

An năm 2016”, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.

4. **Nguyễn Thanh Huyền** (2019), “Phân tích thực trạng sử dụng thuốc tại bệnh viện Nhi trung ương năm 2017”, Luận văn Thạc sĩ dược học, Trường

Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.

5. **Bùi Thị Thuý Tĩnh** (2019), “Phân tích cơ cấu thuốc sử dụng tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh năm 2017”, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.

TÍNH LINH HOẠT CỦA VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI ĐIỀU TRỊ CÁC KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM PHỨC TẠP VÙNG CỔ BÀN CHÂN

Vũ Thị Dung^{1,2}, Trần Thiết Sơn^{2,3}, Phạm Thị Việt Dung^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính linh hoạt của vật đùi trước ngoài (ĐTĐN) tự do trong việc tái tạo các KHPM phức tạp vùng cổ bàn chân. **Phương pháp:** Từ tháng 09 năm 2016 đến tháng 11 năm 2022, 45 bệnh nhân có KHPM phức tạp vùng cổ bàn chân đã được tạo hình bằng các dạng vật ĐTĐN tự do tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ sống của vật là 97,78%. Có 17/45 BN có KHPM vùng tỳ đề, trong đó có 2/45 BN có tổn khuyết kèm viêm xương gót mạn tính; có 3/45 BN có khuyết kèm mất đoạn gân Achille; còn lại là tổn khuyết vùng mu chân và cổ chân. Có 34 vật da cân, 6 vật chùm da – cơ, 3 vật chùm da – cân và 2 vật chùm da – da được sử dụng. Có 14/45 BN làm mỏng vật thì đầu, trong đó có 4 vật làm mỏng vi phẫu tích. Kết quả xa tất cả các BN đều liền thương tốt, không có trường hợp nào bị trượt loét, khả năng che phủ KHPM là đáng tin cậy, thẩm mỹ bàn chân mức độ tốt và khá chiếm 97,78%. Tất cả cá BN có thể tự đi lại được, có 44/45 BN đi giày dép thông thường. **Kết luận:** Các dạng thiết kế linh hoạt của vật ĐTĐN là một lựa chọn khả thi để tạo hình các KHPM phức tạp vùng cổ bàn chân.

Từ khóa: Vật đùi trước ngoài, tạo hình, cổ chân

SUMMARY

TO EVALUATE THE FLEXIBILITY OF THE ANTEROLATERAL THIGH FLAP IN RECONSTRUCTING THE COMPLICATED DEFECT OF THE ANKLE AND FOOT

Objective: To evaluate the flexibility of the anterolateral thigh flap in reconstructing the complicated defect of the ankle and foot.

Method: From 09/2016 to 11/2022, 45 patients with complicated defects of ankle and foot at Xanh Pôn general hospital and Hanoi Medical University Hospital were treated with different designs of anterolateral thigh flap. **Result:** The survival rate is 97,78%. There

were 17/45 defects at the sole foot, with concurrent chronic osteoarthritis happening in 2 patients. 3/45 patients had Achille tendon defects. The remaining defects were at the dorsum of the foot. The design of the ALT flap includes 34 fascial cutaneous flaps, 6 chimeric myocutaneous flaps, 3 chimeric fascial cutaneous flaps, and 2 chimeric cutaneous-cutaneous flaps. The primary thinning technique was applied in 14 patients with 4/14 cases conducted under the microscope. The wound successfully healed in all patients without ulceration. The aesthetic results classified at good and quite good levels were 97,78%. All patients could walk by themselves with 44/45 cases wear normal shoes/sandal. **Conclusion:** The ALT flap with flexible designing methods is an appropriate plan to reconstruct the complicated defect of the ankle and foot. **Keywords:** Anterolateral thigh flap, Aesthetic shaping, Ankle and foot

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giải phẫu vùng cổ bàn chân với sự phân bố tổ chức phần mềm không đồng nhất. Vùng mắt cá chân và mu chân được che phủ một lớp da mỏng, ít mỡ dưới da khi bị tổn thương rất dễ lộ gân xương khớp, thích hợp được che phủ bằng một vật mỏng.¹ Vùng gan gót chân có lớp da dày, dai, chịu trọng lực của cơ thể và chịu sự mài mòn cao, khi tổn thương rất khó tìm được tổ chức da phần mềm tương tự để tái tạo. Một vùng giải phẫu quan trọng của bàn chân là vùng sau gót chân, khi bị chấn thương có thể gây mất da kèm đứt hoặc mất đoạn gân lớn nhất cơ thể là gân Achille. Việc tạo hình gân Achille và KHPM vùng sau gót chân nói riêng cũng như KHPM phức tạp bàn chân nói chung là thách thức lớn với phẫu thuật viên Tạo hình.² Các kĩ thuật tạo hình cơ bản như: ghép da, vật tại chỗ, vật lân cận ít khi đạt được kết quả thoả đáng.³ Đối với các tổn khuyết rộng có lộ gân, xương tạo hình bằng các vật tự do thường là giải pháp thay thế để cứu bàn chân.⁴ Vật ĐTĐN được Song và cộng sự mô tả lần đầu tiên năm 1984, từ khi xuất hiện vật đã trở thành nguồn chất liệu lý tưởng để tái tạo tổn khuyết trên khắp cơ thể. Liên quan đến tái tạo KHPM phức tạp vùng cổ bàn chân, ưu điểm chính của vật là giải phẫu mạch máu linh

¹Đơn vị Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ công nghệ cao Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Dung

Email: vuthidung.ptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.5.2023

hoạt vì vậy dễ dàng thiết kế dạng sử dụng của vật phù hợp với từng loại tổn thương. Vật có thể lấy với diện tích lớn, làm mỏng cùng một thì hoặc lấy kèm cơ để độn với những tổn khuyết sâu có khoảng chết và giảm tối thiểu biến chứng nơi cho vật.⁵

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu:

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 45 BN có KHPM phức tạp vùng cổ bàn chân được tạo hình bằng vật đúc trước ngoài tự do tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10 /2016 đến tháng 10 /2022.

• Sự hồi phục thẩm mỹ nơi nhận vật đánh giá dựa vào các chỉ số:

Màu sắc	Đồng màu tương ứng với vùng da xung quanh	2 điểm
	Tương đối khác biệt	1 điểm
	Tăng sắc tố gây sự khác biệt rõ rệt	0 điểm
Độ mỏng	Vật có độ mỏng phù hợp nơi nhận	2 điểm
	Vật hơi dày nhưng chấp nhận được	1 điểm
	Vật dày rõ rệt, nổi gồ lên với vùng lân cận	0 điểm
Mức độ	Mềm mại tương ứng với vùng da xung quanh	2 điểm
	Khác biệt với vùng da xung quanh	1 điểm
	Vật xa trề hoặc xơ cứng	0 điểm
Đường viền, hình dáng	Tạo được đường viền, hình dáng phù hợp, thẩm mỹ	2 điểm
	Chấp nhận được	1 điểm
	Không phù hợp	0 điểm
Tính chất lông trên vật	Mật độ lông phù hợp, không gây ảnh hưởng về thẩm mỹ	2 điểm
	Mật độ lông gây ảnh hưởng nhưng chấp nhận được	1 điểm
	Gây sự khác biệt rõ, ảnh hưởng thẩm mỹ	0 điểm

Theo 4 mức độ: **Tốt:** từ 9-10 điểm; **Khá:** từ 7-8 điểm; **Trung bình:** 4-6 điểm; **Kém:** 0-3 điểm

Đánh giá sự hồi phục hức năng dựa vào thang điểm LEFS, tổng điểm lớn nhất 80 điểm, Chức năng đạt tối đa khi điểm LEFS trên 80%.⁸

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập Epidata 3.1, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng cả thống kê mô tả và phân tích trong báo cáo số liệu.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu

Bảng 3.1: Vị trí tổn khuyết và dạng sử dụng vật ĐTN

Vị trí tổn khuyết	Số lượng	Dạng vật sử dụng	Tổng	Tỷ lệ%
KHPM vùng mu chân, cổ chân, sau gót chân, khuyết mồm cụt bàn chân	24	Vật da cân hoặc da cân làm mỏng	34	75,56
KHPM gan gót chân và mu chân, cổ chân	6			
KHPM gan, gót chân	6			
KHPM cổ bàn chân có khoảng chết	4	Vật chùm da – cơ	6	13,33
KHPM lộ xương gót chân viêm	2			
KHPM vùng sau gót chân, mắt đoạn gân Achille	3	Vật chùm da – cân	3	6,67
KHPM cổ chân, mu chân	1			
KHPM gan gót chân – mu chân	1	Vật chùm da – da	2	4,44
Tổng	45			

2.2. Quy trình nghiên cứu:

Thăm khám lâm sàng: phân loại KHPM theo các tiêu đơn vị của Hallock dựa vào kích thước và mức độ tổn thương. Từ đó phân loại KHPM phức tạp theo tiêu chuẩn của Hidalgo và Shaw.⁶ Tùy vị trí, mức độ tổn thương để chỉ định dạng sử dụng vật ĐTN phù hợp.

Đánh giá tình trạng vật sau phẫu thuật theo thang điểm của McCrory AL., chấm điểm từ 1 đến 4 (vật không gặp vấn đề gì đến vật thất bại hoàn toàn).⁷

Đánh giá kết quả xa sau mổ 3-6tháng dựa vào sự phục hồi thẩm mỹ và chức năng cổ bàn chân.

được thông qua hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội tại Quyết định số 84/HĐĐDDHYN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 45 BN trong đó có 29 BN nam, 16 BN nữ. 100% BN được tạo hình bằng vật ĐTN đều là tổn khuyết phức tạp độ III theo phân loại của Hidalgo và Shaw.

Vị trí tổn khuyết và chỉ định sử dụng vật ĐTN

Nhận xét: Có 34/45 BN (chiếm 75,56%) sử dụng **Vật da cân**. Vật được chỉ định cho các tổn khuyết mỏm cụt bàn chân phức tạp; KHPM mu chân, cổ chân lộ gân, xương, mạch máu, thần kinh; khuyết vùng gan gót chân; hoặc mất da lộ gân Achille đơn thuần vùng sau gót chân. Đây là dạng vật được sử dụng phổ biến nhất. 6/45 BN sử dụng **Vật chùm da – cơ** cho tổn khuyết vùng gan gót chân hoặc mu chân có khoảng chết và tổn khuyết viêm xương gót mạn tính. Đặc biệt 3/45 BN được sử dụng dạng **Vật chùm da – cân** tái tạo khuyết phần mềm kèm mất đoạn gân Achille, trong đó vật cân được cuộn tạo hình gân Achille, vật da mỡ làm mỏng vi phẫu tích che phủ tổn khuyết vùng sau gót chân. Có 2/45 **Vật chùm da - da** được sử dụng để nhằm mục đích tăng diện tích sử dụng của vật và tái tạo khuyết có nhiều mặt phẳng.

Kích thước vật trung bình $19,3 \pm 5,2 \times 9,3 \pm 1,9$ cm, kích thước bé nhất $8 \times 5,5$ cm, kích thước nhất 30 x11cm.

Bảng 3.2: Làm mỏng vật thi đấu

Kỹ thuật làm mỏng vật	Số lượng (n=45)	Tỷ lệ %
Làm mỏng vật sơ cấp	10	22,22
Làm mỏng vật vi phẫu tích	4	8,89
Không làm mỏng vật	31	68,89
Tổng	45	100

Nhận xét: Tỷ lệ vật được làm mỏng sơ cấp và vi phẫu tích là 14/45 trường hợp (chiếm 31,11%), làm mỏng vật liên quan đến mục đích sử dụng.

Sự phục hồi thẩm mỹ nơi nhận vật vùng cổ bàn chân

Bảng 3.3: đánh giá thẩm mỹ vùng bàn chân:

Kết quả thẩm mỹ	Số lượng (n=45)	Tỷ lệ %
Tốt	32	71,11
Khá	12	26,67
Trung bình	1	2,22
Tổng	45	100

Nhận xét: Tỷ lệ BN đạt kết quả xa mức độ tốt và khá chiếm 97,78%. Có 1/45 BN đạt kết quả trung bình do vật thất bại cần phải chuyển thành da ghép nơi nhận vật, vì vậy không đạt yêu cầu tạo hình. Tất cả các BN đều liền thương tốt, không bị trượt loét.

Sự hồi phục chức năng vùng cổ bàn chân: được đánh giá theo thang điểm LEFS. Điểm LEFS trung bình: $72,6 \pm 7,6$ Trong đó điểm cao nhất là 80 điểm và thấp nhất là 41 điểm. Có 3 BN đạt điểm LEFS tối đa 80 điểm sự hồi phục chức năng như bình thường. Có 1 BN đạt điểm LEFS 41 vì còn mất vững bàn chân do

tổn thương xương khối tụ cốt và mất đoạn nhiều gân duỗi bàn chân. BN có dự kiến phẫu thuật chuyển gân và cố định vững bàn chân.

IV. BÀN LUẬN

Mỗi vùng bàn chân có yêu cầu khác nhau về độ dày của tổ chức phần mềm, cũng như thành phần của vật tùy thuộc vào mức độ tổn khuyết. Vật được lựa chọn phải đảm bảo chức năng và phục hồi thẩm mỹ vùng cổ bàn chân.⁹ Hiện nay có hai quan điểm về tái tạo KHPM phức tạp vùng cổ bàn chân: dùng vật cơ tự do ghép da hoặc vật da tự do.⁵ Mặc dù vật cơ tự do ghép da có nhiều ưu điểm nhưng cũng có một số nhược điểm: giảm chức năng nơi cho vật, tỷ lệ loét cao, mất cảm giác và khó khống chế độ dày. Chen và cộng sự cho rằng vật ĐTN tự do là vật lớn nhất để tái tạo các KHPM rộng phức tạp vùng bàn chân cho kết quả thẩm mỹ và chức năng tốt.⁹ Ưu điểm chính của vật ĐTN trong việc tái tạo các KHPM rộng, phức tạp của bàn chân là khả năng chịu trọng lực và tính linh hoạt trong thiết kế.^{5, 10}

Khi tạo hình vùng gan gót chân, vật được sử dụng phải đảm bảo chịu trọng lực và tạo đường viền đẹp. Vật ĐTN thích hợp với tổn khuyết vùng gót chân do cấu trúc vật da cân đủ dày, rộng, có khả năng tạo hình ba chiều. Chúng tôi có 12/45 BN sử dụng vật da cân tạo hình vùng tỳ đè đều đạt kết quả tốt, có 1 trường hợp kết quả xa hình thành chai chân vùng tiếp giáp gan và gót chân. Có 2/45 BN có KHPM gót chân kèm viêm xương mạn tính được tạo hình bằng vật chùm da - cơ ĐTN. Kết quả xa tất cả BN đều tự đi lại được, không trượt loét, mang giày, dép cùng size. Năm 2022, He. và cộng sự sử dụng vật ĐTN dạng vật chùm da - da hoặc vật chùm da - cơ để tái tạo KHPM rộng phức tạp vùng gót cho 16 BN trong đó 3 BN có khoảng chết. Tác giả cho rằng đây là lựa chọn khả thi để tái tạo tổn khuyết gót chân rộng, phức tạp cho kết quả thẩm mỹ và chức năng tốt nhờ những ưu điểm sau: phục hồi hình dạng phức tạp của gót chân, với tổn khuyết lớn vật chùm da - cơ sử dụng để lấp đầy khoảng chết, chịu lực và phục hồi cảm giác nếu có nối thần kinh đồng, giúp đóng trực tiếp và hạn chế biến chứng nơi cho vật.² Chúng tôi đã sử dụng 6/45 vật chùm da - cơ trong đó 4 vật che phủ các KHPM rộng vùng gan gót chân hay khuyết mu chân có khoảng chết; có 2/45 vật chùm da - cơ điều trị tổn khuyết gót chân kèm viêm xương gót mạn tính. Tác dụng vật ĐTN trong điều trị viêm tủy xương đã được Hong JP. chứng minh: do khả năng cung cấp một vật tổ chức lớn được cấp máu tốt có thể xóa sạch khoảng chết và làm

giảm tình trạng nhiễm trùng.⁵



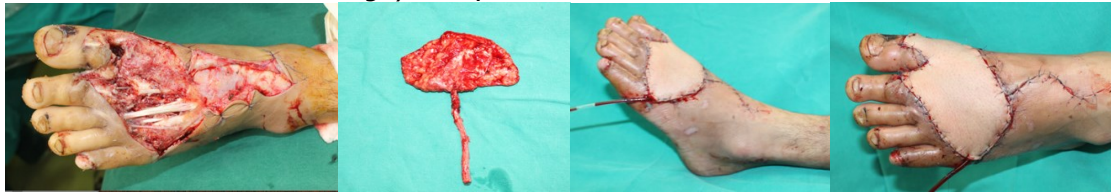
Hình 4.1: Vạt da cân ĐTN tái tạo gan gót chân. BN Phạm Thanh H. Mã số B. A. 2103292761

Tổn khuyết nhỏ gân Achilles trong trường hợp tổn khuyết phần mềm bé thường sử dụng vạt da tại chỗ và ghép đoạn gân vô mạch. Khi KHPM vùng sau gót chân rộng, mất đoạn gân Achille đôi khi kèm nhiễm trùng mãn tính thì các tác giả khuyến cáo nên sử dụng vạt tự do. Có nhiều phương pháp tạo hình gân Achilles khác nhau: vạt mạch xuyên động mạch nông dưới lấy kèm cân cơ nông lớn, vạt cánh tay ngoài với cân cơ nhị đầu cánh tay, vạt mu chân tự do lấy kèm gân duỗi, vạt cơ căng mạc đùi tự do hay vạt ĐTN

tự do kèm cân đã được báo cáo trước đây. Mỗi kỹ thuật đều có ưu nhược điểm nhất định. Vạt ĐTN tự do lấy kèm cân cung cấp vạt da đủ lớn che phủ tổn khuyết vùng sau gót chân, vạt cân có mạch máu nuôi gắn liền với vạt đùi được sử dụng tái tạo tổn khuyết gân Achilles. Lee và cộng sự cho rằng chất liệu thay thế gân có mạch máu nuôi dưỡng giúp lành thương nhanh hơn và ít hình thành chất kết dính và khả năng chống nhiễm trùng vượt trội.



Hình 4.2: Tạo hình khuyết mất đoạn gân Achille bằng vạt chùm da – cân BN Nguyễn Thị D. Mã số B. A. 2010191725



Hình 4.3: Vạt da cân được làm mỏng sơ cấp. BN Dương Văn T. Mã số B.A. 18035968

Vạt ĐTN có độ dày từ 3 – 5mm ở những BN già. BN thừa cân có thể điều chỉnh độ dày vạt bằng kỹ thuật làm mỏng cho phù hợp với tổn khuyết mu chân, cổ chân. Vạt ĐTN có nguồn cấp máu dồi dào của đám rối mạch trên cân ở lớp mô mỡ sâu cho phép loại bỏ mô mỡ ở lớp bề mặt trong quá trình phẫu tích vạt. Vạt ĐTN mỏng, lần đầu tiên được báo cáo bởi Koshima và cộng sự, đã chứng minh độ tin cậy và ứng dụng rộng rãi trên lâm sàng. Làm mỏng vạt mang lại kết quả thẩm mỹ và chức năng vượt trội ở vùng mu chân, cổ chân và đường viền của bàn chân so với phẫu tích vạt thông thường. Vạt còn được làm mỏng bằng kỹ thuật vi phẫu tích, lấy bỏ các tiểu thụ mỡ sâu, tuy nhiên tốn thời gian. Hong JP. giới thiệu một mặt phẳng cân nông trong phẫu tích bóc vạt ĐTN, từ đó khái niệm vạt ĐTN siêu mỏng được biết đến. Vạt này ra đời giảm

thấp tỷ lệ làm mỏng vạt thứ cấp.¹ Theo Saint-Cyr và cộng sự, vạt siêu mỏng được cấp máu bởi nhánh xuyên kết nối gián tiếp với mạng mạch dưới da. Nhờ vậy vạt có kích thước lớn sống được dù không có mạch máu liên kết trực tiếp. Saint – Cyr và cộng sự cho rằng nên làm mỏng vạt thì hại để tránh nguy cơ hoại tử vạt nếu quá trình phẫu tích vạt quá dài. 14/45 vạt được làm mỏng trong đó 10 vạt được làm mỏng sơ cấp để che phủ tổn khuyết lan rộng mu chân và cổ chân. Có 4/45 vạt áp dụng kỹ thuật làm mỏng vi phẫu tích. Những BN làm mỏng vạt sử dụng kỹ thuật vi phẫu tích đều hài lòng, không cần làm mỏng vạt thứ cấp. Có 5 BN làm mỏng sơ cấp phải làm mỏng vạt thứ cấp sau 3-6 tháng. Chúng tôi cho rằng tại thời điểm tạo hình che phủ tổn khuyết bàn chân còn sưng nề to vì vậy khi hoàn tất quá trình liền thương, giảm phù nề dẫn đến

vạt dư thừa kể cả những BN đã làm mỏng vạt sơ cấp. Làm mỏng vạt thứ cấp có thể được thực hiện ở giai đoạn sau thông qua hút mỡ hoặc phẫu tích lấy mỡ và cắt bỏ phần vạt dư thừa nhưng điều này sẽ làm tăng số lần nhập viện, chi phí và tâm lý BN căng thẳng.¹

V. KẾT LUẬN

Tính linh hoạt của vạt ĐTN thể hiện ở sự đa dạng trong thiết kế vạt phù hợp với vị trí, mức độ tổn thương da, gân, xương, mạch máu vùng cổ bàn chân. Nghiên cứu này đã chỉ ra rằng thiết kế linh hoạt của vạt ĐTN tự do là một lựa chọn an toàn, đáng tin cậy đảm bảo cả về mặt chức năng và thẩm mỹ cho mọi hình thái KHPM phức tạp vùng cổ bàn chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thiele JR, Weiß J, Braig D, Zeller J, Stark GB, Eisenhardt SU. Evaluation of the Suprafascial Thin ALT Flap in Foot and Ankle Reconstruction. *J Reconstr Microsurg.* 2022; 38(2):151-159. doi:10.1055/s-0041-1731763
2. He J, Guliyeva G, Wu P, Yu F, Qing L, Tang J. Reconstruction of Complex Soft Tissue Defects of the Heel With Versatile Double Skin Paddle Anterolateral Thigh Perforator Flaps: An Innovative Way to Restore Heel Shape. *Front Surg.* 2022;9:836505. doi:10.3389/fsurg.2022.836505
3. Hallock GG. Distally based flaps for skin coverage of the foot and ankle. *Foot Ankle Int.* 1996; 17(6):343-348. doi:10.1177/107110079601700609
4. Liu L, Cao X, Zou L, Li Z, Cao X, Cai J. Extended Anterolateral Thigh Flaps for Reconstruction of Extensive Defects of the Foot and Ankle. *di Pompeo d'Illasi FS, ed. PLoS ONE.* 2013;8(12):e83696. doi:10.1371/journal.pone.0083696
5. Pappalardo M, Jeng SF, Sadigh PL, Shih HS. Versatility of the Free Anterolateral Thigh Flap in the Reconstruction of Large Defects of the Weight-Bearing Foot: A Single-Center Experience with 20 Consecutive Cases. *J Reconstr Microsurg.* 2016; 32(7):562-570. doi:10.1055/s-0036-1584204
6. Hidalgo DA, Shaw WW. Reconstruction of foot injuries. *Clin Plast Surg.* 1986;13(4):663-680.
7. Soltanian H, Garcia RM, Hollenbeck ST. Current Concepts in Lower Extremity Reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2015; 136 (6): 815e-829e. doi:10.1097/PRS.0000000000001807
8. Jm B, Pw S, Sa L. Lower Extremity Functional Scale (LEFS).
9. Chen L, Zhang Z, Li R, Liu Z, Liu Y. Reconstruction of extensive plantar forefoot defects with free anterolateral thigh flap. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(50):e20819. doi:10.1097/MD.00000000000020819
10. Hong JP, Kim EK. Sole reconstruction using anterolateral thigh perforator free flaps. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(1):186-193. doi:10.1097/01.prs.0000244856.98170.9c

ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U TẾ BÀO MÀM ÁC TÍNH NGOÀI SỌ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Đào Thị Thanh An¹, Trần Diệp Tuấn¹

TÓM TẮT

Tổng quan và mục tiêu: U tế bào mầm ác tính có nguồn gốc từ các tế bào sinh dục trong quá trình phát triển và di chuyển. U có thể xuất phát từ đường sinh dục như tại tinh hoàn, buồng trứng, hay ngoài sinh dục như u nội sọ, u trung thất, củng cụt, tử cung, âm đạo và chiếm 3,5% các loại ung thư trẻ em dưới 15 tuổi. Các biện pháp điều trị u tế bào mầm ác tính bao gồm phẫu thuật, hoá trị và xạ trị trong đó xạ trị ngày càng ít được sử dụng vì những hậu quả lâu dài do tia xạ gây ra trên trẻ em. Nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát các đặc điểm chẩn đoán và điều trị u tế bào mầm ác tính ngoài sọ tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca ở trẻ Tất cả

những bệnh nhi được chẩn đoán u tế bào mầm ác tính ngoài sọ tại Khoa Ung Bướu Huyết Học, Bệnh viện Nhi đồng 2 từ 01/01/2011 đến 31/07/2019. Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm REDCap và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Chúng tôi ghi nhận 69 bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu trong đó u tế bào mầm ác tính tại đường sinh dục chiếm 69,6%, mô bệnh học là u túi noãn hoàng chiếm tỉ lệ 59,4%. Tuổi trung vị là 25 tháng tuổi. Triệu chứng phát hiện bệnh thường gặp nhất là phát hiện khối u (60,9%) sau đó là đau bụng (15%). Kích thước khối u trung bình là 8,4cm, kích thước lớn nhất là u buồng trứng, nhỏ nhất là u tinh hoàn. Giá trị trung vị của AFP và β -HCG lần lượt là 3.083,2 ng/mL và 60 IU/mL. Loại mô bệnh học thường gặp nhất là u túi noãn hoàng chiếm 59,4%. 31,9% khối u giai đoạn I, 15,9% giai đoạn II, 31,9% giai đoạn III và 13% giai đoạn IV, có 29% khối u nguy cơ thấp, 30,4% nguy cơ trung bình và 30,4% nguy cơ cao. Thời gian điều trị trung bình là 119,1 ngày. Phác đồ hoá trị JEB chiếm 92,8%, phác đồ PEB chiếm 7,2%. Số chu kỳ hoá trị nhóm nguy cơ thấp là 3,8; nguy cơ trung bình là 4,7 và nguy cơ cao là 5,5 chu kỳ. Số lần phẫu thuật chủ yếu là 1 hoặc 2 lần không kể sinh thiết. **Kết luận:** U tế bào mầm ác tính

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh An

Email: daothithanhan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023