

ỨNG DỤNG VẬT ĐẢO TRÊN ĐÒN TRONG TÁI TẠO HỌNG - THỰC QUẢN SAU PHẪU THUẬT CẮT HẠ HỌNG THANH QUẢN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ HẠ HỌNG GIAI ĐOẠN III-IV

Phạm Duy Hoàng¹, Trần Minh Trường²,
Nguyễn Hữu Dũng², Nguyễn Việt Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả việc sử dụng vật trên đòn trong tái tạo khuyết hồng họng thực quản sau phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản điều trị ung thư hạ họng giai đoạn III-IV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Thực hiện trên 30 bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn III-IV, với mô học loại ung thư tế bào gai được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần kèm cắt một phần hoặc toàn bộ hạ họng và tái tạo tức thì bằng vật đảo da cân trên đòn tại khoa đầu cổ - tai mũi họng bệnh viện ung bướu Tp HCM từ 01/2021- 09/2023. **Kết quả:** bệnh ở giai đoạn III và IVA với 4 ca T3 và 26 ca T4. 24 ca phẫu thuật từ đầu, 6 ca đã hóa hoặc xạ trị trước với 5 ca cắt toàn bộ hạ họng và 25 ca cắt 1 phần hạ họng, nạo hạch cổ 26 ca, kích thước vật trung bình 20,6 * 7cm. Tất cả các vật lành tốt, 1 ca hoại tử vật 1 phần da bề mặt và tự ổn định sau cắt lọc. Biến chứng 7 ca tụ dịch nhiễm trùng và 3 ca rò họng phải nuôi ăn qua ống thông mũi dạ dày. Đánh giá chất lượng nuốt trung bình là 93 điểm. **Kết luận:** vật đảo động mạch trên đòn là chọn lựa an toàn và hiệu quả trong tái tạo hạ họng – thực quản sau phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản.

Từ khóa: vật đảo động mạch trên đòn, tái tạo hạ họng – thực quản, ung thư hạ họng thanh quản.

SUMMARY

APPLICATION OF SUPRACLAVICULAR ISLAND FLAP FOR HYPOPHARYNX – ESOPHAGEAL RECONSTRUCTION AFTER HYPOPHARYNGO - LARYNGECTOMY SURGERY III-IV STAGE HYPOPHARYNX CANCER

Objective: The study aimed to evaluate the effectiveness of using a modified supraclavicular flap in reconstructing hypopharyngeal defects after hypopharyngeal resection surgery to treat stage III-IV hypopharyngeal cancer. **Patients & methods:** Prospective study, clinical intervention without control group. Performed on 30 patients with stage III-IV hypopharyngeal cancer, with squamous cell carcinoma histology, who underwent total laryngectomy with partial or complete hypopharyngectomy and immediate reconstruction with supraclavicular fascia

skin flap at the head and neck - ENT department of Ho Chi Minh City Oncology Hospital from January 2021 to September 2023. **Results:** The disease is in stages III and IV A with 4 cases of T3 and 26 cases of T4. 24 cases had initial surgery, 6 cases had prior chemotherapy or radiotherapy. 5 cases had the entire hypopharynx removed, 25 cases had part of the hypopharynx removed. Neck lymph node dissection 26 cases. Flap size ranges from an average of 20.6 * 7cm. All flaps healed well and did not require re-operation, there was only 1 case of partial flap necrosis and self-stabilization. There were 3 cases of throat fistula, 7 cases of fluid collection, infection and 3 cases requiring feeding through nasogastric tube. The average swallowing quality assessment is 93 points. **Conclusion:** Extended supraclavicular pedicled flap is a suitable choice for hypopharyngeal-esophageal reconstruction. **Keywords:** SCAIF - supraclavicular artery islands flap, hypopharynx reconstruction, Hypopharyngeal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vật trên đòn là vật da cân vùng trên đòn - cánh tay đã được ứng dụng nhiều trong phẫu thuật tái tạo các khuyết hồng da, mô mềm sau điều trị ung thư hay vết thương sẹo bỏng vùng đầu cổ. Việc ứng dụng vật trên đòn trong tái tạo họng thực quản vẫn chưa được nghiên cứu nhiều do cân nhắc vấn đề theo dõi và nguy cơ hoại tử đầu xa vật cũng như tình chèn ép góc xoay của cuống vật. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả việc sử dụng vật trên đòn trong tái tạo khuyết hồng họng thực quản sau phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản để điều trị ung thư hạ họng giai đoạn III-IV.

Phẫu thuật điều trị ung thư hạ họng giai đoạn III-IV cho hiệu quả kiểm soát bệnh và sống còn trong tốt hơn điều trị bằng hóa xạ trị. Do ung thư hạ họng có tính chất đa ổ và ăn lan dưới niêm nên phẫu thuật trong ung thư hạ họng thường phải cắt rộng, khuyết hồng để lại lớn cần phải tái tạo. Hơn nữa những bệnh nhân ung thư hạ họng thường lớn tuổi, có bệnh nội khoa đi kèm nên việc tái tạo lại khuyết hồng là thách thức cho các phẫu thuật viên. Tái tạo họng thực quản bằng vật tự do được ưu tiên chọn lựa, tuy nhiên kỹ thuật đòi hỏi kỹ năng vi phẫu, thời gian phẫu thuật và hậu phẫu kéo dài, vì vậy vật có cuống vẫn được sử dụng nhiều trong tái tạo do dễ áp dụng và kỹ thuật không đòi hỏi cao. Qua

¹Bệnh viện Ung Bướu TpHCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hoàng

Email: phdhoang71@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025

nhiều nghiên cứu, vật trên đòn tỏ ra là ưu việt nhất trong các vật có cuống để tái tạo hạ họng thực quản do chất liệu phù hợp, linh hoạt và ít gây ảnh hưởng chức năng nơi cho vật. Hiện nay có nhiều nghiên cứu sâu hơn trên xác tươi về giải phẫu học mạch máu trên đòn và các mạng mạch thông nối, từ đó giúp mở rộng phạm vi lấy vật và tăng tính an toàn của vật trên đòn. Đây cũng là cơ sở phát triển nghiên cứu này. [1-3,6-8]

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu, báo cáo loạt ca, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Nghiên cứu thực hiện trên 30 bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn III-IV, với mô học loại ung thư tế bào gai, được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần kèm cắt một phần hoặc toàn bộ hạ họng và tái tạo tức thì bằng vật da cân trên đòn tại khoa đầu cổ tai mũi họng bệnh viện ung bướu Tp HCM từ 01/2021- 09/2023. Bao gồm những bệnh nhân thỏa mãn:

- Bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn T3-4 N0-3 M0 chưa điều trị theo phân loại của AJCC 8 – 2017 và còn khả năng phẫu thuật triệt để.

- Bệnh nhân ung thư hạ họng đã được hóa trị hoặc/và xạ trị trước nhưng hiện còn tồn lưu bướu hoặc bệnh tái phát tại chỗ còn khả năng phẫu thuật triệt để.

- Có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào gai xâm lấn.

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản kèm tái tạo hạ họng bằng vật trên đòn.

Các bước tiến hành: Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được giải thích và đồng ý ký vào phiếu tham gia nghiên cứu, được khảo sát đánh giá giai đoạn bệnh, người bệnh được khám nội khoa và can thiệp dinh dưỡng trước điều trị nếu cần thiết.

Kỹ thuật lấy vật: Trước mổ: Khám đánh giá vùng da trên đòn và cánh tay 2 bên, ghi nhận tiền căn chấn thương hay phẫu thuật, xạ trị trước đó, các bệnh lý mạch máu đi kèm. Có thể siêu âm đánh giá mạch máu trên đòn trước mổ khi có tiền căn phẫu thuật hay chấn thương trước đây để khảo sát tính toàn vẹn của mạch máu trên đòn.

Trong lúc mổ: Sau phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản và nạo hạch cổ, chúng tôi đánh giá kích thước và thành phần khuyết hồng, đánh giá độ an toàn của cuống mạch máu vùng trên đòn (có hay không có tổn thương mạch máu ngang cổ, trên đòn khi nạo hạch nhóm IV ở các trường hợp có nạo hạch cổ bên), đánh giá nguy cơ dò dưỡng chấp, từ đó kết hợp các yếu tố để có chọn lựa bên lấy vật.

Khuyết hồng tương ứng với đảo da cần đo chiều dài và chiều rộng. Điểm trực để đo chiều dài vật là điểm giữa của tam giác cuống mạch trên đòn. Chiều dài cuống vật được tính từ điểm trực đến điểm khuyết hồng cao nhất.

Kỹ thuật tách vật: Do tính hằng định của mạch máu trên đòn, thiết kế vật theo hệ mạng mạch máu thông nối với diện bóc tách vật rộng nên chúng tôi không sử dụng máy doppler dò tìm động mạch trên đòn. Sau khi thiết kế vật theo kích thước khuyết hồng, chúng tôi rạch da sâu đến cơ bám da cổ, tách rộng mô dưới da, tách vật da theo mặt phẳng ngay trên cơ bám da cổ, phía dưới tách đến khoảng liên sườn 2 vùng ngực cùng bên; phía trong đến bờ ngoài bó ức đòn cơ ức đòn chũm; phía sau tách qua khỏi bờ trước cơ thang khoảng 1cm. Vật được tách từ đầu xa vào, lưu ý các nhánh thông nối với mạch máu mũ cánh tay sau, nhánh xuyên cơ delta, chú ý tách sâu ở mặt phẳng dưới cân cơ, có thể cắt kèm 1 phần cơ delta để bảo vệ cuống mạch hay gia tăng khối cơ bù cho các khuyết hồng lớn. Khi tách đến vùng xương đòn cần đi sát hoặc lột cả màng xương để bảo vệ an toàn cuống mạch máu trên đòn. Khi tách vật vùng phía sau cần chú ý thần kinh XI và bảo tồn nhánh thần kinh trên đòn, trường hợp cần tăng chiều dài vật cũng có thể hy sinh nhánh thần kinh trên đòn. Tiếp tục tách phần da vùng tam giác cuống mạch đến bờ ngoài cơ ức đòn chũm, lưu ý tính mạch cảnh ngoài. Tiếp tục tách dưới cơ ức đòn chũm để tạo đường hầm đưa cuống vật lên trên. Sau khi tách vật xong và đưa qua đường hầm, cần cắt mô đầu xa của vật để kiểm tra tưới máu. May phục hồi hạ họng mới, đảm bảo không chèn ép cuống vật.



Hình 1A. Phạm vi bóc tách vật (đường ngắt Hình 1B. Vật trên đòn sau thu hoạch)
quăng), Vật da (đường liên tục)

Theo dõi hậu phẫu với soi họng thực quản đánh giá vật sau 5-7 ngày hoặc sớm hơn kèm xử lý các biến chứng. Sau khi vết mổ ổn định, kiểm tra dò họng qua nội soi, tập nuốt nước bọt sau khi hết nuốt đau, test xanh Methylene và tập nuốt nước, thức ăn sau 3-4 tuần. Rút ống nuôi ăn, đánh giá chức năng nuốt qua bảng đánh giá Anderson thời điểm sau mổ hoặc sau khi chấm dứt điều trị 1,3, 6 tháng.

Các số liệu ghi nhận: giai đoạn bệnh theo bảng phân loại TNM AJCC 8-2017, ghi nhận độ ăn lan của bướu và hạch, hạch cổ 1 hay 2 bên, nhóm hạch, kích thước và loại khuyết hồng, kích thước vạt. Hậu phẫu cần nội soi theo dõi vạt sau mổ, ghi nhận các biến chứng: chảy máu, nhiễm trùng, tụ dịch, rò rỉ, rò rỉ ống nuôi ăn, thang điểm chất lượng nuốt. Ghi nhận các điều trị bổ túc sau mổ, theo dõi ghi nhận thời gian, vị trí tái phát và cách xử trí. Ghi nhận sống còn không bệnh và sống còn toàn bộ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 30 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu với 24 ca điều trị phẫu thuật từ đầu, 6 trường hợp đã hóa hay xạ trị trước. Toàn bộ bệnh nhân

Bảng 2: Độ rộng phẫu thuật

Mức độ phẫu thuật	Giai đoạn bướu	Cắt mở rộng			Tổng (%)
		Không	Miệng họng	Thực quản	
Cắt thanh quản + 1 phần hạ họng	T3	2	0	2	25 (83,3)
	T4	14	4	3	
Cắt thanh quản + toàn phần hạ họng	T3	0	0	0	5 (16,7)
	T4	1	0	4	
Tổng (%)		17 (56,7)	4 (13,3)	9 (30)	30 (100)

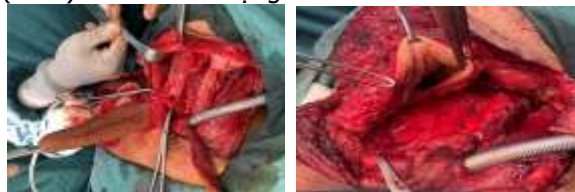
Thời gian phẫu thuật trung bình: 267,5 +/- 51,6 phút

Thời gian lấy vạt trung bình: 50,7 +/- 5,2 phút

Kích thước vạt trung bình: chiều dài 20,6 (15-25cm), chiều rộng 7 (6-9cm)

Tất cả là vạt da cân có lấy kèm lớp mỏng cơ delta, có 3 trường hợp vạt da cân- lấy thêm lớp cơ delta. Có 5 trường hợp bảo tồn thần kinh cảm giác vạt.

1/30 trường hợp có hoại tử một phần vạt, tất cả các trường hợp vạt đều sống tốt qua soi hạ họng kiểm tra sau 1 tuần và 1 tháng, không trường hợp nào phải phẫu thuật lại để dùng vạt thay thế. 10 trường hợp (30%) có biến chứng tụ dịch và/hoặc nhiễm trùng vết mổ làm kéo dài thời gian hậu phẫu và trong đó có 3 trường hợp (10%) vẫn còn dò họng kéo dài.



Hình 2A. Khuyết hồng 1 phần hạ họng dạng ống và vạt tái tại **Hình 2B. Khuyết hồng 1 phần hạ họng dạng ống và vạt tái tại**

100% nơi lấy vạt được may khít, tất cả đều lành tốt, 2 trường hợp tụ dịch nhiễm trùng nơi lấy vạt nhưng sau điều trị nội khoa cũng đều lành tốt. Không trường hợp nào phải ghép da.

là nam giới, 83,3% có hút thuốc lá và 70% có hút thuốc lá kèm uống rượu. BMI trung bình 19,55 trong đó 1/3 suy dinh dưỡng (< 18,3).

Bảng 1: Xếp hạng TNM theo AJCC 8-2017

Hạch Bướu \	N0	N1	N2	N3	Tổng (%)
T3	1	0	2	1	4(13,3)
T4	3	2	11	10	26(86,7)
Tổng (%)	3(13,3)	2(6,7)	13(43,3)	11(36,7)	30(100)

Tỉ lệ ung thư ăn lan khỏi hạ họng phải cắt rộng thêm phần thực quản và miệng họng là 43,3% (13 ca)

Tất cả các trường hợp đều phải cắt thanh quản toàn phần, có 5 trường hợp cắt toàn bộ hạ họng nên cần tái tạo dạng ống.

27/30 (90%) bệnh nhân ăn uống qua ngã miệng sau mổ trung bình 5,7 tuần (3-20), với 22 trường hợp (81,5%) ăn được thức ăn đặc như cháo đặc, cơm, phở. 5 trường hợp còn lại (18,5%) phải ăn thức ăn lỏng hoặc có uống nước kèm theo khi ăn. Có 5/30 trường hợp ghi nhận cảm giác nóng lạnh nơi lấy vạt khi ăn uống.

IV. BÀN LUẬN

Vạt trên đòn là vạt tại vùng có cuống, có chất liệu và độ linh hoạt phù hợp nhất trong tái tạo hạ họng (2,3,6). Tuy vậy, do đây là vạt có cuống với mạch máu trực có đường kính mạch máu nhỏ 1-1,5mm nên nguy cơ hoại tử vạt đầu xa là biến chứng đáng ngại, nhất là với khuyết hồng lớn và lan xa vùng đáy lưỡi. Với các hiểu biết mới về các mạng mạch thông nối vùng trên đòn và vùng vai cho thấy động mạch trên đòn có các thông nối với hệ mạch mũ cánh tay sâu và hệ mạch máu vùng ngực và dưới đòn thông qua mạng nối với động mạch cùng vai ngực, từ đó các cải biên về phạm vi lấy vạt trên đòn được mở rộng xuống 1/3 giữa cánh tay và vùng delta ngực. Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên bệnh nhân ở giai đoạn III- IV với tổng trạng trung bình có chỉ số BMI < 18,5 chiếm 36,7%, mức độ khuyết hồng lớn với 5 trường hợp phải tái tạo toàn bộ hạ họng dạng ống nên vạt cần lấy rộng và dài hơn.

Chúng tôi không sử dụng máy siêu âm doppler để xác định cuống mạch do qua các

ngghiên cứu cho thấy tính ổn định về giải phẫu học mạch máu trên đòn và phạm vi bóc tách vạt trong ngghiên cứu rộng đủ để bao phủ các biến thể của mạch máu trên đòn. Thêm nữa, kỹ thuật phẫu tích cuống vạt cũng giúp cải thiện góc xoay và giúp vạt vươn xa hơn, chúng tôi đã lấy vạt đến 1/3 giữa cánh tay với độ dài vạt xa nhất là 26cm nhưng chỉ có 1/30 trường hợp hoại tử một phần bề mặt da đầu xa vạt. Điều cần lưu ý nữa là phải tuân thủ mặt phẳng bóc tách vạt, nên lấy thêm một phần cơ delta giúp bảo vệ mạch máu tốt hơn và khi tách đến vùng mỡ cùng vai và xương đòn thì cần tách sát màng xương và dùng dao thường hoặc kéo, tránh dùng dao điện. [1.4]

Tương tự ngghiên cứu của Shantanu,[5] Chúng tôi nhận thấy việc nạo hạch cổ bên không ảnh hưởng đến độ an toàn của vạt nhưng cần lưu ý mạch máu ngang cổ và trên đòn khi nạo hạch cổ nhóm IV. Ngghiên cứu có tỉ lệ rò họng 10% cũng tương tự các ngghiên cứu khác, tuy nhiên hiện tượng rò không phải do vạt bị hoại tử, 100% các trường hợp vạt sống tốt qua soi họng thực quản sau phẫu thuật 1 tháng.

V. KẾT LUẬN

Vạt thượng đòn cải biên với kỹ thuật tách vạt mở rộng không dùng siêu âm định vị mạch máu tái tạo họng thực quản cho kết quả an toàn và hiệu quả, giúp phục hồi chức năng nuốt tốt. Vì vậy đây là một chọn lựa vạt tại vùng phù hợp cho tái tạo các khuyết hồng hạ họng thực quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Youyi Jiang, Maochao Ding, Zhengbing Zhou, Maolin Tang (2021). "A 3D visualization layered anatomy for acromial arterial rete and flap

design". Springer Nature - Surgical and Radiologic Anatomy,

2. Eirini Nikolaidou, Glykeria Pantazi, Apostolos Sovatzidis, Stella Vakouli (2022). "Review The Supraclavicular Artery Island Flap for Pharynx Reconstruction". Journal of Clinical Medicine, 11 (3126)
3. Ernest S. Chiu, Perry H. Liu, Roxanne Baratelli, M.D. Abigail E. Chaffin Mark Y. Lee, M.D. Paul L. Friedlander (2010). "Circumferential Pharyngoesophageal Reconstruction with a Supraclavicular Artery Island Flap". the American Society of Plastic Surgeons 125, 161-166.
4. Jay W. Granzow, Ahmed Suliman, Jason Roostaeian, Adam Perry, J. Brian Boyd (2013). "Supraclavicular Artery Island Flap (SCAIF) vs Free Fasciocutaneous Flaps for Head and Neck Reconstruction". Otolaryngology– Head and Neck Surgery, American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation 2013, 148 (6), 941-948.
5. Shantanu N. Razdan, Claudia R. Albornoz, Teresa Ro (2015). "Safety of the Supraclavicular Artery Island Flap (SAIF) in the setting of neck dissection and radiation therapy". J reconstruction Microsurgery, 31 (5), 378-383.
6. Hani Y. Nasr, Paul Friedlander, MD Ernest S. Chiu, FACS (2023). "Supraclavicular Artery Island Flap for Head and Neck Oncologic Reconstruction 15-year Experience, Past, Present, Future". Plastic Reconstruction Surgery 11
7. Raymond J.T Kim, Mark E. Izzard, Rajan S. Patel (2011). "Supraclavicular artery island flap for reconstructing defects in the head and neck region". Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery 19, 248-250.
8. Niels Kokot, Kashif Mazhar, Lindsay S. Reder (2013). "The Supraclavicular Artery Island Flap in Head and Neck Reconstruction Applications and Limitations". JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 139 (11), 1247-1255.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ ADIPONECTIN HUYẾT TƯƠNG VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM HUYẾT HỌC Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Trần Doanh Hiệu¹, Nguyễn Trọng Hòa¹,
Lê Thanh Sơn¹, Bùi Khắc Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ adiponectin huyết tương và một số đặc điểm huyết

học ở bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày. **Đối tượng, phương pháp:** Ngghiên cứu mô tả có theo dõi dọc trên 68 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn. Nồng độ adiponectin huyết thanh trước mổ được định lượng bằng kỹ thuật ELISA sandwich (FineTest). Các chỉ số huyết học được so sánh giữa hai nhóm phân theo giá trị trung vị adiponectin. **Kết quả:** Nhóm có nồng độ adiponectin thấp có số lượng lympho ($p = 0,011$), hồng cầu ($p = 0,009$) và hematocrit ($p = 0,021$) cao hơn có ý nghĩa thống kê. Thiếu máu gặp nhiều hơn ở nhóm adiponectin cao ($p = 0,013$). Không ghi nhận sự khác

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Khắc Cường

Email: buikhaccuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025