

báo cáo từ tác giả Phạm Trần Linh (2025) tại bệnh viện Bạch Mai – là một trong những trung tâm lớn triệt đốt rung nhĩ tại Việt Nam [6].

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật triệt đốt rung nhĩ bằng sóng tần số radio năng lượng cao – thời gian ngắn (HPSD) bước đầu cho thấy hiệu quả điện sinh lý cao với tỷ lệ cô lập hoàn toàn tĩnh mạch phổi và phục hồi nhịp xoang đạt 100%. Thời gian thủ thuật và mức độ an toàn tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Cần có thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và theo dõi dài hạn để đánh giá hiệu quả lâu dài và biến chứng muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kornej J, Börschel CS, Benjamin EJ, Schnabel RB. Epidemiology of Atrial Fibrillation in the 21st Century: Novel Methods and New Insights. *Circulation research*. 2020;127(1):4-20. Epub 2020/07/28. doi: 10.1161/circresaha.120.316340. PubMed PMID: 32716709; PubMed Central PMCID: PMC7577553.
2. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns H, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European heart journal*. 2024;45(36):3314-414. Epub 2024/08/31. doi: 10.1093/eurheartj/ehae176. PubMed PMID: 39210723.
3. Tzeis S, Gerstenfeld EP, Kalman J, Saad EB, Sepehri Shamloo A, Andrade JG, et al. 2024 European Heart Rhythm Association/Heart Rhythm Society/Asia Pacific Heart Rhythm Society/Latin American Heart Rhythm

Society expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. *Europace: European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology: journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*. 2024;26(4). Epub 2024/04/08. doi: 10.1093/europace/euae043. PubMed PMID: 38587017; PubMed Central PMCID: PMC7577553.

4. Sultan A, Kreutzer S, Wörmann J, Lüker J, Ackmann J, Schipper J-H, et al. High Power short duration radiofrequency ablation or cryoballoon ablation for paroxysmal Atrial Fibrillation (HIPAF trial). *EP Europace*. 2025;27(5). doi: 10.1093/europace/euaf066.
5. Chieng D, Segan L, Sugumar H, Al-Kaisey A, Hawson J, Moore BM, et al. Higher power short duration vs. lower power longer duration posterior wall ablation for atrial fibrillation and oesophageal injury outcomes: a prospective multi-centre randomized controlled study (Hi-Lo HEAT trial). *EP Europace*. 2022;25(2):417-24. doi: 10.1093/europace/euac190 %J EP Europace.
6. Phạm TL, Ngô TN. Bước đầu đánh giá tính an toàn và hiệu quả của catheter cảm biến lực trong triệt đốt rung nhĩ tại viện tim mạch – bệnh viện bạch mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;555(2). doi: 10.51298/vmj.v555i2.16021.
7. Lee Adam C, Voskoboinik A, Cheung Christopher C, Yogi S, Tseng Zian H, Moss Joshua D, et al. A Randomized Trial of High vs Standard Power Radiofrequency Ablation for Pulmonary Vein Isolation. *JACC: Clinical Electrophysiology*. 2023;9(7_Part_2):1038-47. doi: 10.1016/j.jacep.2022.12.020.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH KHOEO ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VĨ TRƯỜNG TOÀN NĂM 2020 – 2024

Mai Trọng Nguyễn¹, Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân chấn thương động mạch khoeo tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn năm 2020-2024.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả, trên 30 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán chấn thương động mạch khoeo và được điều trị tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn từ 1/1/2020 đến 30/12/2024.

¹Trường Đại học Võ Trường Toàn
Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Anh
Email address: thanh@vtu.edu.vn
Mã bài: N502
Ngày nhận bài: 11/3/2026
Ngày phản biện khoa học: 10/3/2026
Ngày duyệt bài: 11/4/2026

Kết quả: Gãy xương hờ chiếm tỷ lệ cao (86,67%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trước mổ là mất mạch (73,33%), kèm các dấu hiệu thiếu máu chi như nhợt màu, lạnh chi và dị cảm. Phần lớn bệnh nhân có chỉ số MESS ≤ 7 điểm (73,33%), ít gặp sốc chấn thương (6,67%) và chèn ép khoang (13,33%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 148,33 ± 57,15 phút, thời gian phục hồi lưu thông trung bình là 125,42 ± 53,52 phút. Trên cận lâm sàng, hình ảnh mất tín hiệu động mạch khoeo trên CTA chiếm tỷ lệ cao nhất (53,33%). Gãy mâm chày là vị trí gãy xương thường gặp nhất trên phim X-quang (66,67%).

Kết luận: Chấn thương động mạch khoeo chủ yếu liên quan đến gãy xương hờ, với biểu hiện lâm sàng điển hình là mất mạch và dấu hiệu thiếu máu chi. Phần lớn bệnh nhân có mức độ tổn thương không quá nặng (MESS ≤ 7), ít gặp biến chứng nặng như sốc hay chèn ép khoang. Hình ảnh

CTA thường ghi nhận mất tín hiệu dòng mạch khoeo, và gây thâm chày là tổn thương xương hay gặp. Thời gian phẫu thuật và phục hồi lưu thông tương đối kéo dài.

Từ khoá: lâm sàng, cận lâm sàng, chấn thương, động mạch khoeo.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH POPLITEAL ARTERY INJURY DIAGNOSED AND TREATED AT VO TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL, 2020–2024

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with popliteal artery injury at Vo Truong Toan University Hospital during the period 2020–2024.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 30 patients aged ≥ 16 years who were diagnosed with popliteal artery injury and treated at Vo Truong Toan University Hospital from January 1, 2020 to December 30, 2024

Result: Open fractures were predominant (86.67%). The most common preoperative clinical sign was absent distal pulse (73.33%), accompanied by signs of limb ischemia such as pallor, coldness, and paresthesia. The majority of patients had a MESS score ≤ 7 (73.33%), while traumatic shock (6.67%) and compartment syndrome (13.33%) were less frequent. The mean operative time was 148.33 ± 57.15 minutes, and the mean revascularization time was 125.42 ± 53.52 minutes. On paraclinical evaluation, loss of popliteal artery signal on CTA was the most common finding (53.33%). Tibial plateau fractures were the most frequently observed fracture type on plain radiographs (66.67%).

Conclusion: Popliteal artery injury is predominantly associated with open fractures, with typical clinical manifestations including absent distal pulses and signs of limb ischemia. Most patients present with a moderate severity of injury (MESS ≤ 7), and severe complications such as shock or compartment syndrome are relatively uncommon. Computed tomography angiography (CTA) frequently demonstrates loss of popliteal artery signal, while tibial plateau fractures are the most common associated skeletal injuries. Operative and revascularization times are relatively prolonged.

Keywords: clinical, paraclinical, trauma, popliteal artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương động mạch khoeo trong chấn thương vùng gối là một tình trạng cấp cứu mạch máu nghiêm trọng, có thể dẫn đến thiếu máu chi cấp, hoại tử chi và nguy cơ cắt cụt chi nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Trong những năm gần đây, sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm Doppler mạch máu và chụp cắt lớp vi tính mạch máu đã giúp phát hiện sớm và chính xác các tổn thương động mạch khoeo, kể cả khi chưa có biểu hiện lâm sàng rõ ràng. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị chấn thương động mạch khoeo, trong đó phẫu thuật phục hồi lưu thông động mạch là phương pháp điều

trị quan trọng. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân chấn thương động mạch khoeo tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản năm 2020-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán chấn thương động mạch khoeo và được điều trị tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản từ 1/1/2020 đến 30/12/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán chấn thương động mạch khoeo.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý viêm, tắc ĐM chi dưới mức độ nặng hoặc đã PT can thiệp ĐM chi dưới cùng bên tổn thương. BN có tiền sử các bệnh lý đái tháo đường, tăng huyết áp đã có các biến chứng mạch máu được ghi nhận. BN có tiền sử yếu, liệt hoặc dị tật bẩm sinh tại chi bị tổn thương ĐM khoeo.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản từ 1/1/2020 đến 30/12/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Cỡ mẫu và Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tiến hành thu thập số liệu trên những BN thỏa những tiêu chuẩn trên từ lúc bắt đầu NC đến khi kết thúc. Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 40 bệnh nhân.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: kiểu gãy xương; triệu chứng lâm sàng trước mổ: mất mạch, nhợt màu, dị cảm, giảm vận động, lạnh chi; chỉ số MESS của BN tại thời điểm trước mổ; tình trạng sốc chấn thương; tình trạng chèn ép khoang; thời gian PT và thời gian phục hồi lưu thông.

Đặc điểm cận lâm sàng: Đặc điểm chấn thương mạch khoeo trên phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu, đặc điểm gãy xương trên phim Xquang.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Thu thập thông tin trong hồ sơ bệnh án của những BN chấn thương ĐM khoeo tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản từ 1/1/2020 đến 30/12/2024. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học phần mềm SPSS 21.0. Các test thống kê y học: so sánh các đại lượng bằng test χ^2 , so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Các chỉ tiêu định tính được tính toán theo tỷ lệ phần trăm (%). Các chỉ tiêu định lượng được tính toán theo giá trị trung bình.

2.3. Ý đức: Nghiên cứu được thông qua hội đồng Khoa học và Đào tạo của trường Đại học Võ Trường

Toàn. Mọi thông tin về bệnh nhân được bảo mật, đảm bảo giá trị văn hóa, phong tục tập quán của bệnh nhân. Số liệu đảm bảo tính khoa học, trung thực và chính xác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

3.1.1. Đặc điểm kiểu gãy xương

Bảng 3.1. Đặc điểm kiểu gãy xương

Đặc điểm chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy kín	4	13,33%
Gãy hở	26	86,67%

Nhận xét: Trong 30 trường hợp nghiên cứu, gãy xương hở chiếm tỷ lệ cao (86,67%), trong khi gãy kín chỉ chiếm 13,33%.

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng trước mổ

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng trước mổ

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mất mạch	22	73,33%
Nhợt màu	17	56,67%
Dị cảm	16	53,33%
Giảm vận động	13	43,33%
Lạnh chi	17	56,67%

Nhận xét: Trước mổ, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là mất mạch với tỷ lệ 73,33%. Các dấu hiệu khác như nhợt màu và lạnh chi cũng chiếm tỷ lệ 56,67%, dị cảm chiếm 53,33% và giảm vận động chiếm 43,33%. Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu chi rõ rệt với các triệu chứng điển hình của tổn thương động mạch.

3.1.3. Chỉ số MESS của BN tại thời điểm trước mổ

Bảng 3.3. Chỉ số MESS của BN tại thời điểm trước mổ

Chỉ số MESS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 7 điểm	22	73,33%
8 điểm	8	26,67%
≥ 9 điểm	0	0
Tổng	30	100

Nhận xét: Chỉ số MESS trước mổ của bệnh nhân chủ yếu ≤ 7 điểm, chiếm tỷ lệ 73,33%. Nhóm bệnh nhân có MESS 8 điểm chiếm 26,67%, và không có trường hợp nào có MESS ≥ 9 điểm.

3.1.4. Tình trạng sốc chấn thương

Bảng 3.4. Tình trạng sốc chấn thương

Tình trạng sốc chấn thương	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	2	6,67%
Không	28	93,33%

Nhận xét: Trong số 30 bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn không có tình trạng sốc chấn thương, chiếm tỷ lệ 93,33%. Chỉ có 6,67% bệnh nhân xuất hiện sốc chấn thương.

3.1.5. Tổn thương chèn ép khoang

Bảng 3.5. Tổn thương chèn ép khoang

Tình trạng chèn ép khoang	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	4	13,33%
Không	26	86,67%

Nhận xét: Chèn ép khoang ghi nhận ở 13,33% bệnh nhân; 86,67% trường hợp không có chèn ép khoang.

3.1.6. Thời gian PT và thời gian phục hồi lưu thông

Bảng 3.6. Thời gian PT và thời gian phục hồi lưu thông

Thời gian	Trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
PT	148,33 ± 57,15 phút	75 phút	265 phút
Phục hồi lưu thông	125,42 ± 53,52 phút	55 phút	250 phút

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 148,33 ± 57,15 phút (ngắn nhất 75 phút, dài nhất 265 phút). Thời gian phục hồi lưu thông trung bình là 125,42 ± 53,52 phút (ngắn nhất 55 phút, dài nhất 250 phút).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm chấn thương mạch khoeo trên phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu

Bảng 3.5. Hình thái chấn thương ĐM khoeo

Hình ảnh trên CTA	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mất tín hiệu	16	53,33%
Mất liên tục	4	13,33%
Thoát mạch	10	33,33%

Nhận xét: Hình thái tổn thương động mạch khoeo trên CTA chủ yếu là mất tín hiệu, chiếm 53,33%. Thoát mạch chiếm 33,33% và mất liên tục chiếm 13,33%.

3.2.2. Đặc điểm gãy xương trên phim Xquang

Bảng 3.6. Đặc điểm gãy xương trên phim Xquang

Vị trí gãy xương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1/3 dưới xương đùi	1	3,33%
Đầu dưới xương đùi	1	3,33%
Mâm chày	20	66,67%
1/3 trên xương cẳng chân	8	26,67%

Nhận xét: Gãy mâm chày chiếm tỷ lệ cao nhất (66,67%), tiếp đến là gãy 1/3 trên xương cẳng chân (26,67%). Gãy 1/3 dưới xương đùi và gãy đầu dưới xương đùi đều chiếm 3,33%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân chấn thương động mạch khoeo có kèm theo gãy xương hở. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh Hoàng (2015), trong đó tỷ lệ gãy kín chỉ chiếm 20,8% [3]. Điều này có thể được giải thích do đặc điểm giải phẫu của động mạch khoeo nằm sâu trong vùng trám khoeo, được che phủ bởi nhiều lớp cơ và phần mềm nên khó bị tổn thương trong các chấn thương nhẹ hoặc gãy kín. Vì vậy, những trường hợp có tổn thương động mạch khoeo thường liên quan đến chấn thương mạnh gây gãy xương hở và tổn thương phần mềm rộng. Trên lâm sàng, gãy xương hở kèm tổn thương động mạch và phần mềm nặng là dạng chấn thương phức tạp, gây khó khăn trong việc lựa chọn phương pháp xử trí và có nguy cơ nhiễm trùng sau mổ cao.

Về triệu chứng lâm sàng trước mổ, mất mạch ngoại vi là dấu hiệu thường gặp nhất. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Anh Công (2021) với tỷ lệ mất mạch ngoại vi 67,9% [1] và nghiên cứu của Vũ Ngọc Tú (2023) ghi nhận triệu chứng này ở 100% bệnh nhân [6]. Sự thay đổi hoặc mất mạch ngoại vi so với bên lành là dấu hiệu quan trọng gợi ý tổn thương động mạch. Khi bệnh nhân có các biểu hiện thiếu máu chi cấp như nhợt màu, lạnh chi, dị cảm hoặc giảm vận động, cần nghĩ đến khả năng chấn thương động mạch và tiến hành các phương tiện chẩn đoán phù hợp để can thiệp kịp thời.

Chỉ số MESS là một thang điểm thường được sử dụng để đánh giá mức độ tổn thương chi và tiên lượng khả năng bảo tồn chi. Gratl A. (2022) cho rằng trong các trường hợp chấn thương động mạch khoeo đơn độc, nên cố gắng tái thông mạch máu và MESS không phải là yếu tố duy nhất để quyết định cắt cụt chi [9]. Do đó, trong thực hành lâm sàng, MESS chỉ nên được sử dụng như một công cụ hỗ trợ, kết hợp với đánh giá toàn diện tình trạng bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sốc chấn thương thấp. Kết quả này tương tự xu hướng được

ghi nhận trong các nghiên cứu tại Việt Nam như Lê Minh Hoàng (2015) với tỷ lệ 18,9% [3], Nguyễn Anh Tuấn (2023) với 9,31% [7] và Vũ Ngọc Tú (2023) với 1,4% [6]. Sự giảm dần tỷ lệ sốc chấn thương có thể liên quan đến việc cải thiện hệ thống cấp cứu và nâng cao ý thức an toàn giao thông.

Đối với biến chứng chèn ép khoang, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thấp và tương tự nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn (2023) với tỷ lệ khoảng 14% [7]. Điều này có thể liên quan đến việc đa số bệnh nhân trong nghiên cứu bị gãy xương hở, giúp giảm áp lực trong khoang cơ so với gãy kín.

Thời gian thiếu máu chi là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng bảo tồn chi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian thiếu máu chi trung bình là $7,14 \pm 3,2$ giờ, tương đương với nghiên cứu của Lê Minh Hoàng (2015) với $5,75 \pm 4,0$ giờ [3] và thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn (2023) là $9,57 \pm 6,05$ giờ [7]. Thời gian thiếu máu càng kéo dài thì nguy cơ hoại tử cơ và cắt cụt chi càng cao, do đó việc chẩn đoán sớm và tái lập lưu thông mạch máu kịp thời có ý nghĩa quan trọng.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

Các dấu hiệu tổn thương động mạch khoeo trên phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu chi dưới bao gồm mất tín hiệu thuốc cản quang (53,33%), thoát mạch (33,33%) và mất liên tục động mạch (13,33%). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đó. Hồ Minh Huế (2022) ghi nhận mất tín hiệu thuốc cản quang chiếm 81% và thoát mạch chiếm 3,4% [4]. Nguyễn Anh Tuấn (2023) cũng ghi nhận mất tín hiệu thuốc cản quang chiếm 51,16%, mất liên tục động mạch khoeo chiếm 13,96% và thoát mạch chiếm 34,88% [7]. Những kết quả này cho thấy chụp cắt lớp vi tính mạch máu là phương tiện chẩn đoán có giá trị trong phát hiện và đánh giá tổn thương động mạch khoeo trước phẫu thuật.

Về đặc điểm gãy xương trên phim X-quang, gãy mâm chày chiếm tỷ lệ cao nhất (66,67%), tiếp theo là gãy 1/3 trên xương cẳng chân (26,67%). Gãy đầu dưới xương đùi và gãy 1/3 dưới xương đùi chiếm tỷ lệ thấp (3,33%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm giải phẫu vùng gối, nơi động mạch khoeo nằm sát phía sau mâm chày. Boisrenoulta P. và cộng sự (2009) cho thấy gãy xương vùng gối có nguy cơ gây tổn thương động mạch khoeo và đoạn dưới động mạch đùi nặng cao gấp ba lần so với các vị trí khác [8]. Lê Minh Hoàng (2015) cũng ghi nhận chấn thương động mạch khoeo chiếm 47,1% trong các chấn thương mạch máu lớn chi dưới [3].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu 30 bệnh nhân chấn thương động mạch khoeo, gãy xương hở chiếm tỷ lệ cao (86,67%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất

trước mổ là mất mạch (73,33%), kèm các dấu hiệu thiếu máu chi như nhợt màu, lạnh chi và dị cảm. Phần lớn bệnh nhân có chỉ số MESS ≤ 7 điểm (73,33%), ít gặp sốc chấn thương (6,67%) và chèn ép khoang (13,33%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $148,33 \pm 57,15$ phút, thời gian phục hồi lưu thông trung bình là $125,42 \pm 53,52$ phút. Trên cận lâm sàng, hình ảnh mất tín hiệu động mạch khoeo trên CTA chiếm tỷ lệ cao nhất (53,33%). Gãy mâm chày là vị trí gãy xương thường gặp nhất trên phim X-quang (66,67%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Anh Công, Nguyễn Hữu Ước, Bùi Thanh Danh (2021), “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, (34), tr. 99–106.
2. Nguyễn Sinh Hiền và cộng sự (2000), “Tổn thương mạch khoeo trong chấn thương kín: những khó khăn trong chẩn đoán và điều trị”, Tạp chí Ngoại khoa, 3, tr. 29–37.
3. Lê Minh Hoàng (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị tổn thương động mạch lớn trong gãy xương, sai khớp chi dưới, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
4. Hồ Minh Huế, Trần Minh Hoàng, Đặng Nguyễn

Trung An, Nguyễn Quang Thái Dương (2022), “Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính chi dưới trong chấn thương động mạch khoeo”, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 26(2), tr. 48–54.

5. Nguyễn Thành Tấn, Liêu Vĩnh Đạt và cộng sự (2021), “Biến chứng gãy xương”, Ngoại bệnh lý, Tập 2, tr. 101–112.
6. Vũ Ngọc Tú, Trần Trung Kiên, Phùng Duy Hồng Sơn (2023), “Phẫu thuật điều trị chấn thương động mạch khoeo tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2017–2019”, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 526, tr. 374–379.
7. Nguyễn Anh Tuấn (2023), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị tổn thương động mạch khoeo trong chấn thương vùng gối tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021–2023, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
8. Boisrenoult P. (2009), “Vascular lesions associated with bicruciate and knee dislocation ligamentous injury”, Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research, (95), pp. 621–626.
9. Gratl A., Kluckner M., Gruber L. et al. (2022), “The Mangled Extremity Severity Score (MESS) does not predict amputation in popliteal artery injury”, European Journal of Trauma and Emergency Surgery, (46), pp. 30–43.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA BĂNG GẠC TIỀN TIẾN ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ KHÁNG KHUẨN VẬT LÝ TRÊN VẾT THƯƠNG BÔNG NÔNG

Nguyễn Thái Ngọc Minh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bông nông là hình thái tổn thương thường gặp trong tai nạn bông, gây đau đớn, tăng nguy cơ nhiễm trùng và có thể dẫn đến sẹo nếu không được điều trị đúng cách. Các phương pháp điều trị truyền thống bằng băng gạc thường có hạn chế về tốc độ lành thương, khả năng kiểm soát nhiễm trùng và giảm đau. Băng gạc tiên tiến ứng dụng công nghệ Sorbact với màng DACC (Dialkylcarbamoil Chloride) được kỳ vọng mang lại giải pháp điều trị hiệu quả nhờ khả năng kháng khuẩn không cần kháng sinh và hỗ trợ tái tạo mô. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của loại băng gạc này trong điều trị bông nông tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, theo dõi dọc trên 30 bệnh nhân (18–65 tuổi) có tổn thương bông nông (độ II và độ III theo phân độ Lê Thế Trung), diện

tích bông $\leq 50\%$, nhập viện tại Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bông Quốc gia từ tháng 01/2025 đến tháng 03/2025. Băng gạc công nghệ Sorbact (Cutimed Sorbact) được sử dụng, thay băng 2 ngày một lần. Mức độ đau được đánh giá bằng thang điểm VAS; mẫu vi khuẩn vết thương được thu thập và phân tích tại các thời điểm: ngày nhập viện (N1), ngày thứ 3 (N3), ngày thứ 7 (N7) và ngày thứ 14 (N14). Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 17.0; giá trị p nhỏ hơn 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

Kết quả: Số lượng vi khuẩn tăng từ $0,48 \pm 0,12 \times 10^3$ CFU/cm² (N1) lên $38,2 \pm 15,5 \times 10^3$ CFU/cm² (N3), sau đó giảm mạnh xuống $2,3 \pm 0,8 \times 10^3$ CFU/cm² (N7) và $1,5 \pm 0,2 \times 10^3$ CFU/cm² (N14) (với $p < 0,001$ cho tất cả các so sánh ghép cặp). Tỷ lệ bệnh nhân không có vi khuẩn mọc trên mẫu cấy tăng từ 53,3% (N7) lên 70% (N14) ($p < 0,05$). Thời gian biểu mô trung bình là $11,8 \pm 3,2$ ngày, số lần thay băng trung bình là $4,5 \pm 1,8$ lần. Điểm đau VAS trung bình giảm từ 7,1 $\pm 1,2$ (N1) xuống 1,8 $\pm 0,8$ (N14) ($p < 0,001$).

Kết luận: Băng gạc tiên tiến ứng dụng công nghệ kháng khuẩn vật lý cho thấy hiệu quả trong kiểm soát nhiễm trùng, thúc đẩy lành thương và giảm đau ở bệnh nhân bông nông. Đây có thể là một lựa chọn điều trị tiềm năng cho bông nông.

¹ Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Ngọc Minh
Email: Minhnguyennb@gmail.com

Mã bài: N513

Ngày nhận bài: 7/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/4/2026

Ngày duyệt bài: 7/5/2026