

với phần lớn trẻ nặng > 1500g (90,8%). Tỷ lệ trẻ sơ sinh có trọng lượng nhỏ hơn tuổi thai ở nhóm đơn thai 26,7% và đa thai là 30%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Turner, J. A. (2010), "Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update", Int J Womens Health. 2, pp. 327-37.
2. Tài, Ngô Văn (2001), Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng trong nhiễm độc thai nghén, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Muto, Haruka, et al. (2016), "Risk assessment of hypertensive disorders in pregnancy with maternal characteristics in early gestation: A single-center cohort study". 55(3), pp. 341-345.
4. Trương Thị Linh (2017), nghiên cứu giá trị của siêu âm doppler trong tiên lượng tình trạng sức khỏe của thai ở thai phụ tiền sản giật, Trường Đại học Y dược - Đại học Huế.
5. Murphy, Deirdre J and Stirrat, Gordon M (2000), "Mortality and morbidity associated with early-onset preeclampsia", Hypertension in pregnancy. 19(2), pp. 221-231.
6. Tê, Bộ Y (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa.
7. Duyệt, Phan Trường (1994), Nhiễm độc thai nghén, Tài liệu học tập, Vol. 994, Viện BVBM TSS.
8. Ngô Thị Uyên (2014), Nghiên cứu sự phát triển cân nặng, chiều dài, vòng đầu của trẻ sơ sinh tương ứng với tuổi thai từ 28-42 tuần, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH CHE PHỦ KHUYẾT PHẦN MỀM BẰNG PHƯƠNG PHÁP GHÉP DA MỎNG CỐ ĐỊNH BẰNG HỆ THỐNG HÚT ÁP LỰC ÂM

Hoàng Tuấn Anh^{1,2}, Phan Văn Tân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nguyên nhân thất bại thường gặp trong phương pháp ghép da mỏng che phủ tổn khuyết da lớn là: tu máu hoặc tu dịch dưới da ghép, nhiễm trùng và lực căng kéo trên nền nhân da ghép. Xu hướng hiện nay cố định da ghép bằng VAC tỏ ra khắc phục các yếu tố nguy cơ này và cho kết quả tốt hơn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 18 bệnh nhân ghép da mỏng cố định bằng VAC, thời gian từ tháng 01/2023 tới 01/2024 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ sống trung bình của da ghép là 96,78% (93-99%), trong đó có 16/18 bệnh nhân (88,89%) có tỷ lệ da ghép sống trên 95%. Số ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 8,22 (3-19), không có bệnh nhân nào cần phẫu thuật ghép da bổ sung lần 2, không ghi nhận tình trạng tu huyết thanh, nhiễm trùng tại vùng ghép da. **Kết luận:** nghiên cứu của chúng tôi góp phần bổ sung bằng chứng vào quan điểm sử dụng VAC để cố định da ghép cho hiệu quả cao, rút ngắn thời gian điều trị.

Từ khóa: Ghép da mỏng, đặt VAC, cố định da ghép

SUMMARY

EVALUATING THE RESULT OF IMMOBLIZING SPLIT-THICKNESS SKIN GRAFT BY VACUUM - ASSISTED CLOSURE DEVICE

Introduction: Hematoma, infection and shear

forces of interface are the common causes of skin graft loss. Recently, immobilizing split-thickness skin graft by VAC has improved those conditions and provided better results. **Patients and methods:** A cross-sectional study in 18 patients who underwent split-thickness skin graft and VAC for immobilizing . from 01/2023 to 01/2024 at Hanoi Medical University hospital. **Results:** The average percent graft take was 96.78% (93-99%), with 16/18 patients (88.89%) have percent larger than 95%. The average hospitalization time post-surgery was 8.22 (3-19), none of the patients needed a second surgery, and none of the patients had infection or seroma complications. **Conclusion:** the results of our research contribute to the idea of utilizing VAC to immobilize split-thickness skin graft, which is effective and reduces hospitalization time and financial burden.

Keywords: Split-thickness skin graft, VAC, immobilizing skin graft.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp ghép da mỏng là kỹ thuật đơn giản, dễ áp dụng, thường được chỉ định tạo hình che phủ tổn khuyết phần mềm do nhiều cơ chế bệnh lý như chấn thương, bỏng, sau cắt bỏ các khối u, khi chỉ định đóng trực tiếp không có khả năng thực hiện do kích thước và vị trí giải phẫu của tổn khuyết. Phương pháp cố định da ghép truyền thống và phổ biến nhất sử dụng kỹ thuật băng ép da ghép qua hệ thống gạc mỡ, gạc ẩm và băng cố định.¹ Tuy nhiên tỷ lệ da ghép sống có thể giảm đi đáng kể khi da ghép không được cố định tốt vào nền nhân trong một khoảng thời gian đủ dài.^{2,3} Một số nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ sống của da ghép cố định bằng phương pháp truyền thống là 87-89%.^{4,5}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tuấn Anh

Email: tuananhcmfs@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

VAC bắt đầu được báo cáo từ những năm 1989 bởi các tác giả Argenta và Morykwas. Cho tới nay, VAC được chứng minh có một số tác dụng: loại bỏ dịch phù nề giúp giảm hiện tượng rối loạn vi tuần hoàn trong giai đoạn viêm của quá trình liền thương, tăng cường cung cấp máu nuôi dưỡng, sức căng cơ học từ áp lực hút có tác dụng kích thích tổ chức hạt phát triển. Bên cạnh đó, lực hút cũng loại bỏ dịch ứ đọng và làm giảm vi khuẩn ở vết thương, thu nhỏ diện tích vết thương.⁶ Năm 2008, hiệp hội chăm sóc vết thương thế giới công bố đồng thuận về các ứng dụng của phương pháp hút VAC, với các chỉ định bao gồm loét bàn chân đái tháo đường, loét tì đè, tổn khuyết phức tạp chi dưới, các tổn khuyết do vết thương cấp tính, chậm liền vết mổ xương ức, điều trị bỏng ở giai đoạn cấp tính.^{7,8} Hiệp hội chăm sóc vết thương thế giới khuyến cáo lựa chọn VAC là lựa chọn đầu tay để cố định da ghép.^{3,9} Chúng tôi triển khai đề tài: *Đánh giá kết quả tạo hình che phủ khuyết phần mềm chi thể bằng phương pháp ghép da mỏng cố định bằng phương pháp hút áp lực âm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 18 bệnh nhân, bị khuyết phần mềm không lộ gân xương mạch máu, kích thước lớn không đủ da dày, lựa chọn da mỏng.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: bệnh lý làm suy giảm quá trình liền thương như các bệnh lý tự miễn, sử dụng corticoid hoặc các thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị, dị ứng với chất liệu VAC.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 01 năm 2024. Những biến số được đưa vào nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, nguyên nhân tổn thương, bệnh lý kèm theo, kích thước tổn thương, thời gian chăm sóc vết thương trước hút VAC, độ dày da ghép, áp suất và chế độ hút VAC, thời gian cố định VAC, tỉ lệ da ghép sống, thời gian nằm viện trung bình, biến chứng...

Sau khi chuẩn bị nền nhận, da ghép được lấy bằng dao hơi (GB 231 – Aesculap), cài đặt độ dày 0.2 mm. Tùy vào diện tích cần sử dụng, có thể đục lỗ da ghép bằng dao số 15 hoặc cán mắt lưới bằng thớt. Cố định da ghép bằng stapler/chỉ khâu. Phủ một lớp gạc mỡ chống dính Urgotul lên da ghép, phủ VAC cố định, đặt chế độ hút liên tục -125 mmHg (CuraVAC, CGBIO, Korea) (Hình 1). Nơi cho da ghép bằng cố định gạc 3 lớp, lớp trong cùng gạc mỡ, lớp giữa gạc ẩm, lớp ngoài gạc khô. Hệ thống hút VAC được tháo vào ngày thứ 5 sau mổ.

Diện tích da ghép sống được đo bằng tấm đo diện tích có đơn vị 1 cm², với những hình có

hình dạng đặc trưng như hình vuông, chữ nhật, ellipse, diện tích được đo theo các công thức hình học. Các biến chứng như tu máu, nhiễm trùng được ghi nhận tại thời điểm tháo da ghép. Thời gian liền thương hoàn toàn được tính dựa vào ngày tổn thương biểu mô hóa hoàn toàn, bệnh nhân chuyển từ thay băng sang bôi các chế phẩm dưỡng ẩm chăm sóc sẹo.



Hình 1: Minh họa kĩ thuật ghép da mỏng đặt VAC. Bệnh nhân Đ.V.T, mã hồ sơ 2401094075

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian 12 tháng, có 18 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Nguyên nhân tổn thương chủ yếu do tai nạn giao thông, chiếm 61%. Vị trí tổn thương chính nằm ở vùng chi thể. Chúng tôi phân loại diện tích tổn khuyết theo 3 mức nhỏ (dưới 50 cm²), trung bình (từ 50-200 cm²) và lớn (trên 200 cm²), với số bệnh nhân tương ứng là 5, 3 và 10.

Có 7/18 bệnh nhân cần trải qua 1 lần phẫu thuật cắt lọc tổ chức hoại tử và đặt VAC để chuẩn bị nền nhận tốt hơn cho da ghép. Để tăng diện tích và hạn chế tụ dịch, da ghép được đục lỗ bằng dao 15, không có trường hợp nào cần sử dụng thớt cán da. Tỉ lệ sống trung bình của da ghép là 96.78% (93-99%), trong đó có 16/18 bệnh nhân (88.89%) có tỉ lệ da ghép sống trên 95% (Hình 2). Diện tích da ghép trung bình là 305.81 cm², trong đó có 10/18 bệnh nhân (55.7%) có tổn khuyết rộng trên 200cm². Số ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 8.22 (3-19), không có bệnh nhân nào cần phẫu thuật ghép da bổ sung lần 2.





Hình 2: Kết quả gắn và xa sử dụng VAC cố định da ghép

A: tổn thương trước mổ. B: ghép da nền nhân. C: Da ghép bám nền 99% ngay sau tháo VAC. D: theo dõi xa sau 1 năm. Bệnh nhân T.V.B, mã hồ sơ 2212142229

Có 3/18 (16.67%) ghi nhận có tình trạng tụ máu diện tích nhỏ dưới da ghép và đều được chăm sóc liền thương tốt hậu phẫu. Không ghi nhận tình trạng tụ huyết thanh, nhiễm trùng tại vùng ghép da. Khi theo dõi xa với thời gian trung bình 9 tháng, có 5 bệnh nhân bị sẹo phì đại và 3 bệnh nhân bị sẹo lõm, nằm ở mép da ghép. Tại nơi cho da ghép, có 6/18 (33.33%) bệnh nhân bị sẹo phì đại nơi cho.

IV. BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây, liệu pháp hút áp lực âm đã ứng dụng rộng rãi vào chuyên ngành phẫu thuật tạo hình. Bên cạnh khả năng hỗ trợ mô hạt, đẩy nhanh quá trình liền thương, VAC cũng cho thấy là chất liệu lý tưởng để cố định da ghép. Tại các nước phát triển, VAC được chỉ định rộng rãi để cố định da ghép.⁷ Tuy nhiên, tại các đất nước đang phát triển như Việt Nam, nhiều phẫu thuật viên vẫn còn cân nhắc khi lựa chọn VAC để cố định da ghép, với lo lắng về chi phí tăng thêm khi sử dụng VAC và hiệu quả thực tế có cao hơn phương pháp cố định truyền thống. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu, để trả lời các câu hỏi về hiệu quả điều trị và hiệu quả kinh tế của chỉ định sử dụng VAC cố định da ghép.

Về tỉ lệ sống của da ghép, kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 96.78%, tương đồng với kết quả một số tác giả khác đã công bố như Ciaoling Cao 97.6%, Chou 98.5%.¹⁰ Tỉ lệ này cao hơn so với tỉ lệ sống chung khi cố định bằng gối gác là 87.5% theo nghiên cứu của Petkar.⁵ Đặc biệt, tại vị trí khó cố định như khớp vận động, da ghép đạt tỉ lệ sống tương đồng với các vùng khác, và cao hơn so với cố định bằng gối gác thường là 81.7% trong nghiên cứu của Ciaoling Cao. Theo chúng tôi, sử dụng VAC cho tỉ lệ da ghép sống cao hơn vì một số nguyên nhân. Thứ nhất, lớp

xốp của VAC có khả năng bám ép chặt moi bề mặt tổn thương, phân bố đều lực ép lên các vị trí ghép. Thứ hai, VAC có khả năng hút bỏ máu và dịch tiết giữa da ghép và nền nhân, tăng khả năng tiếp xúc và thẩm thấu nuôi dưỡng da ghép. Thứ ba, sau khi ổn định, hệ thống VAC cố định chặt, gọn, giảm tỉ lệ bong da ghép do giằng xé.

Về tỉ lệ biến chứng, có 3/18 bệnh nhân bị tụ máu diện tích nhỏ và đều chăm sóc liền thương thì hai. Có 5/18 bệnh nhân bị sẹo phì đại tại nơi nhận, chủ yếu tại vị trí vận động. 6/18 bị sẹo phì đại tại nơi cho. Với chủng tộc người châu Á, tỉ lệ hình thành sẹo phì đại tại nơi cho và mép da ghép vẫn còn khá cao. Để giảm tỉ lệ này, chúng tôi đang áp dụng kết hợp các phương pháp băng áp lực, miếng dán corticoid và các chế phẩm silicone.

Về thời gian nằm viện sau tháo da ghép, kết quả chúng tôi là 8.22 ngày. Trong thực hành lâm sàng, rõ ràng khi tỉ lệ da ghép sống cao, bệnh nhân có thể ra viện sớm, giảm chi phí điều trị và nhân lực chăm sóc. Hiện nay, chi phí đặt VAC tại cơ sở chúng tôi là từ 70-90\$, và nếu thời gian liền thương nhanh, bệnh nhân có thể sớm phục hồi chức năng và lao động, không cần nhân lực hỗ trợ chăm sóc, không tốn nhiều chi phí thay băng hậu phẫu, thì hiệu quả kinh tế là rõ ràng với phương pháp cố định bằng VAC.

Nghiên cứu chúng tôi có một số hạn chế. Việc thiết kế nghiên cứu chưa có nhóm chứng làm giảm khả năng phân tích số liệu và đưa ra các kết luận thuyết phục. Độ tuổi bệnh nhân đa dạng với nhiều cơ chế bệnh lý khác nhau, có thể ảnh hưởng một phần tới khả năng liền thương. Nhiều chỉ số có thể đánh giá thêm, tuy nhiên do thiếu hụt số liệu trong thu thập số liệu, chúng tôi chưa thể phân tích và đánh giá

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi góp phần bổ sung bằng chứng vào quan điểm sử dụng VAC để cố định da ghép cho hiệu quả cao. Chúng tôi cho rằng ở những đất nước đang phát triển, nên sử dụng VAC để rút ngắn thời gian điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Goto H, Yoshikawa S, Mori K, et al.** Retrospective evaluation of factors influencing successful skin grafting for patients with skin cancer of the foot. *J Dermatol.* 2017;44(9):1043-1045. doi:10.1111/1346-8138.13866
- Yin Y, Zhang R, Li S, Guo J, Hou Z, Zhang Y.** Negative-pressure therapy versus conventional therapy on split-thickness skin graft: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg.* 2018;50:43-48. doi:10.1016/j.ijsu.2017.12.020
- Nakamura Y, Fujisawa Y, Ishitsuka Y, et al.**

- Negative-pressure closure was superior to tie-over technique for stabilization of split-thickness skin graft in large or muscle-exposing defects: A retrospective study. *J Dermatol.* 2018; 45(10): 1207-1210. doi:10.1111/1346-8138.14536
4. **Scherer LA, Shiver S, Chang M, Meredith JW, Owings JT.** The Vacuum Assisted Closure Device: A Method of Securing Skin Grafts and Improving Graft Survival. *Arch Surg.* 2002;137(8). doi:10.1001/archsurg.137.8.930
 5. **Petkar KS, Dhanraj P, Kingsly PM, et al.** A prospective randomized controlled trial comparing negative pressure dressing and conventional dressing methods on split-thickness skin grafts in burned patients. *Burns.* 2011;37(6):925-929. doi:10.1016/j.burns.2011.05.013
 6. **Morykwas MJ, Argenta LC, Shelton-Brown EI, McGuirt W.** Vacuum-Assisted Closure: A New Method for Wound Control and Treatment: Animal Studies and Basic Foundation. *Ann Plast Surg.* 1997; 38(6): 553-562. doi:10.1097/00000637-199706000-00001
 7. **Vacuum Assisted Closure: Recommendations for Use.** *Int Wound J.* 2008; 5:iii-19. doi:10.1111/j.1742-481X.2008.00537.x
 8. **Kantak NA, Mistry R, Varon DE, Halvorson EG.** Negative Pressure Wound Therapy for Burns. *Clin Plast Surg.* 2017;44(3):671-677. doi:10.1016/j.cps.2017.02.023
 9. **Mujahid A, Khalid F, Ali N, Sajjad Y, Khan H, Tarar M.** Vacuum-assisted Closure in Integration of Skin Graft Over Scalp Wounds: A Randomised Control Trial. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2020;30(02):163-167. doi:10.29271/jcpsp.2020.02.163
 10. **Cao X, Hu Z, Zhang Y, et al.** Negative-Pressure Wound Therapy Improves Take Rate of Skin Graft in Irregular, High-Mobility Areas: A Randomized Controlled Trial. *Plast Reconstr Surg.* 2022; 150 (6): 1341-1349. doi:10.1097/PRS.0000000000009704

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT RÚT NGẮN CÂN CƠ NÂNG MI TRÊN ĐIỀU TRỊ SỤP MI TẠI BỆNH VIỆN MẮT NGHỆ AN

Trần Tất Thắng¹, Phạm Văn Minh¹,
Nguyễn Thùy Dung¹, Lê Văn Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sụp mi bằng phương pháp rút ngắn cân cơ nâng mi trên tại Bệnh viện Mắt Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 25 mắt bệnh nhân sụp mi được phẫu thuật rút ngắn cân cơ nâng mi trên tại bệnh viện Mắt Nghệ An từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Kết quả chung sau nghiên cứu của chúng tôi đạt 96,0%, dựa trên các tiêu chí về chức năng và thẩm mỹ; Chiều cao khe mi trong nghiên cứu của chúng tôi tăng từ trung bình 7,4 mm lên 9.2 mm sau phẫu thuật 1 tuần, 9.3 mm sau phẫu thuật 1 tháng và 9.4 mm sau phẫu thuật 3 tháng, kết quả này có ý nghĩa thống kê. Chỉ số MRD1 trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt đáng kể so với thời điểm trước mổ, tăng từ 1,52 mm đến 3,30 mm và tiếp tục tăng tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng, (p < 0,05); Sau thời gian 1 tháng và 3 tháng theo dõi, không còn mắt nào hở cứng mạc khi nhìn xuống, không ghi nhận trường hợp nào có mắt đồng vận mi mắt nhân cầu sau thời gian theo dõi 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Sau 1 tháng tỉ lệ rất hài lòng tăng lên 96,0% và giữ nguyên sau 3 tháng.

Từ khóa: sụp mi, rút ngắn cơ nâng mi, MRD1.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF EXTERNAL LEVATOR RESECTION FASCIA OF THE UPPER EYELID AT NGHE AN EYE HOSPITAL

Objectives: Evaluating the results of external levator resection fascia of the upper eyelid at Nghe An Eye Hospital **Subjects and methods:** Uncontrolled clinical intervention study on 25 eyes of ptosis patients, external levator resection fascia of the upper eyelid at Nghe An Eye Hospital from January 2023 to October 2023 **Results:** The overall result after our study reached 96.0%, based on functional and aesthetic criteria. alpebrall height in our study increased from an average of 7.4 mm to 9.2 mm 1 week after surgery, 9.3 mm 1 month after surgery and 9.4 mm 3 months after surgery, this result is statistically significant. The MRD1 index in our study had a significant difference compared to the time before surgery, increasing from 1.52 mm to 3.30 mm and continued to increase at 1 month and 3 months after surgery, (p < 0.05); After 1 month and 3 months of follow-up, no eyes had bare sclera when looking down, and no cases asynergy were recorded after 1 week, 1 month and 3 months of follow-up. After 1 month, the very satisfied rate increased to 96.0% and remained the same after 3 months.

Keywords: blepharoptosis; external levator resection, Margin reflex distance 1.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật sụp mi được chỉ định nhằm mục đích giải phóng trục thị giác và nhu cầu thẩm mỹ [1]. Phẫu thuật cắt ngắn cơ nâng mi được coi là

¹Bệnh viện Mắt Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thắng

Email: thangmatna@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024