

quả của các tác giả Trần Thị Kiều Lan (2009)⁴, Triệu Thị Thùy Linh (2015)⁵.

4.2.2. Liên quan giữa thể bệnh YHCT với kết quả điều trị. Có hai thể bệnh theo YHCT chúng tôi nghiên cứu là Can thận hư (Đau thắt lưng mạn tính có THCS) và Can thận hư kèm phong hàn thấp (đợt cấp trên nền Đau thắt lưng mạn tính có THCS). Sau 20 ngày điều trị, nhóm bệnh nhân thể Can thận hư có kết quả điều trị là 30% mức độ tốt, 35% mức độ khá; nhóm bệnh nhân thể can thận hư kèm phong hàn thấp có kết quả điều trị là 20% mức độ tốt, 15% mức độ khá. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% CI (0,17 – 2,38). Điều này cho thấy thể bệnh YHCT không có ảnh hưởng đến kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

- Phương pháp sóng siêu âm kết hợp thuốc uống viên hoàn Độc hoạt tang ký sinh có tác dụng tốt trong điều trị đau thắt lưng do THCS

- Các yếu tố tuổi, giới, thể bệnh theo YHCT không ảnh hưởng đến kết quả điều trị của phương pháp sóng siêu âm kết hợp viên hoàn Độc hoạt tang ký sinh trong điều trị đau thắt lưng do THCS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Hoàng Kiêm.** Vật Lí Trị Liệu - Phục Hồi Chức Năng. Nhà Xuất Bản Quân Đội Nhân Dân, Hà Nội. 2014; 80 - 82.
2. **Khoa Y học cổ truyền. Trường Đại học Y Hà Nội.** Bài giảng Y học cổ truyền tập II. NXB Y học. 2005; 157-158, 160-163.
3. **Fairbank JC, Davis JB.** The oswestry low back pain disability question hysiotherapy. 1996; 66: 271 – 273.
4. **Trần Thị Kiều Lan.** Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp với thủy châm trong điều trị đau lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.
5. **Triệu Thị Thùy Linh.** Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội; 2015.

GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG TẠNG ĐẶC VÀ KHUNG CHẬU

Phan Nhật Anh^{1,2}, Đào Văn Lý³, Nguyễn Duy Hùng^{1,2}, Trần Quang Lộc¹, Nguyễn Nhật Quang², Vũ Ngọc Dương¹, Nguyễn Quốc Huy⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính (CLVT) trong chẩn đoán tổn thương động mạch ở bệnh nhân chấn thương tạng đặc và khung chậu có đối chiếu với chụp mạch số hóa xóa nền (DSA). **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 131 bệnh nhân chấn thương tạng đặc và khung chậu được chẩn đoán trên CLVT có tổn thương động mạch sau đó được thực hiện chụp DSA tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 7/2020 đến 7/2022. **Kết quả:** Độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên đoán dương tính (PPV), giá trị tiên đoán âm tính (NPV) trong chẩn đoán chảy máu hoạt động (CMHD), giả phình động mạch (GPĐM), thông động tĩnh mạch (TĐTM) ở nhóm chấn thương tạng đặc lần lượt là 92%, 91,2%, 88,5%, 93,9% với CMHD và 90,7%,

89,1%, 87,5%, 91,9% với GPĐM và 77,8%, 100%, 100%, 98,2% với TĐTM. Se, Sp, PPV, NPV trong chẩn đoán CMHD, GPĐM, TĐTM ở nhóm chấn thương khung chậu lần lượt là 84,6%, 90,9%, 95,7%, 71,4% với CMHD và 77,8%, 85,7%, 63,6%, 92,3% với GPĐM và 50%, 100%, 100%, 97,2% với TĐTM. Sự khác biệt về tổn thương CMHD trên CLVT giữa hai nhóm khung chậu và tạng đặc có ý nghĩa thống kê với $p=0,033$. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao để chẩn đoán CMHD ở cả hai nhóm tạng đặc và khung chậu nhưng thấp trong chẩn đoán GPĐM ở nhóm khung chậu. Tuy nhiên CLVT cho thấy độ nhạy thấp trong chẩn đoán TĐTM ở cả hai nhóm tạng đặc và khung chậu.

Từ khóa: Tổn thương động mạch, chấn thương tạng đặc và khung chậu, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

THE VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ARTERIAL INJURIES IN BLUNT SOLID ORGAN AND PELVIC TRAUMA

Objective: Evaluation of and value of computed tomography (CT scans) in the diagnosis of arterial injury in patients with solid organ and pelvic trauma compared to digital subtraction angiography (DSA). **Methods:** A retrospective study was performed on 131 patients with solid organ and pelvic trauma diagnosed on CT Scans with arterial lesions and then

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Việt Đức

³Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội

⁴Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đào Văn Lý

Email: drdaoly@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023

performed a DSA at Viet Duc Hospital from July 2020 to July 2022. **Result:** Sensitivity (Se), specificity (Sp), positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV) in the diagnosis of active extravasation (AE), pseudoaneurysm (PA), arteriovenous fistula (AVF) in the solid organ trauma group were respectively 92%, 91,2%, 88,5%, 93,9% with AE and 90,7%, 89,1%, 87,%, 91,9% with PA and 77,8%, 100%, 100 %, 98,2% with AVF. Se, Sp, PPV, NPV in the diagnosis of AE, PA, AVF in the group of pelvic trauma were 84,6%, 90,9%, 95,7%, 71,4%, and respectively 77,8%, 85,7%, 63,6%, 92,3% with PA and 50%, 100%, 100%, 97,2% with AVF. The difference in AE lesions on CT scans between the two groups of pelvis and solid organs was statistically significant with $p=0,033$. **Conclusions:** Our study shows that CT Scans has high Se and Sp for diagnosing AE in solid organ and pelvic groups, but low in diagnosing PA in the pelvic group. However, CT Scans showed low Se in the diagnosis of AVF in both solid organ and pelvic groups.

Keywords: Arterial injury, solid organ and pelvic trauma, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương tạng đặc và khung chậu là một chấn thương thường gặp. Trong đó tổn thương động mạch chiếm khoảng 25% - 28%¹. Tổn thương động mạch có thể làm suy giảm nhanh chóng tình trạng huyết động của bệnh nhân, dẫn đến sốc hạ huyết áp và tỷ lệ tử vong cao, do đó cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.

Cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy với tốc độ quét nhanh rút ngắn thời gian chụp và tái tạo nhiều mặt phẳng với độ phân giải cao cho phép chẩn đoán chính xác, kịp thời, phân biệt giữa các loại tổn thương động mạch qua đó xác định vị trí, liên quan cụ thể của nguồn chảy máu². Các loại tổn thương động mạch được mô tả trên chụp CLVT bao gồm chảy máu hoạt động (CMHĐ), giả phình động mạch (GPĐM) và thông động tĩnh mạch (TĐTM).

Trên thế giới và Việt Nam đã có các nghiên cứu về giá trị của CLVT đa dãy trong chẩn đoán tổn thương động mạch ở bệnh nhân chấn thương tạng đặc và khung chậu, tuy nhiên các nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào tổn thương CMHĐ và trên các tạng đặc và khung chậu riêng lẻ, giá trị của CLVT trong chẩn đoán các tổn thương khác như GPĐM, TĐTM được đưa ra trong rất ít nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhằm mục đích đánh giá các giá trị của CLVT đa dãy trong quá trình chẩn đoán chấn thương động mạch của bệnh nhân chấn thương tạng đặc và khung chậu có đối chiếu với chụp mạch số hóa xóa nền (DSA).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Các bệnh nhân bị chấn thương tạng đặc và khung chậu được chụp CLVT có các tổn thương động mạch và được chụp DSA tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 7/2020 đến 7/2022, hồ sơ có đầy đủ thông tin nghiên cứu. Các trường hợp chụp CLVT không đúng kỹ thuật, không được can thiệp mạch và thiếu thông tin trong hồ sơ không được đưa vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. Kỹ thuật CLVT được thực hiện thống nhất theo quy trình của khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Kỹ thuật được tiến hành trên máy cắt lớp vi tính 16 dãy (Optima 2019, GE Healthcare, Milwaukee, WI, Hoa Kỳ), thông số quét 120kV, 175mA, cắt từ trên vòm hoành đến mẫu chuyển lớn với các lát cắt axial độ dày 5mm, tái tạo trên các mặt phẳng axial, coronal và sagittal với bề dày 0,625mm, thuốc cản quang sử dụng loại iod tan trong nước (Xenetix 350, Guerbet, Villepinte, Pháp), liều lượng 1,5ml/kg, tốc độ 3ml/s, sử dụng bơm tiêm điện (OptiOne, Mallinckrodt, Hoa Kỳ). Phim chụp được tiến hành ở thì trước tiêm, thì động mạch (25-30s), thì tĩnh mạch cửa (60-70s). Tái tạo hình ảnh theo 3 bình diện axial, coronal và sagittal, có dựng hình đánh giá mạch máu.

Quy trình, phương pháp thu thập số liệu.

Thu thập các thông tin về đặc điểm của mẫu nghiên cứu bao gồm các thông tin về tuổi, loại tổn thương, hình thái của tổn thương động mạch.

Hình ảnh CLVT được phân tích độc lập bởi 02 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm trên 5 năm tiến hành đọc có sự đồng thuận cao, được làm mù thông tin bệnh nhân và kết quả DSA. CMHĐ được định nghĩa là hình ảnh thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng mạch, không rõ ranh giới trong thì động mạch, có sự thay đổi về hình thái, kích thước và tỷ trọng trong thì tĩnh mạch cửa² (Hình 1a, b). GPĐM được định nghĩa là hình tăng tỷ trọng nằm ngoài lòng mạch, ranh giới rõ, hình tròn hoặc hình bầu dục trong thì động mạch, không có sự thay đổi về hình thái nhưng có thay đổi về kích thước và tỷ trọng trong thì tĩnh mạch² (Hình 2a, b). TĐTM được định nghĩa là một kết nối trực tiếp giữa các động mạch và tĩnh mạch, hình ảnh tĩnh mạch dẫn lưu giãn và hiện hình sớm ở thì động mạch³ (Hình 3a, b).

Hình ảnh DSA được phân tích độc lập bởi một bác sĩ can thiệp mạch với 10 năm kinh nghiệm và không biết kết quả chụp CLVT. CMHĐ được định nghĩa là sự xuất hiện của thoát thuốc cản quang với hình dạng không xác định, lan rộng ra xung quanh theo thời gian (Hình 1c).

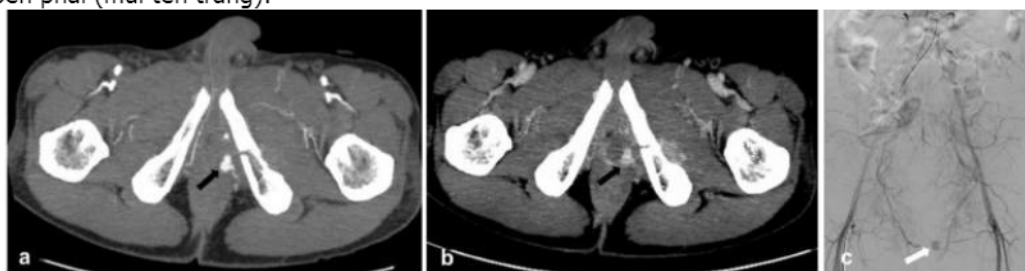
GPDM được định nghĩa là sự xuất hiện thoát thuốc cản quang có hình tròn hoặc hình bầu dục, bờ rõ (Hình 2c). TĐTM được định nghĩa là sự đổ

đầy sớm của tĩnh mạch dẫn lưu bị giãn trong thì động mạch (Hình 3c).



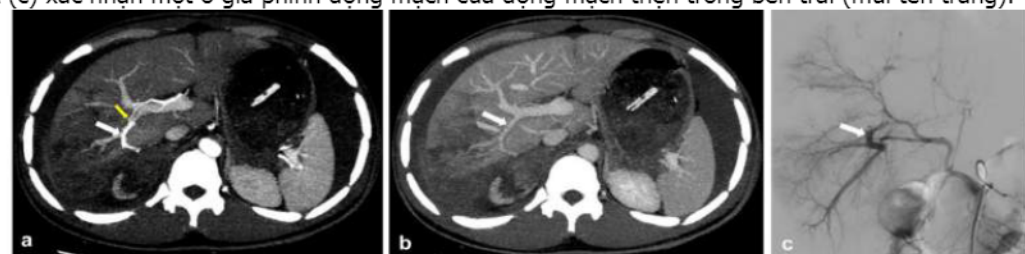
Hình 1: Chảy máu hoạt động ở bệnh nhân nam 17 tuổi chấn thương khung chậu

Một ổ thoát thuốc cản quang ở thì động mạch (mũi tên đen hình a) lan rộng ra xung quanh ở thì tĩnh mạch cửa (mũi tên đen hình b). Hình ảnh DSA (c) cho thấy ổ chảy máu hoạt động từ động mạch bị bên phải (mũi tên trắng).



Hình 2: Giả phình động mạch ở một bệnh nhân nam 50 tuổi bị chấn thương khung chậu

Hình ảnh thì động mạch (a) cho thấy một ổ giả phình động mạch hình bầu dục, ranh giới rõ (mũi tên đen) và thì tĩnh mạch (b) cho thấy sự thay đổi về tỷ trọng của tổn thương (mũi tên đen), hình ảnh DSA (c) xác nhận một ổ giả phình động mạch của động mạch thận bên trái (mũi tên trắng).



Hình 3: Một ổ thông động tĩnh mạch ở bệnh nhân nam 17 tuổi chấn thương gan độ IV

Hình ảnh thì động mạch (a) cho thấy nhánh phân thùy sau của tĩnh mạch cửa phải ngấm thuốc mạnh như động mạch gan thì động mạch (mũi tên trắng), đến thì tĩnh mạch cửa (b) đồng tỷ trọng với thân tĩnh mạch cửa. Hình ảnh thì động mạch (a) cho thấy vị trí thông trực tiếp giữa động mạch gan phải và nhánh phân thùy sau của tĩnh mạch cửa phải (mũi tên vàng). Hình ảnh DSA (c) xác nhận ổ thông động tĩnh mạch giữa động mạch gan phải và nhánh phân thùy sau của tĩnh mạch cửa phải (mũi tên trắng).

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0 (IBM Corp, Armonk, New York, Hoa Kỳ). Giá trị của của CLVT trong

chẩn đoán tổn thương động mạch được xác định bằng cách đánh giá độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên đoán dương tính (PPV) và giá trị tiên đoán âm tính (NPV), so sánh với kết quả DSA được coi là tiêu chuẩn vàng. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, được kiểm định bằng phép kiểm định Mann-whitney U test. Các biến định tính được kiểm định bằng phép kiểm định Chi-Square Tests, Fisher's Exact Test có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành hồi cứu không ảnh hưởng đến quyền lợi và sức khỏe của bệnh nhân. Các thông

tin về hồ sơ bệnh án và hình ảnh được chúng tôi bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi có 98 BN chấn thương tạng đặc, 30 BN chấn thương khung chậu, 3 BN chấn thương cả tạng đặc và khung chậu. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi sẽ gồm

101 BN chấn thương tạng đặc và 33 BN chấn thương khung chậu.

Trong nghiên cứu độ tuổi bệnh nhân từ 6 đến 93 tuổi (trung bình $38,9 \pm 17,96$ tuổi). Vị trí tổn thương hay gặp nhất là gan chiếm 40,1%, khung chậu chiếm 24,1%, lách chiếm 21,9%, ít nhất là thận chiếm 13,9%.

Bảng 1: Các loại tổn thương động mạch trên CLVT

Loại tổn thương	Tạng đặc		Khung chậu		P
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Chảy máu hoạt động	52	45,2	23	65,7	0,003
Giả phình động mạch	56	48,7	11	31,4	0,072
Thông động tĩnh mạch	7	6,1	1	2,9	0,456
Tổng	115	100%	35	100%	

**Kiểm định Chi-Square Tests*

Nhận xét:

- Có tổng số 150 tổn thương động mạch quan sát được trên CLVT, trong đó tổn thương CMHĐ hay gặp nhất với 75/150 tổn thương chiếm 50,6%, tổn thương GPĐM có 67/150 tổn thương chiếm 44,1%, có 8/150 chiếm 5,3 % thông động tĩnh mạch.

- Nhóm tạng đặc tổn thương động mạch gặp nhiều nhất là GPĐM chiếm 48,7%, sau đó đến

CMHĐ chiếm 45,2%, thấp nhất là TĐTM chiếm 6,1%.

- Nhóm khung chậu tổn thương động mạch gặp nhiều nhất là CMHĐ chiếm 65,7% sau đó đến GPĐM chiếm 31,4%, thấp nhất là TĐTM chiếm 2,9%.

- Sự khác biệt về tổn thương CMHĐ trên CLVT giữa hai nhóm khung chậu và tạng đặc có ý nghĩa thống kê với $p=0,033$.

Bảng 2: Giá trị CLVT trong chẩn đoán tổn thương động mạch trên nhóm chấn thương khung chậu

Loại tổn thương	CLVT	DSA		Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	PPV (%)	NPV (%)	P
		Có	Không					
Chảy máu hoạt động	Có	22	1	84,6	90,9	95,7	71,4	<0,001 ^a
	Không	4	10					
Giả phình động mạch	Có	7	4	77,8	85,7	63,6	92,3	<0,001 ^a
	Không	2	24					
Thông động tĩnh mạch	Có	1	0	50	100	100	97,2	0,054 ^b
	Không	1	35					

**a: Kiểm định Chi-Square Tests; *b: Kiểm định Fisher's Exact Tests*

- Các giá trị chẩn đoán của CLVT để chẩn đoán chảy máu hoạt động, giả phình động mạch thông động tĩnh mạch trên nhóm chấn thương khung chậu: Độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên đoán dương tính (PPV), giá trị tiên đoán âm tính (NPV) lần lượt là 84,6%, 90,9%, 95,7%, 71,4% với CMHĐ và 77,8%, 85,7%, 63,6%,

92,3% với GPĐM và 50%, 100%, 100%, 97,2% với TĐTM.

- Sự khác biệt về các tổn thương động mạch CMHĐ, GPĐM ở nhóm khung chậu giữa nhóm có tổn thương trên DSA và nhóm không có tổn thương trên DSA có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$.

Bảng 3: Giá trị CLVT trong chẩn đoán tổn thương động mạch trên nhóm chấn thương tạng đặc

**Kiểm định Chi-Square Tests*

Loại tổn thương	CLVT	DSA		Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	PPV (%)	NPV (%)	P
		Có	Không					
Chảy máu hoạt động	Có	46	6	92	91,2	88,5	93,9	<0,001
	Không	4	62					
Giả phình động mạch	Có	49	7	90,7	89,1	87,5	91,9	<0,001
	Không	5	57					
Thông động tĩnh mạch	Có	7	0	77,8	100	100	98,2	<0,001
	Không	2	109					

- Các giá trị chẩn đoán của CLVT để chẩn đoán chảy máu hoạt động, giả phình động mạch thông động tĩnh mạch trên nhóm chấn thương tạng đặc: Độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên đoán dương tính (PPV), giá trị tiên đoán âm tính (NPV) lần lượt là 92%, 91,2%, 88,5%, 93,9% với CMHĐ và 90,7%, 89,1%, 87,5%, 91,9% với GPĐM và 77,8%, 100%, 100%, 98,2% với TĐTM.

- Sự khác biệt về các tổn thương động mạch CMHĐ, GPĐM, TĐTM ở nhóm tạng đặc giữa nhóm có tổn thương trên DSA và nhóm không có tổn thương trên DSA có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi loại tổn thương động mạch hay gặp nhất trên CLVT là CMHĐ chiếm 50,6%, sau đó đến GPĐM chiếm 44,1% và thông động tĩnh mạch chiếm 5,3%. Tương tự với nghiên cứu của Hung cùng cộng sự⁴, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy với nhóm tạng đặc thì GPĐM chiếm 48,7% gặp nhiều hơn CMHĐ 45,2%. Nghiên cứu của Sims cho thấy 49% tổn thương CMHĐ và 51% tổn thương GPĐM⁵. Đối với nhóm khung chậu thì nghiên cứu của chúng tôi CMHĐ chiếm 65,7% gặp nhiều hơn so với GPĐM 31,4% cũng tương đồng với tác giả Đạo⁶ và Godt⁷. Nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả đều cho thấy tổn thương động mạch hay gặp nhất trong chấn thương tạng đặc và khung chậu là CMHĐ và GPĐM, tổn thương TĐTM ít gặp hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 07 tổn thương TĐTM ở tạng đặc và 01 tổn thương TĐTM ở khung chậu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi vị trí tổn thương gặp nhiều nhất ở gan 40,1% sau đó là khung chậu 24,1%, lách 21,9%, thận 13,9%. Trong đó có 6 bệnh nhân bị tổn thương hai cơ quan khác nhau gồm 01 bệnh nhân bị tổn thương động mạch ở gan và lách, 01 bệnh nhân bị tổn thương động mạch ở gan và thận, 02 BN tổn thương động mạch ở lách và thận, 3 bệnh nhân bị tổn thương động mạch ở gan và khung chậu. Nghiên cứu của Sims trên 65 bệnh nhân chấn thương bụng chậu có tổn thương động mạch cho thấy vị trí phổ biến nhất là khung chậu 29% sau đó lách 28%, gan 18%⁵. Theo nghiên cứu của Murakami và cộng sự trên 125 bệnh nhân chấn thương bụng chậu tổn thương khung chậu chiếm 26%, lách 15,2%, gan 11,6%⁸. Nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả cho thấy tỷ lệ tổn thương mạch máu ở khung chậu và gan hay gặp.

Về giá trị CLVT trong chẩn đoán tổn thương động mạch ở nhóm chấn thương khung chậu. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán CMHĐ lần lượt là 84,6% và 90,9%. Một nghiên cứu phân tích tổng hợp của Dreizin trên 23 nghiên cứu, kết quả gộp chung cho thấy độ đặc hiệu của CLVT rất cao 90 - 96%, độ nhạy chỉ 66 - 90%⁹. Trong nghiên cứu của Đạo cho thấy độ nhạy chẩn đoán CMHĐ là 80%, độ đặc hiệu chỉ 62,5%⁶. Tuy nhiên nhìn chung, CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán tổn thương CMHĐ ở BN chấn thương khung chậu. Ngoài ra, hạ huyết áp và co thắt động mạch có thể là nguyên nhân làm cho sự thoát thuốc khỏi lòng mạch không quan sát thấy trên CLVT, do đó không thể khẳng định không có CMHĐ trong trường hợp không thấy thoát thuốc. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán GPĐM ở nhóm chấn thương khung chậu trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 77,8% và 85,7% tương đồng nghiên cứu của Đạo độ nhạy 77,8%, độ đặc hiệu 93,5%⁶. Trong nghiên cứu của Godt và cộng sự⁷ chỉ có 1 BN thấy GPĐM trên CLVT và tổn thương này không thấy trên thì tĩnh mạch nhưng thấy trên thì động mạch và có 2 trường hợp GPĐM nằm ở vùng thoát thuốc nên bị bỏ sót bởi sự tương phản. Và cũng có thể do GPĐM rất ít gặp ở bệnh nhân vỡ khung chậu, chỉ một số trường hợp đã được báo cáo dạng ca bệnh, tuy nhiên điều trị GPĐM rất quan trọng để ngăn ngừa xuất huyết muộn. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ nhạy trong chẩn đoán TĐTM không cao 50%, nhưng độ đặc hiệu rất cao 100%.

Về giá trị của CLVT trong chẩn đoán tổn thương động mạch ở tạng đặc. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán CMHĐ lần lượt là 92% và 91,2%. Nghiên cứu của Hùng cùng cộng sự cho thấy độ nhạy chẩn đoán CMHĐ là 93,3%, độ đặc hiệu 97,7%⁴. Nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Hùng cùng cộng sự⁴ cho thấy CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán tổn thương CMHĐ ở BN chấn thương tạng đặc. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán GPĐM trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 90,7% và 89,1% tương đồng nghiên cứu của Hùng cùng cộng sự độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 75%⁴. Các nghiên cứu cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của GPĐM thấp hơn so với CMHĐ. Đối với độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT trong chẩn đoán thông động tĩnh mạch trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 77,8% và 100%. Nghiên cứu của tác giả Hung cho thấy độ nhạy và độ

đặc hiệu trong chẩn đoán TĐTM là 66,7% và 100%. Nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Hung cho thấy độ nhạy trong chẩn đoán thông động tĩnh mạch trên CLVT là thấp tuy nhiên độ đặc hiệu cao. Thông động tĩnh mạch là một tổn thương mạch máu hiếm gặp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao để chẩn đoán CMHĐ ở cả hai nhóm tạng đặc và khung chậu nhưng thấp trong chẩn đoán GPĐM ở nhóm khung chậu. Tuy nhiên CLVT cho thấy độ nhạy thấp trong chẩn đoán TĐTM ở cả hai nhóm tạng đặc và khung chậu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Muckart D, J Pillay, B Hardcastle, et al. Vascular injuries following blunt polytrauma. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2014;40(3):315-322. doi: 10.1007/s00068-014-0382-y
2. Baghdanian AH, Armetta AS, Baghdanian AA, et al. CT of Major Vascular Injury in Blunt Abdominopelvic Trauma. *Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc.* 2016;36(3):872-890. doi: 10.1148/rg.2016150160
3. Robinson JD, Sandstrom CK, Lehnert BE, et al. Imaging of Blunt Abdominal Solid Organ

- Trauma. *Seminars in roentgenology*. 2016; 51(3):215-229. doi: 10.1053/j.ro.2015.12.003.
4. Duy Hung N, Minh Duc N, Van Sy T et al. The role of computed tomography in arterial injury evaluation in solid organ trauma. *Clinical therapeutics*. 2020;171:528-533. doi: 10.7417/CT.2020.2268
 5. Sims ME, Shin LK, Rosenberg Jea. Multidetector computed tomography of acute vascular injury in blunt abdominal/pelvic trauma: imaging predictors of treatment. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2011; 37(5):525-532. doi: 10.1007/s00068-011-0075-8.
 6. Trương Quang Đạo. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán tổn thương động mạch ở bệnh nhân chấn thương khung chậu. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
 7. Godt JC, Eken T, Schulz A, et al. Do we really need the arterial phase on CT in pelvic trauma patients? *Emerg Radiol*. Feb 2021;28(1):37-46. doi: 10.1007/s10140-020-01820-2
 8. Murakami AM, Anderson SW, Soto JA, et al. Active extravasation of the abdomen and pelvis in trauma using 64MDCT. *Emergency Radiology*. 2009;16(5):375-382. doi:doi: 10.1007/s10140-009-0802-1
 9. Dreizin D, Liang Y, Dent J, et al. Diagnostic value of CT contrast extravasation for major arterial injury after pelvic fracture: A meta-analysis. *The American journal of emergency medicine*. Nov 2020;38(11):2335-2342. doi:10.1016/j.ajem.2019.11.038

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỀ TIÊM AN TOÀN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG, NĂM 2021

Trần Thị Lý¹, Lê Văn Nhân², Nguyễn Thanh Hà³, Đào Văn Dũng^{4,5}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiêm không an toàn có thể gây lây nhiễm nhiều loại tác nhân gây bệnh khác nhau như vi rút, vi khuẩn, nấm, và ký sinh trùng, đồng thời cũng có thể gây các biến chứng khác như áp-xe và phản ứng nhiễm độc. **Mục tiêu:** Mô tả kiến thức và thực hành về tiêm an toàn của nhân viên y tế (NVYT) Bệnh viện Mắt Trung ương. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang, nghiên cứu định lượng. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập thông tin từ 323 nhân viên y tế (NVYT), Bệnh viện Mắt Trung ương thông qua phát vấn bằng phiếu

và bảng kiểm quan sát. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ NVYT có kiến thức về thực hiện quy tắc vệ sinh hô hấp đạt 72,4%. Tỷ lệ NVYT thực hành tiêm an toàn đạt trên 92%.

Từ khóa: Kiểm soát nhiễm khuẩn, yếu tố liên quan, nhân viên y tế

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE ON SAFE INJECTIONS OF HEALTH STAFFS AT THE NATIONAL EYES HOSPITAL, IN 2021

Background: Unsafe injections can infect a variety of pathogens such as viruses, bacteria, fungi, and parasites, and can also cause other complications such as abscesses and toxic reactions and anaphylaxis.

Objectives: Describe the knowledge and practice on safe injection of medical staff at the National Eye Hospital. **Methods:** Cross-sectional survey, quantitative research. **Results:** This study collected information from 323 health workers (NVYT), National Eye Hospital through questionnaires and observation checklist. The research results show that, rate of health workers with knowledge on safe injection

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Đại học Văn Hiến

³Viện Súc khỏe cộng đồng

⁴Bệnh viện Mắt Trung ương

⁵Trường đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lý

Email: ly13021984@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023