

Trong số 75 bệnh nhân gãy góc hàm chúng tôi gặp 3 trường hợp gãy góc hàm hai bên (4%) và mỗi bệnh nhân đều có 2 răng RKHD. RKHD hiện diện ở góc hàm bị gãy trong đa số các trường hợp (78,67%), mà chủ yếu là góc hàm bên trái (46,67%).

Jose E Barrera và Cs nghiên cứu cho thấy triệu chứng trong gãy góc hàm thường gặp là khớp cắn sai, có đặc điểm là cắn hở phía trước và chạm sớm răng hàm phía sau (đối với gãy góc hàm hai bên); nếu gãy góc hàm một bên thì chỉ cắn hở ở một bên. Dị cảm hay tê bì môi dưới bên gãy hầu hết gặp trong gãy góc hàm có di lệch⁸. Edward W Chang cho rằng triệu chứng lâm sàng thường gặp trong gãy góc hàm là há miệng hạn chế, dị cảm hay tê bì môi dưới bên gãy, khớp cắn sai, ấn có điểm đau chói.⁹

Bảng 7 đánh giá lúc bệnh nhân ra viện (đang cố định hai hàm) thì cắn chạm răng theo vùng ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ cao 98,67%, nghĩa là khớp cắn đúng và các răng đều chạm nhau ở tư thế lỏng múi tối đa.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 75 bệnh nhân gãy góc hàm XHD tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Hà Nội từ tháng 05/2021 đến 04/2022, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Gãy góc hàm chủ yếu xảy ra ở nam giới (80%), tuổi hay gặp là 19 – 39 tuổi (58,67%). Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông (85,34%) và phương tiện gây ra tai nạn phần lớn là xe máy (93,75%).

- Gãy góc hàm thường là gãy phối hợp (84%). Chủ yếu là gãy phối hợp với các đường gãy khác của XHD (33,34%). Khi có gãy phối hợp thì chủ

yếu là gãy đối bên với góc hàm bị gãy.

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp trong gãy góc hàm là sưng đau vùng góc hàm, há miệng hạn chế, khớp cắn sai và ấn có điểm đau chói.

- **Kết quả điều trị khi ra viện:** Cắn chạm răng theo vùng ở mức độ Tốt: 98,67%, khá: 1,33%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn Giải phẫu,** Trường Đại học Y Hà Nội. Các cơ quan ở Đầu - mặt - cổ. Hà Nội 2001.
- Bộ môn Phẫu thuật tạo hình,** Trường Đại học Y Hà Nội. Chấn thương vùng hàm mặt. Hà Nội 2000.
- Fox AJ, Kellman RM. Mandibular angle fractures: two-miniplate fixation and complications. Arch Facial Plast Surg. 2003;5(6):464-469. doi:10.1001/archfaci.5.6.464
- Phạm Văn Liệu.** Đặc điểm dịch tễ học gãy XHD và so sánh hai phương pháp điều trị gãy góc hàm [Luận án Tiến sĩ Y học], Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2008.
- Razukevicius D, Sabalys G, Kubilius R.** Comparative analysis of the effectiveness of the mandibular angle fracture treatment methods. Stomatologija. 2005;7(2):35-39.
- Paza AO, Abuabara A, Passeri LA.** Analysis of 115 mandibular angle fractures. J Oral Maxillofac Surg. 2008;66(1):73-76. doi:10.1016/j.joms.2007.05.025
- Rai B, Dhattarwal SK, Jain R, Kangra V, Anand SC, Bhardawaj DN. Road Traffic Accidents: Site Of Fracture Of The Mandible. The Internet Journal of Epidemiology. 2006;4(2).
- Jose E Barrera, Stephen G Batuello,** Head and Neck Surgery, Stanford University. Mandibular angle fractures, U.S.A 2007
- Edward W Chang, Samuel M Lam,** Edward Farrior, Facial Plastic Surgery Education, Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Columbia University Medical Center. Mandible Fractures, General Principles and Occlusion. USA 2005.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG TRÊN HÌNH ẢNH CHỤP MẠCH CỦA BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG VỮA XƠ ĐỘNG MẠCH CHẬU MẠN TÍNH

Lê Thế Anh¹, Phạm Thái Giang², Lê Văn Trường²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa
²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Thế Anh
 Email: vmechiendo@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 30.5.2022
 Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022
 Ngày duyệt bài: 29.7.2022

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch chậu mạn tính trên chụp mạch xóa nền kĩ thuật số. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả trên 75 bệnh nhân hẹp tắc mạn tính động mạch chậu được điều trị tại Viện tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ 09/2016 đến 12/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình 69,3 ± 9,9 (năm), Nam giới chiếm 93,3%, tăng huyết áp chiếm 72%, hút thuốc lá chiếm 38,7%, đái tháo đường chiếm 37,3%. Tổn thương loét chiếm 29,3%, ABI trung bình 0,3 ± 0,27, ABI ≤ 0.4 chiếm 69,3%. Đặc điểm tổn thương

trên siêu âm mạch máu chi dưới: tổn thương động mạch chậu đơn thuần (31,2%), phối hợp tầng đùi khoeo (25,0%), trên chụp CLVT mạch máu chi dưới: tổn thương động mạch chậu đơn thuần (26,1%), tổn thương phối hợp tầng đùi khoeo (28,1%). Tổn thương mạch máu trên chụp mạch: Tổn thương động mạch chậu đơn thuần (33,3%), tổn thương kết hợp động mạch chậu đùi khoeo (37,5%); TASC D (34,7%). **Kết luận:** Tổn thương mạch chi dưới mạn tính do vữa xơ gây ra những hậu quả thiếu máu chi dưới cao và biểu hiện phức tạp và đa tầng trên lâm sàng, siêu âm và chụp mạch.

Từ khoá: động mạch chậu, cắt lợp vi tính, siêu âm mạch máu, chụp động mạch xóa nền

SUMMARY

CLINICAL AND ANGIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ATHEROSCLEROTIC ILIAC ARTERY LESIONS

Objectives: to describe clinical, angiographic characteristics of chronic iliac artery lesions. **Subjects and methods:** a descriptive study on 75 patients with chronic occlusion of the iliac arteries who were treated at the Heart Institute - Bach Mai Hospital from September 2016 to December 2019. **Results:** Average age was 69.3 ± 9.9 (years), male accounted for 93.3%, hypertension accounted for 72%, smokers accounted for 38.7%, diabetes accounted for 37.3%. Leg ulcer lesions accounted for 29.3%, average ABI 0.3 ± 0.27 , ABI ± 0.4 accounted for 69.3%. Injury characteristics on lower extremity vascular ultrasound: iliac artery lesions alone (31.2%), combined with popliteal floor (25.0%), on vascular CT scan: arterial lesions iliac alone (26.1%), combined lesions of the thigh and popliteal floor (28.1%). On angiogram: iliac artery injury alone (33.3%), combined injury to popliteal iliac artery (37.5%). TASC D (34.7%). **Conclusions:** Chronic atherosclerotic iliac lesions cause high lower extremity ischemic consequences with complex clinical and angiographic characteristics.

Keywords: iliac artery, computed tomography, vascular ultrasound, angiography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vữa xơ động mạch là một bệnh lý hệ thống với nhiều biểu hiện khác nhau và tổn thương nhiều động mạch khác nhau, trong đó tổn thương động mạch chậu là một biểu hiện chính. Động mạch chậu là động mạch nuôi chi dưới, các tổn thương vữa xơ hẹp tắc động mạch chậu đều ảnh hưởng trực tiếp đến tưới máu toàn bộ chi dưới. Tổn thương động mạch chậu có thể kết hợp với các tổn thương vùng đùi khoeo, dưới gối nên triệu chứng lâm sàng đôi khi khó xác định được vị trí tổn thương. Tổn thương động mạch chi dưới do vữa xơ khác với tổn thương do vữa xơ ở động mạch vành hay động mạch não. Các mảng vữa xơ thường có nhiều sợi xơ, ít lõi lipid và ít các tế bào viêm nên nó thường ít bị nứt vỡ hơn so với động mạch vành và não.

Sự khác biệt về cấu trúc mảng vữa xơ của bệnh lý động mạch chi dưới so với các động mạch khác dẫn đến những biểu hiện lâm sàng và trên phim chụp khác nhau. Điều này giúp chúng ta có những biện pháp dự phòng và điều trị khác biệt so với các mạch máu khác. Vai trò của các xét nghiệm cận lâm sàng, đặc biệt là các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh góp phần quan trọng trong chẩn đoán định khu tổn thương, cũng như xác định được bản chất của tổn thương động mạch chậu. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu "*mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương trên chụp mạch số hoá xóa nền của bệnh nhân động mạch chi dưới mạn tính do xơ vữa có tổn thương động mạch chậu*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bao gồm 75 bệnh nhân có bệnh lý hẹp tắc động mạch chậu mạn tính, đến khám và điều trị tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 09/2016 đến tháng 12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tiêu chuẩn thiếu máu chi dưới mạn tính theo khuyến cáo của của TASC (2007) [9], bao gồm: 1- Thời gian bị bệnh trên 2 tuần; 2- Lâm sàng gợi ý khi có một trong những biểu hiện của cơn đau cách hồi hoặc đau khi nghỉ, loét, hoại tử chi dưới. 3- Khám thấy yếu hoặc mất mạch chi dưới. 4- chỉ số cổ tay cẳng chân (ABI) $\leq 0,9$.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được ghi bệnh án nghiên cứu chi tiết. Hỏi tiền sử, bệnh sử, các yếu tố nguy cơ và thăm khám lâm sàng. Làm các xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản bao gồm: công thức máu, đông máu cơ bản, Ure, Creatinin, điện giải đồ, GOT, GPT, mỡ máu, đường máu. Các xét nghiệm khác: điện tim, XQ tim phổi. Đo chỉ số cổ chân - cánh tay (ABI) bằng máy đo ABI tự động (Omron VP1000 - Nhật Bản). Siêu âm mạch máu chi dưới bằng máy siêu âm chuyên dụng của hãng Philips (Hà Lan). Chụp cắt lớp động mạch chi dưới bằng máy chụp đa dày 128 lớp cắt (Siemens, Đức). Nếu có chỉ định sẽ được chụp mạch xóa nền dưới màn hình tăng sáng tại phòng can thiệp của Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai bằng máy chụp của hãng Toshiba (Nhật) hoặc Philips (Hà Lan).

Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng $TB \pm SD$, định tính được thể

hiện bằng tỉ lệ phần trăm (%). So sánh giữa 2 biên định lượng bằng t-test, 2 biến định tính bằng test chi bình phương. Khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $69,3 \pm 9,9$; tuổi cao nhất là 91, thấp nhất là 49.

Bảng 1. Giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp

Yếu tố nguy cơ	Nam (n=70;%)	Nữ (n=5;%)
Hút thuốc	30 (40,0%)	0
THA	51(68,0%)	3 (4,0%)
RLCH Lipid	9 (12,0%)	1 (1,3%)
ĐTĐ	26 (34,7%)	2 (2,7%)
Đột quỵ não	15 (20,0%)	0
ĐMV	19 (25,3%)	1 (1,3%)

Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất ở cả hai giới là THA và ĐTĐ trong đó ở nam giới là THA (72,9%), ĐTĐ (37,1%) và nữ giới là THA (60%), ĐTĐ (40%).

Bảng 2. Tỉ lệ đau cách hồi, loét hoại tử

	Số BN (n=75)	%
Đau cách hồi	53	70,7
Loét hoại tử	22	29,3

Bệnh nhân vào viện do triệu chứng đau cách hồi là chủ yếu (77,3%).

Bảng 3. Phân loại tổn thương theo Fontaine

Các giai đoạn theo Fontaine	Số chân bệnh (n=96)	Tỉ lệ (%)
Fontaine I	0	0
Fontaine IIa	0	0
Fontaine IIb	10	10,4
Fontaine III	48	50,0
Fontaine IV	38	39,6
Tổng	96	100

Bệnh nhân vào viện với triệu chứng thiếu máu giai đoạn Fontaine III chiếm tỉ lệ cao nhất (64%), không gặp bệnh nhân nào ở giai đoạn Fontaine I.

Bảng 4. Phân loại ABI của đối tượng nghiên cứu

ABI	Số chân bệnh (n=96)	Tỉ lệ phần trăm (%)
$\leq 0,4$	64	66,7
$> 0,4 - 0,75$	26	27,1
$> 0,75 - 0,9$	6	6,3
$> 0,9$	0	0
Trung bình	$0,33 \pm 0,27$	

Chỉ số ABI trung bình $0,33 \pm 0,27$, nhóm ABI ≤ 0.4 chiếm tỉ lệ cao nhất là 66,7%, tiếp theo

đến nhóm 0,4 đến 0,75 tỉ lệ 27,1%, không có bệnh nhân nào ABI $> 0,9$.

Bảng 5. Tổn thương động mạch chậu trên siêu âm

	Số chân bệnh (n=96)	
	Số ĐM	Tỉ lệ %
ĐM chậu đơn thuần	30	31,2%
ĐM chậu - đùi khoeo	24	25,0%
ĐM chậu - ĐM đùi khoeo - ĐM dưới gối	20	20,8%
ĐM chậu - ĐM dưới gối	7	7,3%
Tổng	81	84,4%

Tổn thương động mạch chậu đơn thuần chiếm tỉ lệ 31,2%, tổn thương động mạch chậu kết hợp động mạch đùi khoeo chiếm tỉ lệ 25,0%, tổn thương động mạch chậu và các động mạch dưới gối chiếm tỉ lệ ít nhất (tỉ lệ 7,3%).

Bảng 6. Tổn thương động mạch chậu trên chụp CLVT

	Số chân bệnh (n=96)	
	Số ĐM	Tỉ lệ %
ĐM chậu đơn thuần	25	26,1%
ĐM chậu - đùi khoeo	27	28,1%
ĐM chậu - ĐM đùi khoeo - ĐM dưới gối	32	33,3%
ĐM chậu - ĐM dưới gối	12	12,5%
Tổng	96	100%

Tỉ lệ tổn thương động mạch chậu kết hợp tổn thương đùi khoeo và dưới gối chiếm tỉ lệ cao nhất (tỉ lệ 33,3%).

Bảng 7. Tổn thương động mạch chậu trên chụp mạch máu chỉ dưới

	Số chân bệnh (n=96)	
	Số ĐM	Tỉ lệ %
ĐM chậu đơn thuần	32	33,3
ĐM chậu - đùi khoeo	36	37,5
ĐM chậu - ĐM đùi khoeo - ĐM dưới gối	22	22,9
ĐM chậu - ĐM dưới gối	6	6,3
Tổn thương TASC A	4	4,0
Tổn thương TASC B	27	28,0
Tổn thương TASC C	32	33,3
Tổn thương TASC D	34	34,7

Tổn thương động mạch chậu đơn thuần tỉ lệ 25,5%, tổn thương động mạch chậu kết hợp tổn thương đùi khoeo chiếm tỉ lệ cao nhất (tỉ lệ 36,7%). Tổn thương TASC D là hay gặp nhất (34,7%), tiếp theo là TASC B (33,3%), TASC C (28%), ít gặp nhất là TASC A (4,0%).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là

69,3 ± 9,9. Tuổi trung bình nam giới là 69,3 ± 9,5; Tuổi trung bình nữ giới là 68,8 ± 16,3; tuổi cao nhất là 91 tuổi, thấp nhất là 41 tuổi, tương tự với một số nghiên cứu trong và ngoài nước [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho tỉ lệ mắc bệnh chi dưới ở nam giới cao hơn nữ, nam giới tập trung các yếu tố nguy cơ như THA, hút thuốc, ĐTĐ, có 5 bệnh nhân nữ giới trong đó 03 bệnh nhân THA (tỉ lệ 4%), 2 bệnh nhân ĐTĐ (tỉ lệ 2,7%) và 01 bệnh nhân có RLCH lipid (1,3%). theo Beate (2014) khi nghiên cứu nhóm bệnh nhân hẹp tắc mạn tính ĐM chậu có sự khác nhau giữa hai giới về tỉ lệ hút thuốc lá ($p=0,014$), THA ($p=0,032$) [6], một số nghiên cứu ở Việt Nam như nghiên cứu của Trần Đức Hùng (2016) trong các yếu tố nguy cơ chỉ có hút thuốc lá có sự khác biệt giữa hai giới ($p < 0,05$) [5]

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch chậu trên chụp mạch

Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng đau cách hồi (70,7%) chiếm tỉ lệ cao hơn so với tình trạng loét hoặc hoại tử chi (29,3%), cũng trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn Fontaine III chiếm tỉ lệ cao nhất (50,0%), Fontaine IV tỉ lệ là 39,6%, không có trường hợp nào ở giai đoạn Fontaine I. Một số nghiên cứu khác cho thấy Fontain II chiếm tỉ lệ cao so với nhóm khác, sự khác biệt giữa các nghiên cứu trong nước và nước ngoài có thể do bệnh nhân nước ngoài được phát hiện sớm hơn, tỉ lệ đau cách hồi trong nghiên cứu Yamauchi (2019) tỉ lệ là 100%, trong nghiên cứu của Vladimir (2019) tỉ lệ là 87% [8].

Đặc điểm cận lâm sàng: Chỉ số ABI trung bình là $0,30 \pm 0,27$, trong đó nhóm ABI $\leq 0,4$ chiếm tỉ lệ cao nhất (66,7%), tình trạng thiếu máu chi dưới của nhóm nghiên cứu cao. Tương tự một số nghiên cứu trong nước và thấp hơn so với một số nghiên cứu nước ngoài. Theo nghiên cứu của Yamauchi (2019) trung bình là $0,66 \pm 0,35$, trong nghiên cứu của Vladimir (2019) trung bình là $0,40 \pm 0,12$ [8], nghiên cứu của tác giả Phan Quốc Hùng (2016) tỉ lệ là $0,30 \pm 0,21$ [3]. Đặc điểm tổn thương động mạch chậu trên siêu âm mạch máu chi dưới: trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổn thương đơn thuần động mạch chậu chiếm tỉ lệ 31,2%, trong đó tổn thương phối hợp tăng đùi chiếm tỉ lệ cao nhất trên cả siêu âm động mạch (25,0%), tổn thương cả tăng chậu - đùi khoeo - dưới gối là 20,8%, ít nhất là tổn thương tăng chậu và dưới gối là 7,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Thắng (2018) tổn thương tăng chậu là 69,7%, trong đó tổn thương động mạch đùi nông là 60,4% [2].

Đặc điểm tổn thương động mạch chậu trên chụp CLVT động mạch chi dưới: Tổn thương đơn thuần động mạch chậu là 26,1%, các tổn thương phối hợp các tầng cao nhất là tổn thương phối hợp tăng chậu - đùi khoeo - dưới gối (tỉ lệ là 33,3%), tiếp theo là tổn thương tăng chậu - đùi khoeo (tỉ lệ là 28,1%), ít nhất là tổn thương phối hợp tăng đùi khoeo - dưới gối (12,5%), theo tác giả tác giả Phan Quốc Hùng (2016) khi tiến hành khảo sát 28 bệnh nhân tổn thương động mạch chậu bằng chụp CLVT cho thấy tổn thương động mạch chậu gốc và chậu ngoài chiếm tỉ lệ 35,7%, tương tự nghiên cứu của chúng tôi [3].

Đặc điểm tổn thương động mạch chậu trên chụp mạch: tổn thương đơn thuần động mạch chậu chiếm tỉ lệ 33,3%, tổn thương phối hợp với tăng đùi khoeo chiếm tỉ lệ cao nhất (tỉ lệ là 37,5%), tăng chậu đùi khoeo - dưới gối tỉ lệ là 22,9%, ít nhất là tổn thương tăng chậu và dưới gối (tỉ lệ là 6,3%), hay gặp nhất là TASC D (34,7%), TASC B (33,3%). Kết quả nghiên cứu đa số giống một số nghiên cứu trong nước cũng như quốc tế, một số nghiên cứu khác nghiên cứu của chúng tôi có thể do đối tượng nghiên cứu ở các chủng tộc có khác nhau, như nghiên cứu của nghiên cứu của Ichihashi (2011) tỉ lệ tắc hoàn toàn là 31%, hẹp là 69% [10], Nguyễn Duy Tân (2021) tỉ lệ tổn thương động mạch chậu đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất (44,7%) [1], Christopher (2006) can thiệp 89 bệnh nhân tổn thương động mạch chậu có tỉ lệ TASC D(41,6%), TASC C(33,7%), TASC B(24,7%) [7]

V. KẾT LUẬN

Tổn thương mạch chi dưới mạn tính do vữa xơ gây ra những hậu quả thiếu máu chi dưới cao và biểu hiện phức tạp và đa tầng trên lâm sàng, siêu âm và chụp mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Tân (2021), "Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý tắc, hẹp động mạch chủ - chậu và chi dưới", Tạp chí Y học Việt Nam. 498, tr. 198-202.
2. Nguyễn Duy Thắng (2018), Kết quả áp dụng phương pháp phẫu thuật phối hợp can thiệp nội mạch một thì điều trị bệnh thiếu máu mạn tính chi dưới, Đại học y Hà Nội, Hà Nội.
3. Phan Quốc Hùng (2016), Nghiên cứu hiệu quả phục hồi lưu thông mạch máu trong điều trị hẹp tắc động mạch chủ - chậu mạn tính, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Trần Quyết Tiến Phan Quốc Hùng, Phạm Minh Anh, (2014), "Kết quả điều trị sớm và trung hạn tắc hẹp động mạch chủ chậu mạn tính bằng can thiệp nội mạch", Tạp chí tim mạch học Việt Nam. 68, tr. 208.

5. **Trần Đức Hùng (2016)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị can thiệp nội mạch ở bệnh động mạch chi dưới mãn tính, Học viện Quân Y, Hà Nội.
6. **Beate Bechter-Hugl (2014)**, "The influence of gender on patency rates after iliac artery stenting", Elsevier. 59(6), tr. 1588-1596.
7. **Christopher D. Leville (2006)**, "Endovascular management of iliac artery occlusions: extending treatment to TransAtlantic Inter-Society Consensus class C and D patients", J Vasc Surg. 4(3), tr. 2-9.
8. **Vladimir Cvetic (2019)**, "Endovascular treatment of different types of iliac occlusions—Results from an observational study", Marios-Nikos Psychogios, University Hospital Basel, SWITZERLAND. e0222893.
9. **Hiatt WR Norgren L (2007)**, "Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)", Eur J Vasc Endovasc Surg. 33(1), tr. S1-S75.

KẾT QUẢ TẠO HÌNH TỨC THÌ PHỨC HỢP XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG VẬT DA XƯƠNG MÁC SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ

Lại Bình Nguyên¹, Nguyễn Tài Sơn², Nguyễn Quang Đức³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tạo hình tức thì trên các bệnh nhân với tổn thương phức hợp vùng miệng-hàm dưới bằng vật da xương mác sau phẫu thuật điều trị ung thư. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 63 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư vùng hàm mặt được phẫu thuật cắt bỏ phức hợp xương hàm dưới tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 5/2014 đến tháng 7/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 54.05 ± 13.14 , tỉ lệ nam/nữ = 2/1. Các vật xương mác có đảo da với chiều rộng trung bình là 5.79 ± 0.60 cm và chiều dài trung bình là 14.46 ± 1.33 , trong đó 62/63 đảo da của vật được sử dụng để che phủ khuyết hồng niêm mạc miệng, và 1 trường hợp được sử dụng để che phủ khuyết da. Số đoạn xương mác được sử dụng để tạo hình theo đoạn xương hàm dưới khuyết hồng trung bình là 2.44 ± 0.79 đoạn. Kết quả có 2/63 trường hợp hoại tử hoàn toàn vật da xương mác và không có trường hợp nào hoại tử một phần vật. Tổng cộng có 40 biến chứng trên 29 bệnh nhân khác nhau. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 40.24 ± 21.25 tháng, có 50 bệnh nhân còn sống và 13 bệnh nhân đã tử vong (thời gian sống trung bình là 23.92 ± 19.45 tháng). Kết quả phục hồi chức năng ăn nhai, nói, và há miệng tương đối tốt, với tỉ lệ bệnh nhân đạt mức độ bình thường hoặc chỉ rối loạn nhẹ tương ứng là 84.5%, 82.8%, và 98.3%. Có 41.4% đạt kết quả thẩm mỹ rất tốt, 50.0% đạt kết quả tốt, và còn lại là 8.6% đạt kết quả trung bình. **Kết luận:** Phẫu thuật tạo hình tức thì khuyết hồng phức hợp vùng miệng-hàm dưới bằng vật da xương mác sau phẫu thuật điều trị ung thư cho các kết quả về chức năng và thẩm mỹ rất khả

quan, nên được thực hiện một cách thường quy để đảm bảo chất lượng cuộc sống tối đa cho bệnh nhân.

SUMMARY

OUTCOMES OF IMMEDIATE COMPOSITE OROMANDIBULAR RECONSTRUCTION WITH OSTEOCUTANEOUS FIBULAR FLAP AFTER CANCER RESECTION

Objective: This paper aims to describe results of primary complex oromandibular reconstruction with osteocutaneous flap after cancer resection. **Methods:** The study was conducted in 63 patients were diagnosed with maxillofacial cancer and had oromandibular resected in Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Hanoi National Hospital of Odontology – Stomatology from May 2014 to July 2021. **Results:** The mean age was 54.05 ± 13.14 years, male/female ratio was 2/1. Skin islands of fibular flaps had mean width of 5.79 ± 0.60 cm and mean length of 14.46 ± 1.33 cm, with 62 of total 63 skin islands were used for mucosal reconstruction, and 1 case was used for skin defect. The mean number of fibular bone's fragments used for mandibular reconstruction was 2.44 ± 0.79 . There were 2/63 cases with total flap failure and no case with partial flap failure. Complications occurred in 29 patients, with total 40 complications. The average follow-up was 40.24 ± 21.25 months, there are 50 patients still alive and 13 patients are dead (the mean survival time was 23.92 ± 19.45 months). Functional outcomes normal or slightly altered function was obtained for oral diet, speech intelligibility, and mouth opening in 84.5%, 82.8%, and 98.3% of patients, respectively. 41.4% of aesthetic results were very satisfied, 50.0% satisfied, and 8.6% poorly satisfied. **Conclusion:** Immediate composite oromandibular reconstruction with osteocutaneous flap after cancer resection has very favorable functional and aesthetic results, and should be performed as a routine basis to maximize patients' quality of life.

Keywords: composite oromandibular defect, osteocutaneous fibular flap, cancer resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bỏ những tổn thương ung thư vùng đầu cổ có thể để lại các khuyết hồng phức

¹Bệnh viện RHMTW Hà Nội

²Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108.

³Trung tâm Phẫu thuật tạo hình và sọ mặt, Bệnh viện TWQĐ 108.

Chịu trách nhiệm chính: Lại Bình Nguyên

Email: drnguyen78@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022