hoặc bệnh ở thời điểm mới khởi phát. Số ít thai phụ có tăng ure máu và creatinin trên sinh hoá máu nhưng chỉ ở ngưỡng thoáng qua, không chứng tỏ là TSG có dấu hiệu nặng hay có bệnh thận phối hợp đi kèm.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng là 23,2%. Phần lớn thai phụ đều trong độ tuổi hoạt động tình dục (<35 tuổi) và thời điểm chẩn đoán là sau 34 tuần (62,1%). THA, phù, protein niệu là những triệu chứng thường gặp nhưng trong TSG không có dấu hiệu nặng, THA chỉ ở mức độ 1 và hầu như không có biến đổi về cận lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **L. Say, D. Chou, A. Gemmill et al** (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health, 2 (6), e323-333.
2. **L. Duley** (2009). The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. Semin Perinatol, 33 (3), 130-137.
3. **Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222** (2020).Obstet Gynecol, 135 (6), 1492-1495.
4. **T. L. G. Trương** (2022). Nghiên cứu giá trị của siêu âm doppler trong tiên lượng tình trạng sức khỏe của thai ở thai phụ tiền sản giật. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam, (29), 48-48.
5. **L. Belay Tolu, E. Yigezu, T. Urgie et al** (2020). Maternal and perinatal outcome of preeclampsia without severe feature among pregnant women managed at a tertiary referral hospital in urban Ethiopia. PLoS One, 15 (4), e0230638.
6. **M. Storgaard, A. Loft, C. Bergh et al** (2017). Obstetric and neonatal complications in pregnancies conceived after oocyte donation: a systematic review and meta-analysis. Bjog, 124 (4), 561-572.
7. **P. M. Aabidha, A. G. Cherian, E. Paul et al** (2015). Maternal and fetal outcome in pre-eclampsia in a secondary care hospital in South India. J Family Med Prim Care, 4 (2), 257-260.
8. **B. M. Sibai** (2005). Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. Obstet Gynecol, 105 (2), 402-410.

SỬ DỤNG VẠT BÌ CẲNG TAY NGOÀI CUỐNG NGOẠI VI CHE PHỦ KHUYẾT HỔNG MÔ MỀM CỔ BÀN TAY: BÁO CÁO MỘT SỐ CA LÂM SÀNG

Nguyễn Tấn Bảo Ân[1], Văn Tiến Chương[2], Trần Phan Vinh Hiển[2], Đoàn Nguyễn Nhật Tín[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các khuyết hổng mô mềm vùng cổ, bàn tay thường dễ lộ các cấu trúc quí, nên cần phải che phủ sớm bằng vật liệu tốt. Trước đây vạt da cân cẳng tay quay cuống ngoại vi (vạt Trung Quốc) thường được sử dụng rộng rãi để che phủ vùng này. Tuy nhiên việc dùng vạt Trung Quốc có hai bất lợi là phải hi sinh động mạch quay (ĐMQ) và để lại sẹo xấu. Một lựa chọn khác để che phủ vùng cổ, bàn tay là vạt da cân thần kinh bì cẳng tay ngoài cuống ngoại vi (VBCTN) với ưu điểm như: không phải hy sinh ĐMQ, chất liệu che phủ tốt, tin cậy và có thể che phủ diện lớn. Nhưng các dữ liệu lâm sàng của VBCTN chưa nhiều. Do vậy, đòi hỏi cần phải có một nghiên cứu để đánh giá kết quả của VBCTN trong che phủ các khuyết hổng mô mềm ở cổ tay, bàn tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu: báo cáo hàng loạt ca, tiến cứu. 8 bệnh nhân với 8 vạt da bì cẳng tay ngoài được thiết để che phủ các khuyết hổng mô mềm vùng cổ bàn tay lộ gân, xương, tại Khoa Vi phẫu – Tạo hình, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2022. Bệnh nhân được theo dõi ít nhất là 2 tháng, để đánh giá tình trạng vạt da. **Kết quả:** Tất cả các vạt da đều sống. Tuy nhiên có 1 trường hợp hoại tử mép da và 1 trường hợp bị ứ máu tĩnh mạch dẫn đến hoại tử lớp nông đầu xa của vạt da, tuy vậy vết thương lành hoàn toàn sau 20 ngày chăm sóc. Nơi cho vạt: 5 bệnh nhân được đóng da trực tiếp, 3 bệnh nhân còn lại phải ghép da mỏng. Kích thước vạt lớn 7 x8 cm. Vạt da có thể che phủ nhiều vị trí vùng cổ bàn tay, bờ quay (3 trường hợp), mặt mu tay (2 trường hợp), lòng bàn tay (2 trường hợp), mặt trước cổ tay (1 trường hợp). Không có bệnh nhân nào than đau kiểu u thần kinh hay than phiền các khiếm khuyết về cảm giác. **Bàn luận:** VBCTN sử dụng trong che phủ các khuyết hổng mô mềm vùng cổ bàn tay có độ tin cậy cao. Vạt có thể thiết kế với kích thước lớn. Vạt bóc tách dễ dàng, đáng tin và linh động, không phải hy sinh các mạch máu lớn như ĐM quay, ĐM trụ và ĐM gian cốt sau. Trong đa số các trường hợp, nơi cho vạt có thể đóng kín ngay thì đầu. ***Từ khóa:*** vạt bì cẳng tay ngoài, nhánh xuyên động mạch quay, tĩnh mạch đầu

[1]Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh
[2]Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Bảo Ân
Email: nguyenan196@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 8.3.2024
Ngày duyệt bài: 27.3.2024

SUMMARY

APPLYING DISTALLY BASED LATERAL ANTEBRACHIAL NEUROFASCIOCUTANEOUS

FLAP FOR SOFT TISSUE COVERAGE OF WRIST AND HAND DEFECTS: CASES REPORT

Background: The soft tissue defect of the wrist and the hand often exposed important structure easily, so it need to be covered early by good mterials. In the past, radial forearm fasciocutaneous flap (Chinese's flap) are widely used to cover this area. However, Chinese's flap has two disadvantages, to sacrifice radial artery (RA) and to have a bad scars. The distally based lateral antebrachial neurofasciocutaneous flap (DLANF) flap is an other choice for soft tissue coverage of wrist and hand defects with some advantages such as: RA preserved , good material, reliable, and it can cover the large areas. But clinical data of DLANF has not much. Therefore, a clinical study is required to assess the results of using of DLANF for soft tissue coverage of wrist and hand defects. **Materials and method:** A case series, prospective study design was used. From september, 2020 to september 2022, in the Departement of Microsurgery and Reconstruction at HTO Ho Chi Minh City, 8 patients with 8 flaps were raised for covering soft tissue of wrists and hands defects, exposing of tendons, bone. Patients have been monitored at least 2 months for evaluating the condition of flaps. **Results:** All flaps survived. However, marginal necrosis was observed in one case and one flap suffered from venous congestion followed by distal superficial necrosis; nevertheless, it completely healed after 20 days. Five patients had the donor site directly closed. The remaining three patients required split- thickness skin grafts. The flaps dimension were as large as 7x8 cm. This flap can cover many sides of wrist and hand: radial side (3 cases), dorsal side (2 cases), volar side (2 cases) and volar of wrist (1 case). No patient suffered from a painful neuroma. No patient complained of any sensory deficit. **Discussion:** The DLAN flap provided reliable coverage of soft tissue defects of the hand and wrist. The flap can be raised with large dimensions. DLAN flaps are easy to dissect, they are reliable and versatile, and major vessels like the radial, ulnar, and posterior interosseous arteries are preserved. In the majority of cases, the donor site may be closed primarily. ***Keywords:*** Lateral antebrachial neurofasciocutaneous flap, radial artery perforator, cephalic vein

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1992, các tác giả Bertelli và Kaleli T nhận rằng ở cẳng tay sự cấp máu cho các thần kinh cảm giác và tĩnh mạch nông rất gần với sự cấp máu cho da. Dựa vào đó Bertelli thiết kế nên da cân thần kinh bì cẳng tay ngoài cuống ngoại vi (VBCTN). Vạt được cấp máu bởi các nhánh xuyên đoạn xa ĐMQ, được tăng cường máu nuôi bởi mạng mạch quanh thần kinh bì cẳng tay ngoài và TMĐ [(1)]. Vạt được sử dụng để che phủ khuyết hổng mô mềm ở cổ, bàn tay với nhiều ưu điểm như: bóc tách đơn giản, không phải hi sinh ĐMQ, đôi khi có thể sử dụng như một vạt cảm giác. Với ưu điểm trên, VBCTN được nghiên cứu và ứng dụng lâm sàng khá nhiều trên thế giới.Theo Weinzweig (1994), ông chọn điểm xoay của vạt là 5-8 cm trên MTQ, và bề rộng cuống vạt là 3 cm.[(2)] Trong các nghiên cứu lâm sàng khác của Gardet, Adrew M. Ho và Jame Chang, bề rộng cuống vạt từ 3-4 cm, điểm xoay cách MTQ từ 1-4cm[(3),(4),(5)]. Ở Việt Nam, tác giả Nguyễn Anh Tuấn (2000) sử dụng vạt bì cẳng tay ngoài che phủ 41 trường hợp mất da mô mềm ở bàn tay với điểm xoay cách MTQ 4-5 cm và bề dày cuống vạt là 2-3 cm[(6)]. Năm 2015, tác giả Nguyễn Tấn Bảo Ân, tiến hành nghiên cứu thực nghiệm trên xác tươi về giải phẫu, sự cấp máu của VBCTN làm tiền đề cho các nghiên cứu lâm sàng về sau[(7)]. Có thể thấy, dữ liệu lâm sàng VBCTN ở Việt Nam còn khá ít ỏi, các mốc thiết kế vạt chưa thống nhất ở các tác giả cho dù ở Việt Nam hay thế giới. Vì lẽ đó chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá khả năng che phủ của VBCTN đối với các khuyết hổng phần mềm vùng cổ bàn tay, 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 với thiết kế báo cáo hàng loạt ca, tiến cứu. 8 bệnh nhân với vết thương khuyết hổng mô mềm vùng cổ bàn tay lộ gân, xương, được phẫu thuật che phủ bằng vạt da bì cẳng tay ngoài, tại Khoa Vi phẫu – Tạo hình, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2015 đến tháng 9/2016. Bệnh nhân được theo dõi ít nhất là 2 tháng, để đánh giá tình trạng vạt da

Kỹ thuật thực hiện

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

Tư thế bệnh nhân: BN nằm ngửa, tay đặt ở tư thế vai dang 90°, khuỷu thẳng, bàn tay hơi sấp. Đặt garô hơi cánh tay với áp lực 250 mm Hg. Sau garo dễ dàng xác định đường đi của tĩnh mạch đầu, từ đó xác định đường đi của TKBCTN.

Phác họa đảo da: Phác họa đảo da ở mặt trước ngoài hoặc sau ngoài cẳng tay tùy theo vị trí tổn thương, lớn hơn chỗ thiếu hổng khoảng 20% để tránh co rút do sức đàn hồi. Trục đảo da đi theo TKBCTN, thường nằm lệch về phía mặt lòng so với tĩnh mạch đầu khoảng 1cm. Cũng có thể xác định trục là đường thẳng nối liền trẽ nhị

đầu ngoài và mỏm trâm quay.

Điểm xoay của vạt da nằm cách mỏm trâm quay 4-5 cm và trên trục của đảo da.

Bề rộng cuống vạt: cuống vạt được bóc tách theo hình phễu ngược, bề rộng trên da khoảng 3cm, khi đến lớp cân mỡ thì lấy rộng hơn. Trên nguyên tắc, cả vạt da và cuống vạt đều phải chứa tĩnh mạch đầu và TKBCTN. Có thể lấy cuống cân mỡ và luồn đường hầm dưới da để đưa vạt da đến nơi khuyết hổng. Bóc tách vạt da tương tự như vạt da cân cẳng tay quay, thường bóc tách từ phía bò trụ trước.

Đóng da: Khâu nơi lấy da nếu lấy đảo da nhỏ, nếu đảo da lớn thì cần ghép da. Đảo da được đặt lên chỗ thiếu hổng và khâu.

Băng: Băng lỏng lẻo. Nẹp bột cố định tạm cổ tay trong tư thế thẳng. Băng treo tay

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 8 bệnh nhân được phẫu thuật, hầu hết là nam giới (6/8 trường hợp), đang trong độ tuổi lao động, tuổi trung bình là 35,6 tuổi. Hầu hết nguyên nhân tổn thương là do tai nạn lao động 75% trường hợp, tai nạn giao thông 25% trường hợp. Tất cả các vạt da đều sống. Tuy nhiên có 1 trường hợp hoại tử mép da và 1 trường hợp bị ứ máu tĩnh mạch dẫn đến hoại tử lớp nông đầu xa của vạt da, tuy vậy vết thương lành hoàn toàn sau 20 ngày chăm sóc. Nơi cho vạt: 5 bệnh nhân được đóng da trực tiếp, 3 bệnh nhân còn lại phải ghép da mỏng. Kích thước vạt lớn 7 x 8 cm. Vạt da có thể che phủ nhiều vị trí vùng cổ bàn tay, bờ quay (3 trường hợp), mặt mu tay (2 trường hợp), lòng bàn tay (2 trường hợp), mặt trước cổ tay (1 trường hợp). Không có bệnh nhân nào than đau kiểu u thần kinh hay than phiền các khiếm khuyết về cảm giác.

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)	Theo dõi (tháng)
1	Mu tay	35	Nữ	TNLĐ	Hoại tử vạt da một phần	7x8	2
2	Lòng bàn tay	41	Nam	TNLĐ		5x6	5
3	Mỏm cụt bàn tay	34	Nữ	TNLĐ	-	7x6	6
4	Mỏm cụt bàn tay	25	Nam	TNLĐ	-	5x7	8
5	Lòng bàn tay	27	Nữ	TNGT	-	5x3	6
6	Mu tay	36	Nam	TNGT	-	3x6	7
7	Mỏm cụt bàn tay	40	Nữ	TNLĐ	-	6x5	12
8	Mỏm cụt bàn tay	63	Nam	TNLĐ	-	4x6	6
TB		35,6				43,5	6,5

IV. BÀN LUẬN

Năm 1992, các tác giả Bertelli JA, Kaleli T có nhận xét rằng ở cẳng tay sự cấp máu cho các thần kinh cảm giác và tĩnh mạch nông rất gần với sự cấp máu cho da.Từ đó ông thiết kế nên vạt da cân thần kinh bì cẳng tay ngoài, vạt da này được thiết kế dựa trên trục của TKBCTN, đây là nhánh tận của TK cơ bì ở cánh tay. (1)

Vạt được cấp máu bởi các nhánh xuyên ở đầu xa của ĐM quay, được tăng cường thêm bởi hệ thống mạch máu quanh thần kinh và quanh tĩnh mạch. Do đó khi lấy vạt cần lấy cả tĩnh mạch đầu và thần kinh bì cẳng tay ngoàivào trong cuống mạch để đảm bảo nguồn máu nuôi phong phú và hồi lưu tĩnh mạch tốt.**(2,3,4)**

Về khả năng che phủ của vạt da tương đối rộng, lớn nhất 7 x 8 cm^2, kết quả này tương đồng với nghiên của tác giả Nguyễn Anh Tuấn, trong báo cáo của mình ông cũng ghi nhận khả năng che phủ của VBCTN tương đương với vạt trung quốc và lớn hơn so với vạt gian cốt sau.

Cả 8 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi vạt da đều sống, cho thấy mức độ tin cậy cao của vạt da. Có một trường hợp hoại tử lớp nông đầu xa của vạt da là do diện tich lấy vạt lớn, có tổn thương mô mềm gần cuống vạt, cộng thêm cuống vạt được luồn trong đường hầm dưới da, gây nên tình trạng phủ nề thiếu máu nuôi vạt. Trường hợp này vạt da được cắt lọc, ghép da bổ sung, vạt da sống tốt sau 20 ngày.

Chúng tôi sử dụng VBCTN che phủ nhiều vị trí khác nhau ở vùng cổ bàn tay, như mu tay, lòng bàn tay, bờ quay bàn tay, cổ tay. cho thấy cuống xoay của vạt da tương đối linh hoạt.

Về cách thiết kế vạt da, điểm xoay của chúng tôi chọn từ 4-6cm trên mỏm trâm quay, tùy theo vị trí của tổn thương. Vạt da có thể lấy lên đến nếp khuỷu, bề rộng của cuống vạt là 3 cm trên cầu da, lấy rộng hơn khi đi xuống dưới lớp mô dưới da, đảm bảo chứa cả TKBCTN và TMĐ.

Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác. Trong báo cáo kết guả giải phẫu thực nghiệm trên xác, tác giả Nguyễn Tấn Bảo Ân, ghi nhận cuống vạt da rộng khoảng 3,5 sẽ chứa cả

TK vả TM[7]. Trong các nghiên cứu lâm sàng khác của Gardet, Adrew M. Ho và Jame Chang, các tác giả đề nghị nên lấy bề rộng cuống vạt từ 3-4 cm.[6],[8]. Năm 2008, tác giả Nguyễn Anh TuấnTrong một báo cáo ứng dụng vạt da cân bì cẳng tay ngoài che phủ 41 trường hợp mất da mô mềm ở bàn tay, bằng kinh nghiệm ông chọn cuống vạt có bề rộng 2-3 cm.[6]

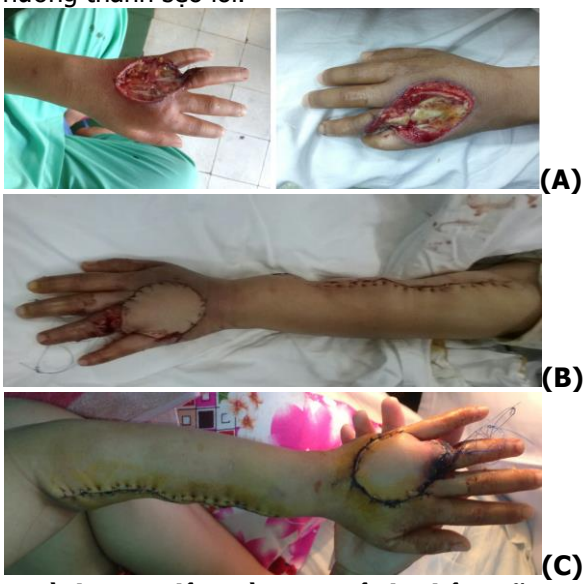
Các nghiên cứu khác về vị trí điểm xoay của các vạt da thường không thống nhất giữa các tác giả, dao động trong một khoảng khá rộng từ 1-10 cm, Weinzweig (1994) chon điểm xoay 5-8cm trên MTQ, Tiengo (2004) 2cm, Adam J (2007) 4cm, El-Khatib (1997) 2-7 cm[5],[7]. Hầu hết các báo cáo này là nghiên cứu lâm sàng, nên tùy theo vị trí tổn thương, và kinh nghiệm lâm sàng, các tác giả sẽ chọn vị trí điểm xoay khác nhau, vị trí này cũng được kiểm định trên các ca lâm sàng. Các kết quả tuy không tương đồng nhưng có giá trị bổ sung cho nhau, chứ không mâu thuẫn. Điểm xoay của chúng tôi nằm trong khoảng 4-6cm, ở các trường hợp sắp tới, tùy theo vị trí tổn thương chúng tôi sẽ tăng, giảm khoảng cách của điểm xoay để kiểm định lại giới hạn cho phép của điểm xoay vạt da.

Hình 1. Ca lâm sàng số 1, Bệnh nhân nam 54 tuổi nhập viện vì vết thương dập nát bàn tay do tai nạn lao động

(A) Được phẫu thuật làm mỏm cụt ngón I đến ngang khớp bàn cổ tay, lộ xương nền xương bàn ngón I.

(B) Xoay vạt bì cẳng tay ngoài che khuyết hổng bờ quay của bàn tay, kết quả sau 1 tuần.

(C) Kết quả sau mổ 4 tháng, vạt da sống tốt, Sẹo nơi cho vạt đóng kín thì đầu có xu hướng thành sẹo lồi.



Hình 2. Ca lâm sàng 2: Bệnh nhân Nữ 35 tuổi, nhập viện vì mất da lộ gân, xương vùng mu tay trái do phỏng keo

(A) Vết thương trước cắt lọc, và vết thương sau cắt lọc, VBCTN ngay sau che phủ, vạt được luồn đường hầm đến nơi nhận

(B) Nơi cho vạt được đóng kín da thì đầu

(C) Vạt da sau 5 ngày, có hiện tượng hoại tử đen lớp thượng bì, tự lành sau 2 tuần theo dõi

V. KẾT LUẬN

VBCTN là một trong những lựa chọn có giá trị, trong che phủ các khuyết hổng vùng bàn tay, có độ tin cậy cao với nguồn cấp máu là các nhánh xuyên đầu xa ĐMQ có tính hằng định. Khi thiết kế vạt nên chọn điểm xoay của vạt da nằm trong khoảng 4-6 cm trên MTQ và bề rộng của cuống vạt khoảng 3cm ở cầu da kèm theo cuống và có thể rộng hơn ở phần mô dưới da. Vạt có nhiều ưu điểm như không phải hy sinh các ĐM chính của cẳng tay, nơi cho vạt có thể đống kín thì đầu. Khả năng che phủ rộng và tương đối linh động. Có thể sử dụng cuống vạt cân mở, luồn vạt qua đường hầm dưới da đến chổ cần che phủ, tuy nhiên không nên luồn đường hầm, khi lấy diện tích vạt lớn hoặc có tổn thương mô mềm gần cuống vạt, có thể gây thiếu máu nuôi vạt. Tóm lại,ó thể xem VBCTN là một trong những lựa chọn hàng đầu để che phủ các khuyết hổng mô mềm vùng cổ bàn tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bertelli JA, Kaleli T** (1995) "Retrograde-flow

neurocutaneous island flaps in the forearm: anatomic basis and clinical results". Plast Reconstr Surg, 95 (5), pp. 851-9.
2. **Weinzweig N, Chen L., Chen ZW.** (1994) "The distally based radial forearm fasciosubcutaneous flap with preservation of the radial artery: an anatomic and clinical approach". Plast Reconstr Surg, 94 (5), pp.675-84.
3. **Chertif C, Georgescu AV** (2009) "Cutaneous Vascular Territories of the Forearm and Hand". TMJ, 59 (3), pp.241-246.
4. **Dedes CR, Morris SF, Neligan P** (2003) "Perforator flaps: evolution, classification, and applications". Ann Plast Surg, 50, 90-99.
5. **El-Khatib H, Zeidan M** (1997) "Island adipofascial flap based on distal perforators of the radial artery: an anatomic and clinical investigation". Plast Reconstr Surg, 100 (7), pp. 1762-6.
7. **Nguyễn Anh Tuấn** (2004) "Một số nhận xét về các vạt da cuống ngoại vi vùng cẳng tay trong che phủ mất da bàn tay". Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, tập 8 (1), tr. 47-50.
6. **Nguyễn Tấn Bảo Ân** (2015), " Nghiên cứu giải phẫu ứng dụng vạt da cân thần kinh bì cẳng tay ngoài cuống ngoại vi". Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội Trú . tr 50-58
8. **Beldner S, Jones MH.** (2005) "Anatomy of the lateral antebrachial cutaneous and superficial radial nerves in the forearm: a cadaveric and clinical study". J Hand Surg Am, 30 (6), pp. 1226-30.

NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN VÀ THỦNG LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lý Ích Trung[1], Nguyễn Ngọc Toàn[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên và thủng ổ loét dạ dày tá tràng đều là những trường hợp cấp cứu cần phải can thiệp khẩn cấp. Bệnh nhân xảy ra đồng thời cả hai trường hợp cấp cứu cùng một lúc là một thách thức lớn. **Báo cáo ca bệnh:** Bệnh nhân nam, 61 tuổi. Bệnh nhân nhập viện vì đau bụng kèm đau thắt ngực giờ thứ 10. Điện tâm đồ ghi nhận ST chênh lên ở các chuyển đạo từ $V_2 – V_5$, $D_{II} – D_{III}$ – aVF, hs Troponin I: 68886 pg/mL. Chụp cắt lớp vi tính bụng có cản quang cho thấy khí tự do ổ bụng và thủng tá tràng. Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp thành trước dưới giờ 10 và đồng thời thủng tá tràng gây viêm phúc mạc. Chiến lược điều trị can thiệp mạch vành qua trước sau đó được chuyển phẫu thuật cấp cứu thủng tá tràng. Sau 14 ngày nhập viện bệnh nhân hồi phục tốt và xuất viện. **Kết luận:** Sự hiện diện của hai bệnh lý đe doạ tính mạng xảy ra đồng thời ở một bệnh nhân là rất hiếm gặp nhưng không phải chưa từng xảy ra. Việc thiết lập một quy trình điều trị dựa vào tài liệu hiện có và ý kiến chuyên gia để đưa ra quyết định điều trị cho các trường hợp trong tương lai nhằm đưa ra phương pháp điều trị tối ưu. ***Từ khóa:*** Nhồi máu cơ tim cấp, thủng loét dạ dày tá tràng, can thiệp mạch vành qua da.

SUMMARY

ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION AND PERFORATED PEPTIC ULCER: CLINICAL CASE REPORT

Background: ST-segment elevation myocardial infarction and perforated peptic ulcer disease are both emergencies requiring urgent intervention. The patient presented with both emergencies simultaneously a major challenge. **Case report:** A 61-year-old male presented to the emergency department with a complaint of abdominal pain and angina for 10th hour. An electrocardiogram (ECG) was obtained showing ST-segment elevation in the anterior and inferior leads V2 – V5, II - III - aVF, hs Troponin I: 68886 pg/mL. Computed tomography (CT) of the abdomen and pelvis was subsequently performed, which demonstrated free intraperitoneal air and perforated duodenum. The patient was diagnosed with acute anterior and inferior myocardial infarction for 10th hour with simultaneous perforated duodenal ulcer. The treatment strategy was primary percutaneous coronary intervention first, followed by emergency surgery for perforated duodenal ulcer. After 14 days of hospitalization, the patient recovered well and was discharged. **Conclusion:** The presence of two life-threatening diagnoses occurring simultaneously in a patient is rare but not unheard of. The establishment of a treatment algorithm use available literature and expert opinion to devise a decision algorithm for future cases in order to provide optimal treatment for these complex cases.

Keywords: myocardial infarction, perforated peptic ulcer, percutaneous coronary intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (STEMI) là một cấp cứu nội khoa. Điều trị tái tưới máu mạch vành trong 12 giờ đầu được chứng minh làm giảm tỷ lệ tử vong so với điều trị nội khoa[1]. Thủng loét dạ dày tá tràng là một biến chứng gây tử vong, xảy ra ở khoảng 1,5–7,8 trên 100.000 người mỗi năm. Tỷ lệ tử vong liên quan đến thủng loét dạ dày tá tràng là khoảng 10%[4]. Điều trị chậm trễ thủng loét dạ dày tá tràng (hơn 24 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng đến khi

[1]*Bệnh viện Chợ Rẫy*
Chịu trách nhiệm chính: Lý Ích Trung
Email: lyichtrung@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 12.3.2024
Ngày duyệt bài: 28.3.2024