

chẩn đoán sót rau. Bên cạnh đó chúng tôi cũng ghi nhận có 17 trường hợp (11,5%) có hình ảnh khối lệch góc, đây là những trường hợp gây khó khăn trong chẩn đoán cũng như điều trị do khối rau sót nằm ở vị trí khó can thiệp cũng như khó quan sát để bỏ sót trên siêu âm [2], [3], [4], [5].

Bên cạnh hình ảnh siêu âm thì xét nghiệm β hCG cũng có giá trị khi có tới 80% các trường hợp có lượng β hCG > 5 ui/ml. Tuy nhiên trong chẩn đoán cũng cần thận trọng vì 20% các trường hợp β hCG âm tính nhưng vẫn là sót rau.

Về biểu hiện nhiễm trùng hầu hết bệnh nhân không có biểu hiện sốt (99,3%). Tỷ lệ bệnh nhân có lượng Bạch cầu > 10000 G/l chỉ chiếm 13,7% và tỷ lệ CRP >6 chỉ chiếm 9,5%. Như vậy biểu hiện nhiễm trùng không phải là triệu chứng có giá trị để chẩn đoán sót rau.

V. KẾT LUẬN

Sau nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 150 bệnh nhân sót rau chúng tôi nhận thấy hai triệu chứng chính để chẩn đoán sót rau là rong huyết và siêu âm có khối

trong buồng tử cung. Cần phải lưu ý đến nhóm bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng chiếm 14%. Tỷ lệ sót rau sau mổ lấy thai là 7,3% còn cao so với tỷ lệ chung trên thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Phụ sản** (2014), Bài giảng sản phụ khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **P. Brook (last), M. Curley, và B. Sutton.** Evidence-Based Reporting of Suspected Retained Products of Conception Following Miscarriage or Termination of Pregnancy. .
3. **Maslovitz S., Almog B., Mimouni G.S. và cộng sự.** (2004). Accuracy of Diagnosis of Retained Products of Conception After Dilation and Evacuation. J Ultrasound Med, 23(6), 749–756.
4. **Esmaellou H., Jamal A., Eslamian L. và cộng sự.** (2015). Accurate Detection of Retained Products of Conception after First- and Second-trimester Abortion by Color Doppler Sonography. J Med Ultrasound, 23(1), 34–38.
5. **Abbasi S., Jamal A., Eslamian L. và cộng sự.** (2008). Role of clinical and ultrasound findings in the diagnosis of retained products of conception. Ultrasound Obstet Gynecol, 32(5), 704–707.

ĐÓNG TRỰC TIẾP TRÌ HOÃN SAU PHẪU THUẬT MỞ CÂN CẰNG CHÂN: MỘT TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG TỔN KHUYẾT RỘNG

Hoàng Tuấn Anh^{1,2}, Phan Văn Tân²

Từ khóa: mở cân cẳng chân, kéo ép liên tục, đóng trực tiếp trì hoãn

SUMMARY

DELAYED PRIMARY CLOSURE AFTER FASCIOTOMY: A LARGE DEFECT CASE REPORT

Patients usually have large defects after fasciotomy of the extremities. By far, there are two main treatments for this defect: skin graft and delayed primary closure. Surgeons need to evaluate the characteristics of defect and patients's condition before indicating a delayed primary closure method. We present a case of 42 year old male patient, with traumatic brain injury and hypertension history. At the left thigh, there was a 30x7 cm defect. Medial and lateral calf defects were 24x8 and 25x6 cm respectively. Nylon suture and plastic buttons were used to design a traction system. Patient underwent 2 surgeries in 14 days. The results were excellent at 6-months follow-up. Conclusion: Delayed primary closure after fasciotomy has several advantages: simple, economical and requires a short learning curve. However, appropriate patient selection based on patient's overall condition and defect width/circumference ratio are essential for optimal results. **Keywords:** fasciotomy, continuous traction, delayed primary closure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TÓM TẮT

Mở cân cẳng chân giải phóng chèn ép khoang thường để lại tổn khuyết rộng vùng chi thể. Hai phương pháp tạo hình che phủ chính bao gồm ghép da, đóng trực tiếp có trì hoãn. Lựa chọn phương pháp đóng trực tiếp có trì hoãn cần dựa trên đặc điểm tổn khuyết và thể trạng từng bệnh nhân. Chúng tôi trình bày ca lâm sàng bệnh nhân nam 42 tuổi, tiền sử chấn thương sọ não, tăng huyết áp, khuyết phần mềm đùi kích thước 30x7, và cẳng chân trái mặt trong và mặt ngoài kích thước 24x8 và 25x6cm. Sử dụng hệ thống chỉ nylon và cúc, tổn khuyết đã được đóng trực tiếp toàn bộ sau 2 lần phẫu thuật với tổng thời gian 14 ngày. Khám lại sau 6 tháng cho thấy kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ. Kết luận: phương pháp đóng trì hoãn sau mở cân cẳng chân cho thấy nhiều ưu điểm: đơn giản, an toàn, chi phí thấp với chất liệu sẵn có. Tuy nhiên, chỉ định cần dựa trên tình trạng toàn thân cũng như tỉ lệ chiều rộng tổn khuyết/chu vi để đạt được kết quả tối ưu.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tuấn Anh

Email: tuanhcmfs@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024

Hội chứng chèn ép khoang cấp là một cấp cứu ngoại khoa, thường gây ra bởi tình trạng tăng áp lực đột ngột trong một khoang kín. Cho tới nay, phẫu thuật cấp cứu mở cân căng chân được xem là phương pháp hiệu quả nhất điều trị hội chứng chèn ép khoang. Tuy nhiên sau mở cân căng chân, tổ chức dưới da và cơ thường phù nề, hoại tử một phần, nhiễm trùng..., để lại tổn khuyết da rộng. Bên cạnh các tổn thương của da, mức độ phù nề lớp mỡ dưới da và cơ, bệnh lý kèm theo, kinh nghiệm và quan điểm của phẫu thuật viên cũng đóng một vai trò quan trọng. Hiện chưa có tiêu chí lựa chọn phương pháp tối ưu để đóng cân căng chân. Đa số các tác giả đồng thuận rằng phẫu thuật che phủ tổn khuyết mở cân chỉ được đặt ra sau tối thiểu 48-72h.¹ Cho tới nay, có rất nhiều kỹ thuật đã được giới thiệu để đóng khuyết sau mở cân, với cơ chế dựa trên đặc tính đàn hồi và chun dẫn của da.² Những phương pháp chính bao gồm ghép da, sử dụng các phương pháp cơ học ép kéo hai mép da liên tục, sử dụng hệ thống hút áp lực âm. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, chúng tôi nhận thấy rằng nên tìm kiếm những chỉ số đáng tin cậy để đánh giá khả năng đóng trực tiếp tổn khuyết, tránh những nhược điểm của phương pháp ghép da. Chúng tôi cho rằng tỉ lệ độ rộng tổn khuyết/chu vi là yếu tố quan trọng tiên lượng khả năng đóng trực tiếp có tri hoãn.

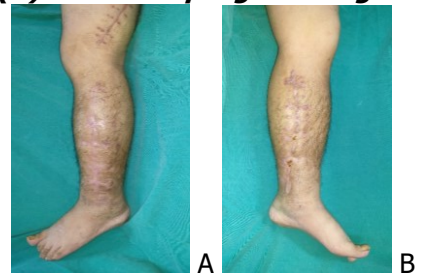
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 42 tuổi, tiền sử chấn thương sọ não đã phẫu thuật 5 lần, tăng huyết áp điều trị thường xuyên, vào viện vì tai nạn sinh hoạt gây hội chứng chèn ép khoang đùi, căng chân trái, đã phẫu thuật mở cân giải phóng chèn ép khoang, hiện còn khuyết phần mềm đùi căng chân trái. Tại thời điểm vào viện, sau phẫu thuật giải phóng khoang ngày 7, khuyết phần mềm đùi trái kích thước 30x7 cm, nền lộ gân cơ rộng ngoài lẫn ít giả mạc, khuyết phần mềm mặt trong và mặt ngoài căng chân trái, mặt trong kích thước 24x8 cm, mặt ngoài kích thước 25x6 cm, nền lộ cơ lẫn ít giả mạc (Hình 1). Tổ chức cơ và lớp mỡ dưới da phù nề nhiều. Tại vị trí giữa căng chân, độ rộng tổn khuyết là lớn nhất với tổng độ rộng 14cm, chu vi căng chân tại giữa căng chân là 44cm, chân đối diện 38cm. Hệ mạch máu chi dưới bệnh nhân tốt, không có bệnh lý nền gây suy giảm quá trình liền thương, bệnh nhân trung tuổi, chúng tôi quyết định áp dụng phương pháp đóng trực tiếp có tri hoãn bằng hệ thống kéo liên tục. Trước phẫu thuật, bệnh nhân được hút VAC tại bệnh phòng. Bệnh

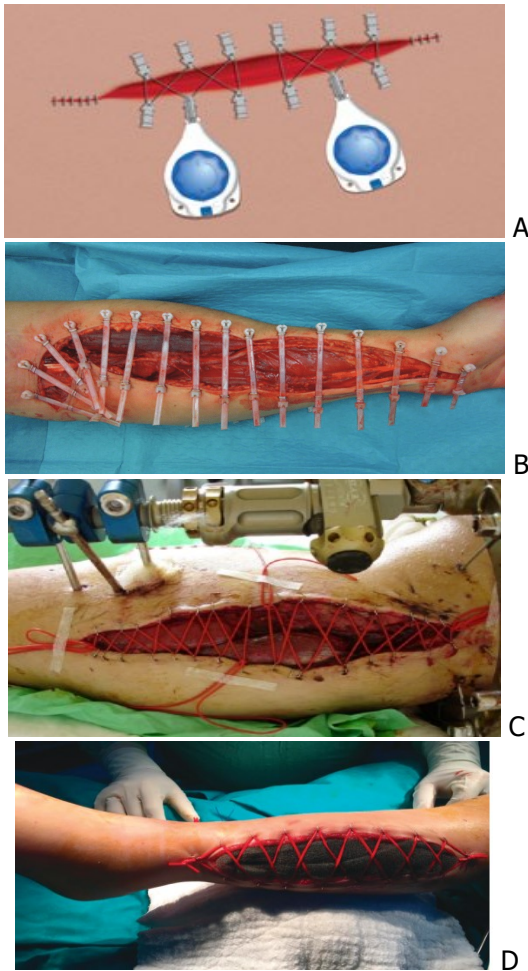
nhân trải qua hai lần phẫu thuật. Ở lần phẫu thuật đầu tiên, cả hai bên tổn khuyết đều không có khả năng đóng trực tiếp. Do khó khăn về cơ sở vật chất, không có sẵn dây nâng mạch, chúng tôi thiết kế hệ thống kéo liên tục bằng chỉ nylon 1/0, khâu đệm mũi ngang, vị trí khâu cách mép tổn khuyết 1cm. Để tránh hiện tượng hoại tử mép da do lực ép, chúng tôi sử dụng cục đệm tại 2 mép vết mổ để phân bố đều lực kéo. Chỉ được siết tại giường sau mỗi 48 giờ, bệnh nhân được hướng dẫn kê cao chân, thay băng hàng ngày. Sau 2 tuần, hiện tượng sưng nề giảm rõ, hai mép tổn khuyết có khả năng đóng trực tiếp, bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật lần 2 cắt lọc, khâu đóng trực tiếp cả 2 bên tổn khuyết. Sau 4 tuần, vết mổ liền hoàn toàn, bệnh nhân được cắt chỉ, có khả năng tự vận động. Khám lại sau 3 và 6 tháng, vết mổ liền tốt, bệnh nhân vận động tốt chi thể, chu vi căng chân bên tổn khuyết bằng với bên lành (Hình 3).



Hình 1: Tổn khuyết của bệnh nhân. (A) mặt trong căng chân. (B) mặt ngoài căng chân. (C) Néo chỉ mặt trong căng chân trong mổ. (D) Néo chỉ mặt ngoài trong mổ.



Hình 2: Khám lại sau 6 tháng. (A) Mặt ngoài căng chân. (B) Mặt trong căng chân



Hình 3: Một số hệ thống néo ép hiện nay.
A: Synovis. B: Tyraps. C: shoelace. D: Shoelace kết hợp VAC

III. BÀN LUẬN

Mở cân căng chân thường để lại tổn khuyết rộng, đặc biệt khi có nhiều đường mở cân trên cùng 1 chi thể, đặt ra thách thức trong che phủ tổn khuyết cho phẫu thuật viên, khi vừa cần đảm bảo chức năng và thẩm mỹ, vừa cần phương pháp có độ an toàn cao, giảm thiểu chi phí và thời gian điều trị. Hiện nay, có nhiều phương pháp đóng tổn khuyết sau mở cân căng chân, trong đó đều dựa vào hai nguyên lý chính: kéo dần hai mép da dựa trên tính đàn hồi chun giãn hoặc ghép da che phủ tổn khuyết.³ Ghép da là phương án lựa chọn kinh điển, với kỹ thuật đơn giản, độ an toàn cao, thời gian nằm viện ngắn, bệnh nhân có thể sớm quay lại phục hồi chức năng. Tuy nhiên, ghép da để lại sẹo kích thước lớn nơi cho da ghép, đau nơi cho da, da vùng nơi nhận không có cảm giác, gân cơ bám dính sát ngay dưới da mỏng, thường để lại sẹo xấu và

thẩm mỹ kém. Phẫu thuật đóng trực tiếp trì hoãn gần đây được áp dụng để ép dần hai mép vết thương khi tình trạng phù nề giảm.⁴ Từ ý tưởng ban đầu với các phương tiện đơn giản và rẻ tiền như chỉ khâu, chun kéo, tới nay đã phát triển thành nhiều phương tiện kéo ép kỹ thuật cao. Năm 1993, kỹ thuật đan chun kéo ép dạng dây buộc giày "shoelace technique" giới thiệu và trở nên phổ biến.⁵ Bệnh nhân trải qua 2 lần phẫu thuật, lần đầu xử lý vết thương và lắp hệ thống néo, dây néo có thể được căng thêm tại giường sau mỗi 48 giờ, và có thể đóng trực tiếp qua lần mổ thứ 2 sau 5-21 ngày. Phương pháp này tạo một lực kéo liên tục lên hai mép vết thương, với ưu điểm đơn giản, rẻ tiền, không ảnh hưởng tới quá trình chăm sóc vết thương, tuy nhiên cũng cho một số nhược điểm. Dây nâng mạch sử dụng nhanh mất tính đàn hồi, ghim da nhanh bong, thiếu dưỡng tại vị trí ghim da. Để cải tiến kỹ thuật, nhiều phương tiện đã được phát minh và đưa vào sử dụng, như hệ thống kéo Marburger, hệ thống kéo TyRaps, hệ thống kéo Derma Close (Synovis) (Hình 3).^{3,6} Tuy nhiên, các thiết bị này chưa ứng dụng rộng rãi, chi phí sử dụng cao, hiện chưa phù hợp để sử dụng tại Việt Nam. Một số tác giả đề xuất kết hợp hệ thống kéo liên tục kèm theo đặt hút áp lực âm, tuy nhiên bên cạnh một số kết quả ủng hộ, vẫn có nhiều kết quả cho thấy sử dụng đồng thời VAC chưa cho thấy hiệu quả khác biệt.^{7,8} Hệ thống VAC cũng khó lắp đặt trong những lần thay hệ thống xấp xỉ khi đã có hệ thống dây néo. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, VAC được sử dụng trước phẫu thuật để làm sạch nền, kích thích mô hạt và giảm phù nề.

Trong thời kỳ covid và hạn chế vật tư, chúng tôi không có sẵn dây nâng mạch để thiết kế hệ thống shoelace, do đó, chúng tôi sử dụng phương pháp néo ép bằng hệ thống chỉ nylon 1/0. Để hạn chế biến chứng thiếu dưỡng tại nơi tiếp xúc, chúng tôi sử dụng cốc nhựa luôn quay chụm, với mục tiêu dàn đều lực ép tại vị trí néo. Ý tưởng này cho kết quả tốt khi các vị trí néo không xuất hiện thiếu dưỡng. Hậu phẫu, tình trạng sưng nề giảm rõ, hai mép kéo lại gần nhau, lực căng chỉ giảm rõ sau 24-48h, và chỉ được căng lại tại giường. Chúng tôi nhận thấy phương pháp néo ép liên tục có tính linh hoạt cao, có thể dựa vào chất liệu sẵn có tại cơ sở để thiết kế hệ thống kéo.

Về khả năng đóng trực tiếp sau kéo, bệnh nhân có tỉ lệ độ rộng tổn khuyết/chu vi căng chân là 14/44 (31.8%). Chúng tôi cho rằng để đánh giá khả năng đóng trực tiếp, cần dựa vào tỉ

lệ chiều rộng tổn khuyết so với chu vi, và dựa trên thể trạng và bệnh lý nền. Các bệnh nhân có bệnh lý như đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, bệnh lý mạch máu... sẽ có nguy cơ cao thiếu dưỡng mep và hoại tử tại vị trí kéo, do đó cần cân nhắc kĩ khi đưa ra chỉ định. Với bệnh nhân trẻ tuổi, không có bệnh lý nền, nên ưu tiên lựa chọn phương pháp đóng trì hoãn để đạt kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ. Về tỉ lệ chiều rộng tổn khuyết/chu vi chi thể, chúng tôi chưa tìm thấy tài liệu nào nói về giới hạn khả năng đóng trực tiếp, tuy nhiên thực tế lâm sàng chúng tôi cho rằng khi tỉ lệ này quá cao, thời gian kéo giãn kéo dài, khả năng đóng trực tiếp giảm, nguy cơ thiếu dưỡng và nhiễm trùng trong quá trình thực hiện tăng. Do đó chúng tôi đưa số liệu tỉ lệ trong case lâm sàng, với mong muốn vấn đề này sẽ được làm rõ hơn trong các nghiên cứu kế tiếp.

IV. KẾT LUẬN

Khuyết phần mềm chi thể sau phẫu thuật mở cân căng chân có nhiều phương án lựa chọn. Dựa vào thể trạng bệnh nhân và tỉ lệ chiều rộng tổn khuyết/chu vi, phẫu thuật viên có thể dựa vào chất liệu đơn giản sẵn có để đóng trực tiếp trì hoãn, mang lại kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kakagia D.** How to Close a Limb Fasciotomy Wound: An Overview of Current Techniques. *Int J Low Extrem Wounds.* 2015;14(3):268-276.

- doi:10.1177/1534734614550310
2. **Sraj S, Henderson JT, Bramer M, Gelman J.** Principles of Fasciotomy Closure After Compartment Syndrome Release. *J Am Acad Orthop Surg.* 2022;30(18):879-887. doi:10.5435/JAAOS-D-21-01046
 3. **Yoo JJ, Fullerton N, Hui-Chou HG.** Continuous External Tissue Expansion Closure Technique for Management of Forearm Compartment Syndrome Releases and Simple Upper-Extremity Wounds. *J Hand Surg.* 2021;46(7):630.e1-630.e9. doi:10.1016/j.jhsa.2021.01.008
 4. **Johnson LS, Chaar M, Ball CG, et al.** Management of extremity fasciotomy sites prospective randomized evaluation of two techniques. *Am J Surg.* 2018;216(4):736-739. doi:10.1016/j.amjsurg.2018.07.033
 5. **Harris I.** Gradual closure of fasciotomy wounds using a vessel loop shoelace. *Injury.* 1993;24(8):565-566. doi:10.1016/0020-1383(93)90040-D
 6. **Taylor RC, Reitsma BJ, Sarazin S, Bell MG.** Early results using a dynamic method for delayed primary closure of fasciotomy wounds. *J Am Coll Surg.* 2003;197(5):872-878. doi:10.1016/S1072-7515(03)00646-X
 7. **Matt SE, Johnson LS, Shupp JW, Kheirbek T, Sava JA.** Management of Fasciotomy Wounds- Does the Dressing Matter? *Am Surg.* 2011;77(12):1656-1660. doi:10.1177/000313481107701238
 8. **Kakagia D, Karadimas EJ, Drosos G, Ververidis A, Trypsiannis G, Verettas D.** Wound closure of leg fasciotomy: Comparison of vacuum-assisted closure versus shoelace technique. A randomised study. *Injury.* 2014;45(5):890-893. doi:10.1016/j.injury.2012.02.002

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH CÓ KHOAN CẮT MÀNG XƠ VỮA VÔI HÓA BẰNG ROTABLATOR Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG

Lâm Hữu Giang¹, Trần Việt An², Huỳnh Trung Cang¹,
Danh Lâm Mỹ Phương¹, Nguyễn Thế Bảo²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp động mạch vành qua da là phương pháp tái tạo mạch máu đã và đang được sử dụng phổ biến nhất hiện nay cho bệnh động mạch vành tắc nghẽn. Từ năm 2020, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang đã trang bị hệ thống khoan cắt màng xơ vữa Rotablator và đang từng bước triển khai thủ thuật này cho các bệnh nhân có chỉ định. **Mục tiêu:**

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Hữu Giang, Trần Việt An

Email: huugiangler@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

Khảo sát đặc điểm tổn thương và kết quả điều trị can thiệp động mạch vành có khoan cắt màng xơ vữa bằng Rotablator ở bệnh nhân hội chứng vành mạn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tuyển chọn được 260 bệnh nhân mắc HCVM, trong đó có 40 bệnh nhân có chỉ định khoan cắt màng xơ vữa vôi hóa bằng Rotablator. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 67,33 ± 10,34 tuổi, nam giới chiếm 55,8%. Phần lớn bệnh nhân có tiền sử mắc tăng huyết áp (84,9%) và bệnh mạch vành (70,4%). Đau ngực độ III theo CCS chiếm 50,8% và 78,2% không có suy tim. Tổn thương 1 nhánh, 2 nhánh và 3 nhánh ĐMV lần lượt là 37,7%, 24,2% và 38,1%, trong đó 65,8% không có vôi hoá ĐMV, vị trí tổn thương thường gặp nhất là động mạch liên thất trước (86,9%), tiếp theo là động mạch vành phải (67,7%) và động mạch mũ