

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

Hoàng Anh Công^{1*}, Nguyễn Hữu Ước², Bùi Thanh Doanh³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương mạch máu ngoại vi là cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Tại Hải Phòng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp tiếp nhận hầu hết các cấp cứu ngoại mạch máu của khu vực; do vậy nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương và kết quả điều trị chấn thương, vết thương động mạch chi dưới” là cần thiết, có ý nghĩa trong đào tạo và thực hành chuyên khoa.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Kết quả: 33 bệnh nhân trong khoảng thời gian từ 1/2014 đến 7/2019, 40 thương tổn động mạch (ĐM), tuổi trung bình $34,6 \pm 14,7$. Lâm sàng chủ yếu là các dấu hiệu gián tiếp. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu trong 6 giờ đầu sau bị thương. Hình thái tổn thương ĐM hay gặp là đung dập kèm đứt rời và đứt rời; tập trung ở nhóm động mạch chày, đùi nông, khoeo. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là khâu nối động mạch trực tiếp, ghép mạch tự thân, thắt mạch. Kết quả điều trị: đa số bệnh nhân xếp loại tốt, tỉ lệ tử vong 6,1%. **Kết luận:** Tổn thương ĐM chi dưới do chấn thương, vết thương là cấp cứu mạch máu hay gặp. Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật phục hồi lưu thông động mạch. Kết quả điều trị khá tốt, song vẫn có trường hợp hoại tử cắt cụt chi; tử vong.

Từ khóa: chi dưới, động mạch, phẫu thuật, tổn thương, cấp cứu.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS, LESION MORPHOLOGY AND TREATMENT RESULTS OF LOWER EXTREMITY ARTERY INJURIES AT VIET TIEP HOSPITAL

Overview: Peripheral vascular injuries are

common surgical emergencies. In Hai Phong, Viet Tiep Hospital has received almost all vascular injuries cases in the area. Thus, this research “Clinical characteristics, lesions and management results of lower limb artery trauma” is necessary for specialized training and practical clinic.

Research Method: Descriptive cross-sectional

Results: There were 33 patients with 40 arterial injuries from 1/2014 to 7/2019. The average age was $34,6 \pm 14,7$. Clinical signs were mainly indirect presentations. Most patients underwent emergency surgery in the first six hours of their injuries. The common forms of injuries were contusion with avulsion and avulsion, especially the tibial artery, superficial femoris artery, popliteal artery. The main surgical method was vascular interlinking, autografting, vascular ligation.

Treatment results: the majority of patients recovered well, the mortality rate was 6.1%.

Conclusion: Lower limb arteries lesion due to trauma is a regular vascular emergency. The major treatment was vascular repair surgery. Most patients recovered well but there were still cases of remove necrosis; death.

Keywords: lower limb, artery, surgery, trauma, emergency.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật mạch máu là chuyên ngành khó và phức tạp, phát triển chưa đồng đều tại các địa

¹ Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

² Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³ Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng

*Tác giả liên hệ: Hoàng Anh Công;

Email: hoanganhcong91hy@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/05/2021 Ngày cho phép đăng: 30/09/2021

phương, nên đa số tổn thương ĐM chi dưới do chấn thương, vết thương được điều trị tại các bệnh viện trung ương, với nhiều nghiên cứu chuyên sâu theo loại tổn thương (chỉ chấn thương hoặc vết thương), chi tổn thương (chi trên, chi dưới), kỹ thuật phục hồi lưu thông ĐM [1],[3],[6]. Đây là một cấp cứu ngoại khoa khá thường gặp, với các dấu hiệu lâm sàng gợi ý như: vị trí vết thương hoặc gãy xương nằm gần đường đi của ĐM lớn, mạch ngoại vi yếu hơn bên lành...; các dấu hiệu đặc hiệu của tổn thương ĐM ít gặp hơn, chủ yếu là dấu hiệu máu chảy thành tia theo nhịp mạch hoặc máu chảy nhiều qua vết thương [5],[6]. Hình thái tổn thương giải phẫu thường gặp là rách thành mạch, đung dập huyết khối hoặc đứt rời ĐM. Nếu không được chẩn đoán, xử lý kịp thời có thể dẫn tới, hoại tử, cắt cụt chi thể, nhiễm độc thậm chí tử vong [7],[8],[9]. Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật cấp cứu sớm - tái lưu thông ĐM, khi chi thể chưa bị thiếu máu quá muộn hay hoại tử [7]. Việc phát triển phẫu thuật mạch máu tại các bệnh viện địa phương là cần thiết để nâng cao hiệu quả cấp cứu loại thương tổn này. Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Tiệp là trung tâm ngoại mạch máu ở khu vực Hải Phòng, với kinh nghiệm nhiều năm điều trị các chấn thương, vết thương ĐM chi. Do vậy, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương và kết quả điều trị chấn thương, vết thương ĐM chi dưới tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp" là chủ đề cần thiết, có ý nghĩa thực tiễn trong đào tạo và thực hành chuyên khoa, với 2 mục tiêu: (1) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương của chấn thương, vết thương động mạch chi dưới được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp;* (2) *Đánh giá kết quả điều trị chấn thương, vết thương động mạch chi dưới tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp giai đoạn 1/2014 – 7/2019.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả các bệnh nhân (BN) đã được chẩn đoán xác định chấn thương hoặc vết thương ĐM chi dưới; được phẫu thuật mạch máu cấp cứu tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, từ 1/2014 đến 7/2019; hồ sơ đầy đủ thông tin theo yêu cầu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, với các chỉ số về đặc điểm trước, trong và kết quả sớm sau mổ, bao gồm cả những bệnh nhân đa chấn thương

Kết quả:

Có 33 BN đủ tiêu chuẩn đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình $34,61 \pm 14,73$ (15-72), trong đó nam giới chiếm 85%, tỉ lệ nam/nữ = 5,7/1. Đa số bệnh nhân (97%) được đưa đến bệnh viện và phẫu thuật cấp cứu trong 6 giờ đầu sau bị thương. Theo loại tổn thương thì chấn thương ĐM hay gặp hơn (57,6%) với cơ chế hầu hết là gián tiếp (94,74%); vết thương ĐM có 42,43%. Về tình trạng toàn thân khi vào viện, đa số BN còn tỉnh (87,88%), một số ít trường hợp sốc chấn thương hoặc sốc mất máu (6,06% cho mỗi nhóm sốc).

Về đặc điểm lâm sàng tổn thương ĐM sau khi bị thương, nếu đánh giá chung theo 2 nhóm là các dấu hiệu gợi ý (gián tiếp, không đặc hiệu) và các dấu hiệu đặc hiệu (trực tiếp) của tổn thương ĐM, thì thấy:

Dấu hiệu đặc hiệu hay gặp nhất là máu chảy theo nhịp mạch hoặc dâng trào nhiều qua vết thương (18,18%). Ít gặp các dấu hiệu khác, như: khối máu tụ quanh vết thương to nhanh đập theo nhịp mạch, mất mạch ngoại vi hay tình trạng thiếu máu chi rõ (6,06%).

Dấu hiệu gián tiếp hay gặp nhất là vị trí vết thương hoặc gãy xương gần đường đi ĐM lớn (100%); rời đến mạch ngoại vi yếu hơn bên lành (67,9%), và một số ít các dấu hiệu khác – như: liệt do tổn thương thần kinh tùy hành ĐM

(6,06%), vết thương chảy máu nhiều nhưng đã cầm (3,03%). Không gặp dấu hiệu khối máu tụ không đập quanh vết thương.

Phân loại ĐM và hình thái tổn thương ĐM đánh giá trong khi mổ, được tổng kết trong bảng 1 và 2, cho thấy có 40 hình thái trên 33 BN, tức là có trường hợp bị 2-3 hình thái trên 1 BN.

Về tổn thương phối hợp, phân loại tổn thương phần mềm theo 3 mức thấy ở mức độ nhẹ chiếm 42,4%, trung bình 33,3%, và nặng 24,2%. Các tổn thương phối hợp khác gồm: gãy xương-trật khớp (60,6%), vết thương thần kinh (15,2%) và tĩnh mạch (21,2%). Đa số BN được chẩn đoán và tiến hành phẫu thuật mạch máu khá sớm, trong

vòng 6 giờ sau tai nạn (97,0%), số ít 6 -12 giờ sau tai nạn (3,0%), không có trường hợp nào ngoài 12 giờ. Phương pháp phẫu thuật tái lưu thông ĐM chiếm đa số, gồm kỹ thuật nối mạch trực tiếp tận-tận (51,5%) và ghép mạch bằng đoạn tĩnh mạch hiển tự thân (24,2%), khâu vết thương bên ĐM (3,1%). Có 21,2% dùng biện pháp thắt mạch cầm máu – do tổn thương ở những ĐM nhỏ, có tuần hoàn phụ phong phú. Các tổn thương phối hợp (phần mềm nặng, gãy xương, trật khớp, tĩnh mạch, thần kinh) thường được xử trí ngay sau thì mạch máu, theo các kỹ thuật kinh điển. Thời gian phẫu thuật trung bình là $147 \pm 94,7$ phút (21-540)

Bảng 1: Phân loại ĐM bị tổn thương

Tên ĐM tổn thương	Chấn thương ĐM	Vết thương ĐM	Tổng	% (n=40)
ĐM đùi nông	5	3	8	20
ĐM đùi sâu	1	1	2	5
ĐM khoeo	3	0	3	7,5
ĐM chày trước	5	2	7	17,5
ĐM chày sau	9	5	14	35
ĐM mác	2	0	2	5
ĐM mu chân	1	1	2	5
ĐM ống gót	0	2	2	5
Tổng	26	14	40	100

Bảng 2: Hình thái tổn thương ĐM của chấn thương, vết thương ĐM chi dưới

Hình thái tổn thương	Vết thương ĐM		Chấn thương ĐM		Tổng	
	n	%	n	%	N	%
Co thắt	0	0	2	5	2	5
Vết thương bên	1	2,5	0	0	1	2,5
Đứt rời	13	32,5	0	0	13	32,5
Đụng dập, huyết khối	0	0	4	10	4	10
Đụng dập, đứt rời	0	0	20	50	20	50
Tổng	14	35	26	65	40	100

Bảng 3: Cơ chế tổn thương ĐM chi dưới

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Loại tổn thương	Chấn thương ĐM	19	57,57
	Vết thương ĐM	14	42,43

Bảng 4: Tình trạng cấp máu chi sau mổ theo thời gian từ khi bị thương đến khi được phẫu thuật (n= 31)

Dấu hiệu		Trước 6 giờ (n=30)		6-12 giờ (n=1)		Sau 12 giờ (n=0)	
		n	% (theo cột)	n	% (theo cột)	n	% (theo cột)
Màu sắc da	Hồng	27	90	1	100	0	0
	Nhợt	3	10	0	0	0	0
Nhiệt độ chi thể	Ấm	27	90	1	100	0	0
	Lạnh hơn bên lành	3	10	0	0	0	0
Bất mạch hạ lưu	Mạch rõ	27	90	1	100	0	0
	Mạch yếu	3	10	0	0	0	0
	Không bắt được mạch	0	0	0	0	0	0
Vận động ngón chi	Tốt	27	90	1	100	0	0
	Giảm	2	6,67	0	0	0	0
	Mất	1	3,33	0	0	0	0
Cảm giác ngón chi	Tốt	27	90	1	100	0	0
	Tê bì	2	6,67	0	0	0	0
	Mất cảm giác	1	3,33	0	0	0	0
Hội lưu mao mạch	Còn	29	96,67	1	100	0	0
	Mất	1	3,33	0	0	0	0
P = 0,933							

Bảng 5: Tình trạng cấp máu chi sau mổ với bệnh nhân được mổ với tình trạng tổn thương phần mềm (n=31)

Dấu hiệu		Nhẹ, trung bình (n=23)		Nặng (n=8)	
		n	% (theo cột)	n	% (theo cột)
Màu sắc da	Hồng	23	100	3	37,5
	Nhợt	0	0	5	62,5
Nhiệt độ chi thể	Ấm	23	100	3	37,5
	Lạnh hơn bên lành	0	0	5	62,5
Bắt mạch hạ lưu	Mạch rõ	23	100	3	37,5
	Mạch yếu	0	0	5	62,5
	Không bắt được mạch	0	0	0	0
Vận động ngón chi	Tốt	23	100	3	37,5
	Giảm	0	0	4	50
	Mất	0	0	1	12,5
Cảm giác ngón chi	Tốt	23	100	3	37,5
	Tê bì	0	0	4	50
	Mất cảm giác	0	0	1	12,5
Hồi lưu mao mạch	Còn	23	100	7	87,5
	Mất	0	0	01	12,5
P = 0,016 < 0,05					

Kết quả sớm sau mổ: Thời gian nằm viện trung bình là 13,6 ±10,2 ngày (1-41). Đa số BN không gặp biến chứng sau mổ (93,94%). Tuy nhiên nhóm có 2 trường hợp tử vong (6,06%) do tình trạng sốc mất máu không hồi phục từ trước mổ; 1 trường hợp cắt cụt chi thì 2 do tổn thương phối hợp nặng không có khả năng bảo tồn chi. Tình trạng thiếu máu sau mổ cần phải truyền máu bồi phụ tuần hoàn có 7 bệnh nhân (21,21%). Tình trạng chi thể trong nhóm BN được phẫu thuật sớm trong 6 giờ đầu sau tai nạn: có biểu hiện tốt với chi thể hồng ấm, mạch ngoại vi bắt rõ, vận

động và cảm giác tốt - chiếm tỉ lệ cao (90,0%); tình trạng chi thể nhợt, lạnh hơn bên lành, mạch ngoại vi yếu chiếm 10,0%; chi thể tê bì, giảm vận động chiếm 6,67%; tình trạng mất vận động, cảm giác, hồi lưu mao mạch kém chiếm 3,33% (theo bảng 4). Trong nhóm phẫu thuật trong khoảng 6 – 12 giờ sau tai nạn (1 BN) có kết quả chi thể hồng ấm, vận động và cảm giác tốt, hồi lưu mao mạch còn. Xét theo mức tổn thương phần mềm, thì mức độ nhẹ - trung bình gồm các tổn thương gân, cơ nhẹ, ví dụ do vật sắc nhọn đâm, có thể tổn thương mạch máu trên đường đi của chúng hoặc những

gãy xương đơn giản do lực chấn thương mức độ vừa và những trường hợp tổn thương trong gãy hở độ I, II hoặc gãy kín nhiều mảnh, sai khớp do lực chấn thương tương đối mạnh có 100% số BN đều cho kết quả chi thể hồng ấm, vận động và cảm giác tốt, hồi lưu mao mạch còn; còn mức độ nặng với tình trạng tổn thương trong gãy hở độ III do lực chấn thương mạnh. Tổn thương phần mềm trong CTĐM thường ở mức độ nặng hơn VTĐM thì tình trạng chi thể tốt tương đương (nhóm nhẹ - trung bình) chỉ chiếm 37,5%, còn tình trạng chi thể nhạt, lạnh hơn bên lành, mạch ngoại vi yếu chiếm 62,5%; chi thể tê bì, giảm vận động chiếm 50%; tình trạng mất vận động, cảm giác, hồi lưu mao mạch kém chiếm 12,5% (theo bảng 5).

BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng:

Về yếu tố dịch tễ, kết quả tương tự như các nghiên cứu trong nước với đa số BN là nam giới ở tuổi còn khá trẻ và tỉ lệ chấn thương có phần cao hơn vết thương ĐM [1], [5]. Do bao gồm cả các đặc điểm lâm sàng của vết thương ĐM – yếu tố chính dẫn đến tỉ lệ sốc mất máu 6,06%; nên tỉ lệ gặp sốc chấn thương khá thấp (6,06%) so với nghiên cứu của Lê Minh Hoàng (2015) với 18,9% [2] – với đối tượng chỉ tập trung vào nhóm chấn thương ĐM do gãy xương, trật khớp. Cơ chế chấn thương ĐM gián tiếp do gãy xương – trật khớp cũng chiếm đa số (94,7%), tương tự các nghiên cứu khác [1],[5].

Trong chẩn đoán tổn thương ĐM chi dưới do chấn thương, vết thương, các dấu hiệu gián tiếp đóng vai trò rất quan trọng để định hướng thương tổn, ví dụ như: vị trí lỗ vào vết thương

nằm gần đường đi các mạch máu lớn, hoặc gãy xương – trật khớp ở vùng có ĐM nằm sát xương. Tỉ lệ này trong nghiên cứu chiếm tới 100%. Nhưng lại có tới 67,9% có dấu hiệu mạch yếu, trong khi chỉ có 7,5% có hình thái thương tổn tương ứng (vết thương bên, co thắt ĐM) theo kết quả trong bảng 2. Ở chiều ngược lại, về các dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu của thương tổn ĐM chi, bên cạnh các dấu ít gặp trong vết thương ĐM (chảy máu nhiều qua vết thương, máu tụ quanh vết thương) như trong y văn, thì tỉ lệ gặp hội chứng thiếu máu cấp tính chi lại chỉ chiếm 6,06% - trong khi theo bảng 1 và 2, có tới trên 30% hình thái tổn thương ĐM có khả năng gây ra thiếu máu chi rõ (đứt rời – tắc ĐM đùi nông, khoeo, cả chày trước + chày sau). Điều bất tương xứng này có thể đến từ sự hạn chế trong năng lực khám lâm sàng của các thầy thuốc trực cấp cứu tại tuyến y tế cơ sở đối với một thể thương tổn ít gặp và rất chuyên khoa.

Hình thái tổn thương của động mạch:

Do cách tính chung cho cả chấn thương và vết thương ĐM chi dưới với cỡ mẫu không lớn, nên đặc điểm vị trí cũng như hình thái tổn thương ĐM chi trong nghiên cứu có vài sự khác biệt với một số nghiên cứu có đối tượng tập trung vào nhóm chấn thương ĐM [1],[2],[3]. Cụ thể các đặc điểm đặc trưng của chấn thương ĐM thì thấp hơn, như: chỉ 7,5% bị tổn thương ĐM khoeo; hình thái đụng dập, đứt rời chỉ chiếm 50% - trong khi nghiên cứu khác có tổn thương ĐM khoeo lên tới 37,3% (2015) [2] hay 65% (2013) [3], hình thái đụng dập ĐM chiếm tới 80,8% (2015) [1] còn theo Nguyễn Văn Đại (2015). Mặt khác cũng thấy được là các thương tổn hay gặp trong vết

thương ĐM cũng có tỉ lệ khá cao, như: vị trí ở ĐM chày sau (35%), ĐM đùi nông (20%), ĐM chày trước (17,5%); hình thái vết thương đứt rời ĐM (32,5%). Về tổn thương gãy xương – trật khớp phối hợp (60,6%) cũng không có nhiều khác biệt so với các nghiên cứu trong nước, hay gặp trong chấn thương ĐM (57,6%) với cơ chế gián tiếp (94,74%). Tuy nhiên mức độ thương tổn phần mềm nặng chiếm tới 42,4% - một yếu tố tiên lượng nặng, do ảnh hưởng tới cấp máu chi qua hệ thống tuần hoàn phụ, làm rút ngắn thời gian thiếu máu chi còn hồi phục và tăng nguy cơ hỏng chi nếu không phẫu thuật tái tưới máu kịp thời.

Kết quả điều trị:

Trong tổng số 33 BN nghiên cứu, phương pháp xử trí thương tổn mạch máu cũng tương xứng với vị trí và hình thái tổn thương ĐM, cụ thể phẫu thuật tái lưu thông ĐM bằng nối mạch trực tiếp chiếm tới 51,5% (hay dùng trong vết thương ĐM) (theo bảng 3.20), chỉ có 24,2% cần ghép mạch (hay dùng trong chấn thương ĐM) (theo bảng 3.20) [5]. Đồng thời, do tỷ lệ thương tổn 1 nhánh ĐM cẳng chân khá cao – nơi mà chỉ định khâu nối mạch là không bắt buộc, nên tỉ lệ thất mạch cầm máu cũng cao (21,2%) (theo bảng 3.21).

Thời gian phẫu thuật trung bình là $147 \pm 94,7$ phút (21 – 540), còn khá dài so với thời gian cần thiết để xử trí một thương tổn mạch chi. Tuy nhiên thời gian này được tính gộp cho cả chấn thương và vết thương ĐM, với nhóm chấn thương chiếm > 50% (theo bảng 3), nên ngoài thương tổn ĐM, phẫu thuật còn bao gồm cả thời gian xử trí các thương tổn phối hợp ở xương, khớp và phần mềm. Cá biệt, ở 1 trường hợp có tổn thương

xương khớp phức tạp, được chuyển thẳng phòng mổ - chưa kịp làm chẩn đoán thương tổn ĐM chi; sau khi kết hợp xương, đánh giá tuần hoàn chi nghi ngờ có tổn thương ĐM, nên mới mời kíp mạch máu để vừa đánh giá – vừa xử lý hàng loạt tổn thương phức tạp ĐM ở nhiều vị trí, nên thời gian phẫu thuật kéo dài tới 540 phút.

Thời gian nằm viện trung bình là $13,6 \pm 10,2$ ngày (1 – 41). Thời gian này dài gần gấp đôi thời gian nằm viện theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Đại (2015) ở bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, là $7,6 \pm 6,1$ ngày [1]. Có thể do bệnh viện Việt Đức là tuyến trung ương – số lượng bệnh nặng nhiều, nên sau khi qua giai đoạn cấp cứu, BN thường được chuyển về điều trị tiếp tại các cơ sở y tế tuyến dưới, do vậy thời gian nằm viện sau xử lý thương tổn ĐM chi dưới có phần ngắn hơn các nghiên cứu thực hiện tại địa phương.

Trong nghiên cứu có 2 trường hợp tử vong do vết thương ĐM không được sơ cứu, xử lý kịp thời và đúng cách tại hiện trường sau khi bị thương dẫn tới khi đưa vào tuyến cơ sở bệnh nhân đã trong tình trạng sốc mất máu và ngừng tuần hoàn, sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn và hồi sức tích cực bệnh nhân có tim đập trở lại và được chuyển tới bệnh viện Việt Tiệp, được tiếp tục hồi sức tích cực trước trong và sau mổ, trong mổ đánh giá vết thương là 1/3 trên động mạch đùi nông, vết thương gọn sắc, kíp mổ đánh giá, thực hiện thời gian khâu nối, xử lý tổn thương thực hiện nhanh hơn nhiều thời gian phẫu thuật cắt cụt chi. Sau phẫu thuật bệnh nhân tiếp tục được hồi sức tích cực và truyền máu bồi phụ tuần hoàn, nhưng do tình trạng mất máu kéo dài, sau mổ bệnh nhân rơi vào tình

trạng rối loạn đông máu, mất ý thức, đồng tử giãn, suy đa phủ tạng và gia đình xin cho bệnh nhân về (6,06%) (theo bảng 3.25), có 1 trường hợp hoại tử chi phải cắt cụt chi thì 2 – nguyên nhân chủ yếu do giai đoạn thiếu máu chi muộn kết hợp thương tổn xương – khớp và phần mềm rất nặng, không hồi phục được sau phẫu thuật tái thông ĐM chi chiếm 3,03% (theo bảng 3.25). Ngoài ra, còn có 7 trường hợp mất máu nặng (21,21%) (theo bảng 3.25) sau khi mổ được bồi phụ máu và dịch – đều cho kết quả tốt.

Đánh giá kết quả sớm : Đánh giá lâm sàng kết quả sớm sau mổ về tưới máu chi sau phẫu thuật, nghiên cứu dựa trên các dấu hiệu như: màu sắc, nhiệt độ chi thể; vận động, cảm giác chi thể; bắt mạch ngoại vi và hồi lưu mao mạch. Kết quả cho thấy có tới 97% BN được phẫu thuật trong giai đoạn sớm (dưới 6 giờ sau tai nạn) của thiếu máu chi, đây là một ưu thế lớn khi phát triển chuyên ngành ngoại mạch máu ở các bệnh viện đa khoa khu vực, giúp mang lại tiềm năng hiệu quả điều trị cao hơn so với khi phải chuyển BN về tuyến trung ương – với hơn 75% được xử trí muộn ngoài 6 giờ sau khi bị thương [1],[2],[3]. Kết quả nghiên cứu đánh giá tưới máu chi sau mổ cũng thể hiện được ưu thế này, với kết quả tốt chiếm tỷ lệ hơn 90%. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mức độ tổn thương phần mềm có ảnh hưởng rõ rệt đến hiệu quả điều trị, phù hợp với các hướng dẫn trong y văn [5]. Các bệnh nhân được phẫu thuật phục hồi lưu thông mạch máu chi sau ra viện được tái khám lại tối thiểu sau 1 tháng tối đa sau 5 năm có 21/30 bệnh nhân đều cho kết quả tốt, siêu âm Doppler mạch cho kết quả tình trạng mạch vùng tổn

thương lưu thông tốt không thấy hẹp tắc chiếm 70%, còn 9 bệnh nhân còn lại nhóm nghiên cứu không liên lạc để khám lại được nên không đánh giá được chiếm 30%..

KẾT LUẬN

Tổn thương ĐM chi dưới do chấn thương, vết thương là cấp cứu mạch máu không quá hiếm tại khu vực Hải Phòng, với đặc điểm tương tự trong y văn, nhưng nghiên cứu này còn chưa chia tách riêng đặc điểm của chấn thương so với vết thương. Phương pháp điều trị chủ yếu cũng là phẫu thuật phục hồi lưu thông ĐM, song hầu hết được mổ rất sớm sau bị thương. Kết quả điều trị khá tốt, tuy nhiên vẫn có trường hợp tử vong do sốc mất máu, hoại tử cắt cụt chi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đại (2015). Đánh giá tình trạng phẫu thuật chấn thương vết thương mạch máu ngoại vi tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức 2010-2014. *Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội*.
2. 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*.
3. Nguyễn Thái Hoàng (2013). Đánh giá kết quả phẫu thuật ghép đoạn mạch chi bằng tĩnh mạch hiển trong cấp cứu chấn thương, vết thương mạch máu. *Luận văn Thạc sĩ Y Học, Đại học Y Hà Nội*.
4. Michael Sobel, Shinsuke Kikuchi, Lihua Chen et al (2018). Clinical factors that influence the cellular responses of saphenous veins used for arterial bypass. *J Vasc Surg.* 68(6), 165S-176S.

5. Nguyễn Hữu Ước, Phạm Hữu Lưu (2013). Vết thương và chấn thương động mạch chi. *Bài giảng Bệnh học Ngoại khoa, Nhà xuất bản y học, 269-279.*

6. Nguyễn Tiến Bình, Nguyễn Trường Giang, Hoàng Đình Anh (2014), *Lâm sàng và kỹ thuật xử trí vết thương, chấn thương mạch máu chi thể*, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội, 213-225.

7. Lê Ngọc Thành (2009), "Chăm sóc sau mổ mạch máu các biến chứng và cách xử trí", Trường Đại học Y Hà Nội - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, *Phẫu thuật cấp cứu tim mạch và lồng*

ngực những vấn đề thường gặp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 94-105.

8. Lê Ngọc Thành (2009), "Mở cân và cắt cụt chi", Trường Đại học Y Hà Nội - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, *Phẫu thuật cấp cứu tim mạch và lồng ngực những vấn đề thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 86-93.

9. Nguyễn Hữu Ước, Chế Đình Nghĩa , và cộng sự Dương Đức Hùng (2007), "Đánh giá tình hình cấp cứu vết thương - chấn thương mạch máu ngoại vi tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004-2006", *Tạp chí ngoại khoa.* 4, 12-18.