

trạng viêm mãn tính và quá tải dịch, hai yếu tố này làm tăng áp lực động mạch phổi. Lọc máu tích cực giúp kiểm soát các yếu tố này, từ đó cũng làm giảm áp lực động mạch phổi.

Về các biến chứng xảy ra trong quá trình lọc máu tích cực ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5, kết quả cho thấy 63,0% bệnh nhân không gặp biến chứng nào trong quá trình lọc máu tích cực. Trong số các biến chứng thường gặp, tỷ lệ biến chứng phổ biến nhất là tụt huyết áp và đau đầu. Khi so sánh với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn được tiến hành trên những bệnh nhân lọc máu chu kỳ 3 lần/tuần, kết quả cho thấy tỷ lệ tụt huyết áp của chúng tôi cũng gần như tương đương (17,4% so với 15,8%) [2]. Rõ ràng, điều này chứng tỏ lọc máu tích cực không những đem lại tỷ lệ thành công đáng chú ý mà tỷ lệ biến chứng xảy ra trong quá trình lọc là chấp nhận được.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 đang điều trị lọc máu chu kỳ có tăng áp lực động mạch phổi trung bình - nặng, liệu pháp lọc máu tích cực giúp cải thiện đáng kể triệu chứng bệnh và áp lực động mạch phổi sau 3 tháng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Thanh Hữu, Tăng Văn Mến. Nghiên cứu tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến tăng áp động mạch phổi trên bệnh nhân lọc máu định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long năm 2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024; 73:16-23.
2. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thị Mỹ Thành. Nghiên cứu sự biến đổi huyết áp trong quá trình

lọc máu ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 500(1):60-63.

3. Akiash N., Ahmadi Halili S., Darabi F., Moradi M. The effect of intensive hemodialysis on pulmonary arterial pressure and left ventricular systolic function in patients with end-stage renal disease; a prospective clinical trial. J Renal Inj Prev. 2021; 10(3):e22.
4. Chan C.T., Liu P.P., Arab S., Jamal N., Messner H.A. Nocturnal hemodialysis improves erythropoietin responsiveness and growth of hematopoietic stem cells. J Am Soc Nephrol. 2009; 20(3): 665-671.
5. Faqih S.A., Noto-Kadou-Kaza B., Abouamrane L.M., et al. Pulmonary hypertension: prevalence and risk factors. Int J Cardiol Heart Vasc. 2016; 11:87-89.
6. Khemchandani M., Nasir K., Qureshi R., Dhrolia M., Ahmad A. Frequency of pulmonary hypertension and its associated risk factors in end-stage renal disease (ESRD) patients on maintenance hemodialysis. Cureus. 2024; 16(2):e55206.
7. Nehus E., Goebel J., Mitsnefes M., Lorts A., Laskin B. Intensive hemodialysis for cardiomyopathy associated with end-stage renal disease. Pediatr Nephrol. 2011; 26(10):1909-1912.
8. Schoenberg N.C., Argula R.G., Klings E.S., Wilson K.C., Farber H.W. Prevalence and mortality of pulmonary hypertension in ESRD: a systematic review and meta-analysis. Lung. 2020; 198(3):535-545.
9. Sonkar S.K., Alam M., Chandra S., Sonkar G.K., Gaikwad A., Bhosale V. Association of pulmonary hypertension with inflammatory markers and volume status in hemodialysis patients of end-stage renal disease. Cureus. 2021; 13(3):e13635.
10. Stevens P.E., Levin A.. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2013; 158(11):825-830.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ DA ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đức Liên^{1,2}, Nguyễn Văn Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hồng trong phẫu thuật ung thư da đầu tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm các bệnh nhân được phẫu thuật ung thư da đầu tại bệnh viện K từ

tháng 1/2021 đến tháng 9/2024, giải phẫu bệnh là ung thư da đầu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $40,48 \pm 19,33$. Các ung thư da đầu thường gặp: sarcoma dạng biểu mô (26,2%), Carcinoma tế bào vảy (19,1%), carcinoma tuyến bã (14,3%). Tỷ lệ ung thư da đầu xâm lấn xương sọ là 21,4%. Diện tích da khuyết hồng sau phẫu thuật cắt ung thư da đầu lớn trên 5cm² là chiếm đa số (64,3%). Phương pháp tạo hình khuyết hồng chủ yếu là xoay vạt da có cuống che khuyết hồng và ghép da dày chiếm 50%, xoay vạt cơ thang chiếm 14,3%. Đánh giá kết quả 3 tháng sau phẫu thuật: tỷ lệ liền vết thương rất tốt và tốt chiếm 90,5%. Tỷ lệ liền vết thương xấu và kém ở nhóm xạ

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 21.2.2025

trị hỗ trợ sau phẫu thuật là 17,6%, ở nhóm không xạ trị hỗ trợ là 4%, không có sự khác biệt về tỷ lệ liền vết thương trung bình hoặc kém với bệnh nhân có xạ trị hỗ trợ sau phẫu thuật ($p>0,05$). **Kết luận:** Tạo hình vạt da có cuống che phủ khuyết hổng sau phẫu thuật ung thư da đầu cho kết quả tốt.

Từ khóa: ung thư da đầu, khuyết hổng da đầu, tạo hình da đầu

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF DEFECT RECONSTRUCTION IN SCALP CANCER SURGERY AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of defect reconstruction in scalp cancer surgery at K Hospital. **Subjects and methods:** including patients who underwent scalp cancer surgery at K Hospital from January 2021 to September 2024, the pathology was scalp cancer. The study was retrospective and prospective. **Results:** Mean age: 40.48 ± 19.33 . Common scalp cancers: epithelioid sarcoma (26.2%), squamous cell carcinoma (19.1%), sebaceous carcinoma (14.3%). The rate of scalp cancer invading the skull was 21.4%. The area of defect skin after scalp cancer surgery was larger than 5cm² (64.3%). The main defect reconstruction methods were rotation of the pedicled skin flap covering the defect and thick skin grafting, accounting for 50%, rotation of the trapezius muscle flap, accounting for 14.3%. Evaluation of results 3 months after surgery: the rate of excellent and good wound healing was 90.5%. The rate of poor and poor wound healing in the postoperative adjuvant radiotherapy group was 17.6%, in the group without adjuvant radiotherapy was 4%, there was no difference in the rate of fair or poor wound healing with patients with postoperative adjuvant radiotherapy ($p>0.05$). **Conclusion:** Pedicle flap reconstruction to cover the defect after surgery for scalp cancer gave good results. **Keywords:** scalp cancer, scalp defect, scalp reconstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u da bao gồm các khối u có nguồn gốc xuất phát từ biểu mô da che phủ mặt ngoài cơ thể và từ các tuyến phụ thuộc da (tuyến mồ hôi, tuyến bã). Ung thư da đầu chiếm khoảng 1-2% các khối u da đầu^{1,2}, nhưng chiếm 13% u ác tính ở da^{2,3}. Nghiên cứu của Chui⁴, nghiên cứu 398 bệnh nhân Đài Loan có ung thư biểu mô tế bào đáy (41,2%) và ung thư biểu mô tế bào vảy (16,6%) là những tổn thương phổ biến nhất, với tuổi mắc bệnh từ 60 đến 79 tuổi. Về điều trị, phẫu thuật cắt rộng u và tạo hình cùng thì là phương pháp điều trị chính. Ung thư da đầu sau phẫu thuật không đảm bảo diện cắt R0 hoặc có yếu tố nguy cơ tái phát cần điều trị xạ trị hỗ trợ, do vậy việc lựa chọn phương pháp tạo hình khuyết hổng phải đảm bảo vạt tạo hình đủ khỏe để tránh biến chứng hoại tử vạt hoặc loét da vùng chiếu xạ, làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Tại Việt nam có một số tác giả báo cáo đánh

giá kết quả bước đầu tạo hình khuyết hổng sau phẫu thuật ung thư vùng đầu cổ như Dương Mạnh Chiến⁵ (2022), Lê Diệp Linh⁶ (2022), tuy nhiên ít có tác giả nào đánh giá thêm ảnh hưởng của xạ trị sau phẫu thuật lên vạt da che khuyết hổng. Do vậy chúng tôi làm đề tài này nhằm "Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hổng sau phẫu thuật ung thư da đầu tại Bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau

Tiêu chuẩn lựa chọn: gồm các bệnh nhân được phẫu thuật ung thư da đầu tại bệnh viện K từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2024, giải phẫu bệnh là ung thư da đầu, có đủ thông tin hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: ung thư da đầu xâm lấn não, màng não, hoặc chỉ phẫu thuật sạch sẽ, bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng da đầu phẫu thuật, hoặc ung thư da đầu tái phát, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu. Cỡ mẫu: thuận tiện. Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm: tuổi, giới, vị trí u, kích thước u, giải phẫu bệnh, phương pháp điều trị khuyết hổng da đầu, đánh giá kết quả tạo hình da đầu 3 tháng sau phẫu thuật, chia thành 4 nhóm:

+ Rất tốt: Vạt mềm, che phủ hoàn toàn khuyết tật. Vùng lấy da và vùng ghép da (nếu có) có sẹo đẹp

+ Tốt: Khi có một trong các tình trạng sau: vạt có thể cứng lại, sẹo thô nhưng vẫn che phủ khuyết tật; Vùng lấy da và vùng ghép da có sẹo thô, xấu.

+ Trung bình: Khi có một trong các tình trạng sau: vạt teo, xơ cứng, viêm ở vết thương rò nhưng không lộ xương sọ; vùng lấy da và vùng ghép da có sẹo dày, cứng và đau.

+ Kém: Khi có một trong các tình trạng sau: vạt cong, lộ xương sọ; vùng lấy da và vùng ghép da bị loét, không lành.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng tần số và tỷ lệ để mô tả biến số định tính, trung bình và độ lệch chuẩn (ĐLC) cho biến số định lượng. Kiểm định Chi-square và Fisher's test được áp dụng để đánh giá sự khác biệt, với giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mang tính mô tả, không can thiệp điều trị, thông tin bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 42 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình: $40,48 \pm 19,33$ (cao nhất là 82, thấp nhất là 25). Tỷ lệ nam giới là 45,2%, tỷ lệ nữ giới là 54,8%. Vị trí khối u: trán (23,8%), đỉnh chẩm (35,7%), thái dương đỉnh (19,1%), chẩm (21,4%).

Bảng 1. Tỷ lệ ung thư xâm lấn xương sọ theo giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	Xâm lấn xương sọ (N, %)		Tổng (N, %)
	Không	Có	
Sarcoma xơ bì lõi	4	0	4(9,5%)
Carcinoma tế bào vảy	6	2	8(19,1%)
Carcinoma tế bào	4	0	4(9,5%)

đáy			
Carcinoma di căn da đầu	1	2	3(7,2%)
Sarcoma mạch	3	0	3(7,2%)
Sarcoma dạng biểu mô	9	2	11(26,2%)
Carcinoma tuyến bã	4	2	6(14,3%)
Ung thư hắc tố	0	1	1(2,4%)
Tổng	33(78,6%)	9(21,4%)	42(100%)

Nhận xét: Tỷ lệ ung thư da đầu xâm lấn xương sọ 21,4%, nhóm ung thư da đầu có tỷ lệ xâm lấn xương sọ cao lần lượt là ung thư hắc tố, ung thư tuyến bã, ung thư di căn da đầu, sarcoma dạng biểu mô. Nhóm ung thư chưa ghi nhận xâm lấn xương sọ: sarcoma xơ bì lõi, carcinoma tế bào đáy và sarcoma mạch.

Bảng 2: Tỷ lệ diện tích da khuyết hồng, tỷ lệ xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Diện tích da khuyết hồng sau cắt u (N=42)			Xạ trị bổ trợ (N=42)	
	<5 cm ²	5-20 cm ²	>20 cm ²	Có	không
Cắt u đóng trực tiếp	5			0	5
Cắt u, xoay vạt da tự do	10			1	9
Cắt u, xoay vạt da có cuống, ghép da dày vùng lấy vạt xoay		19	2	12	9
Cắt u, che khuyết hồng bằng vạt cơ thang		1	5	4	2
Tổng	15 (35,7%)	20 (47,6)	7 (16,7%)	17 (40,5%)	25 (59,5%)

Nhận xét: có 17/42 bệnh nhân (40,5%) được điều trị xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật, trong nhóm xạ trị bổ trợ có 16/17 bệnh nhân được lựa chọn phương pháp tạo hình khuyết hồng là xoay vạt da có cuống hoặc che khuyết hồng bằng vạt cơ thang. Tỷ lệ khuyết hồng có diện tích lớn hơn 5cm² là 64,3%, tất cả các bệnh nhân này được lựa chọn phương pháp tạo hình khuyết hồng bằng vạt da có cuống hoặc vạt cơ thang.



Hình 1. Ung thư biểu mô vảy da đầu xâm lấn xương. Phẫu thuật: cắt bỏ toàn bộ khối u da đầu và xương sọ, tạo hình khuyết hồng bằng vạt da có cuống, ghép da dày vùng lấy vạt da

Bảng 3: Tỷ lệ xạ trị bổ trợ và tình trạng da đầu ở thời điểm khám lại 3 tháng sau phẫu thuật (N=42)

Tình trạng da đầu vùng phẫu thuật sau 3 tháng	Xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật		P (Fisher's test)
	Có	Không	

Rất tốt	6	15	0,2862
Tốt	8	9	
Trung bình	2	1	
Kém	1	0	
Tổng (N, %)	17(40,5%)	25(59,5%)	

Nhận xét: tỷ lệ liền vết thương rất tốt và tốt chiếm 90,5%, tỷ lệ điều xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật ung thư da đầu chiếm 40,5%. Có 3 bệnh nhân có kết quả liền vết thương trung bình (chiếm 7,1%), có 1 bệnh nhân liền vết thương kém, không có sự khác biệt về tỷ lệ liền vết thương trung bình hoặc kém với bệnh nhân có xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: trong nghiên cứu này, có 42 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình: $40,48 \pm 19,33$ (cao nhất là 82, thấp nhất là 25). Tỷ lệ nam giới là 45,2%, tỷ lệ nữ giới là 54,8%. Vị trí khối u: trán (23,8%), đỉnh chẩm (35,7%), thái dương đỉnh (19,1%), chẩm (21,4%). Các ung thư da đầu thường gặp: sarcoma dạng biểu mô (26,2%), Carcinoma tế bào vảy (19,1%), carcinoma tuyến bã (14,3%). Nghiên cứu của Chlebicka⁷ cho thấy ung thư biểu

mô tế bào đáy hay gặp nhất (52,1%), ung thư hắc tố 6,5%); nghiên cứu hay với Turk⁸ có 7,2% u da đầu ác tính (trong đó ung thư biểu mô tế bào đáy chiếm 2,9%) và có đến 92,8% u da đầu lành tính. Tỷ lệ ung thư tế bào vảy Sự khác biệt là do cách chọn cỡ mẫu của từng tác giả khác nhau, cũng như tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khác nhau.

Phương pháp phẫu thuật: Điều trị cắt rộng ung thư da với diện cắt cách rìa u tối thiểu 2cm, cắt bỏ các tổ chức cân dưới da, màng xương và xương sọ xâm lấn, nạo vét hạch vùng cổ nếu có di căn hạch là phương pháp điều trị chính với các ung thư da đầu^{1,2}. Trong nghiên cứu này, diện tích da khuyết hổng sau phẫu thuật lớn hơn 5 cm² chiếm đa số là 64,3%, diện tích da khuyết hổng nhỏ hơn 5 cm² chiếm 35,7%. Nghiên cứu của Lê Diệp Linh⁶ cũng cho kết quả tương tự: diện tích da khuyết hổng sau cắt u lớn hơn 5 cm² chiếm đa số là 72%. Điều này được giải thích do ung thư da đầu cần cắt bỏ rộng rãi để đảm bảo diện cắt không còn u, thường phải cắt ra ngoài rìa khối u khoảng 2cm hoặc diện cắt âm tính dựa trên kết quả giải phẫu bệnh tức thì trong mổ, do vậy chiến lược phẫu thuật các khối ung thư da đầu cần tính tới chuẩn bị các vật da để che phủ vùng khuyết hổng.

Tỷ lệ ung thư da đầu xâm lấn xương sọ là 21,4%, nhóm ung thư da đầu có tỷ lệ xâm lấn xương sọ cao lần lượt là ung thư hắc tố, ung thư tuyến bã, ung thư di căn da đầu, sarcoma dạng biểu mô (bảng 1). Nhóm ung thư chưa ghi nhận xâm lấn xương sọ: sarcoma xơ bì lõi, carcinoma tế bào đáy và sarcoma mạch. Các bệnh nhân này đều được cắt bỏ xương sọ bị u xâm nhiễm, cắt cách rìa khối u xâm lấn xương tối thiểu 1cm bằng khoan máy cắt sọ hoặc bằng dụng cụ gặm xương chuyên dụng. Nghiên cứu của Lê Diệp Linh⁶ tỷ lệ cắt phần ung thư da đầu xâm lấn xương sọ là 28%. Việc lựa chọn tạo hình xương sọ khuyết hổng bằng Titan hoặc không cần tạo hình xương sọ khuyết hổng cần được thực hiện khi diện cắt u xâm lấn xương sọ đạt tiêu chuẩn R0 (diện cắt không còn u). Trong nghiên cứu này, có 8/9 bệnh nhân được tạo hình phần xương sọ khuyết hổng bằng Titan, 1 bệnh nhân không tạo hình khuyết hổng, do khối u xâm lấn xương sọ vùng đỉnh đường giữa, sau khi cắt bỏ xương vẫn còn phần nhỏ u xâm lấn vào màng cứng vùng xoang tĩnh mạch dọc trên, do vậy chúng tôi không tạo hình xương sọ, chỉ tạo hình khuyết hổng da đầu. Việc tạo hình Titan ở bệnh nhân diện cắt còn u không nên đặt ra do khi u phát triển, vị trí vít cố định titan sẽ bị bung ra, và titan sẽ làm thủng da che phủ.

Phương pháp tạo hình khuyết hổng da sau cắt bỏ ung thư da đầu trong nghiên cứu này chủ yếu là xoay vật da có cuống che khuyết hổng và ghép da dày vùng lấy vật da che phủ (21/42 bệnh nhân, chiếm 50%), xoay vật cơ thang (6/42 bệnh nhân, chiếm 14,3%). Việc lựa chọn xoay vật da có cuống hoặc vật cơ thang trong nghiên cứu này cao được giải thích là do diện tích da khuyết hổng lớn trên 5cm² là chiếm đa số (64,3%) và có 40,5% các trường hợp cần điều trị xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật. Vật có cuống thường được sử dụng là vật da thái dương có cuống hoặc vật chẩm có cuống. Với các khuyết hổng rất lớn (trên 20cm²) đa phần chúng tôi lựa chọn che phủ bằng vật cơ thang (chiếm 16,7%), và được tiến hành bởi ekip phẫu thuật tạo hình. Dương Mạnh Chiến⁵ đã báo cáo 16 bệnh nhân có khuyết tổn vùng đầu, cổ lưng do nguyên nhân ung thư và được tạo hình bằng vật cơ thang, kết quả sức sống vật hoàn toàn là 87,5%, 6,25% thiếu dưỡng, bong lớp thượng bì.

Đánh giá kết quả điều trị: Bệnh nhân được khám định kỳ tại các thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng. Tỷ lệ liền vết thương rất tốt và tốt chiếm 90,5%, tỷ lệ điều xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật ung thư da đầu chiếm 40,5%. Có 3 bệnh nhân có kết quả liền vết thương trung bình (chiếm 7,1%), có 1 bệnh nhân liền vết thương kém, không có sự khác biệt về tỷ lệ liền vết thương trung bình hoặc kém với bệnh nhân có xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật ($p>0,05$). Nghiên cứu của Lê Diệp Linh⁶ có tỷ lệ liền vết thương tốt là 80%, và không có kết quả kém. Nghiên cứu của Dương Mạnh Chiến⁵ về sử dụng vật cơ thang có kết quả liền vết thương vùng che phủ tốt đạt 93,75%.

Tỷ lệ liền vết thương xấu và kém ở nhóm xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật là 3/17 bệnh nhân (17,6%), tỷ lệ liền vết thương xấu và kém ở nhóm không xạ trị bổ trợ là 1/25 bệnh nhân (4%), tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ liền vết thương trung bình hoặc kém với bệnh nhân có xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật ($p>0,05$). Do cỡ mẫu nghiên cứu này còn nhỏ, và thời gian đánh giá kết quả sớm 3 tháng sau phẫu thuật, nên nghiên cứu này chưa đánh giá được kết quả xa của liền vết thương và mối liên quan với xạ trị bổ trợ vùng da che khuyết hổng, cần có các nghiên cứu dài hơn sau này.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình: $40,48 \pm 19,33$ (cao nhất là 82, thấp nhất là 25). Tỷ lệ nam giới là 45,2%, tỷ lệ nữ giới là 54,8%. Các ung thư da đầu thường gặp: sarcoma dạng biểu mô (26,2%), Carcinoma

tế bào vảy (19,1%), carcinoma tuyến bã (14,3%). Tỷ lệ ung thư da đầu xâm lấn xương sọ là 21,4%, nhóm ung thư da đầu có tỷ lệ xâm lấn xương sọ cao lần lượt là ung thư hắc tố, ung thư tuyến bã, ung thư di căn da đầu, sarcoma dạng biểu mô.

Diện tích da khuyết hổng sau phẫu thuật cắt ung thư da đầu lớn trên 5cm² là chiếm đa số (64,3%). Phương pháp tạo hình khuyết hổng chủ yếu là xoay vạt da có cuống che khuyết hổng và ghép da dày chiếm 50%, xoay vạt cơ thang chiếm 14,3%. Đánh giá kết quả 3 tháng sau phẫu thuật: tỷ lệ liền vết thương rất tốt và tốt chiếm 90,5%. Tỷ lệ liền vết thương xấu và kém ở nhóm xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật là 17,6%, tỷ lệ liền vết thương xấu và kém ở nhóm không xạ trị bổ trợ là 4%, tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ liền vết thương trung bình hoặc kém với bệnh nhân có xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật ($p>0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ung thư học**, Nguyễn Văn Hiếu, Nhà xuất bản y học, năm 2015, trang 50.

2. **Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ da đầu**, Trần Thiết Sơn, Nhà xuất bản y học, năm 2023, trang 255.
3. **Al-Khateeb TH, Al-Masri NM, Al-Zoubi F**, Cutaneous cysts of the head and neck. J Oral Maxillofac Surg. 2009 Jan;67(1):52-57
4. **Chiu C S, Lin CY, Kuo TT et al**. Malignant cutaneous tumors of the scalp: a study of demographic characteristics and histologic distributions of 398 Taiwanese patients. J Am Acad Dermatol 2007, 56 (3): 448–452.
5. **Dương Mạnh Chiến, Nguyễn Đắc Nguyên**, Kết quả bước đầu sử dụng vạt cơ thang tạo hình tổn khuyết do ung thư vùng đầu cổ lưng. Tạp chí nghiên cứu y học 2022, 155(7), 110-119.
6. **Le Diep Linh, Vu Ngoc Lam et al**, Evaluation on result of surgical treatment for scalp defect after cancer resection at the maxillofacial and plastic surgery department in 108 central military hospital. Vietnam medical journal 2022, 1, 80-86.
7. **Chlebicka I, Stefaniak AA, Gawdzik A, Rygał A, Matusiak Ł, Szepletowski JC**, Scalp Lesions Referred For Surgical Procedures: Single-Center 5-year Experience in Southwestern Poland. In Vivo. 2020 Sep-Oct;34(5):2733-2738.
8. **Türk C Ç, Bacanlı A, Kara NN**, Incidence and clinical significance of lesions presenting as a scalp mass in adult patients. Acta Neurochir 2015;157 (2): 217–223.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA MŨI U DÂY SỐNG VÙNG XƯƠNG BÀN VUÔNG

Trần Thiện Khiêm¹, Trần Tiểu Tiên¹,
Trần Huy Hoàn Bảo¹, Huỳnh Lê Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả phẫu thuật u dây sống vùng xương bàn vuông bằng đường nội soi qua mũi. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu hàng loạt ca. Từ tháng 6/2018 đến tháng 06/2024 có 31 trường hợp u dây sống vùng xương bàn vuông được phẫu thuật bằng đường nội soi qua mũi tại khoa Ngoại thần kinh BV Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tuổi trung bình của 14 bệnh nhân nam và 17 nữ là $42,8 \pm 13,8$ tuổi (23 -69). Triệu chứng lâm sàng gồm: đau đầu (83,9%), liệt thần kinh VI (29%), giảm thị lực (80,6%), hẹp thị trường (38,7%) và sụp mí (9,7%). U nằm ở vị trí 1/3 trên và giữa (61,3%), 1/3 trên (6,5%), 1/3 giữa dưới (3,2%) và toàn bộ xương bàn vuông (22,6%). Đường kính lớn nhất trung bình của u đo trên MRI là $43,2 \pm 12$ mm (17,6- 67 mm). Tỷ lệ u xâm lấn xoang hang là 38,7%, xâm lấn dưới màng cứng 58,1%. Kết quả phẫu thuật: lấy toàn bộ u (58%), lấy gần hết u (29%) và lấy bán

phần u (12,9%). Không có trường hợp nào tử vong, 1 trường hợp viêm màng não mủ (3,2%), 2 trường hợp rò dịch não tủy sau mổ (6,4%) và 1 trường hợp giảm thị lực (3,2%). Thời gian theo dõi trung bình là 19,45 tháng (1- 69 tháng) và điểm Karnofsky trung bình sau mổ là $88,7 \pm 3,4$ điểm (80-90 điểm). Tỷ lệ hết u (51,6%), còn u được kiểm soát (35,5%), tái phát (12,9%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi qua mũi là phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị u dây sống vùng xương bàn vuông. **Từ khóa:** U dây sống, u dây sống vùng xương bàn vuông, nội soi qua mũi lấy u xương bàn vuông, phẫu thuật nội soi sàn sọ

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, IMAGING CHARACTERISTICS, AND SURGICAL OUTCOMES FOR TRANSNASAL ENDOSCOPIC CLIVAL CHORDOMA RESECTION

Objective: To evaluate the surgical results of an endoscopic endonasal approach for clival chordomas. **Methods:** Retrospective and case series, of 31 patients were performed via the endoscopic transnasal approach for treating clival chordomas at the Neurosurgery Department of Cho Ray Hospital from 06/2018 to 06/2024. **Results:** The mean age of the 14 male and 17 female patients was 42.8 years

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thiện Khiêm

Email: thienkhiembvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2025

Ngày duyệt bài: 21.2.2025