

- Management Of Chronic Kidney Disease, pp. doi:http://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018.
- Mallamaci F., Tripepi G.** (2024), Risk Factors of Chronic Kidney Disease Progression: Between Old and New Concepts, *J Clin Med*, 13 (3), pp. doi:http://doi.org/10.3390/jcm13030678.
 - Nguyễn Thanh Đạt, Nguyễn Trung Kiên, Đoàn Thị Kim Châu, Thanh Diệp Hà Trúc** (2025), Tỷ lệ non-albumin niệu, một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị bằng phối hợp thuốc Dapagliflozin ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 85 pp. 36-42. doi:http://doi.org/10.58490/ctump. 2025i85.3583.
 - Tangri Navdeep, Peach Emily J., Franzén Stefan, Barone Salvatore** (2023), Patient Management and Clinical Outcomes Associated with a Recorded Diagnosis of Stage 3 Chronic Kidney Disease: The REVEAL-CKD Study, *Advances in Therapy*, 40 (6), pp. 2869-2885. doi:http://doi.org/10.1007/s12325-023-02482-5.
 - Vo N. H., Pham B. V., Nguyen N. N., Nguyen B. T.** (2025), A Predictive Nomogram for Selective Screening of Chronic Kidney Disease: A Population-Based Study, *Can J Kidney Health Dis*, 12 pp. 20543581241309979. doi:http://doi.org/10.1177/20543581241309979.

CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG ĐỘNG MẠCH ĐÙI: HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lâm Văn Nút³, Nguyễn Hoài Nam^{1,2}, Nguyễn Thành Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương và đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa ở bệnh nhân chấn thương, vết thương động mạch đùi tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 73 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị chấn thương, vết thương động mạch đùi tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2022 đến 06/2025. Các thông tin được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, vị trí tổn thương, hình thái tổn thương động mạch đùi, phương pháp điều trị và kết cục sau phẫu thuật (bảo tồn chi, tử vong, biến chứng). **Kết quả:** Đa số bệnh nhân là nam giới trong độ tuổi lao động, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân nhập viện trễ sau 24h (20,6%) cũng như được phẫu thuật mạch máu tại tuyến cơ sở nhưng đều thất bại (6,9%). Vị trí tổn thương phổ biến nhất là động mạch đùi nông (76,7%), kể đến là động mạch đùi chung (16,4%). Hình thái tổn thương chủ yếu là đụng dập (57,5%) và đứt rời (26,0%). Các phương pháp điều trị gồm khâu tận-tận, ghép tĩnh mạch tự thân hoặc ống ghép, thắt động mạch hoặc can thiệp nội mạch. Tỷ lệ biến chứng toàn thân và biến chứng ngoại khoa đều là 12,3%. Tỷ lệ cắt cụt chi chung là 18,8%, trong đó cắt cụt thứ cấp chiếm 1,64%. Tử vong sau mổ là 2,74%. Điểm MESS ≥ 8 cho giá trị tiên lượng cao trong dự đoán cắt cụt chi. **Kết luận:** Chấn thương động mạch đùi thường có tổn thương phối hợp phức tạp, cần được xử trí tái thông mạch máu kịp thời. Việc đánh giá đúng hình thái tổn thương và lựa chọn phương pháp điều trị

phù hợp đóng vai trò quan trọng trong cải thiện kết cục lâm sàng. **Từ khóa:** chấn thương, vết thương, động mạch đùi, can thiệp ngoại khoa

SUMMARY

FEMORAL ARTERY INJURIES: PATTERNS AND SURGICAL OUTCOMES AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics, injury patterns, and surgical outcomes of patients with femoral artery trauma treated at Cho Ray Hospital. **Materials and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 73 patients diagnosed and surgically treated for femoral artery injuries at Cho Ray Hospital from January 2022 to June 2025. Data collected included clinical presentation, injury location, arterial injury morphology, treatment methods, and postoperative outcomes (limb salvage, mortality, complications). **Results:** Most patients were males of working age, with road traffic accidents being the predominant cause. A significant proportion presented late (>24 hours) (20.6%) or underwent prior failed vascular surgery at local hospitals (6.9%). The most commonly injured vessel was the superficial femoral artery (76.7%), followed by the common femoral artery (16.4%). Blunt trauma was the leading mechanism (57.5%), with complete transection seen in 26.0%. Surgical techniques included end-to-end anastomosis, autologous vein or synthetic graft interposition, arterial ligation, and endovascular repair. Both systemic and local complication rates were 12.3%. The overall amputation rate was 18.8%, with secondary amputations accounting for 1.64%. Postoperative mortality was 2.74%. A Mangled Extremity Severity Score (MESS) ≥ 8 showed high predictive value for amputation risk. **Conclusion:** Femoral artery trauma often presents with complex associated injuries and requires timely surgical revascularization. Accurate assessment of injury morphology and appropriate treatment selection play a crucial role in improving clinical outcomes.

¹Bệnh viện Quốc tế Minh Anh, Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

Keywords: Trauma, femoral artery, vascular injury, surgical repair

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương và vết thương động mạch đùi là tình trạng cấp cứu ngoại khoa nghiêm trọng, thường gặp tại các trung tâm chấn thương lớn, đòi hỏi phải xử trí nhanh chóng và chính xác nhằm bảo tồn chi và cứu sống bệnh nhân. Tại Việt Nam, số ca mắc loại tổn thương này đang ngày càng gia tăng, đặc biệt do tai nạn giao thông – nguyên nhân phổ biến hơn nhiều so với các quốc gia phát triển, nơi cơ chế chấn thương chủ yếu là do hỏa khí hoặc dao đâm¹. Sự khác biệt này dẫn đến thay đổi đáng kể về hình thái tổn thương, mức độ tổn thương phần mềm, xương kèm theo cũng như diễn tiến lâm sàng, đòi hỏi phải có chiến lược điều trị phù hợp với thực tế trong nước.

Tuy nhiên, công tác xử trí chấn thương mạch máu tại Việt Nam, đặc biệt ở tuyến cơ sở, còn gặp nhiều khó khăn. Nguyên nhân chủ yếu là do thiếu phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại, hạn chế về trang thiết bị mổ mạch máu và sự thiếu hụt bác sĩ được đào tạo chuyên sâu. Nhiều trường hợp bị xử trí ban đầu không đúng cách hoặc chậm trễ chuyển viện, làm tăng nguy cơ hoại tử, cắt cụt chi, thậm chí tử vong.

Hiện nay, chưa có một quy trình chuẩn hóa toàn diện cho việc tiếp cận và điều trị chấn thương động mạch chi dưới. Phác đồ điều trị chủ yếu dựa vào kinh nghiệm cá nhân bác sĩ, dẫn đến sự khác biệt trong kết quả giữa các cơ sở. Do đó, nghiên cứu các đặc điểm tổn thương và hiệu quả điều trị tại bệnh viện tuyến cuối như Chợ Rẫy nhằm xây dựng cơ sở dữ liệu và hướng dẫn phù hợp với điều kiện thực tiễn trong nước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên các bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương hoặc vết thương động mạch đùi và được điều trị bằng can thiệp ngoại khoa tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2025. Tiêu chuẩn chọn bệnh bao gồm bệnh nhân có chẩn đoán xác định tổn thương động mạch đùi, được phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch. Tiêu chuẩn loại trừ gồm bệnh nhân có tổn thương phối hợp động mạch khoeo hoặc dưới gối, tổn thương động mạch chậu, động mạch chủ bụng, tĩnh mạch chủ dưới và hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu cần thiết.

Thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm: đặc điểm hành chính (tuổi, giới, nguyên nhân và cơ chế chấn thương), xử trí ban

đầu (phẫu thuật tuyến dưới, thời gian đến viện), lâm sàng và cận lâm sàng (dấu hiệu tổn thương mạch, MESS, tổn thương đi kèm), đặc điểm tổn thương và phương pháp điều trị, cũng như các kết cục như cắt cụt chi, tử vong, biến chứng toàn thân và tại chỗ.

Số liệu được nhập liệu theo mẫu thống nhất và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng trình bày bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn, biến định tính trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Kiểm định thống kê được áp dụng với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 73 bệnh nhân chấn thương, vết thương động mạch đùi được điều trị ngoại khoa tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Nam giới chiếm đa số (86,3%), tuổi trung bình $36,0 \pm 13,8$ tuổi, chủ yếu trong độ tuổi lao động (30–50 tuổi: 52%). Tai nạn giao thông là nguyên nhân phổ biến nhất (58,9%), kể đến là tấn công/tự gây thương tích (20,6%), tai nạn lao động (15,1%) và sinh hoạt (5,5%). Cơ chế chấn thương kín chiếm 64,4%; xuyên thấu chiếm 35,6%.

35,6% bệnh nhân không được sơ cứu trước nhập viện; 6,9% đã phẫu thuật mạch máu tuyến trước nhưng đều thất bại. Có 20,6% nhập viện sau 24 giờ chấn thương. Đa số bệnh nhân không sốc (63%), tuy nhiên vẫn ghi nhận sốc nhẹ (21,9%), vừa (6,8%) và nặng (8,3%). Thiếu máu chi cấp gặp ở 82,2%; chảy máu 30,1%. Nhóm dấu hiệu “cứng” chiếm 86,3%; dấu hiệu “mềm” chiếm 9,6%.

Tổn thương phối hợp xương hoặc mô mềm ghi nhận ở 91,8%, trong đó 32,9% là đa chấn thương. Gãy xương đùi và vết thương xuyên thấu chiếm tỷ lệ cao nhất (32,9%). Mức độ tổn thương trung bình chiếm 61,6%. MESS ≥ 8 điểm chiếm 27,4%. Có 17 ca (23,3%) hội chứng chèn ép khoang cẳng chân, 52 ca (71,2%) được rạch giải áp, đa số thực hiện trước tái thông.

Động mạch đùi nông là vị trí tổn thương phổ biến nhất (76,8%), tiếp theo là động mạch đùi chung (16,4%). Hình thái tổn thương chủ yếu là đụng dập (57,5%), đứt rời (26,0%). Tái thông mạch máu được thực hiện ở 83,6% trường hợp, chủ yếu là nối tận–tận (54,8%), ghép tĩnh mạch (13,7%) và các kỹ thuật khác. Có 12 ca được chỉ định cắt cụt ngay do mô hoại tử không phục hồi sau thám sát.

Tổn thương tĩnh mạch phối hợp chiếm 34,3%, thần kinh kết hợp 8,2%. Tổn thương tĩnh mạch chủ yếu xử lý bằng nối tận–tận (38,7%) và khâu thành bên (35,5%). Tỷ lệ mạch ngoại vi bắt được sau tái thông là 91,8%.

Tỷ lệ biến chứng toàn thân và ngoại khoa đều là 12,3%. Biến chứng thường gặp gồm suy thận cấp (9,6%), chảy máu sau mổ (6,9%). Tử vong sau mổ ghi nhận 2 trường hợp (2,7%). Thời gian nằm viện trung bình $6,19 \pm 5,35$ ngày. Tỷ lệ cắt cụt chi là 17,8%, liên quan rõ rệt với MESS > 7 điểm ($p < 0,001$) và tổn thương xương-mô mềm nặng ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Những số liệu trên phản ánh đặc điểm dịch tễ học đặc trưng tại Việt Nam, nơi nam giới trong độ tuổi lao động có nguy cơ chấn thương cao do thường xuyên tiếp xúc với tai nạn giao thông và lao động nặng. Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu gây tổn thương động mạch, phù hợp với báo cáo của Hoàng Công Anh(2021)². Trong khi đó, các nghiên cứu quốc tế như Kim et al. (2024)¹ lại ghi nhận cơ chế xuyên thấu (dao đâm, đạn bắn) là nguyên nhân chủ yếu, phản ánh sự khác biệt rõ rệt về bối cảnh xã hội và mô hình chấn thương giữa các quốc gia.

Công tác xử trí ban đầu tổn thương mạch máu tại Việt Nam còn nhiều hạn chế. Trong nghiên cứu này, có tới 35,6% bệnh nhân không được sơ cứu trước khi đến viện, và chỉ 6,85% được can thiệp phẫu thuật mạch máu tại tuyến trước – tuy nhiên tất cả các ca này đều thất bại, trong đó có trường hợp đến nơi trong tình trạng hoại tử chi, buộc phải đoạn chi. Ngoài ra, 20,6% bệnh nhân đến viện sau 24 giờ kể từ thời điểm chấn thương, chủ yếu do bỏ sót tổn thương mạch máu (như giả hình, tắc mạch diễn tiến âm thầm), phẫu thuật không hiệu quả tại tuyến dưới, cần ưu tiên xử trí đa chấn thương, hoặc do hệ thống chuyển viện chưa hiệu quả. Những con số này phản ánh sự thiếu hụt quy trình chuẩn và năng lực chuyên môn trong xử trí chấn thương mạch máu ở tuyến cơ sở – một thách thức lớn trong việc tối ưu hóa kết quả điều trị và bảo tồn chi thể.

Trong chẩn đoán tổn thương động mạch ngoại biên do chấn thương, đánh giá lâm sàng đóng vai trò then chốt, đặc biệt trong giai đoạn tiếp nhận ban đầu. Trước đây, hệ thống 6P kinh điển (pain, pallor, pulselessness, paresthesia, paralysis, poikilothermia) thường được sử dụng để nhận diện thiếu máu chi cấp. Tuy nhiên, hệ thống này chủ yếu tập trung vào biểu hiện thiếu máu mà không bao quát đầy đủ các dấu hiệu chảy máu ngoài – vốn cũng là đặc điểm quan trọng của tổn thương mạch máu. Gần đây, nhiều khuyến cáo quốc tế như AAST (American Association for the Surgery of Trauma-World Society of Emergency Surgery of Trauma) và

EAST(Eastern Association for the Surgery of Trauma) đã khuyến nghị sử dụng hệ thống phân loại "hard signs" và "soft signs" nhờ tính toàn diện và khả năng định hướng xử trí rõ ràng^{3,4}. "Hard signs" (như mất mạch, chảy máu phun thành tia, âm thổi tại chỗ tổn thương...) là chỉ định phẫu thuật cấp cứu, trong khi "soft signs" (như khối máu tụ nhỏ, tiền sử xuất huyết, ABI < 0,9...) đòi hỏi thêm chẩn đoán hình ảnh trước can thiệp. Việc áp dụng hệ thống này giúp tăng độ nhạy phát hiện tổn thương mạch máu, giảm nguy cơ bỏ sót trong thực hành lâm sàng, đặc biệt hữu ích tại các cơ sở tuyến đầu còn hạn chế về phương tiện chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu. Trong nghiên cứu chúng tôi, đa số bệnh nhân đến viện có triệu chứng lâm sàng rõ rệt của tổn thương mạch máu chi dưới.

4.2. Hình thái tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương phổ biến nhất là động mạch đùi nông (76,71%). Điều này tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới về tổn thương động mạch đùi. Động mạch đùi nông nằm ở mặt trước trong đùi, sau tam giác Scarpa và chạy theo trục dọc tương đối nông, chỉ được che phủ bởi mạc đùi và một lớp mô mềm mỏng. Khác với động mạch đùi sâu (nằm sâu trong cơ) hay động mạch đùi chung (chạy đoạn ngắn dưới dây chằng bẹn), động mạch đùi nông có đoạn dài và ít được bảo vệ bởi cơ hoặc xương, dễ bị tổn thương khi có lực tác động trực tiếp vùng đùi, đặc biệt là tổn thương xuyên thấu (dao đâm, vật sắc nhọn...). Đây là nguyên nhân giải thích vì sao động mạch đùi nông là vị trí tổn thương phổ biến nhất trong các nghiên cứu hiện nay. Tổn thương chủ yếu có hình thái đụn dập (57,53%), thường do cơ chế chấn thương kín, trong khi đứt rời chiếm 26,03%, phản ánh đặc điểm cơ chế chấn thương tại Việt Nam, chủ yếu là tai nạn giao thông năng lượng cao.

Trong nghiên cứu này, 91,8% bệnh nhân có tổn thương xương hoặc mô mềm phối hợp, phổ biến nhất là gãy thân xương đùi (32,9%) và vết thương xuyên thấu (32,9%). Tỷ lệ đa chấn thương cũng tương đối đáng kể (32,9%) phản ánh tính chất phức tạp của chấn thương động mạch đùi trong thực hành. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy tổn thương mạch máu hiếm khi đơn độc, thường đi kèm tổn thương xương khớp do mối liên hệ giải phẫu chặt chẽ, đặc biệt trong các cơ chế chấn thương năng lượng cao như tai nạn giao thông¹. Việc nhận diện tổn thương phối hợp có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và lập kế hoạch điều trị toàn diện, nhằm hạn chế nguy cơ hoại tử và cải thiện khả năng bảo tồn chi.

4.3. Đặc điểm phẫu thuật. Phẫu thuật mở vẫn là phương pháp chủ đạo trong xử trí chấn thương động mạch đùi. Đa số bệnh nhân (54,8%) được tái thông động mạch bằng kỹ thuật nối tận-tận. Ghép tĩnh mạch hiển được thực hiện ở 13,70%, chủ yếu trong các trường hợp mất đoạn dài. Các phương pháp khác như khâu bên mạch, ghép mạch nhân tạo và can thiệp nội mạch chiếm tỷ lệ thấp (<5%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai bệnh nhân có giả phình động mạch đùi nhiễm trùng nặng được chỉ định cột trực tiếp động mạch đùi nông do mô hoại tử lan rộng, không đủ điều kiện tái thông. Cả hai đều không xuất hiện thiếu máu chi sau mổ và được xuất viện an toàn. Về giải phẫu, động mạch đùi sâu và hệ thống mạch bàng hệ quanh đùi-gối có thể đảm bảo tưới máu chi khi động mạch đùi nông bị cột, đặc biệt nếu vị trí cột sau nguyên ủy của động mạch đùi sâu. Các nghiên cứu gần đây cho thấy cột động mạch đùi nông trong bối cảnh nhiễm trùng có tỷ lệ tử vong sau 30 ngày thấp (0,8%) và tỷ lệ cắt cụt chi chỉ khoảng 8–9%, không khác biệt đáng kể so với nhóm tái thông, trong khi biến chứng chảy máu và mổ lại ở nhóm tái thông lại cao hơn rõ rệt (24,7% vs. 10,6%, $p = 0,0009$)⁵. Do đó, trong bối cảnh nhiễm trùng mô nặng, cột động mạch đùi nông là lựa chọn an toàn, hiệu quả và ít biến chứng hơn so với tái thông mạch máu.

Một phương pháp đặc biệt khác được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là can thiệp nội mạch. Can thiệp nội mạch được áp dụng ở 2 trường hợp (2,74%), đều là tổn thương nhánh nhỏ không gây thiếu máu chi cấp tính. Kỹ thuật tắc mạch (embolization) sử dụng hạt PVA hoặc keo sinh học được thực hiện thành công trong cả hai trường hợp. Kết quả này cho thấy can thiệp nội mạch là lựa chọn khả thi trong các tổn thương mạch nhỏ, sâu, không gây thiếu máu chi cấp, đặc biệt ở bệnh nhân đa chấn thương nặng không phù hợp với phẫu thuật mở. So với mổ hở, phương pháp này ít xâm lấn, giảm mất máu, rút ngắn thời gian nằm viện và biến chứng hậu phẫu⁶. Hai kỹ thuật phổ biến gồm thuyên tắc mạch và đặt stent có màng bọc, được lựa chọn tùy theo vị trí, kích thước và hình thái tổn thương. Dù chưa có tiêu chuẩn hóa chỉ định, can thiệp nội mạch được khuyến nghị trong các trường hợp tổn thương giả phình, rò động-tĩnh mạch, hoặc vị trí khó tiếp cận như động mạch chậu hay đùi sâu. Ngược lại, tổn thương đứt rời hoàn toàn, nhiễm trùng mô, gãy xương hoặc hội chứng chèn ép khoang vẫn là chống chỉ định tương đối⁷. Do đó, việc chỉ định can thiệp nội mạch cần được cá thể hóa, dựa trên tổn thương,

tình trạng lâm sàng và năng lực kỹ thuật tại cơ sở điều trị.

Trong nghiên cứu, 13/73 bệnh nhân (17,81%) phải cắt cụt chi, trong đó 12 trường hợp (16,44%) cắt cụt thì đầu do hoại tử mô lan rộng hoặc không thể tái thông, và 1 trường hợp (1,37%) cắt cụt thì hai sau tái thông thất bại. Phần lớn cắt cụt ở mức đùi (92,31%). Tỷ lệ này cao hơn một số nghiên cứu trong nước về các tổn thương mạch máu chi dưới (5,6–8,5%)⁸ nhưng tương đương các báo cáo quốc tế như Arroye Betou (14%)⁹. Nguyên nhân chính dẫn đến cắt cụt là thiếu máu chi kéo dài và tổn thương phức tạp không hồi phục. Điểm MESS cho thấy giá trị tiên lượng mạnh mẽ đối với nguy cơ cắt cụt chi. Tỷ lệ cắt cụt ở nhóm MESS >7 là 84,6%, so với 15,4% ở nhóm MESS ≤7 ($p < 0,001$). Khi phân tích sâu hơn vào các yếu tố cấu thành MESS, mức độ tổn thương xương và mô mềm nặng là thành phần ảnh hưởng rõ nhất đến nguy cơ cắt cụt (69,2%, $p < 0,001$), trong khi thời gian thiếu máu chi >6 giờ không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,78$).

Một số nghiên cứu gần đây đặt ra nghi ngờ về độ tin cậy tuyệt đối của MESS, đặc biệt trong bối cảnh tiến bộ hồi sức và tái thông mạch máu⁹. Các hướng dẫn mới của Hiệp hội Phẫu thuật Mạch Máu Châu Âu (ESVS 2025)¹⁰ cũng không khuyến cáo dùng MESS làm tiêu chí đơn độc, mà đề xuất đánh giá toàn diện hơn dựa trên lâm sàng và bối cảnh chấn thương.

Tỷ lệ tái thông hiệu quả cao phù hợp với các nghiên cứu trước đó (>90%), trong nghiên cứu chỉ có 2 trường hợp (2,7%) tắc miệng nối do căng miệng nối sau mổ. Một trường hợp đã được mổ lại và tái thông bằng ghép tĩnh mạch hiển, tưới máu sau mổ tốt. Trường hợp còn lại mổ lại thì hai ghi nhận cơ hoại tử căng bàn chân, phải tiến hành cắt cụt đùi. Tỷ lệ này cho thấy khi được chỉ định đúng và thực hiện kịp thời, các phương pháp phẫu thuật tái thông mang lại kết quả lâm sàng khả quan trong điều trị tổn thương động mạch đùi.

Tỷ lệ biến chứng toàn thân và biến chứng ngoại khoa đều là 12,33%. Biến chứng toàn thân thường gặp nhất là suy thận cấp (9,59%), liên quan đến tiêu cơ vân hoặc hội chứng tái tưới máu. Biến chứng ngoại khoa bao gồm chảy máu (6,85%), tắc miệng nối (2,74%), nhiễm trùng vết mổ, hoại tử và chèn ép khoang thì hai (mỗi loại 1,37%). Tỷ lệ cắt cụt chi thì hai là 1,64%. Có hai trường hợp tử vong (2,74%) do đa chấn thương và suy đa cơ quan.

So với các nghiên cứu trong và ngoài nước, tỷ lệ biến chứng và tử vong trong nghiên cứu

của chúng tôi ở mức thấp đến trung bình, phản ánh hiệu quả của chiến lược điều trị tích cực và cá thể hóa tại bệnh viện tuyến cuối^{1,8}.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương, vết thương động mạch đùi thường gặp ở nam giới trẻ tuổi do tai nạn giao thông, chủ yếu với cơ chế kín và tổn thương phối hợp xương – mô mềm. Hình thái tổn thương thường là đứt dập hoặc đứt rời, vị trí phổ biến ở động mạch đùi nông. Phẫu thuật tái thông chủ yếu bằng nối tận-tận hoặc ghép tĩnh mạch hiển. Tỷ lệ cắt cụt chi là 17,8% và tử vong 2,7%, chủ yếu liên quan đến MESS ≥ 8 và tổn thương nặng. Kết quả cho thấy tái thông mạch sớm và đánh giá đúng mức độ tổn thương là yếu tố then chốt giúp cải thiện tiên lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim S, Schneider A, Rauli S, et al. Current outcomes following upper and lower extremity arterial trauma from the National Trauma Data Bank. *Journal of Vascular Surgery*. 2024;80(2):365-372. e361.
2. Hoàng Công Anh, Nguyễn Hữu Ước, Bùi Thanh Danh. Đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương và kết quả điều trị chấn thương, vết thương động mạch chi dưới tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. *Tạp chí phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam*. 2021;34:99-106.
3. Fox N, Rajani RR, Bokhari F, et al. Evaluation and management of penetrating lower extremity arterial trauma: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management

guideline. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2012;73(5):S315-S320.

4. Kobayashi L, Coimbra R, Goes Jr AM, et al. American Association for the Surgery of Trauma–World Society of Emergency Surgery guidelines on diagnosis and management of peripheral vascular injuries. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2020;89(6):1183-1196.
5. Singh AA, Ashcroft J, Stather PW. Ligation Alone Versus Immediate Revascularization for Femoral Artery Pseudoaneurysms Secondary to Intravascular Drug Use: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Vasc Surg*. 2021;73:473-481.
6. Khurana A, Quencer K, Saini A, et al. Endovascular interventions in the management of acute extremity trauma: a narrative review. *Annals of Translational Medicine*. 2021;9(14).
7. Wahab MA, Farouk N, Saleh O. Early Outcomes of Traumatic Femoral Artery Aneurysm (Open Repair versus Endovascular Treatment). *Annals of vascular surgery*. 2019;54:146-151.
8. Huỳnh Thanh Sơn. Đánh giá kết quả điều trị chấn thương động mạch khoeo với chỉ số Mess lớn hơn 7 điểm [Luận Văn Chuyên Khoa Cấp II], Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2020.
9. Arroye Betou FS, Mebouinz FN, Zephaniae KF, et al. Prevalence, Diagnostic Modalities, Amputation Rate, and Overall Mortality of Arterial Injuries Associated with Lower Limb Fractures/Dislocations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JVS-Vascular Insights*. 2025:100283.
10. Wahlgren CM, Aylwin C, Davenport RA, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2025 clinical practice guidelines on the management of vascular trauma. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2025.

Kiến thức và Thái độ của Bà mẹ về sử dụng Dung dịch Oresol cho trẻ dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải Dương

Lê Đức Thuận¹, Nguyễn Thị Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức và thái độ của bà mẹ về sử dụng dung dịch Oresol cho trẻ dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp tại Bệnh viện Nhi Hải Dương. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện. 174 bà mẹ được chọn theo phương pháp lấy mẫu thuận tiên. Thu thập số liệu bằng phỏng vấn trực tiếp bằng bảng câu hỏi. **Kết quả:** Đa số (77,5%) bà mẹ có kiến thức kém về việc

sử dụng Oresol cho trẻ. Trong đó, tỷ lệ rất thấp (34,5-42,5%) bà mẹ trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức liên quan đến: Lượng nước pha Oresol; Cách pha Oresol; Loại nước pha Oresol; Lượng dung dịch Oresol cho trẻ uống; cung cấp dịch/cho con bú khi uống Oresol; Tác hại của quá liều Oresol; Xử trí khi trẻ nôn sau khi uống Oresol; Thời gian uống Oresol sau khi pha. Nợc lại với kiến thức, phần lớn các bà mẹ (73,6%) có thái độ tốt về việc sử dụng dung dịch Oresol cho trẻ bị tiêu chảy. **Kết luận:** Bà mẹ có thái độ tốt về sử dụng dung dịch Oresol cho trẻ bị tiêu chảy. Tuy nhiên, kiến thức của bà mẹ về sử dụng dung dịch Oresol cho trẻ bị tiêu chảy còn rất hạn chế.

Từ khóa: Oresol, bà mẹ, tiêu chảy, trẻ em

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF MOTHERS TOWARDS USING ORESOL SOLUTION FOR

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Thuận

Email: leducthuan@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025