:** This study was conducted on 40 patients who underwent maxillofacial reconstruction with the free fibula flap from May 2023 to August 2024. The age of the patients ranged from 13 to 72 years old, with 55% of them being male and 55% being female. The parameters recorded on preoperative computed tomography angiography of the lower limbs included fibula length, bone and vascular abnormalities, length of truncus tibiofibularis, diameter of truncus tibiofibularis, and diameter of peroneal artery. **Results:** The mean age of the study cohort was $43,12 \pm 17,10$ (ranging from 13 to 72). There was no difference in mean age between men and women ($p = 0,600$). Gender differences were observed in fibula length ($p < 0,0001$) and diameter of truncus tibiofibularis ($p = 0,012$). There was no difference between the two legs in fibula length and vascular parameters such as length and diameter of truncus tibiofibularis and diameter of peroneal artery. The frequency of vascular abnormalities in the two legs was similar, and there was no case of type III-C branching, which is an absolute contraindication of fibula flap harvest. **Conclusion:** CT angiography of the lower limbs with contrast should be routinely performed before fibula flap harvest to detect early vascular abnormalities that may be contraindications of this technique. **Keywords:** computed tomography angiography, anatomical variants of lower limb vasculature, fibula flap

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, vạt xương mác tự do đã trở thành một trong những chất liệu thường được sử dụng

nhất trong tạo hình các tổn khuyết xương và phần mềm. Vạt xương mác được nuôi dưỡng dựa trên động mạch (ĐM) mác, nên sự hiểu biết kỹ lưỡng về giải phẫu mạch máu cũng như các biến đổi của nó là rất cần thiết¹.

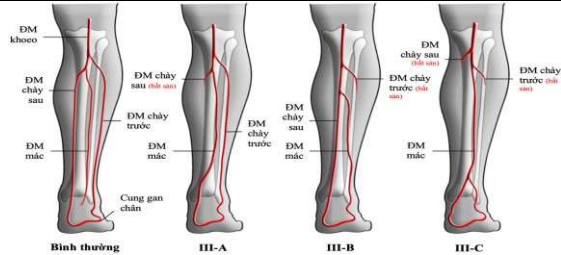
Về giải phẫu thông thường, ĐM mác được mô tả là tách ra từ thân chày máu sau khi tách ra ĐM chày trước². Ở đầu nguyên uỷ, ĐM mác có khẩu kính tương đương với ĐM chày sau, nhưng thường giảm kích thước đáng kể khi đi xuống, và tận cùng ở trên khớp cổ chân. Vì vậy, bàn chân thường sẽ chủ yếu được cấp máu bởi các nhánh ĐM xuất phát từ ĐM chày trước và ĐM chày sau. Tuy nhiên, ĐM mác cũng thường đóng góp tối thiểu thông qua các nhánh xuyên kết nối với các nhánh của 2 ĐM này³. Những nhánh này đóng vai trò quan trọng trong việc cấp máu cho bàn chân trong trường hợp các ĐM chày bị hẹp, thiếu sản hoặc bất sản⁴.

Một số biến đổi giải phẫu của mạch máu chi dưới sẽ không cho phép lấy vạt xương mác để đảm bảo cấp máu cho bàn chân. Vì vậy, các phẫu thuật viên vi phẫu thường sử dụng hệ thống phân loại các bất thường mạch máu chi dưới của Kim và cộng sự⁵ (Bảng 1). Phân loại này chia nhóm cho các trường hợp thiếu sản hoặc bất sản ĐM chày cùng với sự thay đổi cấp máu cho bàn chân (Hình 1), khi đó ĐM mác thường đóng vai trò quan trọng trong việc cấp máu cho bàn chân (được gọi là ĐM mác ưu thế). Mặc dù không gây ảnh hưởng đến bàn chân ở người bình thường, nhưng những trường hợp này có thể là chống chỉ định của lấy vạt xương mác, hoặc sẽ gây tổn thương lớn tại nơi cho vạt do thiếu máu và thậm chí là hoại tử chi¹.

Bảng 1. Phân loại của Kim và cộng sự về các biến đổi phân nhánh từ ĐM khoeo⁵

Loại I Phân nhánh ở vị trí bình thường (trước bờ dưới cơ khoeo)	
IA	ĐM khoeo chia thành ĐM chày trước và thân chày máu (sau đó chia thành ĐM chày sau và ĐM mác)
IB	ĐM khoeo chia ba thành ĐM chày trước, ĐM chày sau và ĐM mác
IC	ĐM khoeo chia thành ĐM chày sau và thân chày máu trước (sau đó chia thành ĐM chày trước và ĐM mác)
Loại II Phân nhánh cao (ngang hoặc trên khớp gối)	
IIA	ĐM chày trước xuất phát ở ngang hoặc trên khớp gối
IIB	ĐM chày sau xuất phát ở ngang hoặc trên khớp gối
IIC	ĐM mác xuất phát ở ngang hoặc trên khớp gối

Loại	Các nhánh thiếu sản hoặc bất sản kèm theo thay đổi cấp máu ngoại vi
IIIA	Thiếu sản/bất sản ĐM chày sau
IIIB	Thiếu sản/bất sản ĐM chày trước
IIIC	Thiếu sản/bất sản cả 2 ĐM chày



Hình 1. Hình ảnh minh họa phân nhánh ĐM khoeo bình thường và ĐM mạc ưu thế theo Kim-Lippert

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 5/2023 – 8/2024 tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội, chúng tôi thực hiện phẫu thuật tạo hình vùng hàm mặt bằng vật xương mạc tự do trên 40 bệnh nhân. Trước mổ, tất cả bệnh nhân đều được chụp phim cắt lớp vi tính (CLVT) có tiêm thuốc cản quang để đánh giá hệ mạch máu chi

Bảng 1. Các thông số về xương mạc và mạch máu trên phim chụp CLVT mạch máu dựa theo tuổi

Thông số	Giới	n=40 bệnh nhân	n=80 chi dưới	p
Tuổi (năm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Nam	22 (55%)	41,82 $\pm$ 17,57	0,600
	Nữ	18 (45%)	44,72 $\pm$ 16,86	
Cân nặng (kg), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Nam	22 (55%)	60,23 $\pm$ 11,94	0,001
	Nữ	18 (45%)	48,94 $\pm$ 6,86	
Chiều cao (cm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Nam	22 (55%)	167,86 $\pm$ 9,43	<0,0001
	Nữ	18 (45%)	153,17 $\pm$ 14,17	
BMI (kg/m ²), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Nam	22 (55%)	21,59 $\pm$ 3,29	0,113
	Nữ	18 (45%)	20,14 $\pm$ 2,12	
Chiều dài xương mạc (mm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Nam	22 (55%)	353,23 $\pm$ 20,15	<0,0001
	Nữ	18 (45%)	329,35 $\pm$ 12,38	
Chiều dài thân chày mạc (mm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Nam	22 (55%)	26,95 $\pm$ 11,03	0,472
	Nữ	18 (45%)	25,16 $\pm$ 9,69	
Đường kính thân chày mạc (mm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Nam	22 (55%)	3,71 $\pm$ 0,70	0,012
	Nữ	18 (45%)	3,27 $\pm$ 0,75	
Đường kính ĐM mạc (mm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Nam	22 (55%)	2,56 $\pm$ 0,53	0,683
	Nữ	18 (45%)	2,50 $\pm$ 0,75	

Có 80 chân được đánh giá trên phim chụp CLVT mạch máu. Các thông số về xương và mạch máu của mỗi chân được tổng hợp trong Bảng 2. Không có sự khác biệt giữa 2 bên chân về chiều dài xương mạc và các thông số liên quan đến mạch máu như là chiều dài và đường kính thân chày mạc và đường kính ĐM mạc. Tần suất gặp các bất thường mạch máu ở 2 bên chân là tương tự nhau (Bảng 3), không có trường hợp

dưới. Mỗi bệnh nhân đều được chụp phim 2 chân đồng thời với độ dày lát cắt < 1,5 mm từ vùng đùi đến hết bàn chân.

Dựa trên dữ liệu lát cắt axial thu được, chúng tôi dựng hình ba chiều và sử dụng kỹ thuật tái tạo tương phản tối đa (MIP), từ đó xác định được chính xác các bất thường về mạch máu, cũng như đo được chiều dài và khẩu kính các mạch máu. Các thông số được ghi nhận trên mỗi chân bao gồm: chiều dài xương mạc, các bất thường xương và mạch máu, chiều dài thân chày mạc, khẩu kính của thân chày mạc và khẩu kính của ĐM mạc.

Số liệu được chúng tôi nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu bao gồm 40 bệnh nhân, bao gồm 22 nam (chiếm 55%) và 18 nữ (chiếm 45%), với tuổi trung bình là 43,12 $\pm$ 17,10 (thay đổi từ 13 đến 72). Không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nam và nữ ($p = 0,600$). Có thể thấy sự khác biệt về giới tính ở chỉ số chiều dài xương mạc ($p < 0,0001$) và đường kính thân chày mạc ($p = 0,012$). Các thông số chi tiết được tổng hợp trong Bảng 1.

nào có phân nhánh ĐM khoeo thuộc loại III-C là chống chỉ định tuyệt đối của lấy vật xương mạc. Có 4 bệnh nhân có thiếu sản 1 ĐM chày ở cả 2 bên (gồm 3 bệnh nhân có 2 chân đều thuộc loại III-A và 1 bệnh nhân có 2 chân đều thuộc loại III-B), nhưng trong quá trình theo dõi trong và sau mổ chúng tôi không phát hiện các triệu chứng thiếu máu chi dưới cũng như các biến chứng có liên quan khác. Ngoài ra, trên phim

chụp CLVT mạch máu cũng có thể xác định được vị trí và kích thước của các mạch xuyên da phù

hợp để thiết kế vị trí các đảo da được lấy cùng với vật xương mác.

Bảng 2. Các thông số của xương mác và mạch máu trên mỗi chân

n=80		Chân trái (n=40)	Chân phải (n=40)	p	Tổng
Chiều dài xương mác (mm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn		343,20 $\pm$ 20,78	341,78 $\pm$ 21,02	0,063	80
Bất thường xương		0	0	-	0
Phân nhánh ĐM khoeo	Bình thường (I-A đến II-C)	35	35	-	70
	Thiếu sản ATA (III-A)	4	4	-	8
	Thiếu sản PTA (III-B)	1	1	-	2
Chiều dài thân chày mác (mm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn		24,55 $\pm$ 10,64	27,87 $\pm$ 10,48	0,104	72
Đường kính thân chày mác (mm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn		3,46 $\pm$ 0,71	3,57 $\pm$ 0,75	0,131	72
Đường kính ĐM mác (mm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn		2,47 $\pm$ 0,46	2,60 $\pm$ 0,78	0,129	80

Bảng 3. Phân nhánh ĐM khoeo theo phân loại của Kim và cộng sự⁶

Loại, n (%)	Chân trái (n=40)	Chân phải (n=40)	Tổng (n=80)
I-A	33 (82,5)	35 (87,5)	68 (85)
I-B	-	-	-
I-C	-	-	-
II-A	-	-	-
II-B	2 (5,0)	-	2 (2,5)
II-C	-	-	-
III-A	4 (10,0)	4 (10,0)	8 (10,0)
III-B	1 (2,5)	1 (2,5)	2 (2,5)
III-C	-	-	-

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu gồm 80 chân của chúng tôi, phần lớn hệ mạch máu thuộc các nhóm bình thường, bao gồm loại I-A: chiếm 85,0% (n = 68) và loại II-B: chiếm 2,5% (n = 2) theo phân loại Kim – Lippert. Còn lại là 10 trường hợp (chiếm 12,5%) thuộc nhóm biến thể ĐM mác ưu thế (loại III-A: 8 và III-B: 2), không có trường hợp nào thuộc loại III-C (ĐM mác là mạch máu nuôi dưỡng chính của chi dưới và bàn chân). Kết quả này khá tương đồng với các báo cáo khác trong y văn^{2,6}.

Trước khi lấy vật xương mác, việc phát hiện các bất thường mạch máu là rất cần thiết để phòng ngừa biến chứng thiếu máu chi dưới và bàn chân nghiêm trọng. Tuy nhiên, khác với cẳng tay là có thể đánh giá tương đối chính xác vòng nối giữa ĐM quay và ĐM trụ bằng thử nghiệm Allen, các bất thường giải phẫu của chi dưới như loại III-A-C thường khó phát hiện trên khám lâm sàng thông thường². Với loại III-A và III-B, nguồn cấp máu cho bàn chân được chia sẻ giữa ĐM mác với ĐM chày không thiếu sản, và khẩu kính của ĐM mác thường lớn hơn. Tuy

nhiên, theo chúng tôi thì đây không phải là một chống chỉ định tuyệt đối của việc lấy vật xương mác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân có thiếu sản 1 ĐM chày ở cả 2 bên (gồm 3 bệnh nhân có 2 chân đều thuộc loại III-A và 1 bệnh nhân có 2 chân đều thuộc loại III-B), nhưng trong quá trình theo dõi trong và sau mổ chúng tôi không phát hiện các triệu chứng thiếu máu chi dưới cũng như các biến chứng có liên quan khác.

Việc chỉ định chụp phim mạch máu trước khi bóc vật xương mác cho tất cả bệnh nhân vẫn còn gây tranh cãi. Ví dụ, một số tác giả chỉ khuyến cáo chụp phim cho những bệnh nhân có mạch đập bất thường trên lâm sàng, có tiền sử bệnh mạch máu ngoại vi hoặc chấn thương chân, vì tần suất phải thay đổi kết hoạch phẫu thuật vì các biến đổi giải phẫu mạch máu phát hiện trên phim chụp thấp (2-5%)⁷. Ngược lại, các tác giả khác cho rằng những rủi ro tiềm tàng liên quan đến hoại tử chi là đủ lớn để bắt buộc chỉ định chụp phim mạch máu trước mổ cho tất cả bệnh nhân lấy vật xương mác. Chunyue Ma và cộng sự đã khuyến cáo chỉ định CLVT có tiêm thuốc cản quang một cách thường quy trước khi bóc vật xương mác vì có những bất thường mạch máu không được phát hiện bởi Doppler màu và các phương pháp khám lâm sàng⁸. Ngoài ra, cùng với sự phát triển của lên kế hoạch phẫu thuật ảo trên máy tính, việc chụp phim CLVT cẳng chân cũng là cần thiết để lấy dữ liệu cho phần mềm chuyên dụng. Vì vậy, việc chụp phim CLVT cẳng chân có tiêm thuốc cản quang trước mổ đã trở thành thường quy tại cơ sở của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Chụp phim CLVT chi dưới có tiêm thuốc cản quang nên được chỉ định một cách thường quy

trước khi bóc vạt xương mác, để phát hiện sớm các bất thường mạch máu có thể là chống chỉ định của phẫu thuật này. Ngoài ra, phim chụp này cũng có thể giúp phát hiện vị trí các mạch xuyên nuôi da để thiết kế các đảo da phù hợp có thể lấy cùng vạt xương mác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abou-Foul AK, Borumandi F.** Anatomical variants of lower limb vasculature and implications for free fibula flap: Systematic review and critical analysis. *Microsurgery*. 2016;36(2): 165-172. doi:10.1002/micr.30016
2. **Knitschke M, Baumgart AK, Bäcker C, et al.** Computed Tomography Angiography (CTA) before Reconstructive Jaw Surgery Using Fibula Free Flap: Retrospective Analysis of Vascular Architecture. *Diagn Basel Switz*. 2021;11(10): 1865. doi:10.3390/diagnostics11101865
3. **Mauro MA, Jaques PF, Moore M.** The popliteal artery and its branches: embryologic basis of normal and variant anatomy. *AJR Am J Roentgenol*. 1988;150(2): 435-437. doi:10.2214/ajr.150.2.435
4. **Futran ND, Stack BC, Payne LP.** Use of color Doppler flow imaging for preoperative assessment in fibular osteoseptocutaneous free tissue transfer. *Otolaryngol-Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg*. 1997;117(6): 660-663. doi:10.1016/S0194-59989770049-4
5. **Kim D, Orron DE, Skillman JJ.** Surgical significance of popliteal arterial variants. A unified angiographic classification. *Ann Surg*. 1989;210(6): 776-781. doi:10.1097/0000658-198912000-00014
6. **Yanik B, Bulbul E, Demirpolat G.** Variations of the popliteal artery branching with multidetector CT angiography. *Surg Radiol Anat SRA*. 2015; 37(3):223-230. doi:10.1007/s00276-014-1346-y
7. **Golas AR, Levine JP, Ream J, Rodriguez ED.** Aberrant Lower Extremity Arterial Anatomy in Microvascular Free Fibula Flap Candidates: Management Algorithm and Case Presentations. *J Craniofac Surg*. 2016;27(8):2134-2137. doi:10.1097/SCS.0000000000003220
8. **Ma C, Wang L, Tian Z, et al.** Standardize routine angiography assessment of leg vasculatures before fibular flap harvest: lessons of congenital and acquired vascular anomalies undetected by color Doppler and physical examinations. *Acta Radiol Stockh Swed* 1987. 2021;62(12): 1716-1725. doi:10.1177/0284185120980001

TỶ LỆ MẮC BỆNH QUA NỘI SOI TIÊU HOÁ THEO ICD-10 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC BUÔN MA THUẬT, GIAI ĐOẠN 2022-2024

Nguyễn Đức Vượng¹, Nguyễn Ngọc Như Khuê¹,
Ngân Thị Hoài Thu¹, Trần Đình Hiệp²

TÓM TẮT

Nghiên cứu 23.562 hồ sơ nội soi tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Dược Buôn Ma Thuột (2022 - 2024) cho thấy tỷ lệ mắc bệnh lý tiêu hóa cao. GERD và viêm dạ dày-tá tràng là hai bệnh lý phổ biến nhất, lần lượt chiếm 85,1% và 73,1%. Nam giới có tỷ lệ mắc polyp đại tràng và loét dạ dày cao hơn, trong khi nữ giới dễ mắc GERD. Tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo độ tuổi, đặc biệt ở nhóm trên 60 tuổi (65%). Nghiên cứu khuyến nghị tăng cường tầm soát bệnh lý tiêu hóa, nhất là ở người trên 40 tuổi.

Từ khóa: ICD-10, Nội soi tiêu hóa, Trường Đại học Y Dược Buôn Ma Thuột

SUMMARY

PREVALENCE OF GASTROINTESTINAL DISEASES DIAGNOSED VIA ENDOSCOPY ACCORDING TO ICD-10 CLASSIFICATION AT

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Buôn Ma Thuột

²Trường Đại học Y Dược Buôn Ma Thuột

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Vượng

Email: dr.nguyenducvuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025

BUON MA THUOT UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL, 2022–2024

A study of 23,562 gastrointestinal endoscopy records at Buon Ma Thuot University of Medicine and Pharmacy Hospital (2022–2024) revealed a high prevalence of gastrointestinal disorders. GERD and gastric-duodenal inflammation were the most common conditions, comprising 85.1% and 73.1% of cases, respectively. Men had a higher prevalence of colon polyps and gastric ulcers, while women were more likely to suffer from GERD. The incidence of these conditions increased with age, particularly in individuals over 60, where the prevalence reached 65%. The study recommends enhanced screening for gastrointestinal disorders, particularly in individuals over 40 years old. **Keywords:** ICD-10, Gastrointestinal endoscopy, BUH

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tiêu hóa đang có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây và trở thành một trong những nguyên nhân phổ biến khiến bệnh nhân đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế. Trên thế giới, các nghiên cứu cũng ghi nhận xu hướng gia tăng của bệnh lý tiêu hóa. Tỷ lệ mắc bệnh trào ngược dạ dày-thực quản (GERD) tại các quốc gia phát triển dao động từ 10-20% dân