

and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2020;396(10249):467-478. doi:10.1016/S0140-6736(20)31604-4

6. **Bước đầu mô tả nồng độ kháng thể kháng Vi rút Sars-CoV-2 sau tiêm vắc-xin phòng COVID-19.** Accessed May 9, 2022.

<https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/1219/1070>

7. **Wei J, Pouwels KB, Stoesser N, et al.** Antibody responses and correlates of protection in the general population after two doses of the ChAdOx1 or BNT162b2 vaccines. *Nat Med*. Published online February 14, 2022:1-11. doi:10.1038/s41591-022-01721-6

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM VÙNG CẰNG BÀN CHÂN BẰNG VẬT CÁNH QUẠT

Đặng Khánh Vinh¹, Nguyễn Vũ Hoàng¹
Nguyễn Văn Phú², Nguyễn Thanh Tùng², Lê Văn Chất²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sử dụng vật cánh quạt với cuống mạch là nhánh xuyên nuôi da của động mạch chày trước, động mạch chày sau hoặc động mạch mào trong điều trị che phủ khuyết hồng phần mềm (KHPM) vùng cẳng bàn chân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả trên 32 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật che phủ KHPM vùng cẳng bàn chân bằng vật cánh quạt tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 11/2018 đến tháng 3/2022. **Kết quả:** Trong 32 vật được sử dụng có 17 vật (53,1%) có cuống mạch là nhánh xuyên của động mạch chày sau, 14 vật (43,8%) có cuống mạch là nhánh xuyên của động mạch mào và 1 vật có cuống mạch là nhánh xuyên của động mạch mào (3,1%), góc xoay vật tối đa 180°, thời gian phẫu thuật từ 60 phút đến 180 phút, tổn khuyết được che phủ có kích thước từ 2 x 3 cm đến 6,8 cm x 10 cm. Kết quả 19 BN vật sống hoàn toàn (59,4%), 13 BN vật hoại tử một phần (40,6%). Theo dõi xa được 30/32 bệnh nhân thời gian theo dõi trung bình là 26±12 tháng kết quả tốt là 100%, hầu hết vật có màu sắc và độ dày tương đồng với nơi nhận. **Kết luận:** Vật cánh quạt là một lựa chọn hiệu quả và đáng tin cậy với tính linh hoạt cao, vật có độ dày và màu sắc tương đồng, thời gian phẫu thuật ngắn và mang lại kết quả che phủ tốt. **Từ khóa:** Vật cánh quạt

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF PROPELLER FLAP FOR TREATMENT OF TISSUE DEFECT IN THE DISTAL LEG AND FOOT

Objectives: To assess the effectiveness of propeller flap with based on perforator vessels, from the anterior tibial artery, posterior tibial artery and peroneal artery in treatment of tissue defect in the

distal leg and foot. **Material and method:** Prospective study 32 patients in whom we used propeller flaps to restore soft-tissue defects of the distal leg and foot in Thai Nguyen National Hospital from 11/2018 to 03/2022. **Results:** The results showed of 32 flaps :17 flaps (53.1%) were based on perforator from the posterior tibial artery, peroneal artery in 14 flaps (43,8%) and anterior tibial artery in 1 flaps (3,1%), flap rotations maximum to 180 degrees, surgical time from 60 minutes to 180 minutes, flaps size from 2 x 3 cm to 6,8 x 10 cm. Results 19 flaps are total survival (59, 4%), 13 flaps are partial necrosis. The long-term follow-up results were in 32 patients (mean times 26±12 months). The good results 100%, most flaps have the same color and thickness as the place of receipt. **Conclusion:** The propeller flap is an efficient and reliable choice, it has similar thickness and color, short surgery time and good coverage result. **Keywords:** propeller flap

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật vi phẫu và tạo hình ở Việt Nam đã có nhiều tiến bộ song điều trị KHPM vùng cẳng bàn chân vẫn là một thách thức đối với các phẫu thuật viên. Do cấu trúc phần mềm phân bố không đều của vùng cẳng bàn chân dẫn đến khi có chấn thương khuyết hồng thường để lộ các cấu trúc quan trọng nhất là các khuyết hồng lớn. Khi đó sử dụng vật tự do là một lựa chọn tốt song thời gian phẫu thuật kéo dài và đòi hỏi thành thạo kỹ thuật vi phẫu nên gây khó khăn cho phẫu thuật viên, đặc biệt tại các tuyến y tế cơ sở nơi không có đầy đủ các phương tiện máy móc và trang thiết bị. Song những năm gần đây vật cánh quạt với cuống là các nhánh xuyên nuôi da với ưu điểm kỹ thuật tương đối đơn giản, thời gian phẫu thuật ngắn, hiệu quả che phủ tốt đã và đang là một lựa chọn tốt bên cạnh các vật tự do.

Thuật ngữ vật nhánh xuyên (perforator flap) được hai tác giả Koshima và Soeda [5] sử dụng lần đầu tiên vào năm 1989, vật nhánh xuyên không cần dùng đến cơ hay gân để duy trì sự tưới máu cho da (như ở vật cơ da và gân da) mà

¹Trường Đại Học Y – Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Khánh Vinh

Email: vinhdangytn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

nó dựa trên các nhánh xuyên biệt lập nuôi da từ mạch nguồn. Thuật ngữ Vạt cánh quạt được khởi xướng từ năm 1991 bởi Hyakusuku [4], tác giả đã sử dụng một vạt da mỡ với cuống ngẫu nhiên ở trung tâm với chiều dài gấp nhiều lần chiều rộng, góc xoay là 90 độ để giải phóng co kéo do sẹo bóng. Hai thuật ngữ này lần đầu tiên được kết hợp bởi Hallock [9] vào năm 2006 khi ông mô tả một vạt nhánh xuyên thiết kế theo kiểu cánh quạt với góc xoay lên tới 180 độ. Tới năm 2009 tại một hội nghị về vạt mạch xuyên và vạt cánh quạt tại Tokyo các nhà tạo hình mới thống nhất về định nghĩa cũng như phân loại của vạt cánh quạt gọi là Đồng thuận Toyko [6] và Vạt cánh quạt được định nghĩa là "một vạt đảo được đưa tới nơi nhận thông qua một sự xoay trục".

Ở Việt Nam kỹ thuật này mới được thực hiện ở một số bệnh viện lớn và cũng có rất ít nghiên cứu công bố về kết quả điều trị bằng loại vạt này. Do vậy mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá kết quả điều trị các khuyết hổng vùng cẳng - bàn chân bằng vạt cánh quạt, tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ năm 2018 đến 2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 32 BN tuổi từ 21 đến 85 (trung bình 48 ± 16), có 16 BN nam và 14 BN nữ được phẫu thuật tạo hình che phủ KHPM vùng cẳng chân bằng vạt cánh quạt tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2018 - 6/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả lâm sàng, theo dõi dọc, không đối chứng, theo dõi tại thời điểm sau mổ tối thiểu > 3 tháng

Thứ tự nghiên cứu: Khám lâm sàng, chụp X quang, đánh giá tổn thương, tiến hành phẫu thuật, lựa chọn nhánh xuyên là cuống vạt bằng siêu âm Doppler cầm tay, thiết kế vạt, bóc và chuyển vạt, theo dõi, đánh giá kết quả gần và xa. Xử lý số liệu theo toán thống kê.

Kỹ thuật phẫu thuật



Hình 1: (a) Thiết kế vạt, (b) Bóc tách toàn bộ vạt, (c) Xoay vạt 180°, (d) Vạt che phủ tổn thương

Thiết kế vạt: Trước tiên dùng siêu âm Doppler cầm tay xác định điểm ra của nhánh mạch xuyên ngay gần khuyết hổng. Thiết kế vạt dạng hình cánh quạt với 1 cánh lớn hoặc 2 cánh với chiều dài không bằng nhau với trục xoay là nhánh xuyên, khi xoay cánh lớn sẽ che phủ khuyết thổng. Trong đó khoảng cánh từ đầu tận của cánh lớn tới điểm xoay phải bằng khoảng cách từ điểm xoay tới giới hạn xa nhất của vạt, chiều rộng bằng chiều rộng của vạt. Kinh nghiệm chúng tôi thường lấy vạt dài thêm khoảng 1 cm và rộng thêm khoảng 0,5cm đến 1 cm để khi đóng vạt không bị căng.

Dựa trên vạt đã thiết kế, rạch một bên vạt bóc tách qua lớp cân cơ, khâu lớp cân cơ này vào vạt, bóc tách dưới lớp này hướng về nhánh xuyên đã đánh dấu, khi bóc có thể có để nhiều hơn 1 nhánh xuyên thì chọn nhánh xuyên thích hợp hoặc nhánh xuyên ở vị trí lệch so với xác định bằng siêu âm thì thiết kế lại hình dáng vạt cho phù hợp. Bóc vạt tiếp tục theo thiết kế, bóc tách cuống vạt có thể bóc trần hoặc để lại ít tổ chức xung quanh để tránh tổn thương cuống vạt. Nâng vạt, xoay vạt đặt vạt vào che phủ khuyết hổng, trường hợp vạt xoay quá 180 độ có thể xoay theo hướng ngược lại. Khâu cố định, nơi lấy vạt có thể khâu đóng trực tiếp, nếu quá căng thì tiến hành ghép da mỏng.

Đánh giá kết quả: Đánh giá căn cứ vào tình trạng vạt, nơi lấy vạt, tình trạng liền sẹo vết mổ, chức năng và thẩm mỹ của chi thể.

Kết quả chia thành 3 mức độ:

- Tốt: Vạt sống hoàn toàn, tổn thương liền sẹo thì đầu

- Vừa: Vạt thiếu dưỡng, hoại tử mép vạt hoặc một phần của vạt, có hoặc không phải ghép da bổ sung. Hoặc vạt bị hoại tử lớp da nhưng còn cân mỡ, phải ghép da bổ sung lên lớp cân mỡ của vạt.

- Xấu: Vạt hoại tử hoàn toàn, phải cắt bỏ, phải thay thế bằng phương pháp điều trị khác. Hoặc vạt hoại tử một phần nhưng không đạt hiệu quả che phủ, phải tạo hình bổ sung.

Nơi lấy vạt

- Tốt: Liên kỳ đầu.

- Vừa: Loét, phải ghép da bổ sung.

- Xấu: Nơi lấy vạt không liền.

Kết quả xa (Sau mổ trên 3 tháng)

- Tốt: Vạt mềm mại, di động tốt, không bị chột loét, tổn thương không bị viêm rò.

- Vừa: Vạt bị chột loét nhỏ hoặc tổn thương bị viêm rò, nhưng chỉ cần nạo rò, thay băng, không phải tạo hình bổ sung.

- Xấu: Vạt bị xơ cứng, thâm đen, chột loét

lớn, tổn thương bị viêm rò kéo dài, phải can thiệp tạo hình bổ sung.

Nơi lấy vật

- Tốt: Liên hoàn toàn.
- Vừa: Chợt loét nông.
- Xấu: Chợt loét rộng, sâu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tình trạng nhiễm khuẩn: tổn thương mới 9/32 BN, giai đoạn bán cấp 17/32 BN và giai đoạn mạn tính 6/32 BN

Nguyên nhân gây nên tổn thương trong nghiên cứu tai nạn giao thông 13/32 BN, tai nạn lao động 4/32 BN, tai nạn sinh hoạt 4/32 BN, loét mạn tính 3/32 BN, di chứng phẫu thuật 5/32 BN, động vật cắn là 3/32 BN

Bảng 2. Kích thước KHPM và kích thước vật

Kích thước	Kích thước KHPM			Kích thước vật		
	$\bar{x} \pm SD$	Min	Max	$\bar{x} \pm SD$	Min	Max
Chiều dài (cm)	5,7 ± 2,4	3	10	13,9 ± 4,6	5	24
Chiều rộng (cm)	4,4 ± 1,3	2	6,8	5,1 ± 1,2	3	7,5

Vật được sử dụng có chiều dài trung bình là 13,9 cm, tối đa tới 24 cm; chiều rộng trung bình là 5,1 cm tối đa tới 7,5 cm

Bảng 3. Góc xoay của vật (n=32)

Góc xoay của vật	N	%
Từ 0 ^o đến 90 ^o	4	12.5
Từ 91 ^o đến 179 ^o	10	31.3
180 ^o	18	56.3
Tổng	32	100

Vật chủ yếu xoay với góc trên 90 độ trong đó góc xoay hay dùng nhất là 180 độ với 18/32 trường hợp (56,3%)

3.3. Kết quả điều trị. Nơi cho vật: ghép da để che phủ 26/32 trường hợp (81,3%) và 6/32 trường hợp (18,8%), liền da kỳ đầu có 27/32 trường hợp (84,4%), biến chứng có 03 trường hợp trong đó nhiễm khuẩn nông 03/32 trường hợp (9,4%), 1 trường hợp bị tụ máu (3,1%), 1 trường hợp cắt lọc phải ghép da bổ sung

Vật và nơi nhận vật: vật sống hoàn toàn (59,4%); 40,6% vật hoại tử 1 phần và không có trường hợp nào hoại tử hoàn toàn

Bảng 4. Đánh giá kết quả gần (n=32)

Kết quả gần	N	%
Tốt	19	59.4
Vừa	13	40.6
Xấu	0	0
Tổng	32	100

19/32 trường hợp (59,4%) đạt kết quả tốt và 13/32 trường hợp đạt kết quả trung bình (40,6%) và không có trường hợp nào đạt kết quả xấu.

Vị trí tổn thương không có sự chênh lệch giữa hai bên chân tỷ lệ đều là 50%. Tổn thương tập trung nhiều ở 1/3 D cẳng chân 18/32 BN (56,2%) và cổ - bàn chân 25%, 13 G cẳng chân là 6/32 BN (18,8%)

3.2. Đặc điểm của vật

Bảng 1. Nguyên ủy cường vật (n=32)

Nguyên ủy	Số BN	Tỷ lệ %
ĐM chày trước	1	3.1
ĐM chày sau	17	53.1
ĐM mác	14	43.8
Tổng	32	100

Cường vật được sử dụng nhiều nhất là nhánh xuyên của động mạch chày sau với 17 trường hợp (53,1%), tiếp đến là nhánh xuyên của động mạch mác 14 trường hợp (43,8%)

Đánh giá kết quả xa: Theo dõi đánh giá được 30/32 BN. Kết quả

-Vật và nơi nhận vật kết quả tốt 30/30 BN. Tất cả nơi lấy vật tổn thương đã lành hoàn toàn, hình dáng cẳng chân không thay đổi, độ dày phù hợp màu sắc vật da 24/30 trường hợp là tương đồng với nơi nhận, 6 trường hợp màu sắc có thâm đen hơn nhưng không đáng kể.

-Nơi cho vật: Tốt 30/30 BN, tổn thương lành hoàn toàn, màu sắc da ghép tương đồng

-Chức năng chi thể 27/30 BN vận động của khớp cổ chân và khớp gối bình thường, 3/30 BN vận động khớp cổ chân bị hạn chế

IV. BÀN LUẬN

Vật cánh quạt cho KHPM phần mềm vùng cẳng bàn chân là một lựa chọn hiệu quả và đáng tin cậy [2] [7]. Số lượng nhánh xuyên ở cẳng chân lớn. Nghiên cứu của Tapadar A. và cộng sự (CS) (năm 2014) phẫu tích trên 20 cẳng chân của xác tươi cho ra kết quả có tới tổng là 263 nhánh xuyên, số lượng trung bình 3,6 nhánh xuyên/ ĐM chày trước, 5,3 nhánh xuyên/ ĐM chày sau, 4,4 nhánh xuyên. ĐM mác [10]. Nghiên cứu của tác giả Vũ Hữu Trung (năm 2020) [1] số lượng động mạch xuyên trung bình trên 1 cẳng chân là 4,6 nhánh xuyên. Trong nghiên cứu chúng tôi xác định các nhánh xuyên bằng siêu âm Doppler dựa trên đường chuẩn đích của các động mạch chính vùng cẳng chân, đánh dấu lại sau đó thiết kế hình dạng vật dựa trên vị trí nhánh xuyên, trong thực tế chúng tôi

siêu âm thấy chủ yếu các nhánh xuyên của ĐM chày trước tìm thấy chủ yếu ở đoạn 1/3T, ĐM chày sau và ĐM mạc tìm được ở vị trí 1/3G và 1/3 D của cẳng chân. Do tổn thương chủ yếu nằm ở vị trí thấp của cẳng chân và bàn chân (bảng 2), không có trường hợp nào ở 1/3 trên cẳng chân do vậy trong 32 vạt được sử dụng nhánh xuyên lấy chủ yếu từ ĐM chày sau 17/32 trường hợp và ĐM mạc 14/32 trường hợp. Chỉ có 1 trường hợp là sử dụng nhánh xuyên của ĐM chày trước để che phủ cho tổn khuyết ở cổ chân, trường hợp này chúng tôi tìm được 1 nhánh xuyên từ ĐM chày trước ở vị trí 1/3D ngay gần khuyết hổng. Theo một số nghiên cứu khác cũng như chúng tôi các tác giả cũng chủ yếu sử dụng các vạt ĐM xuyên từ ĐM chày sau và ĐM mạc [1] [2] [3].

Việc sử dụng nhánh xuyên là cưỡng nuôi làm giảm thiểu tối đa tổn thương nơi cho vạt do không cần dùng đến cơ hay gân để duy trì sự tưới máu cho da (như ở vạt cơ da và gân da) mà chỉ cần dựa trên các nhánh xuyên biệt lập, như vậy tiết kiệm được cơ, gân, thần kinh chi phối cho cơ, không gây tổn thương các mạch chính của cẳng chân, nơi cho vạt vì thể thường có thể khâu kín kỳ đầu hoặc ghép da che phủ với diện tích nhỏ. Trong báo cáo chúng tôi khâu đóng trực tiếp nơi lấy vạt 6/32 trường hợp (18,8%), ghép da mỏng để che phủ 26/32 trường hợp (81,3%) Các trường hợp này sau đó theo dõi kết quả xa đều lành hoàn toàn và cho màu sắc tương đồng với phần mềm xung quanh

Giống như một vạt tại chỗ, vạt được thiết kế dựa trên vùng da lành xung quanh khuyết hổng là dạng vạt đảo nên có thể thiết kế đa dạng tùy trường hợp cụ thể, kích thước của vạt lớn có thể cung cấp đủ diện da che phủ được những tổn khuyết tương đối rộng. Góc xoay của vạt lớn nên rất linh động. Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước KHPM cần che phủ từ nhỏ đến trung bình, kích thước dao động từ 3x2 cm đến 10 x 6,8 cm tập trung chủ yếu ở 1/3 dưới cẳng chân và cổ chân. Vạt cánh quạt chúng tôi sử dụng ở vùng cẳng chân có chiều dài đạt tới 24cm trung bình là 13,9cm và chiều rộng tới 7,5cm trung bình là 5,1cm, các đặc điểm này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Kai-xuan Dong và cs (năm 2014) [2], kích thước vạt dao động từ 5 x 11 cm đến 12 x 28 cm, nghiên cứu của Hifny M.A. và CS [3] với kích thước vạt dao động từ 4 x12 cm đến 8 x24 cm

Tỷ lệ vạt sống đạt hiệu quả che phủ 100%, kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu gần đây [2] [3] trong đó 19 BN vạt sống

hoàn toàn (59,4%), hoại tử 1 phần là 13 BN (40,6%). Trong 13 trường hợp vạt hoại tử 1 phần 5/13 trường hợp hoại tử nông lớp thượng bì vùng đỉnh vạt và mép vạt sau thay bằng chăm sóc tự liền, 8/13 trường hợp hoại tử toàn bộ lớp thượng bì vùng đỉnh vạt, tổ chức cân mỡ dưới lớp thượng bì không bị hoại tử sau thay bằng chờ tổ chức hạt đây đã được ghép da bổ sung. Kết quả này gần tương đương với dữ liệu hồi cứu về vạt cánh quạt do Sisti A. và CS (2016) [8] thực hiện với tỷ lệ vạt sống hoàn toàn là 68,1% hoại tử một phần lớn của vạt chiếm 20,7% và vạt hoại tử một phần với diện tích nhỏ có tỉ lệ 11,2%. Chúng tôi nhận thấy biến chứng hoại tử 1 phần của vạt là tương đối cao nguyên nhân có thể đến từ một phần do việc ban đầu chưa hoàn toàn làm chủ được kỹ thuật, một nguyên nhân khác có thể đến do sự tương quan giữa vạt và vùng cấp máu ưu thế xuất phát từ cưỡng mạch xuyên của vạt dẫn đến những vạt có độ dài lớn thường hoại tử mép đầu xa, có lẽ cần thêm các nghiên cứu về giải phẫu và vùng cấp máu của mạch xuyên để hạn chế một phần biến chứng này.

Kết quả gần cũng cho thấy độ tin cậy khi ứng dụng vạt, với trường hợp vạt sống tốt 19/32 trường hợp (59,4%) và kết quả vừa 13/32 trường hợp (40,6%) và không có trường hợp nào đạt kết quả xấu. Chúng tôi theo dõi đánh giá kết quả xa được 30/32 bệnh nhân với thời gian theo dõi từ 3 tháng trở lên. Kết quả xa ở thời điểm kiểm tra cuối cùng cho thấy: tất cả tổn thương đều đã liền sẹo, không có trường hợp nào viêm rõ hay loét không liền, vạt mềm mại, di động tốt, màu sắc và độ dày trong hầu hết các trường hợp đều tương đồng với nơi nhận, hình dáng cẳng chân không thay đổi, nơi cho vạt cũng liền hoàn toàn. Trong 3 trường hợp vận động khớp cổ chân bị hạn chế khi xem xét kỹ thì 2 trường hợp khớp cổ chân bị co cứng do di chứng trước mổ bệnh nhân hạn chế vận động, 1 trường hợp mới tháo khung ngoại vi kết lại xương bằng nẹp vít, tất cả bệnh nhân đều đang trong quá trình tập phục hồi chức năng lấy lại biên độ vận động khớp, khám vạt đều mềm mại không gây co kéo nên chức năng do vậy nguyên nhân không phải do vạt.

V. KẾT LUẬN

Vạt cánh quạt với cưỡng nuôi là nhánh xuyên cung cấp một nguồn vật liệu tạo hình có cấu trúc tương tự phần mềm ở vùng cẳng bàn chân, tương đối đơn giản trong kỹ thuật, an toàn, hiệu quả hình dáng đặc biệt, có thể lấy vạt với kích thước lớn góc xoay tối đa có thể 180 độ không yêu cầu khâu nối mạch vi phẫu và phù hợp đối

với yêu cầu che phủ của các khuyết hồng ở cẳng bàn chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Hữu Trung và Lâm Khánh và Lê Văn Đoàn** (2020), "Ứng dụng vật mạch xuyên cuống liền điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cẳng chân", Tạp chí Y - Dược học quân sự. 3, tr. 42- 47.
2. **K. X. Dong và các cộng sự.** (2014), "Perforator pedicled propeller flaps for soft tissue coverage of lower leg and foot defects", Orthop Surg. 6(1), tr. 42-6.
3. **M. A. Hifny và các cộng sự.** (2020), "Propeller perforator flaps for coverage of soft tissue defects in the middle and distal lower extremities", Ann Chir Plast Esthet. 65(1), tr. 54-60.
4. **H. Hyakusoku, T. Yamamoto và M. Fumiiri** (1991), "The propeller flap method", Br J Plast Surg. 44(1), tr. 53-4.
5. **I. Koshima và S. Soeda** (1989), "Inferior epigastric artery skin flaps without rectus abdominis muscle", Br J Plast Surg. 42(6), tr. 645-8.
6. **M. Pignatti và các cộng sự.** (2011), "The "Tokyo" consensus on propeller flaps", Plast Reconstr Surg. 127(2), tr. 716-722.
7. **L. Shen và các cộng sự.** (2017), "Peroneal perforator pedicle propeller flap for lower leg soft tissue defect reconstruction: Clinical applications and treatment of venous congestion", J Int Med Res. 45(3), tr. 1074-1089.
8. **A. Sisti và các cộng sự.** (2016), "Propeller Flaps: A Literature Review", In Vivo. 30(4), tr. 351-73.
9. **G. G. Hallock** (2006), "The propeller flap version of the adductor muscle perforator flap for coverage of ischial or trochanteric pressure sores", Ann Plast Surg. 56(5), tr. 540-2.

NHẬN XÉT CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI CON SO ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN 19-8 BỘ CÔNG AN

Nguyễn Quảng Bắc¹, Khổng Thị Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét chỉ định mổ lấy thai con so đủ tháng tại bệnh viện 19-8 Bộ Công An. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả. **Kết quả:** Số Sản phụ mổ lấy thai do cổ tử cung không tiến triển nhiều nhất có 48 sản phụ, chiếm 26,81%, số sản phụ mổ lấy thai do đầu không lọt là 28 sản phụ, chiếm 15,64%, có 37 sản phụ mổ lấy thai do thai chiếm 35,19% trong đó thai to chiếm 20,67%; thai suy có 26 sản phụ chiếm 14,52%, có 27 sản phụ mổ lấy thai do mẹ và bệnh lí của mẹ chiếm 15,08%, nguyên nhân mổ lấy thai do nguyên nhân xã hội chiếm 7,26%. **Kết luận:** Chỉ định mổ lấy thai con so chủ yếu là cổ tử cung không tiến triển và cổ tử cung mở hết đầu không lọt, tiếp đến là thai to và thai suy.

Từ khoá: Mổ lấy thai, bơm tinh trùng (IUI), thụ tinh ống nghiệm (IVF), cổ tử cung (CTC).

SUMMARY

INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION ON TERM PREGNANCY IN PRIMIGRAVIDA AT HOSPITAL 19-8 MINISTRY OF DOMESTIC SECURITY

Objectives: Indications for cesarean section on term pregnancy in primigravida. **Methodology:** Descriptive study. **Results:** The number of pregnant women who underwent C-sections due to cervical

dystocia was 48 and accounts for 26,81%. The figure for cephalopelvic disproportion was 28 with the percentage being 15,64%. C-section was carried out on 37 women due to fetal macrosomia or fetal distress, with the percentage of 20,67% and 14,25% respectively. While 15,08% of the cases resulted from maternal factors, social factors leading to C-section accounted for only 7,26%. **Conclusion:** The main reasons of cesarean section on term pregnancy in primigravida were cervical dystocia and cephalopelvic disproportion, followed by fetal macrosomia and fetal distress.

Keywords: Caesarean section, IUI (Intrauterine insemination), IVF (In vitro fertilisation), Cervical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhiều nước trên thế giới tăng nhanh trong vòng 20 năm trở lại đây, đặc biệt là các nước phát triển. Tại Việt Nam, tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng, nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016 lên đến 41,4%¹. Năm 2001 Giáo sư Michael Robson đã tạo ra một hệ thống phân loại các trường hợp mổ lấy thai theo 10 nhóm không chú trọng vào chỉ định mổ lấy thai mà thay vào đó, phân loại này dựa trên đặc điểm riêng của từng sản phụ, giúp phân các sản phụ vào các nhóm khác nhau, qua đó đánh giá tỷ lệ mổ lấy thai của từng nhóm². Nhóm I bao gồm các sản phụ con so ngôi đầu đủ tháng chuyển dạ được đánh giá là nhóm nguy cơ thấp, kích cỡ lớn, tỉ lệ mổ lấy thai cao nhưng có khả năng kiểm soát được, nếu giảm được tỉ lệ mổ lấy thai nhóm I thì sẽ giảm được tỉ lệ mổ lấy thai lại sau mổ lấy thai vì thế là chìa khóa mấu chốt để giảm tỉ lệ mổ lấy thai.

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Bệnh viện 19-8 Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023