

38,3% và 26,7% ở các thời điểm theo dõi 5, 10, 20, 30 và 40 năm.

Chúng tôi nhận thấy tỉ lệ sống còn trong nghiên cứu tương đương với các nghiên cứu của các tác giả khác. Trong thời gian theo dõi, chúng tôi chỉ có 7 TH tử vong thêm chiếm 8,8%. Đa phần các BN sau phẫu thuật đều ổn định và có chất lượng sống tốt.

V. KẾT LUẬN

HC ĐMC là một cấp cứu ngoại khoa, cần được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời. Phẫu thuật trên ĐMC vẫn còn là một cuộc mổ nặng kéo dài, nhiều nguy cơ và tỷ lệ biến chứng sau mổ. Phân tầng xử trí tổn thương và xác định được phạm vi can thiệp có vai trò quan trọng. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thay ĐMC lên và quai chiếm tỷ lệ nhất (54,5%); thay ĐMC lên và bán quai chiếm tỷ lệ ít nhất (20,8%). Tỷ lệ tử vong sớm trong thời gian nằm viện là: 22,7% (23/101). Kết quả trung hạn: thời gian theo dõi trung bình là 32,2 tháng ghi nhận: có 8 trường hợp mất dấu theo dõi và có thêm 7 TH tử vong. Tỷ lệ sống còn của nghiên cứu theo đồ thị Kaplan – Meier là: 69%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thọ Tuấn Anh (2008)**, "Đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật vùng quai động mạch chủ". Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 13, pp. tr. 1-9.
2. **Lâm Triều Phát, Nguyễn Thái An, Trần Quyết Tiên, Phạm Thọ Tuấn Anh, Ngô Tuấn Anh, (2014)**, "Kết quả bước đầu đặt ống ghép nội mạch trong điều trị phình động mạch chủ ngực". Tạp chí Y Dược Lâm Sàng 108, 9 (số 1), pp. 82-87.
3. **Colli A., Carrozzini M., Galuppo M., Comisso M., Toto F., et al. (2016)**, "Analysis of early and long-term outcomes of acute type A aortic dissection according to the new international aortic arch surgery study group recommendations". Heart Vessels, 31 (10), pp. 1616-24.
4. **Hernandez-Vaquero D., Silva J., Escalera A. et al (2020)** Life expectancy after Surgery for Ascending aortic aneurysm, J Clin Med, 615 (9): pp. 1-13. doi:10.3390/jcm9030615.
5. **Gudbjartsson Tomas, Ahlsson Anders, Geirsson Arnar, Gunn Jarmo, Hjortdal Vibeke, et al. (2020)**, "Acute type A aortic dissection – a review". Scandinavian Cardiovascular Journal, 54 (1), pp. 1-13.
6. **Olsson Christian, Ahlsson Anders et al. (2017)**, "Medium-term survival after surgery for acute Type A aortic dissection is improving". European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 52 (5), pp. 852-857.
7. **Tian D.H., Chakos A., Hirst L., et al (2019)** Surgery for type A intramural hematoma : a systematic review of clinical outcomes, Ann Cardiothorac Surg , 8 (5): pp. 518 -523.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG CÁC DẠNG VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI TỰ DO TRONG TẠO HÌNH KHUYẾT PHẦN MỀM BÀN TAY

Nguyễn Vũ Hoàng*, Trần Thiết Sơn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sử dụng các dạng vật đùi trước ngoài (ĐTN) tự do trong tạo hình khuyết phần mềm (KPM) bàn tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 45 bệnh nhân (BN) có khuyết phần mềm vùng bàn tay với 47 vật ĐTN tự do được sử dụng trong thời gian từ tháng 7/2007 đến 6/2020, tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. **Kết quả:** có 40 vật sống hoàn toàn, 3 vật thiếu dưỡng, hoại tử mép vật; 2 vật hoại tử đầu xa vật, 2 vật hoại tử một phần vật. Các dạng vật ĐTN được sử dụng bao gồm: 6 vật da cân, 41 vật da mỡ trong đó có 38 vật được làm mỏng, 26 vật được làm mỏng vì phẫu tích; 12 vật được sử dụng dưới dạng vật chùm. **Kết quả tạo hình đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ. Kết luận:** vật đùi

trước ngoài tự do là một lựa chọn đáng tin cậy trong tạo hình cho các khuyết tổ chức vùng bàn tay.

Từ khóa: Vật đùi trước ngoài, khuyết phần mềm, phẫu thuật bàn tay.

SUMMARY

EVALUATION OF THE USING ANTEROLATERAL THIGH FREE FLAP FOR HAND RECONSTRUCTION

Objectives: The aim of this study was to evaluate the results of free anterolateral thigh (ALT) flap reconstruction for soft tissue defects of hand. **Patients and methods:** 47 ALT flaps have been raised in 45 patients with soft tissue defects of the hand after trauma, burn, or severe scar contracture release....These patients underwent surgery at the Department of plastic and reconstructive surgery, SaintPaul hospital (Ha Noi, Viet Nam), between July 2007 to June 2020. **Results:** 40 flaps were complete survival, 3flaps have marginal necrosis, 2 flaps have partial distal necrosis, 2 flaps have partial necrosis. There were 6 fasciocutaneous and 41 cutaneous flaps, 38 flaps were thinned and 26 flaps were thinned by

*Bệnh viện Xanh Pôn

**Trường ĐH Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Hoàng

Email: nvuhoangmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 2/1/2021

Ngày phản biện khoa học: 3/2/2021

Ngày duyệt bài: 26/2/2021

microdissection; 12 chimeric flaps. The reconstruction ensured good results both in functional and aesthetic aspects. **Conclusions:** Free Anterolateral thigh perforator flap is a reliable material for the reconstruction of defects in the hand. The flap provides a thin, pliable, vascularized tissue for covering the exposed tendons, nerves, bones, and reconstruct deficiencies.

Keywords: anterolateral thigh flap, thin flap, soft tissue defect, hand surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những khuyết phần mềm của bàn tay do các nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bỏng, sau cắt se...) rất thường gặp. Việc phục hồi hình thể và chức năng do tổn khuyết gây ra vẫn đang là thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên. Một trong những trở ngại lớn là việc tìm được nguồn chất liệu tạo hình hợp lý cho mỗi loại tổn thương, làm sao có đủ chất liệu da thay thế tương đồng với da vùng bàn tay cả về cấu trúc, màu sắc, độ đàn hồi, đủ rộng và độ mỏng cần thiết để đạt yêu cầu cao về chức năng và thẩm mỹ.

Một trong những vật đồng mạch xuyên được nghiên cứu và ứng dụng rộng rãi hiện nay là vật ĐTN. Song R. và cộng sự báo cáo mô tả vật lần đầu tiên vào năm 1984 như một vật dựa trên nhánh xuyên cân da xuất phát từ nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài. Từ đó đến nay đã có nhiều nghiên cứu ứng dụng vật trên lâm sàng [1],[2]. Vật có nhiều ưu điểm: có giải phẫu tương đối hằng định, dễ bóc, cuống mạch dài, kích thước mạch đủ lớn phù hợp để nối mạch vi phẫu, sức sống của vật cao, ít di chứng nơi cho vật. Vật có tính linh hoạt, có thể lấy lượng da lớn, nhất là có thể làm mỏng vật ngay thì đầu. Qua đó ta thấy vật có các đặc tính để trở thành chất liệu tạo hình lý tưởng cho tạo hình bàn tay mà ít chất liệu nào khác có thể có được. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sử dụng các dạng vật đùi trước ngoài tự do trong tạo hình khuyết phần mềm bàn tay.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Từ 7/2007 đến 6/2020, nghiên cứu thực hiện trên 45 BN với 47 vật ĐTN tự do để tạo hình các KPM bàn tay tại khoa Phẫu thuật Tạo hình, bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội.

2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm đối chứng. Xử lý số liệu bằng SPSS 16.0

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: chẩn đoán KPM vùng bàn tay. Đủ sức khỏe phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: có tổn thương vùng đùi trước ngoài 2 bên, không đồng ý tham gia nghiên cứu và tái khám định kỳ đầy đủ.

2.1. Quy trình kỹ thuật

- Bóc vật theo phương pháp phẫu tích dưới cân. Nâng vật dưới cân và mạch xuyên được phẫu tích kiểu ngược dòng cho đến khi cuống mạch đạt được chiều dài yêu cầu.

Nâng vật da cân: tùy lượng cân sâu sử dụng để tạo hình gân mà lấy lượng cân phù hợp theo vật.

Nâng vật da mỡ: Phẫu tích vật da đùi trước ngoài khỏi cân sâu ở mặt dưới vật, để lại đảo cân bán kính 1-2 cm quanh mỗi thân mạch xuyên, tiếp tục rạch các bờ còn lại của vật da.

Làm mỏng vật. Làm mỏng vật khi đã kết thúc quá trình bóc vật, trước khi cắt cuống vật. Đo chiều dày vật trước làm mỏng.

Làm mỏng vật sơ cấp: lấy bỏ lớp mỡ sâu trong cân nông bắt đầu từ ngoại vi (mép vật) vào trung tâm vật (lớp mỡ sâu bao gồm các tiểu thùy mỡ lớn, lỏng lẻo) để lại đảo cân mỡ bán kính khoảng 1-2cm xung quanh cuống mạch xuyên.

- Làm mỏng vật vi phẫu tích: thực hiện dưới kính hiển vi phẫu thuật. Có thể làm mỏng vùng ngoại vi vật trước, trung tâm vật làm mỏng sau và ngược lại. Đối với những vật cần có độ mỏng khác nhau tại nhiều vùng trên cùng một vật, tiến hành kỹ thuật này ở những vùng nhất định. Tại những vùng cần độ dày mỏng khác nhau, lớp mỡ của vật sẽ được lấy bỏ như thế nào là do quyết định của phẫu thuật viên để phù hợp với yêu cầu tạo hình [3].

Cắt cuống vật

Xẻ vật: Vật được xẻ theo yêu cầu tạo hình. Xẻ vật hoàn toàn: khi sử dụng dạng vật chùm, mỗi đảo da, cân được cấp máu bởi một mạch xuyên. Xẻ vật không hoàn toàn: xẻ vật lớn thành các đơn vị vật nhỏ theo hình dáng của tổn khuyết.

Chuyển vật tới nơi nhận, nối mạch, tạo hình khuyết phần mềm, đóng vết mổ nơi cho vật.

2.2. Đánh giá kết quả. Đánh giá kết quả gần dựa vào sức sống của vật, sự liền sẹo vết mổ, chia các mức độ: tốt, khá, kém. Đánh giá kết quả xa: chia 3 mức độ: Tốt: vật da có màu sắc và độ mỏng, mềm mại, độ chun giãn tương thích với da vùng tạo hình, đảm bảo mục đích tạo hình, chức năng nơi nhận vật được cải thiện rõ rệt. Khá: vật da có màu sắc và độ mỏng chưa thật phù hợp với da vùng bàn tay, sẹo quanh vật phì đại hoặc lồi, chức năng chưa cải thiện nhiều. Kém: vật xơ hóa, biến đổi màu sắc rõ, không đảm bảo yêu cầu thẩm mỹ, chức năng nơi nhận vật không được cải thiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.

Trong nhóm nghiên cứu có 45 BN bao gồm 5 BN nữ; 40 BN nam, tuổi từ 18- 48 tuổi. Trong đó có 1BN sử dụng 2 vạt cho 2 bàn tay bị tổn thương, 1 BN sử dụng 2 vạt cho 1 tay tổn thương. Nguyên nhân tổn thương chủ yếu do chấn thương (37 trường hợp - 78,7%), do bỏng (8 trường hợp - 17%), do rắn độc cắn (2 trường hợp - 4,3%).

Đặc điểm KPM: có 3 trường hợp KPM đơn thuần (6,4%), 44 trường hợp là KPM kết hợp tổn thương, lộ gân xương, khớp, mạch máu, thần kinh (93,6%). Có những tổn thương rất nặng nề nếu không được che phủ có nguy cơ cắt cụt bàn, ngón tay.

Bảng 1. Sức sống của vạt (n=47)

Kết quả	Dạng vạt						Tổng số	Tỷ lệ %	
	Da cân		Đầy toàn bộ	Da mỡ					
	Chùm			Mỏng sơ cấp		Mỏng vi phẫu tích			
	có	không		có	không	có			không
Vạt sống hoàn toàn	1	5	3	3	7	5	40	85,1	
Vạt thiếu dưỡng					1		3	6,3	
Vạt hoại tử đầu xa				1			2	4,3	
Vạt hoại tử một phần						2	2	4,3	
Vạt hoại tử hoàn toàn	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tổng số	1	5	3	4	8	7	19	100	
	6			12		26		47	
				41					

3.2. Phân loại kết quả gần

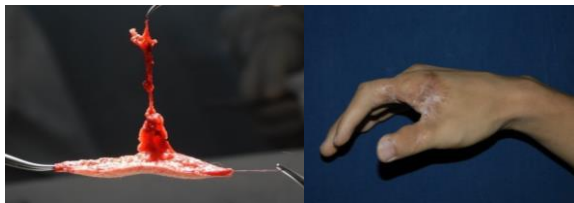
Bảng 2. Kết quả gần (n=47)

Kết quả	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tốt	39	83,0
Khá	7	14,9
Kém	1	2,1
Tổng số	47	100

4. Kết quả xa. Thực hiện kiểm tra được 46/47 vạt sau mổ, ít nhất là 3 tháng, nhiều nhất là 5 năm. 1 trường hợp không có kết quả xa là trường hợp thất bại chuyển phương pháp khác.

Bảng 3. Phân loại kết quả xa (n=46)

Kết quả	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tốt	37	80,4
Khá	9	19,6
Kém	0	0
Tổng số	46	100



2. Đặc điểm vạt đùi ngoài. Kích thước vạt được sử dụng: chiều dài vạt từ 7-30 cm, chiều rộng vạt từ 4-14 cm. Vạt có kích thước lớn nhất 30 x 15cm, nhỏ nhất 7 x 4 cm. Kích thước vạt trung bình là 16,36 ± 5,80 x 8,52 ± 2,70cm. Các dạng vạt được sử dụng: vạt da cân: 6 vạt. Vạt da mỡ dày toàn bộ: 3 vạt, chiều dày vạt 10-20mm. Vạt da mỡ làm mỏng sơ cấp: 12 vạt, chiều dày vạt trước làm mỏng từ 10-25mm, chiều dày vạt sau làm mỏng từ 4- 12mm. Vạt da mỡ làm mỏng vi phẫu tích: 26 vạt, chiều dày vạt trước làm mỏng từ 8-28 mm, chiều dày vạt sau làm mỏng từ 2-5mm. Vạt chùm: 12 vạt.

3. Kết quả gần

3.1. Sức sống của vạt



Hình 1. BN se hẹp kẽ ngón I-II, tạo hình bằng vạt ĐTN làm mỏng vi phẫu tích (Bệnh nhân Đỗ Thế T. Mã BA 09079579)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 45 BN tổn thương vùng bàn tay, nguyên nhân tổn thương chủ yếu do chấn thương (78,7%), ngoài ra do bỏng (17%), do rắn độc cắn (4,3%) gây ra những tổn thương phức tạp, hình thái lâm sàng đa dạng như mất da rộng kèm mất đoạn gân, xương hay tổn thương cụt toàn bộ ngón. Tạo hình cần có chất liệu kích thước, thành phần, độ dày thích hợp để phủ hay dựng hình lại vừa phải đảm bảo yêu cầu chức năng và thẩm mỹ vùng bàn tay.

Đặc điểm tổn thương bàn tay đa dạng, rất khác nhau từ vị trí, các đơn vị giải phẫu đến thành phần mô bị tổn thương. Tùy theo đặc

điểm tổn thương mà vật ĐTN được sử dụng với các dạng vật khác nhau sao cho phù hợp. Do đó chúng tôi sử dụng vật ĐTN hết sức linh hoạt.

Vật da cân bao gồm da, mỡ và cân sâu, chỉ định cho các tổn thương móm cụt bàn tay phức tạp, thiếu hụt tổ chức, lộ gân, xương, mạch máu, thần kinh, dùng để tạo hình che phủ kết hợp với tạo hình gân duỗi ngón tay[1],[2].

Vật da mỡ dày toàn bộ được sử dụng như một chất liệu che phủ trong những trường hợp tổn khuyết móm cụt lớn, lộ gân xương của bàn tay do chấn thương. Kết quả 6/6 vật da cân và 3/3 vật da mỡ dày toàn bộ vật sống hoàn toàn, đạt mục đích tạo hình.

Vật da mỡ làm mỏng được chỉ định cho các khuyết phần mềm kích thước khác nhau, hình dạng phức tạp, đòi hỏi dựng hình không gian ba chiều. Da của vùng bàn tay, đặc biệt là mu tay rất mỏng với độ chun giãn cao. Do đó một chất liệu tạo hình tốt cho vùng bàn tay cũng cần có độ mỏng tương ứng. Vật ĐTN có thể dày đến 3cm ở những bệnh nhân béo hoặc nữ. Vì vậy để đáp ứng mục đích tạo hình, làm mỏng vật ĐTN ngay thì đầu là một yêu cầu được đặt ra với các tạo hình vùng bàn tay nhằm đảm bảo tính thẩm mỹ và chức năng tại nơi sử dụng vật. Kinh điển và đơn giản nhất là làm mỏng vật thì hai sau khi đã chuyển vật tới nơi tạo hình, lớp mỡ dưới da được lấy bỏ với nhiều lần phẫu thuật. Tuy nhiên kỹ thuật này chỉ thích hợp với những tạo hình che phủ một bề mặt không quá phức tạp và không có cấu trúc không gian ba chiều, hơn nữa không phải lúc nào cũng lấy được hết các khối mỡ trên vật. Cách thứ hai là làm mỏng vật theo phương pháp làm mỏng sơ cấp, vật được bảo tồn cân và mô mỡ xung quanh mạch xuyên vào da một vòng tròn đường kính khoảng 2 cm, lấy bỏ mô mỡ và cân nông từ ngoài vì vào trung tâm vật tới vùng được bảo tồn. Ngoài vùng được bảo tồn, vật có thể làm mỏng tới 4- 5mm, [4]. Cách làm mỏng này có thể dễ dàng thực hiện tuy nhiên đôi khi có thể gây nguy hiểm cho lưu thông mạch máu vật nếu cố gắng làm mỏng khu vực mật độ cao mạch máu (xung quanh nơi mạch xuyên vào vật, ranh giới giữa mô mỡ và lớp trung bì nơi có mạng mạch máu dưới trung bì). Do đó, một lượng mô mỡ dư thừa chắc chắn vẫn còn trong loại vật mỏng này. Để khắc phục những nhược điểm này, cần thiết làm mỏng vật bằng kỹ thuật vi phẫu tích, đây là kỹ thuật làm mỏng vật mạch xuyên có bảo tồn các mạch máu nhỏ trong lớp mỡ của vật nhờ sử dụng kính hiển vi phẫu thuật, giúp nâng cao khả năng làm mỏng vật mạch xuyên một cách đồng nhất và

chính xác, được Kimura đề xuất năm 2002[5]. Trong quá trình này, các vật có thể được loại bỏ tổ chức mỡ và được nuôi dưỡng dựa hoàn toàn vào mạng mạch máu dưới trung bì, điều này rất hữu ích trong tái tạo lại bề mặt của vùng bàn tay [5],[6]. Điều này có nghĩa rằng các vật có thể được xẻ, phân chia một cách an toàn, uốn cong và gấp theo yêu cầu của tạo hình sao cho phù hợp với hình dạng, kích thước ba chiều của tổn thương. Vật da mỡ làm mỏng sơ cấp có 12 vật, chiều dày vật trước làm mỏng từ 10-25mm, chiều dày vật sau làm mỏng từ 4-12mm. Vật da mỡ làm mỏng vi phẫu tích có 26 vật, chiều dày vật trước làm mỏng từ 8-28 mm. Chiều dày vật sau làm mỏng từ 2-5mm. Vật làm mỏng có nhiều ưu điểm, có sức sống cao do mạng lưới mạch xuyên tới mạng mạch dưới da được bảo tồn. Vật tăng độ chun giãn, tăng diện tích che phủ, vật không bị phồng, công kênh, dư thừa mỡ, giúp tạo nên các bờ cong tự nhiên của bàn tay, tăng tính thẩm mỹ và giúp tập phục hồi chức năng sớm. Vật mỏng đồng đều có khả năng hồi phục cảm giác mà không cần nối thần kinh cảm giác. Vật mỏng thích hợp với da vùng bàn tay, nhờ làm mỏng mà diện tích vật được tăng lên đáng kể, đủ lớn để che phủ cả các khuyết phần mềm lớn cả mặt gan và mu bàn tay[3],[4],[5],[6]. Trong 38 vật sử dụng kỹ thuật làm mỏng thì có 31 vật sống hoàn toàn, 3 vật thiếu dưỡng mép vật, 2 vật hoại tử đầu xa vật, 2 vật hoại tử một phần. Như vậy có 7/38 vật có biến chứng về cấp máu vật. So sánh kết quả làm mỏng vật ĐTN với các tác giả khác ta thấy: với kỹ thuật làm mỏng sơ cấp, tỷ lệ biến chứng mạch máu của Kimura là 8/31 vật làm mỏng [4]. Với kỹ thuật vi phẫu tích, ông có 2/15 vật hoại tử một phần [5], Xie S[7] làm mỏng vi phẫu tích cho 12 vật, có một vật thiếu dưỡng đầu xa với độ mỏng của vật từ 3,25- 6mm. Phân tích từng trường hợp chúng ta có thể thấy các khả năng gây ra các biến chứng này. Ba trường hợp vật thiếu dưỡng ở mép vật, nguyên nhân có thể do khâu căng, vật được làm mỏng nhiều ở mép vật, các vật được gấp cuộn, gấp nếp, phần mép vật bị thiếu dưỡng ngược chiều dòng chảy mạch máu, các vật sau đó bong thủng bì, liền sẹo thì đầu. Một trường hợp vật được cuộn tạo hình ngón tay cái, vật bị chảy máu ở diện làm mỏng, gây hematoma làm vật phù nề, chèn ép mạch xuyên gây tắc tĩnh mạch hồi lưu, khi lấy khối hematoma, giải phóng cuống vật, vật sau đó hoại tử đầu xa. Một trường hợp vật bị khâu căng cũng bị hoại tử đầu xa. Hai trường hợp hoại tử một phần (hoại tử một đảo da của vật chimeric)

đều do vật được gấp cuộn để tạo hình gậy chèn ép tắc mạch xuyên. Như vậy xét về mối liên quan giữa mục đích tạo hình và sức sống của vật làm mỏng, các biến chứng xảy ra ở vật có cuộn, gấp nếp, ở các trường hợp kết hợp các mục đích tạo hình là che phủ, dựng hình, mạch xuyên dễ bị gấp, xoắn, chèn ép cản trở hồi lưu tĩnh mạch hơn nên có thể tỷ lệ biến chứng cao hơn, các vật sử dụng với mục đích che phủ đơn thuần, tỉ lệ biến chứng thấp hơn, điều này đồng quan điểm với tác giả Gong [8].

Vật dạng chùm (Chimeric) là vật phức hợp gồm nhiều vật khác nhau, trong đó mỗi vật được cấp máu bởi một mạch xuyên khác nhau, các mạch xuyên này cùng tách ra từ động mạch mũ đùi ngoài. Vật ĐTN dưới dạng chùm là lựa chọn hợp lý để cứu chức năng cũng như chiều dài tối đa của bàn tay. Trường hợp khuyết gân, cần kèm da che phủ như khuyết các gân gấp, gân duỗi vùng bàn tay. Việc tạo hình cần một chất liệu gồm cả cân để thay thế và da để che phủ khuyết tổn. Vật chùm ĐTN dạng da cân được sử dụng, trong đó một dải cân được lấy kèm mạch xuyên nuôi cân được dùng để tạo hình đoạn gân khuyết. Da được dùng để tạo hình phủ khuyết da. Nghiên cứu của chúng tôi có 12 vật được sử dụng dưới dạng chùm, có 3 vật bị hoại tử một phần, có 4 vật được sử dụng vừa che phủ kết hợp tạo hình gân, kết quả đảm bảo cả chức năng và thẩm mỹ.

V. KẾT LUẬN

Vật đùi trước ngoài có nhiều ưu điểm, có thể lấy lượng da từ nhỏ đến lớn, có thể làm mỏng vật ngay thì đầu hay sử dụng dưới dạng vật chùm... do đó khả năng sử dụng vật linh hoạt,

có thể cải biến thành các dạng vật khác nhau cho phù hợp với các mục đích độn, phủ, dựng hình bàn tay. Qua đó ta thấy vật đùi trước ngoài là một chất liệu đáng tin cậy để tạo hình các tổn khuyết phức tạp ở bàn tay mà ít chất liệu nào khác có thể có được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Isao Koshima, Yuzaburo Nanba, Tetsuya Tsutsui, Yoshio Takahashi (2003)**, "New Anterolateral Thigh Perforator Flap With a Short Pedicle for Reconstruction of Defects in the Upper Extremities", *Ann Plast Surg*, 51, pp. 30-36.
2. **Man-Yi Cui, Hui Shen (2015)**, "Anterolateral thigh free flap for simultaneous reconstruction of digital extensor tendon and defect of the dorsal hand: A case report
3. **Trần Thiết Sơn (2011)**, "Ứng dụng kỹ thuật vi phẫu tích trong phẫu thuật tạo hình", tạp chí Nghiên cứu Y học. 77 (6), tr 1-6.
4. **Naohiro Kimura, Kaneshige Satoh, Toshiaki Hasumi, and Takaharu Ostuka(2001)**, "Clinical Application of the Free Thin Anterolateral Thigh Flap in 31 Consecutive Patients", *Plastic and Reconstructive Surgery*, 108 (5), pp. 1197-1208.
5. **Naohiro Kimura, Kaneshige Satoh, Yoshiaki Hosaka (2003)**, "Microdissected Thin Perforator Flaps: 46 Cases", *Plastic and Reconstructive Surgery*, 112(7), pp.1875-1885
6. **Naohiro Kimura and al(2009)**, "Concept and Anatomical Basis of Microdissected Tailoring Method for Free Flap Transfer", *Plastic and Reconstructive Surgery*, 123(1), pp.152-162.
7. **Xie S, Deng X, Chen Y, Song D, Li K, Zhou X, Li Z (2016)**, "Reconstruction of foot and ankle defects with a superthin innervated anterolateral thigh perforator flap", *J Plast Surg Hand Surg*, 25, pp. 1-8.
8. **Gong et al. (2015)**, "Application of thinned anterolateral thigh flap for the reconstruction of head and neck defects", *J Oral Maxillofac Surg*, 73, pp. 1410-19.

NGHIÊN CỨU BÀO CHẾ VIÊN NANG CHỨA CAO TÔ MỘC (Lignum Sappan)

Nguyễn Đăng Thoại¹, Huỳnh Tú Quyên¹, Khuru Mỹ Lệ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bào chế và kiểm nghiệm chất lượng của viên nang cứng tô mộc từ dược liệu tô mộc (*Caesalpinia Sappan L.*, Fabaceae). **Nguyên liệu và phương pháp:** Tô mộc được chiết xuất bằng phương pháp chiết nóng, cô cao đến 30% ẩm. Công thức viên

nang cứng được xây dựng và chọn lựa dựa vào độ ẩm, tỷ trọng biểu kiến và độ trơn chảy của khối bột đóng nang với các thiết bị tương ứng. **Kết quả:** Hàm lượng cao tô mộc trong viên nang là 160mg. Tá dược độn dùng cho viên nang là Avicel, tinh bột. Kết quả định tính cho thấy viên nang tô mộc chứa cao tô mộc có phản ứng dương tính với các thuốc thử trong phép thử định tính bằng phản ứng hóa học. Với phương pháp sắc ký lớp mỏng, trên sắc ký đồ của viên nang có các vết cùng giá trị R_f và cùng màu sắc với các vết trên sắc ký đồ của dược liệu đối chiếu. Viên đạt yêu cầu về độ đồng đều khối lượng, độ rã theo quy định của viên nang. **Kết luận:** Viên nang chứa cao tô mộc đã được bào chế đạt yêu cầu về chất lượng của viên

¹Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Thoại

Email: thoaind@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 2/1/2021

Ngày phản biện khoa học: 5/2/2021

Ngày duyệt bài: 3/3/2021