

Phẫu thuật MẠCH MÁU LỚN

LỜI NÓI ĐẦU

Trong thực hành phẫu thuật không có một cuộc mổ xẻ nào là không đụng chạm tới mạch máu, chủ yếu là các mạch máu ngoại biên. Trong bệnh lý của các cơ quan trong cơ thể, bệnh của mạch máu đã chiếm một vị trí khá quan trọng mà các nhà nội khoa và ngoại khoa đều luôn luôn hết sức quan tâm.

Trong và sau bất cứ một cuộc chiến tranh nào, vết thương và di chứng của vết thương mạch máu vẫn là một vấn đề thời sự nóng hổi, đòi hỏi các nhà phẫu thuật phải giải quyết một cách khẩn trương để cứu sống tính mạng cho người bị nạn.

Phẫu thuật điều trị các vết thương mạch máu bằng phương pháp mổ xẻ đơn giản thắt mạch máu đã có từ trước Công nguyên, nhưng phẫu thuật điều trị triệt để các bệnh và tổn thương ở mạch máu mới chỉ được bắt đầu cách đây gần sáu chục năm. Như vậy, mổ điều trị các bệnh và tổn thương ở mạch máu vẫn là một chuyên khoa không còn trẻ trong ngành phẫu thuật.

Trước đây và hiện nay, trong đại đa số các nước trên thế giới, chuyên khoa này được ghép với chuyên khoa tim thành một chuyên khoa

chung gọi là chuyên khoa tim - mạch (nội khoa và ngoại khoa). Ở một số nước có nền khoa học kỹ thuật tiên tiến hiện nay, vì sự cần thiết phải phát triển chuyên khoa càng ngày càng sâu và càng cao, phẫu thuật mạch máu đã được tách thành một chuyên khoa riêng biệt.

Ở Việt Nam, phẫu thuật mạch máu cũng là một chuyên khoa tương đối mới và đang trên đà phát triển.

Trong cuốn sách này, chúng tôi muốn đóng góp một phần nhỏ kinh nghiệm của mình qua hơn 50 năm làm công tác mổ xẻ điều trị các bệnh và tổn thương ở mạch máu, nhất là những vết thương và di chứng vết thương hỏa khí ở mạch máu đã xảy ra trong cuộc kháng chiến chống Mỹ cứu nước anh hùng của nhân dân ta.

Chúng tôi hy vọng rằng cuốn sách nhỏ này sẽ giúp ích được một phần nào cho các bạn đồng nghiệp còn trẻ tuổi nghề và các bạn đồng nghiệp không chuyên khoa về phẫu thuật mạch máu, còn bỡ ngỡ với kỹ thuật xử trí các vết thương mạch máu và cầm máu trong các cuộc mổ xẻ lớn.

Đây là cuốn sách đầu tiên viết về chuyên đề “PHẪU THUẬT MẠCH MÁU” ở nước ta, nên không tránh khỏi có những thiếu sót. Chúng tôi mong nhận được sự đóng góp xây dựng của các bạn đồng nghiệp.

Cuối cùng chúng tôi xin chân thành cảm ơn tập thể phòng 1-B Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cộng hòa Dân chủ Đức (Hà Nội), phân viện dã chiến của các viện và các bệnh viện trung ương, Bệnh viện Hoài Đức thuộc tỉnh Hà Sơn Bình (nay thuộc thành phố Hà Nội), Bệnh viện E Hà Nội và Bệnh viện Chợ Rẫy (Thành phố Hồ Chí Minh) đã nhiệt tình cộng tác và giúp đỡ chúng tôi hoàn thành cuốn sách này.

TÁC GIẢ

CHƯƠNG I

LỊCH SỬ PHẪU THUẬT MẠCH MÁU

Lịch sử “phẫu thuật mạch máu” có từ trước Công nguyên. Thắt mạch máu là một thủ thuật cầm máu duy nhất ở thời kỳ đó.

Ở thế kỷ thứ I, Celsus là người đầu tiên đã viết tả về kỹ thuật thắt mạch máu bị thương.

Mặc dầu thế, phương pháp cầm máu ngoại khoa đơn giản này đã bị hạn chế và hầu như bị bỏ quên do nhiều điều kiện xã hội khác nhau, trong đó có sự kiểm chế của đạo giáo. Nhà thờ cấm mổ tử thi để nghiên cứu sự cấu trúc của các cơ quan trong cơ thể, trong đó có các mạch máu. Do đó, khoa học mổ xẻ trên mạch máu cũng không phát triển được.

Nhiều thế kỷ trôi qua, mãi tới năm 1570, phương pháp thắt mạch máu mới lại được nhà bác học Pháp nổi tiếng Ambroise Paré phục hồi lại. Cho tới cuối thế kỷ thứ XIX, thắt mạch máu vẫn là một phương pháp duy nhất để chữa các vết thương mạch máu.

Thắt mạch máu được coi là một tiến bộ của phẫu thuật trong thời kỳ ấy. Tuy nhiên, nó không phải là một phương pháp hoàn hảo vì sau khi thắt mạch máu, có thể xảy ra nhiều biến chứng nghiêm trọng như hủy hoại tuần hoàn trong các cơ quan và các tổ chức, hoại tử các chi, v.v...

Lịch sử của phẫu thuật khâu mạch máu cũng có từ lâu. Năm 1759, Hallowell trong khi mổ, tình cờ làm thủng động mạch cánh tay và ông đã khâu chỗ thủng lại bằng hai mũi chỉ thường. Sau khi khâu, mạch đập trở lại bình thường, bệnh nhân khỏi.

Trong vòng trên một trăm năm sau Hallowell, phương pháp khâu mạch máu đã không được áp dụng rộng rãi vì kết quả xấu.

Đầu thế kỷ thứ XIX, nhận thấy tầm quan trọng của phẫu thuật phục hồi lại sự lưu thông của các mạch máu sau khi bị thương, giảm xuống mức tối thiểu phải của cụt chi do hậu quả của phẫu thuật thắt mạch máu, nhà bác học Nga nổi tiếng Pirôgốp đã nói: “Đối với phẫu thuật sẽ là một kỷ nguyên mới nếu người ta biết làm ngừng chảy máu nhanh và hoàn bị bằng một phương pháp không cần phải thắt mạch máu”.

Năm 1882, Gluck có ý định phục hồi lại phương pháp khâu mạch máu trên súc vật, nhưng không đạt được kết quả. Cũng năm ấy, Shède công bố một trường hợp khâu tĩnh mạch đùi bị thương trong khi mổ với kết quả tốt.

Năm 1889, nhà phẫu thuật Nga Janôpski, người đầu tiên đã chứng minh và lý luận một cách khoa học về kỹ thuật và phương pháp khâu mạch máu trong thực nghiệm.

Năm 1895, lần đầu tiên trong lịch sử phẫu thuật mạch máu, Shabanhep, Sheghe, Manteiphen và Orlôp đã áp dụng phương pháp khâu mạch máu vào lâm sàng để chữa các túi phình động mạch và lấy bỏ cục máu từ trong lòng động mạch bị tắc ra.

Phẫu thuật mạch máu phát triển từ thắt và khâu các mạch máu bị thương đến phương pháp nối lại các mạch máu bị đứt đôi hoàn toàn, ghép các mạch máu bị đứt đôi với hai đầu đứt ở cách xa nhau hoặc bắc cầu nối mạch máu (shunt hay pontage), bỏ qua đoạn mạch máu bị tắc nghẽn.

Phẫu thuật nối mạch máu phát triển từ nối các tĩnh mạch đứt đôi tới nối các động mạch bị đứt đôi. Nối động mạch là một vấn đề khó và phức tạp vì áp lực động mạch cao, đòi hỏi phải khâu thật chắc và kín, không căng, không hẹp. Nếu khi mổ, làm tổn thương đến thành mạch, sẽ dẫn đến tắc động mạch và cuộc mổ sẽ bị thất bại.

Cho tới nay người ta đã đề xuất ra trên 30 phương pháp khâu nối mạch máu. (Brian, Jabouley - 1896; Littman - 1896; Murphy - 1897; Payr - 1900 và Danis - 1912; Carrel - 1902; Dorrance - 1906; Shapôgioncôp, Sapeshcô, Pôliansep, Sôlôviôp - 1950; Blalock - Meshalkin - 1950, v.v...). Tất nhiên, trong số đó có nhiều phương pháp không đáp ứng được nhu cầu sinh lý học và chỉ còn có ý nghĩa lịch sử.

Trong thực tế, ngay cả các phương pháp đã đáp ứng được một phần nào nhu cầu sinh lý học cũng không phải là những phương pháp toàn diện có thể áp dụng được cho tất cả các loại mạch máu: động mạch, tĩnh mạch; cỡ

nhỏ, cỡ lớn, v.v... Chính vì thế mà việc lựa chọn phương pháp này hay phương pháp khác là tùy theo ở những điều kiện cụ thể của từng trường hợp.

Trong những năm gần đây, khoa phẫu thuật mạch máu đã có nhiều tiến bộ đáng kể.

1. Từ chỗ khâu nối mạch máu bằng tay, các nhà phát minh sáng chế dụng cụ y tế Liên Xô đã chế tạo ra một loại máy khâu mạch máu có khả năng khâu nối được mạch máu đủ các cỡ và các kiểu khác nhau (tận-tận, tận-bên, v.v...) (*hình 1*).

2. Từ chỗ khâu bằng loại kim tròn thường phải xuyên chỉ qua trôn kim, người ta đã sáng chế ra một loại kim đặc biệt gọi là kim không gây chấn thương (loại kim liền chỉ) với đủ các cỡ to nhỏ khác nhau. Loại kim này không làm tổn thương thành mạch máu trong khi khâu (*hình 2*).

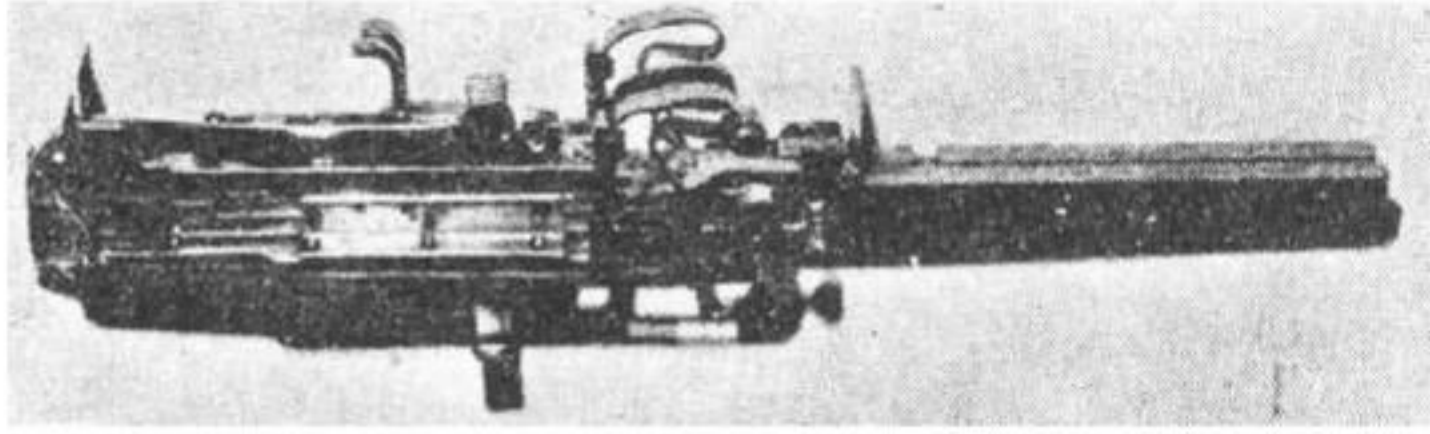
3. Từ chỗ khâu nối mạch máu tự nhiên, người ta đã áp dụng phương pháp ghép mạch máu bằng nhiều loại ống ghép khác nhau:

- Ống ghép nhân tạo bằng tơ hóa học (prothèses des vaisseaux en téflon, dacron, nylon, ivalon, lavsan) (*hình 3*).

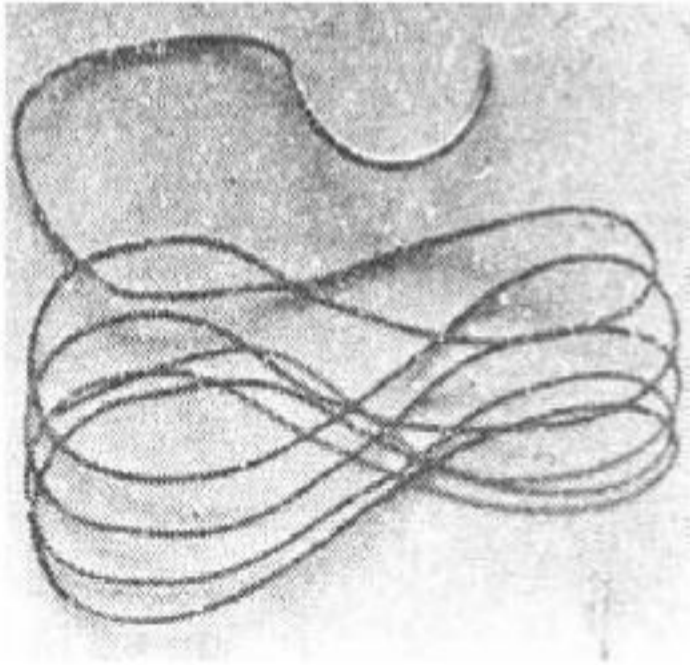
- Ống ghép bằng mạch máu tử thi, ghép cùng giống (homogreffes) (*hình 3*).

- Ống ghép bằng tĩnh mạch của chính bản thân người bệnh, ghép tự thân (autogreffes) (*hình 3*).

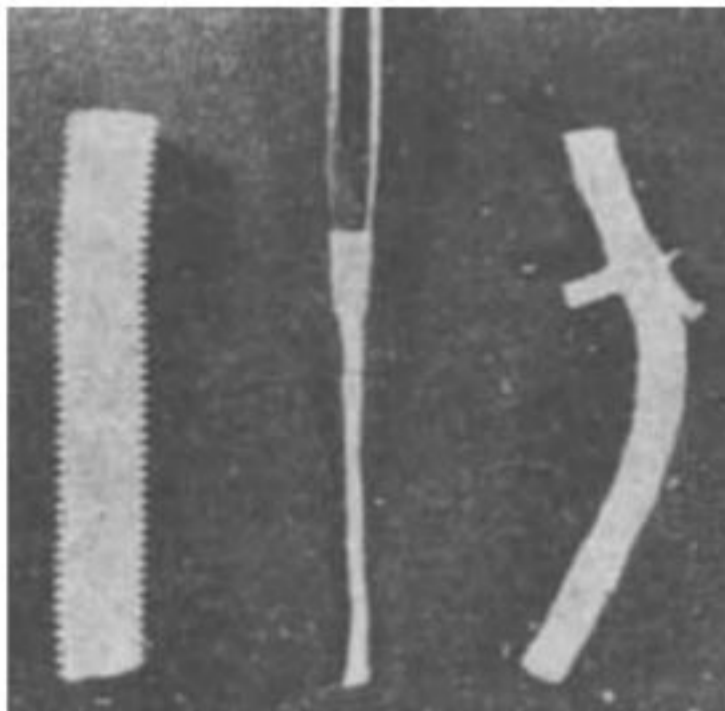
Qua kinh nghiệm nhiều năm nghiên cứu và ứng dụng trong thực tế lâm sàng, chúng tôi cũng như đại đa số các tác giả đã đánh giá rất cao loại ống ghép tự thân. Ống



Hình 1:
Máy khâu mạch máu của Liên Xô



Hình 2:
Kim khâu không chấn thương



Hình 3: Từ trái sang phải

- Ống ghép nhân tạo bằng tơ dacron.
- Ống ghép bằng tĩnh mạch hiển trong của người bệnh.
- Ống ghép bằng đoạn động mạch cùng giống.

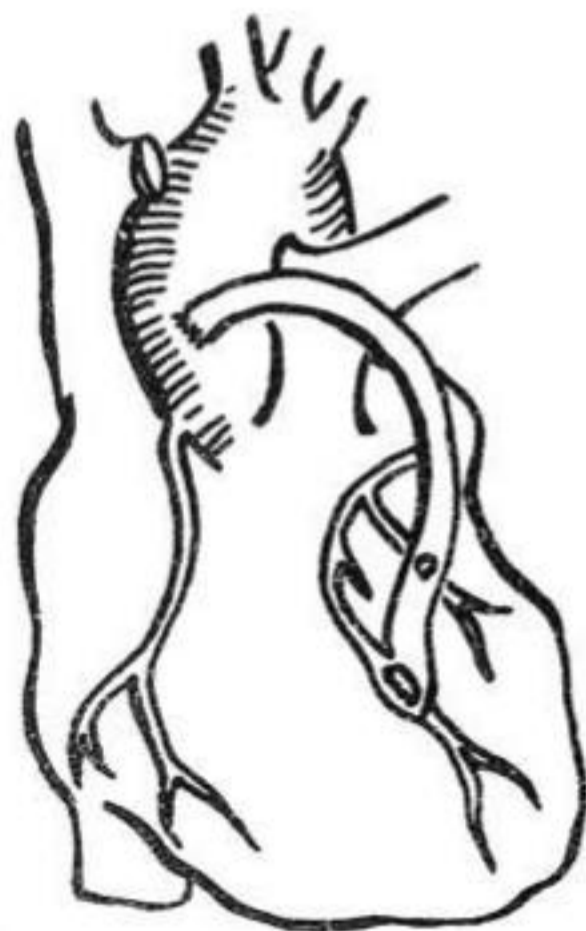
ghép cùng giống, và nhất là ống ghép nhân tạo có nhiều biến chứng trong các trường hợp ghép mạch máu ngoại biên như tắc nghẽn ống ghép sau mổ, mặc dầu nó cho kết quả tốt trong các trường hợp ghép các mạch máu lớn như động mạch chủ, quai động mạch chủ, v.v...

Phương pháp ghép mạch máu bằng các ống ghép khác giống (hétéro-greffe) hầu như không một tác giả nào áp dụng cả.

4. Từ chỗ thất các mạch máu bị thương được coi là một phẫu thuật phổ biến (trong Đại chiến Thế giới lần thứ hai chỉ 3 trường hợp được khâu nối trên tổng số 2471 vết thương mạch máu theo tài liệu của De Bakey - 1960), hiện nay đại đa số các mạch máu bị thương đã được khâu, nối, phục hồi lại sự lưu thông của mạch máu với kết quả tốt.

5. Từ chỗ điều trị vết thương mạch máu đã tiến tới điều trị có kết quả các di chứng mạch máu đủ các loại do vết thương hỏa khí và các loại vũ khí khác gây nên.

6. Từ chỗ điều trị phẫu thuật vết thương mạch máu đã tiến tới điều trị phẫu thuật có hiệu quả các bệnh của mạch máu như u máu, dị dạng mạch máu, viêm tắc động mạch, tắc và phình mạch máu do bệnh xơ mỡ động mạch, giãn tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch, và đặc biệt gần đây, phẫu thuật trên động mạch vành tim để điều trị các rối loạn cơ năng và bệnh ở hệ thống mạch vành như cơn đau cơ thắt vùng trước tim (angor pectoris), nhồi máu cơ tim, v.v... đã được nhiều nhà chuyên khoa tim mạch quan tâm và tiến hành có kết quả (*hình 4*).



Hình 4: Cầu nối giữa động mạch chủ với động mạch vành tim.

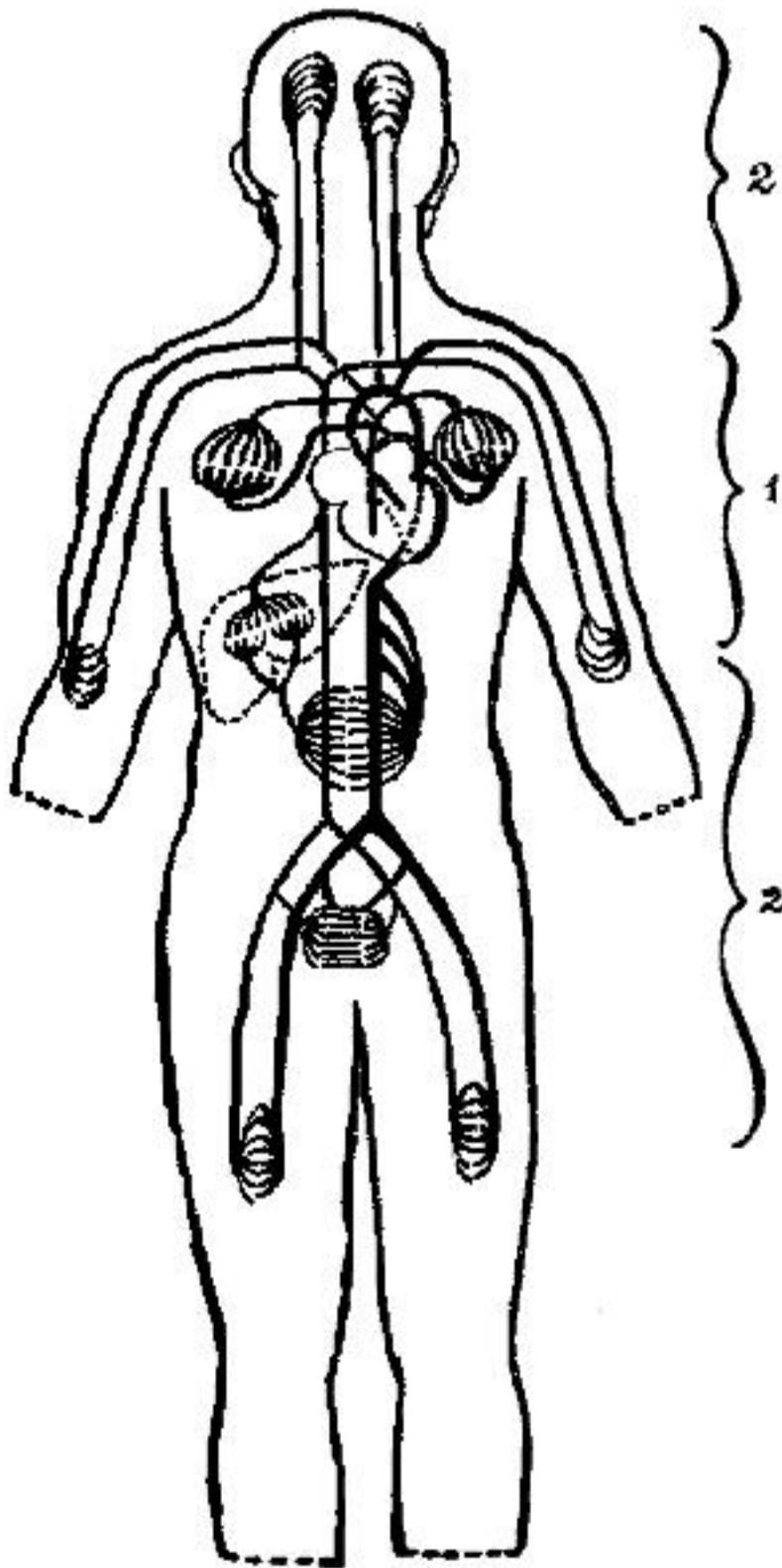
Phẫu thuật mạch máu không phải chỉ dừng lại ở đây, nó còn tiếp tục phát triển không ngừng song song với sự phát triển của khoa gây mê hồi sức, khoa phẫu thuật tim và đặc biệt là khoa phẫu thuật ghép các cơ quan bộ phận trong hiện tại và tương lai.

Hiện nay, phẫu thuật mạch máu đã đi quá xa so với thời kỳ mà thắt mạch máu bị thương và cắt cụt chỉ được coi là những biện pháp chính trong điều trị các bệnh và các tổn thương ở mạch máu. Khâu, nối và ghép mạch máu với mục đích phục hồi lại sớm sự lưu thông của các mạch máu là những phương pháp cơ bản hiện nay để xử trí ngay kỳ đầu bất cứ một loại tổn thương nào ở mạch máu, loại trừ một số trường hợp đặc biệt không cho phép tiến hành các thủ thuật này (như vết thương nhiễm trùng, hoại thư, hoại tử, v.v...).

Song song với phẫu thuật cổ điển ở các mạch máu lớn, nhỏ, chủ yếu là các động mạch, phương pháp can thiệp không xâm lấn đã ra đời, theo đó người ta đã đặt giá nâng (Stent) và các đoạn động mạch vành tim bị co thắt hoặc bị xơ vữa động mạch (với từng chỉ định cụ thể) bằng phương pháp thông tim. Người ta cũng áp dụng phương pháp ghép các đoạn động mạch chủ bị phình do xơ vữa động mạch bằng ống ghép nhân tạo qua kỹ thuật nội soi ở bụng hoặc nội soi khoang màng phổi.

CHƯƠNG II

GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ CỦA CÁC MẠCH MÁU LỚN NGOẠI BIÊN



Hình 5: Hệ thống tuần hoàn kín.

- 1- Vòng tiểu tuần hoàn (tim - phổi - tim)
- 2- Vòng đại tuần hoàn (tim - cơ thể - tim)

Hệ thống tuần hoàn gồm có tim và các mạch máu. Đó là một hệ thống khép thành hai vòng kín (*hình 5*).

1. Vòng thứ nhất gọi là vòng tiểu tuần hoàn, vòng này bắt đầu từ tim lên phổi, rồi lại từ phổi trở về tim.

2. Vòng thứ hai gọi là vòng đại tuần hoàn, vòng này bắt đầu từ tim đi tới các cơ quan, tới mọi chỗ tận cùng của cơ thể, và cuối cùng lại từ những nơi đó trở về tim.

Trong trường hợp này, chủ yếu chúng tôi nói về các mạch máu ngoại biên của vòng đại tuần hoàn, cụ thể là nói về các động mạch lớn xuất phát từ động mạch chủ và về các tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới.

Chúng ta đều biết rằng, khi nói tới mạch máu có nghĩa là nói tới động mạch, tĩnh mạch và bạch mạch vì ba loại mạch máu này có mối liên quan mật thiết với nhau.

Bạch mạch được coi như các mạch máu phụ của hệ thống tĩnh mạch. Nó có cấu trúc và hướng đi giống các tĩnh mạch. Bạch mạch cũng có van như tĩnh mạch, đem bạch huyết từ các tổ chức trở về tim. Hệ thống bạch huyết (bạch mạch và các hạch bạch huyết, các cơ quan sinh bạch huyết ở các niêm mạc) có ba nhiệm vụ sau đây:

1. Đem bạch huyết từ các tổ chức đổ vào các tĩnh mạch để trở về tim.

2. Sản xuất ra các tế bào lymphô.

3. Tiêu hủy các vật lạ và vi trùng lọt vào trong cơ thể.

Mặc dầu thế, trong cuốn sách nhỏ này chúng tôi không có tham vọng nói hết về cả ba loại mạch máu kể trên, mà chỉ nói về hai loại mạch máu chính là động mạch và tĩnh mạch. Hệ thống bạch huyết được xếp trong một chương trình nghiên cứu riêng khác.

Trong chương này, chúng tôi cũng sẽ không nói tỉ mỉ về giải phẫu định khu của các mạch máu vì phần này đã được viết tỉ mỉ trong các sách giáo khoa về giải phẫu định khu và phẫu thuật thực hành. Trong chương nói về kỹ thuật mổ xẻ ở mạch máu (ở dưới), chúng tôi sẽ nhắc tới từng phần riêng biệt về giải phẫu định khu trong những đoạn cần thiết phải làm sáng tỏ thêm các thì phẫu thuật.

I. CÁC ĐỘNG MẠCH LỚN NGOẠI BIÊN

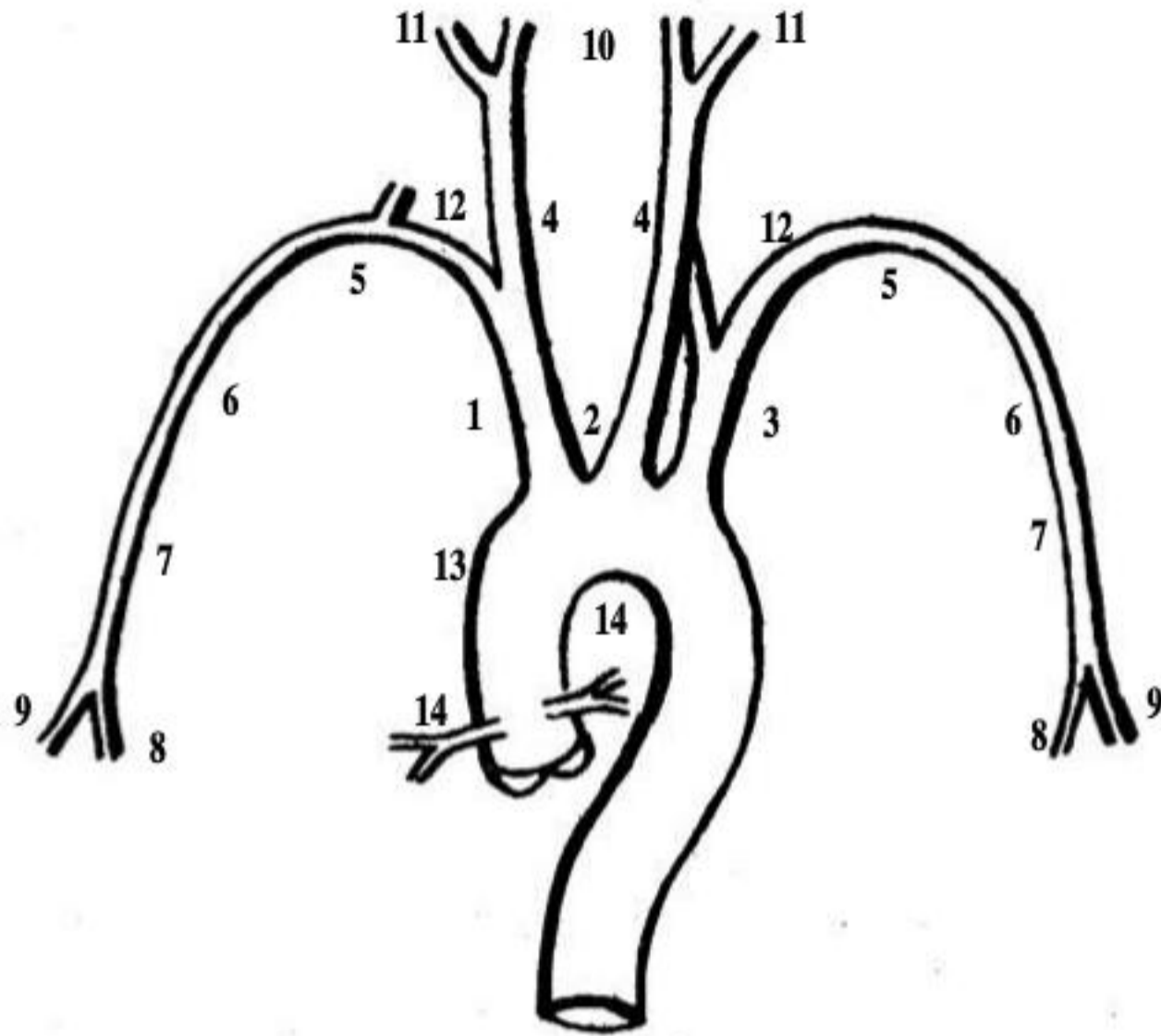
Chúng tôi quan niệm các động mạch lớn ngoại biên là những động mạch lớn bắt nguồn từ động mạch chủ, tiếp tục đi ra khỏi lồng ngực, khung chậu, và một số thân chính của các động mạch đem máu tới nuôi dưỡng các cơ quan mà ta gọi là các động mạch ngoài cơ quan (*artères externes des organes*). Chúng tôi chia các động mạch lớn ngoại biên gồm 3 nhóm lớn sau đây:

Nhóm I: Những động mạch lớn ngoại biên ở nửa trên cơ thể (hình 6).

1. Thân cánh tay - đầu (*truncus brachio-céphalicus*) hay còn gọi là động mạch không tên (*arteria anonyma*) cùng các nhánh chính của nó là:

a) *Động mạch dưới đòn phải* (*arteria subclavia dextra*), tiếp theo nó là động mạch nách (*a. axillaris*), động mạch cánh tay (*a. brachialis*) và các nhánh chia của động mạch cánh tay là động mạch quay và động mạch trụ (*a. radialis, a. ulnaris*).

b) *Động mạch cảnh chung bên phải* (*arteria carotis communis dextra*) cùng các nhánh chia của nó là động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài bên phải (*a. carotis interna, a. carotis externa*).



- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. Thân cánh tay - đầu. | 2. Động mạch cảnh trái (4') |
| 3. Động mạch dưới đòn trái (5') | 4. Động mạch cảnh phải. |
| 5. Động mạch dưới đòn phải | 6. Động mạch nách. |
| 7. Động mạch cánh tay. | 8. Động mạch trụ. |
| 9. Động mạch quay. | 10. Động mạch cảnh trong. |
| 11. Động mạch cảnh ngoài. | 12. Động mạch cột sống. |
| 13. Quai động mạch chủ. | 14. Các động mạch vành tim |

Hình 6: Các động mạch lớn ngoại biên ở nửa trên cơ thể và nhánh của nó

2. Động mạch cảnh chung bên trái (a. carotis communis sinistra) cùng các nhánh chia của nó là động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài (a. carotis interna, a. carotis externa) bên trái.

3. Động mạch dưới đòn trái (a. subclavia sinistra), tiếp theo nó là động mạch nách trái (a. axillaris sinistra), động mạch cánh tay trái (a. brachialis sinistra) và các nhánh chia của nó là động mạch quay và động mạch trụ trái (a. radialis, a. ulnaris sinistra).

Nhóm II: Những động mạch lớn đi vào nuôi các cơ quan trong ổ bụng (hình 7).

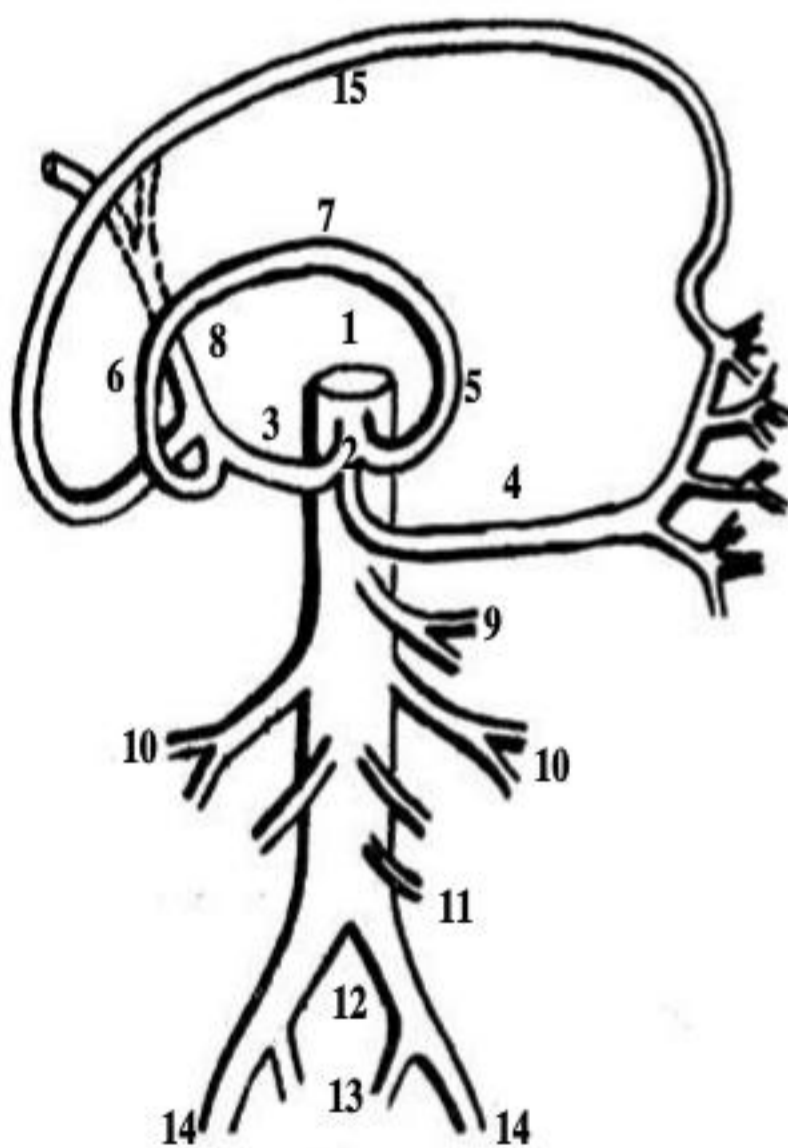
1. Động mạch thân tạng (truncus coeliacus) với các nhánh chính của nó là:

a) *Động mạch gan chung* (arteria hepatica communis).

b) *Động mạch vị trái* (arteria gastrica sinistra). Động mạch này nối với động mạch vị phải (arteria gastrica dextra - một nhánh của động mạch gan chung) làm thành một cung động mạch nằm dọc theo bờ cong nhỏ của dạ dày mà ta gọi là động mạch vành vị (arteria coronaria stomachica).

c) *Động mạch lách* (arteria lienalis).

2. Động mạch mạc treo tràng trên (arteria mesenterica superior).



1. Động mạch chủ bụng.
2. Động mạch thân tạng.
3. Động mạch gan chung.
4. Động mạch lách.
5. Động mạch vị trái.
6. Động mạch vị phải.
7. Động mạch vành vị.
8. Động mạch gan riêng.
9. Động mạch mạc treo tràng trên.
10. Động mạch thận phải và trái.
11. Động mạch mạc treo tràng dưới.
12. Động mạch chậu chung phải và trái.
13. Động mạch chậu trong phải và trái.
14. Động mạch chậu ngoài phải và trái.
15. Động mạch vị mạc nối phải.

Hình 7: Các động mạch lớn đi vào nuôi các cơ quan trong ổ bụng và các nhánh của nó

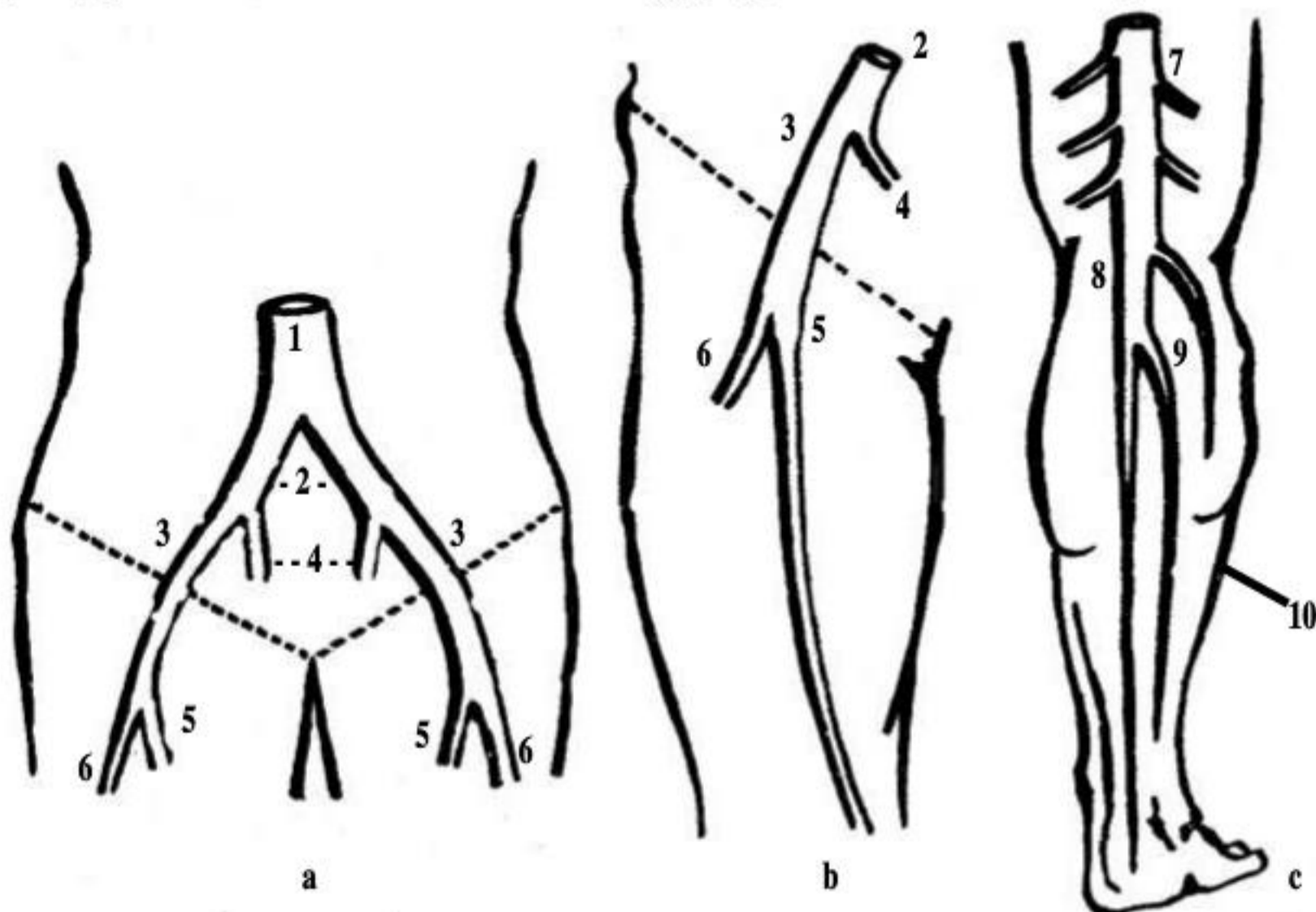
3. Động mạch thận phải và trái (arteria renalis dextra, sinistra).

4. Động mạch mạc treo tràng dưới (arteria mesenterica inferior).

Nhóm III: Những động mạch lớn ngoại biên ở nửa dưới cơ thể (hình 8).

1. Động mạch chậu chung phải và trái (arteria iliaca dextra, sinistra). Đây là hai động mạch lớn xuất phát từ nơi tận cùng của động mạch chủ bụng.

2. Động mạch chậu trong phải và trái (arteria iliaca interna dextra, sinistra) hay còn gọi là động mạch hạ vị phải và trái (arteria hypogastrica dextra, sinistra).



1. Động mạch chủ bụng.
2. Động mạch chậu chung.
3. Động mạch chậu ngoài.
4. Động mạch chậu trong.
5. Động mạch đùi.

6. Động mạch đùi sâu.
7. Động mạch khoeo.
8. Động mạch chày sau.
9. Động mạch chày trước.
10. Động mạch mác

Hình 8: Các động mạch lớn ngoại biên ở nửa dưới cơ thể

3. Động mạch chậu ngoài phải và trái (*arteria iliaca externa dextra, sinistra*).

4. Động mạch đùi phải và trái (*arteria femoralis dextra, sinistra*). Động mạch này là đoạn nối tiếp của động mạch chậu ngoài ở mỗi bên.

5. Động mạch đùi sâu phải và trái (*arteria profunda femoris dextra; sinistra*). Động mạch đùi sâu là nhánh lớn nhất của động mạch đùi ở mỗi bên.

6. Động mạch khoeo phải và trái (*arteria poplitea dextra, sinistra*). Động mạch khoeo là đoạn nối tiếp của động mạch đùi.

7. Động mạch chày trước phải và trái (*arteria tibialis anterior dextra, sinistra*).

8. Động mạch chày sau phải và trái (*arteria tibialis posterior dextra, sinistra*).

Động mạch chày trước và động mạch chày sau là hai nhánh chia lớn chính của động mạch khoeo ở mỗi bên.

9. Động mạch mác phải và trái (*arteria peronea dextra, sinistra*).

Càng đi xa khỏi tim, các động mạch càng chia nhánh nhỏ ra cho tới những nhánh nhỏ nhất gọi là tiểu động mạch (*arterioles*) và cuối cùng chia nhỏ vào mạng lưới mao mạch (*retecapillaris*).

Động mạch chủ và các động mạch lớn ngoại biên chủ yếu làm nhiệm vụ dẫn truyền máu từ tim đi nuôi cơ thể, cũng vì thế mà trước nhất nó phải chống đỡ lại với một khối lượng lớn máu do tim đẩy tới trong mỗi lần bóp với một áp lực cao (bình thường tới 110-120mm Hg). Khối lượng máu đó làm căng giãn động mạch chủ và các động

mạch lớn ngoại biên trong mỗi lần tim bóp. Áp lực trong các động mạch đó giảm xuống và thành của động mạch bớt căng tương ứng với thì tim nghỉ bóp để nhận máu từ cơ thể về tim phải và từ phổi về tim trái.

Do chức năng sinh lý và những biến đổi vật lý như trên mà sự cấu tạo của thành động mạch chủ và các động mạch lớn ngoại biên đã mang một tính chất cơ học đặc biệt. Thành mạch máu chủ yếu được cấu tạo bởi các màng và các sợi đàn hồi. Những động mạch này gọi là các động mạch loại đàn hồi (*artères élastiques*).

Ở những động mạch cỡ trung bình và cỡ nhỏ, áp lực từ tim truyền tới trong mỗi lần bóp đã giảm xuống nhiều. Các động mạch đó bắt buộc phải tự co bóp để dẫn máu đi tiếp tục, do đó những động mạch này, ngoài chức năng dẫn truyền máu, còn có chức năng co bóp. Chính vì vậy, lớp cơ trơn của thành mạch máu được phát triển mạnh hơn so với động mạch chủ và các động mạch lớn ngoại biên. Các động mạch cỡ trung bình và cỡ nhỏ được gọi là các động mạch loại cơ (*artères du type musculaire*).

Thành của mỗi động mạch được cấu tạo bởi ba lớp sau đây:

1. Lớp trong hay còn gọi là lớp nội mạc động mạch (*tunica intima*). Lớp này gồm có ba phần:

a) Phần nội mô (*endothélium*) hướng về phía lòng trong của động mạch.

b) Phần dưới nội mô (*subendothélium*).

c) Phần màng đàn hồi trong (*membrane élastique interne*).

2. Lớp giữa (tunica media) được cấu tạo bởi hai lớp cơ và các sợi đàn hồi: lớp cơ dọc ở ngoài và lớp cơ vòng ở trong, cả hai lớp cơ đan xen kẽ vào với các sợi đàn hồi.

3. Lớp ngoài (tunica externa) hay còn gọi là lớp áo vỏ (tunica adventitia) được cấu tạo bởi các sợi tổ chức liên kết.

Tất cả các phần tổ chức đàn hồi của thành động mạch hợp lại với nhau thành một cái khung mà ta gọi là khung đàn hồi (carcasse élastique). Khung đàn hồi làm việc giống như một cái lò xo, hay đúng hơn, như một ống cao su chun mỏng, một ống thun, đảm bảo tính chất đàn hồi thực sự của động mạch.

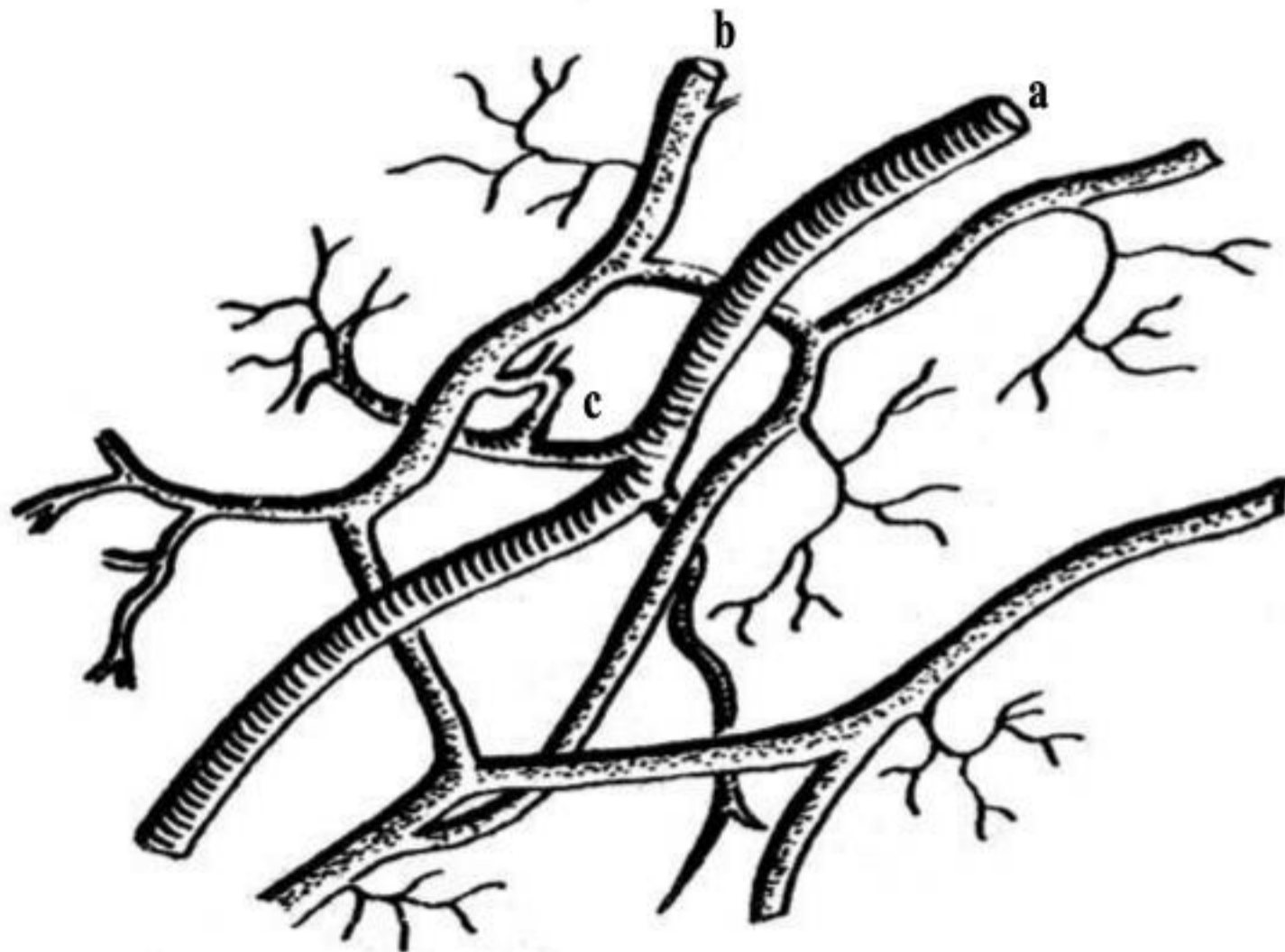
Lúc cơ thể còn sống, trái tim hoạt động, cơ bóp nhịp nhàng như một người chỉ huy dàn nhạc, và các động mạch lớn ngoài biên cùng các động mạch cỡ nhỏ và cỡ nhỏ cơ giãn, đàn hồi, hòa nhịp với trái tim giống như một ban hợp xướng đang hăng say biểu diễn không hề mỗi mệt, nghỉ ngơi. Khi đó, động mạch chứa đầy máu để đem đi nuôi các cơ quan, bộ phận trong cơ thể. Khi cơ thể chết, trái tim ngừng hoạt động, máu tràn vào các cơ quan, bộ phận và tràn sang hệ thống tĩnh mạch của tử thi. Lúc đó, các động mạch rỗng, bên trong không có máu. Chính vì vậy mà trong thời cổ xưa người ta cho rằng: động mạch là các ống chứa đầy không khí và đặt cho nó một cái tên là “ống chứa không khí” (arteria); tiếng Hy Lạp: “áer” là không khí, “tiréo” là tôi chứa.

Nói về các động mạch lớn ngoài biên không thể không nhắc tới một hiện tượng khá đặc biệt trong sự cấu tạo của toàn bộ hệ thống mạch máu, đó là sự chấp nối thông thương giữa nhánh ngang của một động mạch với nhau

và sự chấp nối thông thương giữa các nhánh của động mạch này với các nhánh của một hay nhiều động mạch khác. Những sự chấp nối động mạch đó (anastomoses artérielles)⁽¹⁾ đã giúp cho máu trong các động mạch được dẫn đi về khắp mọi ngả khác nhau trong cơ thể, giúp cho sự chuyển máu từ vùng này qua vùng khác một cách nhanh chóng, nhất là khi điều kiện của sự tuần hoàn bị biến đổi (như đứt động mạch, tắc động mạch, co thắt động mạch, thắt động mạch, v.v...). Những động mạch nối này (artères anastomoses) rất quan trọng đối với mỗi phẫu thuật viên trong khi tiến hành mổ xẻ ở những vùng và những cơ quan quan trọng trong cơ thể (động mạch nào có thể thắt được, động mạch nào không thể thắt được và nếu thắt sẽ gây hoại tử hoặc hoại thư các cơ quan bộ phận do động mạch này được phân bố đến nuôi dưỡng).

Trong những năm gần đây, nhờ có sự phát triển của kỹ thuật nghiên cứu về các mạch máu bằng phương pháp bơm các chất dẻo vào trong các mạch máu, rồi ngâm các cơ quan bộ phận vào các chất ăn mòn, bơm thuốc cản quang vào các mạch máu, v.v... để chụp X quang (Radner 1948, Tillander 1951, Bierman, Miller, Byron, Dod, Kelly, Black 1951, Seldinger 1953, Odman 1956, Pillai 1958, A. Vishnevski, P. Mazaep, V. Vinogradop, Kh. Kulieva, Lunderquist, Ollin, Olsson, Rosch, Bret, Morino, A. Zolotukhin, M. Prives, v.v...) mà người ta đã khẳng định rằng, giữa các mạch máu có sự chấp nối (anastomoses) rõ rệt. Những sự chấp nối đó không những chỉ có trong hệ thống động mạch, trong hệ thống tĩnh mạch riêng biệt, mà nó còn xuất hiện ở giữa hai hệ

(1) Anastomo: chữ Hy Lạp có nghĩa là nối, thông thương, mở 1 lỗ v.v...



a- Động mạch b- Tĩnh mạch.
 c- Chỗ chấp nối động-tĩnh mạch
 (theo tài liệu của A. Phêđrôva-1956)

Hình 9: Chỗ chấp nối động-tĩnh mạch

thống động mạch và tĩnh mạch với nhau mà ta thường gọi là sự chấp nối động-tĩnh mạch (*hình 9*). Qua nhiều công trình nghiên cứu trên súc vật thí nghiệm và trên xác chết, người ta khẳng định rằng hầu hết trong các cơ quan bộ phận đều có các chỗ nối chấp động-tĩnh mạch (ở thận, ở tim, ở phổi, ở lách, ở ruột, ở các cơ quan sinh dục, ở tuyến giáp, tuyến yên, ở các hạch giao cảm, v.v...).

Trong những điều kiện nhất định và ở mỗi thời điểm nhất định tùy theo cường độ của quá trình chuyển hóa các chất trong các cơ quan và bộ phận, máu động mạch có thể không chảy hết tới màng lưới mao mạch, mà một phần nào đó máu động mạch thừa có thể chảy qua những chỗ nối động-tĩnh mạch sang thẳng hệ thống tĩnh mạch, không qua các mao mạch. Trong trường hợp

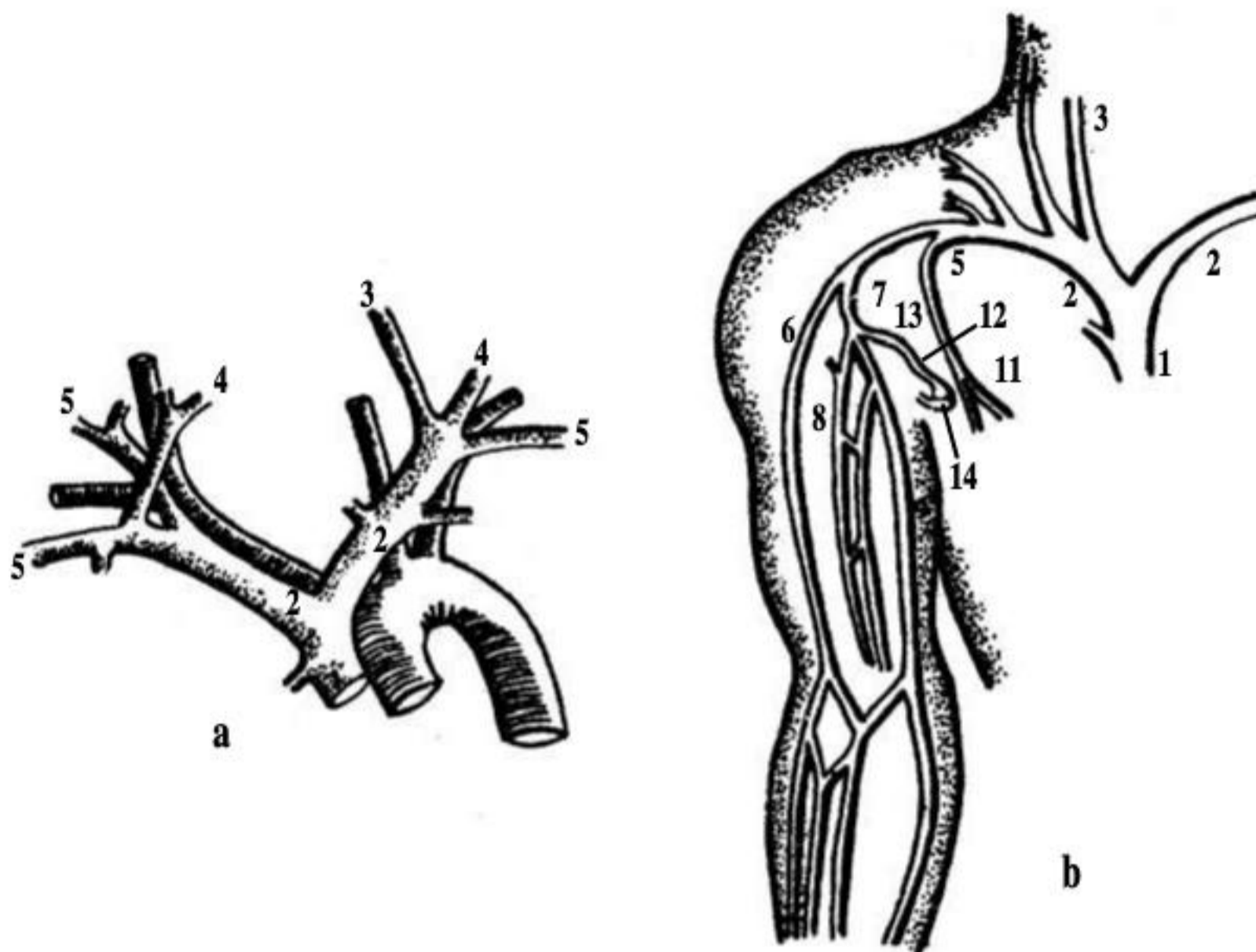
đó, về phương diện giải phẫu ta có thể thấy động mạch chia làm hai nhánh: nhánh lớn chính chia nhỏ mãi vào tới mạng lưới mao mạch, còn nhánh nhỏ hơn thì nối với tĩnh mạch, về cấu trúc, nó chuyển sang gần giống cấu trúc của tĩnh mạch. Nhờ có tính chất đặc biệt về chức năng của hệ thống chấp nối động-tĩnh mạch này mà cơ thể đã tiết kiệm được năng lượng hoạt động của cơ tim và trong một chừng mực nào đó có một ý nghĩa lớn đối với chức năng của các cơ quan và bộ phận trong cơ thể.

Các chỗ nối động-tĩnh mạch tham gia tích cực vào sự phân bố, điều chỉnh dòng máu lưu thông và điều chỉnh áp lực mao mạch trong các cơ quan bộ phận, trong đó, cơ chế điều chỉnh thần kinh đóng một vai trò quan trọng.

II CÁC TĨNH MẠCH LỚN NGOẠI BIÊN

Chúng tôi quan niệm, các tĩnh mạch lớn ngoại biên là những tĩnh mạch lớn đi ngược chiều song song với các động mạch lớn ngoại biên và cuối cùng đổ vào tĩnh mạch chủ trên hoặc tĩnh mạch chủ dưới để chuyển máu về nửa tim bên phải.

Đại đa số các tĩnh mạch lớn ngoại biên thuộc về hệ thống tĩnh mạch sâu, và thường cùng mang một tên giống tên của động mạch đi kèm. Tuy vậy, có một số ít tĩnh mạch nông cũng có kích thước lớn (như tĩnh mạch hiển trong, phần tương ứng ở nửa giữa và nửa trên của đùi và tĩnh mạch cảnh ngoài, v.v...), đi ngang trong lớp mỡ dưới da và hầu như không bao giờ có một động mạch nào đi kèm theo. Các động mạch cỡ nhỏ và cỡ trung bình thường có hai tĩnh mạch đi kèm theo, các động mạch lớn ngoại biên chỉ có một tĩnh mạch đi kèm.



1. Tĩnh mạch chủ trên.
2. Tĩnh mạch không tên phải và trái.
3. Tĩnh mạch cảnh trong phải và trái.
4. Tĩnh mạch cảnh ngoài phải và trái.
5. Tĩnh mạch dưới đòn phải và trái.
6. Tĩnh mạch ngoài cánh tay bên phải.
7. Tĩnh mạch nách phải.

8. Tĩnh mạch sâu cánh tay phải.
9. Tĩnh mạch nền trong cánh tay.
10. Tĩnh mạch ngang bả vai phải.
11. Tĩnh mạch ngực ngoài.
12. Tĩnh mạch ngực lưng.
13. Tĩnh mạch dưới bả vai.
14. Tĩnh mạch vòng quanh bả vai.

Hình 10: Các tĩnh mạch lớn ngoại biên ở nửa trên của cơ thể và các nhánh của nó (a và b)

Cũng như các động mạch, chúng tôi chia các tĩnh mạch lớn ngoại biên làm ba nhóm lớn sau đây:

Nhóm I: Các tĩnh mạch lớn ngoại biên ở nửa trên cơ thể (hình 10a, b)

Các tĩnh mạch lớn ngoại biên ở nửa trên cơ thể gồm có:

1. **Tĩnh mạch không tên phải và trái** (vena anonyma dextra, sinistra). Cả hai tĩnh mạch này chụm

lại với nhau và đổ thẳng vào tĩnh mạch chủ trên (vena cava superior).

2. Tĩnh mạch cảnh trong phải và trái (vena jugularis dextra, sinistra). Cả hai tĩnh mạch này hợp cùng với tĩnh mạch dưới đòn đổ vào tĩnh mạch không tên phải và trái.

3. Tĩnh mạch dưới đòn phải và trái (vena subclaviae dextra, sinistra). Các tĩnh mạch này là đoạn nối tiếp của tĩnh mạch nách và tĩnh mạch ngoài cánh tay (vena cephalica) ở hai bên hợp lại, cùng với tĩnh mạch cảnh trong và tĩnh mạch cảnh ngoài, nó đổ vào tĩnh mạch không tên ở hai bên.

4. Tĩnh mạch nách phải và trái (vena axillaris dextra, sinistra). Đó là đoạn nối tiếp của tĩnh mạch sâu cánh tay (vena profunda brachii) và tĩnh mạch nền trong cánh tay (vena basilica) hợp lại đổ vào.

5. Tĩnh mạch ngoài cánh tay (vena cephalica).

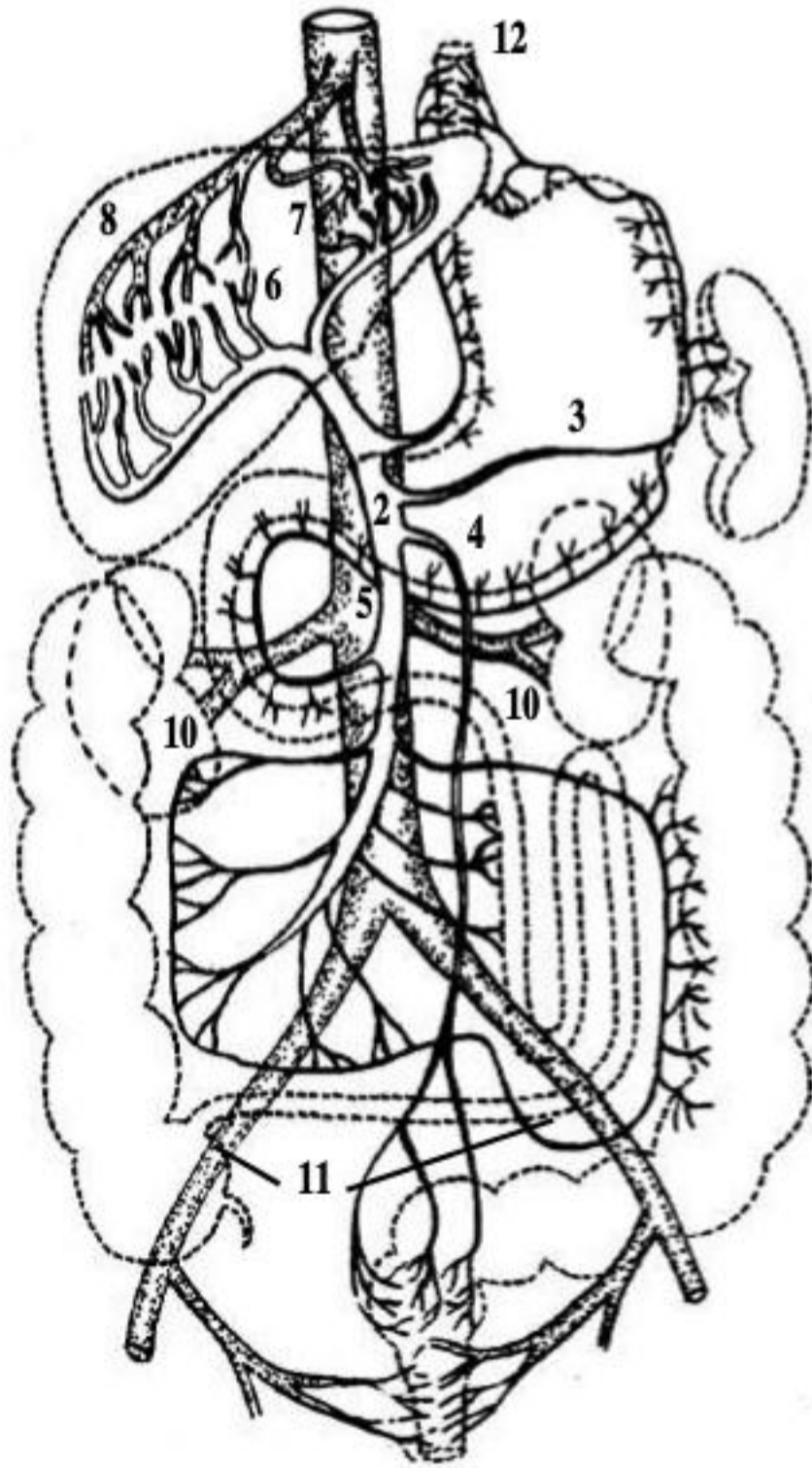
6. Tĩnh mạch nền trong cánh tay (vena basilica).

7. Tĩnh mạch cánh tay (vena brachiales).

8. Tĩnh mạch sâu cánh tay (vena profunda brachii).

Nhóm II: Những tĩnh mạch lớn ngoại biên nhận máu từ các cơ quan bộ phận trong ổ bụng để chuyển về tĩnh mạch chủ và cuối cùng chuyển về nửa tim phải (hình 11).

Những tĩnh mạch lớn ngoại biên nhận máu từ các cơ quan bộ phận trong ổ bụng để chuyển về tĩnh mạch chủ và cuối cùng chuyển về nửa tim phải được chia làm hai loại: một loại thuộc về hệ thống cửa và một loại thuộc hệ thống chủ.



1. Tĩnh mạch chủ dưới.
2. Tĩnh mạch cửa.
3. Tĩnh mạch lách.
4. Tĩnh mạch mạc treo tràng dưới.
5. Tĩnh mạch mạc treo tràng trên.
6. Nhánh phải của tĩnh mạch cửa.
7. Nhánh trái của tĩnh mạch cửa.
- 8, 9: Các tĩnh mạch trên gan.
10. Tĩnh mạch thận phải và trái.
11. Tĩnh mạch chậu chung phải và trái.
12. Chỗ nối giữa hệ thống chủ (tĩnh mạch thực quản) với hệ thống cửa (các nhánh của tĩnh mạch vành vị).

Hình 11: Các tĩnh mạch lớn ngoại biên của các cơ quan trong bụng

1. Các tĩnh mạch lớn thuộc hệ thống cửa

Các tĩnh mạch này mang máu đã nuôi cơ thể từ ruột, từ lá lách và các chất bổ đã được tiêu hóa ở ruột tới tĩnh mạch cửa, lọc qua gan, rồi từ gan đổ vào tĩnh mạch chủ dưới qua các tĩnh mạch trên gan.

Những tĩnh mạch lớn thuộc hệ cửa gồm có:

- *Tĩnh mạch lách* (vena lienalis).
- *Tĩnh mạch mạc treo tràng trên* (vena mesenterica superior).

- *Tĩnh mạch mạc treo tràng dưới* (vena mesenterica inferior).

- *Tĩnh mạch cửa* (vena porta).

- *Hai nhánh lớn của tĩnh mạch cửa chia vào gan phải và gan trái* (ramus dexter venae portae, ramus sinister venae portae).

2. Các tĩnh mạch lớn thuộc hệ thống tĩnh mạch chủ dưới trong bụng

Ở đây chủ yếu chỉ có hai tĩnh mạch lớn là:

- *Tĩnh mạch thận phải* (vena renalis dextra).

- *Tĩnh mạch thận trái* (vena renalis sinistra).

Nhóm III: Những tĩnh mạch lớn ngoại biên ở nửa dưới cơ thể (hình 12a, b).

Những tĩnh mạch lớn ngoại biên ở nửa dưới cơ thể gồm có:

1. Tĩnh mạch chậu chung phải và trái (vena iliaca communis dextra, sinistra).

Hai tĩnh mạch lớn này chụm lại, tạo thành khúc đầu của tĩnh mạch chủ dưới.

2. Tĩnh mạch chậu trong phải và trái (vena iliaca interna dextra, sinistra) hay còn gọi là tĩnh mạch hạ vị phải và trái (vena hypogastrica dextra, sinistra).

3. Tĩnh mạch chậu ngoài phải và trái (vena iliaca externa dextra, sinistra).

4. Tĩnh mạch đùi (vena femoralis) là đoạn nối tiếp của tĩnh mạch chậu ngoài từ dưới dây cung bẹn.

5. Tĩnh mạch đùi sâu (vena profunda femoris) đổ vào tĩnh mạch đùi từ phía ngoài.

6. Tĩnh mạch hiển trong (vena saphena interna hay magna) đổ vào tĩnh mạch đùi từ phía trong.

7. Tĩnh mạch khoeo (vena poplitea) là đoạn nối tiếp của tĩnh mạch đùi.

8. Tĩnh mạch hiển ngoài (vena saphena externa hay parva) nằm ở phía ngoài cẳng chân, sau đi dần về phía giữa sau cẳng chân, cuối cùng chia làm hai nhánh, một nhánh đổ vào tĩnh mạch khoeo, một nhánh đổ vào tĩnh mạch đùi.

Chức năng chính của tĩnh mạch là đem máu từ các cơ quan bộ phận trong cơ thể trở về tim. Hướng đi của các tĩnh mạch ngược chiều lại với hướng đi của động mạch. Khác với động mạch, tĩnh mạch không chia nhỏ ra, mà ngược lại, nó chụm lại với nhau và tạo thành các thân tĩnh mạch lớn, càng đến gần tim, các tĩnh mạch càng to ra. Các tĩnh mạch chủ có kích thước to nhất.



1. Tĩnh mạch đùi.
2. Tĩnh mạch đùi sâu.
3. Tĩnh mạch hiển trong.
4. Tĩnh mạch đùi (đoạn dưới).
5. Tĩnh mạch khoeo.
6. Tĩnh mạch hiển ngoài.

Hình 12: Các tĩnh mạch lớn ngoại biên của chi dưới.

Đối với hệ thống tĩnh mạch cửa, sự cấu trúc và phân nhánh có hơi đặc biệt hơn. Các nhánh chính của tĩnh mạch cửa lúc đầu chụm lại một mối và tạo thành thân tĩnh mạch cửa. Tiếp đó, thân tĩnh mạch cửa lại chia thành hai nhánh lớn và chia nhỏ mãi vào gan. Do những đặc điểm về giải phẫu của tĩnh mạch cửa như vậy, một số tác giả đã ví tĩnh mạch cửa như một cái đòn gánh (fléau) và đặt cho nó một cái tên khác là “tĩnh mạch gánh”. Thân chính của tĩnh mạch cửa ví như thân chính của chiếc đòn gánh, một đầu là các tĩnh mạch từ đường tiêu hóa dưới cơ hoành và từ lách chảy về thân chính của tĩnh mạch cửa (tĩnh mạch lách, tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch mạc treo tràng dưới), một đầu khác là các nhánh chính của thân tĩnh mạch cửa phân chia vào các thùy gan.

Thành của tĩnh mạch cũng được cấu tạo bởi ba lớp như thành của động mạch (tunica intima, tunica media, tunica adventitia), nhưng nó mỏng hơn nhiều và ít các xơ cơ, ít sợi đàn hồi hơn nhiều so với thành của động mạch. Chính vì vậy mà khi không chứa máu nó xẹp lại, trong khi đó, các động mạch không chứa máu vẫn mở toác rộng ra.

Máu chảy được trong tĩnh mạch theo hướng trở về tim là nhờ có lực hút của tim và lồng ngực. Lồng ngực có áp lực âm ở thì hít thở vào vì có sự chênh lệch về áp lực trong các xoang màng phổi, sự co bóp các cơ vân và cơ trơn của các cơ quan bộ phận trong lồng ngực.

Ngoài ra, máu chảy được trong các tĩnh mạch lớn còn nhờ có sự co bóp của lớp cơ trong thành tĩnh mạch. Lớp cơ này phát triển mạnh hơn ở các tĩnh mạch của nửa dưới cơ thể hơn là ở nửa trên cơ thể vì điều kiện lưu

thông máu tĩnh mạch ở nửa dưới cơ thể khó khăn hơn ở nửa trên cơ thể.

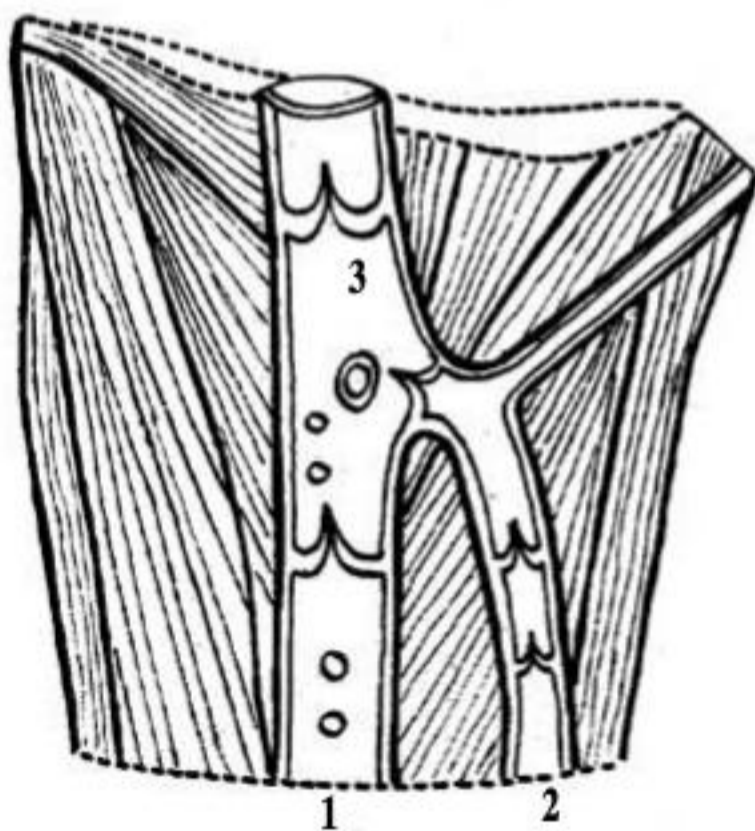
Trong lòng các tĩnh mạch lớn có một hệ thống van tĩnh mạch. Những van này được cấu tạo bởi các nếp nhô lên của lớp nội mạc mạch máu có chứa tổ chức liên kết (*hình 13*). Mép tự do của các van tĩnh mạch hướng về phía tim, do đó nó không làm cản trở dòng máu chảy về tim, nhưng ngược lại, nó ngăn không cho máu chảy ngược chiều, kể cả trong các trường hợp, vì một lý do nào đó, áp lực của tĩnh mạch tăng cao lên. Máu chỉ ứ đọng lại trong hệ thống tĩnh mạch khi các van này bị yếu, hoặc mất chức năng (trong bệnh giãn tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch - xem ở dưới).

Một đặc điểm về giải phẫu của tĩnh mạch cửa là trong lòng của nó không có hệ thống van, vì vậy, khi tĩnh mạch cửa bị tắc hay trên đường đi của nó có gì cản trở thì máu trào ngược lại các nhánh tạo nên nó (tĩnh mạch lách, tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch mạc treo tràng dưới) rất dễ dàng. Lợi dụng tính chất này của nó ta có thể đo được áp lực của hệ thống cửa qua phương pháp chọc kim vào lách để đo áp lực lách. Thành của các tĩnh mạch trong hệ thống cửa có các sợi cơ trơn mỏng, do đó dưới áp lực cao nó dễ bị giãn to ra, đôi khi to gấp ba bốn lần bình thường.

Trong quá trình phát triển cá biệt của loài người, cùng với sự lớn lên của cơ thể, các tĩnh mạch cũng lớn theo, và đặc biệt là nó có kích thước và khối lượng máu chứa lớn hơn kích thước và khối lượng máu chứa so với các động mạch cùng tên (theo A. M. Ghêselêvich 1960).

Trong thành các mạch máu có một hệ thống mạch máu nuôi dưỡng riêng biệt gọi là mạch của mạch (*vasa*

vasorum) và có rất nhiều đầu dây thần kinh (thụ cảm và truyền cảm). Các đầu dây thần kinh này có liên quan mật thiết với hệ thống thần kinh trung ương, nhờ đó mà sự tuần hoàn của các mạch máu luôn luôn được hệ thống thần kinh trung ương điều chỉnh, cũng nhờ đó mà các mạch máu đã trở thành những vùng gây phản xạ rộng lớn, đóng một vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh thần kinh thể dịch (régulation neurohumorale) của sự chuyển hóa các chất trong cơ thể (G. F. Ivanôv).



1. Hình tĩnh mạch đùi.
2. Tĩnh mạch hiển trong bồ đôi.
3. Thấy rõ các van hình tổ én ở bên trong các tĩnh mạch.

Hình 13: Các van của tĩnh mạch.

CHƯƠNG III

VẾT THƯƠNG

CÁC MẠCH MÁU LỚN NGOẠI BIÊN VÀ NHỮNG NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Vết thương mạch máu là một trong những loại vết thương cho tỷ lệ tử vong cao nhất. Trong cuộc Đại chiến Thế giới lần thứ hai, tại Liên Xô, số người bị hy sinh tại trận địa do các vết thương mạch máu lớn ngoại biên là 32,6% (theo V. L. Bialic) và 50% (theo Pêtrôvski).

Trong số 47 nạn nhân bị vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên do hỏa khí được chuyển đến Bệnh viện Chợ Rẫy kể từ sau ngày giải phóng hoàn toàn miền Nam (30-4-1975) đến 31-01-1978 mặc dầu đã được sơ cứu lúc ban đầu ở các cơ sở y tế tuyến trước như đặt dây garô; băng ép, v.v... đã có 3 bệnh nhân bị chết do chảy máu nhiều vì chuyển tới muộn (một nạn nhân có vết thương ở động mạch cảnh chung bên phải, một nạn nhân có vết thương ở động mạch dưới đòn trái kèm theo

vết thương tĩnh mạch dưới đòn trái phối hợp, một nạn nhân có vết thương ở động mạch chậu ngoài bên trái), 2 nạn nhân bị chết vì choáng nặng không hồi phục do có vết thương mạch máu lớn kèm theo có nhiều vết thương ở các cơ quan bộ phận khác như gãy nát xương đùi, vỡ xương chậu, thủng đại tràng, vỡ gan, vỡ thận, v.v... ở 2 bệnh nhân khác chúng tôi buộc phải cắt cụt chi dưới do tuyến trước đặt garô không đúng nguyên tắc, để lâu, chi đã bị hoại thư.

Như vậy có thể nói, ngay cả trong thời bình, khi chúng ta đã có một mạng lưới y tế tương đối rộng lớn ở tuyến trước và đã có những điều kiện cấp cứu tương đối đầy đủ, sự nguy hiểm và thương vong do các vết thương mạch máu lớn ngoại biên gây nên chưa phải đã tránh được hết hoàn toàn do những nguyên tắc về cấp cứu cầm máu và chống choáng lúc ban đầu không được tôn trọng hoặc chưa được làm một cách đúng và đầy đủ. Theo số liệu gần nhất của chúng tôi kể trên, có thể tính được một số tỷ lệ tương đối sau đây cho vết thương mạch máu lớn ngoại biên do hỏa khí xảy ra trong thời bình là:

- Tỷ lệ tử vong trên các vết thương mạch máu lớn ngoại biên đơn thuần là 3/47 (tức 6,6%).

- Tỷ lệ tử vong chung trên các vết thương mạch máu lớn ngoại biên (kể cả các trường hợp vết thương mạch máu có đa thương phối hợp) là 5/45 (tức 10,64%).

- Tỷ lệ nguy hiểm có thể xảy ra (kể cả tử vong và hoại tử, hoại thư chi) trong vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên là 7/47 (tức 14,89%).

Trong số các vết thương mạch máu xảy ra trên cơ thể, vết thương mạch máu ở các chi chiếm tỷ lệ cao

nhất (theo B. Pêtrôvski và Ph. Plôtkin 1949 - 96,82%; theo Khánh Dư 1976 - 78,61%; theo Đỗ Hoài Nam 1976 - 75,42% v.v...). Chúng tôi sẽ phân tích tỉ mỉ phần này ở chương sau.

Nguồn gốc quan trọng nhất của sự chảy máu là vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên, do đó trong chương này chủ yếu, chúng tôi sẽ nói về tính chất và nguyên tắc xử trí những vết thương mới ở các mạch máu đó.

Để minh họa về tính chất của vết thương các mạch máu lớn ngoại biên, chúng tôi sẽ nêu lên hai vấn đề cụ thể:

- 1. Phân loại vết thương các mạch máu lớn ngoại biên.**
- 2. Triệu chứng và biến chứng của vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên.**

Sau đó chúng tôi sẽ nói đến các nguyên tắc xử trí các vết thương đó.

I. PHÂN LOẠI VẾT THƯƠNG Ở CÁC MẠCH MÁU LỚN NGOẠI BIÊN

Tính chất của vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau và được thể hiện cụ thể trong bảng phân loại sau đây:

Bảng 1. Bảng phân loại vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên

- A. Theo tính chất của dụng cụ hay vũ khí gây ra vết thương:**

1. Vết thương do vật sắc cắt ngang mạch máu.
2. Vết thương do vật nhọn đâm vào mạch máu.
3. Vết thương mạch máu do hỏa khí.

B. Theo tính chất của loại mạch máu bị thương:

1. Vết thương động mạch đơn thuần.
2. Vết thương tĩnh mạch đơn thuần.
3. Vết thương động - tĩnh mạch phối hợp.

C. Theo hướng chảy của dòng máu sau khi bị thương:

1. Chảy máu ra ngoài vết thương.
2. Chảy máu vào trong các ổ, xoang của cơ thể như chảy máu vào trong ổ bụng, vào xoang màng phổi, v.v...
3. Chảy thấm máu vào các tổ chức phần mềm hay còn gọi là chảy máu nội mô.

D. Theo tính chất của thương tổn trên thành mạch máu:

1. Vết thương rách thành bên của mạch máu.
2. Vết thương xuyên thủng qua thành mạch máu.
3. Vết thương làm đứt đôi mạch máu.

Đ. Theo tính chất của thời gian xuất hiện chảy máu:

1. Chảy máu tiên phát: xảy ra liền ngay sau khi bị thương.
2. Chảy máu thứ phát: máu đã cầm, nhưng đột xuất cục máu lại bong ra và máu lại tiếp tục chảy.

a. Chảy máu thứ phát xảy ra sớm (từ 3 đến 5 ngày sau khi bị thương).

b. Chảy máu thứ phát xảy ra muộn (từ 10 đến 15 ngày sau khi bị thương).

3. Chảy máu tái phát: do cầm máu không tốt hoặc vết thương bị nhiễm trùng, ăn rửa thành mạch, làm cho máu chảy tái đi tái lại nhiều lần. Có khi kéo dài hàng tháng sau khi bị thương.

Để phân tích bảng phân loại kể trên bằng những số liệu và kinh nghiệm thực tế lâm sàng phẫu thuật, chúng tôi sẽ nêu lên ở dưới đây từng phần của bảng phân loại một cách chi tiết và cụ thể:

A. THEO TÍNH CHẤT CỦA DỤNG CỤ HAY VŨ KHÍ GÂY RA VẾT THƯƠNG Ở CÁC MẠCH MÁU LỚN

1. Vết thương do vật sắc cắt ngang mạch máu (như dao sắc, lưỡi dao cạo râu, v.v...)(xem hình 14 trang 74)

Loại vết thương mạch máu này chúng tôi gặp rất ít: 15 trên tổng số 312 trường hợp (4,80%).

a) Mạch máu có thể bị cắt đứt đôi hoàn toàn (*hình 14a*). Các đầu mạch máu bị đứt đôi co rút tụt vào trong các tổ chức phần mềm (chủ yếu là các cơ), lớp nội mạc lộn vào trong lòng mạch, cục máu đông được hình thành sớm ở đó, nó bít kín đầu mạch máu lại và làm cho máu ngưng chảy.

b) Mạch máu có thể không bị cắt đứt đôi hoàn toàn (*hình 14b*). Một phần thành mạch của đầu trên và đầu

dưới chỗ đứt còn dính lại với nhau làm cho hai đầu mạch máu bị thương luôn mở toác rộng ra và máu chảy thường không tự cầm lại được.

Các vết thương mạch máu do vật sắc cắt ngang thường dễ khâu nối lại được và dễ lành khỏi vì thành mạch không bị dập nát, các tổ chức phần mềm xung quanh không bị tổn thương nặng. Sau khi khâu nối lại, mạch máu không bị căng và hẹp nhiều, sự lưu thông của mạch máu được phục hồi lại hoàn toàn.

Dưới đây chúng tôi xin nêu lên hai bản tóm tắt sơ lược bệnh án để làm thí dụ:

Bệnh án 1: Nữ bệnh nhân Tr. T. Nh. 22 tuổi, vào viện tháng 02-1976 với chẩn đoán vết thương động mạch cảnh trái chảy nhiều máu. Nạn nhân đã bị lưỡi dao cạo cắt ngang nửa cổ bên trái. Máu chảy ra nhiều, nạn nhân bị ngất xỉu và được người nhà đưa đến bệnh viện để cấp cứu.

Nạn nhân vào viện trong tình trạng choáng mất máu nặng, lúc lơ mơ, lúc hốt hoảng. Sau khi truyền máu và hồi sức, nạn nhân đã được mổ cấp cứu ngay 20 phút sau khi nhập viện trong điều kiện gây mê nội khí quản. Khi mở rộng vết thương ở cổ bên trái, thấy động mạch cảnh chung bên trái gần bị đứt làm đôi, chỉ còn lại nguyên vẹn khoảng $\frac{2}{5}$ chu vi của thành mạch.

Động mạch bị thương được khâu nối lại theo phương pháp Carrel bằng kim không gây chấn thương (aiguille atraumatique) với chỉ tơ 5/0.

Hậu phẫu tiến triển tốt, không có biến chứng. Bệnh nhân được ra viện vào ngày thứ 10 sau khi mổ trong tình trạng tốt.

Bệnh án 2: Bệnh nhân T. V. C. 53 tuổi vào viện tháng 06-1972 với chẩn đoán vết thương phần mềm 1/3 giữa đùi trái chảy máu nhiều. Bệnh nhân đang ngủ bị người con trai mắc bệnh tâm thần lên cơn lấy dao phay sắc chém ngang đùi. Nạn nhân được gia đình đưa ngay tới bệnh viện để cấp cứu. Đến bệnh viện, nạn nhân được hồi sức ngay bằng truyền máu và được mổ cấp cứu 30 phút sau khi nhập viện trong điều kiện gây mê nội khí quản. Khi mở rộng vết thương, thấy động mạch đùi ở phía trên ống Hunter khoảng 2cm bị cắt đứt đôi, hai đầu mạch máu bị thương đã tự co rút lại vào trong các tổ chức phần mềm. Khi nối thớ garô đặt ở gốc đùi, thấy máu đỏ tươi ở đầu trên động mạch bị thương phun ra rất mạnh. Quyết định nối lại mạch máu tận - tận theo phương pháp Carrel bằng kim không gây chấn thương với chỉ tơ 5/0.

Thời kỳ sau mổ tiến triển tốt. Bệnh nhân được ra viện về nhà 15 ngày sau khi mổ trong tình trạng chung tốt.

Qua hai bệnh án kể trên, chúng ta thấy các vết thương mạch máu do vật sắc cắt ngang thường cho kết quả tốt sau mổ và không để lại một di chứng nào phiền phức cho người bệnh.

2. Vết thương do vật nhọn đâm vào mạch máu

Trong thực hành phẫu thuật mạch máu, chúng tôi gặp loại vết thương này nhiều hơn loại vết thương mạch máu do vật sắc cắt ngang. Theo số liệu của chúng tôi, có 36 nạn nhân trên tổng số 312 trường hợp, chiếm tỷ lệ 11,52%. Những vật nhọn đâm vào các mạch máu lớn, chúng tôi đã gặp là:

- Mảnh xương gãy nhọn đâm vào động mạch: 23 trường hợp.

- + Ổ cánh tay: 03
 - + Ổ đùi: 13
 - + Ổ cẳng chân: 07
 - Cọc sắt đâm vào động mạch: 5 trường hợp.
 - Mảnh nứa nhọn đâm vào động mạch: 2 trường hợp.
 - Cành cây nhọn đâm vào động mạch: 1 trường hợp.
 - Kim tiêm lớn đâm vào động mạch khi làm phong bế novocain (một trường hợp ở động mạch cảnh chung, một trường hợp ở gốc động mạch quay phải): 2 trường hợp.
 - Hóc xương gà, vịt (một trường hợp xương đâm xuyên thủng thực quản và tiếp tục đâm qua thành quai động mạch chủ; một trường hợp xương xuyên qua thành thực quản ở phần cổ và đâm thủng thành động mạch cảnh chung): 2 trường hợp.
 - Dây phanh xe đạp (bệnh nhân nuốt phải dây phanh xe đạp lúc ăn mì sợi chan canh): 1 trường hợp.
- Tính chất đặc biệt của vết thương mạch máu do vật nhọn đâm xuyên thẳng thành của mạch máu là:
- Máu chảy ra ngoài vết thương nếu vật nhọn đã được rút ra khỏi vết thương.
 - Máu thấm lan vào các tổ chức phần mềm gây nên một bọng máu tụ tỏa lan lớn, chèn ép các dây thần kinh và mạch máu gây nên hội chứng đau nhức và thiếu máu địa phương ở phần cơ thể dưới chỗ bị thương.
 - Máu chảy ra nhiều, tách các phần mềm ra và tạo nên một bọng máu tụ dập lớn. Loại vết thương mạch máu này thường xảy ra trong các trường hợp gãy xương kín.

- Máu chỉ có thể chảy rỉ ra với một số lượng tương đối ít ở xung quanh chân của vật nhọn gây thương tích khi vật nhọn này còn cắm và giữ nguyên tại chỗ.

- Máu có thể chảy ra dữ dội khi vật nhọn đột nhiên tự bật ra khỏi thành mạch máu bị thương và có thể dẫn tới tình trạng mất máu nặng đột ngột, thậm chí dẫn tới tử vong.

Dưới đây chúng tôi xin nêu lên một vài bệnh án để làm thí dụ:

Bệnh án 1: Nạn nhân Ng. V. X. 36 tuổi, vào viện tháng 8-1972 với chẩn đoán gãy xương đùi kín bên trái do tai nạn lưu thông. Trong khi chờ đợi làm phẫu thuật xuyên đinh, kéo tạ để chuẩn bị cho phẫu thuật kết hợp xương, đột nhiên nạn nhân bị tụt huyết áp động mạch từ 100/70mm Hg xuống 70/50mm Hg. Nạn nhân trong tình trạng choáng mất máu. Thấy 1/3 giữa đùi trái, nơi có gãy xương phình to ra. Chỗ phình đập theo nhịp đập của động mạch, căng to nhanh, chèn ép vào các tổ chức phần mềm xung quanh. Phần chi ở dưới chỗ bị thương có màu sắc tím tái, lúc đầu đau, sau chuyển sang cảm giác tê dại. Mạch mu bàn chân không bắt được.

Chẩn đoán sơ bộ: Gãy 1/3 giữa xương đùi trái có kèm theo tổn thương động mạch đùi. Quyết định mổ trong điều kiện gây mê nội khí quản. Đặt garô ở gốc đùi trái. Rạch một đường dọc theo hướng đi của động mạch đùi dài khoảng 15cm. Mở rộng vết mổ lấy ra khoảng 600 gam máu cục và khoảng 400ml máu đỏ tươi. Kiểm tra thấy động mạch đùi gần bị đứt đôi, chỉ còn lại khoảng 1/4 chu vi của động mạch không bị thương tổn. Sau khi sửa lại mép của hai đầu động mạch bị đứt, quyết định

nối lại động mạch đùi bằng kim không gây chấn thương với chỉ tơ 5/0 theo phương pháp Carrel. Vì cuộc mổ được tiến hành trong điều kiện tuyệt đối vô trùng, các tổ chức phần mềm xung quanh chưa bị dập nát và tổn thương nhiều, thêm vào đó, kíp gây mê hồi sức cho biết tình trạng chung của bệnh nhân khá tốt, trong quá trình mổ xẻ đã truyền được cho bệnh nhân 1.500ml máu cùng loại, huyết áp động mạch sau khi nối xong động mạch là 110/70mm Hg, chúng tôi quyết định kết hợp xương luôn một lần bằng đóng đinh nội tủy xương đùi.

Sau khi mổ, bệnh nhân được bó bột cố định chậu đùi căng bàn chân. Thời kỳ hậu phẫu tiến triển tốt. Không có biến chứng gì xảy ra. Bệnh nhân được xuất viện về nhà một tháng sau khi mổ với đôi nạng gỗ để tập đi và hẹn đến kỳ hạn tới tháo bỏ bột.

Bệnh án 2: Nạn nhân Ng. Ng. T. 72 tuổi, vào bệnh viện ngày 31-12-1977 với chẩn đoán vết thương xuyên thủng vùng trên khoeo phải chảy máu nhiều. Trong khi lợp nhà, nạn nhân bị ngã và bị một cọc sắt nhọn đâm vào vùng trên khoeo trái, máu chảy ra nhiều làm cho nạn nhân ngất đi vì choáng mất máu. Nạn nhân được gia đình đưa ngay đến bệnh viện để cứu chữa. Khi tới bệnh viện, nạn nhân trong tình trạng choáng mất máu, hốt hoảng, giãy giụa, ra mồ hôi lạnh. Vùng khoeo chân phải sưng to, lan xuống tới bắp cẳng chân làm cho bắp cẳng chân căng to, rắn chắc (mollet tendu). Mạch mu bàn chân không bắt được; cẳng chân và bàn chân lạnh, có màu sắc tím tái, đang có đe dọa bị hoại tử. Mạch 110 lần một phút, huyết áp động mạch 80/60mm Hg. Máu đỏ tươi vẫn tiếp tục chảy qua vết thương ra ngoài. Quyết

định mổ cấp cứu. Gây mê nội khí quản. Rạch một đường hình chữ S từ mặt trong đùi phải qua vết thương xuống dưới khoeo phải khoảng 4cm. Mổ rộng vết thương, lấy ra khoảng 800 gam máu cục, kiểm tra thấy các tổ chức phần mềm từ 1/3 dưới đùi phải đến dưới khoeo phải bị bầm tím vì ngấm máu. Nới nhẹ thử garô đặt trước ở góc đùi phải, thấy máu đỏ tươi phụt thành tia rất mạnh: từ trong vết thương ra. Thắt lại garô. Mở rộng các tổ chức phần mềm, tìm thấy động mạch khoeo phải bị đâm gần đứt đôi, chỉ còn lại một phần rất nhỏ thành của hai đầu mạch máu bị đứt dính lại với nhau. Mép đầu các mạch máu bị rách nát, nham nhở, máu ở đầu dưới (ngoại vi) rỉ ra rất yếu ớt. Sau khi cắt sửa lại hai đầu mạch máu, bóc tách lên quá phía trên đầu trung tâm và đầu dưới ngoại vi mỗi bên khoảng 3cm, ráp hai đầu mạch lại với nhau, thấy không căng lắm. Quyết định nối lại hai đầu mạch máu với nhau theo kiểu Carrel bằng kim không gây chấn thương với chỉ tơ 5/0.

Hậu phẫu tiến triển tốt. Vết mổ lành kỳ đầu, bệnh nhân được ra viện về nhà vào ngày thứ 15 sau mổ trong tình trạng tốt.

Bệnh án 3: Nạn nhân L. V. H. 5 tuổi được chuyển tới bệnh viện tháng 5-1968 với chẩn đoán vết thương ở động mạch cổ bên phải. Trong khi chạy chơi, cháu ngã vào một cốc nứa. Cốc nứa đâm vào cổ bên phải, lúc đầu máu chảy ra nhiều, sau tự cầm lại. Từ đó máu cứ tiếp tục rỉ ra, làm căng các tổ chức phần mềm ở cổ, nhất là bên phải, chèn ép vào khí quản làm cho nạn nhân khó thở, mặt phù. Khi vào viện, nạn nhân khó thở, cổ bên phải bạnh to, sờ có cảm giác rắn chắc trên suốt

một vùng kéo dài từ dưới mang tai phải đến vùng trên xương đòn phải. Chẩn đoán trước khi mổ là vết thương động mạch cảnh chung bên phải. Quyết định mổ. Gây mê nội khí quản. Rạch một đường dọc theo bờ trước của cơ ức-đòn-chũm bên phải dài khoảng 6cm. Mở rộng vết thương, giải phóng các tổ chức xung quanh bị bầm tím do ngấm máu, lấy ra khoảng 300 gam máu cục. Tìm thấy một mảnh nứa nhỏ kích thước khoảng 0,6 x 0,2cm và dài khoảng 1,5cm còn đang bị cắm ghim vào thành động mạch cảnh chung bên phải. Đặt hai dây cao su nhỏ vòng quanh động mạch cảnh: một ở trên và một ở dưới chỗ mạch máu bị thương, để cầm máu tạm thời. Rút bỏ mảnh nứa ghim ở thành động mạch ra. Nới nhẹ dây cao su ở phía trung tâm ra. Máu đỏ tươi từ động mạch cảnh phụt ra rất mạnh. Siết lại dây cao su cầm máu tạm thời. Khâu hai mũi chỉ tơ 5/0 hình chữ X bằng kim không gây chấn thương, để bít chỗ thành bên của động mạch bị thương.

Hậu phẫu tiến triển tốt. Bệnh nhân được ra viện về nhà vào ngày thứ 15 sau khi mổ trong tình trạng tốt.

Bệnh án 4: Bệnh nhân Ng. V. Th. 11 tuổi vào viện tháng 7-1972 với chẩn đoán áp xe cạnh cổ bên phải gây chèn ép khó thở. Ba ngày trước khi vào viện, trong lúc ăn mì sợi chan canh, bệnh nhân có nuốt phải một vật gì sắc cứng. Sau khi nuốt phải vật lạ, bệnh nhân cảm thấy đau ở cổ, dần dần cổ bên phải bạnh to ra làm cho bệnh nhân khó thở, nuốt khó và đau. Vì lý do trên, gia đình đưa bệnh nhân đi khám ở bệnh viện huyện. Sau đó bệnh nhân được chuyển lên tuyến trên với chẩn đoán nghi áp xe cạnh cổ. Khi khám, thấy cổ bên phải bạnh to, có cảm

giác rần chắc, khi nghe trên chỗ phình to nhất, thấy có một tiếng thổi tâm thu rất nhẹ và ở xa.

Quyết định mổ thăm dò với chẩn đoán trước khi mổ là bọc máu tụ do vỡ động mạch cảnh bên phải. Gây mê nội khí quản. Rạch một đường dọc theo bờ trước của cơ ức-đòn-chũm dài khoảng 6cm. Kiểm tra thấy các tổ chức phần mềm xung quanh bị ngấm máu thâm tím. Mở rộng vết thương lấy ra được khoảng trên 200 gam máu cục và khoảng trên 100ml máu loãng đỏ tươi. Trong đám máu cục lấy ra tìm thấy một sợi dây phanh xe đạp dài khoảng 2,5cm rất sắc. Tìm thấy một lỗ thủng trên thành động mạch cảnh chung ở mặt trong, từ đó máu đỏ tươi còn đang chảy ra thành tia. Dùng kim không gây chấn thương với chỉ tơ 5/0 khâu một mũi hình chữ X trên thành mạch máu bị thương. Máu ngừng chảy. Tìm kiếm kỹ trên thành thực quản tương ứng với ngang chỗ thành mạch bị thương, không thấy có lỗ thủng, không thấy xì hơi hay chất gì khác ra, không thấy hiện tượng viêm hay áp xe ở quanh thực quản. Có lẽ lỗ thủng trên thành thực quản đã được tự bít kín ngay sau khi đoạn dây phanh xe đạp lọt qua, do đó không gây nên một tổn thương gì hoặc một hiện tượng viêm nhiễm gì đáng kể ở đây.

Hậu phẫu tiến triển tốt. Bệnh nhân được ra viện trở về nhà vào ngày thứ 10 sau khi mổ trong tình trạng tốt.

Bệnh án 5: Nữ bệnh nhân H. Th. Th. 58 tuổi được chuyển tới bệnh viện tháng 9-1969 với chẩn đoán nôn ra máu đỏ tươi. Bệnh nhân vào viện trong tình trạng rất nặng, mạch 120 lần một phút, huyết áp động mạch 70/60mm Hg, sau mỗi lần nôn ra máu, huyết áp tụt xuống 0/0. Da và niêm mạc nhợt nhạt, vẻ mặt hốt

hoảng, ra mồ hôi lạnh, có lúc bệnh nhân lịm đi, không biết gì. Khám thấy thể trạng chung rất kém. Thử máu thấy hồng cầu 1.800.000 trong 1mm^3 , Hématocrit 17%. Bệnh nhân được truyền máu cùng loại thay thế nhanh 1,500 lít và truyền dịch khác. Khi huyết áp động mạch lên được 80/60mm Hg bệnh nhân lại nôn ra máu tiếp tục một đợt mới, rồi trụy tim mạch rất nhanh, chưa kịp thời hồi sức tiếp tục thì bệnh nhân đã chết.

Khi mổ kiểm tra tử thi thấy thành thực quản và thành quai động mạch chủ bị thủng và thông thương với nhau, bên cạnh đó tìm thấy một mảnh xương vẹt kích thước khoảng 0,8 x 0,3 và dài khoảng 2cm. Mảnh xương còn dính lỏng lẻo ở thành thực quản.

Hỏi lại tiền sử bệnh, được người nhà cho biết bệnh nhân vẫn mạnh khỏe bình thường. Ba hôm trước khi nôn ra máu bệnh nhân có đi ăn cỗ ở nhà một người bà con. Sau khi trở về nhà, bệnh nhân than đau trong ngực và đột nhiên sáng hôm chuyển đi bệnh viện, bệnh nhân nôn ra một bát to máu đỏ tươi. Qua đây, có thể phán đoán là mảnh xương vẹt đã xuyên thủng thành thực quản và thành động mạch chủ, nhưng bị gài vào đó, vì vậy lúc ban đầu có hiện tượng xuất huyết. Tính chất di động (nảy) và áp lực cao của động mạch chủ đã làm lung lay mảnh xương và cuối cùng đẩy bật mảnh xương ra khỏi chỗ cắm của nó. Từ đó, máu bắt đầu chảy mạnh qua lỗ thủng vào trong thực quản, gây nên hiện tượng nôn ra máu. Và cứ như vậy, khi huyết áp lên, máu lại chảy, khi huyết áp tụt, máu ngừng chảy. Máu chảy ồ ạt làm cho bệnh nhân chết nhanh chóng khi chưa kịp cầm máu.

Bệnh án 6: Bệnh nhân Ng. V. H. 52 tuổi vào bệnh viện tháng 9-1972 với chẩn đoán: khối u mọc nhanh ở cổ bên trái sau phong bế novocain vào thần kinh giao cảm - phó giao cảm ở cổ (blocage vagosympathique). Ba ngày trước khi vào viện, bệnh nhân được phong bế novocain 1% 10ml vào thần kinh giao cảm - phó giao cảm ở cổ bên trái. Sau khi phong bế, bệnh nhân có cảm giác tê dại ở cổ bên được phong bế, đồng thời thấy ở nơi đó xuất hiện một khối u. Lúc đầu kích thước của khối u chỉ bằng 2cm đường kính, sau to ra rất nhanh, chỉ trong 3 ngày khối u đã to bằng quả trứng vịt, kích thước 7-8cm đường kính dọc và 5cm đường kính ngang. Khối u đè vào các tổ chức phần mềm ở cổ làm cho bệnh nhân cảm thấy vướng và khó thở.

Khám thấy một khối u ở cạnh cổ bên trái lớn, kích thước 8 x 5cm đường kính, có chiều hướng lan tỏa lên phía trên đầu và xuống dưới hố thượng đòn trái. Sờ trên khối u không thấy cảm giác nóng, màu sắc da trên khối u không thay đổi. Nghe trên khối u chỉ thấy một tiếng thổi tâm thu nhẹ ở xa.

Quyết định mổ cấp cứu thăm dò. Gây mê nội khí quản. Rạch một đường dọc theo bờ trước của cơ ức-đòn-chũm bên trái dài khoảng 6cm. Mở rộng vết mổ thấy các tổ chức phần mềm bị bầm tím và thấy có nhiều máu cục phòi ra, lấy được khoảng 150 gam máu cục đen sẫm. Kiểm tra thấy thành trước của động mạch cảnh trái bị bầm tím một khoảng, kích thước 0,6 x 1cm. Ở chính giữa chỗ thành mạch bị bầm tím có một lỗ nhỏ còn đang rỉ máu đỏ tươi ra thành tia yếu. Dùng kim không gây chấn thương với chỉ tơ 5/0 khâu một mũi hình chữ X.

Máu ngừng chảy ngay sau khi khâu. Hậu phẫu tiến triển tốt. Bệnh nhân được ra viện về trong tình trạng tốt vào ngày thứ 10 sau khi mổ.

Qua một số các bệnh án kể trên, chúng tôi nhận thấy rằng, không phải chỉ trong thời chiến, mà ngay cả trong thời bình, vết thương các mạch máu lớn có thể xảy ra bất cứ ở đâu: trên đường phố, trong sinh hoạt, trong lao động, thậm chí, trong cả các cơ sở y tế nữa. Do đó, hiểu biết về vết thương mạch máu lớn và những nguyên tắc xử trí cấp cứu các trường hợp bị thương đó không phải chỉ là việc riêng của các thầy thuốc chuyên khoa phẫu thuật mạch máu mà nó còn là một nguyên tắc chung không thể thiếu được đối với bất cứ một bác sĩ ngoại chuyên khoa nào khác.

3. Vết thương mạch máu do hỏa khí

Trong số những vết thương mạch máu chúng tôi đã gặp, vết thương mạch máu do hỏa khí chiếm tỷ lệ cao nhất: 261/312 (83,68%).

Những vũ khí gây ra vết thương mạch máu trên các bệnh nhân của chúng tôi là mảnh bom, mảnh lựu đạn, mảnh mìn, mảnh bom bi hoặc nguyên một viên bom bi, viên đạn súng ngắn, mảnh đạn M-79, mảnh đạn pháo, mảnh đạn súng cối, v.v...

Đại đa số các vết thương mạch máu do hỏa khí thường có kèm theo vết thương gây dập nát các phần mềm. Một số ít có kèm theo gãy xương làm nhiều mảnh, đôi khi làm cho chúng tôi khó phân biệt giữa vết thương mạch máu tiên phát do mảnh hỏa khí gây nên hay thứ phát do các mảnh xương gãy sắc đâm vào gây nên.

Vết thương mạch máu do hỏa khí có kèm theo gãy xương chúng tôi gặp 38 trên tổng số 261 trường hợp (14,55%), trong đó có:

- Kèm theo gãy xương đùi: 25 trường hợp (9,57%).
- Kèm theo gãy xương cẳng chân: 5 trường hợp (1,91%).
- Kèm theo gãy xương cánh tay: 6 trường hợp (2,3%).
- Kèm theo gãy xương cẳng tay: 2 trường hợp (0,76%).

Chúng tôi gặp 17 trường hợp vết thương mạch máu lớn có kèm theo vết thương ở các dây thần kinh ngoại biên (6,51%), trong đó có:

- Tổn thương dây thần kinh tọa: 2 trường hợp (0,76%).
- Tổn thương dây thần kinh đùi: 9 trường hợp (3,44%).
- Tổn thương dây thần kinh cánh tay: 3 trường hợp (1,15%).
- Tổn thương dây thần kinh quay: 2 trường hợp (0,76%).
- Tổn thương dây thần kinh trụ: 1 trường hợp (0,58%).

Qua một vài số liệu kể trên, chúng tôi nhận thấy, so với các loại vết thương mạch máu do các dụng cụ và vũ khí khác gây nên, vết thương mạch máu do hỏa khí có nhiều nguy hiểm nhất vì:

- Đa số các vết thương mạch máu do hỏa khí là những vết thương phối hợp rất nặng và rất phức tạp (có kèm theo gãy xương, tổn thương các dây thần kinh, dập nát các phần mềm, v.v...).

- Thành mạch máu thường bị dập nát thậm chí, rách mướp, nhiều khi không thể cắt lọc, sửa lại được để có thể nối lại tận - tận ngay trong một thì mổ.

- Thường là những vết thương toác rộng, có dính đất, cát, mảnh quần áo cháy rách bắn, và trong đại đa số các trường hợp còn sót lại ở trong vết thương những mảnh hỏa khí. Đó là nguồn gốc của sự nhiễm trùng sau mổ và là sự cản trở lớn cho quá trình lành khỏi vết thương, sự nhiễm độc nặng đối với cơ thể.

- Nạn nhân thường được chuyển đến trong tình trạng choáng mất máu, đôi khi choáng nặng, thậm chí choáng không hồi phục. Đôi khi nạn nhân được chuyển đến với một dây garô đã đặt từ lâu chưa được nới một lần nào, làm cho phần chi ở dưới chỗ bị thương bị hoại tử, hoại thư, bắt buộc phải làm phẫu thuật cắt đoạn chi.

- Trong một số ít trường hợp, vì ở xa cơ sở điều trị tuyến trên, nên nạn nhân được chuyển đến chậm, khi vết thương đã bị nhiễm trùng, không thể tiến hành được phẫu thuật triệt để lúc ban đầu như nối, ghép lại mạch máu bị thương ngay ở trong vết thương, mà bắt buộc phải thắt mạch máu ở trong hay ở xa vết thương. Phẫu thuật này cho tỷ lệ hoại tử chi khá cao.

Trong các loại vũ khí gây ra vết thương hỏa khí ở mạch máu kể trên, chúng tôi nhận thấy vết thương mạch máu do bom bi có nhiều đặc điểm khác thường, và trong đại đa số các trường hợp, gây ra tổn thương nặng nhất. Một viên bi nhỏ hoặc một mảnh viên bi bắn từ trái bom bi nổ có thể gây ra đồng thời một số vết thương, phối hợp phức tạp như: vết thương động mạch, tĩnh mạch, thần kinh, xương, thậm chí cũng một viên bi hay một

mảnh của viên bi đó có thể gây ra cùng một lúc 2 - 3 lỗ thủng ở động mạch, và tĩnh mạch. Các mảnh xương gãy nát vụn do bom bi có thể gây ra các tổn thương thứ phát ở mạch máu, làm cho tình trạng của nạn nhân đã nặng lại càng nặng thêm.

Dưới đây chúng tôi xin nêu lên một vài bản tóm tắt bệnh án điển hình để làm thí dụ:

Bệnh án 1: Nạn nhân Ng. B. 21 tuổi được chuyển tới bệnh viện tháng 8-1976 với chẩn đoán vết thương ở vùng bẹn và đùi trái, mất máu nặng. Nạn nhân đang cuốc vườn thì đột nhiên nghe thấy một tiếng nổ lớn. Nạn nhân ngã vật xuống đất, bất tỉnh, máu chảy ra lênh láng. Nạn nhân được đưa đến cấp cứu tại bệnh viện huyện, sau khi sơ cứu, nạn nhân được chuyển tiếp lên tuyến trên ngay.

Khám, bệnh nhân trong tình trạng choáng mất máu nặng: da và niêm mạc nhợt nhạt, nạn nhân đã tỉnh, nhưng có vẻ mặt hết hoảng, ra mồ hôi lạnh, mạch 120-130 lần một phút, nhanh, nhỏ, huyết áp động mạch 60/40mm Hg. Chi dưới bên trái bất động, sờ thấy cảm giác lạnh hơn chi bên lành, không sờ thấy mạch mu bàn chân trái.

Nạn nhân được chuyển ngay lên phòng mổ cấp cứu để hồi sức và chuẩn bị mổ. Sau khi truyền máu cùng loại và truyền các chất dịch, huyết áp động mạch đã lên tới 80/60mm Hg, nhưng tình trạng bệnh nhân vẫn nặng. Từ vết thương ở bẹn trái máu vẫn trào ra khá nhiều. Tại vùng bẹn trái, ở phía trên dây cung đùi có một bọng máu tụ lớn.

Quyết định mổ cấp cứu để cầm máu. Khi mở rộng vết thương ở vùng bẹn trái theo hình chữ T; kiểm tra thấy động mạch đùi trái bị rách nát và gần đứt làm đôi, tĩnh mạch đùi cũng bị rách rộng khoảng 0,8cm. Mở rộng vết thương lên phía trên dây cung bẹn, sau khi giải thoát máu tụ (khoảng 100 gam máu cục và 150ml máu loãng) thấy một phần động mạch chậu ngoài ở cách dây cung bẹn về phía trên khoảng 2,5cm cũng bị rách nát. Thân xương đùi bị gãy nát làm nhiều mảnh ở 1/3 trên.

Sau khi cắt lọc sơ bộ vết thương, thấy không thể cắt lọc và sửa lại vết thương động mạch để có thể khâu, nối lại được.

Quyết định: khâu lại thành tĩnh mạch bị thương để phục hồi lại sự lưu thông của tĩnh mạch, dùng một đoạn tĩnh mạch hiển trong (veine saphène interne) bên chi đối diện để ghép vào đoạn động mạch đùi và động mạch chậu ngoài bị tổn thương, lấy bỏ các mảnh xương vụn bị gãy (kỹ thuật nối, ghép mạch máu xem ở phần dưới).

Cắt lọc các vết thương phần mềm khác ở đùi trái, bụng và hai tay.

Sau khi mổ, mạch mu bàn chân trái đập rõ. Bệnh nhân được bó bột cố định.

Hậu phẫu tiến triển tốt. Vết mổ bên ngoài bị nhiễm trùng nhẹ, nhưng cuối cùng đã lành khỏi. Chỗ xương gãy đã có can tương đối khá. Bệnh nhân không đồng ý mổ kết hợp lại xương gãy cho đúng trục chi và xin về nhà an dưỡng.

Sau khi điều tra, chúng tôi được biết là trái nổ gây ra thương tích phối hợp trên nạn nhân này là một quả bom bi của địch ném xuống còn sót lại sau chiến tranh.

Bệnh án 2: Nữ nạn nhân L. Th. V. 47 tuổi, vào bệnh viện tháng 6-1977 với chẩn đoán vết thương động mạch dưới đòn trái do đạn súng trường. Nạn nhân được chuyển đến bệnh viện 6 giờ sau khi bị thương trong tình trạng choáng mất máu nặng: Mạch nhanh, nhỏ 130 lần một phút, huyết áp động mạch 40/0mm Hg, tri giác lơ mơ. Mặc dầu nạn nhân đã được băng kín vết thương nhưng máu vẫn tiếp tục chảy ra thấm ướt đầm băng.

Nạn nhân được đưa lên phòng mổ ngay để vừa hồi sức bằng truyền máu, truyền dịch, trợ tim, vừa tiến hành phẫu thuật cấp cứu gấp. Khi mở băng ra, thấy vết thương toác rộng ở vùng xương đòn trái, xương đòn trái bị vỡ làm nhiều mảnh, động mạch dưới đòn trái và tĩnh mạch dưới đòn trái gần bị đứt làm đôi và bị rách nát trên một đoạn dài khoảng 2cm, đầu trung tâm và đầu ngoại vi của các mạch máu chỉ còn dính lại với nhau bằng một phần nhỏ của thành mạch. Máu vẫn tiếp tục chảy từ các đầu mạch máu bị tổn thương ra. Sau khi cầm máu tạm thời bằng kẹp Bull-dog ở hai đầu các mạch máu, thành tĩnh mạch rách được khâu kín lại bằng kim không gây chấn thương với chỉ tơ 5/0, đoạn động mạch dưới đòn trái bị rách nát được ghép nối lại bằng một đoạn tĩnh mạch hiển trong dài khoảng 3,5cm (ghép động mạch tự thân). Phẫu thuật kéo dài trong thời gian 1 giờ 20 phút. Sau khi mổ, sự lưu thông của động mạch và tĩnh mạch trở lại tương đối bình thường. Mặc dầu suốt cả trong thời gian tiến hành mổ xẻ và sau mổ nạn nhân đã được hồi sức tích cực bằng truyền hết gần 3 lít máu và trên 2 lít các dịch thay thế

máu khác, cocticoit v.v... nhưng trạng thái choáng nặng không hồi phục vẫn tiếp diễn và tiến triển, nạn nhân không tỉnh, không có nước tiểu và cuối cùng chết trong tình trạng trụy tim mạch.

Bệnh án 3: Nạn nhân Tr. V. L. 42 tuổi vào viện tháng 8-1972 với chẩn đoán vết thương ở cổ bên phải chảy máu nhiều. Nạn nhân đang làm ruộng, bị một mảnh đạn rốc kết bắn vào cổ bên phải, chảy máu nhiều. Nạn nhân là một người nông dân khỏe mạnh, thấy máu phun ra đỏ tươi, anh nhanh trí lấy đầu ngón tay trở bên phải chịt chặt vào lỗ mảnh đạn vào ở cổ, tỉnh táo và bình tĩnh, anh chạy nhanh đến bệnh viện dã chiến của chúng tôi đóng ở gần đó.

Sau khi đặt nạn nhân nằm lên bàn mổ dã chiến, chúng tôi bảo anh rút bỏ ngón tay ra, tức thì, một dòng máu đỏ tươi phụt mạnh từ vết thương lên cao gần tới 1m.

Nạn nhân được mổ cấp cứu ngay tại chỗ. Vết thương được mở rộng, đầu trung tâm và đầu ngoại vi của động mạch cảnh chung bên phải được ngăn lại tạm thời bằng hai kẹp Bull-dog. Vết thương rách thành bên của động mạch cảnh chung bên phải đã được cắt lọc sửa lại và khâu kín bằng kim không gây chấn thương với chỉ tơ 4/0. Sau khi mổ, động mạch đập tốt. Vết mổ được khâu kín, để lại một dải cao su dẫn lưu ở lớp dưới da. Thời gian kẹp động mạch tạm thời: kéo dài 6 phút.

Thời kỳ sau mổ tiến triển tốt, vết mổ lành kỳ đầu. Bệnh nhân ra viện về nhà trong tình trạng tốt sau 10 ngày nằm điều trị.

Bệnh án 4: Nạn nhân B. S. T. 36 tuổi, bị một mảnh đạn rốc kết bắn vào góc đùi trái, anh ngã vật người

xuống đất. Máu chảy mạnh từ vết thương ra lênh láng. Mặc dầu bị choáng váng vì mất máu, nạn nhân là một thầy thuốc, nên anh đã có ý thức dùng bàn tay phải, lấy hết sức mình, ấn chặt vào chỗ bị thương để cầm máu, đồng thời kêu lên cầu cứu. Nghe tiếng kêu cầu cứu, một bác sĩ và một nữ y tá đã nhảy vọt ra khỏi hầm trú ẩn trong lúc máy bay địch còn đang bắn phá ác liệt, để chạy tới cứu anh. Khi chạy tới nơi, thấy nạn nhân đã buông tay ra vì quá kiệt sức. Máu tiếp tục chảy từ vết thương ra, không thể cầm lại được vì vết thương quá sâu. Và cuối cùng, nạn nhân đã hy sinh vì choáng mất máu nặng.

Qua 4 bản tóm tắt bệnh án kể ở trên chúng tôi đã rút ra được một số nhận xét sau đây:

- Vết thương mạch máu lớn ngoại biên là những loại tổn thương rất nặng, có thể dễ dàng dẫn tới tử vong, nếu không được cứu chữa kịp thời, (bệnh án 2 và bệnh án 4).

- Vết thương mạch máu lớn ngoại biên rất nặng, thậm chí có kèm theo các tổn thương phối hợp khác, nếu cứu chữa kịp thời, tích cực và đúng, có thể cứu sống được tính mạng của nạn nhân (bệnh án 1).

- Một động tác cầm máu đơn giản và kịp thời như lấy ngón tay chịt chặt vào chỗ bị thương đôi khi cũng có thể cứu sống được người bị nạn hoặc người bị nạn có thể tự cứu sống được mình (bệnh án 3). Tuy vậy, không phải lúc nào động tác cầm máu đơn giản đó cũng có thể cứu sống được người bị nạn hoặc người bị nạn có thể tự cứu sống được mình, kể cả trường hợp khi chính người bị nạn là một thầy thuốc (bệnh án 4), mà trong các trường

hợp nguy hiểm đó, cần phải có sự hiểu biết và bàn tay kinh nghiệm của người thầy thuốc đang làm nhiệm vụ cấp cứu. Động tác cầm máu đơn giản kể trên chỉ có thể thực hiện được khi nơi xảy ra tai nạn ở gần một cơ sở điều trị (bệnh viện, bệnh xá, trạm cứu thương v.v...) và trong hoàn cảnh khẩn cấp, không còn có cách nào khác để cầm máu như băng ép, đặt garô v.v...

- Bệnh án 1 đã một lần nữa chứng minh thêm sự phá hoại tàn nhẫn của vết thương hỏa khí do bom bi đối với các tổ chức, cơ quan và bộ phận của cơ thể người bị nạn.

B. THEO TÍNH CHẤT CỦA LOẠI MẠCH MÁU LỚN NGOẠI BIÊN BỊ THƯƠNG

1. Vết thương ở động mạch lớn đơn thuần

Trong các loại vết thương mạch máu lớn ngoại biên, vết thương động mạch đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất.

Theo tài liệu của chúng tôi: 156 trên tổng số 312 trường hợp chiếm tỷ lệ 50% (94 trên 134 trường hợp, chiếm tỷ lệ 70,10% theo Phạm Biểu Tâm, Phan Văn Tường, Văn Kỳ Nam và ctv, 1968-1977 tại Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh). Một số tác giả khác ít gặp hơn (theo Đỗ Hoài Nam, Quân y viện 175, Thành phố Hồ Chí Minh: 35%).

So với vết thương ở các tĩnh mạch lớn, vết thương động mạch có nhiều nguy hiểm hơn: gây chảy máu nhiều, đôi khi rất dữ dội, làm cho nạn nhân, trong một khoảng thời gian rất ngắn, thậm chí chỉ trong vài phút, mất đi một khối lượng máu khá lớn, dẫn tới tình trạng choáng mất máu nặng có thể tử vong tại nơi xảy ra tai nạn hay trận địa như đã nêu ở phần trên.

Khi động mạch lớn bị thương, máu đỏ tươi phụt ra thành tia theo nhịp đập của trái tim, đôi khi rất mạnh, vọt ra xa tới hơn một mét. Máu thường không tự cầm lại được mà phải dùng garô, băng ép hoặc một biện pháp nào khác để cầm máu tạm thời mới cứu được người bị nạn.

2. Vết thương ở tĩnh mạch lớn đơn thuần

Chúng tôi gặp rất ít loại vết thương ở tĩnh mạch lớn đơn thuần (25 trong số 312 trường hợp, chiếm tỷ lệ 8,00%).

Những vết thương ở các tĩnh mạch lớn chúng tôi đã gặp là:

- Vết thương tĩnh mạch cảnh trái: 4 trường hợp.
- Vết thương tĩnh mạch dưới đòn phải: 3 trường hợp.
- Vết thương tĩnh mạch cửa: 1 trường hợp.
- Vết thương tĩnh mạch chậu ngoài phải: 5 trường hợp.
- Vết thương tĩnh mạch đùi: 12 trường hợp.

Chúng tôi gặp ít vết thương ở tĩnh mạch vì đại đa số các vết thương này đã được điều trị cầm máu tốt ở các cơ sở y tế tuyến trước, 23 trong số 25 trường hợp bệnh nhân được chuyển đến với chúng tôi đều là những trường hợp ở tuyến trước đã nghi ngờ hay khẳng định là có vết thương động mạch. Thậm chí có 2 trường hợp bệnh nhân được chuyển tới chúng tôi với hai dây garô đặt ở gốc đùi kèm theo phiếu ghi ngày giờ và tên người đặt garô rất đầy đủ. Có một trường hợp rách tĩnh mạch cửa đã được khâu cầm máu và phục hồi lại được sự lưu thông của mạch máu với kết quả tốt.

Vết thương ở các tĩnh mạch lớn, nhất là các tĩnh mạch lớn ở phần trên cơ thể như tĩnh mạch cảnh, tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch chủ trên, v.v... có thể gây ra một biến chứng nguy hiểm, dẫn tới tử vong đột ngột là tắc nghẽn khí ở động mạch phổi (embolie gazeuse de l'artère pulmonaire) vì trong các tĩnh mạch này thường có áp lực âm do ảnh hưởng của sự hoạt động của tim và phổi.

Vết thương tĩnh mạch thường không gây ra hiện tượng chảy máu ồ ạt, dữ dội như vết thương động mạch. Máu không chảy thành tia và phụt mạnh, trái lại thường trào từ vết thương ra hoặc dâng từ đáy vết thương lên dần dần, có màu đỏ sẫm. Máu có thể rỉ ra chậm khi ta đã áp dụng các biện pháp cầm máu tạm thời đơn giản như băng ép vết thương, v.v...

Dưới đây chúng tôi xin nêu lên một vài bản tóm tắt sơ lược bệnh án để làm thí dụ:

Bệnh án 1: Nạn nhân L. V. T. 32 tuổi, trong khi cuộc vườn, bị mìn nổ gây nên nhiều vết thương nông trên cơ thể (mặt, ngực, bụng, tay, chân), trong đó có một vết thương tương đối lớn ở 1/3 trên mặt trong đùi trái, máu chảy nhiều.

Nạn nhân được sơ cứu băng bó vết thương, đặt một dây garô ở gốc đùi trái tại bệnh viện huyện, rồi được chuyển lên bệnh viện tỉnh. Bệnh viện tỉnh nới garô và không giải quyết gì thêm, gửi thẳng đến chúng tôi 8 giờ sau khi bị thương (tháng 8-1976) với chẩn đoán “Vết thương đứt động mạch đùi trái” đã đặt garô cầm máu tạm thời.

Khám thấy trên mặt trước cơ thể nạn nhân có nhiều vết thương nông ở các phần mềm của mặt, ngực, bụng

và hai tay đã được băng vô trùng tương đối sạch, không chảy máu. Nạn nhân tỉnh táo hỏi trả lời đúng, chân tay cử động bình thường, bụng mềm, không có phản ứng phúc mạc. Nạn nhân than có đau ê ẩm khắp người. Mạch 84 lần một phút, huyết áp động mạch 105/70mm Hg. Nghe tim thấy hai tiếng đập rõ ở các ổ van tim, nghe phổi thấy rì rào phế nang rõ ở hai phế trường, không thấy có tiếng bệnh lý.

Sau khi khám chung sơ bộ các vết thương trên cơ thể nạn nhân, chúng tôi không thấy có vết thương thấu sâu nội tạng. Chúng tôi quyết định đưa nạn nhân lên phòng mổ, mở garô để xử trí vết thương mạch máu.

Khi mở băng và mở garô ra, chúng tôi thấy một vết thương, kích thước 3 x 4cm ở mặt trong đùi trái, làm rách các phần mềm, nhưng máu đã ngưng chảy, chỉ còn rỉ đôi chút máu đen sẫm từ đáy vết thương ra. Chúng tôi sờ thấy động mạch mu bàn chân trái và động mạch chày sau trái thấy đập tốt. Chúng tôi chẩn đoán là vết thương phần mềm 1/3 trên đùi trái rách cơ và đứt các mạch máu nhỏ hoặc đứt, rách tĩnh mạch, động mạch đùi không bị tổn thương. Chúng tôi quyết định mở rộng và cắt lọc vết thương. Khi mở vết thương, thấy tĩnh mạch hiển trong bị rách một đoạn dài khoảng gần 1cm, cách chỗ tĩnh mạch này đổ vào tĩnh mạch đùi nơi lỗ bầu dục ở vùng tam giác Scarpa khoảng 3cm. Chúng tôi tiến hành thắt tĩnh mạch hiển trong, kiểm tra thấy động mạch đùi còn nguyên vẹn, đập tốt. Chúng tôi cắt lọc vết thương và khâu da thừa, đặt một dải cao su mỏng dẫn lưu.

Hậu phẫu tiến triển tốt, bệnh nhân được ra viện về nhà vào ngày thứ 8 sau khi mổ.

Bệnh án 2: Nạn nhân B. V. Nh. 53 tuổi bị một mảnh trái nổ bắn vào cổ bên phải chảy nhiều máu. Nạn nhân được băng bó tạm thời và được chuyển tới chúng tôi 3 giờ sau khi bị thương (tháng 12-1976) với chẩn đoán vết thương động mạch cảnh bên phải.

Sau khi khám sơ bộ chung toàn cơ thể và làm các thủ tục cần thiết, chúng tôi đưa nạn nhân lên phòng mổ, mở rộng vết thương để xử trí vết thương mạch máu.

Khi mở vết thương ra, chúng tôi thấy các tổ chức xung quanh bị ngấm máu bầm tím. Kiểm tra thấy động mạch cảnh vẫn đập tốt, còn nguyên vẹn, tìm thấy một chỗ rách nhỏ ở thành tĩnh mạch cảnh ngoài, kích thước khoảng 0,6cm, chỗ rách tĩnh mạch được khâu kín lại bằng kim không gây chấn thương với chỉ tơ 5/0. Sau khi khâu, khẩu kính của tĩnh mạch có bị hẹp hơn bình thường đôi chút, nhưng máu vẫn lưu thông tốt.

Hậu phẫu tiến triển tốt, bệnh nhân được ra viện về nhà 8 ngày sau khi mổ trong tình trạng tốt.

Bệnh án 3: Nữ bệnh nhân Lê Th. Nh. 53 tuổi vào viện cấp cứu 17-12-1976 với chẩn đoán viêm phúc mạc do mật, choáng nhiễm trùng, nhiễm độc, mạch 120 lần một phút, huyết áp 80/50mm Hg. Bệnh nhân được mổ cấp cứu thăm dò.

Khi mổ, thấy vùng dưới gan và túi mật bị dính nhiều. Trong khi bóc tách thấy máu đen sẫm từ phía khe Winslow trào ra rất nhanh. Phẫu thuật viên dùng hai ngón của tay trái bít vào chỗ chảy máu và không sao cầm được máu chảy.

Chúng tôi được mời tới hỗ trợ thêm. Khi phẫu thuật viên nhấc hai ngón tay ra khỏi chỗ bít, chúng tôi thấy máu đen sẫm phun từ phía cuống gan lên như vòi nước đang chảy. Lập tức cuống gan được kẹp lại để cầm máu tạm thời bằng một clăm mềm. Máu ngừng chảy ngay tức thì. Nhìn thấy rõ một vết rách của thân chính tĩnh mạch cửa, cách chỗ phân chia thành hai nhánh vào gan khoảng 1,5cm. Vết rách trên thành tĩnh mạch cửa có đường dài khoảng 1,5cm được khâu kín bằng kim không gây chấn thương với chỉ tơ số 3/0.

Cuống gan được kẹp trong 8 phút. Phẫu thuật kết thúc bằng lấy sỏi trong ống mật chủ, đặt ống dẫn lưu Kehr và ống dẫn lưu dưới gan.

Hậu phẫu tiến triển tốt, vết mổ bị nhiễm trùng nhẹ đã được điều trị lành khỏi, trước khi cho bệnh nhân ra viện về nhà một tháng sau khi mổ trong tình trạng tương đối tốt.

Qua 3 bệnh án kể trên chúng tôi rút ra được mấy nhận xét sau đây:

- Vết thương ở các tĩnh mạch lớn ít nguy hiểm hơn các vết thương ở động mạch lớn. Tuy vậy tuyệt đối không nên coi thường vì nếu không biết cách xử trí đúng mức và kịp thời thì tính mạng của người bệnh vẫn có thể bị đe dọa (bệnh án 3); ngược lại, cũng không nên quá thận trọng, quan trọng hóa vấn đề, không mở vết thương và garô ra xem xét và kiểm tra kỹ lưỡng để đánh giá đúng mức các tổn thương. Kịp thời xử trí các vết thương tĩnh mạch đơn thuần, đỡ mất công di chuyển nạn nhân lên tuyến trên và đỡ tốn kém cho nạn nhân và cho nhà nước (bệnh án 1).

Tất cả các vết thương mạch máu ở cổ không kể đó là vết thương động mạch hay tĩnh mạch, đều phải coi là các vết thương nặng, có thể nguy hiểm cho tính mạng người bệnh, do đó phải được sơ cứu cầm máu tạm thời ngay bằng băng ép và chuyển tới bệnh viện gần nhất càng sớm càng tốt. Nếu cơ sở điều trị chưa được trang bị tốt cho phẫu thuật mạch máu hoặc chưa có bác sĩ ngoại khoa biết về phẫu thuật mạch máu thì nên tiếp tục chuyển sớm nạn nhân lên tuyến trên có điều kiện điều trị chất lượng hơn.

3. Vết thương động-tĩnh mạch phối hợp

Đại đa số các vết thương mạch máu là những vết thương động-tĩnh mạch phối hợp: không thể có vết thương động mạch đơn thuần tuyệt đối vì xung quanh động mạch luôn luôn có một màng lưới tĩnh mạch dày đặc.

Chúng tôi quan niệm vết thương động-tĩnh mạch phối hợp là những vết thương ở những động mạch lớn và tĩnh mạch lớn nằm gần nhau, xảy ra cùng một lúc trên một vị trí nhất định của cơ thể nạn nhân. Do đó trong phần này, chúng tôi chỉ nêu lên những vết thương động mạch lớn phối hợp với các vết thương tĩnh mạch lớn mà thôi, vì chính những vết thương phối hợp này mới có ý nghĩa trong việc xác định thái độ xử trí như thế nào cho đúng, cho có kết quả để tránh được những hậu quả nguy hại có thể xảy ra cho người bị tai nạn trong hiện tại và trong tương lai.

Các tĩnh mạch nhỏ bị thương kèm theo vết thương ở động mạch lớn là một thực tế khách quan không thể nào tránh khỏi, nhưng nó không gây ra tai hại gì cho người bệnh, vì vậy nó không có ý nghĩa gì quan trọng,

do đó chúng tôi không liệt vào loại vết thương động-tĩnh mạch phối hợp.

Chúng tôi gặp 131 vết thương động-tĩnh mạch phối hợp trên tổng số 312 trường hợp vết thương mạch máu, chiếm tỷ lệ 42% trong đó có 93 vết thương mạch máu mới phối hợp giữa động mạch và tĩnh mạch (theo tài liệu của GS. Phạm Biểu Tâm, BS. Phan Văn Tường và Văn Kỳ Nam, Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh năm 1977: 40 trên 134 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 29,9%; theo BS. Đỗ Hoài Nam, Quân y viện 175: 65%). Như vậy, nếu nhận xét một cách tổng quát, ta thấy vết thương ở động mạch vẫn chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với vết thương ở tĩnh mạch theo tài liệu của chúng tôi.

- 156 vết thương và di chứng vết thương động mạch đơn thuần cùng với 131 vết thương động mạch trong vết thương và di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp, tổng cộng là 287 vết thương động mạch, chiếm gần 2/3 tổng số vết thương ở động mạch và tĩnh mạch cộng lại (287/443 tức 64,8%).

- 25 vết thương tĩnh mạch đơn thuần cùng với 131 vết thương tĩnh mạch trong vết thương và di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp, tổng cộng là 156 vết thương tĩnh mạch lớn, chiếm hơn 1/3 tổng số vết thương ở động mạch và tĩnh mạch cộng lại (156/443, tức 35,2%).

Đại đa số các vết thương động-tĩnh mạch phối hợp chúng tôi gặp là vết thương hỏa khí: 91 trên tổng số 93 trường hợp, chiếm 97,8%, còn hai trường hợp là do nguyên nhân khác (do tai nạn lưu thông và tai nạn lao động kết hợp với gãy xương làm nhiều mảnh làm rách, thủng mạch máu).

Các vết thương động-tĩnh mạch phối hợp chúng tôi gặp nhiều nhất ở chi dưới: 58 trên tổng số 93 trường hợp, chiếm tỷ lệ 62,36%.

Ở các vị trí khác trên cơ thể gặp ít hơn nhiều (xem bảng dưới đây).

Bảng 2.

Vị trí các vết thương động-tĩnh mạch phối hợp

Vị trí	Số lượng nạn nhân	Tỷ lệ%
Động-tĩnh mạch cảnh	7	7,63
Động-tĩnh mạch dưới đòn	5	5,45
Động-tĩnh mạch nách	2	2,18
Động-tĩnh mạch cánh tay	6	6,54
Động-tĩnh mạch chậu chung	1	1,09
Động-tĩnh mạch chậu ngoài	6	6,54
Động-tĩnh mạch đùi	58	62,36
Động-tĩnh mạch khoeo	6	6,54
Động-tĩnh mạch chày sau	2	2,18
Tổng cộng	93	100%

Nếu không được cứu chữa kịp thời, các vết thương động-tĩnh mạch phối hợp có thể tiến triển và dẫn tới một số biến chứng nguy hiểm cho người bị nạn sau đây:

a) Các biến chứng xảy ra sớm:

- Chảy máu dữ dội và chảy máu tái phát, dẫn tới choáng mất máu nặng và cuối cùng dẫn tới tử vong (xem bệnh án ở phần trên).

- Máu cục động ở đầu trung tâm của tĩnh mạch bị thương có thể đứt ra và chảy thẳng về tim phải, rồi lên động mạch phổi gây ra tắc nghẽn động mạch phổi (thromboembolie pulmonaire) và cuối cùng dẫn đến tử vong.

b) Các biến chứng xảy ra muộn:

- Viêm tắc tĩnh mạch và cũng có khả năng gây ra biến chứng thứ phát: tắc nghẽn động mạch phổi.

- Để lại di chứng rò động-tĩnh mạch, cuối cùng dẫn tới tình trạng suy tim toàn bộ và kết thúc tử vong (xem ở phần di chứng vết thương động-tĩnh mạch phổi hợp).

C. THEO HƯỚNG CHẢY CỦA DÒNG MÁU SAU KHI BỊ THƯƠNG

Đại đa số các vết thương mạch máu lớn gây chảy máu dữ dội ra ngoài vết thương. Tuy vậy trong một số trường hợp cá biệt khi vết thương nằm ở sâu trong ổ bụng như vết thương ở động mạch và tĩnh mạch chậu, hoặc nằm sâu trong lồng ngực và ở trung thất như vết thương xuyên qua lồng ngực vào tới các mạch máu lớn gần tim và làm tổn thương các mạch máu đó.

Chúng tôi đã gặp 2 trường hợp vết thương động mạch chậu ngoài gây chảy máu vào trong ổ bụng và một trường hợp vết thương động-tĩnh mạch dưới đòn trái thủng vào đỉnh phổi, gây chảy máu vào xoang màng phổi trái.

Chúng tôi xin nêu lên dưới đây hai bản tóm tắt bệnh án để làm thí dụ:

Bệnh án 1: Nạn nhân Tr. V. Q. 21 tuổi, được chuyển tới bệnh viện tháng 8-1972 trong tình trạng choáng mất

máu nặng sau khi bị một vết thương chột vào vùng hố chậu trái.

Khám thấy toàn thể trạng nạn nhân rất nặng, hoảng hốt, lo lắng, khát nước, da và niêm mạc nhợt nhạt, mạch nhanh 130 lần 1 phút, huyết áp 60/40mm Hg, 50/40mm Hg.

Ở hố chậu trái, nơi ranh giới 1/3 giữa và 1/3 ngoài của dây cung bẹn kéo lên trên khoảng 3cm, có một vết thương chột, kích thước khoảng 1cm đường kính, mép vết thương đã sát lại với nhau và khô, không có máu chảy ra.

Ấn bụng, thấy có phản ứng phúc mạc, rõ nhất là ở dưới rốn. Khám trực tràng, thấy túi cùng Douglas đầy, hơi đau. Chọc thăm dò ổ bụng, hút ra được máu không đông.

Quyết định mổ. Mổ bụng theo đường giữa dưới rốn. Thấy máu ở trong ổ bụng trào ra khá nhiều. Hút ra được tất cả khoảng 1,500 lít máu và lấy ra được khoảng 600 gam máu cục. Kiểm tra thấy có một khối máu tụ lớn ở sau phúc mạc lan từ tiểu khung lên tới cực dưới của thận cả hai bên. Tìm thấy một lỗ thủng ở phúc mạc sâu còn đang rỉ máu ra. Mở rộng phúc mạc sau, tách rộng các tổ chức phần mềm bị ngấm máu tụ, tìm thấy một vết thương rách trên thành động mạch chậu ngoài bên trái gần sát chỗ chia 3 của động mạch chậu chung, máu chảy ra thành tia rất mạnh khi cục máu đọng cuối cùng ở sát vết thương mạch máu bị bật ra.

Vết thương động mạch được khâu kín lại bằng 3 mũi khâu hình chữ X, dùng kim không gây chấn thương với chỉ tơ 4/0. Phúc mạc sau được đóng kín, đặt một ống cao su dẫn lưu vùng Douglas. Vết mổ đóng kín hai lớp.

Thời kỳ sau mổ tiến triển tốt. Bệnh nhân được ra viện về nhà trong tình trạng tốt vào ngày thứ 15 sau mổ.

Bệnh án 2: Nạn nhân L. A. P. 29 tuổi, bị một vết thương xuyên từ vùng trên xương đòn trái qua ngực bên trái ra phía sau lưng bên trái do đạn súng ngắn. Nạn nhân được đưa tới bệnh viện tháng 12-1977 trong tình trạng choáng mất máu nặng: da và niêm mạc tái nhợt, tri giác có lúc lơ mơ, có lúc hốt hoảng, khát nước, mạch 140 lần 1 phút, huyết áp động mạch 60/40mm Hg.

Kiểm tra thấy có một vết thương chọt ở vùng trên xương đòn trái hơi chệch lên phía trên vai trái, máu chảy ra không nhiều lắm. Mở rộng vết thương thấy động mạch và tĩnh mạch dưới đòn trái bị rách ở thành bên trên một đoạn dài khoảng trên 1cm.

Vết thương mạch máu được khâu kín lại bằng kim không gây chấn thương với chỉ tơ 4/0, bằng những mũi khâu hình chữ X.

Sau khi xử trí vết thương mạch máu, thấy nạn nhân còn khó thở. Nghe phổi trái thấy rì rào phế nang giảm rõ rệt. Để nạn nhân nửa ngồi nửa nằm ở tư thế Fowler, gõ thấy giảm âm thanh (tiếng gõ đục) ở phần dưới phổi trái. Chọc kim thăm dò xoang màng phổi qua liên sườn VII theo đường nách giữa, hút ra được máu không đông. Chẩn đoán là tràn máu màng phổi.

Quyết định đặt ống dẫn lưu ngực qua liên sườn VII theo đường nách sau. Qua ống dẫn lưu ngực hút ra được khoảng 600ml máu loãng. Theo dõi hậu phẫu, thấy tình trạng nạn nhân khá dần. Máu trong ngực hết chảy và không thấy tiến triển xấu. Rút bỏ ống dẫn lưu ngực sau 48 giờ. Bệnh nhân xuất viện về nhà vào ngày thứ 20 sau khi mổ trong tình trạng tốt.

Qua hai bệnh án kể trên, chúng tôi rút ra một nhận xét chính sau đây:

Khi có vết thương mạch máu lớn với dấu hiệu mất máu rõ rệt kèm theo các triệu chứng nghi ngờ có máu chảy vào trong các ổ, xoang của cơ thể, cần phải có một thái độ xử trí đúng mức và kịp thời: Nếu máu chảy vào ổ bụng, nhất thiết phải mổ bụng kiểm tra và cầm máu, khi nghi ngờ có máu chảy vào xoang màng phổi, phải tùy theo tình hình cụ thể, có thể đặt ống dẫn lưu ngực tối thiểu để theo dõi, nếu máu ngưng chảy, cho rút ống dẫn lưu sớm (trong 48 giờ sau mổ) để tránh nhiễm trùng, nếu máu còn tiếp tục chảy (100-200ml trong 1 giờ) nhất thiết phải mở lồng ngực để cầm máu.

Chảy máu vào các tổ chức hay chảy máu nội mô trong vết thương mạch máu là một hiện tượng thường gặp, nó không có ảnh hưởng gì đến tính mạng người bệnh. Tuy vậy, khi máu ngấm nhiều làm căng các tổ chức, nhất là ở bắp cẳng chân (mollet tendu), có thể làm cho phần dưới cẳng chân và bàn chân thiếu nuôi dưỡng và nếu không xử trí kịp thời, có thể dẫn tới hoại tử chi.

D. THEO TÍNH CHẤT CỦA THƯƠNG TỔN TRÊN THÀNH MẠCH MÁU

Khi mạch máu bị thương, ta có thể thấy các loại tổn thương sau đây trên thành mạch máu.

1. Vết thương động mạch (hình 14 trang 74)

a) Vết thương làm đứt đôi động mạch hoàn toàn:

Trong trường hợp này, các đầu mạch máu co rút lại, lớp nội mạc mạch máu lộn vào trong lòng mạch. Đầu

trung tâm của mạch máu bị đứt đôi còn tiếp tục chảy cho đến khi huyết áp động mạch giảm xuống tới một mức nhất định hoặc đầu mạch máu đã được bít kín lại bởi một cục máu đông. Đầu ngoại biên của mạch máu còn chảy rỉ máu và ngừng chảy sớm hơn vì huyết áp ở đây rất thấp, nhất là khi tuần hoàn bên (bàng hệ) yếu hoặc không phát triển (*hình 14a*).

b) Vết thương gần đứt đôi động mạch:

Trong trường hợp này, hai đầu mạch đứt toác rộng ra và máu tiếp tục chảy, rất khó tự cầm lại. Trong đại đa số các trường hợp, máu thường chảy ra ngoài rất nhiều, gây choáng mất máu hoặc hình thành sớm một bọng máu tụ lớn (hématome) (*hình 14b*)...

c) Vết thương làm rách thành bên của động mạch:

Cũng gây chảy máu nhiều như vết thương gần đứt đôi động mạch và cũng có những hậu quả tương tự như trên (*hình 14c*).

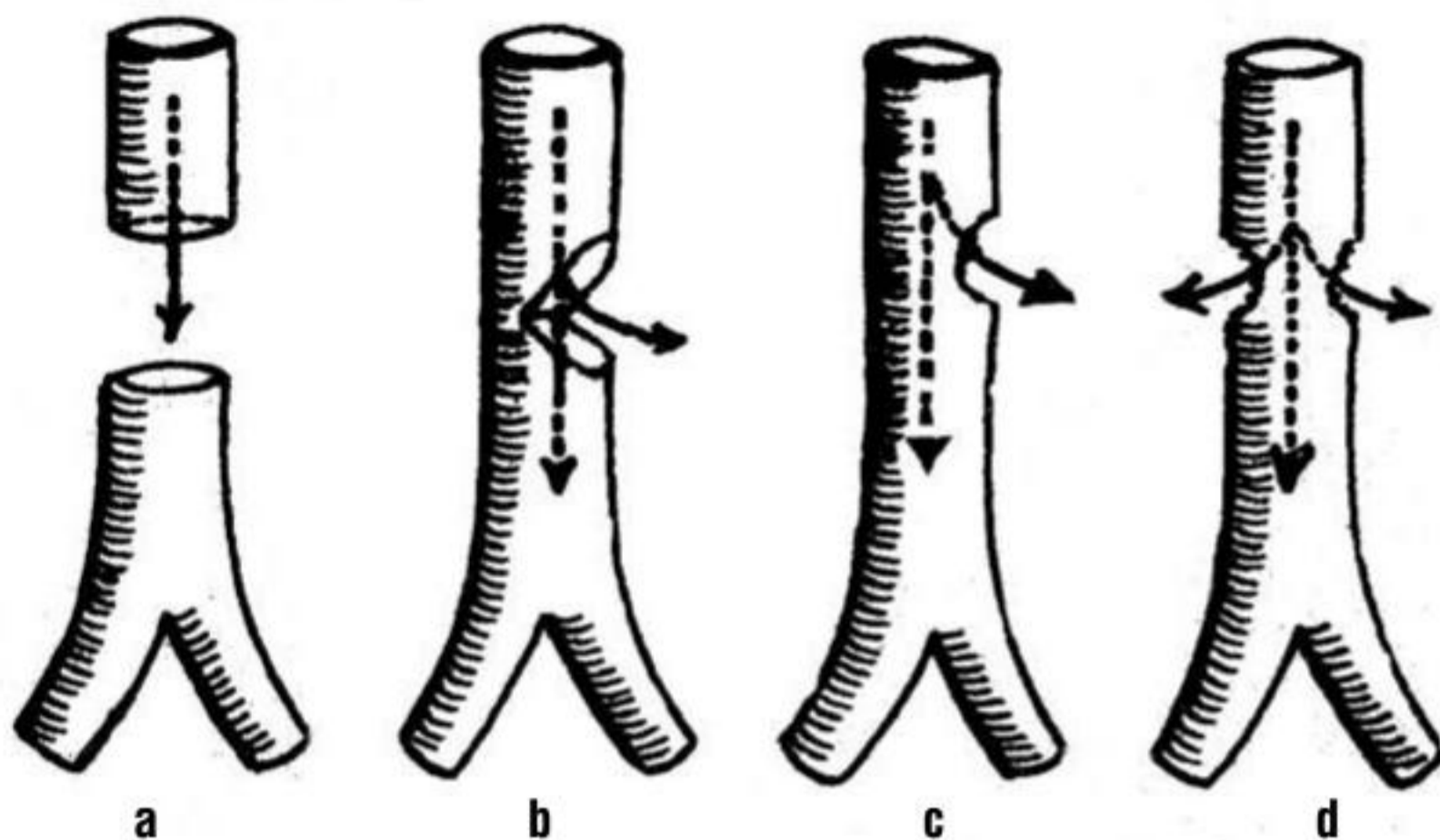
d) Vết thương xuyên thủng qua động mạch:

Loại vết thương này cũng gây chảy máu nhiều. Nếu không được chữa trị kịp thời sẽ dẫn tới hậu quả theo hai hướng sau đây:

- Choáng mất máu gây tử vong.
- Nếu vết thương bên ngoài tự cầm máu, bên trong vết thương có thể hình thành hai bọng máu tụ theo hướng máu chảy ra ngoài ở hai bên chỗ rách thành mạch (*hình 14d*).

đ) Vết thương động mạch kết hợp với gãy xương:

Trong trường hợp này có thể có hai nguyên nhân gây ra tổn thương ở mạch máu:



Hình 14:

- Do vết thương trực tiếp làm gãy xương và làm tổn thương động mạch cùng một lúc.

- Vết thương làm gãy xương và mảnh xương gãy nhọn đâm vào thành mạch máu gây ra vết thương thứ phát ở động mạch.

Cả hai nguyên nhân kể trên đều có thể gây ra tổn thương nặng ở thành mạch, gây chảy máu dữ dội ra ngoài hoặc ở nội mô. Tình trạng nạn nhân càng nặng lên do máu từ ổ xương gãy cũng chảy thêm vào, kèm theo đó có các triệu chứng đau đớn do gãy xương gây nên.

Nếu không được chữa trị kịp thời cũng có thể dẫn tới hai hậu quả sau đây:

- Choáng chấn thương và choáng mất máu nặng dẫn tới tử vong.

- Hình thành một bục máu tụ lớn hoặc hai bục máu tụ nằm sát nhau: Một từ động mạch bị thương và một từ ổ xương gãy chảy ra và tạo nên.

Tất cả các vết thương động mạch, dù ở dưới hình thức nào, nếu không được vá, ghép và phục hồi lại sự lưu thông của mạch máu, cuối cùng sẽ dẫn tới sự hình thành một di chứng mà ta thường gọi là di chứng vết thương của động mạch.

2. Vết thương tĩnh mạch

Thành tĩnh mạch cũng có thể bị các tổn thương giống như thành của động mạch (đứt đôi, gần đứt đôi, rách thành bên tĩnh mạch, vết thương xuyên thủng tĩnh mạch, v.v...). Nếu vết thương động mạch có nguy hiểm gây chảy máu dữ dội, có thể dẫn tới tử vong thì vết thương tĩnh mạch ít có nguy hiểm chảy máu gây tử vong, nhưng lại có các nguy hiểm khác:

- Cục máu đọng ở đầu trung tâm của tĩnh mạch có thể bật ra và theo hướng đi của tĩnh mạch trở về tim phải, rồi lên động mạch phổi làm tắc nghẽn động mạch phổi (thrombo-embolie pulmonaire), cuối cùng dẫn tới tử vong.

- Các tĩnh mạch có áp lực âm như tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch cảnh, v.v... Khi bị thương nếu không kịp thời cứu chữa sẽ dẫn tới tắc khí ở động mạch phổi (embolie gazeuse).

Các vết thương ở tĩnh mạch thường ít để lại di chứng vì hệ thống tĩnh mạch có một màng lưới các mạch nối dày đặc (tuần hoàn bàng hệ hay còn gọi là tuần hoàn bên phát triển tốt). Tuy vậy, khi nhiều tĩnh mạch bị thương cùng một lúc, nếu không được cứu chữa ngay từ lúc ban đầu, cũng có thể dẫn tới sự ứ trệ tuần hoàn trở

về của phần chi dưới chỗ bị thương và phát triển bệnh viêm tắc tĩnh mạch.

3. Vết thương động-tĩnh mạch phối hợp

Khi cả hai động mạch và tĩnh mạch nằm cạnh nhau bị thương cùng một lúc gây ra vết thương trên thành của hai mạch máu đó, ta gọi là vết thương động-tĩnh mạch phối hợp.

Vết thương động-tĩnh mạch phối hợp có thể có những hình thái đơn giản và phức tạp sau đây:

a) Vết thương làm rách thành của động mạch và tĩnh mạch ở nơi hai mạch máu nằm sát cạnh nhau (*hình 15a*), hình thái vết thương đơn giản.

b) Vết thương xuyên thủng động mạch và làm rách thành của tĩnh mạch (*hình 15b*), hình thái vết thương phức tạp.

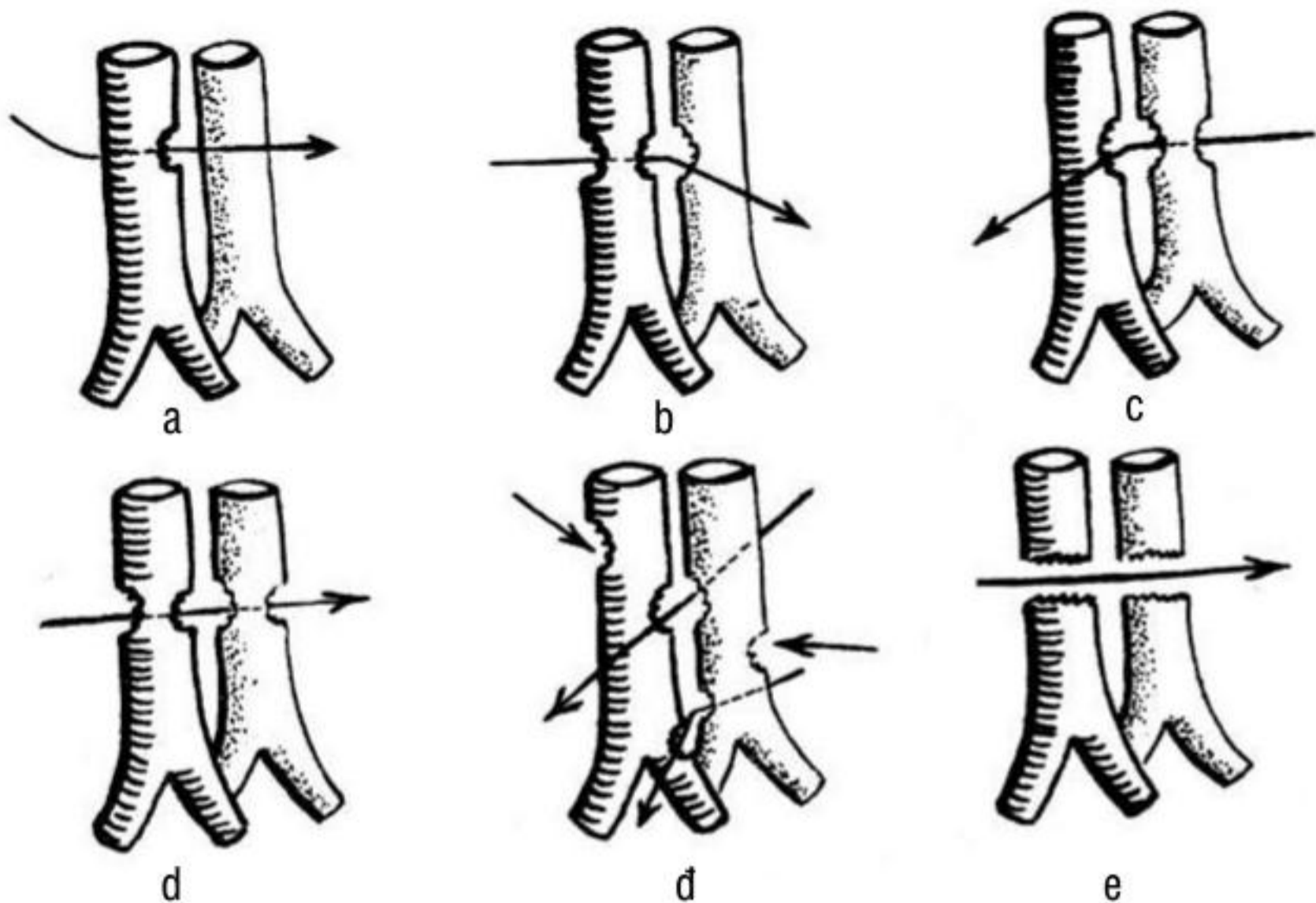
c) Vết thương xuyên thủng động mạch và làm rách thành của động mạch (*hình 15c*), hình thái vết thương phức tạp.

d) Vết thương xuyên thủng cả động mạch và tĩnh mạch (*hình 15d*), hình thái vết thương rất phức tạp.

đ) Vết thương xuyên thủng nhiều chỗ trên một động mạch và một tĩnh mạch nằm gần nhau (*hình 15đ*); hình thái vết thương rất phức tạp.

e) Vết thương làm đứt đôi cả động mạch và tĩnh mạch cùng một lúc (*hình 15e*), vết thương rất phức tạp, v.v...

Vết thương động-tĩnh mạch phối hợp, như đã kể ở trên, là những vết thương nặng, cũng như vết thương động mạch đơn thuần, nếu không được chữa trị kịp thời, nó dẫn tới hai hậu quả cơ bản sau đây:



Hình 15:

- Choáng mất máu nặng và dẫn tới tử vong nhanh chóng.

- Để lại di chứng mà ta gọi là di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp.

Cả hai hậu quả này đều rất nặng đối với người bị nạn và đưa tỷ lệ tử vong của thương tích lên một mức rất cao so với thương tích ở các cơ quan bộ phận khác trong cơ thể.

Đ. THEO TÍNH CHẤT CỦA THỜI GIAN XẢY RA CHẢY MÁU

1. Chảy máu tiên phát

Đại đa số các trường hợp vết thương mạch máu có chảy máu tiên phát. Một số rất ít (khoảng 1%) khi mạch

máu bị thương, các đầu mạch máu co rút lại rất nhanh vào trong các tổ chức phần mềm bị dập nát kết hợp với sự co thắt phản xạ các mạch máu, máu cục được hình thành nhanh, bít kín các đầu mạch máu bị thương và máu không chảy ra nhiều lúc ban đầu.

2. Chảy máu thứ phát

Trong một thời gian nhất định nào đó sau khi bị thương, cục máu đã bít kín đầu mạch máu có thể bị bong ra và máu lại tiếp tục chảy. Trường hợp đó được coi là chảy máu thứ phát. Chảy máu thứ phát có thể xảy ra sớm (từ 3 đến 5 ngày sau khi bị thương) và cũng có thể xảy ra muộn (từ 10 đến 15 ngày sau khi bị thương).

Chúng tôi gặp chảy máu thứ phát ở hai nạn nhân trong số 204 vết thương mạch máu mới (0,98%). Cả hai trường hợp này nếu xảy ra sớm và đã được mổ cầm máu cấp cứu tạm thời.

3. Chảy máu tái phát

Nguyên nhân của chảy máu tái phát thường là:

a) Vết thương bị nhiễm trùng, ăn mòn rửa thành mạch máu, làm cho máu lại chảy ra trong một thời gian nào đó sau khi bị thương.

b) Cầm máu không tốt, chỉ buộc hoặc chỉ khâu bị tuột ra, và máu lại chảy ra sau khi mổ.

Chảy máu tái phát có thể xảy ra một lần hoặc nhiều lần, có khi hàng tháng sau khi bị thương.

Chúng tôi gặp hai trường hợp chảy máu tái phát trong số 204 vết thương mạch máu mới (0,98%).

Dưới đây chúng tôi xin nêu lên bản tóm tắt hai bệnh án đó:

Bệnh án 1: Nạn nhân Ng. V. L. 16 tuổi, vào bệnh viện tháng 8-1977 với chẩn đoán đa thương do hỏa khí: Vết thương bụng và vết thương mông phải. Nạn nhân vào bệnh viện trong tình trạng choáng mất máu nặng: Mạch 130 lần 1 phút, huyết áp động mạch 60/50mm Hg, đôi khi tụt xuống 40/0. Vẻ mặt nhợt nhạt, giãy giụa, hốt hoảng, ra mồ hôi lạnh, khát nước, có lúc lịm đi. Nạn nhân được hồi sức tích cực bằng truyền máu, truyền dịch, trợ tim, trợ hô hấp, thở oxy và được chuyển ngay tới phòng mổ để tiếp tục hồi sức và mổ cấp cứu. Gây mê nội khí quản. Mổ bụng, khâu 6 lỗ thủng ở ruột non. Sau đó, mở rộng vết thương ở mông phải xuyên ra phía ngoài và phía trước làm dập nát các tổ chức phần mềm, trong đó có động mạch đùi sâu, vỡ một phần khung chậu bên phải. Nạn nhân đã được cắt lọc vết thương, thắt mạch máu, và sau đó được đặt nằm ở tư thế giàng chân ếch.

10 ngày sau khi mổ, thấy từ vết thương ở mông phải chảy ra toàn máu đỏ tươi, thấm ướt đẫm băng và rỏ giọt xuống giường bệnh. Bệnh nhân được bác sĩ trực mổ băng, thấy vết thương sạch, không bị nhiễm trùng. Quyết định nhét gạc cầm máu. Mặc dầu thế, máu vẫn tiếp tục chảy ra mạnh, đẩy ngòi gạc nhét ra ngoài. Quyết định mở rộng vết thương để cầm máu: tìm thấy đầu trung tâm của động mạch đùi sâu đang chảy máu phụt ra thành tia mạnh, bên cạnh đó còn thấy được sợi chỉ tơ buộc cũ bị tuột ra. Khâu thắt lại động mạch bị thương bằng một mũi chỉ tơ số 2. Máu ngừng chảy.

Hậu phẫu tiến triển tốt. Bệnh nhân khỏi và ra viện trong tình trạng khá.

Bệnh án 2: Nạn nhân D. C. V. 35 tuổi, vào bệnh viện tháng 12-1977 với chẩn đoán vỡ xương hàm dưới bên trái, chảy máu nhiều. Vết thương hỏa khí.

Nạn nhân được cấp cứu tạm thời bằng băng ép, truyền máu, hồi sức và đưa vào nằm theo dõi tại khoa Răng Hàm Mặt. Các bác sĩ của khoa phát hiện thấy má bên phải của nạn nhân to ra rất nhanh và hình thành một bọc máu tụ lớn, kích thước khoảng 12cm đường kính. Bọc máu tụ chèn ép làm cho nạn nhân bị khó thở. Máu rỉ cả vào trong miệng qua một lỗ nứt rạn niêm mạc trong má bên trái.

Nạn nhân được đưa đến phòng mổ cầm máu cấp cứu. Mở rộng vết thương trong điều kiện gây mê nội khí quản. Lấy ra được 600 gam máu cục; thấy máu đỏ tươi đang chảy ra rất mạnh từ động mạch hàm ngoài (artère maxillaire externe) bị đứt đôi. Động mạch bị thương được khâu thắt lại và máu ngưng chảy.

Một tuần lễ sau khi mổ tự nhiên má trái bệnh nhân lại phình ra rất nhanh và một bọc máu tụ mới được hình thành. Bệnh nhân được mổ cấp cứu lần thứ hai với chẩn đoán chảy máu tái phát do vết thương nhiễm trùng. Khi mở rộng vết thương, thấy một mùi thối khẳn xông từ vết thương lên. Lấy được khoảng 500 gam máu cục, một phần đã bị thoái hóa có màu xám bẩn.

Máu từ động mạch hàm ngoài chảy phụt ra rất mạnh. Dùng một ống Nelaton nhỏ vòng qua động mạch cảnh chung trái để làm garô tạm thời. Khâu thắt động mạch hàm ngoài ở cách xa đầu mạch máu bị nhiễm trùng khoảng 1cm về phía trung tâm. Máu ngưng chảy. Thời

kỳ sau mổ tiến triển tốt. Vết mổ lành khỏi. Bệnh nhân còn nằm chờ ghép xương hàm bị gãy.

Qua hai bệnh án trên, chúng tôi nhận thấy mấy điểm sau đây cần nêu lên để rút kinh nghiệm:

- Khi nghi ngờ vết thương bị nhiễm trùng hoặc vết thương bẩn có khả năng sẽ bị nhiễm trùng, cần phải khâu thắt mạch máu bị thương ở xa đầu đứt, ít nhất là 1-1,5cm (bệnh án 2).

- Đối với những vết thương sạch, không bị nhiễm trùng, không phải là không có nguy cơ chảy máu tái phát nếu trong những lần mổ cấp cứu đầu, vết thương mạch máu không được xử trí theo đúng nguyên tắc.

II. TRIỆU CHỨNG

Những triệu chứng chính của vết thương các mạch máu lớn ngoại biên là chảy máu và thiếu máu cấp tính. Thiếu máu cấp tính thường được biểu hiện ra bằng một trạng thái bệnh lý rất nặng là choáng mất máu.

A. CHẢY MÁU

Tất cả các loại vết thương mạch máu ít nhiều đều thể hiện ra bằng một triệu chứng đầu tiên là chảy máu.

Khi các động mạch lớn ngoại biên bị thương, chúng ta có thể thấy mấy hiện tượng sau đây:

1. Chảy máu lênh láng và dữ dội ra ngoài vết thương

Nếu da và các tổ chức phân mềm bị phá hủy nhiều. Nạn nhân sẽ có thể bị hy sinh tại chỗ hay trên đường di chuyển lên tuyến trên nếu không được kịp thời điều trị

chống choáng và cầm máu tạm thời bằng băng ép hay đặt garô ở trên chỗ bị thương. Máu chảy ra rất mạnh và nhiều khi cả động mạch và tĩnh mạch cùng bị thương.

2. Máu có thể tự ngừng chảy lại sau khi bị thương

Nếu lỗ vào của vết thương nhỏ, ống thương tích dài. Hiện tượng này thường xảy ra do mấy lý do sau đây:

a) Các đầu mạch máu bị đứt đôi co rút tụt vào trong các tổ chức phần mềm, lớp nội mạc lộn vào trong lòng mạch, cục máu hình thành sớm và bít kín đầu mạch máu lại. Như trong một số bệnh án kể trên đã mô tả, trong các trường hợp rách một phần thành mạch hoặc thành mạch máu bị xuyên thủng, máu thường không tự cầm lại được vì chỗ rách và chỗ thủng trên thành mạch máu luôn luôn bị mở rộng ra.

b) Do ảnh hưởng của yếu tố thần kinh phản xạ, các mạch máu ở trung tâm giãn nở ra và các mạch máu ngoại biên co thắt lại làm cho huyết áp giảm xuống, tạo điều kiện cho cục máu hình thành sớm và máu ngừng chảy.

c) Huyết áp tụt nhanh do máu chảy quá nhiều, rồi máu ngừng chảy và nếu không tiến hành các biện pháp cầm máu cấp cứu tạm thời trong khi hồi sức, huyết áp lên, máu lại tiếp tục chảy.

d) Khi cả động mạch và tĩnh mạch cùng bị thương một lúc với sự hình thành sớm lỗ thông giữa động mạch và tĩnh mạch. Trong trường hợp này, dòng máu chuyển từ động mạch sang tĩnh mạch đã hạn chế đường máu chảy ra ngoài vết thương và máu chảy tự cầm lại nhanh chóng. Nếu không được cứu chữa sớm, vết thương động-tĩnh mạch sẽ để lại di chứng rò động-tĩnh mạch.

3. Máu có thể chảy vào các tổ chức phần mềm và ngấm vào các tổ chức đó tạo thành hiện tượng tụ máu tỏa lan, hoặc tách các tổ chức phần mềm ra mọi phía tạo thành một bọc máu tụ thật sự.

Có thể thấy mấy loại máu tụ thực sự sau đây:

a) *Bọc máu tụ câm* (hématome muet):

Khi máu ở trong bọc đã đông đặc lại, lúc sờ nắn chỉ thấy cảm giác rắn chắc không thấy đập và lúc nghe cũng không thấy tiếng thổi tâm thu ở trên bọc máu tụ.

b) *Bọc máu tụ đập* (hématome pulsatil):

Khi máu vẫn tiếp tục chảy qua chỗ thành mạch máu bị thương vào giữa bọc máu tụ. Sờ trên bọc máu tụ thấy có cảm giác nảy, đập và khi nghe thấy có một tiếng thổi tâm thu rõ. Tiếng thổi tâm thu này có thể không thấy xuất hiện ngay và thường chỉ thấy nó vài ngày sau khi bị thương.

Bọc máu tụ lớn có thể chèn ép vào mạch máu bị thương và làm cho máu ngừng chảy, làm cho mạch ngoại biên bị yếu hoặc mất hẳn, không sờ thấy. Màu sắc da ở dưới chỗ bị thương có thể bị trắng bệch hoặc tím tái do thiếu máu và thiếu dinh dưỡng.

Bọc máu tụ có thể tiến triển theo hai hướng sau đây:

a) Sau một thời gian nhất định chuyển thành túi phình động mạch (xem phần di chứng vết thương mạch máu).

b) Có biến chứng và chủ yếu là hai biến chứng thường gặp sau đây:

- *Bọc máu tụ bị nhiễm trùng và mưng mủ*: Khám thấy các triệu chứng tương tự như triệu chứng của một áp xe nóng: đau, đỏ, nóng, sưng với các triệu chứng toàn thân như sốt, mạch nhanh, mệt mỏi, kém ăn. Nếu không khai thác kỹ tiền sử của bệnh nhân, có thể chẩn đoán nhầm là một áp xe nóng thường và xử lý như một áp xe thường trích mủ. Trích một bọc máu tụ bị nhiễm trùng mưng mủ trong điều kiện không chuẩn bị và không có kiến thức về phẫu thuật mạch máu chắc chắn sẽ có nhiều nguy hiểm cho người bệnh: chảy máu dữ dội, đôi khi có thể dẫn tới tử vong. Đại đa số các bọc máu tụ bị nhiễm trùng mưng mủ là các bọc máu tụ cầm, do đó thường khó chẩn đoán. Trong số 5 trường hợp bọc máu tụ bị nhiễm trùng mưng mủ chúng tôi gặp, có 4 trường hợp bọc máu tụ cầm và 1 trường hợp bọc máu tụ đập. Bọc máu tụ đập bị nhiễm trùng mưng mủ dễ chẩn đoán hơn (đập theo nhịp tim, nghe có tiếng thổi tâm thu trên có bọc máu tụ), nhưng có nhiều nguy hiểm hơn bọc máu tụ cầm, vì nó dễ tự vỡ ra một cách đột xuất, gây chảy máu ồ ạt, nhanh chóng dẫn tới tử vong.

Dưới đây là hai trường hợp chúng tôi đã gặp trong khi đi công tác ở tiền phương:

Trường hợp 1: Bệnh nhân Ng. Th. U. 25 tuổi, được chuyển tới một trạm y tế tiền phương 17 ngày sau khi bị thương (5-1967). Vết thương ở mặt trong 1/3 giữa đùi trái đã liền da, nhưng còn để lại một khối u kích thước khoảng 5cm đường kính. Khối u sưng đỏ và đau, có dấu hiệu mưng mủ, sắp vỡ. Y sĩ trưởng trạm chẩn đoán là áp xe phần mềm 1/3 giữa đùi trái sau khi bị thương và cho

y tá lệnh trích áp xe. Y tá phụ trách phòng thay băng vừa đặt dao trích, máu phụt ra mạnh, phải lấy ngón tay bít kín vết dao trích và gọi người khác tới đặt garô mới cầm được máu để chuyển lên tuyến trên làm phẫu thuật triệt để: Khâu thành bên động mạch đùi bị rách do mảnh hỏa khí gây nên.

Trường hợp 2: Bệnh nhân L. H. K. 32 tuổi, bị thương ở mặt trong 1/3 trên đùi trái do mảnh đạn đại bác (tháng 8-1967), được chuyển tới một bệnh xá tiền phương 7 ngày sau khi bị thương. Khi tới bệnh xá, trời đã nhá nhem tối. Y sĩ thường trực khám và chẩn đoán là nghi có áp xe phần mềm 1/3 trên đùi trái sau khi bị thương và nghi có tổn thương mạch máu vì thấy dấu hiệu đập nảy khi đặt bàn tay lên khối u. Vì chưa thấy có dấu hiệu mọng mủ nên chưa thấy cần thiết phải trích áp xe sớm. Bệnh nhân được chuyển vào phòng điều trị theo dõi, tiêm kháng sinh (pênixilin + streptomycin), thuốc giảm đau và cho uống thuốc ngủ, 5 giờ sáng, y tá thường trực đi lấy nhiệt độ cho bệnh nhân, thấy bên cạnh giường bệnh nhân L. H. K. có máu chảy ra lênh láng, sờ thấy bệnh nhân lạnh ngắt, vội gọi y sĩ thường trực đến. Bọc máu tụ nhiễm trùng đã bị vỡ và có lẽ mới bị vỡ nên nghe tim bệnh nhân còn thấy tiếng đập thoi thóp. Bệnh nhân được đặt ngay một garô ở gốc đùi trái và chuyển ngay vào phòng hồi sức để truyền máu và truyền dịch. Vì tình trạng choáng mất máu quá nặng nên mặc dầu được hồi sức chống choáng tích cực, cuối cùng bệnh nhân vẫn bị hy sinh.

Qua hai trường hợp trên đây chúng tôi rút ra được một nhận xét là phải luôn luôn hết sức thận trọng trong

việc chẩn đoán và xử trí các áp xe phần mềm nằm theo dọc hướng đi của các mạch máu lớn. Phải xử trí kịp thời, không nên trì hoãn trong các trường hợp nghi ngờ có bọc máu tụ đập nhiễm trùng mưng mủ. Nếu không có điều kiện xử trí tại chỗ, cần chuyển sớm lên tuyến trên. Khi di chuyển cần phải theo dõi sát sao và phải có sẵn một dây garô bên cạnh bệnh nhân để khi cần có thể thắt cầm máu tạm thời ngay được.

- *Bọc máu tụ lớn quá căng và tự vỡ ra ngoài*: Bọc máu tụ quá lớn và căng có thể tự vỡ ra trong những ngày đầu sau khi bị thương, gây chảy máu rất dữ dội, đe dọa tính mạng người bệnh. Bọc máu tụ căng có thể tự vỡ ra trong khi di chuyển nạn nhân hoặc trong khi chính nạn nhân cố gắng tự đi, hay khi huyết áp tăng cao lên, cục máu lấp kín ống thương tích tự bật ra và từ đó máu chảy ra ngoài rất mạnh, có thể dẫn tới tử vong.

Cả hai biến chứng kể trên đều là những biến chứng xảy ra tương đối sớm. Thời gian kể từ khi bị thương càng kéo dài bao nhiêu thì các biến chứng này càng xảy ra ít bấy nhiêu.

4. Máu chảy rỉ từ vết thương ra

Hiện tượng rỉ máu từ vết thương ra thường gặp trong các trường hợp các tĩnh mạch bị thương. Khi các tĩnh mạch lớn bị thương, lúc đầu thường cũng thấy máu chảy ra nhiều, máu có màu đỏ sẫm, sau dần dần chuyển sang chảy rỉ và trong đại đa số các trường hợp, máu tự ngưng chảy hoặc ngừng chảy hẳn sau khi băng ép.

Vết thương tĩnh mạch thường không có biến chứng và không để lại di chứng.

5. Máu chảy vào trong ổ bụng hoặc chảy vào trong màng phổi

Trong các trường hợp vết thương thấu bụng (vào ổ bụng hoặc vào khoang), thấu ngực (vào khoang màng phổi) gây chảy máu vào các khoang, ở đó với các triệu chứng thiếu máu nặng cấp tính cần phải xác định kịp thời mới cứu sống được nạn nhân, tránh được hậu quả tử vong đáng tiếc.

B. THIẾU MÁU CẤP TÍNH

Khi các mạch máu lớn ngoại biên bị thương, nếu không được sơ cứu cầm máu tạm thời ngay từ đầu, máu sẽ chảy ra nhiều và sẽ nhanh chóng dẫn tới tình trạng thiếu máu cấp tính rất nặng. Sự thiếu máu cấp tính nặng này thường được biểu hiện ra bằng một trạng thái bệnh lý đặc biệt gọi là choáng mất máu hay còn gọi là choáng do giảm lượng máu lưu thông (choc hypovolémique) với đầy đủ các triệu chứng lâm sàng sau đây:

- Nạn nhân hốt hoảng, vật vã, vẻ mặt lo sợ, da và niêm mạc xanh nhợt nhạt, ra mồ hôi lạnh, nhợt, khát nước.

- Mạch nhanh trên 100 lần một phút, nhỏ, khó bắt.

- Huyết áp động mạch giảm xuống thấp tùy theo độ nặng nhẹ của khối lượng máu bị mất đi và huyết áp kẹt (nghĩa là sự chênh lệch giữa huyết áp tối thiểu và tối đa rất nhỏ, khoảng 10 đến 20mm Hg.

- . Choáng nhẹ: Huyết áp động mạch 90/70mm Hg.

- . Choáng nặng vừa: Huyết áp động mạch trong phạm vi 80/60mm Hg.

- . Choáng nặng: Huyết áp động mạch trong phạm vi 70/60mm Hg, 70/50mm Hg, 60/40mm Hg.

. Choáng rất nặng: Huyết áp có thể không đo được.

. Huyết áp tĩnh mạch trung tâm giảm thấp tới 1-3mm Hg, đôi khi tụt xuống tới 0.

Ngay trong những giờ đầu sau khi bị thương, khi nạn nhân chưa được truyền máu, truyền dịch và khi cơ thể chưa kịp có những phản ứng bù trừ về khối lượng máu lưu thông, các xét nghiệm về máu như đếm số lượng hồng cầu, hematocrit v.v... thường không cho kết quả chính xác.

III. NHỮNG NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

A. TỔ CHỨC ĐIỀU TRỊ THEO TUYẾN

Theo nguyên tắc tổ chức điều trị những vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên trong thời chiến cũng như trong thời bình, chúng tôi phân biệt 4 tuyến điều trị với nhiệm vụ của mỗi tuyến như sau:

1. Ở tuyến I

Là nơi xảy ra tai nạn bao gồm các trạm y tế tiền phương, các ban quân y đại đội, ban y tế xã v.v...

Nhiệm vụ chủ yếu của tuyến I là:

a) *Cầm máu tạm thời* (đặt garô, băng ép v.v...).

b) *Chống choáng sơ bộ* bằng ủ ấm nạn nhân, bất động xương gãy, cho uống ít nước nóng hay ít rượu nếu không có vết thương bụng và vết thương sọ não.

c) *Tổ chức vận chuyển* thương binh và nạn nhân kịp thời lên tuyến trên.

2. Ở tuyến II

Tuyến II bao gồm các ban quân y trung đoàn, bệnh viện huyện, bệnh viện khu phố, bệnh viện quận, v.v...

Nhiệm vụ chủ yếu của tuyến II là:

a) Hoàn chỉnh việc cầm máu tạm thời bằng mở garô, mở băng ép và cắt lọc vết thương, kẹp thắt các mạch máu nhỏ đang chảy (nếu thắt không có đe dọa gây hoại tử chi). Nếu máu vẫn tiếp tục chảy, không chắc chắn về chẩn đoán và không có đủ điều kiện về kỹ thuật và phương tiện cầm máu vĩnh viễn, đặt lại garô hay băng ép.

b) Tiếp tục chống choáng bằng các biện pháp tích cực hơn trong điều kiện cho phép như truyền dịch (dextrose, huyết thanh mặn đẳng trương 9⁰/₀₀, truyền máu, trợ tim, v.v...). Nếu không có vết thương bụng và vết thương sọ não có thể cho tiêm thuốc giảm đau như mocphin (0,01g tiêm bắp thịt), dolacgan (0,10g tiêm bắp thịt), v.v... Bất động lại xương gãy bằng nẹp Cramer, Thomas, v.v...

c) Tổ chức chuyển nạn nhân và thương binh nhanh lên tuyến trên.

Nếu vì lý do chiến sự còn đang tiếp diễn ác liệt hoặc vì không có điều kiện phẫu thuật hoàn chỉnh việc cầm máu tốt hơn, ở tuyến II cần làm nhanh gọn mấy việc sau đây:

- Mở garô hay băng ép kiểm tra và đặt lại garô, băng ép.

- Bất động lại xương gãy bằng nẹp theo đúng nguyên tắc.

- Cho tiêm thuốc giảm đau nếu điều kiện cho phép như đã viết ở trên.

- Tổ chức chuyển nhanh nạn nhân và thương binh lên tuyến trên, cần chuyển đi trước nhất những nạn

nhân có chảy máu trong kéo dài hoặc có chảy máu ngoài nhiều đã được cầm lại tạm thời tương đối tốt. (Quan niệm về sử dụng hay không sử dụng garô xin xem dưới).

3. Ở tuyến III

Tuyến III bao gồm các ban quân y đại đoàn, sư đoàn, bệnh viện tỉnh, bệnh viện thành phố v.v...

Nhiệm vụ chính của tuyến III là:

a) Chống choáng tích cực và đầy đủ bằng truyền máu, truyền các dung dịch chống choáng, dùng corticoit (hydrocortisone), trợ tim, trợ hô hấp, thở oxy v.v..., có kiểm tra bằng đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (pression veineuse centrale) và bằng theo dõi các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.

b) Cầm máu vĩnh viễn bằng mở rộng vết thương, cắt lọc vết thương, loại bỏ các tổ chức phần mềm đã hoại tử, kẹp và thắt các mạch máu không quan trọng bị thương. (Nếu nạn nhân được chuyển tới sớm, trước 5-6 ngày sau khi bị thương và nếu vết thương chưa bị nhiễm trùng). Nếu có bác sĩ chuyên khoa về phẫu thuật mạch máu, có thể tiến hành nối mạch máu ở tuyến III để phục hồi lại sự lưu thông của các mạch máu. Ghép mạch máu bị thương cũng có thể tiến hành được ở tuyến III, nhưng rất hạn chế.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa về phẫu thuật mạch máu và không có điều kiện (như gây mê hồi sức, máu, dụng cụ để mổ ở mạch máu v.v...) để tiến hành mổ nối ghép mạch máu thì phải cương quyết gửi sớm nạn nhân và thương binh lên tuyến IV.

Nếu vết thương đã bị nhiễm trùng hay có chảy máu thứ phát, cần kịp thời xử trí vết thương mạch máu ngay tại tuyến III, không nên chuyển lên tuyến IV nữa.

Nếu vết thương mạch máu đã xảy ra quá 5-6 ngày sau khi bị thương và đang tiến triển thuận lợi thì chỉ nên điều trị bảo tồn, chuyển nạn nhân lên tuyến IV, chờ sự hình thành túi phình động mạch hay lỗ rò động-tĩnh mạch, sau đó sẽ xử trí.

Không được di chuyển những nạn nhân và thương binh có các vết thương mạch máu lớn kết hợp với bệnh phóng xạ trong suốt thời kỳ toàn phát của bệnh vì có đe dọa chảy máu thứ phát trên đường đi lên tuyến trên.

4. Ở tuyến IV

Tuyến IV là tuyến điều trị cao nhất, tuyến trung ương, có điều kiện đầy đủ, có tổ chức hoàn chỉnh của chuyên khoa phẫu thuật mạch máu, có y bác sĩ chuyên khoa về phẫu thuật mạch máu với trình độ kỹ thuật cao, đảm bảo điều trị với chất lượng cao cho người bệnh, có tổ chức gây mê hồi sức tốt.

Tuyến IV bao gồm các quân y viện trung ương của các thành phố lớn, các bệnh viện lớn của trung ương, các viện phẫu thuật.

Nhiệm vụ chính của tuyến IV là:

a) Phục hồi lại sự lưu thông bình thường cho các mạch máu bị thương bằng nối, ghép các mạch máu.

b) Xử trí các di chứng vết thương mạch máu với chất lượng cao và kết quả tốt nhất.

Khi nạn nhân được chuyển tới tuyến IV đã quá 5-6 ngày sau khi bị thương, vết thương không bị nhiễm

trùng, đang tiến triển thuận lợi, phải chờ cho vết thương lành hẳn. Trong khi chờ đợi, cần để nạn nhân nằm yên tại giường, theo dõi liên tục, có sẵn bên giường nạn nhân một dây garô để cầm máu tạm thời phòng khi có biến chứng đột xuất xảy ra như vỡ bọc máu tụ, gây chảy máu dữ dội.

Khi vết thương đã lành hẳn, bọc máu tụ dần dần biến thành túi phình động mạch. Trong thời gian đó, cần cho bệnh nhân vận động luyện tập có hướng dẫn để cho tuần hoàn bàng hệ (circulation collatérale) phát triển và hoạt động tốt, tạo điều kiện thuận tiện cho các cuộc mổ xẻ lớn ở các mạch máu sau này.

B. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Ngoài các biện pháp điều trị chống choáng mất máu tích cực để ổn định lại tình trạng của nạn nhân và thương binh, khi có vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên còn phải có phương pháp điều trị đúng và kịp thời theo một trật tự nhất định mới có hy vọng cứu sống được người bị nạn. Đôi khi, có kỹ thuật đúng, nhưng phương pháp tiến hành không đúng cũng không đem lại kết quả và nhiều khi không cứu sống được nạn nhân và thương binh. Ví dụ, khi có một động mạch lớn ngoại biên bị thương, máu chảy lênh láng và nạn nhân bị mất máu nhiều, đang ở trong tình trạng choáng nặng, nếu chúng ta cứ tích cực chống choáng mà không kịp thời cầm máu, hoặc ngược lại, nếu chúng ta tích cực áp dụng các biện pháp cầm máu, kể cả các biện pháp cầm máu vĩnh viễn với kỹ thuật cao như ghép, nối mạch máu, v.v... mà không tích cực chống choáng thì choáng sẽ trở nên không hồi phục, và chúng ta sẽ mất bệnh nhân.

Đôi khi việc cầm máu và chống choáng phải tiến hành song song với nhau; vừa mổ vừa cầm máu, vừa áp dụng các biện pháp chống choáng tích cực.

Một ví dụ khác, một động mạch và một tĩnh mạch lớn ở sâu bị thương cùng một lúc, các phần mềm bị rách nát, máu chảy ra dữ dội, nếu chúng ta bị lôi cuốn vào chỗ chảy máu, dùng kẹp cặp lia lịa các đầu mạch máu bị thương, mà thường là rất khó cặp hết được, không bình tĩnh chèn tạm gạc chặt vào chỗ bị thương, tìm các đầu mạch máu bị thương ở xa vết thương để đặt dây cao su cầm máu tạm thời (ở những nơi không đặt được garô như động mạch nách, động mạch cảnh v.v...) thì chắc chắn chúng ta sẽ mất bệnh nhân sau khi cầm được máu chảy. Thêm vào đó, các đầu mạch máu đã bị kẹp nát thì rất khó khâu nối lại được.

Điều trị vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên phải được tiến hành theo một trình tự và những nguyên tắc nhất định dưới đây, không kể nó sẽ thuộc vào tuyến điều trị nào:

Bước 1 - Cầm máu cấp cứu tạm thời

Khi các mạch máu ngoại biên bị thương, máu chảy ra rất nhiều và rất ô ạt, do đó phải cấp tốc làm cho máu ngừng chảy ngay bằng các biện pháp sau đây:

1. Đặt garô

Nếu vết thương xảy ra ở các chi, cần phải đặt dây garô ở phía trên chỗ bị thương khoảng từ 6 đến 10cm (*hình 16*).

Dây garô là một dây cao su dày khoảng 0,6cm, rộng khoảng 1,5cm, dài khoảng 80cm đến 1 mét. Trong

hoàn cảnh cấp cứu, bất cứ một loại dây nào (dây vải, dây thun, v.v...), thậm chí một khăn mùi xoa, một dây thắt lưng cũng có thể sử dụng làm dây garô được. Đặt dây garô cần phải theo đúng một số nguyên tắc sau đây:

- Không được siết quá chặt vì siết chặt sẽ làm cho các động mạch ở sâu cũng bị ép lại và phần ở chi dưới chỗ bị thương sẽ bị mất nuôi dưỡng hoàn toàn, nhanh chóng dẫn tới hoại tử và hoại thư.

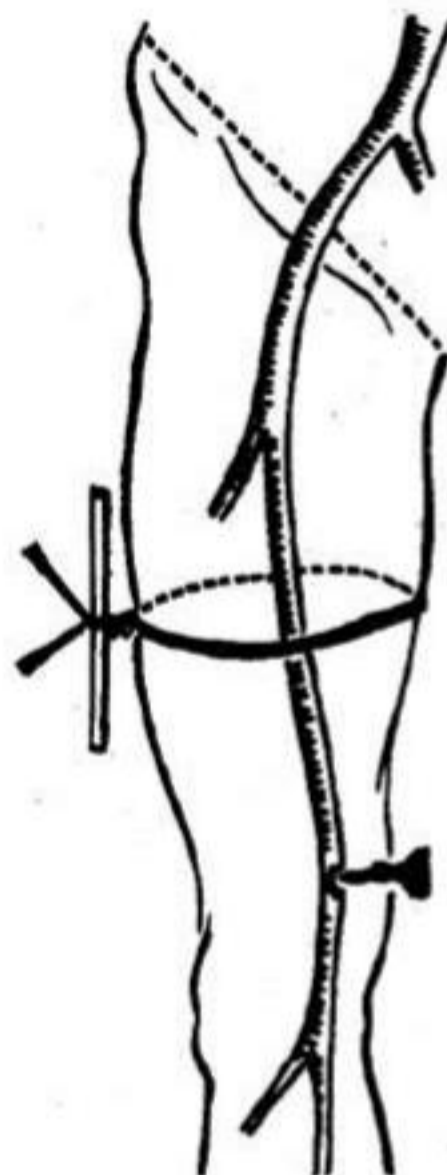
- Không được siết quá lỏng lẻo vì sẽ không có tác dụng cầm máu. Chỉ siết vừa đủ cho tới khi máu ngừng chảy từ vết thương ra.

- Ghi vào một phiếu: ngày, giờ đặt garô, gài phiếu này vào chỗ đặt dây garô.

- Cách một giờ rưỡi đến 2 giờ mở nơi rộng dây garô ra một lần trong vài phút để cho máu chảy xuống nuôi dưỡng phần chi dưới chỗ bị thương.

Sau đó đặt lại garô như cũ. Khi máu bắt đầu chảy trở lại có thể mở nơi rộng dây garô ra sớm hơn 1 giờ rưỡi nếu thấy phần chi dưới chỗ đặt garô bị tím tái rõ rệt.

- Khi mở garô, phải mở từ từ, không được mở nhanh, vì mở nhanh các chất độc chưa chuyển hóa đến cùng của



Hình 16:
Cách đặt dây garô

các tổ chức bị thương dập nát sẽ ngấm nhanh vào máu và làm cho cơ thể bị độc đột ngột và bị choáng.

- Chỉ được bỏ hẳn garô khi máu ở vết thương đã được cầm lại hoàn toàn.

- Trong trường hợp phải chuyển nạn nhân hay thương binh đi quá xa, trên 5 đến 6 giờ mới tới tuyến chuyên khoa để điều trị cầm máu vĩnh viễn, phải thận trọng trong việc đặt và theo dõi garô. Nếu có điều kiện, có thể đặt băng ép hoặc băng ép có trọng điểm (để một cuộn băng lên trên chỗ vết thương đang chảy máu đã được phủ kín bằng gạc vô trùng trước khi băng ép) thay thế cho dây garô. Tuy vậy, trong một số trường hợp, do băng ép không cẩn thận hoặc không đúng nguyên tắc, máu vẫn tiếp tục chảy, làm ướt và thấm qua băng ép ra ngoài hoặc làm trôi băng ép đi, dẫn đến tình trạng mất máu nặng và có thể dẫn tới tử vong.

Trong trường hợp vết thương gãy nát vụn xương và dập nát nhiều các phần mềm, không hy vọng cứu được chi, cần đặt dây garô vĩnh viễn càng gần chỗ bị thương bao nhiêu càng tốt và tuyệt đối không được mở nối garô trong khi vận chuyển thương binh hoặc nạn nhân.

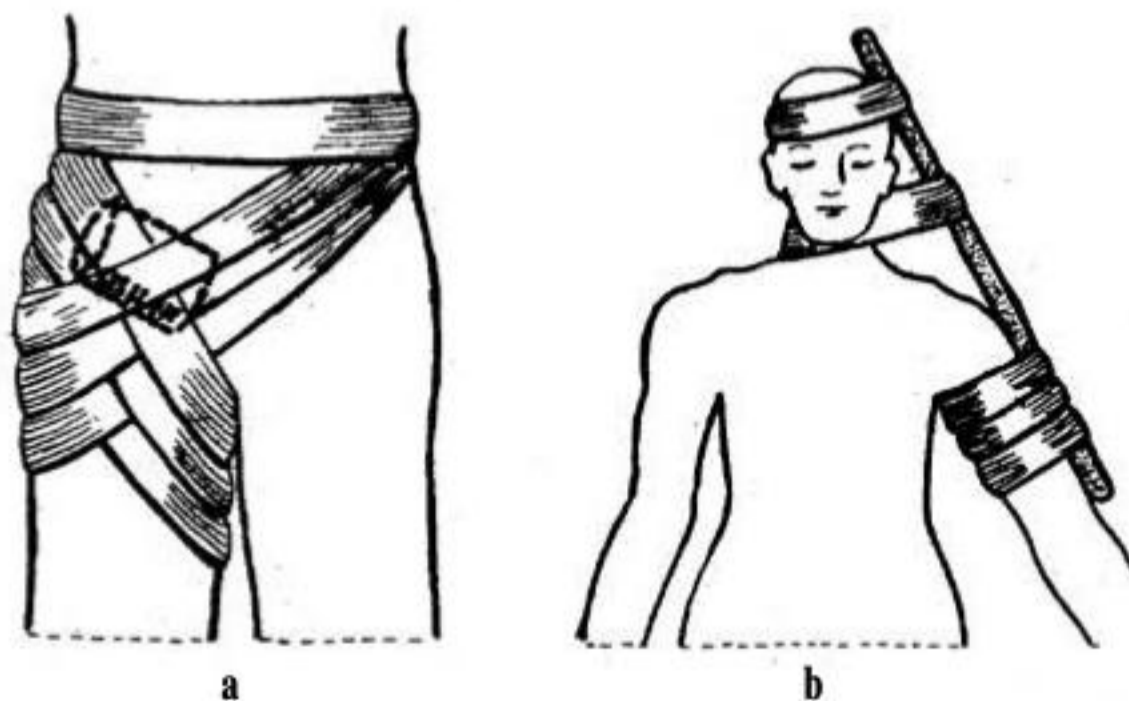
2. Băng ép

Băng ép được tiến hành ngay tại vết thương ở những nơi không đặt được garô, ví dụ: ở bẹn, ở cổ v.v... (*hình 17*). Đặt gạc, sau đó đặt một cuộn băng lên trên và cuốn băng vòng quanh để đè ép mạch máu nằm ở dưới cuộn băng, làm cho máu ngừng chảy (*hình 17a*). Khi bị thương ở cổ

có tổn thương bó mạch cảnh cần phải tạo một điểm tỳ ở bên đối diện (bằng một thanh gỗ, một cành cây buộc cố định vào đầu và cánh tay) với mục đích làm chỗ tựa để cuốn băng ép cầm máu tạm thời (*hình 17b*).

Tuyệt đối không được nhét một vật lạ gì bản, không vô trùng vào trong vết thương trước khi đặt băng ép như khăn mùi xoa, ngòi bác đèn v.v..., vì vết thương sẽ bị nhiễm trùng và khi tới tuyến sau không thể làm phẫu thuật cầm máu triệt để được (khâu, nối, ghép mạch máu) trong một vết thương nhiễm trùng như vậy. Trong các trường hợp đó bắt buộc phải thắt động mạch và rất khó tránh khỏi việc phải làm phẫu thuật cắt đoạn chi sau đó.

Trong hoàn cảnh thời bình, trong phạm vi một thành phố, một thị trấn, một huyện lỵ, hoặc trong hoàn cảnh thời chiến, ở những nơi có phương tiện vận chuyển thương binh nhanh và tốt (như có máy bay lên thẳng, thời gian vận chuyển thương binh hay người bị nạn chỉ chiếm khoảng 1-2 giờ) có thể đặt dây garô hay băng ép



Hình 17:
Sơ đồ cầm máu tạm thời ở cổ và ở bẹn bằng băng ép.

có trọng điểm tùy theo điều kiện và hoàn cảnh của nơi xảy ra tai nạn hay của chiến trường, không sợ tai biến có thể xảy ra đối với thương binh hay người bị nạn.

Trong hội nghị Ngoại khoa toàn quốc lần thứ VI họp tại Hà Nội từ 24-4-1979 đến 28-4-1979, các đại biểu đã thảo luận sôi nổi về vấn đề “có nên bỏ garô và thay vào đó bằng băng ép hoặc băng ép có trọng điểm hay không?”. Một số đại biểu đã ngả về hướng bỏ dây garô và cho rằng, dây garô đã làm tăng tỷ lệ phải cứu chữa cho thương binh hoặc nạn nhân. Một số đại biểu khác cũng như chúng tôi đã nhất trí rằng, chưa có thể bỏ dây garô khi băng ép và băng ép có trọng điểm chưa được phổ biến rộng rãi. Thêm vào đó, đã có một số nạn nhân và thương binh bị mất máu nặng do không được cầm máu tạm thời tốt sau khi bị thương. Việc đặt dây garô để cầm máu tạm thời hiện nay đã thành một phản xạ tự nhiên của mỗi người, muốn bỏ nó để thay thế bằng một biện pháp khác, cần phải có thời gian nhất định, không phải dễ dàng có thể thực hiện được ngay như chúng tôi đã trình bày ở trên.

Các đại biểu hầu như đã nhất trí với quan điểm của chúng tôi như trên về vấn đề chỉ định đặt garô và băng ép vết thương mạch máu lớn ngoại biên với sự tôn trọng tất cả những nguyên tắc của nó.

3. Ép mạch máu bị thương bằng ngón tay

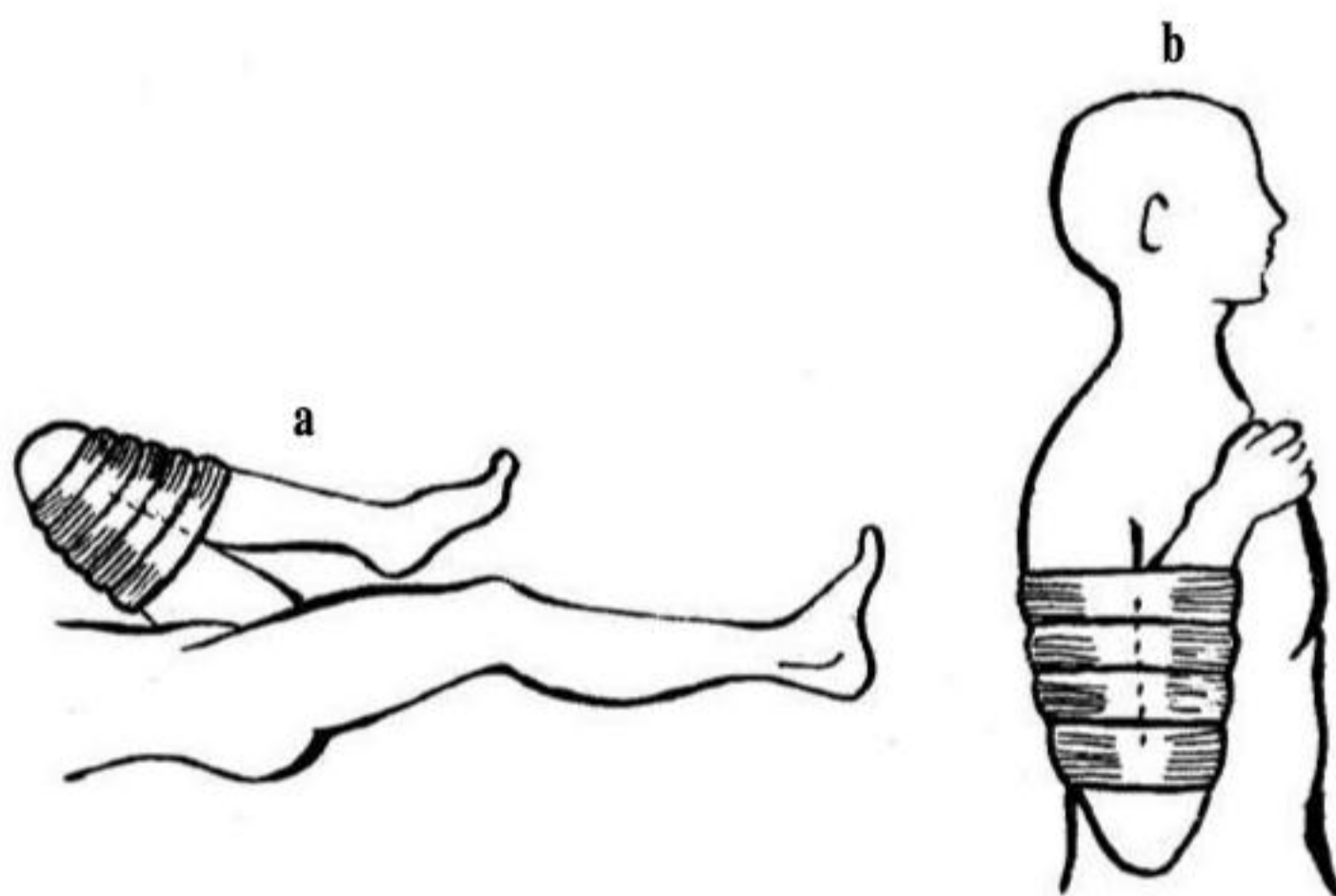
Khi có mạch máu lớn ngoại biên bị thương, nếu trong tay không có một phương tiện nào để làm garô hay băng ép, có thể dùng một hoặc hai ngón tay bít chặt vào chỗ máu đang chảy, tốt nhất nếu ở ngay chỗ đó có một gò xương để làm điểm tựa.

Trong một vài trường hợp, khi nơi xảy ra tai nạn nằm kề sát ngay gần một cơ sở y tế như bệnh viện, bệnh xá, trạm y tế, quân y viện v.v..., biện pháp bịt ngón tay vào vết thương được thay thế nhanh chóng bằng dây garô hoặc băng ép để sửa soạn cho cuộc mổ xẻ cầm máu vĩnh viễn.

4. Ép chi vào thân, gấp các khớp tối đa

Khi bị thương ở động mạch máu nếu không có điều kiện và phương tiện để băng ép cầm máu tạm thời, có thể ép chặt chi trên vào thân để cầm máu.

Khi các mạch máu lớn ở các khớp chi bị thương như động mạch cánh tay nơi khớp khuỷu tay, động mạch khoeo (artère poplitée) v.v... nếu không có phương tiện đặt garô tức thì, có thể gấp tối đa các khớp chi lại với nhau để cầm máu tạm thời (*hình 18a, b*).



Hình 18:

Sơ đồ cầm máu tạm thời bằng băng gấp tối đa các khớp chi

Bước 2 - Cầm máu vĩnh viễn

Cầm máu vĩnh viễn được tiến hành ở tuyến III và tuyến IV tùy theo điều kiện trang bị và kỹ thuật.

Có nhiều phương pháp cầm máu vĩnh viễn. Việc quyết định áp dụng phương pháp này hay phương pháp khác phải tùy thuộc vào những yếu tố và điều kiện cụ thể sau đây:

- Tình trạng chung của nạn nhân có cho phép tiến hành một cuộc mổ xẻ lớn hay không.

- Tình trạng của vết thương mạch máu: Vết thương sạch hay vết thương nhiễm trùng.

- Nạn nhân được chuyển tới sớm hay muộn.

- Điều kiện về trang bị dụng cụ, thuốc men và máu có đảm bảo cho cuộc mổ xẻ lớn kéo dài hay không.

- Điều kiện gây mê hồi sức có cho phép tiến hành cuộc mổ xẻ không.

- Các phẫu thuật viên có nắm vững nguyên tắc và kỹ thuật xử trí khâu nối mạch máu hay không.

Nạn nhân đang ở trong tình trạng choáng nặng, cần phải để nguyên garô hay băng ép, v.v... hồi sức, chống choáng, hồi phục nước và điện giải cho đến khi tình trạng của nạn nhân ổn định mới được tiến hành mổ xẻ cầm máu vĩnh viễn. Trong khi hồi sức chống choáng không nên quên việc tiếp tục theo dõi garô, phân chi và phân cơ thể ở dưới chỗ bị thương.

Nếu vết thương sạch, không có dấu hiệu nhiễm trùng, hoại tử, hoại thư, có thể tiến hành phẫu thuật cầm máu

vĩnh viễn ngay tại vết thương trong những ngày đầu sau khi bị thương (tới ngày thứ năm, thứ sáu sau khi bị thương nếu có chảy máu tái phát). Nếu vết thương đã ổn định, máu đã ngừng chảy thì không nên can thiệp kể từ ngày thứ sáu sau khi bị thương trở đi mà phải chờ cho tới khi hình thành túi phình động mạch hay lỗ rò động-tĩnh mạch thực sự mới tiến hành mổ xẻ, phục hồi lại sự lưu thông bình thường của mạch máu.

Nếu vết thương đã bị nhiễm trùng, có mủ, hôi thối thì dù nạn nhân có đến sớm vào những ngày đầu sau khi bị thương, chúng ta cũng không nên xử trí cầm máu vĩnh viễn ngay tại vết thương mà phải xử trí cầm máu ở xa vết thương, nói các tổ chức lành.

Điều kiện trang bị, gây mê hồi sức và kỹ thuật là những điều kiện tiên quyết để làm cho cuộc mổ xẻ cầm máu vĩnh viễn thu được kết quả tốt nhất.

Dưới đây là những phương pháp đã được chúng tôi áp dụng để cầm máu vĩnh viễn cho 192 nạn nhân với vết thương mạch máu mới do hỏa khí (*Bảng 3*).

Bảng 3. Phương pháp cầm máu vĩnh viễn đã được chúng tôi áp dụng cho 204 nạn nhân với vết thương mạch máu lớn

STT	Phương pháp cầm máu		Số lượng nạn nhân	Tỷ lệ %
1	Thắt mạch máu:			
	- Tại vết thương:	47	55	26,96
	- Ở xa vết thương:	8		

2	Khâu thành bên của mạch máu.		79	38,72
3	Nối lại mạch máu bị đứt đôi.		36	17,65
4	Ghép mạch máu kỳ đầu.		26	12,75
5	Cắt cụt chi: - Garô quá lâu: - Vì gãy xương và dập nát các phần mềm kèm theo:	5	8	3,93
		3		
Tổng cộng			204	100%

1. Thắt mạch máu

- *Thắt mạch máu bị thương ngay trong vết thương:*

Phương pháp này chỉ tiến hành trong trường hợp đầu ngoại biên của động mạch bị thương còn có máu đỏ tươi phun lên tốt khi ta kẹp thử đầu trung tâm của động mạch đó lại (nghiệm pháp Lexer-Kenen-Henler dương tính) với điều kiện vết thương còn sạch, nạn nhân được chuyển tới sớm, chưa có các dấu hiệu nhiễm trùng xuất hiện.

- *Thắt động mạch ở xa trên chỗ bị thương:*

Phương pháp này chỉ áp dụng khi nạn nhân được chuyển tới muộn, vết thương đã bị nhiễm trùng rõ rệt. Trong trường hợp này thắt động mạch ngay trong vết thương có nhiều nguy hiểm: nơi thắt động mạch bị nhiễm trùng hoại tử và bục ra, gây chảy máu tái phát. Trong một vài trường hợp có thể dẫn tới viêm tắc động mạch. Thắt tĩnh mạch trong vết thương bị nhiễm trùng cũng có thể dẫn tới viêm tắc tĩnh mạch (thrombophlébite) một biến chứng không kém phần nguy hiểm đối với người bệnh.

Thắt động mạch ở xa chỗ bị thương còn tiến hành ở những nơi khó cầm máu như vết thương ở hàm mặt, vết thương ở động mạch sâu trong mông, v.v... Thắt động mạch trong các trường hợp này có ý nghĩa cầm máu thực sự, không phụ thuộc vào tình trạng của vết thương có nhiễm trùng hay không.

Chúng tôi đã tiến hành thắt mạch máu cho 55 trường hợp trong số 204 nạn nhân được chuyển đến chúng tôi với vết thương mạch máu mới (26,96%), trong đó thắt động mạch trong vết thương đã được chúng tôi tiến hành trên 47 nạn nhân, và thắt động mạch ở xa vết thương cho 8 nạn nhân.

2. Khâu thành bên của mạch máu bị thương

Chúng tôi đã tiến hành khâu thành bên của các mạch máu bị thương chủ yếu là vết thương động mạch và các tĩnh mạch lớn cho 79 nạn nhân (chiếm tỷ lệ 38,72%), trong đó có 41 trường hợp vết thương phối hợp phải khâu cả thành bên của động mạch và thành bên của tĩnh mạch cùng một lúc.

Khi quyết định khâu thành bên của mạch máu bị rách phải rất thận trọng vì sau khi khâu khẩu kính của mạch máu có thể bị hẹp lại làm cho máu chảy qua đó khó khăn, dễ tạo nên cục tắc (thrombus) và cuối cùng dẫn tới tắc nghẽn (thromboembolie).

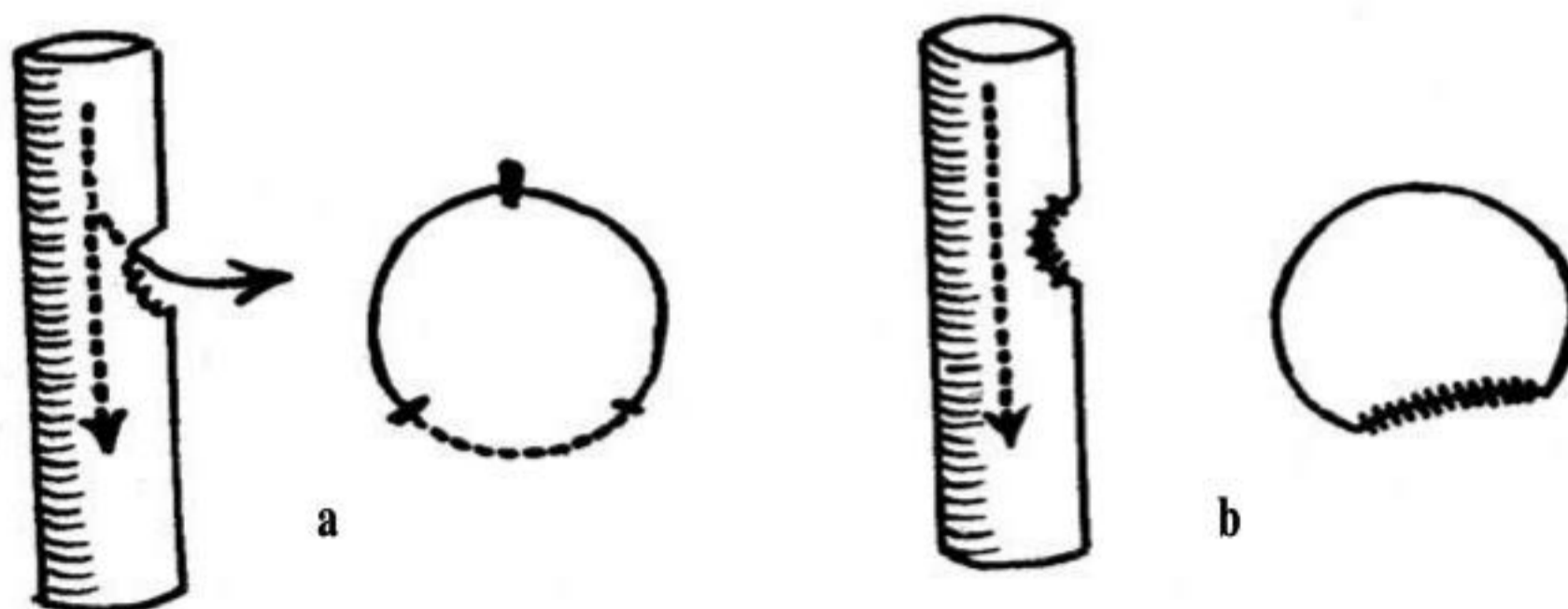
Do đó cần phải đánh giá cho đúng mức độ tổn thương ở thành mạch để định hướng xử trí thích hợp: khâu thành bên hay cắt rời ra nối lại hoặc nối lại thành mạch máu gần đứt rời nhau (về kỹ thuật khâu nối và ghép mạch máu, xem ở chương dưới).

Khi thành mạch máu bị thương, rách thủng dưới 1/3 chu vi của nó, có thể khâu lại thành bên mạch máu, không có ảnh hưởng gì nhiều đến sự lưu thông của dòng máu sau khi mổ, thường không có biến chứng gì đáng kể và thường không để lại di chứng (hình 19a, b).

Khi thành mạch máu bị thủng rách quá 1/3 chu vi của nó, cần phải cắt sửa và khâu lại 2 mép mạch máu lại với nhau theo đường chu vi của thành mạch (hình 20a, b): khâu nửa chu vi mạch máu.

Khi thành mạch máu bị rách nát nhiều hoặc gần bị đứt làm đôi, hai đầu mạch máu sắp rời khỏi nhau, chỉ còn dính lại với nhau bởi một phần rất ít của chu vi thành mạch, phải cắt rời 2 đầu đứt ra, sửa lại, và nối 2 đầu đứt lại với nhau hoàn toàn (hình 21a, b).

3. Nối lại mạch máu bị đứt đôi



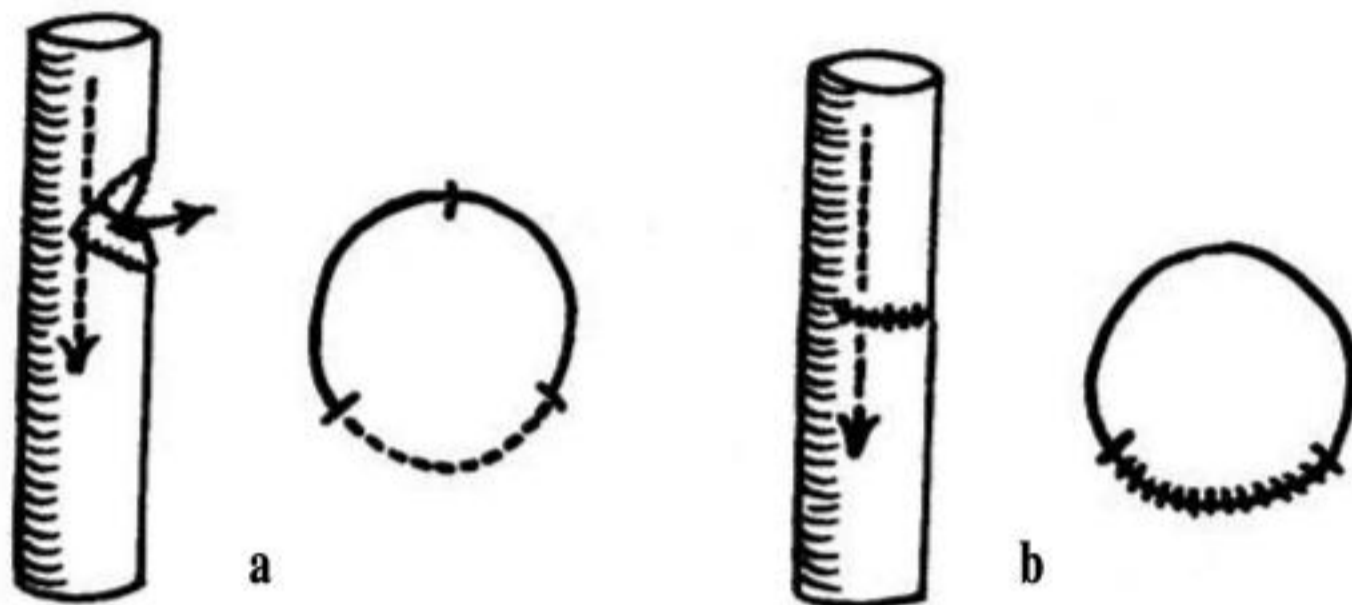
a- Thành động mạch bị rách dưới 1/3 chu vi.

b- Thành bên của động mạch bị rách đã được khâu kín lại.

Hình 19: Khâu thành động mạch bị thương.

Chỉ định nối lại các mạch máu bị đứt làm đôi với hai đầu đứt đã tách rời khỏi nhau trong các trường hợp sau đây:

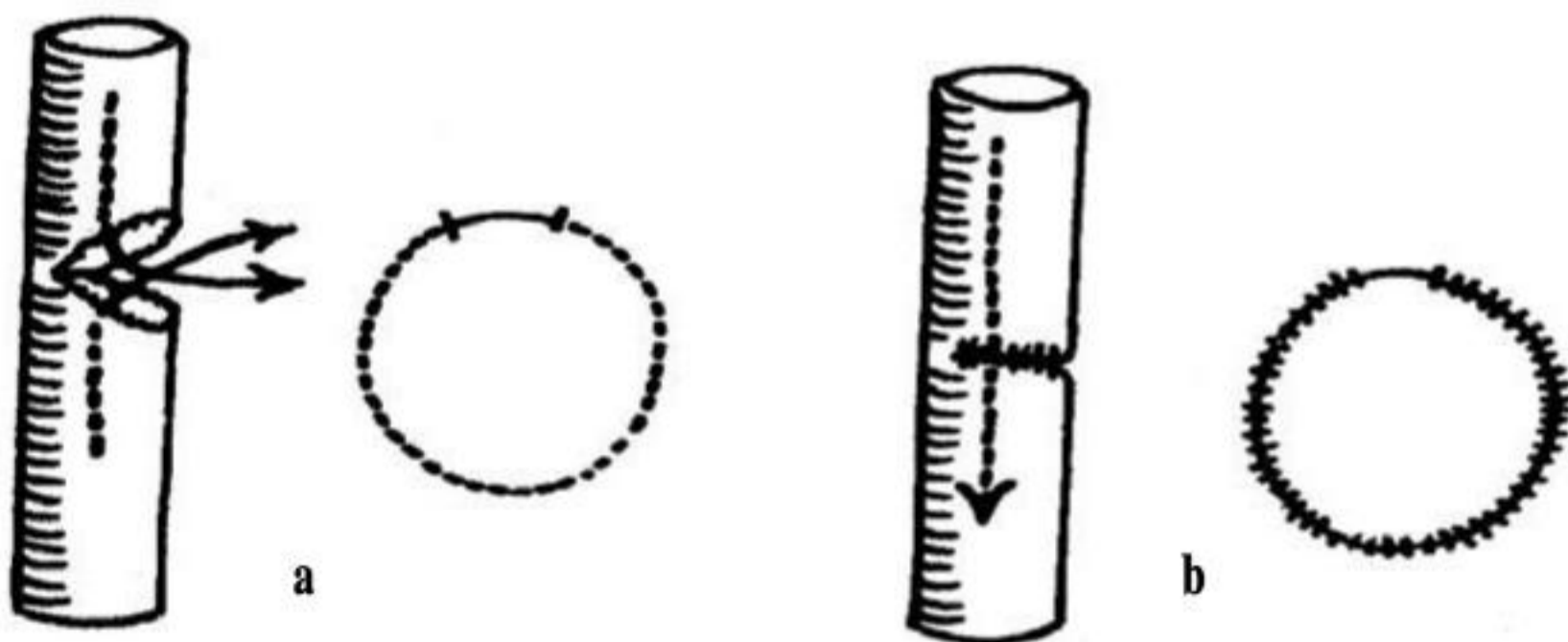
- Khi các đầu mạch máu đứt không bị tổn thương nhiều, không bị rách nát quá đáng.



a- Thành bên của động mạch bị rách trên 1/3 chu vi.

b- Thành bên của động mạch đã được khâu kín lại theo đường khâu vòng.

Hình 20: Khâu thành bên của động mạch bị rách trên 1/3 chu vi.



a- Thành động mạch gần bị đứt đôi.

b- Thành động mạch đã được khâu kín lại vòng quanh chu vi (gần như nối lại).

Hình 21:

- Sau khi cắt lọc, có thể kéo hai đầu mạch máu bị đứt lại sát gần nhau một cách dễ dàng, không bị căng quá.

- Khi vết thương chưa bị nhiễm trùng và không bị nhiễm xạ.

- Khi đầu ngoại biên của động mạch còn có máu đỏ tươi chảy ra thành tia (trong khi đầu trung tâm của động mạch đã được kẹp lại tạm thời).

Nguyên tắc và phương pháp, kỹ thuật nối mạch máu sẽ được trình bày ở chương sau.

Chúng tôi đã tiến hành nối động mạch cấp cứu cho 36 nạn nhân bị vết thương ở mạch máu (chiếm tỷ lệ 17,65%), trong đó có 12 trường hợp nối cả động mạch và tĩnh mạch bị thương cùng trong một thì mổ với kết quả tốt, có một trường hợp bị tắc nghẽn tĩnh mạch đã được phát hiện kịp thời ngay sau khi nối mạch máu, phải mở tĩnh mạch lấy bỏ máu cục và để tránh tắc nghẽn tái phát, chúng tôi quyết định thắt tĩnh mạch bị thương đó lại ở hai đầu.

4. Ghép mạch máu

Chỉ định ghép mạch máu trong cấp cứu - ghép kỳ đầu về cơ bản cũng giống như chỉ định nối mạch máu kỳ đầu ngay sau khi bị thương, chỉ khác có hai điểm sau đây:

- Khi các đầu động mạch hay tĩnh mạch bị đứt tách rời nhau ra quá xa, không thể kéo sát gần lại với nhau được, trong trường hợp đó chỉ có ghép mạch máu mới phục hồi lại được sự lưu thông của dòng máu.

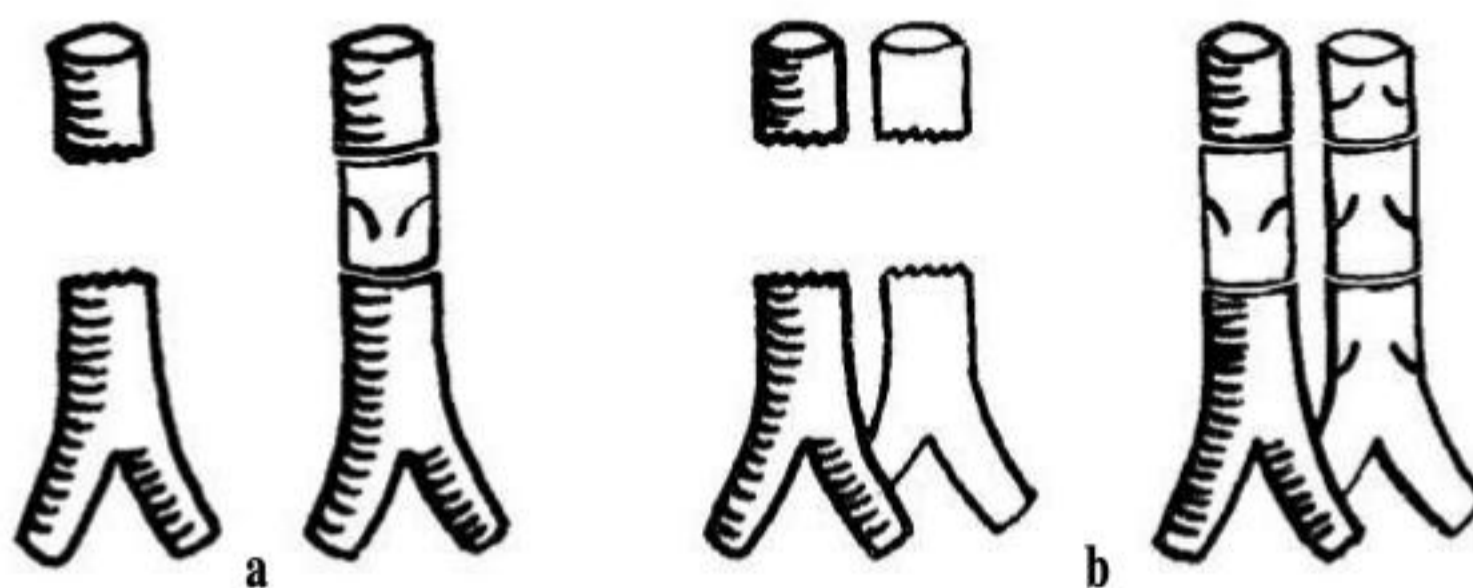
- Khi các phần mềm ở xung quanh bị mất nhiều, sau khi ghép xong mạch máu, không có đủ các tổ chức để lấp kín đoạn mạch máu được ghép.

Chúng tôi đã tiến hành ghép mạch máu kỳ đầu trong vết thương mạch máu cho 26 nạn nhân (chiếm 13,54%), trong đó có 4 nạn nhân được ghép cả động mạch và tĩnh mạch cùng trong một lần mổ với kết quả tốt (hình 22a, b).

Tất cả các ống ghép được chúng tôi dùng trong cấp cứu đều là tĩnh mạch hiển trong (veine saphène interne) của chính bản thân người bệnh và như vậy, tất cả các trường hợp ghép mạch máu của chúng tôi thực hiện trong điều trị vết thương các mạch máu lớn ngoại biên đều là “ghép tự thân” (autogreffe).

5. Cắt đoạn chi

Trong các trường hợp nạn nhân được chuyển đến muộn với tai biến hoại thư chi do đặt garô không đúng



- a- Ghép động mạch bị đứt đôi bằng một đoạn tĩnh mạch hiển trong của chính người bệnh.
- b- Ghép cả động mạch và tĩnh mạch.

Hình 22:
Ghép mạch máu tự thân (ống ghép là tĩnh mạch hiển trong).

phương pháp hay để garô quá lâu, không nối theo thời gian quy định, hoặc vì gãy nát vụn xương và dập nát các phần mềm, không còn khả năng bảo tồn được, đôi khi phải quyết định cắt đoạn chi đồng thời với thắt mạch máu để cầm máu vĩnh viễn.

Ngoài hai lý do kể trên, còn có chỉ định cắt đoạn chi trong các trường hợp sau đây:

- Vết thương mạch máu lớn ngoại biên có kèm theo bông rộng và sâu vòng quanh chi.

- Vết thương mạch máu có kèm theo bệnh phóng xạ độ II, III.

Chúng tôi đã bắt buộc phải cắt cụt chi cho 8 nạn nhân, với vết thương mạch máu lớn ngoại biên (2,56%) trong đó có 5 trường hợp hoại thư chi do đặt garô quá lâu và 3 trường hợp có kèm theo gãy nát xương, dập nát nặng các phần mềm.

Chúng tôi có 5 trường hợp tử vong ngay sau khi mổ vì vết thương mạch máu lớn quá nặng phối hợp với nhiều tổn thương ở các cơ quan bộ phận khác trong cơ thể, trong đó có:

- Vết thương động mạch và tĩnh mạch cảnh chung pha có kèm theo vết thương sọ não: 1 trường hợp.

- Vết thương động mạch và tĩnh mạch dưới đòn trái và chấn thương cột sống với liệt hai chi dưới: 1 trường hợp.

- Vết thương động mạch dưới đòn trái có kèm theo vết thương phổi trái, chảy máu nặng: 1 trường hợp.

- Vết thương động mạch và tĩnh mạch nách phải có kèm theo vết thương rách màng phổi phải, rách tĩnh mạch chủ trên, rách màng ngoài tim: 1 trường hợp.

- Vết thương động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài trái kèm theo tụ máu lớn sau phúc mạc, trụ tim mạch: 1 trường hợp.

Tất cả trường hợp đa thương kể trên đều được hồi sức rất tích cực bằng truyền máu và truyền các dung dịch chống choáng, hydrocortison, trợ tim, trợ hô hấp, v.v... song song với việc tiến hành các cuộc mổ xẻ cấp cứu phối hợp của nhiều kíp phẫu thuật chuyên khoa cùng một lúc: xử trí vết thương mạch máu, xử trí vết thương ngực, xử trí vết thương sọ não, v.v... Mặc dầu thế, sau khi mổ vẫn không cứu sống được những nạn nhân đó.

Ngoài ra chúng tôi còn có 7 trường hợp tử vong do nạn nhân được chuyển đến muộn, choáng rất nặng, chưa kịp xử trí vết thương mạch máu bằng can thiệp phẫu thuật.

Như vậy nếu chỉ tính các nạn nhân được can thiệp phẫu thuật trên mạch máu bị thương, chúng tôi có 5 trường hợp tử vong trên tổng số 204 nạn nhân, chiếm tỷ lệ 2,45%.

Nếu tính tỷ lệ tử vong chung cho tổng số 312 trường hợp vết thương mạch máu mới và cũ với nhiều di chứng khác nhau (108 trường hợp di chứng vết thương mạch máu) được chuyển tới chúng tôi điều trị, chúng tôi có tất cả 5 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 1,6%.

Tóm lại, tỷ lệ tử vong sau mổ trên các vết thương mạch máu và di chứng vết thương mạch máu lớn ngoài biên của chúng tôi là 1,6%. Ở đây chúng tôi cần nhấn mạnh thêm là các trường hợp tử vong sau mổ của chúng tôi là các trường hợp đa thương rất nặng như đã

kể ở trên, có thể nạn nhân bị chết không phải vì vết thương mạch máu mà là vì vết thương ngực, vết thương cột sống, vết thương sọ não, và đúng hơn là do nhiều vết thương nặng phối hợp trên một nạn nhân với tình trạng choáng mất máu và choáng chấn thương không hồi phục.

Kết quả điều trị các vết thương mạch máu lớn ngoài biên phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau: điều trị cấp cứu sớm và kịp thời, theo đúng các nguyên tắc điều trị vết thương mạch máu, có gây mê hồi sức tốt, có kỹ thuật mổ xẻ tốt, biết tiến thoái đúng lúc, và đặc biệt, phải biết bình tĩnh khi có máu chảy nhiều, không nên cố gắng tìm bó mạch máu bị thương trong vết thương mà phải nhét gạc cầm máu tạm thời (ở những nơi không đặt được garô như ở cổ, ở nách, ở bẹn v.v...), tìm động mạch gốc để kẹp cầm máu tạm thời trong khi xử trí, can thiệp trên mạch máu bị thương.

CHƯƠNG IV

DI CHỨNG VẾT THƯƠNG Ở CÁC MẠCH MÁU LỚN VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

I. VÀI NÉT CHUNG

Sau bất cứ một cuộc chiến tranh nào, việc giải quyết các di chứng vết thương ở mạch máu do hỏa khí vẫn luôn luôn là một vấn đề thời sự sôi nổi. Theo B. Pêtrovski, Ph. Plôtkin và theo tài liệu của chúng tôi (108 trên tổng số 312 trường hợp), khoảng 1/3 tổng số các vết thương mạch máu xảy ra trong chiến tranh để lại di chứng do không được điều trị hoặc điều trị không triệt để lúc ban đầu.

Trước khi trình bày một cách chi tiết về từng loại di chứng vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên, chúng tôi muốn nêu lên một số vấn đề không phải chỉ riêng các đồng nghiệp chuyên khoa về phẫu thuật mạch máu, mà đại đa số các phẫu thuật viên thuộc nhiều ngành

phẫu thuật chuyên khoa khác nhau đều rất quan tâm. Đó là vấn đề phân loại các thể lâm sàng phẫu thuật của di chứng vết thương mạch máu, vị trí của các mạch máu bị thương và thái độ xử trí đối với các loại di chứng vết thương mạch máu đó.

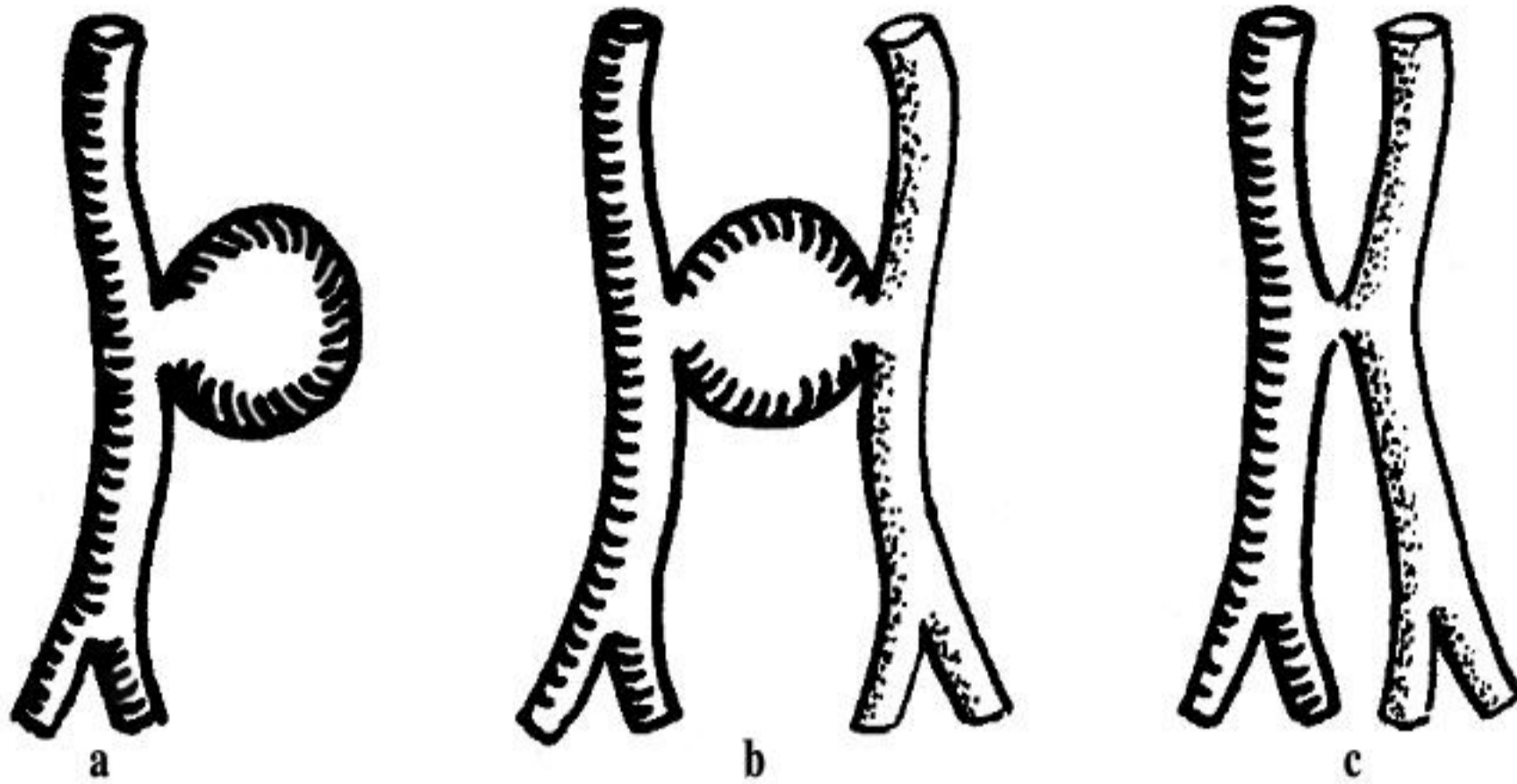
Những vấn đề này đã được chúng tôi đề cập tới trong hội nghị tổng kết vết thương chiến tranh toàn miền Bắc (1970). Sau đó, đã được chúng tôi đúc kết lại từng phần và đã được đăng trong tạp chí “Y học” các năm 1972, 1974, 1975 và trong Nội san “Bệnh viện Chợ Rẫy” số 1-1978.

A. PHÂN LOẠI CÁC THỂ LÂM SÀNG PHẪU THUẬT CỦA DI CHỨNG VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

Đại đa số các tác giả (De Bakey, Cooley D, Jahnke, Hughes, Spencer, Fisher, Norman M. Rid, Meley, Curtillet, B. Pêtrovski, Sraibe, A. Vishnevski, Meshalkin, Lubôtski, Grishin, Shalaep, Gubkô, Ostrôveckhốp, Pêtrencô, v.v...) phân biệt ba loại di chứng vết thương mạch máu sau đây:

1. Túi phình động mạch hay còn gọi là mạch lưu (*hình 23a*).
2. Phình động-tĩnh mạch (*hình 23b*).
3. Rò hay thông động-tĩnh mạch (*hình 23c*).

Dựa trên kinh nghiệm lâm sàng phối hợp với kết quả chụp X quang cản quang các mạch máu và các tổn thương tìm thấy trong khi mổ điều trị cho 108 bệnh nhân với di chứng vết thương mạch máu tại các bệnh viện: Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cộng hòa Dân



- a) Phình động mạch.
- b) Phình động-tĩnh mạch.
- c) Rò động-tĩnh mạch.

Hình 23: Phân loại di chứng vết thương mạch máu theo nhiều tác giả khác nhau.

chủ Đức Hà Nội, phân viện dã chiến của các viện và các bệnh viện trung ương đóng tại huyện Hoài Đức, tỉnh Hà Sơn Bình (nay thuộc thành phố Hà Nội), Bệnh viện E Hà Nội và Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh trong 10 năm (từ năm 1968 đến 1978), chúng tôi đã sắp xếp lại và lập nên một bảng phân loại mới như sau (*hình 24* - dưới hình thức bảng phân loại) (*Bảng 4*).

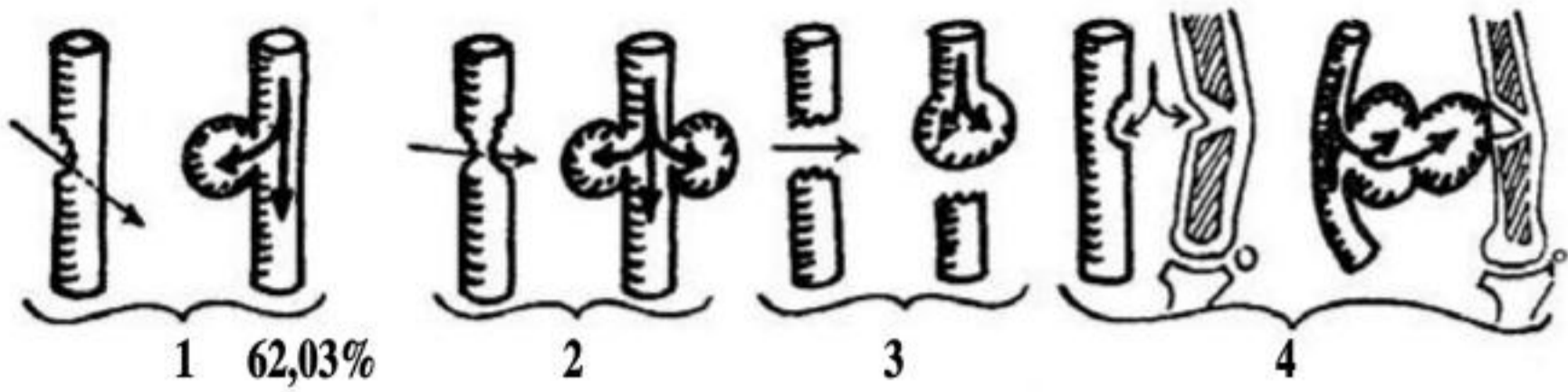
Bảng 4.
Các thể lâm sàng phẫu thuật
của di chứng vết thương mạch máu
(của GS. TSKH. Nguyễn Khánh Dư)

Các loại di chứng vết thương mạch máu	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
I. Các di chứng vết thương ở động mạch đơn thuần. (70 bệnh nhân - 64,4%)		
1. Túi phình động mạch đơn thuần.	67	62,03
2. Túi phình động mạch đôi.	1	0,92
3. Túi phình cuối mồm cụt động mạch.	1	0,92
4. Hai túi phình động mạch giả thông nhau có kết hợp với gãy xương.	1	0,92
II. Các di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp: (38 bệnh nhân - 35,6%).		
<i>a) Rò động-tĩnh mạch các loại với hậu quả suy tim tiến triển:</i>		
1. Rò động-tĩnh mạch đơn thuần.	25	23
2. Phình động-tĩnh mạch.	1	0.92
3. Rò động-tĩnh mạch với sự lan tỏa âm thanh ra nhiều điểm.	1	0.92
4. Rò động-tĩnh mạch ở nhiều chỗ.	1	0.92
5. Rò động mạch vào tĩnh mạch không cùng tên (rò động mạch dưới đòn vào tĩnh mạch cảnh).	2	1.84
6. Phình động mạch và rò động-tĩnh mạch phối hợp.	4	3.7

Các loại di chứng vết thương mạch máu (tiếp theo)	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
7. Phình tĩnh mạch và rò động-tĩnh mạch phối hợp.	1	0.92
8. Phình động mạch, phình tĩnh mạch và rò động-tĩnh mạch phối hợp.	1	0.92
9. Túi phình chung động-tĩnh mạch.	1	0.92
10. Túi phình chung động-tĩnh mạch có kèm theo túi phình phụ.	1	0.92
11. Rò động-tĩnh mạch qua túi phình động mạch.		
<i>b) Động mạch hóa tĩnh mạch với hậu quả rối loạn dinh dưỡng nặng ở phần chi dưới chỗ có tổn thương.</i>		
<i>b1. Động mạch hóa tĩnh mạch không hoàn toàn.</i>		
12. Rò động-tĩnh mạch kiểu chấp đầu trung tâm của động mạch bị đứt đôi vào thành bên, của tĩnh mạch bị rách.		
<i>b2. Động mạch hóa tĩnh mạch hoàn toàn.</i>		
13. Rò động-tĩnh mạch kiểu chấp đầu trung tâm của động mạch bị đứt đôi vào đầu ngoại vi của tĩnh mạch cũng bị đứt đôi.		
14. Rò động-tĩnh mạch kiểu chấp đầu ngoại vi của tĩnh mạch bị đứt đôi vào thành bên của động mạch bị rách (cả 4 loại 11, 12, 13, 14, đều mới gặp nên chưa ghi số liệu vào trong bảng này).		
Tổng cộng	108	100%

Theo sự sắp xếp phân loại trong bảng 4 và bảng hình vẽ 24, chúng tôi phân chia các di chứng vết thương mạch máu thành hai nhóm lớn:

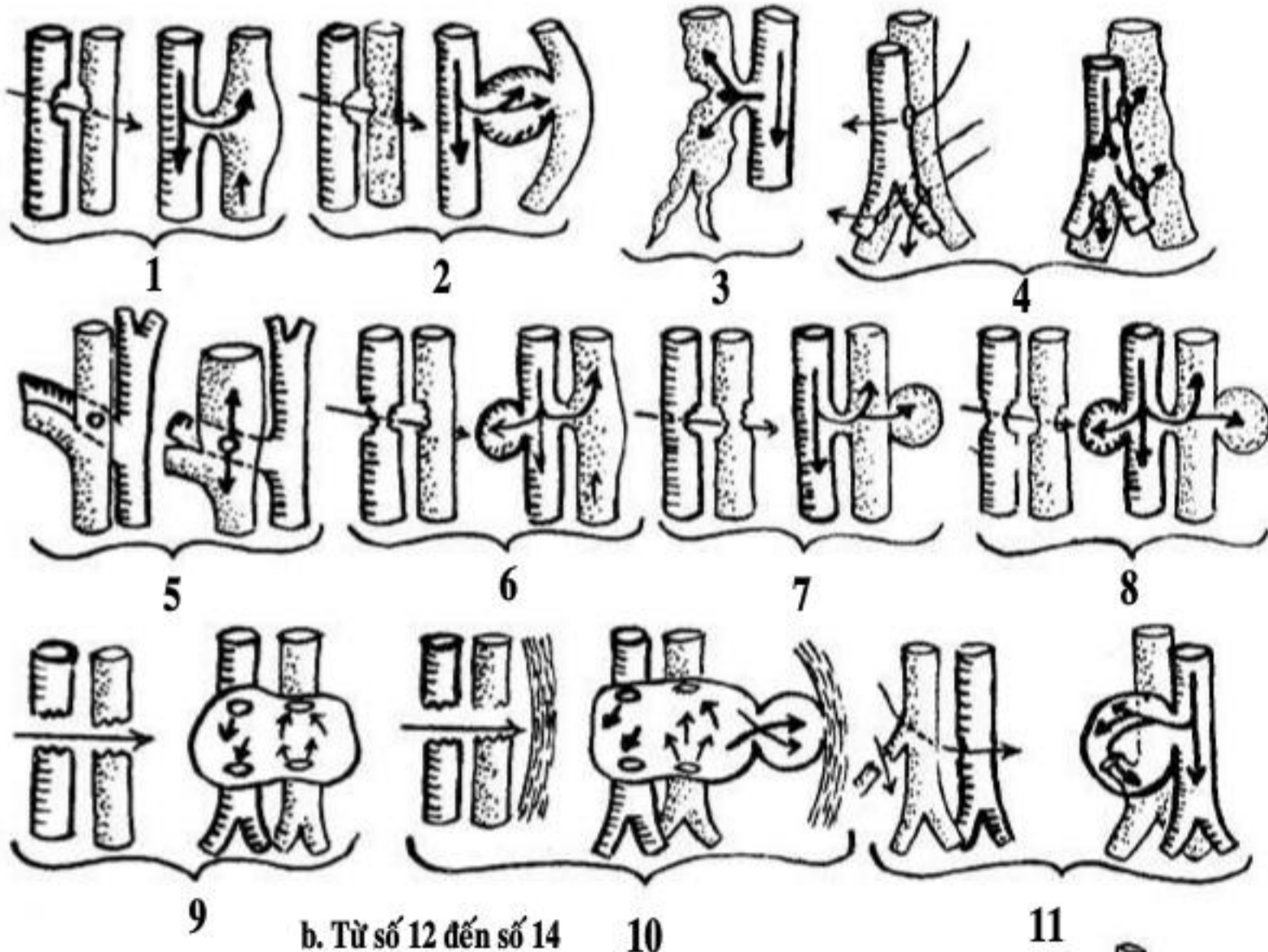
I. Các loại di chứng vết thương động mạch đơn thuần



Hình 24: a

II. Các loại di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp

a. Từ số 1 đến số 11



b. Từ số 12 đến số 14



Hình 24: b

Nhóm I. - Các di chứng vết thương ở động mạch. Nhóm này gồm có 4 loại di chứng khác nhau, chiếm 70 trong số 108 trường hợp, tức 64,8%. Trong nhóm này di chứng vết thương động mạch đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (67 trường hợp, tức 62,03%). Đỗ Hoài Nam (Quân y viện 175, Thành phố Hồ Chí Minh) gặp 35% di chứng vết thương ở động mạch đơn thuần.

Nhóm II. - Các di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp. Nhóm này gồm có 12 loại di chứng phối hợp giữa động mạch và tĩnh mạch khác nhau, và được chúng tôi chia làm hai nhóm:

a) Rò động-tĩnh mạch các loại với hậu quả suy tim tiến triển.

Trong nhóm này, di chứng vết thương động-tĩnh mạch đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (25 trên tổng số 38 trường hợp, chiếm tỷ lệ chung là 23,12%). Đỗ Hoài Nam (Quân y viện 175) gặp loại này với tỷ lệ 27,10%. Các di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp phức tạp khác nêu trong bảng phân loại kể trên hiếm gặp hơn, mỗi loại chỉ gặp từ 1 đến 2 trường hợp (từ hình 1 đến hình 12 mục II, trong đó, loại 12 mục II là hình thái động mạch hóa tĩnh mạch không hoàn toàn).

b) Động mạch hóa tĩnh mạch hoàn toàn với hậu quả rối loạn dinh dưỡng nặng ở phần chi và phần cơ thể dưới chỗ bị thương (hình 13 và 14 mục II).

Trong loại này, máu động mạch chảy thẳng vào phần ngoại biên của tĩnh mạch, làm cản trở hoàn toàn dòng máu trở về, tĩnh mạch dần dần bị động mạch hóa về cấu trúc, làm tăng áp lực mao mạch và gây rối loạn

dinh dưỡng nặng ở phần chi dưới chỗ bị thương với các hậu quả của nó.

Phát hiện và chẩn đoán được chính xác các trường hợp này trước khi tiến hành mổ xẻ đã giúp chúng tôi chủ động được trong việc chỉ định mổ, chuẩn bị mổ, dự kiến được trước phương pháp và kỹ thuật mổ xẻ, nhờ đó đã thu được nhiều kết quả tốt sau mổ, tránh được các biến chứng nguy hiểm đáng lẽ có thể xảy ra trước, trong và sau khi mổ, không có tỷ lệ tử vong sau khi mổ.

Dưới đây là một số bệnh án minh họa vài trường hợp di chứng vết thương mạch máu hiếm gặp của 2 nhóm di chứng kể trên:

Bệnh án số 4744: Bệnh nhân H. V. T. 35 tuổi vào bệnh viện ngày 20 tháng 4 năm 1976 với chẩn đoán rò động-tĩnh mạch cảnh phải với các dấu hiệu rối loạn thần kinh trung ương.

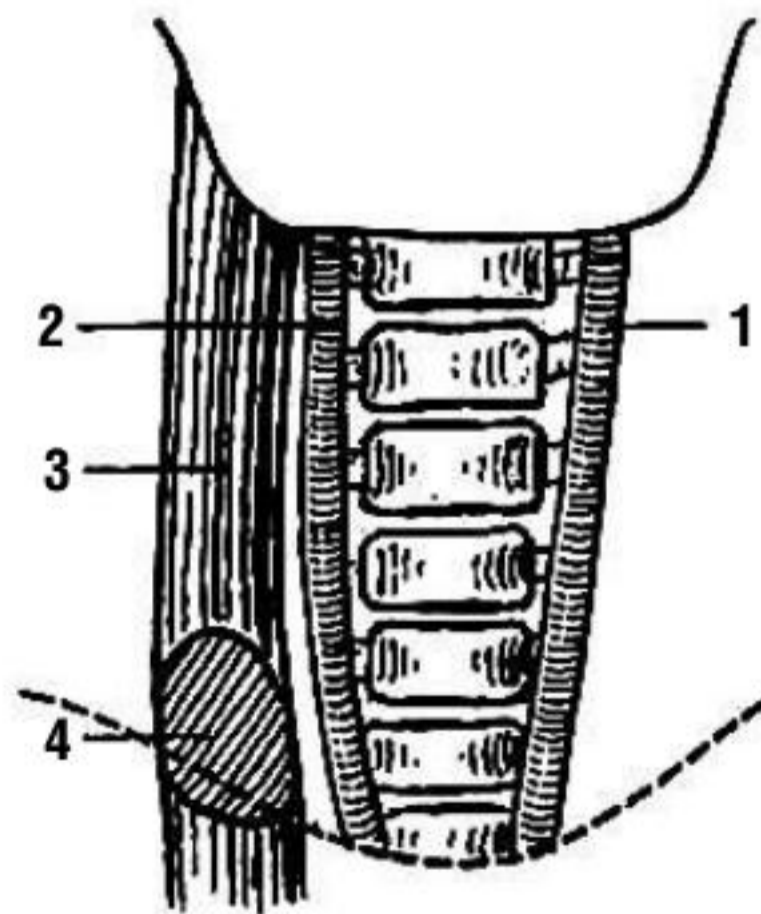


Hình 25:
Bệnh nhân H. V. T. 35 tuổi.
Rò động mạch dưới đòn phải
vào tĩnh mạch cảnh phải.

Bệnh nhân bị thương năm 1969 ở cổ bên phải và được sơ cứu tạm thời bằng băng ép. Hai năm sau khi bị thương, bệnh nhân cảm thấy mặt nặng ở nửa bên phải, dần dần xuất hiện dấu hiệu lồi mắt phải, nửa cổ bên phải to bạnh ra; má phải xệ xuống và bị méo xệch sang một bên (*hình 25*). Từ đó bệnh nhân bị mất thăng bằng, bước chân đi bị

loạng choạng, đi lại phải có người dắt. Tiếng thổi liên tục ở cổ làm cho anh mất ăn mất ngủ, lúc nào cũng như bị một cái gì ám ảnh, suốt ngày anh như người lẩn thẩn, cử động rất chậm chạp, anh không muốn tiếp xúc với ai xung quanh vì phát không thành âm thanh mà chỉ lấp bắp, lẩm nhẩm cái gì ở trong miệng. Đêm ngủ thường hay bị đái dầm.

Chẩn đoán bệnh được xác định bằng lâm sàng (thổi liên tục, rung miu) và chụp động mạch cản quang. Rò động mạch dưới đòn vào tĩnh mạch cảnh bên phải với các dấu hiệu rối loạn thần kinh do ứ trệ máu tĩnh mạch ở não lâu ngày (hình 24, số 5 trong nhóm II^A di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp, và hình 26).



Hình 26:

Hình chụp động mạch cản quang, động mạch dưới đòn và động mạch cảnh: Thấy tĩnh mạch cảnh phải ngấm thuốc cản quang ngay từ giây đầu tiên cùng với động mạch dưới đòn phải và động mạch cảnh phải.

Ngày 05-5-1976 bệnh nhân được mổ điều trị bằng một đường rạch hình chữ L ngược bên phải có cắt bỏ 2/3 trong xương đòn phải và lỗ rò động-tĩnh mạch được bít kín lại theo phương pháp Matas.

Thời gian sau mổ tiến triển tốt, không có biến chứng, vết mổ lành kỳ đầu.

Kết quả sau mổ, bệnh nhân tự đi lại được bình thường, mắt hết lồi, má hết xệ, cổ hết bạnh, hết đái dầm, tiếp xúc tương đối bình thường với người xung quanh, ham nói chuyện. Bệnh nhân trở về nhà trong tình trạng tốt.



Hình 27: Bệnh nhân Đ. V. E. 29 tuổi. Hai túi phình động mạch và một lỗ rò động-tĩnh mạch đùi (trên khoeo trái).

Bệnh án số 178: Đ. V. E. 29 tuổi vào viện ngày 18-10-1976 với chẩn đoán rò động-tĩnh mạch đùi trái. Bệnh nhân bị thương do mảnh đại bác vào đùi trên khoeo trái từ năm 1973.

Khám thấy hai túi phình đập ở trên khoeo trái, một túi to kích thước 5cm đường kính và một túi nhỏ 3cm đường kính.

Chẩn đoán trước khi mổ: nghi có hai túi phình động mạch và một lỗ rò động-tĩnh mạch đùi trên khoeo trái (*hình X quang 27*).

Mổ ngày 31-10-1976. Khi mổ kiểm tra thấy có

một túi phình chung động-tĩnh mạch thông sang một túi phình phụ nhỏ hơn (số 10 trong nhóm II^B, hình 24). Túi phình này được hình thành sau khi bị thương đứt đôi bó mạch đùi trên khoeo trái kèm theo dập nát nhiều các phần mềm xung quanh. Trong túi phình còn thấy rõ 4 lỗ của động mạch và tĩnh mạch chảy vào. Tiến hành thắt các đầu mạch máu chảy vào túi phình và cắt bỏ bớt một phần vỏ các túi phình mạch.

Trong trường hợp này chúng tôi nghi túi phình phụ được hình thành do máu chảy từ các phần mềm bị dập nát ra làm thành một bọc máu tụ kết sát bên bọc máu tụ chính do các mạch máu bị đứt đôi tạo nên.

Hậu phẫu tiến triển tốt, vết mổ lành kỳ đầu. Bệnh nhân ra viện trong tình trạng tốt.



Hình 28:
Bệnh nhân C. N. N. 15 tuổi.
Phình động mạch và rò động-tĩnh mạch đùi phối hợp với gãy xương đã ổn định thành can.

Bệnh án số 215: Bệnh nhân C. N. N. 15 tuổi vào bệnh viện ngày 18-10-1975 với chẩn đoán phình động-tĩnh mạch đùi phải. Bệnh nhân bị thương do mảnh đại bác từ năm 1972.

Khám thấy có một túi phình đập kích thước khoảng 3cm đường kính và nghe thấy có tiếng thổi liên tục tâm thu - tâm trương rõ.

Sau khi chụp động mạch cản quang chẩn đoán được xác định là phình động mạch và rò động-tĩnh mạch phối hợp (hình 28 X quang) (số 6 nhóm II^B, hình 24).

Bệnh nhân được mổ ngày 28-10-1975, cắt bỏ túi phình động mạch, khâu kín thành động mạch và tiến hành phẫu thuật Matas phối hợp.

Hậu phẫu tiến triển tốt, không có biến chứng. Bệnh nhân ra viện trong tình trạng tốt, vết thương lành kỳ đầu.

Bệnh án 175: Bệnh nhân H. V. Kh. 32 tuổi vào bệnh viện ngày 08-10-1975 với chẩn đoán rò động-tĩnh mạch đùi phải.

Sau khi khám và chụp X quang cản quang động mạch kiểm tra chẩn đoán được xác định là phình động mạch và



Hình 29:
Bệnh nhân H. V. Kh. 32 tuổi. Phình động mạch và rò động-tĩnh mạch đùi đã được mổ cắt bỏ túi phình động mạch - Ghép động mạch bằng một đoạn tĩnh mạch hiển trong.

rò động-tĩnh mạch phối hợp (*hình 29 X quang*). Mổ ngày 22-10-1975 cắt bỏ túi phình động mạch cùng 1 đoạn động mạch bằng 1 đoạn tĩnh mạch hiển trong dài khoảng 4cm.

Hậu phẫu tiến triển tốt. Đoạn ghép mạch máu thông tốt. Vết mổ lành kỳ đầu. Bệnh nhân ra viện trong tình trạng tốt.

Bệnh án số 252: Bệnh nhân L. Đ. S. 26 tuổi vào bệnh viện ngày 28-12-1975 với chẩn đoán rò động-tĩnh mạch đùi trái.

Bệnh nhân bị thương ở đùi trái do mìn nổ ngày 19-02-1975.

Sau khi khám và chụp X quang cản quang các mạch máu,

chẩn đoán được xác định là rò động-tĩnh mạch đùi trái. Vì cảm giác rung miu và tiếng thổi liên tục tâm thu - tâm trương thấy rải rác ở nhiều chỗ dọc theo động mạch đùi nên trước khi mổ nghi ngờ có nhiều lỗ rò động-tĩnh mạch phối hợp.

Mổ ngày 13-01-1976, kiểm tra thấy tĩnh mạch đùi giãn to thành hai chỗ phình.

Ở trên chỗ phình đó là một chỗ bị nghẽn lại bởi các tổ chức xơ dày bao xung quanh giống như một chiếc đồng hồ cát (*hình 30 X quang*) (*số 3 nhóm II^B, hình 24*).

Sờ thấy cảm giác rung miu dọc theo đoạn tĩnh mạch bị tổn thương, nhưng tiếng rung mạnh nhất thấy ở hai chỗ phình. Đặt dây cao su đảm bảo ở hai đầu động mạch,



Hình 30:

Bệnh nhân L. Đ. S. 26 tuổi.
Rò động-tĩnh mạch có hình đồng hồ cát ở đoạn tĩnh mạch bị phình giãn và thắt ở giữa.

mổ thử chỗ phình trên có tiếng rung mạnh nhất, không tìm thấy lỗ rò, thấy máu đỏ từ phía dưới phụt lên. Khâu thành tĩnh mạch và mổ thử chỗ phình dưới cũng không tìm thấy lỗ rò, lúc đó lại thấy máu đỏ phụt từ phía trên xuống. Quyết định phá chỗ thành tĩnh mạch xơ dính ở chỗ thắt và mở rộng chỗ này ra. Vừa mổ thấy máu đỏ phụt thẳng ra thành tia mạnh qua một lỗ lớn đút gần lọt đầu ngón tay trỏ (khoảng 0,8cm đường kính). Dùng ngón trỏ tay trái bít kín lỗ rò lại và

dùng kim không gây chấn thương 3/0 khâu kín lỗ rò bằng ba mũi khâu hình chữ X. Sau khi khâu kín lỗ rò, máu hết phụt ra. Khâu kín thành tĩnh mạch bằng một kim chỉ không gây chấn thương mũi liền. Kiểm tra lại thấy tiếng rung miu biến mất hoàn toàn.

Trong trường hợp này, có lẽ dòng máu phụt từ động mạch sang tĩnh mạch qua lỗ rò đập thẳng vào thành tĩnh mạch ở chỗ thắt, từ đó dòng máu chia làm hai ngã và gây nên tiếng rung miu mạnh, ở trên và dưới chỗ thắt và làm cho thành của hai chỗ này bị phình ra. Thành tĩnh mạch đối diện với lỗ rò bị các tổ chức xơ bao xung quanh nên không bị phình ra, và vì nó bị xơ cứng nên không bị rung động mạnh như hai đoạn tĩnh mạch ở trên và dưới chỗ thắt.

Bệnh án số 369: Bệnh nhân Ng. Th. S. 50 tuổi vào bệnh viện ngày 07-6-1976 với chẩn đoán rò động-tĩnh



Hình 31: Bệnh nhân Ng. Th. S. 50 tuổi. Rò động-tĩnh mạch gốc đùi phải ở nhiều vị trí.

mạch ở gốc đùi phải. Bệnh nhân bị thương ở đùi phải năm 1972 bởi các mảnh mìn nổ.

Kết quả khám lâm sàng và chụp X quang cận quang các mạch máu đều xác định chẩn đoán là rò động-tĩnh mạch ở gốc đùi phải (*hình 31 X quang*).

Mổ 15-6-1976, trong quá trình mổ xẻ phát hiện thấy bệnh nhân có 3 lỗ rò ở động

mạch và tĩnh mạch đùi: 1 lỗ ở giữa động mạch đùi chung, 1 lỗ ở giữa động mạch và tĩnh mạch đùi nông, 1 lỗ ở giữa động mạch và tĩnh mạch đùi sâu (số 4 nhóm II^B, hình 24).

Tiến hành đóng các lỗ rò động-tĩnh mạch bằng phẫu thuật Matas.

Hậu phẫu tiến triển tốt, vết mổ lành kỳ đầu. Bệnh nhân ra viện trong tình trạng tốt.

Bệnh án số 1204: Bệnh nhân Q. V. T. 30 tuổi vào viện với chẩn đoán rò động-tĩnh mạch đùi trái do vết thương chiến tranh. Bệnh nhân bị thương từ tháng 11-1972. Sau khi bị thương được cầm máu tạm thời ở một trạm quân y hỏa tuyến. Sau đó, chân bệnh nhân càng ngày càng to ra. Tại chỗ bị thương xuất hiện hai khối u, một khối lớn kích thước 10cm đường kính và 1 khối nhỏ kích thước 5cm đường kính. Cả hai khối u đều đập theo nhịp đập của động mạch. Trên các túi phình nghe thấy tiếng thổi tâm thu rất mạnh (5/6) và một tiếng thổi liên tục tâm thu - tâm trương rất rõ, nhưng êm hơn (4/6).

Sau khi chụp X quang cản quang các mạch máu chẩn đoán được xác định là phình động mạch, phình tĩnh mạch và rò động-tĩnh mạch.

Bệnh nhân được mổ (19-6-1973) cắt bỏ toàn bộ các tổn thương ở bó mạch máu đùi tương ứng với vùng ống xơ Hunter, được ghép cả động mạch và tĩnh mạch bằng hai đoạn tĩnh mạch hiển trong của chính bệnh nhân (*ghép tự thân, hình 32*).

Hậu phẫu tiến triển tốt, các mạch máu thông suốt, vết mổ lành kỳ đầu. Bệnh nhân ra viện trong tình trạng tốt.

Khi bệnh nhân vào viện, tim to toàn bộ, có tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim, chụp tim kiểm tra một năm sau khi mổ thấy kích thước tim trở lại bình thường. Tiếng thổi tâm thu biến mất, chân nhỏ lại bình thường (trước khi mổ chân to gấp đôi bình thường).

Bệnh án số 652: Bệnh nhân Ph. Tr. B. 29 tuổi vào bệnh viện với chẩn đoán có hai túi phình động mạch ở trên khoeo trái.

Bệnh nhân bị thương 5-1972 do bom bi ở đùi trái có kèm theo gãy xương đùi trái 1/3 dưới. Bệnh nhân được cấp cứu ở trạm xá tiền phương, cầm máu tạm thời và nắn xương bó bột. Ba tháng sau khi bị thương, bệnh nhân thấy có một khối u lớn bằng nắm tay (kích thước khoảng 9cm đường kính) và bên cạnh nó có một khối u khác nhỏ hơn (kích thước khoảng 6cm đường kính). Cả hai khối u đều đập theo nhịp đập của tim. Nghe thấy tiếng thổi tâm thu rõ trên các khối u (4/6) chụp X quang cản quang, các mạch máu thấy túi phình nhỏ ngấm thuốc rõ, khối u lớn ngấm thuốc ít, không thấy



**Hình 32: Bệnh nhân Q. V. T. 30 tuổi.
Hình chụp X quang động mạch đùi 6
tháng sau khi ghép động mạch bằng
một đoạn tĩnh mạch hiển trong
của chính bệnh nhân.**

tĩnh mạch đùi ngấm thuốc. Khối u lớn nằm sát ổ xương gãy (*hình 32 X quang; số 4 nhóm I, hình 24*).

Mổ ngày 11-6-1974, khi mổ phát hiện thấy túi phình động mạch nhỏ xuất phát từ thành động mạch bị thương và túi phình lớn - từ ổ xương gãy. Giữa hai túi phình mạch có 1 lỗ thông nhau đứt lọt ngón tay trở. Tiến hành phẫu thuật Matas và cắt bỏ bớt vỏ các túi phình mạch.

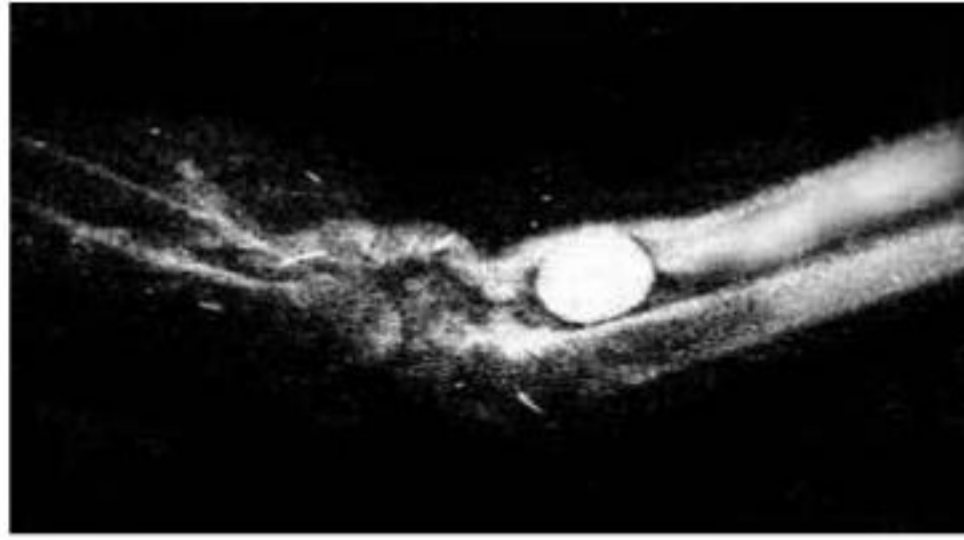
Hậu phẫu tiến triển tốt, vết mổ lành kỳ đầu. Bệnh nhân ra viện trong tình trạng tốt.

Bệnh án số 4004: Bệnh nhân P. V. B. 25 tuổi vào bệnh viện ngày 02-3-1979 với chẩn đoán phình động mạch và rò động-tĩnh mạch đùi phải.

Bệnh nhân bị thương do mảnh mìn năm 1975. Sau khi bị thương được băng bó cầm máu và điều trị ở bệnh viện huyện. Hai tháng sau khi bị thương, bệnh nhân cảm thấy mặt sau 1/3 dưới đùi trái dần dần to ra và cuối cùng hình thành một túi phình đập rõ ràng. Bệnh nhân cố gắng chịu đựng, không đi điều trị. Một năm sau khi bị thương ở chi dưới xuất hiện một ổ loét dinh dưỡng lâu lành (*hình 33*).



Hình 33:
Loét dinh dưỡng lâu lành
(bệnh nhân P. V. B)



Hình 34:
Bệnh nhân P. V. B. 25 tuổi. Phình động mạch đùi phải và rò động-tĩnh mạch đùi phải qua túi phình động mạch.

Bệnh nhân vào bệnh viện chúng tôi điều trị vì lý do xuất hiện đau nhức và có cảm giác tê dại ở phần chi dưới chỗ bị thương kèm theo với ổ loét dinh dưỡng lâu lành ở cẳng chân phải.

Khi khám thấy ở trên khoeo phải có một chỗ phình to, kích thước khoảng 5cm đường kính, sờ thấy có cảm giác đập, nghe thấy một tiếng thổi tâm thu - tâm trương rõ ở trên chỗ phình. Chụp X quang cản quang mạch máu thấy một bóng tròn ngấm thuốc đậm và thấy động mạch và tĩnh mạch ở vùng này ngấm thuốc cùng một lúc (*hình 34*).

Chẩn đoán trước khi mổ: Túi phình động mạch và rò động-tĩnh mạch 1/3 dưới đùi phải.

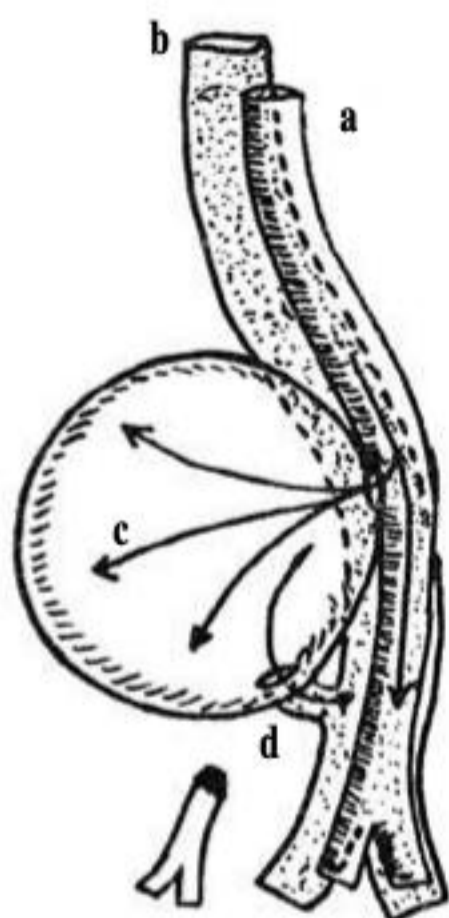
Bệnh nhân được mổ ngày 14-3-1979 khi mổ thấy một túi phình động mạch lớn kích thước 5cm và có một nhánh tĩnh mạch đùi bị đứt cắm vào trong túi phình động mạch (*hình 35*). Chẩn đoán khi mổ: rò động-tĩnh mạch qua túi phình động mạch (*số 11 mục II^B hình 24*). Trong trường hợp này, máu từ động mạch chảy vào túi phình động mạch và từ đó chảy qua nhánh tĩnh mạch

để vào hệ thống tĩnh mạch đùi (*hình 35, theo các mũi tên chỉ*).

Chúng tôi đã tiến hành thắt nhánh tĩnh mạch ở ngoài túi phình động mạch và khâu kín lỗ thủng ở bên trong túi phình động mạch theo phương pháp Matas (*endonévrisismorrhaphie*).

Hậu phẫu tiến triển tốt. Các dấu hiệu rối loạn dinh dưỡng ở phần chi dưới chỗ bị thương biến đi rất nhanh. Ổ loét dinh dưỡng ở cẳng chân khô đi và lành khỏi rất nhanh sau gần 4 năm tồn tại. Tiếng thổi liên tục biến mất hoàn toàn ở 1/3 dưới đùi phải. Vết mổ lành kỳ đầu. Bệnh nhân ra viện trong tình trạng tốt.

Bệnh án số 8633: Bệnh nhân Ng. V. S. 29 tuổi vào bệnh viện ngày 14-5-1979 với chẩn đoán phình động mạch khoeo chân trái.



- a- Động mạch đùi.
- b- Tĩnh mạch đùi.
- c- Túi phình động mạch.
- d- Chỗ túi phình động mạch thông với một nhánh của tĩnh mạch đùi.

Hình 35:
Sơ đồ tổn thương động-tĩnh mạch của bệnh nhân P. V. B.



Hình 36:
Động mạch hóa tĩnh mạch. Chân bệnh nhân Ng. V. S. trước khi mổ: Cẳng chân to gấp hơn 2 lần so với cẳng chân bên lành.

Bệnh nhân bị thương ở khoeo chân trái năm 1972 do mảnh đạn đại bác. Sau khi bị thương, bệnh nhân được băng cầm máu và điều trị ở bệnh viện địa phương. Một năm sau khi bị thương, thấy xuất hiện ở hố khoeo chân trái một túi phình. Túi phình này dần dần to ra, chèn ép vào các tổ chức chung quanh, làm cho phần chi dưới chỗ bị thương thay đổi màu sắc (tím hơn bên lành). Bệnh nhân luôn luôn có cảm giác nóng ở phần chi dưới chỗ bị thương.

Khám thấy cẳng chân bên trái to gần gấp hai lần cẳng chân phải (*hình 36*) ở cẳng chân có nhiều tĩnh mạch nổi lên, căng và có cảm giác là các tĩnh mạch này cũng đập theo nhịp đập của động mạch. Ở hố khoeo trái có một túi phình lớn, kích thước khoảng 15cm x 6cm, đập theo nhịp đập của động mạch. Nghe trên túi phình thấy có một tiếng thổi tâm thu rõ và thô. Chụp X quang cản quang động mạch đùi thấy một túi phình lớn ở ngang hố khoeo trái, chỉ thấy đầu trên của động mạch, không thấy đầu dưới của động mạch, túi phình hầu như nối liền với tĩnh mạch ở phía trung tâm và ngoại biên (*hình 37*).



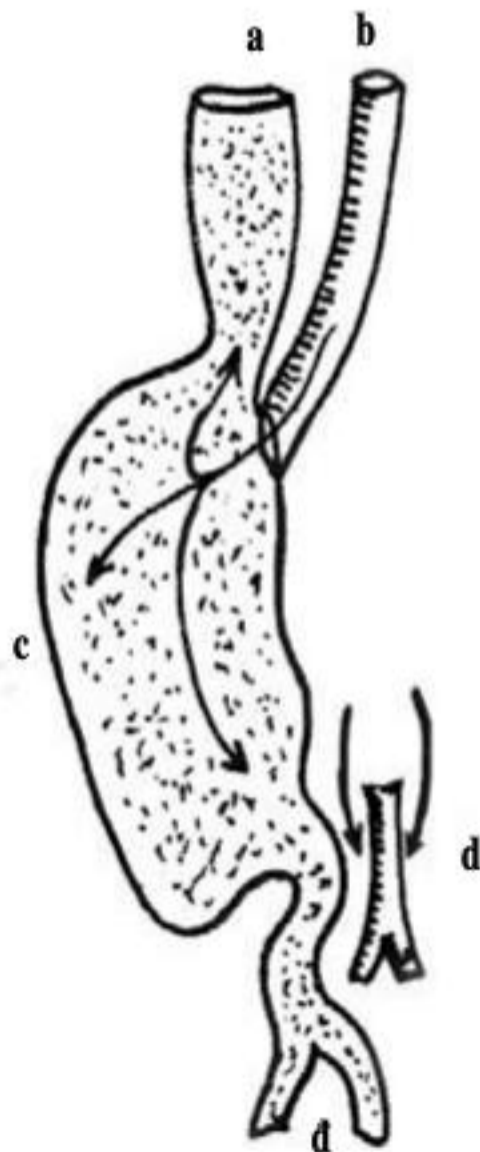
**Hình 37: Bệnh nhân Ng. V. S.
Phim X quang chụp động mạch đùi trái:
động mạch đùi đứt đôi, đầu trung tâm
của động mạch cắm thẳng vào thành bên
của tĩnh mạch bị rách
tạo nên túi phình tĩnh mạch.**

Chẩn đoán trước khi mổ là rò động-tĩnh mạch loại động mạch hóa tĩnh mạch không hoàn toàn ở vùng hố khoeo trái. Mổ ngày 23-5-1979 trong điều kiện gây mê nội khí quản. Rạch một đường theo hình chữ S ở sau khoeo trái bộc lộ túi phình. Thấy túi phình đập rõ, kích thước 15cm x 6cm. Kiểm tra thấy ở đầu trên túi phình có động mạch đùi và tĩnh mạch đùi cắm vào và đầu dưới của túi phình là tĩnh mạch đùi bị giãn cong queo. (*hình 38 và số 12 mục II^B hình 24*). Qua kiểm tra các tổn thương tìm thấy trong khi mổ, chúng tôi có nhận xét về trường hợp này như sau: động mạch đùi bị đứt đôi, đầu ngoại biên co lại và tự cầm máu, đầu trung tâm cắm vào thành bên của tĩnh mạch đùi bị rách, và cuối cùng hình thành một di chứng phức tạp của vết thương động-tĩnh mạch phối hợp mà chúng tôi gọi là rò động-tĩnh mạch loại động mạch hóa tĩnh mạch không hoàn toàn. Trong trường hợp này đoạn tĩnh mạch chịu ảnh hưởng trực tiếp của dòng máu động mạch chảy sang bị giãn to và biến thành một túi phình lớn, đập theo nhịp đập của

động mạch. Như vậy những tổn thương tìm thấy trong khi mổ đã phù hợp hoàn toàn với chẩn đoán của chúng tôi trước khi mổ.

Sau khi kẹp tạm các đầu của mạch máu ở trên và dưới túi phình, chúng tôi mở một túi phình ra để kiểm tra: trong túi phình thấy rõ một lỗ vào động mạch và hai lỗ vào tĩnh mạch. Chúng tôi đã tiến hành thắt đầu trung tâm của động mạch, cắt bớt một phần của túi phình tĩnh mạch và phục hồi lại hoàn toàn sự lưu thông của tĩnh mạch.

Hậu phẫu tiến triển tốt, cẳng chân bên bị thương nhỏ dần lại. Trên khoeo chân hết tiếng thổi tâm thu. 20 ngày sau khi mổ, bệnh nhân ra viện trong tình trạng tốt.



- a- Tĩnh mạch đùi.
- b- Động mạch đùi (đầu trung tâm).
- c- Túi phình tĩnh mạch đùi.
- d- Đầu ngoại biên động mạch đùi.
- đ- Đầu ngoại biên tĩnh mạch đùi.

Hình 38.
Hình ảnh các tổn thương tìm thấy trong khi mổ. Bệnh nhân Ng. V. S.

Qua bệnh án kể trên, chúng tôi rút ra được thêm hai nhận xét sau đây:

- Thành của tĩnh mạch bị động mạch hóa đã dày ra gần giống như thành của động mạch, sau khi thắt động mạch, máu trong tĩnh mạch lúc đầu vẫn còn đỏ tươi, sau đó mới dần dần chuyển sang màu đỏ sẫm của máu tĩnh mạch.

- Túi phình tĩnh mạch có thành rất dày chắc và khác với túi phình động mạch chấn thương, nó là túi phình thật (có đủ các lớp của thành mạch máu) mặc dù nó cũng là túi phình mạch chấn thương.

Đặc biệt chúng tôi không gặp các di chứng vết thương ở tĩnh mạch đơn thuần, có lẽ các vết thương ở tĩnh mạch thường được điều trị triệt để ngay sau khi bị thương. Thêm vào đó, hệ thống tĩnh mạch vốn có một màng lưới bàng hệ dày đặc, do đó sau khi bị thương, nếu bắt buộc phải thắt và cắt một vài nhánh tĩnh mạch lớn, thậm chí kể cả tĩnh mạch ở sâu, cũng không có ảnh hưởng gì nhiều đến dòng máu trở về tim.

B. VỊ TRÍ CỦA CÁC MẠCH MÁU BỊ THƯƠNG

Vị trí của các mạch máu bị thương thể hiện mức độ nặng nhẹ và sự nguy hiểm của vết thương đối với người bị nạn.

Vết thương ở những động mạch quan trọng như động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch chậu đều là những vết thương rất nặng đe dọa tính mạng của nạn nhân.

Để có một khái niệm tổng quát về vị trí của các mạch máu bị thương, chúng tôi nêu lên dưới đây hai

bảng phân tích về vị trí của vết thương mạch máu nói chung và các di chứng vết thương mạch máu nói riêng.

Bảng 5. Phân loại vết thương theo vị trí mạch máu bị thương

STT	TÊN CÁC MẠCH MÁU BỊ THƯƠNG	VẾT THƯƠNG			Tổng cộng	Tỷ lệ %
		Động mạch	Tĩnh mạch	Động tĩnh mạch phối hợp		
1	Bó mạch cảnh	8	4	7	19	9,31
2	Bó mạch dưới đòn	5	3	5	13	6,37
3	Bó mạch nách	4	0	2	6	2,94
4	Bó mạch cánh tay	7	0	6	13	6,37
5	Bó mạch chậu chung	3	0	1	4	1,96
6	Bó mạch chậu ngoài	6	5	6	17	8,34
7	Bó mạch đùi	42	12	58	112	54,90
8	Bó mạch khoeo	5	0	6	11	5,39
9	Bó mạch chày	6	0	2	8	3,92
10	Tĩnh mạch cửa	0	1	0	1	0,49
Tổng cộng		86	25	93	204	100%

Bảng 6.
Vị trí các di chứng vết thương mạch máu

VỊ TRÍ CÁC DI CHỨNG VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU	Ở động mạch	Ở động-tĩnh mạch phối hợp	Tổng cộng	Tỷ lệ %
Động mạch và tĩnh mạch cảnh.	3	5	8	7,4
Động mạch và tĩnh mạch dưới đòn.	2	3	5	4,63
Động mạch và tĩnh mạch nách.	3	2	5	4,63
Động mạch và tĩnh mạch cánh tay.	7	1	8	7,4
Động mạch và tĩnh mạch khuỷu tay.	1	1	2	1,85
Động mạch quay	1		1	0,92
Động mạch và tĩnh mạch chấu ngoài.	1	4	5	4,63
Động mạch và tĩnh mạch đùi.	41	17	58	53,70
Động mạch và tĩnh mạch khoeo.	6	3	9	8,33
Động mạch và tĩnh mạch chày sau.	5	2	7	6,48
Tổng cộng	70	38	108	100%

Theo hai bảng trên của chúng tôi, đại đa số vết thương mạch máu thường xảy ra ở chi dưới (227 trên tổng số 312 trường hợp vết thương mạch máu, chiếm tỷ lệ 72,75% và 79 trên tổng số 108 trường hợp di chứng vết thương mạch máu, chiếm tỷ lệ 73,15%). Tỷ lệ vết thương mạch máu và di chứng vết thương mạch máu gặp ở chi trên so với chi

dưới là khoảng 1: 6. Tỷ lệ vết thương mạch máu ở các chi so với toàn cơ thể là 85,57% (267 trên 312 trường hợp (theo tài liệu của B. Pêtrovski và Plôtkin năm 1949 là 96,8%). Tỷ lệ di chứng vết thương mạch máu ở các chi so với toàn cơ thể cũng khá cao (78,61%). Các vết thương và di chứng vết thương mạch máu ở những vị trí khác trên cơ thể hiếm gặp hơn.

Theo ý kiến của chúng tôi, lý do chính của sự chênh lệch đó có lẽ như sau:

- Những vết thương ở bó mạch cảnh, bó mạch dưới đòn, bó mạch chậu, bó mạch chủ là các tổn thương rất nặng, chảy máu nhiều và đại đa số các nạn nhân thường đã hy sinh tại trận địa. Do đó, loại vết thương và di chứng vết thương ở các mạch máu này thường rất hiếm gặp tại các tuyến điều trị hậu phương.

- Động mạch đùi có kích thước lớn và ở nông nên dễ bị tổn thương. Thêm vào đó, xung quanh động mạch đùi là các cơ khỏe và các màng xơ dai chắc, do đó sau khi bị thương với lỗ vào nhỏ của mảnh hỏa khí hay của viên đạn, máu không thoát ra ngoài được nhiều, vì vậy hình thành sớm các bục máu tụ, cuối cùng để lại di chứng.

- Trong hoàn cảnh chiến tranh, hai chi dưới thường là đối tượng để làm tê liệt sự hoạt động của đối phương (với ý đồ bắn ngã để bắt sống và lấy tài liệu sống), thêm vào đó hai chi dưới cũng chiếm một khối lượng và một diện tích tương đối lớn so với toàn cơ thể, do đó nó dễ bị thương nhất. Trong thực tế, chi dưới đã chiếm một tỷ lệ bị thương cao nhất so với các vết thương chiến tranh xảy ra trên toàn cơ thể (73,15% di chứng và 78,61% vết thương mạch máu).

Trong số các di chứng vết thương mạch máu đặc biệt hiếm gặp, chúng tôi vừa nhận được một bệnh nhân với lỗ rò động-tĩnh mạch chậu chung khá nặng. Dưới đây chúng tôi xin nêu lên bản tóm tắt bệnh án của bệnh nhân đó.

Bệnh án số 125: Bệnh nhân Tr. Th. Th. 27 tuổi vào Bệnh viện Chợ Rẫy ngày 07-6-1977, với chẩn đoán suy tim giai đoạn IV, đã có phù nề và cổ trướng nặng.

Cách đây 5 tháng bệnh nhân bị một vết thương do dao đâm từ phía sau lưng bên phải ra phía trước bụng. Vết thương được băng bó và điều trị tại bệnh viện tuyến trước, không mổ. Vết thương lành. Bệnh nhân được ra viện về nhà. Hai tháng sau đó bệnh nhân trở lại tái khám tại bệnh viện tỉnh và được chẩn đoán là hở van hai lá, suy tim. Sau một tháng điều trị không có kết quả, bệnh nhân được chuyển tới Bệnh viện Chợ Rẫy với chẩn đoán: Suy tim, phù, gan to, cổ trướng.

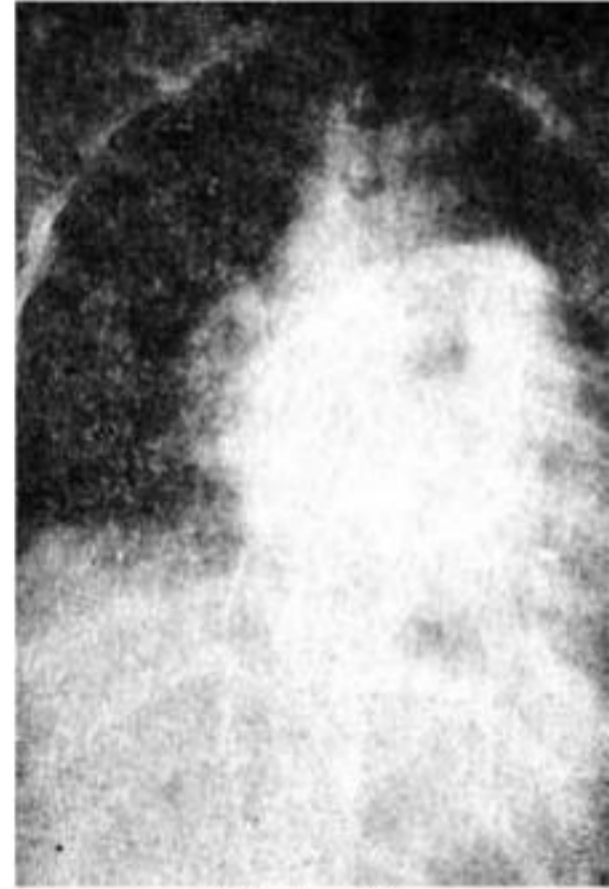
Khám:

Toàn thể trạng nặng, môi thâm tái, mặt và các chi phù, bụng có cổ trướng. Tim to toàn bộ, có tiếng thổi tâm thu 4/6 ở mỏm tim và liên sườn III bên trái. Mạch 82 lần một phút, đều, huyết áp động mạch 100/60mm Hg. Nghe phổi có ran ứ đọng, thở 26-30 lần một phút. Huyết áp tĩnh mạch ngoại biên 15cm H₂O. Gan to 8cm dưới bờ sườn phải, bờ nhẵn, mật độ không chắc. Tốc độ máu lắng 20mm/sau 1 giờ. X quang: tim to toàn bộ (*hình 39, 40*). Điện tâm đồ: trục phải, dày cả hai thất. Công thức máu tương đối bình thường.

Chẩn đoán: Tim to toàn bộ, suy tim giai đoạn IV, nghi có hở van hai lá cơ năng.



Hình 39:
Bệnh nhân Tr. Th. Th. 27 tuổi.
Hình X quang: tim to toàn bộ, hậu quả của rò động-tĩnh mạch chậu chung.



Hình 40:
Bệnh nhân Tr. Th. Th. 27 tuổi, hình chụp tim mạch cản quang.

Trong khi hội chẩn, tổ tim mạch Nội-Ngoại khoa, phát hiện thấy có một tiếng thổi tâm thu - tâm trương liên tục ở hố chậu phải. Cho kiểm tra bằng chụp X quang cản quang động mạch chủ: phát hiện được một túi phình động mạch chậu chung và một lỗ rò động-tĩnh mạch chậu chung bên phải (*hình 41*).

Vì tình trạng bệnh nhân rất nặng nên quyết định chuẩn bị tốt bằng trợ tim, nâng cao thể trạng, sau đó sẽ can thiệp phẫu thuật. Trong khi chuẩn bị mổ, bệnh nhân chết đột ngột, chưa kịp can thiệp phẫu thuật.

Bệnh án kể trên đã cho phép chúng tôi kết luận rằng di chứng vết thương động-tĩnh mạch thường dẫn tới tình trạng suy tim nặng và vị trí của tổn thương động-tĩnh mạch phối hợp càng ở gần tim bao nhiêu thì biến chứng càng xảy ra sớm bấy nhiêu và càng nặng



Hình 41:
Bệnh nhân Tr. Th. Th. 27 tuổi.
Hình chụp X quang cản quang động mạch chủ: thuốc cản quang trào qua lỗ rò động-tĩnh mạch chậu chung sang hệ thống tĩnh mạch chủ dưới ngay từ phút đầu tiên sau khi bơm thuốc vào động mạch chủ. Có kèm theo túi phình động mạch chậu chung.

lên bấy nhiêu. Do đó phát hiện sớm và điều trị sớm các di chứng này là một việc rất cần thiết để cứu sống tính mạng người bệnh.

C - Thái độ xử trí

Nhiều phương pháp mổ xẻ để điều trị các di chứng vết thương mạch máu đã được các tác giả đề xuất ra (Hunter Anel, Antillius, Philagrius, Sain Kikusi, Matas, cầu nối động mạch, nối mạch máu, ghép mạch máu, v.v...).

Chúng tôi đã áp dụng những phương pháp sau đây để mổ điều trị cho các bệnh nhân của chúng tôi (*Bảng 7*).

Bảng 7. Phương pháp mổ điều trị các vết thương mạch máu

PHƯƠNG PHÁP MỔ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cắt bỏ túi phình động mạch: - Nối lại động mạch tận - tận. - Ghép động mạch tự thân. - Khâu lỗ thủng trên thành động mạch.	2 11 7	1,85 10,18 6,48
Cắt bỏ túi phình động mạch, túi phình tĩnh mạch là lỗ rò động-tĩnh mạch. Ghép các mạch máu tự thân.	1	0,92
Cắt bỏ túi phình động mạch và lỗ rò động-tĩnh mạch, thắt tĩnh mạch, ghép động mạch tự thân.	2	1,85
Thắt động mạch và tĩnh mạch ở trên và dưới túi phình mạch.	6	5,55
Mổ theo phương pháp Matas cùng với: - Không thắt tĩnh mạch. - Có thắt tĩnh mạch cùng tên.	70 9	64,81 8,33
Tổng cộng	108	100%

Cắt bỏ các túi phình mạch và các tổn thương khác ở mạch máu, phục hồi lại sự lưu thông của các mạch máu bằng nối hoặc ghép mạch máu là phương pháp lý tưởng nhất, cho kết quả tốt nhất. Tuy vậy, không phải ở đâu và lúc nào cũng có thể tiến hành được việc nối ghép mạch

máu vì nó còn phụ thuộc vào nhiều vấn đề như kỹ thuật mổ xẻ, gây mê hồi sức, tính chất của tổn thương (tổn thương rộng, dính nhiều, tổn thương phối hợp, v.v...). Do đó, phẫu thuật Matas phục hồi vẫn là phương pháp phổ biến nhất hiện nay vì nó dễ thực hiện, ít nguy hiểm, đơn giản, mặc dầu nó còn cho một tỷ lệ tái phát nhất định (từ 1% đến 4,6% theo nhiều tác giả khác nhau).

Chúng tôi đã áp dụng phương pháp Matas cho 79 bệnh nhân của chúng tôi với 3 trường hợp tái phát (khoảng 3,8%, cả 3 trường hợp đã được mổ lại kịp thời với kết quả tốt, không có biến chứng gì khác xảy ra sau khi bị mổ.

Chúng tôi có 13 bệnh nhân với di chứng vết thương mạch máu được ghép động mạch và 1 bệnh nhân được ghép cả động mạch và tĩnh mạch trong một thì mổ. Tất cả các trường hợp này đều dùng tĩnh mạch hiển trong (veine saphène interne) của chính người bệnh (ghép tự thân) và đều cho kết quả tốt sau mổ.

Theo Linton, Weese, Dale, Mahorner, so với các tĩnh mạch khác, thành của tĩnh mạch hiển trong dày hơn và chắc chắn hơn vì có nhiều sợi đàn hồi. Đại đa số các tác giả nhận thấy rằng, tất cả các ống ghép nhân tạo, các ống ghép cùng giống và khác giống đều có tỷ lệ biến chứng sau mổ cao, chủ yếu là tắc nghẽn ống ghép sau khi mổ.

Chúng tôi hạn chế việc chỉ định thắt động mạch ở trên và ở dưới túi phình mạch, và chỉ thắt khi quá trình mổ xẻ gặp nhiều trở ngại và khi đã chắc chắn là tuần hoàn bàng hệ phát triển tốt (nghiệm pháp Lexer - Kenen - Henler dương tính).

Nếu trong vết thương mạch máu mới, thắt động mạch kỳ đầu có nhiều nguy hiểm có thể dẫn tới hoại tử phần chi ở dưới chỗ thắt (theo De Bakey, 70% - 90% phải cắt đoạn chi sau phẫu thuật thắt động mạch khoeo) thì trong di chứng vết thương mạch máu ít gặp biến chứng này hơn rất nhiều vì trong thời gian hình thành túi phình động mạch hay lỗ rò động-tĩnh mạch, tuần hoàn bàng hệ ít nhiều cũng đã được phát triển. Cả 6 lần thắt động mạch của chúng tôi đều có kết quả tốt, không có biến chứng gì xảy ra. Tuy vậy chúng tôi vẫn dè dặt, thận trọng và hạn chế việc chỉ định thắt động mạch ở trên và ở dưới túi phình mạch.

Trong phẫu thuật, giải quyết di chứng vết thương mạch máu, thắt tĩnh mạch cùng tên nói chung không gây biến chứng gì nguy hiểm cho người bệnh, nhưng sau khi thắt tĩnh mạch, thời gian phục hồi lại hoàn toàn trở về của phần chi dưới chỗ bị thương thường rất kéo dài, tới 5-6 tháng, thậm chí tới một hai năm sau khi mổ kích thước của chi mới trở lại được tương đối bình thường. Lý do chính ở đây có lẽ do hệ thống van tĩnh mạch đã bị yếu hoặc bị hư hỏng, tính chất co giãn của thành mạch đã bị giảm đi nhiều, quá trình ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch đã bị kéo dài hàng năm sau khi bị thương, nhất là trong các trường hợp rò động-tĩnh mạch lớn hoặc túi phình động mạch lớn. Thắt tĩnh mạch cùng tên có nguy hiểm nếu hệ thống tĩnh mạch sâu của chi bị thương đã bị viêm tắc nhiều lần trong thời gian sau khi bị thương.

Chính vì vậy, chúng tôi hạn chế việc thắt tĩnh mạch cùng tên trong phẫu thuật điều trị di chứng rò động-tĩnh

mạch bằng khâu kín thành tĩnh mạch sau phẫu thuật Matas, hoặc khi cần thiết ghép lại tĩnh mạch kết hợp với dùng thuốc chống đông máu sau mổ (theo một phác đồ nhất định có kiểm tra sự nhạy cảm của cơ thể người bệnh đối với thuốc).

Tất cả các trường hợp không thắt tĩnh mạch của chúng tôi đều có kết quả tốt, không bị tắc nghẽn, thời gian phục hồi tuần hoàn của chi không kéo dài, khoảng 2-3 tháng sau khi mổ kích thước của chi đã trở lại bình thường hoặc gần bình thường.

Sau khi mổ giải quyết di chứng vết thương mạch máu, chúng tôi thường gặp hiện tượng co thắt mạch phản xạ: mạch ở dưới vùng mổ thường yếu hoặc đôi khi mất hẳn, rất khó bắt. Đôi khi hiện tượng này kéo dài tới 36-38 giờ sau khi mổ. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, cần phân biệt hiện tượng này với biến chứng tắc nghẽn mạch hoặc tắc nghẽn các ống ghép sau khi mổ bằng ghi dao động mạch và kiểm tra các yếu tố đông máu. Trong các trường hợp co thắt mạch phản xạ, trên băng ghi dao động mạch vẫn còn thấy các làn sóng co bóp yếu ớt của thành mạch, thỉnh thoảng có một làn sóng trội lên gần bình thường. Kết quả ghi dao động mạch thường phù hợp với những dấu hiệu lâm sàng, có dấu hiệu tê dại nhẹ ở dưới vùng mổ, màu sắc da ở dưới vùng mổ thay đổi, lúc tái, lúc hồng, nhiệt độ da cũng thay đổi, lúc ấm, lúc lạnh. Trong các trường hợp tắc nghẽn mạch, trên băng ghi dao động mạch thấy kẻ một đường thẳng, màu sắc chi tím tái, nhiệt độ chi lạnh rõ rệt so với bên lành, phân chi ở dưới chỗ mổ bị tê dại, hiện tượng mất cảm giác xuất hiện rất nhanh.

Hiện nay với máy móc hiện đại và kỹ thuật chẩn đoán tổn thương mạch máu kể trên bằng siêu âm Doppler màu, chụp cộng hưởng từ (MRI) v.v... có thể chẩn đoán chính xác nhanh và xử trí nhanh nếu cần thiết. Tuy vậy chẩn đoán bằng các kỹ thuật cao này rất tốn kém chi phí cho bệnh nhân.

Chúng tôi đề phòng biến chứng tắc nghẽn mạch máu sau mổ bằng cho thuốc chống đông máu như đã nói ở trên.

Trong khi mổ chúng tôi gặp một trường hợp tắc nghẽn chỗ nối động mạch đùi và một trường hợp tắc nghẽn ống ghép tĩnh mạch. Cả hai trường hợp này đã được phát hiện ngay và kịp thời xử trí - mở động mạch và mở đoạn ghép tĩnh mạch lấy bỏ máu cục với kết quả tốt, không bị tắc lại. Chúng tôi không có một trường hợp tử vong nào xảy ra trong và sau khi mổ điều trị các di chứng vết thương ở mạch máu.

Hiện tượng co thắt mạch, nhất là co thắt động mạch, còn có thể xảy ra khi bị thương các phần mềm nằm dọc theo đường đi của động mạch lớn ngoại biên. Chúng tôi gặp một trường hợp có vết thương phần mềm ở bên phải. Sờ thấy mất mạch từ chỗ bị thương xuống tới mu bàn chân phải, màu sắc chi hơi tái, nhiệt độ chi lạnh hơn bên lành. Chúng tôi cho chụp động mạch đùi phải kiểm tra bằng phương pháp Seldinger - luồn ống thông từ động mạch đùi bên trái sang. Trên phim X quang thấy động mạch đùi phải còn thông tốt, chỉ khác ở chỗ kích thước của nó hẹp từ bẹn xuống tới các động mạch chày. Sau khi chụp động mạch, động mạch đùi từ bẹn trở xuống và động mạch mu bàn chân vẫn không đập. Chúng tôi theo

dõi và dự kiến sẽ làm phong bế quanh thận và phong bế quanh động mạch ở trên chỗ bị thương bằng dung dịch novocain 0,5% hoặc bơm dung dịch novocain 1% thẳng vào trong động mạch đùi. Nhưng chưa kịp tiến hành thủ thuật này thì động mạch mu bàn chân đã đập lại, lúc đầu yếu, sau rất bình thường và rất rõ. Tất cả các dấu hiệu thiếu máu ở chi dưới đã tiêu tan hết.

II. DI CHỨNG VẾT THƯƠNG Ở MẠCH MÁU VÀ NHỮNG HÌNH THÁI BỆNH LÝ TƯƠNG TỰ

Chúng tôi phân biệt các di chứng vết thương mạch máu và những hình thái bệnh lý tương tự làm hai thể chính sau đây:

Phình động mạch và rò động-tĩnh mạch. Tất cả các loại tổn thương mạch máu khác phức tạp hiếm gặp đều chỉ là biến dạng của hai thể chính kể trên và chỉ xuất hiện khi có nhiều tổn thương phức tạp xảy ra ở mạch máu.

Dưới đây chúng tôi sẽ trình bày chi tiết về hai thể di chứng bệnh lý chính đó.

A. TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH

Túi phình động mạch là một trạng thái bệnh lý ở động mạch do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, biểu hiện ra dưới hình thức: một đoạn động mạch bị phình to ra, có kích thước to hơn đoạn động mạch ở trên và ở dưới nó, hoặc đó là một túi phình lớn có lỗ thông với động mạch và đập theo nhịp đập của động mạch.

1. Hình thái lâm sàng

Theo nguyên nhân bệnh sinh và theo các tổn thương giải phẫu bệnh kết hợp với bệnh cảnh lâm sàng, các

túi phình động mạch gồm có những hình thái bệnh lý sau đây:

a) *Túi phình động mạch chấn thương hay còn gọi là di chứng vết thương ở động mạch.*

Theo tính chất của tổn thương và cấu trúc của túi phình động mạch chúng tôi phân biệt mấy loại sau đây (xem thêm ở phần trên).

- Túi phình động mạch đơn thuần.
- Túi phình động mạch đôi.
- Túi phình cuối móm cụt trung tâm của động mạch bị thương (*anévrisme du moignon central de l'artère blessée*).
- Túi phình tách giữa thành mạch (*anévrisme disséquant*).
- Hai túi phình động mạch giả thông nhau có kết hợp với gãy xương (*deux faux anévrismes communicants associés avec fracture osseuse*).

Túi phình động mạch do chấn thương là một loại di chứng vết thương ở động mạch hay còn gọi là túi phình giả của Delbet vì thành của túi phình được tự tạo ra sau khi bị thương, không có các lớp thành của một mạch máu bình thường (lớp áo bao ngoài - *tunica adventitia*; lớp giữa - *tunica media*; lớp nội mạc - *tunica intima*).

Sau khi bị thương, máu chảy vào các tổ chức phần mềm, đôi khi đông lại, và cục máu đông bít kín lỗ rách ở thành động mạch, rồi máu ngừng chảy. Trong trường hợp đó, tại chỗ động mạch bị thương hình thành một bọc máu tụ cầm (*hématome muet*). Nhiều khi sự đông

máu chỉ xảy ra ở phần ngoại vi của bọc máu tụ, phần giữa chứa đầy máu và từ chỗ thành động mạch bị thương máu vẫn tiếp tục chảy vào đó. Trong trường hợp này, làn sóng của động mạch đập được truyền vào bọc máu tụ, và từ đó hình thành một bọc máu tụ đập.

Lúc đầu, thành của “bọc máu tụ đập” được cấu tạo bởi một lớp máu cục đông, dần dần lớp máu cục đông đó được tổ chức lại. Trong quá trình đó, các thành phần cấu tạo máu cục tiêu tan đi dần và các tổ chức liên kết xâm nhập vào thay thế cuối cùng, lớp vỏ không chắc chắn, dễ vỡ của “bọc máu tụ đập” được thay thế bởi một lớp vỏ bọc chắc chắn cấu tạo bằng các tổ chức liên kết. Cũng từ đây “bọc máu tụ đập” được mang một tên khác là “túi phình động mạch”.

Thành của túi phình động mạch chấn thương gồm có hai lớp: lớp ngoài là lớp tổ chức liên kết và lớp trong là lớp tổ chức liên bào.

Thời gian hình thành một túi phình động mạch hoàn chỉnh là từ một tháng đến hai tháng.

Vỏ bọc của túi phình động mạch chấn thương thường có liên quan mật thiết với các tổ chức liên kết và tổ chức cơ xung quanh, mà tổ chức liên kết xung quanh túi phình là một tổ chức viêm. Do đó nó làm dính túi phình với các tổ chức xung quanh, gây khó khăn trong việc phẫu tích túi phình trong khi mổ. Ngoài ra, nó còn có ảnh hưởng không ít tới các tĩnh mạch và các dây thần kinh ở xung quanh túi phình động mạch.

Trong di chứng vết thương mạch máu, túi phình động mạch các loại chiếm tỷ lệ 64,4% (theo tài liệu của chúng tôi).

Trong một số rất ít các trường hợp, sau khi bị thương, máu chảy ngấm lan rộng vào các tổ chức phần mềm xung quanh, tạo nên một vùng máu tụ lớn gọi là tụ máu tỏa lan. Loại máu tụ tỏa lan thường hay gặp nhất ở sau phúc mạc, ở bẹn và ở trong khung chậu, trước bàng quang, v.v...

b) Túi phình động mạch bệnh lý hay còn gọi là túi phình động mạch thật vì thành của túi phình có đầy đủ ba lớp của thành động mạch. Đa số các túi phình loại này có hình thoi. Một số tác giả gọi loại túi phình này là túi phình động mạch tự phát.

Theo cấu trúc và cơ chế phát sinh, có thể phân biệt hai loại túi phình động mạch bệnh lý sau đây:

- Túi phình động mạch thật hình thoi.
- Túi phình tách giữa thành mạch.

Nguyên nhân của các túi phình động mạch bệnh lý kể trên thường là: xơ mỡ động mạch có mảng vữa



Hình 42: Bệnh nhân Ng. V. H. 51 tuổi. Ảnh chụp X quang động mạch chủ: Có nhiều túi phình động mạch bệnh lý dọc theo động mạch chủ bụng và các nhánh của động mạch chủ.

(athérome) làm cho thành mạch yếu đi và bị phình ra ở một phía hoặc phình đều ở xung quanh thành mạch, túi phình động mạch do nguyên nhân giang mai. Có một vài loại túi phình động mạch tự phát ở nhiều chỗ không rõ nguyên nhân (*hình 42*).

2. Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào sự chèn ép các tổ chức ở xung quanh túi phình động mạch như thần kinh, cơ, mạch máu và xương.

Những hiện tượng chèn ép đó biểu hiện ra bằng các dấu hiệu rối loạn dinh dưỡng ở phần cơ thể nằm ở phía dưới túi phình động mạch.

Bệnh nhân có thể có cảm giác đau, tê buồn, kiến bò, chuột rút khi các mạch máu và các dây thần kinh bị chèn ép. Các cơ bị chèn ép lâu ngày có thể bị teo đi, xương bị chèn ép có thể bị ăn rữa, mất vôi v.v... Hiện tượng phù nề ở phần chi dưới chỗ có túi phình động mạch thường do sự chèn ép các hệ thống tĩnh mạch và bạch mạch gây nên.

Khi khám tại chỗ có thể thấy các dấu hiệu sau đây:

a) Nhìn trên mặt da nơi có túi phình động mạch thường thấy một khối u đội mặt da phồng lên cao. Đôi khi túi phình đập mạnh, làm rung động cả một vùng trên mặt túi phình.

b) Khi sờ lên túi phình, thấy đầu các ngón tay bị nảy lên theo nhịp đập của động mạch.

c) Khi đặt ống nghe trên mặt túi phình động mạch sẽ nghe thấy một tiếng thổi tâm thu rõ và ngắn. Tiếng thổi tâm thu này có thể lan xuống dọc theo hướng đi của

mạch máu. Tiếng thổi tâm thu chỉ nghe rõ và mạnh khi túi phình mới hình thành (ta gọi là túi phình trẻ hay mới). Ở trong lòng của những túi phình đã tồn tại lâu ngày có nhiều máu cục động làm cho lòng túi phình thu hẹp lại. Trong các trường hợp này tiếng thổi tâm thu có thể nghe thấy nhỏ và yếu xa xăm. Tiếng thổi có thể mất hẳn khi máu cục động làm tắc hoàn toàn lòng của túi phình.

Nếu ta dùng đầu ngón tay đè bẹp đoạn động mạch nằm ở phía trên túi phình, ta sẽ thấy tiếng thổi tâm thu mất đi, túi phình không đập và không căng ra nữa.

Các khối u (như u thần kinh, u cơ, u xương, các nang, các áp xe nóng, lạnh, v.v...) và các khối hạch nằm ở trên đường đi của động mạch, chèn ép vào các động mạch, làm hẹp khẩu kính của các động mạch và cũng có thể tạo nên một tiếng thổi tâm thu như trong túi phình động mạch.

Để xác định chẩn đoán và phân biệt túi phình động mạch với các bệnh kể trên nhất thiết phải chụp động mạch cản quang, hoặc siêu âm Doppler màu trong một số trường hợp đặc biệt có thể chụp cộng hưởng từ (MRI) để chẩn đoán chính xác.

3. Biến chứng

Các biến chứng của túi phình động mạch có thể là:

a) *Vỡ túi phình động mạch.* Túi phình động mạch có thể tự vỡ ra do bị nhiễm trùng, bị sang chấn tại chỗ hoặc quá căng:

- Túi phình động mạch có thể bị vỡ ra ngoài gây chảy máu dữ dội đột ngột, nếu không cầm máu cấp

cứu kịp thời, bệnh nhân có thể bị tử vong (xem bệnh án ở trên).

- Túi phình động mạch có thể vỡ vào trong các tổ chức ở dưới da gây nên tụ máu lan tỏa thứ phát, chèn ép vào các mạch máu và dây thần kinh lân cận, làm cho bệnh nhân đau đớn, thậm chí nếu bị chèn ép mạnh, có thể gây nên hoại tử và hoại thư thứ phát phần chi ở dưới chỗ có túi phình động mạch.

- Túi phình động mạch có thể vỡ vào bao khớp gây tràn máu cấp diễn ở khớp.

Túi phình động mạch có thể vỡ vào tĩnh mạch nằm bên cạnh nó, tạo nên một lỗ rò động-tĩnh mạch hoặc một túi phình nằm giữa động mạch và tĩnh mạch - một trong các loại di chứng động mạch và tĩnh mạch phối hợp.

b) *Túi phình động mạch bị nhiễm trùng.* Khi túi phình động mạch bị nhiễm trùng, thấy xuất hiện đầy đủ các triệu chứng lâm sàng của một tổ chức trong cơ thể bị viêm cấp tính như:

- *Các triệu chứng chung:* sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn, biếng ăn, mạch nhanh, bạch cầu tăng, v.v...

- *Các triệu chứng tại chỗ:* đau răng ở nơi có túi phình động mạch, đau lan tỏa về phía ngoại biên của chi, mặt da sưng to và căng bóng, mọng, đỏ ửng, sờ có cảm giác nóng.

Nếu không được điều trị kịp thời, túi phình có thể bị mưng mủ và vỡ ra ngoài, gây chảy máu dữ dội, cuối cùng có thể dẫn tới tử vong.

Trong một số trường hợp túi phình cầm, không đập vì ở bên trong có chứa nhiều máu đông đặc bị nhiễm

trùng, người ta chẩn đoán nhầm là áp xe nóng, cho chỉ định trích áp xe và đã gây ra chảy máu dữ dội, phải đặt dây garô cầm máu tạm thời tức khắc mới cứu sống được người bệnh. Do đó để tránh nguy hiểm cho người bệnh, trước khi quyết định trích một ổ áp xe trên đường đi của động mạch, cần phải khai thác kỹ về tiền sử bệnh, xác định chẩn đoán rõ ràng, đôi khi phải chụp X quang không chuẩn bị để tìm các mảnh hỏa khí còn sót lại làm bằng chứng để phân biệt chẩn đoán với một áp xe thường. Tuy vậy, có một số trường hợp rất khó chẩn đoán, phải áp dụng phương pháp chụp X quang cản quang các động mạch mới xác định được chắc chắn chẩn đoán để định hướng điều trị thích hợp hoặc siêu âm Doppler màu, chụp cộng hưởng từ (MRI).

Trong thực hành lâm sàng, chúng tôi đã gặp một trường hợp rất đặc biệt, hiếm gặp.

Dưới đây, chúng tôi xin trình bày bệnh án tóm tắt của bệnh nhân này.

Bệnh án số 4776: Bệnh nhân Ng. V. Nh. 36 tuổi vào bệnh viện ngày 20-3-1978 với chẩn đoán u máu khoeo trái.

Năm 1966 bệnh nhân bị thương ở vùng khoeo trái bởi một mảnh đạn đại bác. Vết thương xuyên từ đỉnh tam giác trên của khoeo trái xuống tới phía ngoài khớp gối trái. Mảnh đạn bị giữ lại ở đó.

Mười ngày sau khi bị thương, vết thương ngoài da liền tốt, nhưng vùng khoeo trái vẫn còn cảm giác đau nhức và to dần ra. Vì hoàn cảnh chiến tranh ác liệt, bệnh nhân không được tiếp tục điều trị. Một tháng sau khi bị thương ở khoeo trái, bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng của một tổ chức bị viêm rõ rệt: đau, đỏ,

nóng, sưng kèm theo với các dấu hiệu toàn thân như sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn, biếng ăn, v.v... Bệnh nhân được y tá điều trị bằng kháng sinh uống và tiêm (không rõ loại gì). Sau gần một tháng điều trị, các triệu chứng viêm biến mất dần và bệnh nhân có cảm giác là bệnh đã khỏi, không tiếp tục điều trị nữa.

Từ đó tới nay đã quá 12 năm, bệnh nhân vẫn mang một khối u mềm kèm theo một mảnh hỏa khí còn sót lại ở sau khoeo trái. Khối u chèn ép vào bó mạch thần kinh khoeo trái thường xuyên gây nên các triệu chứng đau buốt, tê dại ở phần chi dưới chỗ bị thương cũ.

Khám thấy toàn thể trạng của bệnh nhân tương đối yếu vì đã phải chịu đựng nhiều năm bệnh tật. Bệnh nhân than đau nhức và nhiều lúc có cảm giác tê dại ở cẳng chân và bàn chân trái.

Khám tại chỗ: chân trái to hơn chân phải từ 1/3 dưới đùi trái trở xuống, có các dấu hiệu giãn tĩnh mạch ở



Hình 43a:
Phình động mạch khoeo trái
(chụp thẳng)
(bệnh nhân Ng. V. Nh. 36 tuổi).



Hình 43b:
Phình động mạch khoeo trái
(chụp nghiêng bên)
(bệnh nhân Ng. V. Nh. 36 tuổi).



Hình 44a:

Bệnh nhân Ng. V. Nh. 36 tuổi.
Bọc máu tụ lớn nhiễm trùng mạn
tính sau khi bị thương ở động mạch
khoeo trái. Phim X quang chụp cản
quang tĩnh mạch đùi.



Hình 44b:

Bệnh nhân Ng. V. Nh. 36 tuổi,
phim X quang chụp cản quang
động mạch đùi.

khoeo trái. Sau khoeo trái thấy có một khối u lớn, kích thước khoảng 20cm x 10cm, kéo dài từ khoeo trái lên tới 1/3 dưới đùi trái (*hình 43a, b*) mật độ khối u mềm, sờ thấy có cảm giác một nang chứa đầy chất dịch, nhưng không căng quá, đôi khi có cảm giác như một khối u mỡ (lipome). Khối u di động hạn chế, không đập. Sờ không thấy có cảm giác rung miu. Nghe trên khối u không thấy có tiếng thổi bệnh lý. Để xác định chẩn đoán, bệnh nhân được chụp X quang cản quang động mạch đùi và hệ thống tĩnh mạch cẳng chân qua đường trong xương (phlébographie intra-osseuse).

Trên phim chụp X quang (*hình 44a, b*) cản quang các mạch máu thấy động mạch khoeo trái bị đẩy cong ra phía trước, có một nhánh nhỏ bị cắt, tĩnh mạch hiển trong và tĩnh mạch đùi trái bị đẩy cong ra phía ngoài,

nhìn thấy bóng một túi phình lớn ở sau khoeo trái kéo dài lên phía 1/3 dưới đùi trái. Các tĩnh mạch cẳng chân trái bị giãn cong queo.

Chẩn đoán trước khi mổ: nghi u nang giả khoeo trái.

Bệnh nhân được mổ ngày 18-4-1978. Rạch một đường hình chữ S ở sau khoeo trái. Qua lớp da và dưới da thấy lộ ra một bọc lớn kích thước 25 x 10cm, đầu dưới của bọc tương ứng với đầu trên xương chày trái, đầu trên của bọc, chui lọt xuống dưới lớp cơ của 1/3 dưới đùi trái. Mặt trước của bọc tương đối dễ bóc tách, mặt sau và bên của bọc dính chặt vào các tổ chức xung quanh rất khó bóc tách. Cuối cùng lấy ra được một bọc lớn có vỏ dày xơ chai, trong bọc chứa trên 900ml mủ loãng màu trắng như sữa, có chỗ như thuốc baryt pha loãng chưa tan hết, không có mùi hôi. Mở rộng bọc, gấp ra được một mảnh hỏa khí kích thước 1,5 x 1,8cm nằm tự do ở trong bọc. Cấy mủ tìm vi trùng, không thấy vi khuẩn mọc. Bệnh nhân ra viện ngày thứ 10 sau khi mổ trong tình trạng tốt. Vết mổ lành kỳ đầu.

Chẩn đoán sau mổ của chúng tôi là: bọc máu tụ sau khi bị thương nhiễm trùng mưng mủ mạn tính, biến thành nang đã ổn định (hématome post-traumatique infecté chronique, enkysté et organisé). Mủ trong bọc đã trở nên vô trùng.

Qua trường hợp kể trên, chúng tôi có mấy nhận xét sau đây:

- Trong trường hợp cụ thể này, một nhánh động mạch bị đứt, máu chảy và tách các tổ chức xung quanh làm thành một bọc máu tụ lớn, rồi dần dần được cấu tạo một vỏ bọc chắc và chuyển thành một túi phình mạch.

Động mạch đứt tự bít lại bằng hiện tượng co rút mạch và bằng một cục máu đông, do đó máu không tiếp tục chảy vào túi phình động mạch nữa.

Hiện tượng nhiễm trùng mủ thường xảy ra từ khi bọc máu tụ mới hình thành và nó còn tiếp tục phát triển cả sau khi đã có một vỏ bọc máu chắc chắn xơ chai. Điều trị tích cực bằng kháng sinh đã làm cho vi trùng bị tiêu diệt và bọc mủ trở nên vô trùng, tồn tại lâu ngày được trong cơ thể như một vật lạ trơ (*corps étranger indifférent*).

Di chứng vết thương động mạch bị nhiễm trùng mưng mủ nhiều khi rất khó chẩn đoán, kể cả sau khi đã làm các thủ thuật chẩn đoán phức tạp như chụp X quang cản quang các mạch máu.

c) Cục máu nghẽn trong tĩnh mạch.

Do sự rối loạn tuần hoàn ở chi dưới, xuất hiện sự ứ trệ tuần hoàn trong hệ thống tĩnh mạch, tốc độ máu trong tĩnh mạch chậm lại, kèm theo với sự biến đổi thành phần hóa lý trong dòng máu lưu thông, tạo điều kiện tốt cho sự hình thành các cục máu trong tĩnh mạch ngoại vi, từ đó cục máu có thể bong ra dễ dàng và theo đường tĩnh mạch trôi về tim phải và cuối cùng có thể dừng lại ở thân hay ở nhánh động mạch phổi gây ra hội chứng tắc nghẽn động mạch phổi (*thromboembolie pulmonaire*).

Chúng tôi gặp một trường hợp có cục nghẽn tĩnh mạch trong di chứng vết thương ở động mạch (1 trong số 70 trường hợp), nhưng bệnh nhân đã được điều trị bảo tồn ổn định tốt trong khi mổ giải quyết túi phình động mạch bằng phương pháp Matas.

Chúng tôi không gặp một trường hợp biến chứng tắc nghẽn động mạch phổi nào xảy ra.

d) Tắc động mạch dưới túi phình động mạch hoặc tắc nghẽn đoạn động mạch ngang với túi phình.

Máu cục trong túi phình động mạch vì một lý do nào đó có thể bật ra, lọt qua cổ túi phình vào trong lòng của động mạch làm tắc đoạn động mạch ở dưới túi phình hoặc ngang với túi phình, làm cho phần chi ở dưới túi phình bị mất nuôi dưỡng và bị hoại tử. Loại biến chứng này rất hiếm gặp.

4. Hướng điều trị

Túi phình động mạch nói chung, và túi phình động mạch là di chứng vết thương ở mạch máu nói riêng, chỉ có thể điều trị được bằng phẫu thuật.

Trước khi tiến hành mổ xẻ cần chú ý mấy điểm sau đây:

- Xác định chẩn đoán và dự kiến phương pháp phẫu thuật.

- Chuẩn bị một số lượng máu cần thiết cho mỗi trường hợp mổ cụ thể (từ 500ml đến 1.000ml máu cùng loại).

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ mổ ở mạch máu.

- Chuẩn bị thuốc chống đông máu (heparin).

- Đánh giá trạng thái tuần hoàn bàng hệ bằng nghiệm pháp Môscôvich và nghiệm pháp Kôrôtkôp. Các nghiệm pháp này được tiến hành như sau:

- *Nghiệm pháp Môscôvich.* Đặt chi ở tư thế dốc ngược, quấn băng đàn hồi từ đầu chi tới ngang túi phình. Dùng ngón tay ép chặt động mạch ở trên túi phình, tháo băng ra và đặt bệnh nhân về tư thế thẳng đứng, tiếp tục ép

chặt động mạch. Nếu chi hồng trở lại nhanh là chứng tỏ tuần hoàn bàng hệ phát triển tốt.

- *Nghiệm pháp Kôrôtkôp.* Quấn băng đàn hồi từ đầu chi đến ngang túi phình. Quấn “măng sét” của máy đo huyết áp ở trên túi phình, sau đó bơm cho áp suất trong máy lên tới 200mm Hg, rồi tháo bỏ băng ra. Lấy ngón tay ép chặt động mạch chính ở trên chỗ đặt “măng sét” của máy đo huyết áp. Hạ áp suất của máy xuống từ từ. Đánh dấu áp suất của máy đo huyết áp lúc chi hồng trở lại và đó chính là áp suất của tuần hoàn bàng hệ.

Trong khi mổ cần chú ý tôn trọng và bảo đảm tất cả những nguyên tắc khâu nối mạch máu. Ngoài ra, trong khi mổ cần kiểm tra khả năng của tuần hoàn bàng hệ đối với sự nuôi dưỡng các tổ chức của chi nằm ở dưới túi phình động mạch bằng nghiệm pháp Lexer-Kenen-Henler. Nghiệm pháp này được tiến hành như sau: Kẹp động mạch tạm thời ở trên túi phình. Nếu chọc kim lớn vào đầu động mạch ở dưới túi phình thấy máu đỏ tươi phun ra thành tia, đó là biểu hiện tuần hoàn bàng hệ phát triển tốt. Trong trường hợp ấy ta đánh giá tuần hoàn bàng hệ phát triển tốt, nghiệm pháp Lexer-Kenen-Henler dương tính và có thể thắt động mạch khi cần thiết không sợ xảy ra biến chứng hoại tử chi do mất nuôi dưỡng.

*** Chọn phương pháp mổ**

Có nhiều phương pháp mổ xẻ điều trị túi phình động mạch, nhưng lựa chọn phương pháp nào phù hợp với tổn thương tìm thấy trong khi mổ và phù hợp với tình trạng của bệnh nhân là một vấn đề cần phải bàn luận.

a) *Các phương pháp thắt mạch máu* để điều trị túi phình động mạch hiện nay được coi là những phương

pháp cổ điển và đại đa số phẫu thuật viên từ chối, không áp dụng vì có nhiều đe dọa hoại tử phần cơ thể ở dưới chỗ có túi phình động mạch.

Tuy vậy, trong những trường hợp khó khăn, phức tạp, dính nát, xơ chai nhiều, không có điều kiện áp dụng các phương pháp khác, ta vẫn có thể tiến hành thắt động mạch trong một số trường hợp có tuần hoàn bàng hệ tốt, nghiệm pháp Lexer-Kenen-Henler dương tính.

Dưới đây chúng tôi muốn nêu lên một vài phương pháp thắt động mạch cổ điển và những tác hại do nó có thể gây nên để chứng minh và làm sáng tỏ thêm quan niệm về thắt mạch máu trong điều trị túi phình động mạch đã được chúng tôi nêu lên ở trên.

- *Phương pháp Hunter - Anell*: Chỉ thắt một đầu động mạch ở trên túi phình. Phương pháp này không bảo đảm điều trị khỏi túi phình động mạch vì máu vẫn có thể chảy vào túi phình từ đầu động mạch dưới túi phình và từ các nhánh động mạch bàng hệ. Túi phình vẫn tồn tại như cũ sau khi mổ.

- *Phương pháp Antillus*: Thắt cả hai đầu động mạch ở trên và ở dưới túi phình động mạch, mở túi phình, nhét ngòi gạc cầm máu. Phương pháp này có đe dọa chảy máu sau mổ do máu từ các nhánh động mạch bàng hệ tiếp tục chảy vào túi phình sau khi mổ.

- *Phương pháp Philagrius*: Thắt cả hai đầu động mạch ở trên và ở dưới túi phình, cắt bỏ túi phình động mạch. Phương pháp này tránh được biến chứng chảy máu, nhưng có nguy hiểm khác: có thể xảy ra hoại tử phần cơ thể dưới túi phình động mạch vì không những chỉ có động mạch chính bị thắt và cắt mà cả một số lớn

các nhánh động mạch bàng hệ quan trọng cũng bị thắt và cắt theo nó.

- *Phương pháp Saim - Kikusi*: Mở túi phình động mạch, khâu thắt kín từ bên trong túi phình tất cả hai lỗ động mạch chính và các lỗ của các nhánh động mạch bàng hệ khác xuất phát từ túi phình. Phương pháp này cũng có đe dọa gây hoại thư chi như phương pháp Philagrius.

Vì phương pháp thắt động mạch để điều trị túi phình động mạch có nhiều nhược điểm như ở trên đã trình bày, nên việc áp dụng phương pháp này phải rất thận trọng và rất hạn chế.

b) Phương pháp bảo tồn sự lưu thông của dòng máu.

Hiện nay khi phẫu thuật mạch máu đang trên đà phát triển mạnh, các phương pháp bảo tồn sự lưu thông của dòng máu là những phương pháp lý tưởng nhất để điều trị túi phình động mạch.

Trong các phương pháp bảo tồn sự lưu thông của dòng máu, chúng tôi đã áp dụng các phương pháp sau đây:

- *Phương pháp Matas*: Khâu kín lỗ thông giữa động mạch và túi phình động mạch từ bên trong túi phình động mạch (endo-anévris-morrhaphie).

- *Cắt bỏ túi phình động mạch, khâu lỗ thủng trên thành động mạch.*

Chúng tôi tiến hành khâu lỗ thủng trên thành động mạch sau khi đã bỏ túi phình động mạch trong trường hợp túi phình dễ bóc tách, kích thước của nó nhỏ không đáng kể so với khẩu kính của động mạch bị thương và

thành của nó còn mềm mại. Trong các trường hợp đó sau khi khâu, không gây hẹp động mạch và không có đe dọa bục các mũi chỉ khâu. Phương pháp này cũng gần giống như phương pháp Matas, chỉ khác ở chỗ, lỗ thông trên thành động mạch được khâu lại sau khi túi phình đã được bóc tách và lấy bỏ ra gọn một cách dễ dàng.

- *Cắt bỏ toàn bộ túi phình, nối hai đầu động mạch còn lại với nhau* theo phương pháp nối tận - tận. Phương pháp này tuy đơn giản, nhưng có đe dọa gây hẹp chỗ nối vì mạch máu bị căng ra sau khi mổ. Thêm vào đó, các tổ chức của thành mạch máu kế sát lỗ thông giữa động mạch và túi phình thường bị xơ chai nên có ảnh hưởng đến sự liền khỏi chỗ nối. Nếu cắt bỏ túi phình kèm theo cắt bỏ một đoạn động mạch ngang trên và dưới lỗ thông đó sẽ làm cho hai đầu động mạch còn lại cách biệt xa nhau, gây khó khăn cho việc khâu nối chấp lại. Vì những lý do trên, hiện nay phương pháp này ít được áp dụng.

- *Cắt bỏ toàn bộ túi phình động mạch cùng với một đoạn động mạch bị xơ chai, cắt tới phần động mạch nguyên lành, ghép vào giữa hai đầu động mạch còn lại một đoạn tĩnh mạch của chính người bệnh* (ghép mạch máu tự thân - autogreff). Đây là phương pháp lý tưởng nhất để phục hồi lại sự lưu thông của động mạch sau khi mổ. Chúng tôi không dùng ống ghép nhân tạo bằng các loại tơ hóa học như dacron, teflon, ivalon, v.v... và các ống ghép cùng giống (động mạch ướp của tử thi) để ghép các mạch máu ngoại biên vì nó cho tỷ lệ tắc nghẽn mạch, tắc nghẽn ống ghép sau khi mổ khá cao.

B. RÒ ĐỘNG - TĨNH MẠCH

Rò động-tĩnh mạch là một trạng thái bệnh lý phối hợp xảy ra cùng một lúc ở động mạch và tĩnh mạch do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, thể hiện ra ở chỗ một phần máu của động mạch dưới áp lực cao chảy qua lỗ thông giữa động mạch và tĩnh mạch sang trộn với máu của tĩnh mạch. Máu trộn này cùng với máu của tĩnh mạch chảy về tim.

1. Hình thái bệnh

Theo nguồn gốc phát sinh, chúng tôi chia rò động-tĩnh mạch làm hai loại chính sau đây:

a) Rò động-tĩnh mạch bẩm sinh.

Trong loại này có thể xếp các bệnh sau đây có máu động mạch chảy qua lỗ rò sang pha trộn với máu tĩnh mạch, mặc dầu, trong vài trường hợp đặc biệt, mạch máu mang máu tĩnh mạch đó cũng được gọi tên là động mạch (như động mạch phổi):

- Rò phế - chủ (Fistule aorto-pulmonaire).
- Còn ống động mạch hay hở ống Botal (persistance du canal artériel, persistance du canal de Botal).

Những loại rò động-tĩnh mạch bệnh lý bẩm sinh này đã được bàn tới trong các chuyên đề khác về các bệnh tim, do đó chúng tôi không viết chi tiết trong cuốn sách nhỏ này.

b) Rò động-tĩnh mạch mắc phải. Đại đa số các trường hợp rò động-tĩnh mạch mắc phải là di chứng của vết thương động-tĩnh mạch phối hợp. Do tính chất cấu trúc và hình thái bệnh lý tìm thấy trong lâm sàng cũng như

trong khi mổ, chúng tôi tạm xếp chúng rò động-tĩnh mạch phối hợp mắc phải vào mấy loại sau đây:

α/ Rò động-tĩnh mạch các loại với hậu quả suy tim tiến triển.

- Rò động-tĩnh mạch đơn thuần.
- Phình động-tĩnh mạch.
- Rò động-tĩnh mạch với âm thanh lan ra xa theo hai phía trên và dưới lỗ rò.
- Rò động-tĩnh mạch chùm (ở nhiều chỗ).
- Rò động mạch vào tĩnh mạch không cùng tên.
- Phình động mạch và rò động-tĩnh mạch.
- Phình tĩnh mạch và rò động-tĩnh mạch.
- Phình động mạch, phình tĩnh mạch và rò động-tĩnh mạch.
- Túi phình chung động-tĩnh mạch.
- Túi phình chung động-tĩnh mạch thông với một túi phình giả khác.
- Rò động-tĩnh mạch qua túi phình động mạch.

β/ Động mạch hóa tĩnh mạch với hậu quả rối loạn dinh dưỡng nặng ở phần chi và phần cơ thể ở dưới chỗ bị thương.

Loại 1. Động mạch hóa tĩnh mạch không hoàn toàn:

- Rò động-tĩnh mạch kiểu chấp đầu trung tâm của động mạch vào thành bên của tĩnh mạch.

Loại 2. Động mạch hóa tĩnh mạch hoàn toàn:

- Rò động-tĩnh mạch kiểu chấp đầu trung tâm của động mạch bị đứt đôi vào đầu ngoại vi của tĩnh mạch bị đứt đôi.

- Rò động-tĩnh mạch kiểu chấp đầu trung tâm của động mạch bị đứt đôi vào thành bên của động mạch bị rách.

Trên đây là 14 dạng hình thái bệnh lý lâm sàng - phẫu thuật đã được chúng tôi mô tả tương đối tỉ mỉ trong phần phân loại các di chứng vết thương mạch máu ở phần của chương này.

Dưới đây chúng tôi xin nêu lên một bệnh án đặc biệt nói về sự tổn thương phối hợp phức tạp giữa động mạch và tĩnh mạch.

Bệnh án số 3199: Bệnh nhân Tr. V. S. 55 tuổi bị thương do hỏa khí ở 1/3 trên đùi phải cách đây 3 năm. Vào bệnh viện đầu tháng 3-1978 và được mổ điều trị ngày 14-3-1978. Bệnh nhân vào viện với các dấu hiệu đau và tê dại ở chi dưới bên trái.

Khám thấy chân phải to hơn chân trái, ở 1/3 trên đùi phải còn thấy rõ một sẹo của vết thương chột. Từ 1/3 trên đùi phải xuống dưới cẳng chân phải có nhiều tĩnh mạch nổi rõ và đặc biệt có một tĩnh mạch lớn nổi căng và đập theo nhịp đập của động mạch.

Sờ trên đùi phải từ 1/3 trên đến khoeo chân thấy có cảm giác rung miu rõ. Nghe trên chỗ có cảm giác rung miu thấy một tiếng thổi liên tục tâm thu - tâm trương rất thô. Tiếng thổi này lan xa xuống tới 1/3 dưới đùi phải.

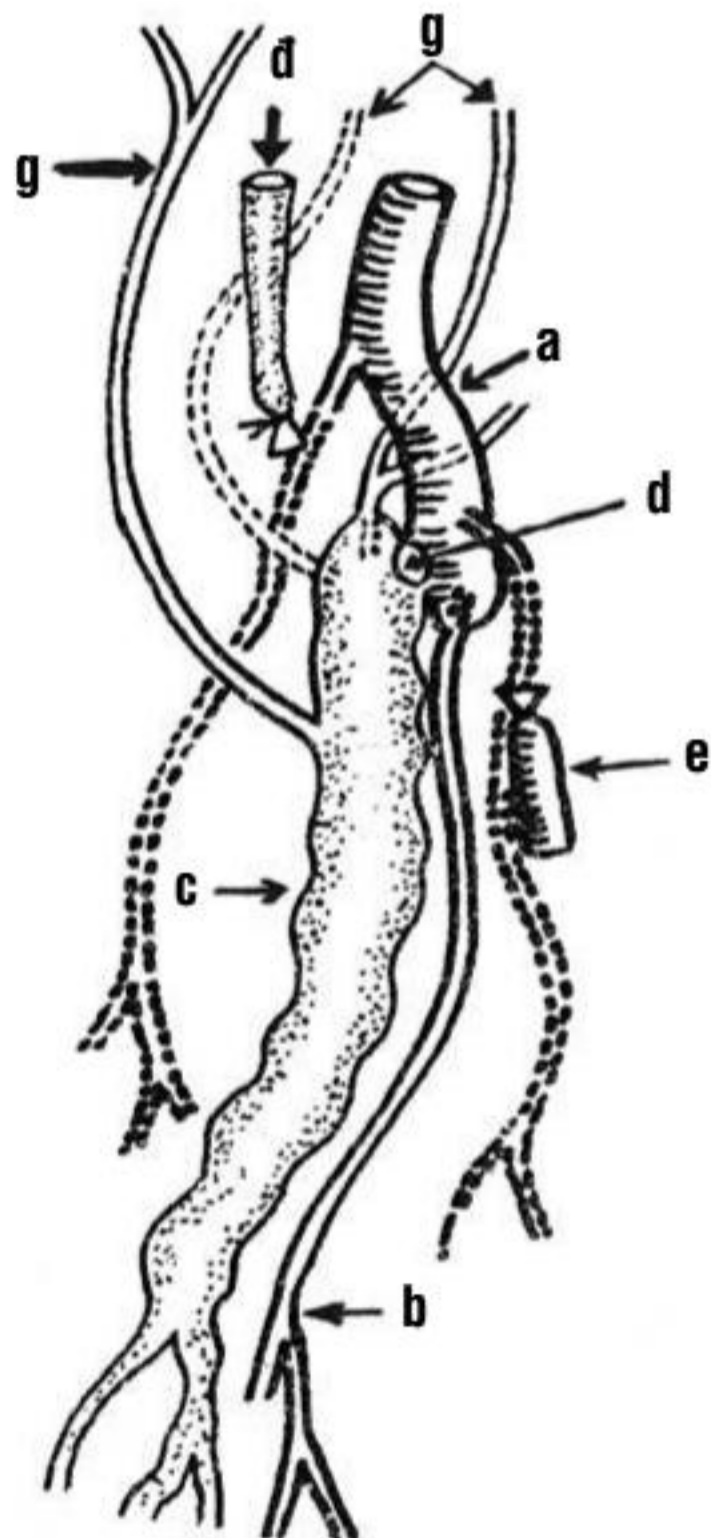
Chụp X quang cản quang động mạch đùi phải, nhận thấy có một hiện tượng rất lạ (*hình 45*): máu ngấm thuốc cản quang từ động mạch đùi phải chảy thẳng sang tĩnh mạch đùi phải, đồng thời thuốc cản quang ngấm vào nhánh động mạch đùi sâu. Đầu trên của tĩnh mạch đùi không ngấm thuốc cản quang và hình như bị cụt hẳn.



Hình 45:
Bệnh nhân Tr. V. S. 55 tuổi. Ảnh X quang: động mạch đùi bị thương, tĩnh mạch đùi bị đứt đôi. Đầu ngoại biên của tĩnh mạch đùi chắp nối vào chỗ động mạch đùi bị rách do vết thương hỏa khí.

- a- Động mạch đùi.
- b- Động mạch đùi sâu.
- c- Tĩnh mạch đùi.
- d- Chỗ chắp nối giữa động mạch đùi bị đứt đôi (đoạn trung tâm) với tĩnh mạch đùi bị đứt đôi (đoạn ngoại biên).
- đ- Đoạn tĩnh mạch đùi trung tâm đã bị tắc lại.
- e- Đoạn động mạch đùi ngoại biên đã bị bít tắc lại.
- g- Tĩnh mạch bàng hệ đem một phần máu trộn trở về tim.

Hình 46:
Động mạch hóa tĩnh mạch do vết thương làm đứt đôi động-tĩnh mạch. Bệnh nhân Tr. V. S. 55 tuổi.



Như vậy có thể kết luận về chẩn đoán trước khi mổ như sau: động mạch đùi bị đứt đôi dưới chỗ phân nhánh động mạch đùi sâu, tĩnh mạch đùi cũng bị đứt đôi, đầu trên động mạch đùi bị đứt cắm vào đầu dưới tĩnh mạch đùi bị đứt, đầu trên tĩnh mạch đùi và đầu dưới động mạch đùi co lại và bị bịt tắc bởi máu cục (*hình 45 và 46*).

Bệnh nhân đã được chúng tôi mổ điều trị ngày 14-3-1978. Trong khi mổ chúng tôi đã tìm thấy các tổn thương tương tự như trên hình ảnh X quang đã chứng minh trước khi mổ. Ngoài ra chúng tôi còn phát hiện thấy nhiều động mạch và tĩnh mạch bàng hệ xuất phát từ đoạn trung tâm của động mạch đùi và đoạn dưới của tĩnh mạch đùi (những đường chấm trên *hình 46*). Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật Matas: mở thành tĩnh mạch, đóng kín lỗ thông giữa động mạch và tĩnh mạch đùi bằng 3 mũi chỉ khâu hình chữ X.

Sau khi mổ, mất hẳn cảm giác rung miu. Sự ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch ở phần chi dưới chỗ có lỗ rò động-tĩnh mạch đã biến đi dần dần. Cảm giác đau và tê dại ở chi dưới bên phải cũng biến mất dần sau khi mổ.

Lỗ rò động-tĩnh mạch có thể hình thành rất sớm, đôi khi chỉ trong một vài ngày sau khi bị thương. Tuy vậy, cũng có những lỗ rò động-tĩnh mạch xuất hiện khá chậm sau khi bị thương. Trong thực hành lâm sàng chúng tôi đã gặp một trường hợp lỗ rò động-tĩnh mạch chậu ngoài xuất hiện ba năm sau khi bị thương ở một phụ nữ trẻ.

Dưới đây là tóm tắt bệnh án của bệnh nhân đó:

Bệnh án số 14.614: Nữ bệnh nhân M. H. Ph. 32 tuổi, vào viện đầu tháng 12 năm 1976 với chẩn đoán suy tim giai đoạn III. Khi vào viện, bệnh nhân than bị đau ở



Hình 47:
Phim X quang hình ảnh suy tim
(tim to toàn bộ)
của bệnh nhân M. H. Ph 32 tuổi,
với chẩn đoán rò động-tĩnh mạch chậu
ngoài do bom bi.
(trước khi mổ)

ngực bên trái, hay bị mệt và ngất xỉu, khó thở. Khám thấy da và niêm mạc của bệnh nhân hơi tái, phù nhẹ ở hai chi dưới, thở 26 lần một phút, tim đập nhanh, đều 86-88 lần một phút. Nghe tim thấy một tiếng thổi tâm thu 3/6 ở mỏm tim, gõ thấy tim to toàn bộ. X quang tim phổi thấy cả hai bên phổi đều có ứ huyết (đậm cả hai phế trường), tim to toàn bộ (*hình 47*). Khám bụng thấy gan to, sa xuống dưới bờ sườn khoảng 3cm, bờ sắc, mật độ mềm.

Trong khi khám, bệnh nhân kể là năm 1968, có bị một vết thương do bom bi ở hố chậu phải. Nhìn hố chậu phải thấy còn một vết sẹo rất nhỏ kích thước khoảng 0,5cm ở phía dưới điểm Mac Burney trên dây cung bên khoảng 4cm.

Từ 1967 đến 1969, bệnh nhân cảm thấy công tác và sinh hoạt bình thường. Năm 1969, bệnh nhân thành lập gia đình. Đầu năm 1970 sinh một con gái đầu lòng. Sau khi sinh nở, thấy có cảm giác nặng và khác thường ở bụng dưới bên phải. Và cũng từ đó, thấy xuất hiện đột ngột một cảm giác “rung miu” ở hố chậu phải. Càng

ngày bệnh nhân càng cảm thấy mệt mỏi, nhất là khi làm việc nặng. Bệnh nhân đã được điều trị như một người mắc bệnh tim ở nhiều bệnh viện khác nhau.

Sờ hố chậu phải thấy một cảm giác rung miu rõ rệt. Nghe thấy ở đó có một tiếng thổi tâm thu - tâm trương liên tục rất lớn và thô.

Chẩn đoán khi vào viện là rò động-tĩnh mạch chậu phải do vết thương hỏa khí, suy tim giai đoạn III.

Chụp X quang cản quang động mạch chậu phải bằng phương pháp Seldinger cho kết quả như sau: Động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài ngấm thuốc cản quang cùng một lúc. Tĩnh mạch chậu ngoài giãn rất to (*hình 48*). Chẩn đoán trước khi mổ: Rò động-tĩnh mạch chậu ngoài bên phải đã có biến chứng suy tim giai đoạn III.

Chỉ định mổ sớm. Bệnh nhân được mổ ngày 21-12-1976 và đã tiến hành phẫu thuật Matas: đóng kín lỗ rò động-tĩnh mạch chậu ngoài bên phải qua thành tĩnh mạch chậu ngoài. Sau khi đóng kín lỗ rò, thành tĩnh mạch chậu ngoài được khâu kín lại, đảm bảo sự lưu



Hình 48:
Bệnh nhân M. H. Ph. 32 tuổi.
Ảnh chụp X quang động mạch
chậu phải theo phương pháp
Seldinger. Tĩnh mạch và động
mạch chậu ngấm thuốc cản quang
cùng một lúc.



Hình 49:
Phim X quang hình ảnh tim bình thường của bệnh nhân M. H. Ph. 32 tuổi một năm sau khi mổ.

thông máu bình thường trong tĩnh mạch. Vết mổ lành kỳ đầu. Bệnh nhân ra viện trong tình trạng tốt. Bệnh nhân đến khám lại một năm sau khi mổ: Toàn thể trạng tốt, hết khó thở và mệt mỏi, hết các triệu chứng suy tim, kích thước tim nhỏ lại. Phim X quang chụp tim sau khi mổ cũng chứng minh như vậy (*hình 49*). Hết tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim. Tại chỗ, ở hố chậu phải, không còn nghe thấy một tiếng thổi bệnh lý nào cả.

Qua bệnh án trên chúng tôi nhận thấy có một điểm đặc biệt là lỗ rò động-tĩnh mạch xuất hiện rất chậm, ba năm sau khi bị thương. Sau khi nghiên cứu kỹ về sự tiến triển của bệnh, chúng tôi đặt một giả thuyết như sau: Có thể thành động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài bị thương đã được bít kín lại bởi một lớp máu cục mỏng, lớp máu cục này được tổ chức lại thành một màng mỏng lấp kín chỗ thành mạch máu bị thương. Khi có thai, sự chèn ép mạnh và kéo dài của tử cung đang phát triển đã làm cho đoạn động-tĩnh mạch có lỗ rò bị giãn căng

ra. Sự căng giãn đó đã làm cho màng mỏng kể trên bị rách ra, từ đó gây nên lỗ rò động-tĩnh mạch. Cũng có thể thành của động mạch và tĩnh mạch chỉ bị đụng dập khi bị thương, sau đó, các tổ chức đụng dập bị tiêu tán đi và chỉ còn để lại một màng mỏng ở giữa động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài, và cơ chế hình thành lỗ rò động-tĩnh mạch cũng phát xuất từ đây như giả thuyết chúng tôi đã mô tả ở trên.

Lỗ rò động-tĩnh mạch tồn tại lâu dài đã dẫn tới tình trạng suy tim không thể tránh khỏi.

Thông thường, lỗ rò động-tĩnh mạch được hình thành sau khi thành của động mạch và tĩnh mạch nằm sát bên nhau bị thương cùng một lúc và bị rách. Tuy vậy, cũng có trường hợp, thành động mạch và tĩnh mạch không bị rách, mà chỉ bị dập. Sau đó chỗ bị dập hoại tử dần và cuối cùng bục ra, để lại một lỗ rò động-tĩnh mạch. Khi 3 hay 4 thành của động mạch và tĩnh mạch bị thương và bị rách cùng một lúc, có thể gây nên các di chứng phối hợp như: phình động mạch và rò động-tĩnh mạch, phình tĩnh mạch và rò động tĩnh mạch (số 6, 7, 8 - II^B hình 24). Khi cả động mạch và tĩnh mạch bị đứt đôi sẽ có thể hình thành một túi phình chung động-tĩnh mạch (số 9, 10 - II^B hình 24) hoặc gây ra một sự ghép nối bất bình thường giữa đầu trên của động mạch bị đứt với đầu dưới của tĩnh mạch bị đứt, hoặc đầu trên của động mạch bị đứt với chỗ thành tĩnh mạch bị rách (số 12, 13, 14 - II^B hình 24). Khi thành của động mạch và thành của tĩnh mạch bị thương tách rời xa nhau do máu chảy ra khá nhiều, nếu không điều trị kịp thời có thể hình thành một

thể di chứng mà nhiều tác giả thường gọi là túi phình động-tĩnh mạch (số 2 - II^B hình 24). Ta còn có thể thấy một động mạch bị thương rò vào một tĩnh mạch không cùng tên, ví dụ động mạch dưới đòn rò vào tĩnh mạch cảnh (số 5 - II^B hình 24). Có thấy nhiều lỗ rò được hình thành trên nhiều nhánh động-tĩnh mạch ở gần nhau trong trường hợp bị thương bởi nhiều mảnh hỏa khí nhỏ. Trường hợp này chúng tôi gọi là “rò động-tĩnh mạch chùm” (số 4 - II^B hình 24).

Nói chung, trong những điều kiện bình thường, sự cấu tạo hoàn chỉnh một lỗ rò động-tĩnh mạch có bao xơ chắc bên ngoài và nội mạc phủ kín bên trong, phải mất một thời gian từ 2 đến 3 tháng. Do đó, tiến hành phẫu thuật vào khoảng thời gian 2 đến 3 tháng sau khi bị thương thường đem lại kết quả tốt nhất, vì ít biến chứng xảy ra nhất.

Tuy vậy, trong các trường hợp lỗ rò động-tĩnh mạch xảy ra ở vị trí gần tim như rò động-tĩnh mạch chậu, rò động mạch chủ với tĩnh mạch chủ ở phần bụng và ngực, cần phải can thiệp phẫu thuật sớm vì các tổn thương này rất nhanh chóng ảnh hưởng đến sự hoạt động của tim.

Trong các trường hợp rò động-tĩnh mạch điển hình, sự thay đổi về huyết động học (một phần máu động mạch chảy qua lỗ rò sang trộn với máu tĩnh mạch) rất có ảnh hưởng đến chức năng sinh lý của tim.

Lúc đầu tim trái phải làm việc tăng lên để bù lại số máu đã bị chảy qua lỗ rò sang hệ thống tĩnh mạch: tần số nhịp tim tăng lên trên 80 lần một phút, phổi cũng phải làm việc bù trừ để đảm bảo đưa vào cơ thể một số

lượng O_2 cần thiết. (Mỗi lần tim bóp, chỉ cần 3ml máu động mạch chảy qua lỗ rò sang dòng máu tĩnh mạch cũng đủ bắt buộc trái tim của người bệnh phải làm việc thêm để đẩy một khối lượng máu khoảng 350 lít trong 24 giờ qua lỗ rò đó). Vì phải làm việc tăng, thành của tâm thất trái phì đại dần.

Đồng thời với sự hoạt động tăng lên của nửa tim trái, nửa tim phải cũng phải làm việc tăng lên vì phải nhận thêm khoảng 350 lít máu từ hệ thống động mạch chảy sang hệ thống tĩnh mạch trong 24 giờ. Thành tâm thất phải cũng bị phì đại dần và cuối cùng dẫn tới tình trạng suy tim toàn bộ.

Tình trạng suy tim toàn bộ này xảy ra sớm hay muộn là tùy theo vị trí của lỗ rò nằm ở gần hay xa tim và tùy theo kích thước to nhỏ của lỗ rò.

- Suy tim sẽ xảy ra 5-6 tháng sau khi bị thương nếu lỗ rò hình thành giữa động mạch và tĩnh mạch đùi.

- Suy tim sẽ xảy ra 2-3 tháng sau khi bị thương nếu lỗ rò hình thành giữa động mạch và tĩnh mạch chậu.

- Suy tim sẽ xảy ra 3-4 tuần lễ sau khi bị thương nếu lỗ rò hình thành giữa động mạch và tĩnh mạch chủ.

Suy tim xảy ra chậm ở những bệnh nhân có rò động-tĩnh mạch bẩm sinh vì cơ thể bệnh nhân nói chung và trái tim của họ nói riêng, có khả năng thích ứng được trong một thời gian khá lâu đối với sự rối loạn huyết động học loại này. (Rò phế-chủ có thể kéo dài tới 10-15 năm và còn ống động mạch: tới 30-40 năm). Trong thời gian đó tim bù trừ tốt và có thể chưa bị suy. Tuy vậy, cũng có những trường hợp tình trạng suy tim xảy ra sớm

hơn ở một số bệnh nhân này (trong khoảng thời gian từ 10 đến 25 tuổi đời).

Trong di chứng rò động-tĩnh mạch, một hiện tượng khác không hiếm gặp, đó là sự nuôi dưỡng của phần chi dưới chỗ bị thương bị hạn chế do số lượng máu chảy ra ngoại vi bị giảm đi. Sự rối loạn dinh dưỡng này càng tăng lên do tuần hoàn trở về của hệ tĩnh mạch bị cản trở bởi sự tăng áp lực ở tĩnh mạch ngoại vi (vì tĩnh mạch bị chèn ép và áp lực tăng ở nơi có lỗ rò).

Trạng thái rối loạn dinh dưỡng này cuối cùng sẽ dẫn tới một số hậu quả sau đây: phù chi, giãn tĩnh mạch ngoại vi, da khô, bong da, có thể xuất hiện ổ loét dinh dưỡng.

2. Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng được thể hiện ra bằng hai loại sau đây:

a) Triệu chứng cơ năng: Bệnh nhân có cảm giác kiến bò, tê cóng, chuột rút, đau nhẹ và có cảm giác nặng nề ở phần chi xa dưới chỗ bị thương cũ. Đôi khi có phù cứng, màu sắc da tím tái, giãn tĩnh mạch, loét dinh dưỡng ở phần chi ngoại biên, thể hiện sự ứ trệ và rối loạn tuần hoàn của hệ thống tĩnh mạch ngoại vi.

Trong giai đoạn toàn phát của bệnh có thể thấy xuất hiện các dấu hiệu suy tuần hoàn: tim to toàn bộ, gan to dưới bờ sườn, tim đập nhanh, thổi tâm thu ở mỏm tim. Chụp X quang tim phổi thấy bóng tim to, phế trường hai bên đậm. Ở giai đoạn suy tuần hoàn nặng có thể có cổ trướng và phù toàn thân, v.v...

b) Triệu chứng thực thể: Nhìn trên chỗ bị thương thường không thấy có biến đổi nhiều. Có thể thấy hiện

tượng giãn tĩnh mạch và màu sắc chi biến đổi ở dưới chỗ bị thương cũ. Có thể thấy một ổ loét dinh dưỡng ở cẳng chân. Có thể thấy một khối u đập nếu có phình động mạch hay phình động-tĩnh mạch kèm theo.

Sờ trên chỗ bị thương cũ thấy có hiện tượng “rung miu” rõ (thrill hay frémissement cataire). Cảm giác rung xảy ra liên tục nhưng thấy mạnh hơn ở thì tâm thu. Tiếng rung có thể lan ra xa, lên phía trên và phía dưới chỗ bị thương. Khi lấy một ngón tay chèn ép đoạn động mạch ở trên chỗ có lỗ rò hay vào chính chỗ có lỗ rò, cảm giác “rung miu” ở dưới tay sẽ biến mất.

Khi đặt ống nghe lên trên chỗ bị thương cũ sẽ nghe thấy một tiếng thổi liên tục hay còn gọi là tiếng thổi tâm thu - tâm trương (souffle systolo-diastolique), tiếng xay lúa (bruit de moulin), tiếng máy chạy (bruit de machine).

Tiếng thổi liên tục tăng rõ ở thì tâm thu và cũng biến mất khi ta lấy ngón tay chèn ép động mạch ở trên lỗ rò vào một gò xương hay vào thân xương hoặc bít kín được lỗ rò.

Có một số bệnh nhân được điều trị suy tim ở nhiều cơ sở y tế khác nhau, nhưng không khỏi. Chúng tôi đã phát hiện được lỗ rò động-tĩnh mạch ở các bệnh nhân đó và sau khi điều trị khỏi lỗ rò động-tĩnh mạch thì bệnh tim cũng biến mất theo (như bệnh nhân M. H. Ph. bệnh án số 14.614 trang 166 đã kể ở trên).

Có bệnh nhân tới với chúng tôi đã ở trong tình trạng suy tuần hoàn nặng vì đã qua nhiều tháng điều trị nội khoa với chẩn đoán suy tim và đã chết trước khi dự định can thiệp phẫu thuật như trên (như bệnh nhân Tr. Th. Th. bệnh án số 125 trang 136 đã nêu ở trên).

Để chẩn đoán chính xác và định được hướng điều trị thích hợp chúng tôi đã áp dụng phương pháp chụp X quang cản quang các mạch máu và chủ yếu là chụp động mạch. Khi chụp động mạch, có thể thấy cả động mạch và tĩnh mạch cùng ngấm thuốc cản quang trong một thì vì máu động mạch mang thuốc cản quang hệ thống tĩnh mạch qua lỗ rò động-tĩnh mạch ngay từ giây đầu tiên.

Trong những trường hợp đặc biệt khó chẩn đoán, chúng tôi vừa chụp động mạch vừa chụp tĩnh mạch để xác định chẩn đoán trước khi mổ. Hiện nay nhờ có siêu âm Doppler màu 3 chiều và chụp cộng hưởng từ (MRI) chẩn đoán các hình thái bệnh lý này trở nên dễ dàng.

3. Biến chứng

Có hai biến chứng chính thường gặp trong di chứng vết thương động-tĩnh mạch là:

- a) Suy tuần hoàn với tim to toàn bộ như đã kể ở trên.
- b) Loét dinh dưỡng lâu lành ở phần chi nằm dưới chỗ bị thương.

Các biến chứng khác như chảy máu, nhiễm trùng, hoại thư chi rất hiếm gặp trong di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp. Nếu ba loại biến chứng này thường là nguyên nhân gây nên tử vong của di chứng vết thương ở động mạch thì suy tuần hoàn là nguyên nhân chính gây ra tử vong trong di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp.

Trong thực hành phẫu thuật, chúng tôi đã gặp một biến chứng rất đặc biệt ở một bệnh nhân có lỗ rò động-

tĩnh mạch trên cổ (rò động mạch dưới đòn vào tĩnh mạch cảnh): đó là biến chứng rối loạn tâm thần và thần kinh do sự ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch và sự kém nuôi dưỡng tổ chức não gây nên: bệnh nhân mất tự chủ trong ngôn ngữ (nói lảm nhảm suốt ngày, nhỏ nhẹ trong miệng), mất tự chủ trong vận động (không tự đi lại được, đi phải có người dắt, run lấy bầy khi cố gắng làm một việc gì), mất chủ động trong một số chức năng sinh lý (như đại dâm, mất ngủ, v.v...) suốt ngày lẫn thẩn một mình, không muốn tiếp xúc với ai.

Sau khi mổ khâu kín lỗ rò động-tĩnh mạch, các dấu hiệu lâm sàng thực thể đã biến mất, và đồng thời biến mất hết những sự rối loạn tâm thần và thần kinh kể trên (xem bệnh án số 4744 trang 118, bệnh nhân H.V.T).

4. Hướng điều trị

Di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp với hình thức rò động-tĩnh mạch chỉ có thể điều trị khỏi được bằng phẫu thuật.

Những trường hợp rò động-tĩnh mạch bẩm sinh như còn ống động mạch, rò phế chủ đã được trình bày trong các tài liệu chuyên đề về tim mạch, ở đây chúng tôi không đề cập tới.

Trong phạm vi chương này, chúng tôi chỉ nêu lên hướng điều trị các di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp. Phần kỹ thuật mổ xẻ sẽ được trình bày tỉ mỉ ở chương dưới.

Việc chuẩn bị mổ cũng tương tự như chuẩn bị mổ trong di chứng vết thương ở động mạch (xem ở trên).

* Chọn phương pháp mổ

Có nhiều phương pháp mổ điều trị di chứng rò động-tĩnh mạch như:

- Thất mạch máu.
- Phương pháp Matas.
- Cắt bỏ phần mạch máu bị tổn thương, nối lại động mạch và tĩnh mạch.
- Cắt bỏ tổn thương động-tĩnh mạch, ghép động mạch và tĩnh mạch bằng phương pháp ghép tự thân.

Trong các phương pháp mổ xẻ kể trên, phương pháp Matas là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, ít nguy hiểm hơn cả cho người bệnh. Chúng tôi đã áp dụng phương pháp Matas để điều trị cho đại đa số các bệnh nhân của chúng tôi (72,7%), trong đó 64,4% bệnh nhân đã được mổ theo phương pháp Matas với thất kín tĩnh mạch và 8,28% bệnh nhân được mổ theo phương pháp Matas với thất kín tĩnh mạch cùng tên. Phương pháp Matas phục hồi (opération reconstructive de Matas) cho kết quả tốt hơn phương pháp Matas với thất kín tĩnh mạch cùng tên hoặc khác tên (opération obstructive de Matas).

Phương pháp cắt bỏ tổn thương mạch máu, nối trực tiếp các đầu động mạch và các đầu tĩnh mạch với nhau, rất khó thực hiện vì xung quanh vùng bị thương rất dính, khó bóc tách, thêm vào đó, sau khi nối, các mạch máu bị căng ra và chỗ nối bị hẹp, làm cản trở dòng máu lưu thông và dễ bị tắc. Chúng tôi không áp dụng phương pháp này để mổ xẻ điều trị cho các bệnh nhân của chúng tôi.

Phương pháp cắt bỏ tổn thương mạch máu với ghép mạch máu tự thân (lấy một đoạn tĩnh mạch hiển trong thay thế cho đoạn động mạch và tĩnh mạch bị cắt bỏ đi) cho kết quả tốt nhất, lý tưởng và sinh lý nhất. Tuy vậy, muốn thực hiện tốt phương pháp này phải có đầy đủ các điều kiện sau đây: trang bị tốt, gây mê hồi sức tốt và kỹ thuật mổ xẻ cao.

Chúng tôi đã áp dụng phương pháp này cho 2,76% tổng số bệnh nhân của chúng tôi với kết quả tốt.

Không nên áp dụng phương pháp thắt các mạch máu ở trên và ở dưới chỗ có lỗ rò động-tĩnh mạch vì phương pháp này có nhiều biến chứng đe dọa người bệnh sau khi mổ như hoại thư chi ở dưới chỗ thắt, biến lỗ rò động-tĩnh mạch thành một túi phình động mạch đơn thuần, v.v...

Chúng tôi chỉ tiến hành thắt mạch máu trong các trường hợp rất khó khăn như xơ dính nhiều ở xung quanh vùng có rò động-tĩnh mạch, đặc biệt là trong trường hợp có túi phình chung động-tĩnh mạch, khi không thể tiến hành được các phương pháp mổ xẻ khác.

Tuy vậy, khi tiến hành phẫu thuật này, chúng tôi luôn luôn kiểm tra sự phát triển của tuần hoàn bàng hệ bằng nghiệm pháp Lexer-Kener-Henler và chọn vùng ít nguy hiểm cho người bệnh để thắt mạch máu.

Săn sóc bệnh nhân và điều trị tiếp tục sau mổ, đề phòng và điều trị các biến chứng sau mổ là những vấn đề rất cần thiết để đảm bảo kết quả mổ xẻ. Chúng tôi sẽ viết những vấn đề này trong một chương sau.

CHƯƠNG V

MỘT SỐ THỂ BỆNH CỦA CÁC MẠCH MÁU LỚN NGOẠI BIÊN

Ngoài vết thương và di chứng vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên, trong thực hành phẫu thuật, chúng tôi còn gặp không ít các thể bệnh nghiêm trọng ở các mạch máu đó do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên.

Trong cuốn sách nhỏ này chúng tôi không có tham vọng nêu lên được hết tất cả các thể bệnh lý lâm sàng có thể xảy ra ở các mạch máu lớn ngoại biên như viêm tắc động mạch (endartérite oblitérante), viêm tắc nghẽn mạch (thrombangite oblitérante), tắc nghẽn động mạch xơ vữa (athérosclérose oblitérante), phình giãn tĩnh mạch (varice hay varicosis), viêm tĩnh mạch huyết khối (thrombophlébite), v.v... mà chỉ nêu lên một vài thể bệnh thường hay gặp nhất trong số các thể lâm sàng kể ở trên.

Những thể bệnh đó là:

- Viêm tắc động mạch.
- Phình giãn tĩnh mạch.

- Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối.

Mỗi thể bệnh này thường có một quá trình tiến triển lâm sàng rất nặng nề và thường có những biến chứng nguy hiểm cho tính mạng của người bệnh.

I. BỆNH VIÊM TẮC ĐỘNG MẠCH

A. VÀI NÉT CHUNG

1. Danh từ **“Viêm tắc động mạch”** đã được Winiwarter đề xuất ra từ cuối thế kỷ thứ XIX và được đại đa số các tác giả công nhận, sử dụng cho tới ngày nay.

Chỉ riêng ở nước Mỹ và ở một vài nước khác trên thế giới còn dùng danh từ **“viêm tắc nghẽn mạch”** do Buerger đề ra cách đây khoảng 50 năm để chỉ bệnh này, mặc dầu bệnh viêm tắc nghẽn mạch và bệnh viêm tắc động mạch là hai bệnh khác nhau.

Có nhiều thuyết nói về nguyên nhân gây ra bệnh viêm tắc động mạch như:

- Zoega V. Manteufel (1892) cho rằng sự biến đổi ở các mạch máu trong bệnh này mang tính chất xơ mỡ và gọi là chứng hoại thư do xơ cứng mạch máu. Mãi về sau này người ta mới rõ rằng những biến đổi có tính chất xơ mỡ ở thành mạch máu trong bệnh viêm tắc động mạch, và chỉ ở trong giai đoạn cuối của bệnh này, về lâm sàng rất giống bệnh xơ mỡ động mạch.

- Winiwarter (cuối thế kỷ XIX) khẳng định rằng bệnh viêm tắc động mạch chủ yếu mang tính chất viêm trong các mạch máu.

Năm 1928, V. Opperl nghiên cứu bệnh này và đưa ra thuyết “hoại thư tự phát do tăng tiết adrênalín vào máu” hay còn gọi là “thuyết động mạch thận” (arteriosis suprarenalis) thường ở các chi chẳng qua chỉ là một thể hiện địa phương của một bệnh có tính chất toàn cơ thể do ảnh hưởng của sự tăng chức năng tiết adrênalín của tuyến thượng thận mà thôi.

Về sau, Leriche và Fontaine ca tụng thuyết của V. Opperl, coi sự tăng chức năng của tuyến thượng thận như nguyên nhân gây ra bệnh viêm tắc động mạch, nhưng thuyết này đã bị nhiều tác giả phản đối và loại bỏ rất nhanh.

- Năm 1930, A. Abricosov nêu ra thuyết “phản ứng dị ứng tăng” của thành mạch máu đối với nhiều yếu tố độc hại khác nhau, từ đó gây nên bệnh viêm tắc động mạch. Thuyết này được nhiều tác giả công nhận và tán tụng.

Như chúng ta đã biết, tim thường bị tổn thương trong bệnh thấp. Từ đó cũng có thể suy luận rằng bệnh viêm tắc động mạch có thể coi như một biến chứng của bệnh thấp. Hai bệnh này đều là kết quả của sự tăng cảm ứng do cùng một loại vi trùng gây nên.

- Cách khoảng 30 năm, Leriche nêu lên một giả thuyết cho rằng bệnh viêm tắc động mạch có thể coi như một hậu quả của sự rối loạn thần kinh ở các mạch máu, biểu hiện ra bằng những hiện tượng rối loạn dinh dưỡng nặng.

- Năm 1950, sau cuộc hội nghị liên tịch giữa Viện Hàn lâm Khoa học và Viện Hàn lâm Y học Liên Xô, các nhà bác học Xô Viết đã nêu lên một thuyết mới về bệnh sinh của bệnh viêm tắc động mạch mà điểm cơ

bản của thuyết này là sự rối loạn cơ chế vỏ não của sự phân bố thần kinh ở các mạch máu (trouble cortical de l'innervation des vaisseaux) đặc biệt là ở các chi.

Tuy vậy, dùng danh từ nào để nói lên được hết nội dung của bệnh này vẫn còn là một vấn đề bàn cãi trong một thời gian khá lâu. Một số tác giả (như Panchenco, Oppel, v.v...) gọi bệnh này là chứng hoại thư tự phát, Charcot gọi là bệnh “đi cách hồi” (claudication intermittente) mặc dầu dấu hiệu đi cách hồi có thể thấy ở nhiều bệnh khác ở các mạch máu ngoại vi. Oppenheim gọi là chứng “khó đi do co thắt mạch” (dysbasia angiospastica). Leriche còn gọi là bệnh tắc mạch (vasculosis obliterans hay arteriosis obliterans). A. Signal và M. Leshevker gọi là chứng tắc nghẽn nội mô mạch (thromboendotheliosis obliterans). A. Plotkin gọi là chứng nghẽn nội mạch (thromboendarteriosis). Napancôp gọi là co thắt mạch tắc (angiospasmе obliterans), v.v...

Mặc dầu thế, hiện nay danh từ “viêm tắc động mạch” của Winiwarter nêu ra từ cuối thế kỷ thứ XIX vẫn là danh từ thông dụng nhất.

Qua nhiều năm nghiên cứu, chúng tôi cũng như nhiều tác giả khác đều khẳng định rằng, viêm tắc động mạch là một bệnh của hệ thống mạch máu, được biểu hiện ra bắt đầu bằng hiện tượng co thắt mạch, tiếp theo đó là sự rối loạn dinh dưỡng, và cuối cùng là hoại tử hay hoại thư phần cơ thể nằm ở phía ngoại biên chỗ mạch máu bị tổn thương, 90% số người mắc bệnh viêm tắc động mạch là nam giới. Đại đa số các trường hợp là viêm tắc động mạch ở chi dưới, hiếm hơn thấy bệnh phát triển ở chi trên, và đặc biệt hiếm ở các mạch máu ruột, tim và não.

2. Một số yếu tố sau đây đã có ảnh hưởng lớn đến sự phát sinh và phát triển của bệnh viêm tắc động mạch:

- Khí hậu lạnh và sự kết hợp giữa thời tiết lạnh với độ ẩm cao (G. A. Ooclôp).

- Nghiện thuốc lá: trong thuốc lá có chất nicotin là một chất độc có tác dụng gây co thắt mạch máu, nhất là đối với các mạch máu lớn ngoại biên. Trên nền tác động của nicotin, các yếu tố kích thích khác (như lạnh, vận động, v.v...) thường làm cho sự co thắt mạch máu trở nên mạnh hơn và kéo dài hơn.

- Yếu tố bị thương gây dập nát chi: Dập nát chi gây ra đau đớn dữ dội, từ đó xuất hiện dấu hiệu co thắt mạch máu vì cảm giác đau thường là một yếu tố kích thích mạnh đối với thần kinh giao cảm gây co thắt mạch và làm tăng xuất tiết vào máu chất adrênalín của tuyến thượng thận.

- Yếu tố ăn uống thiếu thốn gây thiếu vitamin nhất là vitamin nhóm B và vitamin C: Cũng như yếu tố trên, sự thiếu vitamin sẽ làm tăng sự hoạt động của tuyến thượng thận, từ đó làm tăng xuất tiết chất adrênalín vào máu, gây co thắt mạch.

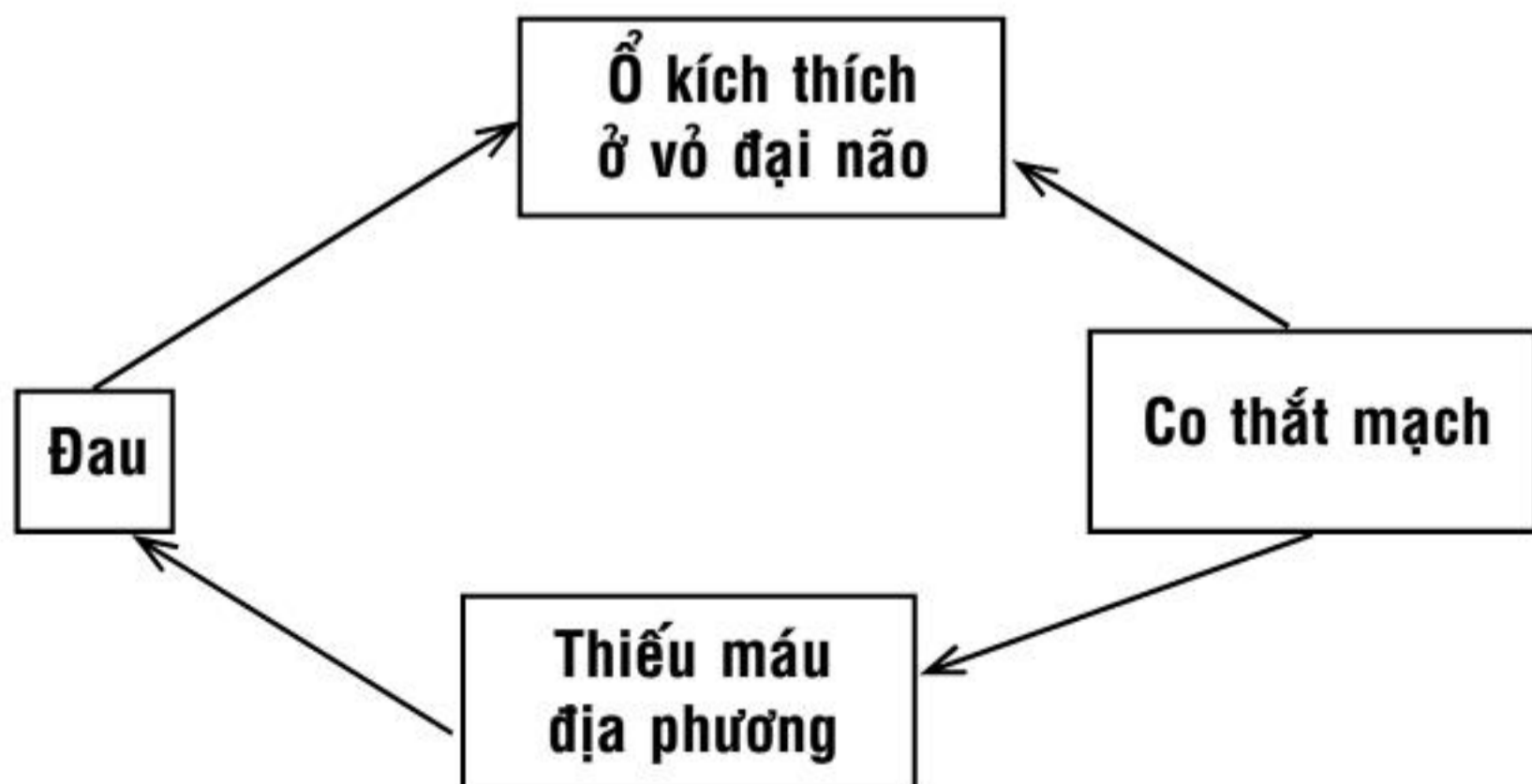
- Yếu tố nghiện rượu: Rượu làm cho bệnh càng nặng thêm. Tuy rượu không có tác dụng gây co thắt mạch như nicotin, nhưng thường làm cho thành mạch bị xơ cứng, nhanh chóng chuyển bệnh sang giai đoạn xơ cứng thành mạch.

- Yếu tố thần kinh và tâm thần: Sự rối loạn thần kinh và tâm thần có ảnh hưởng rất lớn đến sự tuần hoàn ở các mạch máu và gây co thắt mạch máu.

Do tác động của các nguyên nhân và yếu tố kể trên, trong vỏ đại não hình thành “ổ kích thích”, từ đó phát sinh ra sự co thắt thành động mạch. Sự co thắt động mạch, dẫn tới tình trạng thiếu máu địa phương, gây ra triệu chứng đau nhức ở phần cơ thể nằm phía ngoại biên chỗ bị co thắt mạch. Triệu chứng đau nhức lại trở thành một yếu tố gây co thắt mạch. Cứ như vậy biến thành một vòng luẩn quẩn (circulus vitiosus), không thể gỡ ra được.

Hiện tượng co thắt mạch kéo dài sẽ làm cho thành động mạch bị biến đổi: lớp cơ bị phì đại và lớp nội bì bị tăng sinh, tổ chức thần kinh của mạch máu bị thoái hóa.

Như vậy, từ chỗ rối loạn chức năng của động mạch (co thắt mạch), bệnh chuyển sang giai đoạn biến đổi thực thể về giải phẫu (phì đại lớp cơ và tăng sinh lớp nội bì). Từ đó khẩu kính của động mạch bị hẹp lại, làm cản trở cho dòng máu lưu thông, ảnh hưởng đến tốc độ và thành phần của máu chảy qua chỗ hẹp. Thành mạch bị biến đổi kết hợp với sự thay đổi tốc độ và thành phần



của máu sẽ tạo điều kiện tốt cho sự hình thành cục máu đông ở trong lòng mạch. Cục máu đông (thrombus) dần dần được tổ chức lại và lấp kín lòng động mạch, dẫn tới tình trạng thiếu hoặc mất nuôi dưỡng phần cơ thể dưới chỗ bị tắc mạch, gây nên hiện tượng hoại tử và hoại thư ở đó.

B. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG HỌC

Trong đại đa số các bệnh tật, những triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện ra một thời gian sau khi đã có những biến đổi hữu cơ tương ứng ở các cơ quan bộ phận bị tổn thương. Trong một số trường hợp, đôi khi, những biến đổi đó đã đạt tới một mức độ cao, nhưng vẫn không thấy xuất hiện một triệu chứng lâm sàng nào cả, như đau, mất cảm giác, v.v... Điều đó được giải thích bằng khả năng bù trừ phong phú của cơ thể, và nhất là của các chi (trong bệnh viêm tắc động mạch) về mặt phân bố máu nuôi dưỡng và phân bố thần kinh ngoại vi.

Mặc dầu thế, trong bệnh viêm tắc động mạch, một số các dấu hiệu lâm sàng có thể xuất hiện sớm trong khi những biến đổi thực thể hữu cơ chưa có nhiều lắm ở trong lòng của động mạch.

Những triệu chứng lâm sàng xảy ra sớm là những dấu hiệu quý báu giúp chúng ta chẩn đoán được bệnh sớm để tích cực điều trị sớm ngay ở giai đoạn đầu của bệnh. Điều trị sớm và kịp thời, có một ý nghĩa quyết định trong việc ngăn chặn không cho bệnh tiến triển sang giai đoạn kế tiếp nguy hiểm hơn.

Dưới đây là một số dấu hiệu lâm sàng xảy ra sớm của bệnh viêm tắc động mạch.

1. Dấu hiệu chủ quan

a) *Rối loạn cảm giác của các chi*: S. Wessler cho rằng, các sợi thần kinh đi tới (nerfs afférents) đặc biệt rất nhạy cảm đối với sự thiếu máu địa phương (ischémie), do đó, chức năng của nó bị tổn thương đầu tiên.

b) *Dấu hiệu đau và đi cách hồi*: L. Ebricovski và V. Kulianhitsa thấy dấu hiệu này xuất hiện sớm ở 25% tổng số bệnh nhân với bệnh viêm tắc động mạch. Chúng tôi gặp dấu hiệu này ở 48% tổng số bệnh nhân của chúng tôi. Dấu hiệu này nhiều khi xuất hiện đột ngột dưới hình thức đau dữ dội ở cơ bắp cẳng chân hay có cảm giác co rút cơ bắp cẳng chân, nhiều khi như bị co giật. Đau nhiều đến nỗi bắt buộc bệnh nhân đang đi phải dừng lại. Qua 1-2 phút, hết đau, bệnh nhân lại tiếp tục đi được. Sau đó, cứ đi được 200-300 mét, bệnh nhân lại thấy dấu hiệu “đi cách hồi” tái diễn, và cơn đau lại biến đi sau vài phút dừng lại nghỉ ngơi. Dần dần bệnh nhân nhận thấy cơn đau xảy ra mau hơn, đặc biệt là khi đi nhanh và khi lên dốc, lên cầu thang, v.v...

Như vậy, triệu chứng đau thường xuất hiện song song với dấu hiệu “đi cách hồi” và thường là nguyên nhân chính dẫn tới “đi cách hồi”.

Đôi khi bệnh nhân nhận thấy triệu chứng đau xuất hiện rất sớm ở bắp cẳng chân trong trạng thái tĩnh, không có liên quan gì đến dấu hiệu “đi cách hồi”.

A. Litski gặp khoảng 7% tổng số bệnh nhân viêm tắc động mạch có triệu chứng đau xuất hiện sớm.

Trên thành mạch máu có rất nhiều đầu dây thần kinh. Các đầu dây thần kinh này rất nhạy cảm đối với sự thay đổi nhiệt độ, áp lực, thành phần hóa học của

máu, v.v... mặc dù những sự thay đổi đó đôi khi rất nhỏ, không đáng kể. Đặc biệt ở mạch nuôi mạch máu (vasa vasorum) có rất nhiều đầu dây thần kinh làm cho các mạch máu đó dễ bị co thắt, làm cho các tổ chức thành mạch máu thiếu nuôi dưỡng, thiếu dưỡng khí, cuối cùng dẫn tới tình trạng viêm dây thần kinh do thiếu máu địa phương, từ đó gây ra triệu chứng đau (D. Pantrencô, A. Grinshtein).

Như vậy, triệu chứng đau là hậu quả của sự co thắt mạch máu.

Ở bệnh nhân viêm tắc động mạch, khi làm việc nặng hay khi đi lại nhiều, thay vì động mạch của chi phải giãn nở ra, thì trái ngược nó lại co thắt lại và ít nhiều, làm cho phần chi ở dưới chỗ co thắt mạch bị thiếu máu (theo E. Volpet), xuất hiện triệu chứng đau.

Có thể viết tóm tắt cơ chế của sự phát sinh ra triệu chứng đau trong bệnh viêm tắc động mạch như sau:

Các yếu tố kích thích khác nhau tác động lên mạch máu (mạch nuôi mạch, mạch nhỏ, mạch lớn) → gây co thắt mạch → thiếu máu địa phương → xuất hiện đau → cơn đau tăng và kéo dài → dẫn tới viêm dây thần kinh do thiếu máu địa phương → xuất hiện biến đổi thoái hóa hữu cơ trong thành mạch máu → đau tăng hơn → xuất hiện rối loạn dinh dưỡng sâu.

Phản xạ đảo ngược của mạch máu trong bệnh viêm tắc động mạch còn được nhiều tác giả nhấn mạnh (Erb, Charcot v.v...) A. Grinshtein nhận thấy khi đi lại, chân không đỏ và nóng lên, trái lại, nhợt nhạt đi và lạnh ngắt. Khi ngâm chân vào nước ấm màu sắc chân không đỏ lên, ngược lại, bị tím tái đi.

Trong những điều kiện bình thường có thể cưa cắt chi bằng gây tê novocain 0,25% tại chỗ một cách dễ dàng. Trong bệnh viêm tắc động mạch, không thể gây tê novocain 0,25% để làm phẫu thuật cưa cắt chi được, mặc dầu khối lượng thuốc được dùng nhiều hơn bình thường. Điều đó nói lên rằng, trong bệnh viêm tắc động mạch, mạch máu trở nên rất nhạy cảm.

c) *Chi chóng mệt mỏi*: Dấu hiệu chi chóng mệt mỏi thường thấy ở một bên chân hoặc một bên tay. Leriche gặp dấu hiệu này ở khoảng 10% tổng số bệnh nhân; A. Litski - 35%; Shabanôv - 38%. Chúng tôi gặp dấu hiệu này ở 28% tổng số bệnh nhân bị viêm tắc động mạch chi dưới.

d) *Lạnh buốt bàn chân và các ngón chân*: L. Zbucôvski thấy dấu hiệu này có ở 10,5% tổng số bệnh nhân bị viêm tắc động mạch. 32% tổng số bệnh nhân của chúng tôi khai là bị lạnh bàn chân và các ngón chân trước khi xuất hiện triệu chứng “đi cách hồi”. Cũng như triệu chứng đau, dấu hiệu lạnh bàn chân và các đầu ngón chân cũng là hậu quả của sự co thắt động mạch trong bệnh viêm tắc động mạch.

Trong đại đa số các trường hợp, chúng tôi thấy 4 dấu hiệu xảy ra sớm kể trên thường kết hợp với nhau, và dấu hiệu này thường xuất hiện sớm hơn dấu hiệu kia một chút, đôi khi hai - ba dấu hiệu xuất hiện ra song song với nhau cùng trong một thời gian.

Ngoài các triệu chứng kể trên, ở một số ít bệnh nhân viêm tắc động mạch ta còn có thể thấy xuất hiện một số các dấu hiệu khác kèm theo như cảm giác tê dại, cảm giác kim châm, cảm giác bỏng rát ở bàn chân và các ngón

chân v.v... Các dấu hiệu này cũng được coi như các dấu hiệu xảy ra sớm trên bệnh nhân viêm tắc động mạch.

2. Triệu chứng khách quan

Trong số các triệu chứng khách quan tìm thấy khi khám bệnh nhân, những triệu chứng sau đây có nhiều giá trị để chẩn đoán bệnh viêm tắc động mạch:

a) Thay đổi màu sắc da: Trong những điều kiện bình thường, màu sắc da của chi không biến đổi khi thay đổi tư thế. Ở bệnh nhân viêm tắc động mạch với trạng thái rối loạn tuần hoàn, màu sắc da biến đổi rõ rệt khi thay đổi tư thế của chi bị bệnh. Để bệnh nhân nằm duỗi thẳng chi, một lúc sau ta có thể thấy màu sắc da của bàn chân bị tái nhợt, nhất là gan bàn chân và các ngón chân. Dần dần màu sắc tái nhợt lan lên tới một phần ba dưới cẳng chân, thậm chí xuất hiện dấu hiệu “da sặc sỡ” - chỗ da tái nhợt xen kẽ với chỗ da bình thường. Chỉ cần bệnh nhân thả thông chân xuống đất một chút, màu tái nhợt ở chi bắt đầu biến mất dần, các ngón chân đỏ ửng lên, và chỉ trong một vài phút, phần ngoài của bàn chân hoặc các ngón chân lại trở nên tím tái.

Lewis cho rằng: màu da của chi biến đổi khi thay đổi tư thế phụ thuộc vào hai yếu tố sau đây:

- Số lượng máu lưu thông.
- Màu sắc của máu do chứa ít hay nhiều oxy.

Màu sắc da tím tái chứng tỏ rằng máu chảy chậm hay ngừng chảy hẳn trong các mạch máu nhỏ.

Lewis còn nhấn mạnh rằng nhiệt độ của chi có ảnh hưởng nhiều đến màu sắc của da ở chi: nhiệt độ chi ấm, máu nhả oxy nhanh, màu sắc da chóng trở nên tím tái;

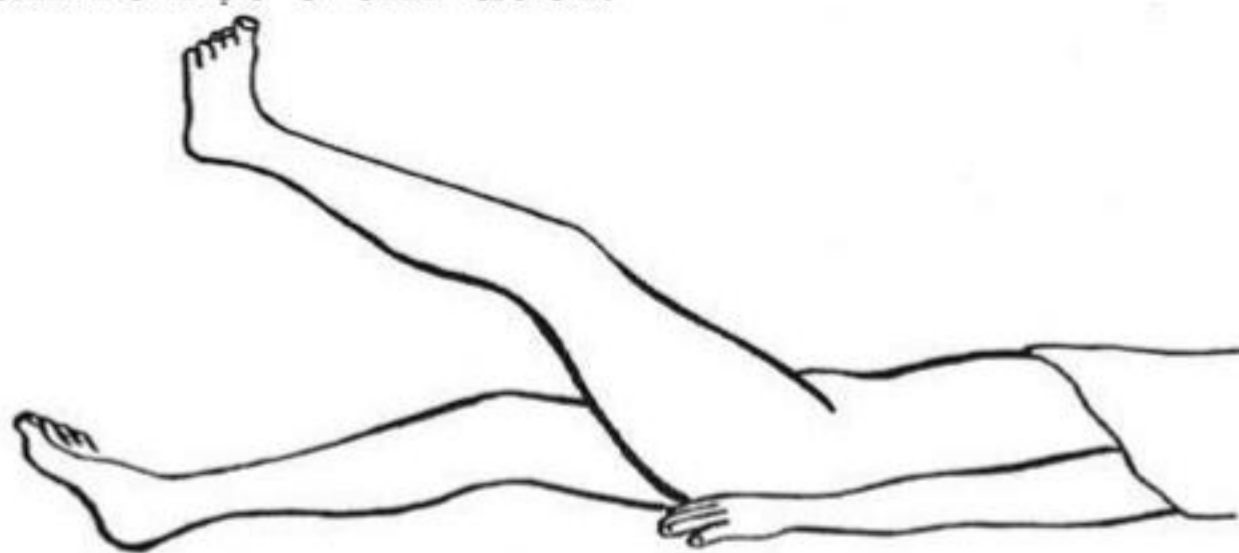
nhiệt độ chi lạnh, máu nhả oxy chậm, màu sắc tím tái của da xuất hiện chậm hơn.

Biến đổi màu sắc da khi thay đổi tư thế chi là một dấu hiệu quý để đánh giá mức độ nặng nhẹ của bệnh, để chẩn đoán bệnh và đánh giá tiên lượng bệnh.

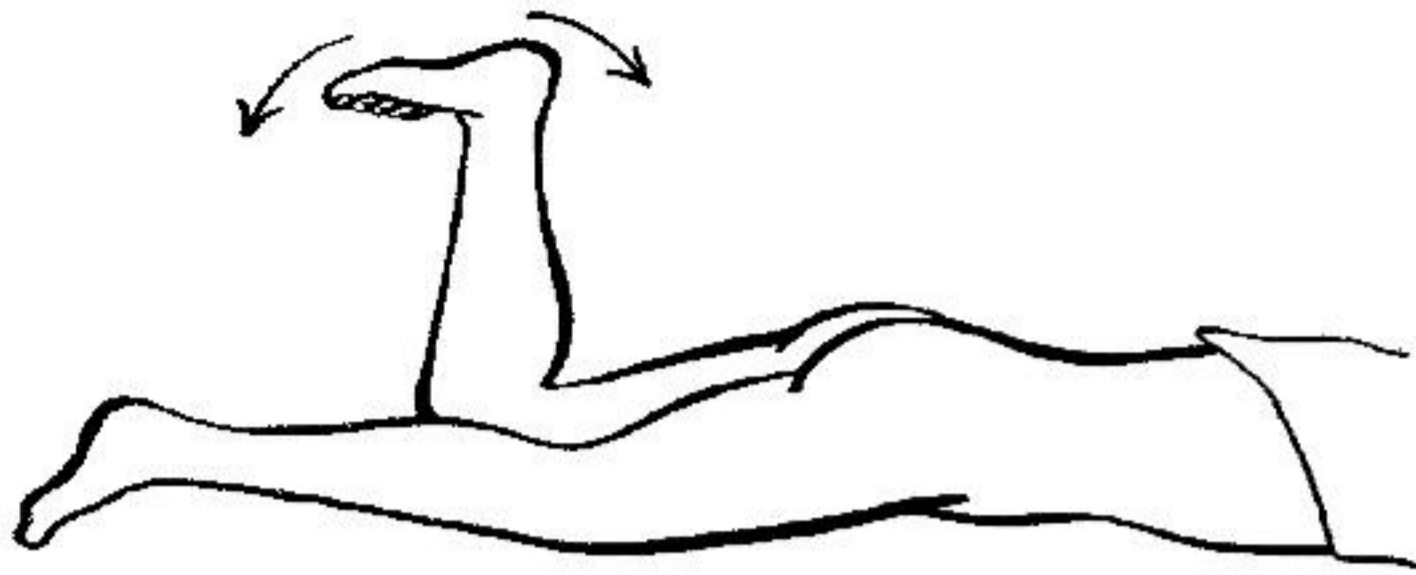
Có nhiều phương pháp thử nghiệm để xác định sự biến đổi màu sắc của da. Dưới đây là một vài thử nghiệm có giá trị chẩn đoán bệnh.

- *Thử nghiệm Oppel và Buerger* (hay còn gọi là dấu hiệu thiếu máu địa phương ở bàn chân): Đặt bệnh nhân nằm ngửa, bảo bệnh nhân duỗi thẳng chân ra và giơ lên cao (*hình 50*), chỉ trong vài giây đồng hồ thấy gan bàn chân bị tái nhợt rõ rệt hoặc thấy xuất hiện các dấu nốt tái nhợt hoại tử rõ rệt ở nhiều chỗ trên gan bàn chân (dùng đồng hồ tính giây để tính). Dấu hiệu này càng xuất hiện sớm bao nhiêu, càng chứng tỏ sự rối loạn tuần hoàn ở chi nặng bấy nhiêu.

- *Thử nghiệm gấp duỗi cổ chân*: Đặt bệnh nhân nằm sấp, gấp khớp cổ chân vài lần (*hình 51*), chỉ trong vài giây đồng hồ bàn chân sẽ tái nhợt. Bảo bệnh nhân đứng dậy. Nếu trong 10 giây đồng hồ màu sắc da của bàn chân không trở lại bình thường là chứng tỏ có rối loạn tuần hoàn rõ rệt ở chi dưới.



Hình 50: Thử nghiệm Oppel - Buerger



Hình 51: Thử nghiệm gấp duỗi ở cổ chân

- *Thử nghiệm Collins và Velenski*: Đặt bệnh nhân nằm ngửa, giơ chân thẳng lên cao như trong thử nghiệm Oppel - Buerger, đồng thời với thay đổi màu sắc da thấy các tĩnh mạch mu bàn chân bị xẹp đi. Khi bệnh nhân ngồi dậy, buồng thông chân xuống, trong điều kiện bình thường, các tĩnh mạch mu bàn chân sẽ lại chứa đầy máu trong thời gian dưới 7 giây đồng hồ. Nếu các động mạch bị tắc, thời gian đó sẽ có kéo dài từ 10 đến 90 giây đồng hồ.

- *Thử nghiệm Semouels ở chi dưới*: Đặt bệnh nhân nằm ngửa, giơ thẳng hai chân lên cao, cử động gấp duỗi khớp cổ chân vài lần. Trong bệnh viêm tắc động mạch, thấy bàn chân tái nhợt đi rất nhanh. Trong các trường hợp nặng, cả bàn tay cũng bị tái nhợt cùng với các ngón tay.

- *Thử nghiệm Casacescu*: Dùng một vật tù đầu, như cán búa thử phản xạ, vạch nhanh 4 vạch trên da từ giữa đùi xuống tới mắt cá chân. Trong trường hợp bình thường, vết vạch có màu tái nhợt, nhưng hồng trở lại rất nhanh. Ở chi có viêm tắc động mạch thấy màu hồng bị cắt ngang ở một chỗ nhất định nào đó. Chỗ bị cắt đứt

ngang ấy là nơi tương ứng với vùng chi bị thiếu máu nuôi dưỡng.

b) Mất mạch chày sau và mạch mu bàn chân: Trước đây, dấu hiệu này được coi là dấu hiệu chắc chắn nhất trong bệnh viêm tắc động mạch. Sau này, qua kết quả khám và theo dõi bệnh nhân, một số tác giả đã nhận thấy rằng một số tỷ lệ nhất định người bình thường, không mắc bệnh viêm tắc động mạch, cũng bị mất mạch mu bàn chân, hoặc mất cả mạch mu bàn chân và mạch chày sau. Ví dụ:

- F. Zétel khám 400 người bình thường, thấy 9,7% tổng số người mất mạch mu bàn chân.

- Erb khám 319 người, thấy 6%.

- M. Desiatôp khám 200 người, thấy 3,5% tổng số mất cả mạch mu bàn chân và mạch chày sau và 6% thấy mất mạch mu bàn chân.

- Silverman thấy 13% số người khám mất mạch mu bàn chân, v.v...

Trên cơ sở đó, nhiều tác giả cho rằng dấu hiệu mất mạch chày sau không có giá trị tuyệt đối.

Mặc dầu thế, theo ý kiến của chúng tôi, dấu hiệu mất mạch ngoại vi (mạch quay, mạch mu bàn chân, mạch chày sau) vẫn có một giá trị nhất định trong chẩn đoán và đánh giá mức độ nặng nhẹ bệnh viêm tắc động mạch khi chúng ta kết hợp nó với nhiều triệu chứng lâm sàng khác của bệnh.

Chúng tôi có khám một lô bệnh nhân viêm tắc động mạch, một lô chúng (người khỏe mạnh) và lập được một bảng kết quả như sau:

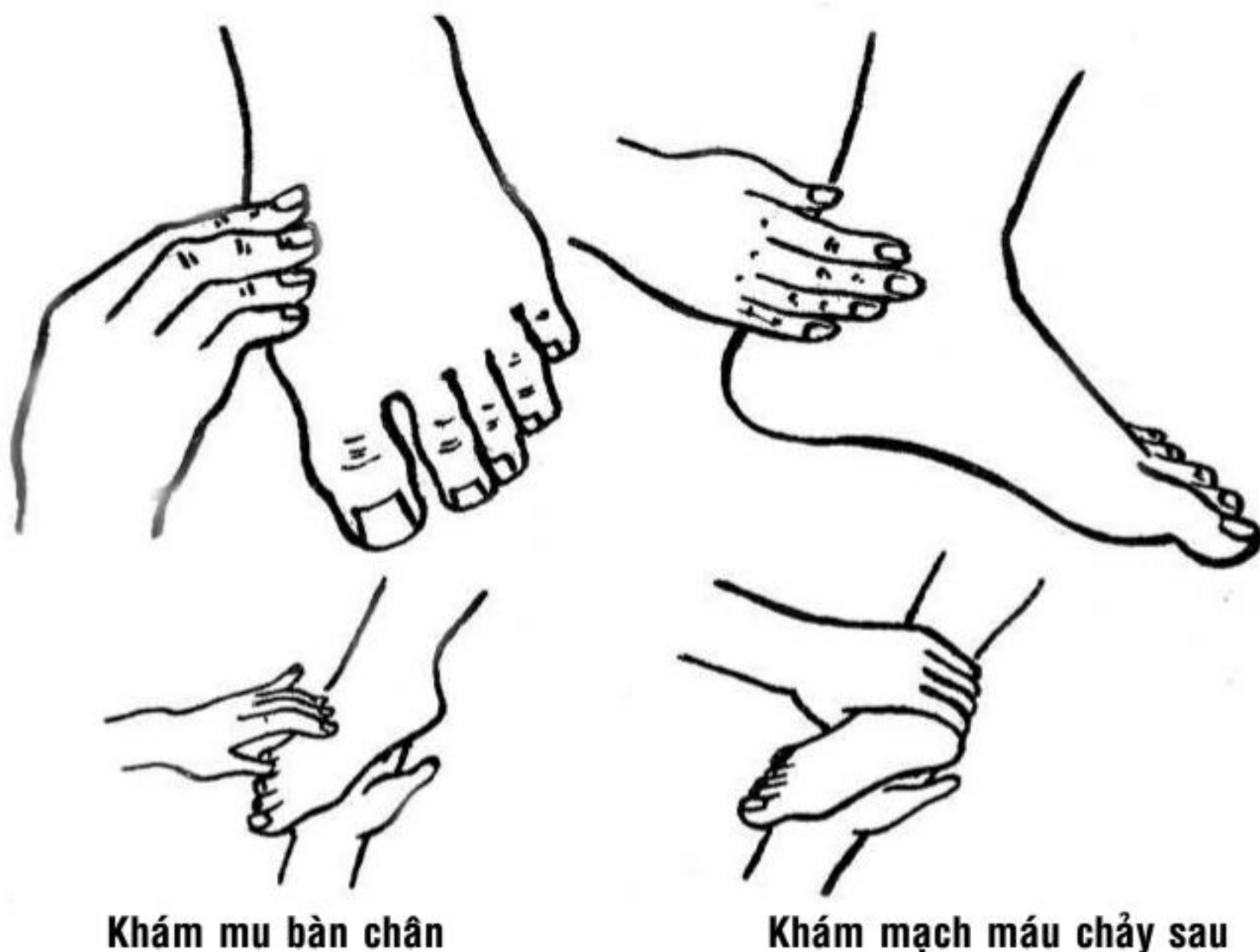
**Bảng 8. Kết quả khám bình thường
và bệnh lý viêm tắc động mạch**

Số lô	Số người được khám	Động mạch mu chân		Động mạch chày sau		Động mạch quay		Các dấu hiệu khác kèm theo	Cước chú
		Yếu	Mất hẳn	Yếu	Mất hẳn	Yếu	Mất hẳn		
Lô 1 (bệnh lý)	100	18	82	11	89	2	1	Có các dấu hiệu khác của bệnh viêm tắc động mạch	Ở một số bệnh nhân có ghi dao động mạch
Lô 2 (bình thường)	100	2	1	3	0	2	0	Không có dấu hiệu gì khác	Không ghi dao động mạch

Qua bảng trên, chúng tôi nhận thấy hầu hết các trường hợp bệnh lý đều bị mất mạch hoặc mạch bị yếu có kèm theo các triệu chứng lâm sàng khác của bệnh viêm tắc động mạch.

Kỹ thuật khám được biểu diễn trong hình 52.

Trong những trường hợp mạch yếu hoặc mất mạch ở người khỏe mạnh, khi hỏi kỹ và tỉ mỉ, đều thấy những người được khám đó khai là thỉnh thoảng vẫn có cảm giác chi bị lạnh giá, thấy cảm giác tê buồn ở chi, chi dễ bị mỏi khi đi lại, dễ xuất hiện dấu hiệu kiến bò khi ngồi vắt hai chân bắt chéo lên nhau, v.v...



Hình 52

Theo ý kiến của chúng tôi, có lẽ những trường hợp mạch yếu hoặc mất mạch kể trên của chúng tôi là biểu hiện của một giai đoạn rất sớm trong sự phát triển bệnh viêm tắc động mạch mà chính bản thân bệnh nhân cũng không để ý tới. Rất tiếc là chúng tôi không có điều kiện theo dõi tiếp tục những người đã được khám và đã được phát hiện thấy dấu hiệu yếu mạch và mất mạch, do đó không thể kết luận được về hậu quả của nó gây ra sau này.

Chúng tôi không dám khẳng định, nhưng có lẽ, theo ý kiến chúng tôi, sở dĩ có một tỷ lệ cao của một số tác giả về mất mạch mu bàn chân và mất mạch chảy sau ở những người khỏe mạnh được khám rất

có thể do phương pháp khám chưa đúng, hoặc có dị dạng mạch máu ở chi hay một số người mập béo, động mạch nằm lẫn ở trong sâu, không sờ thấy được một cách dễ dàng.

c) Rối loạn dinh dưỡng ở chi bị bệnh, được biểu hiện ra bằng nhiều hình thức khác nhau dưới đây:

- Rối loạn tiết mồ hôi: chi bị bệnh không tiết mồ hôi (da khô) hoặc ngược lại, tăng tiết mồ hôi rõ rệt (bàn chân ướt đẫm).

- Móng tay chân mọc chậm và biến dạng, màu sắc thay đổi, trở nên thâm sẫm và mất bóng.

- Teo da, da khô và mỏng đi, lông rụng dần hết, mặt da trở nên bóng.

- Teo cơ cẳng chân và cuối cùng là cơ đùi.

- Loãng xương hoặc xương trở nên xốp.

- Loét dinh dưỡng thường xảy ra ở giai đoạn cuối của bệnh.

3. Để xác định bệnh được rõ rệt, chúng tôi cũng như nhiều tác giả khác đã áp dụng một số phương pháp cận lâm sàng sau đây:

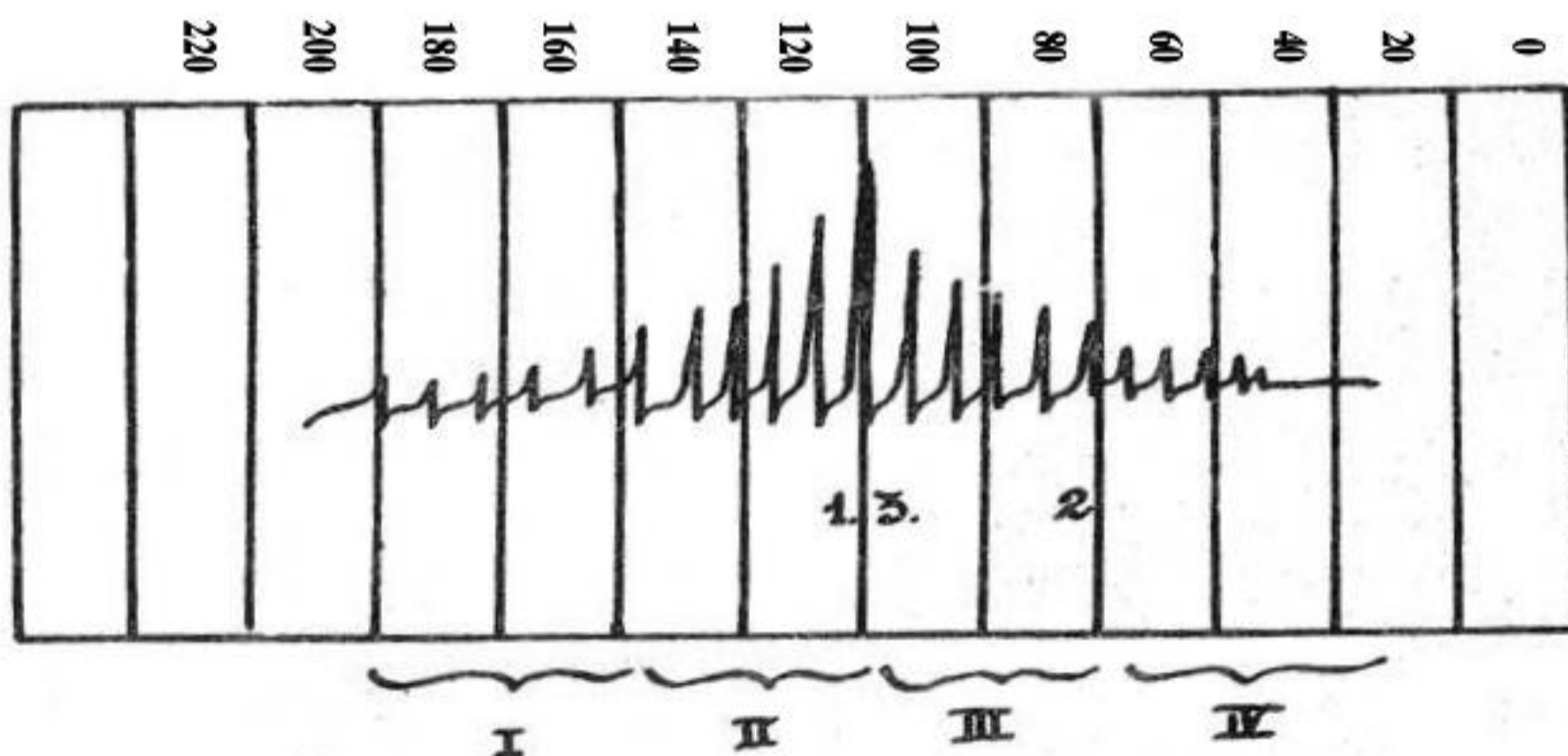
a) Đo dao động mạch: Đo dao động mạch là một phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, giúp ta đánh giá được mức độ tổn thương và chức năng của động mạch đang bị bệnh, đánh giá được trạng thái của tuần hoàn bàng hệ và định thái độ xử trí thích hợp. Nhờ phương pháp đo dao động mạch ta có thể phân biệt chẩn đoán được trạng thái tổn thương thực thể tắc nghẽn mạch và cơ năng (co thắt mạch) của các mạch máu.

Nhờ máy đo dao động mạch chúng tôi đo huyết áp tối đa, tối thiểu và trung bình của động mạch. Thành động mạch dao động nhiều nhất ở mức huyết áp trung bình. Dao động cao nhất của động mạch gọi là chỉ số dao động (I.O: index oscillométrique). I.O phụ thuộc vào độ nhạy của máy, khẩu kính của động mạch và trạng thái của thành mạch, v.v...

Ở người bình thường, trên băng ghi dao động mạch của chi trên hoặc chi dưới, ta có thể phân biệt được bốn thì (hay còn gọi là bốn pha) sau đây (*hình 53*):

- *Pha I*: làn sóng của pha I bắt đầu lên dần dần.
- *Pha II*: đưa vọt biên độ lên mạnh tới đỉnh tối đa.
- *Pha III*: hạ dần biên độ xuống thấp, từ đỉnh tối đa xuống đến điểm chuyển sang pha thứ tư.
- *Pha IV*: hạ biên độ xuống nhanh và mau.

Trên băng ghi dao động mạch ta có thể nhận thấy ba điểm gấp khúc sau đây:



Hình 53:

Băng ghi dao động mạch bình thường 4 pha (I, II, III, IV) và 3 điểm (1, 2, 3) ghi ở cẳng chân phải.

- *Điểm thứ nhất* là điểm cao nhất của pha I và pha II. Đó là điểm huyết áp tối đa.

- *Điểm thứ hai* là điểm tiếp giáp giữa pha II và pha IV. Đó là điểm huyết áp tối thiểu.

- *Điểm thứ ba* là chỗ có biên độ cao nhất. Đó là điểm huyết áp trung bình.

Pha đầu của dao động đồ tương ứng với lúc khẩu kính của động mạch bị đè bẹp kín hoàn toàn, và cũng là lúc áp suất trong máy đo cao hơn áp lực tối đa của động mạch. Những làn sóng nhỏ ghi trên dao động đồ ở pha I phản ánh các làn sóng đập của máu ở mức trên “măng sét” của máy đo trong thời kỳ tâm thu.

Sau đó, ta xả dần không khí từ trong “măng sét” ra để làm giảm bớt sự chèn ép động mạch, và như vậy, khẩu kính của động mạch dần dần được mở ra, máu bắt đầu chảy qua động mạch từng nhịp phút ở thì tâm thu. Cùng với mỗi nhịp phút như vậy, biên độ của các làn sóng trên dao động mạch cũng tăng lên theo, và nó tăng lên đến mức tối đa khi khẩu kính của động mạch đã mở rộng ra hết hoàn toàn. Thì này tương ứng với điểm gấp khúc thứ nhất của dao động mạch. Áp lực động mạch ở thì này được coi là áp lực tối đa hay còn gọi là áp lực tâm thu. Dựa trên tính chất của dao động mạch ở pha thứ nhất này, ta có thể đánh giá được sự đàn hồi của thành mạch.

Sau đó áp suất trong “măng sét” tiếp tục hạ xuống thấp, và các làn sóng dao động cũng tiếp tục nhanh chóng kéo dài ra cho tới khi áp lực trong “măng sét” và trong động mạch cân bằng nhau. Điểm có biên độ cao

nhất của làn sóng dao động mạch tương ứng với áp lực động mạch trung bình và điểm này nằm ở trong khoảng giữa pha II và pha III.

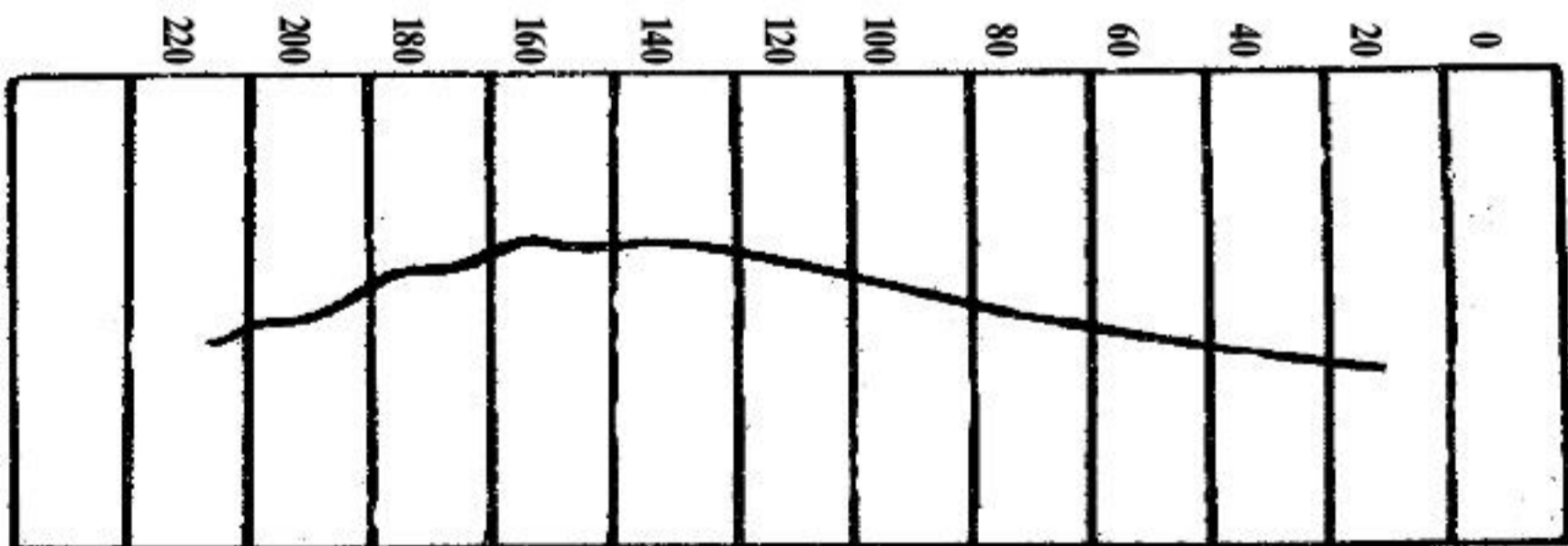
Áp suất trong “măng sét” tiếp tục hạ xuống thấp hơn áp suất trong động mạch và các làn sóng dao động mạch cũng càng ngày càng ngắn đi tương ứng với sự chênh lệch đó. Khi trương lực của thành mạch được phục hồi lại hoàn toàn thì các làn sóng dao động mạch cũng ngắn dần và cuối cùng nhỏ li ti. Chỗ đó tương ứng với điểm gấp khúc thứ hai trên dao động đồ, nó nằm ở trong khoảng giữa pha II và pha IV. Dựa vào các làn sóng dao động mạch của pha III có thể đánh giá được tình trạng của trương lực thành mạch: các làn sóng đó càng nhỏ bao nhiêu là càng chứng tỏ sự trương lực của thành mạch càng thấp bấy nhiêu.

Khi phân tích một băng ghi dao động mạch cần chú ý tới chỉ số dao động. Ở người khỏe mạnh bình thường, chỉ số dao động ở cánh tay đo được 15-25mm, cẳng chân 20-30mm; ở người bình thường, chỉ số dao động ở 1/3 trên cẳng chân cao hơn ở 1/3 dưới cẳng chân với tỷ lệ khoảng 3 : 2.

Các răng của biểu đồ dao động mạch là kết quả thể hiện làn sóng đập của động mạch mạnh hay yếu, trương lực và tính chất đàn hồi của thành mạch cao hay thấp. Tuy vậy, khi những răng đó nhỏ, cũng không có nghĩa là mạch máu đã tắc tịt hoàn toàn, mà phải hiểu rằng, khi các mạch máu lớn bị viêm tắc thì các mạch tuần hoàn bên (hay còn gọi là tuần hoàn bàng hệ) giãn nở ra để bù trừ. Máu trong các mạch máu bàng hệ đổ dồn về phía phần động mạch ở dưới chỗ bị tắc và từ đó chảy vào các

nhánh chia của nó. Máu trong các động mạch ở dưới chỗ tắc lưu thông một cách im lìm, không có các làn sóng dao động, do đó không có gì thể hiện trên băng ghi dao động mạch. Nếu có các răng nhỏ li ti ghi được trên băng ghi dao động mạch thì ta có thể nghĩ rằng đó là sự thể hiện của làn sóng đập vào trong các mạch tuần hoàn bàng hệ chứ không phải của động mạch chính.

Điều đó giải thích được hiện tượng, tại sao khi tuần hoàn phát triển tốt, phần chi ở dưới chỗ bị tắc nghẽn được phân bố máu nuôi dưỡng đầy đủ, mà trên băng ghi dao động mạch lại chỉ kẻ một đường thẳng hay một đường với những răng nhỏ li ti (hình 54). Điều đó cũng chứng minh rằng, tại sao ta gặp không hiếm các trường hợp, khi trên băng ghi dao động mạch thấy kẻ một đường thẳng hay một đường sóng gợn lăn tăn, mới nhìn, rất đáng sợ, nhưng người bệnh vẫn cảm thấy tương đối bình thường, không có gì nặng nề cả, và đặc biệt, khi khám thấy màu sắc da vẫn bình thường, nhiệt độ da vẫn ấm và các dấu hiệu rối loạn dinh dưỡng cũng không có gì đáng sợ.



Hình 54:
Băng ghi dao động mạch ở cẳng chân trái bị viêm tắc động mạch.

Từ đó, chúng tôi rút ra một kinh nghiệm là, phải kết hợp ghi dao động mạch với bệnh cảnh lâm sàng, nhất là phân tích rõ về sự tiến triển của bệnh qua các thời kỳ, mới có thể đánh giá được đúng mức tình trạng nặng nhẹ của bệnh nhân, tận dụng được hết kết quả băng ghi dao động mạch và khả năng của nó đối với vấn đề chẩn đoán bệnh cũng như kiểm tra chức năng của động mạch trước và sau khi mổ.

b) Chụp X quang động mạch cản quang các mạch máu: Cách đây không lâu, khoảng trên dưới 20 năm, người ta rất dè dặt trong việc dùng phương pháp chụp X quang cản quang các mạch máu để chẩn đoán bệnh viêm tắc động mạch vì cho rằng sau khi chụp, các mạch máu có thể bị co thắt hoặc bị tắc nghẽn, gây hoại tử và hoại thư chi, nhiều khi phải cưa cụt chi. Lý do chính của sự dè dặt ấy có lẽ là trong thời kỳ đó chưa có các thuốc cản quang tốt để chụp.

Hiện nay, chúng ta có nhiều loại thuốc cản quang, chất lượng tốt, ít gây tai biến cho người bệnh, thêm vào đó, qua kinh nghiệm chụp cho hàng nghìn bệnh nhân nói chung và trên 100 trường hợp chụp cho các bệnh nhân mắc bệnh viêm tắc động mạch của chúng tôi nói riêng, chúng tôi nhận thấy rằng phương pháp chụp X quang cản quang các động mạch đã cung cấp được cơ sở để xác định chẩn đoán và quyết định phương pháp điều trị ngoại khoa thích hợp.

Nói chung, cần phải kết hợp chặt chẽ giữa kết quả khám lâm sàng và các phương pháp khám cận lâm sàng để đánh giá đúng mức tình trạng của bệnh nhân, chẩn đoán chính xác bệnh và có hướng điều trị đúng.

C. CÁC GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG

Bệnh viêm tắc động mạch thường bắt đầu bằng một giai đoạn im lìm, không có một dấu hiệu lâm sàng nào thể hiện ra rõ rệt. Giai đoạn này thường được nhiều tác giả gọi là *giai đoạn sớm của bệnh*. Quá trình tiến triển không triệu chứng của bệnh có thể giải thích như sau: trong thời kỳ động mạch bị viêm tắc đồng thời với sự lấp kín dần khẩu kính của động mạch lớn bởi cục máu đông (thrombus), các động mạch bàng hệ bắt đầu phát triển mạnh và mở rộng. Trong một số trường hợp hệ thống tuần hoàn bàng hệ phát triển tốt tới mức có thể đảm bảo nuôi dưỡng được toàn bộ phần cơ thể ở dưới chỗ bị viêm tắc. Những động mạch bàng hệ đó thường là:

- Các động mạch nông của da, lớp dưới da, của cân và của các động mạch đi song song với các tĩnh mạch dưới da (A. Akilova).

- Các động mạch nhỏ ở thành mạch (vasa vasorum).

- Các động mạch của các dây thần kinh (V.P. Courcovski, V. Kolesnicóp...).

- Các nhánh động mạch chảy vào nuôi dưỡng các cơ (V. Ghinsbourg v.v...).

Các động mạch bàng hệ này có các mạng nhỏ nối với nhau. Quá trình tiến triển tắc nghẽn của động mạch lớn càng xảy ra chậm bao nhiêu thì hệ thống tuần hoàn bàng hệ càng phát triển đầy đủ bấy nhiêu, thời gian đảm bảo nuôi dưỡng chi ở dưới chỗ tắc nghẽn càng kéo dài bấy nhiêu.

Khi quá trình viêm tắc lan rộng tới một số lớn các động mạch nhỏ cũng là lúc bắt đầu xuất hiện các dấu

hiệu lâm sàng của bệnh như triệu chứng đau, lạnh buốt bàn chân, rối loạn dinh dưỡng ở da, đi cà nhắc, v.v... Đại đa số các tác giả gọi giai đoạn có triệu chứng này là *giai đoạn đầu hay giai đoạn của bệnh*.

1. J.P.F. Shapôvalốp chia sự tiến triển lâm sàng của bệnh làm 6 giai đoạn sau đây:

Giai đoạn I: Giai đoạn này gồm các triệu chứng sau đây: lạnh buốt bàn chân khi trời ấm, cảm giác nặng nề ở chi, có cảm giác hơi rát và như kim châm nhẹ ở chân, v.v... Màu sắc da tái nhợt ở đầu chi thường chuyển thành màu hồng đỏ.

Giai đoạn II: Trong giai đoạn này, thấy xuất hiện dấu hiệu “đi cách hồi” là một dấu hiệu điển hình của bệnh, có cảm giác nặng nề ở cẳng chân, cảm giác tê dại ở đầu chi tăng; màu sắc da trở nên tím tái; xuất hiện các dấu hiệu rối loạn dinh dưỡng như tăng chảy mồ hôi tay, chân, móng tay giòn và tăng sừng hóa, v.v...

Giai đoạn III: Dấu hiệu “đi cách hồi” xảy ra mau hơn và bệnh nhân phải ngồi lâu hơn mới đứng dậy đi tiếp được. Teo cơ cẳng chân. Đau nhức các ngón chân và bàn chân cả trong khi bệnh nhân nghỉ ngơi. Rối loạn dinh dưỡng tăng lên rõ rệt: da trở nên mỏng, rụng lông chân, ở ngón chân thấy xuất hiện các vết rạn nứt, da ở giữa các ngón có màu tím rõ rệt.

Giai đoạn IV: Chi bị bệnh mỗi như, đau nhức, bệnh nhân chỉ đi được chừng 40-50 bước lại phải dừng lại. Sự teo cơ cẳng chân tiến triển mạnh. Ở đầu ngón chân và các kẽ chân xuất hiện những ổ loét dinh dưỡng nhỏ. Da bàn chân bong và có màu sắc như đồng đỏ. Các ổ loét rất khó lành khỏi.

Giai đoạn V: Xuất hiện ở một ổ loét dinh dưỡng lớn hơn, rất đau, ở một ngón chân nào đó trong số các ngón bị bệnh phù lan đến mu bàn chân. Da khô và các móng chân bị biến dạng. Đau nhức dữ dội ở các ngón chân làm cho bệnh nhân mất ngủ, đau không chịu nổi, không đi nổi một vài bước. Bệnh nhân gầy ốm rất nhanh.

Giai đoạn VI: Xuất hiện hoại thư ở phần đầu chi bị bệnh - một biểu hiện chứng tỏ bệnh đã chuyển sang giai đoạn không hồi phục với quá trình hoại tử lan rộng, đôi khi có kèm theo các triệu chứng nhiễm trùng huyết. Khác với các giai đoạn trước, ở trong giai đoạn này chỉ có một biện pháp là phải cưa chi mới hy vọng cứu sống được người bệnh.

2. F.M. Lambert chia sự tiến triển của bệnh viêm tắc động mạch năm giai đoạn hay còn gọi là năm pha sau đây:

Pha I:

- Xuất hiện dấu hiệu “đi cách hồi”.

- Rối loạn vận mạch ở phần chi nằm dưới chỗ viêm tắc động mạch: tím tái chi, rối loạn dinh dưỡng.

Pha II: Đau khi nghỉ ngơi, đau nhiều ban đêm, tê dại chi.

Pha III: Xuất hiện loét dinh dưỡng, rạn nứt ở các ngón chân và các dấu hiệu hoại tử khác.

Pha IV: Xuất hiện hoại tử các ngón chân.

Pha V: Quá trình hoại tử chi lan rộng ra tới bàn chân và các ngón khác.

3. A. Kazon Jaroshevic phân chia sự tiến triển của bệnh viêm tắc động mạch làm ba pha sau đây:

Pha I: Pha I là pha rối loạn chức năng của mạch máu, sự co thắt mạch xảy ra liên tục.

Pha II: Pha II là pha có những sự biến đổi rõ rệt về thần kinh, biểu hiện ra bằng triệu chứng đau, và sự tắc nghẽn các mạch máu bàng hệ, cuối cùng, tắc nghẽn các mạch máu lớn.

Pha III: Pha III là pha hoại tử phần chi dưới chỗ bị viêm tắc.

4. Đại đa số các tác giả kể trên và các tác giả khác đều cho rằng trong bệnh viêm tắc động mạch triệu chứng đau là dấu hiệu cơ bản, là sợi chỉ đỏ nổi bật trong bối cảnh lâm sàng của bệnh này. Chính triệu chứng đau đã ngày đêm hành hạ người bệnh, làm cho người bệnh mất ăn mất ngủ, thậm chí còn làm cho một số người bệnh trở nên những người bị rối loạn tâm thần.

Tuy vậy, cần phải phân tích rõ ràng để đánh giá và xác định đúng tính chất của triệu chứng đau, vì thực tế, nhiều bệnh khác ở chi cũng có triệu chứng đau mà không có liên quan gì đến sự tổn thương các mạch máu. Ví dụ: đau do bệnh ở xương, ở khớp và đau do viêm các dây thần kinh ngoại biên, v.v...

Chính vì vậy mà Collins và Vêlenski đã nêu lên một số câu hỏi về triệu chứng đau trong bệnh viêm tắc động mạch cho bệnh nhân trả lời, trên cơ sở đó phân tích đánh giá tính chất của triệu chứng đau để chẩn đoán bệnh chính xác hơn, vì thực tế, nhiều bệnh khác

ở chi cũng có triệu chứng đau mà không có liên quan gì đến sự tổn thương các mạch máu. Ví dụ: đau do bệnh ở xương, ở khớp và đau do viêm các dây thần kinh ngoại biên, v.v...

Dưới đây chúng tôi xin nêu lên những câu hỏi do Collins và Vêlenski đặt ra để phân biệt triệu chứng đau trong bệnh viêm tắc động mạch và trong các bệnh khác:

- *Đau ở đâu:* ở các ngón chân, ở bàn chân, ở gót chân, ở khớp gối hay ở khớp háng.

- *Đau khi nào:* ngày, đêm, khi đi lại, khi nghỉ ngơi, khi lên thang gác, khi leo núi.

- *Mức độ đau:* đau nhẹ, đau còn chịu được, đau dữ dội.

- *Tính chất đau:* đau âm ỉ, đau nhói, đau như chuột rút ở bắp cẳng chân.

- *Đêm bệnh nhân có phải tỉnh giấc* vì đau hay không?

- *Đứng lại có hết đau không* và phải đứng lại thời gian bao lâu mới hết đau?

Trong bệnh viêm tắc động mạch, thường thấy bệnh nhân than đau ở bàn chân và các ngón chân. Khi bệnh tiến triển, đau có thể lan lên tới đầu gối và tới các cơ bắp cẳng chân. Ở đây, đau có tính chất giống chuột rút. Rất hiếm khi đau lên tới khớp háng. Lúc đầu, đau chỉ xuất hiện khi đi lại, khi leo núi và khi chi dưới phải làm việc trong lúc nghỉ ngơi. Đau lúc nghỉ ngơi là biểu hiện của sự rối loạn tuần hoàn nặng ở chi dưới. Đau tăng lên ban đêm cũng là một đặc điểm của triệu chứng đau trong bệnh viêm tắc động mạch. Trong một số trường hợp, triệu chứng đau mất đi khi nghỉ ngơi và lại xuất hiện vào ban đêm. Đang đi, xuất hiện triệu

chúng đau, phải dừng lại mới hết đau cũng là một đặc điểm của bệnh viêm tắc động mạch mà ta thường gọi là “đi cách hồi” như đã kể ở trên. Thời gian dừng lại tới lúc hết đau càng dài bao nhiêu, càng chứng tỏ bệnh nặng lên bấy nhiêu.

Ở giai đoạn muộn, chân đau nhức như bị đốt bởi một chiếc đinh nung đỏ, bệnh nhân phải ngồi suốt ngày đêm này qua ngày đêm khác, lấy hai tay ôm ghì đầu gối vào người. Lúc đó không một thuốc giảm đau nào, kể cả mocphin, dolacgan, v.v... cũng không làm giảm được đau đớn cho bệnh nhân.

Ngoài dấu hiệu đau, các triệu chứng khác như giá lạnh chi, thay đổi màu sắc da, loét dinh dưỡng, v.v... cũng đều có một vị trí nhất định trong mỗi giai đoạn phát triển của bệnh.

5. Một số tác giả khác như Edgar và Allen ở bệnh viện của Mayo đã đề xuất ra nhiều bảng phân loại bệnh viêm tắc động mạch. Dưới đây là *bảng phân loại tương đối đầy đủ nhất của các tác giả này*:

Thể I: Thể tiến triển chậm. Trong thể này thấy có các triệu chứng nổi bật sau đây: giá lạnh chi, đi cách hồi, tái nhợt da khi nhắc chi lên cao, đỏ rục chi bất bình thường khi hạ chi xuống thấp, dễ mệt mỏi chi.

Thể II: Thể trầm lặng. Trong thể này, các dấu hiệu lâm sàng rất nghèo nàn, chỉ thấy một vài dấu hiệu rối loạn dinh dưỡng như da khô, móng chân thay đổi.

Thể III: Thể bù trừ. Là thể trung gian giữa thể I và thể II. Đau vừa phải, loét dinh dưỡng nông, có thể tự lành trong vòng 6 đến 12 tháng.

Thể IV: Thể tiến triển cấp tính. Đau dữ dội lúc nghỉ ngơi, sốt, bạch cầu cao, viêm bạch mạch ở chi, phù, hoại tử và hoại thư chi, không tránh khỏi phải cụt chi.

Thể V: Thể hoại thư tiến triển. Không đau khi nghỉ ngơi.

Thể VI: Thể viêm tĩnh mạch tiên phát. Trong thể này trước nhất xuất hiện viêm tĩnh mạch nông và sâu, vài năm sau mới xuất hiện các dấu hiệu khác của bệnh viêm tắc động mạch.

Thể VII: Thể khu trú. Trong thể này các triệu chứng của viêm tắc động mạch chỉ khu trú ở một ngón chân, hiếm khi lan sang các ngón khác và lên bàn chân.

Thể VIII: Thể rối loạn vận mạch. Rất giống bệnh Raynaud, đôi khi có kèm theo viêm tĩnh mạch nông.

Thể IX: Thể viêm tắc động mạch có kèm theo xơ mỡ động mạch. Thể này thường gặp ở người già, chụp các mạch máu thấy thành mạch máu có đóng vôi. Đau dữ dội, viêm quanh vùng hoại tử ở chi.

Thể X: Thể đau dữ dội. Không có thuốc gì làm giảm được đau đớn. Không có loét dinh dưỡng.

Thể XI: Thể tắc mạch đột ngột. Thể này có thể xuất hiện trên cơ sở đã có những dấu hiệu khác của bệnh viêm tắc động mạch.

Bảng phân loại kể trên của Edgar và Allen rất rườm rà và đôi khi còn lẫn lộn với một vài bệnh khác, ví dụ thể VI của Edgar và Allen đã được nhiều tác giả diễn tả và coi đó là bệnh Buerger, thể VIII được nhiều tác giả diễn tả và coi đó là bệnh Raynaud, v.v...

6. Năm 1958, V. A. Kulianisa đã nêu lên một bảng phân loại gồm có 5 thể tiến triển lâm sàng sau đây:

Thể I: Thể tiến triển bù trừ. Trong thể này chỉ có một vài dấu hiệu: lâm sàng nhẹ như giá lạnh chi, dễ mỏi chi.

Thể II: Thể tiến triển từ từ. Bắt đầu bằng các triệu chứng nhẹ, sau thêm các dấu hiệu đi cách hồi, rối loạn dinh dưỡng, v.v..., thường chưa ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt và lao động của bệnh nhân.

Thể III: Thể tiến triển cấp tính. Trên nền tiến triển nhẹ, lặng lẽ, bệnh đột nhiên nặng lên, đau dữ dội với các dấu hiệu điển hình của bệnh như thay đổi màu sắc da, đi cà nhắc, đau ban đêm, đau trong lúc nghỉ ngơi, loét dinh dưỡng, v.v...

Thể IV: Thể tiến triển chậm. Tình trạng chung của bệnh nhân càng ngày càng xấu đi, các triệu chứng của bệnh viêm tắc động mạch tiếp theo nhau xuất hiện dần dần và càng ngày càng tăng, càng nặng lên. Xuất hiện ổ loét dinh dưỡng không bao giờ lành và bệnh nhân cảm thấy đây là trung tâm của sự đau đớn dày vò họ.

Thể V: Thể tiến triển cấp tính mạch. Các dấu hiệu lâm sàng của bệnh xuất hiện rất nhanh và rất nặng, dẫn tới hoại thư sớm ở chi bệnh.

7. A.V. Bondarchuk nêu lên 3 thể tiến triển lâm sàng của bệnh viêm tắc động mạch sau đây:

Thể I: Thể tiến triển khu trú. Bệnh chỉ khu trú ở một chi trong nhiều năm. Theo tác giả, thể này chiếm 8% tất cả các trường hợp viêm tắc động mạch.

Thể II: Thể toàn thể. Thể này bắt đầu ở hai chi dưới, sau lan tới mạch máu của các cơ quan bộ phận trong cơ thể với các dấu hiệu giống bệnh cao huyết áp, loét dạ dày - tá tràng, xơ mỡ động mạch, v.v... Theo tác giả, loại này chiếm 90% tất cả các trường hợp.

Thể III: Thể tiến triển ác tính. Bệnh tiến triển từ chi nọ qua chi kia cách nhau bằng các khoảng thời gian rất ngắn và tiến tới hoại thư chi rất nhanh. Thể này chiếm 2% các trường hợp và chủ yếu là ở những bệnh nhân trẻ tuổi (từ 18 đến 25 tuổi).

8. Một số các tác giả Liên Xô đã chia sự tiến triển lâm sàng của bệnh viêm tắc động mạch làm ba thể sau đây:

- *Theo M. Kirie:*

1. Thể thần kinh.
2. Thể tắc mạch.
3. Thể xơ cứng mạch.

- *Theo P. Sarphic:*

1. Thể xơ cứng mạch.
2. Thể co thắt mạch.
3. Thể nhiễm trùng - nhiễm độc.

- *Theo N. Elanxki:*

1. Thể co thắt mạch.
2. Thể viêm tắc mạch.
3. Thể xơ cứng mạch.

- *Theo A. Perhin, Z. Túcôchinxkaia* (ngược lại với N. Elanxki):

1. Thể xơ cứng mạch.

2. Thể viêm tắc mạch.

3. Thể co thắt mạch.

Tóm lại có rất nhiều bảng phân loại nói về bệnh viêm tắc động mạch, về các thể lâm sàng và các giai đoạn tiến triển của nó. Đại đa số các tác giả kể trên đều hướng kiến thức, kinh nghiệm và quan điểm của mình vào một số điểm sau đây:

- Bệnh tiến triển im lìm với một bệnh cảnh lâm sàng nghèo nàn, kéo dài.

- Bệnh tiến triển mạnh và nhanh cấp tính, đôi khi có tính chất bùng phát với đầy đủ các triệu chứng điển hình của bệnh viêm tắc động mạch.

- Bệnh ngừng tiến triển ở một giai đoạn mất bù trừ tuần hoàn nhất định nào đó.

Đại đa số các trường hợp viêm tắc động mạch, nếu không được điều trị tích cực, đều dẫn tới một bệnh cảnh lâm sàng bi thảm cho người bệnh là hoại tử và hoại thư tiến triển ở chi bị bệnh.

9. Dựa vào kinh nghiệm thăm khám lâm sàng và kết quả điều trị cho 97 bệnh nhân, trong đó có 76 bệnh nhân được chữa trị bằng mổ xẻ cùng với những tổn thương tìm thấy trong khi tiến hành phẫu thuật và những kết quả giải phẫu bệnh lý, **chúng tôi chia quá trình tiến triển của bệnh viêm tắc động mạch làm ba giai đoạn tương ứng với ba thể lâm sàng - phẫu thuật giải phẫu bệnh lý sau đây:**

- Giai đoạn rối loạn cơ năng ứng với thể co thắt động mạch.

- Giai đoạn rối loạn dinh dưỡng ứng với thể xơ cứng mạch.

- Giai đoạn hoại tử và hoại thư tương ứng với thể tắc nghẽn mạch.

Ba giai đoạn và ba thể tiến triển kể trên là ba quá trình phát triển liên tiếp theo nhau của bệnh viêm tắc động mạch mà giai đoạn rối loạn cơ năng là giai đoạn bắt đầu và giai đoạn hoại thư là giai đoạn kết thúc của bệnh.

a) *Giai đoạn rối loạn cơ năng*: Giai đoạn này tương ứng với thể co thắt động mạch.

Trong giai đoạn này chủ yếu thấy xuất hiện các triệu chứng cơ năng như:

- Tê lạnh chi, nhiệt độ chi lạnh.

- Đau ở bắp cẳng chân khi đi nhanh và khi làm việc gắng sức. Dấu hiệu “đi cách hồi” ở mức độ nhẹ: thời gian đi lại và thời gian nghỉ ngắn. Đau có thể lan xuống bàn chân và các ngón chân. Đôi khi thấy hiện tượng này ngược lại: đau từ các ngón chân trước, sau đó lan lên bàn chân và bắp cẳng chân.

- Màu sắc da ở chi trở nên trắng bệch, khi sưởi ấm hoặc ngâm nước nóng thấy có phản ứng: trở nên tím tái hoặc sung huyết đỏ ửng. Dấu hiệu Buerger dương tính: Bấm vào móng tay thấy dấu hiệu trắng bệch kéo dài.

- Mạch mu bàn chân sờ thấy yếu hoặc đôi khi không sờ thấy vì động mạch bị co thắt.

- Trên bảng ghi dao động mạch thấy biên độ dao động giảm xuống rõ rệt, nhưng không mất hẳn.

Tất cả các dấu hiệu cơ năng kể trên đều là biểu hiện của hiện tượng co thắt động mạch không thường xuyên

và còn có khả năng hồi phục lại được nên điều trị sớm và tích cực.

b) Giai đoạn rối loạn dinh dưỡng: Giai đoạn này tương ứng với thể xơ cứng mạch.

Ở giai đoạn này có các dấu hiệu sau đây:

- Đau tăng lên cả lúc đi và nghỉ, đau cả ban đêm làm cho bệnh nhân mất ngủ. Dấu hiệu “đi cách hồi” ở mức độ nặng hơn: thời gian đi rút ngắn lại và thời gian nghỉ kéo dài ra. Khi đau nhiều, bệnh nhân ưa ngồi bồng thông chân xuống vì tư thế đó triệu chứng đau giảm hẳn. Theo Oppel: ở tư thế bồng thông chân, tuần hoàn tĩnh mạch bị ứ trệ, thời gian trao đổi khi ở các tổ chức kéo dài hơn, do đó đỡ đau hơn. Một số tác giả cho rằng, ở tư thế ngồi bồng thông chân, máu động mạch xuống dễ hơn, chi được nuôi dưỡng tốt hơn, do đó bớt đau đớn hơn.

- Xuất hiện các dấu hiệu rối loạn dinh dưỡng dưới hình thức:

- * da khô
- * da móng chân dày ra và bị đỏ lên vì viêm và mưng mủ.
- * xuất hiện ổ loét dinh dưỡng - một ổ loét ướt - rất đau, khẽ chạm vào cũng đau dữ dội. Ngón chân bị phù nề, sung huyết.

- Trên băng ghi dao động mạch thấy biên độ dao động giảm xuống rõ rệt.

- Mạch mu bàn chân và mạch sau bị mất hẳn.

c) Giai đoạn hoại tử và hoại thư: Giai đoạn này tương ứng với thể tắc nghẽn mạch. Các triệu chứng

trong giai đoạn này thể hiện rõ sự tắc nghẽn hoàn toàn các động mạch bị viêm. Ở hai giai đoạn trên đã bắt đầu có hiện tượng tắc mạch, nhưng chỉ là tắc mạch không hoàn toàn, do đó máu vẫn còn tiếp tục chảy qua được các động mạch đó để nuôi phần chi ở dưới chỗ bị viêm. Thời gian tắc mạch không hoàn toàn càng kéo dài bao nhiêu thì càng tạo điều kiện tốt cho sự phát triển tuần hoàn bàng hệ ở chi bị bệnh bấy nhiêu và càng làm cho giai đoạn hoại tử, hoại thư chậm phát triển bấy nhiêu. Những triệu chứng của giai đoạn hoại tử, hoại thư là:

- Đau trở nên thường xuyên và không thể chịu đựng được. Bệnh nhân phải ngồi ôm chân suốt ngày đêm. Thuốc giảm đau chỉ có tác dụng làm dịu đau đớn tạm thời trong một vài giờ, hoặc đôi khi, trong vài chục phút mà thôi, do đó bệnh nhân thường phải uống hay tiêm thuốc giảm đau liên tục.

- Ổ loét dinh dưỡng bản và ở đáy có tổ chức hoại tử.

- Phù nề và tím tái lan lên đến bàn chân và cao hơn, có các mảng da bị hoại tử và có màu đen.

- Đại đa số các trường hợp có hoại thư khô ở các ngón chân, hoặc đôi khi cả nửa bàn chân. Những đốt, ngón bị hoại thư làm rụng đi, để lại mồm cụt loét ứ đọng không bao giờ lành.

- Mạch mu bàn chân, mạch khoeo, và đôi khi mạch bẹn bị mất hoàn toàn. Động mạch sờ thấy như một sợi dây thừng.

- Trên bảng ghi dao động mạch ngang mức động mạch bị viêm tắc thấy một đường kẻ thẳng đẳng điện.

Sự tiến triển của bệnh viêm tắc động mạch thường theo chu kỳ (qua sự theo dõi điều trị của chúng tôi):

- Nghỉ ngơi và điều trị tích cực: bệnh giảm.
- Bị lạnh, bị thương, hút thuốc: bệnh lại tăng, v.v...

Cứ như vậy, thời gian trôi qua, giai đoạn dịu bệnh rút ngắn lại và giai đoạn bệnh tăng kéo dài ra, dai dẳng và không phục hồi, thậm chí, trong một số lớn trường hợp, phải cưa cụt chi. Sau khi cưa cụt chi, bệnh có thể tiến triển lên đoạn chi cao hơn hoặc có thể chuyển sang bên chi lành.

D. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN BIỆT CHẨN ĐOÁN BỆNH VIÊM TẮC ĐỘNG MẠCH

1. Chẩn đoán

Chẩn đoán bệnh viêm tắc động mạch chủ yếu dựa vào sự tiến triển của bệnh qua các thời kỳ, biểu hiện ra bằng những dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng và dựa vào kết quả của một số phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng quan trọng.

Ngoài bệnh cảnh lâm sàng của bệnh viêm tắc động mạch đã được kể ở trên, các phương pháp thăm khám cận lâm sàng sau đây đã đóng góp một phần lớn và quan trọng trong việc xác định chẩn đoán bệnh, phân biệt chẩn đoán bệnh, để định hướng điều trị tương ứng và thích hợp cho người bệnh.

a) Ghi dao động mạch: Ở những đoạn động mạch bị tổn thương, trên băng ghi dao động mạch thấy có những biến đổi rõ rệt: làn sóng dao động mạch bị giảm rõ rệt, thậm chí mất hoàn toàn ở trên những đoạn

động mạch bị viêm tắc. Dựa trên kết quả ghi dao động mạch, ta có thể đánh giá được mức đo co giãn, đàn hồi của thành mạch.

Phương pháp ghi dao động mạch có nhiều giá trị chẩn đoán ở giai đoạn II và giai đoạn III của bệnh. Ở giai đoạn I chưa thấy có nhiều biến đổi trên băng ghi dao động mạch, nhất là trong thời kỳ ổn định, khi sự co thắt mạch hầu như đã biến mất tạm thời.

Ở giai đoạn II của bệnh, biên độ của làn sóng dao động mạch giảm hẳn xuống rõ rệt so với băng ghi dao động mạch bình thường.

Trong giai đoạn III, trên băng ghi dao động mạch ở mức ngang với các động mạch bị viêm tắc, thấy kẻ một đường thẳng đẳng điện. Các làn sóng dao động mạch đã biến mất hoàn toàn.

b) Phương pháp ghi sức cản dòng điện sinh vật của thành mạch (réovasographie): Phương pháp này do V.A. Karêlin và F.G. Sushcô sáng tạo ra, nhạy cảm hơn phương pháp ghi dao động mạch, nhưng nó khá phức tạp.

Các tổ chức của cơ thể có một sức cản nhất định đối với dòng điện sinh vật, sức cản này biến đổi theo qui luật trong mỗi làn sóng của mạch, gây ra một dao động điện thế. Dao động này được tăng lên và ghi lại trên phim ảnh của máy ghi điện tim.

Do sự phức tạp về kỹ thuật nên phương pháp này không được áp dụng rộng rãi như phương pháp ghi dao động mạch kể trên.

c) Chụp động mạch cản quang: Phương pháp chụp X quang cản quang các động mạch có giá trị chẩn đoán cao nhất.

Trên phim X quang có thể thấy rõ mức độ tắc nghẽn mạch để có hướng điều trị thích hợp. Phương pháp chụp động mạch sẽ được trình bày tỉ mỉ ở chương dưới.

d) Phương pháp soi mao mạch (capillaroscopie) không có nhiều giá trị định bệnh, do đó ít được áp dụng trong việc chẩn đoán bệnh viêm tắc động mạch.

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt chẩn đoán bệnh viêm tắc động mạch với một số bệnh thường gặp và cũng có một số triệu chứng giống như bệnh viêm tắc động mạch dưới đây:

a) Hoại thư chi trong bệnh đái tháo đường: Hoại thư chi trong bệnh đái tháo đường có một số đặc điểm sau đây:

- Thường thấy ổ hoại thư khu trú ở mặt gan bàn chân hay ở gót chân.

- Bệnh thường phát sinh ra ở người già và người lớn tuổi.

- Đường huyết tăng rõ rệt hoặc đã có một tiền sử rõ rệt về bệnh đái tháo đường.

- Không có triệu chứng đau với tính chất ác liệt, dữ dội, không thể chịu đựng nổi như trong bệnh viêm tắc động mạch.

- Không có dấu hiệu “đi cách hồi”.

b) Xơ mỡ động mạch: Giai đoạn rối loạn dinh dưỡng với thể xơ mỡ động mạch thường có các triệu chứng và dấu hiệu rất giống như triệu chứng và dấu hiệu của bệnh viêm tắc động mạch.

Bệnh xơ mỡ động mạch thường gặp ở những người trên 45 tuổi và có một số đặc điểm sau đây:

- Đa số bệnh nhân có huyết áp cao.
- Tỷ lệ cholestérol trong máu tăng (quá 280mg %).
- Triệu chứng đau không điển hình, chủ yếu thấy đau xuất hiện khi làm việc lao động gắng sức.
- Đối với chi dưới, khi chụp X quang cản quang các động mạch, thường thấy tổn thương ở động mạch đùi nhiều hơn ở bàn chân, ngược lại, trong bệnh viêm tắc động mạch, các tổn thương và biến đổi thường thấy ở bàn chân nhiều hơn ở động mạch đùi.
- Trong bệnh viêm tắc động mạch, bệnh thường tiến triển từ từ theo từng giai đoạn, hiện tượng tắc nghẽn không xảy ra đột ngột như trong bệnh xơ mỡ động mạch do mảng vữa (masse athéromateuse) bong ra, chảy theo dòng máu động mạch và làm tắc động mạch đột xuất và chớp nhoáng ở một bệnh nhân trước đó vẫn được coi như bình thường.

Trong trường hợp tắc nghẽn mạch đột xuất do cục vữa, triệu chứng đau thường mang một tính chất rất đặc biệt: đang bình thường tự nhiên bệnh nhân thấy đau buốt và đau nhức dữ dội ở phần cơ thể nằm ở dưới chỗ bị tắc nghẽn, đa số các trường hợp thường xảy ra ở chi dưới. Sau đó, chi bị lạnh và thay đổi màu sắc rất nhanh, từ màu hồng chuyển sang màu trắng nhợt và cuối cùng trở nên tím tái. Đau lúc ban đầu có tính chất dữ dội, sau cũng dần dịu đi, chuyển sang cảm giác tê dại và cuối cùng, mất hẳn cảm giác hoàn toàn tương ứng với giai đoạn hoại tử và hoại thư chi.

Dưới đây là bản tóm tắt một bệnh án đặc biệt đã được chúng tôi theo dõi:

Bệnh án số 2249: Bệnh nhân Ng. V. H. 53 tuổi được chuyển tới bệnh viện tháng 10-1977 với chẩn đoán liệt chi dưới kèm theo các dấu hiệu bước đầu của hoại tử chi. Bệnh nhân có tiền sử cao huyết áp từ năm 1974 (huyết áp 180/90, 170/90mm Hg). Một ngày trước khi được chuyển tới bệnh viện, đột nhiên bệnh nhân cảm thấy đau nhức nhối ở hai chi dưới, đau buốt chuyển nhanh sang trạng thái tê dại và cuối cùng dẫn tới mất cảm giác và liệt hai chi dưới.

Khám thấy bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt. Hai chi dưới, từ bẹn trở xuống, thấy màu sắc da biến đổi rõ rệt, nhợt bệch với nhiều đám da tím tái hoại tử. Nhiệt độ da lạnh, mất mạch bẹn cả hai bên.

Chụp X quang cản quang động mạch chủ bụng bằng phương pháp đưa một ống thông tim vào động mạch chủ qua động mạch cánh tay, thấy động mạch chủ bụng bị tắc nghẽn và bị phình ra ở mức trên nơi chia nhánh thành hai động mạch chậu chung.

Trong khi chuẩn bị mổ thì bệnh nhân lại bị hôn mê đột xuất. Nghi ngờ bệnh nhân bị tắc nghẽn động mạch não do cục nghẽn từ tim theo dòng máu động mạch chảy tới.

Quyết định không mổ vì tình trạng bệnh rất nặng.

Bệnh nhân chết 5 giờ sau khi bị hôn mê. Mổ tử thi kiểm tra thấy động mạch chủ bị xơ mỡ nặng với nhiều đám xơ vữa trên thành mạch. Quai động mạch chủ bị rạn nứt tạo thành một bọc máu tụ tách giữa thành mạch (anévrisme disséquant: phình mạch tách). Động mạch chủ bụng bị tắc nghẽn bởi một mảng vữa ở thành động mạch chủ bong ra và chảy tới.

c) *Tắc nghẽn động mạch lớn ngoại biên đột ngột do cục nghẽn từ các buồng tim bong ra và chảy tới gây tắc*: Trường hợp này thường xảy ra ở những bệnh nhân có các bệnh tim mạch phải như hẹp van hai lá, hẹp hở van hai lá, v.v... có huyết khối trong các buồng tim trái (thrombose endocavitaire) và cũng có thể xảy ra cả ở một số bệnh tim bẩm sinh tam chứng, tứ chứng Fallot, v.v... nhưng rất hiếm gặp.

Trong các trường hợp này, bệnh nhân thường có một tiền sử bệnh tim kéo dài, và biến chứng tắc nghẽn động mạch thường xảy ra rất đột ngột giống như tắc nghẽn động mạch do mảng vữa trong bệnh xơ mỡ động mạch như đã kể ở trên.

Dưới đây là một bệnh án đã được chúng tôi theo dõi:

Bệnh án số 3378: Bệnh nhân Võ. Kh. N. 29 tuổi chuyển tới bệnh viện tháng 3/1978 với chẩn đoán hoại thư hai chi dưới đang tiến triển.

Bệnh nhân có tiền sử hẹp hở van hai lá từ bao giờ không rõ. Đột nhiên, trong lúc đang làm việc ở một trường phổ thông, bệnh nhân bị đau buốt hai chi dưới, không thể bước đi được, cuối cùng cả hai chi dưới bị liệt, trở nên tím tái hoại tử.

Tại bệnh viện, bệnh nhân được chụp X quang động mạch chủ bụng cản quang và trên phim X quang phát hiện thấy động mạch chủ bụng dưới mức hai động mạch thận khoảng 2 cm bị tắc nghẽn.

Quyết định mổ cấp cứu, khi mổ kiểm tra thấy động mạch chủ bụng không đập. Mở động mạch chủ bụng lấy ra được một khối máu cục đen dài khoảng 10cm. Thỏi

máu cục này chiếm toàn bộ lòng trong của đoạn động mạch chủ bụng từ mức dưới hai động mạch thận trở xuống đến ngã ba chia nhánh thành động mạch chậu chung. Ngoài ra, còn rút từ động mạch chậu chung bên phải ra được một thỏi máu cục đen dài khoảng 4cm. Sau khi mổ, động mạch chủ và các động mạch chậu đập tốt, màu sắc chi dần dần hồng trở lại.

b) Bệnh Raynaud: Đây là một bệnh rối loạn dinh dưỡng thần kinh (trophonévrose) mà nội dung chính của nó là sự co thắt mạch. Bệnh Raynaud thường phát triển ở phụ nữ và thường xảy ra ở các động mạch của chi trên. Bệnh này có các dấu hiệu lâm sàng gần giống như các dấu hiệu của bệnh viêm tắc động mạch, nhưng không có các giai đoạn tiến triển rõ rệt như bệnh viêm tắc động mạch.

D. ĐIỀU TRỊ

Mục đích chính của việc điều trị bệnh viêm tắc động mạch là:

- Phục hồi lại sự hủy hoại tuần hoàn bằng cắt các cơn co thắt mạch, phòng chống các cơn co thắt mạch có thể xảy ra, làm giảm đau đớn cho người bệnh.

- Tăng tuần hoàn động mạch cho chi bị bệnh bằng cách tạo điều kiện tốt cho tuần hoàn bàng hệ phát triển, loại bỏ các yếu tố kích thích, ảnh hưởng đến sự tuần hoàn của chi.

- Đề phòng sự xuất hiện tổn thương ở da bàn chân như hoại tử, hoại thư, và nhất là ngăn ngừa sự nhiễm trùng ở bàn chân và các ngón chân.

Để đạt các mục đích kể trên, chúng tôi phân chia quá trình điều trị bệnh viêm tắc động mạch làm hai thời kỳ sau đây: Điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật.

* Điều trị bảo tồn

Chúng tôi tiến hành điều trị bảo tồn ở giai đoạn I là giai đoạn rối loạn cơ năng và ở đầu giai đoạn II là lúc bắt đầu có rối loạn dinh dưỡng. Đó là các giai đoạn và thời điểm mà những sự rối loạn dinh dưỡng còn khả năng hồi phục lại.

Trong thời kỳ này cần áp dụng các biện pháp tích cực sau đây:

- Nghỉ ngơi hoàn toàn trên giường bệnh, tránh đi lại và tránh mọi kích thích từ bên ngoài vào như bị lạnh, ẩm, v.v...

- Bỏ hút thuốc hoàn toàn.

- Cho bệnh nhân uống thuốc chống và cắt cơn co thắt mạch như Papaverin 0,02g; Pilocacpin 0,01g; Axêtylcôlin 0,2g, v.v... mỗi ngày 2 - 3 lần, mỗi lần một gói hoặc một viên của một trong ba thứ thuốc kể trên.

- Cho bệnh nhân uống hoặc tiêm thuốc chống đông máu để đề phòng sự hình thành cục máu đọng trong lòng động mạch bị viêm như Dicumarol 0,3g; Dicumarin 0,3g; Pelentan viên; Hêparin tiêm (1ml = 5000 đơn vị), v.v... mỗi ngày tiêm hoặc uống 2 - 3 lần một trong các thuốc kể trên có kiểm tra theo dõi bằng xét nghiệm tỷ lệ prothrombin hay ghi biểu đồ co cục máu.

Cho uống hoặc tiêm kháng sinh nếu xét thấy cần và nếu có đe dọa nhiễm trùng. Dùng các loại kháng

sinh có tác dụng rộng như pênixilin, streptomycin, ampixilin v.v...

- Tiêm dung dịch novocain 1% vào động mạch mỗi lần 10ml, mỗi ngày có thể tiêm 2 - 3 lần. Tiêm novocain vào động mạch có tác dụng làm giảm đau, làm tăng tuần hoàn và tăng nuôi dưỡng chi bị bệnh, đồng thời có tác dụng làm giảm hoặc cắt cơn co thắt mạch, đề phòng cơn co thắt mạch có thể xảy ra, novocain có tác dụng làm giãn thành mạch.

* Điều trị phẫu thuật

Ở bất cứ giai đoạn nào, nếu điều trị nội khoa bảo tồn một thời gian dài vẫn không đem lại kết quả, bệnh vẫn có chiều hướng tiến triển xấu đi, đều có thể chuyển sang phương pháp điều trị bằng phẫu thuật.

Có nhiều phương pháp điều trị bệnh viêm tắc động mạch bằng mổ xẻ.

1. Phương pháp mổ xẻ tác động lên thần kinh giao cảm

Phương pháp này thường được áp dụng ở giai đoạn I và đầu giai đoạn II của bệnh, khi hiện tượng co thắt mạch còn đóng một vai trò quan trọng trong bệnh cảnh lâm sàng của bệnh:

- *Cắt thần kinh giao cảm quanh động mạch.* Phương pháp này do Shannov V. và Leriche đề xuất ra từ năm 1919. Mất sự tác động trực tiếp của thần kinh giao cảm, thành mạch sẽ bị giãn ra và tình trạng co thắt mạch sẽ chấm dứt.

- *A.G. Môlôtkôp* đề ra phương pháp mổ cắt dây thần kinh dưới da ở chi bị bệnh. Theo tác giả, phương pháp

này cho kết quả tốt tới 76%. Thời gian theo dõi sau mổ của tác giả là từ 2 đến 15 năm trên tổng số 20% bệnh nhân đã được mổ theo phương pháp này.

- *Cắt hạch giao cảm thắt lưng ngang L2, L3, L4, P.A.* Ghersen đã tiến hành phương pháp này từ năm 1926 và nhận thấy từ 65% đến 85% bệnh nhân có kết quả tốt ngay sau khi mổ, và từ 50% đến 70% bệnh nhân có kết quả tốt lâu dài.

- *Phương pháp cắt hẳn động mạch* do Leriche đề xuất ra với mục đích phá vỡ vòng phản xạ, hiện nay ít được các tác giả áp dụng.

2. Phẫu thuật phục hồi hoàn toàn và gần hoàn toàn sự lưu thông của các mạch máu bị viêm tắc

- *Cắt bỏ nội mạc của động mạch.* Phương pháp này cho kết quả kém hơn các phương pháp bảo tồn khác kể trên vì thực tế, trong các trường hợp này thành mạch đã bị biến đổi nhiều. Chúng tôi thường tiến hành phương pháp này kết hợp song song với phương pháp cắt thần kinh giao cảm quanh động mạch.

- *Ghép động mạch* sau khi cắt bỏ đoạn động mạch bị tổn thương bằng một đoạn tĩnh mạch của chính bản thân người bệnh hoặc bằng một đoạn mạch máu nhân tạo.

- *Bắc cầu nối động mạch.* Dùng một đoạn tĩnh mạch hoặc một ống mạch máu nhân tạo ghép vào động mạch: Một đầu ống ghép cắm vào phần trên và một đầu khác cắm vào phần dưới chỗ động mạch bị viêm tắc.

3. Phẫu thuật nhằm giải quyết bệnh sinh

Cắt bỏ thần kinh tạng hay cắt bỏ tuyến thượng thận. Phẫu thuật này hiện nay rất ít người làm và hầu như chỉ còn ý nghĩa lịch sử.

4. Phẫu thuật đối phó: cửa cụt chi

Cửa cụt chi là một loại phẫu thuật bảo tồn và có tính chất đối phó, không phải là phẫu thuật điều trị triệt để bệnh viêm tắc động mạch. Tuy vậy, ở giai đoạn hoại thư chi, không còn con đường nào khác ngoài phẫu thuật cửa cụt chi hoặc tháo khớp mà cả bệnh nhân và thầy thuốc đều bắt buộc phải chấp thuận, mặc dầu biết chắc chắn rằng sau khi cắt đoạn chi hoặc tháo khớp, bệnh vẫn có thể tiến triển lên cao hơn hay chuyển sang bên chi lành.

Bảng 9. Phương pháp điều trị phẫu thuật và kết quả sau mổ điều trị bệnh viêm tắc động mạch

STT	Giai đoạn tiến triển	PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ %	Kết quả		
					Tốt	Trung bình	Không kết quả
1	I	Cắt hạch giao cảm thắt lưng đơn thuần.	6	7,8	4	1	1
2	I	Cắt thần kinh giao cảm quanh động mạch bị viêm tắc.	11	14,4	6	3	2
3	II	Cắt bỏ nội mạc động mạch:					
		- Không cắt thần kinh giao cảm quanh động mạch.	2	2,8	0	1	1
		- Có cắt thần kinh giao cảm quanh động mạch.	5	6,4	4	1	0

4	Cuối GDII và đầu GDIII	Cắt đoạn động mạch bị viêm tắc, ghép động mạch tự thân bằng tĩnh mạch.	8	10,4	5	2	1
5	Cuối GDII và đầu GDIII	Cắt đoạn động mạch bị viêm tắc, ghép động mạch bằng ống ghép nhân tạo.	5	6,4	3	1	1
6	Cuối GD II và đầu GDIII	Bắc cầu nối động mạch:					
		- Bằng tĩnh mạch của bệnh nhân.	9	11,9	6	3	0
		- Bằng ống ghép nhân tạo.	7	9,1	3	2	2
7	III	Cửa cụt chi:					
		Không kết hợp cắt hạch giao cảm thất lưng.	16	20,9	0	14	2
		- Có cắt hạch giao cảm thất lưng phối hợp.	3	3,9	0	3	0
8	III	Tháo khớp chi.	4	6	0	4	0
		Tổng cộng:	76	100%	31	35	10
		Tỷ lệ kết quả			41,16%	45,68%	13,16%

Ở một số không ít bệnh nhân, sau khi tiến hành phẫu thuật cửa cụt chi đúng nguyên tắc và đúng mức lựa chọn, chúng tôi đã tiến hành điều trị bảo tồn tích cực bằng thuốc chống co thắt mạch và cắt hạch giao cảm thất lưng phối hợp. Trong các trường hợp đó chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tái phát bệnh rất thấp.

Tuy số liệu của chúng tôi còn rất ít ỏi so với nhiều tác giả khác và kinh nghiệm của chúng tôi còn rất hạn chế trong phạm vi 76 trường hợp điều trị bệnh viêm tắc động mạch bằng mổ xẻ, chúng tôi cũng mạnh dạn nêu ra đây một số kết quả điều trị mà chúng tôi đã đạt được ở các bệnh nhân này (*Bảng 9*).

Theo bảng trên của chúng tôi:

- Số bệnh nhân đến sớm và được mổ ở giai đoạn I chỉ có 17 người (tức 21,4%).

- Số bệnh nhân đến tương đối sớm và được mổ ở giai đoạn II chỉ có 7 người (tức 8,2%).

- Số bệnh nhân đến tương đối muộn và được mổ ở cuối giai đoạn II và đầu giai đoạn III gồm có 29 người (chiếm tỷ lệ 38,43%).

- Số bệnh nhân đến muộn và được mổ ở giai đoạn III là 23 người (chiếm tỷ lệ 30,8%).

Như vậy tổng số bệnh nhân đến sớm và được chúng tôi mổ ở giai đoạn I và giai đoạn II chỉ có 24 người, chiếm tỷ lệ 29,6%, và tổng số bệnh nhân đến muộn và được chúng tôi mổ ở cuối giai đoạn II và ở giai đoạn III là 52 người, chiếm tỷ lệ trên 70%.

Chính vì vậy mà các phẫu thuật nối ghép động mạch, bắc cầu động mạch đã chiếm tỷ lệ cao nhất (38,43%). Phẫu thuật cắt cụt chi bắt buộc chiếm hàng thứ hai (30,8%) và phẫu thuật trên thần kinh giao cảm đơn thuần chiếm tỷ lệ khá thấp (21,45%) chỉ tiến hành được trên 17 bệnh nhân.

Phẫu thuật cắt bỏ nội mạc động mạch có kết hợp hoặc không kết hợp với cắt bỏ thần kinh giao cảm quanh

động mạch chỉ được tiến hành trên 7 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ thấp nhất. (8,2%).

Để phân tích và đánh giá kết quả đạt được sau mổ đúng với ý nghĩa của nó, chúng tôi chia kết quả sau mổ điều trị bệnh viêm tắc động mạch làm ba loại: tốt, trung bình và không kết quả.

- *Kết quả trung bình* được chúng tôi đánh giá như sau: sau khi mổ bệnh thuyên giảm rất nhiều, giảm đau rõ rệt, các dấu hiệu lâm sàng biến đổi khá rõ rệt: mất cảm giác tê dại, chi hồng trở lại, tuy vậy, bệnh nhân vẫn chưa trở lại lao động bình thường được. Các trường hợp phải cưa cụt chi, mặc dầu không có các dấu hiệu tái phát, không lan rộng lên trên hay sang bên chi lành, chúng tôi cũng vẫn coi là kết quả trung bình.

- *Không kết quả* được đánh giá ở những bệnh nhân không có biến đổi gì về thực thể và về các triệu chứng lâm sàng sau khi mổ so sánh với bệnh cảnh lâm sàng đã diễn ra trước khi mổ. Trong loại này chúng tôi tính cả các trường hợp bị tắc nghẽn ống ghép, tắc nghẽn cầu nối động mạch sau khi mổ.

Chúng tôi có 31 trường hợp kết quả tốt, chiếm 41,16%, tất cả các trường hợp được mổ.

Chúng tôi có 35 trường hợp kết quả trung bình, trong đó kể cả các trường hợp cưa cụt chi thuận lợi, không có biến chứng sau mổ, chiếm tỷ lệ 45,68%.

13,16% tất cả các trường hợp không có kết quả sau mổ. Sau khi mổ, các dấu hiệu lâm sàng và thực thể không có biến đổi gì tốt hơn, mặc dầu sự tiến triển của bệnh có dừng lại đôi chút trong một khoảng thời gian nhất định.

Chúng tôi không có tỷ lệ tử vong sau khi mổ.

E. PHÒNG BỆNH

Phòng bệnh viêm tắc động mạch có một ý nghĩa lớn trong vấn đề ngăn ngừa không cho bệnh phát sinh ra, và nếu bệnh đã phát sinh ra rồi thì sẽ không tiến triển xấu đi được nữa.

Trong công tác phòng bệnh viêm tắc động mạch, chúng tôi đề nghị áp dụng những biện pháp sau đây:

1. Loại bỏ các nguyên nhân sinh bệnh như bỏ hút thuốc, bỏ uống rượu, v.v...

2. Tạo điều kiện lao động thích hợp, có biện pháp bảo hộ lao động cho những cán bộ, công nhân làm việc ở những nơi phải tiếp xúc với lạnh, ẩm thường xuyên.

3. Nâng cao đời sống vật chất cho nhân dân lao động, nhất là về mặt lương thực, thực phẩm, chất tươi có nhiều vitamin, v.v...

4. Phát hiện sớm và điều trị sớm khi bệnh còn đang ở giai đoạn I (giai đoạn rối loạn cơ năng).

Thực hiện được đầy đủ các biện pháp kể trên, chắc chắn chúng ta sẽ giảm được tỷ lệ mắc bệnh viêm tắc động mạch xuống mức tối thiểu.

II. BỆNH PHÌNH GIÃN TĨNH MẠCH, HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH VÀ VIÊM TẮC TĨNH MẠCH HUYẾT KHỐI

A. VÀI NÉT CHUNG

Như chúng tôi đã nói ở chương hai, có hai hệ thống tĩnh mạch: hệ thống tĩnh mạch sâu và hệ thống tĩnh mạch nông. Trong bệnh phình giãn tĩnh mạch và viêm

tắc tĩnh mạch huyết khối có thể thấy 3 trạng thái tổn thương tĩnh mạch sau đây:

1. Chỉ có hệ thống tĩnh mạch sâu bị viêm tắc.
2. Chỉ có hệ thống tĩnh mạch nông bị viêm tắc.
3. Cả hai hệ thống tĩnh mạch sâu và nông bị viêm tắc cùng một lúc.

Trong sự phát sinh và phát triển bệnh phình giãn tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, sự biến đổi tốc độ và áp lực của dòng máu chảy trong các tĩnh mạch đóng một vai trò quan trọng.

Như ta đã biết, tốc độ máu chảy trong các tĩnh mạch là từ 60 đến 140 milimét/giây (tốc độ máu chảy trong động mạch chủ là 500 milimét/giây, trong các động mạch lớn khác là 250 milimét/giây và trong các mao mạch là 0,5 milimét/giây), khi chảy tới gần tim, áp lực trong tĩnh mạch chủ dưới tăng lên tới 200 milimét/giây.

Tốc độ máu chảy trong các tĩnh mạch phụ thuộc vào mấy yếu tố sau đây:

- Thành tĩnh mạch mỏng, khi các cơ co bóp sẽ ép vào tĩnh mạch và máu bị đẩy về phía tim.

- Các van trong lòng tĩnh mạch (các nếp gờ của nội mạc của tĩnh mạch) chỉ cho máu chảy theo hướng trở về tim.

- Ảnh hưởng của sự co bóp của tim và tác dụng do sức hút của lồng ngực.

Như ta cũng đã biết, áp lực bình thường trong các tĩnh mạch trong những điều kiện về áp suất, nhiệt độ và tư thế nhất định của cơ thể có thể đo được từ 0 đến

120 - 150 milimét cột nước tùy theo cỡ tĩnh mạch và vị trí tiến hành đo.

Tuy vậy, áp lực trong các tĩnh mạch có thể thay đổi tùy theo sự thay đổi tư thế của cơ thể. Ví dụ: Khi buông thõng tay xuống, các tĩnh mạch của nó nở ra (áp lực tăng), khi giơ tay lên cao, hiện tượng này biến mất (áp lực giảm). Ở tư thế nửa ngồi nửa nằm, áp lực của tĩnh mạch là 150 milimét cột nước chuyển từ tư thế nằm sang tư thế ngồi, áp lực tĩnh mạch tăng lên tới 260 milimét cột nước. Ở tư thế đứng, các tĩnh mạch nở to ra và các chi dưới to ra tới 4% trong giờ đầu, lúc đó đo áp lực tĩnh mạch thấy rất cao, tới 940 milimét cột nước. Khi đi lại, khi chạy các cơ hoạt động đều, các tĩnh mạch bị ép nhịp nhàng, đưa máu chảy về tim và chi lại nhỏ lại.

Công việc lao động có hoạt động thường không gây ra sự ứ trệ tuần hoàn ở chi, nhất là chi dưới. Trái lại, công việc bắt buộc phải đứng lâu như thợ rèn, thợ giặt, thợ dệt, nha sĩ, phẫu thuật viên, người bán hàng, v.v... thường gây ra ứ trệ tuần hoàn ở chi dưới.

Tốc độ và áp lực của dòng máu trong các tĩnh mạch bị biến đổi là một trong những điều kiện thuận tiện cho sự phát sinh và phát triển của bệnh giãn tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch huyết khối.

Có nhiều thuyết nói về nguyên nhân phát sinh ra bệnh phình giãn tĩnh mạch:

1. Tĩnh mạch nông bị phình giãn do hệ thống tĩnh mạch sâu bị tắc nghẽn.

2. Tĩnh mạch nông và sâu bị phình giãn do hệ thống van của tĩnh mạch bị yếu.

Hình ảnh dưới đây (*hình 55*) diễn tả sự thay đổi về huyết động học trong các trường hợp yếu giãn của hệ thống tĩnh mạch sâu và nông.

Theo hình vẽ trên, khi van của các tĩnh mạch bị yếu một phần máu từ đoạn tĩnh mạch làm chảy ngược vào những đoạn tĩnh mạch bị giãn phình và gây ra tình trạng ứ đọng máu ở đó. Khi cả hai hệ thống tĩnh mạch nông sâu và các tĩnh mạch nối đều bị giãn phình do toàn bộ hệ thống van bị hư hỏng, tình trạng ứ trệ tuần hoàn trong các tĩnh mạch trở nên nặng nề và khó phục hồi.

3. Thuyết di truyền bẩm sinh

Theo thuyết này hệ thống van tĩnh mạch phát triển yếu hoặc không phát triển, trong một số trường hợp thấy có hiện tượng phát triển cầu nối động-tĩnh mạch bẩm sinh.

Các nghiệm pháp sau đây đã chứng minh rằng chắc chắn có cầu nối động-tĩnh mạch bẩm sinh:

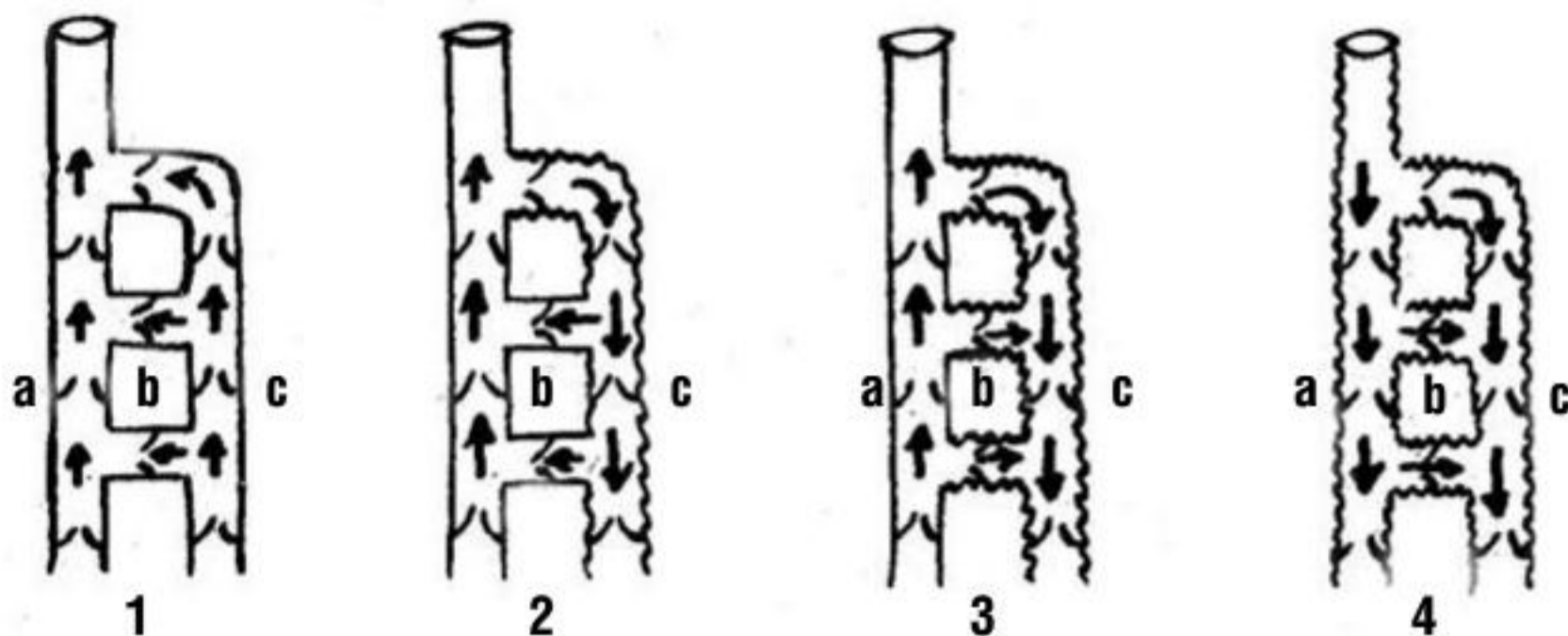
- Chụp động mạch cản quang thấy các tĩnh mạch xuất hiện sớm.

- Chụp X quang cản quang các tĩnh mạch ngược dòng thấy có tới 50% các trường hợp các tĩnh mạch phát triển bình thường.

- So sánh nồng độ bão hòa O₂ ở hai hệ thống tĩnh mạch thấy tỷ lệ bão hòa O₂ tăng trên 10% so với mức bão hòa O₂ bình thường trong các tĩnh mạch.

- Kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh lý chứng minh là có cầu nối động-tĩnh mạch.

- Kết quả xét nghiệm vi thể tổ chức học đã chứng minh rằng cấu tạo của thành các tĩnh mạch bị phình



- a) Tĩnh mạch sâu.
 b) Tĩnh mạch nối.
 c) Tĩnh mạch nông.

1. Tĩnh mạch bình thường.
 2. Van tĩnh mạch nông bị yếu.
 3. Van tĩnh mạch nối và van tĩnh mạch nông bị yếu.
 4. Van của cả hai hệ tĩnh mạch nông-sâu và tĩnh mạch nối đều bị yếu
 (mũi tên chỉ hướng máu chảy).

Hình 55:

Sự biến đổi về huyết động học ở các tĩnh mạch bị căng giãn.

giãn rất giống cấu tạo của thành các cầu nối động-tĩnh mạch và thành của túi phình động-tĩnh mạch sau chấn thương.

Thuyết cầu nối động-tĩnh mạch do Pioulash và Widal, Barraquer đưa ra năm 1955 và thường được nhắc tới khi không tìm ra được một nguyên nhân nào khác.

4. Các yếu tố khác

- Đứng lâu có liên quan đến nghề nghiệp như đã nói tới ở trên.

- Chèn ép tĩnh mạch do thai nghén, hay do các khối u ở tiểu khung và ở bẹn phát triển chậm gây nên. Phình

giãn tĩnh mạch trong khi thai nghén xuất hiện có lẽ không phải chỉ riêng bởi hiện tượng chèn ép mà còn bởi ảnh hưởng của yếu tố hoocmon, vì trong thực tế, thấy tĩnh mạch có thể bị phình giãn ngay cả trong những tháng đầu của thai nghén, khi tử cung còn nhỏ.

- Rối loạn tuần hoàn tĩnh mạch sau chấn thương hoặc do thay đổi nhiệt độ nóng lạnh đột ngột.

- Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối do ảnh hưởng của một số bệnh nhiễm trùng như thương hàn, cúm, v.v... Trong trường hợp đó, tĩnh mạch này bị viêm sẽ làm cho các tĩnh mạch khác bị phình giãn ra, mất trương lực và các van của nó sẽ bị yếu đi.

B. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG HỌC

Về lâm sàng, chúng tôi phân biệt hai loại tổn thương bệnh lý ở tĩnh mạch sau đây.

1. Phình giãn tĩnh mạch không có biến chứng

- Trong loại này, nhiều khi bệnh nhân không cảm thấy có một dấu hiệu lâm sàng nào xuất hiện. Bệnh nhân tới khám và xin điều trị đôi khi chỉ vì một lý do phục hồi thẩm mỹ.

- Đại đa số các trường hợp có các triệu chứng: chuột rút, tê dại chi, có cảm giác căng và nặng ở chi (do áp lực của tĩnh mạch tăng lên). Tất cả các dấu hiệu này tăng lên khi bệnh nhân phải đứng lâu ở một chỗ, khi bệnh nhân phải vận động căng thẳng các cơ, khi thời tiết thay đổi, khi có kinh nguyệt, khi có thai nghén, v.v... và giảm đi khi đi lại nhẹ nhàng bình thường, khi nằm nghỉ ngơi trên giường, nhất là nằm gác chân lên cao.

- Khi khám thực thể tại chỗ chỉ thấy các tĩnh mạch bị phình giãn cong queo, nổi căng lên ở dưới da như đầu con sứa (caput medusa). Khi bệnh nhân nằm gác chân lên cao, các tĩnh mạch đó lại xẹp đi. Có thể nhìn thấy những đám da bị nám đen do chảy máu cũ ở mao mạch để lại.

2. Phình giãn tĩnh mạch có biến chứng

Phình giãn tĩnh mạch nếu không được chữa trị tốt có thể dẫn tới những biến chứng sau đây:

- Huyết khối tĩnh mạch.
- Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối.
- Loét dinh dưỡng dễ chảy máu.

*** Huyết khối tĩnh mạch**

Trong biến chứng này, trước hết ở đoạn tĩnh mạch phình giãn có máu cục đọng lại và gây tắc một phần hoặc tắc hoàn toàn khẩu kính của tĩnh mạch, sau đó mới có phản ứng viêm thành tĩnh mạch thứ phát kết hợp.

Nguyên nhân chính của sự phát sinh ra huyết khối tĩnh mạch trong bệnh phình giãn tĩnh mạch thường là: tăng các yếu tố đông máu, rối loạn tuần hoàn, v.v..., nhất là sau bị thương, bị bỏng kết hợp. Theo Ritter, các hiện tượng này làm cho dòng máu chảy trong tĩnh mạch chậm lại kèm theo các thương tổn ở nội mạc tĩnh mạch, dẫn tới sự hình thành các cục máu đông trên thành mạch và cuối cùng làm tắc tĩnh mạch hoàn toàn.

Một biến chứng nguy hiểm của huyết khối tĩnh mạch là cục nghẽn (thrombus) thường không bám chắc vào thành của tĩnh mạch như trong biến chứng viêm tắc

tĩnh mạch huyết khối và rất dễ bong ra, chảy theo dòng máu tĩnh mạch trở về nửa tim phải dừng lại ở đây và gây ra tắc nghẽn động mạch phổi.

Triệu chứng

Triệu chứng của biến chứng huyết khối tĩnh mạch thường rất nghèo nàn. Chỉ thấy *đau nhẹ* và *sờ thấy cứng* dọc theo đường đi của các tĩnh mạch nông.

Huyết khối tĩnh mạch ở các tĩnh mạch sâu như tĩnh mạch đùi thường tiến triển yên lặng, không đau, nhưng rất dễ gây ra biến chứng tắc nghẽn động mạch phổi.

Khi có huyết khối tĩnh mạch ở cao như ở khoeo chân, ở đùi, v.v... thường thấy rõ dấu hiệu tím tái và phù nề ở phần chi dưới chỗ bị tắc.

*** Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối**

Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối là một biến chứng của bệnh phình giãn tĩnh mạch, đồng thời cũng có thể là một bệnh tiên phát ở tĩnh mạch.

Theo N.P. Malarôva, có tới 57,6% trường hợp viêm tắc tĩnh mạch huyết khối phát triển trên cơ sở phình giãn tĩnh mạch sẵn có. Còn lại 42,4% trường hợp là viêm tĩnh mạch tiên phát hoặc thứ phát sau khi bị thương, bị cảm cúm, thương hàn, viêm họng, nhiễm trùng hậu sản, xước da nhiễm trùng, nạo thai trái phép bị nhiễm trùng, v.v...

Trong viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, thành của tĩnh mạch bị viêm trước khi hình thành huyết khối trong tĩnh mạch. Đó là một trong những đặc điểm khác nhau giữa huyết khối tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch huyết khối.

Trong viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, cục nghẽn thường hình thành chậm và dần dần, do đó thường bám chắc vào thành của đoạn tĩnh mạch bị viêm, khó và hiếm thấy bong ra dễ dàng như trong huyết khối tĩnh mạch, chính vì thế, biến chứng tắc nghẽn động mạch phổi hiếm gặp hơn.

Triệu chứng

a) Triệu chứng của viêm tắc tĩnh mạch sâu:

- Đau ở sâu trong bắp cẳng chân, trong đùi, v.v... nếu viêm tắc tĩnh mạch xảy ra ở chi dưới. Đau cẳng tay, cánh tay, nếu ở chi trên. Tính chất của đau là nhức nhối âm ỉ, dễ mỏi, có cảm giác nặng nề và căng ở sâu trong chi.

- Thường có dấu hiệu chuột rút.

- Có cảm giác tê buồn hoặc như kiến bò, kim châm ở chi.

- Ấn sâu theo hướng đi của các tĩnh mạch sâu thấy đau buốt. Đau khi cố gắng gấp bàn chân lên phía mu.

- Nhiệt độ cơ thể cao hoặc dao động.

- Mạch nhanh trên 90 lần, 100-120 lần/1 phút.

- Phù chi dưới, nhất là khi có viêm tắc tĩnh mạch trong khung chậu. Trong trường hợp này, khám âm đạo có thể thấy điểm đau trong khung chậu.

b) Triệu chứng của viêm tắc tĩnh mạch nông:

Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối ở các tĩnh mạch nông thường biểu hiện ra bằng các triệu chứng lâm sàng của một trạng thái viêm rõ rệt:

- Đau nhức dọc theo các tĩnh mạch nông bị viêm.

- Đỏ quanh dọc theo hướng đi của tĩnh mạch và lan rộng ra các tổ chức xung quanh.

- Sờ trên da thấy có cảm giác nóng rõ rệt hơn những chỗ lành khác.

- Dọc theo các tĩnh mạch bị viêm thấy hiện tượng sưng nề rõ rệt.

- Có sốt nhiệt độ cao và kèm theo các dấu hiệu toàn thân khác như kém ăn, kém ngủ, mỏi mệt, v.v...

* Loét dinh dưỡng dễ chảy máu

Sự rối loạn tuần hoàn, nhất là rối loạn tuần hoàn ở hệ thống mao mạch, ở những bệnh nhân bị phình giãn tĩnh mạch rất dễ dẫn tới sự hình thành các ổ loét dinh dưỡng ở chi, chủ yếu là chi dưới.

Thường thấy xuất hiện hai loại ổ loét dinh dưỡng:

1. Loét dinh dưỡng lớn: bờ không đều, bản và dễ chảy máu, đáy có nhiều mủ. Thường thấy ổ loét xuất hiện ở 1/3 dưới cẳng chân. Đau ít và mức độ đau, tính chất đau thường không tương ứng với tình trạng của ổ loét.

2. Loét dinh dưỡng nhỏ: không có mủ, rất đau và rất khó chữa khỏi mà ta thường gọi là “teo da trắng” (Atrophie blanche cutanée). Thường thấy ổ loét xuất hiện ở nơi mắt cá trong và ở mặt trong cẳng chân. Da xung quanh ổ loét rất mỏng và thường thấy có các mao mạch giãn nổi lên rõ.

C. CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM KHÁM CHẨN ĐOÁN

Để đánh giá đúng mức độ tổn thương của các tĩnh mạch bị phình giãn và viêm tắc huyết khối, chúng tôi

đã áp dụng một số phương pháp thăm khám đặc biệt sau đây:

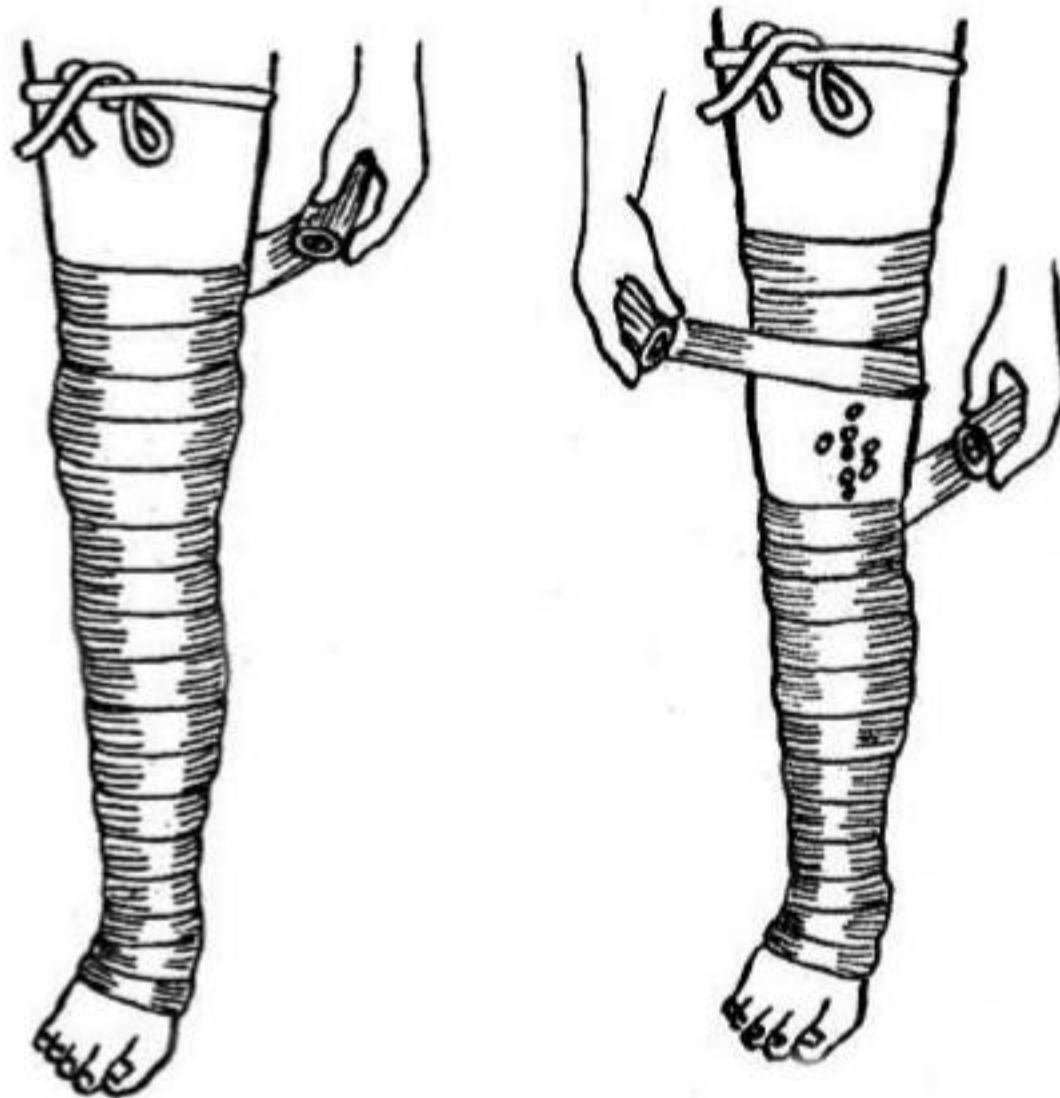
1. Phương pháp Brodi-Troianova-Trendlenbourg

Đó là phương pháp đánh giá mức độ tổn thương của các van tĩnh mạch nông. Phương pháp này được tiến hành như sau:

Đặt bệnh nhân nằm ngửa, giơ cao chân lên. Lấy tay vuốt từ bàn chân lên phía đùi cho máu chảy hết vào các tĩnh mạch sâu. Dùng ngón tay chèn ép tĩnh mạch nông ở ngay dưới dây cung bẹn (vùng tam giác Scarpa). Sau đó đặt bệnh nhân đứng dậy và vẫn tiếp tục đè ép tĩnh mạch bằng ngón tay. Trong khi đó tĩnh mạch nông vẫn tiếp tục xẹp cho tới khi ta nhấc ngón tay ra. Khi nhấc ngón tay ra, máu ở tĩnh mạch sâu phía trên trào xuống rất nhanh và tĩnh mạch nông lại phình giãn ra như cũ. Hiện tượng đó chứng tỏ là hệ thống van tĩnh mạch đã bị yếu (*hình 56*)



**Hình 56: Nghiệm pháp Trendlenbourg
(Ảnh chụp lại trong sách của Elanxki 1964).**



Hình 57: Phương pháp làm nghiệm pháp Pratt

2. Phương pháp Pratt

Phương pháp này đánh giá mức độ yếu của các van tĩnh mạch nổi. Phương pháp này tiến hành như sau:

Đặt bệnh nhân nằm ngửa hơi gác cao chân. Quấn băng đàn hồi từ bàn chân lên tới nếp bẹn. Đặt một dây garô cao su mỏng ở ngay dưới dây cung bẹn để đè ép riêng tĩnh mạch nông. Đặt bệnh nhân đứng dậy. Dùng 1 cuộn băng đàn hồi khác quấn từ dưới dây garô trở xuống, trong khi đó, đồng thời tháo dần dây garô thứ nhất ra. Khoảng cách giữa hai dây garô luôn luôn là 5-6 cm. Khi vừa mở dây garô thứ nhất ra thấy ngay các nút tĩnh mạch chứa đầy máu căng nổi lên. Hiện tượng đó chứng tỏ hệ thống van của các tĩnh mạch nổi đã bị yếu. Dùng thuốc xanh (bleu de méthylène) đánh dấu những chỗ đó để sau này mổ cắt bỏ những tĩnh mạch nổi đó đi (hình 57).

3. Phương pháp Perthes

Phương pháp này đánh giá sự lưu thông của các tĩnh mạch sâu khi co giãn tĩnh mạch nông.

Đặt bệnh nhân đứng thẳng người cho máu chảy vào và chứa đầy các tĩnh mạch nông phình giãn. Sau đó, đặt ở gốc đùi một dây garô cao su mỏng chỉ đủ ép riêng tĩnh mạch nông. Sau đó cho bệnh nhân đi lại nhanh trong 8 đến 10 phút. Nếu sau khi đi, các tĩnh mạch xẹp lại hoặc bớt căng là chứng tỏ các tĩnh mạch sâu thông tốt. Phương pháp này còn gọi là nghiệm pháp đi (prevue de marche de Perthes). Trong phương pháp này, nếu đo áp lực tĩnh mạch bàn chân kết hợp sẽ thấy áp lực giảm rõ sau vài bước đi của bệnh nhân.

4. Phương đi chân quấn băng

Phương pháp này cũng để đánh giá sự lưu thông của tĩnh mạch sâu. Phương pháp này tiến hành như sau:

Đặt bệnh nhân nằm ngửa gác chân lên cao. Dùng băng đàn hồi quấn từ các ngón chân đến khoeo chân, cho bệnh nhân đi lại trong 30 phút hay nhiều hơn. Nếu trong hay sau khi đi lại, bệnh nhân cảm thấy đau nhức ở cẳng chân là chứng tỏ các tĩnh mạch sâu bị tắc nghẽn.

5. Nghiệm pháp Lôbêlin

Nghiệm pháp này áp dụng để kiểm tra sự lưu thông của các tĩnh mạch sâu và tĩnh mạch nối:

Đặt bệnh nhân nằm ngửa, quấn băng đàn hồi từ bàn chân lên đến bẹn. Sau đó đặt bệnh nhân đứng dậy và tiêm vào tĩnh mạch mu bàn chân thuốc lôbêlin (tính theo liều lượng 1mg cho 10kg cân nặng). Bình

thường nếu các tĩnh mạch sâu không bị tắc nghẽn, sau vài bước đi hay sau 45 giây bệnh nhân bắt ho. Nếu không thấy bắt ho, cho bệnh nhân nằm gác chân lên cao. Nếu ở tư thế đó bệnh nhân vẫn không bắt ho là chứng tỏ các tĩnh mạch sâu và các tĩnh mạch nối bị tắc nghẽn nặng.

6. Chụp X quang cản quang các tĩnh mạch

Phương pháp này có nhiều nguy hiểm cho người bệnh vì có thể làm bong cục nghẽn khi ta bơm thuốc cản quang vào tĩnh mạch dưới áp lực. Mặc dầu thế, phương pháp chụp X quang cản quang các tĩnh mạch vẫn là phương pháp giúp ta chẩn đoán bệnh tốt nhất. Gần đây, chúng tôi cũng như nhiều tác giả khác đã áp dụng phương pháp chụp tĩnh mạch qua trong xương (phlébographie intraosseuse). Phương pháp này cho kết quả tốt và hầu như không gây một tai biến gì nguy hiểm cho người bệnh.

D. ĐIỀU TRỊ

Chúng tôi đã áp dụng các phương pháp điều trị sau đây cho các bệnh nhân bị phình giãn tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch huyết khối.

*** Điều trị phình giãn tĩnh mạch không có biến chứng**

1. Điều trị bảo tồn

- Băng ép các tĩnh mạch phình giãn bằng quần băng đàn hồi vòng quanh chi từ bàn chân đến mức trên của các tĩnh mạch giãn. Chỉ tháo bỏ băng khi rửa chân hay khi nằm nghỉ.

- Nhiều tác giả áp dụng phương pháp làm cứng các tĩnh mạch phình giãn bằng các dung dịch ưu trương như: Natrisalixylat 10% - 60%, Têtradêxin - Natri sunfat 3% - 5%, Quinine uretan 10% - 15% - 40%. Dung dịch Lugol, v.v... Chúng tôi không áp dụng các phương pháp làm cứng mạch máu cho các bệnh nhân của chúng tôi.

2. Điều trị phẫu thuật

Mục đích của phẫu thuật là thắt và cắt bỏ đoạn tĩnh mạch bị phình giãn. Chúng tôi không áp dụng phương pháp cổ điển của Trendlenbourg - Troianiva là chỉ thắt tĩnh mạch đơn thuần (không cắt bỏ) ở chỗ nó đổ vào tĩnh mạch sâu. Sau phẫu thuật này bệnh lại tái phát trong các tĩnh mạch bàng hệ. Chúng tôi cũng không áp dụng phương pháp của Klapp: khâu và thắt các tĩnh mạch nhỏ bị phình giãn (qua da). Phương pháp này cũng như phương pháp trên, cho tỷ lệ tái phát cao.

Để điều trị tương đối triệt để cho bệnh nhân, chúng tôi đã áp dụng hai phương pháp phẫu thuật sau đây:

- *Phương pháp Madelung*: Rạch dọc theo đường đi của tĩnh mạch bị phình giãn ở một hoặc nhiều chỗ tùy theo số lượng và vị trí của các tĩnh mạch bị tổn thương, thắt và cắt bỏ hoàn toàn những đoạn tĩnh mạch đó đi.

- *Phương pháp Babcock*: Rạch da ở hai đầu đoạn tĩnh mạch cắt bỏ. Bộc lộ tĩnh mạch. Cắt và thắt đầu trên của đoạn tĩnh mạch phình giãn. Đưa một que thông vào trong lòng của tĩnh mạch, đẩy que thông xuống tới chỗ đầu dưới của đoạn tĩnh mạch định cắt bỏ. Cắt và thắt đầu ngoại biên của tĩnh mạch. Thắt chặt đầu dưới của đoạn tĩnh mạch định cắt bỏ rồi kéo tuốt lên trên

cùng với que thông, lột tĩnh mạch ra khỏi tổ chức dưới da. Sau khi mổ, băng ép cầm máu và cho bệnh nhân nằm gác chân lên cao khoảng 45° . Phương pháp này đơn giản hơn phương pháp Madelung, nhưng có đe dọa chảy máu từ các tĩnh mạch nổi ra nhiều hơn. Tuy vậy, nếu săn sóc cẩn thận sau mổ, băng ép chi có theo dõi chu đáo, cũng có thể ngăn ngừa được biến chứng chảy máu sau mổ.

*** Điều trị phình giãn tĩnh mạch có biến chứng**

1. Điều trị huyết khối tĩnh mạch

- *Đặt bệnh nhân nằm bất động trên giường, kê chân lên cao khoảng 45° trên khung Boelher trong 3 tuần lễ. Trong thời gian đó khối máu cục động được tổ chức lại và tuần hoàn bàng hệ phát triển. Tuần hoàn tĩnh mạch được bù trừ tới một mức độ nào đó, và chủ yếu là tránh được biến chứng tắc nghẽn động mạch phổi do huyết khối trong lòng tĩnh mạch bong ra, chảy theo dòng máu về tim.*

- *Cho bệnh nhân uống thuốc hoặc tiêm thuốc chống đông máu như: dicumarol 0,05 - 0,1g; dicumarin 0,2 - 0,3g; pelentan 0,1 - 0,3g; hêparin 5000đv = 1ml, v.v... với sự theo dõi kiểm tra hàng ngày tỷ lệ prothrombin trong máu, hồng cầu trong nước tiểu và nếu cần kiểm tra bằng ghi biểu đồ co cục máu (thrombo - élastogramme). Theo Mers có 10% bệnh nhân nhạy cảm kém đối với thuốc chống đông máu, 27% - tăng nhạy cảm và 63% - nhạy cảm bình thường. Nếu cơ thể nhạy cảm mạnh với thuốc chống đông máu, nhất là đối với hêparin, xuất hiện*

hồng cầu trong nước tiểu, tỷ lệ prothrombin giảm xuống dưới 50%, *am* trên biểu đồ co cục máu thu hẹp lại dưới 40 - 30mm, phải áp dụng ngay biện pháp điều trị biến chứng này tích cực bằng cho truyền máu tươi cùng loại, tiêm protamin sunfat theo tỉ lệ 1:1 hay 1:1,5, v.v... ngừng uống và ngừng tiêm các loại thuốc chống đông máu, chống chỉ định dùng thuốc chống đông máu trong các trường hợp có bệnh ở gan, thận, có thai gần tới tháng đẻ và các bệnh tăng thời gian máu chảy.

- Đề phòng huyết khối tĩnh mạch sau các cuộc mổ lớn bằng vận động sớm, thể dục trị liệu, cho thuốc trợ tim và thuốc chống đông máu khi cần thiết.

- Cho kháng sinh để đề phòng sự phát triển nhiễm trùng thứ phát. Kháng sinh có khả năng làm tăng đông máu và tạo ra máu cục, do đó phải thận trọng khi dùng.

2. Điều trị viêm tắc tĩnh mạch huyết khối

a) Điều trị bảo tồn:

Trong thời gian bệnh đang tiến triển, đang trong giai đoạn nóng, cần phải tiến hành các phương pháp điều trị bảo tồn tích cực:

- Dùng băng đàn hồi quấn ép chi bị bệnh và đặt bệnh nhân nằm yên tĩnh trên giường bệnh trong 2 tuần lễ.

- Cho uống hoặc tiêm thuốc chống đông máu. Có theo dõi như ở trên.

- Cho kháng sinh, nhưng cũng phải thận trọng như ở trên.

- Tiêm dung dịch novocain 1% - 10ml vào động mạch, mỗi ngày có thể tiêm 1 - 2 lần. Tiêm novocain

vào động mạch có tác dụng làm giảm đau ở chi, chống co thắt mạch, điều chỉnh tuần hoàn và tăng nuôi dưỡng cho chi bị bệnh.

- *G.M. Shuliak áp dụng phương pháp tiêm pênixilin pha với dung dịch novocain vào trong xương.* Theo tác giả, phương pháp này tạo điều kiện tốt để dẫn kháng sinh vào tới các tĩnh mạch nhỏ ở sâu.

- *Điều trị viêm tắc tĩnh mạch huyết khối bằng cho đĩa hút máu.* Cách đây 40 năm, N. Blumental và G. Zaisev đã tích cực tuyên truyền phương pháp điều trị viêm tắc động mạch huyết khối bằng cho đĩa hút máu tại chỗ tĩnh mạch bị viêm. Các tác giả nhận thấy sau khi cho đĩa hút máu, bệnh nhân cảm thấy nhẹ nhõm, đau và cảm giác nặng nề ở chi giảm nhẹ đi khá nhiều. Trong một số trường hợp, sau một - hai đợt điều trị bằng cho đĩa hút máu, tác giả nhận thấy kích thước và mật độ của huyết khối nhỏ đi, đôi khi huyết khối biến mất hẳn. M.B. Golkin cho rằng, con đĩa tiết ra chất hirudin, chất này có tác dụng làm tiêu huyết khối, giảm đông máu, diệt trùng, chống co thắt, tăng miễn dịch, tạo bạch cầu. Sau một thời gian nghiên cứu M.B. Golkin chỉ thấy hirudin có tác dụng diệt trùng mạnh nhất, ngoài ra cho đĩa hút máu, giải thoát được bể chứa mao mạch là nguồn gốc gây ra sự rối loạn tuần hoàn nghiêm trọng ở tĩnh mạch.

Chống chỉ định dùng phương pháp cho đĩa hút máu ở các bệnh nhân có viêm da mưng mủ, vàng da và bệnh ưa chảy máu (hémophilie). Nhiệt độ cao và viêm quanh tĩnh mạch không phải là điều kiện chống chỉ định điều trị bằng phương pháp này.

- *Phong bế novocain vào bao quanh thận trong các trường hợp viêm tắc tĩnh mạch huyết khối (Theo V. Strucốp và F. Sidorina).*

- *Thể dục trị liệu và điều trị vật lý kết hợp:* Khi giai đoạn viêm nóng đã qua, toàn thể trạng của bệnh nhân đã ổn định, cần cho bệnh nhân tập thể dục trị liệu ở tư thế nằm (dạo chơi, và đạp xe đạp trên giường bệnh theo Turni - promenade et peda - lage au lit) và điều trị bằng các phương pháp vật lý khác kết hợp.

Nếu điều trị bảo tồn tích cực, vẫn còn có đe dọa xảy ra các biến chứng như mưng mủ huyết khối, bong huyết khối ra khỏi thành mạch, động vôi ở huyết khối, rối loạn tuần hoàn tĩnh mạch, v.v... cần chuyển sang giai đoạn điều trị bằng phẫu thuật.

b) Điều trị phẫu thuật:

Chỉ định điều trị phẫu thuật ở giai đoạn bệnh đã ổn định, qua thời kỳ nóng, kể từ ngày thứ 10 - 12 - 14 sau khi bệnh bắt đầu.

Nhiều tác giả đã tiến hành và bảo vệ phương pháp thắt tĩnh mạch hiển trong ở nơi nó đổ vào tĩnh mạch đùi (V. Voznesenski, V. Oppel, P. Napankôp, De Bakey, Oksner, Allen v.v...) vì cho rằng thắt tĩnh mạch sẽ đề phòng được biến chứng tắc nghẽn động mạch phổi do cục nghẽn bong ra và chảy về tim. De Bakey, Oksner và Allen cho rằng phải thắt tĩnh mạch cao và sớm trong các trường hợp đã có các dấu hiệu nhồi máu ở phổi, phù nhanh ở chi, đau tăng dọc theo tĩnh mạch, nhiệt độ cao, mạch nhanh với các triệu chứng nhiễm trùng rõ rệt.

Mặc dầu thế, theo ý kiến của chúng tôi, mổ thắt tĩnh mạch không phải là phương pháp điều trị triệt để và sinh-lý, nhất là khi phẫu thuật này lại tiến hành ở giai đoạn bệnh đang tiến triển. Ngay cả phẫu thuật cắt bỏ đoạn tĩnh mạch viêm cũng không nên tiến hành trong thời kỳ cực nghẽn đang bị nhiễm trùng tấy. Babcock cho rằng mổ trong giai đoạn nóng có thể dẫn tới tử vong vì tắc nghẽn động mạch phổi. N. Pirogôp viết: Huyết khối không phải chỉ nằm ở nơi tĩnh mạch bị viêm tắc mà nó còn nằm rải rác ở dọc theo một đoạn tĩnh mạch khá dài, do đó thắt tĩnh mạch có thể đảm bảo chắc chắn là sẽ đề phòng được biến chứng tắc nghẽn động mạch phổi không?... Cần phải tránh thắt tĩnh mạch...

Trong viêm tắc tĩnh mạch huyết khối thường kèm theo hiện tượng viêm quanh tĩnh mạch. Viêm quanh tĩnh mạch làm cho tĩnh mạch bị dính vào các tổ chức xung quanh, kể cả các tổ chức dưới da, do đó mổ cắt bỏ đoạn tĩnh mạch bị viêm tắc theo phương pháp Babcock và Madelung, kể cả trong các trường hợp bệnh đã ổn định, hết sốt, hết viêm tấy, v.v... cũng không phải dễ dàng thực hiện. Chính vì vậy mà trong các trường hợp này, theo ý kiến của chúng tôi nên áp dụng phương pháp cắt bỏ đoạn tĩnh mạch bị viêm tắc cùng với phần da dính vào nó ở phía trên (theo Voznesenski). Phương pháp này được tiến hành như sau: Bộc lộ đầu trên của đoạn tĩnh mạch định cắt bỏ, cắt và thắt lại. Sau đó rạch hai đường dọc hai bên đoạn tĩnh mạch bị viêm tắc huyết khối, rồi lay bỏ toàn bộ đoạn tĩnh mạch này cùng với phần da dính

vào nó ở trên. Đóng kín da, dẫn lưu dưới vết mổ bằng một dải cao su mỏng trong 24 giờ.

Chống chỉ định mổ tương đối trong các trường hợp bệnh nhân đã lớn tuổi, trong các bệnh mạn tính ở phổi và trong các bệnh tim ở giai đoạn mất bù trừ, suy tim.

Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối ở các tĩnh mạch sâu rất khó chữa. Phẫu thuật thắt tĩnh mạch sâu ở cao để đề phòng biến chứng tắc nghẽn động mạch phổi trong đại đa số các trường hợp cũng không đem lại kết quả gì và chỉ làm cho bệnh nặng lên thêm.

Trong các trường hợp viêm tắc tĩnh mạch huyết khối ở sâu chủ yếu là áp dụng phương pháp điều trị bảo tồn.

3. Điều trị loét dinh dưỡng dễ chảy máu

Theo Turni có tới 60 - 65% ổ loét dinh dưỡng phát triển ở các bệnh nhân phình giãn tĩnh mạch có biến chứng do hiện tượng thiếu dưỡng khí tại chỗ và nhiễm độc mạn tính ở các tổ chức gây nên (asphyxia locale et intoxication tissulaire chronique).

Điều trị loét dinh dưỡng dễ chảy máu trong biến chứng của bệnh phình giãn tĩnh mạch như sau:

- Đặt bệnh nhân nằm gác chân lên cao khoảng 45 độ. Tập vận động cao ngón chân và các khớp.
- Khi đi lại, có băng đàn hồi quấn đến khoeo chân.
- Băng bằng dung dịch kềm gelatin theo Unn (kềm oxyt 10,0; glyxêrin 25,0; gelatin 12,0; nước 25,0). Nhỏ giọt dung dịch trên lên chi đã được băng bằng một lớp băng mỏng. Chờ cho khô băng mới đi lại. Từ 7 đến 12 ngày thay băng một lần.

- Dùng các thuốc sát trùng như Xanh mêtylen, pomat kẽm oxyt, bạc nitrat một phần nghìn, dung dịch NaCl 20%, và kháng nhạy cảm với vi trùng theo kết quả kháng sinh đồ.

- Truyền dung dịch novocain 1% - 10ml vào động mạch.
- Ghép da ở những chỗ loét bị mất mảng da lớn.
- Điều trị viêm tắc tĩnh mạch huyết khối và phình giãn tĩnh mạch tích cực.

Chúng tôi đã áp dụng các phương pháp sau đây để điều trị cho các bệnh nhân của chúng tôi (*Bảng 10*):

Chúng tôi đã điều trị cho 91 bệnh nhân bị phình giãn tĩnh mạch, trong đó có 12 trường hợp đã có biến chứng huyết khối tĩnh mạch và 25 trường hợp có biến chứng viêm tắc tĩnh mạch huyết khối. Trong số 91 bệnh nhân đã có 50 bệnh nhân được chúng tôi điều trị bằng mổ xẻ với nhiều phương pháp khác nhau và 41 trường hợp được điều trị bảo tồn nội khoa.

Trong số 50 bệnh nhân được điều trị bằng mổ xẻ, có 41 đạt kết quả tốt, 6 đạt kết quả trung bình và 3 không đạt kết quả do bệnh tái phát một thời gian ngắn sau khi mổ.

Trong số 41 bệnh nhân được điều trị bằng nội khoa bảo tồn có 14 trường hợp đạt kết quả tốt tương đối, 6 trường hợp đạt kết quả trung bình và 21 trường hợp không đạt kết quả. Trong số 21 trường hợp không đạt kết quả, có 17 trường hợp bệnh vẫn còn nguyên như trước khi điều trị, 3 trường hợp bệnh nhân xin về nhà điều trị Đông y và 1 trường hợp chuyển sang điều trị bằng phẫu thuật.

Qua kết quả điều trị đạt được kể trên, chúng tôi có mấy nhận xét sau đây:

- Phình giãn tĩnh mạch đơn thuần mới phát sinh ra có thể giữ điều trị nội khoa bảo tồn với kết quả tốt vì trong các trường hợp đó thành của tĩnh mạch chưa bị tổn thương nhiều, có thể hồi phục lại sau một thời gian tích cực điều trị bảo tồn và luyện tập thể dục trị liệu kết hợp với các phương pháp điều trị vật lý khác.

**Bảng 10. Phương pháp và kết quả điều trị
bệnh phình giãn tĩnh mạch**

STT	Tổn thương bệnh lý ở tĩnh mạch	Phương pháp điều trị	Tổng số b/n	Kết quả			Ghi chú
				Tốt	Trung bình	Không kết quả	
1	Phình giãn tĩnh mạch	Bảo tồn nội khoa	21	3	1	17	- B/n không đồng ý mổ - Tái phát 2 trường hợp sau mổ.
		- Phương pháp Madelung	24	19	3	2	- Tái phát 1 trường hợp sau mổ
		- Phương pháp Babcock	9	7	1	1	- 3 trường hợp xin về (không theo dõi được)
2	Huyết khối tĩnh mạch (12 trường hợp)	Bảo tồn nội khoa	12	7	2	3	- Trường hợp không kết quả phải chuyển sang điều trị phẫu thuật.
3	Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối (25 trường hợp)	- Bảo tồn nội khoa	8	4	3	1	
		- Phương pháp Madelung	12	11	1	0	
		- Cắt bỏ tĩnh mạch cùng dải da dính ở trên	5	4	1	0	
	Tổng cộng...		91	55 (60,2%)	12 (13,3%)	24 (26,5%)	- Tỷ lệ mổ trên không mổ là = 50:91

- Phình giãn tĩnh mạch tồn tại đã lâu ngày điều trị bảo tồn không đem lại kết quả vì trong các trường hợp này thành của tĩnh mạch đã bị biến đổi nhiều rất khó hồi phục lại. Các trường hợp này có chỉ định ngoại khoa.

- Phương pháp Madelung và phương pháp Babcock cho kết quả sau mổ gần như nhau trong các trường hợp phình giãn tĩnh mạch đơn thuần. Mổ theo phương pháp Madelung cho kết quả tốt và trung bình 22/24, có hai trường hợp tái phát 3 tháng sau khi điều trị; mổ theo phương pháp Babcock cho kết quả tốt và trung bình 8/9 với 1 trường hợp tái phát 5 tháng sau khi mổ lần đầu. Những trường hợp bệnh tái phát sau mổ kể trên đều là trường hợp phình giãn tĩnh mạch lan rộng ở nhiều nơi và ở nhiều vị trí khác nhau, tiến triển chậm và tồn tại đã lâu ngày, sự tuần hoàn tĩnh mạch ở chi dưới đã bị rối loạn nghiêm trọng.

Chúng tôi chỉ trị nội khoa bảo tồn cho các bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch. Đại đa số các trường hợp bệnh nhân đến với chúng tôi rất sớm, do đó điều trị nội khoa bảo tồn tích cực đã đem lại kết quả tốt và trung bình cho 9 bệnh nhân trên tổng số 12. Ba bệnh nhân đang điều trị dở dang thì xin về nhà điều trị Đông y, vì vậy chúng tôi không theo dõi được kết quả.

Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối phát hiện sớm có thể điều trị nội khoa bảo tồn với kết quả khả quan. Tuy vậy, sau khi điều trị cần phải theo dõi và điều trị tiếp tục một thời gian khá dài bằng luyện tập thể dục trị liệu và vật lý trị liệu mới hy vọng đảm bảo được kết quả lâu dài.

- Điều trị phẫu thuật viêm tắc tĩnh mạch huyết khối bằng phương pháp Madelung và phương pháp cắt bỏ đoạn tĩnh mạch viêm tắc cùng với một dải da dính với nó ở trên đã cho kết quả tốt và trung bình tuyệt đối (17/17). Tuy vậy, cần phải nói rằng tất cả 17 bệnh nhân của chúng tôi đều được mổ ở giai đoạn lạnh, đã ổn định (từ 15 ngày đến trên 20 ngày điều trị nội khoa bảo tồn trước khi quyết định mổ). Chúng tôi không có kinh nghiệm trong việc mổ xẻ điều trị bệnh này ở giai đoạn đang tiến triển (giai đoạn nóng). Mặc dầu thế, theo ý kiến của chúng tôi, để đảm bảo cho tính mạng người bệnh, tốt nhất vẫn là mổ ở giai đoạn bệnh đã ổn định. Cụ thể 17 trường hợp của chúng tôi đều được giải quyết với kết quả tốt không có biến chứng.

Quan niệm về kết quả điều trị (nội khoa bảo tồn và ngoại khoa) của chúng tôi như sau:

Kết quả tốt: Sau khi điều trị các triệu chứng lâm sàng biến mất hết, bệnh nhân cảm thấy nhẹ nhàng, hết đau, hết tê dại, hết khó chịu, có thể trở lại lao động sinh hoạt bình thường.

Kết quả trung bình: Sau khi điều trị về thực thể hết hiện tượng viêm tắc tĩnh mạch huyết khối nhưng một số dấu hiệu lâm sàng như đau, tê dại, cảm giác căng, v.v... ở chi vẫn còn, tuy có giảm đi khá nhiều. Bệnh nhân có thể chuyển sang làm công việc lao động nhẹ nhàng hơn nghề nghiệp cũ.

Không có kết quả: Sau khi điều trị, bệnh vẫn không thuyên giảm hoặc sau khi mổ một thời gian bệnh lại tái phát.

Chúng tôi không có tỷ lệ tử vong sau mổ.

Đ - Đề phòng viêm tắc tĩnh mạch huyết khối

Dưới đây là một số biện pháp đề phòng bệnh viêm tắc tĩnh mạch huyết khối:

1. Phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời từ khi bệnh mới bắt đầu phát sinh ra.

2. Tới 70% - 80% bệnh phát sinh ra ở người trên 40 tuổi do đó việc tổ chức xếp lại lao động nghề nghiệp cho lớp người lứa tuổi này là một vấn đề cần được chú ý.

3. Cần đề phòng và tích cực điều trị một số bệnh và một số trạng thái bệnh lý được coi là nguồn gốc phát sinh ra viêm tắc tĩnh mạch huyết khối như: bệnh tim, chấn thương, nhất là có gãy cổ xương đùi, gãy cẳng chân, những bệnh nhân sau mổ ung thư, sau mổ ở các cơ quan trong khung chậu, đang chữa, sau đẻ, những bệnh nhân béo mỡ.

4. Tập thể dục trị liệu đều thường xuyên.

5. Cho bệnh nhân ngồi dậy sớm sau các trường hợp mổ nặng, ổn định chức năng đường tiêu hóa, trợ tim, bù trừ nước, điện giải, bắt bệnh nhân ngồi dậy và nằm xuống bình thường, không ngồi lâu ở tư thế Fowler (nửa ngồi nửa nằm).

6. Trước khi mổ cho bệnh nhân uống thuốc chống đông máu loại dicumarin 0,05 - 0,1g mỗi ngày 3 lần (giữ tỷ lệ pro-thrombin ở mức 45% - 60% là biện pháp rất tốt để ngăn ngừa biến chứng huyết khối tắc nghẽn mạch sau mổ.

CHƯƠNG VI

CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN

Trước đây, trong những thập niên cuối thế kỷ XX, chẩn đoán các bệnh vết thương và di chứng vết thương mạch máu lớn (động mạch xuất phát từ quai động mạch chủ, động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng và các tĩnh mạch lớn đổ vào tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới) chủ yếu dựa vào kết quả thăm khám lâm sàng và kết quả chụp X quang cản quang các mạch máu.

Trên 20 năm gần đây, một số phương pháp chẩn đoán mới ra đời và phát triển mạnh như siêu âm Doppler màu, chụp ảnh cắt lớp điện toán (CT-scan), cộng hưởng từ (MRI) mà việc chẩn đoán vết thương, di chứng vết thương và các bệnh lý của mạch máu lớn đã trở nên dễ dàng và chính xác cao.

Trước đây, để thực hiện chụp X quang cản quang các mạch máu lớn, người ta đã phải dùng các loại thuốc cản quang có nồng độ iod hữu cơ rất cao (từ 18%, 35%, 60%, 72%, 76%, 85% với pH7.1 hoặc cao hơn) như Diodon, cardiostast, ioduron, urographin, conray, urotrast v.v... là những loại thuốc cản quang có tỷ lệ gây ra sốc phản vệ cao mặc dầu trước khi sử dụng các thuốc kể trên người ta đã thử test rất cẩn thận.

Hiện nay, trong các trường hợp chụp X quang, chụp cắt lớp điện toán hay dùng cộng hưởng từ (MRI) có dùng thuốc cản quang, người ta đưa một số thuốc cản quang mới, ít hoặc hiếm gây ra phản ứng, sốc phản vệ như Ultravist 300, Ultravist 370 v.v...

Đặc tính dược lý của các thuốc cản quang này là dẫn xuất axit triiodinated isophalic được gắn kết bền vững với iod để hấp thu tia X quang, không chứa ion, dễ hòa tan trong nước, có trọng lượng phân tử là 791,12.

Ultravist được thanh lọc hoàn toàn qua cầu thận trong vòng 2 giờ ở những bệnh nhân có chức năng thận bình thường.

Sự thải trừ của thuốc không bị ảnh hưởng ở những bệnh nhân có suy chức năng gan vì chỉ khoảng 1,5 tổng liều Ultravist đã dùng được bài tiết trong phân sau 3 ngày sử dụng thuốc.

Ultravist 300/370 được sử dụng theo đường tiêm tĩnh mạch hoặc bơm trực tiếp vào các khoang ổ của cơ thể.

Thuốc có tác dụng làm tăng tương phản trong chụp cắt lớp điện toán (CT-scan), chụp X quang động mạch và tĩnh mạch, chụp mạch máu số hóa xóa nền (DSA).

Trước khi sử dụng Ultravist không phải thử phản ứng như sử dụng các thuốc cản quang khác trước đây. Liều lượng thuốc được điều chỉnh theo tuổi, cân nặng cơ thể bệnh nhân.

Liều khuyến dùng cho 1 lần qua đường tĩnh mạch cho bệnh nhân ở tư thế nằm là:

- Chụp quai động mạch chủ: 50-80^{ml} Ultravist 300.
- Chụp động mạch chủ ngực: 50-80^{ml} Ultravist 300/370.
- Chụp động mạch chủ bụng: 40-60^{ml} Ultravist 300.

- Chụp động mạch chi trên: 8-12^{ml} Ultravist 300.
- Chụp động mạch chi dưới: 20-30^{ml} Ultravist 300.
- Chụp động mạch chọn lọc: 40-60^{ml} Ultravist 300.

Đối với bệnh nhân có suy chức năng gan, suy chức năng thận, suy tim, nên sử dụng thuốc cản quang Ultravist với liều lượng càng thấp càng tốt, nên theo dõi bệnh nhân sát sao, cẩn thận trong 3 ngày sau khi tiến hành thủ thuật trên.

Ngoài Ultravist nước ta còn dùng một loại thuốc cản quang khác là Dotarem 0,5mmol/ml. Đặc biệt thuốc này được sử dụng trong thủ thuật chụp cộng hưởng từ (MRI) với liều lượng 0,1mmol/1kg cân nặng cơ thể bệnh nhân, còn với CT-scan 1-3mmol/1kg cân nặng cơ thể bệnh nhân. Tuy nhiên, loại thuốc cản quang này còn hạn chế sử dụng trong chẩn đoán vết thương, di chứng vết thương và bệnh lý ở các mạch máu lớn.

Tỷ lệ biến chứng sốc phản vệ rất hiếm xảy ra khi sử dụng các thuốc cản quang kể trên, nhưng nếu có sốc phản vệ xảy ra (tụt huyết áp, huyết áp kẹt - dưới 80/60 mmHg mạch nhanh trên 100 lần/1phút, bệnh nhân lơ mơ, giã giụa, da và niêm mạc nhợt nhạt v.v...) cách xử trí cấp cứu được tiến hành theo phác đồ điều trị chống sốc chung như đã qui định.

I. THEO DÕI BỆNH NHÂN SAU KHI CHỤP ĐỘNG MẠCH, NHỮNG BIẾN CHỨNG XẢY RA SAU KHI CHỤP ĐỘNG MẠCH

Sau khi chụp động mạch, nếu không có biến chứng gì xảy ra, sau 24 giờ, bệnh nhân có thể ngồi dậy, đi lại. Cho bệnh nhân ăn uống bình thường một vài giờ sau khi chụp động mạch. Đa số bệnh nhân được chụp động mạch

chỉ cảm thấy đau nhẹ ở chỗ chọc kim mà thôi. Tất cả các phản ứng nhẹ của thuốc cản quang cũng như buồn nôn, ói, nóng ran người, rét run, nổi mẩn nhẹ và ngứa khắp người, sốt nhẹ, v.v... có thể qua khỏi trong ngày đầu sau khi chụp động mạch, không có gì nguy hại cho người bệnh.

Mặc dầu thế, sau khi chụp động mạch, cần phải theo dõi sát sao người bệnh và săn sóc tốt: lấy mạch nhiệt độ và đo huyết áp 1-2 giờ một lần trong những giờ đầu, nếu cần cho bệnh nhân thuốc trợ tim, một viên thuốc giảm đau loại analgin, veralgin, v.v... và cho ngủ oxy trong một vài giờ, theo dõi chỗ chọc kim xem có chảy máu thứ phát không, v.v...

Trong đại đa số các trường hợp chụp động mạch, chúng tôi không cho thuốc kháng sinh sau khi chụp và cũng không thấy có một tai biến nhiễm trùng nào xảy ra.

Những biến chứng có thể xảy ra sau khi chụp X quang cản quang các động mạch là:

1. Tụ máu dưới da xung quanh chỗ chọc kim vào động mạch

Chúng tôi gặp 4 trường hợp tụ máu dưới da trên tổng số 184 bệnh nhân được chụp động mạch (2,16%). Để đề phòng biến chứng này có thể xảy ra, chúng tôi đã áp dụng các biện pháp sau đây:

- Cố gắng chọc đúng động mạch chính xác một lần, tránh chọc đi chọc lại nhiều lần và tránh ngoáy đầu kim về nhiều hướng để tìm động mạch. Muốn như vậy người kỹ thuật viên phải biết chính xác về cơ thể học và sự liên quan giữa các tĩnh mạch và các dây thần kinh đi kèm theo động mạch, phải thành thạo về kỹ thuật chọc động mạch.

- Sau khi rút kim ra, phải ép chặt nơi chọc kim trong 5-10 phút. Nếu nghi ngờ máu vẫn rỉ ra qua chỗ chọc

kim, phải dùng dao mổ rạch một đường nhỏ lớp da trên chỗ chọc kim cho máu bầm còn lại thoát ra. Sau đó băng ép chặt chỗ chọc kim và vết rạch da.

2. Chảy máu thứ phát ở chỗ chọc kim

Máu tiếp tục chảy qua chỗ chọc kim tới một hai giờ sau khi chụp động mạch. Nếu biến chứng này xảy ra, cần phải băng ép lại chỗ chọc kim. Nếu biện pháp này cũng không có kết quả, cần phải bộc lộ động mạch, khâu lại thành động mạch bằng một mũi khâu hình chữ X với kim không gây chấn thương.

Để đề phòng biến chứng này, sau khi rút kim cần phải đè ép động mạch lâu và liên tục cho tới khi máu hết rỉ ra. Sau đó để bệnh nhân nằm yên trên giường bệnh 24 giờ.

3. Đau buốt, sưng đỏ, nóng ở chỗ chọc kim

Hiện tượng này có thể xảy ra do sai sót về kỹ thuật: bơm thuốc ra ngoài động mạch hoặc vào trong các lớp của thành động mạch. Các triệu chứng này có thể kéo dài trong 2 - 3 ngày và có thể chữa khỏi được bằng chườm nóng và cho thuốc giảm đau. Chúng tôi gặp một trường hợp thuốc bơm nhầm ra ngoài động mạch một ít (0,54%) gây đau buốt và đã được chữa khỏi hoàn toàn trong 2 ngày bằng biện pháp kể trên.

4. Co thắt mạch kéo dài, tắc nghẽn động mạch (spasme, thromboembolie)

Đây là một trong những biến chứng nặng xảy ra sau khi chụp động mạch. Biến chứng này nhanh chóng dẫn tới hoại tử và hoại thư chi nếu không được chữa trị kịp thời. Nhiều tác giả đã phải cưa cụt chi bệnh nhân sau khi xảy ra biến chứng này (Lang, Mc. Graw, Kulieva, v.v...). Chúng tôi gặp một trường hợp biến chứng tắc

ngheñ động mạch đùi sau khi tiến hành chụp động mạch đùi (0,54%). Chúng tôi đã phát hiện sớm biến chứng này 40 phút sau khi chụp động mạch và đã kịp thời chữa trị bằng mở động mạch lấy bỏ máu cục gây tắc ngheñ động mạch ra ngoài và khâu phục hồi lại thành động mạch bằng kim không gây chấn thương.

Để đề phòng biến chứng này cần tránh chụp động mạch cho các bệnh nhân có rối loạn và thiếu năng tuần hoàn động mạch ở chi dưới. Đối với các trường hợp có chỉ định chụp động mạch, cần phải gây tê tốt, bơm vào động mạch thuốc chống đông máu (hêparin 1ml = 5000 đơn vị) trong khi tiến hành chụp động mạch và tiêm dung dịch novocain 0,25% - 50ml hay 0,5% - 25ml vào động mạch sau khi chụp động mạch.

5. Choáng nặng do phản ứng dị ứng

Đây là một biến chứng đặc biệt nặng, nó thường xảy ra do không thử phản ứng iốt hoặc thử không cẩn thận trước khi tiến hành chụp động mạch. Biến chứng này rất hiếm xảy ra ở những bệnh nhân đã được thử phản ứng iốt chu đáo. Tuy vậy, một số tác giả đã gặp phản ứng này gây ra tử vong ở bệnh nhân trước đó vài ngày đã được chụp động mạch bằng thuốc cản quang cùng loại (V. Vinogradốp, P. Mazaev, v.v...) chúng tôi không gặp trường hợp nào có biến chứng phản ứng iốt nặng sau khi chụp động mạch.

Ngoài các biến chứng kể trên còn có thể gặp một số các biến chứng khác, nhưng hiếm hơn như viêm dây thần kinh đùi do chọc kim vào dây thần kinh trong khi chụp động mạch (V.Vinogradốp), liệt chi dưới (Kulieva), gãy dây thông bằng kim khí ở trong lòng động mạch, v.v... Chúng tôi không gặp các biến chứng này lần nào cả. Dưới đây là bảng so sánh một số biến chứng đã gặp sau khi chụp động mạch của một vài tác giả (*Bảng 11*).

**Bảng 11.
Những biến chứng sau khi chụp động mạch**

Tên biến chứng	SỐ LƯỢNG TỶ LỆ %						
	V. Vinogradóp P.Mazaev (1971)	Kh Kulieva (1971)	Lang (1963)	MC Graw (1963)	Hernandez (1967)	Halpern (1964)	Khánh Dư (1968- 1978)
Tụ máu dưới da	23/300 (9%)	-	-	-	-	-	4/184 (2,16%)
Chảy máu tái phát	3/300 (1%)	-	-	-	-	-	0
Bơm thuốc ra ngoài động mạch	4/300 (1,3%)	-	-	-	-	-	1/184 (0,54%)
Co thắt và tắc nghẽn	4/300 (1,3%)	1/18	47/11500 (0,4%)	3/327 (0,9%)	5/1300 (0,4%)	5/100 (5%)	1/184 (0,54%)
Viêm dây thần kinh đuôi	7/300 (2,3%)	-	-	-	-	-	0
Liệt chi dưới	6/300 (2%)	-	-	-	-	-	0
Chống dị đúngng iốt	1/300 (0,3%)	-	7/1140 (0,06%)	-	-	-	0
Gãy dây thông kim khí	4/300 (1,3%)	-	-	-	-	-	0

Chúng tôi chỉ gặp 3 loại biến chứng sau đây khi chụp động mạch với tỷ lệ rất thấp: tụ máu dưới da 2,16%, thuốc bơm lọt ra ngoài thành mạch 0,54% co thắt mạch kéo dài và tắc nghẽn mạch 0,54%.

II. SĂN SÓC BỆNH NHÂN SAU KHI CHỤP TĨNH MẠCH

Sau khi chụp tĩnh mạch cũng phải quan tâm săn sóc bệnh nhân như sau khi chụp động mạch.

Tuy vậy, sau khi chụp tĩnh mạch, ít thấy những biến chứng xảy ra như sau khi chụp động mạch.

Sau khi chụp tĩnh mạch cần phải để bệnh nhân nằm yên trên giường, chân gác cao, trong 24 giờ. Trong thời gian đó cho bệnh nhân chườm lạnh tại chỗ chọc kim hay bộc lộ tĩnh mạch, có thể cho thuốc chống đông máu có theo dõi tỷ lệ prothrombin, cho kháng sinh.

Cần chú ý mấy biến chứng sau đây có thể xảy ra sau khi chụp tĩnh mạch:

- Đau kéo dài ở chỗ chọc kim hay bộc lộ tĩnh mạch nhất là trong trường hợp chụp qua xương. Phải cho thuốc giảm đau, chườm lạnh, cho kháng sinh.

- Hoại tử tổ chức phần mềm xung quanh chỗ chọc kim hay bộc lộ tĩnh mạch do thuốc cản quang chảy ra ngoài tĩnh mạch trong khi chọc kim. Điều trị như các trường hợp hoại tử phần mềm khác, theo dõi, cắt lọc, chống viêm, chống nhiễm độc, băng vô trùng bằng dung dịch sát trùng hoặc nước muối NaCl ưu trương, v.v...

- Phản ứng mạnh đối với iốt hữu cơ, trong một vài trường hợp có thể dẫn tới choáng dị ứng, trụy tim mạch,

cần phải có biện pháp chống choáng dị ứng kịp thời bằng các thuốc loại cocticoit, thiantan phênegan, canxi clorua v.v... trợ tim, trợ hô hấp.

- Tắc nghẽn động mạch phổi do huyết khối ở thành tĩnh mạch bong ra, chảy về tim phải và lên động mạch phổi gây tắc nghẽn. Phải nhanh chóng mở ngực, mở động mạch phổi lấy bỏ máu cục.

III. KẾT QUẢ VÀ NHẬN XÉT

Dưới đây là bảng phân tích các phương pháp và kết quả chụp tĩnh mạch ở các bệnh nhân của chúng tôi (*Bảng 12*)

Nhờ chỉ định đúng, chuẩn bị bệnh nhân chu đáo, chọn phương pháp chụp tĩnh mạch thích hợp, kỹ thuật chụp đúng và thận trọng nên chúng tôi chỉ có 4 trường hợp biến chứng nhẹ (tụ máu nhẹ ở chỗ chọc kim, đau kéo dài ở mức độ vừa phải đã được điều trị khỏi trong 10 ngày sau khi chụp tĩnh mạch) sau khi chụp tĩnh mạch cho 126 bệnh nhân (3,17%).

Chúng tôi đã chụp tĩnh mạch bằng bơm thuốc cản quang trực tiếp vào tĩnh mạch cho 91 bệnh nhân (72,35%) trong đó có 20 bệnh nhân được bộc lộ tĩnh mạch (15,86%), 71 bệnh nhân được chọc kim trực tiếp qua da vào tĩnh mạch (56,5%) và chụp tĩnh mạch qua xương cho 35 bệnh nhân (27,65%).

Bảng 12.
Vị trí và phương pháp chụp tĩnh mạch

Vị trí chụp	PHƯƠNG PHÁP CHỤP TĨNH MẠCH	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Ghi chú
Chi trên	Chọc kim qua da vào tĩnh mạch cổ tay.	7	5,55%	Không có biến chứng
Tĩnh mạch chậu	Bộc lộ tĩnh mạch hiển trong bên đối diện. Đưa ống thông cản quang lên ngã ba tĩnh mạch chủ dưới.	4	3,17	Không có biến chứng
Chi dưới	- Chọc kim qua da vào tĩnh mạch chày trước và tĩnh mạch mu bàn chân.	64	50,79	Tụ máu dưới da nhẹ: 2 trường hợp
	- Bộc lộ tĩnh mạch chày trước đưa ống polyetylen trong tĩnh mạch.	16	12,69	Không biến chứng
	- Chụp tĩnh mạch qua xương:			
	a) Chọc vào xương gót.	8	6,34	Không biến chứng
	b) Chọc vào mắt cá trong (xương chày)	27	21,42	Đau kéo dài: 2 trường hợp
	Tổng cộng	126	100%	4 biến chứng

CHƯƠNG VII

CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC KHI MỔ. PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM

I. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

A. CHỈ ĐỊNH MỔ CÁC VẾT THƯƠNG VÀ DI CHỨNG VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

Tất cả các vết thương mới ở các mạch máu lớn ngoại biên và các di chứng của vết thương mạch máu đều có chỉ định ngoại khoa. Những vết thương nhỏ do vật sắc, nhọn gây nên, chảy rỉ ít máu, chỉ cần băng ép vô trùng cũng có thể cầm được máu chảy, không cần phải can thiệp phẫu thuật.

Chỉ định điều trị ngoại khoa các vết thương mạch máu với mục đích làm cho máu ngừng chảy, chống choáng mất máu, và trong đại đa số các trường hợp, phục hồi lại sự lưu thông của các mạch máu.

Chúng tôi chỉ định mổ các vết thương mạch máu sau đây:

- Vết thương ở các động mạch lớn ngoại biên.
- Vết thương ở các tĩnh mạch lớn ngoại biên.
- Vết thương động-tĩnh mạch phối hợp ở ngoại biên.

Chỉ định điều trị ngoại khoa các di chứng vết thương mạch máu với mục đích đề phòng các hậu quả của nó như vỡ các túi phình động mạch, suy tim trong rò động-tĩnh mạch.

Chúng tôi chỉ định mổ giải quyết các loại di chứng vết thương mạch máu sau đây:

- Các di chứng vết thương ở động mạch, chủ yếu là phình động mạch với các thể biến dạng khác nhau của nó.

- Các di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp, chủ yếu là rò động-tĩnh mạch và các thể biến dạng khác nhau của nó.

Trong chỉ định mổ các vết thương mới ở mạch máu và các di chứng của nó để lại, có một số vấn đề cần phải đặt ra là:

- Nên mổ khi nào?
- Nên mổ theo phương pháp nào? Thắt, khâu, nối hay ghép? Đường mổ mạch máu?
- Có nên xử trí vết thương mạch máu trong những vết thương đã bị nhiễm trùng không?

Để trả lời cho những vấn đề đặt ra ở trên, chúng tôi xin nêu lên dưới đây một số kinh nghiệm riêng của

chúng tôi trong việc xử trí 312 trường hợp vết thương mạch máu mới và 108 di chứng biên, trong đó có 204 vết thương mạch máu mới và 108 di chứng vết thương mạch máu các loại.

1. Nên mổ khi nào?

Theo đúng những nguyên tắc cấp cứu vết thương mạch máu trong thời chiến cũng như thời bình, tiến hành mổ điều trị cho nạn nhân càng sớm càng tốt. Tuy vậy, cũng cần phải chú ý mấy điểm sau đây:

- Phải tiến hành mổ mạch máu ở những nơi có điều kiện tốt về tổ chức, trang bị dụng cụ, thuốc men, gây mê hồi sức và nhất là phải có cán bộ kỹ thuật biết thành thạo về phẫu thuật mạch máu ở các quân y viện dã chiến (tuyến III) hay ở tuyến chuyên khoa trong các quân y viện tuyến trung ương (tuyến IV); trong thời bình, phải mổ ở tuyến tỉnh (tuyến III), hay tuyến trung ương chuyên khoa (tuyến IV). Thực tế chứng minh rằng, nếu có đầy đủ điều kiện, mổ các vết thương mạch máu ở tuyến III cho kết quả tốt nhất. Ở tuyến IV chỉ giải quyết các di chứng vết thương mạch máu.

- Hiện nay tại một số bệnh viện ở tuyến II (bệnh viện quận, bệnh viện huyện, bệnh viện khu vực) nếu có các bác sĩ đã được đào tạo chuyên khoa phẫu thuật mạch máu, có trang thiết bị dụng cụ để tiến hành mổ ở mạch máu, có bác sĩ và máy móc gây mê hồi sức tốt, có thể giải quyết điều trị các vết thương và di chứng vết thương mạch máu lớn.

- Riêng đối với các bệnh của các mạch máu lớn, khi có chỉ định phẫu thuật, theo ý kiến của chúng tôi, nên

chuyển bệnh nhân lên tuyến III (bệnh viện tỉnh, bệnh viện trung ương tọa lạc tại các thành phố lớn).

- Phải tích cực điều trị chống choáng mất máu nặng trước khi tiến hành việc can thiệp phẫu thuật: để nguyên garô hay băng ép có theo dõi và chấp hành những nguyên tắc đặt garô, truyền máu, truyền các dung dịch chống choáng, điện giải, đạm (plasma, moriamin, v.v...), trợ tim, trợ hô hấp.

Can thiệp phẫu thuật trong lúc nạn nhân đang còn ở trong tình trạng choáng nặng, nhất là khi những điều kiện chống choáng và gây mê hồi sức không có đầy đủ, sẽ dẫn tới tử vong cao, kể cả trong những trường hợp có kỹ thuật tốt, bảo đảm.

- Chỉ nên tiến hành mổ cầm máu vĩnh viễn tại vết thương khi vết thương còn sạch, không có dấu hiệu nhiễm trùng hoại tử, hoại thư. Thời gian cho phép tiến hành các cuộc mổ xẻ này là những ngày đầu sau khi bị thương (tối ngày thứ năm, thứ sáu nếu có chảy máu tái phát). Nếu đã quá 6 ngày và máu đã ngừng chảy, phải chờ cho tới khi hình thành các di chứng vết thương mạch máu như phình động mạch hay lỗ rò động-tĩnh mạch (1 đến 3 tháng sau khi bị thương) mới tiến hành mổ xẻ phục hồi lại sự lưu thông bình thường của mạch máu. Tuy vậy, nếu bọc máu tụ hay túi phình động mạch đang hình thành bị căng, gây đau đớn hoặc tê dại, thiếu máu ở chi dưới do các tổ chức phần mềm bị đè ép, có đe dọa vỡ bọc máu tụ hay vỡ túi phình đang hình thành, hoặc nếu lỗ rò động-tĩnh mạch mạch nằm ở vị trí cao, gần tim như rò động-tĩnh mạch chậu chung, rò động-tĩnh mạch cảnh,

v.v... có đe dọa gây suy tim nhanh chóng v.v..., cần phải can thiệp ngoại khoa sớm, không nên máy móc chờ đợi tới thời hạn quy định như trên.

2. Nên mổ theo phương pháp nào?

Phương pháp can thiệp phẫu thuật lý tưởng nhất trong vết thương mạch máu và di chứng vết thương mạch máu là phẫu thuật phục hồi lại hoàn toàn sự lưu thông của các mạch máu bị thương như nối mạch máu. Tuy vậy, không phải lúc nào hay ở đâu cũng có thể tiến hành được các phẫu thuật phức tạp và tinh vi đó. Chính vì thế mà nhiều khi bắt buộc phải tiến hành các phẫu thuật bảo tồn như thắt mạch máu, khâu mạch máu với mục đích bảo toàn tính mạng cho bệnh nhân trước nhất.

Nếu trong vết thương mạch máu mới, thắt động mạch kỳ đầu có nhiều nguy hiểm có thể gây hoại tử phần chi ở dưới chỗ thắt (theo De Bakey, có tới từ 70% đến 90% các trường hợp phải cắt đoạn chi sau phẫu thuật thắt động mạch khoeo). Trong cuộc Đại chiến Thế giới lần thứ hai, theo các tác giả Xô Viết, có 24,6% nạn nhân phải cưa cụt chi sau phẫu thuật thắt động mạch khoeo; 19,4% sau phẫu thuật thắt động mạch dưới đòn và động mạch nách; 7,8% sau phẫu thuật thắt động mạch đùi; 4,4% sau phẫu thuật thắt động mạch cánh tay và 1,3% sau phẫu thuật thắt động mạch chày sau) thì trong di chứng vết thương mạch máu ít gặp biến chứng này hơn nhiều vì trong một thời gian nhất định, tuần hoàn bàng hệ ít nhiều cũng đã được phát triển.

Nhờ sự thận trọng trong việc chỉ định thắt động mạch (chỉ thắt động mạch khi nghiệm pháp Lexer-Kenen-

Henler dương tính) mà trong 43 lần thắt động mạch tại vết thương và ở xa vết thương trong vết thương mới ở động mạch và 6 lần thắt động mạch trong phẫu thuật điều trị các di chứng vết thương mạch máu, chúng tôi đều đạt kết quả tốt, không có biến chứng gì xảy ra. Tuy vậy, chúng tôi vẫn rất dè dặt, thận trọng và hạn chế việc chỉ định thắt động mạch trong vết thương mạch máu mới và trong các di chứng vết thương mạch máu.

Chúng tôi đã nhiều lần bắt buộc phải cứu chữa cho những nạn nhân đã được mổ thắt động mạch bị thương ở tuyến trước. Thậm chí có 1 trường hợp đã thắt nhầm cả động mạch không bị thương, gây nên hoại tử chi. Dưới đây là tóm tắt bệnh án của bệnh nhân đó:

Bệnh án 124: Bệnh nhân Ng. V. Đ. 20 tuổi được chuyển tới Bệnh viện Chợ Rẫy ngày 18/5/1978 từ XL với chẩn đoán bị thương động mạch đùi đã được thắt bó mạch thần kinh đùi vì chảy máu nhiều. Khám thấy cẳng chân bị tím tái, mất cảm giác, có nhiều chỗ bị bầm tím hoại tử. Quyết định mở rộng vết thương kiểm tra và nếu cần sẽ ghép nối lại động mạch. Khi mở vết thương ra, thấy bó mạch thần kinh đùi ở trên mức ống Hunter còn nguyên vẹn, nhưng đã bị thắt ngang bằng 1 sợi chỉ tơ lớn. Phần động mạch ở trên chỗ thắt đập tốt, phần dưới chỗ thắt động mạch xẹp không đập. Ngay sát trên nút chỉ thắt, có một đoạn động mạch như bị cứng chắc lại. Đặt hai sợi dây cao su cầm máu tạm thời ở đoạn động mạch nằm trên và dưới chỗ thắt. Mở nút chỉ thắt động mạch ra. Đoạn động mạch sát trên chỗ thắt bị nghẽn. Mở động mạch đùi, lấy ra được một thỏi máu cục, tím sẫm, dài 2,50 cm, khâu lại thành động mạch. Sau mổ,

động mạch đùi đập tốt 1/3 trên cẳng chân hông trở lại, nhưng từ 1/3 giữa cẳng chân trở xuống đến bàn chân các tổ chức đã bị hoại tử không phục hồi lại được vì bệnh nhân được chuyển quá muộn (2 ngày sau khi bị thương và thắt động mạch). Cuối cùng phải cưa cụt chi ở mức 1/3 trên cẳng chân.

Qua trường hợp kể trên, chúng tôi muốn nhấn mạnh ở đây một ý là khi nghi ngờ có vết thương mạch máu kết hợp với gãy xương, cần phải mở rộng vết thương để cắt lọc, cầm máu bằng khâu, thắt, nhét sáp, spongen, v.v... đặt ống dẫn lưu theo dõi, cho các thuốc tăng đông máu, v.v... đồng thời phải kiểm tra kỹ bó mạch thần kinh, không nên thấy máu chảy từ vết thương ra nhiều quá mà thiếu bình tĩnh, tìm động mạch thắt lại để cầm máu. Gãy xương có thể gây ra chảy máu dữ dội, nhất là gãy xương do hỏa khí, làm cho chúng ta có thể nhầm với vết thương mạch máu và xử trí vội vàng, không đúng nguyên tắc, làm tổn hại đến sức khỏe của nạn nhân.

Trong phẫu thuật giải quyết di chứng vết thương mạch máu, thắt tĩnh mạch cùng tên nói chung không gây ra tai biến gì nguy hiểm cho người bệnh, nhưng sau khi thắt tĩnh mạch, thời gian phục hồi lại tuần hoàn trở về của phần chi dưới chỗ bị thương thường rất kéo dài, tới 5 - 6 tháng, thậm chí hàng năm sau khi mổ kích thước của chi mới trở lại được tương đối bình thường. Lý do chính ở đây có lẽ vì hệ thống van của tĩnh mạch đã bị yếu hoặc bị hư hỏng, tính chất co giãn đàn hồi của thành mạch đã bị giảm đi nhiều, quá trình ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch đó bị kéo dài hàng năm sau khi bị thương. Thắt tĩnh mạch cùng tên trong các trường hợp

này còn có nguy hiểm nếu hệ thống tĩnh mạch sâu của chi bị thương đã bị viêm tắc nhiều lần trong quá trình sau khi bị thương.

Chính vì vậy, chúng tôi hạn chế việc thắt tĩnh mạch cùng tên và cố gắng giữ nguyên tĩnh mạch bằng cách khâu kín lại những chỗ mở thành tĩnh mạch trong phẫu thuật Matas hoặc nối ghép lại tĩnh mạch kết hợp với dùng thuốc chống đông máu sau mổ (theo một phác đồ nhất định có kiểm tra sự nhạy cảm của cơ thể đối với thuốc). Tất cả các trường hợp không thắt tĩnh mạch của chúng tôi đều cho kết quả tốt, không bị tắc nghẽn, thời gian phục hồi tuần hoàn trở về của chi không kéo dài, khoảng 2 - 3 tháng sau khi mổ kích thước của chi đã trở lại bình thường hoặc gần bình thường.

Trong 79 trường hợp mổ theo phương pháp Matas để điều trị các di chứng của vết thương mạch máu, chúng tôi chỉ tiến hành thắt tĩnh mạch cùng tên kết hợp cho 9 bệnh nhân. 70 bệnh nhân còn lại đã được bảo toàn sự lưu thông của tĩnh mạch sau mổ (Không thắt tĩnh mạch hoặc phục hồi thành của tĩnh mạch sau khi mở tĩnh mạch để thực hiện phương pháp Matas).

Khâu thành bên của động mạch bị thương có thể cho kết quả tương đối tốt nếu động mạch rách ít, bị thủng hoặc bị cắt bằng vật sắc và nếu sau khi khâu, khẩu kính của động mạch không bị hẹp quá $1/3$ so với kích thước bình thường.

Những trường hợp khẩu kính của động mạch bị hẹp sau khi khâu thành bên của động mạch thường dẫn tới tình trạng thiếu máu ở phần chi dưới chỗ bị thương và

trong một số trường hợp có thể gây ra biến chứng tắc nghẽn do huyết khối hay co thắt mạch sau khi mổ.

Chúng tôi đã tiến hành khâu thành bên của động mạch bị thương cho 62 bệnh nhân, trong đó có 14 trường hợp được khâu cả thành động mạch và thành tĩnh mạch cùng một lúc và 17 trường hợp khâu thành bên của tĩnh mạch đơn thuần. Tất cả các trường hợp khâu thành bên động mạch bị thương kể trên của chúng tôi đều đã được tính toán và chọn lọc, do đó không gây ra biến chứng tắc nghẽn động mạch, nhưng có 17 trường hợp (khoảng trên 1/4 tổng số bệnh nhân kể trên) thấy xuất hiện hiện tượng co thắt động mạch kéo dài tới 48 giờ sau khi mổ, nhưng tất cả những nạn nhân đó đã được điều trị tích cực bằng các thuốc chống co thắt, giãn mạch và chống đông máu. Cuối cùng các động mạch đã đập trở lại và các chi bị thương đã được cứu sống.

Trong số 31 trường hợp khâu thành bên của tĩnh mạch đã có một trường hợp bị tắc nghẽn tĩnh mạch bởi huyết khối ngay giữa chỗ khâu. Biến chứng này đã được phát hiện sớm và đã được điều trị kịp thời bằng mở tĩnh mạch lấy bỏ máu cục, phục hồi lại thành tĩnh mạch và điều trị sau mổ bằng hêparin với liều lượng 1ml = 5.000 đơn vị, cách 6 giờ 1 lần. Chụp động mạch và tĩnh mạch một năm sau khi mổ thấy các huyết quản thông tốt.

3. Có xử trí vết thương mạch máu trong những trường hợp vết thương bị nhiễm trùng không?

Các vết thương mạch máu bị nhiễm trùng vẫn còn tiếp tục chảy máu từ vết thương ra và những vết thương mạch máu nhiễm trùng đã cầm máu, nhưng có đe dọa

chảy máu tái phát và chắc chắn sẽ chảy máu tái phát do các cục máu đông bít ở đầu các mạch máu bị đứt bong ra do nhiễm trùng, đều là những vết thương cần phải được xử trí cấp cứu.

Đối với những loại vết thương này chúng tôi thường áp dụng hai phương án xử trí sau đây:

a) Phương án 1: Mở rộng vết thương, tháo mũ và các chất bẩn nhiễm trùng tiết ra trong vết thương, chất lọc các tổ chức hoại tử đã mất hết các dấu hiệu sinh tồn, kẹp và thắt tất cả các mạch máu còn đang chảy ra tiếp tục ở trong vết thương. Rửa sạch vết thương từ trong các ngõ ngách ở sâu ra bằng nước oxy già (12 thể tích), để hở vết thương và đắp lên đó bằng các miếng gạc có tẩm dung dịch muối NaCl ưu trương 30 - 40%. Sau đó, bộc lộ đoạn động mạch chính ở xa phía trên và phía dưới vết thương, luôn chỉ thắt các động mạch đó lại mà chúng tôi vẫn gọi phương pháp này là thắt động mạch ở xa vết thương. Nếu cả tĩnh mạch chính cũng bị thương, chúng tôi tiến hành thắt luôn cả tĩnh mạch ở xa vết thương.

Thắt các mạch máu chính ở xa vết thương đảm bảo đề phòng được chảy máu tái phát, nhưng còn một đe dọa đối với người bị nạn sau khi mổ, là hoại tử phần chi ở dưới chỗ bị thương. Do đó, trước khi quyết định thắt động mạch xa vết thương, cần phải kiểm tra kỹ trong khi mổ cắt lọc vết thương xem đầu động mạch ngoại biên, dưới chỗ bị thương, có còn máu đỏ tươi chảy mạnh ra hoặc chảy ra thành tia hay không. Nếu có máu tươi chảy mạnh ra hay chảy ra thành tia, nghĩa là có tuần hoàn bàng hệ tốt, nghiệm pháp Lexer-Kenen-Henler

dương tính, có thể tiến hành thắt động mạch ở xa vết thương của chúng tôi theo đúng những nguyên tắc cơ bản đã nêu ra ở trên đều đạt kết quả tốt, không có biến chứng chảy máu tái phát hay hoại tử chi sau khi mổ.

Nếu trong khi mổ cắt lọc vết thương, kiểm tra thấy nghiệm pháp Lexer-Kenen-Henler âm tính, hoặc sau khi mổ thắt động mạch ở xa vết thương thấy hiện tượng hoại tử chi tiến triển, cần phải chuyển sang phẫu thuật theo phương án 2.

b) Phương án 2: Cắt cụt chi.

Cắt cụt chi là một biện pháp tiêu cực, nhưng bắt buộc, không còn cách giải quyết nào khác. Chỉ định phẫu thuật ở đây có mục đích chính là để cứu sống nạn nhân (indication vitale).

Chúng tôi chưa lần nào phải tiến hành cắt cụt chi sau mổ thắt động mạch ở xa vết thương, nhưng đã bắt buộc phải cắt cụt chi cho 3 nạn nhân bị vết thương mạch máu nhiễm trùng gây hoại tử chi dưới (2 nạn nhân có vết thương mạch máu nhiễm trùng ở 1/3 dưới đùi và 1 nạn nhân ở khoeo chân).

Trong các trường hợp bắt buộc phải cưa cụt chi do vết thương mạch máu nhiễm trùng, mức cưa cụt phải được quyết định ở tổ chức lành nằm cách xa mép trên của vết thương tối thiểu là 5cm. Sau khi cưa cụt chi, chỉ khâu vài mũi lấp kín đầu xương và bó thần kinh mạch máu, nhất thiết phải để da hở. Vết thương được khâu kín lại kỳ hai sau khi toàn thể trạng của nạn nhân đã ổn định và vết thương đã hết tình trạng nhiễm trùng, các tổ chức hạt đã phát triển tốt.

Qua kinh nghiệm xử trí vết thương hỏa khí ở mặt trận biên giới phía Tây Nam nước ta, sau khi cưa cụt chi, ngay cả mỗm cụt của xương cũng để hở, không cần khâu lấp kín. Đại đa số các trường hợp này đều cho kết quả tốt.

B. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA CÁC BỆNH Ở MẠCH MÁU LỚN NGOẠI BIÊN

Không phải tất cả các bệnh ở hệ thống mạch máu lớn ngoại biên đều có chỉ định điều trị bằng mỗ xẻ, mà chỉ có một số bệnh nhất định có chỉ định điều trị ngoại khoa. Ngay cả trong số các bệnh ở mạch máu lớn ngoại biên có chỉ định điều trị ngoại khoa cũng chỉ có một số giai đoạn tiến triển nhất định của bệnh có thể điều trị được bằng các phương pháp ngoại khoa, các giai đoạn khác (như giai đoạn bắt đầu của bệnh là giai đoạn rối loạn cơ năng và giai đoạn cuối là giai đoạn đã có nhiều biến đổi hữu cơ không hồi phục) là những giai đoạn có thể điều trị bảo tồn nội khoa hoặc bắt buộc phải điều trị triệu chứng (giai đoạn cuối).

Một điều khác biệt so với chỉ định mỗ trong vết thương và di chứng vết thương mạch máu lớn ngoại biên là chỉ định mỗ điều trị các bệnh ở mạch máu thường mang tính chất tương đối. Điều trị ngoại khoa các bệnh ở mạch máu lớn ngoại biên chủ yếu chỉ giải quyết được các biến chứng của bệnh chứ không phải là phương pháp điều trị triệt để, phải kết hợp phương pháp điều trị ngoại khoa một cách chặt chẽ với các phương pháp điều trị nguyên nhân bệnh sinh mới đem lại được kết quả lâu dài cho người bệnh.

Do đó, sau khi điều trị ngoại khoa, người bệnh còn phải tiếp tục điều trị nội khoa bảo tồn trong một thời gian khá dài, đôi khi tới hàng năm về sau, kết hợp với các phương pháp phòng bệnh tích cực, thay đổi môi trường sống, thay đổi địa điểm công tác và đôi khi phải thay đổi cả nghề nghiệp nữa.

Có rất nhiều bệnh các mạch máu lớn ngoại biên cần được điều trị bằng mổ xẻ, nhưng trong cuốn sách nhỏ này, chúng tôi chỉ đề cập tới hai bệnh: viêm tắc động mạch, phình giãn tĩnh mạch và các biến chứng do nó gây nên, do đó chúng tôi chỉ nêu lên ở dưới đây một số chỉ định điều trị ngoại khoa thuộc phạm vi hai bệnh kể trên.

1. Chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh viêm tắc động mạch

Chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh viêm tắc động mạch thường được đề xuất ra khi bệnh đã có biến chứng rõ rệt như tắc nghẽn hoàn toàn hay gần hoàn toàn lòng trong của động mạch bị viêm tắc, khi chi đã bị hoại tử (giai đoạn III của bệnh).

Tuy vậy, nếu bệnh ở giai đoạn I và giai đoạn II đã điều trị nội khoa tích cực và kéo dài, nhưng không có kết quả, cũng có chỉ định điều trị phẫu thuật. Ở giai đoạn I, các cuộc mổ xẻ chủ yếu tác động lên hệ thần kinh giao cảm. Ở giai đoạn II, phẫu thuật tác động trực tiếp vào nội mạc của động mạch có kết hợp tác động hay không, hay tác động lên thần kinh giao cảm. Ở giai đoạn III, các cuộc mổ xẻ chủ yếu tác động trực tiếp vào động mạch và nó thường mang tính chất của một phẫu thuật.

- Cắt đoạn động mạch, ghép vào chỗ khuyết bằng một đoạn ống ghép nhân tạo hoặc một đoạn tĩnh mạch của chính bản thân người bệnh (ghép tự thân).

- BẮc cầu nối động mạch (shunt hay pontage) bằng ống ghép nhân tạo hay bằng một đoạn tĩnh mạch của chính bản thân người bệnh.

Trong phẫu thuật điều trị bệnh viêm tắc động mạch hầu như không bao giờ có thể tiến hành được thủ thuật nối động mạch trực tiếp sau khi đã cắt bỏ đoạn động mạch bị tổn thương, không cần phải có ống ghép nhân tạo hay ống ghép tự thân.

Phẫu thuật cửa cụt chi và tháo khớp chi có kết hợp hay không kết hợp với thủ thuật cắt hạch giao cảm thắt lưng là những phẫu thuật tiêu cực, đối phó hay có thể nói một cách khác là “phẫu thuật ở bước đường cùng” vì những phẫu thuật này chỉ có tác dụng giải quyết điều trị triệu chứng tạm thời cho người bệnh, nó không bảo đảm ngăn cản hay đề phòng được sự tiến triển tái phát của bệnh ở mức trên móm cụt hoặc ở bên chi đối diện.

Trong việc chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh viêm tắc động mạch, chúng tôi cũng đề ra mấy vấn đề sau đây nhằm mục đích đem lại kết quả điều trị tối đa cho người bệnh:

- Nên chỉ định mổ lúc nào?
- Nên chọn phương pháp phẫu thuật nào?
- Có nên chỉ định mổ trong các trường hợp hoại tử, hoại thư chi đã có bội nhiễm hay không?

Trong giai đoạn bệnh đang tiến triển cấp tính, cần tích cực điều trị nội khoa bằng các loại thuốc chống co

thắt, giãn mạch, giảm đau, thuốc chống đông máu, kháng sinh (thận trọng, vì một số kháng sinh có tác dụng ngược lại thuốc chống đông máu), v.v... cho tới khi bệnh thật ổn định mới quyết định vấn đề điều trị ngoại khoa.

Chọn lựa phương pháp phẫu thuật thích hợp chủ yếu phụ thuộc vào giai đoạn tiến triển của bệnh như chúng tôi đã nêu lên ở trên.

Những phương pháp phẫu thuật tác động lên thần kinh giao cảm (như cắt thần kinh giao cảm quanh thành động mạch, cắt hạch thần kinh giao cảm thắt lưng, v.v...) chủ yếu được tiến hành ở giai đoạn rối loạn cơ năng (giai đoạn I) mục đích để làm giảm co thắt, giảm đau đớn cho người bệnh. Ở giai đoạn rối loạn dinh dưỡng (giai đoạn II) phẫu thuật này được áp dụng hạn chế hơn vì nó chỉ có tác dụng làm giảm đau. Phải kết hợp nó song song với phẫu thuật bóc vỏ nội mạc động mạch (endartérectomie).

Những phương pháp phẫu thuật phục hồi lại hoàn toàn hay gần hoàn toàn sự lưu thông của các mạch máu bị viêm tắc (như ghép động mạch, bắc cầu nối động mạch v.v...) chủ yếu được tiến hành ở giai đoạn tắc nghẽn mạch, nhưng chưa phát triển hoại tử, hoại thư chi vì đoạn động mạch ở dưới chỗ viêm tắc vẫn còn hoạt động nhờ có hệ thống tuần hoàn bàng hệ chuyển máu tới (đó là đầu giai đoạn III). Mặc dù thế, ngay cả phẫu thuật ghép mạch máu, bắc cầu nối động mạch, v.v... được thực hiện trong những điều kiện rất đầy đủ và hiện đại cũng vẫn còn cho một tỷ lệ thất bại nhất định do tắc nghẽn ống ghép, tắc nghẽn cầu nối động mạch, nhất là khi

chúng ta dùng ống ghép nhân tạo. Ghép mạch máu tự thân cho kết quả tốt hơn, ít xảy ra biến chứng tắc nghẽn ống ghép hơn nhiều.

Không nên cố gắng làm phẫu thuật phục hồi sự lưu thông của các mạch máu trong các trường hợp đã có hoại tử, hoại thư chi với các dấu hiệu rõ rệt của sự bội nhiễm như loét dinh dưỡng lớn và bẩn ở phần chi dưới chỗ động mạch bị viêm tắc, viêm mủ, những phần chi bị hoại tử để lộ xương ra ngoài, v.v... Trong trường hợp đó cần phải chuyển sang phẫu thuật cưa cụt chi hoặc tháo khớp là những phẫu thuật “đối phó”, “tiêu cực”, “bước đường cùng” như chúng tôi đã nói ở trên, nhưng đó là một phẫu thuật bắt buộc, trước nhất, làm giảm được nỗi đau đớn đang hành hạ, giày vò người bệnh, mặc dù chúng ta biết chắc chắn rằng, sau khi mổ bệnh vẫn có thể tiếp tục tiến triển.

2. Chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh phình giãn tĩnh mạch và các biến chứng của nó

Phình giãn tĩnh mạch, nếu chưa có biến chứng, có thể điều trị nội khoa bảo tồn được bằng nhiều biện pháp khác nhau như băng ép kiểu quần xà cạp, luyện tập, làm cứng tĩnh mạch bằng các dung dịch ưu trương, cho thuốc chống đông máu, v.v...

Tuy nhiên, có thể chỉ định điều trị ngoại khoa các trường hợp phình giãn tĩnh mạch chưa có biến chứng với hai mục đích sau đây:

- Phục hồi lại thẩm mỹ theo yêu cầu của người bệnh, nhất là khi có phình giãn tĩnh mạch cong queo ở những phần da hở.

- Đề phòng các biến chứng viêm tắc tĩnh mạch huyết khối hay huyết khối tĩnh mạch có thể xảy ra.

Hiện nay, có hai phương pháp mổ xẻ điều trị bệnh phình giãn tĩnh mạch (chưa có biến chứng) phổ biến nhất là phương pháp Babcock và phương pháp Madelung. Mỗi phương pháp có một nhược điểm nhất định. Phương pháp Babcock đảm bảo được thẩm mỹ tốt hơn vì chỉ cần những đường rạch nhỏ, dễ liền và không để lại sẹo lớn, nhưng lại có nhược điểm là có thể có máu dưới da vì các tĩnh mạch nối không được thắt trong quá trình mổ xẻ. Phương pháp Madelung có ưu điểm là triệt để hơn không gây chảy máu hay tụ máu sau mổ, nhưng có nhược điểm là để lại nhiều sẹo dài, kém thẩm mỹ hơn phương pháp Babcock.

Có thể chỉ định thực hiện một trong hai phương pháp kể trên cho tất cả các trường hợp phình giãn tĩnh mạch không có biến chứng.

Phương pháp phẫu thuật Trendlenbourg - Troianova (thắt tĩnh mạch hiển trong ở chỗ nó đổ vào tĩnh mạch đùi) và phương pháp Klapp (khâu và thắt các tĩnh mạch nhỏ bị giãn qua da) hiện nay ít được các tác giả ưa thích và được coi là những phương pháp lịch sử vì sau các phẫu thuật này bệnh lại tái phát trong một thời gian ngắn.

Chỉ định mổ điều trị các biến chứng của bệnh phình giãn tĩnh mạch chủ yếu được đặt ra trong thời kỳ bệnh đã ổn định, các dấu hiệu viêm cấp tính của viêm tắc tĩnh mạch huyết khối đã qua khỏi, huyết khối trong biến chứng huyết khối tĩnh mạch đã bám chắc vào thành mạch máu và đã bắt đầu tổ chức lại (khoảng 15 - 20 ngày kể từ khi

bệnh bắt đầu phát sinh ra). Mổ trong thời kỳ này tránh được một biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra cho người bệnh và tắc nghẽn động mạch phổi.

Sau thời gian điều trị bảo tồn nội khoa tích cực và có kết quả, có thể tiến hành phẫu thuật Madelung.

Các phẫu thuật nhằm mục đích cố gắng phục hồi lại sự lưu thông của tĩnh mạch như mổ tĩnh mạch lấy bỏ máu cục (phương pháp Fontan), tái tạo huyết quản sau khi mổ cắt bỏ đoạn tĩnh mạch viêm tắc, nối lại tĩnh mạch hay ghép vào chỗ khuyết tĩnh mạch bằng một đoạn tĩnh mạch của chính bản thân người bệnh hoặc một ống ghép nhân tạo v.v... đều cho tỉ lệ tái phát cao, do đó chúng tôi cũng như nhiều phẫu thuật viên khác đều không ưa thích và không áp dụng phương pháp này.

Hiện nay có một số tác giả (V. Savelev, E. Dumpe, E. Jablokôp, v.v...) còn tiến hành phương pháp Babcock, trước khi đưa que thông vào trong lòng của tĩnh mạch, các tác giả đã mở tĩnh mạch, lấy bỏ hay hút bỏ huyết khối ra, sau đó mới thắt đầu ngoại biên của tĩnh mạch vào que thông để kéo lộn tĩnh mạch ra ngoài. Nếu tiến hành phương pháp Babcock không thành công, các tác giả mới chuyển sang làm phẫu thuật Madelung.

Cũng những tác giả trên đã tiến hành phẫu thuật Trendlenbourg - Troianova trong các trường hợp nghi ngờ huyết khối đang lan tới tĩnh mạch đùi với mục đích đề phòng biến chứng tắc nghẽn động mạch phổi có thể xảy ra.

Trong các trường hợp viêm tắc tĩnh mạch huyết khối đã làm cho đoạn tĩnh mạch bị bệnh dính chặt vào da và các tổ chức xung quanh, Voznesenski khuyên nên tiến

hành phẫu thuật bóc bỏ tĩnh mạch bị viêm tắc cùng với lớp da và lớp dưới da bị dính chặt vào đó.

Chúng tôi không tiến hành phẫu thuật Trendlenbourg - Troianova vì phẫu thuật này không triệt để; và cũng không tiến hành phẫu thuật Voznesenski trong các trường hợp viêm tắc tĩnh mạch huyết khối chưa ổn định vì trong các trường hợp đó, phẫu thuật phải tiến hành trên một tổ chức đang bị viêm ngấm lan, sẽ ảnh hưởng xấu đến quá trình lành của vết mổ.

Chống chỉ định mổ cắt bỏ tĩnh mạch nông trong các trường hợp có kèm theo viêm tắc tĩnh mạch huyết khối ở các tĩnh mạch sâu và trong các trường hợp có các bệnh nặng khác kèm theo như suy thận, suy chức năng gan và suy tuần hoàn ở các giai đoạn cuối. Chống chỉ định mổ cả trong các trường hợp bệnh viêm tắc tĩnh mạch huyết khối đang ở giai đoạn tiến triển cấp tính và trong các trường hợp này dễ xảy ra biến chứng nguy hiểm cho người bệnh như tắc nghẽn động mạch phổi như chúng tôi đã nhắc tới ở trên.

II. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC KHI MỔ

Mổ ở các mạch máu lớn ngoại biên là cuộc đại phẫu thuật có nhiều nguy hiểm cho người bệnh, chủ yếu là choáng mất máu và trụy tim mạch, do đó cần phải chuẩn bị thật chu đáo về mọi mặt trước khi tiến hành phẫu thuật.

1. Kiểm tra chẩn đoán và các xét nghiệm cận lâm sàng

Trước hết phải kiểm tra lại khâu chẩn đoán bệnh để có một chẩn đoán tương đối chắc chắn trước khi mổ, dựa

trên cơ sở đó đề ra kế hoạch tiến hành mổ xẻ, phương pháp vô cảm và dự kiến trước kỹ thuật mổ xẻ cụ thể, dự kiến về tiên lượng bệnh.

Sau đó kiểm tra lại toàn bộ các xét nghiệm cận lâm sàng như công thức máu (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu), tỷ lệ huyết sắc tố hay tỷ lệ huyết cầu trên huyết tương (hématocrité) thời gian máu chảy, thời gian máu đông, tỷ lệ prothrombin, nếu cần, cho làm biểu đồ co cục máu (thrombo-élastogramme), điện giải, tốc độ máu lắng, đường huyết, các xét nghiệm về chức năng gan như phản ứng Gros-Mac Lagan, transaminaza máu, urê máu và urê nước tiểu, tổng phân tích nước tiểu, ký sinh trùng đường ruột qua thử phân, v.v...

2. Kiểm tra và chuẩn bị bệnh nhân

Phải soi tim phổi, ghi điện tâm đồ, chụp động mạch, chụp tĩnh mạch, khám tai - mũi - họng, khám răng và khám toàn diện để phát hiện ra các bệnh khác kèm theo như lao phổi, các khối u ác tính, v.v... Nhân đây, chúng tôi xin nêu lên hai thí dụ về những tác hại của sự chuẩn bị bệnh nhân không chu đáo và chẩn đoán không toàn diện trước khi mổ. Một đồng nghiệp của chúng tôi tiến hành một cuộc mổ xẻ lớn: Nối tĩnh mạch lách thận cho bệnh nhân với hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Cuộc mổ xẻ diễn ra rất gay go, phức tạp và kéo dài trong 5 giờ đồng hồ. Sau khi mổ xong, trong lúc làm sinh thiết gan phát hiện thấy trên nền của xơ gan theo toàn bộ, có nhiều nhân ung thư gan lớn nhón khắp cả 2 thùy gan. Qua trường hợp này ta có thể nhấn mạnh một điểm: Nếu trước khi mổ, cho tiến hành soi ổ bụng kiểm tra và trong khi mổ kiểm tra lại gan và các cơ quan bộ phận

khác trong cơ thể trước khi làm thủ thuật nối tĩnh mạch lách - thận, thì chắc chắn đồng nghiệp của chúng ta sẽ từ chối cuộc phẫu thuật này. Cuộc mổ xẻ kết thúc một cách nhanh gọn, không tốn kém sức người và tiền của nhà nước, làm cho tình trạng của bệnh nhân đã nặng lại càng nặng thêm lên.

Một ví dụ khác: Một đồng nghiệp khác của chúng tôi đã mất một bệnh nhân sau mổ thắt ống động mạch cho bệnh còn ống động mạch bẩm sinh. Cuộc mổ xẻ được tiến hành thuận lợi. Sau mổ, bệnh nhân sốt cao liên tục với triệu chứng của nhiễm trùng huyết rõ rệt. Kiểm tra thấy bệnh nhân bị đau răng, viêm mủ chân răng, hàm dưới, má và hàm sưng to. Mặc dù đã điều trị rất tích cực và khẩn trương bằng kháng sinh liều cao tiêm tĩnh mạch, nhưng vẫn không cứu sống được bệnh nhân. Qua bệnh án kể trên ta thấy rõ chỉ một sơ suất nhỏ cũng có thể dễ dàng để mất bệnh nhân.

Mặc dầu thế, trong các trường hợp vết thương mạch máu lớn, cần phải mổ cấp cứu, khẩn trương, thì đại đa số các nguyên tắc chuẩn bị bệnh nhân kể trên đều phải được chăm chú. Ở đây được đặt lên hàng đầu việc điều trị chống choáng.

Phải thử nhanh nhóm máu để cho truyền máu kịp thời. Sau đó trong khi chờ đợi cho tình trạng nạn nhân tương đối ổn định, cho thử thêm urê huyết, tổng phân tích máu, thời gian máu chảy, cho thời gian máu đông, làm vệ sinh, thay quần áo cho nạn nhân và chuyển nạn nhân lên phòng mổ càng sớm càng tốt.

Đối với những bệnh nhân được chuẩn bị mổ theo kế hoạch, phải được chú ý thêm mấy điểm sau đây:

- Tập vận động chân tay và tập thở sâu từ 3 đến 5 ngày trước khi mổ.

- Nếu bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông máu, phải tạm thời ngừng dùng trong 3 - 4 ngày trước khi mổ.

- Nếu thiếu máu, phải cho truyền máu, truyền dung dịch đậm như plasma, moriamin vài ngày trước khi mổ.

- Nếu có các bệnh nhiễm trùng, sốt cao hoặc có các bệnh viêm họng, sưng răng, viêm tai có mủ, v.v... cần phải điều trị thật tốt trước khi quyết định mổ.

- Trong thời gian nằm viện, bệnh nhân phải được giải thích, phân tích rõ ràng hơn thiệt của phẫu thuật, phải được chuẩn bị tinh thần đầy đủ, tin tưởng vào thầy thuốc, vào kết quả mổ sẽ đạt được, v.v...

- Đêm trước khi mổ, bệnh nhân phải được tắm rửa, làm vệ sinh, thụt tháo phân và được ngủ tốt bằng thuốc ngủ như valium, mêprobamat, gacđênan, v.v...

- Sáng hôm mổ, bệnh nhân chỉ đánh răng, rửa mặt, nhịn ăn, nhịn uống và tốt nhất được tiêm thuốc tiền mê (mocphin 0,01g; atropin 1/4mg), hay các thuốc gây đông miên (đolacgan 100mg; pipolphen 0,50g; aminazin 0,025g v.v...) từ trong phòng điều trị 40 phút trước khi bệnh nhân được đưa tới phòng mổ bằng cáng hay bằng xe đẩy.

3. Chuẩn bị dụng cụ thuốc men

Phải kiểm tra lại chu đáo lần cuối cùng bộ dụng cụ để mổ ở mạch máu mà chủ yếu là các kẹp mềm để cầm máu, kim khâu không chấn thương loại cỡ 4/0, 5/0, 6/0, 8/0, dây cao su nhỏ để ngăn dòng máu chảy tạm thời trong khi tiến hành phẫu thuật trên mạch máu.

Phải có đầy đủ các thuốc trợ tim (uabain 1/4mg; strophantin 0,05% - 1ml v.v...), trợ hô hấp (oxy, lobêlin 1% - 1ml), máu dự trữ và nhất là dung dịch muối NaCl 9 phần nghìn có pha hêparin với tỉ lệ 2ml (1000 đơn vị), hêparin pha trong 1 lít dung dịch NaCl 9 phần nghìn để dùng trong suốt quá trình mổ xẻ, các thuốc loại cocticoit, v.v...

Chuẩn bị chu đáo về mọi mặt trước khi quyết định mổ sẽ đề phòng được một biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi mổ sẽ đem lại kết quả tốt nhất sau mổ cho người bệnh.

III. PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM

Đại đa số các trường hợp mổ trên mạch máu của chúng tôi nhất là mổ trên động mạch đều được tiến hành trong điều kiện gây mê nội khí quản có phối hợp dùng một liều lượng ít hoặc vừa phải thuốc giãn cơ.

Một số rất ít các trường hợp mổ trên tĩnh mạch bị phình giãn cong queo chưa có biến chứng đã được chúng tôi tiến hành trong điều kiện gây tê tại chỗ. Những trường hợp biến chứng của bệnh phình giãn tĩnh mạch như viêm tắc tĩnh mạch huyết khối và huyết khối tĩnh mạch đều được tiến hành mổ xẻ trong điều kiện gây mê.

Như đã kể ở trên, một số lớn bệnh nhân của chúng tôi được tiền mê từ trong phòng điều trị và một số khác được tiêm thuốc tiền mê ở trong phòng tiền phẫu của khu phẫu thuật 40 - 50 phút trước khi mổ.

Chúng tôi thường áp dụng 2 công thức sau đây để thực hiện tiền mê cho bệnh nhân:

1 - Atropin sufat: 1/4mg

- Mocphin: 1cg

Tiêm bắp thịt cả 2 thứ 40 - 50 phút trước khi mổ.

2 - Dolacgan: 100mg

- Pipolphen: 50mg

- Aminazin: 25mg

Tiêm bắp thịt một nửa số lượng của 3 thứ thuốc kể trên, còn một nửa truyền nhỏ giọt tĩnh mạch trong phòng tiền phẫu 30 - 40 phút trước khi mổ.

Sau đó tiêm thuốc mê tĩnh mạch tác dụng ngắn hạn loại bacbituric như thiopenthal, cho bệnh nhân thở oxy bằng hệ thống bóp bóng gắn vào máy gây mê trong vòng khoảng 5 phút, tiêm cho bệnh nhân thuốc giãn cơ ngắn hạn (tubocurarin 0,4 - 0,6mg cho 1kg cân nặng bệnh nhân) để đặt ống nội khí quản dễ dàng.

Sau khi đặt ống nội khí quản, cho bệnh nhân tiếp tục mê bằng thuốc mê hơi (ête, protoxyde d' azote hoặc hallothane, v.v...) qua máy gây mê pha trộn oxy khoảng 30%.

Trong suốt quá trình gây mê để mổ, một số bệnh nhân được thở bằng hệ thống tự động của máy thở P0 - 1, một số bệnh nhân khác được duy trì hô hấp bằng bóp bóng tay.

Trong khi mổ, bệnh nhân được truyền nhỏ giọt dung dịch glucoza 5%, dung dịch muối NaCl 9 phần nghìn, dung dịch lactat Ringer, truyền máu tươi cùng loại, v.v... Số lượng nước đưa vào cơ thể phụ thuộc vào kết quả theo dõi và đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (PVC). Để điều chỉnh thẳng bằng kiểm toan, trong khi mổ chúng tôi

truyền thêm cho bệnh nhân dung dịch Natri bicacbonat 4% (50 - 100ml).

Tóm lại, khi tiến hành gây mê để mổ điều trị vết thương và bệnh ở các mạch máu lớn ngoại biên, chúng tôi thường chú ý mấy điểm sau đây:

- 3 - 4 giờ trước khi mổ, tiêm cho bệnh nhân thuốc loại cocticoit như hydrococtison 100mg hoặc coctison 100mg.

- Thuốc tiền mê thực hiện theo 1 trong 2 công thức kể trên 40 - 50 phút trước khi mổ.

- Gây mê nội khí quản ở mức độ nông hoặc trung bình, và nếu cần, kết hợp gây mê nông với gây tê tại chỗ bằng dung dịch novocain 0,25% hay 0,5%, vì cuộc mổ xẻ có thể kéo dài, gây mê sâu có thể gây độc hại cho bệnh nhân.

- Trong suốt thời gian mổ xẻ, hô hấp của bệnh nhân phải được hỗ trợ bằng máy thở tự động hoặc bằng bóp bóng tay qua máy gây mê thường đảm bảo lượng thuốc gây mê hơi pha trộn với 30% oxy.

- Theo dõi sát sao khối lượng máu bị mất trong khi mổ để truyền máu bù trừ kịp thời.

- Theo dõi và điều chỉnh kịp thời sự thăng bằng kiềm toan, nước, điện giải và những sự rối loạn nội tiết trong khi tiến hành phẫu thuật.

- Theo dõi số lượng nước tiểu tiết ra để kịp thời điều chỉnh lại những rối loạn chức năng của thận do sự mất máu và truyền máu ô ạt gây nên.

- Cho các thuốc trợ tim đối với những bệnh nhân đã có dấu hiệu suy tim, rối loạn tuần hoàn trước khi mổ

như trong khi mổ di chứng vết thương mạch máu loại rò động-tĩnh mạch.

Nếu đảm bảo được đầy đủ những điều nêu ra ở trên, có thể đề phòng được các biến chứng xảy ra trong khi mổ và tạo điều kiện tốt cho sự tiến triển thuận lợi của thời kỳ sau mổ.

CHƯƠNG VIII

KỸ THUẬT MỔ XẺ Ở MẠCH MÁU

Cuối thế kỷ thứ XIX, thắt mạch máu là một phương pháp duy nhất dùng để cầm máu vĩnh viễn trong việc chữa trị các vết thương mạch máu. Thắt mạch máu bị thương là một phương pháp đã có từ mấy trăm năm trước kỷ nguyên. Phương pháp này bị bỏ quên trong thời kỳ trung cổ và cho đến năm 1570 mới được Ambroise Paré phục hồi lại và viết thành lý luận.

Thắt mạch máu là một tiến bộ của phẫu thuật trong thời kỳ ấy. Tuy nhiên, nó không phải là một phương pháp hoàn hảo vì sau khi thắt mạch máu có thể xảy ra nhiều biến chứng nghiêm trọng như hoại tử, hoại thư phần cơ thể ở dưới chỗ có động mạch bị thắt, v.v...

Lịch sử khâu nối mạch máu đã có từ lâu. Năm 1759, Hallowell trong khi mổ, tình cờ làm thủng động mạch cánh tay, và đã khâu chỗ thủng lại bằng 2 mũi khâu rời. Sau khi khâu, động mạch bị thương mạch đập trở lại bình thường, nên bệnh nhân khỏi. Trong vòng 100 năm sau đó, phương pháp khâu mạch máu đã không được áp

dụng vì hầu hết các trường hợp khâu mạch máu đều cho kết quả xấu. Đại đa số các thầy thuốc trong các thời kỳ này chỉ áp dụng phương pháp thắt mạch máu để điều trị vết thương mạch máu.

Cuối thế kỷ thứ XIX, nhà phẫu thuật Nga nổi tiếng, Pirôgốp, đã nói: “Đối với phẫu thuật sẽ là một kỷ nguyên mới nếu người ta biết làm ngừng chảy máu nhanh và hoàn bị bằng một phương pháp không cần phải thắt mạch máu”.

Năm 1882, Gluck có ý định phục hồi lại phương pháp khâu mạch máu trên súc vật, nhưng không đạt được kết quả. Cũng năm ấy, Shède công bố một trường hợp khâu tĩnh mạch đùi bị thương trong khi mổ với kết quả tốt.

Năm 1889, nhà phẫu thuật Nga Janôpski, người đầu tiên đã chứng minh và lý luận một cách khoa học về kỹ thuật và phương pháp khâu mạch máu trong thực nghiệm.

Năm 1895, lần đầu tiên trong lịch sử, Shabanhev, Manteiulen và Ôclốp đã áp dụng phương pháp này vào lâm sàng để chữa bệnh phình giãn và tắc mạch máu: Khâu thành mạch máu sau khi mổ mạch máu lấy bỏ máu cục.

Phẫu thuật mạch máu đã phát triển từ thắt mạch máu, khâu mạch máu bị thương tới nối mạch máu bị đứt và từ nối tĩnh mạch tới nối động mạch. Nối động mạch là một vấn đề khó vì áp lực động mạch cao, dễ bị bục chỉ và gây chảy máu dữ dội.

Trong 20 năm gần đây, phẫu thuật mạch máu đã có nhiều tiến bộ, người ta đã tiến hành ghép mạch máu,

bắc cầu nối mạch máu, v.v... để phục hồi lại dòng máu lưu thông (sau khi bị thương hoặc sau khi bị viêm tắc).

Cho tới nay, người ta đã đề xuất ra gần 30 phương pháp khâu, nối mạch máu. Tất nhiên, trong số đó cũng có nhiều phương pháp không đáp ứng được nhu cầu sinh lý học và chỉ còn ý nghĩa lịch sử.

Đại đa số các phương pháp đã đáp ứng được phần nào nhu cầu sinh lý học cũng không phải là những phương pháp toàn diện có thể đem áp dụng được cho tất cả các loại mạch máu: động mạch, tĩnh mạch, cỡ nhỏ, cỡ lớn, v.v... Do đó, tùy theo mỗi trường hợp cụ thể, phẫu thuật viên có thể lựa chọn một phương pháp đơn giản và thích hợp nhất, (ví dụ: phương pháp Carrel, phương pháp Blalock-Meshalkin hoặc nối mạch máu bằng máy khâu mạch máu của Liên Xô, v.v...).

Để bảo đảm khâu, nối và ghép mạch máu có kết quả tốt, chúng tôi luôn luôn quan tâm mấy vấn đề sau đây:

- Bảo đảm những nguyên tắc chung về mổ xẻ ở mạch máu.
- Chọn đường mổ vào mạch máu thuận lợi nhất.
- Chọn kỹ thuật khâu, nối và ghép mạch thích hợp và đảm bảo.

I. NHỮNG NGUYÊN TẮC CHUNG VỀ MỔ XẺ Ở MẠCH MÁU

1. Thắt mạch máu

Khi quyết định thắt mạch máu phải đảm bảo là sau khi thắt, phần cơ thể ở dưới chỗ bị thương vẫn được nuôi dưỡng bình thường, nghĩa là có hệ thống tuần hoàn

bàng hệ phát triển tốt: nghiệm pháp Lexer-Kenen-Henler dương tính.

Thất mạch máu ở những nạn nhân mới bị thương có nhiều nguy hiểm gây hoại tử chi hay kém hoặc mất nuôi dưỡng ở các cơ quan bộ phận vì tuần hoàn bàng hệ chưa kịp phát triển, do đó phải rất thận trọng trước khi tiến hành thủ thuật này. Thất động mạch trong các trường hợp di chứng vết thương ở mạch máu có ít nguy hiểm đe dọa hoại tử chi hơn vì trong suốt quá trình hình thành những di chứng đó, trong đại đa số các trường hợp, hệ thống tuần hoàn bàng hệ cũng được phát triển song song.

Thất động mạch có nhiều nguy hiểm hơn thất tĩnh mạch, thất các động mạch chính có nhiều nguy hiểm hơn thất các động mạch phụ hoặc thất các nhánh của động mạch chính, do đó trước khi quyết định thất mạch máu cần phải xác định chắc chắn, máu chảy từ đâu ra.

Thất động mạch ở những vị trí có nhiều mạch nối (anastemose) trong điều kiện sinh lý bình thường có nhiều thuận lợi và ít nguy hiểm hơn thất mạch máu ở các vị trí khác, do đó phải có kiến thức vững vàng về giải phẫu và sinh lý của mạch máu, về những vùng có thể thất được mạch máu mà không gây nên nguy hiểm đe dọa gì cho người bị nạn.

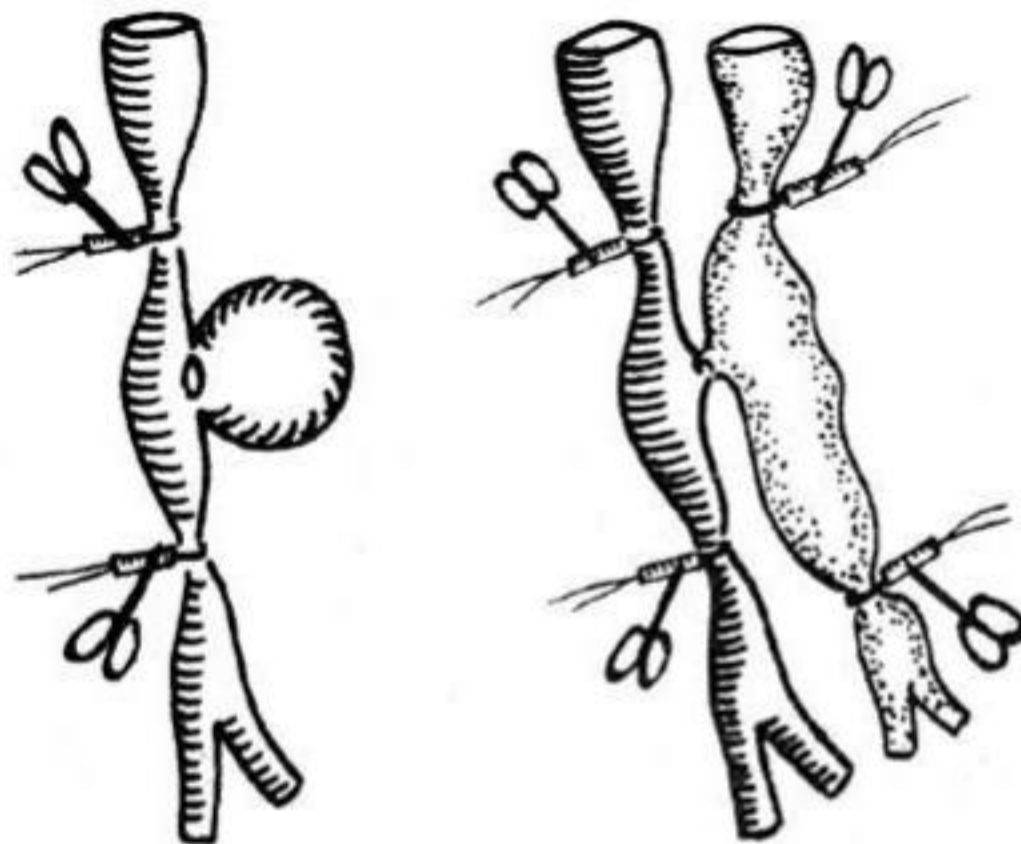
Trong những trường hợp bắt buộc phải thất động mạch vì không còn con đường nào khác cần phải mạnh dạn tiến hành phương pháp bắc cầu nối động mạch (shunt) giữa đoạn động mạch ở trên và đoạn động

mạch ở dưới chỗ thắt (nếu có đe dọa hoại tử chi sau khi thắt).

2. Khâu, nối, ghép mạch máu và bắc cầu nối mạch máu

a) Chuẩn bị:

Trước khi can thiệp vào chỗ mạch máu bị thương hay chỗ có các di chứng vết thương mạch máu (phình động mạch và rò động-tĩnh mạch, v.v...), nhất thiết phải đặt garô ở xa trên chỗ bị thương (trong vết thương mạch máu mới, chủ yếu là vết thương động mạch) hoặc bộc lộ đầu trên và đầu dưới của động mạch và tĩnh mạch ở xa phía trên và phía dưới chỗ có di chứng vết thương động mạch máu khoảng 3 - 4cm (chủ yếu trong các di chứng vết thương động mạch và động-tĩnh mạch phối hợp) và luôn xuống dưới mỗi đoạn động mạch đó một dây cao su nhỏ (như ống Nélaton cỡ nhỏ) hay một dây vải nhỏ để xiết cầm máu tạm thời trong khi tiến hành thì chính của phẫu thuật (khâu hoặc nối mạch máu) (*hình 58*).



Hình 58: Đặt dây cao su hay dây vải cầm máu tạm thời trước khi tiến hành thì mổ chính

b) Yêu cầu của khâu, nối mạch máu:

Khi khâu, nối mạch máu phải đạt được đầy đủ các yêu cầu và đồng thời cũng là những nguyên tắc bắt buộc sau đây:

- Phải khâu thế nào để sau khi khâu lớp nội mạc của mạch máu lộn ra phía ngoài.

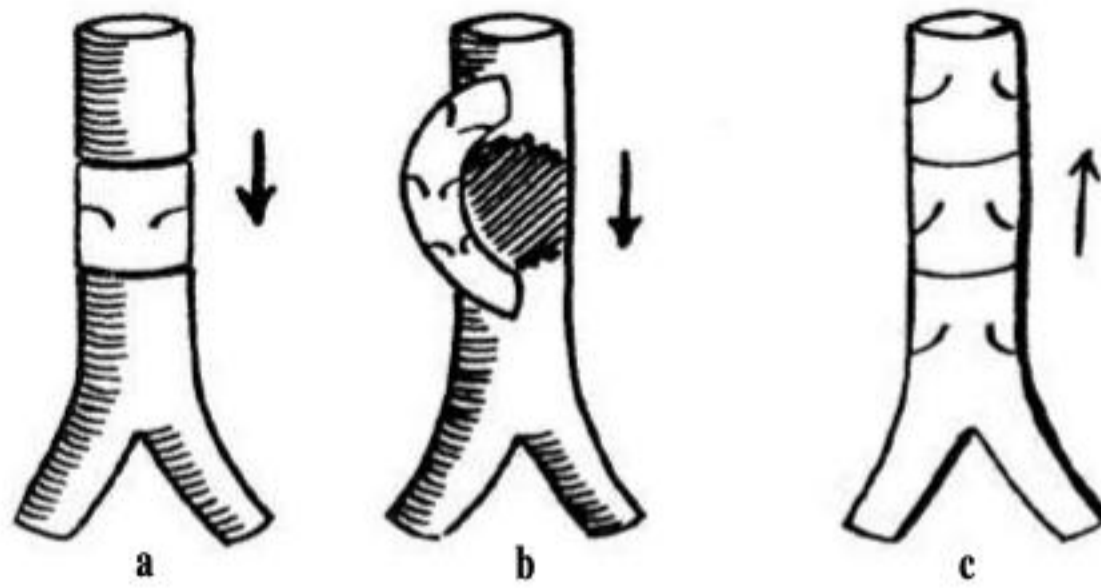
- Khi mổ xong, chỗ khâu nối mạch máu phải kín khít.

- Sau khi mổ, chỗ khâu nối không được căng và hẹp quá (không hẹp quá $1/3$ khẩu kính đối với các mạch máu cỡ nhỏ và không quá $1/2$ khẩu kính đối với các mạch máu cỡ lớn như các động mạch đùi, chậu, v.v...).

Khi khâu nối xong, các mạch máu phải thông tốt, không tắc (nếu là động mạch, phải đập theo nhịp đập của tim; nếu là tĩnh mạch phải thấy rõ dòng máu chảy cuộn cuộn ở bên trong).

c) Yêu cầu của ghép mạch máu và bắc cầu nối mạch máu:

Ghép mạch máu và bắc cầu nối mạch máu trước hết, cũng phải đạt được các yêu cầu cơ bản như trong khâu nối mạch máu. Tuy vậy, nếu đoạn khuyết mạch máu được ghép thay thế vào đó bằng một đoạn tĩnh mạch hiển trong lấy từ bên chi lành của chính người bệnh thì trước khi ghép, nếu là động mạch thì phải đặt đảo ngược ống ghép tĩnh mạch đó theo đúng chiều máu đang chảy. Như vậy, các van của ống ghép tĩnh mạch sẽ hướng về phía ngoại biên. Nếu mạch máu được ghép là tĩnh mạch thì không phải đảo ngược ống ghép tĩnh mạch nữa vì các van của nó có cùng một hướng với đoạn tĩnh mạch được ghép (hướng về tim) (*hình 59*).



- a) Ghép động mạch bằng một đoạn tĩnh mạch. Van của ống ghép hướng về phía ngoại biên.
- b) Ghép tĩnh mạch bằng một đoạn tĩnh mạch. Các van của tĩnh mạch và của ống ghép hướng về phía tim.
- c) Ống ghép tĩnh mạch dưới hình thức bắc cầu nối các van của ống ghép hướng về phía ngoại biên.

Hình 59: Mạch máu sau khi nối và ghép.

Trước khi nối mạch máu, phải bóc bỏ lớp áo ngoài (adventitia) của các đầu mạch máu và cắt thật bằng phẳng hoặc theo một hình nhất định (xem ở dưới), các đầu nối đó với mục đích làm cho các miệng nối phẳng và đẹp, không bị co rúm và hẹp; ngoài ra, còn làm cho đoạn mạch máu được nối ghép mất lớp thần kinh giao cảm (sympathectomie périartérielle), tránh được hiện tượng co thắt mạch máu sau khi mổ.

Trong khi mổ luôn luôn bơm tưới dung dịch NaCl 9 phần nghìn pha hêparin vào các đầu mạch máu để rửa cho sạch máu cục động.

d) Thì kết thúc của phẫu thuật nối ghép mạch máu:

Khi phẫu thuật nối ghép mạch máu gần xong, chỉ còn một mũi khâu cuối cùng là kết thúc, ta nối nhẹ dây cao su cầm máu tạm thời ở phía đầu có máu chảy tới (mở đầu trung tâm trước nếu là động mạch và mở đầu ngoại

biên trước nếu là tĩnh mạch) với mục đích đẩy không khí ở trong lòng động mạch ra. Trong khi đó, ta khâu và thắt mũi chỉ cuối cùng ngay trên chỗ có máu đang chảy tràn ra. Sau đó, ta mở cả hai dây cao su xiết tạm thời ở hai đầu mạch máu ra cùng một lúc cho máu lưu thông trở lại bình thường.

Thủ thuật trên đây giúp ta đề phòng được biến chứng tắc nghẽn khí ở động mạch phổi, biến chứng tắc nghẽn các động mạch ngoại biên, gây ra hoại tử chi.

Nếu sau khi khâu, nối mạch máu xong máu vẫn còn tiếp tục chảy rỉ ra, chỉ cần lấy gạc tẩm dung dịch muối NaCl 9 phần nghìn đã hâm nóng, đắp lên trên chỗ máu đang chảy rỉ ra trong vài phút là máu sẽ ngừng chảy.

Kết thúc phẫu thuật bằng khâu kín vết mổ hai lớp (1 lớp cơ và các cân để che lấp kín chỗ mạch máu đã được khâu nối và 1 lớp khâu da thưa) có để lại một dải cao su hay 1 ống polyetylen cắt sẵn nhiều lỗ ngang ở phần đầu ống để dẫn lưu trong 24 giờ. Băng vô trùng.

II. ĐƯỜNG MỔ VÀO CÁC MẠCH MÁU LỚN NGOẠI BIÊN

Chọn đường mổ thích hợp vào các mạch máu lớn ngoại biên để thực hiện được tốt và có kết quả những cuộc can thiệp phẫu thuật trên các mạch máu bị thương hay bị bệnh là một trong những vấn đề quan trọng của phẫu thuật mạch máu.

Theo ý kiến của chúng tôi, khi lựa chọn đường mổ vào các mạch máu lớn ngoại biên cần phải dựa vào mấy điểm sau đây:

- Đường mổ phải nằm dọc theo hướng đi của các mạch máu lớn ngoại biên.

- Đường mổ phải kéo dài lên phía trên và xuống dưới quá chỗ ranh giới của tổn thương mạch máu ít nhất mỗi đầu từ 3 đến 5cm, đảm bảo có một đường nào tới mạch máu dễ dàng, rộng rãi và gần nhất.

- Trong những trường hợp khó, đường mổ phải được quyết định dựa theo kết quả chụp X quang cản quang các mạch máu.

- Đường mổ phải thuận tiện cho việc cầm máu cấp cứu khi đột xuất có biến chứng chảy máu dữ dội xảy ra trên bàn mổ như vỡ túi phình động mạch, chảy máu ồ ạt từ các nhánh bàng hệ lớn trong lúc mở túi phình động mạch hay mở thành của tĩnh mạch.

- Đường mổ phải tránh xa khỏi các mạch máu bàng hệ lớn để giảm bớt sự chảy máu vô ích trong khi mổ, làm kéo dài thời gian mổ xẻ không cần thiết.

- Đường mổ phải tránh xa khỏi các ổ loét dinh dưỡng để đề phòng sự lây lan nhiễm trùng vào vết mổ trong thời gian sau mổ.

- Đường mổ phải phù hợp với tư thế bệnh nhân đã được quyết định đặt sẵn trước khi mổ để tránh tình trạng phải thay đổi tư thế bệnh nhân trong khi mổ, ảnh hưởng đến những nguyên tắc vô trùng và thực hiện gây mê hồi sức.

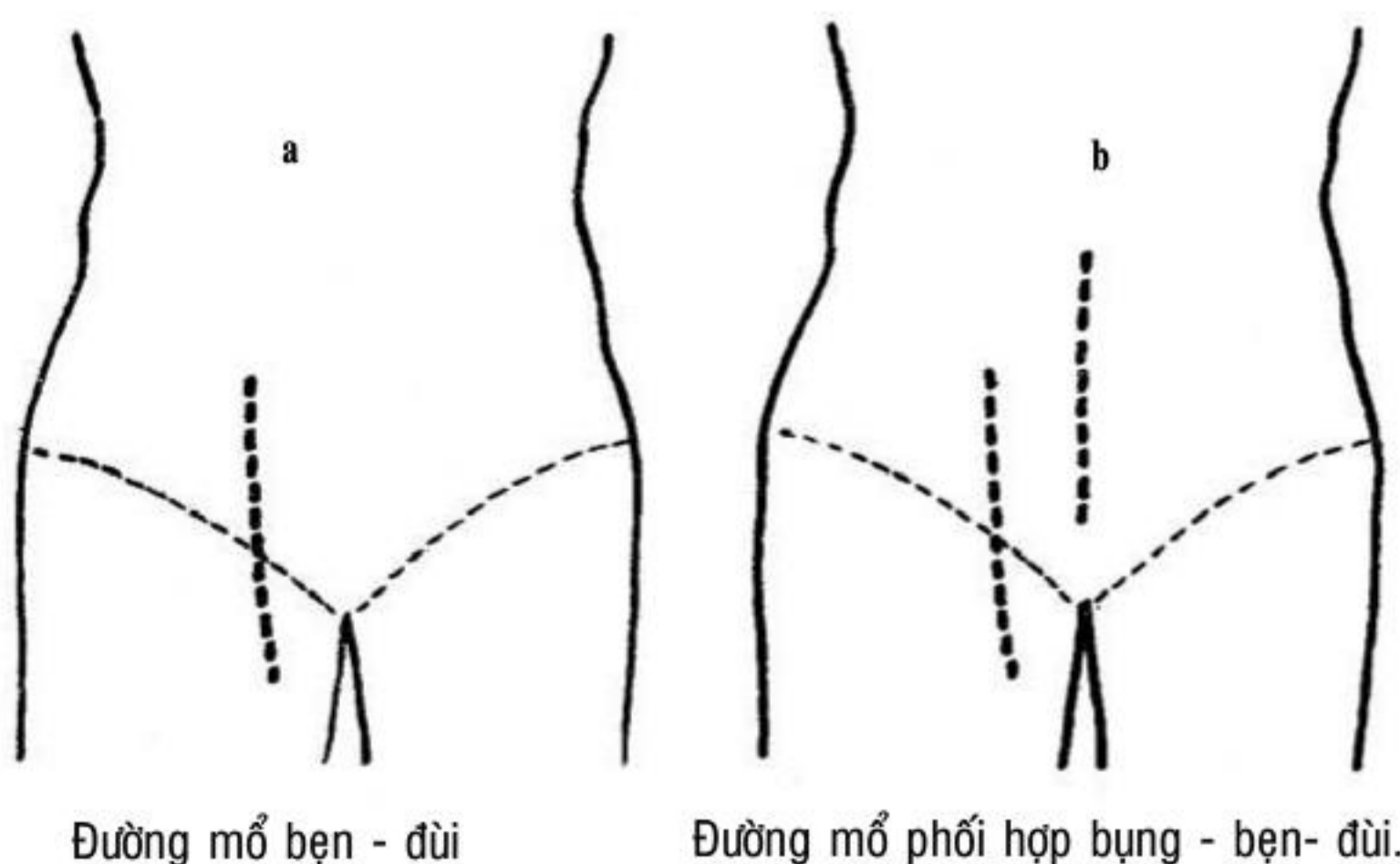
- Nếu một đường mổ không đủ để tiến hành công cuộc phẫu thuật, ví dụ: Trong khi xử trí các vết thương hay tổn thương bệnh lý ở động mạch chậu ngoài, có thể áp dụng một đường mổ kết hợp như vừa mở ở phía đùi, vừa mở bụng trong một lần mổ, v.v...

Dưới đây là một vài đường mổ chúng tôi thường áp dụng trong khi mổ ở các mạch máu lớn ngoại biên:

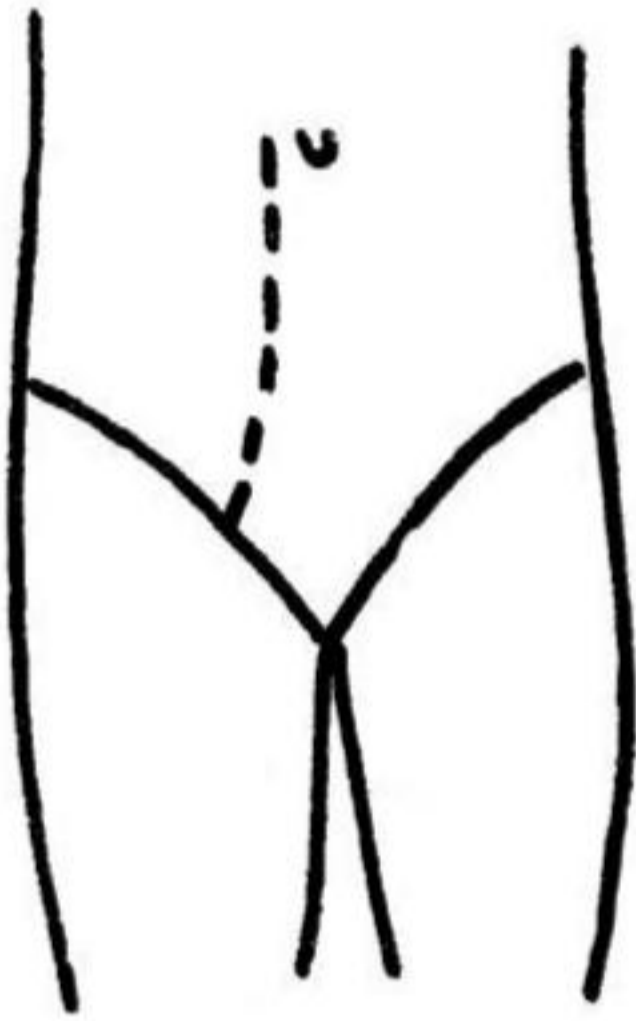
1. Đường mổ vào bó mạch chậu ngoài

Khi mổ vào bó mạch chậu ngoài, trong đại đa số các trường hợp, chúng tôi thường rạch một đường dài khoảng 15cm tương ứng với chỗ ranh giới của 1/3 trong và 1/3 giữa dây cung bẹn bắt đầu từ một điểm ở vị trí khoảng 4 - 5cm trên và 5 - 6cm dưới dây cung bẹn. Đường mổ này chúng tôi gọi là đường mổ bẹn - đùi (*hình 60a*).

Như trên đã nói, nếu đường mổ bẹn - đùi không thuận tiện cho việc mổ xẻ, có thể mổ thêm một đường giữa bụng dưới rốn phối hợp. Chúng tôi gọi đường mổ này là đường mổ phối hợp bụng - bẹn - đùi (*hình 60b*).



Hình 60: Đường mổ vào bó mạch chậu ngoài

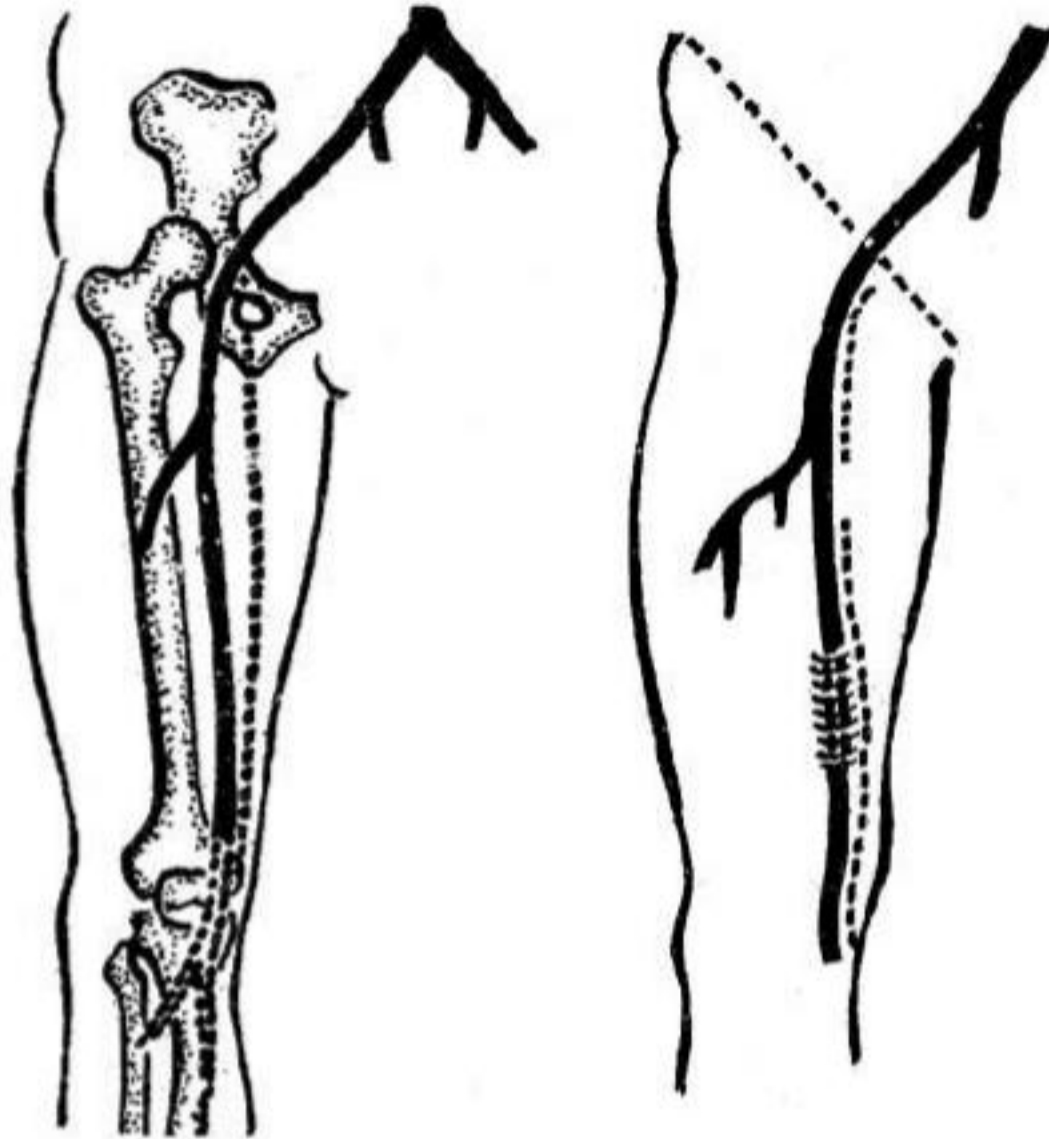


Hình 61: Đường mổ vào các bó mạch chậu (bó mạch chậu chung, chậu trong và chậu ngoài)

Gần đây chúng tôi áp dụng đường mổ “cạnh đường giữa bụng dưới rốn” (incision paramédiane sous-ombilicale) để mổ ở động mạch chậu chung, động mạch chậu ngoài và động mạch hạ vị (*hình 61*). Đường mổ này bắt đầu từ ngang rốn và cách xa rốn khoảng 3cm kéo dài xuống phía đùi và dừng lại ở điểm nối giữa 1/3 trong 1/3 giữa dây cung bẹn cùng bên. Rạch da và các lớp dưới da, rạch cân cơ thẳng bụng, tách cơ thẳng bụng (musculus rectus abdominalis) sang hai bên, rạch lá sau của cân cơ thẳng bụng, cân ngang bụng và vào phúc mạc. Mở phúc mạc sau để vào tới các động mạch chậu. Chúng tôi còn gọi đường mổ này là đường mổ “cạnh bên qua phúc mạc” (incision paramédiane transpéritonéale).

2. Đường mổ vào bó mạch đùi

Đường mổ vào bó mạch đùi được tiến hành theo hướng đi của động mạch đùi. Chúng tôi định hướng của đường rạch vào bó mạch đùi như sau:



Hình 62: Đường mổ vào các đoạn của động mạch đùi.

Mốc trên của đường rạch là chỗ tiếp giáp giữa 1/3 giữa và 1/3 trong của dây cung bẹn. Mốc dưới của đường rạch là điểm chính giữa lồi cầu trong của đầu dưới xương đùi. Kéo một đường thẳng giữa hai điểm mốc đó, chúng tôi có một đường chéo, gấp trục của thân làm thành một góc nhọn khoảng 30° . Đường kẻ này chia làm ba phần đều nhau: 1/3 giữa và 1/3 dưới là điểm tương ứng với động mạch đùi nằm trong ống Hunter (hình 62).

Để bộc lộ động mạch đùi, sau khi rạch lớp da và lớp dưới da, chúng tôi kéo cơ may ra phía ngoài, lách ngón tay qua khe các cơ đùi, sờ thấy động mạch đùi đập, và cứ theo hướng đó chúng tôi vào tới bó mạch máu đùi một cách dễ dàng.

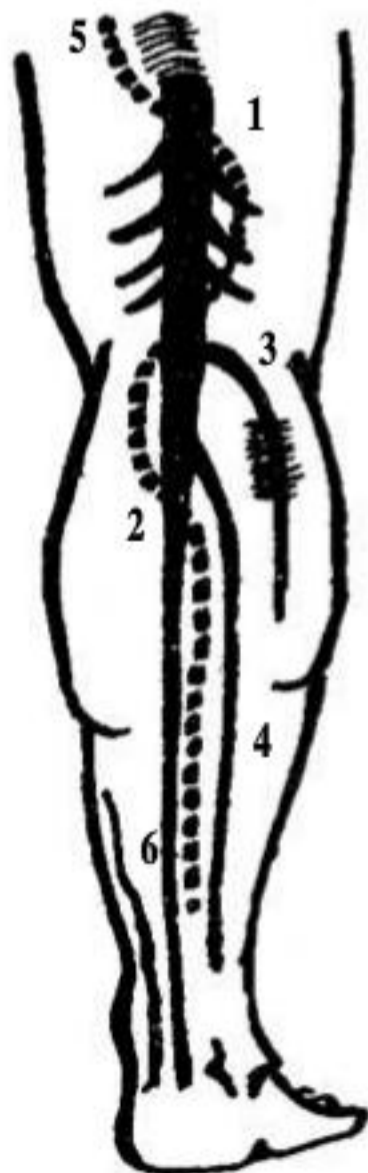
Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, hơi gấp nhẹ chi ở khớp gối và dạng khớp háng nhẹ ra ngoài.

3. Đường mổ vào bó mạch khoeo

Đường vào bó mạch khoeo rất đơn giản. Tuy vậy, cũng cần phải thận trọng và phải chú ý tới những tính chất đặc biệt của bó mạch khoeo: Nó nằm ở trong sâu, là đoạn tiếp theo của bó mạch đùi nên hướng đi của nó lúc bắt đầu là từ ngoài vào trong, sau đó, nó nằm thẳng chính giữa hố khoeo, cho nhiều nhánh ngang sang hai bên và cuối cùng chia làm 2 nhánh (bó mạch chày sau và bó mạch chày trước).

Do tính chất hướng đi của động mạch khoeo như vậy, nên khi ở bó mạch khoeo, chúng tôi thường chọn một đường mổ hình chữ S (*hình 63*) bắt đầu từ 1/3 dưới mặt trong đùi và tận cùng ở điểm chính giữa dưới nếp khoeo khoảng 4 - 5cm.

Tư thế bệnh nhân: nằm sấp.



- 1- Động mạch khoeo (nhượng).
- 2- Động mạch chày sau (quyển sau).
- 3- Động mạch chày trước (quyển trước).
- 4- Động mạch mác (châm).
- 5- Đường mổ vào động mạch khoeo (hình chữ S).
- 6- Đường mổ vào động mạch chày sau.

Hình 63:
Đường mổ vào động mạch khoeo và động mạch chày sau.

4. Đường mổ vào bó mạch chầy sau

Đường mổ vào bó mạch chầy sau là đường rạch nối tiếp theo của đường rạch vào bó mạch khoeo, kéo dài xuống phía dưới, giữa cẳng chân (*hình 63*).

Có thể mở vào bó mạch chầy sau theo đường rạch ở mạch trong cẳng lấy 2 đinh móc như sau:

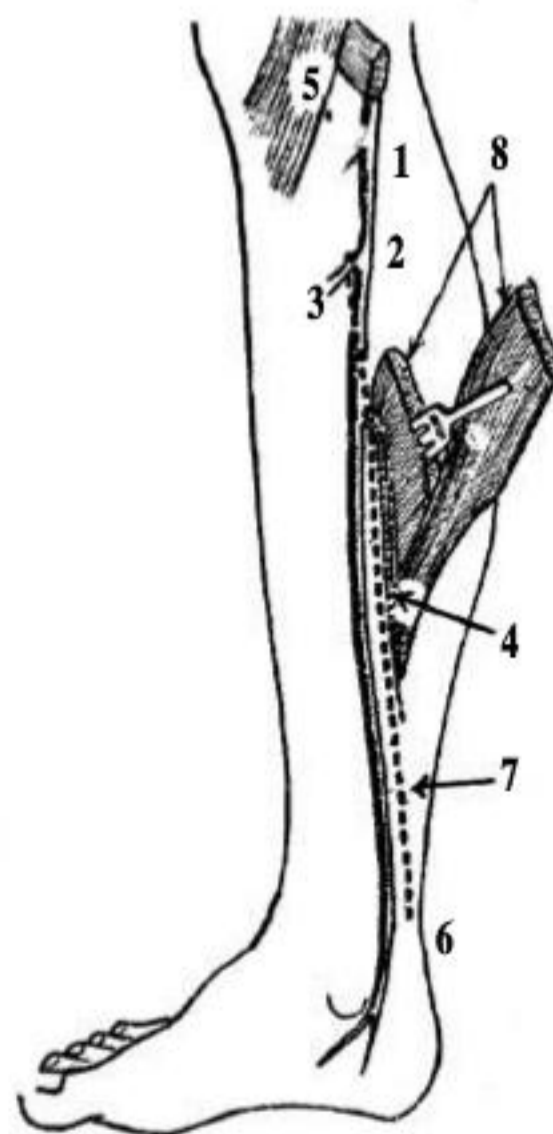
- Móc trên: điểm chính giữa lồi củ trong của đầu trên xương chầy.

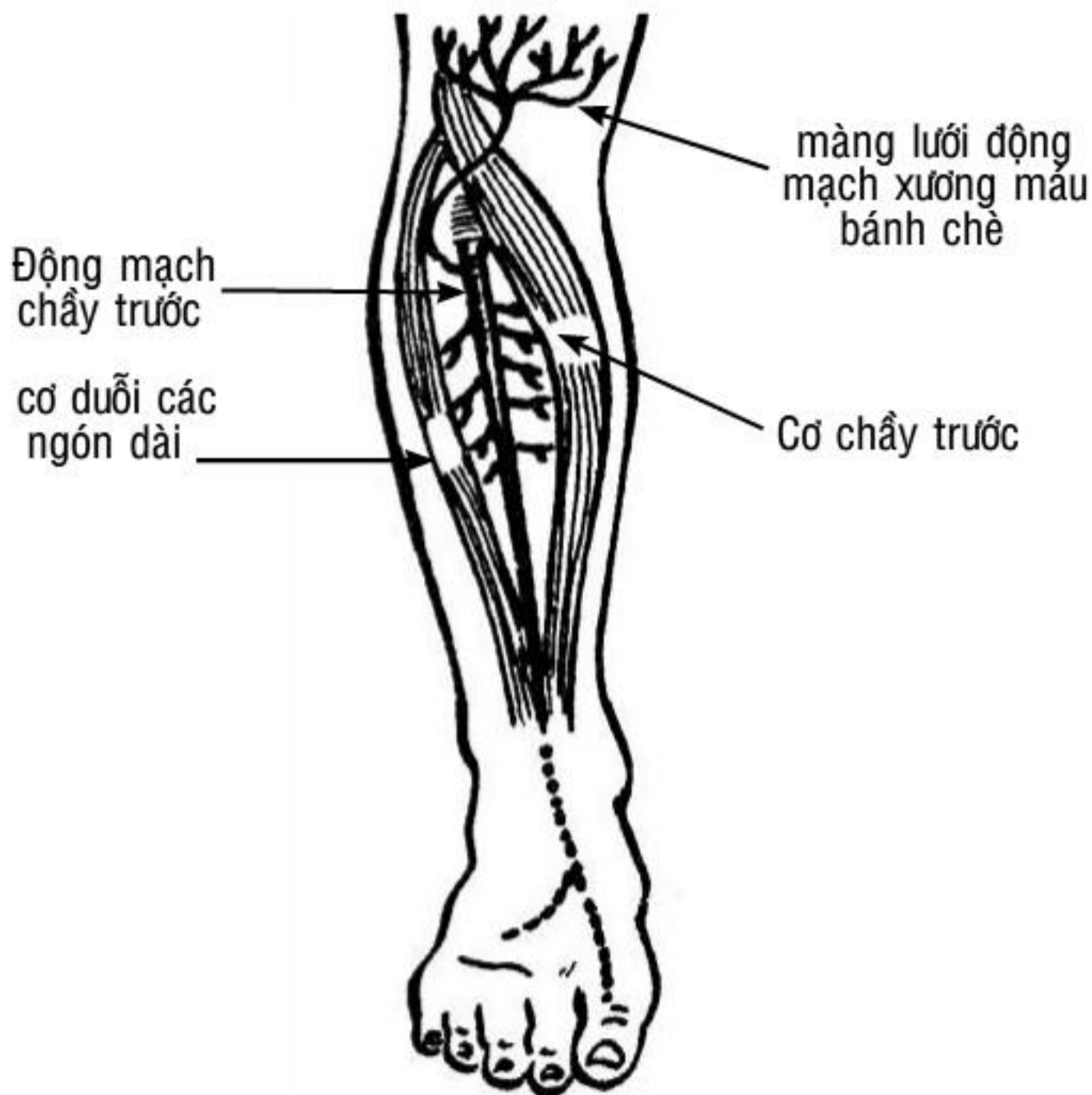
- Móc dưới: điểm sát sau mắt cá trong chúng tôi nối hai móc đó lại với nhau bằng một đường thẳng và dựa trên đường thẳng đó định một đường mổ thích hợp vào phần bó mạch có tổn thương (*hình 64*).

Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng sang bên chi bị bệnh, chi lành co lên 90° , chi bệnh duỗi thẳng.

- 1- Động mạch khoeo.
- 2- Động mạch chầy sau.
- 3- Động mạch chầy trước.
- 4- Động mạch mác.
- 5- Móc trên của đường vào động mạch chầy sau.
- 6- Móc dưới của đường vào động mạch chầy sau.
- 7- Đường vẽ theo hướng đi của động mạch chầy sau.
- 8- Các cơ bắp cẳng chân (m. soleus và m. gastrocnemius).

Hình 64:
Đường mổ vào bó mạch chầy sau từ mạch trong cẳng chân.





Hình 65: Đường mổ vào bó mạch chầy trước

5. Đường rạch vào bó mạch chầy trước

Vào bó mạch chầy trước bằng một đường rạch ở mặt trước cẳng chân, dọc theo một rãnh nằm ở giữa xương chầy và xương mác.

Sau khi rạch da và lớp dưới da, tách cơ chầy trước và cơ duỗi các ngón dài, ta sẽ vào tới bó mạch chầy trước (hình 65).

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa duỗi thẳng chi.

6. Đường mổ vào bó mạch mác

Đường mổ vào bó mạch mác là đường mổ đối diện với đường mổ vào bó mạch chầy sau, lấy hai định mốc như sau:

- Mốc trên: Điểm chính giữa lồi củ của đầu xương mác.

- Mốc dưới: Điểm chính giữa mắt cá ngoài.

Nối hai mốc đó với nhau bằng một đường thẳng và trên đường thẳng đó chúng tôi quyết định đường mổ vào phần bó mạch mác bị tổn thương.

Tư thế bệnh nhân: nằm hơi nghiêng về bên lành, chi lành co lên 90° , chi bệnh duỗi thẳng.

7. Đường mổ vào bó mạch nách

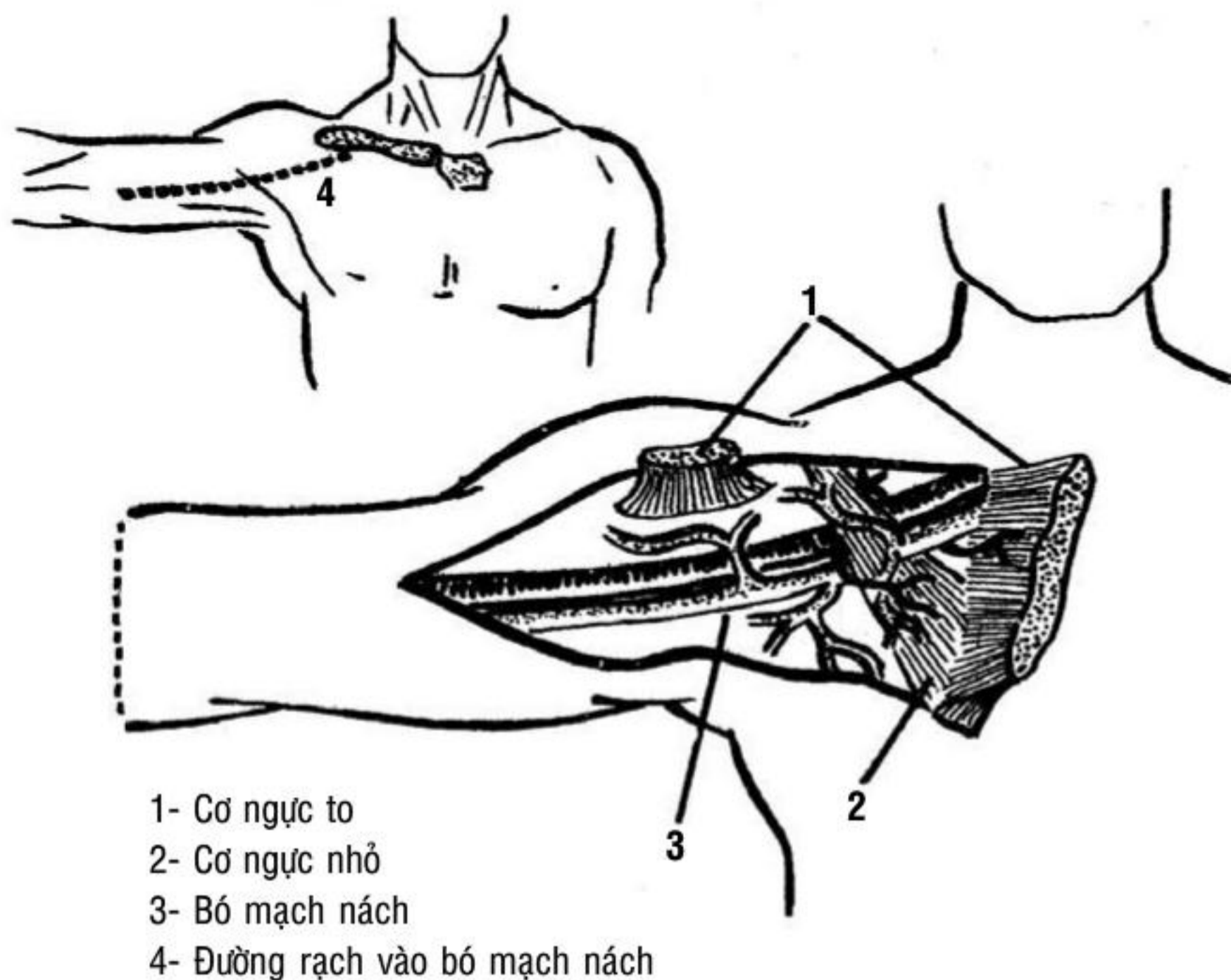
Bó mạch nách là đoạn nối tiếp của bó mạch dưới đòn. Nó nằm ở sâu trong hố nách, ở dưới cơ ngực lớn và cơ ngực nhỏ. Cùng đi với bó mạch nách có gốc dây thần kinh giữa (nerf médiane).

Đường mổ vào bó mạch nách phức tạp hơn đường mổ vào bó mạch khoeo vì muốn vào tới bó mạch nách một cách rộng rãi, thoải mái, bắt buộc phải cắt ngang cơ ngực to, và đôi khi, cả cơ ngực nhỏ nữa. Phẫu thuật sẽ rất hạn chế và khó khăn nếu ta để nguyên vẹn hai cơ ngực.

Mốc trên của đường rạch là ranh giới giữa 1/3 giữa và 1/3 ngoài của xương đòn, mốc dưới của đường rạch là 1/3 trên mạch trong của cánh tay (*hình 66*).

Tùy theo vị trí của tổn thương, chúng tôi định chiều dài và ranh giới của đường rạch.

Tư thế bệnh nhân: nằm hơi nghiêng mình sang bên có bệnh, dang cánh tay ra phía ngoài, lật ngửa bàn tay lên trên.



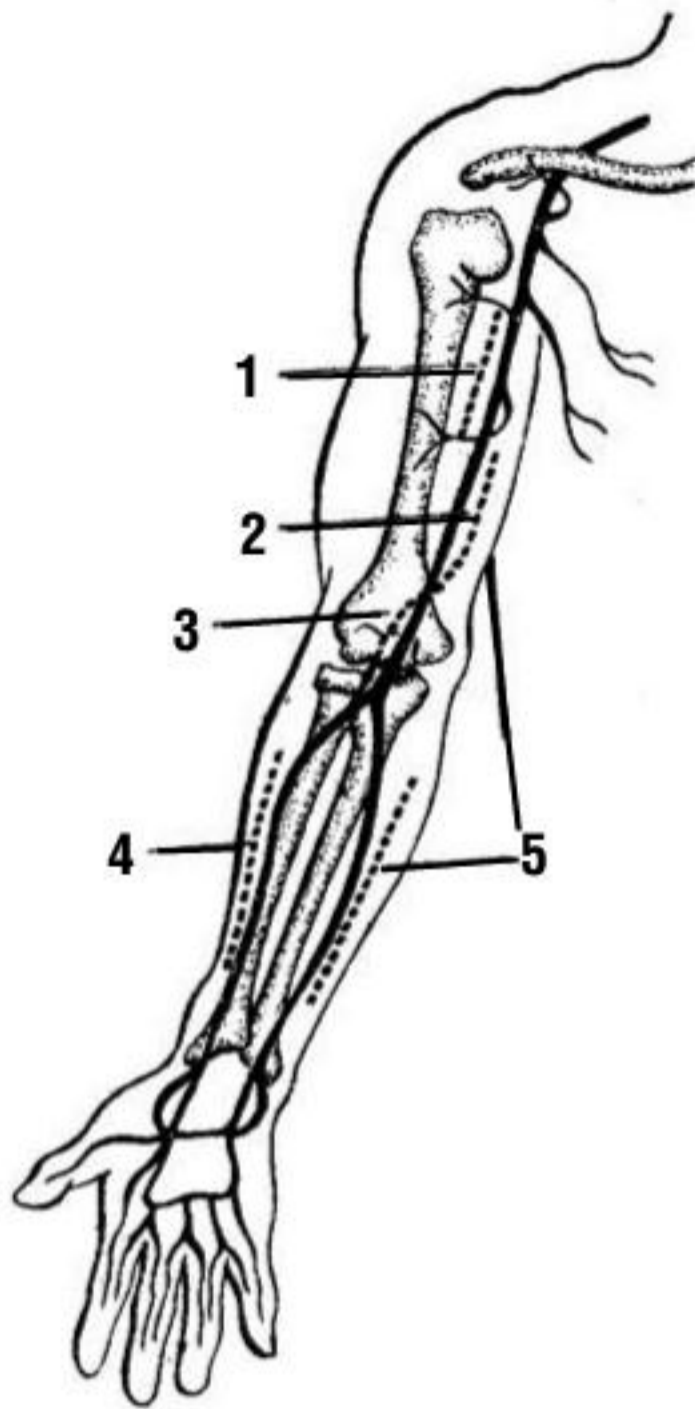
Hình 66: Đường rạch vào bó mạch nách

8. Đường mổ vào bó mạch cánh tay

Bó mạch cánh tay là đoạn nối tiếp của bó mạch nách. Do đó đường rạch vào bó mạch cánh tay là đường rạch nối tiếp của đường rạch vào bó mạch nách.

Ở 1/3 trên và 1/3 giữa cánh tay, đường rạch này chạy dọc theo trục chi, nằm ở chính giữa mặt trong của cánh tay.

Ở 1/3 dưới của cánh tay, đường rạch bắt đầu từ chính giữa cánh tay, tới gần khuỷu tay, trên lồi cầu xương cánh tay khoảng 4-5 cm nó uốn hình vòng cung ra phía



- 1- Đường mổ vào 1/3 trên bó mạch cánh tay.
- 2- Đường mổ vào 1/3 giữa bó mạch cánh tay.
- 3- Đường mổ vào 1/3 dưới bó mạch cánh tay.
- 4- Đường mổ vào bó mạch quay.
- 5- Đường mổ vào bó mạch trụ.

Hình 67:
Đường mổ vào bó mạch cánh tay
và bó mạch cẳng tay (động mạch quay
và động mạch trụ)

trước và tận cùng ở điểm chính giữa phía trước khuỷu tay (theo hướng đi của động mạch cánh tay) (*hình 67*).

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, lật ngửa bàn tay, dang tay ra.

9. Đường mổ vào bó mạch cẳng tay (bó mạch quay và bó mạch trụ)

Đường mổ vào bó mạch quay và bó mạch trụ được tiến hành song song với nhau ở hai bên mép của cẳng tay, tương ứng với hướng đi của động mạch quay và động mạch trụ (*hình 67*). Cách mép ngoài và mép trong của cẳng tay khoảng 1,5cm đến 2cm.

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, lật ngửa bàn tay ra ngoài.



TRƯỜNG HỢP
LÂM SÀNG

“Đường mổ” Nguyễn Khánh Dư”

Đường mổ mới vào phần
trung tâm của động
mạch cảnh chung trái và
động mạch dưới đòn trái

Phần trung tâm của động mạch cảnh chung trái và động mạch dưới đòn trái được gọi bằng nhiều tên khác nhau (M.I. Pirogov - phần đầu, B.V. Petrovski - phần trung tâm hay phần trong ngực, M.I. Baranov - P.V. Bunhin - phần đi lên, ...). Chúng tôi gọi phần này của hai động mạch kể trên là phần trung tâm hay phần trung thất vì thực tế nó nằm ở trong trung thất.

Vết thương phần trung tâm ở động mạch cảnh chung trái và động mạch dưới đòn trái luôn luôn là những vết thương quan trọng và đáng kể. Nó chiếm khoảng từ 1,25% đến 10,3% trong tổng số vết thương trên toàn cơ thể, và thường cho tỷ lệ tử vong cao ngay cả khi được can thiệp phẫu thuật.

Chọn một đường mổ vào phần trung tâm của các động mạch lớn kể trên là nhiệm vụ chung quan trọng của bất cứ một phẫu thuật viên nào vì trước hết đường mổ đó phải đơn giản và rộng rãi, dễ thực hiện.

Các đường mổ do Lexer, N.A. Dombrovskai - B.V. Petrovski và các tác giả khác đề nghị (hình 1, 2) không có đủ các tính chất cần thiết như đã kể ở trên, nhất là khi có biến chứng nghiêm trọng đã xảy ra như chảy máu đẫm đĩa trong khi mổ.

Đường mổ mới của chúng tôi vào phần trung tâm của động mạch cảnh góc trái và động mạch dưới đòn trái có khả năng loại bỏ được những khó khăn đã kể ở trên. Chúng tôi gọi đường mổ này là “Đường mổ cổ-ngực phối hợp”. Đường mổ của chúng tôi có hình chữ L. Bắt đầu từ bờ trước của cơ ức-đòn-chùm, trên chuỗi xương ức khoảng 4-5cm, kéo dài xuống mặt trước của xương ức, rẽ ngoặt sang trái ngang mức với khoảng liên sườn thứ hai và tận cùng ở điểm cách bờ trái của xương ức khoảng 6-8cm (hình 3). Đường mổ của chúng tôi đã được Hội phẫu thuật Liên Xô cũ công nhận và đánh giá cao (hình 4).

10. Đường mổ vào bó mạch cảnh và bó mạch dưới đòn

Đây là đường mổ khó khăn và phức tạp nhất. Các đường mổ này đã được chúng tôi nghiên cứu trên thực nghiệm và áp dụng trên lâm sàng trong một thời gian khá dài (gần 10 năm, từ 1969 đến 1978).

Trong 5 lần mổ thực nghiệm trên tử thi và 27 lần mổ cho bệnh nhân trong lâm sàng, chúng tôi đã áp dụng một số các đường mổ sau đây (*Bảng 13*)

Bảng 13.
Bảng thống kê các đường mổ đã áp dụng

STT	TÊN ĐƯỜNG MỔ	SỐ LƯỢNG		Tỷ lệ
		Thực nghiệm trên tử thi	Bệnh nhân	
1	2	3	4	5
1	Đường rạch cổ điển vào động mạch cảnh.	0	7	7/32
2	Đường rạch vào bó mạch dưới đòn theo B.Pêtrovski.	0	2	2/3
3	Đường rạch vào cổ ngực I bên phải hình chữ L ngược có cắt 2/3 trong xương đòn và phần trước xương sườn 1-11 cùng bên.	2	1	3/32
4	Đường rạch cổ ngực I bên phải hình chữ L ngược, có cắt 2/3 trong xương đòn phải không cắt xương sườn.	1	6	7/32

5	Đường rạch cổ ngực I bên trái có cắt 2/3 xương đòn và phần trước xương sườn I-II cùng bên.	0	1	1/32
6	Đường rạch cổ ngực I bên trái có cắt 2/3 trong xương đòn cùng bên, không cắt xương sườn.	1	3	4/32
7	Đường rạch cổ ngực II có cắt 2/3 trong xương đòn cùng bên và cắt ngang hay cắt dọc xương ức, cắt bỏ phần trước của hai xương sườn I và II cùng bên (đường rạch ngoài da có hình chữ X hay chữ L áp dụng cho bên phải và bên trái).	1	2	3/32
8	Đường rạch hình chữ T để vào bó mạch dưới đòn.	0	5	5/32
	Tổng cộng	5	27	32/32

Đường rạch cổ điển vào bó mạch cảnh là đường rạch được áp dụng thông thường trong các trường hợp vết thương xảy ra ở cao, trên khớp ức đòn cùng bên ít nhất từ 2 đến 3cm.

Các đường rạch cổ điển khác đi vào phần gốc của bó mạch cảnh và vào bó mạch dưới đòn đều có một nhược điểm chung là rất khó bộc lộ được các bó mạch kể trên và đặc biệt là thường làm cho phẫu thuật viên lúng túng khi có biến chứng xảy ra trong khi mổ.

Năm 1958, B. V. Pêtrovski đã áp dụng một đường rạch hình chữ thập (+), trung tâm của đường rạch này nằm ngay trên vị trí của lỗ rò động-tĩnh mạch đã được

xác định trên lâm sàng. Tác giả đã tách động mạch cùng lớp dưới da và mở rộng vết mổ ra 4 phía như một chiếc hoa xòe ra 4 cánh. Sau đó, ông cắt bỏ một phần xương đòn, tách các lớp cân cơ đi thẳng vào vùng có lỗ rò động-tĩnh mạch. Đường mổ này có thuận tiện khi mổ tại chỗ, nhưng cũng như những đường mổ cổ điển khác, nó không thuận lợi khi đột xuất có biến chứng chảy máu xảy ra, cần phải mở rộng nhanh vết thương để kịp thời cầm máu tạm thời.

Trong số 6 đường mổ vào gốc bó mạch cảnh và bó mạch dưới đòn đã được chúng tôi nghiên cứu và áp dụng trong lâm sàng, các đường mổ cổ - ngực I có cắt bỏ 2/3 trong xương đòn cùng bên, có cắt hay không cắt (chỉ chuẩn bị sẵn sàng để cắt khi cần thiết) phần trước của các xương sườn I - II (*Bảng 13*) là đường mổ chúng tôi lựa chọn để mổ trên phần gốc bó mạch cảnh và phần bó mạch dưới đòn nằm ở ngoài lồng ngực. Đường mổ này chúng tôi gọi là đường mổ cổ - ngực I bắt đầu từ bờ trước cơ ức - đòn - chũm, đi qua khớp ức - đòn cùng bên, uốn một đường vòng cung và kết thúc ở liên sườn II cùng bên thành hình chữ L...

Đối với phần gốc động mạch cảnh và phần bó mạch dưới đòn nằm ở trong lồng ngực, đúng hơn là nằm ở phần trên của trung thất, chúng tôi áp dụng đường mổ cổ ngực rộng rãi: rạch da hình chữ X hoặc hình chữ L (*Bảng*) có cắt bỏ 2/3 trong xương đòn cùng bên, cắt bỏ phần trước của các xương sườn và sụn sườn I-II, cắt ngang khớp chũm ức hay cắt ngang xương ức dưới khớp chũm ức hoặc cắt dọc xương ức. Đường mổ này chúng tôi gọi là đường mổ cổ - ngực II. Đường mổ này đã cho

chúng tôi một phẫu trường rộng để can thiệp vào các bó mạch kể trên một cách dễ dàng. Kịp thời xử trí được các biến chứng dữ dội xảy ra trong khi mổ. Chúng tôi đã áp dụng đường mổ này trong lâm sàng với kết quả tốt.

Dưới đây là một bệnh án được tóm tắt để làm thí dụ:

Bệnh án 13371: Bệnh nhân Ng. Ng. T. 34 tuổi, nghề nghiệp: làm ruộng, được bệnh viện T.N chuyển tới với chẩn đoán: tĩnh mạch nách giãn to.

Tiền sử bệnh: năm 1967, bệnh nhân bị thương bởi đạn thẳng xuyên từ trước ngực ra sau lưng bên trái, lỗ vào ở liên sườn II bên trái cạnh xương ức và lỗ ra ở cạnh cột sống bên trái tương ứng với đốt sống ngực số I. Bệnh nhân đã được mổ khâu kín các lỗ thủng trên ngực và chọc hút máu ở màng phổi ra.



Hình 68:
Rò động-tĩnh mạch dưới đòn trái loại túi phình chung động-tĩnh mạch (ảnh bệnh nhân Ng. Ng. T. 34 tuổi trước khi mổ, phim chụp thẳng).



Hình 69:
Bệnh nhân Ng. Ng. T. 34 tuổi (phim chụp nghiêng trước khi mổ).

Từ năm 1975 đến nay, bệnh nhân cảm thấy nửa mặt trái, rồi nửa cổ bên trái, nửa ngực trái và tay trái to dần ra và càng ngày càng căng ra rõ rệt. Các tĩnh mạch giãn to cong queo ở vị trí trên giống như dấu hiệu “đầu sứa” (caput medusae) trong hội chứng trung thất (*hình 65 và 66*). Chiều ngày 19-8-1978 một tĩnh mạch giãn to ở nách trái vỡ ra và gây chảy máu ra ngoài khoảng 200ml. Bệnh nhân được băng ép vô trùng và chuyển tới Bệnh viện Chợ Rẫy.

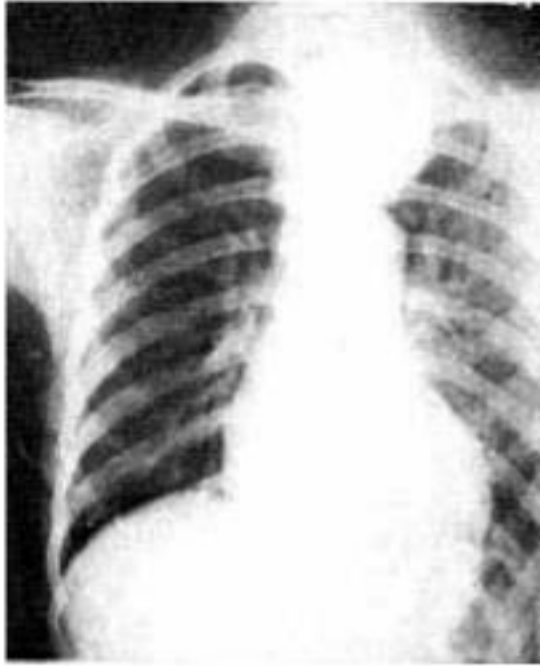
Khám: Bệnh nhân hay nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt, kém ăn, kém ngủ, dễ quên. Các hệ thống cơ xương, các cơ quan tiêu hóa, tiết niệu, hô hấp bình thường. Tim có tiếng thổi tâm thu nhẹ 1/6 ở mỏm, ở các ổ van tim khác vẫn nghe thấy hai tiếng đập đều, điện tâm đồ gần bình thường, chưa có biến đổi gì rõ rệt ở cơ tim và hệ thống thần kinh tự động của tim.

Nghe ở liên sườn I-II trái cạnh xương ức và trên ức thấy có một tiếng thổi tâm thu, tâm trương liên tục lớn, rõ và thô chiếm khoảng 5/6 như tiếng thổi liên tục trong bệnh hở ống Botal. Sờ trên vùng này có cảm giác rung rõ.

Các xét nghiệm máu, nước tiểu, chức năng gan, v.v... bình thường.

Chụp X quang ngực không chuẩn bị: Thấy một bóng mờ ở phần trên trung thất có bờ tròn nhẵn nhỏ và trong ngực trái (*hình 70*).

Chụp X quang cản quang động mạch: Thấy một túi phình động mạch lớn ở phần trên trung thất, nhô vào trong lồng ngực trái kích thước khoảng 7cm đường kính (*hình 71*).



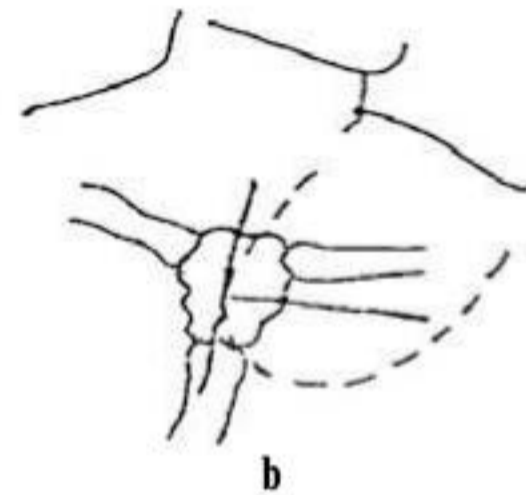
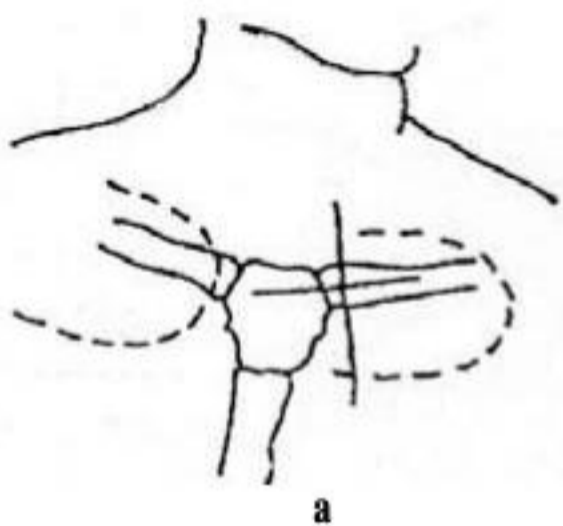
Hình 70:
Ảnh X quang ngực bệnh nhân Ng. Ng. T. 34 tuổi trước khi mổ. Trên bóng của tim có một bóng tròn bờ đều nằm ở ngang dưới 1/3 trong xương đòn trái.



Hình 71:
Ảnh chụp X quang cản quang động mạch dưới đòn trái. Thấy rõ bóng túi phình chung động-tĩnh mạch ở ngay dưới 1/3 trong xương đòn trái (bệnh nhân Ng. Ng. T. 34 tuổi).

Đường mổ này đã được Viện Hàn lâm Y học Liên Xô (cũ) công nhận năm 1980 (một năm sau khi cuốn sách chuyên khoa **“Phẫu thuật mạch máu - 1979 của TS. BS. Nguyễn Khánh Dư”** ra đời) và đặt tên nó là **“Đường mổ Nguyễn Khánh Dư”** (hình 72d), đã được đưa vào lịch sử y học Liên Xô (cũ) và y văn thế giới - đã được Viện Hàn lâm Y học Liên Xô (cũ) cho đăng và giới thiệu trong tạp chí **“CHIRURGIA”** mang tên N.I. Pirôgốp, số 11-1-128 năm 1980 Medicina Moscovia hình số 4 trang 103, các chú thích **“ĐƯỜNG MỔ NGUYỄN KHÁNH DƯ”** - đường mổ ngực kết hợp hình chữ L khi có nhiều đám dính, bắt đầu từ bờ trước cơ ức đòn chũm trên chuôi xương ức khoảng 4-5cm kéo dài xuống mặt trước xương ức, rẽ ngoặt sang trái, ngang với xương liên sườn thứ II và tận cùng ở điểm cách bờ trái xương ức khoảng 6-8cm. Trước đây một số tác giả (Lexer, Domrôvskaia, B.V. Pêtrovski v.v... (hình 72 a, b, c) đã đưa ra và thực

hiện nhiều đường mỡ riêng của mình, nhưng các đường mỡ đó không đáp ứng được đầy đủ các tính chất cần thiết như không đủ rộng rãi để có thể bóc tách được các đám viêm dính xung quanh tổn thương mạch máu dự định sẽ phải can thiệp, nhất là khi có biến chứng nguy hiểm xảy ra như chảy máu ồ ạt khi mổ.



Медицина - Москва

1980

Хирургия, 1980, № 11, 1-128

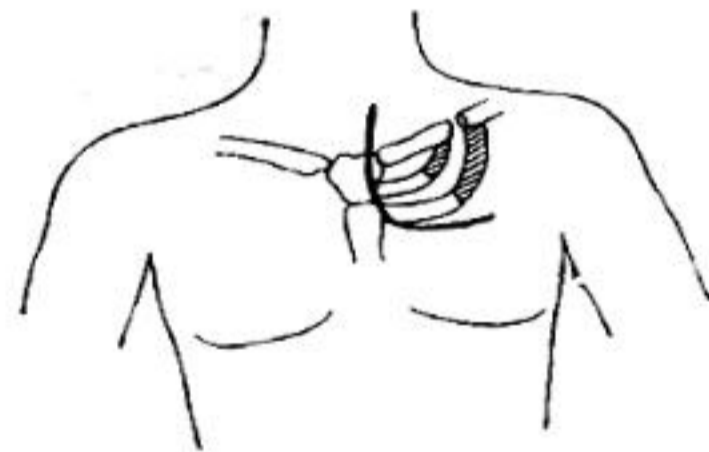
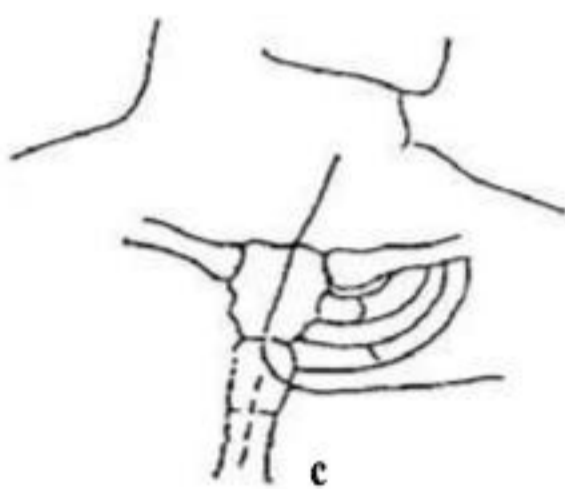


Рис. 4. Сочетанный доступ к медиастинальному отделу левых подключичных сосудов.

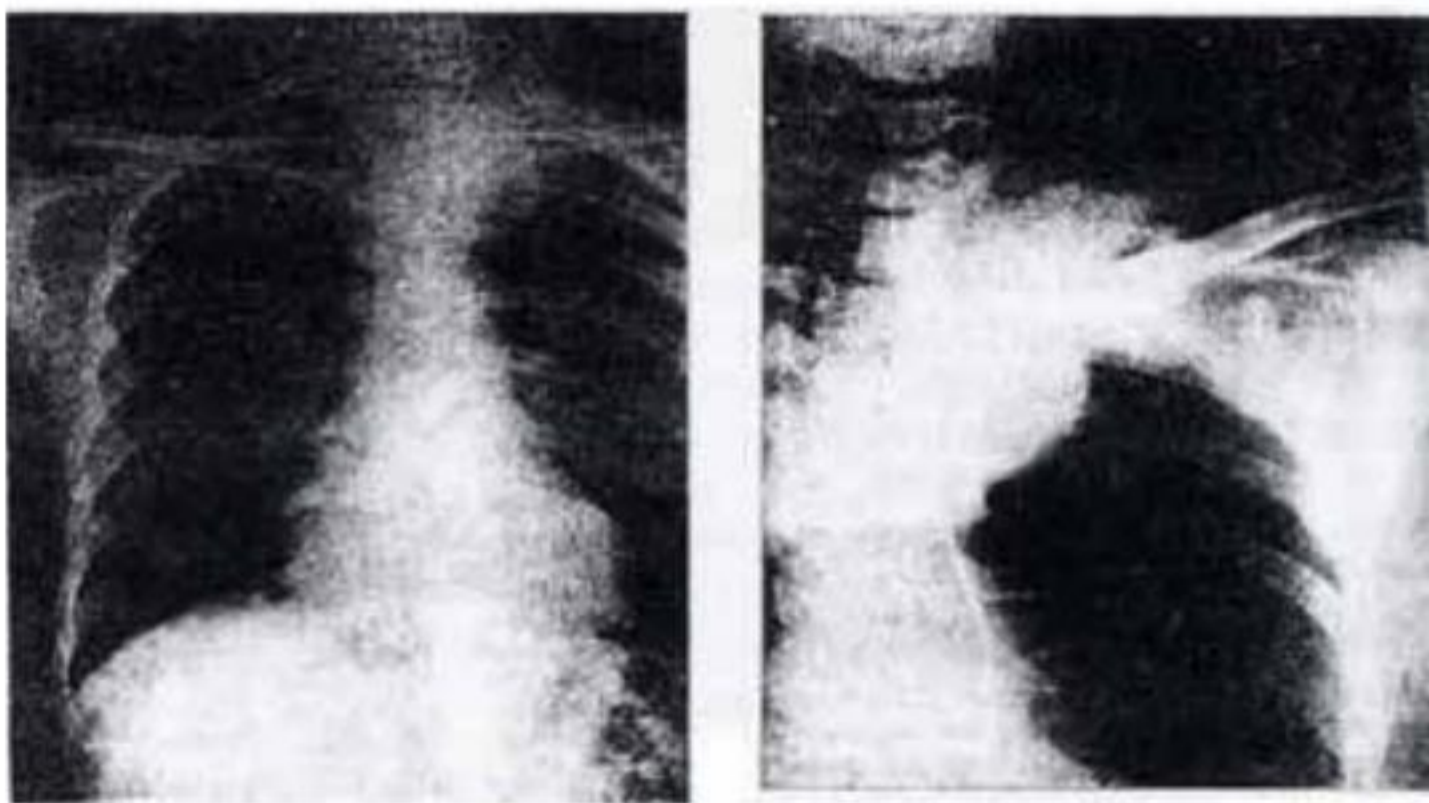
Доступ Нгуен Хань Зы — цервикоторакальный доступ со вскрытием грудной полости при наличии массы сращений.

d

Hình 72:



Hình 73:
Ảnh chụp bệnh nhân Ng. Ng. T. 34 tuổi sau khi mổ (trước khi ra viện).

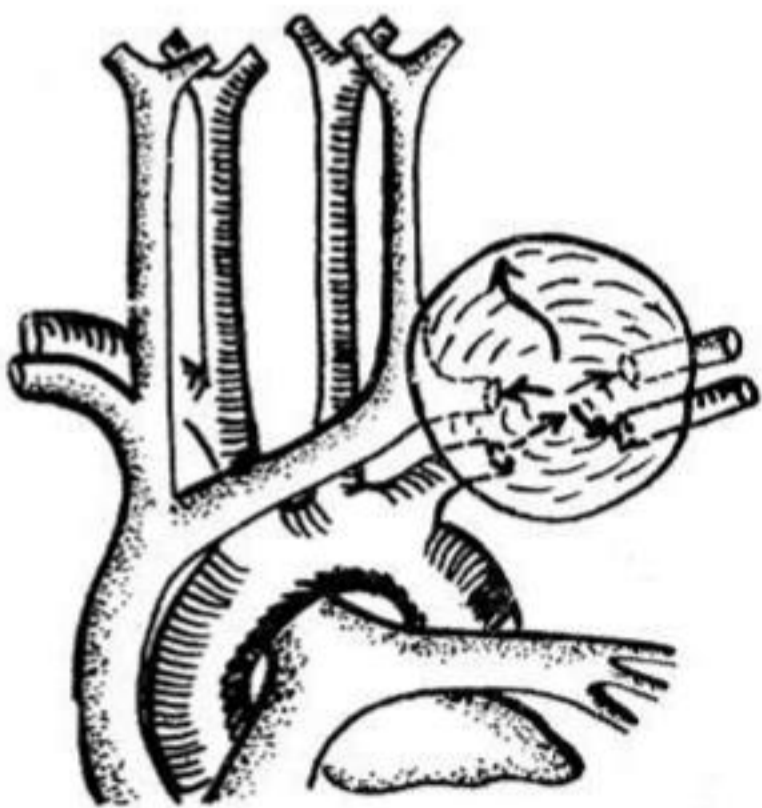


Hình 74:
**Hình ảnh chụp X quang cản quang
tổn thương phình rò động-tĩnh mạch dưới đòn trái.**

Chẩn đoán trước khi mổ là phình động mạch và rò động-tĩnh mạch dưới đòn trái, phần nằm trong trung thất.

Bệnh nhân được mổ ngày 19-9-1978 (TS. BS. Khánh Dư, BS. Đoàn Hồng) trong điều kiện gây mê nội khí

quản. Rạch theo đường cổ - ngực II bên trái (hình chữ L), cắt bỏ 2/3 trong xương đòn trái, cắt bỏ phần trước của xương sườn I-II trái, cắt ngang xương ức dưới khớp chuỗi ức khoảng 1,5cm (hình 72 d). Ban rộng vết mổ ra, phát hiện thấy một túi phình chung động-tĩnh mạch dưới đòn trái một phần nằm trong trung thất và một phần nhô vào trong ngực trái, vì màng phổi trung thất bám chắc vào thành của túi phình mạch nên bắt buộc phải mở màng phổi trái. Mở túi phình mạch kiểm tra thấy rõ 4 bờ của các đầu mạch máu bị đứt đôi cũ đổ vào bên trong túi phình mạch (hình 75 - 77). Quyết định thắt và khâu các đầu mạch máu bị đứt đôi cũ vì tuần hoàn bàng hệ tĩnh mạch và động mạch phát triển tốt, nghiệm pháp Lexer-Kenen-Henler dương tính. Máu đi nuôi phần cơ thể do động mạch dưới đòn trái đảm nhiệm chảy qua các mạch nối của động mạch vú trong, động mạch ngực ngoài và động mạch ngực mỏm cùng vai, còn máu tĩnh mạch trở về tim qua hệ thống mạch nối giữa tĩnh mạch dưới đòn và các tĩnh mạch cảnh.



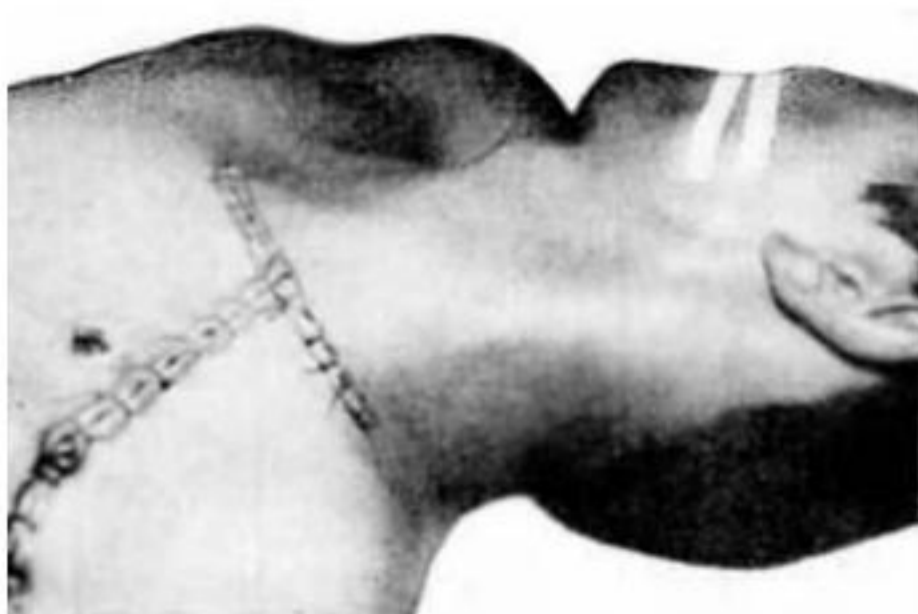
Hình 75:
Túi phình chung động-tĩnh mạch
dưới đòn trái phần nằm
rong lồng ngực.



Hình 76:
Mở túi phình theo chiều dọc:
thấy 4 lỗ của mạch máu mở
vào trong túi phình chung
động-tĩnh mạch.

Thời kỳ sau mổ tiến triển tốt, ống dẫn lưu tại chỗ và ống dẫn lưu ngực rút 2 ngày sau khi mổ. Bệnh nhân ra viện trở về nhà trong tình trạng khá: các dấu hiệu thần kinh tâm thần biến mất hết, các dấu hiệu chèn ép tĩnh mạch ngoại biên của nửa trên người bên trái biến mất hết. Tuần hoàn của các mạch máu trở lại hầu như bình thường.

Trong khi bộc lộ bó mạch dưới đòn phần nằm trong trung thất và phần gốc bó mạch cảnh, chúng tôi cố gắng không mở màng phổi (bộc lộ các bó mạch ở trung thất ngoài màng phổi). Chúng tôi chỉ mở màng phổi cùng bên trong các trường hợp đặc biệt như trường hợp cụ thể



Hình 77:
Đường rạch hình chữ T
vào động mạch dưới đòn
và động mạch nách.
(Bệnh nhân Ng. Ng. Ch. 23 tuổi).

ở trên (màng phổi trung thất dính chặt vào túi phình mạch) hoặc trong trường hợp có biến chứng chảy máu đe dọa tính mạng người bệnh.

Ngoài các đường mổ kể trên, chúng tôi đã áp dụng đường mổ hình chữ T có kết hợp cắt bỏ 2/3 trong xương đòn cùng bên để mổ trên bó mạch dưới đòn phần nằm ngoài lồng ngực. Chúng tôi đã áp dụng đường mổ này cho 5 nạn nhân có vết thương và di chứng vết thương ở bó mạch dưới đòn phần nằm ngoài lồng ngực với kết quả tốt.

III. KỸ THUẬT MỔ Ở MẠCH MÁU LỚN NGOẠI BIÊN

1. Khâu mạch máu

Khâu mạch máu thường được tiến hành trong các vết thương mạch máu, chủ yếu là động mạch, xảy ra do các vật sắc nhọn cắt phải hay đâm vào như mảnh kính, dao sắc, v.v... Vết thương có một đường thẳng, gọn, không bị rách nát. Tuy vậy, trong một vài vết thương hỏa khí ở các mạch máu lớn ngoại biên, khi vết thương sạch và chiếm không quá 1/3 chu vi của mạch máu (đối với các động mạch cỡ nhỏ) và 1/2 chu vi (đối với các động mạch cỡ lớn) cũng có thể áp dụng phương pháp khâu mạch máu. Khâu mạch máu trong trường hợp này có tác dụng để phòng được các tổn thương không hồi phục ở những cơ quan bộ phận quan trọng của cơ thể như não, tủy sống v.v... vì không phải kéo dài thời gian kẹp động mạch, ví dụ: trong vết thương động mạch chủ, động mạch cảnh, v.v...

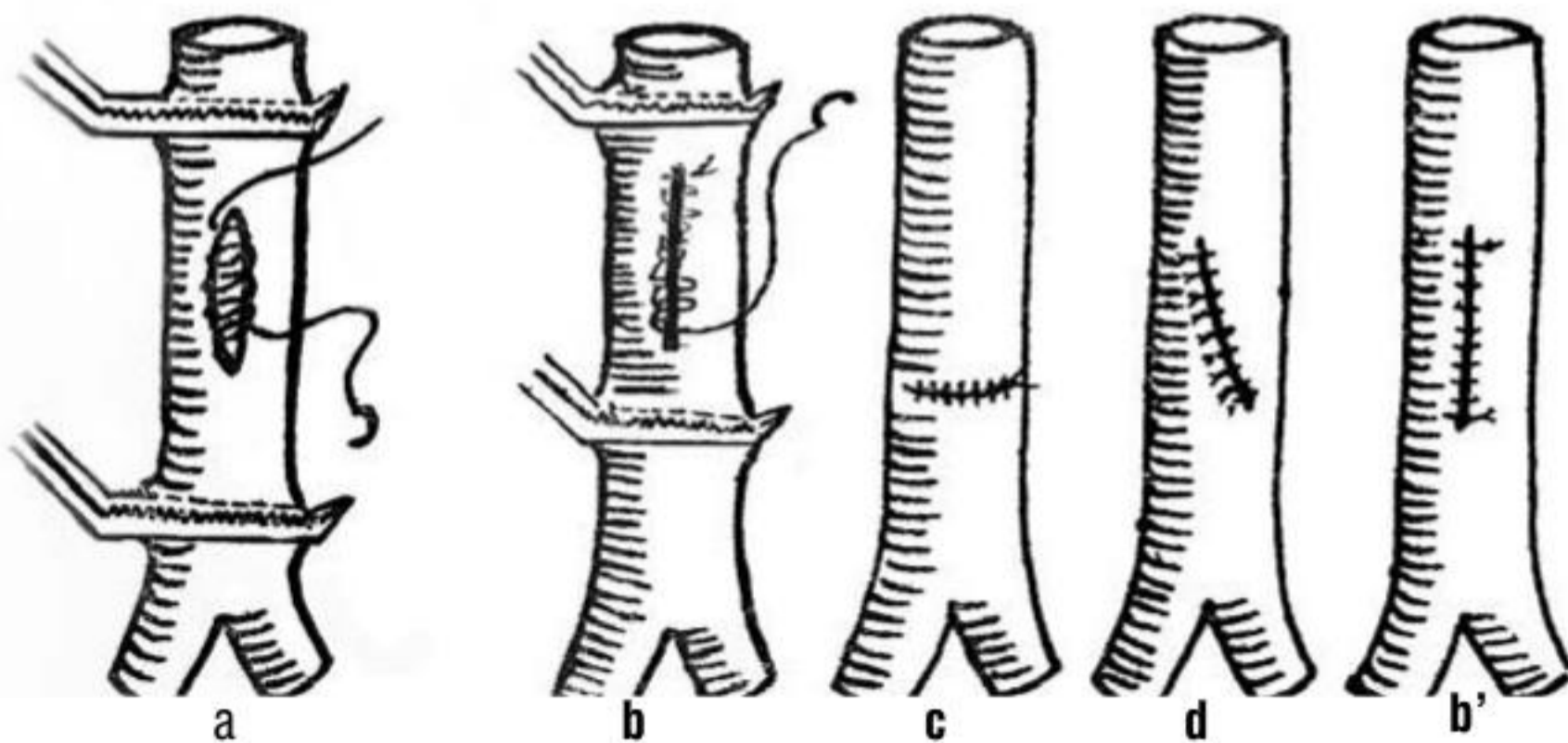
Trước khi tiến hành khâu thành bên của mạch máu phải dùng kẹp mềm như kẹp Bull-dog, Blalock, v.v... kẹp

cầm máu tạm thời ở trên và dưới chỗ mạch máu bị thương, phải cắt lọc và sửa lại mép vết thương cho sạch sẽ, bằng phẳng và gọn gàng.

Có thể khâu mạch máu theo chiều dọc (theo trục của mạch máu bị thương) hoặc theo chiều ngang, chiều chéo tùy theo các mạch máu không bị hẹp quá, căng quá (hình 78).

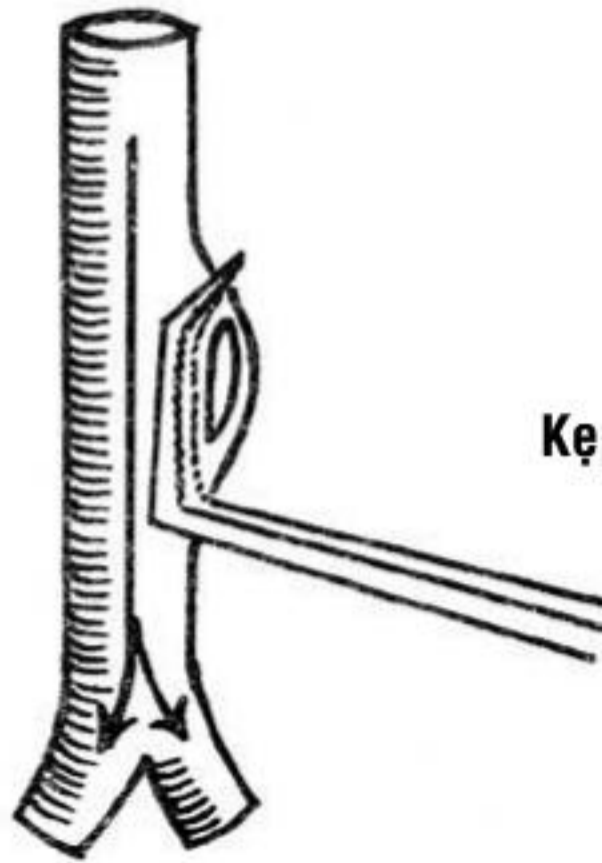
Trong kỹ thuật khâu, có thể áp dụng phương pháp khâu mũi liền hay khâu mũi rời, nhưng phải đảm bảo nguyên tắc khâu lộn nội mạc mạch máu ra ngoài như đã kể ở trên.

Nếu có kim không gây chấn thương với chỉ tơ hoặc chỉ dacron thì tốt nhất. Nếu không có, có thể dùng kim nhỏ khâu ruột thường và một loại chỉ không tiêu khác cũng được.



- a) Khâu mũi liền kiểu khâu vắt (bắt đầu).
- b) Khâu vắt mũi liền sắp kết thúc.
- b') Khâu vắt mũi liền đã kết thúc.
- c) Khâu mũi liền theo chiều ngang.
- d) Khâu mũi rời theo chiều chéo.

Hình 78: Khâu thành bên của mạch máu bị thương



Hình 79:
Kẹp thành bên của mạch máu
bằng kẹp Satinski.

Trước khi kết thúc mũi khâu cuối cùng, phải rửa sạch máu ở phía trên và phía dưới chỗ khâu bằng dung dịch huyết thanh mặn 9 phần nghìn pha heparin, sau đó mới kẹp nhẹ cầm máu tạm thời ở phía máu chảy tới. Khi rửa mạch máu có thể lấy ngón tay bóp nhẹ mạch máu ở đoạn được khâu để dồn máu cục ra ngoài nếu có. Kết thúc mũi khâu cuối cùng và mở bỏ các kẹp mạch máu tạm thời theo thứ tự: mở kẹp ở phía máu chảy tới trước và phía máu chảy đi sau để tránh dồn khoảng trống không khí chảy theo dòng máu.

Sau khi tháo các kẹp tạm thời ra, phải kiểm tra ngay sự lưu thông của các mạch máu bằng sờ mạch ngoại biên, hoặc nếu là tĩnh mạch, xem sự chuyển vận máu ở trong thành mạch (nhìn thấy rất rõ). Trong trường hợp máu trong tĩnh mạch lưu thông tốt, thành tĩnh mạch không bị căng phồng quá mức.

Nếu nghi ngờ có hiện tượng co thắt mạch máu ở đoạn dưới chỗ khâu mạch máu, tiêm vào trong động

mạch dịch novocain hay lidocain 1% - 10 - 20ml có pha 0,5ml hêparin: hoặc nếu là động mạch ở chi dưới, có thể làm phong bế quanh thận ở hai bên.

Nếu nghi ngờ có hiện tượng tắc nghẽn mạch, nếu không thấy rõ, phải chụp động mạch ngay tại bàn mổ (artériographie peropératoire) để phát hiện và xử trí kịp thời biến chứng này.

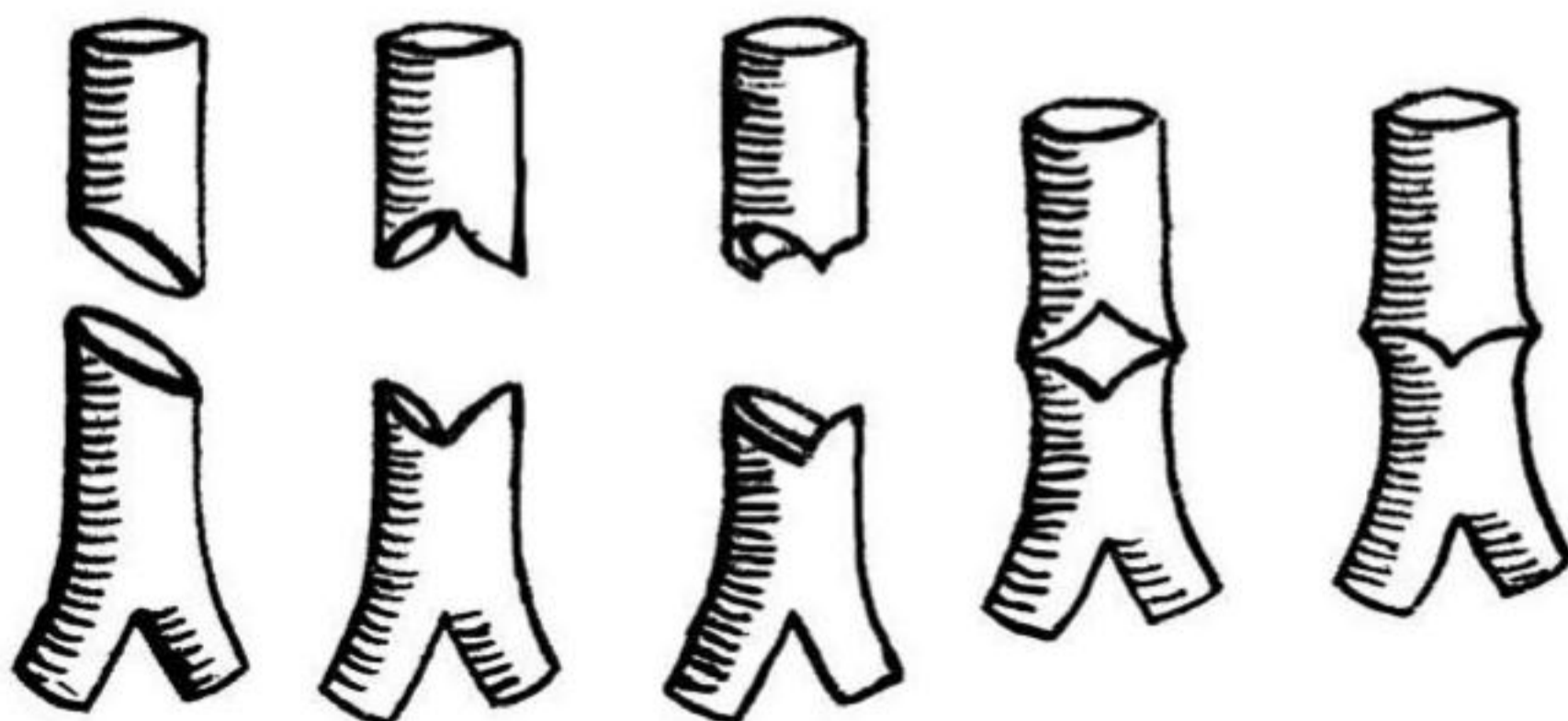
Trong một số trường hợp vết thương mạch máu, có thể chỉ cần kẹp thành bên mạch máu bằng kẹp Satinski để cầm máu tạm thời trong khi khâu. Kẹp thành bên mạch máu bằng kẹp Satinski rất có lợi vì trong khi khâu mạch máu, máu vẫn tiếp tục lưu thông qua phần mạch không bị kẹp ở phía sau kẹp Satinski (*hình 79*).

2. Nối mạch máu

Nối mạch máu trong vết thương động mạch là một phương pháp lý tưởng để phục hồi lại sự lưu thông hoàn toàn của mạch máu sau khi bị thương. Tuy vậy, chỉ có thể áp dụng phương pháp nối mạch máu khi kéo sát gần hai đầu đứt lại với nhau, mạch máu không bị căng quá.

Trước khi tiến hành nối mạch máu, các đầu mạch phải được chuẩn bị chu đáo, phải được cắt bằng phẳng tới tổ chức lành, cắt lọc bỏ lớp màng áo (adventitia) ở các đầu mạch máu chuẩn bị để nối, nếu mạch máu bị thương có kích thước nhỏ, cần phải cắt chéo hay cắt theo hình chữ V theo Đôbrôvonskaia để làm cho tiết diện của mạch rộng hơn, sau khi nối, miệng nối không bị hẹp (*hình 80*).

Để tránh hiện tượng căng thẳng mạch máu sau khi nối, cần phải bộc lộ mạch máu trên một đoạn dài xa



Hình 80:

Phương pháp mở rộng tiết diện của miệng nối mạch máu.

khỏi chỗ bị thương về phía trung tâm và phía ngoại biên, mỗi phía khoảng 2 - 4cm tùy theo nhu cầu và khi mổ phải để chi ở tư thế gấp nhẹ.

Để tạo điều kiện dễ dàng cho việc nối mạch máu, trước khi tiến hành nối, phải khâu 2 hoặc 3 mũi chỉ ở 2 hoặc 3 góc mép miệng nối để làm các điểm tựa.

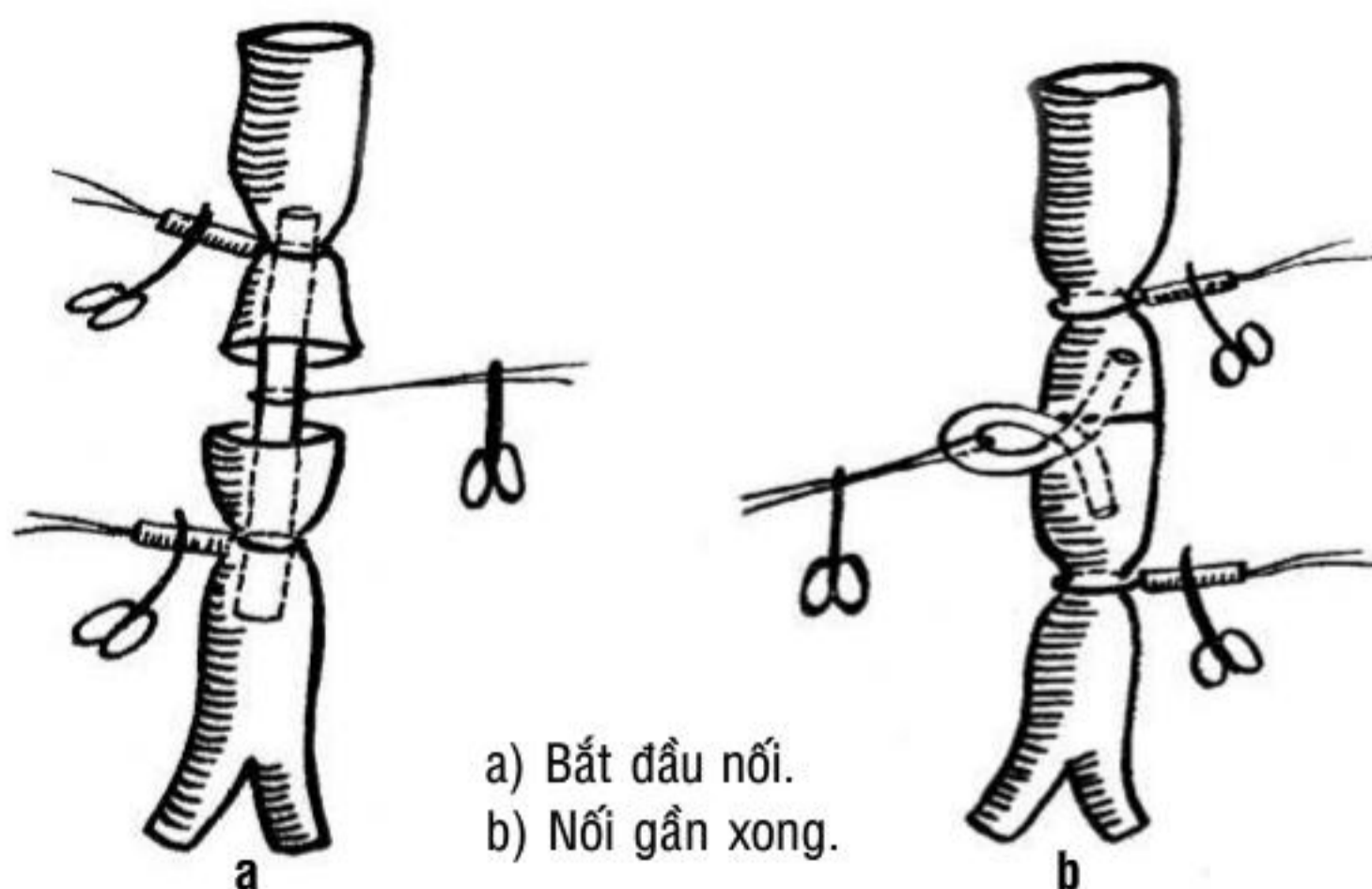
Nối mạch máu bằng kim không chấn thương và chỉ không tiêu.

Khi cắt và nối lại động mạch cảnh, để tránh hiện tượng thiếu máu não có thể dẫn tới trạng thái nhũn não không hồi phục do động mạch bị kẹp kéo dài trong thời gian mổ xẻ, nên dùng một ống dẫn máu tạm thời ở trong lòng mạch để đảm bảo tuần hoàn trong não được tương đối bình thường (*hình 81a*). Khi sợi dây vải hay hai ống cao su nhỏ cầm máu tạm thời ở hai đầu mạch có thể dùng một đoạn ống polyetylen để làm ống dẫn máu tạm thời, ở giữa ống buộc một sợi chỉ tơ bảo đảm (*hình 81b*).

Như ở trên chúng tôi đã nói, cho tới nay, có rất nhiều phương pháp nối mạch máu đã được nghiên cứu và đề xuất ra. Tuy vậy không phải tất cả các phương pháp đó đều là những phương pháp dễ thực hiện và phổ biến mà chỉ có một số ít nào đó còn có ý nghĩa thực hành vì nó đơn giản và đã giải quyết được một phần nào nhu cầu sinh lý học của phẫu thuật mạch máu.

Dưới đây chúng tôi chỉ mô tả một số phương pháp nối mạch máu còn giá trị thực hành nói riêng hoặc còn giá trị về mặt này hay mặt khác trong sự phát triển của phẫu thuật mạch máu nói chung.

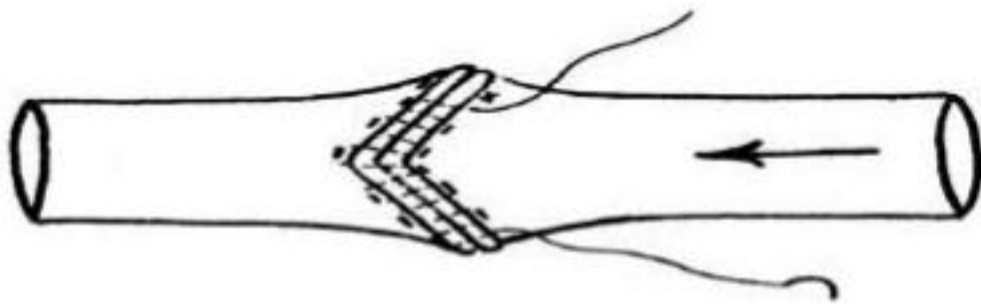
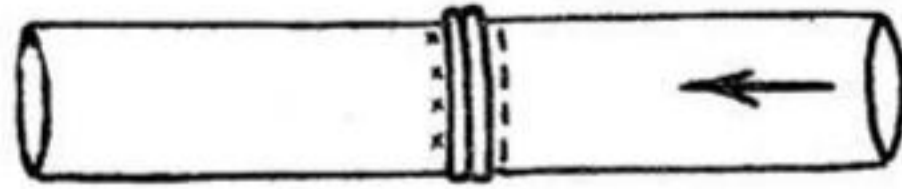
Năm 1896, Bryant và Zabuley đề nghị nối mạch máu bằng những mũi khâu chữ “U” riêng lẻ (*hình 82*). Tuy chưa đạt được đầy đủ yêu cầu của phẫu thuật nối mạch máu, nhưng nguyên tắc khâu lộn thành mạch máu ra ngoài của Bryant và Zabuley đề xuất ra đã giải quyết được vấn đề nối kín và được các phẫu thuật viên ở thời kỳ đó rất chú ý.



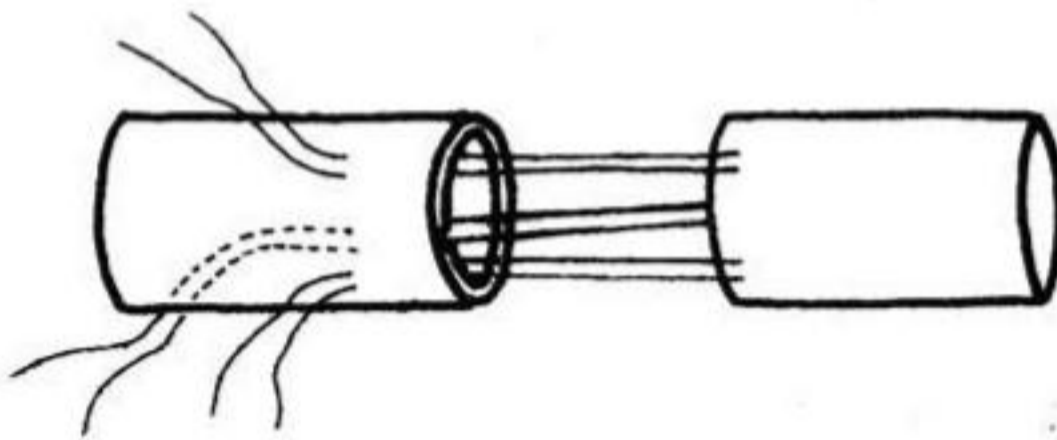
Hình 81:

Tạo ống dẫn máu tạm thời, khi nối động mạch cảnh.

Hình 82:
Phương pháp Bryant và Zabuley
(khâu mũi một hình chữ
“U”)



Hình 83:
Đường khâu hình chữ “chi”
theo Littman.



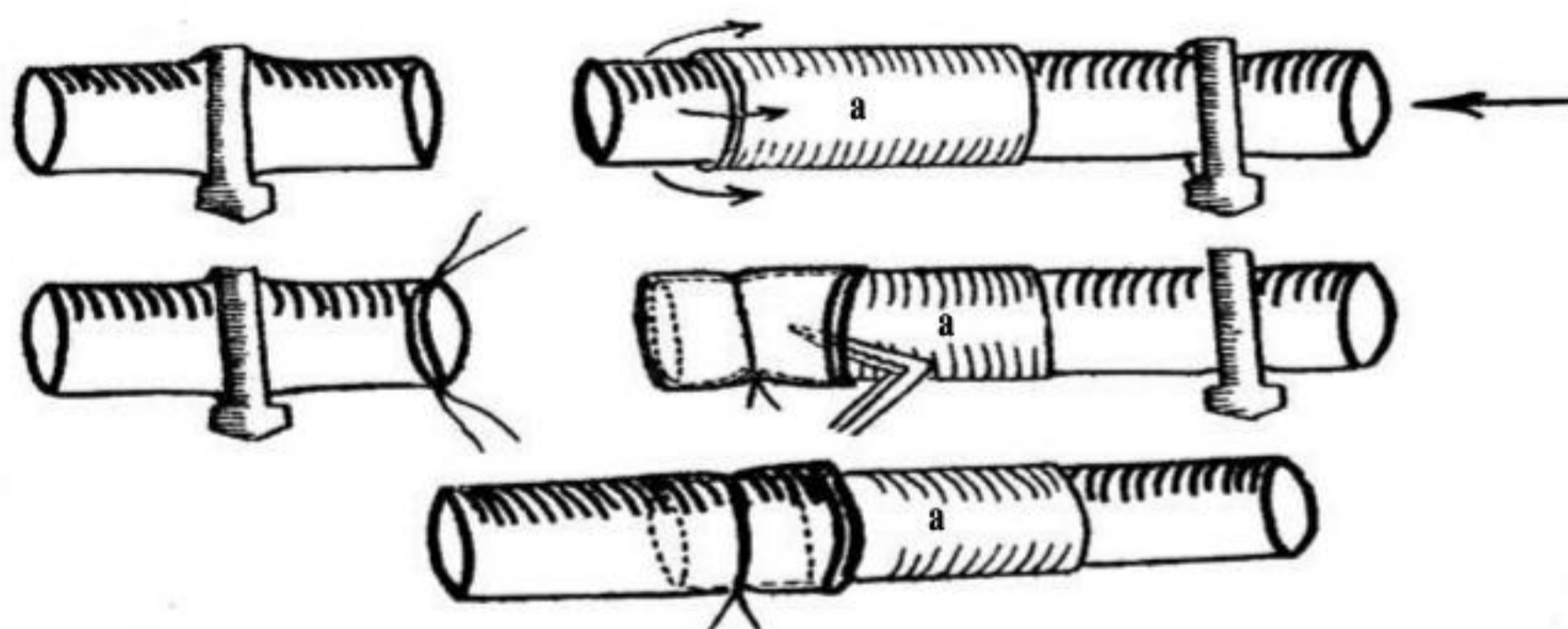
Hình 84:
Phương pháp nối “nhồi”
theo Murphy.

Sau này, Littman dựa vào phương pháp khâu nối mạch máu của Bryant và Zabuley, đã đề xuất ra phương pháp nối mạch máu bằng đường khâu chữ “chi” liền mũi với 4 mũi khâu góc hình chữ “U” (hình 83).

Năm 1897, Murphy đề xuất ra phương pháp khâu “nhồi” (invagination) để nối mạch máu (hình 84). Ưu điểm của phương pháp này là chỉ cần vài đường khâu

đơn giản cũng có thể nối kín được mạch máu, nhưng có hai nhược điểm cơ bản là: làm ngán và căng mạch máu ra khi nối, dễ tạo máu cục đọng ở nơi miệng nối.

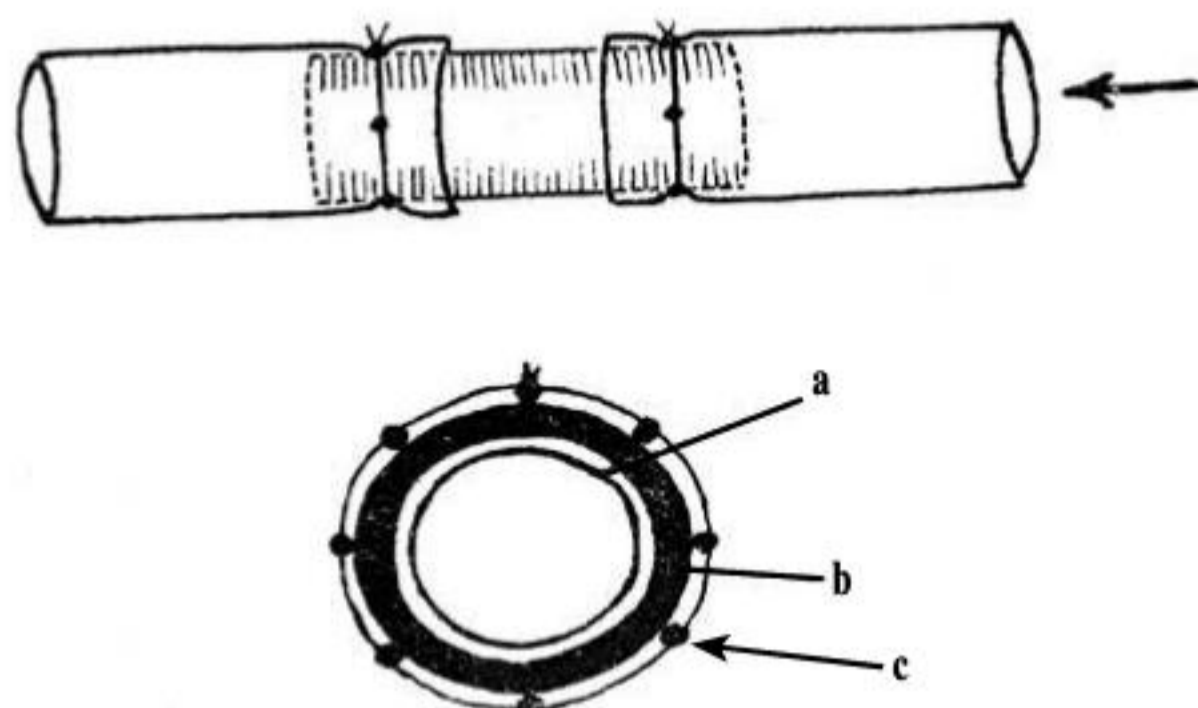
Năm 1900, Payr đề xuất ra phương pháp nối mạch máu nhờ một “ống trung gian” bằng magie (magnesium), “phương pháp không khâu” (hình 85). Phương pháp này có ưu điểm là đạt được yêu cầu nối kín nhưng có một số nhược điểm cơ bản sau đây: thành động mạch có thể hoại tử vì các mạch nuôi huyết quản (vasa vasorum) bị sợi chỉ thắt đè bẹp, sau khi nối, mạch máu bị ngán lại và căng, ngoài ra “ống trung gian” còn là một vật lạ kích thích các tổ chức xung quanh chỗ nối, mặc dầu chất magie có thể tiêu đi trong cơ thể trong vòng 6 đến 8 tuần lễ sau khi nối động mạch.



1. Trước khi nối mạch máu: chuẩn bị các đầu mạch máu.
2. Chuẩn bị nối mạch máu.
3. Sau khi nối mạch máu bằng ống magnesium

- a) Ống magnesium.
- b) Chỗ lộn đầu động mạch trung tâm

Hình 85:
Nối mạch máu bằng ống Magnesium theo phương pháp Payr.



- a. Ống polyten hay polyêtylen.
- b. Thành mạch máu.
- c. Sợi chỉ tơ có nhiều tỳ.

Hình 86:

Phương pháp buộc đầu động mạch vào ống polyêtylen.

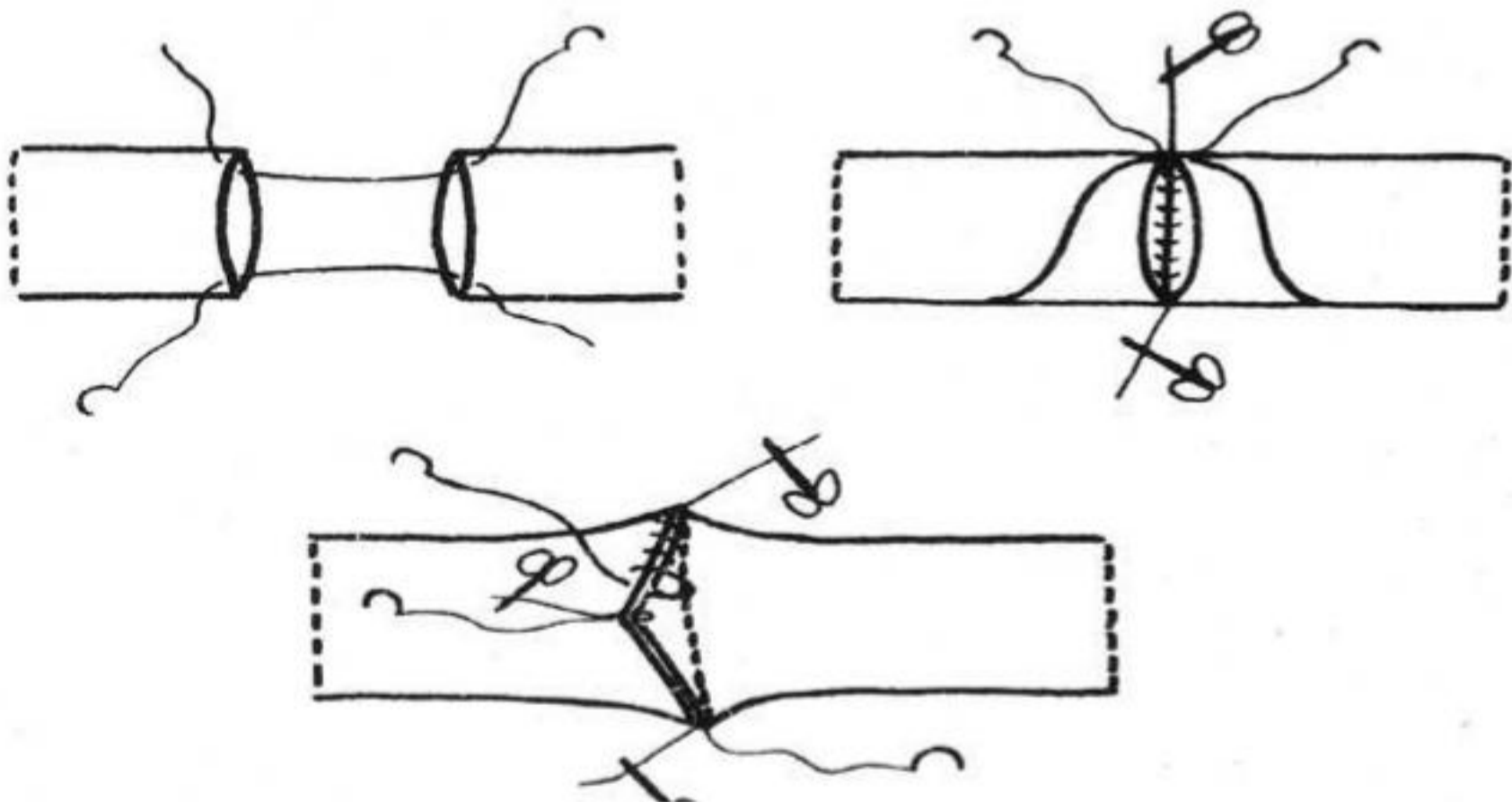
Để làm ngừng chảy máu được nhanh chóng, người ta còn áp dụng một phương pháp đơn giản là buộc hai đầu mạch máu vào một “ống trung gian” polyêtylen bằng một sợi chỉ tơ có buộc sẵn nhiều nút nổi và các nút này sẽ ép thành mạch vào ống polyêtylen, còn các chỗ khác của thành mạch thì không bị ép, do đó các động mạch nuôi thành huyết quản không bị đè bẹp (*hình 86*). Mặc dầu thế, phương pháp này cũng không đáp ứng được nhu cầu sinh lý học và dễ gây tắc ống trung gian, vả lại ống polyêtylen không thể để vĩnh viễn ở trong lòng mạch máu được.

Năm 1962, Doneski dùng một vòng nhẫn mỏng có 4 móc nhọn được chế tạo loại kim khí mềm không rỉ như bạc để nối mạch máu. Phương pháp này có nhược điểm là miệng nối thường không kín hoàn toàn và chỉ có thể áp dụng được cho các mạch máu cỡ nhỏ.

Năm 1902, Carrel đề xuất ra phương pháp khâu vắt hai mép của các đầu mạch máu lại với nhau (*hình 87*) để nối các mạch máu cỡ trung bình. Phương pháp Carrel được tiến hành theo nguyên tắc: khâu thành trước trước, khâu thành sau sau, khi khâu xong thành trước, lật thành sau ra trước để tiếp và kết thúc phẫu thuật nối mạch máu ở đây. Phương pháp này rất đơn giản và dễ thực hiện, do đó rất thông dụng. Tuy vậy, nó còn một số nhược điểm sau đây:

- Phương pháp này chỉ có thể áp dụng cho các trường hợp nối tận - tận.

- Chỉ có thể áp dụng để khâu mép trước của miệng nối tận bên được thổi, mặt sau không khâu được vì không lật được mặt sau ra trước như trường hợp nối tận - tận kể trên.

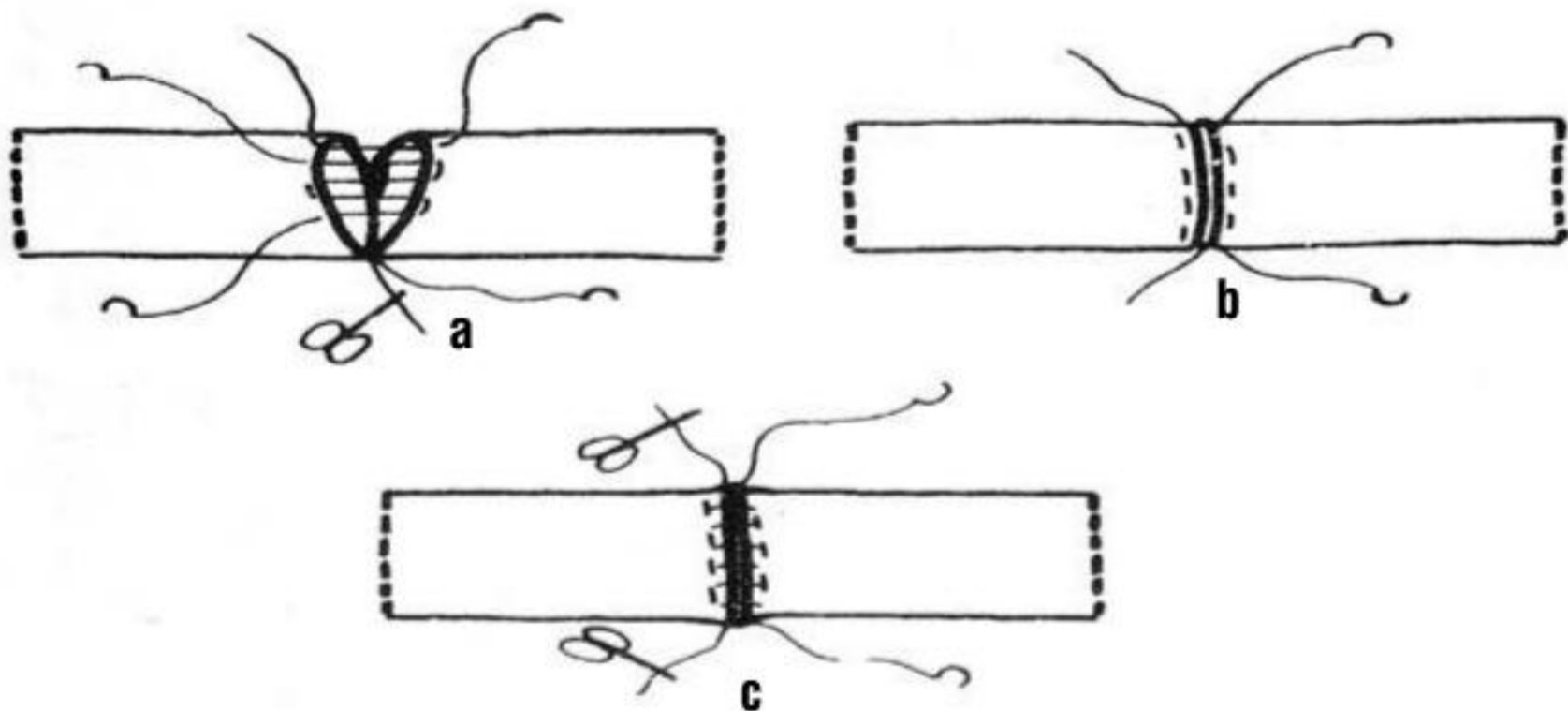


Hình 87:
Nối mạch máu theo phương pháp Carrel và cải tiến của Môrôzôva và Jensen.

- Carrel chỉ dùng 2 sợi chỉ làm mốc tựa, do đó dễ khâu dính cả mép sau của miệng nối vào mép trước trong khi khâu mép trước. Để tránh được nhược điểm này, Môrôzôva và Jensen đã cải tiến lại như sau: không dùng hai sợi chỉ làm mốc tựa mà dùng 3 sợi chỉ để căng khẩu kính của mép miệng nối thành một hình 3 góc. Như vậy trong khi khâu nối, các mép sau không bị khâu dính lại với mép trước được (*hình 87*).

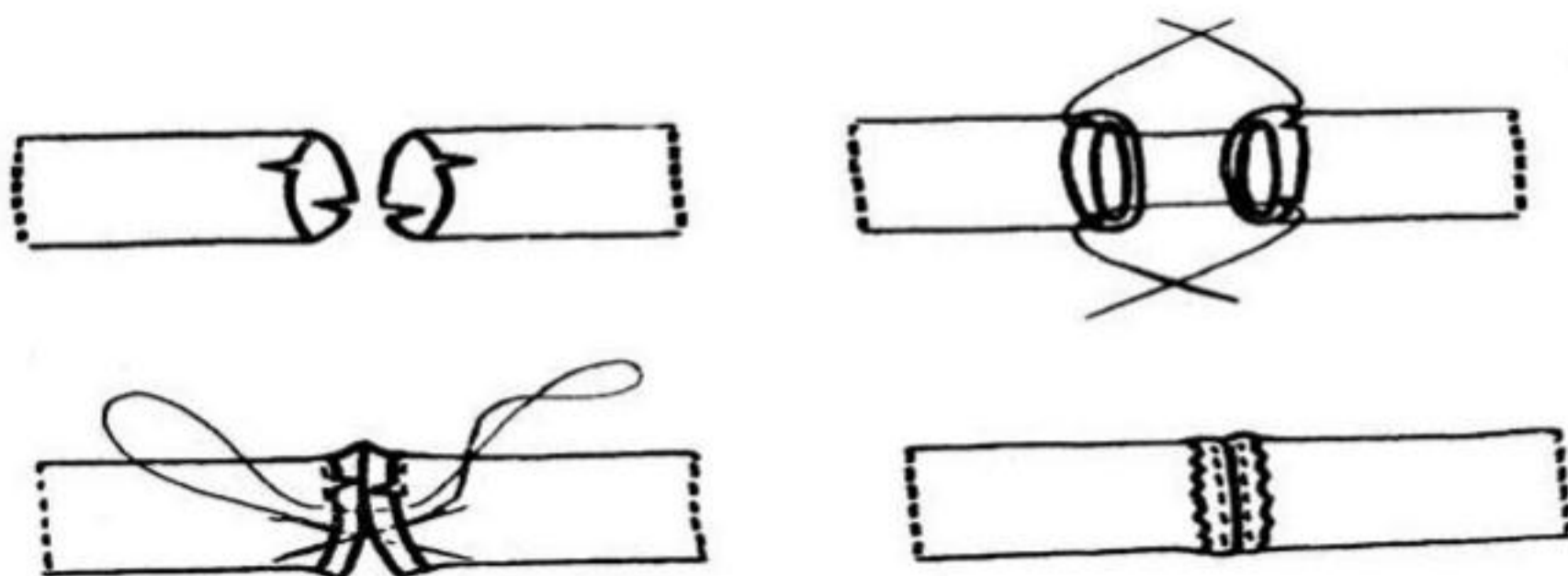
Năm 1906, Dorrance đề nghị nối động mạch bằng hai đường khâu chồng lên nhau (*hình 88*) (*suture à deux plans ou à deux étages*). Đường khâu trong là một đường khâu liên tục hình chữ “chi” giống phương pháp Littman, đường khâu ngoài là đường khâu chồng lên bằng phương pháp khâu vắt theo Carrel.

Phương pháp này thường được áp dụng trong các trường hợp mổ ở động mạch chủ là nơi có áp lực động mạch cao, dễ làm bục chỉ miệng nối (như trong trường



- a- Khâu lớp trong bằng mũi khâu liên chỉ kiểu “chữ chi”.
- b- Kết thúc lớp khâu thứ nhất hình “chữ chi”
- c- Khâu lớp ngoài bằng mũi khâu vắt liên chỉ.

Hình 88:
Nối động mạch theo phương pháp Dorrance (khâu 2 lớp).



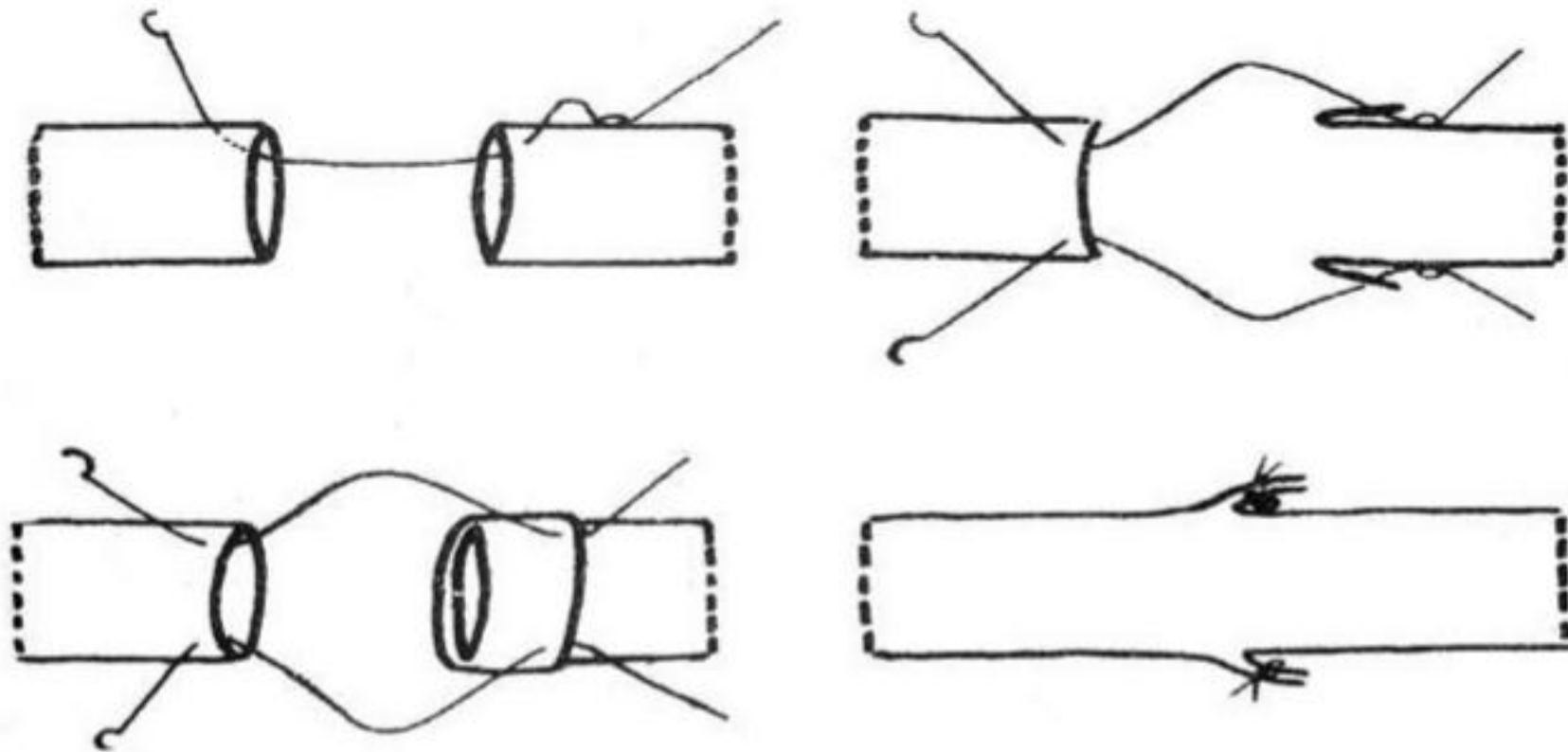
Hình 89:
Nối mạch máu theo phương pháp Sapogionhicop.
(khâu giống đường khâu máy)

hợp hẹp eo động mạch chủ hay phình giãn động mạch chủ). Đối với các động mạch cỡ nhỏ hay nhỏ không cần thiết phải áp dụng phương pháp Dorrance.

Sapeshcô, Pôliansev và một số phẫu thuật viên thời kỳ đó đề nghị bọc phủ xung quanh miệng nối mạch máu bằng một màng xơ, một lớp cơ hay một lớp thành tĩnh mạch để đảm bảo cho chỗ nối được kín hơn.

Qua kinh nghiệm thực tế nối ghép mạch máu cho 106 trường hợp lâm sàng, chưa kể các trường hợp nối mạch máu trong hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch của đang được chúng tôi tiến hành trong một chương trình nghiên cứu khác, chúng tôi nhận thấy không cần phải bọc miệng nối sau khi mổ nối, ghép hay bắc cầu nối mạch máu. Trong thực hành phẫu thuật, chúng tôi chưa gặp biến chứng bọc miệng nối mạch máu hay rò miệng nối mạch máu sau khi mổ.

Cũng trong những năm đầu của thế kỷ XX, Sapogionhicop đề xuất ra phương pháp nối mạch máu bằng một đường khâu giống đường khâu máy hay giống



Hình 90:
Kiểu khâu mạch máu theo phương pháp Sôlôvióp.

kiểu khâu giày của thợ da (*hình 89*). Phương pháp này được thực hiện bằng hai kim thẳng hay hai kim cong xuyên bắt chéo nhau, lộn nội mạc của mạch máu ra ngoài.

Năm 1955 G. Sôlôvióp, nghiên cứu sinh của trường Đại học Y khoa thứ nhất Matxcova, đã bảo vệ luận án phó tiến sĩ y học về đề tài: “Một phương pháp mới để nối mạch máu cỡ nhỏ”. Phương pháp G.Sôlôvióp được tiến hành theo hình vẽ dưới đây (*hình 90*).

Phương pháp này được thực hiện dựa theo nguyên tắc khâu “nhồi” của Murphy và có thể coi như phương pháp Murphy cải tiến

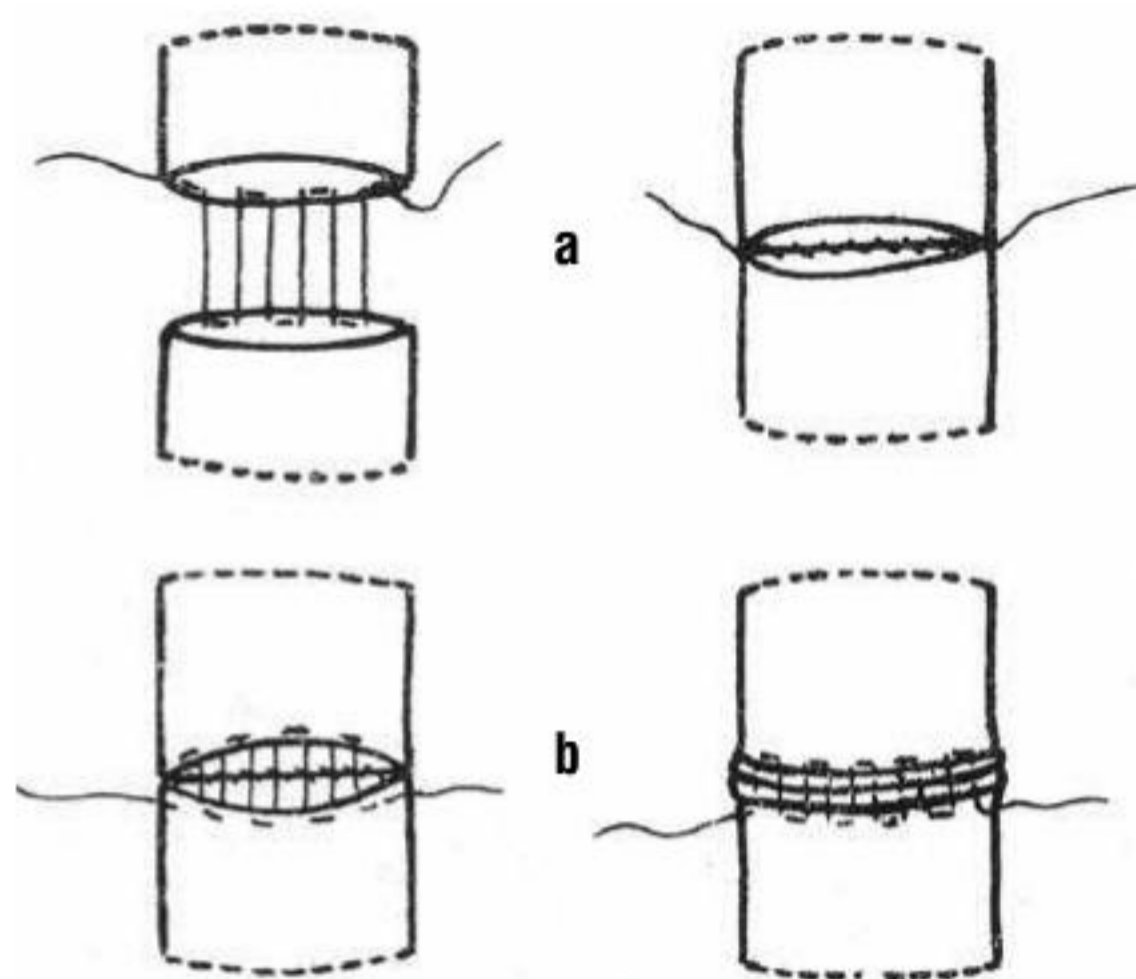
Phương pháp G. Sôlôvióp có ưu điểm là bảo đảm nối kín, đơn giản có thể áp dụng để nối các động mạch có đường kính nhỏ dưới 2mm, nhưng cũng có nhược điểm là sau khi nối mạch máu sẽ ngắn đi tới 4 - 10mm, chỗ nối bị co căng ra, có thể bị hẹp hoặc tuột chỉ khâu. Phương pháp này không thể áp dụng được trong các trường hợp sau đây:

1. Khi đường kính của đầu trung tâm động mạch to hơn đường kính đầu ngoại biên quá 1 - 1,5mm, đối với động mạch có đường kính 5 - 10mm.

2. Khi hai đầu mạch máu bị đứt co lại ngắn quá (tới 3 - 4cm), không đủ để nối lại với nhau.

3. Khi đầu mạch máu bị thương tổn nhiều quá như bị xơ cứng thành mạch, nứt thành mạch, v.v...

Blalock áp dụng phương pháp khâu hình chữ “chi” liền mũi (xuyên kim theo thứ tự từ ngoài vào, từ trong ra ở hai mép đối diện, và từ trong ra, từ ngoài vào, ở cùng một bên mép của miệng nối), khâu theo thứ tự thành sau khâu trước và thành trước khâu sau (*hình 91*), không phải lộn thành sau ra trước như phương pháp Carrel.



a- Nối mặt sau
b- Nối mặt trước.

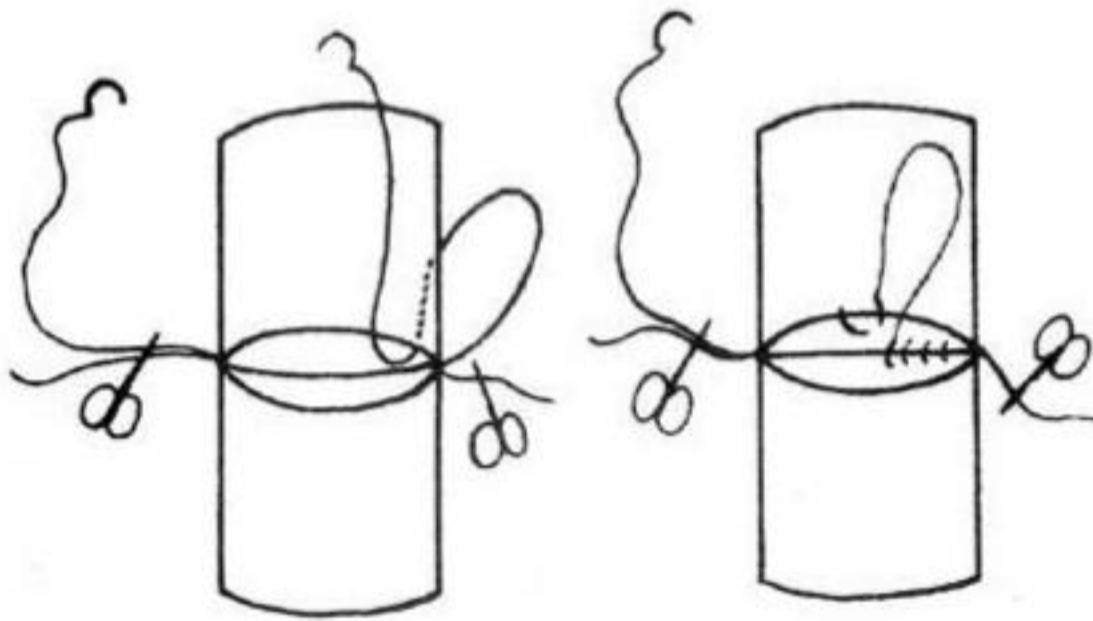
Hình 91:
Nối mạch máu theo phương pháp Blalock.

Phương pháp Blalock được tiến hành như sau: Sau khi kéo sát hai mép của các đầu mạch máu lại với nhau, khâu hai mũi chỉ làm điểm móc tựa như phương pháp Carrel. Sau đó, khâu thành sau của miệng nối từ bên trong thành mạch theo thứ tự từ ngoài vào, từ trong ra như đã kể ở trên, từ trái sang phải như trong hình vẽ. Khi khâu xong thành sau, cầm hai đầu chỉ rút căng ra, sẽ thấy hai mép sau của mạch máu tự ép sát lại với nhau, lộn nội mạc ra ngoài. Sau khi thắt cố định hai đầu chỉ khâu với các sợi chỉ làm móc tựa, ta tiến hành khâu nốt thành trước của miệng nối bằng đường khâu chữ “chi”: khâu từ phải sang trái như trong hình vẽ và kết thúc phẫu thuật bằng thắt đầu chỉ khâu thành trước với một sợi chỉ của móc tựa bên trái.

Dựa trên nguyên tắc khâu nối mạch máu của Blalock, Mêshalkin đã cải tiến cách khâu thành sau mạch máu như sau:

- Khâu hai mũi chỉ làm móc tựa ở hai điểm chia đôi chu vi của mạch máu thành hai phần đều nhau.

- Dùng một trong hai sợi chỉ làm móc tựa ở bên trái (bệnh nhân) có kim ở đầu khâu một mũi từ ngoài vào trong trên một trong hai mép sau của thành mạch. Sau đó dùng kim này khâu tiếp các “mũi khâu móc” so le nhau trên hai mép của thành sau miệng nối mạch máu (*hình 92*). Khi khâu tới điểm móc tựa bên phải (bệnh nhân), rút thẳng chỉ cho hai mép sau của thành mạch ép sát lại nhau, buộc sợi chỉ này với sợi chỉ không có kim của móc tựa bên phải.



Hình 92:
Nối mạch máu theo
phương pháp cải tiến
của Mëshalkin.

- Dùng sợi chỉ có kim của móc tựa bên phải khâu vắt các mép trước của thành mạch lại với nhau như phương pháp Carrel. Kết thúc phẫu thuật nối mạch máu bằng buộc sợi chỉ đang khâu với sợi chỉ còn lại của móc tựa bên trái. Cách khâu theo Mëshalkin đơn giản, dễ thực hiện và nhanh hơn cách khâu theo Blalock, mặc dầu nội dung của phương pháp không có gì khác nhau.

Có thể tóm tắt nội dung của phương pháp khâu nối mạch máu theo Blalock - Mëshalkin như sau:

- Khâu thành sau trước và khâu từ bên trong lòng của mạch máu bằng một đường khâu chữ “chi” liên tục (Blalock khâu mũi một, Mëshalkin khâu mũi móc).

- Khâu thành trước sau bằng đường khâu chữ “chi” liên tục (Blalock) hay bằng đường khâu vắt như phương pháp Carrel (Mëshalkin).

Trong số các phương pháp nối mạch máu bằng tay kể trên, hai phương pháp đơn giản, thông dụng nhất hiện nay và đảm bảo đầy đủ các nguyên tắc của kỹ thuật nối mạch máu là phương pháp Carrel và phương pháp Blalock - Mëshalkin. Các phương pháp khác hiện nay

được coi là những phương pháp chỉ còn ý nghĩa lịch sử mà thôi.

Trong thực hành phẫu thuật mạch máu, chúng tôi đã áp dụng phương pháp nối mạch máu theo Carrel trong các trường hợp nối tận - tận và phương pháp Blalock - Mëshalkin trong các trường hợp nối tận - bên.

3. Ghép mạch máu

Khi thành mạch máu bị thương rách nát trên một đoạn dài hoặc mất hẳn một đoạn động mạch, không thể tiến hành nối mạch máu tận - tận được bắt buộc phải thực hiện phương pháp ghép mạch máu mới cứu sống được phần chi hoặc phần cơ thể nằm ở dưới chỗ bị thương.

Trong các trường hợp hai đầu đứt ở cách nhau khá xa, mặc dầu đã cố gắng bộc lộ đầu trung tâm và đầu ngoại biên của mạch máu trên một đoạn dài, vẫn không thể tiến hành nối mạch máu được, cũng phải chuyển sang phẫu thuật ghép mạch máu.

Ghép các mạch máu ngoại biên về kỹ thuật, cũng được tiến hành như nối mạch máu, chỉ khác ở một điểm là phải nối ở hai vị trí trên một đoạn mạch máu bị thương do đó phải đặt vấn đề: nối đầu nào trước, đầu nào sau.

Về nguyên tắc cần phải nối đầu trung tâm của mạch máu bị đứt với ống ghép trước. Trước khi tiến hành nối đầu ngoại biên của mạch máu với đầu dưới của ống ghép cần phải rửa sạch mạch máu bằng dung dịch NaCl 9 phần nghìn + hêparin hay dung dịch novocain 0,25% + hêparin, đồng thời bơm các dung dịch này vào trong ống ghép để rửa.

Ống ghép mạch máu có thể là các ống nhân tạo (làm bằng các tơ hóa học như dacron, lavsan, têllon, nylon, ivalon, v.v...), ống ghép cùng giống lấy từ các xác chết đột ngột do tai nạn bất ngờ (homogreff) hay ống ghép tự thân bằng các mạch máu của chính bản thân người bệnh (autogreff).

Trong các loại ống ghép hiện nay, ống ghép tự thân (bằng tĩnh mạch) cho kết quả sau mổ tốt nhất, hầu như không gây ra biến chứng gì sau mổ (như tắc nghẽn, hoại tử, v.v...) vì nó là tổ chức của chính bản thân người bệnh.

Ống ghép nhân tạo, theo kinh nghiệm của chúng tôi cũng như của nhiều tác giả khác, cho tỷ lệ biến chứng tắc nghẽn mạch khá cao (tới 70% đến 80%) đối với các mạch máu ngoại biên. Tuy vậy đối với các mạch máu lớn như quai động mạch chủ, động mạch chủ bụng, chạc ba động mạch chủ bụng - động mạch chậu chung, ống ghép nhân tạo vẫn cho kết quả tốt vì các mạch máu này có kích thước rất lớn, áp lực trong các mạch máu này cao hơn ở các phần khác của cơ thể.

Ống ghép cùng giống cho tỷ lệ biến chứng tắc nghẽn ít hơn, tuy vậy vẫn còn cao (tới 40% - 45% theo nhiều tác giả khác nhau).

Hiện nay, ống ghép tự thân là loại ống ghép thông dụng nhất. Hầu hết các trường hợp lâm sàng của chúng tôi đều được ghép bằng ống ghép tự thân, và chủ yếu là tĩnh mạch hiển trong.

Theo Linton, Weese, Dale, Mahorner so với các tĩnh mạch khác, thành của tĩnh mạch hiển trong dày hơn và chắc hơn vì có nhiều sợi đàn hồi.

Đối với các ống ghép nhân tạo, phải chọn cỡ có kích thước to hơn kích thước của mạch máu bị thương một chút.

Đối với ống ghép tự thân là tĩnh mạch cần phải chú ý hai điểm sau đây:

- Nếu dùng cho việc ghép động mạch, phải quay ống ghép ngược chiều lại để cho các van trong ống ghép tĩnh mạch hướng về phía ngoại biên là phía máu chảy tới (*hình 62*).

- Nếu dùng cho việc ghép tĩnh mạch, không cần phải quay ngược chiều ống ghép vì các van của ống ghép và van của tĩnh mạch có một hướng như nhau.

Dưới đây là các kỹ thuật ghép động mạch điển hình bằng tĩnh mạch hiển trong:

- Dùng kẹp cầm máu tạm thời hai đầu động mạch bị đứt.

- Cắt bằng phẳng hai đầu động mạch bị đứt, cắt bỏ bớt lớp áo bọc ngoài (*tunica adventitia*) của hai đầu đứt ấy đi. Rửa sạch lòng trong cả hai đầu đứt bằng dung dịch novocain 0,25 - 0,5% + hêparin hay dung dịch NaCl 9 phần nghìn + hêparin.

Bộc lộ 1 đoạn tĩnh mạch hiển trong, chỗ có kích thước lớn nhất ở gần Foramen ovale, ngay trong vùng tam giác Scarpa hoặc dưới vùng này một chút. Thắt và cắt các nhánh bên của nó bằng chỉ tơ nhỏ. Thắt và cắt lấy một đoạn tĩnh mạch dài hơn chiều dài của đoạn động mạch bị mất khoảng 3 - 4 cm. Dùng 1 sợi chỉ đen đánh dấu đầu ngoại biên của tĩnh mạch. Ngâm đoạn tĩnh mạch vừa

được cắt rời ra vào dung dịch NaCl + hêparin + pênixilin. Khâu kín da nơi mổ lấy tĩnh mạch.

- Nếu kích thước của ống ghép tĩnh mạch nhỏ hơn kích thước của động mạch bị thương, lấy kẹp Kelly banh rộng khẩu kính của ống ghép ra một chút, bơm dung dịch novocain 1% + hêparin vào trong lòng ống ghép tĩnh mạch đã được bít kín lại, bơm dưới áp lực trung bình để cho thành của ống ghép nở ra tới kích thước tương ứng với kích thước của động mạch hoặc lớn hơn một chút.

- Cắt sửa lại đầu ngoại biên của ống ghép cho bằng phẳng, cắt bỏ bớt lớp áo ngoài như khi chuẩn bị các đầu động mạch.

- Nối đầu ngoại biên của ống ghép (có sợi chỉ đen đánh dấu) vào với đầu trung tâm của động mạch theo kiểu nối tận - tận và theo phương pháp Carrel.

- Sau khi nối, nới nhẹ kẹp mạch máu ở đoạn đầu trung tâm của động mạch ra để cho một ít máu chảy vào ống ghép.

- Sau khi đo lại chiều dài của ống ghép (ống ghép phải dài hơn chiều dài quy định khoảng 1 - 1,5cm), nối đầu còn lại của ống ghép với đầu ngoại biên của động mạch. Trong khi nối mạch máu phải luôn tưới rửa các đầu ghép bằng dung dịch NaCl 9 phần nghìn + hêparin để đề phòng máu tụ đọng lại bên trong ống ghép và trong động mạch.

- Kết thúc phẫu thuật ghép mạch máu bằng mở nhẹ kẹp ở đầu trung tâm cho máu chảy ra tràn đầy vào ống ghép và đoạn động mạch ở dưới ống ghép, thắt mũi

khâu cuối cùng và tháo bỏ tất cả các kẹp và các dây cao su hay dây vải cầm máu tạm thời ở đầu trung tâm và đầu ngoại biên của động mạch.

Đắp gạc tẩm dung dịch NaCl 9 phần nghìn nóng lên trên các chỗ nối trong khoảng 5 phút để cho các chỗ còn rỉ ít máu ngừng chảy hẳn.

Đặt một dải cao su hay một ống dẫn lưu nhỏ vào vùng mổ. Đóng kín vết mổ hai lớp.

Ghép tĩnh mạch cũng như ghép động mạch, chỉ khác ở một chi tiết nhỏ sau đây: nối ống ghép với đầu ngoại biên của tĩnh mạch trước, sau đó mới nối đầu trung tâm của tĩnh mạch với ống ghép.

4. Bắc cầu nối mạch máu

Bắc cầu nối mạch máu thường được áp dụng trong các trường hợp viêm tắc động mạch lớn ngoại biên như động mạch chậu, động mạch đùi, tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên và trong một số vết thương đặc biệt do vật nặng đè vào làm dập nát hoặc làm bong các lớp của thành động mạch trên một đoạn dài.

Trong các trường hợp này, bắc cầu nối động mạch là một phương pháp duy nhất đem lại hy vọng và làm giảm bớt đau đớn, nguy hiểm cho người bệnh.

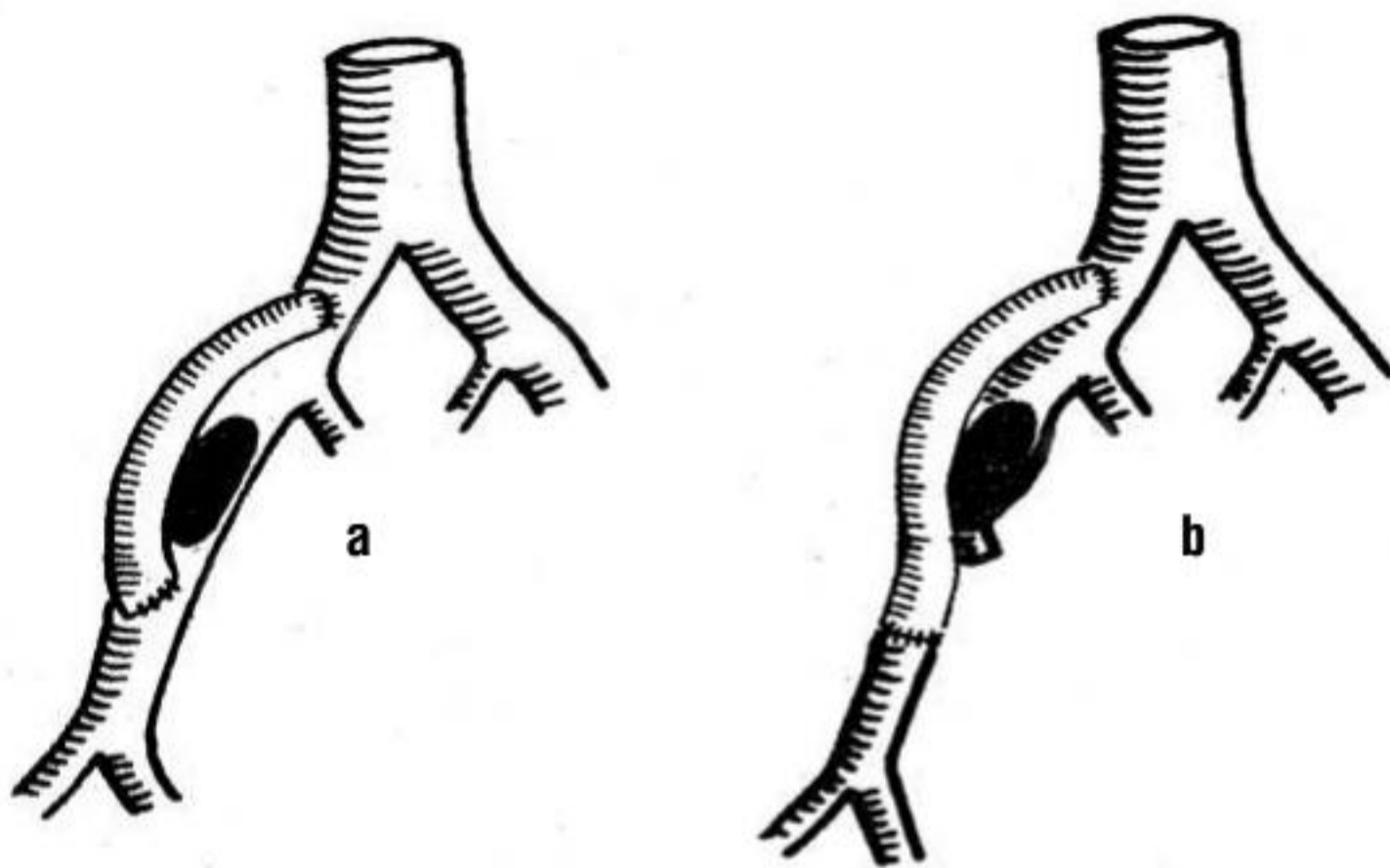
Ống huyết quản dùng để bắc cầu nối mạch máu có thể là ống mạch máu nhân tạo làm bằng tơ hóa học, ống mạch máu cùng giống lấy từ những bệnh nhân bị tai nạn chết đột ngột hoặc ống ghép tự thân bằng tĩnh mạch hiển trong như ở trên đã nói tới.

Có thể áp dụng một trong hai phương pháp bắc cầu nối mạch máu sau đây:

- Bypass nối qua chỗ tắc bằng phương pháp nối tận
- bên ở cả đầu trung tâm và đầu ngoại biên của mạch máu (*hình 93a*)

- Bypass nối qua chỗ tắc bằng phương pháp nối tận
- bên ở đầu trung tâm và nối tận - tận ở đầu ngoại biên của mạch máu (*hình 93b*)

- Kỹ thuật nối mạch máu trong quá trình bypass của mạch máu cũng được thực hiện theo các nguyên tắc chung và theo các phương pháp nối mạch máu như đã kể ở trên.



- a. Bypass nối qua chỗ tắc nghẽn động mạch.
- b. Ghép nối động mạch kiểu tận - bên ở đầu trung tâm và kiểu tận - tận ở đầu ngoại biên.

Hình 93:
Bypass nối ở mạch máu lớn ngoại biên.

5. Nối mạch máu bằng máy khâu mạch máu của Liên Xô (Niiekhaii)

Liên Xô đã sản xuất ra một loại máy khâu nối mạch máu cách đây trên 50 năm tại Viện Nghiên cứu sản xuất các dụng cụ máy móc y tế thực nghiệm (Niiekhaii) (*xem hình 1*).

Máy khâu nối mạch máu có ưu điểm là có thể khâu nối được các mạch máu với nhiều cỡ khác nhau, đảm bảo được tất cả các nguyên tắc khâu nối mạch máu.

Các đường khâu được thực hiện bởi các móc rất nhỏ chế tạo bằng một loại kim khí không rỉ và không có tác dụng kích thích lớn đối với các tổ chức trong cơ thể (loại tintal).

Dùng máy khâu nối mạch máu có thể thực hiện được nhiều kiểu khâu nối khác nhau, trong đó có hai kiểu chính là nối tận - tận và nối tận - bên.

Máy khâu nối mạch máu rất tinh vi, hiện đại, nhưng nó vẫn không thể thay thế được những bàn tay khéo léo và tỉ mỉ của người phẫu thuật vì nó có một số nhược điểm sau đây:

- Máy lớn và phức tạp không thể đặt nó vào tới tận các ngõ ngách nằm sâu trong cơ thể.

- Thời gian lắp các móc vào máy và thời gian lắp máy vào mạch máu không ngắn hơn thời gian khâu tay.

- Trong đại đa số các trường hợp phải tiến hành ghép mạch máu mà không nối trực tiếp được vì nối bằng máy đòi hỏi các đầu nối phải có một chiều dài nhất định.

- Có một số trường hợp, các móc kim khí tự bong ra và gây chảy máu, phải khâu tăng cường thêm bằng chỉ thường hoặc đôi khi phải tháo toàn bộ ra nối lại.

- Giá thành của máy rất đắt và không phải mua được dễ dàng.

Vì những lý do kể trên mà cho tới nay, phương pháp khâu nối mạch máu bằng tay vẫn là một phương pháp phổ biến, đơn giản và dễ thực hiện nhất trong khoa phẫu thuật tim mạch nói riêng và trong ngành phẫu thuật nói chung.

Chúng tôi đã tiến hành nối và ghép mạch máu cho 5 bệnh nhân bị vết thương và di chứng vết thương ở mạch máu bằng máy khâu mạch máu Niiekhaii của Liên Xô. Cả 5 trường hợp này đều đạt kết quả tốt vì chúng tôi đã lựa chọn bệnh nhân và chỉ định đúng.

Theo ý kiến của chúng tôi, có thể dùng máy khâu mạch máu của Liên Xô để mổ trong các trường hợp ghép mạch máu tự thân, vì trong các trường hợp này ta có thể chủ động trong việc lựa chọn một ống ghép có chiều dài theo ý muốn.

6. Mổ mạch máu lấy bỏ máu cục

Trong thực hành phẫu thuật, nhiều khi phải tiến hành các cuộc mổ xẻ cấp cứu - mổ mạch máu lấy bỏ máu cục gây tắc mạch máu đột xuất.

Chúng tôi đã gặp các trường hợp tắc động mạch chủ bụng, tắc động mạch chậu chung, tắc động mạch chậu ngoài, tắc tĩnh mạch đùi sâu, v.v...

Có nhiều phương pháp mổ mạch máu lấy bỏ máu cục như mổ mạch máu hút bỏ máu cục bằng máy hút, gắp bỏ máu cục bằng kẹp mềm, rút bỏ máu cục bằng ống thông Fogarty, v.v...

a. Mở mạch máu hút bỏ máu cục:

Phương pháp này đơn giản, tiến hành như sau:

- Đặt ống cao su nhỏ hay dây vải ngăn cản tạm thời dòng máu chảy về tim (nếu là tĩnh mạch) hoặc chảy ra ngoại biên (nếu là động mạch).

- Mở mạch máu hút bỏ máu cục bằng máy hút chân không (*hình 94*)

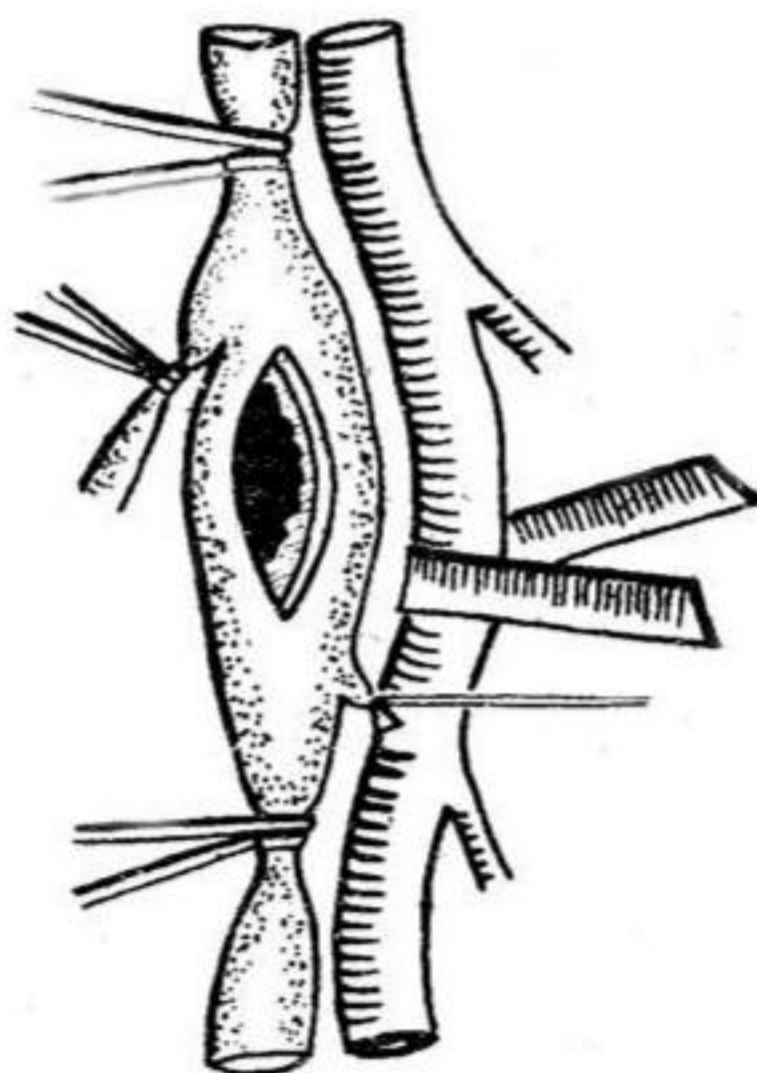
- Sau khi hút bỏ máu cục, khâu kín lại thành mạch máu theo các phương pháp khâu mạch máu thông thường.

b. Mở mạch máu gấp bỏ máu cục:

Phương pháp này thường hay áp dụng nhất trong các trường hợp máu cục nằm gọn trong một đoạn tương đối ngắn trong lòng mạch máu. Phương pháp này rất đơn giản và tiến hành như sau:



Hình 94:
Hút bỏ máu cục từ trong tĩnh mạch ra bằng máy hút.



Hình 95:
Mở tĩnh mạch lấy bỏ máu cục.

Đặt dây vải hay dây cao su cầm máu tạm thời ở trên và dưới chỗ có máu cục đọng lại.

- Mở mạch máu theo chiều dọc hay chiều ngang, gấp bỏ máu cục, rửa sạch bên trong lòng mạch bằng dung dịch NaCl 9 phần nghìn + hêparin. Khâu kín thành mạch lại (*hình 95*).

c. Mở mạch máu rút bỏ máu cục bằng ống thông Fogarty.

Phương pháp này thường áp dụng khi máu tụ chiếm một đoạn dài trong lòng mạch máu, bằng hai phương pháp kể trên không thể lấy nó ra hết được. Phương pháp này được Fogarty đề xuất ra năm 1965-1966 và được tiến hành như sau (*hình 96a*):

- Lắp sẵn bơm tiêm có dung dịch nước muối NaCl 9 phần nghìn.

- Lắp cái nong bằng kim khí vào trong ống thông Fogarty.

- Đặt dây cầm máu tạm thời ở các đầu mạch đi vào đoạn tĩnh mạch có máu cục bên trong.

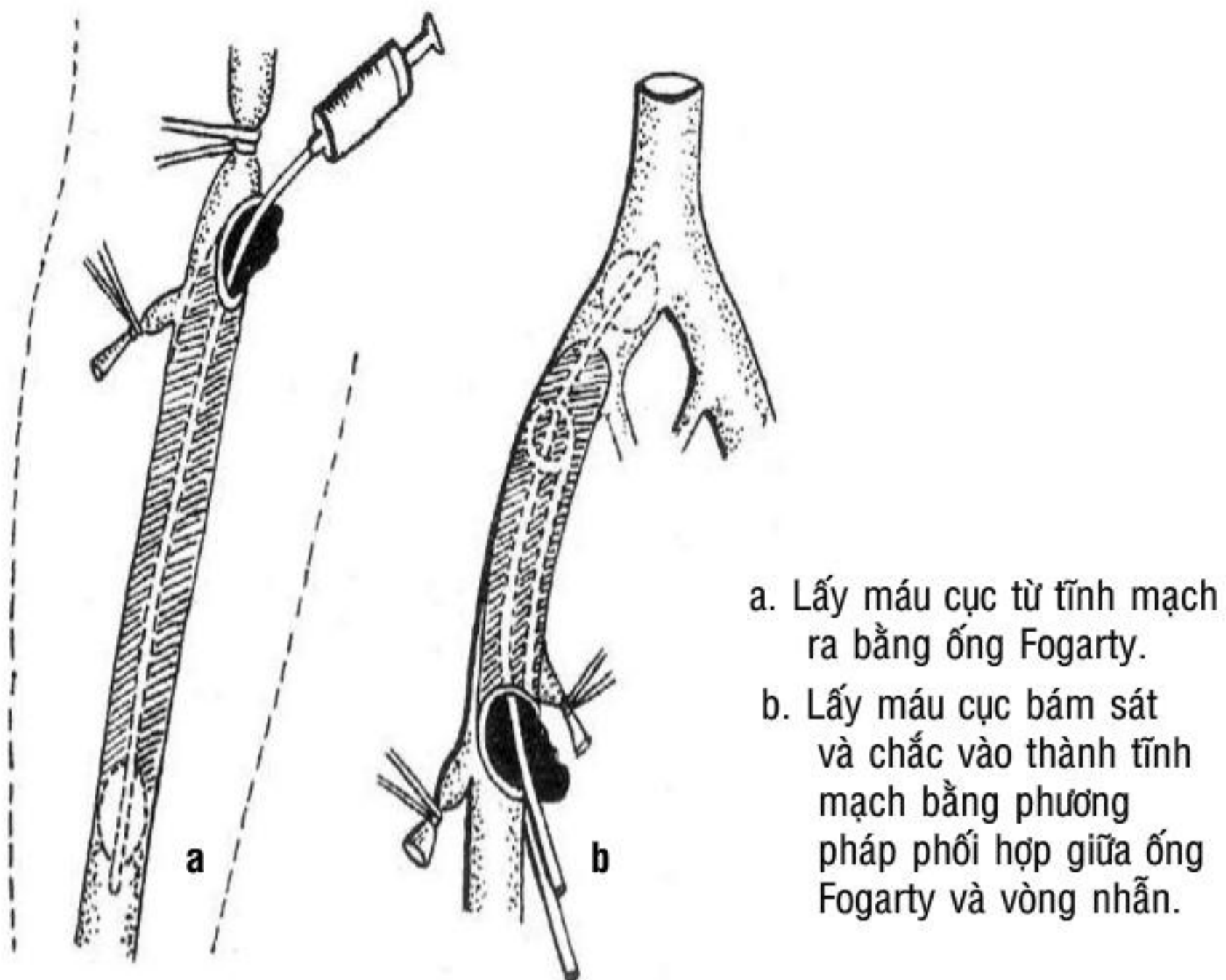
- Mở thành tĩnh mạch ở trên hay ở dưới chỗ có máu cục đọng, qua đó đưa ống thông Fogarty vào trong lòng mạch, xuyên qua khối máu cục đọng ở trong đó đến tới phần mạch tự do.

- Bơm nước vào trong ống thông cho căng bóng ở đầu ống. Số lượng nước bơm vào có ghi ở vỏ đựng ống thông cho mỗi cỡ ống.

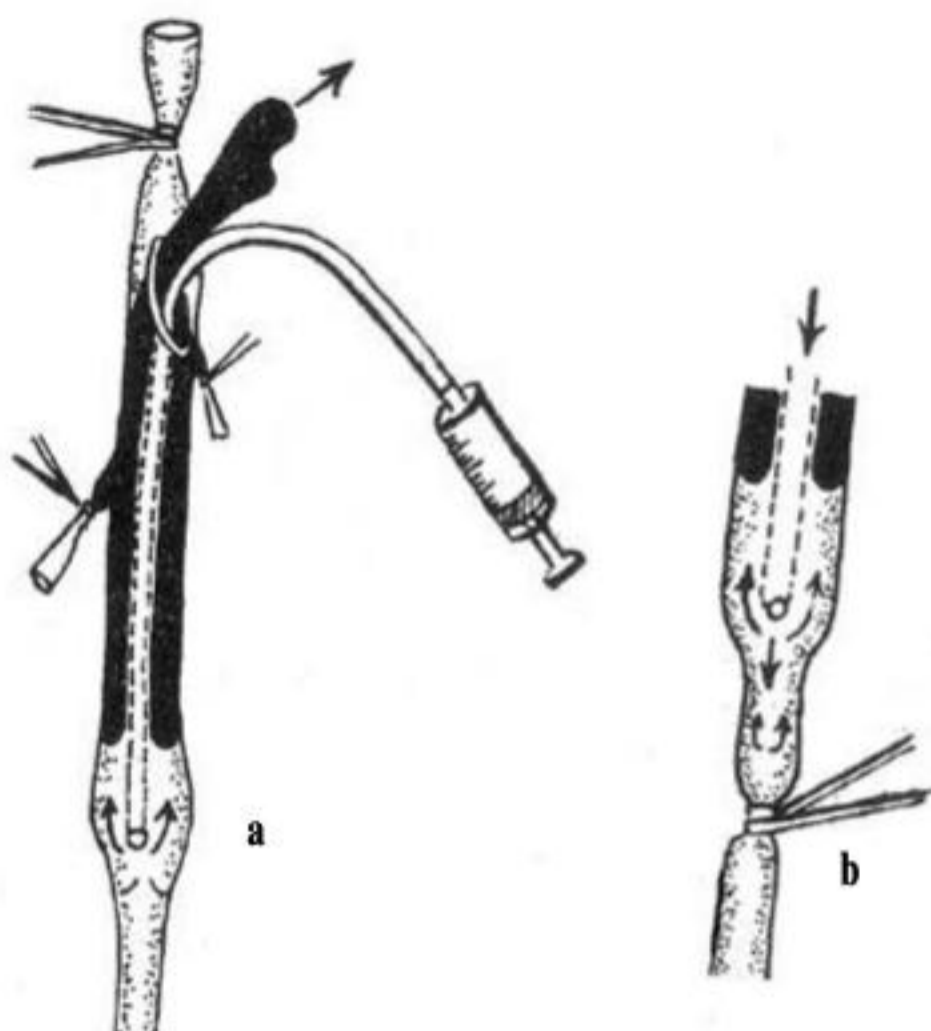
- Rút ngược ống thông trở lại. Bằng động tác này máu cục đọng sẽ bị rút ra theo. Sau đó rửa sạch lòng trong của mạch máu và khâu kín thành mạch lại.

Trong trường hợp khối máu cục bám chắc vào thành mạch máu, cần phải dùng một dụng cụ đặc biệt có vòng nhấn ở đầu, đưa cùng một lúc vào trong lòng mạch với ống thông Fogarty. Dùng ống thông Fogarty để giữ cho máu cục không theo dòng máu chảy đi xa được, còn dụng cụ có vòng nhấn ở đầu sẽ tách khối máu cục ra khỏi thành mạch. Sau đó dùng ống thông Fogarty rút bỏ nó ra ngoài (*hình 96b*).

Ngoài các phương pháp kể trên V. Savêlev, E. Dumpe, E. Jablôkôv (1972) đã đề xuất ra phương pháp “rửa trôi” máu cục ở trong tĩnh mạch ra ngoài (*hình 97*). Phương pháp này tiến hành như sau: Đưa ống thông



Hình 96



Hình 97:
Lấy bỏ máu cục bằng phương pháp “rửa trôi” máu cục ra ngoài dưới áp lực mạnh. (theo V.Savêlev, E.Dumpe, E. Jablôkôv).

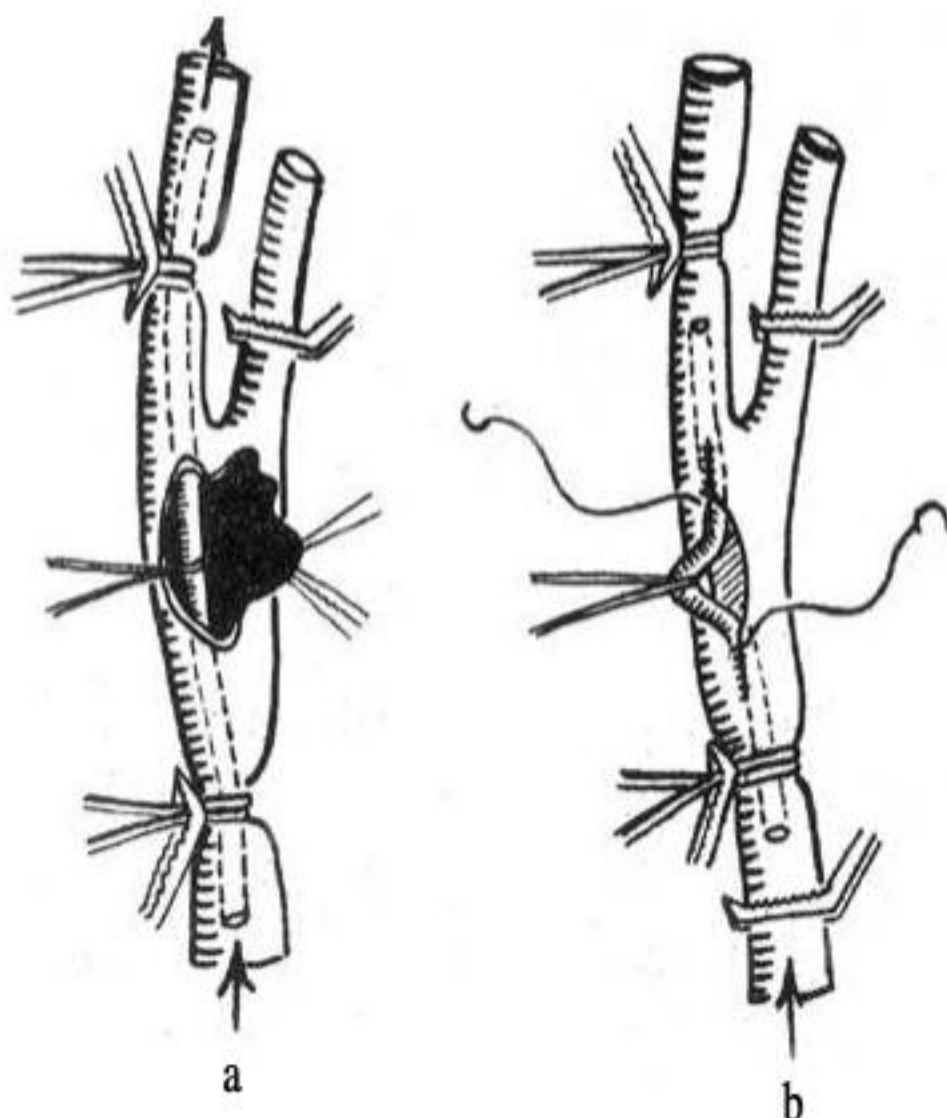
có kích thước 3 - 5 mm đường kính vào qua lỗ mở tĩnh mạch (ở phần trên chỗ có máu cục), sau đó xuyên ống thông qua khối máu cục xuống tới quá mức dưới của máu cục. Dùng bơm tiêm 20cc chứa đầy dung dịch NaCl 9 phần nghìn hay novocain 0,5% + hêparin bơm dưới áp lực mạnh vào trong tĩnh mạch. Dung dịch được bơm vào tĩnh mạch tạo ra một áp lực lớn ở trên van tĩnh mạch và đẩy khối máu cục theo chiều ngược ra ngoài. Phương pháp này chỉ áp dụng trong trường hợp lấy máu cục từ trong các tĩnh mạch lớn ngoại biên vì chỉ có các tĩnh mạch này mới có hệ thống van. Tuy vậy, không phải tất cả các trường hợp tắc nghẽn mạch bởi máu cục có thể tiến hành theo phương pháp này được, vì đại đa số các hệ thống van tĩnh mạch của các bệnh nhân này đã bị hư hại tổn thương. Trong các trường hợp đó, muốn lấy bỏ máu cục phải xiết kín tạm thời đầu tĩnh mạch ở phía dưới chỗ có máu cục (hình 97a).

7. Bóc bỏ nội mạc động mạch

Khi lớp nội mạc của động mạch bị tổn thương do viêm tắc (thường ở giai đoạn II - thể xơ cứng thành mạch) ta có thể áp dụng phẫu thuật bóc bỏ nội mạc động mạch.

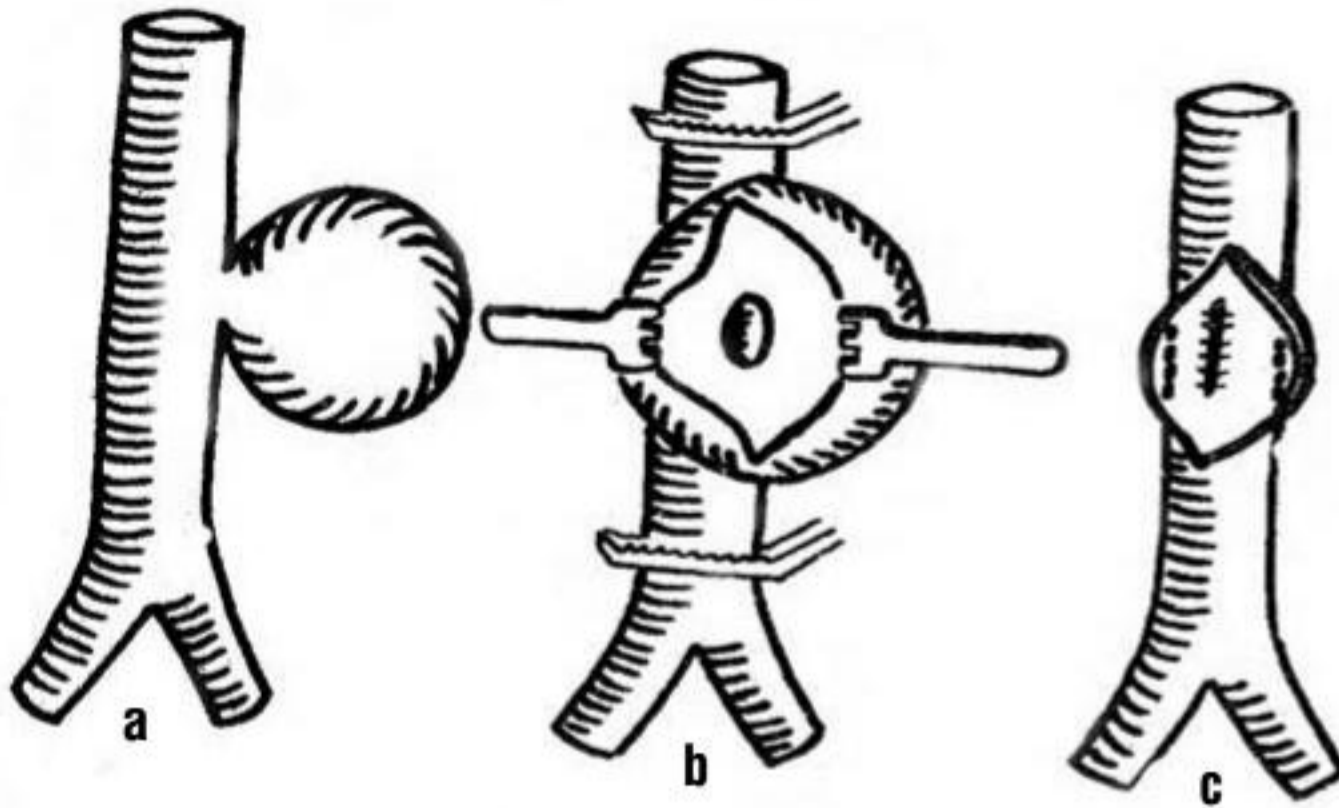
Phương pháp này thường tiến hành ở các động mạch lớn ngoại biên như động mạch chậu, động mạch đùi, và nhất là động mạch cảnh.

Cũng như kỹ thuật bắc cầu nối động mạch, khi bóc bỏ nội mạc động mạch cảnh, để đảm bảo sự tuần hoàn ở não trong thời gian phẫu thuật, phải đặt một ống polyetylen có dây bảo đảm buộc ở giữa hoặc một ống hình chữ T (ống Kehr, như khi mổ ở ống mật chủ) vào trong lòng mạch (*hình 98*). Sau đó tiến hành bóc bỏ lớp nội mạc động mạch.



- a. Đang tiến hành bóc bỏ lớp nội mạc động mạch (có đặt ống polyetylen để dẫn máu tạm thời tiến hành phẫu thuật)
- b. Phẫu thuật sắp kết thúc (lấy ống polyetylen ra vào lúc kết thúc những mũi khâu cuối cùng).

Hình 98:
Bóc bỏ lớp nội mạc của động mạch cảnh chung.



- a. Túi phình động mạch.
- b. Mở túi phình qua đó nhìn thấy lỗ thông giữa động mạch và túi phình.
- c. Lỗ thông giữa động mạch và túi phình đã được khâu kín. Thành túi phình được cắt bỏ đi.

Hình 99:

Phẫu thuật Matas trong di chứng vết thương động mạch.

8. Phương pháp Matas

Ngày 6 tháng 5 năm 1888, Roudolph Matas đã mổ cho một bệnh nhân trẻ với một túi phình động mạch lớn ở cánh tay sau khi bị thương. Ông là người đầu tiên đã áp dụng phương pháp khâu kín lỗ thông giữa lòng động mạch và túi phình qua một đường rạch rộng ngay trên túi phình động mạch (*hình 99*). Cuộc mổ xẻ đã thành công và ông gọi phẫu thuật này là “khâu lấp lỗ thông trong túi phình” (endo-aneurysmorrhaphy). Sau đó ông áp dụng phẫu thuật này để mổ điều trị các trường hợp rò động-tĩnh mạch sau chấn thương: khâu kín lỗ rò động-tĩnh mạch (endophleborrhaphy) (*hình 100*). Phẫu thuật nổi tiếng này được mang tên ông từ đó: Phẫu thuật Matas.

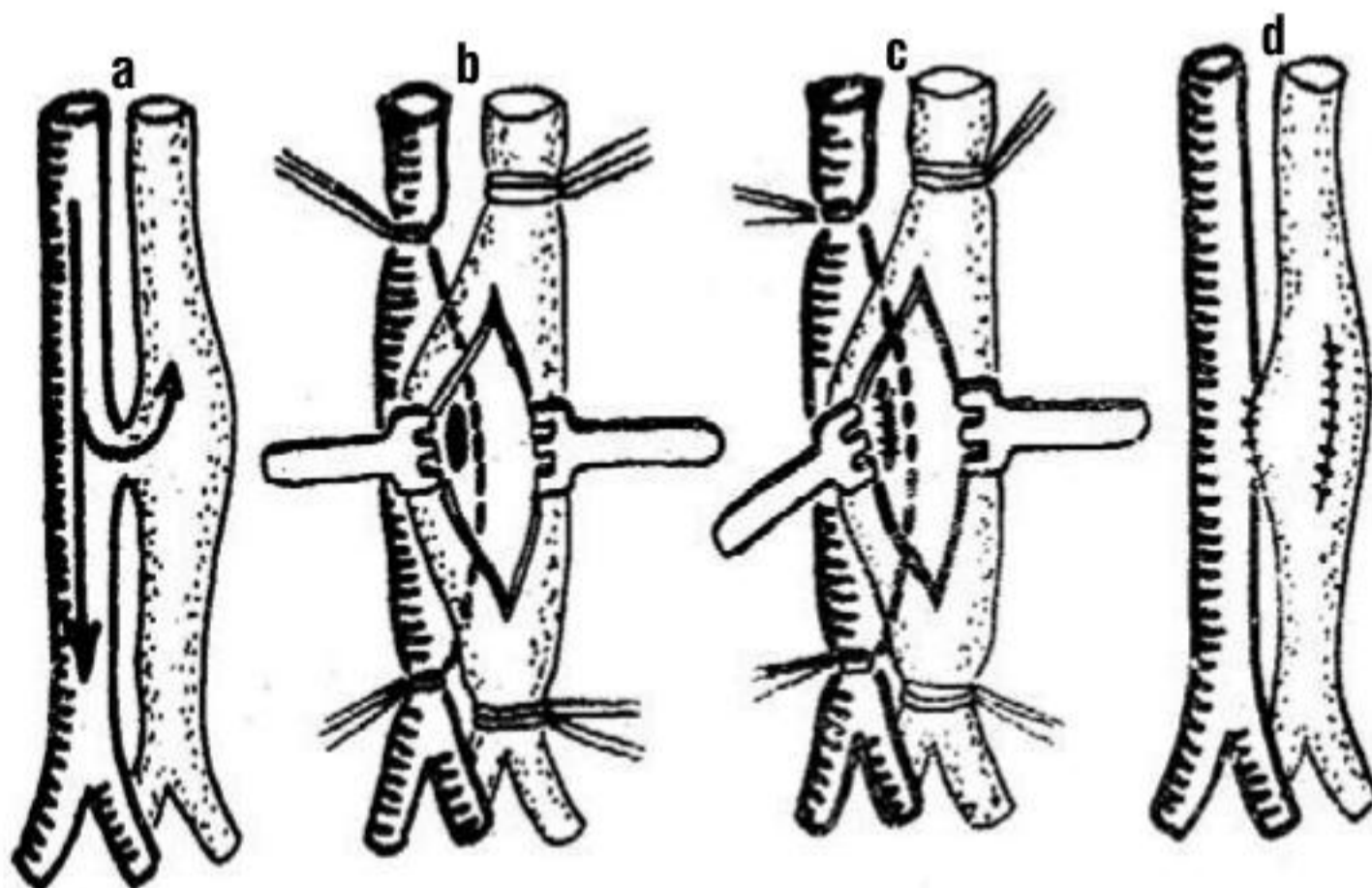
Phương pháp này được tiến hành như sau (*hình 99 và 100*).

- Bộc lộ các đầu của tĩnh mạch (nếu là túi phình động mạch) và các đầu của động mạch và tĩnh mạch (nếu là lỗ rò động-tĩnh mạch). Đặt các dây cao su hay dây vải bảo đảm để cầm máu tạm thời.

- Xiết các dây cầm máu tạm thời ở các đầu mạch máu.

- Mở thành của túi phình (nếu là túi phình động mạch) hoặc mở thành của tĩnh mạch (nếu là lỗ rò động-tĩnh mạch), mở theo chiều dọc.

- Lấy banh kéo các mép của đường rạch trên túi phình hay trên tĩnh mạch sang hai bên, lúc đó sẽ nhìn thấy rõ lỗ thông giữa động mạch và túi phình hay giữa



a. Lỗ rò động-tĩnh mạch.

b. Mở thành tĩnh mạch, nhìn thấy lỗ rò.

c. Lỗ rò động-tĩnh mạch đã được khâu kín.

d. Thành tĩnh mạch đã được khâu kín. Sự lưu thông của máu đã trở lại bình thường.

Hình 100:
Phẫu thuật Matas trong di chứng rò động-tĩnh mạch.

động mạch và tĩnh mạch. Nếu không thấy rõ lỗ thông đó có thể nới nhẹ dây bảo đảm ở đầu máu chảy tới (đầu trung tâm của động mạch) sẽ thấy máu chảy phun ra qua lỗ rò thành tia.

- Dùng kim sắc 3 cạnh không gây chấn thương hoặc kim nhỏ sắc cạnh thường với chỉ tơ tốt số 2 - 3 tấm dầu parafin khâu kín lỗ thông bằng những mũi khâu hình chữ X.

Sau khi khâu xong, mở nới thử đầu trung tâm của động mạch xem lỗ thông đã được khâu kín chưa. Nếu chưa kín, khâu tăng cường thêm bằng 1 - 2 mũi khâu hình chữ X.

- Sau khi khâu kín, cắt bỏ bớt vỏ của túi phình động mạch. Nếu là lỗ rò động-tĩnh mạch, trước và trong khi khâu phải rửa bên trong lòng tĩnh mạch bằng dung dịch NaCl 9 phần nghìn hay dung dịch novocain 0,25 - 0,5% + hêparin.

Sau khi khâu kín lỗ rò động-tĩnh mạch, mở dây cầm máu tạm thời ở đầu trung tâm của động mạch và tiếp theo đó là mở đầu ngoại biên của động mạch cho máu chảy để nuôi phần cơ thể dưới chỗ tổn thương. Sau đó mới tiến hành khâu kín thành tĩnh mạch lại.

Sau khi khâu kín thành của tĩnh mạch, mở dây cầm máu tạm thời ở đầu ngoại biên của tĩnh mạch trước cho máu chảy tới sau đó mới mở đầu trung tâm của tĩnh mạch.

Kết thúc phẫu thuật bằng đặt một ống polyêtylen hay dải cao su mỏng dẫn lưu, đóng kín vết mổ 2 lớp như bình thường.

Trong lĩnh vực điều trị các di chứng của vết thương chiến tranh ở mạch máu, phẫu thuật Matas là phương pháp phổ biến nhất vì nó dễ thực hiện, đơn giản, ít nguy hiểm cho người bệnh mặc dù nó còn cho một tỷ lệ tái phát nhất định (từ 1% đến 4,6% theo nhiều tác giả khác nhau).

Đa số các phẫu thuật viên cho rằng thời hạn mổ đóng kín lỗ rò động-tĩnh mạch theo phương pháp Matas tốt nhất là từ 3 đến 6 tháng sau khi bị thương. Thời gian đó tạo điều kiện tốt cho tuần hoàn bàng hệ phát triển đầy đủ, cho máu tụ tiêu tan hết và cho việc điều trị tốt nhiễm trùng vết thương, ít gây khó khăn cho việc bóc tách, bộc lộ mạch máu trong khi mổ. Trong thời gian đó, lỗ rò có thể thu hẹp lại và có khi không cần thiết phải can thiệp phẫu thuật nữa. Tuy vậy đôi khi phải mổ sớm hơn thời hạn kể trên vì có đe dọa chảy máu hoặc hoại thư do thiếu dinh dưỡng.

Dưới đây là bảng tổng hợp những phương pháp mổ xẻ ở mạch máu mà chúng tôi áp dụng để điều trị cho các bệnh nhân và nạn nhân của chúng tôi (*Bảng 14*).

Ngoài những phẫu thuật đã được tiến hành trực tiếp trên các mạch máu ngoại biên kể trên, chúng tôi đã thực hiện một số phẫu thuật bảo tồn khác sau đây cho những bệnh nhân có chỉ định hoặc không còn chỉ định can thiệp trực tiếp vào mạch máu nữa:

1. Cắt đám rối thần kinh giao cảm xung quanh thành động mạch: 11 bệnh nhân.
2. Cắt hạch giao cảm thất lưng: 6 bệnh nhân.
3. Cắt cụt bắt buộc: 1 bệnh nhân.

Trong số 28 bệnh nhân phải cưa cụt chi có:

- 3 trường hợp vết thương phần mềm kết hợp với gãy xương.

- 5 trường hợp đặt garô quá lâu ở tuyến trước.

- 5 trường hợp thất động mạch ở tuyến trước.

- 19 trường hợp viêm tắc động mạch gây hoại thư chi.

4. Tháo khớp chi do viêm tắc động mạch gây hoại thư chi: 4 bệnh nhân.

Chúng tôi sẽ phân tích tỉ mỉ kết quả sau mổ ở các mạch máu lớn ngoại biên trong chương sau.

Bảng 14.
Các phương pháp mổ ở mạch máu

Phương pháp mổ	Tên bệnh nhân	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %	KẾT QUẢ			
				Tốt	Trung bình	Kém	Tử vong
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1. <i>Thắt động mạch</i>	Vết thương động mạch (55). Rò động-tĩnh mạch (6).	61	15,02	52	7	2	0
2. <i>Khâu mạch máu (khâu động mạch, khâu tĩnh mạch)</i>	Vết thương động mạch và vết thương tĩnh mạch.	86	21,15	74	7	0	5
3. <i>Nối mạch máu (nối động mạch: 35, nối tĩnh mạch: 3.)</i>	Vết thương động mạch, tĩnh mạch và di chứng vết thương mạch máu.	38	9,34	37	1	0	0
4. <i>Ghép mạch máu (ghép động mạch:48, ghép tĩnh mạch: 5). Trong đó có:</i> - Ghép tự thân: 48 - Ghép nhân tạo: 5	Vết thương mạch máu (26). Di chứng vết thương mạch máu (14). Viêm tắc động mạch (13).	53	13,03	48	3	2	0

<p>5. <i>Bắc cầu nối động mạch</i> (ống ghép tự thân: 9, ống ghép nhân tạo: 7)</p>	<p>Viêm tắc động mạch.</p>	16	3,93	9	5	2	0
<p>6. <i>Bóc bỏ nội mạc động mạch</i> (kết hợp cắt hạch thần kinh giao cảm thất lưng: 2, kết hợp cắt thần kinh giao cảm quanh động mạch: 5</p>	<p>Viêm tắc động mạch.</p>	7	1,72	4	2	1	0
<p>7. <i>Mổ mạch máu lấy bỏ máu cục</i> - Mổ động mạch chủ bụng lấy máu cục: 2 - Mổ động mạch đùi: 4 - Mổ tĩnh mạch đùi: 2</p>	<p>- Tắc nghẽn động mạch đột xuất nghi do bệnh tim. - Tắc nghẽn động mạch sau khi mổ. - Viêm tắc tĩnh mạch.</p>	11	2,70	7	2	0	2

<p>8. <i>Mổ theo phương pháp Matas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Không thắt tĩnh mạch: 70 - Có thắt tĩnh mạch cùng tên: 9 	<ul style="list-style-type: none"> - Di chứng vết thương mạch máu. - Phình động mạch. - Rò động-tĩnh mạch. 	79	19,43	76	3	0	0
<p>9. <i>Mổ theo phương pháp Babcock</i></p>	Giãn tĩnh mạch đơn thuần.	9	2,12	7	1	1	0
<p>10. <i>Mổ theo phương pháp Madelung.</i></p>	Giãn tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch huyết khối.	41	10,80	34	5	2	0
<p>11. <i>Cắt bỏ tĩnh mạch cùng với dải da dính ở trên theo Voznesenski</i></p>	Viêm tắc tĩnh mạch.	5	1,23	4	1	0	0
<p>Tổng cộng</p>	Các bệnh và tổn thương ở mạch máu.	406	100%	352	37	10	7
<p>Kết quả tính theo %</p>		406	100	86,66	9,13	2,48	1,73

CHƯƠNG IX

SĂN SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ ĐỀ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ KẾT QUẢ SAU MỔ

Kết quả sau mổ ở mạch máu phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như tình trạng bệnh nhân và sự chuẩn bị bệnh nhân trước khi mổ, điều kiện gây mê hồi sức, khả năng kỹ thuật mổ xẻ ở mạch máu, sự săn sóc bệnh nhân chu đáo và phát triển điều trị kịp thời các biến chứng xảy ra sau mổ.

Sự săn sóc bệnh nhân sau khi mổ có một ý nghĩa rất quan trọng, nó không kém phần khó khăn, phức tạp so với sự thực hiện cuộc mổ xẻ. Đôi khi cuộc phẫu thuật kết thúc thành công tốt đẹp, nhưng việc săn sóc sau mổ không tốt cũng sẽ không đem lại kết quả, thậm chí còn có thể dẫn tới hậu quả xấu nhất.

Sự săn sóc bệnh nhân sau khi mổ ở mạch máu phải đạt được mấy mục đích chính sau đây:

- Phải đảm bảo và duy trì được sự lưu thông và hoạt động bình thường của các mạch máu vừa được can thiệp phẫu thuật.

- Phải đề phòng được những biến chứng có thể xảy ra sau khi mổ và điều trị kịp thời các biến chứng đó nếu nó xảy ra.

- Phải phục hồi được hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn chức năng của các cơ quan, bộ phận do mạch máu kể trên góp phần nuôi dưỡng.

I. MỘT SỐ BIỆN PHÁP ĐẢM BẢO VÀ DUY TRÌ SỰ LƯU THÔNG VÀ HOẠT ĐỘNG BÌNH THƯỜNG CỦA CÁC MẠCH MÁU VỪA ĐƯỢC CAN THIỆP PHẪU THUẬT

Ngoài việc đảm bảo chức năng sinh lý bình thường của cơ thể sau mổ ở mạch máu như bù trừ đủ nước và điện giải, bù trừ đủ các chất đạm, chất béo, vitamin, trợ tim, trợ hô hấp, ổn định lại chức năng của các cơ quan tiêu hóa, tiết niệu, v.v... việc bảo đảm và duy trì sự lưu thông và hoạt động bình thường của các mạch máu vừa được can thiệp phẫu thuật đã có một ý nghĩa rất quan trọng và quyết định đối với kết quả sau mổ.

Để đạt được mục đích trên, chúng tôi đã thực hiện một số biện pháp sau đây:

1. Sau khi mổ ở động mạch hay tĩnh mạch, chúng tôi đều đặt bệnh nhân ở tư thế gác chi lên cao (nếu cuộc mổ xẻ được tiến hành ở các chi) hoặc ở tư thế Fowler (nếu cuộc mổ xẻ được tiến hành ở bó mạch cảnh và bó mạch dưới đòn). Tư thế này tạo điều kiện tốt cho sự lưu thông

của tuần hoàn trở về, nhất là sau khi mổ ở tĩnh mạch, và làm cho các động mạch mới được mổ không bị căng ra, tuần hoàn ở trong đó không bị cản trở, đảm bảo sự nuôi dưỡng các cơ quan bộ phận ở dưới chỗ động mạch bị tổn thương mới được phục hồi.

Trong các trường hợp mổ nối hoặc ghép mạch máu nhất là nối, ghép động mạch, để tránh tình trạng căng và hẹp đoạn nối, ghép sau khi mổ, chúng tôi thường đặt bệnh nhân ở tư thế hơi gấp chi ở khớp khoeo (chi dưới) và ở khớp khuỷu (chi trên) ở những tư thế này máu lưu thông dễ dàng trong đoạn động mạch vừa được mổ nối, ghép, sự nuôi dưỡng của đoạn chi phía ngoại biên được đảm bảo tốt. Từ giờ thứ 48 đến 72 sau khi mổ, khi chỗ miệng nối động mạch đã dính tốt, chúng tôi cho bệnh nhân tập duỗi thẳng chi dần dần và chuyển sang vận động chi sớm.

2. Sau khi mổ ở tĩnh mạch của chi dưới, băng chặt chi bằng băng đàn hồi từ các ngón chân đến nếp bẹn. Biện pháp này cũng có tác dụng làm cho tuần hoàn trở về của hệ thống tĩnh mạch được tốt hơn.

3. Bất bệnh nhân vận động chi sớm (vận động thụ động và vận động tích cực) trong suốt thời gian còn phải nằm trên giường bệnh. Biện pháp này làm cho các mạch máu bắt buộc phải hoạt động và nhờ đó, sự tuần hoàn nhanh chóng được phục hồi.

4. Xoa bóp bóp căng chân hay bóp căng tay cũng có tác dụng kích thích hệ thống tuần hoàn hoạt động tốt và tăng cường sự nuôi dưỡng phần chi dưới chỗ các mạch máu mới được can thiệp phẫu thuật.

Vận động xoa bóp chi kết hợp với tập thở sâu và dài

còn có tác dụng đề phòng được các biến chứng chướng bụng sau mổ và tạo điều kiện tốt cho sự chuyển hóa các chất trong cơ thể.

5. Cho bệnh nhân ngồi dậy và đi lại sớm sau khi mổ (ngay ngày hôm sau khi mổ ở tĩnh mạch, 48 - 72 giờ sau khi mổ ở động mạch). Nếu tình trạng của bệnh nhân quá yếu, không cho phép dậy sớm được, cần phải bắt bệnh nhân vận động sớm trên giường bệnh như đã nói ở trên.

Một số tác giả cho rằng, vận động sớm sẽ tạo điều kiện thuận tiện cho máu cục mới đọng ở trong lòng mạch máu sau khi mổ bong ra và làm tắc các động mạch ngoại biên, hoặc gây ra biến chứng tắc nghẽn động mạch phổi khi bệnh nhân được mổ ở hệ thống tĩnh mạch lớn ngoại biên.

Qua kinh nghiệm của chúng tôi và của một số tác giả khác (V. Savêlêp, E. Dumpe, E. Jablôkốp), vận động sớm không những không gây ra tai biến tắc nghẽn các động mạch ngoại biên và động mạch phổi, mà còn làm cản trở sự hình thành các cục máu tụ mới sau khi mổ, đề phòng được các biến chứng kể trên.

Thật vậy, sau khi mổ ở mạch máu, nhất là ở tĩnh mạch, đôi khi có thể thấy bệnh nhân đau nhẹ ở ngực, khạc ra ít máu lẫn đờm, làm cho ta có thể nghi ngờ tới sự tắc nghẽn các mao mạch phổi bởi các cục máu nhỏ ở xa chảy tới (sau khi mổ ở tĩnh mạch), và sau khi mổ ở động mạch, đôi khi có thể thấy xuất hiện hiện tượng tê dại hoặc mất mạch ở mu bàn chân hay ở động mạch quay, khiến ta nghĩ tới tắc nghẽn các động mạch nhỏ ngoại biên do máu cục ở chỗ mổ ở phía trên chảy tới gây nên.

Tất cả những hiện tượng đó có thể xảy ra sau khi mổ ở mạch máu, nhưng có thể qua khỏi nhanh chóng nếu ta biết tôn trọng các nguyên tắc và biện pháp săn sóc bệnh nhân sau khi mổ đã được nói tới ở trên và sẽ nói tới ở dưới đây. Nguy hiểm nhất không phải là hiện tượng tắc nghẽn nhỏ ở mao mạch phổi mà là tắc nghẽn lớn ở động mạch phổi do cục máu lớn ở xa chảy tới gây nên, hoặc tắc nghẽn các động mạch lớn như động mạch chậu, động mạch đùi, động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài, v.v... xảy ra sau khi mổ. Do đó việc đề phòng, ngăn ngừa sự hình thành các cục máu đọng mới trong động mạch và trong tĩnh mạch sau khi mổ bằng các loại thuốc chống đông máu (anticoagulants) đã trở thành một vấn đề rất quan trọng.

6. Cho thuốc chống đông máu sau mổ: Một khó khăn lớn trong vấn đề cho thuốc chống đông máu sau mổ là làm thế nào vừa giữ được mức giảm đông máu (hypocoagulation) để ngăn ngừa sự cấu tạo máu cục mới đồng thời lại vừa tránh được nguy cơ của biến chứng chảy máu sau mổ. Chảy máu sau mổ sẽ có ảnh hưởng lớn đến kết quả sau mổ vì bắt buộc phải bỏ thuốc chống đông máu và phải cho các thuốc có tác dụng ngược lại là tăng đông máu, và như vậy sẽ tạo điều kiện thuận tiện cho sự tái phát huyết khối trong mạch máu vừa được can thiệp phẫu thuật. Ngược lại, chảy máu sau mổ sẽ tạo nên một bục máu tụ ở vùng mổ, chèn ép vào mạch máu, làm cản trở cho sự lưu thông của mạch máu và sẽ tạo điều kiện tốt cho sự tái phát huyết khối trong mạch máu khi ta ngừng không cho thuốc chống đông máu nữa vì bắt buộc phải cho các thuốc làm tăng đông máu.

Thuốc chống đông máu tốt nhất hiện nay là hêparin, thuốc hêparin có tác dụng rất nhanh và rõ rệt sau khi tiêm không gây ra các phản ứng phụ thuộc đối với cơ thể và không giữ lâu trong cơ thể, do đó cần phải tiêm luôn.

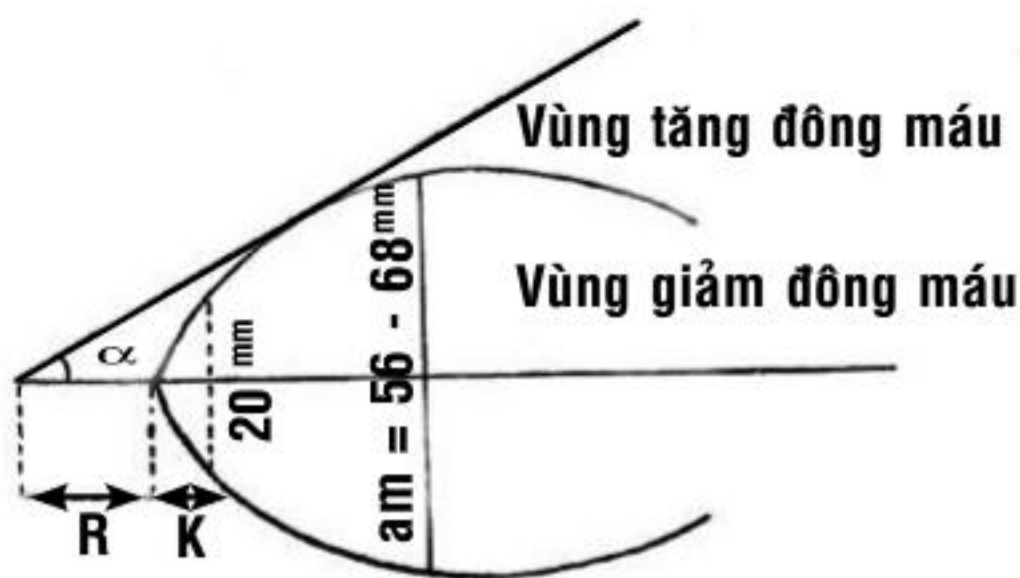
Chúng tôi thường xuyên tiêm cho bệnh nhân thuốc hêparin vào tĩnh mạch từ giờ thứ 6 sau khi mổ và sau đó tiêm liên tục trong 4-5 ngày liền. Ít khi phải cho thuốc hêparin kéo dài tới 10 ngày sau khi mổ. V. Savêlêp, E. Dumpe và E. Jablôkốp cho rằng, không nên dùng hêparin quá 2-3 tuần lễ vì quá thời gian đó có thể xuất hiện sự rối loạn nghiêm trọng trong hệ thống đông máu và chống đông máu, dẫn tới những hậu quả và những biến chứng nguy hiểm không thể tránh khỏi như: chảy máu, hoặc ngược lại, huyết khối ở nhiều nơi trong hệ thống tuần hoàn. Chúng tôi không tiêm hêparin cho bệnh nhân ở mạch máu trước khi mổ 6 giờ vì trong thời gian đó nếu cho hêparin, máu có thể thoát ra khỏi mạch máu qua các mũi khâu và tạo thành một bục máu tụ ở vùng mổ, gây ra hậu quả như đã mô tả ở trên.

Một số tác giả tiêm dưới da thuốc “dépôt-hêparine” (hêparinghêlatin + glucoza) cho bệnh nhân cách 2-3 ngày một lần (Bankroff, 1945) với mục đích giữ hêparin lâu trong cơ thể. Phương pháp này có thuận tiện là không phải tiêm nhiều lần, nhưng có nhược điểm là tác dụng chống đông máu không cao, và đôi khi có thể gây ra tắc động mạch nghịch: hệ thống đông máu tăng hoạt tính mạnh trên nền hêparin ngấm chậm. Takats (1954) giải thích hiện tượng này như sau: Trong thời gian hêparin ngấm chậm vào máu, các chất chống hêparin đã đủ thời

gian để tính lại trong cơ thể. Ngoài ra, tác giả còn nhận định rằng, khi hêparin ngấm chậm vào máu nó có khả năng cho các tiểu cầu dính lại với nhau và cuối cùng gây nên trạng thái tăng đông máu.

Qua kinh nghiệm dùng hêparin cho 107 bệnh nhân đã được mổ nối, ghép, bắc cầu nối ở các mạch máu lớn ngoại biên và 37 bệnh nhân mắc bệnh phình giãn tĩnh mạch đã có biến chứng viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, huyết khối tĩnh mạch, chúng tôi nhận thấy đường đưa hêparin vào trong cơ thể tốt nhất là đường tiêm tĩnh mạch.

Như ở các chương trên đã nhắc tới, liều lượng hêparin dùng cho mỗi trường hợp cụ thể phụ thuộc vào phản ứng của mỗi cơ thể đối với hêparin. Bình thường cách 6 giờ tiêm một lần 1ml (5.000 đơn vị); nếu phản ứng yếu - tiêm liều lượng nhiều hơn, ví dụ: cách 4 giờ một lần 1ml; nếu phản ứng mạnh tiêm ít hơn, ví dụ: cách 6 giờ tiêm 0,5 - 0,6ml, v.v... Tóm lại, khi dùng hêparin cho bệnh nhân phải kiểm tra thường xuyên trạng thái của hệ thống đông máu bằng các xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị thời gian máu chảy, thời gian máu đông và nhất là biểu đồ co cục máu. Nếu sau một lần tiêm hêparin đầu tiên, thời gian máu chảy và thời gian máu đông ít thay đổi, biểu đồ co cục máu với biểu đồ *am* ít thay đổi là chứng tỏ cơ thể có phản ứng yếu đối với hêparin. Nếu sau lần tiêm thứ nhất này thời gian máu chảy kéo dài quá 5 phút (bình thường 2 phút 30 giây đến 4 phút) và thời gian máu đông kéo dài quá 15 phút (bình thường từ 7 phút đến 14 phút), biên độ *am* trong biểu đồ co cục máu giảm xuống rất nhiều - dưới 30 mm (trong giới hạn giảm đông rõ rệt) là chứng tỏ cơ thể phản ứng rất



$$\frac{am}{R+K} = 2,24 - 5,2$$

Hình 101.
Biểu đồ đo cục máu
(Thrombo élastogramme)

R: Thời gian bắt đầu đông máu.

K: Sự hình thành nhanh cục máu đông.

am: Giá trị tối đa của sự đàn hồi cục máu đông.

Bình thường.

R: 18mm

K: 7mm

am: 56 - 68mm
tối đa là 130 mm

manh đối với hêparin (*hình 101*). Trong trường hợp đó, phải ngừng tiêm hêparin ngay và cho thuốc trung hòa hêparin là protamin sunfat với tỷ lệ 1:1 hay 1:1,5 như đã nói ở trên.

Theo V. Savêlép, E. Dumpe, E. Jablôkốp mỗi ngày có thể cho tới 2.500 - 40.000 đơn vị hêparin. Chúng tôi chỉ cho tối đa từ 25.000 đến 30.000 đơn vị hêparin trong 24 giờ. Kết quả theo dõi lâm sàng và thực nghiệm (Carey, Willams 1960. Fogarty 1966...) đã chứng minh rằng, liều lượng hêparin tốt nhất có thể làm cản trở được sự đông máu trong lòng mạch là một liều lượng có tác dụng làm giảm sự đông máu xuống 2 - 2,5 lần so với bình thường.

Theo một số tác giả, có thể dùng hêparin tiêm tĩnh mạch với mục đích đề phòng sự hình thành huyết khối dưới ba dạng sau đây:

- Dạng toàn thể: tiêm hêparin vào tĩnh mạch cách 4 đến 6 giờ một lần hoặc dùng tổng liều hêparin tiêm nhỏ

giọt tĩnh mạch liên tục trong 24 giờ. Theo dạng này, heparin hòa đều trong máu trong toàn cơ thể.

- Dạng hệ thống: tiêm nhỏ giọt tĩnh mạch vào các tĩnh mạch nông ở bàn chân. Để heparin có thể vào tới các tĩnh mạch sâu, Mahorner (1954) khuyên nên đặt garô nhẹ ở trên mắt cá chân cách mỗi giờ một lần trong một thời gian ngắn. Với mục đích đó, V. Savêlép, E. Dumpe và E. Jablôkốp đề nghị tiêm heparin vào trong xương (tiêm vào xương gót chân của chi bị bệnh). Năm 1962, Freeman đề nghị nên tiêm protamin sunfat vào tĩnh mạch khuỷu tay song song với tiêm heparin dưới dạng hệ thống kể trên để có thể trung hòa được heparin khi nó chảy tới hệ thống tuần hoàn chung. Phương pháp này khá phức tạp vì nó đòi hỏi phải theo dõi bệnh nhân rất sát sao, và thực tế, theo ý kiến của chúng tôi, chưa cần phải trung hòa heparin sớm trước khi cắt bỏ nó đi (trong 4 - 5 tới 10 ngày sau khi mổ). Thêm vào đó, tiêm heparin vào cơ thể qua đường tĩnh mạch, và đôi khi cả qua trong xương nữa, nó tự thải ra ngoài khá nhanh qua thận, như đã nói ở trên, do đó không cần thiết phải tiêm thêm protamin sunfat trong thời gian dùng heparin. Chúng tôi chỉ dùng protamin sunfat cho bệnh nhân khi có biến chứng chảy máu dữ dội hoặc rối loạn hệ thống đông máu về phía giảm đông quá mức (biên độ *am* trong biểu đồ co cục máu xuống dưới 30mm, tỷ lệ prothrombin giảm xuống dưới 30 - 40%) trong thời gian dùng heparin sau khi mổ.

- Dạng vùng: tiêm heparin vào ngay vùng nghi ngờ có khả năng hình thành lại máu cục sau khi mổ như

đoạn tĩnh mạch đùi - chậu bằng cách đưa một ống thông polyetylen vào tĩnh mạch đùi qua tĩnh mạch hiển trong hay một nhánh của tĩnh mạch đùi và tiêm hêparin trực tiếp vào đó. Phương pháp này tạo cho vùng nghi ngờ có khả năng hình thành lại huyết khối (rethrom-bose) có một nồng độ hêparin cao và một mức giảm đông máu thấp hơn nhiều so với những vùng khác trong cơ thể. Trong điều kiện đó có thể phòng ngừa được sự hình thành huyết khối ở tĩnh mạch sau khi mổ.

Đại đa số các tác giả thường tiêm hêparin theo dạng hệ thống và dạng vùng trong 1 - 2 ngày đầu sau khi mổ. Khi bệnh nhân đã ngồi dậy, đi lại được, chuyển sang tiêm hêparin dạng toàn thể.

Chúng tôi tiêm hêparin vào tĩnh mạch cho đại đa số bệnh nhân của chúng tôi bắt đầu từ giờ thứ sáu sau khi mổ, vì quan niệm rằng không phải chỉ riêng ở vùng mổ hay ở chi hoặc cơ quan bộ phận vừa được tiến hành mổ xẻ mới cần đề phòng hiện tượng đông máu và sự hình thành huyết khối trong lòng mạch, và cần giảm các yếu tố đông máu, mà phải làm giảm sự đông máu trong toàn hệ thống mạch máu, cần giữ một nồng độ hêparin nhất định không thay đổi, đủ khả năng đề phòng được sự đông máu trong lòng mạch suốt thời gian hậu phẫu (từ 4 đến 10 ngày). Tuy vậy trong một số trường hợp đặc biệt, sau khi mổ điều trị bệnh viêm tắc động mạch (mở động mạch lấy bỏ cục máu, ghép động mạch, bắt đầu nối động mạch) để tạo nên một nồng độ hêparin cao trong máu động mạch ở chi bị bệnh và đề phòng sự hình thành huyết khối trong lòng mạch, chúng tôi đã tiêm hêparin (1ml:

5000 đơn vị) pha trong dung dịch novocain (1% - 10ml) trực tiếp vào động mạch ở phía trên chỗ mở động mạch, ghép hoặc bắc cầu nối động mạch. Novocain làm giảm đau và chống co thắt mạch, tạo điều kiện tốt cho việc đề phòng sự hình thành huyết khối trong lòng động mạch.

Một số tác giả (Carey, Williams, 1960) nhận định rằng các loại thuốc chống đông máu có tác động không trực tiếp như: neodicumarin, dicumaron, pelentan, v.v... có rất ít tác dụng chống đông máu. Một số tác giả khác (A. Gusev, T. Tratrava, 1968) cho rằng, các loại thuốc kể trên, mặc dầu có tác động ức chế prothrombin rõ rệt, trong một số trường hợp, không những không làm giảm đông máu mà còn có tác dụng làm tăng đông máu và tạo nên hiệu quả chống tiêu sợi huyết.

Chúng tôi không dùng các loại thuốc chống đông máu với tác dụng không trực tiếp kể trên trong những ngày đầu sau khi mổ, nhưng trong một số trường hợp đặc biệt, chúng tôi đã dùng các thuốc này trong thời gian chuẩn bị bệnh nhân trước khi mổ (trong các trường hợp có hiện tượng tăng đông máu trước khi mổ), và trong một số trường hợp khác, dùng các thuốc đó vào những ngày tiếp theo sau khi ngừng bỏ không dùng heparin nữa (vào ngày thứ 7 - 10 sau khi mổ cho tới khi cho bệnh nhân ra viện).

Trong những trường hợp dùng các thuốc chống đông máu loại dicumarin, dicumaron, pelentan, v.v... với sự kiểm tra các yếu tố đông máu hằng ngày bằng thử tỷ lệ prothrombin, thời gian Howell và biểu đồ co cục máu, chúng tôi chưa thấy có biến chứng hoặc hậu quả gì xấu xảy ra ở bệnh nhân của chúng tôi.

Một số tác giả (Ernst 1964, V. Coziner 1966, Shtucno 1968, v.v...) cho rằng một số dung dịch có phân tử lượng thấp như reomacrodex, rêopoygluxin, dextran, v.v... có tác dụng chống đông máu và càng truyền nhanh bao nhiêu, tác dụng nó càng mạnh bấy nhiêu, Bergentz (1963), V. Coziner (1966), Pôcrôvski (1969) đã dùng dextran với phân tử lượng 40.000 cho các bệnh nhân sau mổ nối ghép động mạch và tĩnh mạch, Fogarty (1966) dùng dextran sau mổ lấy huyết khối trong động mạch đùi - chậu. Các tác giả kể trên thường dùng dextran song song với hêparin tiêm tĩnh mạch. Do đó rất khó đánh giá được tác dụng thực sự của dextran.

II. BIẾN CHỨNG SAU KHI MỔ - BIỆN PHÁP PHÒNG VÀ CHỮA TRỊ

Sau khi mổ điều trị các vết thương và tổn thương bệnh lý ở những mạch máu lớn ngoại biên có thể gặp một số biến chứng sau đây:

1. Các biến chứng xảy ra sớm trong những giờ đầu và bảy ngày đầu sau khi mổ

- Choáng mất máu tiếp tục tiến triển sau khi mổ.
- Choáng nhiễm trùng nhiễm độc sau khi mổ.
- Chảy máu ở trong vết mổ.
- Tắc nghẽn mạch do huyết khối.
- Ứ trệ tuần hoàn trở về của tĩnh mạch sau mổ.

2. Các biến chứng xảy ra muộn sau khi mổ

- Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng huyết.

- Chảy máu tái phát sau mổ.
- Phình động mạch tái phát hoặc thứ phát sau mổ.
- Rò động-tĩnh mạch tái phát.

A. BIẾN CHỨNG SỚM SAU KHI MỔ VÀ BIỆN PHÁP ĐỀ PHÒNG ĐIỀU TRỊ

1. Choáng mất máu tiếp tục tiến triển sau khi mổ.

Biến chứng này thường xảy ra ở những nạn nhân bị vết thương mạch máu và các vết thương phối hợp (vết thương mạch máu kết hợp với gãy xương, v.v...).

Nguyên nhân chính của sự tiến triển choáng mất máu tiếp tục sau khi mổ thường là:

- Chưa điều trị chống choáng tích cực và đầy đủ trước khi tiến hành mổ xẻ.

- Máu chảy nhiều, cấp cứu cầm máu tạm thời chậm, hồi sức tích cực, nhưng huyết áp không ổn định, bắt buộc phải vừa hồi sức vừa mổ.

- Khi mổ chảy máu nhiều, hồi sức, chống choáng không kịp thời, nhất là khi không có đủ máu và các chất dịch chống choáng để tiêm truyền cho bệnh nhân.

Để đề phòng biến chứng choáng mất máu tiến triển tiếp tục sau khi mổ, cần phải tích cực điều trị chống choáng ngay từ lúc bắt đầu bị thương, tại nơi xảy ra tai nạn: cấp cứu ở tuyến I.

Trong chiến tranh, việc tổ chức cấp cứu tốt và đầy đủ ở tuyến I đã cứu sống được hàng ngàn thương binh bị vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên. Ở đây, vấn đề đặt garô, theo dõi garô đúng nguyên tắc hoặc băng

ép cầm máu tạm thời, bất động xương gãy, v.v... đã đóng một vai trò rất quan trọng trong việc chống choáng mất máu và choáng chấn thương. Xương gãy không được bất động tốt, gây ra đau đớn cho người bị nạn và gây chảy máu nhiều phối hợp với chảy máu ở vết thương mạch máu, sẽ làm cho tình trạng của nạn nhân càng nặng thêm và dẫn tới tình trạng choáng mất máu kéo dài, khó hồi phục hoặc không hồi phục.

Tổ chức vận chuyển nạn nhân sớm lên tuyến trên và vận chuyển đúng nguyên tắc cũng là một biện pháp chống choáng tích cực.

Chỉ trong một số rất ít trường hợp đặc biệt khi nơi xảy ra tai nạn ở ngay sát cơ sở điều trị ngoại khoa có khả năng giải quyết các vết thương mạch máu lớn, ta có thể lấy ngón tay bít kín chỗ vết thương đang chảy máu và chuyển thẳng nạn nhân vào phòng mổ để cầm máu. Thực tế cho biết rằng, ngay cả trong những trường hợp đó, dùng garô để cầm máu tạm thời trong khi chuẩn bị mổ cầm máu vĩnh viễn là một việc rất cần thiết. Lấy ngón tay bít thẳng vào vết thương mạch máu là một động tác không khoa học, phản lại nguyên tắc vô trùng trong ngoại khoa, do đó phải được loại bỏ trong cấp cứu cầm máu tạm thời.

Trong các trường hợp chảy máu dữ dội, mặc dầu đã điều trị chống choáng tích cực bằng truyền máu, truyền dịch, tiêm hocmon thượng thận như hydrocortison, v.v... nhưng huyết áp vẫn không ổn định, có chiều hướng hạ thấp xuống 0, bắt buộc vừa phải mổ cấp cứu để cầm máu, vừa phải điều trị chống choáng, thì nhất thiết phải cố gắng rút ngắn thời gian mổ xẻ xuống tới

mức tối thiểu và làm phẫu thuật cầm máu đơn giản nhất như thắt mạch máu tại vết thương hoặc ở xa vết thương. Sau đó tiếp tục chống choáng tích cực, theo dõi nạn nhân và nếu tình trạng của nạn nhân khá lên, nhưng hiện tượng hoại tử chi vẫn tiến triển, sẽ tiến hành cưa cụt chi muện (khi đã có ranh giới hoại tử tương đối rõ rệt).

Khi điều trị chống choáng mất máu ở cơ sở có điều kiện tốt cần phải đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, đo huyết áp động mạch và đo số lượng nước tiểu thường xuyên, làm điện giải đồ, đo pH máu, pCO_2 , pO_2 (nếu có điều kiện) để dựa vào đó thực hiện việc bù trừ nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan (hô hấp, chuyển hóa) cho đúng và thích hợp, đưa nạn nhân trở lại trạng thái sinh lý bình thường.

2. Choáng nhiễm trùng, nhiễm độc sau mổ.

Choáng nhiễm trùng nhiễm độc sau mổ thường xảy ra sau các trường hợp mổ ở những vết thương mạch máu đã bị nhiễm trùng nặng hoặc chi bị thương đã bị dập nát, hoại thư nặng.

Nguyên nhân chính ở đây là sự thâm nhập của các vi trùng và các chất độc từ các tổ chức hoại tử, hoại thư vào máu.

Biện pháp đề phòng và điều trị tốt nhất là chống nhiễm trùng bằng kháng sinh liều cao tiêm nhỏ giọt tĩnh mạch và chống nhiễm độc bằng cất lọc tốt các tổ chức phần mềm bị dập nát, cầm máu tốt và nhanh bằng phương pháp đơn giản nhất, thậm chí phải quyết định cưa cụt chi nhanh gọn để cứu sống tính mạng của nạn nhân.

Tiến hành điều trị choáng nhiễm trùng nhiễm độc theo những nguyên tắc chung như đã kể ở trên.

3. Chảy máu ở trong vết mổ.

Biến chứng này thường xảy ra khi cầm máu không tốt trong khi mổ, dùng thuốc chống đông máu loại hêparin quá sớm và quá liều ngay sau khi mổ hoặc do sự rối loạn của hệ thống đông máu và chống đông máu.

Khi có biến chứng chảy máu ở trong vết mổ, cần phải mở rộng vết mổ để cầm máu lại, ngừng tiêm hêparin, thử lại các yếu tố đông máu để có biện pháp đề phòng và điều trị thích hợp như cho tiêm hemocapron (acide aminô caproique), vitamin C, vitamin K, canxi clorua, v.v...

Nếu những chỗ khâu, nối, ghép mạch máu bị tuột chỉ hay rách thủng, cần phải khâu lại (trong trường hợp vết thương sạch, không bị nhiễm trùng) và thắt mạch máu ở xa vết thương (khi vết thương đã bị nhiễm trùng).

4. Tắc nghẽn mạch do huyết khối.

Ở những nơi khâu, nối, ghép mạch máu, do sai sót về kỹ thuật khâu nối mạch máu, do sự thay đổi về huyết động học ở đoạn mạch máu vừa được mổ xẻ hoặc do sự rối loạn các yếu tố đông máu, do sự rối loạn về chức năng sinh lý của mạch máu như co thắt mạch, v.v... có thể hình thành ở ngay chỗ khâu, nối và ghép mạch máu những cục huyết khối làm tắc nghẽn mạch máu, dẫn tới những hậu quả nguy hiểm cho bệnh nhân như:

- Tắc nghẽn động mạch ở chi gây hoại tử chi.
- Tắc nghẽn động mạch não (khi mổ ở động mạch cảnh) gây liệt nửa người.

- Tắc nghẽn động mạch phổi (khi mổ ở các tĩnh mạch lớn ngoại biên) dẫn tới tử vong đột ngột sau mổ.

Để đề phòng được biến chứng tắc nghẽn mạch sau mổ, cần phải thực hiện đúng nguyên tắc khâu, nối mạch máu, sử dụng thuốc chống đông máu đúng liều lượng và phương pháp một cách hệ thống sau khi mổ.

Nếu biến chứng tắc nghẽn mạch xảy ra, cần phải mổ lại vết thương, mổ mạch máu lấy bỏ máu cục, rửa sạch lòng trong mạch máu bằng dung dịch NaCl 9 phần nghìn pha heparin, phục hồi lại sự lưu thông của mạch máu, và điều trị đề phòng tiếp tục sau mổ bằng heparin theo những nguyên tắc chung đã kể ở trên.

Sau khi mổ ở động mạch, chúng tôi thường gặp hiện tượng co thắt mạch phản xạ: mạch ở phía dưới vùng mổ thường yếu hoặc đôi khi mất hẳn rất khó bắt: hiện tượng này có thể kéo dài tới 36 - 48 giờ sau khi mổ. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, cần phải phân biệt hiện tượng này với biến chứng tắc nghẽn mạch hoặc tắc nghẽn các ống ghép sau mổ để có biện pháp điều trị đúng và kịp thời.

5. Ứ trệ tuần hoàn trở về của tĩnh mạch sau mổ.

Sau khi mổ lỗ rò động-tĩnh mạch có kết hợp với thắt tĩnh mạch cùng tên có thể xảy ra hiện tượng ứ trệ tuần hoàn trở về của tĩnh mạch ngay trong thời kỳ sau khi mổ. Hiện tượng này có thể kéo dài tới vài tháng đôi khi hàng năm sau khi mổ nếu hệ thống tuần hoàn bàng hệ của tĩnh mạch phát triển chậm hoặc không phát triển. Để đề phòng biến chứng này, cần phải cố gắng phục hồi lại tuần hoàn trở về của tĩnh mạch sau phẫu thuật

Matas bằng khâu kín thành tĩnh mạch, hạn chế thất tĩnh mạch cùng tên trong khi mổ.

Nếu tuần hoàn trở về bị ứ trệ kéo dài, cần phải mổ ghép lại tĩnh mạch hoặc bắc cầu nối tĩnh mạch bằng một đoạn tĩnh mạch nông của chính bản thân người bệnh, phục hồi lại sự tuần hoàn bình thường của hệ thống tĩnh mạch.

Trong trường hợp nối nhầm động mạch vào đoạn tĩnh mạch cùng tên sẽ dẫn tới tình trạng động mạch hóa tĩnh mạch, dẫn tới sự rối loạn dinh dưỡng nghiêm trọng ở chi bị bệnh, cần phải mổ lại thật sớm để thanh toán biến chứng này: thắt hoặc ghép, nối lại các mạch máu.

B. BIẾN CHỨNG MUỘN SAU KHI MỔ VÀ BIỆN PHÁP ĐỀ PHÒNG ĐIỀU TRỊ

1. Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng huyết.

Trong cuộc Đại chiến Thế giới lần thứ nhất hầu hết các tác giả đều quan niệm vết thương hỏa khí là vết thương vô trùng vì cho rằng với độ nóng hàng ngàn độ của viên đạn hay mảnh hỏa khí, nó sẽ làm cho đường đạn đi vào cơ thể bị sát trùng. Sau cuộc Đại chiến Thế giới lần thứ hai, các tác giả Xô Viết, và sau hai cuộc kháng chiến thần thánh của nhân dân ta chống lại kẻ thù cướp nước và bán nước, chúng tôi cũng như nhiều tác giả khác đều thống nhất quan niệm rằng, vết thương hỏa khí là vết thương nhiễm trùng vì khi lọt vào cơ thể nó đã đem theo đất, bụi cùng các mảnh quần áo bị cháy rách, nó đã làm cho các tổ chức phần mềm bị dập nát hoại tử, tạo nên một môi trường nuôi dưỡng rất tốt cho các loại vi trùng ái khí và yếm khí. Thêm vào đó, vết

thương hỏa khí bao giờ cũng là vết thương hở hoặc chột, hoặc xuyên qua, miệng vết thương liên tục bị tiếp xúc với môi trường nhiễm trùng bên ngoài, do đó không thể tránh khỏi sự nhiễm trùng sau khi bị thương.

Từ quan điểm trên về sự nhiễm trùng vết thương, chúng tôi khẳng định rằng nguyên nhân chính của sự nhiễm trùng vết mổ là do sự cắt lọc vết thương không tốt trong khi tiến hành phẫu thuật.

Nguyên nhân của sự nhiễm trùng các vết mổ sạch (như mổ điều trị các bệnh ở mạch máu) thường là sự vi phạm các nguyên tắc vô trùng trong khi mổ và sau khi mổ như khâu, rửa tay, hấp dụng cụ, cuộc mổ kéo dài, bắt buộc các tổ chức phải tiếp xúc lâu với môi trường ngoại cảnh, khâu thay băng sau mổ, v.v...

Để đề phòng sự nhiễm trùng sau mổ cần phải tiến hành cắt lọc vết thương thật rộng và tốt, đảm bảo đầy đủ các nguyên tắc vô trùng trước, trong và sau khi mổ, nâng cao thể trạng bệnh nhân sau khi mổ bằng chế độ ăn uống đầy đủ chất đạm, bột, béo, muối khoáng và vitamin, cho các loại kháng sinh có tác động rộng sau khi mổ, v.v... Những vết thương bị dập nát và có nhiều tổ chức hoại tử cần phải để hở, không được khâu kín da, băng bằng dung dịch muối NaCl ưu trương 40%. Không được tiến hành khâu nối mạch máu trong các vết thương đã bị nhiễm trùng.

Khi vết mổ đã bị nhiễm trùng cần phải mở rộng, cắt lọc lại các tổ chức hoại tử, để hở da, băng bằng dung dịch NaCl ưu trương, cho kháng sinh liều cao, đưa vào cơ thể bằng nhiều đường: tiêm tĩnh mạch và tiêm bắp thịt. Phải thử kháng sinh đồ để cho loại kháng sinh thích

hợp, nhạy cảm với loại vi trùng sinh bệnh ở trong vết mổ. Khi sử dụng kháng sinh cần phải chú ý thử phải ứng phản vệ để tránh các tai biến nguy hiểm có thể xảy ra.

Từ nhiễm trùng nặng ở vết mổ có thể dẫn tới nhiễm trùng huyết nếu không được điều trị tốt. Khi nghi ngờ có nhiễm trùng huyết (sốt cao liên miên, rối loạn các chức năng sinh lý của cơ thể như chức năng hô hấp, tuần hoàn tim mạch, bài tiết, v.v...), cần phải cho cấy máu và làm kháng sinh đồ để kịp thời điều trị bằng các loại kháng sinh thích hợp với liều lượng cao kết hợp với điều trị nâng cao thể trạng như đã kể ở trên.

2. Chảy máu tái phát sau mổ.

Chảy máu tái phát sau mổ thường xảy ra vào ngày thứ 7, thứ 8 sau khi mổ. Trong một số ít trường hợp nó có thể xảy ra sớm hơn thời hạn trên. Nguyên nhân chính của sự chảy máu tái phát trong vết mổ là sự nhiễm trùng vết thương và nhất là đối với các vết thương bị nhiễm xạ phối hợp.

Muốn đề phòng sự chảy máu tái phát ở vết mổ cần phải đề phòng và điều trị tốt sự nhiễm trùng vết thương.

Khi có chảy máu tái phát ở vết mổ cần phải mở rộng vết mổ để cầm máu, và trong trường hợp chảy máu thứ phát do nhiễm trùng cần phải thắt mạch máu ở xa vết thương hoặc kết hợp thắt mạch máu ở xa vết thương với bắc cầu nối ở xa vết thương, đồng thời phải tích cực điều trị nhiễm trùng vết mổ như đã kể ở trên.

3. Phình động mạch tái phát hoặc thứ phát sau mổ.

Phình động mạch tái phát sau mổ cắt bộ túi phình động mạch hoặc sau phẫu thuật Matas

(endoanévrismorrhaphy) và phình động mạch thứ phát sau mổ, khâu, nối mạch máu hoặc sau phẫu thuật mở mạch máu lấy bỏ cục máu nhất là động mạch, là hai hình thái của một biến chứng xảy ra không ít sau khi mổ điều trị các vết thương và tổn thương bệnh lý ở các mạch máu lớn ngoại biên.

Nếu ngay trong những ngày đầu sau khi mổ, bọng máu tụ dập được hình thành, có đe dọa vỡ qua vết mổ ra ngoài, cần phải mổ lại sớm, phá bỏ bọng máu tụ và phục hồi lại sự lưu thông của mạch máu. Nếu bọng máu tụ hình thành dần dần và đã bắt đầu chuyển thành túi phình động mạch thì nhất thiết phải để cho túi phình động mạch hình thành rõ rệt (từ 1 tháng rưỡi đến 3 tháng sau khi mổ) mới tiến hành phẫu thuật lại để giải quyết biến chứng này như một túi phình động mạch sau chấn thương.

Đề phòng sự hình thành túi phình động mạch tái phát hay thứ phát sau mổ bằng sự thận trọng, đúng phương pháp, đúng kỹ thuật trong cuộc mổ xẻ lần đầu và sự săn sóc bệnh nhân tốt sau khi mổ, đề phòng sự nhiễm trùng vết mổ và sự rối loạn các yếu tố đông máu sau khi mổ.

4. Rò động-tĩnh mạch tái phát sau mổ.

Đây là một biến chứng tương đối hiếm gặp sau khi mổ điều trị các di chứng vết thương động-tĩnh mạch phối hợp. Nguyên nhân chính của biến chứng này là sự sai sót về kỹ thuật mổ xẻ: mũi khâu nông trên các tổ chức đàn, mủn của lỗ rò động-tĩnh mạch, khâu bằng chỉ không chắc, dễ đứt dưới áp lực lớn của động mạch, khâu thưa mũi một, mũi khâu không kín.

Để đề phòng biến chứng này cần phải thực hiện phương pháp Matas đúng kỹ thuật, khâu bằng loại chỉ khâu chắc, bảo đảm, khâu kín lỗ rò động-tĩnh mạch bằng những mũi khâu hình chữ X và khâu hơi sâu một chút (cẩn thận, tránh khâu quá sâu vì có thể móc phải thành mạch máu đối diện, gây hẹp hoặc tắc mạch máu).

Khi có biến chứng rò động-tĩnh mạch tái phát cần phải chờ đợi từ 2 tuần lễ đến một tháng sau đó sẽ tiến hành mổ lại vì mổ sớm sẽ gây nhiễm trùng vết thương và ảnh hưởng đến tâm lý của bệnh nhân. Trong một số trường hợp đặc biệt, khi lỗ rò động-tĩnh mạch ở vị trí gần tim, có đe dọa gây suy tim, cần phải tiến hành mổ lại sớm hơn thời hạn trên. Nếu rò động-tĩnh mạch tái phát nhỏ, lỗ rò tái phát có thể tự bít lại bằng một cục huyết khối, và lỗ rò sẽ được bít kín vĩnh viễn nếu cục huyết khối đó không bị đẩy qua tĩnh mạch và được tổ chức lại.

Chúng tôi không gặp các biến chứng khác như suy thận cấp, tắc nghẽn động mạch phổi, rối loạn các yếu tố đông máu và chống đông máu sau mổ như hiện tượng đông máu rải rác trong lòng mạch (C.I.D), v.v... do đó ở đây chúng tôi không mô tả tỉ mỉ về các biến chứng này.

Dưới đây là bảng ghi lại những biến chứng chúng tôi đã gặp sau khi mổ điều trị các vết thương và các tổn thương bệnh lý ở các mạch máu lớn ngoại biên (*Bảng 15*).

Bảng 15. Biến chứng sau mổ điều trị các vết thương, di chứng vết thương và tổn thương bệnh lý ở các mạch máu lớn ngoại biên (389 trường hợp)

TT	TÊN BIẾN CHỨNG	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %	KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ			
				Khỏi	Không khỏi	Chết	Tỷ lệ tử vong
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Choáng mất máu kéo dài sau mổ (có kết hợp choáng nặng do đa thương ngực - bụng).	5	1,30	0	0	5	1,30%
2	Choáng nhiễm trùng nhiễm độc nặng sau mổ lấy bỏ máu cục ở động mạch chủ (bệnh nhân đến muộn).	2	0,52	0	0	2	0,52%
3	Chảy máu trong vết mổ.	3	0,78	3	0	0	0
4	Tắc nghẽn chỗ nối động mạch do huyết khối.	1	0,26	1	0	0	0
5	Tắc nghẽn cầu nối động mạch bằng ống ghép nhân tạo do huyết khối.	1	0,26	0	1	0	0
6	Tắc nghẽn ống ghép tĩnh mạch tự thân do huyết khối.	1	0,26	1	0	0	0
7	Hẹp động mạch sau phẫu thuật cắt bỏ túi phình động mạch.	1	0,26	1	0	0	0
8	Ứ trệ tuần hoàn trở về của tĩnh mạch sau mổ.	2	0,52	1	1	0	0

9	Nổi nhâm đầu trung tâm của động mạch vào đầu ngoại biên của tĩnh mạch gây rối loạn tuần hoàn và dinh dưỡng của chi dưới (động mạch hóa tĩnh mạch hoàn toàn sau mổ).	1	0,26	1	0	0	0
10	Phình động mạch tái phát sau mổ.	1	0,26	1	0	0	0
11	Rò động-tĩnh mạch tái phát sau mổ theo phương pháp Matas.	3	0,78	3	0	0	0
12	Nhiễm trùng vết mổ.	6	1,56	6	0	0	0
Tổng cộng		27	7,2	18	2	7	1,82%

Theo bảng trên, tỷ lệ biến chứng sau mổ điều trị các vết thương, di chứng vết thương và các tổn thương bệnh lý ở mạch máu của chúng tôi là 7,02% (27 trường hợp biến chứng trên tổng số 389 bệnh nhân và nạn nhân được mổ ở mạch máu), trong số đó có 18 trường hợp đã được điều trị khỏi, 2 trường hợp điều trị bảo tồn tích cực nhưng không khỏi và 7 trường hợp tử vong, chiếm tỉ lệ 1,82%.

Trong số 7 trường hợp tử vong kể trên, có 5 trường hợp chết sau mổ điều trị vết thương mạch máu mới có kèm theo choáng nặng do đa thương ngực - bụng - sọ não kết hợp (5 trường hợp trên tổng số 204 vết thương mạch máu mới, chiếm tỷ lệ tử vong 2,45%) và 2 trường hợp chết sau mổ lấy bỏ máu cục ở động mạch chủ do tổn thương bệnh lý (2 trường hợp trên tổng số 83 bệnh nhân được mổ do tổn thương bệnh lý ở các động mạch lớn ngoại biên, chiếm tỷ lệ tử vong 2,40%).

Trên tổng số 108 bệnh nhân được mổ điều trị các di chứng vết thương chiến tranh ở mạch máu, chúng tôi không có trường hợp tử vong nào (tỷ lệ tử vong sau mổ: 0%).

Ngoài ra chúng tôi đã tiến hành khâu phục hồi lại thành bên của tĩnh mạch bị thương 17 nạn nhân với kết quả tốt không có biến chứng và tỷ lệ tử vong sau khi mổ.

Trong số các biến chứng sau mổ kể trên có hai trường hợp đã được điều trị bảo tồn tích cực nhưng không có kết quả: một bệnh nhân không đồng ý mổ lại, xin cho về nhà điều trị Đông y (trường hợp biến chứng ứ trệ tuần hoàn của tĩnh mạch sau mổ thất tĩnh mạch) và một bệnh nhân đã được mổ cửa cụt chi vì quá trình viêm tắc động mạch tiến triển khá nhanh, lên quá đầu trung tâm của cầu nối động mạch có kèm theo hiện tượng hoại tử và hoại thư chi tiến triển rõ rệt, không còn khả năng phẫu thuật phục hồi lại sự lưu thông của động mạch và cầu nối động mạch bị tắc.

III. KẾT QUẢ SAU MỔ

Trong bảng tổng quát nói về những phương pháp mổ xử điều trị các vết thương, di chứng vết thương và các tổn thương bệnh lý thường gặp ở các mạch máu lớn ngoại biên (*Bảng 14*) chúng tôi đã nêu lên những kết quả đạt được sau mổ theo nhiều phương pháp khác nhau.

Trên tổng số 406 bệnh nhân và nạn nhân đã được chúng tôi điều trị các vết thương, di chứng vết thương và các tổn thương bệnh lý thường gặp ở các mạch máu lớn ngoại biên, có 352 người đã đạt kết quả tốt sau khi

mổ chiếm tỷ lệ 86,66%, 37 người đạt kết quả trung bình chiếm 9,13%, 10 bệnh nhân đạt kết quả kém chiếm 2,48% và 7 trường hợp tử vong chiếm 1,73%.

Để đánh giá mức độ kết quả sau mổ ở mạch máu, chúng tôi thường dựa vào những tiêu chuẩn sau đây:

1. Kết quả tốt. Chúng tôi dựa vào những tiêu chuẩn sau đây để đánh giá kết quả tốt:

- Thời kỳ sau mổ tiến triển tốt, không có biến chứng gì xảy ra.

- Tổn thương ở mạch máu đã được giải quyết triệt để, sự lưu thông của mạch máu được phục hồi lại hoàn toàn, hoặc không hoàn toàn (có kiểm tra ngay những ngày sau khi mổ và kiểm tra định kỳ bằng chụp X quang cản quang các mạch máu, hiện nay dùng siêu âm Doppler màu 3 chiều v.v...) nhưng sự nuôi dưỡng của phần cơ thể dưới chỗ tổn thương vẫn được bảo đảm tốt, không có hiện tượng rối loạn dinh dưỡng, không có dấu hiệu đe dọa hoại tử, hoại thư.

- Các dấu hiệu lâm sàng đã biến hết hoặc gần hết với tiên lượng tốt, không có đe dọa tái phát bệnh.

- Chức năng của chi hoặc của phần cơ thể ở dưới chỗ bị thương hay tổn thương bệnh lý phải được phục hồi lại hoàn toàn, bệnh nhân phải trở lại lao động được bình thường với nghề nghiệp cũ của mình.

- Thời gian theo dõi để có thể kết luận được là kết quả tốt phải tính từ 3 tháng trở lên kể từ sau khi mổ.

Tỷ lệ kết quả tốt sau mổ của chúng tôi khá cao vì chúng tôi đã coi trọng việc lựa chọn bệnh nhân, lựa chọn

phương pháp mổ xẻ thích hợp cho mỗi trường hợp và mỗi hoàn cảnh, chuẩn bị bệnh nhân tốt trước khi mổ và săn sóc, theo dõi kiểm tra bệnh nhân tốt sau khi mổ.

2. Kết quả trung bình. Chúng tôi dựa vào những tiêu chuẩn sau đây để đánh giá kết quả trung bình sau mổ ở mạch máu.

- Thời kỳ sau mổ tiến triển nặng, có biến chứng xảy ra sau mổ, mặc dầu các biến chứng đó đã phát hiện được kịp thời và điều trị có kết quả tốt.

- Tổn thương ở mạch máu đã được giải quyết hoàn toàn hoặc không hoàn toàn nhưng vẫn còn các dấu hiệu rối loạn dinh dưỡng nhẹ ở phần cơ thể hay phần chi dưới chỗ tổn thương mới vừa được giải quyết phẫu thuật như màu sắc da chậm trở lại bình thường, cảm giác tê dại nhẹ ở chi vẫn còn kéo dài, loét dinh dưỡng chậm lành khỏi, v.v...

- Một số dấu hiệu lâm sàng vẫn còn tồn tại kéo dài sau khi mổ ảnh hưởng đến lao động và sinh hoạt của người bệnh, ví dụ sau mổ bít lỗ rò động-tĩnh mạch (theo phương pháp Matas) hiện tượng suy tuần hoàn trở lại bình thường rất chậm

- Chức năng của chi hoặc phần cơ thể ở dưới chỗ bị thương trở lại bình thường rất chậm, bệnh nhân không trở lại lao động bình thường được theo nghề nghiệp cũ của mình. Đa số bệnh nhân này phải chuyển nghề nghiệp hay công tác khác nhẹ hơn hoặc phải thay đổi môi trường lao động và sinh hoạt như trong một số trường hợp sau mổ điều trị bệnh phình giãn tĩnh mạch có biến chứng hay bệnh viêm tắc động mạch, v.v...

- Thời gian theo dõi để đánh giá kết quả trung bình cũng phải tính từ 3 tháng trở lên kể từ sau khi mổ.

Trong tỷ lệ kết quả trung bình sau mổ ở mạch máu của chúng tôi, một phần lớn bệnh nhân hay nạn nhân có biến chứng này hoặc biến chứng khác sau mổ. Đa số các biến chứng đó đã được phát hiện và điều trị kịp thời và cho kết quả tốt. Tuy vậy, chúng tôi vẫn xếp các bệnh nhân này vào lô bệnh nhân có kết quả trung bình sau khi mổ vì ít nhiều những biến chứng đó cũng ảnh hưởng đến lao động và sinh hoạt, đời sống của bệnh nhân, trong một thời gian sau khi mổ hoặc có đe dọa bệnh tái phát sau mổ.

3. Kết quả kém hay không kết quả. Chúng tôi đánh giá kết quả kém hay không kết quả trong các trường hợp sau đây.

- Sau khi mổ xong, các dấu hiệu lâm sàng và sự rối loạn chức năng vẫn không thay đổi, bệnh vẫn tồn tại hoặc tiến triển xấu đi.

- Bệnh tái phát sớm sau khi mổ, ví dụ rò động-tĩnh mạch tái phát, phình động mạch tái phát, tắc nghẽn ống ghép động mạch và tắc nghẽn cầu nối động mạch, ứ trệ tuần hoàn trở về của tĩnh mạch không phục hồi, v.v...

- Sau khi mổ, các dấu hiệu hoại tử và hoại thư chi tiến triển, bắt buộc phải cưa cụt chi để cứu sống tính mạng của người bệnh hay của nạn nhân.

Qua kinh nghiệm mổ xẻ điều trị cho 406 bệnh nhân và nạn nhân có vết thương, di chứng vết thương và các tổn thương bệnh lý ở các mạch máu lớn ngoại biên, chúng tôi khẳng định rằng muốn đạt kết quả tốt về mặt

kỹ thuật sau khi mổ, nhất thiết phải coi trọng các khâu sau đây:

1. Đảm bảo chẩn đoán chính xác các tổn thương trước khi mổ và lựa chọn phương pháp kỹ thuật thích hợp nhất cho mỗi trường hợp cụ thể. Lựa chọn phương pháp vô cảm thích hợp.

2. Đảm bảo thực hiện đúng các nguyên tắc cơ bản về phẫu thuật ở mạch máu như chúng tôi đã viết tả tỉ mỉ ở chương trên, ví dụ: khi quyết định thắt động mạch phải kiểm tra lại nghiệm pháp Lexer-Kenen-Henler, đảm bảo có tuần hoàn bàng hệ tốt hoặc có đầy đủ mạch nối tốt, khi khâu nối mạch máu phải đảm bảo khâu kín, lộn nội mạc ra ngoài, không căng, không hẹp, v.v...

3. Đảm bảo săn sóc theo dõi bệnh nhân sau mổ tốt, kịp thời phát hiện và điều trị các biến chứng xảy ra sau mổ.

Chúng tôi đã tiến hành thắt động mạch cho 61 trường hợp chiếm tỷ lệ 15,02 tổng số các bệnh nhân và các nạn nhân được mổ ở các mạch máu với 52 trường hợp kết quả tốt và 7 trường hợp kết quả trung bình, 2 trường hợp kết quả kém và không có trường hợp tử vong nào xảy ra. Trong số các trường hợp kể trên, có 55 trường hợp thắt động mạch do vết thương mạch máu lớn và 6 trường hợp do di chứng vết thương động-tĩnh mạch phổi hợp.

Chúng tôi đã tiến hành thắt động mạch cho 79 trường hợp, chiếm tỷ lệ 19,43% tổng số các bệnh nhân và các nạn nhân được mổ ở mạch máu với 67 trường hợp có kết quả kém, nhưng có 5 trường hợp tử vong do đa thương nặng ở ngực - bụng - sọ não. Trong số 79 trường

hợp kể trên có 62 trường hợp vết thương động mạch và 17 trường hợp vết thương tĩnh mạch.

Chúng tôi đã tiến hành nối lại mạch máu bị thương cho 45 nạn nhân, chiếm tỷ lệ 11,07% tổng số các trường hợp được mổ ở mạch máu, trong số 42 trường hợp bị thương ở động mạch và 3 trường hợp bị thương ở tĩnh mạch lớn quan trọng với tỷ lệ kết quả tốt trên 44 trường hợp và kết quả trung bình trên 1 trường hợp. Không có trường hợp nào kết quả kém và không có tỉ lệ tử vong.

Chúng tôi đã tiến hành ghép mạch máu bị thương và các tổn thương bệnh lý ở mạch máu cho 53 trường hợp, chiếm tỷ lệ 13,03% tổng số các nạn nhân và bệnh nhân được mổ ở mạch máu. Trong số các bệnh nhân và nạn nhân kể trên có:

- Vết thương ở động mạch: 26 trường hợp.
- Di chứng vết thương ở mạch máu: 14 trường hợp.
- Viêm tắc động mạch: 13 trường hợp.

Trong số 53 trường hợp ghép mạch máu kể trên có:

- 48 trường hợp được ghép động mạch với 43 ống ghép tự thân bằng tĩnh mạch hiển trong và 5 ống ghép nhân tạo bằng dacron.

- 5 trường hợp được ghép tĩnh mạch bằng ống ghép tự thân lấy từ tĩnh mạch hiển trong của chính bản thân người bệnh.

Sau mổ ghép các mạch máu cho 53 trường hợp đó có:

- 48 trường hợp cho kết quả tốt.
- 3 trường hợp cho kết quả trung bình.
- 2 trường hợp cho kết quả kém.

Không có trường hợp tử vong nào xảy ra sau mổ ghép mạch máu.

Chúng tôi đã mổ bắc cầu nối động mạch cho 16 bệnh nhân bị viêm tắc động mạch, chiếm tỷ lệ 3,93% tổng số các trường hợp đã được mổ ở mạch máu, trong số đó có 9 trường hợp sử dụng ống ghép tự thân bằng tĩnh mạch hiển trong và 7 trường hợp dùng ống ghép nhân tạo bằng dacron và teflon với 9 trường hợp kết quả tốt, 5 trường hợp kết quả trung bình và 2 trường hợp kết quả kém, một trong hai trường hợp cuối này đã phải tiến hành cửa cắt chi vì quá trình viêm tắc động mạch tiến triển lên quá đầu trung tâm của cầu nối động mạch. Không có trường hợp nào tử vong sau mổ bắc cầu nối động mạch.

Chúng tôi đã mổ bóc bỏ nội mạc động mạch cho 7 bệnh nhân bị viêm tắc động mạch chiếm tỷ lệ 1,72% tổng số các trường hợp đã được mổ ở các mạch máu, trong đó có 5 trường hợp có được kết hợp với cắt đám rối thần kinh giao cảm quanh động mạch và 2 trường hợp được kết hợp cắt bỏ hạch thần kinh giao cảm thất lưng. Sau khi mổ ở 4 trường hợp đạt kết quả tốt, 2 trường hợp đạt kết quả trung bình và 1 trường hợp có kết quả kém.

Chúng tôi đã mổ mạch máu lấy bỏ huyết khối cho 11 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 2,70% tổng số các trường hợp được mổ ở mạch máu, trong đó có 9 trường hợp mổ động mạch (động mạch đùi 4 trường hợp, động mạch chậu 3 trường hợp, động mạch chủ bụng 2 trường hợp) và 2 trường hợp mổ tĩnh mạch đùi lấy bỏ máu cục.

Trong số 11 trường hợp mổ mạch máu lấy bỏ máu cục kể trên có:

- 2 trường hợp tắc nghẽn động mạch chủ bụng.
- 1 trường hợp tắc nghẽn động mạch đùi sau thủ thuật chọc động mạch đùi để bơm thuốc chụp cản quang động mạch chủ ngược dòng.
- 1 trường hợp tắc nghẽn động mạch đùi sau mổ nối động mạch.
- 5 trường hợp viêm tắc động mạch chi dưới.
- 2 trường hợp viêm tắc tĩnh mạch huyết khối ở chi dưới.

Sau khi mổ mạch máu lấy bỏ máu cục có 7 trường hợp kết quả tốt, 2 trường hợp kết quả trung bình và 2 trường hợp tử vong. Cả 2 trường hợp tử vong này đều rơi vào 2 bệnh nhân đã được mổ động mạch chủ bụng lấy bỏ máu cục. Nguyên nhân chính gây nên tử vong trong 2 trường hợp này không phải là do huyết khối đơn thuần ở trong động mạch chủ, mà có lẽ là do sự phát triển và tiến triển càng ngày càng nặng và càng xấu đi của bệnh trong toàn hệ thống tim mạch (như bệnh xơ vữa động mạch, bệnh tim mắc phải như hẹp van 2 lá, hẹp động mạch chủ, v.v...).

Chúng tôi đã mổ theo phương pháp Matas cho 79 bệnh nhân có di chứng của vết thương chiến tranh ở mạch máu, chiếm tỷ lệ 19,43% tổng số các bệnh nhân được mổ ở mạch máu trong đó có 35 bệnh nhân với lỗ rò động-tĩnh mạch và 44 bệnh nhân với túi phình động mạch.

Trong số 79 bệnh nhân kể trên có 9 bệnh nhân đã được thắt tĩnh mạch cùng tên, và 70 bệnh nhân được phục hồi lại sự lưu thông của tĩnh mạch sau phẫu thuật

Matas với kết quả tốt. Sau phẫu thuật Matas có 76 bệnh nhân đã đạt kết quả tốt và 3 bệnh nhân bị tái phát rò động-tĩnh mạch một thời gian ngắn sau khi mổ. Mặc dầu 3 bệnh nhân này đã được chúng tôi phát hiện sớm, mổ lại kịp thời, nhưng kết quả không hoàn toàn tốt vì trong những lần mổ lại phải tiến hành thắt tĩnh mạch cùng tên do dính nhiều, bóc tách khó khăn, làm cho tuần hoàn trở về của tĩnh mạch bị cản trở, ứ trệ kéo dài, vì những lý do đó, chúng tôi xếp 3 bệnh nhân này vào loại đạt kết quả trung bình.

Chúng tôi đã mổ theo phương pháp Babcock cho 9 bệnh nhân bị bệnh phình giãn tĩnh mạch, chiếm tỷ lệ 2,12% tổng số bệnh nhân và nạn nhân được mổ ở mạch máu, trong đó có 7 bệnh nhân đạt kết quả tốt, 1 bệnh nhân đạt kết quả trung bình và 1 bệnh nhân không đạt kết quả. Ở bệnh nhân cuối này bệnh tái phát lại sớm ở hệ thống tuần hoàn tĩnh mạch bàng hệ do hệ thống van của các tĩnh mạch nối bị hư hỏng nặng và hệ thống van của các tĩnh mạch sâu bị yếu.

Chúng tôi đã mổ theo phương pháp Madelung cho 41 bệnh nhân bị phình giãn tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, chiếm tỷ lệ 10,80% tổng số các nạn nhân và bệnh nhân được mổ ở mạch máu với kết quả tốt: 34 bệnh nhân; kết quả trung bình: 5 bệnh nhân và không kết quả: 2 bệnh nhân. Phương pháp Madelung cũng cho kết quả ngang với phương pháp Babcock, điều cơ bản cần chú ý ở đây là vẫn phải lựa chọn phương pháp thích hợp và phải săn sóc, theo dõi, điều trị tốt bệnh nhân sau khi mổ. Trong các trường hợp phình giãn tĩnh

mạch đơn thuần có thể mổ theo phương pháp Babcock hay phương pháp Madelung, còn trong các trường hợp viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, nên mổ theo phương pháp Madelung, hay phương pháp cắt bỏ tĩnh mạch bị bệnh cùng với dải da dính dọc theo mặt trên tĩnh mạch (theo Voznesenski).

Chúng tôi đã mổ theo phương pháp của Voznesenski cho 5 bệnh nhân, chiếm 1,23% tổng số bệnh nhân và nạn nhân được mổ ở mạch máu với kết quả tốt đạt được ở 4 bệnh nhân và kết quả trung bình ở 1 bệnh nhân.

Ngoài những phẫu thuật đã được tiến hành trực tiếp trên mạch máu kể trên, chúng tôi đã mổ điều trị bảo tồn cho 17 bệnh nhân và bắt buộc phải cưa cụt chi và tháo khớp chi cho 32 bệnh nhân với kết quả như sau (*Bảng 16*):

Bảng 16. Kết quả sau phẫu thuật bảo tồn cho các bệnh nhân bị thương và tổn thương bệnh lý ở các mạch máu lớn ngoại biên

TT	TÊN PHẪU THUẬT	Số lượng bệnh nhân	Lý do chỉ định	KẾT QUẢ		
				Tốt	Trung bình	kém
1	2	3	4	5	6	7
1	Cắt đám rối thần kinh giao cảm xung quanh động mạch đơn thuần.	11	Giai đoạn co thắt động mạch trong viêm tắc động mạch.	6	3	2

2	Cắt hạch giao cảm thắt lưng kết hợp cắt thần kinh giao cảm quanh động mạch.	6	Giai đoạn co thắt động mạch trong viêm tắc động mạch.	4	1	1
3	Cưa cụt chi bắt buộc	28	<ul style="list-style-type: none"> - Vết thương nát phần mềm và gãy nát xương, đứt động mạch (3) - Hậu quả của đặt garô quá lâu ở tuyến trước (5) - Thắt động mạch ở tuyến trước (1) - Viêm tắc động mạch gây hoại thư chi (19). 	-	21	7
4	Tháo khớp chi	4	Viêm tắc động mạch gây hoại thư chi.	-	3	1
	Tổng cộng	49	Bị thương và tổn thương bệnh lý không có chỉ định can thiệp trực tiếp trên mạch máu.	10	28	11

Vì quan niệm rằng, mất chức năng sau mổ là kết quả trung bình nên chúng tôi đã xếp những bệnh nhân và nạn nhân sau khi được mổ cưa cụt chi hoặc tháo khớp chi vào loại này.

Những trường hợp kết quả kém sau các phẫu thuật bảo tồn kể trên là những trường hợp bệnh nhân tiếp tục tiến triển sau mổ, tình trạng chung của bệnh nhân càng

ngày càng xấu đi, phải thay đổi phương pháp điều trị khác thích hợp (trong các trường hợp cắt đám rối hay hạch thần kinh giao cảm) hoặc ngược lại không còn khả năng và hy vọng điều trị tiếp tục bằng phẫu thuật triệt để nữa (các trường hợp cưa cụt chi hay tháo khớp chi do bệnh viêm tắc động mạch).

Dưới đây là bảng ghi lại kết quả sau mổ dựa theo tính chất của từng loại vết thương, di chứng vết thương và tổn thương bệnh lý ở các mạch máu lớn ngoại biên.

Bảng 17.

Kết quả sau mổ theo tính chất của vết thương, di chứng vết thương và các tổn thương bệnh lý ở các mạch máu lớn ngoại biên

STT	TÊN CÁC TỔN THƯƠNG Ở MẠCH MÁU	PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT	Số lượng bệnh nhân	KẾT QUẢ			
				Tốt	T. bình	Kém	Chết
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Vết thương mạch máu	- Thắt mạch máu.	55	47	6	2	0
		- Khâu thành bên động mạch.	62	52	5	0	5
		- Khâu thành bên tĩnh mạch.	17	15	2	0	0
		- Nối động mạch.	33	33	0	0	0
		- Nối tĩnh mạch.	3	2	1	0	0
		- Ghép động mạch kỳ đầu tự thân...	21	21	0	0	0
		- Cưa cụt chi...	8	0	6	2	0
2	Di chứng vết thương mạch máu. (Phình động mạch và rò động-tĩnh mạch các loại)	- Thắt động mạch và tĩnh mạch.	6	5	1	0	0

		- Bức cầu nối động mạch:							
		* Tự thân.	9	6	3	0	0	0	
		* Nhân tạo.	7	3	2	2	0	0	
		- Cắt cụt chi.	19	0	14	5	0	0	
		- Tháo khớp chi.	4	0	4	0	0	0	
4	Phình giãn tĩnh mạch.	- Phương pháp Madelung.	29	24	3	2	0	0	
		- Phương pháp Babcock.	9	7	1	1	0	0	
5	Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối	- Phương pháp Madelung.	12	11	1	0	0	0	
		- Cắt bỏ tĩnh mạch cùng với dải da dính ở trên.	5	4	1	0	0	0	
6	Thất nhãm động mạch ở tuyến trước gây hoại thư chi.	- Cắt cụt chi.	1	0	1	0	0	0	
	Tổng cộng	- Can thiệp phẫu thuật trên các mạch máu: 406 trường hợp. - Các phương pháp phẫu thuật bảo tồn: 49 trường hợp.	455	326	66	20	7		

Theo tài liệu kể trên của chúng tôi có thể tóm tắt kết quả sau mổ điều trị vết thương, di chứng vết thương và tổn thương bệnh lý ở các mạch máu lớn ngoại biên trong 1 bảng tổng kết khái quát sau đây (*Bảng 18*).

Bảng 18. Bảng tổng kết khái quát những kết quả sau mổ điều trị vết thương, di chứng vết thương và các tổn thương bệnh lý ở các mạch máu lớn ngoại biên

STT	TÊN CÁC TỔN THƯƠNG	Tổng số bệnh nhân	KẾT QUẢ			
			Tốt	Trung bình	Kém	Tử vong
1	Vết thương mạch máu mới	204	175	20	4	5
2	Di chứng vết thương mạch máu các loại	108	104	4	0	0
3	Viêm tắc động mạch	92	43	34	13	2
4	Phình giãn tĩnh mạch chưa có biến chứng	33	26	4	3	0
5	Phình giãn tĩnh mạch có biến chứng viêm tắc tĩnh mạch huyết khối	17	15	2	0	0
6	Tai biến điều trị: thất nhâm động mạch ở tuyến trước	1	0	1	0	0
	Tổng cộng	455	363	65	20	07

Theo bảng thống kê trên:

1. Sau mổ điều trị 204 vết thương mạch máu mới, chúng tôi đã thu được những kết quả sau đây:

- Kết quả tốt: 85,8% (175/204 trường hợp).
- Kết quả trung bình: 9,8% (20/204 trường hợp).
- Không có kết quả: 1,96% (4/204 trường hợp).
- Tỷ lệ tử vong là 2,45% (5/204 trường hợp).

5 trường hợp tử vong sau mổ điều trị các vết thương mạch máu đều thuộc về 5 nạn nhân bị đa thương nặng phối hợp giữa vết thương sọ não lồng ngực, vỡ các tạng đặc và tạng rỗng trong ổ bụng và gãy xương, v.v... như chúng tôi đã kể ở trên.

2. Sau mổ điều trị cho 108 trường hợp di chứng vết thương mạch máu các loại chúng tôi đã thu được những kết quả sau đây:

- Kết quả tốt: 96,3% (104/108 trường hợp).
- Kết quả trung bình: 3,7% (4/108 trường hợp).

Chúng tôi không có kết quả kém và không có tỷ lệ tử vong sau mổ điều trị các di chứng vết thương mạch máu.

3. Sau mổ điều trị cho 92 bệnh nhân bị bệnh viêm tắc động mạch, chúng tôi đã thu được những kết quả sau đây:

- Kết quả tốt: 46% (43/92 trường hợp).
- Kết quả trung bình: 36,38% (34/92 trường hợp).
- Kết quả kém: 13,92% (13/92 trường hợp).
- Tỷ lệ tử vong: 2,14% (2/92 trường hợp).

Hai trường hợp tử vong kể trên là hai bệnh nhân bị tắc nghẽn động mạch chủ bụng được chuyển đến bệnh viện khá muộn và đã được chúng tôi mổ cấp cứu lấy bỏ máu cục từ động mạch chủ bụng xa.

4. Sau mổ điều trị cho 33 bệnh nhân bị phình giãn tĩnh mạch chưa có biến chứng, chúng tôi đã thu được những kết quả sau đây:

- Kết quả tốt: 26/33 trường hợp.
- Kết quả trung bình: 4/33 trường hợp.
- Kết quả kém: 3/33 trường hợp.

5. Sau mổ điều trị cho 17 bệnh nhân bị phình giãn tĩnh mạch đã có biến chứng viêm tắc tĩnh mạch, chúng tôi đã thu được những kết quả sau đây:

- Kết quả tốt: 15/17 trường hợp.
- Kết quả trung bình: 2/17 trường hợp.

Chúng tôi chưa tính tỷ lệ % kết quả sau mổ điều trị các bệnh ở tĩnh mạch vì số liệu của chúng tôi còn quá ít.

Sau mổ điều trị các bệnh ở tĩnh mạch, chúng tôi không có một trường hợp biến chứng nào ảnh hưởng đến tình trạng chung của người bệnh.

Trường hợp thất nhâm động mạch đùi ở tuyến trước do gãy đầu dưới xương đùi gây chảy máu nhiều mặc dầu đã được chúng tôi điều trị rất tích cực: mổ động mạch đùi lấy bỏ máu cục, bơm dung dịch novocain 1% pha với heparin vào động mạch nhưng vẫn không kết quả vì bệnh nhân được chuyển đến chúng tôi quá muộn (trên 2 ngày sau khi bị thương và sau khi bị thất động mạch đùi) do đó chúng tôi đã bắt buộc phải cứu chữa chi bị hoại tử sau một thời gian ngắn cố gắng điều trị bảo tồn.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật mạch máu là một ngành chuyên khoa tương đối còn trẻ so với ngành phẫu thuật chuyên khoa khác.

Nhờ sự phát triển của khoa gây mê hồi sức, khoa quang tuyến, khoa siêu âm Doppler màu, khoa chẩn đoán hình ảnh CT-scan, MRI... khoa dược, khoa chế tạo dụng cụ máy móc y tế, v.v... mà trong gần nửa thế kỷ qua khoa phẫu thuật mạch máu đã phát triển không ngừng.

Ở nước ta mặc dù trong hoàn cảnh thiếu thốn về vật chất và điều kiện sinh sống khó khăn phức tạp do chiến tranh gây nên, khoa phẫu thuật mạch máu đã đóng góp một phần không nhỏ vào việc giải quyết di chứng vết thương mạch máu, các bệnh về mạch máu như bệnh viêm tắc động mạch, viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, v.v...

Trên tổng số 406 bệnh nhân và nạn nhân đã được chúng tôi mổ điều trị các thương tích và tổn thương bệnh lý ở mạch máu, có 352 trường hợp đạt kết quả tốt (86,66%), 37 trường hợp đạt kết quả trung bình (9,13%), 10 trường hợp không đạt kết quả hoặc kết quả kém (2,48%). Đại đa số các trường hợp kết quả kém sau mổ là các trường hợp tổn thương bệnh lý ở các mạch máu lớn ngoại biên.

Chúng tôi có 7 trường hợp tử vong sau mổ điều trị các bệnh và thương tích ở mạch máu (1,73%), trong đó có 5 nạn nhân bị đa thương nặng phối hợp ở bụng - ngực - sọ não và 2 bệnh nhân bị viêm tắc động mạch chủ được chuyển đến muện trong tình trạng rất nặng.

Có 27 trường hợp biến chứng khác nhau xảy ra sau mổ (7,20%), trong đó có 18 trường hợp được phát hiện ra và điều trị kịp thời với kết quả tốt, 2 trường hợp không điều trị khỏi (1 trường hợp bệnh nhân xin về, không đồng ý mổ lại và 1 trường hợp phải cưa cụt chi vì quá trình bệnh lý tiếp tục tiến triển nặng lên) và 7 trường hợp tử vong như đã kể ở trên.

Qua kinh nghiệm mổ điều trị cho 455 bệnh nhân với các thương tích và tổn thương bệnh lý ở các mạch máu lớn ngoại biên trên 50 năm, dựa trên kết quả khám nghiệm lâm sàng, X quang và các tổn thương tìm thấy trong khi tiến hành mổ xẻ ở mạch máu, chúng tôi đã sắp xếp lại và nêu lên được một số các bảng phân loại về vết thương mạch máu, di chứng vết thương mạch máu, và các thể lâm sàng của các bệnh lý ở mạch máu.

Những bảng phân loại này tuy chưa đầy đủ và còn phải bổ sung nhiều hơn nữa để được hoàn chỉnh hơn, nhưng chúng tôi cũng hy vọng rằng, nó sẽ giúp ích và thỏa mãn được một phần nào yêu cầu của các phẫu thuật viên, nhất là các phẫu thuật viên còn trẻ tuổi nghề và các phẫu thuật viên không chuyên khoa về phẫu thuật mạch máu trong việc chẩn đoán, lựa chọn và dự kiến phương pháp thích hợp trước khi quyết định mổ điều trị cho người bệnh hay người bị nạn.

Kết quả sau mổ điều trị các thương tích và tổn thương bệnh lý ở mạch máu lớn ngoại biên phụ thuộc vào nhiều

yếu tố khác nhau như chẩn đoán chính xác, lựa chọn phương pháp kỹ thuật thích hợp, bảo đảm thực hiện đúng các nguyên tắc cơ bản về phẫu thuật ở mạch máu, sẵn sàng điều trị tốt sau khi mổ, đề phòng và điều trị kịp thời các biến chứng xảy ra sau khi mổ.

Trong số các yếu tố kể trên, việc chọn lựa một phương pháp kỹ thuật thích hợp nhất, đảm bảo phục hồi lại được sự lưu thông tương đối bình thường của các mạch máu sau khi mổ vẫn là vấn đề cơ bản và lý tưởng nhất.

Trong phẫu thuật giải quyết vết thương và di chứng vết thương ở các mạch máu lớn ngoại biên, chúng tôi đã hết sức quan tâm đến vấn đề phục hồi lại hoàn toàn sự lưu thông của các mạch máu sau khi mổ bằng các phương pháp nối, ghép mạch máu. Chúng tôi cho đó là các phương pháp lý tưởng nhất, đảm bảo đem lại cho người bệnh và người bị thương kết quả tốt nhất sau khi mổ.

Tuy vậy, không phải ở đâu và lúc nào cũng có thể có đầy đủ các điều kiện để tiến hành được phẫu thuật nối ghép mạch máu. Do đó, trong vết thương mạch máu nếu không có điều kiện nối, ghép mạch máu, chúng tôi đã tiến hành khâu mạch máu một cách tiết kiệm và thận trọng, và trong di chứng vết thương mạch máu, trong đại đa số các trường hợp chúng tôi đã thực hiện phương pháp phẫu thuật Matas phục hồi.

Cả hai phương pháp kể trên đều là những phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, ít nguy hiểm cho người bệnh, phục hồi lại được sự lưu thông của các mạch máu. Tuy vậy, nó vẫn còn một số nhược điểm cơ bản sau đây:

- Khâu mạch máu có thể gây hẹp mạch máu, cản trở dòng máu lưu thông, dễ gây ra biến chứng tắc nghẽn

mạch. Chúng tôi đã gặp một trường hợp hẹp động mạch trong số 62 bệnh nhân được khâu thành bên của động mạch bị thương (1,61%).

- Phẫu thuật Matas còn cho 1 tỷ lệ tái phát nhất định (3,8% theo tài liệu của chúng tôi, và 1% - 4,6% theo tài liệu của nhiều tác giả khác).

Chúng tôi rất hạn chế chỉ định thắt động mạch và chỉ thắt khi đã chắc chắn là tuần hoàn bàng hệ phát triển tốt, nghiệm pháp Lexer-Kenen-Henler dương tính.

Chúng tôi hạn chế thắt tĩnh mạch cùng tên vì dễ dẫn tới sự ứ trệ tuần hoàn trở về của tĩnh mạch, đôi khi kéo dài hàng năm sau khi mổ. Trong đại đa số các trường hợp, chúng tôi cố gắng phục hồi lại sự lưu thông của tĩnh mạch bằng khâu kín thành của tĩnh mạch sau phẫu thuật Matas hoặc nối ghép lại tĩnh mạch sau khi đã cắt bỏ hết các tổn thương.

Trong phẫu thuật điều trị bệnh viêm tắc động mạch, cắt bỏ đoạn động mạch bị viêm tắc, ghép động mạch tự thân bằng 1 đoạn tĩnh mạch hiển trong của chính bản thân người bệnh cho kết quả tốt hơn ghép bằng ống ghép nhân tạo hoặc ống ghép cùng giống. Bắc cầu nối động mạch bằng một đoạn của chính bản thân người bệnh cũng cho kết quả tốt hơn bằng một ống ghép nhân tạo.

Hầu hết tất cả các trường hợp ghép và bắc cầu nối động mạch bằng tĩnh mạch hiển trong của chính bản thân người bệnh đều cho kết quả tốt. Đại đa số các trường hợp bị tắc nghẽn mạch sau mổ đều rơi vào các trường hợp ghép hoặc bắc cầu nối động mạch bằng các ống ghép nhân tạo.

Các phương pháp phẫu thuật điều trị bảo tồn khác được áp dụng trong điều trị viêm tắc động mạch đều cho kết quả rất hạn chế và thường cho 1 tỷ lệ tái phát nhất định, do đó rất ít được các tác giả ưa thích, mặc dầu hiện nay các phương pháp đó vẫn còn được áp dụng ở một vài cơ sở phẫu thuật.

Chúng tôi quan niệm rằng, cửa cụt chi bắt buộc có hoại tử, hoại thư là những giải pháp tiêu cực không thể tránh khỏi, và nó không phải là những phương pháp điều trị triệt để.

Trong phẫu thuật điều trị bệnh phình giãn tĩnh mạch chưa có biến chứng hoặc đã có biến chứng viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, phương pháp Babcock và phương pháp Madelung kết hợp với dùng thuốc chống đông máu vẫn là những phương pháp phổ biến hiện nay. Tuy vậy, trong bệnh viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, phương pháp Madelung vẫn là phương pháp được nhiều tác giả ưa thích hơn. Gần đây, phương pháp cắt bỏ tĩnh mạch bị viêm cùng với một dải da dính trên tĩnh mạch theo Voznesenski cũng được nhiều tác giả chú ý vì nó đã cho một số kết quả nhất định sau mổ, giảm bớt được 1 số khó khăn về kỹ thuật cho phẫu thuật viên.

Chúng tôi đã áp dụng cả 3 phương pháp kể trên để điều trị cho các bệnh nhân của chúng tôi. Tuy số liệu còn lại quá ít ỏi, chưa đủ để kết luận về những ưu khuyết của từng phương pháp kể trên, nhưng chúng tôi cũng có một nhận xét chung là cả ba phương pháp đều là những phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, ít nguy hiểm đối với người bệnh và cho kết quả như nhau. Một điều cơ

bản trong việc điều trị các bệnh của tĩnh mạch là trước khi quyết định phẫu thuật phải kiểm tra lại kỹ trạng thái của toàn bộ hệ thống tĩnh mạch nông và sâu để có chỉ định mổ đúng, tránh các hậu quả không tốt có thể xảy ra sau khi mổ.

Săn sóc và tập luyện cho người bệnh sau khi mổ, áp dụng các biện pháp đề phòng các biến chứng và đề phòng bệnh tái phát sau khi mổ, cũng là những vấn đề không thể thiếu được trong phẫu thuật mạch máu, nó đã đóng góp một phần lớn vào kết quả lâu dài sau khi mổ.

Điều trị ngoại khoa các thương tích và các bệnh ở mạch máu là một vấn đề rất phức tạp và tinh vi. Mặc dầu trong những năm gần đây khoa phẫu thuật mạch máu đã phát triển rất mạnh và đã có nhiều tiến bộ, nhiều cống hiến đáng kể, đã cứu sống được hàng ngàn người bệnh và người bị nạn, nhưng những thành tựu to lớn đó cũng chưa thỏa mãn được hết và đầy đủ những yêu cầu của các nhà phẫu thuật chuyên khoa về mạch máu.

Hiện nay, người ta đã tiến hành những phẫu thuật tinh vi hơn ở mạch máu như ghép và bắc cầu nối ở động mạch vành tim để điều trị các bệnh gây thiếu máu cấp tính và mạn tính ở cơ tim, ghép các chi đã bị đứt rời khỏi cơ thể, ghép các cơ quan và bộ phận v.v...

Tham vọng và hoài bão lớn của các nhà phẫu thuật chuyên khoa về mạch máu hiện nay là làm thế nào để có thể phục hồi lại được hoàn toàn và vĩnh viễn dòng máu lưu thông cho các mạch máu bị thương hay bị bệnh bằng những cải tiến kỹ thuật mới nghiên cứu đề xuất ra những dụng cụ, phương tiện và phương pháp mới để mổ xẻ ở mạch máu, trả lại khả năng lao động bình thường cho người bệnh và người bị nạn.

Song song với sự phát triển không ngừng của phẫu thuật mạch máu, một vấn đề không kém phần quan trọng được đặt ra, đó là sự tổ chức hợp lý cuộc sống sinh hoạt và lao động, nâng cao mức sống của nhân dân để đề phòng sự phát sinh và phát triển các bệnh ở mạch máu như bệnh viêm tắc động mạch, viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, thiếu năng hệ thống động mạch vành tim, v.v...

Sự phối hợp chặt chẽ và nhịp nhàng của hai hướng chính: “Điều trị và phòng bệnh” sẽ tạo điều kiện thuận tiện để làm giảm xuống mức thấp nhất tỷ lệ phát sinh bệnh và tỷ lệ tử vong sau mổ điều trị các bệnh ở mạch máu, làm cho những người bị nạn và người bệnh trở lại thành những người khỏe mạnh bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ARUTIUNOV A., KORNHIENCO, *Panarteriographie cérébrale. Monographie.* Moscow, 1971.
2. BABCOCK W, *A new operation for the extirpation of varicose veins of the leg*, New York M.J. 86. 153 - 156, 1907.
3. BACULEV A., *Petrovski B. Chirurgie cardiovasculaire. Direction en chirurgie. Vol. 1.* Médecine, 1965.
4. BUERGER L, *Journ. intern. chir*, 1939. 4. 399.
5. DE BAKEY, COOLY D., CRAJOORD E., MORRIS D. *Surgery of the aorta and great peripheral arteriae. Monography.* (Bản dịch ra tiếng Nga V.S. Krulôv). Matxcôva, 1960.
6. DE BAKEY, GREECH, WOODHALL. *Journ. of Amer. Med. Ass*, 1950. 144. 1227.
7. DE TAKATS, *Arch. of surg*, 1955. N. 5.
8. DALE W. *Surgery*, 1966. 59. 177.
9. DAUDERIS G, *Phẫu thuật và gây mê thực nghiệm Liên Xô*, 5 - 1972 - 33.

10. DAUDERIS J.P., *Tin tức phẫu thuật lâm sàng Liên Xô*, 1966 - 12 - 64.
11. DUMPE E., JABLOKOV E., *Phẫu thuật lâm sàng Liên Xô*, 1967 - 2 - 66.
12. DUMPE E., JABLOKOV E., *Phẫu thuật lâm sàng Liên Xô*, 1968. 10 - 9.
13. DUMPE. E., PHILIMONOV., *Phẫu thuật Liên Xô*, 1968. 11 - 154.
14. ĐỖ HOÀI NAM, *Báo cáo tại Hội nghị khoa học QYV. 175*, TP. Hồ Chí Minh, 1977.
15. EDGAR V., ALLEN, *Peripheral vascular diseases. Monography*, Philadelphia - London, 1948.
16. ELANXKI N. *Các bệnh phẫu thuật*, 1964. 452 - 456.
17. ELANXKI N., VASIUCOV V. *Phẫu thuật Liên Xô*, 1965. 9 - 41.
18. FISHER J. *Trauma*, 7.884 - 1967.
19. FIS ER R., LOGER R., *Chir. Acta*, 1965. 32 - 31.
20. FOGARTY T. J. *Surg. Gynec. Obstet*, 1965. 121 - 362.
21. FOGARTY T.J. *Rev., Surg*, 1967. 24 - 9.
22. GUBKÔ A., GRISHIN. N., *Phẫu thuật Liên Xô*, 9 - 1972 - 112.
23. LE NA A., *Marseille chir*, 1966. 18 - 611.
24. JOHN L. MADDÉNS., *Atlas of technics in surgery. Vol. 2. Thoracic and cardiovascular.*

25. LERICHE RENÉ, *Thrombose artérielles. Physiologie. pathologique. et traitement chirurgical. Monographie*, 1946.
26. LIDSKI A. T., *Les maladies importantes de vaisseaux périphériques. Monographie*. Moscow, 1958.
27. MAHORNER H., *Thrombectomy for massive venous thrombosis. Mayo clin*, 1965. 40 - 809.
28. MELEY J., CURTILLET H., *Lyon chirurgical*, 1970. 5 Sept - Oct. T. 66. 367.
29. MERCIER R., FOUQUES PH. PORTAL M., *J. chir. Paris*, 1967. 93. 59.
30. MÔRÔZÔVA., *Phẫu thuật Liên Xô*, 8 - 1972. 96.
31. NGUYỄN KHÁNH DƯ, *Nội san Ngoại khoa 2*, Q.1. 126 - 1960. 181 - 193.
32. NGUYỄN KHÁNH DƯ, *Y học thực hành Hà Nội*, 172 - 8 - 9 - 1971 - 29.
33. NGUYỄN KHÁNH DƯ, *Thông tin Ngoại khoa*, Hà Nội 12 - 1971. 4 - 11.
34. NGUYỄN KHÁNH DƯ, *Thông tin Ngoại khoa*, Hà Nội 3 - 1972. 1 - 20.
35. NGUYỄN KHÁNH DƯ, *Thông tin Ngoại khoa*, Hà Nội 12 - 1972. 8 -16.
36. NGUYỄN KHÁNH DƯ, LÝ THÀNH PHỤNG,

- VƯƠNG THỊ MÃO VÀ CTV. *Tạp chí Y học Việt Nam*, Hà Nội - 3 - 1974 - 52.
37. NGUYỄN KHÁNH DŨ, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Hà Nội. 2 - 1975. 39 - 47.
38. NGUYỄN KHÁNH DŨ, NGUYỄN ĐOÀN HỒNG, NGUYỄN THẾ HIỆP, PHAN THỊ HỒ HẢI, NGUYỄN THỊ MẠNH, QUÁCH ĐĂNG BÌNH VÀ CTV. *Nội san Bệnh viện Chợ Rẫy*, Thành phố Hồ Chí Minh, 1. 1978 - 13.
39. NGUYỄN KHÁNH DŨ VÀ CTV, *Y học thực hành số 3 (213) 78 - 33 - 38*.
40. NGUYỄN KHÁNH DŨ, *Nội san Bệnh Viện Chợ Rẫy số 1 năm 1979 (2 bài)*.
41. NGUYỄN KHÁNH DŨ, *Vết thương và di chứng mạch máu lớn ngoại biên*, Bản tiếng Nga do Nhà xuất bản Y học Matxcơva xuất bản năm 1985 (Medgif- 1985).
42. OSTROVERKHOV G., LUBLOTSKI D, *Phẫu thuật thực hành Liên Xô*, 1964. 175 - 1979.
43. PETROVSKI B., *Quelques romarques sur les plaies des vaisseaux. Monographie*. Moscow, 1949.
44. PHẠM BIỂU TÂM, PHAN VĂN TƯỜNG, VĂN KỲ NAM, *Báo cáo tại Hội nghị khoa học Bệnh viện Bình Dân*, TP. Hồ Chí Minh, 1977.

45. PRATT. *Cardiovascular surgery*, 1954
46. SAVELEV V., DUMPE E, JABLOKOV E.,
Les maladies des veines magistrales.
Monographie. Moscow, 1972.
47. SAMUELS S., *The diagnosis and treatment of*
dieases of the peripheral arteriae P. Monography,
1946.
48. SAWYER R. MONCRIEF, CANISARE P. *JAMA,*
1965 - 191. 740.
49. SCHUMARKER, *Surg*, 1943. Vol. 13.
50. SOTT A. Minn, *Med*, 1967. 50 - 1475.
51. SELDINGER S. I, *Angielegy*, 1957. 8. 73 - 86.
52. SHABANOV A. SOSKIN L., *Endartérite*
oblitérante et sen traitement. Monographie,
Moscow, 1957.
53. SHALAEV M., PETRENCO E., *Phẫu thuật Liên*
Xô, 9 - 1972. 113
- 53b. RA. SINELNICOV.,
Atlas d'anatomie humaine, 1958. Vol 2 (Liên
Xô).
54. SNYDER M., ADAMS J., SCHWARTZ S., *Surg.*
Gynec. Obstet, 1967. 125 - 49.
55. TAKAHASHI M.
ABRAMS H., *Invest Radiol*, 1966. 1. 101.
56. TEREKHOVA L., *Les problèmes pratiques de*
sphygmographie. Monographie, Leningrad, 1968.

57. THOMAS M., FLECHER E., ANDRES M., COCKETT F., *Clin. Radiol*, 1967. 18 -313.
58. TURNER, PHILIP.,
Guy's Hosp. Rep, 73 - 225 - 232 - 1932.
59. VINOGRADOV V., MAZAEV P.,
SHAPOVANHIAN G. *Angiographie sélective des organes abdominaux et de l'espace rétro péritonéal Monographie*. Moscow - 1971.
60. VISHNEVSKI A., SHRAIBE M. *Ngoại khoa dã chiến*, (Bản dịch ra tiếng Việt của Bs. Khánh Dư) - Nhà xuất bản Tiến Bộ Matxcova, 1968. 68 - 79.
61. ZALOGA K., *Tạp chí "Phẫu thuật"*, Liên Xô, 1975 - 68 -79.

MỤC LỤC

Trang

CHƯƠNG I	
LỊCH SỬ PHẪU THUẬT MẠCH MÁU	9
CHƯƠNG II	
GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ CỦA CÁC	
MẠCH MÁU LỚN NGOẠI BIÊN	17
I. Các động mạch lớn ngoại biên.....	19
II. Các tĩnh mạch lớn ngoại biên	28
CHƯƠNG III	
VẾT THƯƠNG CÁC MẠCH MÁU LỚN	
NGOẠI BIÊN VÀ NHỮNG NGUYÊN TẮC	
ĐIỀU TRỊ.....	37
I. Phân loại vết thương ở các mạch máu lớn ngoại	
biên	39
II. Triệu chứng	81
III. Những nguyên tắc điều trị.....	88

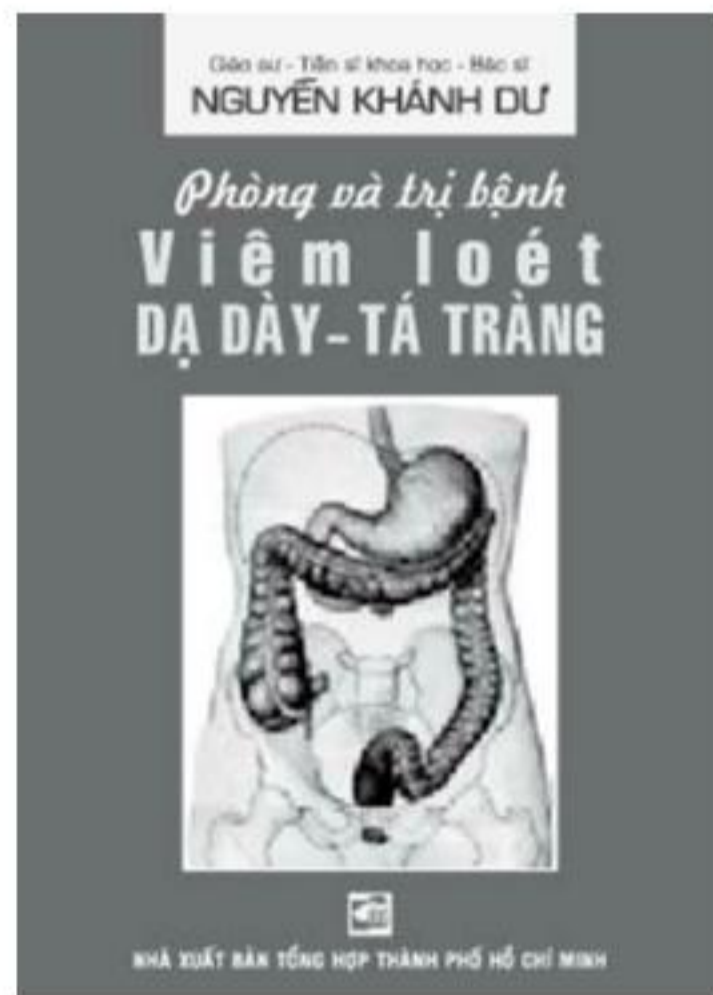
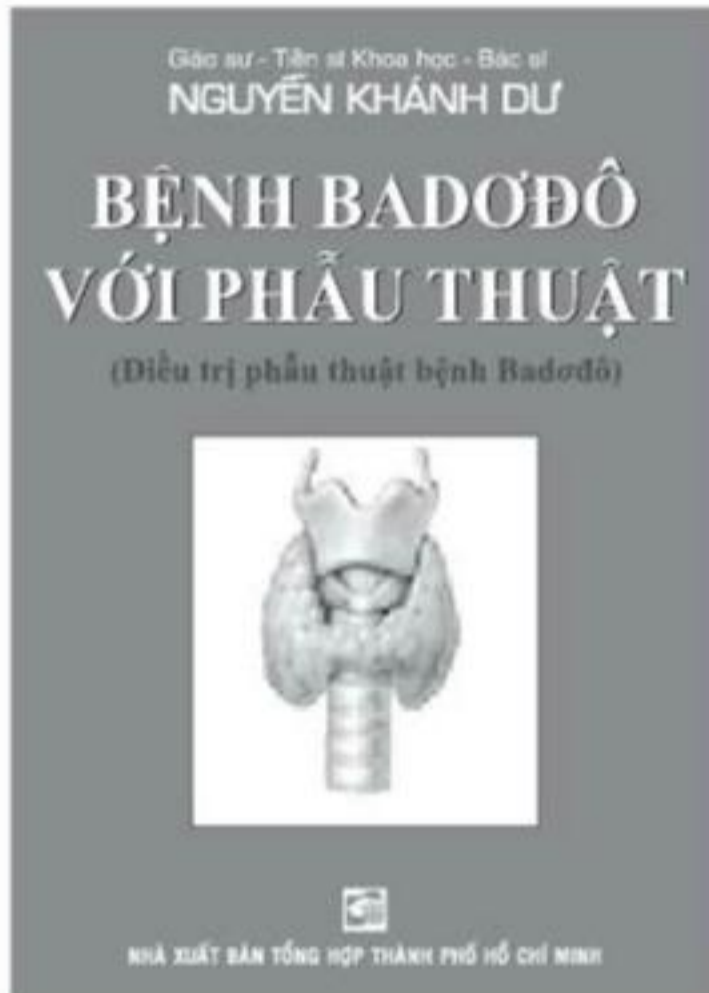
CHƯƠNG IV	
DI CHỨNG VẾT THƯƠNG	
Ở CÁC MẠCH MÁU LỚN VÀ PHƯƠNG PHÁP	
ĐIỀU TRỊ.....	111
I. Vài nét chung.....	111
II. Di chứng vết thương ở mạch máu và những hình	
thái bệnh lý tương tự.....	145
CHƯƠNG V	
MỘT SỐ THỂ BỆNH CỦA CÁC MẠCH MÁU LỚN	
NGOẠI BIÊN.....	179
I. Bệnh viêm tắc động mạch.....	180
II. Bệnh phình giãn tĩnh mạch, huyết khối	
tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch	
huyết khối.....	228
CHƯƠNG VI	
CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN.....	255
I. Theo dõi bệnh nhân sau khi chụp động mạch,	
những biến chứng xảy ra	
sau khi chụp động mạch.....	257
II. Săn sóc bệnh nhân sau khi chụp	
tĩnh mạch.....	262
III. Kết quả và nhận xét.....	263

CHƯƠNG VII	
CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA	
CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC KHI MỔ.	
PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM.....	265
I. Chỉ định điều trị ngoại khoa.....	265
II. Chuẩn bị bệnh nhân trước khi mổ.....	283
III. Phương pháp vô cảm.....	287
CHƯƠNG VIII	
KỸ THUẬT MỔ XẺ Ở MẠCH MÁU	291
I. Những nguyên tắc chung về mổ xẻ ở mạch máu	293
II. Đường mổ vào các mạch máu lớn ngoại biên	298
III. Kỹ thuật mổ ở mạch máu lớn ngoại biên.....	320
CHƯƠNG IX	
SĂN SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ ĐỀ PHÒNG	
VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ	
KẾT QUẢ SAU MỔ	357
I. Một số biện pháp đảm bảo và duy trì sự lưu thông và hoạt động bình thường của các mạch máu vừa được can thiệp phẫu thuật.....	358
II. Biến chứng sau khi mổ - Biện pháp đề phòng và chữa trị.....	368
III. Kết quả sau mổ.....	381
KẾT LUẬN	399
TÀI LIỆU THAM KHẢO	406



NHÀ XUẤT BẢN TỔNG HỢP THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

**Trân trọng giới thiệu một số cuốn sách
của Giáo sư - Tiến sĩ Khoa học - Bác sĩ Nguyễn Khánh Dư**



www.nxbhcm.com.vn
Bán sách online - Giao hàng tận nơi

Phẫu thuật MẠCH MÁU LỚN

NGUYỄN KHÁNH DƯ

Chịu trách nhiệm xuất bản
NGUYỄN THỊ THANH HƯƠNG

Biên tập: **TRẦN THỊ LY**

NHÀ XUẤT BẢN TỔNG HỢP TP. HỒ CHÍ MINH
NHÀ SÁCH TỔNG HỢP

62 Nguyễn Thị Minh Khai, Q.1

ĐT: 38225340 – 38296764 – 38247225

Fax: 84.8.38222726

Email: tonghop@nxbhcm.com.vn

Website: www.nxbhcm.com.vn / www.sachweb.vn

GPXB số: 1131-2012/CXB/423-123/THTPHCM ngày 24/9/2012.