

trong nghiên cứu của chúng tôi và hai tác giả trên cũng tương đối cao với đều trên 50% [7, 8]. Về triệu chứng thực thể, có 20 bệnh nhân thở nhanh và 8 bệnh nhân rối loạn tri giác với tỷ lệ là 23,3% và 9,3%, trong khi theo Nguyễn Văn Tuấn ghi nhận tỷ lệ rối loạn ý thức cũng là 7,5% tuy nhiên tỷ lệ thở nhanh khá cao với 88,8% [7]. Có 100% bệnh nhân trong nghiên cứu có ran ở phổi với tỷ lệ ở xuất hiện ở cả hai phổi chiếm 64%, hội chứng đông đặc ghi nhận là 80,2%, kết quả này tương đối khác biệt với Lê Văn Thêm với chỉ ghi nhận hội chứng đông đặc trên 30% bệnh nhân [8]. Số lượng bạch cầu máu và nồng độ CRP trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ở mức cao với $12,8 \pm 5,9 \times 10^9/L$ và $93,5 \pm 65,5mg/L$, kết quả này tương tự với các nghiên cứu được thực hiện trước đây [7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ viêm phổi trên bệnh nhân có tổn thương dạng đám mờ ngoại vi nhập viện tương đối cao với 76,8%, chủ yếu là viêm phổi cộng đồng. Có 82,6% trường hợp xác định được tác nhân vi khuẩn gây bệnh với mẫu bệnh phẩm phổ biến nhất là đàm với 91,5%, đa số là còn nhạy kháng sinh với 95,8%. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho và chán ăn, tiếp theo là đau đầu, đau cơ và ít gặp nhất là ho ra máu với 5,8%. Ran phổi thường xuất hiện ở cả hai phổi với tỷ lệ là

64%. Số lượng bạch cầu và nồng độ CRP trung bình trong máu tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fantin, A., et al., Endoscopic Technologies for Peripheral Pulmonary Lesions: From Diagnosis to Therapy. Life (Basel), 2023. **13**(2).
2. Swensen, S.J., et al., Solitary pulmonary nodules: clinical prediction model versus physicians. Mayo Clin Proc, 1999. **74**(4): p. 319-329.
3. Trịnh Mạnh Hùng, Kết quả bước đầu sinh thiết xuyên thành ngực trong chẩn đoán đám mờ ở phổi dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính tại Bệnh viện Hữu Nghị. Tạp chí Y học thực hành, 2011. **762**(4): p. 56-57.
4. Touman, A.A., et al., Gaining access to the periphery of the lung: Bronchoscopic and transthoracic approaches. Ann Thorac Med, 2017. **12**(3): p. 162-170.
5. Bộ Y Tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải ngoài cộng đồng ở người lớn. Quyết định số 4815/QĐ-BYT ngày 20 tháng 11 năm 2020, 2020.
6. Bai, H.X., et al., Performance of Radiologists in Differentiating COVID-19 from Non-COVID-19 Viral Pneumonia at Chest CT. Radiology, 2020. **296**(2): p. E46-e54.
7. Nguyễn Văn Tuấn and Trần Thị Kiều Anh, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam 2021. **Số 1, Tập 505**
8. Thêm, L.V., Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. **Số 2, Tập 512**.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG MÔ MỀM CẰNG CHÂN VÀ CỔ CHÂN BẰNG VẬT DA NHÁNH XUYÊN ĐỘNG MẠCH CHÀY SAU

Văn Tiến Chương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khuyết da và tổ chức phần mềm là những thương tổn thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau như chấn thương, sau phẫu thuật cắt bỏ các thương tổn của da (kết hợp xương, gãy xương hở, khối u, sẹo bỏng). Do đặc điểm giải phẫu phần dưới cẳng chân, cổ bàn chân, da thường mỏng, mạch máu nuôi nghèo nàn, ít mô đệm và cơ, ngay bên dưới là cấu trúc gân xương nên khi bị chấn thương rất dễ hoại tử da hoặc mất da để làm lộ gân, xương, khớp, mạch máu, thần kinh. Điều này làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, nếu không được điều trị sớm, đúng cách sẽ dẫn đến tình trạng hoại tử, dính gân, viêm xương, viêm

khớp, cuối cùng là mất chức năng. Vì vậy việc che phủ sớm là chìa khóa thành công và phục hồi chức năng.
Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị vật da nhánh xuyên động mạch chày sau che phủ khuyết hồng phần mềm (KHPM) cẳng chân và cổ chân. **Đối tượng và phương pháp:** 35 bệnh nhân (BN) có tổn khuyết phần mềm kèm theo lộ xương chày và gân xương vùng cổ chân được điều trị tại Khoa Vi Phẫu thuật Tạo hình, Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình -TPHCM, Từ tháng 01/2018 - 12/2023. Vật da nhánh xuyên động mạch chày sau được sử dụng trong che phủ tổn khuyết phần mềm vùng cẳng chân và cổ chân. Sử dụng siêu âm Doppler xác định nhánh xuyên động mạch chày sau dựa trên đường đi đường nối điểm giữa nếp gấp khoeo và mắt cá trong. **Kết quả:** 31/35 vật sống hoàn toàn, 1 vật ghép da bổ xung thì hai, 1 vật cắt lọc khâu da thì hai và 1 vật hoại tử hoàn toàn. **Kết luận:** Vật da nhánh xuyên động mạch chày sau có độ tin cậy cao, có thể chọn lựa và thiết kế vật một cách linh hoạt. Kết quả che phủ tốt, rút ngắn thời gian điều trị. **Từ khóa:** Vật cánh quạt; Nhánh xuyên; Động mạch chày sau

¹Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình

Chịu trách nhiệm chính: Văn Tiến Chương

Email: bschuong2004@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 20.3.2024

SUMMARY**THE ASSESSEMENT OF RESULTS OF TREATMENT OF TISSUE DEFECT IN LOWER LEGS ANH ANKLES BY POSTERIOR TIBIAL ARTERY PERFORATOR FLAP**

Background: Skin defects and tissue organization are common injuries due to various causes such as trauma, postoperative removal of skin lesions (bone combination, open fractures, tumors, burns). Due to the anatomical characteristics of the lower legs, ankles often thin skin, poor blood vessels, little stromal tissue and muscle, immediately below is the bone tendon structure, it is very easy to necrotize the skin or lose skin to expose tendons, bones, joints, blood vessels, nerves. This increases the risk of infection, if not treated early, properly will lead to necrosis, tendon sticking, osteoarthritis, arthritis, eventually lost of function. So early coverage is key to success and rehabilitation. **Objective:** The assesment of results of treatment of postreior tibial artery perforator flap in covering the lower leg and ankle tissue defect (KHPM). **Subjects and methods:** 35 patients with tissue defects accompanied by tibia and ankle tendon are treated at the Department of Plastic Surgery, Orthopedic Trauma Hospital - Ho Chi Minh City, From January 2018 - December 2023. The tibial artery ferforater flap is used in covering the limb and ankle soft defects. Using Doppler ultrasound determine the posterior tibial transarterial branch based on the path that connects the point between the popliteal fold and the inner ankle. **Result:** 31 cases were completely alive, 1 case was completely necrotic, 2 cases were sutured skin, and 1 case was grafted skin. **Conclusion:** The tibial artery ferforater flap is highly reliable, selectable and flexible in flap design. Good coverage results, shortening treatment time. **Keywords:** Propeller flap; Perforator; Perforated artery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết da và tổ chức phần mềm là những thương tổn thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau như chấn thương, sau phẫu thuật cắt bỏ các thương tổn của da (kết hợp xương, gãy xương hở, khối u, sẹo bỏng). Do đặc điểm giải phẫu phần dưới cẳng chân, cổ bàn chân, da thường mỏng, mạch máu nuôi nghèo nàn, ít mô đệm và cơ, ngay bên dưới là cấu trúc gân xương nên khi bị chấn thương rất dễ hoại tử da hoặc mất da để làm lộ gân, xương, khớp, mạch máu, thần kinh. Điều này làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, nếu không được điều trị sớm, đúng cách sẽ dẫn đến tình trạng hoại tử, dính gân, viêm xương, viêm khớp, cuối cùng là mất chức năng.[2][7][8]. Vì vậy việc che phủ sớm là chìa khóa thành công và phục hồi chức năng.

Theo bậc thang tạo hình, những tổn thương này có nhiều phương pháp để che phủ đơn giản nhất là ghép da. Tuy nhiên với những thương tổn có lộ gân, xương, mạch máu, thần kinh hoặc

những vị trí tì đè tốt nhất cần một vật da dày mô đệm tốt để che phủ. Có nhiều vật có thể sử dụng nhưng những vật lân cận được ưu tiên nhiều hơn [8], các thương tổn khuyết hổng nếu để lâu sẽ gây tổn thương lan rộng các cấu trúc bên dưới như hoại tử cơ, hoại tử gân, nghiêm trọng hơn nữa là tổn hại thần kinh mạch máu ở vùng cẳng chân có thể dẫn đến mất chức năng của chân bị thương. Vì vậy việc che phủ sớm khuyết hổng mô mềm là chìa khóa thành công và phục hồi chức năng.

Thập niên gần đây việc điều trị khuyết hổng phần mềm không chỉ là che phủ mà còn đạt được sự phục hồi chức năng vùng che phủ, kiểm soát nhiễm trùng, cũng như kết quả thẩm mỹ, ngoài các vật thường sử dụng trên thì vật cố định mạch xuyên đại diện cho các xu hướng mới trong che phủ với ưu điểm đáp ứng yêu cầu che phủ, giảm thiểu tổn thương vùng cho vật, không hi sinh thần kinh và mạch máu lớn, vật sống tốt, đảm bảo nguyên tắc thay thế mô giống vùng nhận, kỹ thuật không quá phức tạp. Trên thế giới, có nhiều tác giả đề xuất ứng dụng vật nhánh nhánh xuyên động mạch chày sau để che phủ các khuyết hổng vùng cẳng chân và cổ chân, Tại Bệnh Viện Chấn Thương Chính Hình, chúng tôi cũng đã có nhiều nghiên cứu liên quan tới che phủ khuyết hổng ở cẳng chân như vật da cân thần kinh hiển ngoài[7], vật da trên mắt cá ngoài, vật da tự độ che phủ vùng 1/3 dưới cẳng chân và cổ chân[3][2] và trong nghiên cứu này chúng tôi ứng dụng kỹ thuật điều trị cho mất mô mềm cẳng chân và cổ chân với đề tài nghiên cứu: "*Đánh giá kết quả điều trị khuyết hổng mô mềm vùng cẳng chân và cổ chân bằng vật da nhánh xuyên Động mạch chày sau tại Bệnh Viện Chấn Thương Chính Hình*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân được điều trị bằng vật da nhánh xuyên động mạch chày sau cẳng chân tại Khoa Vi Phẫu, Bệnh Viện Chấn Thương Chính Hình từ 01/2018 đến tháng 12/2023, các bệnh nhân này sẽ được đánh giá hình ảnh học, lâm sàng trước và sau mổ và ở lần tái khám cuối cùng bằng mẫu bệnh án trong nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu**2.2.1. Công cụ nghiên cứu:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thực hiện:
 - + Dụng cụ phẫu thuật
 - + Kính lúp phẫu thuật độ phóng đại 3,5 x
 - + Máy chụp hình 12.0 megapixel
 - + Máy siêu âm do mạch máu cầm tay (Hadeco) đầu dò 8Mhz

+ Bút vẽ thiết kế vạt da và thước đo

2.2.2. Đối với bệnh nhân chuẩn bị mổ:

Khai thác bệnh sử, Khám lâm sàng trước khi phẫu thuật, Đánh giá tổn thương, có thể cho bệnh nhân siêu âm mạch máu, dò mạch xuyên bằng máy doppler cầm tay hoặc chụp mạch máu có cản quang nghi ngờ tổn thương mạch máu

2.2.3. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:

Giải thích cho bệnh nhân mục đích cuộc mổ, thăm khám trước mổ, làm các xét nghiệm tiền phẫu

2.2.4. Đánh giá bệnh nhân trước mổ:

- Tổng trạng ổn định, đáp ứng được cuộc phẫu thuật.

- Đánh giá tổn thương: Vị trí mất da, kích thước mất da, tình trạng nhiễm trùng vết thương, các thương tổn kèm theo.

- Dò lại nhánh xuyên mạch máu bằng doppler cầm tay trước khi mổ

2.2.5. Phẫu thuật che phủ tổn thương:

- Đánh giá tổn thương trước phẫu thuật, tổn thương mất da thường kèm tổn thương ở gân xương, để đáp ứng việc che phủ bằng vạt da, vết thương phải ổn định và được cắt lọc sạch và triệt để phần mềm bị dập nát, không có nhiễm trùng, tiết dịch, nếu có mô hoại tử phải được cắt lọc sạch nhiều lần trước khi che phủ bằng vạt da.

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa

- Gây tê tuỷ sống hoặc gây mê nội khí quản

- Đặt ga rô hơi đùi: Thời gian ga rô dưới 2 giờ và áp lực khoảng 300-350mmHg, kê cao chân 5 phút để dồn máu trước khi ga rô, sau khi lấy vạt da xong xả ga rô ngay và đánh giá lại vạt da sau mổ, cầm máu

- Rửa vết thương, sát khuẩn vùng mổ, trải sàng vô khuẩn vùng mổ

Phẫu thuật lấy vạt da:

- Xác định độ lớn của vết thương để lấy vạt da

- Thiết kế vạt da dựa trên cuống nhánh xuyên liền kề nhất

- Tiến hành bóc tách 1 bờ của vạt da, tìm vị trí nhánh xuyên để xác nhận lại độ chính xác của thiết kế trước mổ, nếu có nhiều nhánh xuyên thì chọn nhánh xuyên ưu thế có độ lớn nhất và thuận lợi cho việc xoay vạt nhất

- Bóc tách nhánh xuyên ngược dòng vào nguyên ủy của nhánh xuyên để gia tăng khả năng xoay của vạt

- Thiết kế lại vạt da dựa trên vị trí nhánh xuyên đã được chọn

- Bóc tách hoàn toàn vạt da dựa trên nhánh xuyên

- Xả ga rô, cầm máu vết thương, kiểm tra máu cung cấp cho vạt da

- Xoay vạt da tới nơi che phủ vết thương. Có

thể xoay kiểu đảo da hoặc xoay 180^o kiểu cánh quạt

- Vùng cho vạt có thể khâu kín hoặc ghép da mỏng

2.2.6. Đánh giá khả năng sống của vạt da:

- Vạt da được đánh giá ngay sau khi phẫu thuật xả ga rô: kiểm tra vạt da đầu xa có chảy máu không, vạt da có hồng không, bằng cách lấy gạc ẩm lau đầu xa của vạt khi được bóc tách hoàn toàn có chảy máu không, ấn kiểm tra lưu thông tuần hoàn của vạt có hồng lại nhanh hay chậm và làm ấm vạt trước khi đánh giá.

- Sống hoàn toàn: Là vạt sau khi lấy vạt theo dõi tại khoa và đánh giá lại sau 5-7 ngày sau phẫu thuật vạt không tím, không sung huyết, không hoại tử mép hoặc đầu xa

- Tình trạng hoại tử bao gồm: Hoại tử hoàn toàn, hoại tử một phần vạt da, hoại tử mép vạt da. Sau khi phẫu thuật lấy vạt da theo dõi 5-7 ngày hậu phẫu đánh giá lại sống của vạt

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi

Bảng 1. Độ tuổi bệnh nhân phân bố theo bảng sau

Tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
<20	2	57,14%
20-39	18	51,42%
40-59	10	28,57%
>60	5	14,28%
Tổng cộng	35	100
Tuổi thấp nhất		18
Tuổi lớn nhất		70
Tuổi trung bình		39

Nhận xét: Tuổi lao động dưới 60 có 28/35 trường hợp chiếm tỉ lệ 80% trong đó nhóm tuổi lao động chính của xã hội từ 20 - 39 tuổi, và tuổi từ 40-59 trung niên chiếm tỉ lệ 28,57%, trong đó tuổi thấp nhất là 18 tuổi, tuổi cao nhất là 70 tuổi

3.2. Nguyên Nhân Tổn Thương

Bảng 2. Phân loại theo nguyên nhân tổn thương.

Nguyên nhân	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	23	65,71
Tai nạn lao động	7	20,00
Loét do tỳ đè	3	8,57
Sẹo cơ rút	2	57,14
Tổng	35	100,00

Nhận xét: Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm đa số 23/35 (65,71%). Đây cũng là nguyên nhân chính gây thiếu hồng mô mềm cẳng chân cần được tái tạo

Bảng 3. Phân bố vị trí tổn thương theo vị trí cuống vạt da

Vị trí cuống	Vị trí tổn thương (n=35)			
	Cổ	1/3	1/3	Tổng

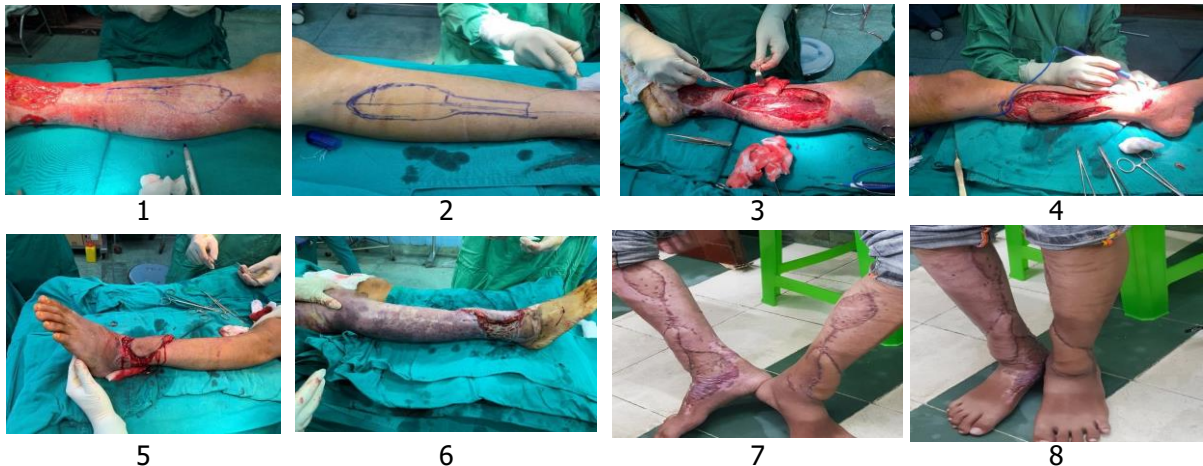
	chân	giữa	dưới	
1/3 giữa	0	10	3	13
1/3 dưới xa	3	5	14	22
Tổng cộng	3	15	17	35

Nhận xét: Tùy từng vị trí mất da ở 1/3 giữa cẳng chân hoặc 1/3 dưới và cổ chân có thể chọn nhánh xuyên động mạch thích hợp che phủ khuyết hồng tổn thương mà vạt da có thể che phủ tốt nhất và đạt hiệu quả cao nhất trong nghiên cứu nhóm cẳng mạch 1/3 dưới chiêm đa số 22/35 (41,55%)

Bảng 4. Kích thước vạt được sử dụng

Các thông số	Kích thước vạt		
	Lớn nhất	Nhỏ nhất	Trung bình
Chiều rộng (cm)	10	4	6,2
Chiều dài (cm)	16	8	8,5
Diện tích (cm ²)	160	32	52,7

Nhận xét: Vạt da nhánh xuyên động mạch mạc có chiều dài lớn nhất đạt 16cm, chiều rộng 10 cm, diện tích 160 cm². nhỏ nhất 4cmx8cm (32 cm²)



2. Bệnh nhân nam 52 tuổi, Bị tai nạn giao thông, được chẩn đoán gãy hở gãy kín 1/3 dưới xương chân phải được KHX nẹp vít, sau điều trị 1 tháng lộ nẹp vít sử dụng vạt da nhánh xuyên động mạch mạc có cuống 1/3 dưới xa, góc xoay vạt 150 độ, kết quả điều trị sau 3 tháng



Bảng 5. Tình trạng vạt

Tình trạng vạt	Loại vạt		Tổng	Xếp loại
	Xoay vạt 150-180 độ	Dưới 150 độ		
Vạt sống hoàn toàn, vết mổ liền kỳ đầu	15	13	28	Tốt
Nhiễm khuẩn, viêm rò vết mổ	2	2	4	Trung bình
Hoại tử một phần diện tích vạt	3	0	3	Xấu
Tổng	20	15		35

Nhận xét: 31/35 vạt da nhánh động mạch chày sau sống hoàn toàn (88,57%) Ở các BN, hầu hết vết mổ liền kỳ đầu sau 15 – 20 ngày.

3.3. Bệnh nhân minh họa. Bệnh nhân nam 32 tuổi, Tai nạn giao thông, vết thương mất da lộ gân xương cổ chân phải và trái, sử dụng vạt da nhánh xuyên động mạch chày sau với cẳng mạch 1/3 dưới cẳng chân, Góc xoay vạt 160 độ. Hình ảnh điều trị sau theo dõi 4 tháng

IV. BÀN LUẬN

4.1. Độ tuổi. Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 39 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 20 – 39 tuổi có tỉ lệ cao 18 ca, đây là độ tuổi chính có hoạt động sản xuất kinh tế và tham gia các hoạt động thể thao, lao động nên khả năng xảy ra chấn thương cao, cũng như độ tuổi 40- 60 tuổi cũng chiếm tỷ lệ cao đây cũng là tuổi còn tham gia hoạt động nhiều, bắt đầu có hiện tượng thoái hóa mô trong cơ thể nên các tổn thương dễ dẫn tới khuyết hồng hơn. (bang 1)

4.2. Nguyên nhân tai nạn. Theo thống kê trong nghiên cứu cho thấy khuyết hồng cẳng chân và cổ chân liên quan tới tai nạn giao thông vượt trội có đến 23/35 ca chiếm đa số với tỉ lệ 65,71%. Nguyên nhân chủ yếu đến từ đặc thù đất nước chúng ta sử dụng phương tiện đi lại chính là xe máy với đặc điểm phần chân không được che chắn nên dễ bị tổn thương khi xảy ra tai nạn. các nguyên nhân bệnh lý gây loét và khuyết hồng cổ bàn chân như ung thư, tắc mạch máu nhỏ bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu gặp số lượng ít.

4.3. Kích thước vết thương

- Kích thước vết thương mất da lộ gân, xương cần phải che phủ bằng vật da nhỏ nhất là (8cm x 4 cm), diện tích KHPM là 32cm², lớn nhất là (16 cm x 10 cm), diện tích KHPM lớn nhất là 160cm².

- Như vậy vật da nhánh xuyên động mạch mạc đáp ứng đủ tiêu chí để che phủ KHPM tương đối lớn, với diện tích che phủ này vật da có thể che phủ hết phần KHPM và phục hồi lại giải phẫu cho vùng khuyết hồng, đáp ứng được độ che phủ hoàn toàn KHPM cần thiết của vật da

4.4. Kết quả sống của vật da

- Tỉ lệ sống hoàn toàn của vật da 31/35 ca chiếm 88,57%.

- Tỉ lệ hoại tử vật da hoàn toàn là 1/35 ca chiếm 2,85%.

- Chúng tôi có 3 ca vật da chỉ sống 80% diện tích vật có 2 ca sau phẫu thuật vật da ứ máu tĩnh mạch đầu xa, sau đó hoại tử một phần, do vật da lúc phẫu thuật lấy dài hơn và lớn hơn vết thương, chúng tôi chăm sóc vết thương và vật da chỉ hoại tử bề mặt còn lớp đệm dưới da tốt, sau đó được cắt lọc phần da hoại tử tại phòng tiểu phẫu và vật da còn đủ che phủ vết thương nên chúng tôi khâu dính lại phần da vào vết thương, bệnh nhân được theo dõi 1 tuần sau khâu da ổn định xuất viện vì vậy chúng tôi xem như thành công, còn 1 ca sau ứ máu tĩnh mạch đầu xa vật da có kích thước lớn mô đệm tốt nên chỉ cắt lọc phần đầu xa mô đệm dưới da tốt, chúng tôi tiến hành cắt lọc và ghép da thì 2 cho vật da hoại tử, sau 1 tuần da sống tốt. 1 ca hoại

tử mép đầu xa của vật chỉ cần chăm sóc vết thương, sau đó vết thương lành không can thiệp gì thêm.

4.5. Góc xoay vật da. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy góc xoay lớn nhất của vật từ 150-180 độ chiếm đa số 15/35 bệnh nhân chiếm 42,85%, có 13 trường hợp xoay vật da từ dưới 150 độ, đối với vật da có góc xoay 15-180 độ tuần hoàn vật da ngược lại với cuống mạch để gây ứ máu tĩnh mạch do lưu thông tuần hoàn ngược, góc xoay vật lớn thì khả năng che phủ của vật tới đầu xa của vết thương được lấp đầy tốt hơn và linh hoạt trong độ che phủ của vết thương khi cần, khả năng hoại tử vật cao hơn so với góc xoay của vật nhỏ hơn.

V. KẾT LUẬN

- Vật da nhánh xuyên động mạch chày sau là vật da sử dụng cuống mạch xuyên của động mạch, không hy sinh mạch máu chính, góc xoay của vật lớn, tính linh hoạt của cuống mạch, độ che phủ của vật tốt cho vết thương vùng cẳng chân và cổ chân và có thể che phủ vùng gót chân và mu bàn chân, góp phần vào điều trị cho bệnh nhân mất da vùng cẳng chân và cổ chân

- Có thể áp dụng phương pháp điều trị vật da cho các tuyến y tế, nhằm giảm chi phí điều trị và di chuyển của bệnh nhân do đó với sự thành công của vật da góp phần vào điều trị khuyết hồng mô mềm vùng cẳng chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Antonio Bulla, Alberto Bolletta, Luca Fiorot, Matteo Maffei, Pasquale Bandiera, et al.** (2019), "Posterior tibial perforators relationship with superficial nerves and veins: A cadaver study". *Microsurgery*, pp.241-246
2. **Alain C Masquelet, Alain Gilbert** (1995). "Transfers from the lower limb". *An atlas of flaps in limb reconstruction*. CRC press, 1st edition, pp 148-157.
3. **Barooah Partha Sarathi, Tanti Anup, Lahon Jyotirmayee, Deka Dhrubajyoti, Hazarika Ajanta, et al.** (2017), "Vascular basis of Retrograde Fasciocutaneous Flap based on Lower Two Posterior Tibial Artery Perforators". *Journal of Contemporary Medical Research*, 4 (9), pp. 1929-1933.
4. **Blondeel P. N., Van Landuyt K., Hamdi M., Monstrey S. J.** (2003), "Perforator flap terminology: update 2002". *Clin Plast Surg*, 30 (3), pp. 343-346.
5. **Bulla Antonio, Bandiera Pasquale, Casoli Vincent, Campus Gian Vittorio, Montella Andrea** (2014), "Human The Distal Perforators Of Posterior Tibial Artery. A Study For The Correct Planning Of Medial Lower Leg Flaps". *Italian Journal of Anatomy and Embryology*, 119 (1), pp. 28.
6. **Cariou J. L.** (1995), "[1984-1994: ten years of skin flaps. Improvements and conceptual developments. Development of vascular concepts,

classification and clinical concepts]. Ann Chir Plast Esthet, 40 (5), pp. 447-525.

7. **Carriguiry C., Aparecida Costa M., Vasconez L. O.** (1985), "An anatomic study of the septocutaneous vessels of the leg". Plast Reconstr Surg, 76 (3), pp. 354-63.

8. **Chmielewski P., Warchol L., Gala-Bladzinska A., Mroz I., Walocha J., et al.** (2016), "Blood vessels of the shin - posterior tibial artery - anatomy - own studies and review of the literature". Folia Med Cracov, 56 (3), pp.5-9

GIA TRỊ HIỆU SỐ BIÊN ĐỘ SÓNG S VÀ SÓNG R TẠI CHUYỂN ĐẠO V1 VÀ V2 TRONG PHÂN BIỆT VỊ TRÍ RỐI LOẠN NHỊP THẮT KHỞI PHÁT TỪ ĐƯỜNG RA TÂM THẮT

Phan Đình Phong^{1,2}, Nguyễn Tuấn Việt³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chẩn đoán phân biệt vị trí khởi phát rối loạn nhịp thất từ đường ra tâm thất phải (RVOT) hay đường ra tâm thất trái (LVOT) bằng điện tâm đồ có thể giúp định hướng thủ thuật triệt đốt qua đường ống thông, giúp rút ngắn thời gian thủ thuật, thời gian chiếu tia X, giảm số lượng đường vào mạch máu. **Kết quả:** Hiệu số biên độ sóng S-sóng R tại chuyển đạo V1 và V2 của nhóm rối loạn nhịp khởi phát từ LVOT thấp hơn có ý nghĩa nhóm khởi phát từ RVOT ($p < 0,001$). Giá trị Cut-off sử dụng để dự đoán vị trí khởi phát rối loạn nhịp từ RVOT được tính toán bằng việc phân tích đường cong ROC là: 1,604 mV đạt độ nhạy: 93.2%, độ đặc hiệu: 84.7%, giá trị chẩn đoán dương tính: 85.3%, giá trị chẩn đoán âm tính: 91.7%. Diện tích dưới đường cong (AUC) là 0.875 ($p < 0,001$). **Kết luận:** Hiệu số biên độ sóng S-sóng R tại chuyển đạo V1 và V2 $>1,6$ mV có ý nghĩa dự báo vị trí khởi phát rối loạn nhịp thất từ đường ra thất phải so với đường ra thất trái. Chỉ số này có thể sử dụng kết hợp cùng với các thông số điện tâm đồ khác để tăng khả năng chẩn đoán. **Từ khóa:** Vị trí rối loạn nhịp thất, đường ra thất phải (RVOT), đường ra thất trái (LVOT), hiệu số tổng biên độ sóng S-R tại V1 và V2.

SUMMARY

THE VALUE OF DIFFERENCE BETWEEN S-WAVE AND R-WAVE AMPLITUDES IN LEAD V1 AND V2 IN PREDICTING THE ORIGIN OF OUTFLOW TRACT VENTRICULAR ARRHYTHMIAS

Objective: Orienting the diagnosis of the location of ventricular arrhythmias from the ventricular outflow tract, including the right ventricular outflow tract (RVOT) and left ventricular outflow tract (LVOT), can help electrophysiologists limit the time exposed to X-rays while also the number of vascular accesses that

must be used during the procedure. **Results:** The difference between the total amplitude S-R in lead V1 and V2 in the arrhythmia group originating from the LVOT was lower than the group originating from the RVOT ($p < 0.001$). The Cut-off value to predict the site of origin (calculated by analyzing the ROC curve) was: 1,604 mV (Sensitivity: 93%, specificity: 84.7%, positive diagnostic value: 85.3%, negative diagnostic value: 91.7%). The area under the curve (AUC) was 0.875 ($p < 0.001$). **Conclusion:** The difference between the total S-R amplitude of $>1,6$ mV is a valued ECG criterion to predict RVOT rather than LVOT origin. **Keywords:** Location of ventricular arrhythmia, right ventricular outflow tract (RVOT), left ventricular outflow tract (LVOT), the difference in total S-R wave amplitude at V1 and V2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các rối loạn nhịp thất khởi phát từ đường ra tâm thất (ventricular outflow tract) khá thường gặp. Mặc dù loại hình rối loạn nhịp này được coi là khá lành tính, tuy nhiên hồi loạn nhịp thất với tần suất xuất hiện dày (gánh nặng rối loạn cao) có thể gây triệu chứng ở các mức độ khác nhau, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, thậm chí, một số trường hợp có thể gây suy giảm chức năng thất trái và suy tim lâm sàng. Triệt đốt qua đường ống thông đã được chứng minh là một phương pháp có hiệu quả cao và an toàn trong điều trị các rối loạn nhịp từ đường ra tâm thất.¹ Đường ra tâm thất là thuật ngữ chung chỉ đường ra thất phải hoặc đường ra thất trái, hai cấu trúc giải phẫu có liên quan mật thiết. Tuy nhiên, ống thông triệt đốt ổ khởi phát từ đường ra thất phải được đưa vào qua đường tĩnh mạch đùi, trong khi đó, triệt đốt ổ khởi phát từ đường ra thất trái thường ngược dòng động mạch chủ từ động mạch đùi (phải). Điện tâm đồ bề mặt của rối loạn nhịp thất từ đường ra tâm thất đều có chung đặc điểm với phức bộ QRS có dạng block nhánh trái và trục điện tim quay xuống dưới (QRS dương ở D2, D3, aVF). Trong những năm qua, một số thông số trên điện tâm đồ bề mặt đã được các nhóm tác giả nghiên cứu

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Phong

Email: phong.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 20.3.2024