

trị bước đầu ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa, có đột biến kép EGFR. Điều trị này cho thấy hiệu quả điều trị tốt với tỷ lệ đáp ứng cao, tỷ lệ kiểm soát bệnh ẩn tượng, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển kéo dài và độc tính nhìn chung có thể kiểm soát được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **Shi Y, Au JSK, Thongprasert S, et al.** A prospective, molecular epidemiology study of EGFR mutations in Asian patients with advanced non-small-cell lung cancer of adenocarcinoma histology (PIONEER). J Thorac Oncol. 2014;9(2):154-162. doi:10.1097/JTO.000000000000033
3. **Li W, Bai R, Guo H, Cui J.** Epidermal growth factor receptor compound and concomitant mutations: advances in precision treatment strategies. Chinese Medical Journal. 2023;136(23):2776-2786. doi:10.1097/CM9.0000000000002548
4. **Kobayashi S, Canepa HM, Bailey AS, et al.** Compound EGFR Mutations and Response to EGFR Tyrosine Kinase Inhibitors. Journal of Thoracic Oncology. 2013;8(1):118-122. doi:10.1097/JTO.0b013e3182781e35
5. **Clinical Outcomes of Afatinib Versus Osimertinib in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer With Uncommon EGFR Mutations: A Pooled Analysis - PMC.** Accessed August 6, 2025. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10243768/?utm_source=chatgpt.com#CIT0019
6. **Moran T, Taus A, Arriola E, et al.** Clinical Activity of Afatinib in Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer Harboring Uncommon EGFR Mutations: A Spanish Retrospective Multicenter Study. Clin Lung Cancer. 2020;21(5):428-436.e2. doi:10.1016/j.clcc.2020.04.011
7. **Sequist LV, Yang JCH, Yamamoto N, et al.** Phase III Study of Afatinib or Cisplatin Plus Pemetrexed in Patients With Metastatic Lung Adenocarcinoma With EGFR Mutations. JCO. 2013;31(27):3327-3334. doi:10.1200/JCO.2012.44.2806
8. **Anh NT, Hoà NTT, Thanh VH.** Kết quả điều trị AFATINIB bước 1 trên ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn tiến xa, có đột biến gen EGFR hiếm gặp tại bệnh viện K. Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế. 2024;16(6):17-23. doi:10.38103/jcmhch.16.6.3
9. **Tan J, Hu C, Deng P, et al.** The Predictive Values of Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Patients Harboring Uncommon EGFR Mutations—The Mutation Patterns, Use of Different Generations of EGFR-TKIs, and Concurrent Genetic Alterations. Front Oncol. 2021;11. doi:10.3389/fonc.2021.646577
10. **Attili I, Passaro A, Pisapia P, Malapelle U, de Marinis F.** Uncommon EGFR Compound Mutations in Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC): A Systematic Review of Available Evidence. Curr Oncol. 2022;29(1):255-266. doi:10.3390/curroncol29010024

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU HỆ MẠCH MŨ CHẬU NÔNG TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH MẠCH MÁU (CTA) 256 DÂY VÀ ỨNG DỤNG TRONG TẠO HÌNH KHUYẾT PHẦN MỀM BÀN TAY

Tô Tuấn Linh^{1,2}, Hoàng Tuấn Anh¹, Phan Nhật Anh^{1,2}, Trần Quang Lộc^{2,3}, Nguyễn Hồng Hà^{2,3}, Trần Thiết Sơn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vạt mạch xuyên động mạch mũ chậu nông (MXĐMMC�) tự do là vạt mỏng lý tưởng trong tạo hình các khuyết phần mềm bàn tay (KPMBT). Tuy nhiên vạt có nhược điểm là cuống mạch ngắn, kích thước mạch nhỏ, nhiều biến đổi giải phẫu gây khó khăn trong phẫu tích và nối vi phẫu mạch vạt. Chính vì vậy nghiên cứu một cách hệ thống đặc điểm giải phẫu hệ mạch mũ chậu nông và ứng dụng lâm

sàng là rất cần thiết. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 63 bệnh nhân có KPMBT được tạo hình bởi 64 vạt MXĐMMC� tự do. Nghiên cứu mô tả cắt ngang đặc điểm giải phẫu hệ mạch mũ chậu nông trên phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu 256 dãy ở 126 vùng bẹn của 63 bệnh nhân này, từ tháng 11/2022 – 9/2025 tại khoa phẫu thuật Hàm mặt Tạo hình thẩm mỹ, bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Động mạch và tĩnh mạch mũ chậu nông xuất hiện ở 100% vùng bẹn, đường kính động mạch và tĩnh mạch là $1,4 \pm 0,2$ mm và $1,8 \pm 0,4$ mm, mỗi nhánh nông và sâu cho từ 1 – 3 mạch xuyên qua cân nông vào da. 64 vạt mỏng MXĐMMC� tự do có kích thước trung bình là 19 ± 7 cm x $7,6 \pm 1,6$ cm, chiều dày vạt là $2,4 \pm 0,4$ mm. Vạt được sử dụng dưới dạng vạt chùm, vạt xé không hoàn toàn, vạt mở rộng, trong đó có 62 vạt sống hoàn toàn, 2 vạt hoại tử. **Kết luận:** Vạt MXĐMMC� là một chất liệu tạo hình mỏng, đáng tin cậy và linh hoạt đáp ứng tốt yêu cầu thẩm mỹ trong tạo hình khuyết phần

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tô Tuấn Linh

Email: tuanlinhto@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.12.2025

Ngày duyệt bài: 13.01.2026

mềm bàn tay. **Từ khóa:** Vạt mạch xuyên động mạch mũ chậu nông, khuyết phần mềm bàn tay.

SUMMARY

ANATOMICAL STUDY OF SUPERFICIAL CIRCUMFLEX ILIAC VESSELS ON 256-SLICES CT ANGIOGRAPHY (CTA) AND CLINICAL APPLICATION IN RECONSTRUCTION OF HAND SOFT TISSUE DEFECTS

Background: The free superficial circumflex iliac artery perforator flap (SCIP flap) is an ideal thin flap for reconstructing hand soft tissue defects. However, its short pedicle, small vessel diameter, and anatomical variations complicate dissection and microsurgical anastomosis. A systematic study of its anatomy and clinical application is necessary. **Methods:** A prospective, non-comparative clinical study was conducted on 63 patients with 64 free SCIP flaps. Anatomical features of the superficial circumflex iliac vessels were evaluated using 256-slice CT angiography on 126 inguinal regions, from November 2022 to September 2025 at the Department of Maxillofacial and Plastic Surgery, Viet Duc Hospital. **Results:** The superficial circumflex iliac artery and vein were present in 100% of studied regions, with mean diameters of 1.4 ± 0.2 mm and 1.8 ± 0.4 mm. Each superficial and deep branch provided 1–3 perforators to the skin through the superficial fascia. The 64 SCIP flaps measured on average $19 \pm 7 \times 7.6 \pm 1.6$ cm, with a thickness of 2.4 ± 0.4 mm. Flaps were applied as chimeric, tailoring, supercharging flap and 62 flaps survived completely, 2 experienced necrosis. **Conclusion:** The SCIP flap is a reliable, thin, and versatile flap, providing favorable aesthetic outcomes for hand soft tissue reconstruction.

Keywords: Superficial circumflex iliac artery perforator flap, hand soft tissue defects

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vạt mạch xuyên động mạch mũ chậu nông (MXĐMMC�) được Koshima báo cáo lần đầu năm 2004, vạt dựa trên các mạch xuyên cấp máu cho da từ các nhánh nông, sâu của động mạch mũ chậu nông (ĐMMC�)¹. Vạt MXĐMMC� tự do đã được ứng dụng rộng rãi trong tạo hình nhiều vùng khác nhau của cơ thể, trong đó có tạo hình tổn khuyết bàn tay. Với ưu điểm vạt mỏng, seo nơi cho vạt kín đáo, đảm bảo yêu cầu thẩm mỹ, khả năng sử dụng linh hoạt với nhiều thành phần, hình thái khác nhau thích hợp trong tạo hình các tổn khuyết phức tạp. Tuy nhiên, nhược điểm của vạt là cuống mạch ngắn, kích thước mạch nhỏ, giải phẫu không hằng định gây khó khăn trong quá trình phẫu tích và nối mạch vi phẫu. Ở Việt Nam, cho đến nay đã có một số nghiên cứu trên xác được công bố nhưng chưa có một nghiên cứu nào khảo sát một cách hệ thống và toàn diện đặc điểm hệ mạch mũ chậu nông trên phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu (Computed Tomographic Angiography – CTA) và

ứng dụng lâm sàng. Chính vì vậy, nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm giải phẫu hệ mạch mũ chậu nông trên phim chụp CTA 256 dãy và đánh giá kết quả sử dụng vạt MXĐMMC� tự do trong tạo hình khuyết phần mềm bàn tay (KPMBT).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu lâm sàng được thực hiện trên 63 bệnh nhân (BN) có KPMBT được tạo hình bằng 64 vạt MXĐMMC� tự do, tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 11/2022 đến tháng 9/2025.

- Nghiên cứu giải phẫu hệ mạch mũ chậu nông trên chụp CTA 256 dãy được tiến hành ở 126 vùng bẹn của 63 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - BN có KPMBT lộ hoặc mất đoạn gân, xương, khớp... cần được tạo hình bằng vạt MXĐMMC� tự do.

- Bệnh nhân có đủ điều kiện thực hiện các phương pháp chẩn đoán hình ảnh mà không ảnh hưởng đến sức khỏe, tâm lý.

- Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - BN không được tạo hình bằng vạt MXĐMMC� tự do.

- Có bệnh lý mạn tính, các bệnh thành mạch, đông máu... không thể mổ vi phẫu.

- Tổn thương vùng bẹn do bẩm sinh hoặc do chấn thương, phẫu thuật trước đó.

- Không đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu giải phẫu

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương tiện và quy trình chụp:

- Máy chụp CTA 256 dãy Revolution (GE, US), hệ thống xử lý hình ảnh GE ADW 4.7, hệ thống lưu trữ dữ liệu và truyền hình ảnh PACS INFINITT, MINEVRA.

- Thuốc cản quang (Xenetix 350 Iodine 35g/100ml, Guerbet, Villepint, Pháp) và hệ thống bơm tiêm điện tự động hãng GE, liều lượng 1ml/kg với lưu lượng 4ml/giây.

- Chụp tử ngang rốn đến dưới mu 10 cm.

- Tái tọa hình ảnh với độ dày lát cắt 0,625 mm

Các chỉ số nghiên cứu: Lập hệ tọa độ Oxy trên dựng hình 3D: O là điểm trên ngoài lồi củ mu, điểm A là gai chậu trước trên (GCTT). Trục Ox nối giữa O và A, trục Oy vuông góc với trục Ox, hướng dương xuống dưới.

Chỉ số nghiên cứu trên hệ tọa độ Oxy quy ước:

- Động mạch MCN: Vị trí, kích thước nguyên ủy, chiều dài thân chung, vị trí chia nhánh nông và sâu, số lượng và vị trí các mạch xuyên của nhánh nông, sâu.

- Tĩnh mạch mũ chậu nông: Vị trí, kích thước nguyên ủy, đường đi
- Chiều dày lớp mỡ nông và sâu tương ứng vị trí mạch xuyên qua cân nông

Nghiên cứu lâm sàng

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Quy trình kĩ thuật:

- Lập kế hoạch phẫu thuật, lựa chọn bên lấy vạt dựa trên đặc điểm KPMBT và kết quả chụp phim CTA 256 dãy trước mổ.
- Cắt lọc làm sạch tổn khuyết, bộc lộ động mạch và tĩnh mạch nhận ở bàn tay.
- Chuẩn bị nền nhận, xác định lại kích thước vạt cần lấy, thường kích thước vạt rộng hơn so tổn khuyết
- Kĩ thuật bóc vạt: Từ ngoài vào trong, theo lớp cân nông của Goh & JP Hong (2015)². Phẫu tích nhanh đến gần vùng điểm đánh dấu của mạch xuyên thì chậm lại để tìm rõ và cô lập mạch xuyên. Tùy theo yêu cầu có thể sử dụng mạch xuyên của nhánh nông, sâu hoặc của cả hai nhánh. Phẫu tích ngược dòng qua lớp mỡ sâu, cân sâu đến nguyên ủy cuống mạch từ động mạch đùi. Tĩnh mạch MCN thường nằm trong lớp mỡ nông, sau xuống dưới dẫn lưu vào tĩnh mạch hiển hoặc tĩnh mạch đùi. Trong trường hợp vạt sau khi đã nâng lên nhưng vẫn chưa đủ mỏng theo yêu cầu tạo hình thì tiếp tục được làm mỏng thứ cấp bằng vi phẫu tích. Chuyển vạt tới nơi nhận, nối mạch vi phẫu, tạo hình tái tạo và che phủ tổn khuyết, đóng nơi cho vạt.

Đánh giá kết quả: Dựa vào sức sống của vạt và liền thương sau mổ. Đánh giá kết quả xa theo kết quả thẩm mỹ nơi nhận vạt (màu sắc, độ dày, mật độ, hình dáng, tính chất mọc lông của vạt) và chức năng bàn tay sau mổ theo thang điểm chức năng vận động chủ động bàn ngón tay (TAM).

Đạo đức nghiên cứu: Được thông qua hội đồng đạo đức trường đại học y Hà Nội số 903/GCN-HDDDDNCYSH-ĐHYHN ngày 1/8/2023

Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giải phẫu hệ mạch mũ chậu nông.

ĐMMCN xuất hiện trên phim chụp CTA ở 100% vùng ben nghiên cứu, trong đó nguyên ủy từ ĐM đùi chiếm tỉ lệ cao nhất 79,4%, ĐM mũ đùi sâu 8,7%, ĐM mũ đùi ngoài 7,9%, ĐM đùi sâu 4%, có đường kính trung bình là 1,4 ± 0,2 mm (1 – 2,2 mm). Chiều dài của thân chung ĐMMCN là 7,2 ± 4,2 mm (1,3 – 25mm).

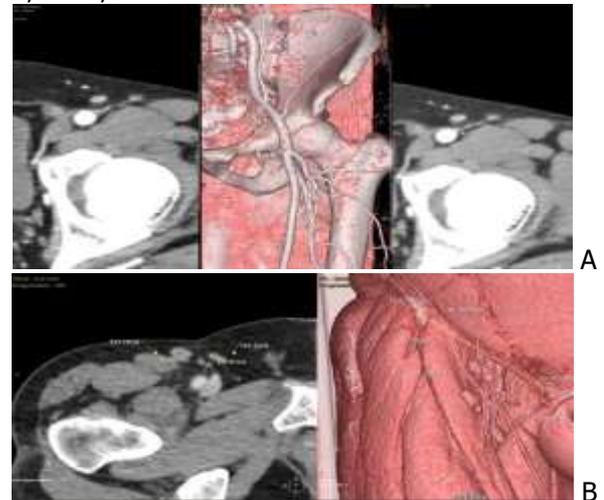
Nhánh sâu xuất hiện ở 126/126 vùng ben

(100%), nhánh nông xuất hiện ở 109/126 vùng ben (86,5%). Nhánh nông tách ra 127 mạch xuyên (MX) và nhánh sâu là 210 mạch xuyên qua cân nông.

Bảng 1. Đặc điểm mạch xuyên qua cân nông của nhánh nông và sâu ĐMMCN

Khoảng cách	Nhánh nông	Nhánh sâu	P
Nguyên ủy-MX qua cân nông (mm)	34 ± 18,2	53,2 ± 19,7	0,000
Da – MX qua cân nông (mm)	3,5 ± 1,8	2,9 ± 1,2	0,001

Tĩnh mạch MCN xuất hiện ở 100% vùng ben nghiên cứu, trong đó nguyên ủy đổ vào hành TM hiển chiếm tỉ lệ cao nhất là 57,1%, thân chung với TM thượng vị nông là 35,7%, dẫn lưu trực tiếp về TM đùi là 7,1%. Đường kính TMMCN là 1,7 ± 0,3 mm.



Hình 1. Hình ảnh đo đạc ĐMMCN (hình A) và TMMCN (hình B) trên phim CTA

3.2. Kết quả ứng dụng lâm sàng vạt MXĐMMCN tự do tạo hình KPM bàn tay

Trong 63 BN có 46 nam (73%) và 17 nữ (27%), tuổi trung bình là 38,9 (14 – 65). Nguyên nhân do tai nạn lao động là 55,6%, tai nạn giao thông là 15,9%, chất nổ là 15,9%, cắt sẹo co kéo là 4,8% và các nguyên nhân khác là 7,9%.

Bảng 2. Vị trí khuyết phần mềm bàn tay

Vị trí tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Bàn tay	Mu tay	20
	Gan tay	5
Ngón cái	Ngón tay	5
	Kể ngón 1-2	1
Ngón dài	Một ngón	3
	Nhiều ngón	6
Phối hợp bàn - ngón tay	14	22,2
Lột găng toàn bộ	3	4,8
Móm cụt	6	9,5
Tổng	63	100

Tổn thương KPMBT có diện tích trung bình là $121,2 \pm 105,4 \text{ cm}^2$ (30 – 600 cm^2), trong đó nhóm 50 – 200 cm^2 chiếm tỉ lệ cao nhất là 74,6%, nhóm 30 – 50 cm^2 là 17,5%, nhóm > 200 cm^2 là 7,9%.

Có 64 vạt MXĐMMCNC tự do được sử dụng có chiều dài, chiều rộng trung bình là $19 \pm 7 \text{ cm}$ (7 – 50 cm) và $7,6 \pm 1,6 \text{ cm}$ (5 – 11 cm). Chiều dày của vạt sử dụng là $2,4 \pm 0,4 \text{ mm}$ so với chiều dày khi bóc trên cân nông là $2,9 \pm 1,3 \text{ mm}$. Có 11 vạt tiếp tục được làm mỏng thứ cấp bằng vi phẫu tích, chiều dày của vạt trước và sau làm mỏng là $5,5 \pm 0,7 \text{ mm}$ và $2,6 \pm 0,6 \text{ mm}$. Chiều dài cuống vạt trung bình là $51,4 \pm 11,7 \text{ mm}$. Tùy theo đặc điểm KPMBT trên mỗi BN để chỉ định dạng vạt tạo hình khác nhau.

Bảng 3. Các dạng vạt MXĐMMCNC tự do được sử dụng trong nghiên cứu

Dạng vạt MXĐMMCNC		Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Vạt da mỏng che phủ		31	48,4	
Vạt chùm	Vạt chùm da-da	1	14	21,9
	Vạt chùm da-cân	10		
	Vạt chùm da-cơ	2		
	Vạt chùm da-xương	1		
Vạt xẻ		10	15,6	
Vạt phối hợp	Vạt chùm da-da & xẻ	5	6	9,4
	Vạt chùm da-cân&xẻ	1		
Vạt mở rộng (Supercharging)		3	4,7	
Tổng		64	100	

Kết quả phẫu thuật, trong 64 vạt MXĐMMCNC có 62 vạt (96,9%) sống hoàn toàn, 2 vạt (3,1%) hoại tử. Trong 2 trường hợp vạt hoại tử có 1BN sử dụng 2 vạt với vạt lần đầu hoại tử được thay thế bằng vạt thứ 2 lấy bên đối diện cho kết quả tốt. Trường hợp vạt hoại tử thứ 2 là tạo hình che phủ mỏm cụt bàn tay trái, BN sau đó được chăm sóc tại chỗ rồi ghép da thay thế. Kết quả xa chúng tôi đánh giá lại được 60/63 BN nghiên cứu với thời gian theo dõi từ 12 – 33 tháng. Kết quả thẩm mỹ nơi nhận vạt là tốt 98,3%, khá 1,7%. Trong 60 BN này có 55 BN không có mỏm cụt được đánh giá chức năng bàn tay sau mổ có tỉ lệ tốt là 69,1 %, khá 21,8% và trung bình là 9,1%.

IV. BÀN LUẬN

ĐMMCNC xuất hiện ở tất cả 126/126 vùng ben trong nghiên cứu của chúng tôi, ĐMMCNC là nguồn động mạch chính cấp máu cho vùng ben³. Nguyên ủy ĐMMCNC xuất phát từ ĐM đùi chiếm tỉ lệ cao nhất 79,4% với đường kính trung bình là $1,4 \pm 0,2 \text{ mm}$, kết quả này tương ứng với kết quả nghiên cứu của TV Dương (2017), NV Huy

(1999)^{3,4}. Trong đó 86,5% có cả 2 nhánh nông và sâu, 13,5% chỉ có nhánh sâu, chiều dài thân chung là $7,2 \pm 4,2 \text{ mm}$, đủ đảm bảo có thể nối mạch vi phẫu một cách thuận lợi, nhưng một số tác giả thì quan điểm chỉ cần 1 nhánh cũng đã đủ cấp máu cho vạt¹.

Trong nghiên cứu có 127 MX của nhánh nông, 210 MX của nhánh sâu qua cân nông với độ dày lớp da mỡ tương ứng với vị trí MX qua cân nông của nhánh nông là $3,5 \pm 1,8 \text{ mm}$ dày hơn nhánh sâu là $2,9 \pm 1,2 \text{ mm}$. Khoảng cách từ nguyên ủy đến vị trí MX qua cân nông gần nhất của nhánh nông là $34 \pm 18,2 \text{ mm}$ ngắn hơn nhánh sâu là $53,2 \pm 19,7 \text{ mm}$. Do đó thường ưu tiên lựa chọn MX nhánh sâu để thu được vạt mỏng và cuống dài hơn, mặc dù một số tác giả cho rằng việc dựa theo nhánh nông giúp bóc vạt dễ dàng hơn vì không phải phẫu tích vào sâu⁵. Các chỉ số nghiên cứu vạt trong mổ không có sự khác biệt so với dữ liệu giải phẫu trên phim chụp CTA. Đặc biệt việc chụp CTA và sơ đồ hóa vị trí các mạch xuyên theo hệ tọa độ Oxy đối chiếu trên phim và bệnh nhân trước mổ giúp PTV có thể “ cá thể hóa ” xác định chính xác vị trí MX cần, giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật⁶.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 38,9, KPMBT ảnh hưởng lớn đến chức năng lao động, sinh hoạt vì vậy lựa chọn vạt MXĐMMCNC phù hợp là yêu cầu rất quan trọng giúp BN sớm phục hồi. Các KPMBT trong nghiên cứu có kích thước rộng với diện tích trung bình là 121, 2 cm^2 , vị trí thành phần tổn thương đa dạng nên vạt được chỉ định một cách linh hoạt.



Hình 2. BN nữ 32 tuổi, sẹo cơ kéo mu tay toàn bộ do rắn cắn, được tạo hình che phủ bằng vạt mỏng MXĐMMCNC, kết quả trong mổ và sau mổ 2 tháng

Các KPMBT đơn thuần chỉ lộ gân, xương được tạo hình che phủ bởi vạt mỏng MXMCNC có kích thước tương ứng tổn thương. Yêu cầu quan trọng cho chất liệu tạo hình bàn tay là vạt da phải mỏng để không ảnh hưởng đến chức năng vận động và thẩm mỹ. Chiều dày vạt trung bình là $2,4 \pm 0,4 \text{ mm}$ do các vạt đều bóc theo mặt phẳng cân nông tương ứng với làm mỏng vạt sơ

cấp từ đầu để đảm bảo vạt mỏng. Có 11 vạt vẫn dày chưa đạt yêu cầu, được tiếp tục làm mỏng thứ cấp bằng vi phẫu tích, độ dày giảm sau làm mỏng vi phẫu tích là $5,5 \pm 0,7$ mm xuống còn $2,6 \pm 0,6$ mm. Lee (2017), với 41 siêu mỏng bằng vi phẫu tích sau khi bóc trên cân nông có chiều dày sau làm mỏng 1,5 – 4 mm so với trước làm mỏng 4 – 7 mm, cho rằng đây là vạt lí tưởng trong tạo hình các vùng da mỏng chi thể⁷. Có 3 trường hợp khuyết rất rộng do bị tổn thương lột găng toàn bộ bàn tay được che phủ bằng vạt mở rộng kiểu supercharging cùng với cuống đùi trước ngoài, để đảm bảo che phủ hoàn toàn tổn khuyết, vạt có kích thước lớn nhất là 50 x 9 cm. Dạng vạt này dựa trên đặc điểm giải phẫu ĐMMC có các vòng nổi mở rộng với nhánh xuống ĐM mũ đùi ngoài, ĐM liên sườn.



Hình 3. BN nam 61 tuổi, KPM mặt mu mắt đoạn gân duỗi được tạo hình bằng vạt da – cân MXĐMMC tái tạo gân duỗi, khám lại sau mổ 5 tháng

Trường hợp KPMBT ở nhiều vị trí chúng tôi sử dụng dạng 10 vạt xẻ Tailoring, 1 vạt chùm da- da và 5 vạt chùm da – da kết hợp với vạt xẻ để tạo hình đồng thời trên nhiều đơn vị. Các vạt chùm và vạt xẻ Tailoring giúp ta có lựa chọn linh hoạt trong tạo hình che phủ tuy nhiên phải dựa trên thực tế quan sát đánh giá chính xác vị trí, đường đi, khả năng cấp máu của các mạch xuyên. Ngoài mục đích che phủ, có 10 vạt chùm da – cân thành bụng và 1 vạt chùm da – cân và vạt xẻ để tái tạo gân cho KPM mu tay có mất đoạn gân duỗi, 2 vạt chùm da – cơ cho tạo hình độn ở KPM có hốc sâu vùng kẽ ngón 1-2 và 1 vạt chùm da – xương mào chậu để tái tạo lại chiều dài đốt 2 ngón I. Yoshimatsu (2019), đánh giá khả năng cấp máu của các mạch xuyên nhánh sâu với xương mào chậu và cơ may là cơ sở để sử dụng vạt MXĐMMC dưới dạng vạt chùm nhiều thành phần⁸.

Tỉ lệ vạt sống là 96,9%, vạt hoại tử hoàn toàn là 3,1% kết quả này tương đồng nghiên cứu của Goh (2015) là 95,2%, Lee (2017) là 97,5%^{2,7}. Kết quả xa sau mổ ở 60 BN về thẩm mỹ vạt ở bàn tay

có tỉ lệ tốt 98,3%, khá 1,7% và chức năng bàn tay sau mổ ở 55 BN không mổ cắt có tỉ lệ tốt 69,1 %, khá 21,8% và trung bình 9,1%. Như vậy, vạt MXĐMMC tự do có sức sống cao, sử dụng linh hoạt, hiệu quả điều trị cao.

V. KẾT LUẬN

Vạt MXĐMMC có cấu trúc giải phẫu khá hằng định là chất liệu tạo hình đáng tin cậy, sử dụng linh hoạt trong tạo hình các KPMBT với tỉ lệ thành công cao, nơi cho vạt giấu sẹo tốt đảm bảo thẩm mỹ. Vạt được bóc hoàn toàn trên cân nông, có thể sử dụng kĩ thuật vi phẫu tích đảm bảo độ mỏng của vạt, đồng thời vạt cũng có thể được sử dụng dưới nhiều dạng khác nhau phù hợp với tất cả các loại hình thái tổn thương bàn tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Koshima I, Nanba Y, Tsutsui T, et al.** Superficial circumflex iliac artery perforator flap for reconstruction of limb defects. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(1): 233-240. doi:10.1097/01.PRS.0000095948.03605.20
2. **Goh TLH, Park SW, Cho JY, Choi JW, Hong JP.** The search for the ideal thin skin flap: superficial circumflex iliac artery perforator flap--a review of 210 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135(2): 592-601. doi:10.1097/PRS.0000000000000951
3. **Trần Văn Dương** (2017), "Nghiên Cứu Giải Phẫu và Ứng Dụng Vạt Ben Dạng Tự Do Trong Điều Trị Khuyết Hồng Phần Mềm Chi Thể.", Luận An Tiến Sĩ y Học, Viện Nghiên Cứu Khoa Học y Dược Lâm Sàng 108.
4. **Nguyễn Văn Huy** (1999), " Nghiên Cứu Giải Phẫu Vạt Cẳng Mạc Đùi và Các Vạt Ben", Luận An Tiến Sĩ y Học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. **Suh HSP, Jeong HH, Choi DH, Hong JPJP.** Study of the Medial Superficial Perforator of the Superficial Circumflex Iliac Artery Perforator Flap Using Computed Tomographic Angiography and Surgical Anatomy in 142 Patients: Plastic and Reconstructive Surgery. 2017;139(3):738-748. doi:10.1097/PRS.0000000000003147
6. **He Y, Jin S, Tian Z, et al.** Superficial circumflex iliac artery perforator flap's imaging, anatomy and clinical applications in oral maxillofacial reconstruction. *J Craniomaxillofac Surg.* 2016;44(3): 242-248. doi:10.1016/j.jcms.2015.12.002
7. **Lee KT, Park BY, Kim EJ, et al.** Superthin SCIP Flap for Reconstruction of Subungual Melanoma: Aesthetic Functional Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 2017;140(6):1278-1289. doi:10.1097/PRS.0000000000003881
8. **Yoshimatsu H, Steinbacher J, Meng S, et al.** Superficial Circumflex Iliac Artery Perforator Flap: An Anatomical Study of the Correlation of the Superficial and the Deep Branches of the Artery and Evaluation of Perfusion from the Deep Branch to the Sartorius Muscle and the Iliac Bone. *Plast Reconstr Surg.* 2019;143(2): 589-602. doi:10.1097/PRS.0000000000005282

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GIẢI ÉP HEP ỔNG SỐNG NGỰC DO CỐT HOÁ DÂY CHẰNG VÀNG CÓ TỔN THƯƠNG TỤY SỬ DỤNG KHOAN MÀI Ở BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng^{1,2,3}, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật giải ép hep ống sống ngực tổn thương tủy do cốt hoá dây chằng vàng sử dụng khoan mài tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2023-1/2025. **Phương pháp:** Tiễn cứu, mô tả theo dõi dọc. **Kết quả:** Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ là 1,7/1, độ tuổi trung bình là 53,6 ± 10,9. Phẫu thuật bao gồm: số tầng giải ép trung bình 2,1 ± 1,3, thời gian phẫu thuật trung bình 65,8 ± 18,2 phút, lượng máu mất trung bình là 256,7 ± 50,8 ml và thời gian nằm viện trung bình 5,4 ± 2,6 ngày. Bệnh nhân sau mổ có kết quả chủ yếu ở mức tốt và trung bình chiếm lần lượt là 51,7% và 36,6%. Các bệnh nhân có biến chứng tổn thương tủy chiếm 3,3%, rách màng cứng chiếm 5%, rò dịch não tủy sau mổ chiếm 1,7% và máu tụ ngoài màng cứng tủy chiếm 3,3%. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 1,7%, chậm liền xương ghép chiếm 1,7% và gãy. **Kết luận:** Hep ống sống ngực là bệnh lí không thường gặp với các triệu chứng tiến triển âm thầm có thể dẫn đến chèn ép và tổn thương tủy nặng. Phẫu thuật giải ép tủy ngực trong hep ống sống ngực có nguy cơ tổn thương thần kinh trong và sau mổ cao. Đây là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên. Việc sử dụng khoan mài giúp hạn chế các nguy cơ tổn thương tủy, rách màng cứng trong mổ. **Từ khóa:** hep ống sống, hep ống sống ngực, giải ép hep ống sống ngực

SUMMARY

OUTCOMES OF HIGH SPEED DRILL-ASSISTED DECOMPRESSION FOR THORACIC SPINAL STENOSIS WITH MYELOPATHY DUE TO OSSIFICATION OF FLAVUM LIGAMENT (OLF) AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of decompression surgery for thoracic spinal stenosis with myelopathy caused by ossification of the ligamentum flavum, using a high-speed drill at the Spine Surgery Department of Viet Duc University Hospital from January 2023 to January 2025. **Methods:** This was a prospective, longitudinal, and descriptive study. **Results:** Among the patients in the study, the male-to-female ratio was 1.7:1, with a

mean age of 53.6 ± 10.9 years. Surgical details included: an average of 2.1 ± 1.3 decompressed levels, a mean operative time of 65.8 ± 18.2 minutes, an average blood loss of 256.7 ± 50.8 mL, and a mean hospital stay of 5.4 ± 2.6 days. Postoperative outcomes were primarily good and fair, accounting for 51.7% and 36.6% of patients, respectively. Complications included spinal cord injury (3.3%), dural tears (5%), postoperative cerebrospinal fluid (CSF) leakage (1.7%), and epidural hematoma (3.3%). Incisional infection and delayed bone fusion each accounted for 1.7% of complications, and implant failure was 1.7% as well. **Conclusion:** Thoracic spinal stenosis is an uncommon condition with insidious progression that can lead to severe spinal cord compression and injury. Surgical decompression of the thoracic spinal cord carries a high risk of intraoperative and postoperative neurological injury, which presents a major challenge for surgeons. The use of a high-speed drill helps to limit the risk of spinal cord injury and dural tears during surgery. **Keywords:** stenosis, thoracic spinal stenosis, decompression for thoracic spinal stenosis with myelopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hep ống sống ngực là bệnh lí không thường gặp và thường được chẩn đoán bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại. Đây là bệnh được đặc trưng bởi sự giảm đường kính ống sống ngực và thường kết hợp với sự chèn ép tủy hoặc rễ thần kinh dẫn đến các biểu hiện lâm sàng ở các mức độ khác nhau.

Hầu hết các bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng âm thầm tê hai chân, đến yếu hoặc thậm chí liệt hoàn toàn hai chân, dáng đi mất vững, cách hồi thần kinh, tăng phản xạ hai chân và rối loạn cơ tròn.

Đối với các bệnh nhân hep ống sống ngực có tổn thương tủy thì phẫu thuật giải ép tủy ngực là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Tuy nhiên đây là vùng có không gian phẫu thuật hẹp do các đặc tính về giải phẫu cũng như sự nhạy cảm của tủy ngực nên nguy cơ tổn thương thần kinh rất cao cùng với các biến chứng khác như rách màng cứng, rò dịch não tủy, đặc biệt đối với thể cốt hoá dây chằng vàng. Tỉ lệ tổn thương thần kinh gây liệt hai chân nghiêm trọng sau mổ trong các báo cáo từ 11,5% - 33%^{3,4}. Theo các phương pháp truyền, Kerrison và đục được sử dụng để cắt cung sau giải ép, phần mũi các dụng cụ này trong quá trình cắt cung sau giải ép sẽ gây ra chèn ép tủy liên tục làm tăng khả năng

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

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

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026