

cao với imipenem (90%), meropenem (100%) và ciprofloxacin (90%) và kháng hầu hết với các kháng sinh thường dùng khác từ 50-100%. Vấn đề sử dụng kháng sinh ngày càng nhức nhối do tỉ lệ đề kháng kháng sinh ngày càng trầm trọng và xuất hiện ngày càng nhiều căn nguyên đa kháng thuốc[2].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên thường gặp ở viêm phổi tái diễn nặng tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng như: thở nhanh, ho, sốt, RLLN, khô khè, ran ẩm. 53,3% trường hợp VPTD nặng phân lập được vi khuẩn Gram dương. Những vi khuẩn đã phân lập được ở viêm phổi tái diễn nặng là *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *S. aureus* và *HI*. Các vi khuẩn này đều thể hiện tính đề kháng cao với một số loại kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tural-Kara, T., et al., Underlying Diseases and Causative Microorganisms of Recurrent Pneumonia in Children: A 13-Year Study in a University Hospital. *J Trop Pediatr*, 2019. 65(3): p. 224-230.
2. Huỳnh Văn Tường, Phan Hữu Nguyệt Diễm, and Trần Anh Tuấn, Đặc điểm lâm sàng và vi sinh của viêm phổi cộng đồng nặng ở trẻ từ 2-59

tháng tuổi. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2012. 16(1): p. 76-80.

3. Phạm Ngọc Toàn, Đặc điểm dịch tễ học lâm, tình trạng miễn dịch và một số yếu tố liên quan tới viêm phổi tái nhiễm ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. 2019, Đại học Y Hà Nội: Luận văn Tiến sĩ Y học.
4. Çapanoğlu, M., et al., The Etiology of Recurrent Pneumonia with Onset During Infancy, and the Effect of Risk Factors on Age at First Episode and Episode Frequency. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, 2017.
5. Phạm Thị Thanh Tâm, Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn, virus và các yếu tố liên quan của viêm phổi tái diễn có suy hô hấp ở trẻ em nhập khoa Cấp cứu-chống độc bệnh viện Nhi Trung ương. 2020, Đại học Y Hà Nội: Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II.
6. Lưu Thị Thùy Dương and Khổng Thị Ngọc Mai, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 2 - 36 tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Khoa học và công nghệ - Đại học Thái Nguyên*, 2019. 207(14): p. 67-72.
7. Lê Văn Tráng, Nghiên cứu tình trạng kháng kháng sinh trong viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa. 2012, Đại học Y Hà Nội: Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II.
8. De Schutter, I., et al., Microbiology of bronchoalveolar lavage fluid in children with acute nonresponding or recurrent community-acquired pneumonia: identification of nontypeable *Haemophilus influenzae* as a major pathogen. *Clin Infect Dis*, 2011. 52(12): p. 1437-44.

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN VÚ KẾT HỢP TÁI TẠO VÚ TỨC THÌ BẰNG VẬT TRAM TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Công Huy^{1,2}, Lê Hồng Quang², Trịnh Lê Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật tái tạo vú tức thì sau phẫu thuật cắt toàn bộ vú bằng vật da cơ thẳng bụng tại Bệnh viện K. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng dựa trên bệnh nhân ung thư vú được tái tạo vú sử dụng vật cơ thẳng bụng tại khoa Ngoại vú, Bệnh viện K từ năm 2018 đến năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 44. Cắt tuyến vú kinh điển 32,6%, cắt tuyến vú bảo tồn da và cắt tuyến vú bảo tồn núm lần lượt 26,3% và 41,1%, 16 bệnh nhân (16,8%) can thiệp cân chỉnh vú đối bên. Thời gian phẫu thuật trung bình 210 phút, thời gian hậu phẫu trung bình 11 ngày. Biến chứng thường gặp nhất là hoại tử một phần vật chiếm 10,5%. Kết quả vú đẹp, tốt, trung bình lần lượt 37,9%; 60 % và 2,1%. **Kết**

luận: Phẫu thuật có tính khả thi về mặt kỹ thuật, tỉ lệ tai biến, biến chứng ở mức chấp nhận được và đem lại kết quả thẩm mỹ tốt.

Từ khóa: ung thư vú, vật cơ thẳng bụng.

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF BREAST RECONSTRUCTION WITH THE TRAM FLAP AFTER SURGERY FOR BREAST CANCER IN K HOSPITAL

Objective: Evaluate preliminary results of immediate breast reconstruction surgery after total mastectomy with TRAM flap at K Hospital. **Methods:** A study based on 95 breast cancer patients underwent breast reconstruction using TRAM flap at the Breast surgery Department, K Hospital from 2018 to 2022. **Results:** Mean age was 44. Standard mastectomy, skin-sparing mastectomy and nipple-sparing mastectomy were performed in 32,6%; 26,3% and 41,1%. 16 patients (16,8%) underwent contralateral procedure. The average time of operation was 210 minutes, partial flap necrosis was the most common complication with 10,5%. Excellent, good and average cosmetic results were 37,9%; 60% and 2,1%,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Huy

Email: dr.huynghuynhcong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 7.3.2025

respectively. **Conclusions:** The research confirms the feasibility of the technique with a acceptable rate of complications and high cosmetic results.

Keywords: breast cancer; TRAM flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, các tiến bộ trong điều trị hỗ trợ đã cải thiện đáng kể thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư vú. Cùng với đó, nhu cầu tái tạo sau cắt toàn bộ tuyến vú cũng tăng dần. Các kĩ thuật tái tạo vú bắt đầu được giới thiệu từ những năm đầu thế kỷ XX. Sau hơn một thế kỉ phát triển, có thể tóm lược các kĩ thuật tái tạo vú vào hai nhóm chính: tái tạo bằng các vật tự thân và tái tạo bằng chất liệu tổng hợp. Việc lựa chọn kĩ thuật nào phụ thuộc nhiều yếu tố và cần được cá thể hóa trên mỗi người bệnh. Tái tạo vú bằng vật da cơ thẳng bụng (Transverse rectus abdominis musculocutaneous: TRAM) lần đầu được giới thiệu bởi Hartrampf năm 1982 [1]. Ưu điểm của vật da cơ thẳng bụng là nguồn cấp máu có tính ổn định cao và có thể kết hợp với nhu cầu tạo hình thành bụng của phụ nữ dư thừa tổ chức mỡ ở vùng bụng dưới.

Về thời điểm tiến hành tái tạo vú, có thể tiến hành tái tạo tức thì hoặc tái tạo trì hoãn. Tái tạo vú tức thì bao gồm hai giai đoạn: cắt toàn bộ tuyến vú và tái tạo vú trong cùng một phẫu thuật. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng tái tạo tức thì không làm tăng tỉ lệ tái phát và không làm giảm thời gian sống thêm của người bệnh, trong khi hiệu quả thẩm mỹ của tái tạo tức thì tỏ ra vượt trội hơn [2]. Tại Bệnh viện K, phẫu thuật tái tạo vú bằng vật TRAM đã được tiến hành thường quy trong những năm gần đây. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu được tiến hành tập trung vào đối tượng bệnh nhân được tái tạo vú tức thì. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kết hợp với tái tạo vú tức thì bằng vật TRAM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng tham gia là bệnh nhân nữ tuổi từ 18 đến 65, chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập bằng xét nghiệm mô bệnh học. Giai đoạn I, II theo AJCC năm 2018. Bệnh nhân có BMI <30, không hút thuốc lá, thể trạng tốt, có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: bệnh nhân ung thư vú hai bên, bệnh nhân ung thư vú tái phát, bệnh nhân có kỳ vọng kết quả thẩm mỹ quá cao.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng dựa trên bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú và tái tạo vú tức thì bằng vật TRAM tại Bệnh viện K

trong thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022.

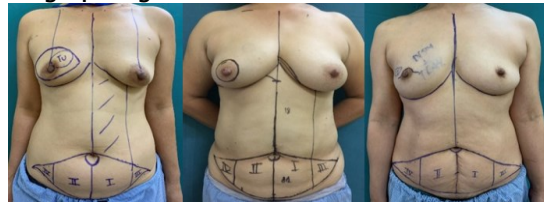
Cỡ mẫu: Dựa trên y văn, chúng tôi lựa chọn tỉ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật tái tạo vú bằng vật TRAM của các tác giả nước ngoài là 30%. Cỡ mẫu tối thiểu đảm bảo độ chính xác mong muốn 90% và kiểm định hai phía với mức ý nghĩa thống kê 5% là 81 bệnh nhân. Cho phép mất dấu 10%, cỡ mẫu tối thiểu là 90 bệnh nhân.

Bệnh nhân được lựa chọn tham gia nghiên cứu được tiến hành phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kết hợp tái tạo vú tức thì bằng vật TRAM theo quy trình kĩ thuật được áp dụng tại Bệnh viện K.

Sơ lược quy trình:

- Thiết kế đường mổ cắt vú: cắt toàn bộ tuyến vú triệt căn cải biên, cắt tuyến vú bảo tồn da hoặc cắt tuyến vú bảo tồn núm. Xử lí hạch nách qua đường rạch riêng biệt hoặc kết hợp với đường rạch da cắt tuyến vú. Đánh dấu chu vi tuyến vú, đường mũi ức đến xương mu, đường giữa vú, nếp vú dưới, bờ sườn, vị trí đường hầm.

- Thiết kế vật: Bệnh nhân ở tư thế đứng, vật có hình elip vùng bụng dưới. Giới hạn trên quá rốn và các mạch xuyên lớn quanh rốn. Giới hạn bên ra đến đường nách trước. Giới hạn dưới càng thấp càng tốt, đảm bảo đóng thành bụng không bị căng.

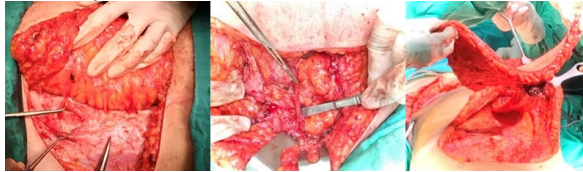


Hình 1. Thiết kế trước mổ cắt toàn bộ tuyến vú kết hợp tái tạo bằng vật TRAM

- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, hai tay giang tạo góc nhỏ hơn 90 độ với thân mình, mê nội khí quản. Tiến hành song song hai ê-kíp mổ tại hai vị trí cho và nhận vạt nhằm giảm thời gian phẫu thuật. Giai đoạn thứ nhất, ê-kíp thứ nhất tiến hành phẫu thuật phẫu thuật cắt tuyến vú và vét hạch nách hoặc sinh thiết hạch cửa, chuẩn bị khu vực nhận vạt, trong khi ê-kíp thứ hai lấy vạt ở vùng bụng. Giai đoạn thứ hai, ê-kíp thứ nhất nhận vạt và tạo hình vú, ê-kíp thứ hai khâu phục hồi và đóng thành bụng.

- Lấy vạt: Rạch da theo thiết kế, phẫu tích phía trên đi chéo lên trên, ở đường giữa đi đến mũi ức, sang bên lên qua bờ sườn 2cm. Phẫu tích đường hầm thông với khoang sau cắt tuyến vú trên ngực, độ rộng trung bình đứt lạt 4 ngón tay. Phía dưới phẫu tích thẳng xuống đến khi gặp cân. Nâng vạt: Bên đối diện phẫu tích đến

đường giữa, bên có cuống phẩu tích từ ngoài vào đến khi gặp các mạch xiên lớn. Bảo tồn tối đa lá trước bao cơ thẳng bụng giúp khép cân dễ dàng sau khi lấy vật. Tách cơ thẳng bụng khỏi lá trước bao cơ cho tới bờ ngoài cơ thẳng bụng, phía dưới tới đường cung, phía trên tới bờ sườn. Xác định vị trí bó mạch thượng vị dưới đi vào cơ thẳng bụng, cắt cơ dưới vị trí này. Phẩu tích bó mạch thượng vị dưới sâu tối đa tới gần vị trí nguyên ủy. Rạch bao cơ thẳng bụng, phẩu tích cơ lên quá bờ sườn.



Hình 2. Lấy vật

- Tạo bầu vú: Loại bỏ vùng IV, một phần vùng II, hoặc loại bỏ khu vực nuôi dưỡng kém tới vùng cấp máu tốt. Quay vật 90-180 độ, đưa tới vị trí nhận. Ước tính lượng mô cần loại bỏ bằng cách so sánh với tuyến vú bên đối diện. Gấp phần dưới và trong của vật tạo bầu vú và khôi phục độ sa trễ. Da được loại bỏ biểu bì và khâu treo cổ định vào thành ngực. Khâu phục hồi lại nếp vú dưới và đường hằn.

- Phục hồi thành bụng: Khâu đường cung vào đầu cắt của cân cơ thẳng bụng phía dưới, khâu phục hồi lá trước bao cơ thẳng bụng. Sử dụng mesh polypropylene, tăng cường vị trí lấy vật. Cắt miếng nhỏ hình elip của miếng mesh phía trên rốn để đưa rốn lên. Lựa chọn vị trí rốn thích hợp, sử dụng đường rạch hình elip để đưa rốn ra ngoài da. Đóng 2 lớp thành bụng để mesh không tiếp xúc với bên ngoài.



Hình 3. Thành bụng sau khi khâu phục hồi và đóng da

- Chăm sóc hậu phẫu: Kháng sinh, chống viêm, giảm đau sau phẫu thuật. Thay băng hàng ngày, chăm sóc dẫn lưu, rút dẫn lưu khi dịch tiết còn dưới 30ml. Cắt chỉ quanh rốn sau 5 ngày, chỉ đường dưới và trên vú sau 8-10 ngày. BN được băng chun hoặc đeo đai vòng quanh bụng trong vòng 1 tháng sau mổ.

Chúng tôi tiến hành thu thập các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật bao gồm: tuổi, chiều cao, cân nặng, tiền sử hút thuốc lá, bệnh lý tăng

huyết áp, đái tháo đường, tiền sử can thiệp phẫu thuật vùng bụng, đặc điểm bệnh học. Các chỉ tiêu liên quan tới phẫu thuật bao gồm: loại phẫu thuật cắt vú, thể tích tuyến vú cắt bỏ, thời gian phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, biến chứng sau mổ bao gồm biến chứng toàn thân, biến chứng tại vị trí vú và biến chứng tại vị trí thành bụng: loại biến chứng và tỉ lệ.

Kết quả thẩm mỹ được đánh giá ba tháng sau mổ. Điểm thẩm mỹ vú được chấm theo thang điểm Lowery – Carlson

Bảng 1. Thang điểm Lowery – Carlson đánh giá kết quả thẩm mỹ

Yếu tố	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Thể tích vú	Mất cân xứng rõ	Mất cân xứng nhẹ	Cân đối
Đường cong vú	Biến dạng rõ	Biến dạng nhẹ	Tự nhiên, cân đối
Vị trí mô vú	Lệch rõ	Lệch nhẹ	Cân xứng
Nếp dưới vú	Không nhận ra	Nhận ra nhưng không đối xứng	Rõ, cân xứng

Xếp loại: Đẹp: 7 - 8 điểm, tốt: 6 điểm, trung bình: 5 điểm, kém: < 5 điểm

Sự hài lòng của bệnh nhân được chấm trên thang điểm ba mức độ: rất hài lòng, hài lòng và không hài lòng.

Các thông tin được ghi nhận theo mẫu bệnh án thống nhất, được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Các đối tượng tham gia được thông tin về mục đích nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu được tiến hành. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ ký bản cam kết. Mục đích duy nhất của nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng điều trị phẫu thuật ung thư vú.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Số BN đưa vào nghiên cứu 95. Tuổi trung bình 44 tuổi (31-60). BMI trung bình 22,6. Tăng huyết áp 6,3%; 1,1% đái tháo đường. Tiền sử phẫu thuật vùng bụng 26,3%. Thể mô bệnh học carcinoma xâm nhập tủy không đặc biệt chiếm 72,6%, carcinoma thể tiểu thùy xâm nhập 5,3%. Giai đoạn I, giai đoạn II lần lượt 46,3% và 53,7%. 9 bệnh nhân (9,5%) điều trị hóa chất tiền phẫu.

Phẫu thuật cắt tuyến vú kinh điển 31 bệnh nhân (32,6%), cắt tuyến vú bảo tồn da 25 bệnh nhân (26,3%), cắt tuyến vú bảo tồn núm 39 bệnh nhân (41,1%). 16 bệnh nhân (16,8%) có can thiệp treo sa trễ/cắt giảm thể tích vú đối diện. Thể tích vú tái tạo trung bình 357ml (270 ml – 490 ml).

Thời gian phẫu thuật trung bình 210 phút (140 – 390 phút). Trong đó, thời gian phẫu thuật

trung bình của 20 bệnh nhân đầu là 251 phút và 75 bệnh nhân sau là 199 phút. Không có bệnh nhân nào cần truyền máu trong mổ và sau mổ. 94% bệnh nhân có thể ngồi dậy ngày thứ 2 sau mổ và 89% bệnh nhân có thể tự đứng dậy ngày thứ 3 sau mổ. Thời gian điều trị nội trú hậu phẫu trung bình 11 ngày (6 – 29 ngày).

Bảng 2. Biến chứng sau mổ ở vị trí nhận vạt

Loại biến chứng	Số BN	Tỉ lệ (%)
Chảy máu	2	2,1
Nhiễm trùng	4	4,2
Đóng dịch	5	5,3
Chậm liền	3	3,1
Hoại tử một phần núm vú	3	3,1
Hoại tử hoàn toàn núm vú	2	2,1
Hoại tử vạt		
Tối thiểu	5	5,3
Nhỏ	3	3,1
Lớn	2	2,1

Biến chứng hoại tử một phần vạt thường gặp nhất.

Bảng 3. Biến chứng sau mổ tại thành bụng

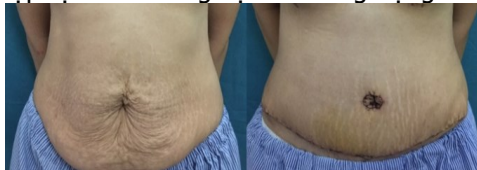
Loại biến chứng	Số BN	Tỉ lệ (%)
Đóng dịch	3	3,1
Chậm liền	3	3,1
Nhiễm trùng	3	3,1
Hoại tử da	1	1,1

Kết quả vú đẹp, tốt, trung bình lần lượt 37,9%; 60% và 2,1%.

Một số hình ảnh minh họa kết quả phẫu thuật



Từ trái qua phải: Cắt tuyến vú kinh điển, cắt tuyến vú bảo tồn da, cắt tuyến vú bảo tồn núm kết hợp tạo hình bằng vạt cơ thẳng bụng



Hiệu quả thẩm mỹ vùng bụng sau khi lấy vạt cơ thẳng bụng

IV. BÀN LUẬN

Được giới thiệu từ năm 1982 bởi Hartrampf và cộng sự, vạt cơ thẳng bụng được sử dụng đặc biệt nhiều từ những năm 90 của thế kỷ XX [1]. Ưu điểm của vạt cơ thẳng bụng là tạo hình được tuyến vú mềm mại và có độ sa trễ tự nhiên, tuyến vú tạo hình thay đổi cùng với sự thay đổi

của cơ thể người bệnh nên ít đòi hỏi thêm phẫu thuật chỉnh sửa. Với những phụ nữ có lượng mỡ lớn khu vực bụng dưới, vạt cơ thẳng bụng là một trong những lựa chọn phù hợp.

Phẫu thuật tạo hình vú bằng vạt cơ thẳng bụng thực tế mới được tiến hành thường quy trong những năm gần đây tại Bệnh viện K. Đây là một phẫu thuật tương đối nặng nề với thời gian phẫu thuật kéo dài. Thời gian phẫu thuật trung bình của 95 bệnh nhân là 210 phút.

Bảng 4. Thời gian mổ và thời gian điều trị hậu phẫu theo một số tác giả

Tác giả	Tổng số BN	Số BN tái tạo vú tức thì	Thời gian mổ trung bình (phút)	Thời gian hậu phẫu trung bình (ngày)
Nguyễn Đình Tùng [3]	41	14	180-210	10-15
Lê Minh Quang [4]	25	25	245	9,8
Hartrampf	200	NA	317	7,1
Knox	444	281	197	5
Chúng tôi	95	95	210	11

Qua quá trình thực hành, chúng tôi đúc rút được một số kinh nghiệm tổ chức thực hiện phẫu thuật nhằm tối ưu hóa thời gian mổ. Trong 20 ca đầu tiên, chúng tôi tiến hành phẫu thuật với chỉ một kíp mổ làm ba thì: phẫu thuật ung thư, lấy vạt và tạo hình vú, thời gian trung bình của mỗi ca kéo dài 4 giờ tới 5 giờ. Trong các ca sau, chúng tôi tiến hành phẫu thuật với 2 kíp phẫu thuật viên thực hiện song song và chia thành hai thì. Trong thì thứ nhất, kíp một phẫu thuật ung thư, kíp hai lấy vạt. Trong thì thứ hai, kíp một tạo hình vú, kíp hai phục hồi thành bụng vị trí cho vạt. Với các tổ chức như trên, thời gian phẫu thuật được rút ngắn còn 3 giờ tới 3,5 giờ.

Bên cạnh thời gian mổ kéo dài, vấn đề tính an toàn cũng được đặt câu hỏi cho phẫu thuật tái tạo vú tức thì. Liệu tỉ lệ tai biến, biến chứng hậu phẫu của phẫu thuật tái tạo vú tức thì có cao hơn phẫu thuật tái tạo vú trì hoãn? Tác giả Shen Z và CS thực hiện một phân tích gộp dựa trên 51 nghiên cứu, bao gồm 265522 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật tái tạo vú sau cắt toàn bộ tuyến vú. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tai biến, biến chứng cao hơn có ý nghĩa ở nhóm tái tạo tức thì [2]. Trong một nghiên cứu khác dựa trên 240 BN ung thư vú được phẫu thuật tái tạo vú tại Mỹ trong giai đoạn 2000-2006, tác giả Sullivan SR và CS chia BN thành các nhóm: tái tạo tức thì, tái tạo trì hoãn, tái tạo bằng vạt tự thân và tái tạo bằng túi độ. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tai biến, biến chứng ở

nhóm tái tạo tức thì bằng vật tự thân không khác biệt so với nhóm tái tạo trì hoãn bằng vật tự thân. Trong khi đó, tỉ lệ tai biến, biến chứng ở nhóm tái tạo tức thì bằng túi độn cao hơn sơ với nhóm tái tạo trì hoãn [5]. Tại Việt Nam, tác giả Trần Văn Thiệp và CS tiến hành nghiên cứu dựa trên 110 BN ung thư vú được phẫu thuật tái tạo tức thì tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh trong giai đoạn 2003-2006. Kết quả tai biến, biến chứng chung 12,6%, trong đó biến chứng nghiêm trọng chiếm 5,6% (hoại tử toàn bộ vật), kết quả thẩm mỹ rất tốt và tốt chiếm 80%. Tác cho rằng phẫu thuật cắt tuyến vú kết hợp tái tạo tức thì an toàn và có tỉ lệ biến chứng thấp, đạt kết quả thẩm mỹ cao [6].

Biến chứng của phẫu thuật tái tạo vú bằng vật TRAM có thể chia ra ba nhóm: biến chứng toàn thân, biến chứng tại vị trí cho và biến chứng tại vị trí nhận. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp biến chứng liên quan tới tim mạch, hô hấp trong và sau phẫu thuật. Y vẫn có ghi nhận tỉ lệ nhỏ biến chứng nguy hiểm như huyết khối mạch vành, huyết khối mạch phổi và huyết khối các tĩnh mạch sâu khác sau phẫu thuật lớn, thời gian kéo dài. Yếu tố nguy cơ cao cho các tai biến toàn thân nguy hiểm trong và sau mổ là tuổi cao, béo phì, đái tháo đường, hút thuốc lá và tiền sử mắc một số bệnh tim mạch, huyết áp. Một số tác giả đề xuất sử dụng thuốc chống đông đường tĩnh mạch dự phòng cho các bệnh nhân sau phẫu thuật tạo hình vú bằng vật TRAM. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không sử dụng thuốc chống đông thường quy sau phẫu thuật.

Bảng 5. Tỉ lệ biến chứng nặng theo vị trí của một số tác giả

Tác giả	Số BN	Hoại tử vật toàn bộ	Hoại tử vật một phần	Sa lỗi hoặc thoát vị thành bụng
Nguyễn Đình Tùng [3]	41	0	4,8	2,4
Lê Minh Quang [4]	25	0	4,0	0
Tribondeau P	115	0	13,9	8,7
Kim EK	500	0	16,4	3,0
Christensen BO	123	0,8	34,1	8,1
Macadam SA	683	1,2	33,8	16,5
Chúng tôi	95	0	10,5	3,2

Một điểm hạn chế của vật vật TRAM đã được các tác giả đưa ra so sánh với một số vật bụng khác là khả năng tưới máu vật. Về mặt lý thuyết, vật có cường được xếp vào nhóm vật có mức độ tin cậy cao về cấp máu. Tuy nhiên, khi nghiên cứu sâu hơn về giải phẫu vật TRAM, các tác giả

nhận thấy tưới máu cho da và mỡ của vật không đến trực tiếp từ động mạch thượng vị trên mà qua các vòng nối giữa động mạch thượng vị trên và động mạch thượng vị dưới, dẫn tới lưu lượng máu động mạch giảm đáng kể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ hoại tử vật chung là 10,5%. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào hoại tử vật hoàn toàn. Tỉ lệ hoại tử vật hoàn toàn trong nghiên cứu của tác giả từ 0 tới 1,2% (Bảng 5). Đa số các trường hợp hoại tử vật trong các nghiên cứu nói trên là hoại tử vật một phần. Tác giả Kim EK nghiên cứu dựa trên 400 trường hợp tái tạo vú bằng vật TRAM tại Hàn Quốc trong giai đoạn 2001-2006. Tác giả ghi nhận tỉ lệ hoại tử vật theo vùng cấp máu vật. Tỉ lệ hoại tử vật chung là 14,5%, trong số này, tỉ lệ hoại tử vật ở vùng III cao hơn có ý nghĩa so với vùng I và vùng II ($p < 0,001$) [7]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ biến chứng của phẫu thuật tái tạo vú bằng vật cơ thẳng bụng là chấp nhận được và phù hợp với điều kiện thực tế tại Việt Nam, khi không có nhiều trung tâm có khả năng tiến hành tạo hình vật vi phẫu một cách thường quy. Qua quá trình thực hiện 95 trường hợp tạo hình vú bằng vật cơ thẳng bụng, chúng tôi nhận thấy việc xác định trước phẫu thuật thể tích vú cắt bỏ, lượng mô có thể lấy an toàn vùng bụng dưới là cần thiết nhằm hạn chế tối đa tỉ lệ hoại tử một phần vật và hoại tử da bụng vùng cho vật.

Kết quả đánh giá hiệu quả thẩm mỹ vú tái tạo cho thấy tỉ lệ vú đẹp và tốt lần lượt 37,9% và 60%. Tác giả Tribondeau P và cộng sự nghiên cứu dựa trên 112 trường hợp tạo hình vú bằng vật cơ thẳng bụng tại Pháp trong giai đoạn 1994 đến 2007, kết quả nghiên cứu cho thấy tạo hình vú bằng vật cơ thẳng bụng đem lại kết quả thẩm mỹ cao, ổn định trong thời gian dài sau phẫu thuật [8]. Tác giả Gerber và cộng sự nghiên cứu trên 286 trường hợp phẫu thuật cắt tuyến vú bảo tồn da và/hoặc núm vú kết tạo hình bằng vật tự thân cho kết quả thẩm mỹ tốt lên tới 91,1%. Với sự phát triển của các kỹ thuật cắt tuyến vú bảo tồn da và/hoặc núm vú kết hợp tạo hình vú ngay, kết quả thẩm mỹ đã được cải thiện vượt bậc nhờ giữ lại được phần lớn hình thể tự nhiên của tuyến vú phụ nữ.

V. KẾT LUẬN

Tái tạo vú bằng vật da cơ thẳng bụng vẫn đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh ung thư vú trong điều kiện thực tế tại Bệnh viện K nói riêng và Việt Nam nói chung. Phẫu thuật có tính khả thi về mặt kỹ thuật, tỉ lệ tai biến, biến chứng ở mức chấp nhận được và đem lại kết quả thẩm mỹ cao cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hartrampf C.R, Schefflan M and Black P.W (1982), Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap, *Plast Reconstr Surg*, 69(2), Pg. 216-25.
2. Shen Z., Sun J., Yu Y.et al (2021), Oncological safety and complication risks of mastectomy with or without breast reconstruction: A Bayesian analysis, *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 74(2), Pg. 290-299.
3. Nguyễn Đình Tùng, Vi Hà Tân Anh and Lê Kim Hồng (2020), Tái tạo vú bằng vật TRAM có cuống là phẫu thuật đáng tin cậy đối với ung thư vú giai đoạn sớm, *Tạp chí Y học Lâm Sàng*, 66, Pg. 3-9.
4. Lê Minh Quang, Trần Anh Cường and Nguyễn Bá Mạnh (2019), Kết quả phẫu thuật bảo tồn núm vú - tái tạo vú bằng vật da cơ thẳng bụng trong ung thư vú giai đoạn I-II, *Ung thư học*, 1, Pg. 411-416.
5. Sullivan S. R., Fletcher D. R. and Isom C. D. (2008), True incidence of all complications following immediate and delayed breast reconstruction, *Plast Reconstr Surg*, 122(1), Pg. 19-28.
6. Trần Văn Thiệp, Trương Văn Trường and Huỳnh Hồng Hạnh (2008), Biến chứng sau mổ phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da-tái tạo vú tức thì trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm, *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 12(4), Pg. 89-97.
7. Kim E. K., Lee T. J. and Eom J. S. (2007), Comparison of fat necrosis between zone II and zone III in pedicled transverse rectus abdominis musculocutaneous flaps: a prospective study of 400 consecutive cases, *Ann Plast Surg*, 59(3), Pg. 256-9.
8. Tribondeau P. and Soffray F. (2008), [Breast reconstruction with pedicled TRAM flap (a retrospective study of 115 consecutive cases)], *Ann Chir Plast Esthet*, 53(4), Pg. 309-17.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG HÀM DƯỚI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Thị Ngọc Linh¹, Dương Hồng Quân¹, Trần Ngọc Vân¹,
Nguyễn Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Hồng Hà¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương hàm dưới chiếm tới 48,8% trong các trường hợp gãy xương mặt ở trẻ em; tuy nhiên, có nhiều phương pháp điều trị khác nhau và ít nghiên cứu mô tả kết quả phẫu thuật loại chấn thương này. Nghiên cứu này mô tả nguyên nhân, các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị kết hợp xương ở những bệnh nhân gãy xương hàm dưới ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên các bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán là gãy xương hàm dưới và điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình thẩm mỹ, bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ năm 2019 đến 2023. Các biến số được nghiên cứu bao gồm dịch tễ học, nguyên nhân chấn thương, các đặc điểm lâm sàng, các gãy xương mặt liên quan, các chấn thương khác đi kèm và kết quả điều trị phẫu thuật. **Kết quả:** Tổng cộng có 53 bệnh nhân tuổi dưới 16 được phẫu thuật kết hợp xương hàm dưới. Độ tuổi trung bình là 12,8; tỷ lệ nam:nữ là 3:1, nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông và gặp chủ yếu ở lứa tuổi >12. Đặc điểm lâm sàng thường gặp là đau, sưng nề biến dạng mặt, khớp cắn sai, 60,4% trường hợp có gãy xương hàm dưới 2 vị trí trở lên; vị trí gãy hay gặp nhất là vùng cằm và lõm cầu. Kết quả điều trị sau mổ tốt chiếm 88,7%, khá 7,5%, trung bình 3,8%, không có kết quả kém. **Kết luận:** Nghiên cứu này cho thấy rằng phẫu thuật kết hợp xương hàm

dưới ở trẻ em có kết quả tương đối tốt, an toàn và không gây hư hại cho mầm răng hoặc ảnh hưởng đến sự phát triển của xương hàm dưới ở bất kỳ giai đoạn nào của sự phát triển răng miệng.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OUTCOME OF PEDIATRIC MANDIBULAR FRACTURE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Mandibular fractures account for up to 48.8% of facial fractures in children; however, there are various treatment methods, and few studies describe the surgical outcomes of this type of injury. This study describes the causes, clinical features, paraclinical characteristics, and treatment outcomes of osteosynthesis in pediatric patients with mandibular fractures. **Methodes:** This retrospective study was conducted on patients under 16 years old diagnosed with mandibular fractures and treated surgically at the Department of Oral and Maxillofacial Surgery and Aesthetic Plastic Surgery, Viet Duc Friendship Hospital, from 2019 to 2023. The variables studied included epidemiology, causes of injury, clinical characteristics, associated facial fractures, accompanying injuries, and surgical treatment outcomes. **Results:** A total of 53 patients under 16 years old underwent surgical fixation of mandibular fractures. The average age was 12.8 years; the male-to-female ratio was 3:1, with the primary cause of injury being traffic accidents, predominantly occurring in the age group over 12. Common clinical characteristics included pain, swelling, facial deformity, and malocclusion, with 60.4% of cases presenting with fractures at two or more sites; the most frequently fractured areas were the chin and condyle. The treatment outcomes after surgery were good in 88.7% of cases, fair in 7.5%,

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Ngọc Linh

Email: dongoclinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025