

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PERIPHERAL ARTERY INJURIES AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Lo Quang Nhat*, Vu Duc Manh

Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen, Phan Dinh Phung ward, Thai Nguyen province, Vietnam

Received: 16/04/2026

Revised: 13/05/2026; Accepted: 25/06/2026

ABSTRACT

Objective: Description of some clinical and paraclinical characteristics of peripheral arterial injuries and evaluation of surgical treatment outcomes of peripheral arterial trauma cases operated at Thai Nguyen National Hospital from June 2022 to June 2025.

Subjects and methods: A descriptive study with a convenient sample. The subjects were 34 patients with peripheral arterial injuries who underwent surgery at Thai Nguyen National Hospital from June 2022 to June 2025.

Results: There were 82.4% male and 17.6% female patients, with a mean age of 34.9 ± 19.2 years. The main cause of injury was traffic accidents, accounting for 64.7%. Most patients were admitted to the hospital within 6 hours (91.2%), and 50% underwent surgery within 6 hours. On clinical examination, loss of peripheral pulse was observed in 82.4% of cases, and 8.8% patients were in shock. The most common site of arterial injury was in the lower limbs (73.5%), with the anterior tibial artery being the most frequently affected (44.1%). Computed tomography scans were indicated in 100% of cases, showing vascular occlusion in 94.1% of cases and contrast extravasation in only 5.9% of cases.

Conclusion: Popliteal artery injuries are primarily caused by traffic accidents (64.7%); 82.4% of cases showed absence of peripheral pulses during clinical examination; the location of arterial injury was the lower limb (73.5%).

Key words: Peripheral vascular injury, Thai Nguyen National Hospital.

*Corresponding author

Email: nhathdyk2007@gmail.com **Phone:** (+84) 889629668 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD8.5660



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CHẤN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH NGOẠI VI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lô Quang Nhật*, Vũ Đức Mạnh

Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên - 284 Đường Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 13/05/2026; Ngày duyệt đăng: 25/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chấn thương động mạch ngoại vi được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu thuận tiện. Đối tượng là 34 bệnh nhân chấn thương động mạch ngoại vi được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2025.

Kết quả: Bệnh nhân nam 82,4%, nữ 17,6%; tuổi trung bình $34,9 \pm 19,2$. Nguyên nhân do tai nạn giao thông là chủ yếu (64,7%). Phần lớn bệnh nhân được nhập viện trước 6 giờ (91,2%) và tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật trước 6 giờ chiếm 50%. Có 82,4% trường hợp khám lâm sàng thấy mất mạch ngoại vi. Có 8,8% trường hợp sốc. Vị trí tổn thương động mạch chủ yếu là chi dưới (73,5%), trong đó tổn thương động mạch chày trước gặp nhiều nhất (44,1%). Chụp cắt lớp vi tính được chỉ định cho 100% trường hợp, thấy hình ảnh tắc nghẽn mạch chiếm 94,1% và chỉ có 5,9% trường hợp thoát thuốc cản quang ra khỏi lòng mạch.

Kết luận: Chấn thương động mạch khoeo có nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông; có 82,4% khám lâm sàng thấy mất mạch ngoại vi; vị trí tổn thương động mạch là chi dưới (73,5%).

Từ khóa: Chấn thương mạch máu ngoại vi, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương động mạch ngoại vi là một cấp cứu thường gặp trong cả thời chiến lẫn thời bình, chiếm khoảng 2% cấp cứu ngoại chung và 3,1% cấp cứu ngoại chấn thương. Chấn thương động mạch ngoại vi chủ yếu gặp ở nam giới (73,3%) và lứa tuổi từ 18-60 (83,7%) [1], [2].

Nguyên nhân gây chấn thương động mạch ngoại vi gặp trong tai nạn giao thông (83,4%), tai nạn sinh hoạt (13,3%) và tai nạn lao động (3,3%) [1]. Chẩn đoán sớm chấn thương động mạch ngoại vi và điều trị tốt nhất là trong 6 giờ đầu sau khi bị thương [3]. Nếu điều trị muộn có nguy cơ để lại các biến chứng, di chứng nặng nề như: hoại tử chi phải cắt cụt, giảm đến mất chức năng của chi, thậm chí gây tử vong. Theo nghiên cứu của Đoàn Quốc Hưng và cộng sự (2017), tỉ lệ cắt cụt chi thì 2 trong chấn thương mạch máu ngoại vi chiếm 1,2% [4]; và theo nghiên cứu của Joshi S.S (2015), tỷ lệ này là 9,8% [5]. Chẩn đoán chấn thương động mạch chi thường không khó, chủ yếu dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và có thể cần kết hợp thêm với siêu âm Doppler mạch hoặc chụp động mạch [2], [4].

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, đã tiếp nhận và điều trị cấp cứu cho nhiều trường hợp chuyển tới từ các tuyến y tế cơ sở, cấp cứu ban đầu chưa thực sự đúng phương pháp, tổn thương phối hợp phức tạp làm ảnh hưởng đến

kết quả điều trị sau phẫu thuật. Để nâng cao chất lượng trong chẩn đoán và điều trị chấn thương động mạch ngoại vi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chấn thương động mạch ngoại vi được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân bị chấn thương động mạch ngoại vi được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong giai đoạn từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2025 với chẩn đoán sau mổ là: chấn thương động mạch ngoại vi.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật chấn thương động mạch ngoại vi; hồ sơ bệnh án có đầy đủ số liệu đáp ứng chỉ tiêu nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân cắt cụt chi thì đầu có tổn thương mạch phối hợp (giập nát chi thể).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian thu thập và lấy số liệu: từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2025.

*Tác giả liên hệ

Email: nhathdhyk2007@gmail.com Điện thoại: (+84) 889629668 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5660

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả.
- Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2025, bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lấy vào nghiên cứu.

2.5. Các chỉ số, biến số nghiên cứu

- Tuổi: phân chia 4 nhóm tuổi theo Tổ chức Y tế Thế giới (< 20 tuổi, 21-40 tuổi, 41-60 tuổi, > 60 tuổi).
- Giới, tỷ lệ nam/nữ.
- Nguyên nhân: tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.
- Sốc: gặp trong chấn thương động mạch ngoại vi gồm cả sốc do mất máu và sốc do đa chấn thương [1]: da và niêm mạc nhợt, mạch trên 120 lần/phút, huyết áp tối đa dưới 80 mmHg, tinh thần kích thích hoặc lịm đi.
- Dấu hiệu đặc hiệu trong chấn thương động mạch ngoại vi [1]: mạch ngoại vi (bắt mạch dưới chỗ tổn thương yếu hoặc mất), rối loạn cảm giác, rối loạn vận động.
- Có thể có gãy xương ngang mức động mạch tổn thương: gãy kín, gãy hở.
- Tổn thương thần kinh tùy hành động mạch, tĩnh mạch tùy hành động mạch.
- Siêu âm Doppler: tiến hành trên những bệnh nhân có nghi ngờ tổn thương động mạch. Chia ra 3 mức độ tín hiệu của động mạch: còn, yếu, mất.
- Chụp cắt lớp vi tính mạch máu: hình ảnh tắc nghẽn, hình ảnh thoát thuốc cản quang.
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm laser xác định chỉ số hemoglobin. Xác định mức độ thiếu máu dựa vào giá trị của huyết sắc tố theo Viện Huyết học Truyền máu Trung ương [3]: thiếu máu nhẹ (huyết sắc tố từ 100-119 g/l), thiếu máu vừa (huyết sắc tố từ 80-99 g/l), thiếu máu nặng (huyết sắc tố dưới 80 g/l).
- Vị trí tổn thương động mạch chi.
- Tổn thương: co thắt động mạch đơn thuần, tổn thương nội mạc, đứt gãy, mất đoạn, đứt rời.
- Tổn thương phối hợp, tại chỗ ghi nhận các tổn thương: tĩnh mạch (không tổn thương, đứt rời, đứt gãy), thần kinh (không tổn thương, đứt rời, đứt gãy), xương (gãy kín hay hở).
- Thời gian: từ lúc tai nạn đến lúc vào viện (T1), từ lúc vào viện đến lúc phẫu thuật (T2), từ lúc tai nạn đến lúc phẫu thuật (T3). Các khoảng thời gian: < 6 giờ, 6 giờ đến dưới 12 giờ; 12-24 giờ; > 24 giờ.

2.6. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng các phần mềm EpiData 3.1 và SPSS 20.0.

Khảo sát phân phối một biến đơn, biến liên tục: mô tả bằng giá trị trung bình, phương sai.

Biến rời rạc: mô tả bằng tỷ lệ phần trăm.

So sánh giá trị tỷ lệ và khảo sát mối liên quan giữa hai biến định tính: sử dụng kiểm định Chi bình phương (χ^2), sử dụng T-test cho biến định lượng.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu với tinh thần trung thực.

Đề tài được sự chấp thuận về đạo đức cho nghiên cứu sinh y học của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (số 565/QĐ-BV ngày 16 tháng 4 năm 2025).

Các đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ các thông tin cần thiết về nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2025, có 34 bệnh nhân chấn thương động mạch ngoại vi được phẫu thuật cấp cứu tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới (n = 34)

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 20 tuổi	10	29,4	1	2,9	11	32,4
20-40 tuổi	6	17,6	0	0	6	17,6
41-60 tuổi	10	29,4	4	11,8	14	41,2
> 60 tuổi	2	5,9	1	2,9	3	8,8
Min-max (tuổi)	5-70					
$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	34,9 $\pm$ 19,2					
Tổng	28	82,4	6	17,6	34	100

Tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu từ 5-70 tuổi, tuổi trung bình là 34,9 $\pm$ 19,2 tuổi; nhóm tuổi 41-60 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,9%); nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ thấp nhất (8,8%).

Nam giới chiếm 82,4%, nữ giới chiếm 17,6%; tỷ lệ nam/nữ = 4,7/1.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân chấn thương (n = 34)

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	22	64,7
Tai nạn lao động	7	20,6
Tai nạn sinh hoạt	5	14,7

Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (64,7%).

Bảng 3. Phân bố thời gian từ khi tai nạn đến khi vào viện (T1), từ khi vào viện đến lúc mổ (T2), từ khi tai nạn đến lúc mổ (T3) (n = 34)

Thời gian		Số lượng	Tỷ lệ (%)
T1	< 6 giờ	31	91,2
	6-12 giờ	3	8,8
T2	< 6 giờ	28	82,4
	6-12 giờ	6	17,6

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
T3	< 6 giờ	17
	6-12 giờ	11
	> 12 giờ	6

Bệnh nhân nhập viện trước 6 giờ chiếm 91,2% và tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật trước 6 giờ chiếm 50%. Không có trường hợp bệnh nhân đến viện quá 12 giờ kể từ khi bị chấn thương.

Có 28 trường hợp (82,4%) khám lâm sàng thấy mất mạch ngoại vi. Có 3 trường hợp (8,8%) bị sốc.

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh học trên phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu (n = 34)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương động mạch	Tắc nghẽn	32
	Thoát chất cản quang ra ngoài lòng mạch	2
Toàn hoàn bàng hệ	Có	30
	Kém	4

Tất cả các bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính mạch máu, trong đó 94,1% bệnh nhân được xác định tắc nghẽn và 5,9% bệnh nhân có thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng mạch. Có 4 trường hợp (11,8%) tuần hoàn bàng hệ kém.

Bảng 5. Mức độ thiếu máu trước phẫu thuật (n = 34)

Mức độ thiếu máu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không thiếu máu	24	70,6
Thiếu máu nhẹ	8	23,5
Thiếu máu vừa	2	5,9

Đa số bệnh nhân không bị thiếu máu trước mổ (70,6%).

Bảng 6. Vị trí tổn thương động mạch trong mổ

Chi	Vị trí động mạch tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Tổng
Chi trên	Động mạch cánh tay	7	20,6	9 (26,5%)
	Động mạch quay	1	2,9	
	Động mạch trụ	1	2,9	
Chi dưới	Động mạch đùi nông	1	2,9	25 (73,5%)
	Động mạch khoeo	7	20,6	
	Động mạch chày trước	15	44,1	
	Động mạch chày sau	2	5,9	

Vị trí tổn thương động mạch chủ yếu ở chi dưới (73,5%), trong đó tổn thương động mạch chày trước gặp nhiều nhất (44,1%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Theo bảng 1, tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu trung bình là $34,9 \pm 19,2$; tuổi cao nhất là 70 tuổi, thấp nhất là 5 tuổi.

Độ tuổi hay gặp nhất ở nam giới là dưới 20 tuổi và 41-60 tuổi (đều chiếm 29,4%), nếu tính tổng nhóm tuổi từ 20-60 thì có

tới 47% bệnh nhân. Đây cũng là độ tuổi có nguy cơ tai nạn nhiều nhất do thường xuyên sử dụng máy móc trong lao động cũng như tham gia giao thông cao hơn so với những nhóm tuổi khác.

Phân bố tuổi trong nghiên cứu này cũng tương tự các nghiên cứu khác của Hoàng Anh Công và cộng sự ($34,61 \pm 14,73$ tuổi) [6], Nguyễn Ngọc Hiếu và cộng sự ($35,5 \pm 12,8$ tuổi) [1]. Điều này cho thấy bệnh nhân đang trong độ tuổi rất trẻ và là lao động chính cho toàn xã hội. Do vậy việc chẩn đoán sớm, xử trí đúng và kịp thời để hồi phục chức năng chi cho nhóm này rất quan trọng.

Cũng theo bảng 1, đa số đối tượng là nam giới (82,4%), tỉ lệ nam/nữ = 4,7/1. Tỉ lệ này tương tự như các nghiên cứu của Hoàng Anh Công và cộng sự (85%) [6], Lưu Quý Cường và cộng sự (92,7%) [7]. Từ kết quả trên, chúng tôi thấy rằng tỉ lệ này phản ánh đúng thực tế xã hội: nam giới là đối tượng lao động của xã hội và tham gia giao thông chính, đồng thời cũng là đối tượng chính tham gia vào các vụ đánh nhau, xung đột bạo lực...

Từ kết quả bảng 2 cho thấy nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương động mạch ngoại vi là tai nạn giao thông (64,7%). Kết quả này xấp xỉ các nghiên cứu của Vũ Ngọc Tú và cộng sự (87,8%) [2], Nguyễn Ngọc Hiếu và cộng sự (83,4%) [1].

4.2. Phân bố thời gian từ khi tai nạn đến khi vào viện, từ khi vào viện đến lúc mổ, từ khi tai nạn đến lúc mổ (thời gian thiếu máu chi)

Thời gian từ khi tai nạn đến khi vào viện:

Từ bảng 3 có thể thấy bệnh nhân được nhập viện trước 6 giờ chiếm đa số (91,2%), điều này cho thấy bệnh nhân có ý thức đến viện sớm ngay sau khi bị tai nạn. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, trong những năm gần đây đã có sự cải thiện đáng kể trong việc vận chuyển bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất nhờ cơ sở hạ tầng giao thông, trang thiết bị, phương tiện vận chuyển cấp cứu, cùng với việc chẩn đoán, xử trí ở tuyến dưới cũng có sự cải thiện. Với những bệnh nhân đến viện muộn thường là do nơi xảy ra tai nạn quá xa khu dân cư, phương tiện giao thông còn hạn chế và không ít trường hợp cơ sở y tế tuyến trước phát hiện muộn do chỉ tập trung vào các chấn thương như sọ não, chấn thương bụng.

Thời gian từ khi tai nạn và thời gian từ khi vào viện đến lúc mổ:

Trong bảng 3 có thể thấy thời gian từ lúc vào viện đến lúc mổ dưới 6 giờ chiếm 82,4%, kết quả này tương đồng nghiên cứu của Lưu Quý Cường và cộng sự (82,9%) [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ lúc tai nạn đến lúc mổ dưới 6 giờ chiếm 50%. Đây là khoảng thời gian vàng để phẫu thuật cấp cứu chấn thương động mạch chi, giúp giảm thời gian thiếu máu chi tối đa cho bệnh nhân. Các khoảng thời gian nghiên cứu ở trên đã được rút ngắn đáng kể so với các nghiên cứu trước đây như Nguyễn Ngọc Hiếu và cộng sự có thời gian từ khi tai nạn đến lúc mổ sau 6 giờ chiếm 100% [1], Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự có thời gian từ khi tai nạn đến lúc mổ trước 6 giờ là 29,73% [8].

Có 28 trường hợp khám lâm sàng thấy mất mạch ngoại vi, chiếm 82,4% các trường hợp có chấn thương động mạch ngoại vi. Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hiếu và cộng sự với 80% trường hợp có mất mạch ngoại vi

[1]. Tuy nhiên trên thực tế nhiều trường hợp có tổn thương động mạch vẫn bắt được mạch ngoại vi, điều này được Wahlberg E và cộng sự (2017) giải thích như sau: đứt nội mạc động mạch do chấn thương kín lúc đầu có thể cho dòng máu đi qua bình thường trước khi hình thành huyết khối gây tắc mạch, vòng nối cho phép duy trì dòng chảy dưới đoạn mạch tổn thương [9].

Hầu hết bệnh nhân nhập viện trong tình trạng tỉnh táo (91,2%). Có 3 bệnh nhân (8,8%) vào viện với tình trạng sốc, có huyết áp tâm thu dưới 90 mmHg, cả 3 bệnh nhân này được chẩn đoán gãy hở độ IIIC, mất máu phần mềm và ổ gãy xương được hồi sức ổn định sau khi nhập viện 30 phút. Theo nghiên cứu của Lê Minh Hoàng (2015), tỷ lệ bệnh nhân sốc chấn thương khi tới viện chiếm 18,9% [3].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính mạch máu chi, trong đó 94,1% bệnh nhân có hình ảnh học là tắc nghẽn mạch máu và 5,9% thoát chất cản quang ra ngoài lòng mạch. Có 88,4% bệnh nhân tuần hoàn vòng nối còn tốt. Trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hiếu và cộng sự, tất cả bệnh nhân đều có hình ảnh tắc nghẽn trên phim cắt lớp vi tính mạch máu [1]. Hiện nay với sự phát triển của cắt lớp vi tính mạch máu chi đã giúp phát hiện và chẩn đoán chấn thương mạch máu ngoại vi, tránh bỏ sót tổn thương.

Kết quả ở bảng 5 cho thấy tỷ lệ không thiếu máu trước phẫu thuật là 70,6%. Các xét nghiệm nhằm đánh giá mức độ thiếu máu giúp bác sĩ gây mê, phẫu thuật viên quyết định truyền máu trong và sau cuộc phẫu thuật.

Bảng 6 cho thấy vị trí tổn thương động mạch chủ yếu là chi dưới (73,5%), trong đó tổn thương động mạch chày trước gặp nhiều nhất (44,1%). Có 5 trường hợp trẻ em chấn thương động mạch cánh tay kèm gãy trên lồng cầu xương cánh tay, nếu không được phẫu thuật nối mạch kịp thời thì nguy cơ cắt cụt tay lên đến 50% [9]. Theo Đoàn Quốc Hưng và cộng sự, vị trí tổn thương động mạch hay gặp nhất là động mạch khoeo (32,83%) [4]. Theo nghiên cứu của Joshi S.S, tổn thương động mạch khoeo có tỷ lệ cao nhất với 36% [5].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 34 bệnh nhân chấn thương động mạch ngoại vi được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2025, chúng tôi rút ra kết luận: nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông (64,7%); phần lớn bệnh nhân được nhập viện trước 6 giờ (91,2%), có 17,6% bệnh nhân đến viện muộn hơn 6 giờ; có 82,4% khám lâm sàng thấy mất mạch ngoại vi; tỷ lệ không thiếu máu trước mổ là 70,6%.

Tổn thương động mạch chi dưới nhiều hơn chi trên với tỷ lệ 73,5%, trong đó tổn thương động mạch chày trước gặp nhiều nhất (44,1%).

Chụp cắt lớp vi tính được chỉ định cho 100% các trường hợp, thấy hình ảnh tắc nghẽn mạch chiếm 94,1% và chỉ có 5,9% trường hợp thoát thuốc cản quang ra khỏi lòng mạch.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Ngọc Hiếu, Cao Kim Xoa, Dương Hoàng Kim Kiều. Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị tổn thương động mạch khoeo trong chấn thương vùng gối tại Bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam, 2024, (66): 55-61.
- [2] Vũ Ngọc Tú, Trần Trung Kiên, Phùng Duy Hồng Sơn. Phẫu thuật điều trị chấn thương động mạch khoeo tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2017-2019. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 526 (1A): 374-379.
- [3] Lê Minh Hoàng. 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, 2015.
- [4] Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Văn Đại, Nguyễn Thế May. Chấn thương, vết thương động mạch ngoại vi: hình thái tổn thương và kết quả điều trị tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam, 2017, (16): 8-13.
- [5] Joshi S.S. Peripheral arterial injuries: an Indian experience. Indian J Surg, 2015, 78 (3): 187-191.
- [6] Hoàng Anh Công, Nguyễn Hữu Ước, Bùi Thanh Doanh. 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. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam, 2021 (33): 99-107.
- [7] Lưu Quý Cường, Phan Đình Mừng, Nguyễn Thành Tấn, Trần Văn Dương. Đánh giá kết quả điều trị tổn thương động mạch quay, trụ bằng kỹ thuật khâu nối tận-tận tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 542 (3): 47-51.
- [8] Nguyễn Anh Tuấn, Tăng Hà Nam Anh, Huỳnh Thống Em. Đánh giá kết quả sớm điều trị tổn thương động mạch khoeo trong gãy xương vùng gối tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2021 đến năm 2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2023, (66): 230-236.
- [9] Wahlberg E, Goldstone J. Emergency vascular surgery - a practical guide. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2017.