

vạt da cơ.

Về tình trạng vết mổ: Có 89,7% bệnh nhân khi ra viện có tình trạng vết mổ khô, liền tốt, có 3TH (10,3%) BN phải chăm sóc do rò nước bọt.

Về tình trạng khớp cắn: Có 24TH (82,8%) bệnh nhân có khớp cắn đúng khi ra viện. Có 5 TH (17,2%) BN khớp cắn sai lệch ít

V. KẾT LUẬN

- Về giới và tuổi: Tỷ lệ Nam 55,2% và Nữ 44,8%. Tỷ lệ Nam / Nữ = 1,23. Tuổi trung bình: $53 \pm 0,13$ tuổi; Nhóm 40-60 chiếm 44,9%

- Về các yếu tố nguy cơ: uống rượu (72,4%), hút thuốc lá (51,7%).

- Về mô bệnh học: SCC 51,8%, Sarcom 24,1%, u men, u xơ 17,2%.

- Về vị trí của khuyết XHT: vùng III (48,7%), vùng II (20,7%), khuyết XHT và sần ổ mắt (17,2%), khuyết XHT và gò má cung tiếp (10,4%).

- Về kích thước của khuyết hồng và mức độ xâm lấn: kích thước khuyết hồng > 6cm (86,2%), kích thước > 9 cm (58,6%); từ 6 đến 9 cm (27,6%),

- Về phương pháp tạo hình vạt trực mạch, vạt tự do (51,7%); lưới titan (44,8%); Implant PEEK chiếm tỉ lệ (3,5%).

- Về kết quả tạo hình: - về khả năng sống của vạt: vạt tạo hình sống hoàn toàn (93,3%), vạt hoại tử hoàn toàn (6,7%).

Về tình trạng vết mổ: Có 89,7% bệnh nhân khi ra viện có tình trạng vết mổ khô, liền tốt, có 3TH (10,3%) BN phải chăm sóc do rò nước bọt.

Về tình trạng khớp cắn: Có 24TH (82,8%) bệnh nhân có khớp cắn đúng khi ra viện. Có 5 TH (17,2%) BN khớp cắn sai lệch ít

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Phan (1999), "Kỹ thuật Vi phẫu Mạch máu - Thần Kinh", Thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng. Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, p. 23-29, 131-290.
2. Mara C Modest¹, Eric J Moore¹, Kathryn M Van Abel¹, et al. Scapular flap for maxillectomy defect reconstruction and preliminary results using three-dimensional modeling PMID: 27730644. DOI: 10.1002/lary.26351
3. Fu K. Liu Y. Gao N. et al. Reconstruction of maxillary and Orbital Floor Defect With Free Flap and Whole Individualized Titanium Mesh Assisted by Computer Techniques J Oral Maxillofac Surg. 2017;75 (1791.e1-1791.e9)
4. Brown JS, Rogers SN, McNally DN, Boyle M. A modified classification for the maxillectomy defects. Head Neck 2000; 22:17-26.
5. Cordeiro PG, Santamaria E. A classification system and algorithm for reconstruction of maxillectomy and midfacial defects. Plastic Reconstr Surg 2000; 105:2331-2346, discussion: 2347-8.
6. Okay DJ, Genden E, Buchbinder D, Urken M. Prosthetic Guidelines for surgical reconstruction of the maxilla: a classification system of defects. J Prosthet Dent 2001; 86:352-63.
7. Bidra AS, Jacob RF, Taylor TD. Classification of maxillectomy defects: a systemic review and criteria necessary for a universal description. J Prosthet Dent 2012; 107:261-70.
8. Alwadeai MS, Al-Aroomv LA, et al. Aesthetic reconstruction of onco-surgical maxillary defects using free scapular flap with and without CAD/CAM customized osteotomy guide. Surg. 2022 Oct 19;22(1):362. doi: 10.1186/s12893-022-01811-9

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG MÒN RĂNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT, TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Lê Nguyên Lâm¹, Nguyễn Thanh Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tình trạng mòn răng và tìm hiểu về một số yếu tố liên quan đến mòn răng trên sinh viên Răng Hàm Mặt trong độ tuổi từ 18 đến 25.
Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp cắt ngang mô tả. Mức độ mòn răng được một người đánh giá trực tiếp trên lâm sàng theo Chỉ số mòn răng Tooth

Wear Index (TWI) của Smith và Knight (1984), các yếu tố khớp cắn do hai điều tra viên khác đánh giá.
Kết quả: Tỷ lệ mòn răng trong nghiên cứu: 98,1%. Tỷ lệ răng bị mòn cổ là 68,6%, mòn mặt nhai/cạnh cắn là 98,1%, mòn mặt ngoài là 23,3%, mòn mặt trong là 32,9%. Mức độ mòn răng trung bình là $0,29 \pm 0,09$. Tuổi, trọt nướu và độ nhô mũi cao là các yếu tố có mối liên quan đối với tổn thương mòn vùng cổ răng. Nghiến răng, cắn sâu, độ nhô mũi thấp và trung bình có mối liên quan mòn mặt nhai. Cắn hở là yếu tố bảo vệ, làm chậm tiến trình mòn cạnh cắn. Yếu tố tuổi tăng có ý nghĩa với tăng mức độ mòn ở mặt ngoài.
Kết luận: Các yếu tố liên quan đến mòn răng theo tỉ lệ thuận như tuổi, trọt nướu, tình trạng khớp cắn.

Từ khóa: Mòn răng, mòn vùng cổ răng, trọt nướu.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2023

Ngày duyệt bài: 27.2.2023

SUMMARY**A STUDY STATUS TOOTH WEAR AND COMMON ASSOCIATED FACTORS AT STUDENTS DENTISTRY, CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY**

Objectives: A cross – sectional study was to obtain an overview of tooth wear and common associated factors among young dental students aged 18 to 25. **Methods:** The severity of tooth wear was evaluated according to the Tooth Wear Index described previously by Smith and Knight in 1984. The occlusion was evaluated separately by two other examiners. **Results:** The prevalence of tooth wear was 98,1%. The prevalence of cervical wear was 68,6%, occlusal/incisal wear was 98,1%, buccal wear was 23,3%, lingual wear was 32,9%. Average tooth wear score was $0,29 \pm 0,09$. Age, gingival recession and the cuspid high slope were found to be closely associated with cervical wear lesions. Bruxism, deep bite, the cuspid low and average slope were a predisposing factor for occlusal wear whereas open bite was a protecting factor against wear of the incisal. The age factor increases significantly with increasing degree of the buccal wear. **Conclusions:** Age, gingival recession, occlusal condition were found to be closely associated with cervical wear lesions.

Keywords: Tooth wear, noncarious cervical lesions, gingival recession.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mòn răng được xem là căn bệnh thứ ba ảnh hưởng tới sức khỏe răng miệng của con người sau sâu răng và nha chu. Mòn răng là một quá trình liên tục từ khi răng bắt đầu thực hiện chức năng trên cung hàm, dẫn đến sự mất chất ở bề mặt răng. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu gần đây trên thế giới đã báo động tình trạng mòn răng đang ngày càng phổ biến và tiến triển nhanh ở người trẻ. Vì vậy, một trong những vấn đề cần quan tâm trong điều trị răng miệng hiện nay là phát hiện sớm tình trạng mòn răng ở người trẻ và xác định các yếu tố liên quan để có biện pháp phòng ngừa và can thiệp kịp thời. Do đó, đề tài này được thực hiện với các mục tiêu như sau:

- *Xác định tỷ lệ và mức độ mòn răng ở sinh viên Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.*

- *Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến mòn răng ở sinh viên Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Đối tượng nghiên cứu:** 258 sinh viên Khoa Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong độ tuổi 18 đến 25 còn ít nhất 12 răng trên mỗi hàm đánh giá được theo chỉ số TWI.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu

thuận tiện.

- **Phương pháp thu thập số liệu và kiểm soát sai lệch:** đối tượng tham gia nghiên cứu thực hiện bằng câu hỏi trước khi khám. Người khám thứ nhất đánh giá tình trạng mòn răng theo chỉ số TWI. Hai người khác đánh giá các yếu tố cắn khớp. Kết quả được ghi nhận vào phiếu khám.

- Chọn ngẫu nhiên 20 đối tượng trong danh sách mẫu tham gia nghiên cứu để khám kiểm định. Các đối tượng này được khám hai lần cách nhau 20 ngày. So sánh đối chiếu kết quả giữa hai lần khám. Kết quả cho thấy độ kiên định của SV đánh giá mòn răng là 93,2%; đánh giá cắn khớp người thứ nhất là 92%, người thứ hai là 89,2%; độ thống nhất giữa hai người đánh giá cắn khớp là 87,7%.

- **Công cụ thu thập số liệu:** Bảng câu hỏi, phiếu khám.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 18.0. Phân tích mối liên quan bằng test Chi bình phương (χ^2), test t, test Mann-Whitney, test ANOVA và test Kruskal-Wallis.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu**

- Tuổi: từ 18 đến 25, trung bình là $20,81 \pm 2,01$.

- Giới tính: tỷ lệ nam/nữ là 125/133.

3.2. Tình trạng mòn răng:

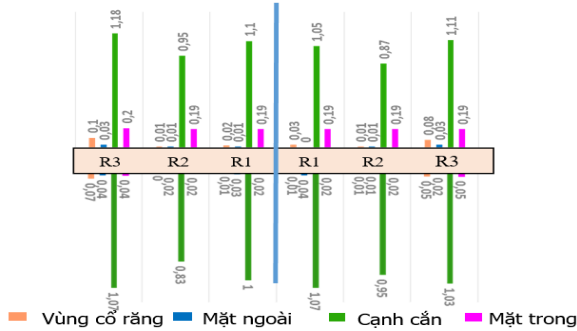
- Tỷ lệ mòn răng: 98,1%. Mỗi đối tượng có trung bình $9,62 \pm 5,47$ răng bị mòn. Trong đó, có $5,78 \pm 4,02$ răng và $7,43 \pm 3,85$ mặt răng (16,96%) bị mòn trong lớp ngà (độ 2 và độ 3). Tỷ lệ răng bị mòn cổ là 68,6%, mòn mặt nhai/cạnh cắn là 98,1%, mòn mặt ngoài là 23,3%, mòn mặt trong là 32,9%. Có 46,2% đối tượng mòn răng có nhạy cảm ngà, trong đó phổ biến nhất là nhạy cảm khi ăn uống nóng/lạnh. Ở các đối tượng bị mòn đến ngà (từ độ 2 trở lên), 48% có răng nhạy cảm.

- Tỷ lệ các độ mòn răng theo chỉ số TWI (Smith và Knight 1984): Độ 0 phổ biến nhất (75,4%), tiếp đến là độ 1 (20,2%) và độ 2 (4,2%), độ 3 (0,2%), thấp nhất là độ 4 (0,003%).

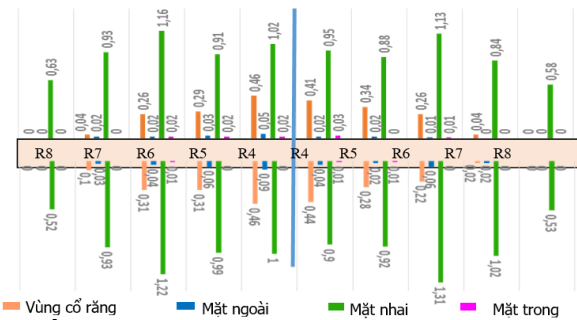
- Chỉ số/mức độ mòn trung bình

+ Chỉ số/mức độ mòn trung bình của mặt răng: Trong các mặt răng, chỉ số mòn trung bình giảm theo thứ tự cạnh cắn răng trước ($1,02 \pm 0,41$), mặt nhai răng sau ($0,92 \pm 0,29$), mòn vùng cổ răng ($0,14 \pm 0,17$), mòn mặt trong ($0,05 \pm 0,08$) và thấp nhất là mòn mặt ngoài ($0,02 \pm 0,05$). Trong các cạnh cắn, đỉnh múi răng nanh trên phải mòn nhiều nhất ($1,18 \pm 0,71$). Trong các mặt nhai, RCL thứ nhất hàm

dưới bên trái có mặt nhai bị mòn nhiều nhất ($1,31 \pm 0,76$). Trong các mặt trong, các răng trước hàm trên có mặt trong bị mòn nhiều hơn các răng khác ($0,19 \pm 0,39$). Chỉ số mòn trung bình vùng cổ răng khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm răng ($p < 0,01$; kiểm định Kruskal – Wallis), trong đó mòn cổ răng phổ biến nhất là nhóm RCN hàm trên. (Biểu đồ 1 và 2).

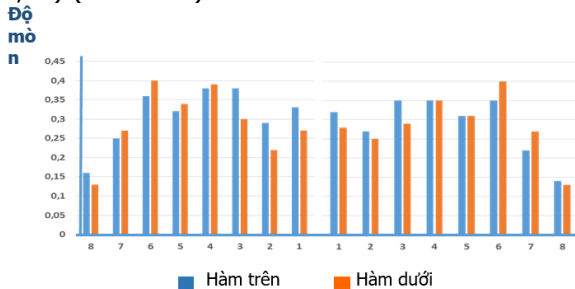


Biểu đồ 1. Chỉ số mòn trung bình mặt răng của các răng trước



Biểu đồ 2. Chỉ số mòn trung bình mặt răng của các răng sau

+ Chỉ số/mức độ mòn trung bình của từng răng: $0,29 \pm 0,09$, răng trước mòn nhiều hơn răng sau ($0,3 \pm 0,12$ và $0,29 \pm 0,10$), hàm trên mòn nhiều hơn hàm dưới ($0,3 \pm 0,1$ và $0,29 \pm 0,09$) (Biểu đồ 3).



Biểu đồ 3. Chỉ số mòn răng trung bình

3.3. Các yếu tố liên quan

- Yếu tố tuổi và giới tính: Kiểm định t cho thấy chỉ số mòn TB mặt ngoài, vùng cổ răng, số răng bị ăn mòn và mòn răng TB tăng theo tuổi ($p < 0,05$). Trong khi chỉ số mòn TB mặt nhai và

cạnh cắn, mặt trong không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm tuổi ($p > 0,05$). Đồng thời cho thấy các chỉ số mòn trung bình không có sự khác biệt về giới.

- Liên quan giữa mòn cổ răng và các yếu tố nguy cơ:

+ Đối với mòn vùng cổ răng: mức MCR cao hơn ở đối tượng có độ nhô múi cao ($0,29 \pm 0,19$) ($p < 0,001$; test ANOVA) so với đối tượng có độ nhô múi ít, trung bình ($0,08 \pm 0,11$). Đồng thời ghi nhận được khả năng tổn thương mòn cổ trên một răng trệt nướu cao gấp 5,5 lần so với răng không bị trệt nướu ($p = 0,043$; kiểm định t).

+ Đối với mòn mặt nhai: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mòn mặt nhai với thói quen nghiền răng ($p = 0,026$; kiểm định t), đồng thời độ nhô múi thấp và trung bình có mối liên hệ ý nghĩa với mức độ mòn mặt nhai ($p < 0,05$; test ANOVA). Cắn sâu có mức mòn mặt nhai cao hơn bình thường ($p = 0,028$; kiểm định t).

+ Đối với mòn cạnh cắn: có mối liên hệ ý nghĩa thống kê giữa nhóm cắn hở với nhóm có tiếp xúc răng trước tại vị trí ví lồng múi tối đa ($p < 0,001$; kiểm định t).

+ Ngoài ra, không tìm được mối liên quan có ý nghĩa giữa mòn răng và các yếu tố khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

- Tuổi: Đặc điểm độ tuổi của đối tượng từ 18 đến 25 là đã có quá trình tiếp xúc với các yếu tố gây mòn răng và đến lúc nên có những can thiệp thích hợp.

- Giới tính: Tỷ lệ nam/nữ của dân số mẫu ($1/1,06$) phù hợp với sự phân bố theo giới tính của sinh viên Khoa Răng Hàm Mặt ($1/1,19$).

Tỷ lệ răng bị mòn cổ là 68,6%, tương đương nghiên cứu của Trần Thị Thùy Trang (2015)¹ tỉ lệ 68,7%. cao hơn nghiên cứu của Daniela N⁶ với tỷ lệ phổ biến của mòn răng là 46,7% và cao hơn ở các nhóm dân số lớn tuổi.

4.2. Tình trạng mòn răng. Mòn răng do một người khám duy nhất hạn chế sai biệt giữa các người khám. Người khám không bị chi phối do ghi chép và người thư ký ghi phiếu khám hoàn toàn không biết những thông tin từ bảng trả lời nên sự chính xác được nâng cao hơn. Ngoài ra, khám lần hai để đánh giá độ kiên định của từng người cho thấy sự nhất quán trong đánh giá của cả 3 người khám là rất cao (trên 89%).

Mỗi đối tượng có trung bình 9,62 răng bị mòn cao hơn Trần Thị Thùy Trang (2015)¹. Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu lớn hơn, cộng với thời điểm nghiên cứu khác nhau do xã hội

càng phát triển thì giới trẻ càng có xu hướng tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố nguy cơ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ mòn ở cạnh cắn/mặt nhai nhiều hơn so các mặt răng khác giống với nghiên cứu Trần Thị Thùy Trang (2015)¹ và Chuajedong.P (2002)⁵. Và độ 1 là độ mòn phổ biến nhất ở mặt nhai/cạnh cắn, trong khi các mặt răng khác chủ yếu là không mòn. Theo Boric (2004)⁴ độ 1 là độ mòn phổ biến nhất ở vùng cổ răng ở các đối tượng dưới 26 tuổi.

Ăn mòn chủ yếu xảy ra ở mặt trong các răng trước trên (79,7%), tương tự kết quả của Trần Thị Thùy Trang (2015)¹.

Nhóm RCN bị mòn nhiều nhất, kể đến là nhóm răng trước và cuối cùng là nhóm RCL. Kết quả này khác với nghiên cứu của Daniela N (2020)⁶ cho rằng nhóm răng trước bị mòn nhiều nhất.

4.3. Các yếu tố liên quan

- Đối với mòn cổ răng: mức độ mòn vùng cổ răng tăng theo tuổi phù hợp với kết quả của Aw T. C (2002)³, Chuajedong. P (2002)⁵, ngược với nghiên cứu của Aaron G. M (2004)², Pegoraro L. F (2005)⁷. Chúng tôi nhận thấy, độ nhô múi là một yếu tố có liên quan có ý nghĩa với tổn thương MCR giống với nhận định của Trần Thị Thùy Trang, (2015)¹ có thể do răng có độ nhô múi cao thì hàm dưới vận động sang bên tương đối khó hơn, dẫn đến lực ly tâm trên mặt nhai, lực trên vùng cổ răng nhiều hơn, gây nên sự uốn võng vùng cổ răng. Trật nướu là một yếu tố liên quan có ý nghĩa với tổn thương MCR. Do đối tượng nghiên cứu còn trẻ nên trật nướu được ghi nhận khi viêm nướu thấp hơn các răng kế cận. Có thể trật nướu làm bộc lộ vùng cổ răng vào môi trường miệng, trực tiếp chịu tác động của tác nhân gây mòn hoặc răng bị mòn ở vùng cổ làm nướu bị trật. Tuy nhiên, chưa thể xác định được dạng tổn thương vùng cổ do vùng cổ răng chủ yếu mòn ở mức độ 1, vì vậy khó có thể định hướng về nguyên nhân hay cơ chế gây mòn.

- Tương tự nghiên cứu của Teixeira DNR (2018)⁸, các phân bố sang thương mòn cổ, nhạy cảm ngà và tụt nướu tăng theo tuổi; sang thương mòn cổ, nhạy cảm ngà và tụt nướu có mối tương quan thuận; độ sâu và hình thái của tổn thương góp phần vào mức độ nhạy cảm và mức độ nghiêm trọng của các vết lõm; tuổi, giới, bệnh dạ dày và chấn thương khớp cắn là những yếu tố liên quan đến sự xuất hiện của sang thương mòn cổ, nhạy cảm ngà và tụt nướu.

- Đối với mòn mặt nhai/cạnh cắn: độ nhô múi là một yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với mức mòn mặt nhai. Răng có độ nhô múi thấp có mức mòn mặt nhai cao hơn răng có độ nhô

múi cao. Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy các răng có độ nhô múi trung bình và thấp thường bị mòn mặt nhai, phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Thùy Trang (2015)¹ cắn hở là một yếu tố bảo vệ, làm chậm tiến trình mòn cạnh cắn do giảm vị trí cọ mòn tại vị trí lồng múi tối đa.

- Đối với mòn mặt ngoài: tuổi có mối liên quan ý nghĩa với mòn mặt ngoài.

- Đối với mòn mặt trong: chúng tôi chưa tìm được mối liên hệ giữa mòn mặt trong và các yếu tố nguy cơ

V. KẾT LUẬN

5.1. Tình trạng mòn răng

- Tỷ lệ mòn răng trong nghiên cứu: 98,1%.

Tỷ lệ răng bị mòn cổ là 68,6%, mòn mặt nhai/cạnh cắn là 98,1%, mòn mặt ngoài là 23,3%, mòn mặt trong là 32,9%.

- Mức độ mòn răng trung bình là $0,29 \pm 0,09$

5.2. Các yếu tố liên quan

- Đối với vùng cổ răng: tuổi, trật nướu và độ nhô múi cao là các yếu tố có mối liên quan đối với tổn thương mòn vùng cổ răng.

- Đối với mặt nhai: nghiêng răng, cắn sâu, độ nhô múi thấp và trung bình có mối liên quan mòn mặt nhai. Cắn hở là yếu tố bảo vệ, làm chậm tiến trình mòn cạnh cắn.

- Đối với mặt ngoài: yếu tố tuổi tăng có ý nghĩa với tăng mức độ mòn ở mặt ngoài.

- Đối với mặt trong: chưa tìm được mối liên hệ có ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Thùy Trang, Nguyễn Thị Kim Anh (2015), "Ăn mòn răng và một số yếu tố liên quan", Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 19(2), tr 164.
2. Aaron G. M. (2004), "The prevalence of noncarious cervical lesion in modern and ancient American Skull, lack of evidence for an occlusal etiology", J Oral Rehabil, 35(10), pp. 1007-1012.
3. Aw T. C., Lepe X., Johnson G. H., Mancl L. (2002), "Characteristics of noncarious cervical lesions: a clinical investigation", J Am Dent Assoc, 133(6), pp. 725-733.
4. Boric J., Anic I., Urek M. M., Ferreri S. (2004), "The prevalence of non-carious cervical lesions in permanent dentition", J Oral Rehabil, 31(2), pp. 117-23.
5. Chuajedong P., Kedjarune-Leggat U., Kertpon V., Chongsuvivatwong V., Benjakul P. (2002), "Associated factors of tooth wear in southern Thailand", J Oral Rehabil, 29(10), pp. 997-1002.
6. Daniela N, Ribeiro T, Renske Z Ts, Paulo V Ss Marco S C, Marco M M G, Dagmar E S (2020), "Prevalence of noncarious cervical lesions among adults: A systematic review", J Dent, pp. 95:103285.
7. Pegoraro L. F., Scolaro J. M., Conti P. C., Telles D., Pegoraro T. A. (2005), "Noncarious

cervical lesions in adults: prevalence and occlusal aspects", J Am Dent Assoc, 136(12), pp. 1694-1700.

8. **Teixeira DNR, Zeola LF, Machado AC, Gomes RR, Souza PG, Mendes DC, Soares PV** (2018),

"Relationship between noncarious cervical lesions, cervical dentin hypersensitivity, gingival recession, and associated risk factors: a cross-sectional study", J Dent, 76, pp. 93-97.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG LÁCH

Lê Thanh Dũng¹, Lê Xuân Khôi², Nguyễn Văn Thắng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nút động mạch lách trong điều trị chấn thương lách. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 49 bệnh nhân chấn thương lách được điều trị bảo tồn bằng nút mạch tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 2 năm 2019. **Kết quả:** Hầu hết bệnh nhân chấn thương lách có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn trái (67,3%) và huyết động ổn định khi vào viện (83,7%). Trên x quang bụng không chuẩn bị, dấu hiệu hay gặp nhất là mở vùng thấp ổ bụng và bóng lách to (tương ứng 76,9% và 53,8%). Dịch tự do ổ bụng và đưng dập nhu mô là dấu hiệu được ghi nhận nhiều nhất (tương ứng 87,8% và 63,3%) trên siêu âm. Theo phân độ của Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Mỹ (AAST) năm 1994, gồm có: 1 (2,1%) độ I, 7 (14,7%) độ II, 20 (41,6%) độ III, 20 (41,6%) độ IV. Tỷ lệ thành công ở lần nút mạch đầu tiên đạt 95,9%. Trong số 22 bệnh nhân phải truyền máu, lượng máu truyền trung bình là 1,28 ± 2,02 đơn vị. Thời gian nằm viện trung bình là 10,8 ± 6,7 ngày. Các biến chứng nhẹ thường gặp như sốt hoặc đau vùng lách (tương ứng 28,6% và 20,4%), không có bệnh nhân nào có biến chứng nặng cần xử trí. **Kết luận:** Chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT-Multislice Computer Tomography) là thăm khám hình ảnh có giá trị nhất trong chẩn đoán chấn thương lách. Nút động mạch lách là phương pháp điều trị an toàn, đạt tỷ lệ thành công cao trong điều trị bảo tồn chấn thương lách.

Từ khóa: chấn thương lách, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm hình ảnh, nút mạch

Viết tắt: ASST: American Association for the Surgery of Trauma; MSCT: Multislice Computer Tomography

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, IMAGING FINDINGS AND RESULTS OF EMBOLIZATION IN

¹Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hồng Ngọc

³Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

TREATMENT OF BLUNT SPLENIC INJURY

Purpose: To describe clinical features, imaging findings and evaluate the results of embolization in treatment of blunt splenic injury. **Object and Method:** Descriptive study in 49 patients with blunt splenic injury admitted to Viet Duc Hospital were conservative management by embolization from January 2017 to February 2019. **Results:** Most of patients with blunt splenic injury have left upper quadrant pain (67,3%) and hemodynamically stable (83,7%) on admission. On plain abdominal x ray, two most common findings are peritoneum effusion and enlarging spleen (76.9% and 53.8%). On sonography, hemoperitoneum and intraparenchymal laceration are the most common findings (87.8% and 63.3%). According to grading of the American Association of Trauma Surgeons (AAST), including: 1(2.1%) grade I, 7(14.7%) grade II, 20(41.6%) grade III, 20 (41.6%) grade IV. Primary clinical success rate was 95.9%. Among 22 patients who required blood transfusion, the average amount of blood transfusion was 1.28 ± 2.02 units. The mean hospital stay was 10.8±6.7 days. Fever and pain in splenic area are common minor complications (28.6 and 20.4), no patient has major complications required treatment. **Conclusion:** MSCT is the best diagnostic imaging method in diagnosis blunt splenic injury. Splenic artery embolization is a safe treatment with a high success rate in conservative management of blunt splenic injury.

Keywords: Blunt splenic injury, clinical features, imaging findings, embolization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương lách là một trong những cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất đồng thời cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong chấn thương bụng kín[1]. Để chẩn đoán, bên cạnh các phương pháp thăm khám cổ điển như x quang bụng không chuẩn bị và siêu âm ổ bụng, MSCT có cản quang hiện vẫn là tiêu chuẩn vàng, cho phép xác định mức độ chấn thương lách cũng như các tổn thương phối hợp một cách chính xác [2].

Cùng với những tiến bộ trong chẩn đoán, việc quản lý điều trị cho từng mức độ chấn thương lách cũng ngày càng được tối ưu hóa. Những nghiên cứu gần đây cho thấy, điều trị bảo tồn không phẫu thuật đã đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân chấn thương và đang dần trở