

Tỷ lệ gặp độc tính độ 3-4 ngoài hệ tạo huyết trong nghiên cứu của chúng tôi thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tác dụng phụ lên gan, thận ít gặp, chủ yếu độ I và II. Không ghi nhận trường hợp tăng men gan độ 3-4. Suy thận độ 3-4 gặp 3 trường hợp, và không kéo dài. Ngoài ra, chủ yếu gặp các trường hợp nôn, buồn nôn, trong đó đa phần độ I, II. Ghi nhận 2 trường hợp có độc tính thần kinh độ 3. Phản ứng truyền ít gặp.

Về gián đoạn điều trị do độc tính phác đồ, nguyên nhân hay gặp nhất là hạ bạch cầu hạt, gặp tỷ lệ 66,7%. Các nguyên nhân khác làm gián đoạn quá trình điều trị là nôn nhiều, viêm phổi, tăng men gan, tăng creatinine. Chỉ gặp 2 trường hợp cần điều chỉnh liều do gặp độc tính độ 3 đó là hạ bạch cầu có sốt và suy thận. Tổng hợp từ các nghiên cứu khác về phác đồ Cisplatin-Etoposide, tác dụng phụ đáng ngại nhất của phác đồ này là hạ bạch cầu. Tuy nhiên các nghiên cứu cũng đưa ra kết luận rằng độc tính của phác đồ này là có thể chấp nhận được.

V. KẾT LUẬN

- Độc tính trên hệ huyết học thường gặp là hạ bạch cầu (72,7%) và hạ bạch cầu hạt (78,7%), trong đó chủ yếu độ 1-2. Hạ bạch cầu độ 3-4 gặp 33,3%. Hạ bạch cầu hạt độ III, IV chiếm 30,3%.

- Tỷ lệ gặp độc tính độ 3-4 ngoài hệ tạo huyết trong nghiên cứu của chúng tôi thấp, đa phần chủ yếu độ I và II.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fasano M, Della Corte CM và cộng sự. Pulmonary large-cell neuroendocrine carcinoma:

from epidemiology to therapy. *J Thorac Oncol*. 2015;10:1133-4.

2. Travis WD, Linnoila RI và cộng sự. Neuroendocrine tumors of the lung with proposed criteria for large-cell neuroendocrine carcinoma. An ultrastructural, immunohistochemical, and flow cytometric study of 35 cases. *Am J Surg Pathol*. 1991;15:529-53.
3. Travis WD, Rush W và cộng sự. Survival analysis of 200 pulmonary neuroendocrine tumors with clarification of criteria for atypical carcinoid and its separation from typical carcinoid. *Am J Surg Pathol*. 1998;22:934-44.
4. Lara PN, Jr, Natale R và cộng sự. Phase III trial of irinotecan/cisplatin compared with etoposide/cisplatin in extensive-stage small-cell lung cancer: clinical and pharmacogenomic results from SWOG S0124. *J Clin Oncol*. 2009;27:2530-5.
5. Yamazaki S, Sekine I và cộng sự. Clinical responses of large cell neuroendocrine carcinoma of the lung to cisplatin-based chemotherapy. *Lung Cancer*. 2005;49:217-23.
6. Le Treut J, Sault MC và cộng sự. Multicentre phase II study of cisplatin-etoposide chemotherapy for advanced large-cell neuroendocrine lung carcinoma: the GFPC 0302 study. *Ann Oncol*. 2013;24:1548-52.
7. Niho S, Kenmotsu H, Sekine I, et al. Combination chemotherapy with irinotecan and cisplatin for large-cell neuroendocrine carcinoma of the lung: a multicenter phase II study. *J Thorac Oncol*. 2013;8:980-4.
8. D V Skarlos, E Samantas, P Kosmidis et al. Randomized comparison of etoposide-cisplatin vs. etoposide-carboplatin and irradiation in small-cell lung cancer. A Hellenic Co-operative Oncology Group study. *Ann Oncol*. 1994 Sep;5(7):601-7. doi: 10.1093/oxfordjournals.annonc.a058931.
9. Jiang, S., Huang, L., Zhen, H. et al. Carboplatin versus cisplatin in combination with etoposide in the first-line treatment of small cell lung cancer: a pooled analysis. *BMC Cancer* 21, 1308 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12885-021-09034-6>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA VIỆC SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP HÚT ÁP LỰC ÂM TRONG ĐIỀU TRỊ LOÉT MẠN TÍNH

Ngô Bá Anh¹, Hoàng Tuấn Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của việc sử dụng phương pháp hút áp lực âm trong điều trị loét mạn tính. Nghiên cứu được thực hiện trên 11 bệnh

nhân được chẩn đoán loét mạn tính, điều trị bằng phương pháp áp lực âm tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang tiến cứu. Kết quả nhóm tuổi 17-60 chiếm tỉ lệ cao nhất 54,5%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $57,6 \pm 14,8$ tuổi. Loại loét đài tháo đường và loét gout chiếm tỉ lệ cao đều là 27,3%. Thời gian hút VAC trung bình là $6,7 \pm 2,5$ ngày. Đa số bệnh nhân sau khi hút VAC được thực hiện ghép da mỏng với tỉ lệ 36,3%. Kết quả điều trị phẫu thuật sau hút VAC là 90,9% thành công. Thời gian nằm viện trung bình là $26,7 \pm 9,0$ ngày. Kết luận: phương pháp hút áp lực âm (VAC) điều trị hỗ trợ rất hiệu quả ổ loét mạn tính giúp giảm thời gian kích

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Bá Anh

Email: ngobaanh93@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.9.2022

Ngày duyệt bài: 11.10.2022

thước vết thương, loại bỏ dịch viêm, hạn chế tự tăng sinh vi khuẩn, kết hợp cùng với phẫu thuật tạo hình cho kết quả liền thương tốt.

Từ khóa: phương pháp hút áp lực âm, VAC, loét mạn tính, Bệnh viện Bạch Mai.

SUMMARY

RESULTS OF USING NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY (NPWT) IN THE TREATMENT OF CHRONIC ULCERS OF THE SKIN

The goal of this research is to evaluate the results of using negative pressure wound therapy in the treatment of chronic ulcers of the skin. This study was conducted of 11 patients diagnosed with Chronic Ulcers, treated with NPWT at Bach Mai Hospital from January 2021 to December 2021, specifically retrospectively from October 2021, prospective from October 2021 to December 2021. The study method was cross-sectional study. The result showed that the age group 17-60 accounted for the highest rate of 54.5%. The mean age of the study was 57.6 ± 14.8 years old. The type of chronic diabetic ulcer and chronic non-healing ulcerated tophaceous gout accounted for a high rate of 27.3%. The average NPWT time were 6.7 ± 2.5 days. The majority of patients after NPWT performed thin skin grafting with the rate of 36.3%. The result of surgical treatment after NPWT was 90.9% success. The mean hospitalization day was 26.7 ± 9.0 days. We conclude that the negative pressure wound therapy is a very effective way to support the treatment of chronic ulcers, helping to reduce wound size, eliminate inflammation and bacterial, prepare good wound bed to perform skin graft to assist for the next plastic surgical wound closure.

Keywords: negative pressure wound therapy, VAC, chronic ulcers, Bach Mai Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một vết thương được xem là mạn tính khi không tiến triển theo các giai đoạn của sự liền vết thương mà ngưng lại ở một giai đoạn nào đó và giữ nguyên trạng thái này hoặc có những biến chứng tại chỗ hay toàn thân. Theo y văn thực hành điều dưỡng cũng như các báo cáo quốc tế về chuyên ngành vết thương thì một vết thương mạn tính còn được gọi là vết loét.^{1, 2} Việc điều trị loét mạn tính luôn đặt ra nhiều thách thức: phương pháp điều trị nội khoa kết hợp thay bằng trình liền thương ở những bệnh nhân này trở nên khó khăn hơn do các yếu tố toàn thân tác động: thể trạng già yếu, đái tháo đường, bệnh lý tự miễn... Hơn nữa, thời gian nằm viện kéo dài, chi phí điều trị tốn kém, nhiễm trùng do loét có khả năng tiến triển nặng dẫn tới cắt cụt chi thể, nếu lan rộng có thể dẫn tới tử vong. Phương pháp áp lực âm (VAC) do 2 nhà khoa học Argenta và Morykwas phát minh năm 1997 trong điều trị vết thương mạn tính mang lại nhiều kết quả tích cực.³ Việc sử dụng liệu pháp áp lực âm đã được triển khai rộng rãi trong những năm gần đây, đạt được nhiều kết quả tích cực, đặc biệt khi kết hợp cùng các phương pháp phẫu thuật tạo hình. Tại

Việt Nam vẫn cần có thêm những nghiên cứu nhằm có góc nhìn sâu sắc hơn về phương pháp áp lực âm đối với bệnh lý loét mạn tính, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Kết quả của việc sử dụng phương pháp hút áp lực âm trong điều trị loét mạn tính*" với mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả của việc sử dụng phương pháp hút áp lực âm trong điều trị loét mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2021 tại khoa phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ - Bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán loét mạn tính, điều trị bằng phương pháp áp lực âm tại khoa phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2021 cụ thể hồi cứu từ 1-10/2021, tiến cứu từ 10/2021-12/2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Kỹ thuật thu thập thông tin: Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được lập một phiếu thu thập số liệu theo dõi các chỉ số theo các giai đoạn.

2.5. Phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch, mã hoá và thu thập và xử lý trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Xử lý số liệu theo các thuật toán thống kê y học. Dùng các test thống kê: χ^2 test, t – test để so sánh các giá trị trung bình và tỉ lệ.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả đơn thuần, thu thập các thông tin lâm sàng và xét nghiệm thường quy, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân. Các thông tin thu thập chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Bộ môn Phẫu thuật tạo hình, trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai. Số liệu trung thực, chính xác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm tuổi 17-60 chiếm tỉ lệ cao nhất 54,5%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 57,6 ± 14,8 tuổi. Giới nam chiếm tỉ lệ cao 72,7%. Đa số bệnh nhân làm nghề tự do 54,5%. Bệnh nhân có bệnh lý kèm theo chiếm tỉ lệ 81,8%.

Bảng 3.1. Đặc điểm tổn thương

Đặc điểm tổn thương		Giá trị
Loại loét	Ap xe mông 2 tháng, n (%)	1 (9,1)
	Loét cẳng chân, n (%)	1 (9,1)
	Loét đái tháo đường, n (%)	3 (27,3)
	Loét Gout, n (%)	3 (27,3)

Tính chất loét	Loét nhiễm trùng, n (%)	2 (18,1)
	Loét tì đờ, n (%)	1 (9,1)
	Khuyết da, n (%)	2 (18,2)
	Lộ gân, n (%)	2 (18,2)
	Lộ gân còn màng xương, n (%)	4 (36,3)
Vi sinh	Lộ xương, n (%)	3(27,3)
	Tụ cầu vàng MRSA, n (%)	5(45,45)
	Nấm Mucomycisys, n (%)	1 (9,1)
Vị trí tổn thương	Am tính, n (%)	5(45,45)
	Bàn chân, n (%)	5 (45,4)
	Cẳng chân, n (%)	3 (27,3)
	Cùng cụt, n (%)	1 (9,1)
	Đùi, n (%)	1 (9,1)
	Mông, n (%)	1 (9,1)
Thời gian nằm viện (ngày)		26,7 ± 9,0

(GTNN - GTLN)		(16 - 47)
Số lần cắt lọc trước khi hút VAC	1 lần	5 (45,5)
	2 lần	6 (54,5)
X Quang	Hủy xương	1 (9,1)
	Không có tổn thương xương	10 (90,9)
Dopler mạch chi	Xơ vữa động mạch	1 (9,1)
	Hẹp động mạch	1 (9,1)
	Động mạch bình thường	8 (81,8)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, loại loét đài tháo đường và loét gout chiếm tỉ lệ cao đều là 27,3% (Bảng 3.1). Tính chất loét là lộ xương là 27,3% và lộ gân còn màng gân chiếm tỉ lệ là 36,3%. Kết quả vi sinh tụ cầu vàng MRSA có 5 bệnh nhân (45,45%) và nấm Mucomycisys có 1 bệnh nhân (9,1%).

Bảng 3.2. Kết quả sử dụng phương pháp hút áp lực âm trong điều trị loét mạn tính

Kết quả sử dụng phương pháp hút áp lực âm		Giá trị
Can thiệp hút VAC		
Số lần đặt VAC	1 lần, n (%)	10 (90,9)
	2 lần, n (%)	1 (9,1)
Số ngày hút VAC (ngày) (GTNN - GTLN)		6,7 ± 2,5 (4 - 13)
Lượng dịch tiết khi điều trị hút VAC (ml) (GTNN - GTLN)		318,6 ± 200,6 (110 - 625)
Diện tích tổn thương trước hút VAC (cm ²) (GTNN - GTLN)		185,6 ± 270,7 (15 - 875)
Diện tích tổn thương sau hút VAC (cm ²) (GTNN - GTLN)		107,3 ± 148,5 (10 - 510)
Diện tích tổn thương thay đổi (cm ²) (GTNN - GTLN)		78,3 ± 128,2 (3 - 365)
Can thiệp phẫu thuật		
Tạo hình vạt vi phẫu ALT		1 (9,1)
Tạo hình vạt có cuống		1 (9,1)
Tạo hình vạt có cuống, ghép da mỏng		2 (18,2)
Ghép da dày		2 (18,2)
Ghép da mỏng		4 (36,3)
Làm mỏng cụt ngón chân		1 (9,1)
Kết quả điều trị		
Phẫu thuật	Thành công, n (%)	10 (90,9)
	Toác vết loét	1 (9,1)
Thời gian nằm viện (ngày) (GTNN - GTLN)		26,7 ± 9,0 (16 - 47)

Số lần đặt VAC 1 lần chiếm tỉ lệ cao 90,9%. Thời gian hút VAC trung bình là 6,7 ± 2,5 ngày. Lượng dịch tiết khi điều trị hút VAC trung bình là 318,6 ± 200,6 ml. Diện tích tổn thương sau hút VAC (107,3 ± 148,5 cm²) nhỏ hơn trước hút VAC (185,6 ± 270,7 cm²). Diện tích thay đổi là 78,3 ± 128,2 cm². Đa số bệnh nhân sau khi hút VAC được thực hiện ghép da mỏng với tỉ lệ 36,3%. Kết quả điều trị phẫu thuật sau hút VAC là 90,9% thành công. 1 trường hợp bệnh nhân bị toác vết loét kích thước 1 cm² (9,1%). Thời gian

nằm viện trung bình là 26,7 ± 9,0 ngày, ngắn nhất là 16 ngày, dài nhất là 47 ngày (Bảng 3.2)

IV. BÀN LUẬN

Trong kết quả nghiên cứu, bệnh nhân có bệnh lý kèm theo chiếm tỉ lệ 81,8%. Loại loét đài tháo đường và loét Gout chiếm tỉ lệ cao đều là 27,3%. Trong các nghiên cứu về vết thương mạn tính chậm liền của các tác giả trên thế giới, đối tượng nghiên cứu thường trên nhóm bệnh như đài tháo đường, các bệnh lý khiến bệnh nhân nằm lâu gây loét tì đờ, hoặc các bệnh lý chuyển hóa khác như gout...⁴⁻⁷. Điều này cũng giải thích

được tỉ lệ bệnh nhân có loét đài tháo đường và loét do gout chiếm tỉ lệ cao ở nghiên cứu này.

Tính chất tổn thương tại ổ loét là lộ xương là 27,3% và lộ gân còn màng gân chiếm tỉ lệ là 36,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh trên bệnh nhân loét cùng cụt ghi nhận có 23/37 trường hợp hoại tử mô mềm dạng khô hoặc ướt và có 14/37 bệnh nhân không có biểu hiện này do bệnh nhân đã được thay băng ở các cơ sở y tế trước khi nhập viện; hoại tử xương cùng cụt cũng được chúng tôi ghi nhận có 20/37 bệnh nhân có biểu hiện trên và 17/37 trường hợp chưa xuất hiện hay xương viêm đã hết do rụng hay do tác dụng của thay băng trước nhập viện.⁸ Tất cả tổn thương đều được ghi nhận về tình trạng phù nề tấy đỏ viêm lan tỏa từ ổ loét ra mô lành xung quanh. Mô hạt chỉ xuất hiện ít dạng xấu có màu sắc kém tươi đỏ rải rác trong 6/37 trường hợp trước khi ổ loét được cắt lọc và đặt hút áp lực âm. Dịch tiết tại chỗ có mùi hôi xuất hiện với tỉ lệ cao (73%) trong tất cả ổ loét đã cho thấy tình trạng viêm nhiễm trầm trọng ở các ổ loét khi nhập viện.⁸

Kết quả vi sinh cho thấy tụ cầu vàng MRSA có 5 bệnh nhân (45,45%) và nấm *Mucormycosis* có 1 bệnh nhân (9,1%). Các thương mạn tính thường nhiễm nhiều loại vi khuẩn, tạp khuẩn do vết thương tồn tại lâu ngày, điều trị ở nhiều tuyến. Đặc biệt nhóm vi khuẩn kháng thuốc là một trong những yếu tố khiến cho quá trình điều trị vết thương càng trở nên khó khăn. Nguyễn Trường Giang thấy rằng sau VAC số vết thương còn mọc vi khuẩn và số lượng vi khuẩn ở vết thương đã giảm đáng kể so với trước điều trị.⁸ Weed T. (2004) nghiên cứu trên 25 BN vết thương mạn tính thấy rằng VAC làm giảm đáng kể xâm nhiễm vi khuẩn tại vết loét.⁹ Thomas D.R. (2001) thấy VAC làm tăng tưới máu tại ổ loét, tăng bạch cầu - hồng cầu - oxy đến mô, giảm các vi khuẩn kỵ khí ở ổ loét.¹⁰ VAC có vai trò rất quan trọng trong việc giảm tình trạng nhiễm khuẩn tại chỗ. Vi khuẩn tại vết thương mạn tính có khả năng tiết ra màng Biofilm tự bao bọc nên kháng sinh khó có khả năng phát huy hết tác dụng tại chỗ. Đồng thời dịch tiết, dịch viêm là môi trường thuận lợi cho sự phát triển của vi khuẩn. Việc loại bỏ tổ chức hoại tử cùng với trị liệu VAC có tác dụng làm giảm dịch tiết, dịch phù, giảm viêm nề, giảm nhiễm khuẩn tại vết loét. VAC giúp kết quả chăm sóc sau chuyển vật khả quan, tránh tình trạng viêm dò tại chỗ gây kéo dài quá trình điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có số lần đặt VAC 1 lần chiếm tỉ lệ cao 90,9%;

thời gian hút VAC trung bình là $6,7 \pm 2,5$ ngày; lượng dịch tiết khi điều trị hút VAC trung bình là $318,6 \pm 200,6$ ml.

Kích thước ổ loét được đo lúc BN nhập viện và được ghi nhận bằng cách đo chiều dài và chiều rộng bằng thước kẻ thông thường (cm) từ đó tính được diện tích tổn thương, kết quả nghiên cứu của chúng tôi diện tích vết loét mạn tính sau hút VAC ($107,3 \pm 148,5$ cm²) nhỏ hơn trước hút VAC ($185,6 \pm 270,7$ cm²). Vết loét lớn nhất có kích thước là 35 x 25 cm² khuyết da lớn vùng đùi, cấy vi sinh cho kết quả Tụ cầu vàng MRSA trường hợp này bệnh nhân được đặt VAC với mục đích thu nhỏ diện tích, làm sạch tổn khuyết để thực hiện phẫu thuật ghép da sau đó. VAC giúp làm giảm diện tích vết loét là do áp lực âm giúp lấy đi dịch tiết và giảm phù, tăng vi tuần hoàn vùng vết loét, duy trì môi trường ẩm cho vết loét, giúp cho làm đầy vết loét.^{6, 9, 10} Trong nghiên cứu của chúng tôi diện tích thay đổi là $78,3 \pm 128,2$ cm² tương đương 42,19% kích thước vết thương trước hút VAC lớn hơn nghiên cứu của Hu X. năm 2018 là $25,00 \pm 16,30$ cm².⁷ Sự khác biệt lớn như thế có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả là các vết loét chậm liền do đài tháo đường nên kích thước trung bình trước phẫu thuật nhỏ chỉ $29,40 \pm 21,42$ cm² trong khi các vết thương loét mạn tính của chúng tôi do nhiều nguyên nhân khác và với kích thước trước phẫu thuật trung bình là $185,6 \pm 270,7$ cm² lớn hơn rất nhiều.⁷ Moues C.M. (2004) so sánh hiệu quả của liệu pháp VAC với thay băng thông thường trong điều trị ổ loét mạn tính đã ghi nhận VAC giúp thu hẹp diện tích ổ loét, rút ngắn thời gian liền vết thương. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh, diện tích ổ loét trước VAC ở thời điểm N0 tối đa là 224 cm² và tối thiểu là 36 cm², tại thời điểm N1 tối đa là 182 cm², tối thiểu là 30 cm². Diện tích trung bình ổ loét trước VAC là $82,5 \pm 42,3$ cm², sau VAC là $62,1 \pm 30,9$ cm².⁶ Theo Nguyễn Trường Giang (2012): VAC làm thu hẹp tổn thương và kích thích mô hạt phát triển, lực hút âm tính cũng làm cải thiện tưới máu tại chỗ, tạo điều kiện cho mô hạt phát triển.⁸



Hình 4.1. Bệnh nhân Bùi T.B.N, 65 tuổi, loét mạn tính bàn chân do đài tháo đường.

Hình 4.1 là một trong những trường hợp lâm sàng điển hình: bệnh nhân nữ 65 tuổi, có tiền sử đái tháo đường, không thường xuyên điều trị thuốc, biến chứng loét bàn chân. Bệnh nhân này sau đó đã được cắt lọc, lấy bỏ xương chết, hút VAC liên tục (Hình a,b). Bệnh nhân sau đó được tiến hành ghép da (Hình c), kết quả sau 7 ngày cho thấy da ghép sống tốt.

Như vậy, qua nghiên cứu đánh giá kết quả của việc sử dụng phương pháp hút áp lực âm trong điều trị loét mạn tính trên 11 bệnh nhân, ta thấy được ưu điểm của phương pháp hút áp lực âm trong hỗ trợ điều trị. Phương pháp được áp dụng một cách an toàn ít gây biến chứng, tạo điều kiện thuận lợi cho các phương pháp điều trị tiếp theo như tạo hình vạt che phủ, ghép da,... với mục tiêu làm liền các vết loét mạn tính khó liền, làm giảm thời gian nằm viện cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp hút áp lực âm (VAC) điều trị hỗ trợ rất hiệu quả ổ loét mạn tính giúp giảm thời gian giảm kích thước vết thương, loại bỏ dịch viêm, hạn chế tự tăng sinh vi khuẩn, kết hợp cùng với phẫu thuật tạo hình cho kết quả liền thương tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baranoski Sharon, Ayello Elizabeth A.** Wound care essentials: Practice principles. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
2. **Bryant R., Nix D.** Principles for practice development to facilitate outcomes and productivity. J Acute Chronic Wounds: Current Management Concepts 5th ed St Louis, MO: Elsevier 2016:1-20.
3. **Argenta LC, Morykwas MJ.** Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. Annals of plastic surgery. Jun 1997;38(6):563-76; discussion 577.
4. **Hu X, Ni Y, Lian W, Kang L, Jiang J, Li M.** Combination of negative pressure wound therapy using vacuum-assisted closure and ozone water flushing for treatment of diabetic foot ulcers. J International Journal of Diabetes in Developing Countries. 2020;40(2):290-295. doi:10.1007/s13410-019-00769-4
5. **Jiburum B, Opara K, Nwagbara I.** Experience with vacuum-assisted closure device in the management of benign chronic leg ulcers. J West Afr Coll Surg. 2011;1(1):89-100.
6. **Nguyễn Văn Thanh, Trần Văn Anh, Nguyễn Văn Huệ.** Nghiên cứu ứng dụng điều trị loét cùng cụt mức độ nặng (III, IV) bằng vạt da cân có cuống mạch nuôi nhánh xuyên động mạch nông trên. Tạp chí Y - Dược học Quân sự. 2017;1
7. **Hu X, Lian W, Zhang X, Yang X, Jiang J, Li M.** Efficacy of negative pressure wound therapy using vacuum-assisted closure combined with photon therapy for management of diabetic foot ulcers. Ther Clin Risk Manag. 2018;14:2113-2118. doi:10.2147/TCRM.S164161
8. **Nguyễn Trường Giang.** Đánh giá kết quả ứng dụng liệu pháp hút áp lực âm bằng máy hút thông thường điều trị vết thương. Tạp chí Bông & Y học thẩm mỹ. 2013;2013(2):42-46.
9. **Weed T, Ratliff C, Drake DB.** Quantifying bacterial bioburden during negative pressure wound therapy: does the wound VAC enhance bacterial clearance? J Annals of plastic surgery. 2004;52(3):276-279. doi:10.1097/01.sap.0000111861.75927.4d
10. **Thomas DR.** Prevention and treatment of pressure ulcers: what works? what doesn't? J Cleveland Clinic journal of medicine. 2001;68(8):704-7, 710. doi:10.3949/ccjm.68.8.704

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM CỘNG HƯỞNG TỪ - GIẢI PHẪU BỆNH CƠ ĐÙI VÀ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM ĐA CƠ, VIÊM DA CƠ TỰ MIỄN

Trần Thị Bích Phương¹, Lê Thị Liễu²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1/ Mô tả đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ và giải phẫu bệnh cơ đùi ở bệnh nhân viêm đa cơ và viêm da cơ tự miễn tại khoa Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai. 2/ Tìm hiểu mối liên quan giữa lâm sàng, cộng hưởng từ và giải phẫu

bệnh cơ đùi ở nhóm đối tượng trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu** nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên những bệnh nhân được chẩn đoán viêm đa cơ, viêm da cơ theo tiêu chuẩn Bohan và Peter năm 1975. Các bệnh nhân được tiến hành thăm khám lâm sàng, các thăm dò về huyết học, sinh hoá, giải phẫu bệnh, cộng hưởng từ cơ đùi và điện cơ. **Kết quả nghiên cứu:** 1) Đặc điểm tổn thương cơ trên lâm sàng: cơ lực trung bình là $58,68 \pm 7,30$, VAS đau cơ trung bình $5,38 \pm 1,66$, viêm cơ mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao 46,6% và triệu chứng yếu cơ là chủ yếu 96,9%. 2) Đặc điểm tổn thương cận lâm sàng: phù cơ là tổn thương chủ yếu được phát hiện trên hình ảnh MRI cơ đùi 65,6%, giai đoạn muộn có tổn thương teo cơ 15,6% và thoái hoá mỡ 9,4%.

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Phương

Email: Tranbichphuong11192@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 10.10.2022