

- chí Y học Việt Nam (2022) 514(1) tr 49-52
3. **Trần Ngọc Thông và các cộng sự.**, "Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng trên và giữa được điều trị phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp.", Tạp chí Y học lâm sàng (2020), 66, tr. 29-38.
 4. **Trần Ngọc Thông và các cộng sự.**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng trên và giữa", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại Học Y Dược Huế (2017), tr. 182-189.
 5. **R. Glynne-Jones và các cộng sự.**, "Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up", Annals of Oncology (2017), 28, tr. iv22-iv40.
 6. **K. Y. Lee.**, "Factors Influencing Oncologic Outcomes after Tumor-specific Mesorectal Excision for Rectal Cancer", J Korean Soc Coloproctol (2012), 28(2), tr. 71-2.
 7. **F. Lopez-Kostner và các cộng sự.**, "Total mesorectal excision is not necessary for cancers of the upper rectum", Surgery (1998), 124(4), tr. 612-7; discussion 617-8.
 8. **Hyuna Sung và các cộng sự.**, "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA: A Cancer Journal for Clinicians (2021), 71(3), tr. 209-249.
 9. **N. Tabchouri và các cộng sự.**, "Neoadjuvant Treatment in Upper Rectal Cancer Does Not Improve Oncologic Outcomes But Increases Postoperative Morbidity", Anticancer Res (2020), 40(6), tr. 3579-3587.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU CẤP TÍNH CHI DƯỚI CÓ MỞ CÂN CẰNG CHÂN DO CHẤN THƯƠNG VẾT THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hùng Mạnh¹, Đoàn Quốc Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét đặc điểm bệnh lý và đánh giá kết quả điều trị thiếu máu cấp tính chi dưới có mở cân cẳng chân do chấn thương vết thương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu quan sát mô tả, không nhóm chứng trên 70 bệnh nhân có chẩn đoán thiếu máu chi dưới cấp tính được tái thông mạch máu có kèm mở cân cẳng chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 01/2020 đến 12/2021. **Kết quả:** Trong 70 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ = 1.8/1; độ tuổi trung bình là 33,2 ± 13,2 tuổi. Tai nạn giao thông là chủ yếu chiếm 82,9%. Cơ sở tiếp cận y tế ban đầu là tuyến tỉnh chiếm 82,9%. Mạch bị tổn thương do chấn thương chiếm 94,3%, vết thương chiếm 5,7%; chủ yếu là động mạch khoeo chiếm 88,6%. 100% bệnh nhân được tái thông mạch ở thời điểm >6h kể từ lúc xảy ra tai nạn. Phân độ Rutherford từ IIa trở lên chiếm 95,7%. Không có sự khác biệt giữa mở cân dự phòng hay điều trị ở nam và nữ ($p = 0,141 > 0,05$, Chi-Square Test). 17,2% bệnh nhân cần cắt lọc cơ hoại tử sau mổ, 10% có biến chứng chảy máu vết mổ; 24,3% có nhiễm khuẩn vết mổ. 5/70 bệnh nhân tắc hẹp miệng nối cần mổ lại. 2/70 trường hợp phải cắt cụt sớm sau mổ do cơ hoại tử không liên quan đến mở cân. Không có trường hợp nào suy thận cấp hay tử vong. Thời gian đóng cân cẳng chân trung bình 13,84 ± 6,445 ngày, sớm nhất là 4 ngày, muộn nhất là 31

ngày. Sau 01 tháng xuất viện, 82,4% bệnh nhân hạn chế vận động, 2,9% bất động; chỉ có 48,5% số bệnh nhân không còn cảm giác đau sau mổ. Sau 06 tháng, còn 33,8% bệnh nhân hạn chế vận động, không còn bệnh nhân phải bất động, tỷ lệ không đau 97,1%. **Kết luận:** Kết quả điều trị thiếu máu chi dưới cấp tính có mở cân cẳng chân do chấn thương vết thương tương đối tốt, bị ảnh hưởng bởi đặc điểm tổn thương ban đầu, chăm sóc vết mổ, tập phục hồi vận động sau mổ. **Từ khóa:** thiếu máu cấp tính chi dưới, mở cân cẳng chân, chấn thương vết thương mạch máu chi dưới.

SUMMARY

EVALUATE THE OUTCOMES OF TREATMENT OF ACUTE LOWER EXTREMITY ISCHEMIA WITH FASCIOTOMY DUE TO WOUND TRAUMA AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To observe the pathological characteristics and evaluate the outcomes of treatment of acute lower extremity ischemia with fasciotomy due to wound trauma at Viet Duc University Hospital. **Method:** A retrospective descriptive study with a none control group on 70 patients diagnosed with acute lower extremity ischemia who were revascularized with fasciotomy at Viet Duc University Hospital from January 2020 to December 2021. **Result:** In 70 studied patients, the male/female ratio = 1.8/1; the average age was 33.2 ± 13.2 years old. The main cause was traffic accidents accounting for 82.9%. Primary healthcare facilities were at the provincial level accounting for 82.9%. The prevalence of vessels damaged by trauma was 94.3%, and by wounds was 5.7%; the majority was popliteal artery accounting for 88.6%. 100% of patients were revascularized at more than 6 hours after the accident.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hùng Mạnh

Email: hungmanh1712@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 4.01.2023

The Rutherford classification IIa or higher accounts for 95.7%. There was no difference between preventative and treatment fasciotomy in males and females ($p=0.141 > 0.05$, Chi-Square Test). There 17.2% of patients needed to remove necrotic muscle after surgery. 10% had surgical wound bleeding complications; 24.3% had surgical wound inflammation. 5/70 patients with occlusion of the anastomosis required reoperation. 2/70 cases had to be amputated early after surgery due to muscle necrosis unrelated to fasciotomy. There were no cases of acute renal failure or death. The average time of fasciotomy closure is 13.84 ± 6.445 days, the earliest was 4 days, and the latest was 31 days. After 1 month of discharge, 82.4% of patients had limited mobility, 2.9% were immobile; only 48.5% of patients no longer feel pain after surgery. After 6 months, 33.8% of patients had limited mobility, no longer had to be immobile, and the prevalence of pain-free was 97.1%.

Conclusion: The outcomes of treatment of acute lower extremity ischemia with fasciotomy due to wound trauma was quite good, influenced by the initial injury characteristics, wound care, and postoperative rehabilitation.

Keywords: acute lower extremity ischemia, fasciotomy, lower extremity vascular injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thiếu máu chi là hậu quả của nhiều bệnh nguyên khác nhau gây hẹp hoặc tắc các động mạch cấp máu nuôi chi.¹ Tùy theo mức độ và diễn tiến của thiếu máu chi mà có thể chia ra bệnh cảnh: thiếu máu chi cấp tính, mạn tính và bán cấp tính. Nếu không được điều trị kịp thời, thiếu máu chi cấp tính có thể gây nhiều biến chứng di chứng như tổn thương thần kinh không hồi phục, giảm hoặc mất chức năng chi, hoại tử, cắt cụt chi thể, suy thận cấp, suy đa tạng, thậm chí có nguy cơ tử vong.² Vì vậy, thiếu máu chi cấp tính là một cấp cứu ưu tiên số 1 trong ngoại khoa, cần nhanh chóng tiến hành tái thông mạch máu càng sớm càng tốt; nếu không còn khả năng bảo tồn, cắt cụt chi thích hợp giúp bảo toàn tính mạng cho bệnh nhân.

Một biến chứng sau tái thông mạch máu trong thiếu máu chi cấp tính là hội chứng chèn ép khoang, các tế bào thần kinh, cơ bị tổn thương sau thiếu máu tiếp tục bị tổn thương thêm khi tái tưới máu. Mở cân có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong việc giảm thiểu áp lực, giúp chống thiếu oxy phía dưới chi tổn thương, bảo tồn chi thể sau tổn thương thiếu máu chi cấp. Mở cân căng chân được coi là điều trị nếu có các dấu hiệu ghi nhận của hội chứng chèn ép khoang, nếu không có các dấu hiệu đó thì nó được coi là phương pháp dự phòng.^{3,4}

Hội chứng chèn ép khoang sau tái tưới máu chi thể trong thiếu máu chi cấp tính có thể được

dự đoán, theo đó phẫu thuật viên hoàn thiện quy trình tái thông mạch máu bằng thủ thuật mở cân dự phòng trước khi xảy ra tổn thương thêm sau tái tưới máu.⁵

Tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, thiếu máu chi cấp tính chủ yếu gặp vết thương chân thương mạch máu.⁶ Điều trị ngoại khoa chủ yếu là phẫu thuật phục hồi lưu thông mạch máu. Cắt cụt chi là biện pháp điều trị khi thiếu máu chi ở giai đoạn rất muộn, không còn khả năng bảo tồn. Chăm sóc sau mổ đóng vai trò rất quan trọng, đặc biệt trong trường hợp cắt cụt chi hoặc có mở cân kèm theo, giúp người bệnh phục hồi khả năng sinh hoạt và lao động ở mức cao nhất có thể. Hiện tại, ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân thiếu máu cấp tính chi dưới có mở cân căng chân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm nhận xét đặc điểm bệnh lý và đánh giá kết quả điều trị thiếu máu cấp tính chi dưới có mở cân căng chân do chấn thương vết thương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 70 bệnh nhân có chẩn đoán thiếu máu cấp tính chi dưới được tái thông mạch máu có kèm mở cân căng chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 01/2020 đến 12/2021.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát mô tả, không nhóm chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm	n	%
Tuổi	< 18	8	11,4
	18-60	61	87,2
	>60	1	1,4
Giới	Nam	45	64,3
	Nữ	25	35,7
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông	58	82,9
	Tai nạn sinh hoạt	5	7,1
	Tai nạn lao động	7	10
Tuyến y tế tiếp cận ban đầu	Xã	0	0
	Huyện	8	11,4
	Tỉnh	58	82,9
	Trung Ương	4	5,7
Đã mổ tuyến dưới	Có	12	17,1
	Không	58	82,9

- **Tuổi:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $33,2 \pm 13,2$ tuổi.

Bảng 3.2 Thời gian tổn thương

	≤6h	6-24h	≥24h	Không xác định
Thời gian từ lúc tai nạn tới lúc vào viện Việt Đức	38 (54,3%)	19 (27,1%)	11 (15,7%)	2 (2,9%)
Thời gian từ lúc tai nạn đến lúc mở cân căng chân	7 (10%)	52 (74,3%)	9 (12,9%)	2 (2,9%)
Thời gian từ lúc tai nạn đến lúc tái thông mạch máu	0 (0%)	56 (80,0%)	12 (17,1%)	2 (2,9%)

3.2. Đặc điểm tổn thương

Bảng 3.3. Các đặc điểm tổn thương

Đặc điểm	Nhóm	n	%
Phân độ Rutherford	I	3	4,3
	IIa	48	68,6
	IIb	19	27,1
	III	0	0
Loại tổn thương	Chấn thương	66	94,3
	Vết thương	4	5,7
Mạch bị tổn thương	Đùi	7	10
	Khoeo	62	88,6
	Chày trước	8	11,4
	Thân chày mào	6	8,6

3.3. Phục hồi lưu thông mạch và mở cân căng chân

Bảng 3.4. Phục hồi lưu thông mạch và mở cân căng chân

Đặc điểm	Nhóm	n	%
Phục hồi lưu thông mạch	Nối trực tiếp	28	40,0
	Dùng tĩnh mạch hiển đảo chiều	33	47,1
	Nong động mạch bằng Fogarty	8	11,4
	Phong bế Papaverin	1	1,4
Mở cân thì	Thì đầu	70	100
	Thì sau	0	0
Chỉ định mở cân	Dự phòng	39	55,7
	Điều trị	31	44,3
Kíp mở cân	Chấn thương	52	74,3
	Mạch máu	18	25,7
Đường mở cân	Trước ngoài	1	1,4
	Sau trong	0	0
	Hai đường	69	98,6

- Không có sự khác biệt giữa mở cân dự phòng hay điều trị ở nam và nữ, p=0.141 với độ tin cậy 95% (Chi-Square Test)

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 3.5. Biến chứng sớm

Đặc điểm	n	%
----------	---	---

Biến chứng sớm	Nhiễm trùng vết mổ	15	21,4
	Chảy máu vết mổ	7	10
	Tắc hẹp miệng nối	5	7,1
	Cắt cụt chi	2	2,9
	Suy thận cấp	0	0
Tử vong	0	0	

Thời gian đóng cân căng chân trung bình 13,84 ± 6,445 ngày, sớm nhất là 4 ngày, muộn nhất là 31 ngày.

Bảng 3.6. Kết quả điều trị sau 01 tháng và 06 tháng

	Đặc điểm	01 tháng n(%)	06 tháng n(%)
Khả năng vận động (n=68)	Bình thường hoặc gần bình thường	10 (14,7)	45 (66,2)
	Hạn chế vận động	56 (82,4)	23 (33,8)
	Bất động	2 (2,9)	0
Đau sau mổ (n=68)	Đau khi thay đổi thời tiết tư thế	29 (42,6)	2 (2,9)
	Đau thường xuyên phải dùng thuốc	5 (7,4)	0
	Tê bì căng chân	1 (1,5)	0
Biến chứng (n=68)	Không	33 (48,5)	66 (97,1)
	Nhiễm trùng vết mổ	2 (2,9)	0
	Mô lại liên quan đến mở cân	0	0
	Cắt cụt	0	0
	Tử vong	0	0



Hình 1. Đường mở cân căng chân có thể đóng vết mổ

A. Đường mở sau trong; B. Đường mở trước ngoài. (Bệnh nhân Trần Quang V, nam 19 tuổi, ngày thứ 7 sau mở cân)

IV. BÀN LUẬN

Trong số 70 bệnh nhân nghiên cứu, nhóm tuổi trong độ tuổi lao động từ 18-60 tuổi chiếm phần lớn 87,1%, trẻ em chiếm 11,4% và trên 60 tuổi chiếm 1,4%; độ tuổi trung bình là 33,2 ± 13,2 tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm chủ yếu 64,3%,

nam/ nữ = 1,8/1. Kết quả này cũng có tương đồng so với nghiên cứu của Kluckner và cộng sự. Ở nghiên cứu đó, trong khoảng thời gian 28 năm từ 1990 đến 2018, 88 (73,9%) trong tổng số 119 bệnh nhân, chủ yếu là nam (80,7%) và dưới 40 tuổi ($37,5 \pm 17,5$), được mở cân cẳng chân sau chấn thương động mạch chi dưới.⁷

Nguyên nhân gây tổn thương chủ yếu là tai nạn giao thông (tai nạn giao thông chiếm 82,9%, tai nạn lao động chiếm 10%, tai nạn sinh hoạt chiếm 7,1%). Vấn đề an toàn giao thông vẫn luôn là vấn đề bức bách, gây gánh nặng không nhỏ cho xã hội.

Cơ sở y tế điều trị ban đầu bệnh nhân được đưa đến chủ yếu là tuyến tỉnh chiếm 82,9%, tuyến huyện là 11,4%, trong khi đó, người bệnh tiếp cận với cơ sở tuyến trung ương (bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức) đầu tiên chiếm 5,7%. Trong số 70 bệnh nhân nghiên cứu, có 12 bệnh nhân đã được phẫu thuật điều trị ở tuyến dưới. Bệnh nhân tiếp cận với cơ sở y tế cơ sở trước và thường được chuyển lên viện Việt Đức do quá khả năng điều trị, dẫn tới thời gian thiếu máu chi kéo dài. Vì vậy việc đào tạo y tế tuyến cơ sở, những can thiệp, sơ cứu ban đầu là vô cùng quan trọng, ảnh hưởng đến kết quả điều trị, tiên lượng của bệnh nhân đặc biệt là những bệnh nhân nặng có nhiều tổn thương phối hợp.

Thời gian được tái thông mạch máu kể từ lúc tai nạn: có 80,0% tái thông trong khoảng 6-24h; 17,1% tái thông ≥ 24 h và 0% được tái thông mạch máu trước 6h. Điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Nhiều tác giả thực hiện mở cân đối với tổn thương mạch máu chi dưới có thời gian thiếu máu chi > 6 giờ.⁸

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4,3% số trường hợp ở phân độ Rutherford I, 27,1% ở phân độ Rutherford IIb, chiếm đa số 68,6% là phân độ Rutherford IIa và 0% các trường hợp ở Rutherford III. Rutherford IIa trở lên có thể coi là 1 yếu tố tiên lượng mở cân cẳng chân. Nghiên cứu của Kluckner và cộng sự, cũng cho rằng bệnh nhân của nhóm có mở cân cẳng chân có phân độ Rutherford cao hơn (độ III 34,1% so với 9,7%, $p = 0,005$) nhóm không mở cân, phân độ Rutherford IIa trở lên là một trong những yếu tố dự báo cho việc cần mở cân cẳng chân trong thiếu máu chi cấp tính.⁷

Vị trí mạch tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu là tổn thương ĐM khoeo chiếm 88,6%. Kết quả nghiên cứu này, cũng được minh chứng trong nghiên cứu của Đoàn Quốc Hưng và cộng sự, trong chấn thương vết thương mạch máu chi dưới, động mạch khoeo

cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 175/ 306.⁹ Điều này chứng tỏ, chấn thương vết thương mạch ở vị trí quanh gối, nơi có vòng tuần hoàn phụ nhỏ và kém thích nghi cũng như dễ bị tổn thương thường dẫn tới tình trạng thiếu máu chi trầm trọng hơn, tỷ lệ mở cân cao hơn.

Về phương pháp phục hồi lưu thông mạch máu, có 47,1% được sử dụng cầu nối là đoạn tĩnh mạch hiển tự thân chân đối diện đảo chiều (Bảng 3.4). Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Dương Ngọc Thắng là 52,4%,¹⁰ của Lê Minh Hoàng là 37,3%. Tùy thuộc vào tổn thương của mạch cũng như đánh giá miệng nối mà phẫu thuật viên mạch máu lựa chọn phương pháp phù hợp.

100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được mở cân cẳng chân ngay thì đầu, trước khi phục hồi lưu thông mạch. Mở cân cẳng chân là một biện pháp có vai trò quan trọng trong chấn thương mạch máu chi dưới, vừa để chẩn đoán chính xác nhất tình trạng thiếu máu cơ, vừa để giải phóng chèn ép khoang với thiếu máu chi giai đoạn muộn cũng như để đánh giá, theo dõi tình trạng tưới máu và diễn biến hồi phục cơ sau mổ.¹⁰

Tỷ lệ mở cân dự phòng là 55,7% (15,7% của nam và 40,0% của nữ); mở cân điều trị là 44,3% (20% của nam và 24,3% của nữ). Không có sự khác biệt giữa chỉ định mở cân dự phòng hay điều trị ở nam và nữ, $p=0,141$ với độ tin cậy 95%. Điều này có nghĩa, trên những bệnh nhân được quyết định mở cân cẳng chân, việc mở cân dự phòng hay điều trị không phụ thuộc vào giới tính của bệnh nhân mặc dù tỷ lệ mở cân của nam cao hơn của nữ.

Thời gian đóng cân cẳng chân trung bình $13,84 \pm 6,445$ ngày, sớm nhất là 4 ngày, muộn nhất là 31 ngày. Dựa trên đánh giá chủ quan của phẫu thuật viên, khi đủ khả năng khép vết mổ, người bệnh sẽ được đóng cân cẳng chân bằng cách phương pháp, phương tiện thích hợp.

Về biến chứng sớm sau mổ, có 24,3% bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ cân trong đó có 4,3% trường hợp cấy ra vi khuẩn và là vi khuẩn đa kháng kháng sinh. Tỷ lệ nhiễm khuẩn này tương đương với kết quả nghiên cứu của Lê Minh Hoàng 22,8%.¹¹ Phần lớn các trường hợp do tổn thương nhiều của phần mềm, cơ, tuần hoàn phụ, các mép da thiếu máu nuôi tiếp tục hoại tử và nhiễm trùng. 10% bệnh nhân có biến chứng chảy máu vết mổ. Có 5/70 trường hợp bị tắc hẹp miệng nối ĐM khoeo phải mổ lại nối bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều. Chỉ định cắt cụt chi thể không còn khả năng bảo tồn với biểu hiện toàn bộ các cơ vùng cẳng chân không đáp ứng với

kích thích điện, cứng khớp hoặc tình trạng nhiễm trùng, suy thận cấp, suy đa tạng không thể kiểm soát.¹² Có 2/70 trường hợp phải cắt cụt chi do tổn thương dập nát hoại tử cơ, đến muộn không liên quan đến mở cân căng chân. Tỷ lệ cắt cụt trong nghiên cứu của Lê Minh Hoàng là 11,3%.¹¹

Sau 01 tháng xuất viện, 82,4% bệnh nhân hạn chế vận động, 2,9% bất động; chỉ có 48,5% số bệnh nhân không còn cảm giác đau sau mổ. Sau 06 tháng, còn 33,8% bệnh nhân hạn chế vận động, không còn bệnh nhân phải bất động, tỷ lệ không đau 97,1%. Việc hạn chế vận động là do dụng cụ kết hợp xương, quá trình liền xương và quá trình tập phục hồi vận động chưa đạt hiệu quả mong muốn chứ không liên quan đến việc thiếu máu chi, sẹo mổ co kéo. Không có trường hợp nào phải cắt cụt hay tử vong.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mở cân căng chân nam nhiều hơn nữ nhưng quyết định mở cân dự phòng hay điều trị thì không liên quan đến giới tính của bệnh nhân. Các yếu tố mang tính quyết định là: Thời gian thiếu máu chi ước tính >6h; phân độ Rutherford IIa trở lên; tổn thương động mạch khoeo.

Kết quả điều trị thiếu máu chi dưới cấp tính có mở cân căng chân do chấn thương vết thương tương đối tốt, bị ảnh hưởng bởi đặc điểm tổn thương ban đầu, tổn thương phối hợp, chăm sóc vết mổ, tập phục hồi vận động sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ chủ yếu do tổn thương dập nát hoại tử cơ, tổn thương đến muộn, không liên quan đến mở cân căng chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Ước. Hội chứng thiếu máu chi. Bệnh học ngoại khoa tập 2. Nhà xuất bản Y học; 2020.
2. Olinic D, Stanek A, Tătaru D, Homorodean C, et al. Acute limb ischemia: an update on diagnosis and management. J Clin Med. (2019) 8:1215-26 .10.3390/jcm8081215.
3. Patman RD, Thompson JE. Fasciotomy in peripheral vascular surgery: report of 164 patients. Arch Surg. 1970; 101: 663-672.
4. Rollins DL, Bernhard VM, Towne JB. Fasciotomy: an appraisal of controversial issues. Arch Surg. 1981; 116: 1474-1481.
5. Rush DS, Frame SB, Bell RM, et al. Does open fasciotomy contribute to morbidity and mortality after acute lower extremity ischemia and revascularization. J Vasc Surg. 1989;10:343-50.
6. Nguyễn Hữu Ước, Vũ Ngọc Tú. Chấn thương, vết thương động mạch chi. Bệnh học ngoại khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học; 2020.
7. Kluckner, M., Gratl, A., Gruber, L., Frech, A., Gummerer, M., Enzmann, F. K., Wipperfurth, S., & Klocker, J. (2021). Predictors for the need for fasciotomy after arterial vascular trauma of the lower extremity. Injury, 52(8), 2160-2165.
8. Đoàn Hữu Hoạt, Nguyễn Hữu Ước, Vũ Ngọc Tú. (2019). Đặc điểm lâm sàng và thương tổn giải phẫu bệnh chấn thương động mạch chi dưới tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2017-2019. Y học thực hành, 7 (1103), 38-42.
9. Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Văn Đại, Nguyễn Thế May (2017). Chấn thương, vết thương động mạch ngoại vi: Hình thái tổn thương và kết quả điều trị tại bệnh viện Việt Đức. Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam. 16, 8-13.
10. Thang DN, Tu VN, Kien TT, Huu N. Kết quả phẫu thuật điều trị chấn thương động mạch khoeo do trật khớp gối tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. VJCTS. 2021;30:17-23. doi:10.47972/vjcts.v30i.470.

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI BỆNH UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ BẰNG KỸ THUẬT VMAT KẾT HỢP XẠ ÁP SÁT 3D TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Thị Huyền¹, Phùng Thị Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kết quả hóa xạ trị đồng thời bệnh ung thư cổ tử cung giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng kỹ thuật VMAT kết hợp xạ áp sát 3D tại bệnh viện K và

một số tác dụng không mong muốn sớm của phác đồ trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng trên 35 bệnh nhân ung thư cổ tử cung (UTCTC) giai đoạn tiến triển tại chỗ tại Bệnh viện K, được điều trị hóa xạ đồng thời với xạ ngoài bằng kỹ thuật VMAT và hóa chất phác đồ Cisplatin hàng tuần, theo sau đó là xạ trị áp sát 3D từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2022. Tiêu chí chính là tỷ lệ đáp ứng điều trị, tiêu chí phụ là các độc tính sớm của phác đồ và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. **Kết quả:** Hóa xạ đồng thời bằng kỹ thuật xạ ngoài VMAT kết hợp hóa chất phác đồ Cisplatin 40mg/m² hàng tuần sau đó xạ áp sát 3D trên nhóm

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền

Email: tranhuyen1295hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 5.01.2023