

KẾT QUẢ TẠO HÌNH TUYẾN VÚ BẰNG VẬT DA CƠ LƯNG RỘNG SAU PHẪU THUẬT BẢO TỒN TUYẾN VÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Hồng Quang*, Lê Văn Vũ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật tạo hình vú sau phẫu thuật bảo tồn bằng vật da cơ lưng rộng tại Bệnh viện K. **Phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang trên 21 bệnh nhân ung thư vú được tạo hình vú sử dụng vật da cơ lưng rộng sau bảo tồn tại khoa Ngoại vú, Bệnh viện K từ năm 2018 đến năm 2021. **Kết quả:** tuổi trung bình 39; khối u nằm ở góc phần tư trên ngoài 57.1%; thể tích nhu mô tuyến vú cắt bỏ trung bình 120.3 cm³; thời gian phẫu thuật trung bình 216 phút, tỉ lệ biến chứng chung 23.8%; kết quả vú đẹp, tốt, trung bình lần lượt 23.8%, 66.7% và 9.5%; tỉ lệ rất hài lòng và chấp nhận được lần lượt 80.9% và 14.3%. **Kết luận:** phẫu thuật có tính khả thi về mặt kỹ thuật, tỉ lệ tai biến, biến chứng ở mức chấp nhận được và đem lại sự hài lòng cao cho người bệnh.

Từ khóa: ung thư vú, vật da cơ lưng rộng.

SUMMARY

BREAST RECONSTRUCTION WITH THE LATISSIMUS DORSI FLAP FOLLOWING BREAST-CONSERVATION SURGERY IN K HOSPITAL

Objective: evaluate result of breast reconstruction with the latissimus dorsi flap following breast-conservation surgery in k hospital. **Methods:** A cross-sectional study based on 21 breast cancer patients undergoing breast reconstruction using the latissimus dorsi flap following breast-conservation surgery at the Breast surgery Department, K hospital from 2018 to 2021. **Results:** mean age was 39; the rate of upper outer quadrant tumor was 57.1%; the mean defect volume was 120.3 cm³; the average time of operation was 216 minutes, overall complication rate was 23.8%. Excellent, good and average cosmetic results were 23.8%, 66.7% and 9.5%. Satisfaction rate was 80.9%. **Conclusions:** the research confirms the feasibility of the technique with an acceptable rate of complications and high rate of satisfaction.

Key words: breast cancer; latissimus dorsi flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư tuyến vú đảm bảo an toàn về mặt ung thư học và có thể được áp dụng trong khoảng 70% các bệnh nhân ung thư tuyến vú giai đoạn sớm (I-II)[1] với tỉ lệ sống thêm 5 năm tương đương với phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú [2]. Tuy nhiên, tình trạng mất cân xứng, sự co kéo của da và

núm vú cũng như vấn đề mất thể tích tuyến sau bảo tồn không phải luôn được giải quyết tốt trên mọi người bệnh và là nguyên nhân khiến kết quả thẩm mỹ không được như ý.

Gần đây, sự phối hợp các kỹ thuật oncoplastic và bảo tồn tuyến vú mang lại kết quả thẩm mỹ tốt hơn, cũng như đạt được diện cắt rộng rãi, an toàn hơn về mặt ung thư. Các kỹ thuật oncoplastic bao gồm thay thế thể tích, dịch chuyển mô và có thể cả phẫu thuật căn chỉnh vú đối bên. Trong số những kỹ thuật này, sử dụng vật tại chỗ, cụ thể là vật da cơ lưng rộng (Latissimus Dorsi - LD) được sử dụng rộng rãi. Vật da cơ lưng rộng là một lựa chọn thay thế thể tích phổ biến do tính linh hoạt cũng như sự ổn định của một vật tự thân [3]. Vật LD có thể được sử dụng để tái tạo tuyến vú sau phẫu thuật cắt toàn bộ hoặc dùng để thay thế thể tích trong phẫu thuật cắt một phần tuyến vú. Năm 2002, Rainsbury đã mô tả việc sử dụng vật LD nhằm mục đích thay thế cho một phần tuyến vú bị cắt bỏ trong phẫu thuật bảo tồn. Cách tiếp cận này cho phép cắt bỏ ung thư một cách rộng rãi, đảm bảo diện cắt an toàn kể cả trong những trường hợp khối u có kích thước lớn mà không ảnh hưởng đến thẩm mỹ, cũng như tránh phải cắt toàn bộ tuyến vú [4].

Tại Bệnh viện K, tạo hình vú sử dụng vật da cơ lưng rộng như một biện pháp hỗ trợ sau phẫu thuật bảo tồn tuyến vú được phát triển trong vòng năm năm trở lại đây và được áp dụng thường quy trong vòng ba năm gần đây. Hiện tại cũng chưa có nhiều báo cáo được công bố về kỹ thuật này. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả ban đầu triển khai kỹ thuật tạo hình vú sử dụng vật da cơ lưng rộng sau phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 21 bệnh nhân ung thư tuyến vú được phẫu thuật bảo tồn, cắt một phần tuyến vú kèm khối u và tạo hình thay thế thể tích khuyết hổng bằng vật da cơ lưng rộng tại khoa Ngoại B, bệnh viện K trong thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 4 năm 2021. Đối tượng tham gia là các bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú trên mô bệnh học. Sau khi đáp ứng tất cả các tiêu chuẩn cho việc phẫu thuật

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quang

Email: bslequang@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 4.4.2022

bảo tồn, cắt bỏ một phần tuyến vú bao gồm: bệnh khu trú (đơn ổ, đơn trung tâm) được khẳng định bởi MRI và X quang tuyến vú; giai đoạn sớm (I và II), không có chống chỉ định của xạ trị sau mổ, bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu. Chống chỉ định của phẫu thuật là các bệnh nhân có bệnh lý tim mạch và hô hấp nặng, bệnh nhân rối loạn đông máu, bệnh nhân có can thiệp vùng cơ lưng rộng trước đó, bệnh nhân ung thư tiến triển. Bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn, cắt rộng khối u và một phần nhu mô tuyến vú đảm bảo các diện cắt an toàn về ung thư học và được tạo hình thay thế thể tích khuyết hổng

Bảng 1: Thang điểm Lowery – Carlson đánh giá kết quả thẩm mỹ

Yếu tố	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Thể tích vú	Mất cân xứng rõ	Mất cân xứng nhẹ	Cân đối
Đường cong vú	Biến dạng rõ	Biến dạng nhẹ	Tự nhiên, cân đối
Vị trí mô vú	Lệch rõ	Lệch nhẹ	Cân xứng
Nếp dưới vú	Không nhận ra	Nhận ra, không đối xứng	Rõ, cân xứng

Xếp loại: đẹp: 7 - 8 điểm, tốt: 6 điểm, trung bình: 5 điểm, kém: < 5 điểm

Sự hài lòng của bệnh nhân được chấm trên thang điểm ba mức độ: rất hài lòng, chấp nhận được và không hài lòng.

Các thông tin được ghi nhận theo mẫu bệnh án thống nhất, được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình 39 tuổi (29 – 52). Cỡ áo ngực 34, 36, 38 lần lượt 14.3%, 52.4% và 33.3%. BMI trung bình 20.2. Không có bệnh nhân nào hút thuốc lá.

Bảng 2 : Đặc điểm khối u

Đặc điểm	Số bệnh nhân	%
Vị trí: ¼ trên ngoài	12	57.1
¼ trên trong	3	14.3
¼ dưới ngoài	2	9.5
¼ dưới trong	0	0
Trung tâm	4	19.1
Kích thước: ≤ 2cm	6	28.6
2-5cm	15	71.4
Giải phẫu bệnh		
Carcinoma xâm nhập NST	16	76.2
Carcinoma nội ống	3	14.3
Carcinoma ống xâm nhập	2	9.5
Tổng	21	100

Phẫu thuật tạo hình tuyến vú sử dụng vật LD thực hiện trên 21 bệnh nhân sau khi một phần nhu mô được cắt bỏ đến khi đạt được diện cắt an toàn về mặt ung thư. Đa số trường hợp khối u nằm ở góc phần tư trên ngoài chiếm 57.1%; kích thước khối u chủ yếu từ 2-5 cm (71.4%). Có

ngay bằng vật LD theo quy trình kỹ thuật đã được hội đồng đạo đức và hội đồng chuyên môn của Bệnh viện K thông qua. Sau phẫu thuật, các bệnh nhân có chỉ định hỗ trợ được tiến hành điều trị theo phác đồ điều trị ung thư vú áp dụng tại Bệnh viện K. Các bệnh nhân được theo dõi trong vòng ít nhất ba tháng để phát hiện và xử trí các tai biến, biến chứng.

Kết quả thẩm mỹ được đánh giá ngay sau mổ, một tháng sau mổ và ba tháng sau mổ. Điểm thẩm mỹ của tuyến vú được chấm theo thang điểm Lowery – Carlson.

3 trường hợp không bảo tồn được phức hợp quầng núm vú và 5 trường hợp có treo sa trễ vú đối bên.

Thể mô bệnh học carcinoma xâm nhập tủy không đặc biệt chiếm 76.2 %, carcinoma thể nội ống 14.3%, carcinoma thể ống xâm nhập 9.5%. Sau mổ: Giai đoạn tại chỗ, giai đoạn I, giai đoạn II, giai đoạn III lần lượt 9.5%, 19.1%, 66.7% và 4.7%.

Thể tích nhu mô tuyến vú cắt bỏ trung bình là $120.3 \text{ cm}^3 \pm 42.1 \text{ cm}^3$ (75 – 250 cm^3). Thời gian phẫu thuật trung bình 216 phút (180 – 320 phút). Thời gian phẫu thuật trung bình của 16 bệnh nhân can thiệp một bên là 195 phút và của 5 bệnh nhân có can thiệp căn chỉnh vú đối bên là 283 phút. Thể tích máu mất trung bình 205 ml và không có bệnh nhân nào cần truyền máu trong và sau mổ. Thời gian trung bình rút dẫn lưu vú và dẫn lưu lưng lần lượt là 6 ngày và 9 ngày. Thời gian điều trị nội trú sau mổ trung bình 10 ngày (7 – 15 ngày).

Bảng 3: Tai biến, biến chứng

Tai biến, biến chứng	Số bệnh nhân	%
Chảy máu: Vú	0	0
Lưng	1	4.8
Nhiễm trùng: Vú	1	4.8
Lưng	0	0
Seroma	3	14.3
Khác	0	0

Bảng 3 mô tả các tai biến, biến chứng trong thời gian 3 tháng theo dõi bệnh nhân. Tỷ lệ gặp biến chứng là 23.8% với 5 trường hợp. Biến chứng gặp nhiều nhất là hình thành seroma tại vị trí lấy cơ lưng rộng (14.3%). Một trường hợp bệnh nhân xuất hiện chảy máu sau 12 giờ hậu

phẫu tại vị trí lấy cơ lưng rộng và một trường hợp sưng nề, tiết dịch do nhiễm trùng vết mổ tại tuyến vú. Kết quả vú đẹp, tốt, trung bình lần lượt 23.8%, 66.7% và 9.5%. Mức độ hài lòng của bệnh nhân theo các mức độ: rất hài lòng, chấp nhận được và không hài lòng lần lượt 80.9%, 14.3% và 4.8%.

Một số hình ảnh minh họa kết quả phẫu thuật



Bệnh nhân hậu phẫu ngày thứ 3



Bệnh nhân sau khi kết thúc xạ trị



Bệnh nhân cắt một phần tuyến vú, không giữ quầng núm vú + tạo hình vạt LD

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật tạo hình tuyến vú bằng vạt da cơ lưng rộng rất phù hợp cho việc thay thế thể tích khuyết hổng sau cắt một phần tuyến vú trong phẫu thuật bảo tồn, đặc biệt trong những trường hợp tuyến vú nhỏ và trung bình. Với 20-30% thể tích bị cắt bỏ có thể khiến cho kết quả thẩm mỹ của phẫu thuật bảo tồn bị ảnh hưởng rất nhiều kể cả khi đã áp dụng những phương pháp dịch chuyển mô cần thiết. Và lúc này vạt da cơ lưng rộng trở thành một lựa chọn phù hợp cho những bệnh nhân không muốn cắt toàn bộ tuyến vú nhưng 20-30% thể tích cần phải loại bỏ để đạt được diện cắt an toàn về ung thư. Vạt LD cũng có thể được cân nhắc trên những bệnh nhân không muốn tái tạo tuyến vú bằng vật liệu nhân

ạo. Vị trí khối u là một yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp tạo hình và những khối u ở góc phần tư trên ngoài hoặc trung tâm là những đối tượng phù hợp nhất cho việc bảo tồn và làm vạt LD sau đó. Năm 2002, Richard Rainsbury lần đầu tiên giới thiệu phương pháp sử dụng vạt LD để thay thế thể tích sau phẫu thuật bảo tồn với lợi điểm là vừa đạt được tiêu chuẩn an toàn về diện cắt do phẫu thuật được rộng rãi hơn, vừa có được thể tích thay thế phù hợp cho yêu cầu về khía cạnh thẩm mỹ [4].

Năm 1989, Olivotto và cộng sự [5] báo cáo về kết quả tạo thẩm mỹ không tốt trên những bệnh nhân phẫu thuật bảo tồn mà thể tích tuyến vú bị cắt bỏ lớn hơn 70 cm³. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích nhu mô tuyến bị cắt bỏ trung bình là 120.3 cm³ ± 42.1 cm³ để đạt được kiểm soát tốt ung thư, chính vì vậy sử dụng vạt LD để thay thế là phù hợp. Phẫu thuật cho kết quả 90.5% trường hợp được đánh giá thẩm mỹ đẹp và tốt theo thang điểm Lowery – Carlson và 80.9% bệnh nhân rất hài lòng. Một nghiên cứu của Ashraf Khater và cộng sự năm 2016 [6] trên 34 bệnh nhân được sử dụng vạt LD sau bảo tồn tuyến vú với thể tích cắt bỏ trung bình là 212.6 cm³ và đạt được kết quả hài lòng về thẩm mỹ là 73.4%. Hernanz và cộng sự năm 2014 thì báo cáo tỉ lệ hài lòng về mặt thẩm mỹ là 65% khi theo dõi bệnh nhân sau 54 tháng [7].

Thời gian phẫu thuật trung bình đối với 21 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 216 phút (180 – 320 phút). Thời gian phẫu thuật trung bình của 16 bệnh nhân can thiệp một bên vú là 195 phút và của 5 bệnh nhân có can thiệp căn chỉnh vú đối bên là 283 phút. Một điểm cần lưu ý đối với tạo hình tuyến vú sử dụng vạt da cơ lưng rộng đó là tư thế bệnh nhân lúc lấy vạt và lúc tạo hình tại vú. Chính vì phải thay đổi tư thế hai lần cũng như không thể tiến hành làm 2 kíp phẫu thuật cùng lúc khiến cho thời gian gây mê của bệnh nhân kéo dài. Tuy nhiên do việc lựa chọn những bệnh nhân ở giai đoạn sớm thỏa mãn điều kiện bảo tồn tuyến vú, cũng như đa số bệnh nhân đều có thể trạng trung bình tốt và tuổi không quá lớn khiến cho ca phẫu thuật có nhiều thuận lợi. Trong nghiên cứu của Ashraf Khater và cộng sự thời gian trung bình của cuộc mổ là 293 phút [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ gặp biến chứng chung là 23.8% với 5 trường hợp. Biến chứng gặp nhiều nhất là hình thành seroma tại vị trí lấy cơ lưng rộng (14.3%), đây là biến chứng thường gặp với đặc điểm là sự tích tụ dịch tại phần lưng vị trí lấy cơ lưng rộng, có thể phát

hiện qua siêu âm hoặc sờ thấy trên lâm sàng. Khối dịch này chủ yếu bao gồm dịch mô là kết quả của sự phá hủy hệ thống mạch máu và bạch huyết. Có 2 bệnh nhân chỉ cần xử trí bằng chọc hút dịch và băng ép, một bệnh nhân cần tiến hành phẫu thuật lấy bỏ khối tụ dịch và đặt lại dẫn lưu. Trong một báo cáo của Naguib cho kết quả gần 52% bệnh nhân cần tiến hành chọc hút dịch tại vùng lưng [8]. Còn nghiên cứu của Ashraf Khater và cộng sự thì tỉ lệ này là 53.3% [6].

Một trường hợp bệnh nhân xuất hiện chảy máu sau 12 giờ hậu phẫu tại vị trí lấy cơ lưng rộng do chảy máu từ nhánh động mạch xiên, cần mở vết mổ tại vùng lưng để cầm máu và một trường hợp sưng nề, tiết dịch do nhiễm trùng vết mổ tại tuyến vú được điều trị chăm sóc tại chỗ phối hợp với kháng sinh.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ biến chứng của phẫu thuật tạo hình vú bằng vật da cơ lưng rộng là chấp nhận được và phù hợp với điều kiện thực tế tại Việt Nam. Qua quá trình thực hiện 21 ca tạo hình tuyến vú bằng vật LD sau phẫu thuật bảo tồn cho thấy đây là thủ thuật an toàn và có thể áp dụng được tại Bệnh viện K đem lại kết quả tốt về mặt thẩm mỹ cũng như đáp ứng được các tiêu chuẩn về ung thư.

V. KẾT LUẬN

Tạo hình vú bằng vật da cơ lưng rộng sau phẫu thuật bảo tồn là một thủ thuật có tính khả thi về mặt kỹ thuật và an toàn về ung thư học. Phương pháp được áp dụng chọn lọc trên nhóm đối tượng bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm, có chỉ định bảo tồn tuy nhiên thể tích tuyến vú cần cắt bỏ lớn (20-30%) và có kích thước vú nhỏ hoặc trung bình. Phẫu thuật có tỉ lệ tai biến, biến

chứng ở mức chấp nhận được và đem lại sự hài lòng cao cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fisher, B., Anderson, S., Bryant, J., Margolese, R., Deutsch, M., Fisher, E., et al. (2002) Twenty-Year Follow-Up of a Randomized Trial Comparing Total Mastectomy, Lumpectomy, and Lumpectomy plus Irradiation for the Treatment of Invasive Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, 347, 1233-1241.
2. Hamdi, M., Wolfli, J. and Van Landuyt, K. (2007) Partial Mastectomy Reconstruction. *Clinics in Plastic Surgery*, 34, 51-62.
3. Zaha, H. and Onomura, M. (2013) Breast Conserving Surgery Using the Round Block Technique Combined with Partial Reconstruction Using the Latissimus Dorsi Flap. *The Breast*, 22, 98-99.
4. Rainsbury, R. (2002) Breast-Sparing Reconstruction with Latissimus Dorsi Miniflaps. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 28, 891-895.
5. Olivotto, I., Rose, M., Osteen, R., Love, S., Cady, B., Silver, B., et al. (1989) Late Cosmetic Outcome after Conservative Surgery and Radiotherapy: Analysis of Causes of Cosmetic Failure. *International Journal of Radiation Oncology * Biology * Physics*, 17, 747-753.
6. Ashraf Khater, Waleed Elnahas, Mohamed Hamdy, Emadeldeen Hamed, Osama Eldamshety, Mohamed Hegazy (2016) Latissimus Dorsi Mini-Flap as a Volume Replacement Technique after Partial Mastectomy for Breast Cancer in the Upper and Central Breast Quadrants: A Single Center Experience, *Scientific Research*, 7, 496-504
7. Hernanz, F., Regano, S., Vega, A. and Gómez Fleitas, M. (2010) Reduction Mammoplasty: An Advantageous Option for Breast Conserving Surgery in Large-Breasted Patients. *Surgical Oncology*, 19, 95-102.
8. Naguib, S. (2006) Expanding the Role of Breast Conservation Surgery by Immediate Volume Replacement with the Latissimus Dorsi Flap. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*, 18, 216-226.

VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TRONG CẤU PHẦN CÁC HOẠT ĐỘNG MARKETING DỊCH VỤ BỆNH VIỆN

Phạm Hữu Ánh¹, Trần Minh Hậu², Nguyễn Thị Quỳnh Trang³

TÓM TẮT

Đối tượng nghiên cứu bao gồm toàn bộ 112 điều dưỡng viên tại bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ

¹Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình

²Trường Đại học Y dược Thái Bình

³Trường Đại học Phenikaa, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Trang

Email: trang.nguyenthiquynh@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.3.2022

Ngày duyệt bài: 6.4.2022

tỉnh Thái Bình. **Mục tiêu** nhằm mô tả vai trò của điều dưỡng viên trong các cấu phần hoạt động marketing tại bệnh viện. **Phương pháp** nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra ngang. **Kết quả** nghiên cứu cho thấy: Trên 90% trong tổng số 112 đối tượng trong nghiên cứu đều có những hoạt động tham gia tạo thành cấu phần hoạt động marketing bệnh viện. Điều dưỡng viên đóng góp hoặc trực tiếp tham gia xây dựng giá, phí các loại dịch vụ bệnh viện từ 76,8% đến 87,5%, tham gia xây dựng các quy trình kỹ thuật là 74,1%. Tới 99,1% điều dưỡng viên trực tiếp tham gia các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân, vệ sinh khoa phòng và bệnh