

BHRA có ý nghĩa dự đoán aiCSU và BHRA có ý nghĩa cao nhất dự báo CSU tự miễn típ 2b với 88%.⁸ Do đó, nhóm tác giả cho rằng giảm BCAT là một dấu ấn sinh học tiềm năng của CSU tự miễn típ 2b. Nghiên cứu của chúng tôi không thực hiện xét nghiệm BHRA nên không thể xác định được liệu giảm BCAT có liên quan đến cơ chế tự miễn típ 2b trên đối tượng bệnh nhân Việt Nam không. Đây cũng là điểm hạn chế lớn trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ giảm BCAT trên bệnh nhân mày đay mạn tính tự phát người Việt Nam là 17,6%. Giảm BCAT là một dấu ấn sinh học tiềm năng liên quan đến mức độ hoạt động bệnh trong CSU. Nhóm CSU giảm BCAT có điểm hoạt động bệnh cao hơn và mức độ bệnh nặng hơn so với nhóm CSU không giảm BCAT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al. The international EAACI/ GA²LEN/ EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. 2022;77(3):734-766.
2. Altrichter S, Frischbutter S, Fok JS, et al. The role of eosinophils in chronic spontaneous urticaria. 2020;145(6):1510-1516.
3. Kolkhir P, Church MK, Altrichter S, et al. Eosinopenia, in chronic spontaneous urticaria, is associated with high disease activity, autoimmunity, and poor response to treatment. 2020;8(1):318-325. e5.
4. Cúc NTK, Uyên CN, Minh VNJTcNcYh. Sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm giữa các thể mày đay mạn tính tại Việt Nam. 2025;191(6):209-216.
5. Abd El-Azim M, Abd El-Azim SJJoaIA, Immunology C. 8 Chronic Autoimmune Urticaria: Frequency and Association With Immunological Markers. 2011;21(7):546.
6. Grattan C, Boon A, Eady R, Winkelmann RJIAoA, Immunology. The pathology of the autologous serum skin test response in chronic urticaria resembles IgE-mediated late-phase reactions. 1990;93(2-3):198-204.
7. Asero R, Pinter E, Tedeschi AJEAACI. 35 years of autologous serum skin test in chronic spontaneous urticaria: what we know and what we do not know. 2023;55(1):4-8.
8. Schoepke N, Asero R, Ellrich A, et al. Biomarkers and clinical characteristics of autoimmune chronic spontaneous urticaria: results of the PURIST Study. 2019;74(12):2427-2436.

SỰ PHÙ HỢP CỦA VẬT DA CÂN THƯỢNG ĐÒN TRONG TẠO HÌNH KHUYẾT THIẾU ỚNG HỌNG SAU PHẪU THUẬT CẮT HẠ HỌNG THANH QUẢN TOÀN PHẦN

Phạm Văn Hữu^{1,2}, Nguyễn Quang Trung^{1,2}, Ngô Xuân Khoa¹,
Ngô Duy Thịnh^{1,2}, Phạm Thùy Linh², Đỗ Minh Khang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm giải phẫu của vật da cân thượng đòn (supraclavicular artery island flap – SCAIF) và tính phù hợp của vật trong tái tạo ống họng sau phẫu thuật cắt hạ họng – thanh quản toàn phần. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm hai phần: (1) phẫu tích 15 xác tươi đông lạnh (10 vật) để khảo sát nguyên ủy, đường kính, chiều dài động mạch thượng đòn và phạm vi vùng cấp máu; (2) chuỗi lâm sàng 30 bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn tiến triển được cắt hạ họng – thanh quản toàn phần, nạo vét hạch cổ hai bên và tạo hình ống họng bằng SCAIF. Thu thập giai đoạn T, N; kích thước khuyết hổng; kích thước vật; thời gian phẫu

thuật; biến chứng; thời gian nằm viện; phân tích mô tả. **Kết quả:** Trên 15 xác (30 vật), vùng cấp máu trung bình 17.3×9.2 cm; động mạch thượng đòn xuất phát từ động mạch cổ ngang 100% với đường kính 3.1 (2.9-3.4) mm; chiều dài trung bình là 4.3 (3.7-5.3) cm. Trên 30 bệnh nhân được phẫu thuật, chiều dài khuyết hổng là 8,7 (7-11) cm; chiều dài vật thu được là 18.4 (16-20) cm, trong đó đảo da để tạo hình có kích thước trung bình là 8.7×7,3 cm. Thời gian thu hoạch vật 29.5 (20-40) phút trong tổng thời gian phẫu thuật trung bình là 184 phút; không ghi nhận trường hợp nào rò, nhiễm trùng, tử vong. Thời gian nằm viện trung bình là 13 ngày. **Kết luận:** Vật thượng đòn có nền tảng giải phẫu ổn định, dễ thu hoạch, cho thời gian phẫu thuật ngắn và biến chứng thấp; là lựa chọn phù hợp để tái tạo ống họng sau cắt hạ họng – thanh quản toàn phần, đặc biệt trong bối cảnh hạn chế nguồn lực vi phẫu.

Từ khóa: vật thượng đòn, tái tạo ống họng, cắt hạ họng – thanh quản toàn phần, ung thư hạ họng.

SUMMARY

THE APPROPRIATENESS OF THE SUPRACLAVICULAR ARTERY ISLAND FLAP

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hữu

Email: huuphamvan1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

IN RECONSTRUCTION OF PHARYNGEAL DEFECTS FOLLOWING TOTAL LARYNGOPHARYNGECTOMY

Objective: To evaluate the anatomical characteristics of the supraclavicular artery island flap (SCAIF) and its suitability for pharyngeal reconstruction after total laryngopharyngectomy. **Methods:** Cross-sectional descriptive study with two parts: (1) dissection of 15 fresh-frozen cadavers (30 flaps) to assess the origin, diameter, and length of the supraclavicular artery and the perfusion territory; (2) a clinical series of 30 patients with advanced hypopharyngeal cancer who underwent total laryngopharyngectomy, bilateral neck dissection, and pharyngeal reconstruction using SCAIF. Collected variables included T and N stage, defect size, flap dimensions, operative times, complications, and length of hospital stay; data were analyzed descriptively. **Results:** In 15 cadavers (30 flaps), the mean perfusion territory was 17.3×9.2 cm; the supraclavicular artery arose from the transverse cervical artery in 100% of cases, with a diameter of 3.1 (2.9–3.4) mm and a length of 4.3 (3.7–5.3) cm. In 30 operated patients, defect length was 8.7 (7–11) cm; harvested flap length was 18.4 (16–20) cm, with a mean skin paddle of 8.7×7.3 cm for reconstruction. Flap harvest time was 29.5 (20–40) minutes; mean total operative time was 184 minutes. No pharyngocutaneous fistula, surgical site infection, or mortality was observed. Mean hospital stay was 13 days. **Conclusion:** SCAIF demonstrates stable vascular anatomy, is straightforward to harvest, shortens operative time, and is associated with low complication rates. It is a suitable option for pharyngeal reconstruction after total laryngopharyngectomy, particularly in settings with limited microsurgical resources.

Keywords: supraclavicular artery island flap (SCAIF), pharyngeal reconstruction, total laryngopharyngectomy, hypopharyngeal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng và thanh quản giai đoạn tiến triển là một trong những bệnh lý ác tính vùng đầu cổ có tiên lượng xấu nhất, với tỷ lệ sống thêm 5 năm thường dưới 30–40%¹. Điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ hạ họng – thanh quản kèm nạo vét hạch cổ vẫn là phương pháp chuẩn trong nhiều trường hợp, đặc biệt khi bệnh đã lan rộng hoặc tái phát sau xạ trị. Tuy nhiên, phẫu thuật này để lại khuyết hổng lớn của ống họng, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng nuốt, nói và chất lượng sống của bệnh nhân. Do đó, tái tạo ống họng sau cắt hạ họng – thanh quản toàn phần là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên.

Trong nhiều thập kỷ, các vật tự do như vạt hổng tràng, vạt cánh tay quay (RFFF), vạt đùi trước ngoài (ALT) đã được xem là lựa chọn hàng đầu cho tái tạo khuyết hổng ống họng toàn bộ hoặc bán phần. Vạt hổng tràng có ưu điểm về

cấu trúc ống và niêm mạc tương đồng, song đòi hỏi vi phẫu phức tạp, thời gian mổ kéo dài và nguy cơ biến chứng ổ bụng². Các vật tự do khác như ALT và RFFF cũng mang lại kết quả tốt, nhưng vẫn cần vi phẫu tinh vi và nguồn lực chuyên sâu, vốn là những hạn chế tại nhiều cơ sở y tế ở các quốc gia đang phát triển².

Trong bối cảnh đó, vạt da cân thượng đòn hay còn gọi tắt là vạt thượng đòn (supraclavicular artery island flap – SCAIF) nổi lên như một lựa chọn thay thế đầy hứa hẹn. Kể từ khi được Kokot và cộng sự giới thiệu rộng rãi vào năm 2013³, nhiều nghiên cứu đã chứng minh tính khả thi, an toàn và đa năng của SCAIF trong tái tạo vùng đầu cổ, đặc biệt là các khuyết hổng niêm mạc hầu – họng⁴. Vạt có đặc điểm mỏng, mềm mại, màu sắc tương đồng với niêm mạc hầu, đồng thời có cuống mạch dài và đáng tin cậy⁵. Thời gian lấy vạt nhanh, kỹ thuật đơn giản, không đòi hỏi vi phẫu, do đó rất phù hợp với các trung tâm chưa phát triển mạnh vi phẫu^{3,4}.

Ngoài ra, SCAIF còn có ưu điểm là tỷ lệ biến chứng thấp, có thể được áp dụng trong nhiều bối cảnh lâm sàng khác nhau, kể cả ở những bệnh nhân đã xạ trị trước đó⁴. Các nghiên cứu giải phẫu đã cho thấy vùng cấp máu ổn định và đường kính động mạch đủ lớn để bảo đảm sự sống còn của vạt⁵. Nhờ đó, SCAIF ngày càng được ứng dụng rộng rãi hơn trong phẫu thuật đầu cổ, và được xem như một lựa chọn đáng tin cậy bên cạnh các vật tự do kinh điển.

Tuy nhiên, tại Việt Nam, số liệu về ứng dụng vạt thượng đòn trong tái tạo ống họng sau cắt hạ họng – thanh quản toàn phần còn rất hạn chế. Việc nghiên cứu đặc điểm giải phẫu cũng như đánh giá hiệu quả lâm sàng của vạt trong bối cảnh thực tiễn trong nước là cần thiết, nhằm khẳng định tính khả thi và vai trò của phương pháp này trong điều trị ung thư hạ họng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm hai nhóm:

Nhóm xác tươi đông lạnh: 15 xác tươi đông lạnh được lựa chọn ở vùng cổ và thượng đòn còn nguyên vẹn, chưa bị phẫu tích trước đó. Các xác có đầy đủ cấu trúc giải phẫu cần thiết để khảo sát động mạch thượng đòn và vùng cấp máu của vạt. Tiêu chuẩn loại trừ là các xác có tổn thương hoặc đã bị can thiệp ở vùng cổ – thượng đòn.

Nhóm bệnh nhân lâm sàng: 30 bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn tiến triển (T3–T4, N0–N3 theo phân loại AJCC 8th edition) được điều trị phẫu thuật cắt hạ họng – thanh quản

toàn phần kèm nạo vét hạch cổ hai bên và tái tạo bằng vật thương đòn tại Trung tâm Ung bướu và phẫu thuật đầu cổ Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô vảy hạ họng, có chỉ định phẫu thuật triệt căn và vật thương đòn có thể áp dụng. Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ lâm sàng không đầy đủ, bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật, hoặc có tiền sử can thiệp/phẫu thuật, chiếu xạ vào vùng thương đòn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Cỡ mẫu: thuận tiện, gồm 15 xác và 30 bệnh nhân.

Chỉ số nghiên cứu bao gồm Nhóm xác: nguyên ủy, đường kính, chiều dài động mạch thượng đòn; chiều dài, chiều ngang vùng cấp máu; kiểu phân nhánh; mối liên quan giải phẫu. Nhóm bệnh nhân: tuổi, giới, giai đoạn bệnh, đặc điểm tổn khuyết, kích thước vật, thời gian lấy vật, thời gian tạo hình, tổng thời gian mổ, biến chứng sớm và muộn, thời gian nằm viện.

Quy trình tiến hành:

Giải phẫu xác: phẫu tích theo chuẩn, có tiêm chất màu (latex xanh) để xác định rõ vùng cấp máu và mô tả mối liên quan giải phẫu.

Phẫu thuật lâm sàng: cắt hạ họng – thanh quản toàn phần, nạo vét hạch cổ hai bên, sau đó lấy vật thương đòn theo kỹ thuật đã được mô tả trong y văn. Vật được xoay 90–180° và đưa lên che phủ khuyết hổng theo dạng mảnh ghép hoặc ống hóa tùy vào chiều rộng niêm mạc còn lại.

Xử lý số liệu: Dùng phần mềm SPSS để thống kê và xử lý số liệu

Thời gian, địa điểm: Các bệnh nhân được phẫu thuật từ 6/2023 đến 5/2025 tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, Hà Nội. Các xác tươi đông lạnh được thực hiện phẫu tích tại khoa Giải phẫu, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học – Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt (mã số HMUIRB919, ngày 05/05/2023). Tất cả bệnh nhân đều được giải thích và ký cam kết đồng thuận. Các phẫu tích xác được thực hiện theo đúng quy định và sự đồng ý hiến xác cho y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm giải phẫu vật thương đòn (phẫu tích xác tươi). Phẫu tích 15 xác tươi đông lạnh, thu được 30 vật thương đòn. Vùng cấp máu của vật có chiều dài trung bình 17.3 cm (16.2–18.0 cm) và chiều ngang 9.2 cm (8.0–10.5 cm). Động mạch thượng đòn trong tất cả các

trường hợp đều xuất phát từ động mạch cổ ngang (100%). Đường kính trung bình của động mạch thượng đòn tại nguyên ủy là 3.1 mm (2.9–3.4 mm), với chiều dài trung bình 4.3 cm (3.7–5.3 cm). Kết quả này cho thấy cuống mạch của vật thương đòn có kích thước đủ lớn và ổn định để đảm bảo sự sống còn của vật trong lâm sàng. Các đặc điểm giải phẫu được tóm tắt trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm vật thương đòn trên xác tươi đông lạnh

Đặc điểm vật thương đòn	Giá trị
Số lượng xác	15
Số lượng vật được phẫu tích	30
Chiều dài vùng cấp máu (cm)	17.3 (16.2–18.0)
Chiều ngang vùng cấp máu (cm)	9.2 (8.0–10.5)
Nguyên ủy động mạch thượng đòn	Động mạch cổ ngang (100%)
Đường kính động mạch thượng đòn (mm)	3.1 (2.9–3.4)
Chiều dài động mạch thượng đòn (cm)	4.3 (3.7–5.3)

3.2. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.

Nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn tiến triển được phẫu thuật cắt hạ họng – thanh quản toàn phần và tái tạo bằng vật thương đòn. Tuổi trung bình là 59.0 tuổi (47–74 tuổi). Có 1 bệnh nhân nữ chiếm (6.7%) còn lại chủ yếu là nam giới. Về giai đoạn u, đa số thuộc T4, trong khi giai đoạn hạch chủ yếu là N2–N3. Đặc điểm bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình ống họng bằng vật thương đòn được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm của bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình ống họng bằng vật thương đòn

Đặc điểm bệnh nhân	N (%)
Giới tính	
Nam	14 (93.3%)
Nữ	1 (6.7%)
Tuổi (năm tuổi)	59 (47–74)
Giai đoạn khối u (T)	
T3	9 (30%)
T4	21 (70%)
Giai đoạn hạch (N)	
N0	3 (10%)
N1	3 (10%)
N2	9 (30%)
N3	15 (50%)

3.3. Đặc điểm trong phẫu thuật tạo hình ống họng bằng vật thương đòn. Chiều dài tổn khuyết sau cắt u trung bình là 8.7 cm. Chiều rộng niêm mạc còn lại trung bình 2.3 cm. Vật thương đòn được thu hoạch có tổng chiều dài trung bình 18,4 cm, chiều dài đảo da 11.2

cm, và chiều rộng đảo da 7.3 cm. Những số liệu này cho thấy vật đủ khả năng che phủ và tái tạo toàn bộ ống huyệt trong các trường hợp cắt rộng. Thời gian thu hoạch vật trung bình 29.5 phút, thời gian tạo hình ống huyệt trung bình là 62.5 phút, và tổng thời gian phẫu thuật trung bình mất 184 phút. Điều này cho thấy kỹ thuật lấy và sử dụng vật thượng đòn tương đối nhanh, góp phần rút ngắn thời gian mổ so với các vật tự do đòi hỏi vi phẫu. Đặc điểm trong phẫu thuật được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật tạo hình ống huyệt bằng vật thượng đòn

Đặc điểm	Giá trị
Kích thước tổn khuyết (cm)	
Chiều dài tổn khuyết	8.7 (7.0-11.0)
Chiều ngang hẹp nhất phần niêm mạc huyệt còn lại	1.6 (0-2.5)
Kích thước vật thượng đòn (cm)	
Tổng chiều dài của vật	18.4 (16.0-20.0)
Chiều dài đảo da	8.7 (7.0-12.0)
Chiều rộng của vật	7.3 (6.0-8.0)
Thời gian phẫu thuật (phút)	
Thời gian lấy vật	29.5 (20-40)
Tổng thời gian phẫu thuật	184 (170-210)

3.4. Biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện. Không ghi nhận trường hợp nào bị rò ống huyệt, tụ máu, tụ dịch, bục vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, rò hầu huyệt, khó nuốt nặng hoặc tử vong. Một số bệnh nhân có hiện tượng ứ đọng dịch nhẹ vùng hầu huyệt, song đều cải thiện trong giai đoạn hậu phẫu. Có 3 trường hợp nổi phỏng nước tại vị trí cho vật sau đó ổn định dần sau phẫu thuật 1 tuần không để lại di chứng gì. Thời gian nằm viện trung bình là 13 ngày (11–21 ngày). Các biến chứng sau phẫu thuật được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	N (%)
Rò ống huyệt	0
Tụ máu	0
Nhiễm trùng vết mổ	0
Nổi phỏng nước vùng cho vật	3 (30%)
Nuốt vướng	0
Ngày nằm viện (ngày)	13 (11-18)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy vật thượng đòn có nền tảng giải phẫu ổn định, với cuống mạch có đường kính đủ lớn và chiều dài phù hợp, tất cả đều xuất phát từ động mạch cổ ngang, phù hợp với mô tả giải phẫu của Vinh và cộng sự, vốn khẳng định sự tin cậy của hệ mạch nuôi vật ở vùng thượng đòn⁵. Tính ổn định giải

phẫu là tiền đề trực tiếp cho tỉ lệ sống vật cao khi ứng dụng lâm sàng, đặc biệt trong điều kiện tái tạo ống huyệt sau phẫu thuật triệt căn có diện cắt rộng.

So sánh với các phương pháp kinh điển, vật hồng tràng mang lại bề mặt niêm mạc tương đồng và cấu trúc dạng ống thuận lợi, nhưng đòi hỏi vi phẫu phức tạp, thời gian mổ kéo dài và có nguy cơ biến chứng tại ổ bụng. Kinh nghiệm cổ điển của Coleman và cộng sự cho thấy dù tỉ lệ thành công cao, gánh nặng phẫu thuật là đáng kể⁶. Trái lại, SCAIF không đòi hỏi nối vi phẫu, có thể rút ngắn đáng kể thời gian mổ trong bối cảnh nguồn lực hạn chế, vẫn bảo đảm che phủ niêm mạc và thể tích cần thiết cho tái thiết ống huyệt^{2,3}.

Các so sánh trực tiếp giữa SCAIF và vật tự do cho thấy kết quả khá nhất quán: Reiter và cộng sự ghi nhận biến chứng sớm (rò, hẹp) và kết quả chức năng tương đương giữa SCAIF với RFFF/ALT, trong khi thời gian mổ ngắn hơn ở nhánh SCAIF². Ở nhóm sau cắt thanh quản – hạ họng, Emerick và Deschler báo cáo tỉ lệ biến chứng thấp và tỉ lệ sống vật cao với SCAIF, củng cố vai trò của vật này trong các trường hợp cần tái tạo đường tiêu hoá trên liên tục⁴. Các cải tiến kỹ thuật mô tả bởi Granzow và cộng sự như tối ưu đường rạch, giải phóng cuống và khâu tạo ống, góp phần chuẩn hoá quy trình, rút ngắn thời gian thu hoạch và giảm nguy cơ xoắn cuống mạch⁷.

Các báo cáo về kích thước vật khả dụng cho tái tạo hầu-huyệt cho thấy đảo da SCAIF thường dài 13–20 cm, rộng 6–10 cm, cho phép ống hoá hoặc che phủ chu vi lớn, đa số trường hợp có thể đóng trực tiếp nơi cho vật, hạn chế bệnh lý vùng cho so với vật cơ ngực lớn⁸. Về chức năng, thời gian ăn lại qua đường miệng sớm (khoảng 2–3 tuần) và tỉ lệ biến chứng chấp nhận được đã được ghi nhận trong các chuỗi ca lâm sàng gần đây⁴.

Ở góc nhìn so sánh, vật cơ ngực lớn dù sẵn có và đáng tin cậy nhưng thường căng kềm, nguy cơ rò và hẹp cao hơn, ảnh hưởng chức năng nuốt, đặc biệt ở tái tạo ống huyệt, do chất liệu dày và có lông, vì vậy SCAIF mang lại lợi thế về độ mỏng, khả năng cuộn ống và tính tương hợp mô học². So với RFFF/ALT, SCAIF tránh được vi phẫu và rút ngắn thời gian mổ nhưng tỷ lệ biến chứng tương đương trong nhiều báo cáo đối chứng, lựa chọn tối ưu phụ thuộc hình thái khuyết hồng, kinh nghiệm phẫu thuật viên và nguồn lực cơ sở^{2,3,8}.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: cỡ mẫu nhỏ, đơn trung tâm, thời gian theo dõi chức năng chưa dài và chưa có nhóm đối chứng vật tự do. Tuy nhiên, việc kết hợp phân tích giải phẫu với chuỗi ca lâm sàng giúp tạo lập

nền tảng giải phẫu – kỹ thuật cho SCAIF trong tái tạo ống họng tại bối cảnh Việt Nam, đồng thời bổ sung bằng chứng so sánh với y văn quốc tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu kết hợp phẫu tích xác tươi và chuỗi ca lâm sàng cho thấy vật thương đòn (SCAIF) có nền tảng giải phẫu ổn định, vùng cấp máu đáng tin cậy và kỹ thuật thu hoạch đơn giản, không đòi hỏi vi phẫu. Trên lâm sàng, SCAIF cho phép tái tạo ống họng hiệu quả với thời gian phẫu thuật rút ngắn và tỷ lệ biến chứng thấp, không ghi nhận biến chứng nặng trong loạt ca của chúng tôi. Những đặc điểm này khiến SCAIF trở thành lựa chọn phù hợp cho tái tạo ống họng sau cắt hạ họng – thanh quản toàn phần, đặc biệt trong bối cảnh nguồn lực vi phẫu còn hạn chế hoặc ở bệnh nhân nguy cơ cao.

Dựa trên các bằng chứng giải phẫu và kết quả bước đầu, chúng tôi khuyến nghị cân nhắc SCAIF như một lựa chọn ưu tiên khi khuyết hổng yêu cầu mô mỏng, dẻo và chiều dài che phủ vừa đủ, có thể ống hóa. Các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, đối chứng trực tiếp với các vật tự do (RFFF, ALT, vật hồng trảng), thời gian theo dõi dài và đánh giá toàn diện chức năng nuốt, chất lượng sống sẽ cần thiết để khẳng định thêm vị thế của SCAIF trong phẫu thuật tái tạo tổn thương ống họng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark JR, Gilbert R, Irish J, Brown D,

Neligan P, Gullane PJ. Morbidity After Flap Reconstruction of Hypopharyngeal Defects. The Laryngoscope. 2006;116(2): 173-181. doi:10.1097/01.mlg.0000191459.40059.fd

2. Reiter M, Baumeister P. Reconstruction of laryngopharyngectomy defects: Comparison between the supraclavicular artery island flap, the radial forearm flap, and the anterolateral thigh flap. Microsurgery. 2019;39(4): 310-315. doi: 10.1002/micr.30406
3. Kokot N, Mazhar K, Reder LS, Peng GL, Sinha UK. The Supraclavicular Artery Island Flap in Head and Neck Reconstruction: Applications and Limitations. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2013; 139(11): 1247. doi:10.1001/jamaoto.2013.5057
4. Emerick KS, Herr MA, Deschler DG. Supraclavicular flap reconstruction following total laryngectomy. The Laryngoscope. 2014;124(8): 1777-1782. doi:10.1002/lary.24530
5. Vinh VQ, Van Anh T, Ogawa R, Hyakusoku H. Anatomical and Clinical Studies of the Supraclavicular Flap: Analysis of 103 Flaps Used to Reconstruct Neck Scar Contractures: Plastic and Reconstructive Surgery. 2009;123(5):1471-1480. doi:10.1097/PRS.0b013e3181a205ba
6. Coleman JJ, Searles JM, Hester TR, et al. Ten years experience with the free jejunal autograft. The American Journal of Surgery. 1987;154(4): 394-398. doi:10.1016/0002-9610(89)90011-1
7. Granzow JW, Suliman A, Roostaeian J, Perry A, Boyd JB. Supraclavicular Artery Island Flap (SCAIF) vs Free Fasciocutaneous Flaps for Head and Neck Reconstruction. Otolaryngol-head neck surg. 2013;148(6): 941-948. doi:10.1177/0194599813476670
8. Pallua N, Kim BS. Pre-expanded Supraclavicular Artery Perforator Flap. Clinics in Plastic Surgery. 2017;44(1):49-63. doi:10.1016/j.cps.2016.08.005

TỔN THƯƠNG MẮT TRONG BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG: ĐỤC THỂ THỦY TINH, TỔN THƯƠNG VỔNG MẠC VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Nguyễn Thị Mai Hương¹, Đỗ Thị Tùng Lâm², Nguyễn Văn Đoàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tổn thương mắt với các yếu tố nguy cơ trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 46 bệnh nhân được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống và phát hiện có tổn thương mắt tại Trung tâm Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2019 tới tháng 8/2020. **Kết quả:** Trong tổn thương mắt ở bệnh nhân

lupus ban đỏ hệ thống đục thể thủy tinh chiếm 25%. Tỷ lệ này tăng cao hơn rõ rệt ở nhóm dùng corticoid ≥ 5 năm (66,7%) so với nhóm dùng corticoid < 5 năm (33,3%) và tăng gấp 3.6 lần (OR 3,6; CI 95%: 1,03–12,54; $p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân SLE có đục thể thủy tinh thường đi kèm với đợt cấp SLE nặng (61,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Tổn thương võng mạc ở bệnh nhân SLE gồm viêm mạch võng mạc chiếm 18,5%, vi mạch võng mạc chiếm 15,2%, và tổn thương do HCQ/Cloroquine chiếm 10,9%. Trong đó, thời gian bệnh nhân mắc bệnh ≥ 10 năm có nguy cơ tổn thương võng mạc cao hơn rõ rệt do HCQ/Cloroquine so với nhóm có thời gian mắc bệnh < 10 năm (OR 19,4; CI 95%: 1,88–201,18; $p < 0,01$). Các bệnh nhân có tổn thương võng mạc chủ yếu gặp đợt cấp SLE nặng/rất nặng (93,1%). Và tỷ lệ tổn thương võng mạc ở bệnh nhân dương tính với kháng thể ANA, anti-dsDNA và các kháng thể APS lần lượt là 61,9%, 62,5%, và 66,7%. **Kết luận:** Đục

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: nguyennmai.huong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025