

mg/kg/30 ngày⁴. Theo Sharma, với ca bệnh nang sán ở tụy, các thuốc tẩy giun sán như praziquantel (10-15 mg/kg/ngày cho 6-21 ngày) và albendazole (15 mg/kg/ngày trong 30 ngày) giúp giảm tổn thương do ký sinh trùng, những thuốc này đẩy nhanh sự chết của các u nang, mặc dù u nang chết có thể xảy ra ngay cả khi không điều trị⁸.

Phẫu thuật có thể được chỉ định theo khuyến cáo của các tác giả khi mà tổn thương tim có liên quan đến đường ra của buồng tim (tâm thất)⁷.

Bệnh nhân của chúng tôi ban đầu chưa nghĩ đến chẩn đoán tổn thương tim do ký sinh trùng nên có chỉ định sinh thiết khối u tim theo hướng nghi ngờ một u ác tính trong tim. Sinh thiết chẩn đoán được khuyến cáo cho những trường hợp đặc biệt như ca bệnh này^{5,6}. Việc phẫu thuật cho bệnh nhân là bắt buộc do tai biến của quá trình sinh thiết cơ tim và qua đó chúng tôi đã xử lý luôn tổn thương "khối u tim" cho bệnh nhân và làm giải phẫu bệnh sau mổ cho kết quả như **Hình 3**. Điều trị chống ký sinh trùng được thực hiện ngay khi có kết quả từ mẫu bệnh phẩm. Sau 3 tháng kiểm tra lại, bệnh nhân hoàn toàn bình phục, không có triệu chứng lâm sàng, cũng như âm tính trong các xét nghiệm huyết thanh học.

V. KẾT LUẬN

U nang cơ tim nói chung và do ký sinh trùng nói riêng là một tổn thương rất hiếm gặp. Chẩn đoán phân biệt trước mổ cần được nghĩ đến nhất là ở những trường hợp u tim ở vị trí bất thường với tính chất hình ảnh đặc trưng và yếu tố dịch tễ có tính chất gợi ý. Nên làm thêm xét nghiệm huyết thanh học ở những trường hợp nghi ngờ. Điều trị nội khoa thuốc chống ký sinh trùng cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hidron A, Vogenthaler N, Santos-Preciado JJ, Rodriguez-Morales AJ, Franco-Paredes C, Rassi A.** Cardiac Involvement with Parasitic Infections. *Clin Microbiol Rev.* 2010;23(2):324-349. doi:10.1128/CMR.00054-09
2. **Lescano AG, Garcia HH, Gilman RH, et al.** Taenia solium Cysticercosis Hotspots Surrounding Tapeworm Carriers: Clustering on Human Seroprevalence but Not on Seizures. *PLoS Negl Trop Dis.* 2009;3(1):e371. doi:10.1371/journal.pntd.0000371
3. **Nunes MCP, Júnior MHG, Diamantino AC, Gelape CL, Ferrari TCA.** Cardiac manifestations of parasitic diseases. *Heart.* 2017;103(9):651-658. doi:10.1136/heartjnl-2016-309870
4. **Bhalla A, Sood A, Sachdev A, Varma V.** Disseminated cysticercosis: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports.* 2008;2:137. doi:10.1186/1752-1947-2-137
5. **Butany J, Nair V, Naseemuddin A, Nair GM, Catton C, Yau T.** Cardiac tumours: diagnosis and management. *Lancet Oncol.* 2005;6(4):219-228. doi:10.1016/S1470-2045(05)70093-0
6. **Cooper LT, Baughman KL, Feldman AM, et al.** The role of endomyocardial biopsy in the management of cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the European Society of Cardiology. Endorsed by the Heart Failure Society of America and the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *J Am Coll Cardiol.* 2007;50(19):1914-1931. doi:10.1016/j.jacc.2007.09.008
7. **Spina R, Sandaradura I, Puranik R, Lee AS.** Cardiac cysticercosis. *Int J Cardiol.* 2013;168(1):557-559. doi:10.1016/j.ijcard.2013.01.183
8. **Sharma R, Neogi S.** Isolated pancreatic cysticercal cyst presenting as a diagnostic challenge: diagnosis and treatment review. *BMJ Case Rep.* 2015; 2015:bcr2015210774. doi:10.1136/bcr-2015-210774
9. **Ng-Nguyen D, Stevenson MA, Traub RJ.** A systematic review of taeniasis, cysticercosis and trichinellosis in Vietnam. *Parasit Vectors.* 2017;10(1):150. doi:10.1186/s13071-017-2085-9

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀ PHÂN LOẠI YOUNG BURGESS VỠ KHUNG CHẬU TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Duy Hùng^{1,2}, Trương Quang Đạo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm hình ảnh tổn thương động mạch liên quan với phân loại Young-

Burgess trên cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy trong chấn thương vỡ khung chậu (VKC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ 7/2019 đến 11/2020, 30 bệnh nhân (BN) chấn thương VKC, được chẩn đoán tổn thương động mạch trên CLVT và được điều trị bằng can thiệp mạch số hóa xóa nền (DSA) tại bệnh viện Việt Đức. Các đặc điểm về phân loại Young – Burgess trong chấn thương khung chậu, vị trí và hình thái tổn thương động mạch trên CLVT được mô tả. **Kết quả:** Tổn thương khung chậu chủ yếu là tổn thương nền bên (LC) với 28 BN (nhiều nhất là LC-II 50%). Có 17 BN có tổn thương tại 1 vị trí và 13 BN có tổn thương

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hùng

Email: nguyenduyhung_84@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 2.8.2021

Ngày duyệt bài: 10.8.2021

từ 2 vị trí trở lên, trong đó chủ yếu gặp ở nhóm BN có tổn thương khung chậu mất vững với tỉ lệ 76,9%. Tổn thương động mạch trong nghiên cứu chủ yếu là chảy máu hoạt động (CMHD) chiếm 85,4%, gặp trong hầu hết các loại VKC. Tổng số BN có huyết động không ổn định là 19/30 BN (63,3%). Trong nhóm tổn thương LC, hồng cầu khối trung bình truyền trước khi BN can thiệp là 5 đơn vị, tỷ lệ bệnh nhân có huyết động không ổn định là 60,7%. **Kết luận:** VKC vững hay mất vững đều có thể gây tổn thương động mạch tuy nhiên VKC vững có tỷ lệ tổn thương từ 2 vị trí mạch cao hơn. Phân nhánh trước của động mạch chậu trong thường gặp tổn thương hơn và CMHD thường gặp hơn so với giả phình động mạch (GPĐM).

Từ khóa: vỡ khung chậu, tổn thương động mạch, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

PELVIC ARTERIAL INJURIES AND YOUNG – BURGESS CLASSIFICATION ON CT SCAN IN PELVIC TRAUMA

Objectives: This study was conducted to describe some imaging features of arterial injury with Young – Burgess classification on CT scan in pelvic trauma. **Materials and methods:** From 7/2019 to 11/2020, 30 patients with pelvic fracture were diagnosed with arterial injury on CT scan and treated with DSA at Viet Duc Hospital. The characteristics of the Young – Burgess classification in pelvic fracture, location and morphology of arterial lesions on CT scan are described. **Results:** The most common form of pelvic injury was lateral compression (LC) in 28 patients (50% LC-II at most). There were 17 patients with lesions at 1 location and 13 patients with lesions from 2 or more locations, in which it was mainly seen in the group of patients with unstable pelvic fracture with the rate of 76,9%. Arterial injury in the study was mainly active bleeding accounting for 85,4%, encountered in most types of pelvic rupture. The number of patients with unstable hemodynamic was 19/30 patients (63.3%). In the group of LC injuries, the average volume of red blood cells transfused before the intervention was 5 units, the proportion of patients with unstable hemodynamic was 60.7%. **Conclusion:** Both stable and unstable pelvic fractures can cause arterial damage, however, unstable pelvis fractures had a higher rate of injury from 2 vessel sites. LC injuries were most common and were most commonly associated with lesions of the anterior branches of the internal iliac artery. Active bleeding was more common than pseudoaneurysm.

Keywords: pelvic fracture, arterial injury, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ khung chậu (VKC) xảy ra ở 4 – 9,3% BN chấn thương¹. Tổn thương mạch máu liên quan đến VKC và có tỷ lệ tử vong cao do sốc mất máu². Nguồn chảy máu có thể là động mạch, tĩnh mạch hoặc từ vị trí vỡ xương². Chụp CLVT hiện nay đang đóng một vai trò quan trọng trong chẩn đoán chảy máu cấp tính giúp xác định các

tổn thương động mạch phổ biến và chỉ định chụp mạch máu khung chậu¹. Tổn thương động mạch trong VKC có liên quan đến cơ chế và mức độ nghiêm trọng của chấn thương^{2,3}. Phân loại Young-Burgess là hệ thống phân loại được sử dụng rộng rãi nhất trong VKC dựa trên các cơ chế lực tác động trong chấn thương⁴. Trên thế giới đã có nghiên cứu về vai trò của CLVT trong chẩn đoán tổn thương động mạch trong VKC⁵ tuy nhiên ít nghiên cứu về đặc điểm tổn thương động mạch với các cơ chế chấn thương trong VKC. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá một số đặc điểm tổn thương động mạch liên quan đến cơ chế VKC trong phân loại Young – Burgess.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân chấn thương vỡ khung chậu được chẩn đoán tổn thương động mạch trên CLVT và được điều trị bằng can thiệp nút mạch cầm máu trên DSA từ 07/2019 đến 11/2020 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, hồ sơ có đầy đủ thông tin nghiên cứu. Các trường hợp chụp CLVT không đúng kĩ thuật, không được can thiệp nút mạch và thiếu thông tin trong hồ sơ không được đưa vào nghiên cứu.

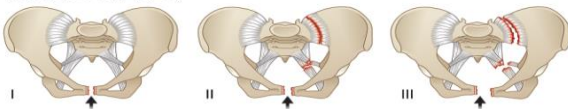
Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Kĩ thuật chụp CLVT. Chụp CLVT trong VKC được thực hiện theo quy trình chụp CLVT của khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trên máy chụp CLVT 16 dãy (Optima 2019, GE Healthcare, Hoa Kỳ) và xử lý bằng hệ thống INFINITT PACS (Hàn Quốc). Chụp CLVT theo hướng đầu – chân với thông số là 350mAs và 120 kVp, sử dụng trường quan sát là 50 cm. Chụp CLVT các thì trước tiêm, thì động mạch, thì tĩnh mạch với các lớp cắt ngang từ vòm hoành tới mấu chuyển bé, bề dày lớp cắt 5mm. Tái tạo hình ảnh trong các mặt phẳng ngang, đứng ngang và đứng dọc, bề dày lớp cắt 0,625mm. Các lớp cắt ở thì động mạch và thì tĩnh mạch được thực hiện ở giây thứ 25 - 30 và giây thứ 50 - 60 tính từ lúc bắt đầu tiêm. Thuốc cản quang (Xenetix 350, Guerbet, Villepint, Pháp) được tiêm bằng bơm tiêm điện (OptiOne, Mallinckrodt, Hoa Kỳ) qua đường tĩnh mạch với liều 1,5ml/kg cân nặng. Tốc độ tiêm tối thiểu từ 2,5 - 3ml/giây.

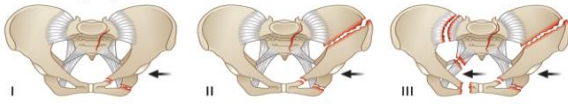
Phân tích hình ảnh và số liệu. Tất cả các phim chụp CLVT được nhóm nghiên cứu đọc hồi cứu và có sự đồng thuận bằng thảo luận. Sử dụng phân loại VKC theo Young và Burgess⁴, với 3 dạng chính dựa trên cơ chế lực tác động: nén trước sau (APC), nén bên (LC) và nén dọc (VS)

(Hình 1). Tổn thương APC và LC được chia thành 3 loại với mức độ nghiêm trọng tăng dần (APC I-II-III và LC I-II-III)². Các tổn thương vững bao gồm APC I và LC I, các tổn thương mất vững bao gồm APC II-III, LC II-III và VS⁴. Các chỉ định truyền máu được ghi lại vào các thời điểm sau nhập viện và trước khi điều trị can thiệp nút mạch. Huyết động không ổn định được định nghĩa là huyết áp tâm thu nhỏ hơn 90 mmHg⁵. Các thông số huyết động và yêu cầu truyền máu được phân tích cho đến khi được can thiệp nút mạch. Chảy máu hoạt động (CMHĐ) là hình tăng tỷ trọng do thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng mạch, không rõ ranh giới trong thì động mạch, có sự suy giảm tỷ trọng và tăng thể tích trong thì tĩnh mạch (Hình 2a, b). Giảm phình động mạch (GPĐM) là hình tăng tỷ trọng, ranh giới rõ thì động mạch, không có sự thay đổi về hình thái, kích thước nhưng có suy giảm tỷ trọng thì tĩnh mạch (Hình 3a, b). Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois, Hoa Kỳ). Các biến phân loại được mô tả bằng dạng số và tỷ lệ phần trăm.

Nén trước sau (APC)



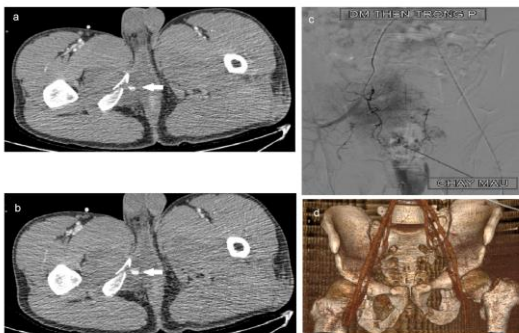
Nén bên (LC)



Nén dọc (VS)

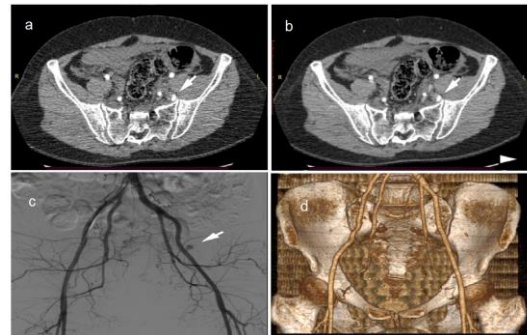


Hình 1: Hình minh họa cho các cơ chế chấn thương trong phân loại Young – Burgess⁴. Mũi tên chỉ các hướng lực tác động chính trong chấn thương



Hình 2: CMHĐ ở BN nam, sau tai nạn giao thông. Trên CLVT, CMHĐ trong thì động mạch

(a) và thì tĩnh mạch (b) (mũi tên), xác định nhánh tổn thương là động mạch thẹn trong bên phải. Hình ảnh DSA (c) cho thấy CMHĐ từ động mạch thẹn trong bên phải (mũi tên). Hình dựng 3D (d) cho thấy tổn thương LC-I trong phân loại Young - Burgess.



Hình 3: GPĐM ở BN nữ, sau tai nạn giao thông. Trên CLVT, GPĐM trong thì động mạch (a) và trong thì tĩnh mạch (b) (mũi tên), xác định nhánh tổn thương là động mạch mông trên bên trái. Hình ảnh DSA (c) cho thấy GPĐM từ động mạch mông trên bên trái (mũi tên). Hình dựng 3D (d) cho thấy tổn thương LC-I trong phân loại Young - Burgess.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 7/2019 đến 11/2020, 30 BN chấn thương VKC (với 16 nam và 14 nữ, từ 17-70 tuổi, độ tuổi trung bình là 42,87±13,82) được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Liên quan nhánh động mạch tổn thương và phân loại chấn thương khung chậu Young – Burgess trên CLVT được trình bày trong bảng 1. Nhóm VKC mất vững là 19/30 BN (63,3%) và nhóm VKC vững là 11/30 BN (36,7%). Số động mạch tổn thương trong nhóm VKC vững là 15/48 (31,3%), trong đó nhánh trước chiếm 12/15 (80%). Số động mạch tổn thương trong nhóm VKC mất vững là 33/48 (68,7%) trong đó nhánh trước chiếm 15/33 (45,5%) và nhánh sau chiếm 17/33 (51,5%). Tổn thương khung chậu chủ yếu là tổn thương LC với 28 bệnh nhân (nhiều nhất là LC-II 50%, sau đó là LC-I 33,3%, LC-III 10%), trong đó gặp tổn thương nhánh trước là 25/48 (52,1%) và nhánh sau là 19/48 (39,6%). Chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp có tổn thương APC I và 1 trường hợp tổn thương VS. Có 17/30 BN (56,7%) có tổn thương động mạch tại 1 vị trí và 13/30 BN (43,3%) có tổn thương động mạch từ 2 vị trí trở lên, trong đó có 10/13 BN (76,9%) là tổn thương VKC mất vững. Động mạch thường tổn thương nhất là động mạch thẹn trong và động mạch bịt với tỷ lệ đều là 13/30 (27,1%).

Bảng 1: Nhánh động mạch tổn thương trên CLVT và phân loại Young – Burgess:

Loại	Phân loại Young – Burgess							Tổng	
	APC			LC			VS		
	I	II	III	I	II	III			
Số bệnh nhân		1			10	15	3	1	30
Nhánh sau	Động mạch mỏng trên					4	1		5
	Động mạch cùng bên (giữa)				2	3	2		7
	Động mạch chậu thắt lưng				1	4	2	1	8
Nhánh trước	Động mạch mỏng dưới						1		1
	Động mạch thẹn trong				3	9	1		13
	Động mạch bị	2			7	4			13
Nhánh khác	Động mạch tạng, nhánh từ động mạch chậu ngoài...					1			1
Số vị trí tổn thương									
1					8	6	2	1	17
2		1			1	6	1		9
≥3					1	3			4

Liên quan phân loại chấn thương khung chậu Young – Burgess và tình trạng lâm sàng được trình bày trong bảng 2. Tổng số BN có huyết động không ổn định là 19/30 BN (63,3%). Trong nhóm tổn thương LC, hồng cầu khối trung bình được truyền trước khi BN can thiệp mạch là 5 đơn vị, tỷ lệ BN có huyết động không ổn định là 17/28 (60,7%). Có 1 BN tổn thương APC và 1 BN tổn thương VS đều truyền 2 đơn vị hồng cầu khối và đều có huyết động không ổn định.

Bảng 2: Phân loại Young – Burgess và tình trạng lâm sàng

Phân loại Young – Burgess		Số bệnh nhân	Hồng cầu khối trung bình (đơn vị)	Huyết động không ổn định
APC	I	1	2	1 (100%)
	II			
	III			
LC	I	10	5	6 (60%)
	II	15	4	9 (60%)
	III	3	6	2 (66,7%)
VS		1	2	1 (100%)

Tương quan các hình thái tổn thương động mạch và phân loại chấn thương khung chậu Young - Burgess được trình bày trong bảng 3. Tổn thương động mạch trong nghiên cứu chủ yếu là chảy máu hoạt động với 41/48 tổn thương (85,4%) gặp trong hầu hết các loại vỡ khung. Tổn thương giả phình động mạch với 7/48 tổn thương (14,6%) gặp trong các trường hợp gãy xương loại LC-II và LC-III. Tổn thương động

mạch ở nhóm APC-I, LC-I (tổn thương vững) và nhóm LC-II, LC-III, VS (tổn thương mất vững) lần lượt là 31,2% và 68,8%. Trên CLVT có 48 tổn thương động mạch được quan sát thấy bao gồm 41 CMHĐ, 7 GPĐM. 6 tổn thương được phát hiện trên CLVT nhưng không quan sát thấy trên DSA bao gồm 5 CMHĐ và 1 GPĐM, 8 tổn thương không quan sát thấy trên CLVT nhưng được phát hiện trên DSA bao gồm 6 CMHĐ và 2 GPĐM.

Bảng 3: Hình thái tổn thương động mạch trên CLVT và phân loại chấn thương khung chậu Young – Burgess

Loại	Phân loại Young – Burgess						VS	Tổng
	APC			LC				
	I	II	III	I	II	III		
CMHĐ	2			13	21	4	1	41 (85,4%)
GPĐM					4	3		7 (14,6%)

IV. BÀN LUẬN

Phân loại Young - Burgess là hệ thống phân loại được sử dụng rộng rãi nhất về vỡ khung chậu, trong đó chấn thương LC là loại chấn thương hay gặp nhất⁴, nghiên cứu của chúng tôi

cũng cho thấy chấn thương LC thường gặp nhất (93,3%). Trong nghiên cứu chúng tôi, có 63,3% BN là vỡ khung chậu mất vững. Theo Eastridge, tổn thương động mạch hay gặp ở nhóm BN có vỡ khung chậu mất vững hơn vỡ khung chậu

vững với tỷ lệ lần lượt là 59% và 10%⁶. Nghiên cứu của Hagiwara trên hai nhóm BN vỡ khung chậu mất vững và vững, thì tỉ lệ tổn thương động mạch ở từng nhóm lần lượt là 86% và 57%⁷. Kết quả nghiên cứu có 43,3% BN có tổn thương từ 2 vị trí trở lên, trong đó chủ yếu gặp ở nhóm BN có tổn thương khung chậu mất vững với tỉ lệ 76,9%. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Đức cũng rất cao 88,2%. Nghiên cứu của tác giả này cũng cho rằng các tổn thương nặng theo cơ chế xé dọc, cơ chế phức tạp, tổn thương loại APC và LC - III chủ yếu có 3 điểm tổn thương trở lên⁸. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN tổn thương theo cơ chế nén dọc (VS) chỉ có tổn thương mạch 1 vị trí tại động mạch chậu thắt lưng.

VKC độ cao (APC-II, APC-III, LC-III) có liên quan đến đứt các dây chằng lớn và do đó thường liên quan chấn thương mạch máu². Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi lại không gặp các trường hợp APC-II, APC-III. Ngoài ra, có mối tương quan giữa tổn thương mạch máu và vị trí gãy xương¹: vỡ cung sau gây tổn thương các động mạch hông, động mạch chậu thắt lưng và các động mạch cùng; vỡ cung trước thường gây tổn thương các động mạch thẹn trong và động mạch bịt². Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương loại LC gặp tổn thương nhánh trước chiếm 52,1% nhiều hơn so với nhánh sau (39,6%), chỉ có 1 trường hợp tổn thương APC và có tổn thương động mạch bịt 2 bên. Theo Metz, cơ chế chấn thương có thể xác định nguồn xuất huyết, tổn thương loại LC thường liên quan đến tổn thương nhánh trước, trong khi tổn thương loại APC thường liên quan đến tổn thương nhánh sau của động mạch chậu trong (hay gặp động mạch hông trên)⁵ có thể do có sự tương quan giữa vị trí tổn thương mạch và vị trí tổn thương xương. Cũng theo Metz, tổn thương VKC mất vững thường tổn thương các mạch máu nhánh sau còn tổn thương VKC vững tổn thương cả nhánh sau và nhánh trước⁵, có sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi do trong nghiên cứu chúng tôi chủ yếu là tổn thương LC nên tổn thương vững thường gặp trong các nhánh trước còn tổn thương mất vững gặp ở cả nhánh trước và nhánh sau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có huyết động không ổn định lúc vào viện là 60,7%. Có sự tương đồng ở nhóm có tổn thương khung chậu vững và nhóm có tổn thương mất vững với tỉ lệ lần lượt là 63,6% và 63,2%. Điều này có thể cho thấy kiểu vỡ khung chậu không phải yếu tố sàng lọc đáng tin cậy để tiên lượng mức độ mất máu. Kết quả tương đồng

với nghiên cứu của Sarin và cộng sự⁹. Tuy nhiên cũng theo Metz, những BN có tổn thương APC và tổn thương bất ổn thành sau (LC-II, LC-III), có yêu cầu truyền máu nhiều hơn và tỷ lệ tử vong cao hơn². Do đó cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, dạng tổn thương VKC đa dạng hơn để tránh sai số trong phân tích.

Trong VKC, các hình thái tổn thương mạch máu rất đa dạng, bao gồm CMHĐ, chảy máu do vỡ xương, GPĐM, co thắt động mạch,... Tổn thương động mạch gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là chảy máu hoạt động với tỉ lệ 85,4%. Tổn thương giả phình động mạch chiếm 14,6% gặp trong các trường hợp gãy xương loại LC-II và LC-III. Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là chọn mẫu chỉ bao gồm các BN có vỡ khung chậu được trải qua điều trị nút mạch, kích thước mẫu nhỏ do đó khi so sánh giữa các nhóm trong phân tích có thể có sai số đáng kể.

V. KẾT LUẬN

Vỡ khung chậu vững hay mất vững đều có thể gây tổn thương động mạch tuy nhiên vỡ khung chậu mất vững có tỷ lệ tổn thương từ 2 vị trí mạch cao hơn. Tổn thương theo cơ chế nén bên (LC) hay gặp nhất và tổn thương nhánh trước thường gặp hơn nhánh sau. Kiểu VKC không phải yếu tố sàng lọc đáng tin cậy để tiên lượng yêu cầu truyền máu. Tổn thương CMHĐ thường gặp hơn so với GPĐM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hussami M, Grabherr S, Meuli RA, Schmidt S. Severe pelvic injury:** vascular lesions detected by ante- and post-mortem contrast medium-enhanced CT and associations with pelvic fractures. *Int J Legal Med.* 2017;131(3):731-738. doi:10.1007/s00414-016-1503-4
- Raniga SB, Mittal AK, Bernstein M, Skalski MR, Al-Hadidi AM.** Multidetector CT in Vascular Injuries Resulting from Pelvic Fractures: A Primer for Diagnostic Radiologists. *RadioGraphics.* 2019;39(7):2111-2129. doi:10.1148/rg.2019190062
- Fu C-Y, Hsieh C-H, Wu S-C, et al.** Anterior-posterior compression pelvic fracture increases the probability of requirement of bilateral embolization. *The American Journal of Emergency Medicine.* 2013;31(1):42-49. doi:10.1016/j.ajem.2012.05.026
- Lee MJ, Wright A, Cline M, Mazza MB, Alves T, Chong S.** Pelvic Fractures and Associated Genitourinary and Vascular Injuries: A Multisystem Review of Pelvic Trauma. *American Journal of Roentgenology.* 2019;213(6):1297-1306. doi:10.2214/AJR.18.21050
- Metz CM, Hak DJ, Goulet JA, Williams D.** Pelvic fracture patterns and their corresponding angiographic sources of hemorrhage. *Orthopedic Clinics of North America.* 2004;35(4):431-437. doi:10.1016/j.ocl.2004.06.002

6. **Eastridge BJ, Starr A, Minei JP, O'Keefe GE.** The Importance of Fracture Pattern in Guiding Therapeutic Decision-Making in Patients with Hemorrhagic Shock and Pelvic Ring Disruptions: The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. 2002; 53(3): 446-451. doi: 10.1097/00005373-200209000-00009
7. **Hagiwara A, Minakawa K, Fukushima H, Murata A, Masuda H, Shimazaki S.** Predictors of Death in Patients with Life-Threatening Pelvic Hemorrhage after Successful Transcatheter Arterial Embolization: The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. 2003; 55(4):696-703. doi:10.1097/01.TA.0000053384.85091.C6
8. **Nguyễn Ngọc Đức.** Đặc điểm hình ảnh và hiệu quả nút mạch trong kiểm soát chảy máu do vỡ khung chậu (2016).
9. **Sarin EL, Moore JB, Moore EE, et al.** Pelvic Fracture Pattern Does Not Always Predict the Need for Urgent Embolization: The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. 2005;58(5):973-977. doi:10.1097/01.TA.0000171985.33322.b4

TỔNG QUAN VỀ CÁC HÌNH THÁI DỊ HÌNH VÁCH NGĂN VÀ CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI

Vũ Minh Ngọc*, Phạm Thị Bích Đào*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Tổng quan các hình thái dị hình vách ngăn và các phương pháp phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu được thực hiện theo hướng dẫn PRISMA. Cơ sở dữ liệu Pubmed/Medline được sử dụng để tìm kiếm các nghiên cứu trên thế giới. Các nghiên cứu về dị hình vách ngăn và các phương pháp phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn được tìm kiếm. Các thông tin cơ bản, phương pháp nghiên cứu, kết quả nghiên cứu được trích xuất. **Kết quả nghiên cứu:** Trong 6060 kết quả tìm kiếm, có 30 nghiên cứu phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn. Kết quả tổng quan 30 nghiên cứu cho thấy lệch vách ngăn và vẹo vách ngăn là hai hình thái dị hình vách ngăn phổ biến nhất. Các dạng phẫu thuật dị hình được nghiên cứu bao gồm phương pháp phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất, tiếp đến là các phương pháp phẫu thuật Killian, phẫu thuật chỉnh hình Cottle và phương pháp phẫu thuật vách ngăn mũi nhân tạo. Các phương pháp cho thấy ít tai biến, biến chứng và hiệu quả trong việc cải thiện tình trạng dị hình vách ngăn.

Từ khóa: dị hình vách ngăn, lệch vách ngăn, phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn.

SUMMARY

SYSTEMATIC REVIEW OF NASAL SEPTUM MALFORMATIONS AND SEPTOPLASTY METHODS TO CORRECT THE NASAL SEPTUM

Objectives: Review of septal malformations and septal orthopedic surgical methods. **Methods:** The research method was carried out according to PRISMA guidelines. The Pubmed/Medline database was used to

search for studies around the world. Studies on septal malformations and septoplasty methods were sought. The basic information, research methods, research findings were extracted. **Results:** Out of 6060 search results, there were 30 studies that matched the selection criteria. The results of a review of 30 studies showed that septal deviation were most common septal malformations. The common types of septoplasty methods included laparoscopic septal surgery, followed by Killian surgery, Cottle orthopedic surgery, and Extracorporeal septoplasty method. The methods showed few complications and were effective in ameliorating the septal deformity.

Keywords: septal deformity, septal deviation, septoplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vách ngăn mũi đóng vai trò quan trọng để đảm bảo vững chắc cho cấu trúc của mũi về thẩm mỹ cũng như sự lưu thông không khí và vận chuyển niêm dịch. Dị hình vách ngăn là những thay đổi cấu trúc giải phẫu của vách ngăn, có những tác động khác nhau tới chức năng mũi xoang tùy thuộc vào vị trí dị hình¹. Dị hình vách ngăn thường gây ra hẹp hốc mũi bên dị hình, làm thay đổi động học của luồng khí lưu thông, cản trở thông khí; có thể là nguyên nhân hình thành điểm tiếp xúc giữa hai mặt niêm mạc gây đau đầu mạn tính hoặc gây dị ứng thứ phát; có thể là nguyên nhân hoặc là yếu tố thuận lợi trong bệnh viêm mũi xoang, hoặc gây viêm mũi xoang kéo dài².

Dị hình vách ngăn là tình trạng phổ biến trên thế giới³. Khi dị hình vách ngăn gây ảnh hưởng đến chức năng mũi xoang và được thầy thuốc xem là nguyên nhân gây viêm mũi xoang tái diễn, thì khi đó người bệnh có dị hình vách ngăn cần được xem xét phải phẫu thuật². Chỉnh hình

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: phambichdao@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.7.2021

Ngày duyệt bài: 9.8.2021