

Độ đồng đều khối lượng	≤ 7,5% so khối lượng trung bình viên
Độ rã	≤ 30 phút
Hàm ẩm	≤ 5%
Hàm lượng phenolic tổng	≥ 0,3%
Hàm lượng flavonoid tổng	≥ 0,1%

V. KẾT LUẬN

Cao khô kinh giới được điều chế qua các giai đoạn: chiết xuất bằng phương pháp soxhlet, dung môi ethanol 70%, tỷ lệ dược liệu dung môi 1-10, cô cao bằng phương pháp cô quay chân không, sau đó sấy ở nhiệt độ 40°C cho đến khi thu được cao khô, nghiền thành bột. Cao khô kinh giới có màu nâu đen, mùi thơm đặc trưng của kinh giới. Định lượng phenolic và flavonoid trong cao khô kinh giới tương ứng là 14,4 ± 2,64 mg và 4,73 ± 0,42 mg trong 1 g cao.

Viên nang kinh giới được bào chế với các thành phần: 85 mg CCKG; 170 mg Avicel PH101; 170 mg lactose; 5,1 mg PVP K30; 4,65 mg magnesi stearat; 2,33 mg talc, nang số 0. Viên nang đạt yêu cầu chỉ tiêu chất lượng theo yêu cầu của Dược điển Việt Nam V và tiêu chuẩn cơ sở về hình thức, độ ẩm, độ rã, độ đồng đều khối lượng, định tính, định lượng được hàm lượng

phenolic và flavonoid tổng tương ứng là 0,31% và 0,105%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn Bào chế (2006)**, "Kỹ thuật bào chế và sinh dược học các dạng thuốc", NXB Y học, tập II, tr.205 – 216.
- Bộ Y tế (2018)**, "Dược Điển Việt Nam V", Nhà xuất bản y học.
- Trần Phúc Đạt (2016)**, "Nghiên cứu thành phần hóa học và hoạt tính sinh học trong cây Kinh giới (*Elsholtzia ciliata*) ở Việt Nam", Luận văn thạc sĩ khoa học, Trường Đại học Quốc gia Hà Nội.
- Lauryna Pudziuvelytea, Valdas Jakštas, Liudas Ivanauskas (2018)**, "Different extraction methods for phenolic and volatile compounds recovery from *Elsholtzia ciliata* fresh and dried herbal materials", *Industrial Crops & Products* (120), pp. 286–294.
- D. Marinova, F. Ribarova, M. Atanassova (2005)**, "Total phenolics and total flavonoids In bulgarian fruits and vegetables", *Journal of the University of Chemical Technology and Metallurgy*, Vol.40 (3), pp. 255-260.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KHUYẾT HỔNG VÙNG CÙNG CỤT DO LOÉT TỖ ĐÈ BẰNG VẬT NHÁNH XUYÊN ĐỘNG MẠCH MÔNG TRÊN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thanh Tùng¹, Nguyễn Vũ Hoàng²
Nguyễn Công Hoàng¹, Nguyễn Thị Nga²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự phát triển của vật da nhánh xuyên động mạch mông trên giúp phẫu thuật viên có được những vật da cân cơ với diện tích lớn, độ xoay rộng, không ảnh hưởng đến mạch chính, hạn chế biến dạng vùng cho vật là những ưu điểm chính cho thấy vật da nhánh xuyên là sự lựa chọn tốt nhất trong điều trị loét tỳ đè cùng cùng cụt và ụ ngồi. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 30 bệnh nhân được phẫu thuật khuyết hồng vùng cùng cụt do loét tỳ đè bằng vật nhánh xuyên động mạch mông trên. **Kết quả:** Đa chấn thương, suy kiệt là nguyên nhân hay gặp nhất

chiếm 43,3%. Kích thước vật lớn nhất 18x20cm, 76,7% sử dụng kiểu vật V- Y, vật cánh quạt (dạng đảo) 23,3%. Tình trạng vật: 96,7% vật sống toàn bộ. Kết quả điều trị sớm: 66,7% tốt, 23,3% mức độ vừa. Kết quả điều trị sau 3 tháng: tốt 80,0%, vừa 13,3%, xấu 6,7%. **Kết luận:** Vật nhánh xuyên động mạch mông trên là giải pháp an toàn, hiệu quả, và là lựa chọn tốt nhất cho điều trị che phủ khuyết hồng vùng vùng vut do loét tỳ đè độ III, IV.

Từ khóa: Vật nhánh xuyên động mạch mông trên, khuyết hồng vùng cùng cụt

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT LARGE SACROCOCCY SORES DUE TO PRESSURE ULCER WITH SUPERIOR GLUTEAL ARTERY PERFORATOR FLAP AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Introduction: The development of superior gluteal artery perforator flap helps the surgeon obtain fascia skin flaps with a large area, wide rotation, no

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Tùng
Email: tungnguyen.ctch@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.11.2021
Ngày phản biên khoa học: 11.01.2022
Ngày duyệt bài: 21.01.2022

effect on the main vessel, and limited regional deformation for the flap. The main results show that the perforating branch skin flap is the best choice in the treatment of pressure ulcers along with the sacroiliac and scrotum. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of 30 patients who were operated sacrococcy sores due to pressure ulcer with superior gluteal artery. **Results:** Multiple trauma, exhaustion was the most common cause, accounting for 43.3%. The largest flap size is 18x20cm, 76.7% used V-Y flap, propeller flaps (island form) were 23.3%. Flap condition: 96.7% flaps is completely alive. Early treatment results: 66.7% good, 23.3% moderate. Treatment results after 3 months: good 80,0%, moderate 13,3%, bad 6,7%. **Conclusion:** The superior gluteal artery perforator flap is safe, effective, and is the best option for treating sacrococcy sores in the region due to pressure ulcers III, IV.

Key words: superior gluteal artery perforator flap, sacral sores

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tỳ đờ là tình trạng bệnh lý xảy ra ở những bệnh nhân nằm bất động lâu ngày, vấn đề điều trị rất khó khăn và chi phí điều trị khá cao. Loét chiếm tỷ lệ khoảng 60% ở các bệnh nhân bị tổn thương tủy sống có liệt trong suốt thời gian sống của họ, 65% ở các bệnh nhân già bị gãy cổ xương đùi mà cổ định xương không vững, 20-30% bệnh nhân bỏng nặng. Loét có thể xảy ra ở bất cứ nơi tỳ đờ của cơ thể nhưng thường xảy ra ở vùng cùng cụt và ụ ngồi, vùng chằm, gót chân. Loét vùng cùng cụt tiến triển nhanh chóng từ độ I,II sang độ III, IV trong thời gian ngắn tùy thuộc vào nhiều yếu tố: độ ẩm vùng cùng cụt do phân, nước tiểu suy mòn, suy dinh dưỡng, mất phần xạ đau sau tổn thương tủy, cách chăm sóc bệnh nhân, dụng cụ hỗ trợ nâng đỡ... Loét độ III, IV gây tổn thương đến cân và xương cùng cụt vì vậy cần được che phủ khi ổ khuyết hổng đã được cắt lọc sạch và hỗ trợ bằng máy VAC tạo nền vết sạch, mô hạt tốt, hết các góc ngách và giảm tiết dịch tối đa. Vạt được lựa chọn cho điều trị che phủ các ổ khuyết do loét vùng cùng cụt có thể sử dụng dưới dạng cuống mạch: dạng vạt kiểu V-Y, vạt cánh quạt, hay sử dụng dạng vạt hoán vị nguồn cấp máu ngẫu nhiên: Limberg, Dofourmetel, O-Z đều cho kết quả tốt.

Năm 1993 Koshima[1] lần đầu tiên đã sử dụng vạt nhánh xuyên điều trị cho 8 bệnh nhân loét vùng cùng cụt cho kết quả khả quan. Với ưu thế vạt có cuống mạch nuôi ổn định, cuống vạt dài, kích thước vạt lớn, góc xoay rộng nên vạt nhánh xuyên được lựa chọn cho điều trị loét vùng cùng cụt mức độ nặng.

Từ năm 2013 cho đến nay tại Khoa CTCH- Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên đã tiến hành

điều trị phẫu thuật loét vùng cùng cụt do tỳ đờ bằng các loại vạt tổ chức. Trên cơ sở đó chúng tôi đã tiến hành đề tài nghiên cứu: "Kết quả điều trị phẫu thuật khuyết hổng vùng cùng cụt do tỳ đờ bằng vạt nhánh xuyên của động mạch hông trên tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật khuyết hổng vùng cùng cụt do loét tỳ đờ bằng vạt nhánh xuyên động mạch hông trên tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ 2019- 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là 30 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật khuyết hổng vùng cùng cụt do tỳ đờ bằng vạt nhánh xuyên của động mạch hông trên tại khoa CTCH Bv Trung Ương Thái Nguyên Từ 01/01/2019- 30/06/2021.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Không phân biệt độ tuổi, giới tính; Bệnh nhân có loét độ III, IV vùng cùng cụt do tỳ đờ

Điều trị liền vết thương bằng nội khoa không kết quả

Đã được phẫu thuật che phủ vùng cùng cụt bằng vạt nhánh xuyên của động mạch hông trên.

***Tiêu chuẩn loại trừ**

Những bệnh nhân có tổn thương loét vùng cùng cụt độ I, II.

Bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa nặng: tiểu đường, viêm tắc mạch máu

Bệnh nhân tâm thần không hợp tác điều trị

Bệnh nhân tổn thương mô mềm quá rộng gần hết vùng hông.

Bệnh nhân được mổ che phủ ổ loét bằng các loại vạt khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế: cắt ngang
Chọn mẫu thuận tiện dựa trên lấy số liệu hồi cứu và tiến cứu

***Cỡ mẫu.** Lấy theo mẫu thuận tiện là tất cả số bệnh nhân được điều trị phẫu thuật khuyết hổng vùng cùng cụt do tỳ đờ bằng nhánh xuyên của động mạch hông trên tại BV Trung ương Thái nguyên có đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ 01/01/2019 – 2021.

***Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Địa điểm: Khoa CTCH- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Thời gian từ 01/01/2019 đến hết 30/06/2021.

2.3. Các biến số nghiên cứu. Nguyên nhân tổn thương, loại vạt được sử dụng, diện tích vạt được sử dụng, tình trạng vạt được sử dụng, biến chứng sau mổ, kết quả điều trị sớm sau mổ, kết quả điều trị sau 3 tháng.

Cơ sở đánh giá kết quả: Tình trạng sống

của vật, sự liền sẹo vết mổ, khả năng phục hồi chức năng và thẩm mỹ của vùng được tái tạo[2]

Kết quả gần:

Tốt: vật sống hoàn toàn, tính chất vật tốt, vết mổ liền sẹo tốt, không viêm dò, cắt chỉ sau 10-14 ngày, không can thiệp phẫu thuật khác gì. Chức năng thẩm mỹ vùng mổ tốt, không biến dạng vùng mô.

Vừa: vật thiếu dưỡng, xuất hiện phỏng nước trên bề mặt hoặc hoại tử 1 phần vật, có hoặc không ghép da bổ sung, hoặc vật bị hoại tử lớp da nhưng còn lớp cân, nhưng lúc này có dạng cân mỡ, phải ghép da lên lớp cân vật, nếu mô nhiễm khuẩn gây toác. Vận động vùng mô có cải thiện nhưng khó khăn.

Xấu: vật bị hoại tử trên 1/3 diện tích, đến hoại tử hoàn toàn, phải cắt bỏ hoặc thay thế bằng phương pháp điều trị khác. Chức năng vận động vùng mô không cải thiện.

Kết quả xa[2]:

Tốt: Không loét tái phát, vật liền sẹo tốt, che phủ kín tổn khuyết không viêm rò.

Vừa: Vết mổ bị loét tái phát nhưng loét nông, kích thước nhỏ, tự liền vết thương. Sẹo tại vùng mô dày cộm, xơ cứng. Tình trạng viêm rò dịch.

Xấu: Vết mổ bị loét tái phát với ổ loét kích thước rộng, sâu cần can thiệp bằng các phương pháp phẫu thuật tạo hình khác.

Các bước tiến hành: thu thập số liệu theo mẫu nghiên cứu có sẵn.

Phân tích số liệu: Các số liệu được mã hóa và xử lý theo chương trình SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Đã được thông qua hội đồng y đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Nguyên nhân gây tổn thương

Nguyên nhân tổn thương	n	Tỷ lệ (%)
Chấn thương sọ não	09	30,0
Tai biến mạch máu não	02	6,7
Chấn thương cột sống	11	36,7
Đa CT + suy kiệt	13	43,3
Khác	2	6,6

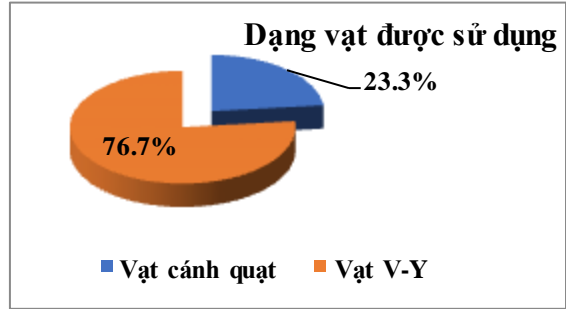
Nguyên nhân khuyết hồng vùng cùng cụt do

Bảng 3: Biến chứng gần sau mổ

Biến chứng Kiểu vật	Chảy máu vật	Chảy máu nền vật	Xoắn vật	Hoại tử mép vật	Nhiễm trùng vết mổ	Tổng
Vật cánh quạt	0	2	1	1	0	4
Vật V-Y	1	1	0	0	3	5
Tổng	1(3,3%)	3(10,0%)	1(3,3%)	1(3,3%)	3(10,0%)	9

Biến chứng chảy máu vật xảy ra sớm ngay sau phẫu thuật ở 1 BN, 3 trường chảy máu nền vật 1 trường hợp xoắn vật và 1 trường hợp hoại tử mép vật và được xử lý sớm. Tình trạng chảy máu tại

tỳ dè thường gặp ở bệnh nhân đa chấn thương, suy kiệt chiếm tỷ lệ 43,3%. Chấn thương cột sống 36,7%.



Biểu đồ 1: Dạng vật được sử dụng

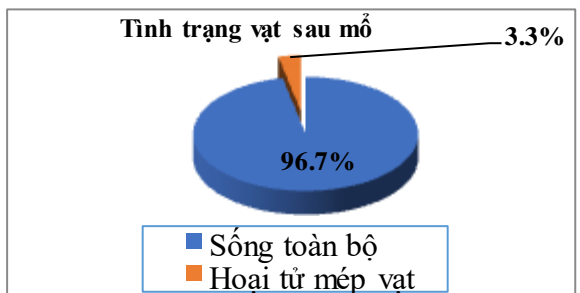
Loại vật sử dụng nhiều nhất là vật V-Y chiếm 76,7%, vật cánh quạt (dạng đảo) chiếm 23,3%.

Bảng 2: Kích thước vật

Kích thước	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Giá trị trung bình
Diện tích vật (cm ²)	12	360,0	117,83±84,83
Chiều dài vật (cm)	8,0	20,0	10,63±4,31
Chiều rộng vật (cm)	7,0	22,0	9,73±4,42

Diện tích vật được sử dụng lớn nhất 360,0cm², giá trị trung bình 117,83±84,83. Chiều rộng vật trung bình 9,73±4,42². Chiều dài vật trung bình 10,63±4,31cm². Kích thước vật lớn nhất là 18x20cm.

Biểu đồ 2: Tình trạng vật sau mổ



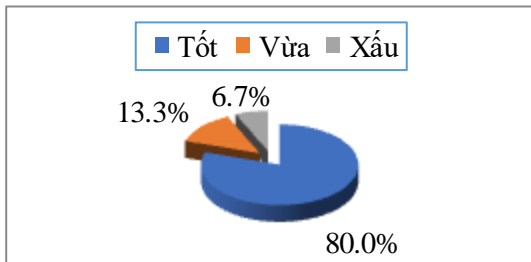
Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào bị hoại tử toàn bộ vật, kết quả sống toàn bộ vật là 29/30 trường hợp.

vạt, nền tổn thương xuất hiện thấp và được phát hiện sớm tránh hoại tử.

Bảng 4. Kết quả điều trị sau chuyển vạt sớm

Vạt	Kết quả	Tốt		Vừa		Xấu	
		n	%	n	%	n	%
Vạt cánh quạt		5	71,4	2	28,6	0	0,0
Vạt V-Y		15	65,2	8	34,8	0	0,0
Tổng số		20	66,7	10	33,3	0	0,0

Sau mổ, đánh giá kết quả điều trị sớm cho thấy 66,7% đạt kết quả tốt, 33,3% cho kết quả vừa. Không có trường hợp nào cho kết quả xấu. Trong đó vạt cánh cho kết quả tốt 71,4%.



Biểu đồ 3: Kết quả điều trị sau chuyển vạt 3 tháng

Sau mổ 3 tháng, bệnh nhân được đánh giá lại cho kết quả: Tốt chiếm 80,0%, mức độ vừa 13,3%. Có 2 bệnh nhân sau mổ 3 tháng loét tái phát được đánh giá mức độ xấu chiếm 6,7%.

IV. BÀN LUẬN

***Nguyên nhân.** Loét tỳ đè là tình trạng bệnh lý xảy ra ở những bệnh nhân nằm bất động lâu ngày. Cơ chế bệnh sinh của loét do lực tỳ đè quá mức bình thường (bình thường khoảng 20-30mmHg) và kéo dài, lực tỳ đè kéo dài quá 4 giờ sẽ gây hoại tử cơ và kéo dài 12 giờ sẽ gây hoại tử da. Ngoài da các yếu tố dinh dưỡng, tình trạng bệnh lý, tình trạng nhiễm trùng... ảnh hưởng lớn đến tình trạng loét vô lực. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì đa chấn thương, suy kiệt là nguyên nhân hay gặp nhất với 43,3%. Chấn thương cột sống gặp ở 36,7%, tất cả các nguyên nhân này đều làm cho bệnh nhân nằm bất động lâu ngày, lực tỳ đè gây ra tổn thương loét, hoại tử vùng cụt.

***Loại vạt được sử dụng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 1) loại vạt sử dụng nhiều nhất là Vạt V- Y chiếm 76,7%, vạt cánh quạt có 7 trường hợp chiếm 23,3%.

Trên thế giới việc áp dụng các loại vạt thường là sự lựa chọn tốt nhất để che phủ ổ loét do độ dày và nguồn máu nuôi dưỡng của vạt dồi dào, đảm bảo được chức năng tỳ đè của vùng được che phủ trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân, giảm tỷ lệ loét do tái phát sau điều trị. Vạt cơ mỏng lớn đã được công bố bởi Shaw và Boustred năm 1983[3]. Đã có nhiều nghiên cứu và bàn luận của nhiều tác giả về hiệu quả của vạt này trong điều trị loét do tỳ đè vùng cụt

cụt, ụ ngồi. Những bất lợi chính của vạt này là gây biến dạng vùng mỏng lớn, khả năng xoay vạt hạn chế, do cuống vạt mỏng ngắn, diện tích vạt hạn chế, và tỷ lệ hoại tử vạt cao. Trong nghiên cứu này chúng tôi đa số áp dụng loại vạt V- Y, vì chúng tôi nhận thấy khả năng hồi phục và cho tổ chức liền sẹo cũng như tính mềm mại của sẹo tốt, theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh[4] tại Bệnh viện Nhân dân 115, thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ vạt cánh quạt là 77,42%, vạt V- Y là 22,5%. Tác giả cho rằng, vạt V- Y có ưu điểm dễ bóc tách và phẫu tích nhánh xuyên cũng như đóng nơi cho vạt thì đầu, tuy nhiên vạt V- Y đòi hỏi nhánh xuyên nuôi vạt phải cách xa bờ tổn khuyết ít nhất 4-5 cm, để có đủ độ dài cuống vạt khi chuyển đôn đẩy vạt về phía tổn thương khuyết hồng và trong một số trường hợp không đủ diện tích che phủ cần phải kết hợp dạng vạt Pacman nơi đầu vạt. Theo chúng tôi việc lựa chọn loại vạt phụ thuộc nhiều vào phẫu thuật viên tuy nhiên vấn đề quan trọng đặt ra trong phẫu thuật là tìm vị trí nhánh xuyên gần vị trí tổn khuyết, thiết kế diện tích vạt đủ che phủ khuyết hồng, đóng da nơi cho vạt thì đầu, hình thức sử dụng vạt phù hợp với tư thế nằm của từng bệnh nhân và theo dõi kịp thời phát hiện và xử trí biến chứng sớm tránh tổn thương vạt.

***Diện tích vạt sử dụng.** Diện tích vạt được sử dụng trung bình $117,83 \pm 84,83 \text{ cm}^2$. Chiều rộng vạt trung bình $9,73 \pm 4,42 \text{ cm}$. Chiều dài vạt trung bình $10,63 \pm 4,31 \text{ cm}$. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước vạt nhỏ nhất là $7 \times 8 \text{ cm}$ và lớn nhất là $18 \times 20 \text{ cm}$. Vạt có kích thước nhỏ nhất và lớn nhất đều là vạt cánh quạt cho ổ loét nhỏ nhất và lớn nhất tương đương về kích thước, diện tích khuyết hồng với diện tích vạt. Chiều rộng của vạt khi thiết kế thường rộng hơn chiều rộng của tổn khuyết từ 0,5 - 1 cm do tính chất co giãn của da. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh[4] kích thước vạt nhỏ nhất $7 \times 8 \text{ cm}$, và lớn nhất $10 \times 18 \text{ cm}$. Chiều dài của vạt cánh quạt thường được xác định bằng khoảng cách từ vị trí nhánh xuyên động mạch mỏng trên đến điểm xa nhất của ổ loét. Xie Y. (2015) sử dụng vạt nhánh xuyên ĐMMD kết hợp động

mạch đùi sau cho kích thước vạt lớn từ 22 x 9 cm đến 32 x 10 cm [5]

***Tình trạng vạt và biến chứng sau mổ.**

Theo nghiên cứu chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào bị hoại tử toàn bộ vạt, có 01 trường hợp hoại tử mép vạt, kết quả sống vạt sống toàn bộ là 29/30 trường hợp. Theo dõi và chăm sóc hậu phẫu rất quan trọng đối với vạt nhánh xuyên động mạch mông trên. Chảy máu là biến chứng thường gặp và trong nghiên cứu này của chúng tôi xảy ra 4 trường hợp chảy máu sau mổ trong đó 1 trường hợp chảy máu vạt và 3 trường hợp chảy máu nền vạt, nhờ theo dõi và xử trí kịp thời nên không ảnh hưởng đến tưới máu cho vạt nhánh xuyên. Vì vậy, cần theo dõi sát tình trạng vạt trong 6 giờ đầu sau phẫu thuật để phát hiện kịp thời các biến chứng nhằm có biện pháp xử lý đúng lúc, tránh ảnh hưởng đến tưới máu cho vạt.

Có 01 trường hợp xoắn vạt sau mổ, với các dấu hiệu: vạt có màu tím, máu sẫm màu chảy ra nhiều, hồi lưu máu chậm. Trường hợp này đã được chúng tôi xử lý bằng cách xoay vạt trở lại vị trí giải phẫu ban đầu, chờ đợi cho đến khi tưới máu trở lại cho vạt tốt (máu đỏ tươi ở mép vạt), trường hợp này bệnh nhân được mổ lại kịp thời cũng không ảnh hưởng đến vạt, 01 bệnh nhân hoại tử mép vạt nguyên nhân cuống vạt bị chèn ép do tư thế, đã thay đổi tư thế để không chèn ép cuống vạt, nhưng vạt vẫn bị thiếu dưỡng và hoại tử mép vạt ở đầu xa khoảng 0,5cm, sau 5 ngày được cắt xén mép vạt và khâu lại, điều trị chăm sóc tăng cường, thời gian nằm viện lâu hơn các trường hợp khác, sau điều trị tích cực vạt sống toàn bộ. 03 trường hợp biểu hiện nhiễm khuẩn, sau điều trị, chăm sóc tăng cường, được đánh giá sớm cho kết quả mức độ vừa.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh[4] khi đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật không ghi nhận trường hợp nào hoại tử toàn bộ, có 3/29 vạt cánh quạt, 1/9 vạt V-Y có hoại tử mép vạt. Điều này chứng tỏ khả năng cấp máu cuống vạt nhánh xuyên động mạch mông trên là phong phú tạo nên sức sống cho vạt da cần. Một điều lưu ý khác theo chúng tôi để tránh biến chứng xoắn vạt thì khi phẫu tích tránh bộc lộ riêng biệt nhánh xuyên gây hiện tượng co thắt mạch hoặc xoắn vạt gây hoại tử vạt.

***Đánh giá kết quả chuyển vạt sớm sau mổ.** Sau mổ, đánh giá kết quả điều trị sớm cho thấy 66,7% đạt kết quả tốt, 33,3% cho kết quả vừa. Không có trường hợp nào cho kết quả xấu. Cụ thể hơn chúng tôi ghi nhận trong số 23 vạt V-Y 15/23 BN cho kết quả tốt chiếm 65,2%, 8/23

BN chiếm 34,8% cho kết quả vừa, không có trường hợp nào xấu. Trong số 7 vạt cánh quạt có 71,4% kết quả tốt, 28,6% kết quả vừa. Thời gian để đánh giá kết quả sớm là khoảng thời gian phẫu thuật đến khi cắt chỉ tại vạt tương đương 13-20 ngày. Nghiên cứu của Verpaele A.M. (1999), cho kết quả sớm sau phẫu thuật: xuất hiện khối máu tụ dưới vạt ở 2 trường hợp trong ngày thứ 2 của hậu phẫu, 1 vạt hoại tử hoàn toàn, 3 vạt hoại tử ở mép vạt được cắt lọc và khâu da thì 2. Kết quả 12/15 vạt sống hoàn toàn, 1 trường hợp có máu tụ dưới vạt 2 ngày sau mổ gây tổn thương cuống vạt nên cuối cùng vạt bị hoại tử, có 3 trường hợp hoại tử mép vạt được cắt lọc và khâu da thì hai [6].

***Đánh giá kết quả chuyển vạt sau mổ 3 tháng.** Các trường hợp chuyển vạt sau mổ 3 tháng đều cho liền sẹo tốt, vạt mềm mại đánh giá tốt với 80,0%, kết quả vừa 13,3% với đặc điểm vạt sẹo tại vết mổ dày cứng, cộm, nhưng vạt liền tốt, khô không có hiện tượng viêm chảy dịch. Có 02 trường hợp sau mổ cho kết quả xấu, loét tái phát do nằm tỳ đè, chảy dịch, kích thước ổ loét 3cm, đã được hướng dẫn chăm sóc tại nhà, nguyên nhân loét xảy ra trên nền bệnh nhân chấn thương cột sống và chấn thương sọ não, liệt tứ chi, khó khăn trong việc thay đổi tư thế, vạt bị tỳ đè nhiều, thể trạng không thuận lợi cho hồi phục, khả năng tái phát cao. Thực tế các ổ loét do tỳ đè là biến chứng của nhiều loại bệnh lý khác nhau mà bệnh nhân nằm lâu là nguyên nhân trực tiếp do chế độ dinh dưỡng[4]. Do vậy việc phẫu thuật chỉ giải quyết được biến chứng và còn để ngăn ngừa loét tái phát cần có sự phối hợp điều trị của nhiều chuyên khoa khác nhau. Với kết quả nghiên cứu này đã cho thấy vạt nhánh xuyên động mạch mông trên có sức sống tốt, chịu được lực tỳ đè không biến dạng vùng mông, tính thẩm mỹ cao do sẹo mềm mại, mà ưu điểm lớn nhất là khả năng che phủ vùng khuyết hổng lớn vùng cụt so tỳ đè.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 trường hợp khuyết hổng vùng cụt do loét tỳ đè bằng vạt nhánh xuyên động mạch mông trên cho kết quả: sử dụng vạt cánh quạt ở 7/30BN chiếm 23,3%, vạt V-Y ở 23/30BN chiếm 66,7

Đánh giá kết quả sớm: mức độ tốt 66,7%, vừa 33,3%.

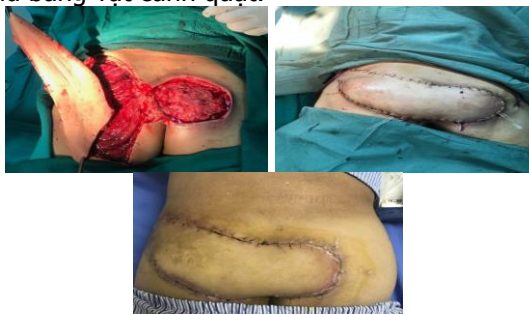
Đánh giá kết quả sau 3 tháng: mức độ tốt 80,0%, vừa 13,3%, xấu 6,7% (do loét tái phát)

Vạt nhánh xuyên động mạch mông trên là sự lựa chọn tốt nhất cho phẫu thuật viên tạo hình vì

cho thấy tính an toàn và hiệu quả của từng kiểu vạt phù hợp với tình trạng tổn thương loét cùng cụt do tỳ đè độ III, IV vì: cuống mạch dài và phạm vi tưới máu rộng nên vạt da nhánh xuyên đã chứng tỏ được sự linh động trong thiết kế vạt, hạn chế tối thiểu tổn thương vùng bóc vạt. Chúng tôi cũng rút ra được hiệu quả thiết thực vạt V-Y giúp che phủ hiệu quả ở các bệnh nhân có ổ loét vùng cùng cụt ở những bệnh nhân không thể có tư thế thuận lợi. Vấn đề cắt lọc vết loét trước che phủ là rất quan trọng có ảnh hưởng tới kết quả hồi phục và tỷ lệ tái phát vì vậy cần làm tốt vấn đề này cũng như chăm sóc tốt sau phẫu thuật.

BỆNH NHÂN MINH HỌA

Trường hợp 1: bệnh nhân nam chấn thương sọ não năm lâu bị loét vùng cùng cụt kích thước lớn 10x12cm đã được cắt lọc và phẫu thuật che phủ bằng vạt cánh quạt.



Hình 1.2. Loét vùng cùng cụt được che phủ bằng vạt da cân cơ mông lớn.

Trường hợp 2: Bệnh nhân 67 tuổi bị tai biến mạch máu não, loét vùng cùng cụt kích thước lớn 16x 18cm, đã được che phủ ổ loét bằng vạt V- Y



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kosima I et al.** The gluteal perforator – based flap for repair of sacral pressure sore. *Plast. Reconstr. Surg* 91: 678- 683, 1998.
- Trần Văn Anh và cộng sự.** “Nghiên cứu ứng dụng vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên trong điều trị loét vùng cùng cụt do tỳ đè”. *Tạp chí y học thăm họa và Bông(hội nghị khoa học toàn quốc và phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ sau bồng lần thứ X)*. Tháng 2/2011. Trang 209-214
- Bousted AD, Nahai F** inferior gluteal free flap breast reconstruction. *Clin Plast Surg* 25: 275-282, 1998.
- Nguyễn Văn Thanh và cộng sự.** “ Nghiên cứu ứng dụng điều trị loét cùng cụt mức độ nặng(III, IV) bằng vạt da cân cơ cuống mạch nuôi nhánh xuyên động mạch mông trên.” *Tạp chí y học thăm họa và Bông(hội nghị khoa học toàn quốc và phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ sau bồng lần thứ XIII)*. Tháng 2/2015. Trang 413- 419.
- Xie Y., et al.** (2015). A composite gluteofemoral flap for reconstruction of large pressure sores over the sacrococcygeal region. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 68(12): 1733-1742.
- Verpaele A.M., et al.** (1999). The superior gluteal artery perforator flap: an additional tool in the treatment of sacral pressure sores. *Br J Plast Surg*, 52(5): 385-391.

KHẢO SÁT LIÊN QUAN GIỮA BIẾN THỂ ABCG2 V12M VÀ AXIT URIC Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Lý Bảo Ngọc¹, Đặng Xuân Thanh²,
Lê Gia Hoàng Linh², Mai Phương Thảo², Đỗ Đức Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nồng độ axit uric máu chịu tác động của yếu tố di truyền. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm khảo sát liên quan giữa điểm đa hình đơn nucleotide V12M của gene ABCG2 và nồng độ axit uric máu ở người Việt Nam trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả loạt ca, biến thể

V12M của gene ABCG2 được khảo sát trên 150 đối tượng bằng phương pháp giải trình tự Sanger. **Kết quả:** Tỷ lệ biến thể V12M của ABCG2 ở người Việt Nam trưởng thành là 64,67%. V12M không có mối liên quan với nồng độ axit uric máu ở các đối tượng nghiên cứu trên các mô hình phân tích. V12M có xu hướng liên quan với nồng độ axit uric máu thấp. **Kết luận:** Biến thể V12M không liên quan nồng độ axit uric máu ở người Việt Nam trưởng thành.

Từ khóa: nồng độ axit uric máu, điểm đa hình đơn nucleotide, V12M, gene ABCG2.

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN ABCG2 V12M VARIANT AND SERUM URIC ACID LEVEL IN ADULTS

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Minh

Email: ducminh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.11.2021

Ngày phản biên khoa học: 11.01.2022

Ngày duyệt bài: 21.01.2022