

thực quản hoặc cả thực quản và dạ dày, tùy thuộc vào số lượng và độ đậm đặc. Hồi đại tràng phải là đoạn ống tiêu hóa được sử dụng tốt để tạo hình đường tiêu hóa trên an toàn và hiệu quả cho những bệnh nhân bỏng do chất ăn mòn phải cắt bỏ toàn bộ dạ dày và thực quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Kluger Y, Ishay OB, Sartelli M, Katz A, Ansaloni A, Gomez CA, et al.** Caustic ingestion management: World society of emergency surgery preliminary survey of expert opinion. *World J Emerg Surg.* 2015;10:48. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 2. Contini S, Scarpignato C.** Caustic injury of the upper gastrointestinal tract: A comprehensive review. *World J Gastroenterol.* 2013;19:3918–30. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 3. Hamza AF, Abdelhay S, Sherif H, Hasan T, Soliman H, Kabesh A, et al.** Caustic esophageal strictures in children: 30 years' experience. *J Pediatr Surg.* 2003;38(6):828–33. [PubMed] [Google Scholar]
- 4. Meena BL, Narayan KS, Goyal G, Sultania S, Nijhawan S.** Corrosive injuries of the upper

gastrointestinal tract. *J Dig Endosc.* 2017;8:165–9. [Google Scholar]

- 5. Keh SM, Onyekwelu N, McManus K, McGuigan J.** Corrosive injury to upper gastrointestinal tract: Still a major surgical dilemma. *World J Gastroenterol.* 2006;12:5223–8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 6. Gerald F. O'Malley.** **Caustic Substances Poisoning. American Association of Poison Control Centers: 1-800-222-1222**
- 7. Bassiouny IE, Bahnassy AF.** Transhiatal esophagectomy and colonic interposition for caustic esophageal stricture. *J Pediatr Surg.* 1992; 27(8):1091 – 5. [PubMed] [Google Scholar]
- 8. Bitra Shahbazzadegan, Mehdi Samadzadeh, Iraj Feizi, and Yousef Shafaiee.** Management of Esophageal Burns Caused by Caustic Ingestion: A Case Report Iran Red Crescent Med J. 2016 Nov; 18(11): e12805. Published online 2016 Mar 8. doi: 10.5812/ircmj.12805.
- 9. Maier A, Pinter H, Tomaselli F, Sankin O, Gabor S, Ratzenhofer-Komenda B, et al.** Retrosternal pedicled jejunum interposition: an alternative for reconstruction after total esophago-gastrectomy. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2002; 22(5): 661–5. [PubMed] [Google Scholar].

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CÁC MỐC GIẢI PHẪU VÙNG HỔ CHÂN BƯỚM KHẨU CÁI QUA NỘI SOI XÁC TƯƠI NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Ngô Văn Công*, Nguyễn Đình Tú*, Trần Minh Trường*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hồ chân bướm khẩu cái là một vùng giải phẫu nằm sâu và có thành phần cấu trúc mạch máu phức tạp, cần nắm rõ khi điều trị các bệnh lý khối u vùng mũi xoang hay thắt động mạch cầm máu. Hiểu rõ đặc điểm giải phẫu qua nội soi của hồ chân bướm khẩu cái để tiếp cận vùng này an toàn. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm các mốc giải phẫu hồ chân bướm khẩu cái qua nội soi phẫu tích xác tươi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Từ tháng 9/2020 đến tháng 6/2021, chúng tôi phẫu tích 10 xác tươi tại bộ môn Giải Phẫu – Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh và ghi lại đặc điểm các mốc giải phẫu hồ chân bướm khẩu cái. **Kết quả:** Khoảng cách trung bình từ gai mũi trước tới thành sau xoang hàm là 64,4 ± 6,89mm. Khoảng cách trung bình từ gai mũi trước tới mào sàng là 59,38 ± 4,47mm. Khoảng cách trung bình từ gai mũi trước tới động mạch hàm trong là 62,68 ± 5,73mm. Đường kính động mạch hàm trong trung bình là 3,3 ± 0,72mm. Đường kính động mạch bướm khẩu cái trung bình là 2,5 ± 0,61mm.

Phân nhánh động mạch hàm trong gồm các nhánh chính là động mạch huyết răng sau trên, động mạch dưới ổ mắt, động mạch khẩu cái xuống và nhánh tận là động mạch bướm khẩu cái. Động mạch bướm khẩu cái sau khi ra khỏi lỗ bướm khẩu cái đi vào hốc mũi chia làm 2 nhánh chính trong 20% trường hợp, 80% chỉ có 1 nhánh chính. **Bàn luận:** Nghiên cứu cung cấp các đặc điểm về mạch máu hồ chân bướm khẩu cái qua nội soi. Từ đó ứng dụng trong thắt nút động mạch chọn lọc trong các cuộc phẫu thuật các khối u hốc mũi, xoang, hồ CBKC và các vùng khác của nền sọ hay thay cho nhét bấc mũi sau để kiểm soát chảy máu mũi. **Từ khóa:** hồ chân bướm khẩu cái, mào sàng, động mạch hàm trong, động mạch bướm khẩu cái

SUMMARY

ENDOSCOPIC ANATOMICAL LANDMARK OF THE PTERYGOPALATINE FOSSA IN VIETNAMESE ADULT CADAVERS

Background: The pterygopalatine fossa is a deep area and has a complex vascular structure, which should be understood when treating tumors in the nasopharynx or ligation of the blood vessels. Understand the endoscopic anatomical features of the pterygopalatine fossa to access this area safely. **Objectives:** To study the characteristics of anatomical landmarks in the pterygopalatine fossa through endoscopic dissection of fresh cadavers. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. From

*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công
 Email: congtmh@gmail.com
 Ngày nhận bài: 18.11.2021
 Ngày phản biện khoa học: 14.01.2021
 Ngày duyệt bài: 21.01.2022

September 2020 to June 2021, we examined 10 fresh cadaveric samples at The Anatomy Department – University of Medicine and Pharmacy at HCM city and recorded the characteristics of anatomical landmarks. Mean distance between the anterior nasal spine and the ethmoidal crest was $59,38 \pm 4,47$ mm. Mean distance between the anterior nasal spine and the posterior wall of maxillary sinus was $64,4 \pm 6,89$ mm. Mean distance between the anterior nasal spine and the internal maxillary artery was $62,68 \pm 5,73$ mm. The diameter of the internal maxillary artery is 3.3 ± 0.72 mm. The diameter of the sphenopalatine artery is $2,5 \pm 0,61$ mm. The palatine sphenoid artery after exiting the palatine foramen into the nasal cavity divides into 2 main branches in 20% of cases, 80% has only 1 main branch. **Results:** The study provides endoscopic characteristics of the palatine fossa vasculature. From there, it can be applied in selective arterial embolization in surgery for tumors of the nasal cavity, sinuses, the pterygopalatine fossa and other areas of the skull base or as an alternative to inserting posterior nasal packing to control nose bleeding.

Keywords: The pterygopalatine fossa, the ethmoidal crest, the internal maxillary artery, The palatine sphenoid artery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hố chân bướm khẩu cái là một vùng giải phẫu sâu và hẹp thuộc sàn sọ bên có thành phần cấu trúc phức tạp. Hố có hình nón ẩn sâu xuống hố dưới thái dương và ở sau xương hàm trên, nằm giữa mỏm xương bướm và lõm củ xương hàm trên gần với ổ mắt. Hố CBKC là vùng đi vào khe bướm - hàm trên dẫn đến lỗ bướm - khẩu cái. Hố chân bướm khẩu cái liên thông cơ học với hố sọ giữa, ổ mắt, hốc mũi, khoang miệng và hố dưới thái dương thông qua sáu lỗ và ống xương tự nhiên, chứa đựng những thành phần thần kinh và mạch máu quan trọng, đi ngang qua để đến những vùng lân cận[1-5]. Mục tiêu của nghiên cứu là thông qua phẫu tích xác qua nội soi xác định một số đặc điểm giải phẫu cũng như phân nhánh mạch máu trong hố chân bướm khẩu cái áp dụng trong phẫu thuật cắt bỏ khối u vùng mũi xoang hay thắt động mạch cầm máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng y đức Đại học Y Dược TP.HCM. Phẫu tích được tiến hành trên xác tươi bảo quản tại Bộ môn Giải Phẫu Đại học Y Dược TP.HCM. Tiêu chuẩn chọn xác là xác người Việt Nam trưởng thành không dị dạng, biến dạng vùng mặt và vùng hốc mũi 2 bên.

Chuẩn bị hốc mũi: Các xác nghiên cứu được phẫu tích theo quy trình sau: mở lỗ thông xoang hàm, nạo sàng trước sau, cắt bỏ cuốn mũi giữa và dưới, mở xoang bướm, cắt vách mũi xoang, xác định vị trí mào sàng, mở thành sau

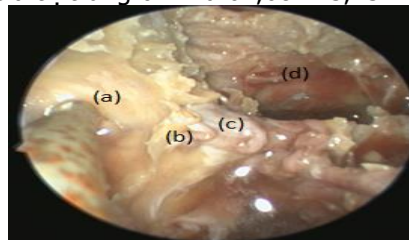
xoang hàm để bộc lộ hố chân bướm khẩu cái. Sau khi bộc lộ hố chân bướm khẩu cái, chúng tôi lấy bỏ lớp màng và mỡ trong hố để bộc lộ động mạch hàm trong và các phân nhánh. Tiến hành đo khoảng cách từ gai mũi trước tới các mốc giải phẫu: mào sàng, động mạch hàm trong; đo đường kính động mạch hàm trong, động mạch bướm khẩu cái; xác định phân nhánh của động mạch hàm trong.

Các kết quả đo được thực hiện bởi chính tác giả và được đo 3 lần. Trị số đo cuối cùng là trung bình cộng của 3 lần đo. Các kết quả được trình bày bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS version 20.0. (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA). Dùng kiểm định ANOVA test để so sánh sự khác biệt theo giới tính và bên mũi. Mỗi liên quan được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong quá trình nghiên cứu từ tháng 6/2021 đến tháng 9/2021, 10 xác tươi người Việt Nam trưởng thành được thực hiện phẫu tích qua nội soi tại Bộ môn Giải Phẫu Đại học Y Dược TP.HCM.

Sau khi mở lỗ thông xoang hàm, chúng tôi xác định vị trí của mào sàng sau khi bóc tách dưới niêm mạc mũi ở vị trí ngay sau lỗ thông xoang hàm khoảng 1cm. Mào sàng được xem là hiện diện nếu quan sát được một gờ xương kích thước > 1 mm. Khoảng cách từ gai mũi trước tới mào sàng là khoảng cách đo từ gai mũi trước tới bờ tự do của mào sàng. Giá trị trung bình là $59,38 \pm 4,47$ mm. Mào sàng xuất hiện trong 100% trường hợp các mẫu xác (20/20). Khoảng cách từ gai mũi trước tới thành sau xoang hàm là khoảng cách đo được từ gai mũi trước đến thành sau xoang hàm sau khi mở rộng lỗ thông tự nhiên của xoang hàm. Giá trị đo trung bình là $64,4 \pm 6,89$ mm. Khoảng cách trung bình từ gai mũi trước tới động mạch hàm trong là khoảng cách đo được từ gai mũi trước tới động mạch hàm trong đoạn vừa ra khỏi khe chân bướm hàm. Giá trị trung bình là $62,68 \pm 5,73$ mm.



Hình 1: Bóc tách niêm mạc xoang hàm
(a) thành sau xoang hàm, (b): mào sàng. (c): động mạch bướm khẩu cái, (d) xoang bướm

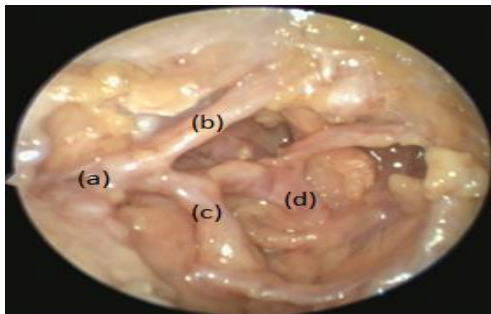
Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới về khoảng cách từ gai mũi trước tới thành sau xoang hàm, mào sàng, động mạch hàm trong và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê giữa hai bên hốc mũi.

Bảng 1: Khoảng cách từ gai mũi trước tới các mốc giải phẫu theo giới tính

	Chung	Nam	Nữ	Giá trị p
Thành sau xoang hàm	64,4 ± 6,89mm	68,7 ± 7,02mm	60,5 ± 4,14mm	<0,05
Mào sàng	59,38 ± 4,47mm	61,3 ± 4,39mm	57,45 ± 3,83mm	0,051
Động mạch hàm trong	62,68 ± 5,73mm	66,4 ± 4,22mm	58,95 ± 4,54mm	<0,05

Bảng 2: Khoảng cách từ gai mũi trước tới các mốc giải phẫu theo bên

	Chung	Phải	Trái	Giá trị p
Thành sau xoang hàm	64,4 ± 6,89mm	64,7 ± 7,15mm	64,1 ± 6,99mm	0,85
Mào sàng	59,38 ± 4,47mm	59,7 ± 5,33mm	59,05 ± 3,69mm	0,75
Động mạch hàm trong	62,68 ± 5,73mm	63,05 ± 6,21mm	62,3 ± 5,51mm	0,77



Hình 2: Động mạch hàm trong trong hố CBKC và các phân nhánh

(a): động mạch hàm trong, (b) động mạch dưới ổ mắt, (c) động mạch huyết răng sau trên, (d): động mạch khẩu cái xuống.

Đường kính động mạch hàm trong là số đo đường kính của động mạch đoạn vừa ra khỏi khe chân bướm hàm. Giá trị trung bình là 3,3 ± 0,72mm. Đường kính động mạch bướm khẩu cái là số đo đường kính của động mạch trong hố chân bướm khẩu cái trước khi qua lỗ bướm khẩu cái để vào hốc mũi. Giá trị trung bình là 2,5 ± 0,61mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đường kính các động mạch trong hố chân bướm khẩu cái về giới tính cũng như bên.

Về phân nhánh của động mạch hàm trong, động mạch huyết răng sau trên được ghi nhận xuất hiện trong 100% trường hợp (20/20), động mạch dưới ổ mắt được ghi nhận xuất hiện trong 95% trường hợp (19/20), động mạch khẩu cái xuống được ghi nhận xuất hiện trong 100% trường hợp. Động mạch ống chân bướm và các nhánh thông động mạch não giữa là các nhánh rất nhỏ, thường dễ bị bỏ sót và không được ghi nhận trong 10 xác phẫu tích.

Động mạch bướm khẩu cái là nhánh tận của động mạch hàm trong, đổi tên thành động mạch bướm khẩu cái để vào cung cấp máu cho vùng hốc mũi. Theo ghi nhận trong nhóm nghiên cứu, có 16/20 trường hợp động mạch bướm khẩu cái

có 1 thân chính sau khi rời khỏi lỗ bướm khẩu cái để vào hốc mũi. 20% trường hợp, động mạch bướm khẩu cái chia làm hai thân chính. Hai phân nhánh này là nhánh tận vách ngăn ở sau ngoài, đi ngang qua mặt trước xoang bướm để cung cấp máu cho vách ngăn và nhánh mũi hướng xuống dưới để cung cấp máu cho hốc mũi qua các nhánh nhỏ dọc theo bụng cuốn mũi giữa và đuôi cuốn mũi dưới.

IV. BÀN LUẬN

Tần suất xuất hiện mào sàng trong nghiên cứu của chúng tôi là 20/20 chiếm tỉ lệ 100%. Kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Lê Thị Mộng Thu [6], Bùi Thái Vi [7], Bolger [8], Padua [9] và Rudmik [10], tỉ lệ xuất hiện của mào sàng là 100%. Kết quả nghiên cứu của Võ Công Minh [11], tỉ lệ xuất hiện của mào sàng là 97%. Kết quả này tương đối phù hợp nhau giữa nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả này. Về tương quan vị trí giữa mào sàng và bó mạch bướm khẩu cái, trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trường hợp bó mạch đều nằm phía sau hoặc sau dưới của mào sàng. Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Bolger với 21/22 trường hợp bó mạch nằm sau mào sàng và 1/20 trường hợp bó mạch nằm dưới mào sàng 1 đoạn 3mm. Hay trong nghiên cứu của Rudmik với tỉ lệ 98% bó mạch nằm sau mào sàng. Như vậy, sự có mặt của mào sàng luôn ổn định và luôn nằm trước bó mạch bướm khẩu cái. Do đó, chúng ta có thể xem mào sàng của xương khẩu cái là mốc đáng tin cậy để tìm vị trí của lỗ bướm khẩu cái và động mạch bướm khẩu cái. Khoảng cách trung bình từ gai mũi trước tới mào sàng trong nghiên cứu của chúng tôi là 59,38 ± 4,47mm, không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Võ Công Minh hay của Padua.

Động mạch hàm trong xuất hiện từ góc dưới ngoài của hố CBKC, nằm giữa cơ chân bướm trong và cơ chân bướm ngoài, từ khe chân bướm

hàm đi ra. Đây là vị trí khá sâu và có liên quan đến hố dưới thái dương. Để tìm được động mạch này, chúng ta cần tìm được cơ chân bướm trong và cơ chân bướm ngoài, sau đó dò tìm xuống dưới để xác định bờ tự do của khe chân bướm hàm, động mạch hàm trong sẽ đi trong khe này. Động mạch hàm trong có đường kính khá lớn, trung bình 3,3mm và không có sự khác biệt về giới tính và bên phải/trái trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Võ Công Minh cho kết quả đường kính trung bình của động mạch hàm trong là $4,34 \pm 0,83$ mm lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể là do sự khác biệt về cỡ mẫu. Khi tổn thương động mạch này sẽ gây chảy máu nhiều. Vì vậy, cần xác định rõ vị trí của động mạch hàm trong trước khi đi sâu hơn.

Trong hố CBKC, sau khi mở thành sau xoang hàm và lấy đi các tế bào mỡ đệm, thành phần mạch máu là tổ chức giải phẫu nằm nông nhất. Trong lúc phẫu tích, các nhánh của động mạch hàm hầu như luôn xuất hiện là: động mạch huyết răng sau trên, động mạch dưới ổ mắt, động mạch khẩu cái xuống và động mạch bướm khẩu cái. Các động mạch này phân nhánh theo thứ tự từ ngoài vào trong từ động mạch hàm trong như sau: Động mạch huyết răng sau trên – động mạch dưới ổ mắt – động mạch khẩu cái xuống – nhánh tận động mạch bướm khẩu cái. Quan tâm lâm sàng đối với động mạch hàm trong và phân nhánh của nó chủ yếu tập trung vào ứng dụng trong các cuộc phẫu thuật loại bỏ các khối u mũi xoang, nền sọ hoặc trong điều trị chảy máu mũi sau, chảy máu mũi tái phát. Do đó, ứng dụng lâm sàng chính là để thắt nút động mạch chọn lọc trong các cuộc phẫu thuật các khối u hốc mũi, xoang, hố CBKC và các vùng khác của nền sọ hay thay cho nhét bắc mũi sau để kiểm soát chảy máu mũi

Bó mạch bướm khẩu cái sau khi qua lỗ bướm khẩu cái để vào hốc mũi cho ra một thân chính trong 80% trường hợp và 20% còn lại là có hai thân chính. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Rudmik có 60-80% trường hợp động mạch bướm khẩu cái có một thân chính, 15-20% có hai thân chính. Ngoài ra, trong nghiên cứu của Rudmik còn có trường hợp động mạch bướm khẩu cái có ba thân chính với tỉ lệ xuất hiện là 5-10%. Nghiên cứu của Kim JK [12], tỉ lệ nhánh tận của động mạch hàm chia đôi ngay trước lỗ bướm khẩu cái là 18%. Trong nghiên cứu của Lê Thị Mộng Thu, 100% trường hợp động mạch bướm khẩu cái có một thân chính. Nghiên cứu của Võ Công Minh, 80% trường hợp động mạch bướm

khẩu cái có một thân chính, 20% có 2 thân chính. Như vậy, trong đa số trường hợp, động mạch bướm khẩu cái có một thân chính khi ra khỏi lỗ bướm khẩu cái. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý là có 20% trường hợp có từ hai phân nhánh chính trở lên. Điều này cần được chú ý khi thực hiện phẫu thuật thắt động mạch bướm khẩu cái điều trị chảy máu mũi, phẫu thuật viên cần xác định hết các nhánh của động mạch để tránh bỏ sót, dẫn đến cầm máu không hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Kết quả trong nghiên cứu cung cấp các đặc điểm giải phẫu của hố chân bướm khẩu cái qua nội soi, ứng dụng trong phẫu thuật các khối u vùng mũi xoang, sàn sọ, hay ứng dụng trong thắt nút động mạch chọn lọc trong các cuộc phẫu thuật các khối u hốc mũi, xoang, hố CBKC và các vùng khác của nền sọ hay thay cho nhét bắc mũi sau để kiểm soát chảy máu mũi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fortes FS, Sennes LU, Carrau RL, Brito R, Ribas GC, Yasuda A, Rodrigues AJ Jr, Snyderman CH, Kassam AB (2008), Endoscopic anatomy of the pterygopalatine fossa and the transpterygoid approach: development of a surgical instruction model, *Laryngoscope*, Jan; 118(1), pp. 44-9.
2. Hosseini SM, Borghei P. Rhinocerebral mucormycosis: pathways of spread (2005), *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 262: pp. 932–938.
3. Nouraei SA, Maani T, Hajioff D, et al. Outcome of endoscopic sphenopalatine artery occlusion for intractable epistaxis: A 10-year experience (2007), *Laryngoscope*, 117, pp. 1452–1456.
4. Solares CA, Ong YK, Snyderman CH (2010), Transnasal endoscopic skull base surgery: what are the limits?, *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 18(1), pp. 1-7.
5. Tajudeen BA, Kennedy DW (2017), Thirty years of endoscopic sinus surgery: What have we learned?, *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, 3(2), pp. 115–121.
6. Lê Thị Mộng Thu (2018), "Đánh giá hiệu quả đốt động mạch bướm khẩu cái qua nội soi điều trị chảy máu mũi tại Bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học TPHCM*. tập 22, pp. 88-91
7. Bùi Thái Vi (2001), "Nghiên cứu cấu trúc của mào sàng và lỗ bướm khẩu cái để định vị động mạch bướm khẩu cái, ứng dụng trong phẫu thuật nội soi thắt mạch bướm khẩu cái", *Luận án tiến sĩ Y học*. Đại Học Y Dược TPHCM.
8. W. E. Bolger (2005), "Endoscopic transpterygoid approach to the lateral sphenoid recess: surgical approach and clinical experience", *Otolaryngol Head Neck Surg*. 133(1), pp. 20-6.
9. F. G. Padua and Voegels, R. L. (2008), "Severe posterior epistaxis-endoscopic surgical anatomy", *Laryngoscope*. 118(1), pp. 156-61. L. Rudmik and Smith, T. L. (2012), "Management of intractable spontaneous epistaxis", *Am J Rhinol Allergy*. 26(1),

- pp. 55-60.
10. **L. Rudmik and Smith, T. L. (2012)**, "Management of intractable spontaneous epistaxis", *Am J Rhinol Allergy*. 26(1), pp. 55-60.
11. **Võ Công Minh (2020)**, "Nghiên cứu các mốc giải phẫu hố chân bướm khẩu cái qua nội soi góp

- phần ứng dụng trong phẫu thuật Tai Mũi Họng", Luận án tiến sĩ Y học. Đại học Y dược TP.HCM.
12. **J. K. Kim, Cho, J. H., Lee, Y. J., et al. (2010)**, "Anatomical variability of the maxillary artery: findings from 100 Asian cadaveric dissections", *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 136(8), pp. 813-8.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN HỒI SỨC ĐƯỢC LỌC MÁU LIÊN TỤC TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Tuấn Phong¹, Bùi Thị Hương Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị tổn thương thận cấp ở bệnh nhân hồi sức được lọc máu liên tục thông qua các tiêu chí về diễn biến của phân độ tổn thương thận, lượng nước tiểu và điểm SOFA. **Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân trên 18 tuổi có tổn thương thận cấp được chẩn đoán theo RIFLE và được điều trị lọc máu liên tục tại khoa Hồi sức tích cực BV Bạch Mai. **Kết quả:** có 81 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, phân bố độ tổn thương thận lần lượt là không AKI 11,1%, AKI-R 19,8%, AKI-I 8,6% và AKI-F là 60,5%, phân bố về nước tiểu: 25,9% vô niệu, 16,1% thiếu niệu và 58% có số lượng nước tiểu bình thường. Điểm SOFA trung vị là 10 ngày đầu và giảm xuống còn 8 ở ngày ra viện. **Kết luận:** Phân bố về mức độ tổn thương thận tăng dần theo chiều hướng nặng dần trong quá trình điều trị, kể cả có lọc máu liên tục. Theo dõi lượng nước tiểu và SOFA có thể giúp ích trong tiên lượng bệnh nhân.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF ACUTE KIDNEY INJURY IN CRITICAL PATIENTS RECEIVING CONTINUOUS HEMOFILTRATION AT THE INTENSIVE CARE UNIT OF BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To study and evaluate the results of acute kidney injury treatment in critical patients undergoing continuous hemofiltration through the criteria of progression of kidney injury grading, urine output and SOFA score. **Research subjects:** patients over 18 years old with acute kidney injury diagnosed according to RIFLE and receiving continuous hemofiltration treatment at the Intensive Care Unit of Bach Mai Hospital. Results: 81 patients were included in the study, the distribution of kidney injury was: no AKI 11.1%, AKI-R 19.8%, AKI-I 8.6% and AKI-F

respectively 60.5%, urinary distribution: 25.9% anuria, 16.1% oliguria and 58% normal urine volume. The median SOFA score was 10 at the first day and decreased to 8 on the day of discharge. **Conclusion:** The distribution of kidney damage increased gradually in the course of treatment, including continuous hemofiltration. Monitoring of urine output and SOFA may be helpful in patient prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp (AKI) là một hội chứng thường gặp trong hồi sức cấp cứu. Tổn thương thận cấp ở bệnh nhân hồi sức thường do nhiều nguyên nhân phối hợp như thiếu dịch, nhiễm khuẩn, đặc biệt là sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, sốc chấn thương, sử dụng thuốc độc với thận, tụt huyết áp kéo dài, tiêu cơ vân... [1]

Lọc máu liên tục là một trong những phương pháp điều trị được chỉ định trong nhiều trường hợp bao gồm do thận: suy thận cấp, toan chuyển hóa, quá tải thể tích...) hay không do thận như sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, viêm tụy cấp, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển... Phương pháp này có nhiều ưu điểm vì tiến hành liên tục 24 giờ trong ngày, các chất hòa tan cũng như lượng dịch thừa trong cơ thể được đào thải từ từ và liên tục; chính vì vậy, ít ảnh hưởng đến huyết động. Do vậy, lọc máu liên tục rất cần thiết đối với bệnh nhân ở khoa Hồi sức tích cực-nơi điều trị cho những bệnh nhân nặng, huyết động không ổn định, rối loạn chuyển hóa nặng và mất cân bằng nội môi. [2]

Các dữ liệu về kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân tổn thương thận cấp được lọc máu liên tục ít được tiếp cận hoặc chưa được công bố, vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị tổn thương thận cấp ở bệnh nhân hồi sức được lọc máu liên tục.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tuấn Phong

Email: htp1@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.01.2022

Ngày duyệt bài: 17.01.2022