

điểm 5 năm sau ghép. Các chỉ số Ure máu, protein niệu, hồng cầu niệu giữa 2 nhóm này không khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kotton C.N. và Fishman J.A. (2005).** Viral Infection in the Renal Transplant Recipient. JASN, 16(6), 1758–1774.
2. **Giáo trình bệnh truyền nhiễm Y5 Y HN.2009.**
3. **Trần Xuân Trường T.N.S.** Kết quả theo dõi và điều trị sau ghép thận có nhiễm vi rút viêm gan C tại bệnh viện Chợ Rẫy (Kỷ yếu công trình ghép thận bệnh viện Chợ Rẫy 2011-2016).
4. **Hồ Mạnh Linh. (2016).** Nghiên cứu tình trạng nhiễm virus viêm gan B ở bệnh nhân sau ghép

thận, 5-7, 11-13, 19-28.

5. **Trần Xuân Trường T.N.S.** Tình hình theo dõi và điều trị HBV sau ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy (Kỷ yếu công trình ghép thận BV Chợ Rẫy 2011-2016).

6. **Emori C.T., Perez R.M., Matos C.A.L. de và cộng sự. (2014).** Acute exacerbation of chronic hepatitis B virus infection in renal transplant patients. Brazilian Journal of Infectious Diseases, 18(6), 625–630.

7. **Cập nhật điều trị viêm gan C mạn-2019,** <<http://vasid.com.vn/cap-nhat-dieu-tri-viem-gan-c-man-2019>>.

8. **Sund S., Reisaeter A.V., Fauchald P. và cộng sự. (1999).** Living donor kidney transplants: a biopsy study 1 year after transplantation, compared with baseline changes and correlation to kidney function at 1 and 3 years. Nephrology Dialysis Transplantation, 14(10), 2445–2454.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU LÂM SÀNG VẬT D.I.E.P TRONG TẠO HÌNH VÚ SAU CẮT BỎ TUYẾN VÚ DO UNG THƯ

Phan Tuấn Nghĩa*, Phạm Thị Việt Dung*, Tạ Thị Hồng Thúy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm giải phẫu lâm sàng vật mạch xuyên động mạch thượng vị sâu dưới (D.I.E.P: Deep Inferior Epigastric Perforator Flap) trong tạo hình vú sau cắt bỏ toàn bộ tuyến vú do ung thư. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 29 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình vú sử dụng vật D.I.E.P tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 08/2019 tới 05/2021. **Kết quả:** Kích thước vật phẫu tích trung bình dài $35,0 \pm 4,33$ cm, rộng $12,41 \pm 1,9$ cm. Thể tích vật phẫu tích trung bình $573,62 \pm 130,39$ ml, thể tích vật sử dụng trung bình $408,97 \pm 111,27$ ml (thấp nhất là 240 ml, lớn nhất là 750 ml). Thể tích vật sử dụng tạo hình lớn hơn thể tích vú cắt bỏ trung bình $10,02 \pm 7,4\%$. Số lượng mạch xuyên sử dụng trung bình $1,97 \pm 0,5$ mạch xuyên/ vật. 100% trường hợp vật có ít nhất 1 mạch xuyên lớn ở trong đường tròn bán kính 5 cm với tâm là rốn. Chiều dài cuống mạch trung bình là $8,95 \pm 1,69$ cm. **Kết luận:** Vật D.I.E.P là chất liệu phù hợp và đáng tin cậy với những ưu điểm về giải phẫu hằng định, cuống mạch dài và cấp máu an toàn, kích thước và thể tích vật phù hợp với tạo hình vú.

Từ khóa: Vật mạch xuyên động mạch thượng vị sâu dưới, vật D.I.E.P, tạo hình vú, giải phẫu lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL ANATOMY OF D.I.E.P FLAP IN BREAST RECONSTRUCTION AFTER TOTAL MASTECTOMY BY CÁCER

*Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Phan Tuấn Nghĩa

Email: nghiapt@live.com

Ngày nhận bài: 11/7/2021

Ngày phản biện khoa học: 14/8/2021

Ngày duyệt bài: 30/8/2021

Objective: This paper aims to describe the clinical anatomical characteristics of the Deep Inferior Epigastric Perforator flap (D.I.E.P) in breast reconstruction after total mastectomy. **Methods:** The study was carried out on 29 patients at Hanoi Medical University hospital from August 2019 to May 2021.

Results: the average flap size was $35,0 \pm 4,33$ cm long and $12,41 \pm 1,9$ cm wide. The average volume of dissected flap was $573,62 \pm 130,39$ ml, the average volume of reconstruction flap was $408,97 \pm 111,27$ ml (the lowest was 240 ml, the highest was 750 ml). The flap used for reconstruction was $10,02 \pm 7,4\%$ larger than the removed breast volume. The average number of perforator used was $1,97 \pm 0,5$ perforator per flap, and the distance from the position of the perforator penetrating the superficial fascia of the abdomen to the umbilicus was $3,85 \pm 1,58$ cm. All cases have at least one large perforating vessel within a circle of radius 5 cm with center at the umbilicus. The average pedicle length was $8,95 \pm 1,69$ cm. Our conclusion once again emphasizes that the DIEP flap is a suitable and reliable material for the breast reconstruction.

Keywords: Deep inferior epigastric perforator flap, D.I.E.P flap, clinical anatomical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng chất liệu tự thân trong tạo hình vú là một trong những phương pháp được nhiều tác giả lựa chọn. Trong đó vật D.I.E.P được các tác giả đồng thuận là lựa chọn hàng đầu để tạo hình vú sau cắt bỏ tuyến vú do ung thư với các ưu điểm là chất liệu tự thân, có khả năng chịu được quá trình hóa xạ trị, tương đồng màu sắc, tính chất mềm mại đồng thời ít ảnh hưởng tới chức năng và cải thiện hình thể nơi cho vật. Vật D.I.E.P là vật da cân mỡ vùng thành bụng dưới, được cấp máu bởi các mạch xuyên da từ động

mạch thượng vị dưới sâu, tách ra từ động mạch chậu ngoài. Các mạch xuyên có xu hướng tập trung quanh rốn và gần đường giữa hõm, đặc biệt là các mạch xuyên lớn (đường kính $\geq 0.5\text{mm}$). Kích thước vạt lấy theo y văn có thể trung bình 30-45 cm chiều dài và 12-15 cm chiều rộng¹. Vạt có thể được sử dụng dưới dạng vạt da cân mỡ hoặc vạt da cân cơ. Có sự khác biệt về vùng cấp máu vạt, theo Hartrampf chia thành 4 vùng, trong đó vùng I, II, III là các vùng được đảm bảo cấp máu an toàn, vùng IV được coi là vị trí cấp máu kém nhất². Vạt được sử dụng dưới dạng tự do có sử dụng kỹ thuật vi phẫu, đòi hỏi phẫu thuật viên cần có nhiều kinh nghiệm trong quá trình bóc tách cũng như nối mạch, do đó nắm bắt được đặc điểm, giải phẫu vạt, đặc biệt trên lâm sàng là rất quan trọng. Nhiều nghiên cứu của các tác giả nước ngoài về đặc điểm giải phẫu vạt D.I.E.P đã được công bố, tuy nhiên ở Việt Nam, do nhiều yếu tố khác nhau, chưa có nhiều nghiên cứu về giải phẫu vạt D.I.E.P trong thực hành lâm sàng. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm giải phẫu lâm sàng vạt D.I.E.P trong tạo hình vú sau cắt bỏ tuyến vú do ung thư.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Thực hiện nghiên cứu trên 29 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư giai đoạn 1-2, có chỉ định phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ. Bệnh nhân có tình trạng thừa da mỡ thành bụng được chỉ định tạo hình vú tức thì bằng vạt D.I.E.P, không có các chống chỉ định với phẫu thuật kéo dài và vi phẫu thuật.

Thời gian nghiên cứu từ 09/2019 tới 05/2021, thực hiện tại đơn vị phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ công nghệ cao - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

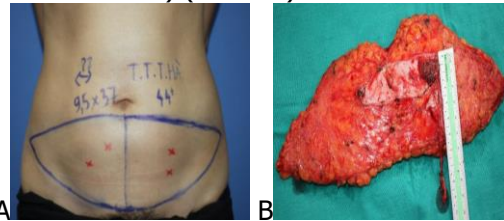
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang không đối chứng.

2.2.2. Quy trình phẫu thuật

Chuẩn bị mổ: Bệnh nhân được vẽ thiết kế vạt, siêu âm Doppler cầm tay xác định sơ bộ vị trí mạch xuyên. Vạt hình elip với bờ trên của vạt đi qua điểm ngay trên rốn, bờ dưới vạt trùng với nếp lằn bụng, 2 điểm phía bên hình elip được xác định là 2 gai chậu trước trên 2 bên (Hình 1A).

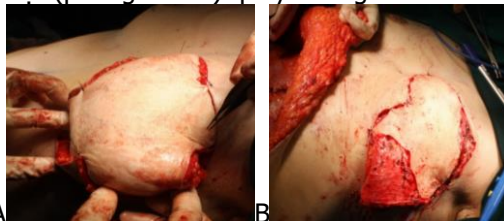
Thực hiện phẫu thuật: Bệnh nhân được mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa 2 gối gấp 90°. Phẫu thuật thực hiện gồm 2 ekip phẫu thuật tiến hành cùng nhau. Ê kíp 1 (bác sĩ ung bướu) cắt bỏ tuyến vú toàn bộ và nạo vét hạch. Toàn bộ tuyến vú cắt bỏ được đo thể tích bằng phương

pháp chiếm thể tích nước trong bình (sử dụng bình thủy tinh có phân độ dung tích 2 lít, đổ ngập 1 lít NaCl 0,9%. Sau đó đặt tổ chức vú ngập hoàn toàn trong bình và xác định thể tích nước tăng thêm) và gửi làm giải phẫu bệnh. Ê kíp 2 (bác sĩ phẫu thuật tạo hình) bóc vạt da mỡ thành bụng dưới. Rạch da từ bờ dưới, bóc tách vạt từ dưới lên trên, xác định mạch xuyên chính, ưu tiên các mạch lớn, đập rõ. Kẹp thắt các mạch xuyên còn lại. Bóc tách theo đường đi mạch xuyên đã chọn tới cuống mạch D.I.E.P qua cơ thẳng bụng. Để lại một đảo cân quanh vị trí mạch xuyên đi qua lớp mạc nông. Kẹp cắt cuống mạch tại nếp lằn bẹn, nâng vạt rời hoàn toàn. Đo kích thước chiều dài và rộng vạt phẫu tích được, đo khoảng cách từ vị trí mạch xuyên xuyên qua cân nông tới rốn, chiều dài các nhánh mạch xuyên từ vị trí tách từ cuống mạch chính tới vị trí xuyên qua cân nông, chiều dài cuống mạch chính. Đo thể tích vạt theo phương pháp chiếm thể tích nước trong bình (tương tự như đo thể tích vú cắt bỏ) (Hình 1B).



Hình 1. A. Thiết kế vạt D.I.E.P trước phẫu thuật. B. Vạt được cắt rời cuống mạch

Tùy theo vị trí, chiều dài cuống mạch, hình thể vú bên đối diện để lựa chọn cuống mạch nhận. Vạt được đặt theo hướng chéo vạt từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài sao cho bờ trên của vạt (phía gần rốn) quay xuống dưới.



Hình 2. A: Vạt được khâu định hình xác định hình thể vú tạo hình. B: Xác định phần da vú thiếu, lang bỏ thượng bì phần da vạt còn lại

Tiến hành cố định tạm thời vạt, nối động mạch và tĩnh mạch vạt với cuống mạch nhận dưới kính hiển vi phẫu thuật. Cố định đầu trên vào vào KLS II cạnh ức, bờ dưới vạt khâu cuộn tạo hình thể vú, cắt bỏ phần thừa, ưu tiên cắt vùng IV theo phân loại cấp máu của Hartrampf. Khâu thử định hình vạt, sau đó xác định phần da

vú thiếu, tiến hành lạng bỏ phần thượng bì để lại đảo da tương ứng với khuyết da vú, phần vạt còn lại được sử dụng để độn tạo thể tích. Đặt dẫn lưu hố nách và dẫn lưu dưới vạt. Khâu cố định vạt, đóng vết mổ. Nơi cho vạt đóng như đối với phẫu thuật tạo hình thành bụng toàn thể có chuyển rốn.

Trong suốt quá trình phẫu thuật, các đặc điểm về giải phẫu lâm sàng vạt D.I.E.P (số lượng, vị trí mạch xuyên sử dụng, chiều dài cuống mạch) được ghi nhận và lưu trữ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Số lượng mạch xuyên sử dụng trung bình là $1,97 \pm 0,5$ mạch xuyên/vạt. Với tổng cộng 57 mạch xuyên được sử dụng trong tất cả các trường hợp. Trong đó có 4 trường hợp (chiếm 13,8%) chúng tôi sử dụng cuống mạch với 1 mạch xuyên duy nhất, 22 trường hợp (75,9%) chúng tôi dùng cuống mạch với 2 mạch xuyên và có 3 trường hợp (10,3%) sử dụng cuống mạch 3 mạch xuyên. Vị trí mạch xuyên cách rốn trung bình là $3,85 \pm 1,58$ cm (1,0 – 9,0cm).

Chiều dài cuống mạch vạt trung bình là $8,95 \pm 1,69$ cm (4 - 12cm). Với 12/29 (41,4%) trường hợp cuống vạt cùng bên với vú cắt bỏ và 17/29 (58,6%) trường hợp cuống mạch đối bên. Không có sự khác biệt về chiều dài cuống mạch giữa 2 nhóm vạt với cuống mạch cùng bên và đối bên ($p = 0,569 > 0,05$, CI = 95%). Cũng không có sự khác biệt về chiều dài cuống mạch giữa nhóm vạt sử dụng cuống mạch vú trong với nhóm vạt sử dụng cuống mạch ngực lưng ($p = 0,064 > 0,05$, CI = 95%).

Kích thước vạt phẫu tích trung bình dài $35,0 \pm 4,33$ cm (27 – 45 cm), rộng $12,41 \pm 1,9$ cm (9 – 16 cm). Kích thước vạt sử dụng trung bình dài $28,32 \pm 3,88$ (20 - 38cm), chiều rộng bằng với vạt được phẫu tích (Bảng 1). Thể tích tuyến vú cắt bỏ trung bình $378,79 \pm 113,84$ ml (200 - 700ml). Thể tích vạt phẫu tích trung bình $573,62 \pm 130,34$ ml (340 – 900 ml), thể tích vạt sử dụng trung bình $408,97 \pm 111,27$ ml (thấp nhất là 240 ml, lớn nhất là 750 ml) (Bảng 2). Thể tích vú cắt bỏ có mối liên hệ tương quan đồng biến với thể tích vạt phẫu tích, với hệ số tương quan $r = 0,774$, giá trị $p=0,00 < 0,01$. Thể tích vạt sử dụng lớn hơn thể tích vú cắt bỏ trung bình $10,02 \pm 7,4\%$ (0 – 23%).

Bảng 1. Kích thước vạt

	Dài (cm)	Rộng (cm)
Kích thước vạt phẫu tích	$35,0 \pm 4,33$	$12,41 \pm 1,9$
Kích thước vạt sử dụng	$28,32 \pm 3,88$	

Bảng 2. Thể tích vú cắt bỏ và thể tích vạt

	Thể tích (ml)	Min (ml)	Max (ml)
Thể tích vú cắt bỏ	$378,79 \pm 113,84$ ml	200 ml	700 ml
Thể tích vạt phẫu tích	$573,62 \pm 130,34$ ml	340 ml	900 ml
Thể tích vạt sử dụng	$408,97 \pm 111,27$ ml	240 ml	750 ml

Kết quả gần sau mổ, tỷ lệ vạt sống hoàn toàn là 27/29 (93,1%), có 2 trường hợp phải tháo bỏ vạt (chiếm 6,9%), nguyên nhân của cả 2 trường hợp tháo bỏ vạt hoàn toàn được xác định do tắc tĩnh mạch. Không có mối liên hệ về tỷ lệ thất bại vạt giữa nhóm vạt sử dụng 1 mạch xuyên và nhóm với nhóm sử dụng ≥ 2 mạch xuyên ($p=1,000$, CI=99%). Có 1/29 trường hợp tắc tĩnh mạch sau mổ được can thiệp giải quyết lấy bỏ huyết khối, tái thông mạch (chiếm 3,44%), 1 trường hợp ứ máu tĩnh mạch sau mổ được can thiệp nối bổ sung thêm 1 tĩnh mạch (chiếm 3,44%).

IV. BÀN LUẬN

Tạo hình vạt DIEP đã trở thành lựa chọn hàng đầu cho các phẫu thuật tạo hình vú sử dụng chất liệu tự thân với những ưu điểm về tính chất tương đồng, độ mềm mại cũng như ít ảnh hưởng tới chức năng nơi cho vạt. Chỉ định tạo hình vú tức thì sử dụng vạt DIEP rất rộng rãi và với các nhu cầu khác nhau của bệnh nhân, phương pháp cũng như cách sử dụng thiết kế vạt cũng thay đổi tùy theo cơ sở vật chất và thói quen của phẫu thuật viên.

Trên 29 trường hợp, chúng tôi sử dụng trung bình $1,97 \pm 0,49$ mạch xuyên/vạt, kết quả này không khác biệt với nghiên cứu của Ireton³ là 1,57 mạch xuyên được sử dụng trên mỗi vạt ($p < 0,001$, CI 99%). Trong đó chúng tôi chủ yếu sử dụng cuống mạch với 2 mạch xuyên để đảm bảo cấp máu vạt được đầy đủ. Những trường hợp chúng tôi sử dụng cuống mạch 1 mạch xuyên là những trường hợp trên lâm sàng chúng tôi đánh giá rất kỹ mạch xuyên đường kính lớn và đập tốt. Và cả 4 trường hợp sử dụng cuống vạt 1 mạch xuyên vạt đều sống tốt. Vị trí mạch xuyên chúng tôi xác định trong phẫu thuật cách rốn trung bình 3,92cm, nhỏ hơn so với nghiên cứu của Ireton³ là 4,51cm. Lý giải điều này có thể là do chúng tôi sử dụng 2 mạch xuyên ở những vị trí tương đối gần nhau và gần rốn hơn để tăng sự di động của cuống mạch, giúp quá trình nối mạch thuận tiện hơn. Và cũng tương tự với nhận định của các tác giả nước ngoài, 100% các trường hợp vạt chúng tôi đều phát hiện có ít nhất 1 mạch xuyên lớn (đường kính $\geq 0,5$ mm)

trong vòng tròn bán kính 5cm tính từ rốn. Điều này rất có ý nghĩa trong việc bóc tách vạt nhanh chóng và giúp tối đa hóa chiều dài của cuống mạch vạt. Chúng tôi cũng cải tiến kỹ thuật, để lại đảo cân quanh vị trí mạch xuyên xuyên qua cân cơ thẳng bụng qua đường giữa sang bên đối diện, vì theo giải phẫu, khi mạch xuyên qua cân cơ sẽ đi tới tham gia vào mạng mạch dưới trung bì³, do đó theo kinh nghiệm của chúng tôi để lại một phần cân quanh mạch bắc qua đường giữa giúp bảo tồn tối đa sự cấp máu từ mạch xuyên sang nửa bên vạt đối diện. Nghiên cứu chúng tôi cũng nhận thấy không có mối liên hệ giữa số lượng mạch xuyên vạt được sử dụng với tỷ lệ thất bại của phương pháp. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Grover⁴ trên 395 vạt D.I.E.P. Tuy nhiên do cỡ mẫu còn nhỏ do đó kết quả của chúng tôi còn nhiều hạn chế về thống kê.

Chiều dài cuống mạch phẫu tích trung bình là $8,95 \pm 1,69$ cm tương tự với nghiên cứu của Ulusal⁵ hay của Ireton³ là 9,05 cm trên lâm sàng. Tất cả các trường hợp chúng tôi đều phẫu tích cuống mạch vạt dài nhất có thể để thuận lợi khi xoay chuyển vạt trong quá trình tái tạo hình thể vú. Với chiều dài này chúng tôi nhận thấy là hoàn toàn đủ để có thể đặt vạt tạo hình ngay cả sử dụng cuống mạch ngực lưng là mạch nhận. Vì theo các tác giả sử dụng cuống mạch ngực lưng làm cuống mạch nhận sẽ yêu cầu cần cuống mạch vạt dài để có thể đặt vạt ở vị trí phù hợp. Nghiên cứu cho thấy không có mối liên hệ giữa việc sử dụng cuống mạch cùng bên hay đối bên tới tỷ lệ thành công vạt. Theo kinh nghiệm chúng tôi nhận thấy sử dụng cuống mạch cùng bên và đối bên cũng không có sự khác biệt quá lớn, tuy nhiên chúng tôi vẫn ưu thích sử dụng cuống mạch đối bên hơn do vị trí phù hợp với phương pháp đặt vạt chéo vạt, phần gần rốn của vạt hướng xuống dưới và vào trong.

Kích thước vạt phẫu tích trung bình $35,0 \pm 4,33$ cm dài và $12,41 \pm 1,9$ cm chiều rộng, kết quả này tương tự với kích thước vạt được mô tả kinh điển trong y văn là từ 30 – 45cm chiều dài và 12-15 cm chiều rộng¹. Điều này cho thấy mặc dù người châu Á nói chung có khung người và thể tích người nhỏ hơn so với người Âu Mỹ, tổ chức dưới da cũng mỏng hơn⁶, tuy nhiên kích thước vạt cũng tương tự như người Âu Mỹ. Lý giải điều này có thể do người Việt Nam nói riêng có tỷ lệ sinh con thứ 2, thứ 3 lớn, tình trạng sa trễ, thừa da mỡ thành bụng nhiều do đó kích thước vạt thành bụng tạo hình cũng tương tự với các tác giả khác trên thế giới. Tuy nhiên số lượng bệnh nhân của chúng tôi cũng chưa đủ lớn

và đối tượng là trên những bệnh nhân sau sinh, có tình trạng thừa da mỡ thành bụng, do đó kết quả phân tích còn hạn chế.

Thể tích vạt phẫu tích với thể tích vú cắt bỏ có mối liên hệ tương quan đồng biến nhau, trong đó thể tích vạt phẫu tích luôn lớn hơn thể tích vú cắt bỏ. Ngay cả khi cắt bỏ vùng IV của vạt (theo cấp máu của Hartrampf) thể tích vạt sử dụng cũng lớn hơn thể tích vú cắt bỏ. Điều đó lần nữa nhấn mạnh sự phù hợp của vạt D.I.E.P để độ thể tích sau cắt bỏ toàn bộ tuyến vú. Thể tích vạt sử dụng chúng tôi cũng lớn hơn so với thể tích vú cắt bỏ trung bình là $10,02 \pm 7,4\%$. Tại sao có sự chênh lệch này?. Theo nghiên cứu của Myung⁷ trên vạt tự thân tạo hình vú có sự giảm thể tích vạt theo thời gian, đặc biệt trong 3-6 tháng đầu. Sau thời gian này, sự thay đổi thể tích vú vẫn tiếp tục xảy ra, tuy nhiên sự thay đổi là không đáng kể. Trên y văn cũng chưa có nghiên cứu cơ chế cụ thể sự thay đổi thể tích vạt theo thời gian. Theo nghiên cứu gần đây của Wilting⁸, tỷ lệ thể tích vạt đo trên phim cắt lớp vi tính giảm trung bình là 11,1% sau 3 và 6 tháng tạo hình vú so với ngay sau mổ. Do đó, việc chúng tôi để thể tích vạt lớn hơn trong phẫu thuật chính nhằm mục đích đạt được hình thể thẩm mỹ phù hợp, tương xứng theo thời gian khi quá trình thay đổi thể tích vạt diễn ra. Không những vậy, có 6/29 (29,7%) trường hợp thể tích vạt tạo hình chúng tôi lấy lớn hơn thể tích vú cắt bỏ $\geq 20\%$. Lý giải điều này, do đặc điểm của người Việt Nam chúng tôi nhận thấy thường có tình trạng vú teo lép, do đó chúng tôi định lượng thể tích vú bên tạo hình to hơn để có kế hoạch tạo hình bên vú lành sau này theo nhu cầu của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước của vạt D.I.E.P lớn, trung bình $35,0 \pm 4,33$ cm dài và $12,41 \pm 1,9$ cm chiều rộng, với thể tích vạt trung bình phẫu tích được từ 340 – 900ml. Giải phẫu lâm sàng của vạt DIEP hằng định với 100% trường hợp chúng tôi thấy ít nhất 1 mạch xuyên ở vị trí cách rốn 5cm. Cuống mạch vạt phẫu tích dài $8,95 \pm 1,69$ cm. Chính nhờ các đặc điểm này mà vạt D.I.E.P được xem là chất liệu rất phù hợp và mang lại kết quả rất tốt trong phẫu thuật tạo hình vú sau cắt bỏ ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hamdi M, Rebecca A. The Deep Inferior Epigastric Artery Perforator Flap (DIEAP) in Breast Reconstruction. *Semin Plast Surg.* 2006;20(2):95-102. doi:10.1055/s-2006-941716

2. **Holm C, Mayr M, Höfter E, Ninkovic M.** Perfusion zones of the DIEP flap revisited: a clinical study. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(1):37-43. doi:10.1097/01.prs.0000185867.84172.c0
3. **Iretton JE, Lakhiani C, Saint-Cyr M.** Vascular anatomy of the deep inferior epigastric artery perforator flap: a systematic review. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(5): 810e-821e. doi:10.1097/PRS.0000000000000625
4. **Grover R, Nelson JA, Fischer JP, Kovach SJ, Serletti JM, Wu LC.** The impact of perforator number on deep inferior epigastric perforator flap breast reconstruction. *Arch Plast Surg.* 2014;41(1):63-70. doi:10.5999/aps.2014.41.1.63
5. **Ulusal BG, Cheng M-H, Wei F-C, Ho-Asjoe M, Song D.** Breast reconstruction using the entire transverse abdominal adipocutaneous flap based on unilateral superficial or deep inferior epigastric vessels. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(5):1395-1403; discussion 1404-1406. doi:10.1097/01.prs.0000207401.78491.43
6. **Deurenberg P, Deurenberg-Yap M, Guricci S.** Asians are different from Caucasians and from each other in their body mass index/body fat per cent relationship. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* 2002;3(3):141-146. doi:10.1046/j.1467-789x.2002.00065.x
7. **Myung Y, Son Y, Nam T, et al.** Objective assessment of flap volume changes and aesthetic results after adjuvant radiation therapy in patients undergoing immediate autologous breast reconstruction. *PLoS ONE.* 2018;13(5):e0197615. doi:10.1371/journal.pone.0197615
8. **Wilting FNH, Hameeteman M, Tielemans HJP, Ulrich DJO, Hummelink S.** "Three-dimensional evaluation of breast volume changes following autologous free flap breast reconstruction over six months." *Breast Off J Eur Soc Mastology.* 2020;50:85-94. doi:10.1016/j.breast.2020.02.005

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC CẮT NANG THẬN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lorn Sopheak¹, Nguyễn Minh Tuấn², Trần Hiếu Học^{1,2}
Trần Mạnh Hùng², Nguyễn Trường Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt nang thận. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả hồi cứu các bệnh nhân được chẩn đoán xác định và mổ nội soi sau phúc mạc cắt nang thận tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2020 đến 06/ 2021. **Kết quả:** 46 bệnh nhân với tuổi trung bình là 57,72 ± 14,84 (19-83), tỉ lệ nữ/nam là 1/1. Đau thắt lưng là triệu chứng chính gặp ở 87%. Thăm dò hình ảnh thấy đường kính nang, tỷ lệ nhóm nang có kích thước 50-100mm và thành mỏng trên chụp lớp ví tính và siêu âm lần lượt là 77,48±26,53mm (45-183mm) và 79,17±26,05mm (45-183mm), 76,1% và 78,3%, 91,3% và 93,5%. Thời phẫu thuật trung bình là 54,74±16,6 phút. Tai biến: 1 trường hợp chảy máu 2,2%. Biến chứng sau mổ: 2 bệnh nhân chảy máu qua dẫn lưu 4,3%. Thời gian nằm viện là 3,22±1,01 ngày (2-6). **Kết luận:** Nội soi sau phúc mạc cắt nang thận là phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị nang thận.

Từ khóa: Nang thận, cắt nang thận, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lorn Sopheak.

Email: lorn.sopheak@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/7/2021

Ngày phản biện khoa học: 15/8/2021

Ngày duyệt bài: 30/8/2021

RESULTS OF RETROPERITONEOSCOPIC SURGERY OF SIMPLE RENAL CYST AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: Description of some clinical, paraclinical characteristics and evaluation of the results of retroperitoneoscopic renal cystectomy. **Subjects and methods:** Retrospective description of the cases diagnosed simple renal cyst and underwent retroperitoneoscopic simple renal cystectomy at Bach Mai Hospital from January/2020 to June/2021. **Results:** There were 46 patients who underwent retroperitoneoscopic simple renal cystectomy with an average age of 57.72 ± 14.84 years old (range from 19 to 83 years). Ratio of male/female were 1/1. The flank or back pain were the most common sign which happened in 87% patients. The average diameter in CT scanner of cyst was 77.48±26.53 mm (45-183mm), the size of 50-100 mm and thin cyst wall were 76.1% and 91.3%, respectively. The average diameter in Echography of cyst was 79.17±26.05mm (45-183mm), the size of 50-100 mm and thin cyst wall were 76.1% and 91.3%, respectively. The operative time was 54.74±16.6 minutes. The perioperative accident of bleeding was 2.2%. The complications were post-operative bleeding 4.3%. Median length of hospital stay was 3.22±1.01 days (2-6). **Conclusion:** The retroperitoneoscopic cystectomy is a safe and effective procedure in the treatment of renal cysts with the low morbidity and excellent result.

Keyword: Kidney cysts, renal cystectomy, Retroperitoneoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang thận là tổn thương dạng nang lạnh tính