

cao nhất, nhóm 4 là thấp nhất. Nhóm 3 tuy dự trữ buồng trứng giảm nhưng kết quả thai lâm sàng, thai diễn tiến đều cao hơn nhóm 2 là nhóm có dự trữ buồng trứng bình thường nhưng bệnh nhân lớn tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo nhằm cá thể hóa điều trị, làm tăng tỷ lệ thành công của thụ tinh trong ống nghiệm cho các nhóm bệnh nhân này.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferraretti AP, La Marca A, Fauser BCJM, et al** (2011). ESHRE consensus on the definition of "poor response" to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria. *Hum Reprod*, 26(7), 1616-1624.
2. **Poseidon Group** (Patient-Oriented Strategies Encompassing Individualized Oocyte Number), Alviggi C, Andersen CY, et al. A new more detailed stratification of low responders to ovarian stimulation: from a poor ovarian response to a low prognosis concept (2016). *Fertil Steril*, 105(6), 1452-1453.
3. **Chinta P, Antonisamy B, Mangalaraj AM, Kunjummen AT, Kamath MS** (2021). POSEIDON classification and the proposed treatment options for groups 1 and 2: time to revisit? A retrospective analysis of 1425 ART cycles. *Human Reproduction Open*;2021(0), 1-10.
4. **Lê Long Hồ, Phạm Dương Toàn, Vương Thị Ngọc Lan** (2019). Kết quả thụ tinh ống nghiệm của nhóm bệnh nhân "tiền lượng thấp" theo phân loại POSEIDON. *TC Phụ sản*, 17(1), 69-75.
5. **Vương Thị Ngọc Lan** (2016). Giá trị các xét nghiệm AMH, FSH và AFC dự đoán đáp ứng buồng trứng thụ tinh trong ống nghiệm. Luận văn tiến sĩ y học. Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
6. **Trịnh Phạm Thanh Tùng** (2019). Đánh giá kết quả thụ tinh ống nghiệm trên bệnh nhân AMH thấp tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Luận văn thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Thị Mỹ Dung** (2020). Nghiên cứu kết quả chuyển phôi trữ ngày 5 và phôi trữ ngày 3 tại bệnh viện phụ sản Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II. Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Trương Văn Tuyên** (2014). Nghiên cứu kết quả thụ tinh trong ống nghiệm trên bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Luận văn thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Zhen XM, Qiao J, Li R, Wang LN, Liu P** (2008). The clinical analysis of poor ovarian response in in-vitro-fertilization embryo-transfer among Chinese couples. *J Assist Reprod Genet*, 25(1), 17-22.

## KẾT QUẢ GHEP DA ĐẦU MÀNH MỎNG TRONG ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG BÔNG SÂU Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN BÔNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC

Trần Đình Hùng<sup>1</sup>, Ngô Tuấn Hưng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả ghép da đầu mảnh mỏng trong điều trị tổn thương bông sâu ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp 57 lần phẫu thuật lấy da mảnh mỏng trên 38 bệnh nhi có chỉ định phẫu thuật ghép da điều trị bông sâu từ 2% diện tích cơ thể (DTCT) trở lên tại Bệnh viện Bông quốc gia từ tháng 10/2021 đến tháng 7/2022. BN được chia làm hai nhóm lấy da vùng đầu (nhóm nghiên cứu) và lấy da vùng khác (nhóm chứng), được so sánh về đặc điểm, diễn biến và kết quả điều trị. **Kết quả:** Tỷ lệ da ghép bám sống ở nhóm nghiên cứu tốt hơn có ý nghĩa nhóm chứng ( $p = 0,02$ ), đặc biệt ở nền ghép sau cắt hoại tử. So với nhóm chứng, nhóm nghiên cứu có thời gian khỏi vùng lấy da thấp hơn đáng kể ( $p = 0,000$ ). Đánh giá vùng lấy da sau 1 tháng và 3 tháng phẫu thuật thấy 100% bệnh nhi mọc tóc bình thường, không có trường hợp nào viêm da khư trú. Cảm giác ngứa ở nhóm chứng cao hơn nhóm nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê ( $p = 0,000$ ). Ở nhóm chứng, có 5 bệnh nhi (17,86%) sau 3 tháng phẫu thuật có sẹo lõm, sẹo phì đại 1 phần vùng lấy da; trong khi, nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,03$ ). **Kết luận:** Nhóm được ghép da bằng da đầu tự thân có khả năng bám sống tốt hơn. Ở vùng lấy da đầu khỏi nhanh hơn và ít xuất hiện các biến chứng gây mất thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

**Từ khóa:** da đầu, ghép da mỏng, bông.

### SUMMARY

#### RESULTS OF THIN-SCALP GRAFTS IN THE TREATMENT OF DEEP BURN INJURIES IN CHILDREN AT THE LE HUU TRAC NATIONAL BURNS HOSPITAL

**Objectives:** Evaluation of the results of thin-scalp grafts in the treatment of deep burn injuries in children. **Subjects and methods:** Prospective study, intervention 57 times thin-skin grafts surgery on 38 pediatric burns patients to treat deep burns of 2% of body surface area (BSA) or more at the National Burns Hospital from 10/2021 to 07/2022. Patients were divided into two groups of scalp (study group) and other area skin (control group), and were compared in terms of the characteristics, manifestation and outcome. **Results:** The survival rate of thin-skin grafts in the study group was significantly better than that of

<sup>1</sup>Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác  
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Hùng  
 Email: drtrandinhhung@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 2.01.2023  
 Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023  
 Ngày duyệt bài: 3.3.2023

the control group ( $p = 0.02$ ), especially in the post-necrotic resection background. Compared with the control group, the study group had time heal of skin donation area significantly lower ( $p=0.000$ ). Evaluation of the scalp donation area after 1 month and 3 months of surgery found that 100% of patients had normal hair growth, there was no case of focal dermatitis. Post burn pruritus was higher in the control group than in the study group, the difference was statistically significant ( $p = 0.000$ ). In the control group, there were 5 children (17.86%) after 3 months of surgery, there were keloid scars, hypertrophic scars in part of the skin donation area; while, the study group had no cases, the difference was statistically significant ( $p = 0.03$ ). **Conclusion:** The group that received thin-scalp grafts had better survival ability. the scalp donation area healed faster and few complications that cause cosmetic loss and patient's quality of life.

**Keywords:** scalp; thin-skin grafts, burns.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép da tự thân là chỉ định bắt buộc điều trị tổn thương bỏng sâu. Tùy thuộc vào diện tích bỏng sâu mà xác định vùng lấy da có sự khác nhau để đảm bảo liền vết thương và không ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Các vùng lấy da trên cơ thể như vùng đùi, tay, lưng hay bụng là các vùng hờ; có thể nhìn thấy di chứng sẹo sau lấy da, ảnh hưởng đến thẩm mỹ của bệnh nhân. Với vùng da đầu sau khi lấy mảnh mỏng, tóc mọc lại và không để lại sẹo ảnh hưởng đến thẩm mỹ [1], [2]. Bên cạnh đó, với đặc điểm mô học và giải phẫu của da đầu như sự cung cấp máu phong phú, nhiều thành phần biểu mô do có các nang tóc, khả năng tái tạo của vùng da đầu nhanh hơn các vùng da khác của cơ thể, da đầu được coi là vùng cho da lý tưởng cho những trường hợp cần phẫu thuật điều trị bỏng sâu diện rộng [3], [4]. Mặt khác, với trẻ càng nhỏ thì diện tích da đầu chiếm diện tích càng lớn (khoảng 9–10% tổng số bề mặt cơ thể so với khoảng 4% ở người lớn), cao nhất ở trẻ sơ sinh và trẻ mới biết đi - độ tuổi chiếm phần đa số bệnh nhi bỏng nhập viện. Do vậy, ở trẻ em da đầu làm nguồn cung cấp da phong phú cho phẫu thuật ghép da tự thân điều trị bỏng sâu. Ở Việt Nam, chưa có đề tài nào nghiên cứu một cách hệ thống và chuyên biệt về hiệu quả việc lấy da đầu mảnh mỏng để phẫu thuật điều trị bỏng sâu ở trẻ em, do đó chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả ghép da đầu mảnh mỏng trong điều trị tổn thương bỏng sâu ở trẻ em".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp 57 lần phẫu thuật ghép da (sử dụng ghép cho 271 vị trí cắt hoại tử và tổ chức hạt) trên 38 bệnh nhi có chỉ định phẫu thuật ghép da điều trị bỏng sâu từ 2%

diện tích cơ thể trở lên tại Bệnh viện Bỏng quốc gia từ tháng 10/2021 đến tháng 7/2022. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: lấy da mảnh mỏng vùng đầu để ghép (nhóm nghiên cứu) và lấy da mảnh mỏng vùng khác để ghép (nhóm chứng).

- Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (tuổi, giới); đặc điểm tổn thương bỏng (diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, vị trí bỏng, tác nhân bỏng); đặc điểm nền ghép da (sau cắt hoại tử, mô hạt), diện tích lấy da, tình trạng mất máu tại vùng lấy da ( $\text{ml}/\text{cm}^2$ ), tỷ lệ che phủ (diện tích ghép da/diện tích lấy da), thời gian biểu mô, tỷ lệ bám sống; thời gian khỏi vùng lấy da, diễn biến tại vùng lấy da sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng (mọc tóc, lông, viêm da khu trú, cảm giác ngứa, sẹo lõm, sẹo phì đại). Các chỉ tiêu nghiên cứu được so sánh giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

- Tỷ lệ bám sống được đánh giá ở 4 mức độ: tốt (da ghép bám sống > 90%-100%); khá (da ghép bám sống > 75%-90%); vừa (da ghép bám sống 50%-75%); kém (da ghép bám sống < 50%).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

Thông số	Nhóm nghiên cứu (n = 29)	Nhóm chứng (n = 28)	p	
Tuổi (năm)	2,75	3,75	0,53	
Trung vị (IQR)	(2 – 5,33)	(1,67 – 8)		
Giới (nam), n(%)	22 (75,86)	20 (71,43)	0,70	
Diện tích bỏng chung (%DTCT)	25	22,5	0,80	
Trung vị (IQR)	(15 – 36)	(14 – 37)		
Diện tích bỏng sâu (%DTCT)	9	10,5	0,56	
Trung vị (IQR)	(5 – 19)	(6 – 21)		
Tác nhân bỏng, n(%)	Nhiệt ướt	22 (75,86)	18 (64,29)	0,61
	Nhiệt khô	6 (20,69)	9 (32,14)	
	Điện	1 (3,45)	1 (3,57)	

DTCT: diện tích cơ thể; IQR: khoảng tứ phân vị

Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tuổi, giới, diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu và tác nhân bỏng ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 2. Phân bố vùng tổn thương bỏng theo vị trí cơ thể**

Vị trí tổn thương cần ghép da	Nhóm nghiên cứu (n=135)	Nhóm chứng (n=136)	p
Đầu mặt cổ, n(%)	12 (8,89)	13 (9,56)	0,86
Thân trước, n(%)	20 (14,81)	19 (13,97)	0,96
Thân sau, n(%)	21 (15,55)	17 (12,5)	0,53
Hai tay, n(%)	38 (28,15)	38 (27,94)	0,97

Hai chân, n(%)	36 (26,67)	40 (29,41)	0,71
Sinh dục, n(%)	8 (5,93)	9 (6,62)	0,83

Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về vị trí tổn thương bỏng sâu hoặc tổ chức hạt cần phẫu thuật ghép da ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật**

Thông số	Phân nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=29)	Nhóm chứng (n=28)	p
Nền ghép da, n(%)	Nền cắt hoại tử	24 (82,8)	25 (89,3)	0,48
	Tổ chức hạt	5 (17,2)	3 (17,2)	
Diện tích lấy da (cm <sup>2</sup> )	Trung vị(IQR)	203 (132 – 276)	157,5 (100 – 255,5)	0,50
Tỷ lệ che phủ	Trung vị (IQR)	2,25 (1,8 – 3)	3 (1,78 – 3)	0,54
Tình trạng mất máu tại vùng lấy da (ml/cm <sup>2</sup> )	Trung vị (IQR)	0,34 (0,28 – 0,37)	0,33 (0,21 – 0,37)	0,35

Giữa hai nhóm lấy da đầu và lấy da vùng khác, sự khác nhau không đáng kể về nền ghép da, diện tích lấy da, tỷ lệ che phủ và tình trạng mất máu ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 4. Kết quả vùng được phẫu thuật ghép da**

Thông số	Phân nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=29)	Nhóm chứng (n=28)	p
Thời gian biểu mô che kín tổn thương (ngày), $\bar{X} \pm SD$		6,52 ± 0,21	6,96 ± 0,24	0,08
Tỷ lệ da ghép bám sống	Tốt	27 (93,10)	19 (67,86)	0,02
	Khá	2 (6,90)	9 (32,14)	
	Vừa	0	0	
	Kém	0	0	
Tỷ lệ da ghép bám sống (nền cắt hoại tử) <sup>1</sup>	Tốt	22 (91,7)	17 (68)	0,04
	Khá	2 (8,3)	8 (32)	
Tỷ lệ da ghép bám sống (nền tổ chức hạt) <sup>2</sup>	Tốt	5 (100)	2 (66,67)	0,17
	Khá	0	1 (33,33)	

<sup>1</sup>Nhóm nghiên cứu (n=24), nhóm chứng (n=25)  
<sup>2</sup> Nhóm nghiên cứu (n = 5), nhóm chứng (n = 3)

Thời gian biểu mô che kín tổn thương ở nhóm lấy da đầu thấp hơn ở nhóm lấy da vùng khác, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Tỷ lệ da ghép bám sống ở nhóm lấy da đầu tốt hơn có ý nghĩa nhóm lấy da vùng khác ( $p = 0,02$ ), đặc biệt ở nền ghép sau cắt hoại tử.

**Bảng 5. Diễn biến vùng lấy da mảnh mỏng**

Thông số	Phân nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=29)	Nhóm chứng (n=28)	p
Thời gian khỏi (ngày), $\bar{X} \pm SD$		7,62 ± 0,18	8,82 ± 0,20	0,000
Tai biến, biến chứng gần vùng lấy da, n(%)	Phù nề	3 (10,34)	1 (3,57)	0,35
	Viêm tấy quanh vùng lấy da	1 (3,4)	1 (3,57)	0,98
	Viêm da khu trú ngay sau khỏi	2 (3,45)	10 (35,71)	0,03
Sau phẫu thuật 1 tháng, n(%)	Mọc tóc (lông) bình thường	29 (100)	24 (85,71)	0,69
	Viêm da khu trú	0	0	
	Ngứa	1 (3,44)	25 (89,29)	0,000
Sau phẫu thuật 3 tháng, n(%)	Mọc tóc (lông) bình thường	29 (100)	24 (85,71)	0,69
	Viêm da khu trú	0	0	
	Ngứa	1 (3,44)	26 (92,86)	0,000
	Sẹo lồi, sẹo phì đại	0	5 (17,86%)	0,03

So với nhóm chứng, nhóm nghiên cứu có thời gian khỏi vùng lấy da thấp hơn đáng kể ( $p = 0,000$ ). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về phù nề và viêm tấy quanh vùng lấy da ( $p > 0,05$ ). Ngay sau khỏi, ở nhóm chứng xuất hiện viêm da khu trú nhiều hơn có ý nghĩa so với nhóm nghiên cứu ( $p = 0,03$ ).

Đánh giá vùng lấy da sau 1 tháng và 3 tháng phẫu thuật thấy 100% bệnh nhi mọc tóc bình thường, trong khi ở các vùng lấy da khác chỉ có 85,71% bệnh nhân mọc lông bình thường ( $p > 0,05$ ); không có trường hợp nào viêm da khu trú. Cảm giác ngứa ở nhóm chứng cao hơn nhóm nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,000$ ).

Ở nhóm chứng, có 5 bệnh nhi (17,86%) sau 3 tháng có sẹo lồi, sẹo phì đại 1 phần vùng lấy da. Trong khi, nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,03$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

Chỉ định lấy da đầu để điều trị tổn thương

bồng sâu ở bệnh nhi thường ít được tiến hành do lo ngại các tai biến và biến chứng trong quá trình phẫu thuật và sau phẫu thuật. Tuy nhiên, trong những năm gần đây với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, chỉ định lấy da đầu làm nguồn ghép da tự thân cho bệnh nhi bong sâu được tiến hành rộng rãi và được coi là ưu tiên số một khi ghép da tự thân điều trị bệnh nhi bong sâu diện rộng [5], [6]. Các tác giả trên thế giới đều công bố diện tích tối đa lấy da vùng đầu có thể chiếm toàn bộ vùng da đầu có tóc. Về mặt kỹ thuật, để tối ưu hóa diện tích lấy da đầu, các tác giả đều áp dụng biện pháp tiêm dưới da bằng dung dịch NaCl 0,9% có pha adrenalin tỷ lệ 1/200.000. Việc tiêm dung dịch này vào dưới lớp cân Galea có tác dụng ngăn cản sự di động của các lớp phía trên, tạo ra bề mặt da trơn nhẵn và đủ phẳng, cho phép lấy da ghép một cách dễ dàng; mặt khác, giúp kiểm soát mất máu nhờ tác dụng gây co mạch máu ở đám rối dưới da đầu [5], [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tình trạng mất máu khi lấy da vùng đầu không có sự khác biệt so với vùng khác ( $p > 0,05$ ).

Các nghiên cứu đều chứng minh rằng khả năng bám sống của các mảnh da ghép lấy từ vùng da đầu là rất tốt và thời gian biểu mô che kín tổn thương ngắn hơn so với da ghép lấy từ vùng khác [2], [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả trên: Tỷ lệ da ghép bám sống ở nhóm lấy da đầu tốt hơn có ý nghĩa nhóm lấy da vùng khác ( $p = 0,02$ ), đặc biệt ở nền ghép sau cắt hoại tử. Thời gian biểu mô che kín tổn thương ở nhóm lấy da đầu thấp hơn ở nhóm lấy da vùng khác, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ), có thể do số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn ít.

Kết quả bảng 5 cho thấy, so với nhóm lấy da vùng khác, nhóm lấy da đầu có thời gian khỏi vùng lấy da thấp hơn đáng kể (7,62 ngày so với 8,82 ngày,  $p = 0,000$ ). Điều này được giải thích bởi 2 lý do: 1) nguồn cung cấp các tế bào biểu mô rất phong phú ở da đầu; 2) hệ thống cung cấp máu rất phong phú so với các vùng lấy da khác [3]. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác [2], [6]. Kết quả bảng 5 cũng cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm và tỷ lệ gặp rất thấp ở cả hai nhóm các biến chứng gần như phù nề, viêm tấy quanh vùng lấy da. Điều này do sau lấy da chúng tôi che phủ vùng lấy da bằng vật liệu kháng khuẩn, kiểm soát nhiễm khuẩn tốt tại vùng lấy da. Nhưng có một số lượng đáng kể viêm da khư trú tại vị trí lấy da sau khi khỏi, gặp nhiều ở nhóm chúng so với nhóm nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê ( $p = 0,03$ ).

Biến chứng xa quan tâm đến tính thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Ở vùng lấy da đầu, khi tổn thương liền, tóc sẽ mọc lại che phủ vùng lấy da. Trong khi, ở các vùng lấy da khác (vùng hở), sau khi lấy da vẫn bị rối loạn sắc tố da, có nhiều trường hợp có sẹo lõm một phần hoặc toàn bộ vùng lấy da, gây ảnh hưởng thẩm mỹ đến bệnh nhân. Chang L.Y. và cộng sự (1998) nhận xét trên 150 bệnh nhân bong sâu diện rộng với 480 lấy da đầu (trung bình 3,2 lần/bệnh nhân), có bệnh nhân lấy da đầu 11 lần, kết quả có 4,7% bệnh nhân bị rụng tóc sau 3 tháng phẫu thuật; trong đó 3 bệnh nhân rụng tóc hoàn toàn và 4 bệnh nhân rụng tóc một phần [2]. Nghiên cứu của Mimoun M. và cộng sự (2006) trên 87 bệnh nhân lấy da đầu để ghép, có 11 bệnh nhân lấy 8 lần, tất cả các bệnh nhân đều mọc tóc bình thường [6]. Năm 2010, Junior J.A.F. và cộng sự nghiên cứu trên 295 bệnh nhân lấy da đầu với độ dày 0,2–0,26mm, chỉ có 1,82% bệnh nhân bị viêm nang lông, tất cả các bệnh nhân đều mọc tóc bình thường [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả trên: đánh giá vùng lấy da đầu sau 1 tháng và 3 tháng phẫu thuật thấy 100% bệnh nhi mọc tóc bình thường, trong khi ở các vùng lấy da khác chỉ có 85,71% bệnh nhân mọc lông bình thường ( $p > 0,05$ ); không có trường hợp nào viêm da khư trú.

Triệu chứng hay gặp khác ở vùng lấy da là cảm giác ngứa tại vùng lấy da. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở vùng lấy da đầu sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng chỉ có 1 trường hợp (3,44%) gặp cảm giác ngứa. Trong khi, ở các vùng lấy da khác sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng đa số các bệnh nhân có cảm giác ngứa tại vùng lấy da (89,29% và 92,86%). Kết quả của Nieuwendijk S.M.P và cộng sự (2018) cũng cho thấy điều đó [8].

Ngoài biến chứng rụng tóc, không mọc tóc và cảm giác ngứa vùng lấy da, biến chứng muộn ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân là sẹo lõm và sẹo phì đại tại vùng lấy da. Bayat A. và cộng sự (2004) ghi nhận có trường hợp bị sẹo lõm, sẹo phì đại vùng trên gáy và vùng cằm sau khi lấy da đầu [7]; tuy nhiên, các báo cáo khác không thấy ghi nhận trường hợp nào xuất hiện sẹo lõm và sẹo phì đại sau lấy da đầu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy 100% bệnh nhi lấy da đầu không xuất hiện sẹo lõm và sẹo phì đại sau 3 tháng phẫu thuật. Trong khi, ở nhóm lấy da vùng khác, có 5 bệnh nhi (17,86%) sau 3 tháng phẫu thuật có sẹo lõm, sẹo phì đại 1 phần vùng lấy da. Điều này

minh chứng thêm cho ưu điểm của việc lấy da đầu điều trị bỏng sâu ở trẻ em so với các vị trí lấy da khác.

## V. KẾT LUẬN

Nhóm được ghép da bằng lấy da vùng đầu có tỷ lệ bám sống tốt hơn và thời gian khỏi vùng lấy da nhanh hơn nhóm lấy da vùng khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Sau phẫu thuật 1 và 3 tháng, ở nhóm lấy da vùng đầu không có các biến chứng rụng tóc, sẹo lõm, sẹo phì đại, chỉ có 3,44% gặp cảm giác ngứa; thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm lấy da vùng khác ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Oh S. J.** (2020) A systematic review of the scalp donor site for split-thickness skin grafting. *Archives of Plastic Surgery*, 47 (06), 528-534.
2. **Chang L.-Y., Yang J.-Y., Chuang S.-S.et al.** (1998) Use of the scalp as a donor site for large burn wound coverage: review of 150 patients. *World journal of surgery*, 22 (3), 296-300.
3. **Zakine G., Mimoun M., Pham J.et al.** (2012) Reepithelialization from stem cells of hair follicles of dermal graft of the scalp in acute treatment of third-degree burns: first clinical and histologic study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 130 (1), 42e-50e.
4. **Martinot V., Mitchell V., Fevrier P.et al.** (1994) Comparative study of split thickness skin grafts taken from the scalp and thigh in children. *Burns*, 20 (2), 146-150.
5. **Junior J. A. F., Freitas F. A., Ungarelli L. F.et al.** (2010) Absence of pathological scarring in the donor site of the scalp in burns: an analysis of 295 cases. *Burns*, 36 (6), 883-890.
6. **Mimoun M., Chaouat M., Picovski D.et al.** (2006) The scalp is an advantageous donor site for thin-skin grafts: a report on 945 harvested samples. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 118 (2), 369-373.
7. **Bayat A., Arscott G., Ollier W.et al.** (2004) Description of site-specific morphology of keloid phenotypes in an Afrocaribbean population. *British journal of plastic surgery*, 57 (2), 122-133.
8. **Nieuwendijk S. M. P., de Korte I. J., Pursad M. M.et al.** (2018) Post burn pruritus in pediatric burn patients. *Burns*, 44 (5), 1151-1158.

## KẾT QUẢ QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHÚ LƯƠNG TỈNH THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Tô Uyên<sup>1</sup>, Dương Việt Bằng<sup>1</sup>

**Từ khóa:** Quản lý điều trị, Đái tháo đường, Thái Nguyên

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả quản lý điều trị bệnh đái tháo đường ở người cao tuổi tại Trung tâm Y tế huyện Phú Lương tỉnh Thái Nguyên năm 2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Số liệu được thu thập từ trung tâm y tế huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên. **Kết quả:** Tổng số bệnh nhân được quản lý và điều trị tại TTYT huyện Phú Lương là 1560, 100% bệnh nhân đều có sổ quản lý điều trị, có 88,3% bệnh nhân đi kiểm tra thường xuyên 1 tháng/1 lần có 03 cán bộ phụ trách tham gia quản lý điều trị bệnh nhân ĐTDĐ, 100% các bệnh nhân đều được tư vấn trước điều trị. Kết quả điều trị: Giá trị trung bình HbA1C là  $6,41 \pm 1,05\%$ . Mức độ kiểm soát HbA1C tốt chiếm 67,6%. Giá trị trung bình của glucose máu lúc đói là  $5,86 \pm 0,71$  mmol/l. Mức độ kiểm soát đường huyết lúc đói tốt chiếm 77,2%. Mức độ kiểm soát lipid khá tốt: Mức độ tốt Triglycerid đạt 47,2%; Cholesterol TP đạt 71,2% và LDL-C đạt 72,8%. Kết luận: Công tác quản lý điều trị bệnh nhân ĐTDĐ tại TTYT huyện Phú Lương đã được triển khai khá tốt.

### SUMMARY

#### RESULTS OF MANAGEMENT AND TREATMENT OF DIABETES IN THE ELDERLY AT PHU LUONG MEDICAL CENTER IN THAI NGUYEN PROVINCE

**Objectives:** Evaluate the results of management of diabetes in the elderly at Phu Luong Medical Center in Thai Nguyen province in 2021. **Method:** Cross-sectional descriptive study. Data was collected from the medical center of Phu Luong district, Thai Nguyen province. **Results** There were 1560 patients were managed and treated in the Phu Luong Medical Center. 100% of patients have management book, 88.3% of patients go to regular check-ups every 1 month. 100% of patients are consulted before treatment. Treatment Outcome: HbA1C was  $6.41 \pm 1.05\%$ . Good levels of HbA1C control accounted for 67.6%. The mean value of fasting blood glucose was  $5.86 \pm 0.71$  mmol/l. Good levels of fasting blood glucose control accounted for 77.2%. The level of lipid control was quite good: The level of good triglycerides, TP cholesterol, good LDL-C reached 47.2%, 71.2% and 72.8%, respectively. **Conclusions:** The management and treatment of diabetes patients at the health center of Phu Luong district has been implemented quite well.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tô Uyên

Email: nguyenthitouyen@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023