

giả Phan Nhựt Trí có NIHSS mức độ vừa 47% do nghiên cứu chúng tôi chọn mẫu có Glasgow từ 12 điểm trở lên; tỷ lệ rối loạn nuốt trong nghiên cứu chúng tôi là 80,8% kết quả này tương đồng tác giả Phan Nhựt Trí tỷ lệ rối loạn nuốt theo GUSS ở bệnh nhân TBMN cấp là 81% cao hơn tác giả Cohen có tỷ lệ rối loạn nuốt 65% trong nghiên cứu và Nguyễn Đức Trung có tỷ lệ rối loạn nuốt 48% và 60,7% là kết quả rối loạn nuốt của tác giả Nguyễn Phương Nga còn rối loạn nuốt theo giới nữ 77% thì cao hơn của chúng tôi chỉ có 41% là nữ có rối loạn nuốt [2];[3];[4];[6];[9].

4.3 Mức độ nặng của rối loạn nuốt. Rối loạn nuốt mức độ nhẹ của chúng tôi là 58,5% tương tự cùng tác giả Phan Nhựt Trí 59,3% nhưng lại cao hơn tác giả Nguyễn Đức Trung là 52,21% ở bệnh nhân có rối loạn nuốt mức độ nhẹ. Ngược lại ở bệnh nhân có rối loạn nuốt mức độ nặng trong nghiên cứu chúng tôi chỉ có 3,8% thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Phan Nhựt Trí 18,5% có thể giải thích được là chọn mẫu trong nghiên cứu bệnh nhân có Glasgow từ 12 điểm trở lên vì vậy rối loạn nuốt mức độ nặng ít hơn [3];[4].

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 130 bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ chúng tôi nhận thấy: bệnh nhân có tuổi lớn và số lần bị đột quỵ, mức độ nặng của bệnh có ảnh hưởng đến rối loạn nuốt, từ đó chúng ta đánh giá rối loạn nuốt kịp thời đưa ra được các khuyến cáo

chế độ ăn cho phù hợp, tránh tình trạng hít sặc gây viêm phổi hít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ y tế (2020)**, quyết định số 5331/qđ-byt ngày 23-12-2020 ban hành tài liệu chuyên môn " hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não"
2. **Nguyễn Phương Nga (2014)**, Đánh giá rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não cấp bằng thang điểm GUSS, Luận văn CKII, Đại học Y-Dược Tp HCM.
3. **Phan Nhựt Trí (2011)**, Nghiên cứu rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch não cấp tại Bệnh Viện Cà Mau năm 2011, Luận văn CKII, Đại học y Hà Nội.
4. **Nguyễn Đức Trung (2016)**, Nghiên cứu rối loạn nuốt ở bệnh nhân Đột quỵ não bằng thang điểm của Mann và đánh giá các yếu tố liên quan, Luận văn CKII, Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Văn Tuấn (2011)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả của các bài tập nuốt trên bệnh nhân có rối loạn dinh dưỡng sau đột quỵ, Luận văn CKII, Đại học Y Hà Nội.
6. **Cohen, D. L., Roffe, C., et al (2016)**, Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. Int J Stroke, 11(4), pp. 399-411.
7. **Kim, H., Lee, H. J. & Park, J. W (2018)**, Clinical course and outcome in patients with severe dysphagia after lateral medullary syndrome. Ther Adv Neurol Disord, 11, p. 17
8. **Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., et al (2007)**, Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke, 38(11), pp. 2948-2952.
9. **UMAY, E. K., GÜNDOĞDU, İ., et al (2018)**, The psychometric evaluation of the Turkish version of the Mann Assessment of Swallowing Ability in patients in the early period after stroke. 48(6), pp. 1153-1161.

TẠO HÌNH KHUYẾT THIỂU ỚNG HỌNG SAU CẮT HẠ HỌNG THANH QUẢN TOÀN PHẦN BẰNG VẬT ĐẢO ĐỘNG MẠCH THƯỢNG ĐÒN: CA LÂM SÀNG

Phạm Văn Hữu*, Nguyễn Quang Trung*,
Tống Xuân Thắng*, Dương Mạnh Chiến**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tạo hình khuyết thiếu ống họng sau cắt hạ họng thanh quản toàn phần bằng vật đảo

động mạch thượng đòn. **Đôi tượng và phương pháp:** Bệnh nhân ung thư hạ họng thanh quản sau cắt hạ họng thanh quản toàn phần bị khuyết thiếu ống họng không thể khâu đóng ống họng, và được tạo hình ống họng bằng vật đảo động mạch thượng đòn. Mô tả ca bệnh. **Kết quả:** Khối ung thư hạ họng thanh quản được cắt bỏ hoàn toàn với vùng rìa âm tính, ống họng được tạo hình bằng vật đảo động mạch thượng đòn sống và liền tốt, sau phẫu thuật 8 tuần không có hoại tử vạt, không có rò họng, không se hẹp ống họng, đảm bảo tốt chức năng nuốt. **Kết luận:** Sử dụng vật đảo động mạch thượng đòn tạo hình khuyết thiếu ống họng sau cắt hạ họng thanh quản toàn phần

*Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hữu

Email: Huuphamvan1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2022

Ngày phản biên khoa học: 26.7.2022

Ngày duyệt bài: 5.8.2022

là kỹ thuật dễ làm, thời gian ngắn, vật da cân mỏng để cuộn khi tạo hình ống họng, vật có cuống dễ sống và liền tốt.

Từ khóa: vật đảo động mạch thượng đòn, ung thư hạ họng thanh quản, tạo hình ống họng

SUMMARY

RECONSTRUCTION OF PHARYNGEAL DEFECT AFTER TOTAL LARYNGECTOMY BY THE SUPRACLAVICULAR ARTERY ISLAND FLAP: CASE REPORT

Objective: Describe the reconstruction of pharyngeal defect after total laryngectomy by the supraclavicular artery island flap. **Subjects and method:** Patient was diagnosed with hypopharyngeal cancer and received total laryngectomy and reconstructed pharyngeal defect by supraclavicular artery island flap. Case report. **Results:** the hypopharyngeal cancer tumor was complete resected with negative margins, the flap are survival and good healing postoperative 8 weeks with no flap loss, no pharyngeal fistula, no pharyngeal stenosis and good swallowing function. **Conclusion:** reconstructed pharyngeal defect by supraclavicular artery island flap is easy and quick technique, supraclavicular flap are pedicle flap, suitable for reconstruction of pharyngeal defect, easy survival and good healing with pharyngeal mucosa.

Keywords: supraclavicular artery island flap, hypopharyngeal cancer, reconstruction of pharyngeal defect.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng thanh quản là ung thư hay gặp thứ 2 trong ung thư vùng đầu cổ, phần lớn ung thư hạ họng được phát hiện ở giai đoạn muộn¹. Ở giai đoạn muộn phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật cắt thanh quản hạ họng toàn phần. Tuy nhiên sau cắt hạ họng thanh quản toàn phần có nhiều trường hợp không thể đóng ống họng do khuyết thiếu niêm mạc họng nhiều do vậy cần phải sử dụng mảnh ghép (vật da hoặc niêm mạc) để tạo hình lại ống họng bị khuyết thiếu.

Có nhiều loại vật có thể dùng trong tạo hình ống họng: vật có cuống (vật đảo động mạch thượng đòn, vật cơ ngực lớn,...), vật tự do (vật căng tay trước, vật đùi trước ngoài...), hay vật niêm mạc dạ dày, hồng tràng... Trong những năm gần đây xu hướng sử dụng vật tại chỗ có cuống được ứng dụng ngày càng nhiều bởi các phẫu thuật viên đầu cổ do các ưu điểm về thời gian phẫu thuật, giá thành, thời gian nằm viện ngắn hơn so với vật tự do trong khi tỷ lệ thành công cũng tương đương^{2,3,4}. Trong đó vật đảo động mạch thượng đòn được đánh giá là phù hợp nhất để tạo hình ống họng do đây là vật có cuống, vật mỏng và dẻo để uốn cuộn để tạo hình ống họng, thời gian lấy vật ngắn trung bình

khoảng 45 phút đến 1 giờ⁵, có thể được thực hiện độc lập bởi phẫu thuật viên đầu cổ.

Để đánh giá hiệu quả của vật đảo động mạch thượng đòn trong tạo hình khuyết thiếu ống họng sau cắt thanh quản toàn phần chúng tôi thực hiện và báo cáo kết quả một trường hợp được phẫu thuật thành công tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: Bệnh nhân nam 59 tuổi, vào viện vì khoa thở thanh quản độ II, nuốt đau, nuốt vướng, đã được mở khí quản cấp cứu, soi thanh quản hạ họng kiểm tra thấy khối u hạ họng thanh quản từ thành sau hạ họng lan ra thành ngoài xoang lê trái ra góc trước xoang lê vào thanh quản và sang thành trong xoang lê đối bên (phải) làm cố định thanh quản, hẹp khít thanh môn, lan xuống miệng thực quản (giai đoạn IVa), được sinh thiết chẩn đoán là ung thư biểu mô vảy mô học độ II.

2.2 Phương pháp: Do khối u ở giai đoạn muộn tiên lượng sẽ bị khuyết thiếu ống họng nhiều nếu cắt hạ họng thanh quản toàn phần. Bệnh nhân được hội chẩn để lựa chọn phương pháp điều trị, có 2 phương án được đưa ra: điều trị hóa xạ đồng thời hoặc cắt thanh quản toàn phần, nạo vét hạch 2 bên, tạo hình ống họng bằng vật đảo động mạch thượng đòn, sau đó hóa xạ hậu phẫu. Tuy nhiên với ung thư đầu cổ phẫu thuật cắt bỏ được sẽ mang lại tỷ lệ khỏi bệnh cao hơn, chúng tôi đã quyết định phẫu thuật cho bệnh nhân.



Hình 1: Hình ảnh khối u trên CT scanner **Hình 2:** Hình ảnh nội soi của khối u

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần, nạo vét hạch cổ 2 bên và tạo hình khuyết thiếu ống họng bằng vật đảo động mạch thượng đòn. Sau khi cắt thanh quản và nạo vét hạch xong, chúng tôi đánh giá và đo phần niêm mạc họng còn lại dài 8 cm, rộng 1,5cm không đủ rộng để đóng lại ống họng. Tiến hành thiết kế và lấy vật đảo động mạch thượng đòn theo các bước sau:

- Thiết kế và đo kích thước vật
- Dùng siêu âm Doppler xác định nguyên ủy

và đường đi động mạch thượng đòn.

- Tiến hành phẫu tích lấy vạt theo thiết kế

ban đầu, bình diện sâu lấy đến hết cân và trên cơ delta đến nguyên ủy động mạch thượng đòn.



Hình 3: diện niêm mạc sau cắt thanh quản toàn phần

- Cắt bỏ lớp thượng bì phần còn lại vạt không nằm trong ống họng.
- Chuyển vạt lên và khâu tạo hình ống họng
- Khâu đóng lại vùng lấy vạt và đóng hốc mỡ.



Hình 4: thiết kế vạt da cân thượng đòn



Hình 5: Lấy vạt theo thiết kế



Hình 6: chuyển vạt lên hạ họng



Hình 7: Ống họng sau khi được tạo hình bằng vạt



Hình 8: Bệnh nhân sau khâu đóng hốc mỡ

Thời gian từ lúc thiết kế đến khi thu hoạch được vạt da và khâu tạo hình ống họng là khoảng 60 phút, và tổng thời gian phẫu thuật cả cắt toàn bộ thanh quản và tạo hình bằng vạt đảo động mạch thượng đòn là khoảng 4 tiếng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

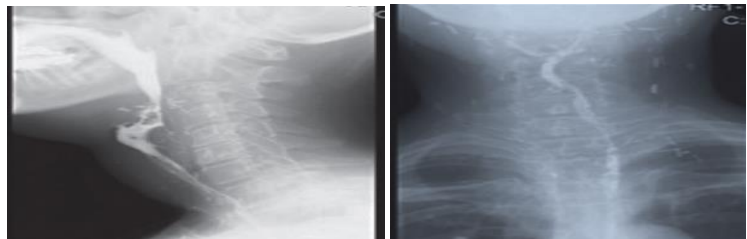
Tình trạng sau mổ của bệnh nhân ổn định, không có tai biến trong và sau mổ. Bệnh nhân được nội soi đánh giá vạt vào các ngày thứ 1, 3 và 5 sau mổ thấy vạt còn sống tốt không thấy dấu hiệu hoại tử vạt. Bệnh nhân được rút dẫn lưu sau 5 ngày, test Xanh Methylen đánh giá ống họng vào ngày thứ 14 sau mổ không thấy có rò

ống họng. Bệnh nhân được cắt chỉ, ra viện vào ngày thứ 16 sau mổ. Tuy nhiên giống như các bệnh nhân sau cắt toàn phần khác chúng tôi cho bệnh nhân ăn mềm, lỏng trong 1 tháng đầu sau mổ.

Hiện tại sau 8 tuần vết thương vùng cổ liền tốt, không có rò họng, ống họng không bị hẹp, lỗ thở rộng. Bệnh nhân được chụp thực quản cản quang đánh giá lưu thông của ống họng và thực quản thấy thuốc cản quang lưu thông tốt qua ống họng xuống thực quản và dạ dày, không có rò ra vùng cổ. Bệnh nhân được chuẩn bị cho điều trị hóa xạ trị hỗ trợ sau mổ.



Hình 10: Hình ảnh nội soi vạt còn sống và liền tốt sau mổ 8 tuần



Hình 10 và 11: XQ cổ thẳng và nghiêng chụp thực quản cản quang sau mổ 8 tuần

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt ung thư hạ họng thanh quản toàn phần để lại khuyết thiếu niêm mạc ống họng, tùy theo kích thước niêm mạc còn lại nếu trên 3cm chiều rộng là đủ khâu đóng trực tiếp ống họng, nếu nhỏ hơn thì sẽ cần vạt để tạo

hình khuyết thiếu ống họng². Các vạt sử dụng để tạo hình ống họng có thể là vạt có cuống (vạt đảo động mạch thượng đòn, vạt cơ ngực lớn..) hay vạt tự do (vạt cẳng tay trước, vạt đùi trước ngoài..), hay vạt hồng tràng, dạ dày. Trong những năm gần đây xu hướng sử dụng vạt tại

chỗ có cuống để tạo hình khuyết thiếu vùng đầu cổ ngày càng được sử dụng nhiều. Do khuyết thiếu ống họng sau cắt hạ họng thanh quản toàn phần cần một vật da mỏng, dễ cuộn tạo hình nên vật đảo động mạch thượng đòn là một ưu thế.

Trên bệnh nhân này sau khi cắt hạ họng thanh quản toàn phần, sinh thiết vùng rìa cho đến khi diện cắt âm tính chúng tôi thấy đường kính ngang của niêm mạc còn rất ít khoảng 1,5cm, không đủ để khâu đóng ống họng trực tiếp, cần phải lấy vật để tạo hình khuyết thiếu ống họng do vậy chúng tôi đã thiết kế và lấy vật đảo động mạch thượng đòn với kích thước vật 5 x 8 cm, dưới sự định hướng của siêu âm Doppler xác định nguyên ủy, đường đi của động mạch thượng đòn. Sau khi phẫu tích được vật đến nguyên ủy, chúng tôi tiến hành lấy bỏ lớp thượng bì của phần vật sẽ nằm ở vùng cổ, còn phần vật da được khâu lộn vào trong với niêm mạc đáy lưỡi và hạ họng còn lại để cuộn thành ống họng nối họng miệng với thực quản.

Phẫu thuật được tiến hành trong khoảng thời gian ngắn, từ lúc đo và thiết kế vật da đến khi khâu tạo hình xong ống họng là khoảng 60 phút. Và chúng tôi nhận thấy đây là vật da cân mỏng dễ dàng khâu tạo hình ống họng. Theo L. Giordano et al (2018) báo cáo kết quả nghiên cứu đa trung tâm ở Ý về sử dụng vật đảo động mạch thượng đòn tạo hình khuyết thiếu sau cắt bỏ ung thư đầu cổ cho thấy cho thấy đây là vật có cuống, da cân mỏng, dễ tạo hình và có thời gian lấy vật trung bình 45 phút, và có thể ứng dụng được ở nhiều vị trí như: khoang miệng, họng miệng, hạ họng, thanh quản, tuyến mang tai, khí quản, da vùng cổ...³

Sau mổ bệnh nhân được ăn sonde dạ dày, nằm viện 16 ngày, được test Xanh methylene ngày thứ 14 và 15 cho thấy không có rò ống họng, nuốt dễ dàng không bị hẹp. Vùng lấy vật ở vai và thượng đòn được khâu đóng trực tiếp không bị hoại tử, liền tốt. Trong 2 tuần đầu chúng tôi cho bệnh nhân để tay ở tư thế gập khủy giúp giảm căng vết khâu vùng lấy vật, sau 16 ngày bệnh nhân có thể vận động tay được bình thường.

Sau mổ 8 tuần, chúng tôi tiến hành nội soi đánh giá lại ống họng thấy vật còn sống tốt không có phần nào của vật bị hoại tử. Bệnh nhân được test bằng Xanh Methylene không thấy có rò ống họng, và bệnh nhân được chụp XQ thực quản cản quang 2 tư thế cổ thẳng và cổ nghiêng cho thấy thuốc được nuốt dễ dàng không bị chít hẹp, không bị rò ra ngoài vùng cổ. Theo

Maximilian Reiter (2019) đã tiến hành nghiên cứu so sánh tạo hình khuyết thiếu ống họng sau cắt hạ họng thanh quản toàn phần bằng sử dụng vật đảo động mạch thượng đòn với bằng vật tự do là vật cẳng tay trước (radial forearm flap), và vật đùi trước ngoài (anteriolateral thigh flap) cho thấy vật đảo động mạch thượng đòn có tỷ lệ thành công tương đương nhau cả về tỷ lệ vật sống, tỷ lệ biến chứng rò, chít hẹp họng⁷.

V. KẾT LUẬN

Vật đảo động mạch thượng đòn rất phù hợp để tạo hình khuyết thiếu ống họng sau cắt thanh quản toàn phần. Đây là vật có cuống tại chỗ vùng cổ rất gần với vùng hạ họng thanh quản, vật da cân mỏng dễ cuộn tạo hình ống họng, dễ sống và liền tốt với niêm mạc hạ họng. Kỹ thuật lấy vật dễ dàng, thời gian ngắn, và có thể thực hiện độc lập bởi phẫu thuật viên đầu cổ. Sau thành công này sẽ mở ra triển vọng áp dụng rộng rãi hơn vật đảo động mạch thượng đòn cho các tạo hình khuyết thiếu sau cắt các ung thư vùng đầu cổ khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pracy P et al. (2016).** Hypopharyngeal cancer: United Kingdom national multidisciplinary guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology*, 130(S2), S104-S110.
2. **Marzouki et al (2022).** Hypopharyngeal Reconstruction: Possibilities, Outcomes, and Updates for Improving the Human Health for Quality of Life. *Hindawi Computational Intelligence and Neuroscience Volume 2022*, Article ID 6132481, 10 pages.
3. **L. Giordano et al (2018).** The supraclavicular artery island flap (SCAIF) in head and neck reconstruction: an Italian multi-institutional experience. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2018;38:497-503.
4. **Gabrysz-Forget et al (2019).** Free versus pedicled flaps for reconstruction of head and neck cancer defects: a systematic review. *Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery* (2019) 48:13.
5. **R. Javadian et al (2019).** Head and neck reconstruction: The supraclavicular flap: technical note. *Annales de chirurgie plastique esthétique* (2019) 64, 374–379.
6. **Ogawa R., et al. (2009).** Anatomical and clinical studies of the supraclavicular flap: analysis of 103 flaps used to reconstruct neck scar contractures. *Plastic and reconstructive surgery*, 123 (5): 1471-14803.
7. **Maximilian Reiter MD (2019).** Reconstruction of laryngopharyngectomy defects: Comparison between the supraclavicular artery island flap, the radial forearm flap, and the anteriolateral thigh flap. *Microsurgery*. 2019;39:310–315.