

ăn có đậm độ năng lượng thấp nên khẩu phần ăn cung cấp không đủ năng lượng, hơn 60% bệnh nhân trên 60 tuổi cũng như đa phần bệnh nhân được chẩn đoán UTĐTT ở giai đoạn III, IV và có 68,5% bệnh nhân có các bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường,... Như vậy, hầu hết các khẩu phần đều không cân đối về tỉ lệ các chất sinh năng lượng.

So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh trên nhóm bệnh ung thư đại trực tràng, khẩu phần ăn trước phẫu thuật năng lượng trung bình đạt 1306kcal/người/ngày, kết quả nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân trên 60 tuổi, giai đoạn ung thư chủ yếu ở giai đoạn III, IV và vị trí ung thư chủ yếu ở đại tràng làm cho giảm lượng thức ăn vào, tăng nhu cầu năng lượng và protein, sụt cân cùng với đáp ứng viêm cũng như các yếu tố như sa sút trí tuệ, bất động, chán ăn hay rã ngũ, các triệu chứng tiêu hóa như nôn, buồn nôn, đau bụng, tiêu chảy xen lẫn táo bón và tiêu phân nhầy máu kéo dài tạo nên vòng xoắn SDD. Bên cạnh đó, có thể do quan niệm chưa đúng về kiêng ăn uống và thời điểm ăn uống trước phẫu thuật và thói quen ăn uống khác nhau giữa các vùng miền.

IV. KẾT LUẬN

Cần chú trọng việc nuôi dưỡng bệnh nhân

trước phẫu thuật nhằm can thiệp dinh dưỡng kịp thời, đặc biệt ở các bệnh nhân >60 tuổi, có bệnh ở giai đoạn III, IV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Thịnh, Ung Văn Việt. Ung thư đại trực tràng. In: Bệnh học Ngoại khoa tiêu hoá. Nhà xuất bản Y học; 2021:194-238.
2. Nguyễn Văn Hiếu. Ung thư trực tràng. In: Ung thư học. Nhà xuất bản Y học; 2015:206-226.
3. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017;36(1):11-48.
4. Bach HV, Thao NT, Tien NTH, et al. Nutritional status and diet of preoperative and 7 days postoperative patients with colorectal cancer at National Cancer Hospital 2018-2019. J Public Health Nutr. 2020;3(3).
5. Beaton J, Carey S, Solomon MJ, Tan K-K, Young J. Preoperative Body Mass Index, 30-Day Postoperative Morbidity, Length of Stay and Quality of Life in Patients Undergoing Pelvic Exenteration Surgery for Recurrent and Locally - Advanced Rectal Cancer. Ann Coloproctology. 2014;30(2):83-87.
6. Jean-Claude M, Emmanuelle P, Juliette H, et al. Clinical and economic impact of malnutrition per se on the postoperative course of colorectal cancer patients. Clin Nutr. 2012;31(6):896-902.
7. Bộ Y tế. Hướng dẫn điều trị Dinh dưỡng lâm sàng. Nhà xuất bản Y học; 2015.
8. Nguyễn Thị Thanh. Thực trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Bạch Mai và Đại học Y Hà Nội năm 2016 - 2017. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

LỰA CHỌN VỊ TRÍ LẤY VẬT DA XƯƠNG MÁC TỰ DO TRONG ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHỨC HỢP XƯƠNG HÀM DƯỚI SAU CẮT UNG THƯ

Nguyễn Quang Đức¹, Lại Bình Nguyên², Nguyễn Tài Sơn³, Nguyễn Quang Rực²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày kinh nghiệm của chúng tôi trong việc lựa chọn vị trí lấy vật da xương mác tự do cho tái tạo khuyết hổng xương hàm dưới kèm theo phần mềm lân cận sau khi cắt bỏ tổn thương ung thư. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 63 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ ung thư hàm mặt và tạo hình bằng vật da xương mác tự do tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện

Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 5/2014 đến tháng 7/2021. **Kết quả:** Trường hợp dự kiến đưa đảo da của vật xương mác vào trong để che phủ khuyết niêm mạc, chúng tôi lấy vật da xương mác bên đối diện với tổn thương. Trường hợp đảo da che phủ khuyết hổng da thì lấy vật ở chân cùng bên với tổn thương. Còn nếu tổn thương ở phần giữa không thiên về bên nào rõ rệt thì chúng tôi ưu tiên lấy vật ở chân bên không thuận, nếu tại chỗ không có chống chỉ định lấy vật da xương mác. Tổng cộng có 27 trường hợp được lấy vật da xương mác bên phải và 36 trường hợp lấy vật da xương mác bên trái. Tỉ lệ hoại tử vật toàn bộ là 3.2% và không có trường hợp nào hoại tử một phần vật. **Kết luận:** Việc lựa chọn vị trí cho vật da xương mác, đặc biệt khi không lấy kèm thành phần cơ, sẽ phụ thuộc vào thói quen của các phẫu thuật viên. Nhưng sự tôn trọng vị trí tương quan của các thành phần vật như đã trình bày có thể góp phần đáng kể vào thành công của cuộc mổ.

¹Trung tâm Phẫu thuật tạo hình và sọ mặt, Bệnh viện TWQĐ 108.

²Bệnh viện RHMTW Hà Nội.

³Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108.

Chịu trách nhiệm chính: Lại Bình Nguyên

Email: drnguyen78@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022

SUMMARY**FREE FIBULAR OSTEOCUTANEOUS FLAP DONOR SIDE SELECTION IN RECONSTRUCTION OF COMPOSITE OROMANDIBULAR DEFECTS AFTER CANCER RESECTION**

Objective: The purpose of this study is to present our experience in selecting the donor site for free fibular osteocutaneous flap in oromandibular reconstruction after cancer resection. **Methods:** This is a retrospective review of 63 cases who had maxillofacial cancer resected and were reconstructed by free osteocutaneous fibular flap in Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Hanoi National Hospital of Odonto – Stomatology from May 2014 to August 2017. **Results:** When placing the skin paddle of osteocutaneous fibular flap inside the oral cavity for providing mucosal lining, we choose the contralateral fibular flap. When placing the skin paddle outside to provide skin cover, we choose the ipsilateral one. And when the lesion was on the middle, we often choose the non-dominant leg, as long as there was no contraindication of fibular flap harvest. Totally, there were 27 cases with fibular flap harvested from right leg and 36 cases were harvested from left leg. The total flap failure ratio was 3.2% and no case has partial flap failure. **Conclusion:** Free fibular flap donor side selection will depend on surgeons' preference, especially when muscular component was not included. However, respect of flap components' position as described above can significantly contribute to success of operation.

Keywords: fibular osteocutaneous flap, donor site selection, composite oromandibular defect

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc cắt bỏ ung thư vùng đầu cổ có thể để lại những khuyết hỏng phức hợp vùng miệng-hàm dưới bao gồm niêm mạc miệng, xương hàm dưới (XHD) và da bên ngoài. Hiện nay, vạt xương mác tự do đã được chấp nhận trên toàn thế giới là tiêu chuẩn vàng cho tái tạo tổn khuyết miệng-hàm dưới. Tuy nhiên, trong y văn vẫn còn những quan điểm trái chiều nhau về việc lựa chọn vị trí và hướng của vạt xương mác để đạt được kết quả tối ưu [1].

Về mặt giải phẫu, xương mác có mặt cắt ngang hình tam giác, với mặt ngoài là vị trí bám của các cơ mác, mặt này tương đối phẳng và phù hợp cho việc đặt nẹp vít khi xương được sử dụng để tái tạo XHD. Tại đầu dưới của mặt mác

này, có vách gian cơ sau, đây là cấu trúc chứa các mạch xuyên của động mạch mác cấp máu cho đảo da. Vách gian cơ này có chiều dài và độ di động thay đổi, và sẽ quyết định tới khả năng di chuyển của đảo da [1].

Theo tác giả Fu-Chan Wei, khi dùng vạt da xương mác thì có thể xoay đảo da trên phần xương vì vách nối giữa chúng rất mỏng và di động. Chân phải hoặc trái đều có thể được sử dụng làm nơi lấy vạt xương mác, nếu chỉ cần vạt xương không kèm theo da thì không có bên nào ưu thế hơn bên còn lại. Bên trái được ưa dùng hơn ở phần lớn các bệnh nhân vì đó là chân không thuận ở hầu hết mọi người và được sử dụng ít hơn khi lái xe ô tô. Tuy nhiên, nếu cơ được lấy kèm khi bóc tách các mạch máu nuôi da thì cung xoay của đảo da ở trên xương có thể bị hạn chế hơn. Trong tình huống đó, nên cân nhắc cẩn thận xem sẽ lấy vạt da bên nào [2]. Mục tiêu của nghiên cứu này là trình bày kinh nghiệm của chúng tôi trong việc lựa chọn vị trí lấy vạt da xương mác phù hợp cho từng nhu cầu tạo hình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 63 bệnh nhân khuyết hỏng phức hợp XHD sau cắt ung thư được tạo hình tức thì bằng vạt da xương mác tự do vi phẫu. Những trường hợp lành tính hoặc chỉ được tạo hình bằng các vạt phần mềm đều bị loại trừ.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2014 đến tháng 7/2021, thực hiện tại Khoa Phẫu thuật tạo hình hàm mặt trước đây và hiện tại là Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ, Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội.

2.1.1. Phân loại bệnh nhân. Khi lựa chọn bên cấy chân phù hợp cho lấy vạt, chúng tôi cân nhắc tới 3 khía cạnh: hướng của đoạn xương mác so với phần còn lại của XHD, đảo da được sử dụng để tái tạo niêm mạc miệng hay da vùng mặt, và hướng của cuống mạch đi ra từ vạt để nối vào các mạch nhận.

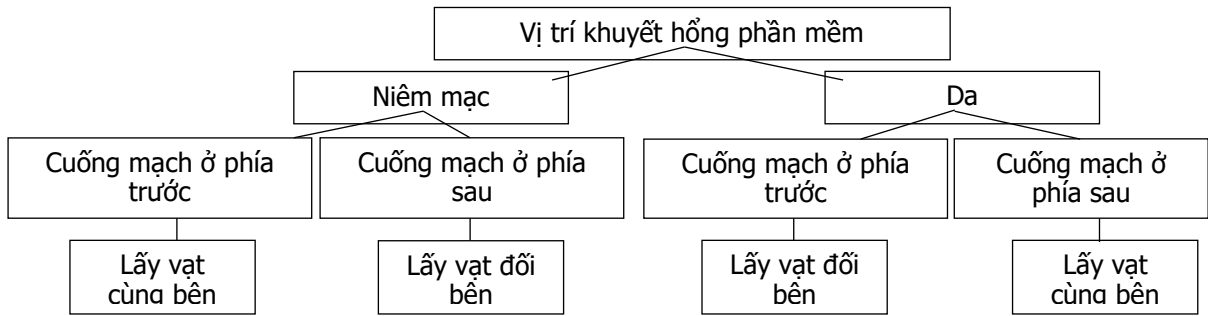
Chúng tôi cũng chia các trường hợp phẫu thuật thành 4 loại dựa theo 3 khía cạnh này giống như Shunjiro Yagi và cộng sự (Hình 1) [3]:



Hình 1. Các loại vạt da xương mác tự do
(S là đảo da của vạt, F là xương mác, và V là cuống mạch) [3]

- Loại I: Đào da được cố định vào niêm mạc miệng, và cuống mạch chui ra từ đầu trước của xương mác.
- Loại II: Đào da được cố định vào niêm mạc miệng, và cuống mạch chui ra từ đầu sau của xương mác.
- Loại III: Đào da được cố định vào da bên ngoài, và cuống mạch chui ra từ đầu trước của xương mác.
- Loại IV: Đào da được cố định vào da bên ngoài, và cuống mạch chui ra từ đầu sau của xương mác.

2.1.2. Kỹ thuật mổ. Cẳng chân nơi lấy vạt được xác định trước mổ, tùy theo vị trí và mức độ cắt bỏ khối u cùng với vết hạch cổ; quyết định cuối cùng sẽ được đưa ra trong mổ sau khi hoàn thành vết hạch cổ và xác định được mức độ khuyết hồng cũng như vị trí các mạch nhận phù hợp. Vạt da xương mác được lấy cùng bên với khuyết hồng XHD ở các bệnh nhân loại I và IV, và lấy ở bên đối diện với khuyết hồng loại II và III (Sơ đồ 1).



Sơ đồ 1. Phác đồ minh họa cách lựa chọn chân cho vạt da xương mác

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.2.2. Thu thập số liệu. Dữ liệu được thu thập dựa trên bệnh án của bệnh nhân, các hình ảnh chụp tổn thương và vạt tạo hình trước, trong, và sau mổ.

Các số liệu được thu thập bao gồm vị trí lựa chọn vạt và sức sống của vạt da xương mác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi luôn luôn hướng cuống mạch của vạt da xương mác ra phía ngoài để nối vào các mạch cùng bên. Vì vậy, với các trường hợp dự kiến đưa đào da của vạt xương mác vào trong để che phủ khuyết niêm mạc thì chúng tôi lấy vạt da xương mác bên đối diện với tổn thương. Trường hợp đào da che phủ khuyết hồng da thì lấy vạt ở chân cùng bên với tổn thương. Còn nếu tổn thương ở phần giữa không thiên về bên nào rõ rệt thì chúng tôi ưu tiên lấy vạt ở chân bên không thuận, nếu tại chỗ không có chống chỉ định lấy vạt da xương mác. Tổng cộng có 27 trường hợp được lấy vạt da xương mác bên phải và 36 trường hợp lấy vạt da xương mác bên trái.

Bảng 1. Kết quả nối mạch (n = 63)

Kết quả		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Động mạch	Thông mạch	62	98.4
	Tắc mạch	1	1.6

Tình mạch	Thông mạch	62	98.4
	Tắc mạch	1	1.6

Nhận xét: Trong tổng số 63 vạt da xương mác, có 61 trường hợp không có biểu hiện rối loạn cấp máu cho vạt. Hai trường hợp còn lại bị hoại tử, bao gồm 1 ca tắc động mạch vào ngày thứ 3 sau mổ và 1 ca tắc tĩnh mạch (tỉ lệ hoại tử vạt là 3.2%).

Tại nơi cho vạt, chỉ có 2 trường hợp có hạn chế động tác gấp ngón chân cái (do điểm bám tận của cơ gấp ngón chân cái dài là xương mác đã bị bóc tách khi lấy vạt), nhưng không ảnh hưởng đáng kể tới chức năng đi lại.

IV. BÀN LUẬN

Theo tác giả Fu-Chan Wei và Samir Mardini, có thể xoay đào da của vạt da xương mác trên phần xương vì vách gian cơ nối giữa chúng rất mỏng và di động, nhưng nếu lấy kèm cơ thì cung xoay của đào da ở trên xương có thể bị hạn chế hơn. Trong tình huống này, nên cân nhắc cẩn thận xem sẽ lấy vạt da bên nào. Bên trái được ưa dùng hơn ở phần lớn các bệnh nhân vì đó là chân không thuận ở hầu hết mọi người và được sử dụng ít hơn khi lái xe ô tô [2]. Mặc dù các vạt da xương mác trong nghiên cứu của chúng tôi đều không chứa thành phần cơ, nhưng chúng tôi luôn có xu hướng giữ nguyên vị trí tương quan giữa các thành phần của vạt như giải phẫu bình thường, thay vì xoay đào da trên phần xương, để giảm thiểu nguy cơ kéo căng bó mạch xuyên, và

giúp việc tạo hình những khuyết hổng lớn được thoải mái hơn. Ngoài ra, chúng tôi cũng thường đặt đầu trên của vật hướng ra phía ngoài để dễ dàng vươn tới các mạch nhận cùng bên hơn. Vì vậy, đối với khuyết hổng niêm mạc kèm theo thì chúng tôi thường chọn lấy vật từ chân bên đối diện với tổn khuyết, và với khuyết hổng da thì thường lấy vật từ chân cùng bên. Còn nếu tổn thương nằm ở phía trước không thiên về bên nào rõ rệt thì chúng tôi ưu tiên lấy vật ở bên chân không thuận của bệnh nhân, nếu vị trí cho vật này không có chống chỉ định của lấy vật da xương mác. Cách lựa chọn chân lấy vật này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu trên tử thi của Sharma và cộng sự [4]. Các tác giả này đã kết luận rằng đảo da của vật da xương mác cùng bên với cuống mạch đặt phía sau và vật da xương mác đối bên với cuống mạch đặt phía trước sẽ phù hợp với khuyết phần mềm ngoài da hơn là trong miệng. Ngược lại thì đảo da của vật da xương mác cùng bên với cuống mạch đặt phía trước và vật da xương mác đối bên với cuống mạch đặt phía sau phù hợp hơn cho các tạo hình trong miệng.

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được lựa chọn chân lấy vật da xương mác theo quy tắc đã trình bày ở trên, tổng cộng có 27 bệnh nhân (chiếm 42.9%) được lấy vật từ chân phải và 36 bệnh nhân (chiếm 57.1%) được lấy vật từ chân trái. Kết quả này có sự khác biệt rõ rệt so với báo cáo của Jose M. Lopez-Arcas và cộng sự, với vật được lấy từ chân phải ở 72 bệnh nhân (61.6%) và chân trái ở 35 bệnh nhân (38.3%) [5]. Sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về vị trí của tổn thương, tình trạng nơi cho vật, và thói quen lựa chọn vị trí lấy vật giữa các phẫu thuật viên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2/63 vật bị hoại tử toàn bộ (chiếm 3.2%) và không có vật nào bị hoại tử một phần. Kết quả này thấp hơn so với nhiều báo cáo về tạo hình vùng đầu cổ bằng vật xương mác của các tác giả khác ở trong và ngoài nước: Nguyễn Quang Đức báo cáo tỉ lệ hoại tử vật là 6.8% (n = 41) [6], Olivier Camuzard cùng cộng sự báo cáo 7/77 vật da xương mác tự do bị hoại tử toàn bộ vật (chiếm 9%) và 11 vật bị hoại tử 1 phần nhưng không cần phẫu thuật lại [7]. Tỉ lệ hoại tử vật của chúng tôi tương đối thấp, có thể do một số nguyên nhân như thực hiện việc nối mạch một cách tỉ mỉ và cẩn thận, bảo tồn tối đa các nguồn cấp máu cho vật trong toàn bộ cuộc mổ, và luôn nối 2 tĩnh mạch dẫn lưu cho vật. Ngoài ra, việc lựa chọn chân cho vật hợp lí để hạn chế việc gây xoắn vặn hay kéo căng các mạch xuyên, kể cả khi không lấy cùng

thành phần cơ, cũng có thể đóng góp vào thực tế là không có bệnh nhân nào bị hoại tử một phần vật, khác với các trường hợp chỉ bị hoại tử một phần hoặc toàn bộ đảo da mà xương mác vẫn được cấp máu tốt như Brian Swendseid [8] đã báo cáo. Ngoài ra, tổn thương nơi cho vật của các bệnh nhân trong nghiên cứu cũng không đáng kể, và hầu như không ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày. Vì vậy, thay vì luôn luôn lựa chọn chân không thuận để lấy vật thì chúng tôi thường ưu tiên duy trì vị trí tương quan giữa các thành phần vật tại nơi nhận để lựa chọn chân cho vật phù hợp hơn.

V. KẾT LUẬN

Việc lựa chọn vị trí cho vật da xương mác, đặc biệt khi không lấy kèm thành phần cơ, sẽ phụ thuộc vào thói quen của các phẫu thuật viên. Nhưng sự tôn trọng vị trí tương quan của các thành phần vật như đã trình bày có thể góp phần đáng kể vào thành công của cuộc mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Sharma et al.**, "Anatomic basis for an algorithmic approach for free fibula flap donor side selection in composite oro-mandibular defects," *Indian J Plast Surg*, vol. 48, no. 1, Art. no. 1, Apr. 2015, doi: 10.4103/0970-0358.155268.
2. **S. M. Fu-Chan Wei MD**, *Flaps and Reconstructive Surgery*, 2nd edition. Elsevier, 2016.
3. **S. Yagi, Y. Kamei, and S. Torii**, "Donor side selection in mandibular reconstruction using a free fibular osteocutaneous flap," *Ann Plast Surg*, vol. 56, no. 6, Art. no. 6, Jun. 2006, doi: 10.1097/01.sap.0000205776.18090.9b.
4. **M. Sharma et al.**, "Anatomic basis for an algorithmic approach for free fibula flap donor side selection in composite oro-mandibular defects," *Indian J Plast Surg*, vol. 48, no. 1, pp. 43-47, Apr. 2015, doi: 10.4103/0970-0358.155268.
5. **J. M. López-Arcas et al.**, "The fibula osteomyocutaneous flap for mandible reconstruction: a 15-year experience," *J Oral Maxillofac Surg*, vol. 68, no. 10, pp. 2377-2384, Oct. 2010, doi: 10.1016/j.joms.2009.09.027.
6. **Nguyễn Quang Đức**, "Nghiên cứu sử dụng vật xương mác tự do có nối mạch nuôi trong tạo hình mất đoạn lớn xương hàm dưới," *Luận án tiến sĩ Y học*, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108, 2011.
7. **O. Camuzard et al.**, "Primary radical ablative surgery and fibula free-flap reconstruction for T4 oral cavity squamous cell carcinoma with mandibular invasion: oncologic and functional results and their predictive factors," *Eur Arch Otorhinolaryngol*, vol. 274, no. 1, Art. no. 1, Jan. 2017, doi: 10.1007/s00405-016-4219-7.
8. **B. Swendseid et al.**, "Long-Term Complications of Osteocutaneous Free Flaps in Head and Neck Reconstruction," *Otolaryngol Head Neck Surg*, vol. 162, no. 5, pp. 641-648, May 2020, doi: 10.1177/0194599820912727.