

(Shoft-shell technique) trong PT Phaco có phối hợp mở góc tiền phòng hay không trên BN Glôcôm góc đóng nguyên phát là kỹ thuật đơn giản, hiệu quả trong việc bảo vệ TBNM có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Các yếu tố: Trước PT: TP nông, góc TP hẹp, mức độ nhãn áp cao thì số lượng TBNM thấp hơn so với nhóm khác ($p < 0.05$). Tuy nhiên, sau mổ thì mức độ nhãn áp, độ cứng của nhãn, ĐSTP ở các thời kì nhiên cứu có mối tương quan thấp đến mật độ TBNM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arshinoff SA, Jafari M.** New classification of ophthalmic viscosurgical devices--2005. J Cataract Refract Surg. 2005;31(11):2167-2171. doi:10.1016/j.jcrs.2005.08.056
2. **Khaitrine L, Rouland JF, Constantinides G.** Indications cliniques courantes de la microscopie spéculaire. Coup Oeil Ophthalmol. 1994;10(53):55-59.
3. **Reuschel A, Bogatsch H, Oertel N, Wiedemann R.** Influence of anterior chamber depth, anterior chamber volume, axial length, and lens density on postoperative endothelial cell loss. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2015;253:745-752.
4. **Walkow T, Anders N, Klebe S.** Endothelial cell loss after phacoemulsification: relation to preoperative and intraoperative parameters. J Cataract Refract Surg. 2000;26(5):727-732.
5. **Bigar F, Witmer R.** Corneal endothelial changes in primary acute angle-closure glaucoma. Ophthalmology. 1982;89(6): 596-599. doi:10.1016/s0161-6420(82)34744-2
6. **Miyata K, Nagamoto T, Maruoka S, Tanabe T, Nakahara M, Amano S.** Efficacy and safety of the soft-shell technique in cases with a hard lens nucleus. J Cataract Refract Surg. 2002;28(9): 1546-1550. doi:10.1016/s0886-3350(02)01323-8
7. **Arshinoff SA.** Dispersive-cohesive viscoelastic soft shell technique. J Cataract Refract Surg. 1999;25(2):167-173.

VẬT KEYSTONE TRONG CHE PHỦ VẾT THƯƠNG CHẬM LÀNH Ở CHI THỂ, MỘT LỰA CHỌN LINH HOẠT

Nguyễn Tấn Bảo Ân^{1,2}, Cao Thị Thu Hằng¹,
Mai Thị Trâm Anh¹, Nguyễn Đức Vương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các phẫu thuật viên luôn liên tục tìm kiếm các giải pháp che phủ các khuyết hổng ở chi. Tìm kiếm các kỹ thuật đơn giản, dễ dàng tái tạo và thực hiện trong thời gian ngắn. Vật keystone có thể là một câu trả lời hợp lý, vật được thực hiện với kỹ thuật đơn giản, tốn ít thời gian, khả năng sống cao, và dễ tái tạo, có thể che phủ đa dạng các khuyết hổng ở chi thể. Mục đích của báo cáo này là đánh giá hiệu quả của việc sử dụng vật keystone trong che phủ các vết thương chậm liền ở chi trên và chi dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu này được thực hiện trên 5 bệnh nhân đã được sử dụng vật keystone cho các khiếm khuyết khác nhau từ năm 2022 đến năm 2023. Dữ liệu nhân khẩu học của bệnh nhân, tiền sử bệnh, bệnh đi kèm, chỉ định phẫu thuật, đặc điểm và vị trí huyết hổng, biến chứng đã được theo dõi, đánh giá và được trình bày dưới dạng báo cáo loạt ca lâm sàng. **Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: tuổi của bệnh nhân từ 28 đến 65 tuổi với trung bình là 44,6 tuổi. Trong số các khuyết hổng, 3 khuyết hổng là do chấn thương (60%), 1 khuyết hổng là do cắt bỏ khối u (20%), 1 khuyết tật là

do cắt bỏ loét chai bàn chân (20%). Khuyết hổng lớn nhất được che phủ bởi vật này trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước 10x 8 cm và khuyết hổng nhỏ nhất là 2x3 cm. Thời gian phẫu thuật trung bình là 36 phút (dao động 20-60 phút). Bốn vật được thực hiện để che các khuyết hổng chi dưới (70%), 1 vật dành cho khuyết hổng chi trên. Hoại tử một phần vật đã được quan sát thấy trong một trường hợp. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là 1,5 ngày. Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi cho đến khi vết thương ổn định và lành lại. **Kết luận:** Vật keystone có thể được sử dụng một cách an toàn để che các khuyết hổng chi thể khác nhau với mức độ đau tối thiểu, có thể phục hồi cảm giác và mang lại kết quả thẩm mỹ cao, không đòi hỏi kỹ thuật vi phẫu phức tạp, thời gian phẫu thuật ngắn.

Từ khóa: Vật keystone, vật nhánh xuyên, vết thương chậm lành, tái tạo chi thể.

SUMMARY

KEYSTONE FLAP: VERSATILE FLAP FOR RECONSTRUCTION OF NON- HEALING WOUND OF LIMBS

Background: Surgeons are constantly seeking solutions for covering limb defects. They aim to find simple techniques that are easy to reconstruct and can be performed in a short period. The keystone flap may be a reasonable answer as it is performed with simple techniques, requires little time, has a high survival rate, and is easy to reconstruct, capable of covering various limb defects. The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of using keystone flaps in

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Bảo Ân

Email: nguyenan196@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

covering non-healing wounds in the upper and lower limbs. **Materials and Methods:** This prospective study was conducted on 5 patients who received keystone flaps for different defects from 2022 to 2023. Patient demographics, medical history, comorbidities, surgical indications, characteristics and locations of the defects, and complications were monitored, evaluated, and presented as a case series study. **Results:** Our study recorded patient ages ranging from 28 to 65 years with an average of 44.6 years. Among the defects, 3 were due to trauma (60%), 1 due to tumor excision (20%), and 1 due to the excision of a callus ulcer on the foot (20%). The largest defect covered by the flap in our study was 10x8 cm, and the smallest was 2x3 cm. The average surgical time was 36 minutes (ranging from 20 to 60 minutes). Four flaps were performed to cover lower limb defects (70%), and 1 flap for an upper limb defect. One case of partial necrosis of the flap was noted. Patients stayed in the hospital for an average of 1.5 days. All patients were observed until their wounds stabilized and healed. **Conclusion:** The keystone flap can be safely utilized to cover many types of limb defects with minimal pain, the potential for sensory recovery, and high aesthetic results, without requiring complex microsurgical techniques and with a short surgical time. **Keywords:** Keystone flap, perforator flap, non-healing wound, limb reconstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vạt keystone được mô tả lần đầu bởi Benhan vào năm 2003 [1]. Dựa trên các nhánh xuyên da cân, đảo da keystone được cấp máu dồi dào bởi mạng mạch xuyên phong phú, vạt cũng có thể tái tạo mô xung quanh một cách tương đối dễ dàng và nhanh chóng [2]. Một ưu điểm khác của vạt keystone là kỹ thuật mổ trong thời gian ngắn, khả năng tái tạo cao, dễ thực hiện, có tính thẩm mỹ cao do có sự tương đồng về màu sắc các mô lân cận.[2]. Kỹ thuật này không cần dùng đến vi phẫu thuật, hạn chế việc ghép da bổ sung cũng như bệnh nhân không cần trải qua một cuộc phẫu thuật lớn, một số trường hợp có thể tê tại chỗ để thực hiện kỹ thuật này [3]. Vạt keystone có tên như vậy vì bản thân hình dạng vạt tương tự như tảng đá trung tâm của cấu trúc cổng thành hình vòng cung. Vạt da có thể khâu kín thì đầu với màu sắc tương đồng mô xung quanh, cũng như khả năng tạo hình tạo dáng cho khuyết hồng linh hoạt, cung cấp kết quả thẩm mỹ cao [4].

Có thể thấy, dữ liệu lâm sàng vạt keystone ở Việt Nam còn khá ít ỏi, đặc biệt là các nghiên cứu che phủ vết thương chậm lành. Vì lẽ đó chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá khả năng che phủ của vạt keystone đối với các khuyết hồng phần mềm chậm liền ở chi thể, từ đó rút ra một số kinh nghiệm trong việc bóc tách cũng như thiết kế vạt.

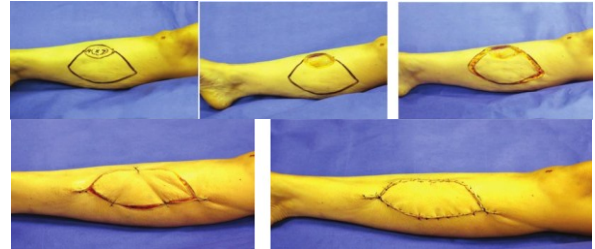
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiền cứu, được thực hiện trên 5 bệnh nhân đã được sử dụng vạt keystone cho các khiếm khuyết khác nhau từ năm 2022 đến năm 2023. Dữ liệu nhân khẩu học của bệnh nhân, tiền sử bệnh, bệnh đi kèm, chỉ định phẫu thuật, đặc điểm và vị trí huyết hồng, biến chứng đã được theo dõi, đánh giá và được trình bày dưới dạng báo cáo loạt ca lâm sàng.

Kỹ thuật thực hiện. Chuẩn bị BN: BN được chuẩn bị tương tự như các phẫu thuật thường quy khác. Trước khi phẫu thuật 1-2 tuần, BN không nên hút thuốc. Các chỗ thiếu hồng phải được cắt lọc và điều trị chống nhiễm trùng. Bệnh nhân chỉ cần gây tê từng thần kinh hoặc tê tủy sống.

Phác họa đảo da: Phác họa đảo da tùy theo vị trí tổn thương, lớn hơn chỗ thiếu hồng khoảng 20 % để tránh co rút do sức đàn hồi. Sau khi cắt lọc, vết thương được thiết kế thành hình ê líp để phù hợp với việc đóng vết thương mà không gây biến dạng mép da. Đo chiều dài và chiều rộng khuyết hồng ngay trong ca mổ. Bờ nào của khuyết hồng mà mô di động hơn se được lựa chọn làm nơi cho vạt. Nếu một vạt da không đủ che khuyết hồng có thể thiết kế thêm một vạt da đối diện. Đường rạch da se vuông góc với cạnh mép của hình elip, đường thẳng này sẽ cắt với đường cong mép ngoài của vạt da.

Kỹ thuật mổ. Rạch da theo đường thiết kế từ trước. Đường rạch sâu đến lớp cân sâu. Không nên bóc tách các cạnh biên của vạt da tránh tổn thương các nhánh xuyên da cân và nhánh xuyên da cơ, có thể bóc tách một ít ở mép của khuyết hồng đối diện vạt da nếu thấy các mũi khâu căng. Mũi khâu đầu tiên đặt ở trung tâm vạt da nên có sức căng nhiều nhất, phần còn lại của vạt da tiếp tục được khâu che khuyết hồng, đóng các góc " chữ Y" ở chân vạt. Vạt có thể thực hiện ở cả 2 bên khuyết hồng trượt đến.



Hình 1. Thiết kế, kỹ thuật chuyển vạt keystone

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: tuổi của bệnh nhân từ 28 đến 65 tuổi với trung bình là 44,6 tuổi. Trong số các khuyết hồng, 3 khuyết

hồng là do chấn thương (60%), 1 khuyết hồng là do cắt bỏ khối u (20%), 1 khuyết tật là do cắt bỏ loét chai bàn chân (20%). Khuyết hồng lớn nhất được che phủ bởi vạt này trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước 10x 8 cm và khuyết hồng nhỏ nhất là 4 x3 cm. Thời gian phẫu thuật trung bình là 36 phút (dao động 20-60 phút).

Bốn vạt được thực hiện để che các khuyết hồng chi dưới (70%), 1 vạt dành cho khuyết hồng chi trên. Hoại tử một phần vạt đã được quan sát thấy trong một trường hợp. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là 1,5 ngày. Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi cho đến khi vết thương ổn định và lành lại.

Bảng 1. Tóm tắt đặc điểm các ca lâm sàng

STT	Vị trí tổn thương	Tuổi	Giới	Nguyên nhân	Biến chứng	Kích thước vạt da (cm ²)	Thời gian mổ (phút)
1	Khủy tay	28	Nam	Chấn thương		4x5	20
2	Lòng bàn chân	45	Nữ	Loét chai chân		4x3	30
3	Gối	65	Nữ	Cắt u	-	10x8	60
4	Cẳng chân	55	Nữ	Chấn thương	Hoại tử vạt da một phần	5x3	35
5	Cẳng chân	30	Nam	Chấn thương	-	2x3	35
TB		44,6					36

IV. BÀN LUẬN

Vạt keystone được thực hiện lần đầu năm 2003, Kỹ thuật này không cần dùng đến vi phẫu thuật, kỹ thuật này tương đối đơn giản thích hợp với các phẫu thuật viên trẻ. Vạt keystone với sự dồn đẩy của 2 vạt V-Y từ 2 góc, giúp tăng lượng mô cho vạt trượt che phủ khuyết hồng, vị trí trượt vạt V-Y giúp hạn chế việc ghép da bổ sung nơi cho vạt, một trường hợp có thể tê tại chỗ để thực hiện kỹ thuật này [3].



Hình 2. Ca lâm sàng 1. Bệnh nhân bị gãy 2 xương cẳng chân đã đóng đinh chốt, buộc chỉ thép, hoại tử da cẳng chân, lộ xương, chỉ thép. Che phủ bằng vạt da keystone. Kết quả sau 1 tuần vạt da sống tốt

Trong nghiên cứu của chúng tôi 5 ca khuyết hồng tứ chi đã được che phủ bằng vạt keystone với tỷ lệ thành công cao. Trong đó có 4 ca lành hoàn toàn sau 2 tuần, có 1 ca bị hoại tử một phần ở đầu xa của vạt, được chăm sóc vết thương lành hoàn toàn sau 20 ngày, không cần ghép da bổ sung. Nghiên cứu của chúng tôi ghi

nhận: tuổi của bệnh nhân từ 28 đến 65 tuổi với trung bình là 44,6 tuổi



Hình 3. Ca lâm sàng 2, vết thương chậm lành do carcinoma tế bào đáy/phồng. Khuyết hồng được che bằng vạt keystone mặt trong đùi.

Trong số các khuyết hồng, 3 khuyết hồng là do chấn thương (60%), 1 khuyết hồng là do cắt bỏ khối u (20%), 1 khuyết tật là do cắt bỏ loét chai bàn chân (20%). Khuyết hồng lớn nhất được che phủ bởi vạt này trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước 10x 8 cm và khuyết hồng nhỏ nhất là 2 x3 cm.

Vạt keystone có tên như vậy vì bản thân hình dạng vạt tương tự như tảng đá trung tâm của cấu trúc cổng thành hình vòng cung. Vạt da có thể khâu kín thì đầu với màu sắc tương đồng mô xung quanh, cũng như khả năng tạo hình tạo dáng cho khuyết hồng linh hoạt, cung cấp kết quả thẩm mỹ cao. [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả nơi cho đều đóng da trực tiếp, không cần ghép da bổ sung. Phân loại các dạng vạt keystone [1]:

Type I: Vạt tiêu chuẩn không cắt lớp cân sâu
 Type I: thiết kế vạt có tách qua lớp cân sâu
 Type III: 2 vạt keystone ở 2 hướng đối diện nhau

Type IV: trên 2/3 vạt da được bóc tách, vạt di động tối đa

Vạt keystone cần được thực hiện một cách thận trọng ở những vùng da ít giãn nở nhất - xung quanh khớp gối, khớp mắt cá chân, quanh khớp khuỷu tay, mặt gan bàn chân và mặt gan tay của bàn tay. Chúng tôi thường rạch các mép của vạt qua lớp cân sâu đặc biệt là vị trí lồi của vạt da. Điều này sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho sự di động của vạt để che khuyết hổng. Chúng tôi nhận thấy vạt da bị rách và độ căng ở đường khâu tăng lên trong những trường hợp không rạch lớp cân sâu.

Tuy nhiên, vạt keystone cũng có một số nhược điểm nhỏ như vết sẹo dài vượt quá giới hạn của khuyết hổng, cung xoay hạn chế khi so với vạt cuống và vạt tự do. Một điều quan trọng là phải đảm bảo rằng nguồn cung cấp máu cho vạt không bị phá hủy do phẫu thuật cắt bỏ ung thư hoặc xạ trị. Dù vậy, vạt keystone giúp lành thương thì đầu cho nhiều loại khuyết hổng khác nhau với mức độ đau tối thiểu, che phủ có phục hồi cảm giác và mang lại kết quả thẩm mỹ cao [5,6,7,8].

V. KẾT LUẬN

Vạt keystone có thể được sử dụng một cách an toàn để che các khuyết hổng chi thể khác

nhau với mức độ đau tối thiểu, có thể phục hồi cảm giác và mang lại kết quả thẩm mỹ cao, không đòi hỏi kỹ thuật vi phẫu phức tạp, thời gian phẫu thuật ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **FC Behan.** The keystone design perforator island flap in Reconstructive surgery. ANZ J surg. 2003; 73:112–20.
2. **JS Khouri, BM Egeland, SD Daily, MS Harake, S Kwon, PC Neligan, et al.** The Keystone Island flap: Use in Large Defects of the Trunk and Extremities in Soft tissue Reconstruction. Plastic & Reconstructive Surgery. 2011;127(3):1212–21.
3. **SP Bhat.** Keystone flaps in coloured skin: Flap technology for the masses? Indian J Plast Surg. 2013;46(1):36–47.
4. **MD Moncrieff, JF Thompson, JR Stretch.** Extended experience and modifications in the design and concepts of the keystone design island flap. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010; 63(8):1359–63.
5. **P Pelissier, H Gardet, V Pinsolle, M Santoul, FC Behan.** The keystone design perforator island flap. Part II: clinical applications. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2007;60(8):888–91.
6. **M Pignatti, M Pasqualini, M Governa, M Bruti, G Rigotti.** Propeller flaps for leg reconstruction. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2008;61(1):777–83.
7. **HC Chen.** Precautions in using keystone flap. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010;63:720.
8. **P Natalie, DL Gabriel, C Abhishek, P Sarah, H Christopher.** The Keystone Perforator Island Flap: Review of Utility and Versatile Clinical Applications. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2024 Feb 6;12(2):e5556.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ - HIỆU QUẢ CỦA THUỐC KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG Ổ BỤNG PHỨC TẠP TẠI VIỆT NAM

Tô Huệ Nghi¹, Lê Đỗ Thành Đạt², Nguyễn Cao Đức Huy³,
 Võ Ngọc Yến Nhi⁴, Nguyễn Trần Như Ý⁴,
 Phan Thanh Dũng⁵, Nguyễn Thị Thu Thủy⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vi khuẩn gram âm đa kháng là nguyên nhân thường gặp trong nhiễm trùng bệnh

viện, trong đó có nhiễm trùng ổ bụng phức tạp (complicated intra-abdominal infections – cIAI). Với hiệu quả vượt trội, ceftazidime/avibactam (CEF/AVI) đã được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ và Cơ quan Quản lý Dược phẩm Châu Âu phê duyệt để điều trị cIAI [1, 2]. Tuy nhiên, giá thành thuốc cao là một trong những rào cản khi chỉ định thuốc trong thực hành lâm sàng. **Phương pháp nghiên cứu:** Phân tích chi phí – thỏa dụng dựa theo quan điểm cơ quan BHYT với thiết kế mô hình hóa mô phỏng tuần tự diễn tiến bệnh lý cIAI với các tham số đầu vào được rút ra từ nghiên cứu lâm sàng, phân tích tổng quan hệ thống, hồi cứu dữ liệu thanh toán BHYT ở các bệnh viện nghiên cứu và thông tin tham vấn ý kiến chuyên gia lâm sàng. **Kết quả:** Chỉ số ICER của

¹Đại học National Cheng Kung

²Đại học Paris-Saclay

³Trường Đại học Khoa học Tự nhiên

⁴Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

⁵Trung tâm Khoa học Công nghệ Dược Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy
 Email: thuyntt1@hiu.vn

Ngày nhận bài: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025