

hết các trường hợp có Hb ổn định hoặc cải thiện chiếm tỷ lệ 80%, và tương ứng với tình trạng huyết động ổn định, triệu chứng đau bụng trên lâm sàng, không có trường hợp nào bệnh nhân phải chuyển mổ, 28 trường hợp ghi nhận có Hb tiếp tục giảm, những trường hợp này được chúng tôi theo dõi sát, 27/28 bệnh nhân có Hb cải thiện, chỉ duy nhất 1 bệnh nhân có tình trạng Hb tiếp tục giảm cần phải phẫu thuật cầm máu.

Về phương tiện hình ảnh theo dõi trong quá trình điều trị bảo tồn thì cắt lớp vi tính được xem là tiêu chuẩn vàng nhằm tránh bỏ sót các thương tổn khác trong ổ bụng, giúp giảm tỷ lệ điều trị bảo tồn thất bại cũng như giảm biến chứng và tử vong. Việc theo dõi điều trị bảo tồn bằng CLVT bụng đã có nhiều báo cáo: chụp lại CLVT bụng khi bệnh diễn tiến không đáp ứng điều trị bảo tồn hoặc 7–10 ngày sau chấn thương cho những trường hợp vỡ gan từ IV trở lên để đánh giá lại các biến chứng rò mật, chảy máu đường mật... Và không cần chụp CLVT bụng ở vỡ gan mức độ I – II – III (AAST), chỉ cần theo dõi lại bằng siêu âm. Tác giả Navaro đã đưa ra kết luận rằng siêu âm và CLVT không mang đến thông tin có ích nếu bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng hay nói cách khác khi lâm sàng ổn định thì việc theo dõi thường quy bằng chẩn đoán hình ảnh là không cần thiết. Theo Parks NA, thời gian theo dõi chỉ dựa trên các tiêu chí lâm sàng. Bệnh nhân bị chấn thương gan có thể được xuất viện an toàn, tình trạng bụng bình thường và hemoglobin ổn định bất kể mức độ thương tích [8].

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn chấn thương gan trong

ngiên cứu của chúng tôi là phương pháp điều trị an toàn với tỷ lệ thành công là 96,4%, không có trường hợp nào tử vong. Tỷ lệ bảo tồn thành công đối với vỡ gan độ II là 100%, độ III thành công đạt tỷ lệ 96,5% và ở độ IV là 91,1%.

Kết quả điều trị bảo tồn:

- Tốt chiếm tỷ lệ 95,7%,
- 01 trường hợp kết quả trung bình do biến chứng rò mật phải đặt dẫn lưu ổ bụng và sau đó phải can thiệp ERCP dẫn lưu dịch mật (0,7%),
- 05 trường hợp kết quả xấu phải chuyển mổ (3,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M.S. Martin & J.W. Meredith(2017)**, "Management of acute trauma", Sabiston Textbook Of Surgery, pp.437.
2. **Boese C. K.(2015)**, "Nonoperative management of blunt hepatic trauma: A systematic review", J Trauma Acute Care Surg,79(4), 654–60.
3. **Barbier L. (2018)**, "Can we refine the management of blunt liver trauma?", J Visc Surg,803(1), 1–7.
4. **Zago T. M., et al.(2013)**, "Hepatic trauma: a 21-year experience", Rev Col Bras Cir,40(4), 318–22.
5. **Li M., et al.(2014)**, "Non-operative management of isolated liver trauma",Hepatobiliary Pancreat Dis Int,13(5), 545–50.
6. **Piper G. L. & Peitzman A. B.(2010)**, "Current management of hepatic trauma",Surg Clin North Am,90(4), 775–85.
7. **Ozogul B., et al.(2014)**, "Non-operative management (NOM) of blunt hepatic trauma: 80 cases", Ulus Travma Acil Cerrahi Derg,20(2), pp.97–100.
8. **Parks N. A., et al.(2011)**, "Observation for nonoperative management of blunt liver injuries: how long is long enough?", J Trauma,70(3), 626–9.

RÁCH ĐỘNG MẠCH CHẬU GỐC TRONG PHẪU THUẬT THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG: BÁO CÁO 01 TRƯỜNG HỢP

Phạm Trọng Thoan¹, Trần Huy Hùng¹

Được phẫu thuật cắt một phần cung sau L4 bên trái, lấy đĩa đệm thoát vị và một phần thân đĩa. Sau khi lấy bỏ đĩa đệm thì thấy máu trào lên nhẹ - liên tục, tiến hành cầm máu các diện cắt, mạch máu vùng ngách rễ thần kinh. Đặt dẫn lưu và đóng vết mổ theo lớp. Sau đó bệnh nhân cảm thấy đau đầu, chóng mặt, buồn nôn nhiều, rồi ngất đi. Kiểm tra siêu âm ổ bụng thì nghi ngờ máu chảy vào ổ bụng. Monitoring thấy mạch nhanh, huyết áp tụt dần, không đáp ứng với các thuốc vận mạch. Tiến hành hồi sức cấp cứu, chuyển bệnh nhân sang phòng can thiệp mạch. Chụp mạch phát hiện rách động mạch chậu gốc trái, đã tiến hành bịt lỗ rách bằng stent, sau can thiệp về khoa hồi sức tích cực điều trị tiếp. **Kết quả:** Sau một tuần được ra viện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật điều trị rách động mạch chậu gốc do tai biến trong phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân nữ, 66 tuổi, thể trạng to khỏe, vào viện với chẩn đoán thoát vị đĩa đệm L4-5 trung tâm lệch trái.

*Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Hùng

Email: hungth.ss@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 22/6/2022

Ngày duyệt bài: 8/7/2022

trong tình trạng hoàn toàn khỏe mạnh, hai chân vận động-cảm giác tốt, không có rối loạn cơ tròn. **Kết luận:** Tổn thương động mạch chậu trong phẫu thuật đĩa đệm thắt lưng hiếm khi xảy ra. Tuy nhiên, tai biến này rất nghiêm trọng, có thể đe dọa tới tính mạng người bệnh. Các phẫu thuật viên phải luôn luôn đề phòng, phát hiện và có xử trí nhanh chóng.

Từ khóa: Tổn thương động mạch chậu, cắt một phần cung sau thân đốt.

SUMMARY

COMMON ILIAC ARTERIA LACERATION IN LUMBAR LAMINECTOMY: A CASE REPORT

Purpose: Surgical treatment of vascular injuries during discectomy. **Subjects and method:** A female patient, aged 66 with strong physical condition, was admitted to the hospital with a diagnose left L4-5 herniated disc. She received surgery to cut off a part of the left L4 lamina, the herniated disc and a few nucleus pulposus. After the disc was removed, blood flowed out lightly but constantly. The sectional areas' bleeding and nerve root's vessel were then staunched. The last step was to set drainage and close the incision in layers. The patient felt with a headache, dizziness, nausea, and later fainted. An abdominal ultrasound examination raised suspicion of blood flowing into the abdomen. Monitoring showed a rapid pulse, drop in blood pressure, and unresponsiveness to vasopressor drugs. Resuscitation was performed and the patient was transferred to the vascular intervention room. An angiography presented a torn left common iliac artery. The tear was mended with a stent, after which the patient was transferred back to intensive care unit (ICU) and continue receiving treatment. **Results:** She was discharged after a week in healthy condition, legs had good movement and sensation, and no urination disorder. **Conclusion:** Vascular injuries in a discectomy is uncommon. However, it is severe and life-threatening. Surgeons should stay alert to discover and promptly take measures.

Keywords: Laminectomy, vascular injuries

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương mạch máu trong phẫu thuật lấy đĩa đệm là tai biến đã được ghi nhận lần đầu tiên từ năm 1945 bởi Linton và White [1]. Tai biến này mặc dù hiếm khi xảy ra, nhưng có tỷ lệ tử vong rất cao. Các mạch máu lớn nằm ở phía trước thân đốt sống, nên có rủi ro lớn khi phẫu thuật can thiệp vào thân đĩa đệm. Trong hầu hết các trường hợp, triệu chứng lâm sàng diễn ra rầm rộ và nhanh chóng, nhưng cũng có trường hợp diễn ra âm thầm và chậm rãi, bởi dạng tổn thương như rò động-tĩnh mạch hoặc giả phình mạch. Nguyên nhân chính của tình trạng đe dọa đến tính mạng bởi tốc độ mất máu rất nhanh mà không phát hiện ra tổn thương. Yu-Ling Hui đã có nghiên cứu cho thấy có đến 2.4% các trường

hợp cắt một phần cung sau đốt sống thắt lưng có tai biến gây ra tổn thương mạch máu [2]. Có báo cáo thì cho thấy tỷ lệ xảy ra các tai biến tổn thương mạch nghiêm trọng như rò động-tĩnh mạch, rách động mạch hay giả phình mạch là 1-5/10.000 trường hợp phẫu thuật đĩa đệm [3]. Tỷ lệ tử vong cao một phần là do lượng máu mất rất nhanh chảy vào các khoang trong và sau phúc mạc, dẫn đến phẫu thuật viên không nhận biết được. Việc nhận ra và xử trí sớm giúp nâng cao tỷ lệ thành công. Điều trị theo phương thức truyền thống là phẫu thuật mổ mở phía trước ổ bụng vào can thiệp khâu vá mạch máu. Tuy nhiên, hiện nay với phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại, việc can thiệp ít xâm lấn qua lòng mạch máu là phương pháp tối ưu vượt trội.

Chúng tôi xin trình bày một trường hợp lâm sàng, một phụ nữ 66 tuổi, mổ cắt một phần cung sau L4 bên trái, bị rách động mạch chậu gốc trái. Được cấp cứu, chẩn đoán tổn thương và can thiệp ít xâm lấn, nội soi lòng mạch, bịt vết rách động mạch chậu gốc bằng stent.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân nữ, 66 tuổi, thể trạng to khỏe, tiền sử thoái hóa cột sống thắt lưng nhiều năm nay, vào viện với triệu chứng chính là đau vùng thắt lưng, đau lan xuống mặt sau đùi, cẳng chân, mu bàn chân trái; kết hợp với hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) cột sống thắt lưng (hình 1) được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm L45 thể trung tâm lệch trái.



Hình 1. Thoát vị đĩa đệm L4-5 lệch trái

Bệnh nhân được gây tê tủy sống, cắt một phần cung sau L4 bên trái, lấy đĩa đệm thoát vị, cùng một phần nhân đĩa đệm. Sau khi lấy bỏ đĩa đệm, xuất hiện máu đỏ trào lên vết mổ, rất nhẹ nhưng liên tục thành từng đợt, chúng tôi đã tiến hành cầm máu các diện cắt, gác rế thần kinh, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ. Kiểm tra thấy mạch, huyết áp vẫn ổn định. Tiếp tục theo dõi. Khi chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm ngửa, thì thấy chóng mặt, buồn nôn và đau đầu nhiều, sau đó thì ngất đi. Theo dõi thấy mạch có xu hướng

nhánh dần (80-120-140 lần/phút), và huyết áp tụt (110/80 – 90/60 – 60/45 mmHg). Kiểm tra xét nghiệm khí máu thấy độ bão hòa O₂ giảm sâu, Et CO₂ giảm. Tiến hành dùng các thuốc vận mạch, nhưng đáp ứng chậm và không có tiến triển. Siêu âm ổ bụng tại chỗ thấy có khối hỗn hợp âm, theo dõi là dịch máu trong ổ bụng.



Hình 2. Hình ảnh siêu âm ổ bụng vùng mạn sườn thất lưng ngang mức L4-5

Bệnh nhân được chuyển sang phòng can thiệp mạch ngay lập tức. Tại đây bệnh nhân vừa được hồi sức tuần hoàn, sử dụng các thuốc vận mạch liều cao, truyền dịch và khối hồng cầu để nâng huyết áp. Đồng thời, tiến hành chụp mạch thì phát hiện ra hình rách động mạch chậu gốc trái (hình 3a).



Hình 3. A. Vết rách tại động mạch chậu gốc trái. B. Động mạch chậu trái đã được bịt kín bằng stent.

Kịp mổ đã tiến hành vá lỗ rách bằng stent mạch đi qua động mạch đùi trái, sau can thiệp kiểm tra thấy mạch chậu gốc trái đã kín (hình 3b), đưa bệnh nhân về khoa hồi sức tích cực để điều trị tiếp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Điều trị tiếp tục trong 02 tuần thì bệnh nhân được kiểm tra siêu âm ổ bụng, siêu âm động tĩnh mạch hai chân thấy không có gì bất thường, xuất viện trong tình trạng khỏe mạnh, hai chân vận động-cảm giác tốt.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cho đến nay đã trở thành kỹ thuật phổ biến nhất tại các khoa ngoại thần kinh và cột sống, trong đó nhiều nhất là mức L4-5 [1] [4] [5] và nguyên nhân chính gây ra tổn thương mạch là do sử dụng Rongeur [6]. Kể từ khi phẫu thuật thoát vị đĩa đệm được

tiến hành bởi Mixter và Barr năm 1934 đến nay, tỷ lệ tai biến và biến chứng là tương đối thấp. Cho đến năm 1945, mới ghi nhận trường hợp đầu tiên của Linton và White [7]. Với đặc điểm giải phẫu luôn có dây chằng dọc trước che chắn giữa mặt trước đĩa đệm và mạch máu sát thân đốt sống, do vậy nên dây chằng sẽ bảo vệ mạch máu khỏi các tác động từ Rongeur khi lấy bỏ đĩa đệm. Động mạch chậu gốc trái có xu hướng mở góc ra ngoài nhiều hơn, nên phần che chắn bởi dây chằng dọc trước ít hơn, do đó có xu hướng sẽ dễ bị tổn thương hơn so với động mạch chậu gốc bên phải [4], [5], [6], [8]. Tổn thương động mạch chậu gốc sẽ có xu hướng xảy ra ở những trường hợp lớn tuổi, thoái hóa cột sống, đĩa đệm mức độ mức độ nhiều, dây chằng dọc trước sẽ trở nên dễ rách và thủng [1]. Các triệu chứng tổn thương mạch máu động mạch chậu gốc sẽ rầm rộ và nhanh chóng nếu tổn thương rách hoặc đứt; còn nếu tổn thương dạng rò động-tĩnh mạch hoặc giả phình mạch thì sẽ biểu hiện muộn [4]. Biểu hiện lâm sàng đặc trưng của tổn thương đứt, rách động mạch là tình trạng mạch nhanh, huyết áp tụt, giảm độ bão hòa oxy, giảm EtCO₂, chướng bụng trong và sau phẫu thuật [6].

Trong trường hợp trên, trong quá trình phẫu thuật, bệnh nhân nằm sấp, khi đó các triệu chứng mất máu không rầm rộ, cho đến khi giải mê, bệnh nhân nằm ngửa thì các triệu chứng mất máu diễn ra rất nhanh và liên tục. Điều này có thể lý giải bởi cấu trúc giải phẫu vùng phía trước thân đốt sống, khi ở tư thế nằm sấp, các mạch máu bị đè ép, cùng với dây chằng dọc trước thân đốt tạo thành dải chắn, có thể hình thành van một chiều, do đó máu trào lên liên tục nhưng chậm rãi, theo từng đợt [1] [8]. Cộng với tình trạng máu thoát ra khỏi lòng mạch nhưng lại chảy vào khoang sau phúc mạc, chứ không chảy trực tiếp ra vùng phẫu thuật; điều này là tương tự như nghiên cứu của Choi YS [8]. Khi nghi ngờ có tổn thương mạch máu, chúng tôi đã dừng phẫu thuật, đóng vết mổ, kiểm tra tình trạng huyết động, các chỉ số sinh tồn và kiểm tra ổ bụng. Đây cũng là kết luận được rút ra từ các nghiên cứu tương tự [6].

Các kỹ thuật xử trí tai biến này phổ biến nhất gồm có: khâu trực tiếp mạch máu, ghép mạch, cắt bỏ tổn thương rồi khâu nối, miếng vá tạo hình mạch, đặt coin nút mạch hoặc đặt stent mạch [5]. Tổn thương rách động mạch chậu là biến chứng gây đe dọa khẩn cấp tới tính mạng người bệnh, do đó lựa chọn phương pháp can thiệp xử trí tổn thương phải càng đơn giản, nhanh chóng nhất có thể [3]. Trong trường hợp

này, ekip của chúng tôi gồm có phẫu thuật viên cột sống, phẫu thuật mạch máu và phẫu thuật viên can thiệp mạch đã hội chẩn, chẩn đoán phát hiện tổn thương mạch máu sớm, nhanh chóng chuyển bệnh nhân sang phòng can thiệp mạch, tiến hành đặt stent mạch nhanh nhất có thể. Đây là kỹ thuật xử trí đầu tay khi có nghi ngờ tổn thương mạch, đặc biệt là động mạch chậu gốc [1] [3].

V. KẾT LUẬN

Tổn thương mạch máu trong phẫu thuật can thiệp vào đĩa đệm là tương đối hiếm gặp, nhưng lại khó chẩn đoán, dễ bỏ sót và có tỷ lệ tử vong rất cao. Luôn luôn đề phòng, theo dõi, có thái độ xử trí nhanh chóng và chính xác khi xuất hiện các triệu chứng nghi ngờ mới có thể đem tới kết quả phẫu thuật thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. P. Skippage Æ J. Raja Æ R. McFarland Æ A. M. Belli, "Endovascular repair of iliac artery injury complicating lumbar," Eur Spine J, vol. 17, no. 2, pp. 228-231, 2008.

2. Hui Y, Chung PC, Lau W, Ng Y, Yu C (2003), "Vascular Injury During Lumbar Laminectomy," Chang Gung Med J, vol. 26, pp. 189-191, 2003.
 3. Taek-Kyun Nam, M.D.,1 Seung-Won Park, M.D.,1 Hyung-Jin Shim, M.D.,2 Sung-Nam Hwang, M.D.1, "Endovascular Treatment for Common Iliac Artery Injury Complicating Lumbar Disc Surgery: Limited Usefulness of Temporary Balloon Occlusion," J Korean Neurosurg Soc, vol. 46, pp. 261-264, 2009.
 4. e. a. E Ezra MA FRCS, "Major vascular injury during," JOURNAL OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE, vol. 89, pp. 108-109, 1996.
 5. Hsiao-Yue Wee, Che-Chuan Wang, Jinn-Rung Kuo, "Vascular injury after lumbar discectomy mimicking appendicitis: Report of a case," Asian Journal of Neurosurgery, vol. 10, no. 3, pp. 1-3, 2015.
 6. Do Hyun Kim, MD, Tae Wan Kim, MD, Min Ki Kim, MD, and Kwan Ho Park, MD, "Iatrogenic Vascular Injury Occurring during Discectomy," Korean J Neurotrauma, vol. 12, no. 2, pp. 171-174, 2016.
 7. M. SAMUEL P. HARBISON, "MAJOR VASCULAR COMPLICATIONS OF," American Surgical Association, vol. 140, no. 3, pp. 342-348, 1954.
 8. b "Subacute Course of Common Iliac Arterial Laceration in Lumbar Disc Surgery," Anesthesiology & Pain, vol. 28, pp. 167-169, 2013.

MỐI LIÊN QUAN NỒNG ĐỘ PROTEIN PHẢN ỨNG C VỚI XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH CẢNH VÀ KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Nguyễn Tấn Vinh¹, Nguyễn Hữu Dũng², Lê Việt Thắng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan nồng độ CRP huyết tương với xơ vữa động mạch cảnh và mức độ kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 122 bệnh nhân ĐTD típ 2. Tất cả các bệnh nhân được định lượng nồng độ CRP huyết tương theo phương pháp đo độ đục phản ứng miễn dịch, siêu âm Doppler động mạch cảnh và đánh giá mức độ kiểm soát glucose máu theo nồng độ glucose máu lúc đói. **Kết quả:** Có mối tương quan thuận, mức độ vừa giữa nồng độ CRP và độ dày lớp nội trung mạc ĐM cảnh ở bệnh nhân ĐTD típ 2, r= 0,622, p< 0,001. Nhóm bệnh nhân có xơ vữa ĐM cảnh có nguy cơ tăng nồng độ CRP huyết tương cao gấp 40,33 lần so với nhóm không xơ vữa, p< 0,001. Bệnh nhân kiểm soát

glucose máu kém có nguy cơ tăng CRP cao gấp 2,13 lần so với nhóm BN kiểm soát glucose máu mức tốt và chấp nhận được, p< 0,05. **Kết luận:** Tăng nồng độ CRP huyết tương có mối liên quan với xơ vữa động mạch và mức độ kiểm soát glucose máu kém ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, Protein phản ứng C, Xơ vữa động mạch, Siêu âm Doppler động mạch cảnh.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN PLASMA C-REACTIVE PROTEIN CONCENTRATION WITH CAROTID ARTERIOSCLEROSIS AND PLASMA GLUCOSE CONTROL IN TYPE 2 DIABETIC MELLITUS PATIENTS

Objectives: Analysis of the relationship between plasma CRP levels and carotid atherosclerosis and blood glucose control in patients with type 2 diabetes.

Subjects and methods: A cross-sectional study on 122 patients with type 2 diabetes. All patients had plasma CRP levels quantified by immunoassay turbidity, carotid Doppler ultrasound and situation of plasma glucose control according to the fasting blood glucose concentration. **Results:** There was a positive, moderate correlation between the CRP levels and the

¹Bệnh viện ĐK KV phía Nam, Bình Thuận

²Bệnh viện Bạch Mai,

³Bệnh viện 103, Học viện Quân y.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Dũng

Email: nhdungbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 25/6/2022

Ngày duyệt bài: 7/7/2022