

5,8. Điểm IPSS trung bình tái khám sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt là $6,9 \pm 4,2$; $3,9 \pm 2,9$; $8,4 \pm 5,9$. 100% bệnh nhân đánh giá chất lượng cuộc sống tốt và rất tốt 6 tháng sau PT qua thang điểm QoL. Điểm QoL trung bình trước PT là $5,29 \pm 0,72$ và sau PT 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt là $2,21 \pm 0,91$; $1,76 \pm 0,79$; $1,24 \pm 0,59$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cũng cho thấy sự cải thiện tốt về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Một số tác giả khác cũng có nghiên cứu cho thấy quan điểm tương đồng như: tác giả Gilling PJ (năm 2000, 40TH) sự điểm QoL trước mổ trung bình $4,8 \pm 1,1$. Điểm QoL trung bình tái khám sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt là $2,7 \pm 0,4$; $1,8 \pm 0,4$; $1,6 \pm 0,3$.⁹ tác giả Naspro R (năm 2006, 41TH) điểm QoL trước mổ trung bình $4,07 \pm 0,93$. Điểm QoL trung bình tái khám sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt là $1,4 \pm 1,4$; $1,0 \pm 0,8$; $1,7 \pm 0,94$.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bóc u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng Holmium laser qua đường niệu đạo là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, cải thiện tốt triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tế Kha, (2018)**, Vai trò LASER Thulium trong điều trị ngoại khoa tăng sinh lành tính tuyến

tiền liệt, Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh

2. **Nguyễn Ngọc Thái, (2012)**, "Đánh giá sự cải thiện triệu chứng đường tiết niệu dưới sau cắt đốt nội soi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt với kỹ thuật Laser Thulium", Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, pp.
3. **Dương Hoàng Lân, (2015)**, "Đánh giá kết quả của cắt đốt nội soi bằng điện lưỡng cực trong tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt", Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, pp.
4. **Trần Ngọc Sinh, (2001)**, "Chỉ định điều trị cắt đốt nội soi trong bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt", luận án tiến sĩ khoa học Y Dược, (Đại học Y Dược TPHCM.), pp.
5. **Lý Hoàng Phong, (2007)**, "Tai biến và biến chứng sớm sau cắt đốt nội soi bướu lành tính tuyến tiền liệt, Luận văn thạc sĩ y khoa, " Đại học Y Dược TP HCM, pp.
6. **Trần Ngọc Đình (2019)**. Kết quả phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị phì đại tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **Karakose A., Atesci Y.Z. (2014)**. BiVap Saline Vaporization of the Prostate in Men with Benign Prostatic Hyperplasia: Our Clinical Experience. *Urology*, 83(3), pp.570-575.
8. **Đỗ Ngọc Thế (2018)**. Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp bốc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
9. **Fraundorfer MR, Gilling PJ. Holmium: YAG laser enucleation of the prostate combined with mechanical morcellation: preliminary results.** *Eur Urol* 1998;33:69-72.

TẠO HÌNH THÀNH NGỰC ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT DO XẠ TRỊ BẰNG VẬT DA CƠ LƯNG RỘNG: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Lê Hồng Quang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét thành ngực sau xạ trị là một biến chứng ít gặp, gây ảnh hưởng nhiều tới thẩm mỹ cũng như chức năng cho bệnh nhân ung thư vú. Đây cũng là một thách thức không nhỏ cho các nhà lâm sàng hiện nay. Chúng tôi mô tả một trường hợp viêm loét thành ngực ở bệnh nhân ung thư vú sau xạ trị được điều trị tại Khoa Ngoại vú, Bệnh viện K. **Cả lâm sàng:** Bệnh nhân nữ 64 tuổi, chẩn đoán ung thư vú phải, được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi, điều trị hóa chất và tia xạ bổ trợ lần 1 năm 2001;

tia xạ lần 2 năm 2004 do tái phát thành ngực phải, năm 2020 bệnh nhân xuất hiện viêm loét thành ngực và được phẫu thuật tạo hình thành ngực sử dụng vật da – cơ lưng rộng che phủ. Quá trình phẫu thuật và hậu phẫu an toàn, bệnh nhân được xuất viện sau 10 ngày.

Từ khóa: viêm loét thành ngực, vật da cơ lưng rộng

SUMMARY

CHEST WALL RECONSTRUCTION WITH LATISSIMUS DORSI FLAP FOR CHRONIC RADIATION-INDUCED ULCER PATIENT: A CASE REPORT

Introduction: Chronic radiation-induced ulcer is a rare complication that greatly affects the aesthetics and function of breast cancer patients. This is also a big challenge for clinicians today. We describe a case of chest wall ulcer in a breast cancer patient after

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quang

Email: bslequang@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2021

Ngày duyệt bài: 23.11.2021

radiation therapy being treated at the Department of breast surgery, K Hospital. **Clinical case:** A 64-year-old female patient, diagnosed with right breast cancer, underwent modified radical mastectomy, adjuvant chemotherapy and radiotherapy for the first time in 2001; 2nd radiation in 2004 due to right chest wall recurrence, in 2020 the patient developed chest wall ulcer and underwent chest wall reconstruction surgery using latissimus dorsi flap. The operation and postoperative time were safe, the patient was discharged 10 days after surgery.

Keywords: Chronic radiation-induced ulcer, latissimus dorsi flap

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xạ trị là phương pháp điều trị ung thư phổ biến hiện nay tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Đây được coi là phương pháp điều trị hỗ trợ quan trọng cho người bệnh bị ung thư vú ở giai đoạn bệnh tiến triển tại chỗ, tại vùng và là chỉ định bắt buộc đối với người bệnh ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn. Tuy nhiên, xạ trị cũng có liên quan đến một số tác dụng không mong muốn tại diện tia xạ như tổn thương da, cơ, thần kinh, tổ chức bên trong... Trong đó, tỷ lệ viêm loét thành ngực sau tia xạ lên tới 25 – 30%.¹ Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng gây ra biến chứng này bao gồm như liều tia xạ, thời gian xạ và yếu tố tại chỗ. Theo một số nghiên cứu, nếu tổng liều tia xạ lớn hơn 70Gy/7 tuần/ 30 lần cũng có thể gây viêm loét thành ngực.^{1,2} Những biến chứng liên quan tới tia xạ luôn là một vấn đề khó khăn với các nhà lâm sàng do xạ trị làm giảm lượng máu tới mô tế bào, kích thích xơ hóa, hoại tử và trực tiếp phá hỏng cấu trúc các tế bào. Điều đó dẫn tới tổn thương viêm mạn tính kéo dài từ vài tháng cho tới vài năm cùng với đó là nhiễm trùng tại chỗ gây ảnh hưởng nhiều tới tình trạng tại chỗ cũng như toàn thân của người bệnh.¹⁻³

Hiện nay, phẫu thuật che phủ tại chỗ là phương pháp sử dụng chính để điều trị biến chứng này. Các kỹ thuật được áp dụng bao gồm ghép da tự thân, chuyển vạt xoay tại chỗ, chuyển vạt da – cơ (vạt cơ lưng, cơ thẳng bụng, vạt mông...). Trong đó vạt da – cơ được sử dụng nhiều nhất bởi nhiều ưu điểm như kích thước vạt lớn, tính thẩm mỹ cao. Sử dụng vạt cơ lưng rộng che phủ cho khuyết hồng thành ngực cũng như trong phẫu thuật tạo hình ung thư vú được mô tả lần đầu bởi Tansini.³ Từ đó đến nay, kỹ thuật này đã được coi như phương pháp tiêu chuẩn trong phẫu thuật che phủ thành ngực sau xạ trị bởi đây là kỹ thuật thực hiện không quá phức tạp, diện che phủ lớn, nguồn cấp máu cho vạt ổn định, tính thẩm mỹ cao. Tại Việt Nam, biến chứng viêm loét thành ngực sau tia xạ ở

bệnh nhân ung thư vú đã được mô tả và báo cáo tại một số trung tâm điều trị ung thư lớn như Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện K, Bệnh viện Ung bướu TP HCM.... Các báo cáo cũng chỉ ra rằng những tổn thương viêm hoại tử tại thành ngực không chỉ ảnh hưởng đến tổ chức da, cơ thành ngực và còn sâu hơn là tổ chức xương sườn, cơ gian sườn thậm chí là phổi và màng phổi. Vấn đề điều trị biến chứng này cũng tương đối đa dạng và phụ thuộc vào nhiều yếu tố toàn thân cũng như tại chỗ của người bệnh. Tại Bệnh viện K, khoa Ngoại vú, chúng tôi gặp một trường hợp bệnh nhân xuất hiện biến chứng viêm loét thành ngực diện rộng sau tia xạ cùng với đó là tổn thương xương sườn tại vị trí tia xạ. Chúng tôi xin được mô tả ca lâm sàng cùng với phương pháp điều trị để thảo luận và rút kinh nghiệm.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 64 tuổi, tiền sử không mắc bệnh lý mạn tính nhập viện ngày 14/7/2020 tại khoa Ngoại vú, Bệnh viện K. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú phải năm 2001; được phẫu thuật cắt toàn bộ vú và vét hạch nách phải; sau phẫu thuật được điều trị hóa chất và tia xạ bổ trợ. Năm 2004, bệnh nhân xuất hiện tái phát thành ngực phải, được phẫu thuật lấy rộng tổn thương và điều trị tia xạ bổ trợ sau mổ. Tháng 10/2018, bệnh nhân xuất hiện đau vùng ngực phải kết hợp chảy dịch từ thành ngực, không đi khám và điều trị bằng thuốc tại nhà. Cách vào viện 1 tuần xuất hiện sưng nóng đỏ, đau vùng ngực phải kèm theo chảy dịch từ thành ngực, bệnh nhân vào viện trong tình trạng: tỉnh táo, tiếp xúc tốt. Triệu chứng lâm sàng tại chỗ: tổn thương tại thành ngực phải kích thước 4x5cm, cứng chắc, không di động, sưng nóng đỏ, có điểm rò dịch mủ; tổ chức da xung quanh co kéo. Hạch nách phải không sờ thấy.

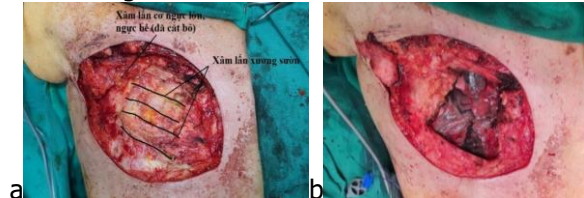


Hình 1. Tổn thương tại thành ngực và trên phim cắt lớp vi tính

Cắt lớp vi tính lồng ngực: hình ảnh tổ chức thành ngực kèm theo tiêu xương sườn và màng phổi phải; đám tổn thương xơ hóa, dày màng phổi tương ứng với vị trí xạ trị. Xét nghiệm tế bào không thấy hình ảnh tế bào ác tính. Các cơ quan khác chưa phát hiện tổn thương kết hợp.

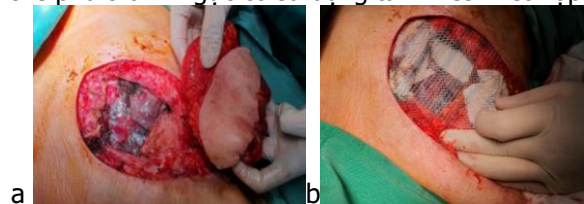
Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt bỏ

tổn thương thành ngực phải và sử dụng vạt da – cơ lưng rộng bên phải che phủ khuyết hổng thành ngực. Trong quá trình phẫu thuật phát hiện tổn thương thành ngực xâm lấn vào cơ ngực lớn, cơ ngực bé, cung trước xương sườn III, IV bên phải. Đã tiến hành cắt bỏ cơ ngực lớn, cơ ngực bé và đoạn xương sườn tổn thương dài khoảng 3cm



Hình 2. a Tổn thương xương sườn và cơ ngực trong mổ; **b** Cắt bỏ tổn thương cùng cơ ngực và đoạn xương sườn

Sau khi cắt bỏ tổn thương, kiểm tra phổi phải không có tổn thương xâm lấn vào phổi và màng phổi, đặt dẫn lưu khoang màng phổi. Chúng tôi lấy vạt da – cơ lưng rộng bên phải có cuống để che phủ thành ngực có sử dụng tấm mesh kết hợp.



Hình 3. a Chuyển vạt cơ lưng lên che phủ; **b** Sử dụng tấm mesh che phủ thành ngực

Bệnh nhân sau mổ được đưa về khoa hồi sức tích cực theo dõi tiếp và về khoa Ngoại vú 24 giờ sau mổ. Trong quá trình hậu phẫu, bệnh nhân tỉnh táo, tự thở thỏa đáng, thành ngực không có chuyển động bất thường, không tràn khí dưới da thành ngực, vạt da cơ sống tốt, vết mổ khô. Dẫn lưu khoang màng phổi được rút sau 48 giờ, dẫn lưu tại vết mổ được rút sau 9 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh tổn thương thành ngực: tổ chức vôi hóa kèm tổn thương viêm mạn tính. Bệnh nhân được xuất viện ngày thứ 10 sau mổ.



Hình 4. Bệnh nhân khi ra viện

III. BÀN LUẬN

Tạo hình thành ngực do viêm loét sau xạ trị là một vấn đề khó khăn hiện nay tại Việt Nam

cũng như trên thế giới bởi những yếu tố cần phải đảm bảo sau phẫu thuật về hình thái, chức năng cũng như thẩm mỹ. Việc lựa chọn các phương pháp phẫu thuật phù hợp phụ thuộc vào nhiều yếu tố nhưng đặc biệt quan trọng nhất là khả năng liền vết thương của các tổ chức mô tế bào xung quanh vùng tổn thương và diện thành ngực cần được che phủ. Hiện nay, phương pháp đơn giản nhất được sử dụng là cắt lọc tổ chức hoại tử và ghép da tự thân, tuy nhiên tỷ lệ thất bại của phương pháp tương đối cao do tổ chức hạt ở đáy vết thương phát triển kém.⁴ Cùng với sự phát triển của phẫu thuật tạo hình cũng như vi phẫu, việc dịch chuyển mô tự thân từ nơi khác của cơ thể tới che phủ tổn thương đang ngày càng trở nên phổ biến hơn. Đặc biệt với ứng dụng của các vạt vi phẫu đã giúp phẫu thuật viên dễ dàng lựa chọn kích thước vị trí vạt phù hợp cho tổn thương. Tuy nhiên, một số tác giả lại cho rằng, việc tia xạ đã gây tổn thương tới các mạch máu xung quanh vị trí loét cùng với đó là sự thiếu hụt các mô tế bào xung quanh đó sẽ là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật.⁵ Đặc biệt với những bệnh nhân có tổn thương tái phát nhiều lần và xạ trị liều cao tại cùng một vị trí như bệnh nhân của chúng tôi đã mô tả ở trên thì sự toàn vẹn của những mạch máu xung quanh rất hạn chế. Cũng vì lý do đó, trên bệnh nhân này, chúng tôi ưu tiên sử dụng vạt có cuống lớn để đảm bảo an toàn hơn. Hơn thế nữa, vạt da – cơ lưng rộng, với một số ưu điểm như cuống vạt dài, khả năng di động xoay chuyển của cuống vạt tốt (có thể kéo dài che phủ tới xương ức) giúp cho phẫu thuật viên linh động hơn trong việc cân chỉnh vạt cho phù hợp với khuyết hổng của thành ngực. Tác giả S. Mittal trong nghiên cứu của mình dựa trên 15 bệnh nhân đã cho thấy sử dụng vạt da – cơ lưng rộng là phương pháp an toàn và thích hợp cho nhiều khuyết hổng đa hình thái ở thành ngực.⁶ Vấn đề này cũng được minh chứng trong nghiên cứu của Abdul Hameed, tác giả sử dụng vạt lưng trong các bệnh nhân của mình bởi ưu thế và tính đa dụng của nó cùng với đó là ít biến chứng hơn so với các loại vạt khác.⁴

Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới, các biến chứng hay gặp sau phẫu thuật bao gồm đọng dịch, nhiễm trùng vết mổ, hoại tử vạt và đặc biệt là sự nghịch chuyển bất thường của thành ngực gây ảnh hưởng tới hô hấp của người bệnh. Biến chứng này chủ yếu xảy ra khi loại bỏ tổn thương trên thành ngực có kèm theo cắt bỏ xương sườn hoặc sụn sườn khiến lồng ngực của bệnh nhân không còn nguyên vẹn gây ảnh hưởng tới hoạt

động hô hấp.^{4,7,8} Chính vì vậy để đề phòng biến chứng này, chúng tôi chủ động gia cố thành ngực bằng tấm mesh che phủ kết hợp với vật da – cơ lưng rộng ở bệnh nhân của mình. Kroll và cộng sự báo cáo rằng 40 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình thành ngực có sử dụng mesh kết hợp với vật có sự hồi phục tốt hơn hẳn cùng với thời gian hỗ trợ hô hấp ngắn hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn so với việc chỉ dùng vật đơn thuần.⁹ Chang và cộng sự cũng đưa ra kinh nghiệm rằng nên sử dụng tấm mesh kết hợp khi loại bỏ từ 4 xương sườn trở lên hoặc nếu tổn thương thành ngực diện rộng lan tới vùng thương vị.⁵

IV. KẾT LUẬN

Tạo hình thành ngực do viêm loét sau xạ trị là một thách thức đối với các nhà lâm sàng tại Việt Nam cũng như trên thế giới hiện nay. Việc lựa chọn phương pháp điều trị cũng còn nhiều tranh cãi, phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí, mức độ tổn thương tại chỗ, toàn trạng bệnh nhân, kinh nghiệm của phẫu thuật viên... Sử dụng vật da – cơ lưng rộng được coi là phương pháp phổ biến và ưa dùng hơn cả bởi tính linh hoạt và an toàn của nó. Bên cạnh đó, để đạt được kết quả tốt sau mổ, phẫu thuật viên cần đảm bảo tính an toàn về mặt ung thư học cũng như tính thẩm mỹ và đặc biệt là chức năng thành ngực cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhou Y, Zhang Y. Single- versus 2-stage reconstruction for chronic post-radiation chest wall ulcer: A 10-year retrospective study of chronic radiation-induced ulcers. *Medicine (Baltimore)*. Feb 2019;98(8):e14567. doi:10.1097/MD.00000000000014567
2. Arnold PG, Pairolero PC. Reconstruction of the radiation-damaged chest wall. *Surg Clin North Am*. Oct 1989;69(5):1081-9. doi:10.1016/s0039-6109(16)44939-x
3. Beahm EK, Chang DW. Chest wall reconstruction and advanced disease. *Semin Plast Surg*. May 2004;18(2):117-29. doi:10.1055/s-2004-829046
4. Hameed A, Akhtar S, Naqvi A. Reconstruction of complex chest wall defects by using polypropylene mesh and a pedicled latissimus dorsi flap: a 6-year experience. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. Jun 2008;61(6):628-35. doi:10.1016/j.bjps.2007.04.011
5. Chang RR, Mehrara BJ, Hu QY. Reconstruction of complex oncologic chest wall defects: a 10-year experience. *Ann Plast Surg*. May 2004;52(5):471-9; discussion 479. doi:10.1097/01.sap.0000122653.09641.f8
6. Mittal S, Singh B, Uppal M. Chest wall reconstruction using Latissimus Dorsi Flap: our experience. *International Surgery Journal*. 2017;4(8)
7. Devianti M, Mukarramah D, Rini I. Modalities for Chest Wall Reconstruction Following Cancer Ablation: A Single Center Experience. *International Microsurgery Journal*. 2019;3(2):5.
8. Arnold PG, Pairolero PC. Chest-wall reconstruction: an account of 500 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg*. Oct 1996;98(5):804-10. doi:10.1097/00006534-199610000-00008
9. Kroll SS, Walsh G, Ryan B. Risks and benefits of using Marlex mesh in chest wall reconstruction. *Ann Plast Surg*. Oct 1993;31(4):303-6. doi:10.1097/00006537-199310000-00003

NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG THẤT PHẢI TRÊN SIÊU ÂM DOPPLER TIM Ở BỆNH NHÂN HỞ HAI LÁ MẠN TÍNH TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT THAY VAN HOẶC SỬA VAN HAI LÁ

Nguyễn Đoàn Trung*, Nguyễn Thị Thu Hoài*, Nguyễn Thị Bạch Yến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chức năng thất phải trên siêu âm Doppler tim ở bệnh nhân hở hai lá mạn tính trước và sau phẫu thuật thay van hoặc sửa van hai lá tại Viện Tim mạch Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 38 bệnh nhân hở hai lá thực tổn có chỉ định phẫu thuật theo khuyến cáo xử trí hở van hai lá (theo AHA/ACC

2017 hoặc của Hội Tim mạch Việt Nam nếu có), các bệnh nhân được phẫu thuật tại đơn vị phẫu thuật Viện Tim Mạch. Tất cả các bệnh nhân đều được thu thập số liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả can thiệp mạch vành, kết quả siêu âm tim đánh giá các thông số nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Chỉ số tei thất phải xung trước phẫu thuật ($0,42 \pm 0,05$) và chỉ số tei thất phải mô trước phẫu thuật ($0,52 \pm 0,04$) cho thấy có sự khác biệt đáng kể so với chỉ số sau phẫu thuật ($0,36 \pm 0,02$ và $0,44 \pm 0,04$). Về chức năng tâm thu thất phải: Vận tốc vòng van 3 lá trước và sau phẫu thuật khác nhau có ý nghĩa thống kê ($17,45 \pm 0,98$ và $20,38 \pm 3,48$). Vận tốc sóng S' trên Doppler mô của đối tượng nghiên cứu có giá trị trung bình sau phẫu thuật tăng lên so với trước phẫu thuật ($8,86 \pm 0,55$ và $11,4 \pm 3,14$). Chỉ số diện tích thất

*Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đoàn Trung

Email: nguyendoantrung88@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2021

Ngày duyệt bài: 24.11.2021