

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG BÓ MẠCH DƯỚI ĐÒN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

ĐOÀN QUỐC HÙNG, Trường ĐH Y Hà Nội  
NGUYỄN HỮU HẢI, BV Đa khoa Hải Dương

### TÓM TẮT

Tổn thương BMDĐ hiếm gặp, tuy nhiên hậu quả để lại nặng nề, tử vong và di chứng cao. Nghiên cứu 38 BN tổn thương BMDĐ do chấn thương trong 5 năm (2006-2011) chúng tôi thường gặp BN trẻ (trung bình  $28,87 \pm 15,1$  tuổi), nam nhiều hơn nữ (5,3/1), nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. BN vào viện 28,9% trong tình trạng sốc mất máu và đa chấn thương. 76,3% BN có tổn thương ĐRTKCT kèm theo. Chụp xquang tim phổi thẳng, siêu âm Doppler mạch máu, CT scanner ngực, CT 64 dãy, chụp mạch là những phương tiện cận lâm sàng thường được sử dụng và có giá trị trong chẩn đoán xác định tổn thương. Điều trị tổn thương BMDĐ chủ yếu là phẫu thuật (97,2%), phục hồi lưu thông mạch (87,1%), tổn thương ĐRTKCT chưa được chú ý nhiều. Kết quả điều trị còn hạn chế do tổn thương ĐRTKCT chưa được phục hồi.

Từ khóa: bó mạch dưới đòn, chấn thương mạch máu ngoại vi

### SUMMARY:

**Evaluate the result of treatment for subclavian vascular bundle injury at Viet Duc Hospital.**

Subclavian vascular bundle injury is rare disease, but the consequence is severe because of high morbidity. Researching on 38 patients with subclavian vascular bundle injury due to trauma in 5 years (2006-2011) we find out: young patients (mean age  $28.8 \pm 15,1$ ), men were more women (5.3/1), the primary cause of traffic accidents. 28.9% of patients hospitalized in a

state of shock and multi-trauma blood loss. 76.3% of patients with plexus injury arm attached. Cardiopulmonary straight X-ray, ultrasound Doppler blood vessels, chest CT scanner, CT 64 series, angiography is the clinical facilities commonly used and valuable in the diagnosis of lesions identified. Treatment of subclavian vascular bundle lesions mainly surgical (97.2%), restore circulation circuit (87.1%), hurt arm plexus has not been paying much attention. Results of treatment is limited due to injury arm plexus has not been recovered.

Keywords: subclavian vascular bundle, peripheral vascular injury

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương BMDĐ là bệnh lý hiếm gặp trong cấp cứu ngoại khoa, chiếm khoảng 0,03% các loại tổn thương mạch máu phải can thiệp. Nguyên nhân của tổn thương BMDĐ do bịch khí, hoả khí, tai nạn. Đây là thương tổn nặng, tử vong cao 30- 40%, di chứng nặng nề. Tổn thương BMDĐ luôn là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên chuyên khoa do vùng giải phẫu khó tiếp cận (vỡ xương đòn, xương ức). Gần đây bệnh có xu hướng gia tăng. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị tổn thương bó mạch dưới đòn nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị BN tổn thương BMDĐ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Là nghiên cứu mô tả hồi cứu. Tiêu chuẩn lựa chọn:

các BN chẩn đoán xác định tổn thương BMDĐ biểu hiện trên lâm sàng, cận lâm sàng và hoặc trong mổ có hay không tổn thương ĐRTKCT kèm theo tại Bệnh viện Việt Đức, được nhập viện từ 1-2006 đến 7-2011. Đánh giá các dấu hiệu LS,CLS, kết quả điều trị sớm và trung hạn, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 17.0

### KẾT QUẢ

Từ 1-2006 đến 7-2011, có 38 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu với các đặc điểm:

Tuổi trung bình:  $28,8 \pm 15,1$  (từ 18 tháng tới 88 tuổi).

Tỷ lệ Nam/Nữ = 5,3/1

**Nguyên nhân gây chấn thương:** TNGT 21BN (55,4%); bạch khí 21%, hỏa khí 2,6%, nguyên nhân khác 8BN (21%)

**Triệu chứng toàn thân:** 7BN vào viện trong bệnh cảnh sốc đa chấn thương (28,9%), 27 BN không có dấu hiệu sốc (71,1%), 4 BN VT ngược (10,5%).

**Triệu chứng tổn thương ĐRTKCT**

+Cảm giác: 65,8% mất cảm giác; 10,5% tăng cảm giác đau, 23,7% bt.

+Vận động: 63,2% mất vận động, 13,1% giảm vận động, 23,7% không liệt.

Bảng 1: Kết quả chẩn đoán hình ảnh (n= 37)

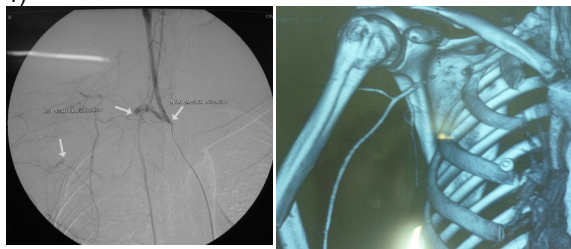
Xquang ngực thẳng	Số lượng	Tỷ lệ%
Bình thường	19	51,4
Tràn máu – khí màng phổi	8	21,6
Gãy xương đòn	5	13,5
TM-TKMP+gãy xương đòn, xương sườn	4	10,8
Tổn thương khác	1	2,7
Tổng	37/38	97,4

Bảng 2: Kết quả siêu âm Doppler mạch

Siêu âm Doppler	Số lượng	Tỷ lệ
Mất liên tục của dòng chảy	14	51,9%
Huyết khối lòng mạch	7	25,9%
Giả phòng ĐM dưới đòn	2	7,4%
Không khám được	1	3,7%
Không tổn thương	3	11,1%
Tổng	27/38	71,1%

+Chụp mạch: 9 BN được chụp mạch chẩn đoán đều phát hiện tổn thương

+Chụp CT scanner (1 BN) và CT 64 dãy (3BN): cho hình ảnh thoát thuốc (giả phòng ĐM) và tắc mạch (Hình 1)



Hình 1: Chụp động mạch (ảnh trái: mất đoạn ĐMDĐ) và MSCT (ảnh phải: cắt cụt ĐMDĐ)

**-Điều trị:** phẫu thuật 36BN (97,2%), can thiệp mạch 1BN và điều trị nội 1BN

**-Phương pháp phẫu thuật**

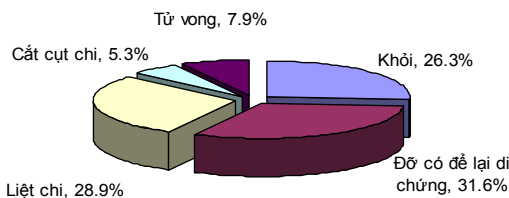
+Tổn thương ĐM dưới đòn (n=31): Thắt ĐM 12,9%;

Nối trực tiếp 22,6%, ghép bằng TM hiển đảo chiều 61,3%, ghép mạch bằng mạch nhân tạo 3,2%.

+Tổn thương TM dưới đòn (n=8): 100% nối trực tiếp hay khâu VT bên.

+Tổn thương ĐRTKCT(n=29): Chỉ có 6,9% nối phục hồi lại dây TK.

**- Kết quả điều trị sớm:**



Biểu đồ 1: Kết quả điều trị sớm bệnh nhân tổn thương BMDĐ

Bảng 3: Đánh giá chỉ số chức năng sau tổn thương ĐRTKCT (n = 20)

Khả năng vận động	Số lượng	Tỷ lệ%
Không khó	6	30%
Hơi khó	3	15%
Khó vừa	0	0
Rất khó	6	30%
Không thể	5	25%

## BÀN LUẬN

### 1. Dịch tễ BN tổn thương BMDĐ

**Tuổi bị chấn thương** BMDĐ chủ yếu là thanh niên với độ tuổi trung bình còn rất trẻ  $28,9 \pm 15,09$  tuổi, nam giới chiếm chủ yếu 84,2% so với 15,8% nữ giới kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác của các tác giả Đồng Lưu Ba [1], Ngô Đức Hải [3].

**Nguyên nhân** chủ yếu do tai nạn giao thông (chiếm 55,4%). Có sự khác biệt với một số nghiên cứu trước đây cho rằng nguyên nhân chính là do bạch khí và hỏa khí. Điều này có thể nhận thấy sự thay đổi trong cấu trúc tỷ lệ bệnh khi tai nạn giao thông ngày một gia tăng.

### 2. Đặc điểm lâm sàng-cận lâm sàng

**Triệu chứng toàn thân:** có 28,9% BN nhập viện có tình trạng sốc mất máu phải hồi sức tích cực và mổ cấp cứu do đa chấn thương. Trên thực tế tỷ lệ BN bị sốc do đa chấn thương hoặc sốc mất máu do tổn thương BMDĐ còn cao hơn nhiều vì phần lớn BN chuyển đến Bệnh viện Việt Đức đã được cấp cứu từ các tuyến trước hoặc một số trường hợp tổn thương quá nặng nề không còn cơ hội đến bệnh viện do sốc không hồi phục.

**Tỷ lệ tổn thương ĐRTKCT kèm theo** là rất cao, chỉ có 23,7% BN không có tổn thương ĐRTKCT do giả phòng hoặc vết thương trực tiếp làm tổn thương BMDĐ. **4.3 Triệu chứng cận lâm sàng**

**XQ ngực thẳng:** 37 BN, trong đó 49,6% BN cho kết quả có tổn thương lồng ngực: TM-TKMP, gãy xương sườn, xương đòn. So với tác giả Ngô Đức Hải [3] cho thấy tỷ lệ có tổn thương trên XQ ngực của chúng tôi cao hơn.

**Kết quả siêu âm Doppler mạch máu:** Có 27/38 trường hợp tổn thương BMDĐ được làm siêu âm Doppler chẩn đoán chiếm 71%. Bảng 2 cho kết quả 27 BN được

làm siêu âm hầu hết đều phát hiện tổn thương BMDĐ. Chỉ có 1 trường hợp không thăm khám được tổn thương chiếm 3,7% và 11,1% BN không phát hiện thấy tổn thương do vùng nền cổ sừng nề máu tụ nhiều. Các tác giả Demetriades, Corr P cũng cho kết quả tương tự [6,7]

**Kết quả chụp mạch,** CT scanner hay MSCT 64 dãy tuy chưa được thực hiện thường quy nhưng kết quả chẩn đoán hình ảnh mang lại giá trị rất cao, phù hợp với tổn thương giải phẫu bệnh. Chỉ định khi thương tổn trên lâm sàng chưa rõ, huyết động BN ổn định.

### 3. Thái độ xử trí

Qua kết quả nghiên cứu trên 38 trường hợp tổn thương BMDĐ chúng tôi nhận thấy tỷ lệ phẫu thuật cao chiếm 92,2% (Biểu đồ 1), có 1 trường hợp điều trị nội khoa không can thiệp gì vì BN tổn thương cả BMDĐ và ĐRTKCT liệt hoàn toàn chi trên nhưng không có dấu hiệu thiếu máu cấp tính kèm theo, có tràn máu màng phổi phải nên chỉ dẫn lưu màng phổi, một trường hợp có chỉ định can thiệp nội mạch lấy huyết khối ĐM dưới đòn nhưng do huyết khối kết hợp với đưng dập mạch nhiều nên phải chuyển mổ mở ghép ĐM dưới đòn bằng TM hiển đảo chiều.

**Phương pháp phẫu thuật:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn ưu tiên là phục hồi lưu thông mạch. Chỉ có 12,9% là thắt mạch, trong số đó có 2 BN phải cắt cụt chi do thiếu máu nuôi dưỡng và tổn thương dập nát cả cánh tay không còn chỉ định bảo tồn, một trường hợp tổn thương ĐM dưới đòn sát gốc thân giáp cổ, tổn thương trên đoạn dài trên BN đã chấn thương nên phải thắt mạch, còn 1 trường hợp vỡ giả phình ĐM dưới đòn do nhiễm trùng sau chấn thương nên thắt mạch.

Có 8/36 BN tổn thương TM dưới đòn được phẫu thuật nối trực tiếp là chủ yếu và cho kết quả tốt. Theo nhận định của chúng tôi, tổn thương TM thường gây mất máu do chảy máu không ảnh hưởng tới tuần hoàn nuôi dưỡng chi thể vì có tuần hoàn phụ đưa máu trở về nên việc thắt hay khâu vết thương bên TM, nối TM chủ yếu là để cầm máu. Tuy nhiên, trong trường hợp cho phép nên phục hồi lưu thông TM tối đa để máu từ ngoại vi trở về tốt hơn, giảm biến chứng phù nề chi cấp tính sau mổ [2]

Xử trí tổn thương thần kinh trên BN tổn thương BMDĐ chưa thực sự được chú ý, theo kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 2/29 trường hợp tổn thương BMDĐ tổn thương ĐRTKCT kèm theo (chiếm 6,9%) được mổ vì phẫu nối lại thân ĐRTKCT, kết quả có 1 BN có cải thiện về vận động và cảm giác, 1 BN liệt vận động, cảm giác khi xuất viện. Như vậy, chỉ định có xử lý hay không ĐRTKCT còn là một vấn đề tranh luận vì nhiều tác giả cho rằng nối lại ĐRTKCT bị tổn thương thì kết quả hồi phục cũng không khả quan lại mất nhiều thời gian cho cuộc phẫu thuật, với kết quả phẫu thuật trên 2 BN chưa thể chứng minh được kết quả sau phẫu thuật. Cần có những nghiên cứu rộng hơn và có sự so sánh giữa 2 phương pháp điều trị tổn thương ĐRTKCT để có thể đưa ra kết luận cuối cùng [1,3]

### 4. Kết quả điều trị.

**Kết quả sớm:** Chúng tôi thấy có 10 BN được đánh giá là khỏi vì mạch tổn thương được phục hồi, chi vận động tốt không có biến chứng về thần kinh chiếm tỷ lệ

26,3% (Biểu đồ 2). 28,9% BN ra viện trong tình trạng liệt hoàn toàn vận động chỉ do tổn thương ĐRTKCT quá nặng, trong phẫu thuật không xử trí gì về tổn thương thần kinh, có 2 trường hợp phải cắt cụt chi (chiếm 5,3%) vì tổn thương phần mềm cánh tay dập nát và thiếu máu nuôi dưỡng phía dưới phải tháo khớp vai sau mổ lần 2, có 3 BN tử vong và nặng xin về (chiếm 7,9%) trong đó 1 BN nặng xin về sau mổ vì suy hô hấp sau mổ đã chấn thương dập nát cánh tay phải, vết thương ĐM dưới đòn tràn máu tràn khí màng phổi có nghiện chích ma túy. So sánh với một số tác giả khác về tỷ lệ tử vong và di chứng là thấp hơn, theo Ngô Đức Hải [3] tỷ lệ tử vong do tổn thương mạch máu vùng cổ và nền cổ là 24,53%, do tổn thương ĐM dưới đòn là 50%, theo McCoy [7] tỷ lệ tử vong do tổn thương ĐM dưới đòn là 19%. Tuy nhiên số BN có di chứng sau mổ trong nghiên cứu lại cao hơn (28,9% so với 7,55% của Ngô Đức Hải [3]) do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là BN tổn thương BMDĐ nên thường tổn thương ĐRTKCT kèm theo và tổn thương ĐRTKCT chưa được chú ý xử trí trong cấp cứu.

**Kết quả đánh giá về khả năng phục hồi sau chấn thương:** Với 20 BN đến khám lại trong 5 năm, thời gian đến khám lại trung bình là  $20,48 \pm 2,04$  tháng (từ 68,1 tháng tới 1,3 tháng). Dùng bảng test đánh giá theo thang điểm để đánh giá chỉ số chức năng chi sau tổn thương ĐRTKCT (Bảng 3) cũng có tới 55% BN bị hạn chế cơ năng sau mổ. Điều này khẳng định việc can thiệp thường tổn thần kinh là cần thiết. Đồng thời vấn đề tập luyện phục hồi chức năng sau mổ là hết sức quan trọng, đặc biệt khi BN đã về địa phương [4,7]

### KẾT LUẬN

- Tổn thương BMDĐ không thường gặp, đa phần BN nam giới trẻ tuổi. Nguyên nhân TNGT 55,4%. BN nhập viện 28,9% có sốc, 76,7% BN có biểu hiện đồng thời tổn thương BMDĐ và ĐRTKCT. Siêu âm Doppler phát hiện 85,2% tổn thương. Chụp mạch, CT và MSCT có giá trị chẩn đoán cao nhưng chưa được ứng dụng nhiều trong cấp cứu.

- Chỉ định phẫu thuật với BN tổn thương BMDĐ là 92,2%. Can thiệp chủ yếu là phục hồi lưu thông mạch. Các tổn thương phối hợp được xử lý thì đầu, với tổn thương ĐRTKCT chưa được chú ý xử trí trong cấp cứu.

- Đánh giá kết quả BN ra viện có 26,3% BN khỏi hoàn toàn. Tử vong và nặng xin về do chấn thương chiếm 7,9%.

- Khả năng phục hồi chức năng chi sau tổn thương ĐRTKCT còn hạn chế.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đồng Lưu Ba (2005) "Tổn thương mạch máu ngoại biên tại khoa Lồng ngực – Tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy (9/1997 – 1/2001)". Tạp chí y học Việt Nam chuyên đề tim mạch TP Hồ Chí Minh, tr 40 – 46.

2. Võ Văn Châu (2005) "Phác đồ xử trí tổn thương đám rối thần kinh cánh tay". Tạp chí thời sự Y dược học số 2 năm 2005, tr 93 – 97.

3. Ngô Đức Hải (2003) "Nghiên cứu chẩn đoán và thái độ xử trí tổn thương mạch máu vùng cổ- nền cổ" Luận văn thạc sỹ y học. Đại Học Y Hà Nội.

4. Đoàn Quốc Hưng, L.N.Thành, Đ.H.Đệ (1996) "Vết thương mạch máu ngoại vi thời bình tại Bệnh viện

*Việt Đức*". Tạp chí Ngoại khoa số 4:9- 14

5. A. G. McKinley (2002) "*Management of proximal axillary and subclavian artery injuries*", British Journal of Surgery, volume 87, issue 1, page 79 – 85

6. Daniel F. du Toit, MD (2008) "*Long-term results of stent graft treatment of subclavian artery injuries:*

*Management of choice for stable patients?*" Journal of Vascular Surgery, volume 47, issue 4, Pages 739-743.

7. McCoy W. Daniel, Weiman S. Darryl (1997), "*Subclavian Artery Injuries*", The Amer. Surgeon, Vol 63, Sep, pp 761- 764