

- "Kết quả sớm phẫu thuật cắt lách thân đuôi tuy tại bệnh viện K", Tạp chí Y học Việt Nam, 538(3), pp. 128-132.
4. **Trinh Hồng Sơn (2013)**. "Kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô thân đuôi tuy tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2002-2011", Tạp chí Y học thực hành, 875 (7), pp. 32-38.
 5. **Vũ Thị Phương Anh, Trinh Quốc Đạt, Dương Trọng Hiền, Phạm Quang Hùng (2024)**. "Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u vùng thân đuôi tuy tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 537(2), pp. 5-9.
 6. **Voitko M, Cmarkova K, Pindura M, et al (2024)**. "Distal pancreatectomy" Bratisl Lek Listy, 125(4), pp. 239-243.
 7. **Zhang AB, Wang Y, Hu C, Shen Y, Zhenq SS (2017)**. "Laparoscopic versus open distal pancreatectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: a single-center experience", J Zhejiang Univ Sci B, 18(6), pp. 532-538.
 8. **Li WK, Ma FH, Liu H, et al (2020)**. "Comparison of short-term clinical outcome between laparoscopic distal pancreatectomy and open distal pancreatectomy", Zhonghua Zhong Liu Za Zhi, 42(6), pp. 495-500.
 9. **Lillemoe KD, Kaushal S, Cameron JL, Sohn TA, Pitt HA, Yeo CJ (1999)**. "Distal pancreatectomy: indications and outcomes in 235 patients", Ann Surg, 229(5), pp. 698-700.
 10. **Bassi, Claudio; Marchegiani, et al (2017)**. "The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After", Surgery, 161(3), pp. 584-591.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT CUỐNG VẠT SỚM TRONG ĐIỀU TRỊ TỔN KHUYẾT PHẦN MỀM MŨI BẰNG VẠT TRÁN

Ngô Thế Mạnh*, Đặng Minh Vương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt cuống vạt sớm trong điều trị tổn khuyết phần mềm mũi. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 21 bệnh nhân có tổn thương khuyết mũi được phẫu thuật tạo hình bằng vạt trán tại Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2016 – 2023. **Kết quả:** Vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi với 11/31 đơn vị chiếm tỷ lệ 35,48%. Hầu hết BN có kích thước tổn thương lớn $\geq 2\text{cm}^2$, với 19/21 BN chiếm tỷ lệ 90,48%. Cắt cuống vạt sau 10-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%. Kết quả sau mổ đa số BN trong nhóm NC có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 71,4%, khả năng chiếm 23,8% và không có trường hợp nào đạt kết quả kém kém. **Kết luận:** Tập vạt cắt cuống vạt sớm giúp giảm thời gian điều trị và chi phí.

Từ khóa: Khuyết phần mềm vùng mũi, vạt trán

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF EARLY FLAP PEDICLE RESECTION IN TREATMENT OF NASAL SOFT TISSUE DEFECT BY FOREHEAD FLAP

Objective: Evaluating the results of early flap pedicle resection in the treatment of nasal soft tissue defects. **subjects and methods:** 21 patients with nasal defects who were treated by forehead flap surgery at Military Hospital 103 from 2016 – 2023. **Results:** The most common location of defect is the alar with 11/31 units, accounting for 35.48%. Most patients have large defect $\geq 2\text{cm}^2$, with 19/21

patients accounting for 90.48%. Cutting the flap pedicle after 10-14 days accounts for the highest rate of 66.67%. Postoperative results, the majority of patients in the NC group had good results, accounting for 71.4%, fair results for 23.8% and no case had poor results. **Conclusions:** Training flap pedicle help cutting early and reduce treatment time and costs.

Keywords: Nasal soft tissue defect, forehead flap

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn khuyết mũi gây ảnh hưởng nghiêm trọng về thẩm mỹ, có thể ảnh hưởng tới chức năng và tác động nhiều đến tâm lý, giao tiếp và các quan hệ xã hội của bệnh nhân cũng như người thân trong gia đình. Có nhiều phương pháp tạo hình tổn khuyết mũi, trong đó vạt trán được cho là có nhiều ưu điểm nhất và được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn. Với phương pháp sử dụng vạt trán kinh điển, thường các phẫu thuật viên tiến hành cắt cuống vạt sau 3 tuần. Điều này gây ảnh hưởng đến tâm lý bệnh nhân trong thời gian chờ cắt cuống vạt. Việc cắt cuống vạt sớm sẽ giúp bệnh nhân bớt áp lực tâm lý trong giai đoạn này

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 21 bệnh nhân có tổn thương khuyết mũi do các nguyên nhân khác nhau được phẫu thuật tạo hình tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/ 2016 đến tháng 10/ 2023, chia làm 2 nhóm hồi cứu và tiến cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Nhóm hồi cứu: 16 bệnh nhân có đầy đủ bệnh án lưu trữ trong đó thông tin thu thập

*Bệnh Viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thế Mạnh

Email: ntmanhdoctor@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024

được theo mẫu nghiên cứu, có thể liên hệ được với bệnh nhân để kiểm tra kết quả xa sau mổ.

+ Nhóm tiến cứu: 5 bệnh nhân có tổn thương khuyết mũi đơn thuần, hoặc tổn thương phối hợp khuyết mũi với các tổn thương lân cận như mí dưới, má, môi trên được phẫu thuật tạo hình và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có thông tin đầy đủ về hồ sơ bệnh án.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân có tổn thương nhưng không đủ điều kiện phẫu thuật

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Kết hợp hồi cứu và tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng
- Cỡ mẫu nghiên cứu là cỡ mẫu thuận tiện.
- Nhóm hồi cứu: Từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 5 năm 2023 có: 16 bệnh nhân khuyết mũi (thu thập số liệu hồ sơ bệnh án và gọi bệnh nhân khám lại định kỳ).
- Nhóm tiến cứu: Từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023 có: 5 bệnh nhân khuyết mũi.

Quy trình kỹ thuật. Cắt bỏ tổn thương:

Tùy mỗi loại tổn thương mà có các phương pháp xử lý khác nhau. Sau khi cắt bỏ tổn thương làm sạch, cầm máu kỹ, đánh mức độ tổn khuyết (kích thước, độ sâu) chuẩn bị tổn khuyết theo tiêu đơn vị thẩm mỹ của mũi. Siêu âm Doppler xác định vị trí bó mạch nuôi dưỡng vật gồm bó mạch trên ổ mắt hoặc bó mạch trên ròng rọc.

Thiết kế vật: Lấy mẫu tổn khuyết, lấy cuống vật theo trục mạch trên ròng rọc hoặc trên ổ mắt một bên. Vật da có thể lấy theo trục hơi nghiêng để đảm bảo độ dài của vật cho tới điểm quay của nó. Kích thước phần da của vật lấy lớn hơn tổn khuyết thực.

Bóc tách vật theo hình thiết kế

Đóng tổn khuyết nơi cho vật: Trường hợp tổn khuyết lớn không đóng được có thể ghép da hoặc để liền thương định hướng.

Chăm sóc sau mổ: Thay băng, cắt chỉ và không được băng ép vào phần mũi và cuống vật, chỉ băng ép tại vùng trán chỗ ghép da.

Tiến hành tập vật để cắt cuống vật sớm.

*** Quy trình tập vật:**

- Ngày thứ 5 sau mổ:
- Dùng chun thắt qua gốc vật, xoắn chun, quan sát thấy vật sẽ tái, nhạt màu do thiếu máu
- Theo dõi 15-30p/1 lần, nếu vật tím thì tháo chun ngay. Nếu vật không tím thì duy trì chun khoảng 1 tiếng thì tháo chun cho vật nghỉ. Tập 3-4 lần/ ngày
- Các ngày sau tập theo cách đó, thời gian duy trì xoắn chun dài ngắn phụ thuộc màu sắc vật.

- Tập đến khi xoắn chun 12 tiếng vật vẫn hồng thì có thể cắt cuống.

2.2.3. Đánh giá kết quả. Chúng tôi đưa bảng tính điểm đánh giá tình trạng vật dựa trên 5 tiêu chí:

- * Mức độ sống của vật
- * Mức độ che phủ của vật:
- * Biến chứng:
- * Liền vết mổ:
- * Biến dạng thứ phát:

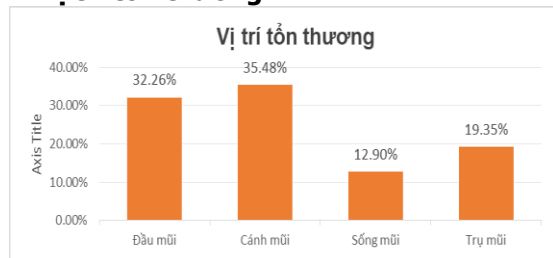
• Đánh giá kết quả:

Mức độ	Điểm	Ghi chú
Tốt	13- 15	Không có tiêu chí nào <2điểm
Khá	10- 12	Không có tiêu chí nào <1điểm
Trung bình	7-9	
Kém	0-6	

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Phân bố theo tính chất tổn thương Vị trí tổn thương



Biểu đồ 3.2 Phân bố vị trí tổn thương mũi

Nhận xét: Có 30 đơn vị tổn thương trên 21 bệnh nhân, vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi với 11/31 đơn vị chiếm tỷ lệ 35,48%. Tổn thương đầu mũi cũng thường gặp với 10/31 trường hợp, chiếm tỷ lệ 32,26%.

3.1.2 Kích thước tổn thương

Bảng 3.1 Phân loại theo kích thước tổn thương (n=21)

Kích thước tổn thương	n	%
Dưới 2 cm ²	2	9,52
2 –4 cm ²	4	19,04
>4 cm ²	15	71,44
Tổng	21	100

Nhận xét: Trong nhóm NC, hầu hết BN có kích thước tổn thương lớn $\geq 2\text{cm}^2$, với 19/21 BN chiếm tỷ lệ 90,48%, trong đó từ >4 cm² gặp 15 trường hợp.

3.1.3. Thời gian cắt cuống vật

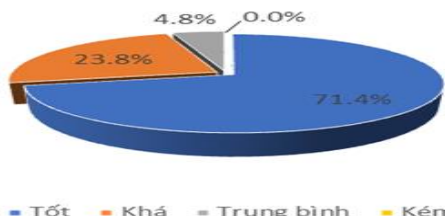
Bảng 3.7 Thời gian cắt cuống vật theo ngày (n=21)

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
7-9	3	14,29
10-14	14	66,67
>14	4	19,04
Tổng	21	100

Nhận xét: Cắt cuống vạt sau 10-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%. Có 3 bệnh nhân có thể cắt cuống sớm sau 7-9 ngày.

Đa số BN cắt cuống vạt sau 14 ngày, với 14/21 BN chiếm tỷ lệ 66,67%. Thời gian nằm viện trung bình là 15,9 ± 5,3 ngày.

3.2. Kết quả phẫu thuật



Biểu đồ 3.5 Đánh giá kết quả sau mổ

Nhận xét: Sau khi cắt chỉ, Đa số BN trong nhóm NC có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 71,4%, khá chiếm 23,8%. Tỷ lệ BN có kết quả ở mức độ trung bình chiếm 4,8% và không có trường hợp nào đạt kết quả kém.

3.3. Biến chứng phẫu thuật

Bảng 3.9: Các biến chứng của phẫu thuật (n=21)

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tụ máu dưới vạt	1	4,76
Nhiễm trùng	0	0
Ứ máu tĩnh mạch	1	4,76
Tổn thương thần kinh	0	0

Nhận xét: Biến chứng thường gặp nhất của phẫu thuật là ứ máu tĩnh mạch (4,76%), Tụ máu dưới da chỉ gặp 1 trường hợp (4,76%), Không gặp trường hợp nào tổn thương thần kinh hay nhiễm trùng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Phân bố theo tính chất tổn thương

Vị trí tổn thương. Có 30 đơn vị tổn thương trên 21 bệnh nhân, vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi với 11/31 đơn vị chiếm tỷ lệ 35,48%. Tổn thương đầu mũi cũng thường gặp với 10/31 trường hợp, chiếm tỷ lệ 32,26%. Chúng tôi thấy rằng vùng đầu mũi và cánh mũi là vùng nhô cao nhất của mũi, đây là vùng dễ tổn thương nhất trong trường hợp bị chấn thương. Theo Nguyễn Huệ Chi (2004), tỷ lệ tổn thương gặp ở cánh mũi chiếm tỷ lệ 94,1%, cao hơn so với NC của chúng tôi. Sự khác nhau này là do mục tiêu nghiên cứu và cách phân chia khác nhau. Nguyễn Huệ Chi chỉ tập trung một kỹ thuật ghép phức hợp sụn vành tai để điều trị khuyết cánh mũi và trụ mũi nên kết quả khác chúng tôi [1]. Theo Bùi Văn Cường (2015), tỷ lệ

tổn thương cánh mũi là 63,86%, cao hơn so với NC của chúng tôi.

Kích thước tổn thương. Trong nhóm NC, hầu hết BN có kích thước tổn thương lớn ≥ 2cm², với 19/21 BN chiếm tỷ lệ 90,48%. Kết quả này cao hơn kết quả NC của Bùi Văn Cường (2015), tỷ lệ kích thước tổn thương trên 2cm² chiếm 65,06% [2]. Bạch Minh Tiến (2002) kích thước tổn thương về mũi ≥ 1,5cm² chiếm trên 80% [4]. Như vậy, đa số BN có tổn thương rộng. Điều này giải thích do nguyên nhân chủ yếu gây tổn khuyết mũi trong NC của chúng tôi là sau phẫu thuật u ác tính.

4.1.2. Thời gian cắt cuống vạt. Cắt cuống vạt sau 10-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%. Có 3 bệnh nhân có thể cắt cuống sớm sau 7-9 ngày. Đa số BN cắt cuống vạt sau 10-14 ngày, với 14/21 BN chiếm tỷ lệ 66,67%. Thời gian nằm viện trung bình là 15,9 ± 5,3 ngày. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Bùi Văn Cường (2015) với thời gian nằm viện trung bình là 31,43 ngày [2]. Sự khác biệt này do chúng tôi tiến hành tập vạt sau phẫu thuật tạo hình.

4.2. Kết quả. Vạt da sống hoàn toàn gặp ở 90,48%, mức độ che phủ đủ và theo đơn vị chiếm tỷ lệ 95,24%. BN không biến chứng gặp với tỷ lệ 90,48%. Vết mổ liền kỳ đầu ở 90,48%. Kết quả sau mổ đa số BN trong nhóm NC có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 71,4%, khá chiếm 23,8%. Tỷ lệ BN có kết quả ở mức độ trung bình chiếm 4,8% và không có trường hợp nào đạt kết quả kém kém. Theo Bùi Văn Cường (2015), tỷ lệ BN có kết quả tốt là 95,18%, tương đương với kết quả tốt và khá của chúng tôi do tác giả này phân làm 3 mức độ kết quả gần tốt, khá và kém [2].

4.3 Tai biến, biến chứng. Biến chứng thường gặp nhất của phẫu thuật là ứ máu tĩnh mạch (4,76%). Biến chứng này thường xảy ra khi thiết kế cuống vạt quá nhỏ không đủ hệ thống hồi lưu tĩnh mạch.

Theo nghiên cứu của tác giả Collin L.Chen (2019), hồi cứu trên 2175 BN sử dụng vạt da vùng trán từ 2007 – 2013, ứ máu tĩnh mạch gặp ở 10 BN chiếm tỷ lệ < 0,5%, chảy máu sau phẫu thuật gặp với tỷ lệ 1,4% và nhiễm trùng sau mổ chiếm 2,9%, như vậy trong nghiên cứu này biến chứng thường gặp nhất sau mổ là biến chứng nhiễm trùng, ứ máu tĩnh mạch là một biến chứng khá ít gặp [3]. Trong NC của chúng tôi không gặp trường hợp nào nhiễm trùng sau phẫu thuật, do hiện nay có sự hỗ trợ của kháng sinh tốt nên ít gặp biến chứng này. Tụ máu dưới vạt cũng là biến chứng có thể gặp phải chiếm 4,76%, 1 trường hợp trên bệnh nhân tăng huyết áp do trong quá trình phẫu thuật sợ hoại tử vạt

không dám cầm máu kỹ đầu vạt sau mổ bệnh nhân tăng huyết áp nên bị chảy máu.

V. KẾT LUẬN

Vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi với 11/31 đơn vị chiếm tỷ lệ 35,48%. Hầu hết BN có kích thước tổn thương lớn $\geq 2\text{cm}^2$, với 19/21 BN chiếm tỷ lệ 90,48%.

Cắt cuống vạt sau 10-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%. Thời gian nằm viện trung bình là $15,9 \pm 5,3$ ngày. Kết quả sau mổ đa số BN trong nhóm NC có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 71,4%, khá chiếm 23,8%. Tỷ lệ BN có kết quả ở mức độ trung bình chiếm 4,8% và không có trường hợp nào đạt kết quả kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huệ Chi, Nguyễn Huy Thọ (2004). Đánh giá kết quả điều trị khuyết cánh mũi, trư

2. Bùi Văn Cường (2014). Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi. Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Chen C.L., Most S.P., Branham G.H. et al. (2019), "Postoperative Complications of Paramedian Forehead Flap Reconstruction". JAMA Facial Plast Surg, 21(4), pp. 298-304.
4. Bạch Minh Tiên (2002). Đánh giá kết quả sử dụng vạt trán và vạt rãnh mũi má trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng mũi. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. J. S. Yong, J. J. Christophel, S. S. Park (2014), "Repair of intermediate-size nasal defects: a working algorithm". JAMA Otolaryngol Head Neck Surg, 140(11), pp. 1027-33.
6. Ngô Thế Mạnh (2022). Nghiên cứu điều trị tổn khuyết mũi bằng các vạt da vùng trán có cuống mạch nuôi. Luận án Tiến sỹ, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC TRÊN NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC MẠCH LỚN TUẦN HOÀN TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC

Ngô Mạnh Hà¹, Lê Hồng Trung², Mai Duy Tôn^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị lấy huyết khối cơ học của người bệnh nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn tuần hoàn não trước được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả - quan sát. Đối tượng nghiên cứu bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước được can thiệp lấy huyết khối trong 6h đầu: với các dấu hiệu thiếu sót thần kinh rõ ràng và định lượng được dựa trên bảng điểm NIHSS ≥ 6 , ASPECTs ≥ 6 trên phim CLVT, điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc từ tháng 01- 2021 đến hết tháng 12- 2023, được theo dõi kết cục lâm sàng sau khi ra viện 03 tháng. **Kết quả:** Tổng số đối tượng nghiên cứu là 92 bệnh nhân. Tuổi trung bình: 68.03 ± 14.08 trong đó tỉ lệ nam/nữ = 1.55/1. Số bệnh nhân nhập viện trong 3 giờ đầu sau khởi phát chiếm 86.95%. Trong các yếu tố nguy cơ, thường gặp nhất là tăng huyết áp là 62%, hút thuốc lá 55.4%, rung nhĩ 32.6%, đái tháo đường 12.28%, yếu tố huyết khối 15.2%, rối loạn chuyển hóa lipid 12% và tiền sử đột

quy não 10.5%. Bệnh nhân điều trị bắc cầu 25 trường hợp chiếm 27.17%, bệnh nhân lấy huyết khối 67 trường hợp chiếm 72.83%. Điểm NIHSS thời điểm nhập viện trung bình là 18.21 ± 5.89 có trung vị là 19 điểm. Tại thời điểm ra sau ra viện 03 tháng, bệnh nhân phục hồi tốt có điểm mRS 0-2 chiếm 46.73%, bệnh nhân tàn tật phụ thuộc vào người chăm sóc hoặc cần hỗ trợ chiếm tỷ lệ cao 36.71% và có 18 bệnh nhân bị tử vong chiếm tỷ lệ 19.56%. **Kết luận:** Kết quả điều trị can thiệp lấy huyết khối nội mạch tuần hoàn trước ở bệnh nhân nhồi máu não cấp hồi phục tốt mRS 0-2 ở cả nhóm điều trị can thiệp và điều trị bắc cầu chiếm tỷ lệ là 46.73%. Yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp, hút thuốc lá, rung nhĩ, đái tháo đường, yếu tố huyết khối, rối loạn chuyển hóa lipid và tiền sử đột quy não. **Từ khóa:** Nhồi máu não cấp, lấy huyết khối cơ học.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF MECHANICAL THROMBECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO LARGE ANTERIOR CEREBRAL OCCLUSION AT VINH PHUC PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics and results of mechanical thrombectomy treatment of patients with acute ischemic stroke due to large vessel occlusion of the anterior cerebral circulation treated at Vinh Phuc Provincial General Hospital. **Methods:** The study subjects were patients diagnosed with acute cerebral infarction due to occlusion of large blood vessels in

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc

²Sở Y tế tỉnh Vinh Phúc

³Bệnh viện Bạch Mai

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Duy Tôn

Email: Tonresident@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024