

đường lược trở xuống được chi phối bởi nhánh cảm giác của thần kinh trực tràng dưới là nhánh của thần kinh thẹn, xuất phát từ các rễ cùng S2, S3 và S4. Vùng này tiếp nhận cảm giác bản thể (đau, nhiệt, xúc giác). Còn phần trực tràng phía trên được chi phối bởi các dây thần kinh cương tiếp nhận các cảm giác nội tạng (cảm giác căng).

Vì vậy khâu triệt mạch và treo các búi trĩ trên đường lược 2cm sẽ ít gây đau thêm trong phẫu thuật phối hợp cắt các búi trĩ chính và khâu treo búi trĩ phụ còn lại, có chăng chỉ là cảm giác căng tức.

2. Kỹ thuật khâu triệt mạch và khâu treo

Sau khi khâu triệt mạch bằng mũi chữ X bên trên đường lược 1,5-2cm và tiếp tục khâu xếp nếp lên trên niêm mạc trực tràng để máu của các nhánh tận của động mạch trực tràng trên đi tới các đám rối trĩ trong giảm xuống còn tối thiểu, làm cho kích thước của các búi trĩ sẽ giảm dần theo thời gian đồng thời mũi khâu treo sẽ giúp kéo búi trĩ vào trong ống hậu môn làm giảm trĩ sót sau mổ.

Các mũi khâu triệt mạch và khâu treo trĩ được thực hiện trên đường lược 1,5-2cm nên sự thông nổi của các đám rối mạch máu trĩ ngoại và trong không bị ảnh hưởng, vì thế có thể tránh được các biến chứng sưng phù hay huyết khối gây tắc mạch trong đám rối trĩ ngoại.

Trong trường hợp mũi khâu triệt mạch gần đường lược có thể gây cho bệnh nhân cảm giác mót rặn và đau nhiều ngày sau mổ.

3. Kết quả theo dõi sau 3 tháng

Mức độ đau sau mổ, sau khi đi cầu, thời gian lành vết thương:

- Đau ngày đầu: 83,6% đau ít, 15,7% đau vừa và 0,7% đau nhiều.
- Đau khi đi cầu lần đầu tiên: 71,6% đau vừa, 0,7% đau nhiều.
- Đau sau 2 tuần: 32,1% đau vừa, số còn lại hết đau.
- Thời gian trung bình lành vết thương: $4,24 \pm 0,87$ tuần.

Các biến chứng sau mổ:

- Chảy máu sớm 1,5%.
- Bí tiểu: 3,7%.
- Táo bón: 10,4% (trước mổ là 57,2%, mức ý nghĩa $p = 0,005$).
- Ngứa hậu môn: 9,7%.
- Mót rặn: 20,1%.
- Hẹp da quanh hậu môn: 2,2%.
- Không có bệnh nhân nào bị huyết khối trĩ ngoại, nứt hậu môn, rối loạn tự chủ hậu môn hoặc nhiễm trùng toàn thân.

Tỷ lệ da thừa, trĩ sót, sa niêm mạc hậu môn:

- Da thừa: 10,4%.
- Trĩ sót: 3%.
- Sa niêm mạc hậu môn: 0,7%.

KẾT LUẬN

Phương pháp mổ cắt trĩ từng búi theo phương pháp Nguyễn Đình Hối, kết hợp với khâu treo các búi trĩ phụ còn lại theo phương pháp Hussein cải biên, để điều trị cho bệnh nhân mắc trĩ sa vòng hoặc gần vòng, được theo dõi trong 3 tháng đầu sau mổ tuy không làm giảm tỷ lệ da thừa nhưng tỷ lệ trĩ sót và sa niêm mạc hậu môn trực tràng rất khả quan. Đặc biệt là không có bệnh nhân bị huyết khối trĩ ngoại và rối loạn tự chủ hậu môn, tuy nhiên có 3 bệnh nhân bị hẹp da quanh hậu môn nhưng bệnh nhân vẫn đi cầu bình thường, dù phân có nhỏ hơn trước mổ nhưng không ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt hằng ngày, bệnh nhân hài lòng với cuộc mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hậu (2004), *Thắt động mạch trĩ với siêu âm hướng dẫn và khâu xếp nếp niêm mạc trực tràng trong điều trị trĩ*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Đình Hối (1982), *"Điều trị trĩ bằng phẫu thuật cắt bỏ riêng lẻ từng búi"*, Ngoại khoa, tập 9, tr. 40-46.
3. Nguyễn Đình Hối (2002), *"Bệnh trĩ"*, trong *Hậu môn trực tràng học*, Nhà xuất bản Y học, tr. 73-104.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* VỚI HÌNH ẢNH NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH THỂ TỶ VỊ HƯ HÀN

ĐẠU XUÂN CẢNH¹, PHẠM THỊ THU THỦY²
NGUYỄN THỊ BẠCH TUYẾT³

¹Học viện Y học cổ truyền Việt Nam

²Trung tâm Y khoa Medic - Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Đại Nam

TÓM TẮT

Mở đầu: Viêm dạ dày mạn tính là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, trong đó thể tỷ vị hư hàn là hay gặp nhất. Y học hiện đại có nhiều công trình nghiên cứu về nhiễm *Helicobacter Pylori* hình ảnh nội soi ở viêm dạ dày mạn tính, tuy nhiên y học cổ truyền còn ít được chú ý. Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Thu Thủy

Email: drthuthuy@gmail.com

Ngày nhận: 28/2/2017

Ngày phản biện: 16/3/2017

Ngày duyệt bài: 24/3/2017

Ngày xuất bản: 20/4/2017

Helicobacter Pylori và mối liên quan với hình ảnh nội soi ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu 62 bệnh nhân được chẩn đoán là thể tỷ vị hư hàn tại khoa khám bệnh, bệnh viện Tuệ Tĩnh- Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam. Kết quả: Viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn có thời gian biểu hiện bệnh trên 10 năm ($p < 0,05$). Trên hình ảnh nội soi, bệnh viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn gặp chủ yếu là tổn thương đơn thuần ở vùng hang vị (chiếm 72,6%). Bệnh viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn chủ yếu gặp là dạng viêm mạn teo (64,5%). Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter Pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn là 56,5% (35 bệnh nhân). Mức độ nhiễm HP dương tính (+) chiếm tỷ lệ 48,6% (17 bệnh nhân), thứ hai là HP dương tính (++) chiếm 40,0% (14 bệnh nhân). HP dương tính (+++) chỉ có 11,4% (4 bệnh nhân). Có 30/35 bệnh nhân HP (+) ở vùng hang vị chiếm 85,7%. Có mối liên quan chặt chẽ giữa nhiễm HP với vị trí tổn thương ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn.

Từ khóa: Viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn.

SUMMARY

RESEARCH OF ENDOSCOPE IMAGE IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS

Background: Chronic gastritis is a widespread disease in the world as well as in Vietnam, in which cold damage item and spleen is the most common. Modern medicine has many studies on image endoscope in chronic gastritis, but traditional medicine has received little attention. **Objective:** Determination of *Helicobacter Pylori* infection rate and association with endoscopic images in patients with chronic gastritis. **Methods:** Study design describe cross sectional. A total of 62 patients were diagnosed with chronic gastritis at the clinic, Tue Tinh Hospital, Vietnam Traditional Medicine and Pharmacy Academy. **Results:** Chronic gastritis has more than 10 years disease duration ($p < 0.05$). In the endoscopic image, lesions in the antral section of the stomach are dominant (accounting for 72.6%). Chronic inflammation is the majority (64.5%). The percentage of *Helicobacter Pylori* Polycythemia in patients with chronic gastritis is 56.5% (35 patients). The level of positive HP (+) infection accounted for 48.6% (17 patients), the second was HP positive (++) accounted for 40.0% (14 patients). HP positive (+++) only 11.4% (4 patients). There were 30/35 patients with HP in the antral section of the stomach 85.7%. There is a close association between HP infection with localized lesions in patients with persistent chronic gastritis.

Keywords: Chronic gastritis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo y học cổ truyền, bệnh viêm dạ dày mạn thuộc chứng bệnh vị quản thống, bí mãn, noãn khí, vị trí bệnh tại trung tiêu, có liên quan tới các tạng can, phế, đờm, thận [2].

Bệnh do nhiều nhóm nguyên nhân gây nên như nội

nhân, ngoại nhân, ăn uống và tiên thiên bất túc (tính chất di truyền). Bệnh chia làm nhiều thể dựa vào chứng trạng biểu hiện bệnh là: thể tỷ vị hư hàn, tỷ vị thấp nhiệt, can khí phạm vị... trong đó thể tỷ vị hư hàn là hay gặp do tỷ vị bị tổn thương, khí huyết thất điều gây nên [1], [2].

Triệu chứng lâm sàng của thể tỷ vị hư hàn là đau thượng vị âm ỉ liên miên, tay chân lạnh, ăn kém, thích ăn đồ ấm nóng, đầy bụng khó tiêu, đại tiện lỏng nát, chất lưỡi bệu rêu lưỡi trắng, mạch trầm do bệnh tại vị lâu ngày làm tổn thương đến tỷ.

Y học hiện đại có nhiều nghiên cứu đánh giá hình ảnh nội soi nhiễm *Helicobacter Pylori* ở bệnh viêm dạ dày mạn tính. Tuy nhiên y học cổ truyền lĩnh vực này còn ít được chú ý. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này để góp phần tìm hiểu nguyên nhân, các yếu tố nguy cơ nhất là đặc điểm hình ảnh nội soi bệnh và một số yếu tố liên quan là rất cần thiết để góp phần chẩn đoán cũng như có các biện pháp dự phòng, điều trị sớm ở lĩnh vực y học cổ truyền giúp ngăn ngừa ung thư dạ dày.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới tính, nghề nghiệp, được chẩn đoán là thể tỷ vị hư hàn.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám bệnh và phòng nội soi Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 62 bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và nhập và phân tích bằng phần mềm Epi Info 6.0 của Tổ chức Y tế Thế giới.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân bố bệnh nhân theo thời gian biểu hiện bệnh

Thời gian biểu hiện bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %	Nhóm
<5 năm	6	9,7	1
5-10 năm	20	32,3	
>10 năm	36	58,1	
Tổng	62	100,0	2
p1-2		<0,05	

Đa số bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn đến khám và điều trị có thời gian biểu hiện bệnh trên 10 năm, 36/62 bệnh nhân chiếm 58,1%. Rất ít bệnh nhân đến khám có biểu hiện bệnh dưới 5 năm (9,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Hình ảnh nội soi của bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn

Trên hình ảnh nội soi, bệnh viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn gặp chủ yếu là tổn thương đơn thuần ở vùng hang vị chiếm 72,6%, thân vị chiếm 14,5%, thân vị + hang vị chiếm 12,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Hình ảnh nội soi của bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn

Phân loại tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ %	Nhóm
Viêm teo	40	64,5	1
Viêm phù nề xung huyết	11	17,7	
Viêm trợt phẳng	4	6,5	
Viêm trợt lõm	4	6,5	
Xuất huyết	1	1,6	
Viêm phì đại	1	1,6	2
Viêm trào ngược dịch mật	1	1,6	
Tổng	62	100,0	
P		<0,05	

Bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn gặp nhiều nhất ở thể viêm teo, chiếm 64,5%, so với các dạng tổn thương còn lại khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Vị trí tổn thương	HP (-)		HP (+)		Tổng (tỷ lệ %)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Các vị trí khác	12	44,4	5	14,3	17 (27,4)
Hang vị	15	55,6	30	85,7	45 (72,6)
Tổng	27	100,0	35	100,0	62 (100,0)
P			<0,05		

Có 30/35 bệnh nhân HP (+) ở vùng hang vị chiếm 85,7%, chỉ có 5/35 bệnh nhân HP (+) ở vị trí khác (14,3%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có mối liên quan chặt chẽ giữa nhiễm HP với vị trí tổn thương ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn.

BÀN LUẬN

Đặc điểm thời gian biểu hiện bệnh.

Đa số bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn đến khám và điều trị có thời gian biểu hiện bệnh trên 10 năm, 36/62 bệnh nhân chiếm 58,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy các bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn bị bệnh với thời gian dài.

Nguyên nhân của hiện tượng kéo dài của bệnh viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn thường do bệnh nhân không điều trị cơ bản hoặc điều trị không đúng phác đồ, không đủ thời gian dẫn đến bệnh hay bị tái phát và trở thành mạn tính.

Đặc điểm vị trí tổn thương dạ dày trên nội soi ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn

Trên hình ảnh nội soi, bệnh viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn gặp chủ yếu là tổn thương đơn thuần ở vùng hang vị (chiếm 72,6%). Các vị trí tổn thương khác gặp với tỷ lệ thấp hơn là thân vị (14,5%), cả thân vị và hang vị (12,9%). Một số kết quả nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự. Tổn thương hang vị bắt gặp với xác suất cao nhất ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính. Kết quả nghiên cứu của Mai Thị Minh Huệ (1999) [3] khi nghiên cứu 171 bệnh nhân viêm dạ dày mạn cho thấy, tỷ lệ tổn thương ở vùng hang vị là 89,58%, tổn thương ở vùng thân vị chiếm 10,42%. Nghiên cứu của Trần Anh Vinh (2009) trên 69 bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể trợt lõm tổn thương ở vùng hang vị chiếm tỷ lệ 84,1%, thân vị gặp 7,2% [6]. Nghiên cứu của Đinh Thị Quỳnh Hương (2008) cũng nhận thấy tổn thương ở hang vị là chủ

Tỷ lệ nhiễm HP ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn (n=62)

Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter Polyri* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn là 56,5% (35 bệnh nhân). HP âm tính là 43,5% (27 bệnh nhân).

Mức độ nhiễm Helicobacter Polyri ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn.

Trong 35/62 bệnh nhân nhiễm HP mức độ nhiễm HP dương tính (+) chiếm tỷ lệ 48,6% (17 bệnh nhân), thứ hai là HP dương tính (++) chiếm 40,0% (14 bệnh nhân). HP dương tính (+++) chỉ có 11,4% (4 bệnh nhân).

Liên quan giữa nhiễm Helicobacter Polyri với vị trí tổn thương trên nội soi ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn.

yếu (97,18%), trong đó tổn thương hang vị đơn độc là 45,07%, hang vị kết hợp với thân vị là 25,36% và tổn thương toàn bộ dạ dày là 26,76% [4].

Đặc điểm về hình ảnh tổn thương dạ dày

Khi soi dạ dày, chúng tôi nhận định và phân loại hình ảnh tổn thương viêm trên nội soi theo hệ thống Sydney, nếu bệnh nhân có nhiều hơn một tổn thương nội soi, chúng tôi phân loại tổn thương dựa trên hình ảnh chiếm ưu thế hơn để đưa vào chỉ tiêu đánh giá.

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn gặp nhiều nhất ở thể viêm teo, chiếm 64,5%, so với các dạng tổn thương còn lại khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hình ảnh tổn thương viêm teo trong nội soi dạ dày là thấy các mạch máu nổi rõ dưới niêm mạc, niêm mạc nhạt màu, các nếp niêm mạc teo mỏng. Các dạng viêm khác ít gặp như: viêm xung huyết 17,7%; trợt lõm và trợt phẳng 6,5%. Ba thể viêm dạ dày ít gặp hơn cả là xuất huyết, viêm phì đại và viêm trào ngược dịch mật 1,6%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Mai Thị Minh Huệ (1999) trên các bệnh nhân viêm dạ dày mạn cho thấy, viêm phù nề xung huyết (41,5%), viêm trợt lõm (25,1%), viêm trợt phẳng (24,0%), không gặp viêm trào ngược dịch mật và tỷ lệ viêm phì đại cũng chỉ là 1,75% [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ viêm teo cao hơn các nghiên cứu khác về bệnh viêm dạ dày mạn vì thời gian mắc bệnh càng lâu thì nguy cơ bị viêm teo càng cao hay tỷ lệ bị viêm phù nề xung huyết sẽ giảm đi theo thời gian mắc bệnh.

Tỷ lệ nhiễm Helicobacter Polyri ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn và một số yếu tố liên quan tới hình ảnh nội soi

Hiện nay, *Helicobacter Polyri* đã được xác định có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của viêm dạ dày, loét dạ dày, tá tràng và ung thư dạ dày. Việc

nghiên cứu xác định HP ở những bệnh nhân này có ý nghĩa quan trọng trong việc lựa chọn phác đồ điều trị và tiên lượng bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhiễm *Helibacter Polyri* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn là 56,5% (35 bệnh nhân). Một số nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cho thấy tỷ lệ nhiễm HP ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính rất khác nhau. Theo Nguyễn Văn Toại và cộng sự, nghiên cứu 22 bệnh nhân viêm dạ dày thể tỷ vị hư hàn nhiễm HP (+) là 73% [5]. Tỷ lệ nhiễm HP của chúng tôi thấp hơn so với tác giả này có thể do số lượng nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn. Theo Trần Anh Vinh (2009) tỷ lệ nhiễm HP khi tiến hành xét nghiệm test urease và mô bệnh học là 52,17% [6]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể do tỷ lệ nhiễm HP thay đổi theo chủng tộc, vị trí địa lý, điều kiện kinh tế xã hội.

Về mức độ nhiễm HP, trong 35/62 bệnh nhân nhiễm HP mức độ nhiễm HP dương tính (+) chiếm tỷ lệ 48,6% (17 bệnh nhân), thứ hai là HP dương tính (++) chiếm 40,0% (14 bệnh nhân). HP dương tính (+++) chỉ có 11,4% (4 bệnh nhân). Tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Anh Vinh [6] và cộng sự, theo tác giả này thì tỷ lệ HP dương tính (+) là 55,5%. HP++ là 25,9% và HP+++ là 18,5%.

Về liên quan giữa nhiễm HP và vị trí tổn thương: Kết quả của chúng tôi cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa nhiễm HP với vị trí tổn thương ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn, có 30/35 bệnh nhân HP (+) ở vùng hang vị chiếm 85,7%, chỉ có 5/35 bệnh nhân HP (+) ở vị trí khác (14,3%); $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với tác giả Mai Thị Minh Huệ [3], tỷ lệ nhiễm HP ở hang vị là 64,3%. Điều này phù hợp với đặc điểm sinh học của HP, đó là HP thường thấy ở dưới lớp nhày phủ bề mặt niêm mạc dạ dày, bám trên đỉnh tế bào và cư trú chủ yếu ở hang vị là nơi có lớp nhày nhiều hơn [2].

KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn có thời gian biểu hiện bệnh trên 10 năm, 36/62 bệnh nhân chiếm 58,1%.

Trên hình ảnh nội soi, bệnh viêm dạ dày mạn tính

thể tỷ vị hư hàn gặp chủ yếu là tổn thương đơn thuần ở vùng hang vị (chiếm 72,6%).

Bệnh viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn chủ yếu gặp là dạng viêm mạn teo (64,5%).

Tỷ lệ nhiễm *Helibacter Polyri* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn là 56,5% (35 bệnh nhân).

Trong 35/62 bệnh nhân nhiễm HP mức độ nhiễm HP dương tính (+) chiếm tỷ lệ 48,6% (17 bệnh nhân), thứ hai là HP dương tính (++) chiếm 40,0% (14 bệnh nhân). HP dương tính (+++) chỉ có 11,4% (4 bệnh nhân).

Có 30/35 bệnh nhân HP (+) ở vùng hang vị chiếm 85,7%. Có mối liên quan chặt chẽ giữa nhiễm HP với vị trí tổn thương ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quốc Bảo (2010), *Lý luận cơ bản y học cổ truyền (dùng cho sau đại học)*, nhà xuất bản Y học.

2. Bộ môn y học cổ truyền, Học viện quân Y (2012), *Bệnh học Y học cổ truyền (dùng cho sau đại học)*, Nhà xuất bản Quân Đội nhân dân, tr 105-107.

3. Mai Thị Minh Huệ (1999), *Nghiên cứu trạng thái dị sản ruột, dị sản dạ dày và loạn sản ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, trường đại học Y Hà Nội.

4. Đinh Thị Quỳnh Hương (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học, tỷ lệ nhiễm Helicobacter Poylori và các yếu tố liên quan của bệnh nhân viêm xuất huyết dạ dày*, Luận văn thạc sỹ y học, học viện Quân Y.

5. Nguyễn Trọng Nghĩa (2007), *Nghiên cứu giá trị của phương pháp nội soi phóng đại nhuộm màu Indigo carmine trong chẩn đoán bệnh viêm dạ dày mạn*, Luận văn thạc sỹ y học, học viện Quân Y.

6. Nguyễn Văn Toại (2002), *Nghiên cứu tác dụng diệt Helicobacter pylori bằng hoạt chất toàn phần của lá trà không trên thực nghiệm và viêm dạ dày mạn tính*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

7. Trần Anh Vinh (2009), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori trên bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể trợt lõ*, Luận văn chuyên khoa II, Học viện Quân Y.

THÔNG BÁO SÁU BỆNH NHÂN ĐẦU TIÊN

CÓ VẾT THƯƠNG LỘ GÂN VÀ XƯƠNG

ĐÃ ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP BĂNG KÍN

TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

HOÀNG NGỌC SON - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét 6 trường hợp vết thương lộ gân, xương có chỉ định chuyển vật da che phủ, lần đầu tiên đã được điều trị thành công bằng phương pháp băng kín. Trình bày sự khác biệt của kỹ thuật này với kỹ thuật thay băng truyền thống qua các giai đoạn vết thương. Đối tượng và phương pháp: Mô tả 6 bệnh nhân có vết

Chịu trách nhiệm: Hoàng Ngọc Sơn
Email: hoangngocson69@gmail.com
Ngày nhận: 16/2/2017
Ngày phản biện: 13/3/2017
Ngày duyệt bài: 24/3/2017
Ngày xuất bản: 20/4/2017

thương hoại tử da, lộ xương, gân cần phải sử dụng vật xoay tại chỗ hoặc vật tự do để che phủ, đã được điều trị thành công bằng phương pháp băng kín. Phương pháp băng kín bao gồm hai giai đoạn: Giai đoạn 1: sử dụng Tegaderm băng kín vết thương mục đích giữ lại dịch tiết và độ ẩm tại vết thương. Một tuần thay băng 1 lần cho tới khi tổ chức hạt che phủ hoàn toàn tổ chức gân, xương bị lộ. Giai đoạn 2: sử dụng thuốc mỡ Chlorocid – H mục đích giảm phản ứng viêm, kích thích biểu mô hóa cho tới khi vết thương được biểu mô hóa hoàn toàn. Điểm lại y văn về kỹ thuật thay băng kinh điển, so sánh tìm ra sự khác biệt giữa hai phương pháp. Kết quả: Kết quả các vết thương rộng đã được liền sẹo sau 7 tuần điều trị. Sau 3 tháng, cảm giác nông phục hồi hoàn toàn với test Weber tĩnh: $5,25 \pm 0,76$ mm. Vết sẹo không bị loét, không co kéo, không đau. Kết luận: Kết quả của 6 bệnh nhân đầu tiên sử dụng phương pháp băng kín để điều trị các vết thương mất da rộng, lộ gân, xương cho kết quả tốt, đã gợi ý thêm một phương pháp mới bên cạnh phương pháp chuyển vật kinh điển để điều trị các vết thương lộ gân xương.

Từ khóa: vết thương lộ gân, xương, vết thương rộng, băng kín.

SUMMARY

REPORT OF THE FIRST 6 PATIENTS WITH LARGE WOUND OF TENDONS AND BONES EXPLORATION BEING TREATED SUCCESSFULLY WITH OCCLUSIVE DRESSING METHOD AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY IN VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To review the six successful cases of large wound with tendons and bones exploration that are prescribed with the transfer skin flap for cover and treated with occlusive dressing. Demonstrate the differences between this occlusive dressing and other traditional dressing techniques throughout the stages of wounds. **Subject and Method:** Six patients of necrotic skin lesions with tendons and bones exploration being required to use the rotator flap or the free flap to cover, are treated successfully by occlusive dressing method. The occlusive dressing method consists of two phases: Phase 1: Use Tegaderm as the dressing to retain the fluid exudate and moisture at the wound. Change the dressing once per week until the granulation tissues completely cover the tissue of tendons and bones exploration. Phase 2: Use the Chlorocid – H ointment in order to limit the inflammatory reaction, and to promote the epithelial stimulation until the wounds completely heal. Reconsider the literature about the classic dressing techniques, compare and contrast the traditional and occlusive dressing methods. **Results:** The scars of large wounds have healed after 7 weeks of treatment. After 3 months, there has been a complete sensuous recovery with the static Weber test: $5,25 \pm 0,76$ mm. The scars have no signs of ulcers, contractions or pain. **Conclusion:** The fact that the six patients with large wounds of tendons and bones exploration have been successfully treated with occlusive dressing method suggests a new method to treat the wounds with tendons and bones exploration, besides the traditional transfer skin flap methods.

Keywords: wound with tendons and bones exploration, large wound, occlusive dressing.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất da rộng kèm lộ gân và xương là một chủ đề rất được quan tâm, riêng về điều trị có nhiều phương pháp khác nhau, muốn thành công yếu tố tiên quyết là phải che kín được gân xương không cho tiếp xúc với không khí. Thực tế tùy từng vị trí có thể phải dùng vật da xoay tại chỗ, vật cơ xoay; hoặc sử dụng vật trượt, hoặc không còn giải pháp vật tại chỗ phải sử dụng vật da, cơ tự do. Rõ ràng với vật da, cơ tự do chi phí điều trị sẽ tốn kém, khả năng thành công không cao. Che phủ bằng tổ chức hạt theo quy trình tự nhiên có một nhược điểm là quá trình hình thành tổ chức hạt sẽ bị cản trở nếu như thiếu yếu tố tăng sinh nội mạch (VEGF – Vascular endothelial growth factor), chúng sẽ bị khô đi nếu như dịch viêm tiết ra được làm sạch, hơn nữa quá trình biểu mô hóa sẽ nhanh chóng phủ lên trên phần tổ chức hạt được hình thành mới và ức chế quá trình tạo hạt, hậu quả xương và gân không được che phủ bởi tổ chức hạt. Dựa trên nguyên lý băng kín giữ lại chất dịch tiết của quá trình viêm có chứa nhiều yếu tố tăng trưởng mạch máu tân tạo, đã được Mennen áp dụng thành công trong nuôi dưỡng búp ngón tay bị mất đoạn. Chúng tôi áp dụng phương pháp băng kín, nhằm duy trì các yếu tố tăng trưởng mạch máu, để tạo thuận lợi và kéo dài cho sự phát triển của tổ chức hạt che phủ gân và xương. Lần đầu tiên chúng tôi đã áp dụng phương pháp này cho 6 trường hợp tại khoa điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, hiện tại y văn chưa có bất cứ một công bố nào về chủ đề này.

THÔNG BÁO LÂM SÀNG

Áp dụng băng kín cho 6 trường hợp mất da ở vị trí khó lần đầu tiên áp dụng ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức:

Trường hợp 1: Bệnh nhân Nguyễn Thị T. 39 tuổi, tai nạn xe máy, vết thương mu chân, đã được cắt lọc làm sạch vết thương tại tiểu phẫu, sau đó một tuần vết thương hoại tử da, cắt lọc da ở mu chân lộ gân duỗi ngón 1,2. Phần da mất diện tích 6×7 cm, nền vết thương bẩn. Chất lượng gân tốt, nền xấu, không có chỉ định khâu vết thương, chỉ định dùng vật xoay. Bệnh nhân đồng ý điều trị theo phương pháp băng kín. Thay băng 5 lần (5 tuần), băng hở 2 tuần bôi mỡ Chlorocid H, vết thương liền hoàn toàn. Sẹo đẹp, không co kéo. Kiểm tra sau 3 tháng cảm giác phục hồi Weber test 5 mm.

Trường hợp 2: Hoàng Thị T. 54 tuổi. Tai nạn xe máy ô tô, bị mài tay xuống đường, toàn bộ da tay mất da, lộ gân duỗi ngón 2,3, đã cắt lọc tổ chức hoại tử 8×10 cm từ cổ tay xuống tận đốt bàn ngón. Chỉ định chuyển vật gian cốt sau che gân xương. Bệnh nhân đồng ý thực hiện phương pháp băng kín. Tiến hành băng kín 5 tuần, vết thương che kín phần gân duỗi, 2 tuần biểu mô hóa bằng Chlorocid H. Vết thương liền tốt, sau 3 tháng biểu mô dày, cảm giác phục hồi Weber test 6 mm và vận động gân duỗi tốt.

Trường hợp 3: Đỗ Quang L. 49 tuổi. Tai nạn xe