vết thương lồng ngực. Nghiên cứu ứng dụng một số kỹ thuật tiên tiến trong điều trị chấn thương, vết thương lồng ngực. 6-8.
2. **Beal SL, Oreskovich MR (1985),** "Long-term disability associated with flail chest injury. ", Am J Surg. 150, p. 324-326.
3. **Chapagain D, et al (2014),** "Diagnostic modalities x-ray and CT chest differ in the management of thoracic injury", Journal of College of Medical Sciences-Nepal. 10(1), p. 22-31.
4. **Mouton W, Lardinois D, Furrer M, et al (1997),** "Long term follow-up of patients with operative stabilization of a flail chest. ", J Thorac Cardiovasc Surg. 45, p. 242-244.
5. **Matthias Traub, et al (2007),** "The use of chest computed tomography versus chest X-ray in patients with major blunt trauma", Injury, Int. J. Care Injured. 38, p. 43-47.
6. **Marasco S, Liew S, Edwards E, Varma D, Summerhayes R (2014),** "Analysis of bone healing in flail chest injury: do we need to fix both fractures per rib?", J Trauma Acute Care Surg. 77(3), p. 452-458.
7. **Nirula R, Diaz JJ Jr, Trunkey DD, et al (2009),** " Rib fracture repair: indications, technical issues, and future directions.", World J Surg. 33, p. 14-22.
8. **Lardinois D, Krueger T, Dusmet M, et al (2001),** "Pulmonary function testing after operative stabilization of the chest wall for flail chest.", Eur J Cardiothorac Surg. 20, p. 496-501.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH KHOEO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2017 – 2019

Vũ Ngọc Tú[1], Trần Trung Kiên[2], Phùng Duy Hồng Sơn[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các đặc điểm chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật điều trị chấn thương động mạch khoeo tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2017 – 2019. **Đối tượng – Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân chấn thương động mạch khoeo, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, được phẫu thuật tái thông mạch máu từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2019 tại Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Nghiên cứu có 147 trường hợp với tuổi trung bình 32,5±12,5**.** 100% mạch ngoại vi yếu hoặc mất. Gãy xương, trật khớp vùng gối chiếm 91,8%. Siêu âm mạch chi dưới bất thường trong tất cả các trường hợp, trong khi chụp MSCT chỉ được chỉ định cho 14 bệnh nhân. Đụng dập động mạch khoeo là tổn thương hay gặp nhất (81,6%); phục hồi lưu thông mạch chủ yếu là ghép bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều (57,1%). Xương gãy, khớp trật được cố định trước phục hồi lưu thông mạch máu. Mở cân có giá trị đánh giá mức độ nặng của chi và làm giảm tổn thương thiếu máu chi trong thời gian chờ phẫu thuật. Nhiễm trùng, hoại tử cơ là biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật chấn thương động mạch khoeo (42,2%). 7bệnh nhân (4,8%) phải cắt cụt chi thì hai do hoại tử cơ, nhiễm trùng, tắc mạch. **Kết luận:** Chấn thương động mạch khoeo cần được chẩn đoán và xử trí cấp cứu kịp thời. Cố định xương khớp chắc chắn, phẫu thuật tái thông mạch máu sớm bằng tĩnh mạch tự thân phối hợp mở cân cẳng chân khi có chỉ định là những yếu tố then chốt giúp giảm tỉ lệ cắt cụt chi và các biến chứng nặng nề khác.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Thanh Nhàn*
[3]*Bệnh viện Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú
Email: vungoctu.hmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.2.2023
Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023
Ngày duyệt bài: 21.4.2023

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT FOR BLUNT POLIPTEAL TRAUMA IN VIETDUC HOSPITAL IN PERIOD OF 2017 – 2019

Objectives: Evaluate clinical and paraclinical characteristics and early results of surgery for polipteal artery injury at Viet Duc Hospital in the period of 2017 – 2019. **Methods:** The study retrospectively described patients with polipteal artery injury, with full medical records, undergoing revascularization surgery from 1/2017 to 12/2019 at Viet Duc Hospital. **Results:** The total number of patients in the study was 147. The median age was 32.5±12.5. 100% have signs of weak or lost peripheral pulse. Bone fractures, dislocation of the knee area accounted for 91.8%. Doppler of the lower extremity was abnormal in all cases, while MSCT scan was indicated for only 14 patients. Arterial constution was the most common lesion (81.6%); vascular revascularization surgery was mainly reversible intravenous grafting (57.1%). The fractured bones and dislocated knee joint were fixed before restoring vascular circulation. A fasciotomy procedure was perfomed for assessing the severity of the limb and reducing limb ischemia during the waiting period for surgery. Infection and muscle necrosis were the most common complications after surgery (42.2%). 7 patients (4.8%) had amputations, two dues to muscle necrosis, infection, and embolism. **Conclusion:** Blunt polipteal artery injury needs to be diagnosed and treated promptly. Fixation of the bones and knee joint, early revascularization surgery with autologous veins combined with fasciotomy procedure when indicated are key factors in reducing amputation rates and other severe complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương động mạch khoeo kèm tổn

thương xương và khớp vùng quanh gối có thể gây thiếu máu chi nặng bên dưới vị trí thương tổn và có nguy cơ cắt bỏ chi cao nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Theo nghiên cứu của Nguyễn Sinh Hiền[1] thì có đến 70% số trường hợp bị chấn thương động mạch khoeo được chẩn đoán muộn sau 6 giờ trong chấn thương vùng gối. Hiện nay tại Việt Nam chưa có nhiều công trình nghiên cứu tập trung riêng vào chẩn đoán và điều trị chấn thương động mạch khoeo. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm tìm hiểu đặc điểm chẩn đoán và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị chấn thương động mạch khoeo tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2017 - 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, phương pháp: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị chấn thương động mạch bằng phẫu thuật phẫu thuật phục hồi lưu thông động mạch tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2017 – 2019, loại trừ các bệnh nhân chấn thương động mạch khoeo nhưng được điều trị bằng các phương pháp khác (nội khoa, mở cân, cắt cụt chi thì đầu …) hoặc không đủ hồ sơ bệnh án phục vụ nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu với chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung, biến số nghiên cứu: Các biến số của nghiên cứu bao gồm một số đặc điểm chung, đặc điểm chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng, điều trị (trước, trong và sau phẫu thuật) và kết quả sớm sau mổ của chấn thương động mạch khoeo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tổng số147 bệnh nhân đủ điều kiện lựa chọn vào nghiên cứu.

Đặc điểm chung và nguyên nhân chấn thương: Độ tuổi trung bình: 32,5±12,5. Chủ yếu nhóm tuổi lao động (18 – 60 tuổi, chiếm 83,7%.) **Tỷ lệ Nam/Nữ ~ 3/1.**

Bảng 3.1. Phân loại theo nguyên nhân chấn thương (N =147)

Nguyên nhân	N	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	129	87,8
Tai nạn lao động	11	7,5
Tai nạn sinh hoạt	7	4,7
Tổng	**147**	**100**

Nhận xét: Tai nạn giao thông gặp chủ yếu chiếm 87,8%.

Diễn biến trước phẫu thuật và xử trí

Bảng 3.2 Thời gian từ khi tai nạn đến khi đến Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và được phẫu thuật (N=147)

Thời gian (giờ)	từ khi tai nạn đến khi nhập viện		từ khi tai nạn tới khi được phẫu thuật	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
< 6	70	47,6	5	3,4
6 – 12	48	32,7	84	57,1
13 – 24	22	15,0	41	27,9
> 24	7	4,7	17	11,6
Trung bình	**9,7±15,7**		**15,9±17,6**	

Nhận xét: Trên 50% tới viện sau 6 giờ. Rất ít bệnh nhân được phẫu thuật trước 6 giờ.

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng (N=147)

Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)	Thương tổn	n	Tỷ lệ (%)
Giảm cảm giác, vận động	128	87,1	Gãy xương	114	77,6
Mất cảm giác, vận động	19	12,9	Trật khớp	11	7,5
Sốc chấn thương	2	1,4	Gãy xương + trật khớp	10	6,8
Rách da chảy máu	76	51,7	Chưa xác định gãy xương, trật khớp	12	8,2
Tụ máu phần mềm	134	91,2	Sọ não, hàm mặt	9	6,1
Chi lạnh	147	100	Ngực	7	4,8
Mạch ngoại vi mất, yếu	147	100	Gãy xương nơi khác	19	12,9
Hội chứng khoang	10	7,0			

Bảng 3.4. Kết quả chẩn đoán hình ảnh động mạch chi trước mổ (N =147)

Kết quả siêu âm Doppler mạch chi			Kết quả chụp MSCT mạch máu chi		
Kết quả	n	Tỷ lệ (%)	Kết quả	n	Tỷ lệ (%)
Giảm, mất tín hiệu dòng chảy	147	100	Có chụp	14	9,5
Phổ 1,2 pha	147	100	Không chụp	133	89,5

Huyết khối động mạch	7	4,8			
Tổng	147	100			

Bảng 3.5. Vị trí gãy xương và vị trí tổn thương động mạch khoeo trong mổ (N =147)

Tổn thương mạch máu			Tổn thương xương, khớp		
Vị trí	**n**	**Tỷ lệ (%)**	**Vị trí**	**n**	**Tỉ lệ (%)**
ĐM khoeo trên gối	16	10,9	Gãy đầu dưới xương đùi	25	17,0
ĐM khoeo ngang gối	7	4,8	Vỡ mâm chày	86	58,5
ĐM Khoeo dưới gối	122	83,0	Gãy 1/3 trên xương cẳng chân	31	21,1
ĐM khoeo cả trên dưới gối	2	1,4	Gãy phức tạp	5	3,4

Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.6. Hình thái và xử trí thương tổn động mạch khoeo (N =147)

Hình thái / Xử trí		Đứt rời	Đụng dập		Co thắt	Tổng	
			Đụng dập ≤ 2cm	Đụng dập > 2cm		n	Tỉ lệ (%)
Nối trực tiếp		5	41	4	0	50	34,0
Nong mạch		0	0	0	13	13	8,8
Ghép tĩnh mạch hiển		9	0	75	0	84	57,2
Tổng	n	14	41	79	13	147	
	Tỉ lệ (%)	9,5	27,9	53,7	8,9		100

Bảng 3.7. Tổn thương và kĩ thuật phẫu thuật phối hợp (N =147)

Kĩ thuật		n	Tỷ lệ (%)
Mở cân cẳng chân (n = 113)	4 khoang	113	76,9
	2 khoang	4	2,7
	Cơ đáp ứng kích thích bình thường	66	59,8
	Không đáp ứng kích thích 1 phần cơ	47	40,2
Nối, ghép, nong động mạch cẳng chân		19	4,3
Khâu vết thương bên, nối, ghép tĩnh mạch khoeo, cẳng chân		23	15,6
Cố định đầu dưới xương đùi (n = 25)	Cố định ngoài	**16**	10,9
	Đinh Kirschner	6	4,1
	Nẹp vít	3	2,0
Xử trí vỡ mâm chày (n = 86)	Cố định ngoài	10	6,8
	Đinh Kirschner	74	50,3
	Nẹp vít	2	1,4
Xử trí gãy 1/3 trên cẳng chân (n = 31)	Cố định ngoài	24	16,3
	Đinh Kirschner	5	3,4
	Nẹp vít	2	1,4
Xử trí trật khớp gối (n = 21)	Đinh Kirschner	21	14,3

Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 3.8. Kết quả tưới máu chi và biến chứng sớm sau mổ (N =147)

Kết quả tưới máu chi		
Mức độ	**n**	**Tỷ lệ (%)**
Rất tốt	144	89,1
Tốt	9	6,1
Trung bình	4	2,7
Kém	3	2,0

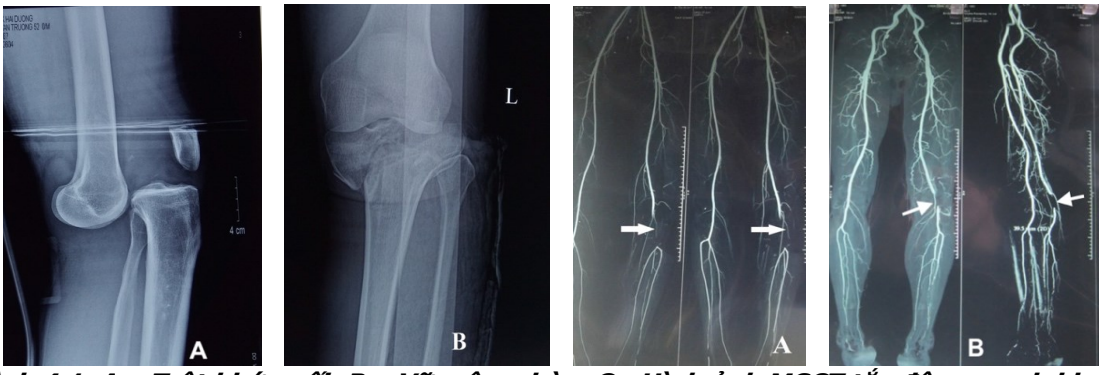
Biến chứng sớm và xử lý					
Biến chứng	**n**	**Tỷ lệ (%)**	**Xử lý**	**n**	**Tỷ lệ (%)**
Nhiễm trùng	19	12,9	Mổ làm lại miệng nối	3	2,0
			Thắt mạch	1	0,7
Hoại tử cơ một phần	43	29,3	Cắt lọc tổ chức hoại tử	43	29,6
Tắc mạch	4	2,7	Cắt cụt thì hai	7	4,8
Chảy máu	2	1,4	Lấy máu cục, cầm máu	2	1,4

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi 32,5 tuổi và chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động (83,7%), nam giới chiếm đa số với nguyên nhân chính là tai nạn giao thông (Bảng 3.1). Thời gian trung bình từ khi tai nạn đến khi nhập viện tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức là 6 giờ và đến khi được phẫu thuật là 11 giờ (Bảng 3.2). Kết quả này đã được cải thiện nhiều so với từ khi bị tai nạn đến khi được được phẫu thuật trong báo cáo của Nguyễn Sinh Hiền[1] là 30 phút đến 24 ngày trung bình là 58,5 giờ. Lang[2] báo cáo đa phần thời gian được phẫu thuật động mạch là khoảng 6 giờ. Có nhiều yếu tố chi phối đến thời gian từ lúc bệnh nhân bị tai nạn tới lúc được phẫu thuật bao gồm năng lực chẩn đoán của tuyến y tế cơ sở, vận chuyển, số lượng bàn mổ chuyên khoa ….

Dấu hiệu mạch ngoại vi mất, yếu hơn, chi lạnh hơn bên lành gặp ở tất cả các bệnh nhân.

Có 87,1% giảm vận động, cảm giác gối và cẳng, bàn, chân bên tổn thương, 10 bệnh nhân (7%) có hội chứng chèn ép khoang (Bảng 3.3). Theo Nguyễn Hữu Ước[3] tỷ lệ giảm mất mạch nói chung với tổn thương vết thương, chấn thương mạch máu chi dưới là 91,7%. Bởi vậy khi có tổn thương xương khớp di lệch vùng gối phối hợp với mạch mạch ngoại vi hoặc dấu hiệu thiếu máu ngoại vi là đủ để chẩn đoán chấn thương động mạch khoeo.



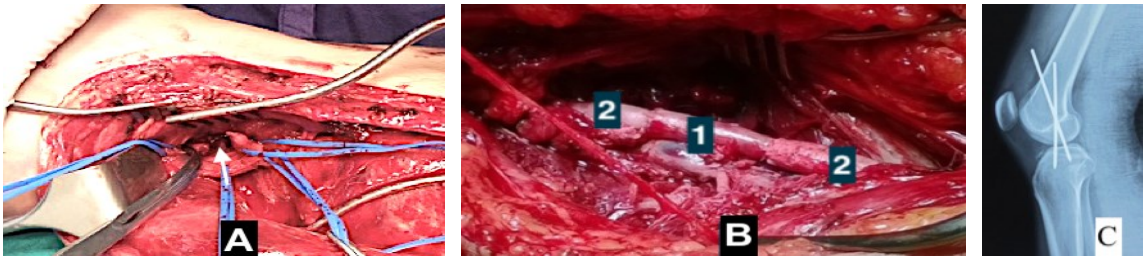
Hình 4.1. A – Trật khớp gối; B – Vỡ mâm chày; C - Hình ảnh MSCT tắc động mạch khoeo dưới gối; D: MSCT tắc động mạch khoeo trên gối (Nguồn: bệnh nhân trong nghiên cứu)

Đa số các chấn thương động mạch khoeo có kèm theo tổn thương xương khớp chiếm 91,8 % tương ứng với cơ chế gián tiếp tổn thương động mạch khoeo do giằng xé động mạch do gãy xương, trật khớp (Bảng 3.5). Theo Banderker[4] chấn thương động mạch khoeo liên quan gãy xương ở 66 bệnh nhân (48,6), còn theo Jeffrey Rihn trật khớp ra trước là chiếm gần 40% của tất cả các trường hợp trật khớp gối còn trật khớp ra sau ở 33%.[5]

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được siêu âm mạch chi dưới đều có giảm, mất tín hiệu mạch và phổ mạch 1,2 pha. Hầu hết siêu âm chỉ đánh giá được mạch chày trước, chày sau chỉ có 7 trường hợp đánh giá được trực tiếp động mạch khoeo và có tổn thương huyết khối trong lòng mạch (Bảng 3.4). Chấn thương vào vùng khoeo thường có tổn thường phần mềm rách da, tụ máu và gãy xương, trật khớp đã được cố định trước khi siêu âm nên hạn chế đánh giá thăm khám trực tiếp mạch máu vùng gối cụ thể là động mạch khoeo.

Có 14 bệnh nhân trong nghiên cứu được chụp MSCT mạch máu chi dưới trong các trường hợp không có sự thống nhất của lâm sàng và siêu âm mạch (Bảng 3.4). Ngày nay máy chụp cắt lớp đa dãy cho phép rút ngắn thời gian chụp và tăng độ chính xác nên cho phép áp dụng nhiều hơn vào các cấp cứu ngoại khoa như chấn thương mạch máu. Lang cho rằng mặc dù siêu âm mạch có giá trị chẩn đoán nhưng vẫn có những hạn chế đánh giá thương tổn trong những trường hợp tổn thương phần mềm nặng, chi sưng nề nhiều. Vì vậy chụp MSCT mạch được khuyến nghị.[2]

Trong mổ, tùy thuộc vào tổn thương xương khớp và vùng gối để quyết định bộc lộ động mạch khoeo trên hay dưới gối hoặc kéo dài bộc lộ cả động mạch khoeo trên và dưới gối trong trường hợp phức tạp. Banderker[4] báo cáo trong tất cả các trường hợp chấn thương động mạch khoeo thì 39 bệnh nhân (32,5%) ở trên khớp gối, 47 bệnh nhân (39,1%) ở cấp độ khớp gối và 34 bệnh nhân (28,3%) dưới khớp gối. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp ở dưới gối chiếm 83%. 120/147 bệnh nhân tổn thương động mạch khoeo là đụng dập, 14/147 trường hợp đứt rời động mạch khoeo, còn lại là tổn thương co thắt mạch (Bảng 3.5). Với tổn thương đụng dập và đứt rời thì tùy thuộc vào đoạn mạch tổn thương bị cắt bỏ sẽ được tiến hành phục hồi bằng nối trực tiếp hay ghép tĩnh mạch hiển. Hầu hết những trường hợp đứt rời động mạch sau khi cắt bỏ thương tổn thì có thể nối trực tiếp được, còn đối với tổn thương đụng dập với tổn thương đụng dập phải cắt bỏ >2cm thì phải lấy tĩnh mạch hiển để ghép để đảm bảo miệng nối không bị căng (Bảng 3.6). Tĩnh mạch hiển có ưu điểm chính là độ bền của ghép tĩnh mạch tốt, ít có nguy cơ tắc mạch và sử dụng thuốc chống đông lâu dài. Hơn nữa khả năng chống nhiễm trùng của tĩnh mạch hiển tự thân cũng rất tốt, nhất là khi phẫu thuật trong điều kiện cấp cứu. Tuy nhiên trên thế giới cũng có các nghiên cứu sử dụng mạch nhân tạo cho chấn thương tổn động mạch khoeo. Tác giả Lang[2] sử dụng mạch nhân tạo làm vật liệu ghép cho 29,7% bệnh nhân chấn thương động mạch khoeo.



Hình 4.2. A – đụng dập, huyết khối, đứt rời động mạch khoeo (mũi tên); B – ghép đoạn động mạch khoeo bằng tĩnh mạch hiển tự thân (1: đoạn ghép tĩnh mạch hiển, 2: động mạch khoeo); C - Cố định khớp gối bằng đinh Kirschner (Nguồn: bệnh nhân trong nghiên cứu)

Về trình tự cố định xương và phục hồi lưu thông mạch, Wagner[6] cho rằng cố định xương được thực hiện trước khi tái thông mạch do sự di động của các mảnh xương gãy và các thao tác khi cố định xương có thể làm tổn thương mạch máu thứ phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được cố định gãy xương, trật khớp trước sau đó thực hiện phẫu thuật mạch máu với đinh Kirschner được sử dụng nhiều nhất (Bảng 3.7).

Trong nghiên cứu, hơn 3/4 bệnh nhân được mở cân (79,6%) được chỉ định khi thiếu máu muộn (sau 6h) và có hội chứng khoang trên lâm sàng. (Bảng 3.7) Ngoài việc giúp giảm áp lực khoang cẳng chân, giảm thiểu nguy cơ của hội chứng tái tưới máu sau mổ. Lang[2] mở cân ở 84,3% bệnh nhân như một biện pháp dự phòng hoặc ở bệnh nhân có hội chứng khoang rõ ràng. Farber[7] nhận thấy mở cân sớm giúp cải thiện kết quả tưới máu trong chấn thương động mạch chi và ít nhiễm trùng vết thương hơn ở bệnh nhân phẫu thuật mở cân sớm (6,6% so với 14,5%). Tuy nhiên tỉ lệ nhiễm trùng vết thương lên đến 25% ở bệnh nhân phẫu thuật mở cân và đây được coi như là một lý do để cân nhắc mở cân.

Sau mổ, hầu hết có mạch rõ (91,2%); 92,5% chi hồng, ấm và cải thiện hơn so với trước phẫu thuật. 89,1% các bệnh nhân có kết quả tưới máu chi rất tốt sau phẫu thuật. Tuy nhiên, vẫn có những một số biến chứng. Theo Bảng 3.8, nhiễm trùng, hoại tử cơ là biến chứng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu, ngoài ra còn có biến chứng mạch máu khác là: chảy máu sau mổ, tắc mạch. Cắt lọc tổ chức hoại tử cơ một phần trong trường hợp hoại tử cơ và khi có nhiễm trùng. 2 trường hợp chảy máu phải lấy máu cục, cầm máu tại vết mổ. 1 trường hợp phải thắt mạch sau nhiễm trùng và 3 trường hợp phải làm lại miệng nối sau tắc mạch. Một số tác giả cho rằng nguyên nhân tắc mạch sớm sau mổ là: không lấy hết tổ chức mạch tổn thương, các lỗi kỹ thuật (miệng nối quá căng, hẹp miệng nối, khâu bổ sung quá nhiều), huyết áp thấp sau mổ, thắt các tĩnh mạch chính. Báo cáo của Ratnayake[8] có 13 trường hợp nhiễm trùng (33%), 5 bệnh nhân có tắc mạch sớm sau mổ do huyết khối.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 07 bệnh nhân (4,8%) phải cắt cụt chi thì hai sau phục hồi lưu thông mạch (Bảng 3.8). Căn nguyên chính dẫn tới cắt cụt là nhiễm trùng và thời gian thiếu máu chi kéo dài trước phẫu thuật. Nguyễn Sinh Hiền[1] báo cáo 8 bệnh nhân (40%) cắt cụt chi sau phục hồi lưu thông mạch, trong đó có 5/8 bệnh nhân không được mở cân trong phẫu thuật lưu thông mạch máu ban đầu. Lang[2] báo cáo tỷ lệ cắt cụt tổng thể bao gồm cắt cụt thì đầu và thứ phát trong chấn thương động mạch khoeo là 28%. Thời gian thiếu máu cục bộ kéo dài (hơn 6 giờ) có liên quan đến việc tăng gấp bốn lần nguy cơ cắt cụt thứ phát.[4] Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian thiếu máu chi trung bình lên tới 11h, nên đây là một yếu tố ảnh hưởng không nhỏ tới kết quả phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp tử vong trong quá trình điều trị. Một số tác giả trên thế giới báo cáo về bệnh nhân phẫu thuật chấn thương động mạch khoeo có những trường hợp tử vong. Banderker báo cáo tỷ lệ tử vong là 4,4% (6/136) nhưng tất cả đều liên quan đến chấn thương liên quan và không do ảnh hưởng trực tiếp của chấn thương động mạch khoeo.[4]

Có 104 bệnh nhân được khám lại sau 01 tháng. Tất cả các bệnh nhân được chụp phim Xquang chi, khám lâm sàng bắt mạch chi rõ hoặc siêu âm mạch tốt trong 89 trường hợp. Có 02 trường hợp có nhiễm trùng, viêm xương được nhập viện điều trị sau đó. 05 bệnh nhân được kết hợp xương bên trong.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương động mạch khoeo là một cấp cứu ngoại khoa đi kèm với chấn thương xương, khớp quanh gối, để lại các biến chứng và di

chứng nặng nề nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Điều trị cố định xương khớp chắc chắn, phẫu thuật tái thông mạch máu kịp thời bằng tĩnh mạch tự thân phối hợp mở cân cẳng chân khi có chỉ định là những yếu tố then chốt giúp giảm tỉ lệ cắt cụt chi và các biến chứng nặng nề khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Sinh Hiền, Lê Ngọc Thành.** Tổn thương mạch khoeo trong chấn thương kín: những khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Ngoại khoa. 2000;3:29-37.
2. **Lang NW, Joestl JB, Platzer P.** Characteristics and clinical outcome in patients after popliteal artery injury. J Vasc Surg. 2015;61(6):1495-1500.
3. **Nguyễn Hữu Ước, Chế Đình Nghĩa, Dương Đức Hùng**. Đánh giá tình hình cấp cứu vết thương - chấn thương mạch máu ngoại vi tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2004-2006. Ngoại khoa. 2007;4:12-18.
4. **Banderker MA, Navsaria PH, Edu S, et al.** Civilian popliteal artery injuries. S Afr J Surg. 2012;50(4):119-23.
5. **Jeffrey Rihn JA, Groff YJ, Harner CD, e**t al. The acutely dislocated knee: evaluation and management. J Am Acad Orthop Surg. 2004;12(5):334-46.
6. **Wagner WH, Yellin AE, Weaver FA, et al**. Acute treatment of penetrating popliteal artery trauma: the importance of soft tissue injury. Ann Vasc Surg. 1994;8(6):557-65.
7. **Farber A, Tan TW, Hamburg NM.** Early fasciotomy in patients with extremity vascular injury is associated with decreased risk of adverse limb outcomes: a review of the National Trauma Data Bank. Injury. 2012;43(9):1486-91.
8. **Ratnayake A, Samarasinghe B, Bala M.** Outcomes of popliteal vascular injuries at Sri Lankan war-front military hospital: case series of 44 cases. Injury. 2014;45(5):879-84.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG SẸO XẤU VÙNG MẶT SAU CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Hồng Lợi[1], Trần Xuân Phú[1], Nguyễn Văn Khánh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng sẹo xấu vùng mặt sau chấn thương tại Trung Tâm Răng Hàm Mặt – bệnh viện Trung Ương Huế. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 39 bệnh nhân có sẹo xấu vùng mặt sau chấn thương tại Trung Tâm Răng Hàm Mặt bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 11/2021 đến 10/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 29,3 ± 10,6 tuổi. Nam giới 56,4%, nữ giới 43,6%. Nhóm 21-30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 38,5%. Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cấp 3 và Cao đẳng - Đại học chiếm đa số. Nghề nghiệp học sinh/sinh viên chiếm tỷ lệ nhiều nhất 30,7%. Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm hầu hết 92,3%. Thời gian mắc sẹo trung vị 17 ngày. Sẹo phẳng chiếm 91,9%. Kích thước trung bình là 41,1 ± 28,1 mm. Sẹo vùng trán chiếm tỷ lệ cao nhất 34,9%. Fitzpatrick loại III và IV chiếm 100%. Sẹo có triệu chứng cơ năng ngứa chiếm 54,7%. Sẹo có triệu chứng cơ năng đau chiếm 47,7%. **Kết luận**: Sẹo xấu vùng mặt sau chấn thương gây trở ngại rất lớn về thẩm mỹ và tâm lý cho bệnh nhân. Đa phần bệnh nhân quan tâm đến sẹo là nhóm đối tượng có hoạt động giao tiếp nhiều trong xã hội và quan tâm nhiều đến yếu tố thẩm mỹ, trình độ học vấn cao, không phân biệt giới tính và mong muốn được điều trị sẹo sớm. ***Từ khóa:*** sẹo xấu vùng mặt, sẹo sau chấn thương

[1]Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh việnTrung ương Huế
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Lợi
Email: drloivietnam@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 7.2.2023
Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023
Ngày duyệt bài: 19.4.2023

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF FACIAL TRAUMATIC SCARS

Objective: Research clinical characteristics facial traumatic scars at Odonto-stomatology center – Hue Central Hospital**. Methods:** This descriptive study included 39 patients with facial traumatic scars at Odonto-stomatology center – Hue Central Hospital from November 2021 to October 2022**. Results:** The mean age was 29.3 ± 10.6 years old. Male 56.4%, female 43.6%. The group of 21-30 years old 38.5%. The majority of patients are high school and college - university education. Occupation: Pupil/student 30.7%. Cause of traffic accident 92.3%. The median of scar duration was 17 days. Flat scars 91.9%. The average of scar size is 41.1 ± 28.1 mm. Forehead scars 34.9%. Fitzpatrick types III and IV 100%. Scars with itching symptoms 54.7%. Scars with painful symptoms 47.7%. **Conclusion:** Facial traumatic scars affect aesthetics and psychology of patients. Most of the Patients concerned about scars are a group of people having a lot of social communication activities and interested in aesthetic factors, high academic level, regardless of gender, and desiring early treatment. ***Keywords:*** Facial scar, Traumatic scar

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo là kết quả quá trình lành thương tự nhiên của cơ thể nhằm thay tổ chức da đã mất hay bị tổn thương bằng các mô sợi. Sẹo có dạng phẳng, dạng lồi, dạng lõm hay chỉ đơn thuần là sự thay đổi màu sắc bề mặt da. Ngoài ra, sẹo có thể gây đau hoặc ngứa. Có rất nhiều nguyên nhân khác nhau để tạo nên sẹo, đó như là kết