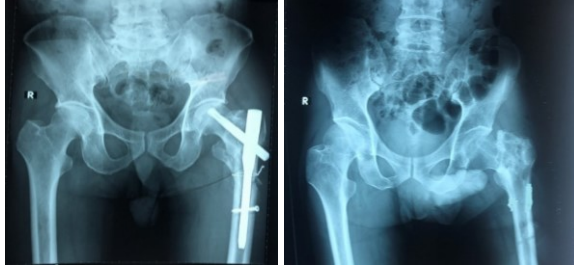


Có 88,9% bệnh nhân phục hồi tầm vận động gấp khớp háng về mức bình thường. Không có trường hợp bệnh nhân hạn chế gấp háng dưới 80<sup>o</sup>.

**Kết quả chung.** Kết quả rất tốt và tốt đạt: 91,7%; trung bình: 8.3% và kém: 0%.

Kết quả lành xương được Đánh giá dựa vào lâm sàng và phim X-quang. Sau thời gian theo dõi ghi nhận 100% các trường hợp đều đạt lành xương, kết quả tương đương Nguyễn Sỹ Lập[2] và Nguyễn Anh Tuấn[3].



**Hình 4:** Hình ảnh Xquang sau 03 tháng, và sau khi lành xương, tháo dụng cụ (18 tháng)

Mô tả các biến chứng:

- Không có biến chứng gãy thêm thân xương đùi và mẫu chuyển lớn.

- Không có biến chứng nhiễm trùng vết mổ.

- Tuy nhiên thời gian theo dõi còn ngắn nên chưa đánh giá được các biến chứng xa: hoại tử chỏm, cổ xương đùi...

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiên Bình (2002), "Kết quả phẫu thuật kết xương gãy kín liên mẫu chuyển xương đùi bằng đinh Ender", Tạp chí y học thực hành, Số 3, trang 40-41.

2. Nguyễn Sỹ Lập (2018), "Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi không vững người lớn bằng kết hợp xương đinh Gamma 3 với đường mổ ít xâm lấn", Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch.
3. Nguyễn Anh Tuấn (2019), "Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi bằng đinh Gamma 3 tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình, luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
4. Adam P. (2014), "Treatment of recent trochanteric fracture in adults", Orthop Trauma Surg Res, Vol 100, p. 75-83.
5. Adrian Todor, Adina Pojar, Dan L. (2013), "Minimally invasive treatment of trochanteric fractures with intramedullary nails", Clujul Medical, Vol 86(1), p. 40-42.
6. Domingo L.J., Cecilia D., Herrera A., Resines C. (2001), "Trochanteric fractures treated with a proximal femoral nail", Int Orthop, 25, p. 298 – 301.
7. Lee Y.K., Chung C.Y., Park M.S., et al (2013), "Intramedullary nail versus extramedullary plate fixation for unstable intertrochanteric fracture: decision analysis", Arch Orthop Trauma Surg, Vol 133(7), p. 961-68
8. Radcliff T.A., Regan E., Cowper R.D., et al (2012), "Increased use of intramedullary nails for intertrochanteric proximal femoral fracture in Veterans Affairs hospitals: A Comparative effectiveness study", J Bone joint Sur, Am, Vol 94(9), p. 833-40.
9. Ramnarayan D., Vanchi P.K., Mohan K.M. (2015), "Intramedullary or extramedullary fixation for unstable intertrochanteric fracture: A prospective randomized controlled trial", J Bone Joint Surg Am, Vol 97(23), p. 1905-12.
10. Steinberg E.L., Haidukewych G.J., Israel T.A., et al (2002), "Treatment of reverse obliquity fractures of the Intertrochanteric region of the femur", J. Bone Joint Surg Am., Vol 84, p. 869-870.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ HẮC TỔ DA GIAI ĐOẠN CHƯA DI CĂN XA TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Huyền Chi<sup>1</sup>, Đào Văn Tú<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhân xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư hắc tố da giai đoạn chưa di căn xa (I, II, III) và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 31 bệnh nhân bị UHTT da giai đoạn I, II, III điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2018

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Huyền Chi

Email: dhchi.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023

Ngày duyệt bài: 19.9.2023

đến 12/2021. Ước tính thời gian tái phát di căn và thời gian sống còn toàn bộ theo phương pháp Kaplan – Meier. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 57,29, thấp nhất 3 và cao nhất 93, độ tuổi hay gặp từ 40-79 tuổi chiếm 73,9%. Vị trí u gặp nhiều ở chi dưới (71,0%). Hầu hết khối u tăng sắc tố (96,8%), trong đó chủ yếu có màu nâu đen. Hình thái sùi và sùi loét chiếm ưu thế lần lượt là 32,3% và 35,5%. Bề dày u > 4mm (T4) chiếm tỷ lệ cao nhất (61,3%), Clark V (29%), tỷ lệ nhân chia >6/mm<sup>2</sup> là 35,5%, tỉ lệ lympho xâm nhập u là 48,4%. Tỉ lệ bệnh nhân chưa di căn hạch là 51,6%. Tỉ lệ bệnh nhân giai đoạn I, II, III lần lượt là 6,5%, 45,1 %, và 48,4%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1, 2, 3 năm tương ứng 67,7%, 38,7% và 19,4%. Sống còn toàn bộ 1, 2, 3 năm tương ứng 77,4%, 51,6% và 45,2%. Sống còn toàn bộ 3 năm giai đoạn I-II và III là 73,3% và 18,8%. **Kết luận:** Bệnh thường gặp trên 40 tuổi. Vị

trí u gặp nhiều ở chi dưới. Hầu hết các trường hợp có thay đổi màu sắc và hình thái u. Bề dày u > 4mm chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ bệnh nhân chưa di căn hạch là 51,6%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1, 2, 3 năm tương ứng 67,7%, 38,7% và 19,4%. Sống còn toàn bộ 1, 2, 3 năm tương ứng 77,4%, 51,6% và 45,2%. Sống còn toàn bộ 3 năm giai đoạn I-II và III là 73,3% và 18,8%. **Từ khóa:** Ung thư hắc tố da, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị

## SUMMARY

### TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH NON-METASTATIC MELANOMA AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objectives:** Study on some clinical and subclinical characteristics of cutaneous melanoma patients with distant metastatic stage (I, II, III) and evaluate the treatment results of the group of patients studied above. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study on cutaneous melanoma patients with stage I, II, III skin cancer treated at K hospital from January 2018 to December 2021. The Kaplan – Meier method is being used to estimate time to treatment failure and overall survival. **Results:** The average age was 57.29 years old, the youngest patient was 3 years old and the oldest one was 93 years old, the common age range from 40-79 years old accounted for 73.9%. Tumors are often located in the lower limbs (71.0%). Most tumors were hyperpigmented (96.8%), of which mainly dark brown. The dominant form of warts and ulcers is 32.3% and 35.5%, respectively. Tumor thickness > 4mm (T4) accounted for the highest percentage (61.3%), Clark V (29%), multiplying rate >6/mm<sup>2</sup> was 35.5%, the rate of lymphoma infiltrating the tumor was 48, 4%. The rate of patients without lymph node metastasis was 51.6%. The proportion of patients with stage I, II, and III was 6.5%, 45.1%, and 48.4%, respectively. The 1, 2, and 3 year disease-free survival rates were 67.7%, 38.7% and 19.4%, respectively. Overall survival at 1, 2, and 3 years was 77.4%, 51.6% and 45.2%, respectively. The 3-year overall survival in stages I-II and III was 73.3% and 18.8% respectively. **Conclusion:** Cutaneous melanoma is common over 40 years old. Tumor location is most common in the lower limbs. In most cases there is a change in tumor color and morphology. Tumor thickness > 4mm accounts for the highest rate. The rate of patients without lymph node metastasis was 51.6%. The 1, 2, and 3 year disease-free survival rates were 67.7%, 38.7% and 19.4%, respectively. Overall survival at 1, 2, and 3 years was 77.4%, 51.6% and 45.2%, respectively. The 3-year overall survival in stages I-II and III was 73.3% and 18.8% respectively.

**Keywords:** Cutaneous melanoma, clinical features, subclinical features, treatment results

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hắc tố (UTHT) là bệnh lý ác tính của các tế bào sinh sắc tố melanin ở da. Các tế bào này phân bố chủ yếu ở lớp đáy của thượng bì (90%), ngoài ra còn gặp ở niêm mạc, màng não, võng mạc mắt, sinh dục, đại trực tràng, ống hậu

môn.... UTHT là một bệnh rất ác tính, tiến triển nhanh, di căn sớm. Theo ước tính của GLOBOCAN 2020, trên thế giới có khoảng 324.635 trường hợp UTHT da mắc mới và 57.043 trường hợp tử vong [1]. Tỷ lệ mắc mỗi năm của UTHT đang gia tăng nhanh chóng (4-6%/năm). Tại Việt Nam, chưa có công bố cụ thể về tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong của UTHT da. Theo ghi nhận của Phạm Thị Hoàng Anh năm 2002, tỷ lệ mắc là 0,3-0,4/100.000 dân. Ở nước ta, do hiểu biết về bệnh này còn nhiều hạn chế nên trên 80% bệnh nhân đến khám ở giai đoạn II, III. Đối với giai đoạn tại chỗ, phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn duy nhất với tỉ lệ sống sót sau 5 năm lên đến 90% [2]. Tiên lượng bệnh nhân UTHT giai đoạn sớm sẽ xấu hơn khi đi kèm theo các yếu tố nguy cơ như u xâm nhập sâu và di căn hạch. Giải pháp đặt ra để nâng cao hiệu quả điều trị UTHT giai đoạn sớm là áp dụng phương pháp điều trị hỗ trợ. Tuy nhiên, các liệu pháp hóa chất hỗ trợ thông thường có hiệu quả rất kém đối với UTHT. Những năm gần đây, với sự ra đời của các thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch và các thuốc điều trị đích đã cải thiện đáng kể thời gian sống thêm không bệnh và tỉ lệ tử vong do UTHT. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá chi tiết về các bệnh nhân UTHTD giai đoạn chưa di căn xa (giai đoạn I, II, III) cũng như phương pháp điều trị cho nhóm bệnh nhân này. Điều này thúc đẩy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả điều trị UTHTD giai đoạn chưa di căn xa tại bệnh viện K" nhằm mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư hắc tố da giai đoạn chưa di căn xa (I, II, III) và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 31 bệnh nhân UTHT da giai đoạn I, II, III, được điều trị tại bệnh viện K từ 2018-2021.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân bị UTHT da giai đoạn I, II, III, được chẩn đoán xác định là UTHT da bằng mô bệnh học, được điều trị bằng phẫu thuật có/hoặc không có điều trị hỗ trợ tại bệnh viện K.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** tất cả các trường hợp không đủ tiêu chuẩn trên.

**2.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu:** cỡ mẫu 31 trường hợp, chọn mẫu thuận tiện

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

**2.4. Các biến số, chỉ số:** tuổi, giới, vị trí u,

màu sắc u, hình thái u, nền u. Can thiệp chẩn đoán bằng sinh thiết mảnh và/hoặc chọc tế bào u và/hoặc hạch trước điều trị, bề dày u (Breslow, giai đoạn T), loét u, nhân chia, u xâm nhập mạch, lympho xâm nhập u, hạch khu vực, giai đoạn bệnh I, II, III. Phương pháp mổ, mô bệnh học diện cắt u, phương pháp tạo hình, biến chứng sau mổ, tái phát u, hạch khu vực, di căn xa sau điều trị.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng**

Nhóm tuổi	Số BN (n=31)	Tỷ lệ %
< 20	1	3,2
20 – 39	3	9,7
40 – 59	12	38,7
60 – 79	14	45,2
≥ 80	1	3,2
<b>Giới</b>		
Nam	21	67,7
Nữ	10	32,3
<b>Vị trí u</b>		
Đầu cổ	2	6,5
Thân mình	1	3,2
Chi trên	6	19,4
Chi dưới	22	71,0
<b>Màu sắc u</b>		
Tăng sắc tố	30	96,8
Không sắc tố	1	3,2
<b>Hình thái u</b>		
Sùi	10	32,3
Loét	6	19,4
Sùi+Loét	11	35,5
Phẳng	4	12,9
<b>Nền u</b>		
Da thường	2	6,5
Da dày sừng hóa	13	41,9
Nốt ruồi/Tăng sắc tố	10	32,3
Dưới móng	6	19,4

Tuổi trung bình là 57,29, thấp nhất 3 và cao nhất 93, độ tuổi hay gặp từ 60-79 tuổi chiếm 45,2%. Nam/nữ là 2.1. Vị trí gặp nhiều ở chi dưới 71,0%. Hầu hết khối u tăng sắc tố 96,8%, trong đó chủ yếu có màu nâu đen. Hình thái sùi và sùi loét chiếm 32,3% và 35,5%. U xuất hiện trên nền da dày sừng hóa 41,9%.

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng**

**Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng**

Sinh thiết mảnh/chọc tế bào	Số BN (n=31)	Tỷ lệ %
Có	9	29
Không	22	71
<b>Bề dày u</b>		

T1	1	3,2
T2	3	9,7
T3	8	25,8
T4	19	61,3
<b>Clark</b>		
I	0	0
II	7	22,6
III	8	25,8
IV	7	22,6
V	9	29
<b>Loét u</b>		
Có	17	54,8
Không	14	45,2
<b>Nhân chia</b>		
< 1 nhân chia/mm <sup>2</sup>	0	0
1-6 nhân chia/mm <sup>2</sup>	20	64,5
>6 nhân chia/mm <sup>2</sup>	11	35,5
<b>U xâm nhập mạch</b>		
Có	2	6,5
Không	29	93,5
<b>Lympho xâm nhập u</b>		
Có	20	64,5
Không	11	35,5
<b>Hạch khu vực</b>		
Chưa di căn	16	51,6
Di căn 1 hạch	6	19,4
Di căn 2 -3 hạch	6	19,4
Di căn > 3 hạch	3	9,7
<b>Giai đoạn</b>		
Giai đoạn I	2	6,5
Giai đoạn II	14	45,1
Giai đoạn III	15	48,4

Trong số 31 bệnh nhân có 9 bệnh nhân được sinh thiết mảnh hoặc chọc tế bào u hoặc hạch để chẩn đoán trước điều trị, chiếm 29%. Bề dày u > 4mm (T4) chiếm tỷ lệ cao nhất 61,3%, Clark V 29%, tỷ lệ nhân chia >6/mm<sup>2</sup> là 35,5%, u xâm nhập mạch chiếm 6,5%, lympho xâm nhập u 48,4%. Số trường hợp chưa di căn hạch 51,6%, giai đoạn I, II, III là 6,5%, 45,1 %, 48,4%.

**3.3. Kết quả điều trị UTHT da giai đoạn 1, 2, 3**

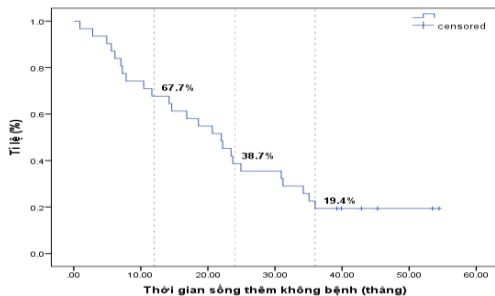
**3.3.1. Phương pháp mổ, diện cắt u, tạo hình, biến chứng, tái phát u hạch, di căn xa**  
**Bảng 3. Phương pháp mổ, diện cắt u, tạo hình, biến chứng, tái phát, di căn xa**

Phương pháp mổ	Số BN	Tỷ lệ %
Cắt rộng khối u + vét hạch khu vực	19	61,3
Cắt cụt chi, tháo khớp bàn ngón + vét hạch khu vực	7	22,6
Cắt rộng u/Cắt cụt chi, tháo khớp	5	16,1
<b>Mô bệnh học diện cắt u</b>		

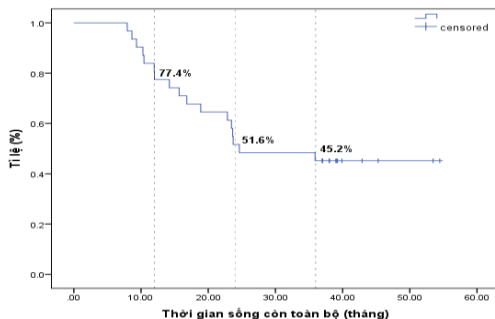
Còn ung thư	6	19,4
Không còn ung thư	25	80,6
<b>Tạo hình khuyết hồng</b>		
Không tạo hình (đóng trực tiếp)	21	67,7
Vá da	3	9,7
Vạt cuống liền	6	19,4
Vạt vi phẫu	1	3,2
<b>Biến chứng sau mổ</b>		
Không biến chứng	28	90,3
Có biến chứng	3	9,7
<b>Tái phát di căn</b>		
Không tái phát	14	45,2
Tái phát tại chỗ	4	12,9
Tái phát hạch vùng	2	6,5
Di căn xa	11	35,5

Cắt rộng u và vét hạch khu vực chiếm 61,3%, có 80,6% trường hợp diện cắt u không còn ung thư trên giải phẫu bệnh. Tỷ lệ bệnh nhân không cần tạo hình vùng mổ (đóng trực tiếp) 67,7%, với các trường hợp cần tạo hình: vá da 9,7%, vạt cuống liền 19,4%, vạt vi phẫu 3,2%. Tỷ lệ gặp biến chứng sau mổ 9,7%, gồm nhiễm trùng và loét vạt da. Tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, 45,2% bệnh nhân chưa tái phát, 12,9% tái phát tại chỗ, 6,5% tái phát tại hạch vùng, 35,5% di căn xa.

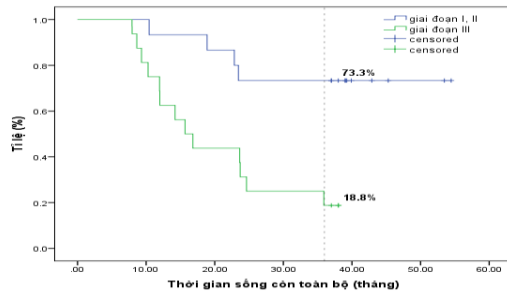
**3.3.2. Tỷ lệ sống thêm 1, 2, 3 năm không bệnh, toàn bộ và giai đoạn bệnh (n=31)**



**Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không bệnh**



**Biểu đồ 2: Thời gian sống còn toàn bộ**



**Biểu đồ 3: Thời gian sống còn toàn bộ ở nhóm bệnh nhân giai đoạn I, II và giai đoạn III**

Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1, 2, 3 năm tương ứng 67,7%, 38,7% và 19,4%. Sống còn toàn bộ 1, 2, 3 năm tương ứng 77,4%, 51,6% và 45,2%. Sống còn toàn bộ 3 năm giai đoạn I-II và III là 73,3% và 18,8%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng**

**4.1.1. Tuổi, giới:** Tuổi trung bình là 57,29, thấp nhất 3 và cao nhất 93, độ tuổi hay gặp từ 40-79 tuổi chiếm 83,9%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Vũ Thanh Phương, tuổi trung bình là 56,0, nhóm gặp nhiều từ 40 đến 79 tuổi chiếm 83,5%. Tỷ lệ nam/nữ là 2.1 cao hơn trong nghiên cứu của Vũ Thanh Phương (1,03) [3]. Kết quả nghiên cứu của Masback A, tuổi trung bình là 53,2, trẻ nhất 12 tuổi, già nhất 86 tuổi; nhóm hay gặp 50 đến 80 là 76,6%, tỷ lệ nam/nữ là 2/1 [4].

**4.1.2. Vị trí, màu sắc u:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vị trí gặp nhiều ở chi dưới 71,0%. Hầu hết khối u tăng sắc tố 96,8%, trong đó chủ yếu có màu nâu đen. Trong nghiên cứu của Vũ Thanh Phương, vị trí hay gặp nhất ở chi dưới (46,9%), phần lớn bệnh nhân có u tăng sắc tố (93,8%), tuy nhiên tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [3]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

**4.1.3. Hình thái u, nền u:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hình thái loét và sùi loét chiếm 54,9%, khác với kết quả của Masback A, với loét đơn thuần và thể loét sùi 26,2% [4]. Sự khác nhau này có thể bệnh nhân của chúng tôi được phát hiện muộn hơn, nên tỷ lệ thể loét, loét sùi cao hơn. U xuất hiện trên nền da dày sừng hóa chiếm 41,9%, tương tự kết quả nghiên cứu của Vũ Thanh Phương (42,3%) [3]. Chúng tôi nhận xét, UHTTD nguyên phát hay gặp chủ yếu xuất phát từ những vùng da dày sừng hóa, tiếp xúc, cọ xát nhiều, như da vùng gan bàn chân, gan bàn tay, đặc biệt da dày sừng hóa ở gan gót chân.

## 4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

### 4.2.1. Can thiệp sinh thiết mảnh hoặc chọc tế bào để chẩn đoán trước điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi có 29% bệnh nhân được sinh thiết mảnh hoặc chọc tế bào u/hạch để chẩn đoán trước điều trị. Mặc dù, hiện nay tại Việt Nam, việc can thiệp vào khối u nghi ngờ ung thư hắc tố không được khuyến cáo trên lâm sàng. Tuy nhiên, điều này có thực sự ảnh hưởng xấu đến kết cục của bệnh nhân UTHT da hay không, hiện vẫn chưa có sự đồng nhất giữa các nghiên cứu trên thế giới [5].

**4.2.2. Bề dày u, loét u, nhân chia, u xâm nhập mạch, lympho xâm nhập u.** Bề dày u > 4mm (T4) chiếm tỷ lệ cao nhất 61,3%, tương tự trong nghiên cứu của Vũ Thanh Phương [3]. Nghiên cứu của Azimi F. và CS (2012) trên 1.865 bệnh nhân UTHTD ở Australia lại cho kết quả khác, khối u có độ dày T4 ít gặp 16,3% và gặp nhiều ở độ dày T1 là 48,1% [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy chủ yếu khối u ở giai đoạn T3, T4, cao hơn nhiều so với các nghiên cứu khác. Điều đó, có thể giải thích do BN được phát hiện ở giai đoạn muộn. Tỷ lệ nhân chia >6/mm<sup>2</sup> là 35,5%, chiếm tỷ lệ cao nhất, tương tự nghiên cứu của Vũ Thanh Phương (38,5%) [3]. Tỷ lệ u xâm nhập mạch 6,5%, lympho xâm nhập u 64,5%, không có lympho xâm nhập u 35,5%. Nghiên cứu của Đào Thị Thúy Hằng (2017), u xâm nhập mạch 19,4%, nhóm lympho xâm nhập thưa thớt 61,8%, nhóm không có lympho bào xâm nhập u 30,1% và nhóm có lympho xâm nhập dày đặc 7,2% [7].

**4.2.3. Di căn hạch, giai đoạn.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, số trường hợp chưa di căn hạch 51,6%, giai đoạn I, II, III là 6,5%, 45,1%, 48,4%. Nghiên cứu của Đào Thị Thúy Hằng (2017) trên 62 BN, xếp giai đoạn I có 5%; xếp giai đoạn II, III là 95% [7]. Nghiên cứu của Đào Tiến Lục (2001) trên 151 BN, xếp giai đoạn I có 0%; xếp giai đoạn II có 25,5%; xếp giai đoạn III có 57,3% và xếp giai đoạn IV có 17,2%; tổng giai đoạn II, III là 82,8% [8]. Các kết quả nghiên cứu đều chỉ ra, hầu hết các bệnh nhân đến viện được chẩn đoán khi bệnh ở giai đoạn II, III.

### 4.3. Kết quả điều trị UTHT da giai đoạn I, II, III

**4.3.1. Phương pháp mổ, mô bệnh học diện cắt u, tạo hình, biến chứng, tái phát, di căn xa:** nghiên cứu của chúng tôi cắt rộng u và vét hạch khu vực chiếm 61,3%, có 80,6% trường hợp diện cắt u không còn ung thư trên giải phẫu bệnh. Tỷ lệ bệnh nhân không cần tạo

hình vùng mổ (đóng trực tiếp) 67,7%, với các trường hợp cần tạo hình: vá da 9,7%, vạt cuống liền 19,4%, vạt vi phẫu 3,2%. Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thanh Phương, tạo hình khuyết hổng sau cắt u bằng vạt da cơ có cuống mạch nuôi 13,8%, bằng vạt da hoán vị 7,7%, vá da rời 7% và không phải tạo hình 71,5% [3]. Tỷ lệ gặp biến chứng sau mổ 9,7%, gồm nhiễm trùng và loét vạt da. Tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, 45,2% bệnh nhân chưa tái phát, 12,9% tái phát tại chỗ, 6,5% tái phát tại vùng, 35,5% di căn xa. Kết quả nghiên cứu của Đào Tiến Lục tái phát tại u, hạch khu vực 25,6%, di căn xa sau mổ 54,5% [8].

### 4.3.2. Sống thêm 1, 2, 3, năm không bệnh, toàn bộ và theo giai đoạn I-II và III:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ sống thêm không bệnh 1, 2 và 3 năm tương ứng 67,7%, 38,7% và 19,4%. Tỷ lệ bệnh nhân còn sống tại thời điểm 1, 2 và 3 năm lần lượt là 77,4%, 51,6% và 45,2%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Thanh Phương với tỷ lệ DFS tại thời điểm 1 năm và 3 năm lần lượt là 93,8%, 40,7% và tỷ lệ OS tại thời điểm 1 năm và 3 năm lần lượt là 100% và 47,1% [3]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn. Trong các bệnh lý ung thư nói chung và UTHT nói riêng khi bệnh càng ở giai đoạn muộn thì tiên lượng càng xấu. Nghiên cứu của Đào Tiến Lục và Vũ Thanh Phương cho thấy, nhóm bệnh nhân giai đoạn II có OS cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân giai đoạn III [3], [8]. Nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn II và III (45,1% và 48,4%), chỉ có 2 bệnh nhân (6,5%) ở giai đoạn I, kết quả cho thấy, OS tại thời điểm 3 năm của nhóm bệnh nhân giai đoạn I-II tốt hơn so với nhóm bệnh nhân giai đoạn III (73,3% so với 18,8%).

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình là 57,29, thấp nhất 3 và cao nhất 93, độ tuổi hay gặp từ 40-79 tuổi. Vị trí u gặp nhiều ở chi dưới. Hầu hết khối u tăng sắc tố. Hình thái sùi và sùi loét chiếm ưu thế.

- Bề dày u > 4mm (T4) chiếm tỷ lệ cao nhất (61,3%), Clark V (29%), tỷ lệ nhân chia >6/mm<sup>2</sup> là 35,5%, tỷ lệ lympho xâm nhập u là 48,4%. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn I, II, III lần lượt là 6,5%, 45,1%, và 48,4%.

- Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1, 2, 3 năm tương ứng 67,7%, 38,7% và 19,4%. Sống còn toàn bộ 1, 2, 3 năm tương ứng 77,4%, 51,6% và 45,2%. Sống còn toàn bộ 3 năm giai đoạn I-II và III là 73,3% và 18,8%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arnold M., Singh D., Laversanne M. và cộng sự.** (2022). Global Burden of Cutaneous Melanoma in 2020 and Projections to 2040. *JAMA Dermatol*, 158(5), 495–503.
2. **Marc Hurlbert** (2020). 2020 Melanoma mortality rates decreasing despite ongoing increase in incidence. Melanoma research Alliance.
3. **Vũ T.P., Vũ H.T., và Nguyễn Đ.B.** (2021). Đánh giá kết quả sau phẫu thuật triệt căn ung thư hắc tố da giai đoạn II, III tại bệnh viện K. *Tạp Chí Học Việt Nam*, 509(2).
4. **Masback A., Westerdahl J, Ingvar et al.** (1997). Cutaneous malignant melanoma in southern Sweden 1965, 1975 and 1985 – prognostic factors and histologic correlations. *Cancer*, 83, 275-83.
5. **Incisional biopsy and melanoma prognosis: Facts and controversies - ScienceDirect.** <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738081X09001461?via%3Dihub>>.
6. **Azimi F, Scolyer RA, Rumcheva P, et al.** Tumor-Infiltrating Lymphocyte Grade Is an Independent Predictor of Sentinel Lymph Node Status and Survival in Patients With Cutaneous Melanoma. *2012;30(21):2678-2683.*
7. **Đào Thị Thúy Hằng.** Đặc điểm giải phẫu bệnh và một số yếu tố mô bệnh học mang ý nghĩa tiên lượng trong ung thư hắc tố da. *Hà Nội Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội*; 2017.
8. **Đào Tiên Lục** (2001), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và một số yếu tố tiên lượng của ung thư hắc tố. *Luận văn bác sỹ nội trú, trường đại học Y Hà Nội.*

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT DỊCH CHUYỂN TÚI MỠ MI DƯỚI LÀM ĐẦY RÃNH LỆ

Đinh Thị Mai Anh<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngân Hà<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật dịch chuyển túi mỡ mi dưới làm đầy rãnh lệ. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 50 mắt được phẫu thuật dịch chuyển túi mỡ mi dưới làm đầy rãnh lệ qua đường rạch da bờ mi dưới điều trị rãnh lệ sâu từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 9 năm 2023. **Kết quả** bệnh nhân được phẫu thuật tuổi từ 34-74 (trung bình 54,28± 8,76 tuổi). So sánh đặc điểm lâm sàng trước mổ và sau mổ thấy sự cải thiện rõ rệt: giảm độ của rãnh lệ sâu, thoát vị mỡ và độ thừa da. Hầu hết các bệnh nhân hài lòng về phẫu thuật. Các biến chứng chủ yếu là bầm tím (60,9%), phù kết mạc (25,1%) tự khỏi không cần can thiệp phẫu thuật lại. **Kết luận:** Dịch chuyển túi mỡ mi dưới làm đầy rãnh lệ qua đường rạch da là phương pháp hiệu quả cho các trường hợp rãnh lệ sâu do thoát vị mỡ, chày xệ của cơ vòng, da và dây chằng.

**Từ khóa:** tạo hình thẩm mỹ mi mắt, mi dưới, dịch chuyển mỡ, rãnh lệ.

## SUMMARY

### EVALUATE THE RESULTS OF SURGERY TO MOVE THE LOWER EYELID FAT BAG TO FILL THE TEAR TROUGH

**Objectives:** To evaluate the results of surgery to move the lower eyelid fat bag to fill the tear trough.

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Mai Anh

Email: maianhsb91@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023

Ngày duyệt bài: 19.9.2023

**Subjects and Methods:** An uncontrolled clinical intervention study on 50 eyes that underwent surgery to move the lower eyelid fat bag to fill the tear groove through the lower eyelid skin incision to treat the deep lacrimal fissure from March 2022. to September 2023. **Results** of patients undergoing surgery were 34-74 years old (mean 54.28± 8.76 years old). Comparing the clinical characteristics before and after surgery, there is a clear improvement: reduction of deep lacrimal fissure, fat hernia and excess skin. Most patients are satisfied with the surgery. The main complications were bruising (60.9%), conjunctival edema (25.1%) which resolved spontaneously without re-intervention. **Conclusion:** Moving the lower eyelid fat bag to fill the tear groove through the skin incision is an effective method for cases of deep lacrimal fissure due to fatty hernia, sagging of the sphincter, skin and ligaments.

**Keywords:** cosmetic eyelid surgery, lower eyelid, fat displacement, tear trough.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rãnh lệ (tear trough) là một vùng trũng nằm giữa phần trên gò má và vách mũi. Vùng lõm này có thể mở rộng theo đường cong mi mắt ra ngoài thành rãnh lệ hoặc phần lõm dưới ổ mắt<sup>1</sup>. Rãnh lệ là một biến dạng lõm do di truyền hoặc quá trình lão hóa đó là: sự thoát vị mỡ phía dưới ổ mắt, sự suy giảm mỡ má, sự biến đổi của da, sự suy yếu của cơ vòng mi và sự giãn của các dây chằng. mang lại cảm giác mệt mỏi, già nua mất thẩm mỹ vùng mi dưới. Ngày nay, nhu cầu chỉnh sửa TTD tăng một cách đáng kể, trở thành một trong những cách thức phẫu thuật trẻ hóa vùng mắt phổ biến nhất.

Có nhiều kỹ thuật giúp cải thiện tình trạng