

phát muộn có tỷ lệ thấp hơn đáng kể [5].

Về sinh học rau thai, nồng độ sFlt-1 cao ở giai đoạn 28–34 tuần, PIGF tăng dần theo tuổi thai, kéo theo tỷ số sFlt-1/PIGF giảm mạnh từ nhóm 28–32 tuần đến ≥ 34 tuần ($p < 0,001$). Các nghiên cứu đoàn hệ châu Âu (Verlohren và cs.; Zeisler và cs.) đều cho thấy PIGF thấp rõ và sFlt-1 cao ở TSG khởi phát sớm (< 34 tuần), dẫn tới tỷ số sFlt-1/PIGF lớn; ở TSG ≥ 34 tuần, PIGF “đỡ thấp hơn”, sFlt-1 giảm, nên tỷ số thấp hơn [6]. Kết quả xét nghiệm tỷ số sFlt-1/PIGF của chúng tôi tái hiện đúng xu hướng này: 182,5 (28–32 tuần) $>$ 132,5 (32–34 tuần) $>>$ 55,5 (> 34 tuần). TSG khởi phát sớm (< 34 tuần) chiếm 61,5%, cao hơn TSG khởi phát muộn (≥ 34 tuần) 38,5%. Điều này cho thấy quần thể nghiên cứu thiên về nguy cơ do rau thai (mất cân bằng yếu tố tạo mạch, rối loạn tưới máu tử cung–nhau). Điều này nhất quán với kết quả cận lâm sàng: sFlt-1 cao/PIGF thấp ở giai đoạn 28–34 tuần và tỷ số sFlt-1/PIGF giảm dần theo tuổi thai.

V. KẾT LUẬN

Trong bối cảnh bệnh viện tuyến cuối, chúng tôi chỉ phân tích trên nhóm sản phụ mắc tiền sản giật (TSG) từ ≥ 28 tuần, mẫu nghiên cứu có đặc

điểm nguy cơ cao TSG và tỷ lệ sản phụ có TSG khởi phát sớm cao hơn TSG khởi phát muộn. Diễn tiến lâm sàng tăng dần theo thời gian với tỷ lệ tăng huyết áp nặng và triệu chứng thần kinh gia tăng rõ, phù hợp với cơ chế rối loạn nội mô và suy giảm tưới máu rau thai. Về cận lâm sàng, nồng độ sFlt-1 cao ở TSG khởi phát sớm, PIGF thấp và vì vậy tỷ số sFlt-1/PIGF giảm theo tuổi thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. H. Organization.**, "WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia. World Health Organization.," 2011.
2. **"Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol,"** Obstet Gynecol, 2020.
3. **M. L. e. a. Brown MA,** "The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations.," Hypertension., 2018.
4. **"Hypertension in pregnancy: diagnosis and management,"** NICE Clinical Guideline, 2023.
5. **L. E. G. J. K. S. Rana S,** "Preeclampsia: Pathophysiology, challenges, and perspectives," Circ Res, 2019.
6. **G. A. S. D. e. a. Verlohren S.,** "An automated method for the determination of the sFlt-1/PIGF ratio in the assessment of preeclampsia," Am J Obstet Gynecol, 2010.

KẾT QUẢ MỘT TRƯỜNG HỢP BỤNG TO BẤT THƯỜNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THÀNH BỤNG

Nguyễn Trung Hiếu¹, Phạm Trịnh Quốc Khanh²,
Nguyễn Hồng Nhung³, Hoàng Minh Tú^{2*}

TÓM TẮT

Tạo hình thành bụng mở rộng giống với kỹ thuật tạo hình thành bụng toàn phần nhưng đường rạch da được kéo dài ra hai bên, vượt qua gai chậu trước trên. Phần lớn bệnh nhân tạo hình thành bụng đều phù hợp với kỹ thuật tạo hình thành bụng toàn phần, tuy nhiên trong một số trường hợp sẽ để lại tai chỏ và không giải quyết hết phần da chùng nhão, dư thừa vùng hông, eo. Trong khi đó, nếu áp dụng kỹ thuật tạo hình thành bụng toàn chu vi lại không mang lại nhiều lợi ích. Trường hợp lâm sàng là bệnh nhân nữ 48 tuổi, với tình trạng thừa da, mỡ, chùng nhão da mô mềm vùng bụng, có tình trạng giãn cân cơ thành

bụng trước sau giảm cân. Bệnh nhân được thực hiện tạo hình thành bụng mở rộng kèm hút mỡ toàn bộ. Diện tích da mỡ cắt bỏ khoảng 90x25 cm, tổng khối lượng mỡ hút và da mỡ lấy khoảng 7kg. Bệnh nhân hài lòng với đường mổ liên mẫu chuyển kéo dài đến gai chậu sau trên.

Từ khóa: tạo hình thành bụng, tạo hình thành bụng mở rộng, tạo hình thành bụng toàn chu vi.

SUMMARY

EXTENDED ABDOMINOPLASTY - A CLINICAL CASE STUDY

Extended abdominoplasty is similar to standard full abdominoplasty; however, the skin incision is extended laterally beyond the anterior superior iliac spines. Most patients undergoing abdominoplasty are suitable candidates for standard full abdominoplasty; nevertheless, in certain cases, this technique may result in residual dog-ear deformities and fail to adequately address redundant, lax skin in the flank and waist regions. In contrast, circumferential abdominoplasty may not provide significant additional benefits in these situations. The clinical case involved a 48-year-old female patient presenting with

¹Bệnh viện đa khoa Thành Phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tú

Email: hmtu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

excessive abdominal skin and fat, marked soft tissue laxity, and diastasis of the anterior abdominal wall following weight loss. The patient underwent extended abdominoplasty combined with comprehensive liposuction. The excised skin-fat specimen measured approximately 90 × 25 cm, with a total removed tissue and aspirated fat weight of approximately 7 kg. The patient was satisfied with the surgical scar, which extended along the interiliac line toward the posterior superior iliac spine.

Keywords: abdominoplasty; extended abdominoplasty; circumferential abdominoplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một số các nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự tích tụ mỡ ở vùng bụng mà không phân bố đều ở các bộ phận khác của cơ thể như chân tay sẽ dẫn đến sự phân bố trọng lượng cơ thể trung tâm bất thường thực tế này, gây áp lực vượt mức lên cột sống, dẫn đến đau lưng [1-7]. Đồng thời sự tách rời của cơ thẳng bụng do giãn đường trắng giữa, tình trạng suy yếu sự kết nối giữa bao cơ thẳng bụng và cơ thành bụng bên, đã được chứng minh gây ra hệ quả giảm sức mạnh và chức năng của hệ cân cơ thành bụng, sự giảm ổn định của hệ cân cơ thành bụng cũng là nguyên nhân gây đau lưng [2], [4], [8].

Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân nữ bị vấn đề thành bụng chảy xê quá mức và đã trải qua phẫu thuật tạo hình bụng, đã giúp bệnh nhân cải thiện đáng kể vóc dáng vòng 2, qua đó cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống.

II. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, H.T.T.P., 48 tuổi đã đến bệnh viện khám vì bụng thừa mỡ và thành bụng sa trễ, đồng thời bị đau lưng mạn tính nghiêm trọng, rối loạn da dày, rối loạn nội tiết tố. Trong quá trình khám lâm sàng, quan sát thấy bụng sa trễ trong, nếp gấp da bụng quá to ảnh hưởng đến sinh hoạt, thẩm mỹ và vệ sinh. Do các vấn đề ngày càng trở nên nghiêm trọng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân giảm, quyết định tiến hành phẫu thuật tạo hình thành bụng.

2.1. Đánh giá trước phẫu thuật. Bệnh nhân cao 1,57 m, cân nặng của bệnh nhân là 78kg và chỉ số khối cơ thể BMI 27.2, có tình trạng dư thừa da mỡ bụng nghiêm trọng trên và dưới rốn, đặc trưng bởi khối sa trễ lớn của da và mỡ vùng bụng dưới kéo dài đến sau lưng, gây ra các vấn đề về vệ sinh, hăm kẽ, và ảnh hưởng đến vận động.

Đánh giá thấy lỏng lẻo cân-cơ lan rộng ra vùng hông – mạn sườn, đồng thời có sự tách rộng đường trắng giữa có thể khám được trên lâm sàng. Với tình trạng dư da, dư mỡ và giãn

cân cơ vùng bụng phân loại theo Bozola là mức 5[1]. Chu vi vòng bụng được đo ngang rốn là 91cm, tại vị trí 3 cm trên rốn là 97 cm, đo dưới rốn 3cm là 117 cm (Hình 1).

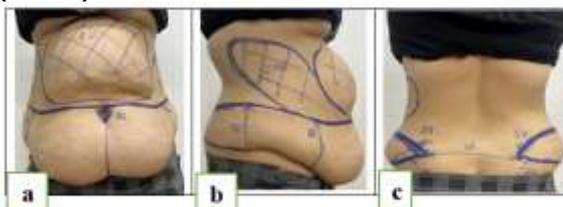


Hình 1. Ảnh bệnh nhân H.T.T.P trước phẫu thuật.

(a) hình ảnh đo bụng bệnh nhân tại vị trí trên rốn 3 cm; (b) hình ảnh đo bụng bệnh nhân tại vị trí dưới rốn 3cm

2.2. Quá trình phẫu thuật

Đánh dấu phẫu thuật: dựa trên mức độ giãn thành bụng và các mốc giải phẫu quan trọng: hai gai chậu trước trên, rốn, mép trước âm hộ; vẽ đường mỡ thấp ngang mu, hiệu chỉnh theo lượng da thừa; định vị dự kiến vị trí rốn mới (hình 2).



Hình 2. Hình ảnh thiết kế trước phẫu thuật đánh dấu tại các vị trí hút mỡ và các khu vực cắt bỏ da-mỡ thừa: (a) Góc nhìn bụng chính diện, với phần dấu chéo là khu vực hút mỡ, phần bụng dưới ước lượng kích thước da được cắt bỏ; (b) Góc nhìn bên hông với phần dấu chéo là khu vực hút mỡ, phần bụng dưới ước lượng kích thước da được cắt bỏ; (c) Góc nhìn lưng với phần đánh dấu da thừa sẽ được cắt.

- Gây mê – theo dõi: gây mê nội khí quản; monitor áp lực đường thở và thông khí trong suốt cuộc mổ.

- Thăm dung dịch: NaCl 0,9% + adrenalin 1/500.000, tổng thể tích 2 lít (phân bố cho toàn bộ vùng hút mỡ), chờ đủ thời gian co mạch. Hút mỡ: ưu tiên lớp mỡ sâu (deep), hút tối đa vùng eo, hông, bảo tồn nhánh xuyên và lớp mỡ nông cần thiết cho tưới máu vạt. Tổng lượng mỡ hút ra là 1800ml.

- Rạch da: theo đường đã thiết kế; rạch quanh rốn và giữ cuống rốn nguyên vẹn.

- Bộc lộ cân cơ thành bụng trước. Bờ trên bóc tách đến mũi ức và hạ sườn phải, trái. 2 bên đến bờ ngoài cơ chéo bụng ngoài.

- Khâu xử lý chùng giãn cân cơ thành bụng: kiểm tra độ giãn cân cơ thành bụng bằng đo

trực tiếp bề ngang đường trắng giữa bị giãn là 7cm và dùng kẹp allis kéo 2 bên thành bụng để ước lượng diện tích cân khâu (trong quá trình test, chúng tôi kết hợp với bác sĩ gây mê theo dõi tình trạng tăng kháng máy thở, đảm bảo bệnh nhân vẫn tự thở được dưới sự hỗ trợ của máy thở).



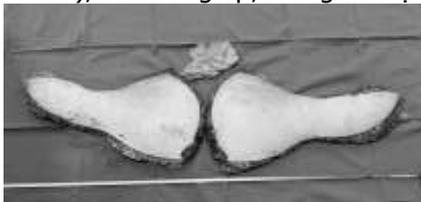
Hình 3. Khâu xử lý chùng giãn cân cơ thành bụng của bệnh nhân H.T.T.P.

(a) đo trực tiếp bề ngang đường trắng giữa bị giãn; (b) kiểm tra đánh giá độ giãn cân cơ thành bụng; (c) sau khâu cân cơ thẳng bụng

- Cắt bỏ da thừa – rốn: xác định lượng da cắt theo thủ kéo và thiết kế ban đầu; cắt bỏ da thừa thành bụng và phần hông eo, Một màng da kích thước 90 x 25 cm, nặng 7kg, bao gồm toàn bộ mô dưới da, đã được loại bỏ (Hình 4). Cầm máu cẩn thận được thực hiện bằng điện đông. Kiểm tra thành bụng cho thấy không có khe hở hay thoát vị. da thừa vùng hông eo, dời rốn đến vị trí mới tạo lỗ rốn mới phù hợp mốt hình thể.

- Trong suốt quá trình phẫu thuật, bệnh nhân không gặp khó khăn trong hô hấp

- Đặt dẫn lưu – đóng vết mổ: đặt 2 dẫn lưu hút kín 2 bên phải, trái; khâu đóng theo lớp (Scarpa – da), dán băng ép; mang đai nịt bụng.

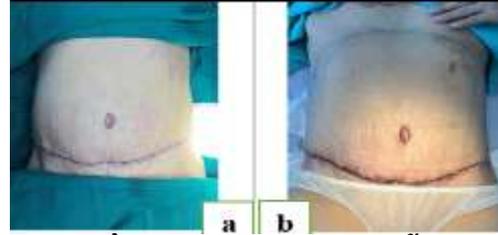


Hình 4. Hình khối da và mỡ được cắt từ bệnh nhân H.T.T.P. Kích thước 90 x 25 cm, nặng 7 kg

Chăm sóc hậu phẫu – Kết quả: Bệnh nhân được chăm sóc hậu phẫu theo phác đồ chuẩn: sử dụng kháng sinh dự phòng, dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu, đồng thời theo dõi sát lượng dịch dẫn lưu và phát hiện sớm dấu hiệu chèn ép nếu có. Bệnh nhân được mang đai định hình bụng liên tục trong những tuần đầu. Các mốc tái khám được lên lịch sau phẫu thuật 2 tuần, 1 tháng, 2 tháng... để đánh giá tiến triển hồi phục và các chỉ số thẩm mỹ cơ học của thành bụng.

Diễn biến hậu phẫu thuận lợi, bệnh nhân ổn định nhanh. Trong những ngày đầu sau mổ,

lượng dịch dẫn lưu ít, vùng thành bụng được cố định tốt bằng đai chuyên dụng, bệnh nhân chỉ đau nhẹ và không có biến chứng hô hấp hay tuần hoàn. Bệnh nhân được cho xuất viện vào ngày thứ 4 sau mổ với hai dẫn lưu đã được rút bỏ (hình 5).



Hình 5. Ảnh bệnh nhân sau phẫu thuật.

(a) kết quả ngay sau phẫu thuật. (b) kết quả sau phẫu thuật 3 ngày.

Tại các lần tái khám sau phẫu thuật (2 tuần và 2 tháng), bệnh nhân cho biết cảm giác dễ chịu hơn rõ rệt khi vận động. Khả năng đi lại, đứng thẳng và giữ thẳng bằng cơ thể được cải thiện đáng kể so với trước mổ. Trong lần đánh giá sau 2 tháng, cân nặng bệnh nhân giảm còn 68 kg (giảm 10 kg so với trước mổ). Hình dáng thành bụng thay đổi rõ rệt: khối da mỡ sa trễ khổng lồ đã được loại bỏ hoàn toàn, cơ bụng trở nên săn chắc và vòng eo thon gọn hơn (Hình 4).



Hình 6. Ảnh bệnh nhân H.T.T.P sau phẫu thuật 10 ngày. (a) ảnh trực diện thành bụng; (b) hình ảnh đo bụng bệnh nhân tại vị trí trên rốn 3 cm; (c) hình ảnh đo bụng bệnh nhân tại vị trí dưới rốn 3cm

Chu vi vòng bụng được đo tại vị trí trên rốn 3 cm là 97 cm còn 86 cm, đo dưới rốn 3cm từ 117 cm còn 90 cm (hình 6). Các chỉ số hình thể khác của vùng bụng cũng được cải thiện đáng kể, góp phần giúp bệnh nhân lấy lại vóc dáng cân đối. Đặc biệt, các triệu chứng trước đây như đau lưng mạn tính, tiểu không kiểm soát và rối loạn tiêu hóa gần như biến mất hoàn toàn. Sức khỏe tinh thần của bệnh nhân cải thiện rõ; bệnh nhân tự tin và hài lòng hơn với hình thể và sức khỏe của mình. Các triệu chứng (đau lưng, tiểu không kiểm soát, rối loạn dạ dày) gần như biến mất. Hơn nữa, trạng thái tâm lý cũng được cải thiện đáng kể theo lời bệnh nhân.



Hình 7. Ảnh bệnh nhân H.T.T.P trước và sau phẫu thuật 3 tuần.

(a) ảnh trực diện thành bụng trước phẫu thuật; (b) ảnh bên thành bụng trước phẫu thuật; (c) ảnh lưng bệnh nhân trước phẫu thuật; (d) ảnh trực diện thành bụng sau phẫu thuật; (e) ảnh bên thành bụng sau phẫu thuật; (f) ảnh lưng bệnh nhân sau phẫu thuật.

III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật tạo hình thành bụng là một phẫu thuật thẩm mỹ phổ biến, rất ít tài liệu y văn thế giới báo cáo về việc thực hiện phẫu thuật tạo hình thành bụng với mục đích điều trị. Với trường hợp này thành bụng dư da và mỡ thừa quá mức trên - dưới rốn và hông lưng, đồng thời chùng giãn cơ thẳng bụng và cơ chéo mức độ nặng. Đã ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thì chỉ định phẫu thuật tạo hình thành bụng không chỉ là mục đích thẩm mỹ mà còn điều trị các vấn đề do sự dư da và mỡ thừa quá mức ở thành bụng mang lại [7].

Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi bóc tách da - mỡ lên đến bờ sườn và cung sườn đã giúp bộc lộ toàn bộ hệ thống cân cơ và đánh giá chính xác mức độ giãn và tiến hành khâu dọc đường trắng từ mũi ức đến xương mu. Việc đưa cơ thẳng bụng trở về vị trí giải phẫu ban đầu giúp tăng lực căng trung tâm, cải thiện tư thế cột sống và giảm rõ rệt tình trạng "bụng phình" dù bệnh nhân không có thoát vị. Đánh giá sau mổ cho thấy thành bụng bệnh nhân phẳng, săn chắc, chu vi bụng giảm rõ rệt.

Trong quá trình phẫu thuật, ngoài việc khâu dọc bờ bao cơ thẳng bụng vào giữa thì chúng tôi còn khâu kéo cơ chéo bụng ngoài vào bờ ngoài cơ thẳng bụng hai bên để giảm lỏng lẻo theo trục ngang và hỗ trợ tạo eo. Bởi vì thành bụng của bệnh nhân giãn quá mức nên chỉ khâu dọc bờ bao cơ thẳng bụng vào giữa sẽ đơn thuần không kiểm soát hết lỏng lẻo ngang, để

tạo "dome effect" vùng thượng vị do dịch chuyển mô theo trục dọc khi plication trong hầm bóc tách hạn chế, để lại thừa mô - da ở đường giữa trên rốn. Khâu dọc rộng đơn thuần làm giảm diện tích bề mặt của bao cơ thẳng bụng ở thành bụng trước từ >50% xuống ≤25%, để cho hình ảnh "bụng phẳng đơ" [1]. Đồng thời để xử lý phần lỏng lẻo sau khi khâu cơ thẳng bụng và tạo eo mà không gấp toàn bộ cơ thẳng bụng, chúng tôi đã khâu gấp cân cơ chéo ngoài vào bờ ngoài cơ thẳng bụng tại đường viền semilunaris để tăng cường hiệu quả siết eo và gia cố độ căng của bề mặt thành bụng trước.

Một điểm đáng chú ý của ca phẫu thuật là lượng da thừa lớn vượt qua giới hạn của kỹ thuật tạo hình thành bụng truyền thống. Thừa da lan sang hai bên mạn sườn, vòng ra sau lưng, tạo kiểu biến dạng "biến dạng vòng đai". Do đó, lựa chọn đường rạch mở rộng qua đường nách giữa đến vùng sau lưng là hoàn toàn hợp lý. Điều này cho phép loại bỏ triệt để khối da - mỡ thừa bên hông và lưng, trong khi đường mổ tạo hình thành bụng giữa hai gai chậu trước trên không xử lý hết, tái tạo đường cong eo - hông cân đối hơn, hạn chế hiện tượng "tai chó" hai bên vốn dễ gặp ở ca có thừa da quá mức. Hậu phẫu cho thấy đường mổ hai bên cân xứng, vết thương liền tốt, và đặc biệt đường cong thắt lưng - hông được cải thiện rõ rệt.

Đồng thời trong ca này chúng tôi có tiến hành dời rốn, với vật da bụng trên được kéo xuống làm cho rốn bị kéo căng, không thể để theo vị trí ban đầu nên việc dời rốn là cần thiết.

Ngoài hiệu quả về thẩm mỹ, bệnh nhân không còn bị đau lưng dưới như trước phẫu thuật. Đây là hiệu quả ngoài mục đích thẩm mỹ, còn giúp cho bệnh nhân cải thiện được chất lượng cuộc sống. Theo nghiên cứu của Carol E. Soteropoulos với 338 bệnh nhân đã chỉ ra rằng tất cả bệnh nhân có đau lưng trước phẫu thuật đều có cải thiện bất kể loại phẫu thuật đã được thực hiện có khâu cơ thành thành bụng hay không [5]. Cụ thể, việc tăng hiệu quả của cơ bằng cách cải thiện vị trí lực chiều dài của nó cho phép các cơ ổn định cột sống hoạt động với mức tiêu tốn năng lượng thấp hơn và được tập luyện dễ dàng hơn trong vật lý trị liệu để đạt được mục tiêu giảm đau và ổn định cột sống [8]. Việc cải thiện khả năng chức năng của khung bụng nhờ phẫu thuật tạo hình thành bụng với khâu cơ thẳng bụng rộng cũng giúp hỗ trợ lấy lại đường cong sinh lý tự nhiên của cột sống thắt lưng vì các điểm bám của cân lưng ngực chỉ cung cấp một vectơ lực hướng trước trong cột sống thắt lưng. Việc hỗ trợ đường

cong thắt lưng đã được chứng minh là tăng độ ổn định của cột sống cũng như giảm đau thắt lưng [3].

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình thành bụng mở rộng trong trường hợp bệnh lý thành bụng sa trẻ nặng đã mang lại hiệu quả toàn diện cho bệnh nhân, bao gồm cải thiện đáng kể hình thái thẩm mỹ thành bụng, loại bỏ khối da mỡ dư thừa khổng lồ và giải quyết được các triệu chứng chức năng (đau lưng, tiểu không kiểm soát, rối loạn tiêu hóa). Sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân đều được nâng cao rõ rệt sau can thiệp phẫu thuật. Mặc dù báo cáo này chỉ trình bày một trường hợp đơn lẻ, nhưng kết quả thu được, kết hợp với những dữ liệu trong y văn, cho thấy phẫu thuật tạo hình thành bụng có thể được xem xét như một phương pháp điều trị hữu hiệu trong những trường hợp thành bụng sa trẻ nặng gây ảnh hưởng sức khỏe, chứ không chỉ định thuần túy vì lý do thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bozola, A.R., 2013.** "Abdominoplasty: effectiveness of classification of Bozola and Psillakis-27 years of note from the

author". Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, 28, pp.633-642.

2. **Gallus KM, Golberg KF, Field R,** "Functional improvement following diastasis rectus abdominus repair in an active duty navy female", Mil Med. 2016;181(8):e952-e954.

3. **H.J. Kim, S. Chung, S. Kim, et al,** "Influences of trunk muscles on lumbar lordosis and sacral angle", Eur. Spine J. 15 (2006) 409-414.

4. **Oneal RM, Mulka JP, Shapiro P, Hing D, Cavaliere C,** "Wide abdominal rectus plication abdominoplasty for the treatment of chronic intractable low back pain", Plast Reconstr Surg. 2011;127(1):225-231.

5. **Soteropoulos. C.E., Edinaer. K.M., Leibl. K.E. and Siebert. J.W., (2020).** "Improvement in back pain following abdominoplasty: results of a 10-year". Single-surgeon series: Aesthetic Surgery Journal, 40(12), pp.1309-1315.

6. **Van Uchelen, J. H., Werker, P. M. N., & Kon, M. (2001).** The long-term durability of plication of the anterior rectus sheath assessed by ultrasonography. Plastic and Reconstructive Surgery, 107(6). 1578-1584.

7. **Nahabedian. M. Y. (2018).** Abdominoplasty and body contouring. Plastic and Reconstructive Surgery, 141(5). 568e-579e.

8. **Temel, M., Türkmen, A., & Yavuzer, R. (2016).** Functional outcomes of abdominoplasty with rectus plication. Aesthetic Plastic Surgery, 40(6), 911-918.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U DƯỚI NIÊM MẠC THỰC QUẢN VÀ DẠ DÀY BẰNG KỸ THUẬT ĐÀO HẦM DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI ỐNG MỀM

La Vĩnh Phúc¹, Phạm Văn Linh², Võ Huỳnh Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kỹ thuật đào hầm dưới niêm mạc (STER) là phương pháp tiên tiến trong điều trị u dưới niêm mạc (SMT). **Mục tiêu:** Phân tích các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị u dưới niêm mạc (SMT) thực quản và dạ dày bằng kỹ thuật đào hầm dưới niêm mạc (STER). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cứu tiền cứu và hồi cứu trên 69 bệnh nhân có u dưới niêm mạc đường kính < 3 cm, thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 10/2022 đến tháng 2/2025. **Kết quả:** Thời gian thủ thuật trung bình là 65,72 ± 46,81 phút. Phân tích thống kê cho thấy kích thước u là yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa đến thời gian thực hiện; nhóm u ≥ 20 mm có thời gian dài hơn đáng kể so với nhóm u nhỏ hơn (p=0,005). Tỷ lệ

cắt trọn khối u đạt 98,6%; tuy nhiên, không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa các đặc điểm hình ảnh (vị trí, mạch máu cạnh u, hướng phát triển) với tỷ lệ cắt trọn (p > 0,05). Về hồi phục, kỹ thuật cắt xuyên thành được xác định là yếu tố duy nhất làm tăng tỷ lệ đau sau mổ 24 giờ (p=0,014). **Kết luận:** Kích thước khối u là yếu tố tiên lượng quan trọng đối với thời gian thực hiện kỹ thuật STER. Việc bảo tồn lớp thanh mạc giúp giảm đau hậu phẫu đáng kể. **Từ khóa:** U dưới niêm mạc, đào hầm dưới niêm mạc, STER.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH TREATMENT OUTCOMES OF ESOPHAGEAL AND GASTRIC SUBMUCOSAL TUMORS USING THE SUBMUCOSAL TUNNELING ENDOSCOPIC RESECTION (STER) TECHNIQUE WITH FLEXIBLE ENDOSCOPY

Background: Submucosal Tunneling Endoscopic Resection (STER) is an advanced technique for the treatment of submucosal tumors (SMTs). **Objective:** To analyze factors associated with the treatment outcomes of esophageal and gastric submucosal

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Quốc Tế Hồng Kông

Chịu trách nhiệm chính: Võ Huỳnh Trang

Email: vhttrang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025