

KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT DA CÓ CUỐNG MẠCH MÁU NHÁNH XUYÊN THÀNH NGỰC TRONG TÁI TẠO MỘT PHẦN VÚ TRONG PHẪU THUẬT BẢO TỒN VÚ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Huỳnh Quang Khánh¹, Trần Lê Bảo Châu¹, Phạm Ngọc Anh Chi¹, Nguyễn Đức Toàn¹, Nguyễn Thị Ngọc Thuý², Nguyễn Hoàng Việt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp với xạ trị như là phương pháp điều trị được lựa chọn cho ung thư vú giai đoạn sớm đã dẫn đến sự tập trung nhiều hơn vào phẫu thuật tạo hình vú. Việc sử dụng vật da có mạch xuyên đã đặc biệt được đánh giá cao về hiệu quả trong tái tạo các khuyết hổng một phần của vú tại bệnh viện Chợ Rẫy. Bài viết này trình bày kinh nghiệm của chúng tôi về việc sử dụng vật da có mạch xuyên động mạch ngực lưng (TDAP), vật da có mạch xuyên động mạch liên sườn bên (LICAP) và vật da có mạch xuyên động mạch liên sườn trước (AICAP). **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả loạt ca. Nghiên cứu này bao gồm 44 bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật tái tạo vú bằng vật TDAP, LICAP hoặc AICAP tại bệnh viện chúng tôi từ tháng 3 năm 2025 đến tháng 12 năm 2025. Dữ liệu từ hồ sơ bệnh án và khảo sát mức độ hài lòng của bệnh nhân, được thực hiện 3 tháng sau phẫu thuật, đã được đánh giá. **Kết quả:** Phẫu thuật tái tạo vú bằng vật TDAP, LICAP và AICAP được thực hiện trên lần lượt 12, 18 và 14 bệnh nhân. Một bệnh nhân bị biến chứng chảy máu nhẹ không cần can thiệp thêm. Nhìn chung, mức độ hài lòng của bệnh nhân rất tốt ở 36 (81,8%) bệnh nhân và tốt ở 7 (15,9%) bệnh nhân. **Kết luận:** Dựa trên kinh nghiệm của chúng tôi, phẫu thuật tạo hình vú bằng vật TDAP, LICAP hoặc AICAP là kỹ thuật tái tạo hiệu quả cho các khuyết hổng vú nhỏ đến trung bình trong khi thực hiện phẫu thuật bảo tồn vú. **Từ khóa:** *Vật xuyên động mạch liên sườn - Phẫu thuật tạo hình vú - Vật xuyên động mạch ngực lưng - Vật cơ lưng rộng - Tái tạo vú*

ABSTRACT

RESULTS OF USING A PEDICLED PERFORATED THORACIC VASCULAR FLAP IN PARTIAL BREAST RECONSTRUCTION DURING BREAST-CONSERVING SURGERY AT CHO RAY HOSPITAL

Background: The emergence of breast-conserving surgery combined with radiotherapy as the treatment of choice for early stage breast cancer has resulted in greater focus on oncoplastic breast surgery. The use of perforator flaps has particularly

gained in reputation for its effectiveness in the reconstruction of partial breast defects at Cho Ray hospital. Herein, we present our experience with the use of thoracodorsal artery perforator (TDAP) and lateral intercostal artery perforator (LICAP) flaps, and anterior intercostal artery perforator (AICAP) flaps. **Methods:** Prospective descriptive case series. This study included 44 patients who underwent breast reconstruction using TDAP or LICAP or AICAP flaps at our hospital from Mar 2025 to December 2025. Data from patient medical records, and patient satisfaction surveys, which were conducted 3 months postoperatively, were evaluated. **Results:** TDAP, LICAP and AICAP flap-based reconstructions were performed in 12; 18 and 14 patients, respectively. One patient developed minor bleeding complications that not required additional intervention. Overall patient satisfaction was observed to be excellent in 36 (81.8%) patients, and good in 6 (13.6%). **Conclusion:** Based on our experience, breast reconstruction using TDAP, LICAP, or AICAP flaps is an effective reconstruction technique for small to medium-sized breast defects while performing breast-conserving surgery. **Keywords:** *Intercostal artery perforator flap - Oncoplastic breast surgery - Thoracodorsal artery perforator flap - Latissimus dorsi flap - Breast reconstruction*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật bảo tồn vú (PTBTV) đã được chứng minh là an toàn về mặt ung thư học và phẫu thuật, với tỷ lệ sống còn lâu dài tương đương cắt vú toàn bộ¹. Tuy nhiên, kết quả thẩm mỹ sau PTBTV không phải lúc nào cũng tối ưu, khi có đến 25%–30% phụ nữ gặp biến dạng vú đáng kể sau phẫu thuật. PTBTV cũng bị hạn chế trong các trường hợp khối u lớn, đa ổ, hoặc khi khối u xâm lấn da hay cơ ngực, và trong nhiều tình huống giải phẫu – ung thư học như khối u trên 5 cm, tỷ lệ kích thước u so với thể tích vú cao hoặc bệnh đa ổ, rất khó đảm bảo diện cắt âm tính [1].

Các nghiên cứu trước đây ghi nhận bờ cắt dương tính trong 10%–40% trường hợp, với tỷ lệ mô lại có thể lên đến 60%, gây tăng gánh nặng bệnh tật, biến chứng và chi phí điều trị. Để khắc phục những hạn chế này, phẫu thuật tạo hình ung thư vú (Oncoplastic Surgery – OPS) đã được phát triển nhằm kết hợp cắt u triệt để với tạo hình lại tuyến vú, giúp giảm biến dạng và cải thiện thẩm mỹ sau mổ.

¹ Khoa Tuyến vú, Bệnh viện Chợ Rẫy

² Bộ môn Ngoại Lồng ngực, Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Việt

Email: drnguyenhoangviet0911@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2026

Ngày duyệt bài: 10.4.2026

Các kỹ thuật OPS hiện nay rất đa dạng, bao gồm thu gọn vú, thay thế thể tích và đóng kín khuyết hồng dạng en-bloc. Nhờ cho phép tạo hình lại toàn bộ vú, OPS giúp mở rộng chỉ định phẫu thuật bảo tồn cho những bệnh nhân trước đây được xem là không phù hợp với BCS, bao gồm trường hợp khối u lớn, tỷ lệ u/vú không thuận lợi, vị trí u trung tâm hoặc cực dưới, hay bệnh đa ổ. Tuy nhiên, các kết quả liên quan đến những yếu tố ung thư học quan trọng khác như tỷ lệ bờ cắt dương tính hay tái phát ung thư ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật theo kỹ thuật OPS vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Điều này đặt ra nhu cầu đánh giá các kỹ thuật bảo tồn vú kết hợp xoay vật tại chỗ cuống mạch xuyên nhằm vừa đảm bảo triệt căn ung thư, vừa cải thiện kết quả thẩm mỹ và giảm thiểu nguy cơ mổ lại [2].

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca trên bệnh nhân thực hiện phẫu thuật bảo tồn vú, tạo hình bằng vật nhánh xuyên được thực hiện tại khoa Tuyến Vú, bệnh viện Chợ Rẫy

Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân nữ được chỉ định phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp xoay vật da tại chỗ (LICAP, AICAP, TAP, SAAP, v.v.) tại Khoa Tuyến Vú, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 03/2025 đến tháng 09/2025

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi ≥ 18
- Được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn sớm (giai đoạn 0, I, IIA theo phân độ TNM của AJCC 8), hoặc bệnh nhân sau hoá trị tân hỗ trợ có giai đoạn 0, I, IIA theo AJCC 8
- Thực hiện phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp vật tại chỗ có cuống mạch xuyên.
- Có hồ sơ vào viện và hồ sơ hậu phẫu đầy đủ. Theo dõi ít nhất đến 90 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tình trạng tổng quát kém, không đủ điều kiện phẫu thuật (ASA $\geq$ III)
- Mổ thay đổi kế hoạch (ví dụ chuyển thành mổ cắt tuyến vú hoàn toàn trước khi lấy vật).

Địa điểm: Khoa tuyến vú Bệnh viện Chợ Rẫy

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 03/2025 – tháng 09/2025.

Quy trình thực hiện

Lựa chọn bệnh nhân và đánh giá trước phẫu thuật

Bệnh nhân đến khám phát hiện có tổn thương ở vú trên lâm sàng hoặc hình ảnh học được đưa vào quy trình chẩn đoán bao gồm:

- Thăm khám lâm sàng: khám vú phát hiện khối u mô tả vị trí, đo kích thước bằng cm, tính chất di động, bề mặt da, hình dáng núm và quầng vú...

- Siêu âm, chụp nhũ ảnh tuyến vú: đo kích thước khối u, tính chất không u, phân loại BIRADS, đánh giá một u hay nhiều ổ, khảo sát hạch vùng, hạch nách.

- Chụp cộng hưởng từ vú trong trường hợp chưa xác định và đánh giá được tổn thương bằng siêu âm và nhũ ảnh.

Bệnh nhân có tổn thương nghi ngờ được chỉ định sinh thiết bằng một trong các phương pháp: sinh thiết lõi kim, sinh thiết bằng hút u vú chân không dưới hướng dẫn siêu âm, sinh thiết bằng phẫu thuật. Dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau sinh thiết chẩn đoán xác định ung thư vú và xác định nhóm hoá mô miễn dịch của bệnh nhân. Một số trường hợp có thể thực hiện các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, xác định yếu tố di căn, xâm lấn và đánh giá cụ thể hình ảnh khối u nếu cần thiết bằng cắt lớp vi tính, PET/CT, MRI, xạ hình xương...

Các bệnh nhân được chỉ định cắt vú một phần, sinh thiết hạch nách và tạo hình bằng vật tại chỗ có nhánh xuyên sẽ được chụp cắt lớp vi tính mạch và siêu âm Doppler đánh giá mạch máu nuôi, các biến thể giải phẫu, kích thước và dòng chảy mạch máu.

Quy trình phẫu thuật

Tất cả bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều được phẫu thuật cắt vú một phần, sinh thiết hạch nách, tạo hình bằng vật tại chỗ có nhánh xuyên

Phẫu thuật được tiến hành dưới gây mê toàn thân sau khi đã chuẩn bị bệnh nhân theo quy trình vô khuẩn chuẩn. Bác sĩ thực hiện đường mổ nhỏ, cắt một phần vú có khối u đảm bảo diện cắt an toàn, giấu sẹo theo nếp tự nhiên của da nhằm giảm xâm lấn và đảm bảo thẩm mỹ. Bệnh nhân được sinh thiết hạch nách sử dụng xanh methylene. Nếu các mép cắt và sinh thiết lạnh có tế bào ung thư; sẽ tiến hành cắt bỏ lại (khoảng 2 cm) đến khi diện cắt an toàn.

Tùy thuộc vào kích thước vú và vị trí khối u, một trong các kỹ thuật vật xuyên sau đây được áp dụng: tái tạo vật bên (LICAP, LTAP, TDAP) hoặc tái tạo vật dưới vú (AICAP, MICAP). Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được tạo hình vật nhánh xuyên một thì.



Hình 1. Phẫu thuật cắt vú bán phần, tạo hình vạt AICAP

Theo dõi và chăm sóc hậu phẫu

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ tại phòng hồi tỉnh. Dẫn lưu được quản lý thường xuyên để phát hiện sớm các dấu hiệu tụ dịch hoặc nhiễm trùng. Kháng sinh dự phòng, giảm đau đa mô thức và chăm sóc vết mổ đúng cách là các yếu tố quan trọng trong giai đoạn hồi phục. Bệnh nhân được hẹn tái khám định kỳ để theo dõi tiến triển lành vết mổ, kết quả tái tạo và phối hợp điều trị bổ trợ như xạ trị hoặc hóa trị khi có chỉ định.

Bệnh nhân được khảo sát mức độ hài lòng theo thang điểm BREAST-Q một thường quy sau khi phẫu thuật

Các biến nghiên cứu

Trong nghiên cứu mô tả tiến cứu này, các biến được thu thập nhằm đánh giá toàn diện đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm khối u, kỹ thuật phẫu thuật, kết quả sớm sau mổ và khả năng phục hồi. Các biến về đặc điểm chung bao gồm tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), bệnh lý đi kèm và giai đoạn bệnh theo AJCC. Các biến liên quan đến đặc điểm tổn thương ghi nhận vị trí khối u, đường kính lớn nhất và mối quan hệ khối u với quần – núm vú.

Các biến phẫu thuật bao gồm loại vạt cuống mạch xuyên sử dụng, kích thước và thể tích vạt, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, và tỷ lệ đạt diện cắt âm tính.

Kết quả sớm sau mổ được đánh giá thông qua biến chứng trong 30 ngày (tụ dịch, nhiễm trùng, hoại tử vạt, chảy máu), thời gian dẫn lưu và thời gian nằm viện. Kết quả thẩm mỹ được ghi

nhận bằng mức độ hài lòng của bệnh nhân được thu thập bằng thang điểm **BREAST-Q** và mức độ đau sau mổ được đánh giá bằng thang VAS.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gia 8 tháng từ tháng 3 đến tháng 12 năm 2025, chúng tôi có 44 trường hợp được phẫu thuật bảo tồn vú có sử dụng vạt nhánh xuyên mạch máu thành ngực, với kết quả như sau:

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	TDAP	LICAP	AICAP	Tổng
Tuổi trung bình	52,8	53,6	54,5	53,7 (34-69)
BMI kg/m ²	22,99 ± 3,01	23,67 ± 4,11	21,1 ± 3,5	23,38 ± 3,70
Bệnh kèm theo				
Tăng huyết áp	2	4	5	11 (25%)
Tiểu đường	1	3	2	6 (13,6%)

Nhận xét:

Tuổi trung bình 53,7, nhỏ nhất 34, lớn nhất 69 tuổi

Chỉ số BMI trung bình 23,38

Bệnh đi kèm nhiều nhất là tăng huyết áp (25%)

Bảng 2. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Đặc điểm	TDAP	LICAP	AICAP	Tổng
Loại ung thư				
Tại chỗ	0	1	1	2
Xâm nhập	12	17	13	42
T				
Tis	0	1	1	2 (4,5%)
T1	0	9	7	16 (36,4%)
T2	12	8	6	26 (59,1%)
N				
N0	9	17	11	37 (84,1%)
N1	3	1	3	7 (15,9%)
Giai đoạn				
0	0	1	1	2 (4,5%)
IA	0	9	6	15 (34,1%)
IB	0	0	0	0 (0,0%)
IIA	9	7	6	22 (50%)
IIB	3	1	1	5 (13,4%)
Hóa trị tân bổ trợ				
Có	3	7	6	16 (36,4%)
Không	4	14	10	28 (63,6%)

Đặc điểm	TDAP	LICAP	AICAP	Tổng
Xạ trị bổ trợ				
Có	12	18	14	44 (100,0%)
Không	0	0	0	0
Biên dương tính lần đầu	1	4	7	12 (27,3%)

Nhận xét:

U T₂ chiếm đa số các trường hợp 59,1%, kể đến là u T₁ 36,4%

Hạch N₀ 84,1%, di căn hạch N₁ 15,9%

Giai đoạn IIA chiếm đa số 50%, kể đến giai đoạn IA 34,1%

36,4% có hoá trị tân bổ trợ trước mổ

100% các trường hợp sau mổ đều xạ trị bổ trợ

Bảng 3. Đặc tính tái tạo vạt

Vị trí u	Kỹ thuật tái tạo	Kích thước vạt da trung bình cm	Trọng lượng mô trung bình g
Trên ngoài	LICAP:14; TDAP:9	127.8	125.9
Dưới ngoài	AICAP:11; TDAP:2	98.5	98.5
Dưới trong	AICAP:3	136.7	150.0
Trên trong	LICAP:3; TDAP:1	65.0	65.0
Trung tâm	LICAP:1	80.0	70.0

Nhận xét:

U vị trí trên ngoài chiếm đa số 23 trường hợp (52,3%), kể đến là vị trí dưới ngoài 13 trường hợp (29,5%)

Kích thước vạt da trung bình 65-136,7 cm

Lượng mô trung bình 65-150 gram

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	TDAP	LICAP	AICAP	Tổng
Thể tích trung bình của phần vú được cắt bỏ (g)	113.3	113.6	110.7	112.6
Biên dương tính lần đầu	1	4	7	12 (27,3%)

Nhận xét:

Thể tích trung bình của phần vú được cắt bỏ 112,6 (g), tương đương ở 3 nhóm vạt

Biên phẫu thuật dương tính lần đầu: 27,3%

Thời gian mổ trung bình: 125 phút (90-150)

Thời gian hậu phẫu trung bình: 4 ngày (3-9)

Thời gian theo dõi trung bình: 6 tháng (3-9)

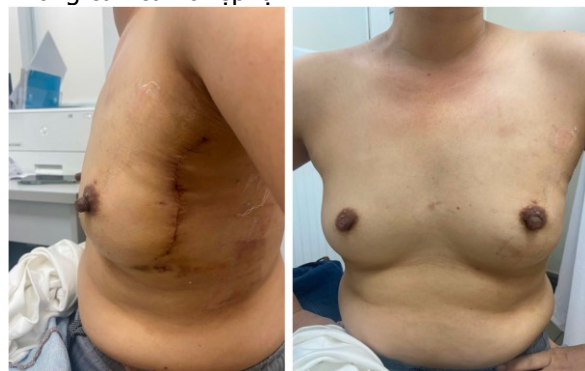
Bảng 5. Kết quả thẩm mỹ và biến chứng

Đặc điểm	TDAP	LICAP	AICAP	Tổng
Thẩm mỹ				
Rất tốt	12	14	10	36 (81,8%)
Tốt	0	4	3	7 (15,9%)
Trung bình	0	0	1	1 (2,3%)
Xấu	0	0	0	0
Biến chứng				
Chảy máu	0	0	1	1 (2,3%)
Nhiễm trùng	0	0	0	0
Hoại tử mô	0	0	0	0

Nhận xét:

Kết quả rất tốt 81,8%, tốt 15,9%, trung bình 2,3%

Chỉ có 1 trường hợp chảy máu (2,3%) nhẹ, không cần can thiệp lại



Hình 2. Phẫu thuật bảo tồn kết hợp Vạt LCAP



Hình 3. Phẫu thuật bảo tồn vạt TDAP sau 3 tháng

IV. BÀN LUẬN

Lựa chọn phẫu thuật bảo tồn vú

Ngực được coi là biểu tượng của nữ tính và đóng vai trò quan trọng trong sức khỏe tinh thần, xã hội và tình dục của phụ nữ. Những nỗ lực phẫu thuật tái tạo ngực để đạt được hình dạng gần như bình thường bằng cách sử dụng mô tự thân hoặc cấy ghép ngực đã góp phần vào những tiến bộ trong kỹ thuật cắt bỏ vú. Năm 1995, Fisher et al. đã báo cáo tỷ lệ tái phát tại chỗ và tỷ lệ sống sót tương tự ở bệnh nhân ung thư vú, với khối u có kích thước 4 cm trở xuống và không có xâm lấn hạch nách, những người được điều trị bằng đoạn nhũ hoặc bảo tồn vú kết hợp xạ trị. Kể từ đó, bảo tồn vú kết hợp với xạ trị vú đã nổi lên như phương pháp điều trị được lựa chọn hàng đầu cho bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm.

Phẫu thuật tạo hình vú là một khái niệm mở rộng của phẫu thuật bảo tồn vú (BCS), phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ vú tập trung vào việc tái tạo vú sau khi cắt bỏ khối u bằng cách sử dụng mô vú còn lại và, trong nhiều trường hợp, mô lân cận. Nó kết hợp những ưu điểm của việc đảm bảo đủ khoảng cách an toàn cho khối u và kết quả thẩm mỹ tốt hơn. Các yếu tố quyết định kết quả thẩm mỹ sau BCS bao gồm thể tích mô vú bị cắt bỏ, vị trí khối u, kích thước vú, xạ trị, phẫu thuật cắt bỏ lại và kích thước sẹo sau phẫu thuật. Trong số đó, thể tích mô được cắt bỏ là quan trọng nhất. Trong trường hợp mô vú còn lại không đủ để tái tạo vú một cách thỏa đáng, vật LD là một lựa chọn phổ biến do khả năng che phủ và thể tích mô mà nó cung cấp. Tuy nhiên, ngoài biến chứng tại vị trí lấy mô, nó cũng có thể gây phức tạp do làm tổn thương các cơ quan trọng cho chuyển động vai. Đối với phụ nữ Việt Nam có kích thước vú nhỏ đến trung bình, các kỹ thuật tái tạo vú một phần dựa trên vật xuyên mạch đã chứng minh hiệu quả. Những vật này lần đầu tiên được mô tả bởi Hamdi et al., và sau đó đã trải qua một số sửa đổi [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, U_{T2} chiếm đa số các trường hợp 59,1%, kể đến là u_{T1} 36,4%. Hạch N₀ 84,1%, di căn hạch N₁ 15,9%. Giai đoạn IIA chiếm đa số 50%, kể đến giai đoạn IA 34,1% và có 36,4% có hoá trị tân bổ trợ trước mổ. Chúng tôi chọn bệnh ở giai đoạn sớm và kích thước u từ T2 trở xuống, một số trường hợp u T2 ở nhóm nhuy cơ cao như Tam âm hoặc nhóm HER2 dương chúng tôi chọn hoá trị tân bổ trợ trước mổ để giảm kích thước khối u, thuận lợi hơn trong việc phẫu thuật bảo tồn vú. Ngoài ra, chúng tôi lựa chọn kỹ thuật tái tạo vú cho

bệnh nhân có kích thước vú nhỏ đến trung bình. Kỹ thuật dịch chuyển thể tích không khả thi ở những bệnh nhân này do thiếu mô vú còn lại đầy đủ. Trong trường hợp tỷ lệ khuyết hồng so với vú lớn, cần phải sử dụng kỹ thuật thay thế thể tích. Kinh nghiệm cho thấy tỷ lệ thể tích khuyết hồng so với vú hiệu quả hơn so với định nghĩa đơn giản về khuyết hồng kích thước trung bình dựa trên cân nặng hoặc kích thước, trong việc đánh giá những bệnh nhân này. Ngay cả khi bệnh nhân có kích thước vú nhỏ đến trung bình được phân loại là có khuyết hồng kích thước trung bình, thể tích cắt bỏ của họ cũng không đáng kể. Điều này ngụ ý rằng việc sử dụng kỹ thuật như vật LD ở những bệnh nhân này có thể dẫn đến bệnh lý vùng lấy mô đáng kể. Trong những trường hợp như vậy, vật TDAP hoặc LICAP dựa trên mạch xuyên có cường độ có thể mang lại kết quả lâm sàng tốt hơn.

Oncoplastic breast surgery kết hợp nguyên tắc ung thư học và tạo hình. Theo hệ thống phân loại của Clough, kỹ thuật được chia thành hai nhóm chính: "thay đổi thể tích" (volume displacement) và "thay thế thể tích" (volume replacement). Nhóm displacement sử dụng mô tuyến còn lại để tạo hình; nhóm replacement dùng vật da-mỡ từ vùng khác (lưng, thành ngực...) để bù khuyết [4].

Lựa chọn vật nhánh xuyên

Các kỹ thuật level 1 ($\leq 20\%$ thể tích vú) thường chỉ cần sắp xếp lại mô tuyến; level 2 (20–50%) sử dụng vật tại chỗ hoặc kỹ thuật mammaplasty; level 3 ($> 50\%$) có thể cần vật xa. Đối với khuyết lớn trên vú nhỏ, vật cuống mạch xuyên (perforator flap) từ thành ngực là lựa chọn tối ưu vì bảo tồn cơ, giảm biến chứng vị trí cho vật và cung cấp thể tích phù hợp. Các vật được dùng nhiều gồm [6]:

- LICAP (Lateral Intercostal Artery Perforator) – thích hợp cho khuyết ngoài và trên,
- AICAP (Anterior Intercostal Artery Perforator) – cho khuyết dưới trong,
- LTAP (Lateral Thoracic Artery Perforator) – cho khuyết dưới hoặc ngoài,
- TDAP (Thoracodorsal Artery Perforator) – có lượng mô lớn hơn.

Vật TDAP có thể che phủ các khuyết hồng lớn ở vùng cánh tay trên và nách. Đây là một mảnh ghép da cân sử dụng các mạch xuyên xuất phát từ nhánh xuống của động mạch ngực lưng. Ưu điểm của nó bao gồm bảo tồn cơ lưng rộng, giảm biến chứng tại vị trí lấy mảnh ghép, thời gian phục hồi ngắn hơn và khả năng che phủ tốt các khuyết tật rộng. Tuy nhiên, mảnh ghép này bị hạn chế bởi khó khăn trong việc xác định vị trí

các mạch xuyên bằng siêu âm Doppler do các mạch xuyên rất nhỏ. Việc bóc tách các mạch xuyên, và do đó việc sử dụng mảnh ghép này, đòi hỏi kỹ năng phẫu thuật cao hơn.

Kỹ thuật vạt LICAP đã trở nên phổ biến như một kỹ thuật vạt xuyên với những ưu điểm và nhược điểm tương tự như vạt TDAP. Cả hai vạt đều yêu cầu thay đổi vị trí trong quá trình phẫu thuật, mặc dù vị trí của các mạch xuyên ở vạt LICAP nằm xa hơn về phía trước so với vạt TDAP. Ngoài ra, các dấu hiệu trên da của cả hai vạt đều tương tự nhau. Về mặt tích cực, vết sẹo sau khi tái tạo bằng vạt LICAP ít nhìn thấy hơn vì nó được che khuất dưới cánh tay, và vú được tái tạo trông tự nhiên hơn nhờ sự tương đồng về kết cấu da giữa vạt và vú. Hơn nữa, vạt LICAP cho phép dễ dàng xác định các mạch xuyên thông qua phẫu thuật bóc tách phía trước, và do đó có thể được sử dụng như một lựa chọn thay thế cho vạt TDAP khi các mạch xuyên của nó không thể dễ dàng xác định được. Tuy nhiên, các mạch xuyên của vạt LICAP ngắn, chỉ hữu ích cho việc che phủ các khuyết tật ở góc phần tư dưới bên ngoài của vú. Vạt này cũng có nguy cơ cao hơn bị hoại tử mỡ và hoại tử vạt ở những vùng xa mạch xuyên nhất.

Vạt động mạch liên sườn trước (Anterior Intercostal Artery Perforator – AICAP Flap) là một vạt da-cân có thể che phủ các khuyết hồng vùng **trong** và **dưới** của vú. Vạt cũng có thể được sử dụng như một phương pháp nâng ngực tự thân ở các bệnh nhân giảm cân nhiều đang được treo sa trễ vú. Vạt này tương tự như vạt LICAP nhưng **ít đa dạng** hơn. Vạt cung cấp thể tích thay thế và che phủ mô mềm cho các vùng trong và dưới của vú, những vùng thường không thể được xử lý bằng các vạt LICAP hoặc TAP. Vạt tận dụng phần da và mô mỡ dư thừa nằm dưới nếp dưới vú.

Ưu điểm của vạt này là có thể đặt bệnh nhân ở tư thế **nằm ngửa** mà không cần xoay trở thêm trong quá trình lấy vạt. Sẹo mổ có thể được đặt dọc theo nếp dưới vú với một phần kéo dài nhẹ vào phía trong, và vị trí này thường được che phủ tốt bởi áo tắm hoặc áo ngực. Nhược điểm bao gồm tăng lượng sẹo ở vùng trong, có thể dễ nhìn thấy hơn đối với bệnh nhân do sẹo thường tiến gần hoặc vượt qua đường giữa. Ngoài ra, vạt cũng có thể gây **bất cân xứng nhẹ thành bụng** [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi: U vị trí trên ngoài chiếm đa số 23 trường hợp (52,3%), kể đến là vị trí dưới ngoài 13 trường hợp (29,5%). Kích thước vạt da trung bình 65-136,7 cm. Lượng mô trung bình 65-150 gram. Chúng tôi

lựa chọn vạt phù hợp theo vị trí khối u. Với u vị trí trên ngoài: LICAP:14; TDAP:9. Dưới ngoài: AICAP:11; TDAP:2. Dưới trong: AICAP:3. Trên trong: LICAP:3; TDAP:1. Trung tâm: LICAP:1. Việc chọn vạt phù hợp giúp chúng tôi lấy đủ mô xoay vào chỗ khuyết hồng do phẫu thuật bảo tồn. Khó khăn lớn là u ở vị trí trên trong hoặc u vị trí trung tâm, khi đó chúng tôi thường lựa chọn vạt LICAP hoặc TDAP để có cuống mạch dài hơn.

Chúng tôi sử dụng siêu âm doppler trong mổ để xác định chính xác mạch máu nhánh xuyên, giúp cho việc bóc tách lấy vạt thuận lợi hơn. Ngoài ra, việc sử dụng siêu âm doppler đánh giá lại cuống mạch sau xoay vạt cũng giúp đánh giá tưới máu vạt cũng như phòng ngừa hoại tử vạt

Kết quả sớm

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Thể tích trung bình của phần vú được cắt bỏ 112,6 (g), tương đương ở cả 3 nhóm vạt. Biên phẫu thuật dương tính lần đầu: 27,3%, đòi hỏi phải cắt rộng thêm để đạt biên phẫu thuật an toàn. Thời gian mổ trung bình: 125 phút (90-150). Thời gian hậu phẫu trung bình: 4 ngày (3-9). Thời gian theo dõi trung bình: 6 tháng (3-9). Thời gian mổ và hậu phẫu ngắn. Tuy nhiên thời gian theo dõi chưa đủ dài để đánh giá hết các kết quả khác. Lượng mô vú cắt bỏ trung bình 112 gram phù hợp cho các bệnh nhân có kích thước vú từ nhỏ đến trung bình.

Tác giả Jae Bong Kim Hàn Quốc [7]: Những kết quả này cho thấy hơn 80% bệnh nhân hài lòng về mặt thẩm mỹ, tương tự như kết quả được báo cáo trong một bài báo trước đây của cơ sở chúng tôi về tái tạo vú bằng vạt LD. Do đó, khi có thể, tái tạo vú bằng vạt xuyên mạch có vẻ hữu ích hơn. Kết quả điều trị ung thư tổng thể cũng khả quan.

Biến chứng

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: Kết quả rất tốt 81,8%, tốt 15,9%, trung bình 2,3%

Chỉ có 1 trường hợp chảy máu (2,3%) nhẹ, không cần can thiệp lại. Có thể là thời gian theo dõi chưa dài, nên chưa ghi nhận các biến chứng khác như: hoại tử mỡ, co rút hay lõm, các biến chứng sau xạ trị hỗ trợ...

Tác giả Jae Bong Kim Hàn Quốc[7]: Phẫu thuật chỉnh sửa được yêu cầu trong hai trường hợp đối với mỗi kỹ thuật vạt da do biến chứng xảy ra ở vùng xa nhất so với các mạch xuyên. Ngoài ra, tỷ lệ hoại tử mỡ cao hơn khi sử dụng vạt LICAP (3 trường hợp) so với vạt TDAP (1 trường hợp). Những biến chứng này có thể liên quan đến sự khác biệt về lưu lượng máu và mức độ căng của vạt da dựa trên độ dày và vị trí của vạt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 44 trường hợp phẫu thuật bảo tồn tuyến vú có kết hợp sử dụng vật nhánh xuyên thành ngực trong tái tạo một phần vú, chúng tôi rút ra một số kết luận sau. Việc lựa chọn vật phù hợp với vị trí khối u cũng như thể tích vú cắt bỏ giúp cho việc tái tạo thành công với kết quả rất tốt 81,8% và tốt 15,9%. Đây là kỹ thuật phù hợp cho các trường hợp bảo tồn vú ở bệnh nhân có kích thước vú nhỏ đến trung bình. Cần có theo dõi lâu dài để đánh giá thêm các kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rajan KK, Fairhurst K, Birkbeck B, et al. Overall survival after mastectomy versus breast-conserving surgery with adjuvant radiotherapy for early-stage breast cancer: meta-analysis. *BJS Open*. 2024;8(3):doi:10.1093/bjsopen/zrae040
2. Kohler BA, Sherman RL, Howlader N, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2011, Featuring Incidence of Breast Cancer Subtypes by Race/Ethnicity, Poverty, and

- State. *J Natl Cancer Inst*. Jun 2015;107(6):djv048. doi:10.1093/jnci/djv048
3. Amin MB, Greene FL, Edge SB, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin*. Mar 2017;67(2):93-99. doi:10.3322/caac.21388
4. Christiansen P, Mele M, Bodilsen A, Rocco N, Zachariae R. Breast-Conserving Surgery or Mastectomy?: Impact on Survival. *Annals of Surgery Open*. 2022;3(4)
5. Tian R, Zheng Y, Liu R, Jiang C, Zheng H. Efficacy and safety of oncoplastic breast-conserving surgery versus conventional breast-conserving surgery: An updated meta-analysis. *The Breast*. 2024/10/01/ 2024;77:103784. doi:https://doi.org/10.1016/j.breast.2024.103784
6. Kang MJ, Hong HK, Eo PS, et al. Surgical Strategies for Partial Breast Reconstruction in Medial-Located Breast Cancer: A 12-Year Experience. *J Breast Cancer*. 2/ 2023;26(1):35-45.
7. Jae Bong Kim et al: The usefulness of pedicled perforator flap in partial breast reconstruction after breast conserving surgery in Korean women. CC BY-NC 4.0 · Arch Plast Surg 2018; 45(01): 29-36. DOI: 10.5999/aps.2017.01200

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM NỘI KHỚP HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU KẾT HỢP FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU

Vũ Ngọc Vương^{1*} Đỗ Quốc Cường¹, Nguyễn Thông Phán¹,
Thái Thị Thùy Linh¹, Bùi Thị Hiền¹, Trương Hải Nhung^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thoái hóa khớp gối là bệnh lý thường gặp, gây đau và hạn chế vận động, trong khi các phương pháp điều trị không dùng thuốc có những hạn chế trong giảm đau khớp gối. Liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) và fibrin giàu tiểu cầu (PRF) tự thân được xem là hướng tiếp cận an toàn, hỗ trợ tái tạo mô. Nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu hiệu quả và độ an toàn của tiêm nội khớp PRP kết hợp PRF tại Bệnh viện Quân y 175. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, đơn nhóm, ngẫu nhiên trên 20 bệnh nhân (37 khớp gối) thoái hóa giai đoạn II-IV. Bệnh nhân được tiêm PRP kết hợp PRF theo liệu trình 3 lần (1 lần/tuần). Hiệu quả được đánh giá bằng triệu

chứng lâm sàng (VAS, WOMAC) và siêu âm (dịch khớp, viêm màng hoạt dịch) tại 7 ngày, 15 ngày, 1 tháng và 3 tháng sau tiêm. **Kết quả:** Không ghi nhận biến cố bất lợi nghiêm trọng. Sau 3 tháng, điểm VAS trung bình giảm từ $6,27 \pm 0,73$ xuống $2,14 \pm 0,79$; dịch khớp trên siêu âm giảm từ 100% xuống 43,24%; viêm màng hoạt dịch giảm từ 18,92% xuống 0%. Điểm WOMAC cải thiện rõ, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$). Một số bệnh nhân đau nhẹ sau tiêm, tự hết sau vài giờ. **Kết luận:** Tiêm PRP kết hợp PRF theo liệu trình 3 tuần liên tiếp là an toàn, cải thiện rõ rệt triệu chứng lâm sàng, tổn thương siêu âm và chức năng khớp gối sau 3 tháng. Đây là lựa chọn tiềm năng trong điều trị thoái hóa khớp gối. **Từ khóa:** huyết tương giàu tiểu cầu, Fibrin giàu tiểu cầu, thoái hóa khớp gối

ABSTRACT

PRELIMINARY EVALUATION OF TREATMENT RESULTS FOR KNEE OSTEOARTHRITIS USING PLATELET RICH PLASMA COMBINED WITH PLATELET RICH FIBRIN

Background and Objectives: Knee osteoarthritis (OA) is a common degenerative disease that causes chronic pain and functional limitation,

¹ Bệnh viện Quân y 175

² Khoa Sinh học - CNSH, Trường ĐH Khoa học tự nhiên, ĐHQG Tp.HCM

³ Đại học Quốc gia Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Vương

Email: DrVuong175@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 23.3.2026

Ngày duyệt bài: 13.4.2026