

- Switzerland.
- Phạm Vũ Ngọc Diệp và CS (2024).** "Thực trạng kiến thức tự tiêm insulin và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nội tiết tỉnh Thanh Hoá năm 2023". Tạp Chí Y học Việt Nam 538 (3).
 - Nguyễn Thị Hoài Huệ và CS (2023).** "Kiến thức và thực hành tự tiêm insulin ở người bệnh đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Thanh Nhân năm 2022". Tạp Chí Y học Việt Nam 528 (2).
 - Trần Công Hoành và CS (2025).** "Đánh giá kiến thức và thực hành tự tiêm insulin của người bệnh đái tháo đường đang điều trị tại khoa Nội tiết-Bệnh viện 19-8". Tạp Chí Y học Việt Nam 549 (3).
 - Đặng Thị Hân và CS (2020).** "Thực trạng kiến thức tự Tiêm Insulin của người bệnh đái tháo đường Type 2 điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Nam Định năm 2020". Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng 3 (5):263-72.
 - Đào Trần Thị Chế Khanh và CS (2025).** Khảo sát kiến thức và tuân thủ điều trị bằng Insulin ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn. Tạp chí Y học Việt Nam, 548, pp 294-298.
 - Trần Thị Thủy Dung và CS (2025).** "Khảo sát kiến thức Và kỹ năng thực hành về sử dụng Bút Tiêm Insulin ở người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại Trú". Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology, số p.h 73 (Tháng Hai):42-54.

TẮC ĐỘNG MẠCH NÁCH Ở BỆNH NHÂN SỬ DỤNG NẠNG SAU CẮT CỤT CHI DƯỚI: BÁO CÁO 3 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Duy Tân^{1,2}, Đào Hồng Quân¹, Trần Quyết Tiến²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tắc động mạch nách là một bệnh lý hiếm gặp, thường liên quan đến chấn thương hoặc can thiệp y khoa. Ở bệnh nhân cắt cụt chi dưới phải sử dụng nạng lâu dài, tình trạng đè ép kéo dài vùng nách có thể gây tổn thương nội mạc, hình thành huyết khối và dẫn đến thiếu máu chi trên, nhưng dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm. **Mục tiêu:** Báo cáo đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán, phương pháp điều trị và kết quả của ba trường hợp tắc động mạch nách liên quan đến sử dụng nạng kéo dài sau cắt cụt chi dưới. **Phương pháp:** Báo cáo loạt ca gồm ba bệnh nhân có tiền sử cắt cụt chi dưới, sử dụng nạng lâu năm, nhập viện vì triệu chứng thiếu máu chi trên. Các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, siêu âm Doppler mạch máu và chụp cắt lớp vi tính mạch máu hoặc chụp mạch số hóa xóa nền để xác định vị trí và mức độ tổn thương. Tất cả trường hợp được điều trị bằng phẫu thuật tái thông mạch máu. **Kết quả:** Cả ba bệnh nhân đều ghi nhận tắc động mạch nách – cánh tay đoạn dài. Phẫu thuật lấy huyết khối kết hợp ghép tĩnh mạch hiển tự thân đảo chiều từ động mạch nách đến động mạch cánh tay được thực hiện thành công. Sau mổ, dòng chảy động mạch được tái lập, chi trên ấm trở lại, triệu chứng đau, tê và yếu tay cải thiện rõ, không ghi nhận biến chứng nặng hoặc tắc trong giai đoạn theo dõi sớm. **Kết luận:** Tắc động mạch nách do đè ép kéo dài khi sử dụng nạng là nguyên nhân hiếm gặp nhưng cần được lưu ý ở bệnh nhân cắt cụt chi dưới. Khai thác kỹ bệnh sử, chẩn đoán sớm và can thiệp phẫu thuật kịp thời có vai trò quan trọng trong bảo

tồn chi và phục hồi chức năng. Việc hướng dẫn sử dụng nạng đúng kỹ thuật có ý nghĩa trong phòng ngừa biến chứng. **Từ khóa:** tắc động mạch nách, thiếu máu chi trên, sử dụng nạng, cắt cụt chi dưới, ghép tĩnh mạch hiển.

SUMMARY

AXILLARY ARTERY OCCLUSION IN PATIENTS USING CRUTCHES AFTER LOWER LIMB AMPUTATION: A REPORT OF THREE CASES

Background: Axillary artery occlusion is an uncommon vascular condition, most often related to trauma or iatrogenic injury. In patients with lower limb amputation who rely on long-term crutch use, prolonged axillary compression may cause endothelial injury, thrombosis, and upper limb ischemia, which is frequently overlooked or misdiagnosed. **Objectives:** To describe the clinical presentation, diagnostic approach, surgical management, and outcomes of three patients with axillary artery occlusion associated with prolonged crutch use after lower limb amputation. **Methods:** We report a case series of three patients with a history of lower limb amputation and long-term crutch use who presented with symptoms of upper limb ischemia. All patients underwent clinical examination, duplex ultrasound, and computed tomography angiography or digital subtraction angiography to determine the extent of vascular lesions. Surgical revascularization was performed in all cases. **Results:** All three patients demonstrated long-segment occlusion of the axillary-brachial artery. Thrombectomy combined with reversed autologous great saphenous vein bypass from the axillary artery to the brachial artery was successfully performed. Postoperatively, arterial flow was restored, the affected limbs became warm, and pain, numbness, and motor weakness markedly improved. No major complications or early re-occlusion were observed during follow-up. **Conclusions:** Axillary artery occlusion due to prolonged crutch-related compression is a rare but

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Đại học Khoa học và Sức khỏe, Đại Học Quốc Gia Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Tân

Email: duythanongnhat@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 22.12.2025

important cause of upper limb ischemia in patients with lower limb amputation. Early recognition, appropriate imaging, and timely surgical revascularization are crucial for limb salvage and functional recovery. Proper education on correct crutch use is essential to prevent this complication.

Keywords: axillary artery occlusion, upper limb ischemia, crutch use, lower limb amputation, autogenous vein bypass.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương động mạch chi trên ít gặp hơn đáng kể so với chi dưới và thường liên quan đến chấn thương, thủ thuật can thiệp y khoa hoặc các bất thường giải phẫu. Trong đó, tắc động mạch nách ở những bệnh nhân đã được cắt cụt chi dưới và phải sử dụng nạng để đi lại là một nguyên nhân hiếm gặp, dễ bị bỏ sót.

Ở bệnh nhân bị cắt cụt chi dưới, khi cần dùng dụng cụ hỗ trợ khi di chuyển như dùng nạng thì chi trên phải gánh chịu toàn bộ sức nặng của trọng lượng cơ thể đè ép lên vùng giải phẫu có động mạch nách đi qua, do đó có thể gây chấn thương mạch máu. Các chấn thương mạch máu gây ra các mức độ tổn thương khác nhau, trong đó có tổn thương nội mạc tạo huyết khối động mạch nách. Quá trình này có thể khởi phát âm thầm, nhưng nếu không được nhận biết và can thiệp kịp thời, có thể dẫn đến thiếu máu cấp chi trên, ảnh hưởng chức năng chi và chất lượng sống.

Trong thời gian gần đây chúng tôi gặp ba trường hợp bệnh nhân bị tắc động mạch nách do sử dụng nạng sau cắt cụt chi dưới, được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật thay đoạn mạch bằng tĩnh mạch hiển tự thân đảo chiều. Theo thời gian có một vài báo cáo về tắc mạch liên quan sử dụng nạng gây tắc mạch ở tay dẫn đến đe dọa giảm chức năng, thậm chí hoại tử tay. Kết quả sau mổ: lâm sàng và cận lâm sàng tái thông động mạch tốt, chức năng tay phục hồi tốt.

II. CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng 1. Bệnh nhân Bùi Phước H., nam, 79 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp và bị cụt 1/3 dưới đùi trái do tai nạn giao thông, dùng nạng 13 năm, không ghi nhận triệu chứng bất thường ở 2 tay. Lý do vào viện: Đau tay phải, lạnh đầu ngón tay, yếu tay phải.

Bệnh nhân có tiền sử cụt 1/3 dưới đùi trái do tai nạn giao thông, đã sử dụng nạng tay phải trong 13 năm để di chuyển. Khoảng vài tháng gần đây, bệnh nhân thấy đau và yếu tay phải tăng dần, đầu ngón tay lạnh và tím nhẹ, đặc biệt xuất hiện sau khi chống nạng lâu ở vùng nách. Trước đó, tay phải (tay thuận) hoàn toàn bình thường, không ghi nhận triệu chứng bất thường.

Khám lâm sàng: Tổng trạng: tỉnh táo, mạch, huyết áp ổn định, không sốt. Chi trên phải: Da vùng bàn tay phải lạnh, tím đầu ngón tay, giảm cảm giác và sức cơ, hạn chế vận động cổ tay và ngón tay, không bắt được động mạch quay và trụ. Không sưng nề, không biến dạng chi, chi trên trái bình thường. Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường.

Cận lâm sàng: Siêu âm Doppler mạch máu chi trên: Không thấy dòng chảy từ động mạch nách đến động mạch cánh tay phải. Động mạch dưới đòn không ghi nhận bất thường. Động mạch quay và trụ không có huyết khối, ghi nhận phổ sau hẹp. Chụp CTA mạch máu chi trên: Tắc đoạn dài từ động mạch nách đến động mạch cánh tay phải. Các động mạch vùng cẳng tay và bàn tay không thấy huyết khối.

Chẩn đoán xác định: Tắc động mạch nách – cánh tay phải do huyết khối thứ phát sau đè ép kéo dài vùng nách trong quá trình sử dụng nạng.

Xử trí: Tiến hành phẫu thuật lấy huyết khối và bắc cầu động mạch nách – cánh tay bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều. Trong mổ, ghi nhận lòng mạch xơ hóa, có huyết khối cũ – mới xen kẽ, đoạn xa mạch có dòng chảy tốt. Sau tái thông, lưu lượng máu cải thiện rõ.

Kết quả sau phẫu thuật: Động mạch quay bắt rõ, chi ấm trở lại, da hồng hào, vận động và cảm giác phục hồi tốt. Không ghi nhận biến chứng chảy máu, nhiễm trùng hay tái tắc sau mổ. Bệnh nhân được xuất viện trong tình trạng ổn định, được hướng dẫn sử dụng nạng đúng tư thế để tránh tái phát chèn ép mạch máu vùng nách. Siêu âm mạch máu kiểm tra lại thấy động mạch cánh tay, động mạch quay, trụ phổ trong giới hạn bình thường.

2.2. Ca lâm sàng 2. Bệnh nhân Đoàn Quốc T., nam, 55 tuổi, có tiền sử cụt 1/3 dưới đùi trái do tai nạn, dùng nạng đã 15 năm. Lý do vào viện: Đau, tê yếu tay phải, lạnh tay, đầu ngón tím.

Bệnh sử: Bệnh nhân có tiền sử cụt 1/3 dưới đùi trái do tai nạn giao thông, sử dụng nạng tay phải trong 15 năm. Khoảng 7 ngày trước nhập viện, bệnh nhân xuất hiện đau và yếu tay phải, tê mỏi cẳng bàn tay, tay lạnh và đầu ngón tím. Bệnh nhân đi khám tại phòng khám tư, được chẩn đoán hội chứng ống cổ tay phải và đã được phẫu thuật giải phóng thần kinh giữa, tuy nhiên sau mổ các ngón tay vẫn đau, tê, yếu, cảm giác lạnh và tím đầu ngón không cải thiện.

Khai thác kỹ cho thấy quá trình sử dụng nạng lâu dài gây đè ép kéo dài vùng nách tay phải. Trước khi sử dụng nạng, tay phải không có biểu hiện thiếu máu hay tê yếu.

Khám lâm sàng: Tổng trạng: tỉnh táo, sinh

hiệu ổn định, không sốt. Chi trên phải: Da lạnh, tím đầu ngón tay, giảm cảm giác, sức cơ yếu. Động mạch cánh tay, quay và trụ không bắt được. Không sưng nề, không biến dạng chi. Chi trên trái: bình thường. Các cơ quan khác: không ghi nhận bất thường.

Cận lâm sàng: Siêu âm Doppler mạch máu chi trên ghi nhận tắc từ đoạn giữa động mạch cánh tay phải, không thấy dòng chảy xa. Động mạch dưới đòn còn thông, không có huyết khối. Chụp mạch số hóa xóa nền (DSA): Huyết khối tắc dài từ đoạn giữa động mạch cánh tay đến tận các nhánh động mạch quay và trụ, không thấy dòng chảy xuống ngoại vi. Hệ mạch bên cẳng tay nghèo nàn, tưới máu hạn chế.

Chẩn đoán xác định: Tắc động mạch cánh tay, động mạch quay và trụ bên phải do huyết khối thứ phát liên quan tư thế đè ép vùng nách kéo dài khi sử dụng nạng.

Chỉ định: Phẫu thuật tái thông mạch máu chi trên phải do tắc nhiều đoạn động mạch cánh tay – quay – trụ, gây thiếu máu chi trầm trọng.

Mục tiêu: loại bỏ huyết khối, tái lập dòng chảy, phục hồi tưới máu chi và chức năng vận động, phòng tránh hoại tử chi.

Xử trí: Tiến hành phẫu thuật lấy huyết khối nhiều đoạn (động mạch cánh tay, quay và trụ), kết hợp bắc cầu tĩnh mạch hiển đảo chiều từ động mạch nách đến động mạch cánh tay dưới. Sau khi tái thông, dòng chảy được ghi nhận tốt, miệng nối thông suốt, không rò hay hẹp. Kiểm tra trong mổ có dòng máu về rõ ở động mạch quay và trụ.

Kết quả sau phẫu thuật: Mạch quay và trụ bắt rõ, chi ấm, da hồng hào. Cảm giác và vận động tay phải phục hồi tốt. Không ghi nhận biến chứng chảy máu hay nhiễm trùng vết mổ. Siêu âm mạch máu kiểm tra lại thấy động mạch cánh tay, động mạch quay, trụ phổ trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được xuất viện trong tình trạng ổn định, được tư vấn thay đổi tư thế và kỹ thuật sử dụng nạng để tránh tái phát chèn ép vùng nách.

Kết quả giải phẫu bệnh: Mô liên kết sợi và tế bào viêm.

2.3. Ca lâm sàng 3. Bệnh nhân Lê Thị D., nữ, 71 tuổi, bị cụt 1/3 dưới đùi phải do cắt cụt mảnh đạn/chiến tranh, dùng nạng hơn 50 năm, tay phải là tay thuận, trước khi dùng nạng 2 tay bình thường, tăng huyết áp điều trị thường xuyên. Lý do vào viện: Đau và tê tay phải, yếu tay, đầu ngón tím tái.

Bệnh sử: Bệnh nhân có tiền sử cụt 1/3 dưới đùi phải do mảnh đạn chiến tranh, sử dụng nạng tay phải hơn 50 năm để di chuyển. Khoảng 3

năm trước nhập viện, bệnh nhân xuất hiện đau, tê và yếu tay phải, được chẩn đoán hội chứng ống cổ tay phải và đã phẫu thuật giải phóng thần kinh giữa. Sau mổ, triệu chứng chỉ giảm một phần, tay vẫn còn tê mỏi và yếu. Ba ngày trước nhập viện, bệnh nhân nhận thấy đầu ngón tay phải tím tái, đau tăng, yếu cơ vùng cánh tay phải, đặc biệt khi vận động. Quá trình sử dụng nạng ghi nhận tư thế tỳ đè kéo dài vùng nách do sử dụng nạng, gây chèn ép mạn tính bó mạch thần kinh cánh tay.

Khám lâm sàng: Toàn thân: tỉnh táo, huyết áp 130/80 mmHg, mạch đều, không sốt. Chi trên phải: Da lạnh, tím đầu ngón tay, giảm cảm giác, yếu vận động. Không bắt được động mạch cánh tay, động mạch quay và động mạch trụ. Không sưng nề, không biến dạng chi. Chi trên trái: bình thường. Các cơ quan khác: không ghi nhận bất thường.



Cận lâm sàng: Siêu âm Doppler mạch máu chi trên: Không ghi nhận dòng chảy trong động mạch cánh tay và các nhánh quay, trụ. Chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CTA) và chụp mạch số hóa xóa nền (DSA): Hình ảnh cho thấy tắc hoàn toàn đoạn dài từ động mạch nách đến động mạch cánh tay, không thấy dòng chảy xuống các nhánh xa; hệ mạch bàng hệ kém phát triển, tưới máu bàn tay hạn chế.

Chẩn đoán xác định: Thiếu máu chi trên phải do tắc động mạch nách – cánh tay, nguyên nhân do tỳ đè kéo dài vùng nách khi sử dụng nạng.

Chỉ định: Phẫu thuật tái thông mạch máu chi trên phải do tắc nhiều đoạn động mạch, gây thiếu máu chi có nguy cơ hoại tử.

Mục tiêu: Lấy bỏ huyết khối, khôi phục dòng chảy mạch máu, bảo tồn chi, cải thiện vận động và cảm giác.

Xử trí: Tiến hành phẫu thuật lấy huyết khối nhiều đoạn (động mạch cánh tay, quay, trụ) và làm cầu nối bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều từ động mạch nách đến động mạch cánh tay. Trong mổ: ghi nhận đoạn động mạch cánh tay bị tắc hoàn toàn, thành dày xơ hóa.

Kết quả sau phẫu thuật: Dòng chảy phục hồi tốt, mạch quay và trụ bắt được rõ. Chi ấm, da hồng, hết tím đầu ngón. Cảm giác và vận động cải thiện rõ sau mổ. Không có biến chứng chảy

máu, nhiễm trùng hay tái tắc trong giai đoạn hậu phẫu. Siêu âm mạch máu kiểm tra lại thấy động mạch cánh tay, động mạch quay, trụ dòng chảy được tái lập rõ, tín hiệu Doppler tốt ở đoạn xa. Bệnh nhân được hướng dẫn thay đổi tư thế khi sử dụng nạng để tránh chèn ép vùng nách.



Đoạn động mạch được thay bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều

Giải phẫu bệnh sau mổ: Mẫu mô là mô mạch máu với lòng giãn rộng, thành mỏng không đều, các lớp cấu trúc thành mạch thoái hóa.

III. BÀN LUẬN

Tắc hoặc tổn thương động mạch nách – cánh tay do nguyên nhân mắc phải hiếm gặp, thường được đề cập trong y văn ở nhóm bệnh nhân có chấn thương trực tiếp, chấn thương thể thao, hoặc liên quan đến hoạt động nghề nghiệp đặc thù. Nguyên nhân do tì đè kéo dài vùng nách khi dùng nạng như trong 3 ca bệnh của chúng tôi lại càng hiếm, chỉ xuất hiện rải rác dưới dạng báo cáo các trường hợp lâm sàng. Khác với các bệnh lý tắc nghẽn mạn tính chi dưới vốn phổ biến do xơ vữa, hẹp tắc động mạch nách do dung nạng tay có yếu tố cơ học rõ rệt và tiến triển âm thầm cho tới khi biểu hiện thiếu máu cấp hoặc bán cấp. Cơ chế bệnh sinh chủ yếu liên quan đến đè ép gián tiếp kéo dài từ phần tì nạng lên vùng hố nách, nơi động mạch nách đi qua và ít được bảo vệ bởi mô mềm. Sự đè ép nặng liên tục có thể dẫn đến tổn thương nội mạc động mạch cấp tính, khởi phát quá trình hình thành huyết khối, dần tiến triển đến tắc hoàn toàn lòng mạch.

Trong y văn, có một số báo cáo về huyết khối động mạch nách liên quan đến sử dụng nạng, đặc biệt ở những bệnh nhân phải dùng nạng lâu dài do mất chi dưới. Một nghiên cứu của Kaplan và cộng sự (2003) ghi nhận một số trường hợp thiếu máu chi trên do tổn thương mạch máu liên quan đến nạng, nhấn mạnh sự cần thiết phải giáo dục bệnh nhân về kỹ thuật sử dụng nạng đúng cách. Tuy nhiên, rất ít nghiên cứu mô tả chi tiết về chẩn đoán hình ảnh, phương pháp can thiệp và kết quả lâu dài sau điều trị.

Các nghiên cứu cũng cho thấy, chấn thương

động mạch nách và cánh tay thường gặp nhất trong bối cảnh vết thương xuyên thấu, gãy xương vùng vai – cánh tay, hoặc trật khớp vai. Cơ chế tổn thương trong 3 ca của chúng tôi là vi chấn thương lặp lại (repetitive microtrauma) do đè ép kéo dài, gây tổn thương nội mạc, hình thành huyết khối tiến triển từ ĐM nách lan xuống ĐM cánh tay. Điều này phù hợp với quá trình bệnh sinh của chấn thương mạch máu kín, nơi lực đè ép cơ học kéo dài gây biến đổi cấu trúc thành mạch do phát triển mô sợi liên kết lâu ngày dẫn đến tắc cấp hoặc bán cấp.

Khác với chi dưới, xơ vữa động mạch là nguyên nhân chủ yếu của tắc nghẽn mạn tính (đặc biệt ở người cao tuổi, kèm yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu), các tổn thương ở động mạch nách và cánh tay do xơ vữa đơn thuần là hiếm. Trong 3 ca bệnh của chúng tôi, bệnh sinh không phải do mảng xơ vữa tiến triển mà là do yếu tố cơ học; tuy nhiên, ở một số bệnh nhân lớn tuổi, tình trạng xơ vữa nền có thể làm gia tăng quá trình hẹp – tắc và làm triệu chứng xuất hiện sớm hơn. So với chi dưới, chi trên có hệ thống tuần hoàn bàng hệ phong phú hơn, do đó thời gian xuất hiện thiếu máu nặng thường xuất hiện muộn, dẫn đến chẩn đoán chậm trễ.

Chẩn đoán phân biệt của tắc động mạch nách – cánh tay bao gồm:

- Bệnh bẩm sinh: thiếu sản hoặc bất sản động mạch, hội chứng lồng thoát ngực do dị dạng xương sườn cổ.

- Bệnh viêm động mạch tự miễn: viêm động mạch Takayasu, viêm động mạch tế bào khổng lồ, viêm mạch do bệnh mô liên kết.

- Thuyên tắc từ tim hoặc đoạn gần: rung nhĩ, bệnh van tim, tách thành động mạch chủ.

Trong các ca của chúng tôi, tiền sử lâm sàng và hình ảnh chẩn đoán loại trừ được các nguyên nhân này, củng cố nhận định rằng nguyên nhân cơ học do đè ép kéo dài vùng nách khi dùng nạng là yếu tố chính. Điểm chung là tất cả bệnh nhân đều sử dụng nạng trong thời gian dài, không có tiền sử chấn thương vùng nách rõ ràng, và đều xuất hiện triệu chứng thiếu máu chi trên từ từ hoặc đột ngột. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng phối hợp với siêu âm Doppler và chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CTA), cho phép đánh giá chính xác vị trí và mức độ tắc nghẽn của động mạch nách.

Điều trị tối ưu cho các trường hợp này là phẫu thuật tái thông mạch. Trong cả 3 trường hợp, chúng tôi lựa chọn ghép tĩnh mạch hiển tự thân đảo chiều – một kỹ thuật quen thuộc với nhiều ưu điểm: độ tương thích sinh học cao, ít

nguy cơ nhiễm trùng và không cần sử dụng vật liệu nhân tạo. Tùy vào mức độ tổn thương, phẫu thuật viên có thể kết hợp cả lấy huyết khối bằng Fogarty từ động mạch nách – cánh tay và ghép cầu nối bằng tĩnh mạch hiển nếu huyết khối lan rộng hoặc dòng chảy chưa cải thiện sau lấy huyết khối. Động mạch nách thường được tiếp cận qua đường rạch da nách trước; đoạn mạch hiển lấy từ cẳng chân đảo chiều có chiều dài khoảng 20 cm được nối tận hai đầu vào ĐM nách và cánh tay bằng chỉ Prolene 6.0. Kỹ thuật này giúp tái lập dòng chảy xa, giảm nguy cơ hoại tử chi và phục hồi tốt chức năng.

Tất cả các bệnh nhân trong báo cáo đều có kết quả sau mổ tốt, động mạch quay, trụ được tái lập, chi ấm, không có biến chứng nặng sau phẫu thuật, và không ghi nhận trường hợp tái tắc mạch trong thời gian theo dõi ban đầu (3–6 tháng). Loại ca bệnh này nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc nhận diện sớm triệu chứng thiếu máu chi trên ở bệnh nhân sử dụng nạng dài ngày, nhất là ở đối tượng đã cắt cụt chi dưới. Việc giáo dục bệnh nhân về cách sử dụng nạng đúng kỹ thuật (tì vào bàn tay thay vì hố nách) và khám mạch máu định kỳ là cần thiết để phòng ngừa biến chứng.

Nguyên tắc điều chỉnh chiều cao nạng:

- Chiều cao tổng thể: nạng cao hơn khoảng 5 cm (2 inch) so với đáy nách khi bệnh nhân đứng thẳng và nâng nhẹ vai tự nhiên.
- Tay nắm nạng: ở vị trí ngang mặt trên xương chày (tầm cổ tay khi buông thõng tay).
- Khi cầm nạng: khuỷu tay gập khoảng 20–30°.
- Không để đầu nạng chạm sát nách; khoảng trống 2–3 ngón tay giữa nách và đệm nạng là bắt buộc.

Cách sử dụng nạng đúng

- Tư thế đứng
 - Giữ nạng hơi nghiêng ra ngoài khoảng 5–10 cm so với bàn chân để giữ thẳng bằng.
 - Không ép nạng vào nách. Trọng lượng cơ thể phải dồn vào tay và bàn tay, không dồn vào vùng nách.
 - Khi di chuyển
 - Bước đi ba điểm (three-point gait) thường áp dụng sau khi cụt một chi dưới:
 - Đặt hai nạng ra trước cùng lúc.
 - Chuyển trọng lượng cơ thể vào hai tay, nhắc người và phần thân lên.
 - Đưa chân lành hoặc chân giả lên phía trước qua nạng.
 - Giữ thân thẳng, mắt nhìn về trước, không cúi người tỳ vào nạng.
 - Khi lên – xuống cầu thang
 - Lên cầu thang: “Chân lành trước, nạng sau.”

- Xuống cầu thang: “Nạng trước, chân lành sau.”
- Luôn có người hỗ trợ trong giai đoạn đầu tập luyện.

Lưu ý để bảo vệ động mạch nách và thần kinh

- Không tỳ nạng vào vùng nách khi nghỉ hay di chuyển.
- Lót đệm mềm và sạch ở đầu nạng, thay định kỳ nếu bị chai hoặc cứng.
- Tập mạnh cơ tay, vai, lưng để nâng đỡ trọng lượng cơ thể tốt hơn.
- Khi thấy tê bì, yếu tay, lạnh đầu chi trên, phải ngưng sử dụng ngay và kiểm tra mạch nách, mạch quay.

Hướng dẫn thêm từ chuyên khoa Phục hồi chức năng

- Nên được đo, chỉnh nạng và hướng dẫn cá nhân hóa bởi kỹ thuật viên vật lý trị liệu.
- Sử dụng nạng khuỷu thay thế nếu bệnh nhân cần dùng lâu dài, giúp giảm nguy cơ chèn ép mạch nách và dây thần kinh.

IV. KẾT LUẬN

Ba ca bệnh trên minh họa một dạng tổn thương động mạch nách mắc phải hiếm gặp do tì đè kéo dài khi sử dụng nạng, được phát hiện chủ yếu nhờ khai thác kỹ bệnh sử và thăm khám lâm sàng, sau đó xác định bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh mạch máu. Đây là bệnh lý cơ học, khác biệt về cơ chế bệnh sinh so với xơ vữa động mạch, thuyên tắc huyết khối, hay viêm động mạch tự miễn, do đó cần được xem xét trong chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân gây thiếu máu chi trên.

Từ các trường hợp này, có thể rút ra một số khuyến cáo: Bác sĩ lâm sàng cần lưu ý khai thác yếu tố tư thế tì đè, đặc biệt ở bệnh nhân cụt chi dưới sử dụng nạng lâu năm, khi đánh giá các triệu chứng thiếu máu chi trên.

Người sử dụng nạng cần được hướng dẫn và thực hành đúng kỹ thuật để tránh đè ép kéo dài vùng nách, giảm nguy cơ tổn thương mạch máu.

Chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời có vai trò quyết định trong bảo tồn chi và chức năng vận động.

Cần có nghiên cứu và theo dõi lâu dài để đánh giá tiên lượng và nguy cơ tái phát, đồng thời nâng cao nhận thức của cả nhân viên y tế và người bệnh về nguy cơ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kaplan H, Akar AR, Yildirim V, Arsan S. Axillary artery thrombosis caused by crutch use: a case report. *Vascular*. 2003;11(6):358–360. doi:10.2310/6670.2003.00059
2. Perrins EJ. Axillary artery thrombosis associated

- with crutch use. *Postgrad Med J.* 1974;50(587): 357–359. doi:10.1136/pgmj.50.587.357
3. **Sanchez LA, Shireman PK.** Upper extremity ischemia. In: Cronenwett JL, Johnston KW, editors. *Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy.* 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 1932–1948.
 4. **Kim KT, Cho YP, Kim YW.** Long-segment axillary artery thrombosis due to repetitive trauma from crutch use. *Ann Vasc Surg.* 2014;28(6): 1562. e1–1562. e4. doi:10.1016/j.avsg.2014. 01.028
 5. **Garg K, Maldonado TS.** Autogenous vein bypass: technique and outcomes. In: Cronenwett JL, Johnston KW, editors. *Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy.* 9th ed. Elsevier; 2018. p. 1529–1540.
 6. **Bergan JJ, Yao JST.** Venous autografts in arterial reconstruction. *Surg Clin North Am.* 1979;59(4): 651–660. doi:10.1016/S0039-6109(16)41395-7

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐAU VÙNG THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI TRUNG TÂM CƠ - XƯƠNG - KHỚP BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VÕ TRƯỜNG TOÀN

Nguyễn Hoàng Quý¹, Nguyễn Văn Hóa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống tại Trung tâm Cơ - xương - khớp Bệnh viện Đại Học Võ Trường Toàn giai đoạn năm 2024-2025. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, trên 109 bệnh nhân bệnh nhân đến khám và điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp – Bệnh viện Võ Trường Toàn trong năm 2024–2025, được chẩn đoán đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 109 bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng cho thấy tuổi trung bình là 61,6 ± 12,1 (35–84 tuổi), trong đó nhóm ≥60 tuổi chiếm 54,1%. Nữ giới chiếm ưu thế với 67,9%, cao hơn rõ rệt so với nam giới (32,1%). Thời gian đau trung bình là 6,0 ± 4,3 tháng; đa số bệnh nhân có triệu chứng kéo dài từ 3 tháng trở lên (78,0%), trong đó nhóm đau trên 6 tháng chiếm 35,8%, phản ánh tính chất mạn tính của bệnh. Biểu hiện lâm sàng đa dạng, với đau khu trú vùng thắt lưng gặp ở 36,7%, đau lan mông – đùi 30,2% và đau lan xuống bàn – ngón chân 33,0%. Trên hình ảnh học, thoái hóa tập trung chủ yếu tại các đoạn thấp L4–L5 (32,1%) và L5–S1 (27,5%). Các tổn thương kèm theo thường gặp gồm gai xương (28,4%), hẹp khe đĩa đệm (25,5%), xẹp đốt sống (17,7%) và trượt đốt sống (17,0%).

Từ khóa: đau vùng thắt lưng, thoái hóa cột sống, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL FEATURES OF LOW BACK PAIN CAUSED BY LUMBAR DEGENERATIVE DISEASE AT VO TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and

paraclinical characteristics of patients with low back pain due to lumbar spine degeneration treated at the Musculoskeletal Center, Võ Trường Toàn University Hospital during the period 2024–2025. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 109 patients who visited and received treatment at the Musculoskeletal Center, Võ Trường Toàn University Hospital in 2024–2025, and were diagnosed with low back pain caused by lumbar degenerative disease. **Result:** The study of 109 patients with lumbar spine degeneration showed a mean age of 61.6 ± 12.1 years (range: 35–84 years), with patients aged ≥60 years accounting for 54.1%. Females predominated, representing 67.9%, compared with 32.1% males. The mean duration of pain was 6.0 ± 4.3 months; most patients experienced symptoms lasting 3 months or longer (78.0%), including 35.8% with pain persisting for more than 6 months, reflecting the chronic nature of the disease. Clinical manifestations were diverse, with localized low back pain observed in 36.7% of patients, pain radiating to the buttock–thigh in 30.2%, and pain radiating to the foot–toes in 33.0%. Imaging findings showed that degeneration was mainly concentrated at the lower lumbar levels, particularly L4–L5 (32.1%) and L5–S1 (27.5%). Common associated lesions included osteophyte formation (28.4%), intervertebral disc space narrowing (25.5%), vertebral compression (17.7%), and spondylolisthesis (17.0%). **Keywords:** Low back pain, lumbar spine degeneration, clinical characteristics, paraclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là một trong những nguyên nhân hàng đầu khiến người bệnh tìm đến cơ sở y tế, đặc biệt trong nhóm bệnh lý cơ xương khớp. Trong số các căn nguyên, thoái hóa cột sống giữ vai trò nổi bật và có xu hướng gia tăng theo tuổi, thường gặp ở người trung niên và cao tuổi [1], [3]. Tình trạng này không chỉ gây đau mạn tính, hạn chế vận động mà còn làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống và khả năng lao động. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO),

¹Trường Đại học Võ Trường Toàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Quý

Email: 9849051627@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2025

Ngày duyệt bài: 25.12.2025