

chìa của răng và môi không có sự khác biệt giữa hai giới.

So với người có khớp cắn hạng I bình thường, hình thái sọ-mặt-răng ở người có nhô xương ổ hai hàm có các đặc điểm:

- Các chỉ số đo sọ đánh giá tương quan xương cả theo chiều trước sau và chiều đứng đều lớn hơn
- Các răng cửa trên và dưới đều nhô và chìa ra trước hơn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bills DA, Handelman CS, BeGole EA.** Bimaxillary dentoalveolar protrusion: traits and orthodontic correction. *The Angle orthodontist.* 2005;75(3):333-9.
2. **Scott CR, Goonewardene MS, Murray K.** Influence of lips on the perception of malocclusion. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics: official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of*

- Orthodontics. 2006;130(2):152-62.
3. **Trudee H.** Bimaxillary Protrusion: Prevalence and Associated Factors in the Trinidad and Tobago Population. *Acta Scientific Dental Sciences.* 2018;2(12):110-6.
4. **Abida I, Amna S, Junaid I.** Lip morphology : A factor leading to bimaxillary dentoalveolar protrusion. *Pakistan Oral and Dental Journal.* 2011; 31(2): 321-7.
5. **Ismael AJ.** Cephalometric Characteristics of Bimaxillary Protrusion in Adolescents. *Al - Rafidain Dent J.* 2012;12(1):135-41.
6. **Anh T, Dang T, An N, et al.** Cephalometric norms for the Vietnamese population. *APOS Trends Orthod.* 2016;6:200-4.
7. **Nguyễn Thị Bích Ngọc.** Nghiên cứu sự thay đổi hình thái mô cứng, mô mềm của khuôn mặt sau điều trị chỉnh răng lệch lạc khớp cắn angle I, vẩu xương ổ răng hai hàm có nhô răng. Luận án tiến sĩ Y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2015.
8. **Lahlou K, Bahoum A, Makhoukhi MB, et al.** Comparison of dentoalveolar protrusion values in Moroccans and other populations. *Eur J Orthod.* 2010;32(4):430-4.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN KHUYẾT PHỨC TẠP VÙNG ĐẦU MẶT DO NGUYÊN NHÂN BỎNG SỬ DỤNG VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI

Võ Văn Việt<sup>1</sup>, Tống Thanh Hải<sup>2</sup>, Đỗ Trung Quyết<sup>2</sup>,  
Hoàng Tuấn Hoàng<sup>2</sup>, Vũ Quang Vinh<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị tổn khuyết vùng đầu mặt do nguyên nhân bỏng sử dụng vật đùi trước ngoài (ĐTĐN) tự do. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng không đối chứng có theo dõi dọc trên 12 bệnh nhân với 13 tổn khuyết vùng đầu mặt được che phủ bằng 13 vật ĐTĐN tự do với 4 bệnh nhân hồi cứu từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020 và 8 bệnh nhân tiến cứu từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 4 năm 2023 tại Trung Tâm Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và tái tạo - Bệnh viện bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác. **Kết quả:** Vật da cân dạng tự do với chiều dài vật từ 14cm - 24cm trung bình  $19 \pm 2.915$  cm; chiều rộng vật từ 8 cm - 14 cm trung bình  $11.15 \pm 1.463$ . 100% vật sống hoàn toàn, vùng cho vật liền kỳ đầu với 9 vùng được ghép da mỏng và 4 vùng khâu đóng trực tiếp. Kết quả sau 3 tháng 13/13 vật đạt kết quả tốt, sau 6 tháng 9/13 vật kết quả tốt, 4/12 vật kết quả trung bình. **Kết luận:** Vật ĐTĐN chất liệu thích hợp để tạo hình che phủ

các tổn khuyết phức tạp vùng đầu mặt sau nguyên nhân bỏng gây nên với ưu điểm có sức sống rất cao, cuống mạch vật dài, hăng định, ít hi sinh nơi cho vật, linh hoạt trong hình thức sử dụng.

**Từ khóa:** Vật đùi trước ngoài, tổn khuyết vùng đầu mặt, di chứng bỏng.

#### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS IN TREATMENT OF COMPLEX HEAD AND FACE DEFECTS CAUSED BY BURNS USING ANTEROLATERAL THIGH FLAP

**Aim:** Evaluating the effectiveness of treatment for head and facial defects caused by burns using a free anterolateral thigh flap (ALT). **Subjects and methods:** A longitudinal uncontrolled clinical description study on 12 patients with 13 facial head defects covered with 13 ALT free flaps with four retrospective patients from June 2019 to December 2020 and 8 prospective patients from October 2021 to April 2023 at the Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery Centre, Le Huu Trac National Burn Hospital. **Results:** The skin flap length ranged from 14 cm to 24cm (an average of  $19 \pm 2.915$  cm); the width flap ranged from 8 cm to 14 cm and  $11.15 \pm 1.463$  on average. 100% of the flap is completely survival; the area for the primary healing with nine donor sites was skin grafted and four directly closed suture areas. After three months, the 13/13 flap achieved good

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân Y 4

<sup>2</sup>Bệnh viện bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Việt

Email: vovanviet1909@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023

results; after six months, the 9/13 flap had good results, and the 4/12 flap had average results. **Conclusion:** The ALT flap is made of suitable material to cover the complex head and face areas caused by burns with the advantages of high vitality, long and constant vascular peduncle, and flexibility in the form of use. **Keywords:** Anterolateral thigh flap, head and facial defects, burn sequelae.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những khuyết hồng lớn, phức tạp vùng đầu mặt cổ do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên như bỏng hoặc sau cắt sẹo di chứng bỏng, chấn thương, sau mổ cắt u,... Các nguyên nhân gây ra nhiều tổn thương ở nhiều mức độ khác nhau như tổn thương da, mô dưới da, cân galia hay tổn thương sâu tới bản ngoài xương sọ, tổn thương toàn bộ các lớp xương sọ lộ màng não cứng. Đặc biệt tổ chức da, mô dưới da vùng đầu mặt di động hạn chế. Do đó, đối với các tổn thương phức tạp thì các phương pháp như ghép da, sử dụng vạt tại chỗ hay lân vận không đáp ứng yêu cầu tạo hình và luôn là thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên. Vạt ĐTN là một vạt được Song và cộng sự mô tả đầu tiên vào năm 1984 như một vạt dựa trên nhánh xuyên cân da xuất phát từ nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài để điều trị sẹo bỏng vùng đầu mặt cổ [1]. Vạt được cấp máu bởi nhánh mạch tách ra từ nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài. Vạt sử dụng linh hoạt dưới nhiều dạng vạt khác nhau thích hợp che phủ đa dạng các loại tổn khuyết. Do đó, vạt đùi trước ngoài có kích thước lớn, khả năng sống của vạt cao và sự linh hoạt trong thiết kế là những ưu điểm thuyết phục các nhà tạo hình sử dụng vạt ĐTN như một lựa chọn rộng rãi trong các phẫu thuật tạo hình. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả tạo hình che phủ tổn khuyết vùng đầu mặt bằng vạt đùi trước ngoài do di chứng bỏng.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu trên 12 bệnh nhân với 13 tổn khuyết vùng đầu mặt được che phủ bằng 13 vạt ĐTN tự do với 4 bệnh nhân hồi cứu từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020 và 8 bệnh nhân tiến cứu từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 4 năm 2023 tại Trung Tâm Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và tái tạo - Bệnh viện bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng có theo dõi dọc. Xử lý số liệu bằng SPSS 25.0

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Khuyết phần mềm che phủ trên diện rộng vùng đầu mặt do tổn thương bỏng hoặc sau cắt sẹo do di chứng bỏng.

Bệnh nhân đủ sức khỏe có thể chịu đựng được phẫu thuật. Vùng cho vạt (vùng đùi) còn lành.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** có tổn thương vùng đùi trước ngoài 2 bên, không đồng ý tham gia nghiên cứu và tái khám định kỳ đầy đủ.

### 2.3. Phân loại tổn thương Beasley và cs (2004) [2] chia theo diện tích khuyết hồng:

Tổn khuyết nhỏ: Diện tích <100 cm<sup>2</sup>

Tổn khuyết trung bình: Diện tích từ 100 -200 cm<sup>2</sup>

Tổn khuyết rộng: Diện tích > 200 cm<sup>2</sup>

**2.4. Quy trình phẫu thuật:** Tiến hành hai kíp phẫu thuật đồng thời

#### Kíp 1: Chuẩn bị nơi nhận vạt

+ Chuẩn bị nền nhận: Cắt bỏ, làm sạch tổn thương, lấy mảnh xương chết. Với các vết thương mới do bỏng cắt lọc triệt để, cắt bỏ tổ chức dập nát, hoại tử, lấy mảnh xương chết - đục bản ngoài xương đến lớp xương róm máu. Đối với trường hợp tổn thương toàn bộ các lớp xương sọ tiến hành tái tạo bằng vật liệu nhân tạo.

+ Phẫu tích động mạch và tĩnh mạch nơi nhận vạt: bó mạch thái dương nông hoặc bó mạch mặt

#### Kíp 2: Phẫu tích vạt: tiến hành song song với kíp 1

+ Phẫu tích vạt ĐTN theo hình dạng và kích thước được xác định trước mổ. Thông thường kích thước vạt được lấy tăng 20% so với kích thước tổn thương. Phẫu tích tìm các nhánh mạch xuyên cấp máu cho vạt, từ đó tìm cuống mạch chính cấp máu cho vạt (nhánh xuống hoặc nhánh ngang động mạch mũ đùi ngoài)

+ Chuyển vạt che phủ khuyết phần mềm và tiến hành nối vi phẫu mạch cho và mạch nhận

+ Đặt dẫn lưu vết mổ và khâu đóng vết mổ.

### 2.5. Theo dõi đánh giá sau phẫu thuật

**Kết quả gần:** Đánh giá dựa vào sức sống của vạt, sự liền sẹo của vết mổ, ảnh hưởng chức năng vùng lấy vạt chia làm các mức độ: tốt, trung bình, kém.

**Kết quả xa:** Đánh giá kết quả xa dựa vào độ mỏng, mềm mại của vạt, khả năng tương thích với vùng cần tạo hình về cấu trúc, màu sắc, đảm bảo mục đích tạo hình, biến chứng nếu có, ảnh hưởng chức năng vùng lấy vạt. Chia làm 3 mức độ: tốt, trung bình, kém

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu có 12 bệnh nhân với 11 nam và 1 nữ; có 11/12 ca trong nhóm tuổi lao động từ 18-60 tuổi. Nguyên nhân bỏng điện cao thế chiếm tỷ lệ cao nhất trong các tác nhân gây nên khuyết hồng phần mềm vùng đầu mặt

(66.67%), bỏng do nhiệt khô (bỏng lửa, bỏng bô xe máy) chiếm 25%.

**3.1. Đặc điểm tổn thương**

**Bảng 1. Kích thước khuyết hồng phần mềm**

| Kích thước khuyết phần mềm   | Giá trị (n=13) |          |               |
|------------------------------|----------------|----------|---------------|
|                              | Lớn nhất       | Nhỏ nhất | Trung bình    |
| Chiều dài (cm)               | 19             | 10       | 16.15±2.641   |
| Chiều rộng (cm)              | 16             | 8        | 12.31±2.097   |
| Diện tích (cm <sup>2</sup> ) | 288            | 80       | 201.15±54.488 |

**Nhận xét:** Khuyết hồng phần mềm do di chứng bỏng trong nhóm nghiên cứu rộng với chiều dài tổn thương lên tới 19cm, rộng 16cm, diện tích rộng nhất 288cm<sup>2</sup>.

**Bảng 2. Mức độ tổn thương theo phân loại Beasley và cs (2004)**

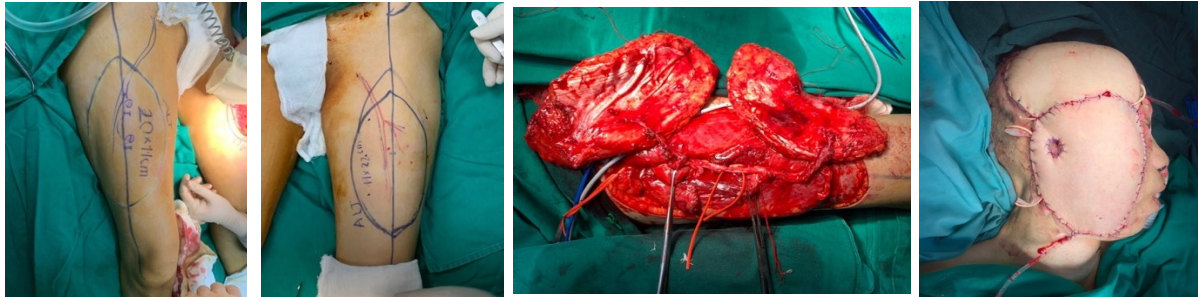
| Mức độ tổn thương  | Số lượng  | Tỷ lệ (%)  |
|--------------------|-----------|------------|
| Nhỏ                | 0         | 0          |
| Trung bình         | 7         | 58.84      |
| Rộng               | 6         | 46.16      |
| <b>Tổng (n=13)</b> | <b>13</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Khuyết hồng phần mềm do di chứng bỏng trong nhóm nghiên cứu rộng với chiều dài tổn thương lên tới 19cm, rộng 16cm, diện tích rộng nhất 288cm<sup>2</sup>. Với 7/13 khuyết hồng kích thước từ 100-200cm<sup>2</sup>, 6/13 tổn thương có kích thước rộng >200cm<sup>2</sup>.

**3.2. Đặc điểm vạt ĐTN**

**Bảng 3. Kích thước vạt đùi trước ngoài**

| Các thông số nghiên cứu | Trị giá (n=13) |          |            |
|-------------------------|----------------|----------|------------|
|                         | Nhỏ nhất       | Lớn nhất | Trung bình |



**Hình 1. Vạt chùm sử dụng hai vạt đùi trước ngoài tự do nối tiếp nhau**

**3.3. Đánh giá kết quả.** Đánh giá kết quả gần và kết quả xa trên 12 bệnh nhân với 13 vạt ghi nhận kết quả

**Kết quả gần:** Tốt: 13/13 vạt (100%), Trung bình: 0/13 vạt (0%), Kém: 0/13 vạt(0%)

100% vạt sống hoàn toàn, đảm bảo chức năng che phủ vùng tổn khuyết, đường viền sẹo nhỏ mảnh, không ghi nhận trường hợp nào viêm rò vết mổ do còn hoại tử xương thứ phát. Vùng cho vạt được ghép da mảnh liền kỳ đầu, không

|                     |    |    |             |
|---------------------|----|----|-------------|
| Chiều dài vạt (cm)  | 14 | 24 | 19±2.915    |
| Chiều rộng vạt (cm) | 8  | 14 | 11.15±1.463 |

**Nhận xét:** Với việc sử dụng nhiều hơn một nhánh xuyên có thể thu hoạch vạt da cân đùi trước ngoài rộng lên tới 24cm chiều dài, 14cm chiều rộng.

**Bảng 4. Chiều dài nhánh xuyên động mạch mũ đùi ngoài (n=13)**

|                 | Nhánh xuyên cơ |           |            | Nhánh xuyên vách liên cơ |           |            |
|-----------------|----------------|-----------|------------|--------------------------|-----------|------------|
|                 | Tốt đa         | Tốt Thiểu | Trung bình | Tốt đa                   | Tốt Thiểu | Trung bình |
| Chiều dài (mm)  | 88             | 54        | 75.5       | 92                       | 70        | 78.6       |
| Số lượng (n=13) | 10             |           |            | 3                        |           |            |
| Tỷ lệ (%)       | 76.9           |           |            | 23.1                     |           |            |

**Nhận xét:** 10/13 vạt với nhánh xuyên cơ và 3/13 vạt với nhánh xuyên vách liên cơ, chiều dài cường mạch ghi nhận trung bình là: 75.6±10.34 mm, chiều dài này đủ đảm bảo tính di động của cường mạch.

**Bảng 5. Hình thức sử dụng vạt**

| Loại vạt | Vạt đơn | Vạt chùm |
|----------|---------|----------|
| Số lượng | 11      | 1        |

**Nhận xét:** Với 13 vạt phẫu tích sử dụng vạt đơn thuần với 11 vạt, 1 vạt dạng chùm được tạo bằng việc sử dụng hai vạt đùi trước ngoài tự do nối tiếp nhau. Đây là hình thức sử dụng đặc biệt được áp dụng trên 1 ca lâm sàng với 2 tổn khuyết lớn nằm ở hai vùng lân cận nhau.

có biến chứng, không ảnh hưởng chức năng vùng đùi, chân lấy vạt.

**Kết quả xa:** Tốt: 9/13 vạt (69.23%), Trung bình: 4/13 vạt (30.77%), Xấu: 0/13 vạt (0%)

Theo dõi xa sau thời điểm 6 tháng ghi nhận 100% vạt sống hoàn toàn, đảm bảo chức năng che phủ vùng tổn khuyết, đường viền sẹo phi đại không gây co kéo tuy nhiên 4/12 trường hợp xuất hiện hoại tử xương thứ phát, gây viêm rò vết mổ.

#### IV. BÀN LUẬN

Tổn khuyết vùng đầu mặt là tổn thương thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau. Lựa chọn chất liệu tạo hình phù hợp với từng loại và mức độ tổn khuyết là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên tạo hình. Các tổn khuyết vùng đầu mặt không được điều trị phục hồi gây ra rối loạn chức năng vùng đầu mặt và các tổ chức bên dưới được bảo vệ. Hơn nữa vùng đầu mặt có chức năng thẩm mỹ quan trọng nếu không được xử lý sớm và đúng cách sẽ để lại những ảnh hưởng nặng nề về tinh thần cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khuyết phần mềm vùng đầu cổ do di chứng bỏng ở bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 13 tuổi, lớn tuổi nhất là 51 tuổi, trung bình là 35.5 và hầu hết các bệnh trong nhóm tuổi lao động với 11/12 trường hợp (chiếm 91.67%). Tương đồng với các tác giả trong nước Nguyễn Hồng Hà [3], Trần Thiết Sơn [4] và quốc tế như B. S. Lutz và cộng sự (1998) [5], Cemil Dalay và cộng sự (2005) [6]. Nam giới chiếm 11/12 trường hợp, nữ chiếm 1/12 và liên quan chặt chẽ tới tác nhân gây bỏng. Nhóm tác nhân do bỏng điện đặc biệt bỏng điện cao thế chiếm đa số 8/12 trường hợp (66.67%), nguyên nhân nhiệt khô chủ yếu là bỏng lửa (25%), không ghi nhận các trường hợp hóa chất, do tia xạ.

Khuyết hồng phần mềm do di chứng bỏng trong nhóm nghiên cứu với chiều dài tổn thương lên tới 19cm, rộng 16cm, diện tích rộng nhất 288cm<sup>2</sup> (~2% diện tích cơ thể). Kích thước tổn khuyết trong nghiên cứu được chia ra thành ba nhóm: tổn khuyết nhỏ (diện tích nhỏ hơn 100cm<sup>2</sup>), tổn khuyết diện tích trung bình (từ 100cm<sup>2</sup> đến 200cm<sup>2</sup>), tổn khuyết rộng (trên 200cm<sup>2</sup>). Kết quả nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu 58.33% có tổn khuyết kích thước trung bình và 41.67% có kích thước lớn >200cm<sup>2</sup>. Theo khuyến cáo của các tác giả trong nước hay trên thế giới: những tổn khuyết vùng đầu mặt nhỏ nên sử dụng phương pháp đóng trực tiếp, với kích thước trung bình có thể dùng các vật tại chỗ vật xoay hay vật chuyển kếp. Đối với tổn khuyết lớn sử dụng vật da có cuống mạch nuôi phổ biến là vật da dựa vào động mạch hoặc nhánh bên của động mạch thái dương nông, các nhánh bên của động mạch thái dương nông như nhánh trán, nhánh sau tai cũng cho các vật da đầu tương ứng, ghép da, vật giãn tổ chức hay vật vi phẫu [2].

Song và cộng sự sử dụng vật lần đầu tiên trong phẫu thuật tạo hình đến nay đã có rất nhiều nghiên cứu về giải phẫu và ứng dụng vật

trên lâm sàng [1]. Lý do đầu tiên để các phẫu thuật viên lựa chọn vật ĐTN cho các khuyết hồng lớn là vật có kích thước lớn trong khi ít phải hi sinh ở nơi cho vật. Các vật bả, bên bả, vật cơ lưng rộng... cũng cho phép lấy vật với diện tích lớn nhưng phải thay đổi tư thế sau lấy vật và không thể tiến hành đồng thời 2 kíp phẫu thuật giảm tối đa thời gian phẫu thuật, đây cũng là lợi ích cần quan tâm. Đường kính lòng mạch vật tương đối phù hợp với kích thước bó mạch mặt hoặc bó mạch thái dương nông. Bên cạnh đó vật ĐTN với đa dạng hình thức sử dụng vật có thể linh hoạt tạo hình tùy thuộc vào tính chất tổn khuyết.

Theo nghiên cứu của chúng tôi thì chiều dài vật trung bình là  $19 \pm 2.915$  cm với vật có chiều dài nhỏ nhất là 14 cm và lớn nhất là 24 cm. Chiều rộng vật trung bình là  $11.15 \pm 1.463$  cm với vật có chiều rộng nhỏ nhất là 8 cm và lớn nhất là 14 cm. Như vậy nhìn chung theo đa số các tác giả thì vật dài trước ngoài là vật có kích thước lớn, do đó có thể sử dụng để tạo hình cho các tổn thương lớn ở các vị trí khác nhau trên cơ thể [7] [8]. Cuống mạch được đo từ dưới chỗ phân nhánh cho cơ thẳng đùi (với vật tự do) tới điểm ra da của nhánh xuyên gần nhất. Chiều dài trung bình cuống mạch là 75.6mm, ngắn nhất là 54mm, dài nhất là 92mm. Chiều dài cuống mạch quyết định cung xoay và khả năng vươn xa của vật. Đặc biệt trong hầu hết các trường hợp trong nghiên cứu có tổn thương do bỏng điện cao thế: các nguồn mạch sát tổn thương là bó mạch thái dương nông hai bên ít nhiều ảnh hưởng do luồng điện: lớp nội mạc và lớp giữa thành mạch tổn thương sẽ làm dòng máu chảy chậm lại hình thành các huyết khối và gây tắc mạch, ảnh hưởng kết quả phẫu thuật. Do đó chúng tôi tiến hành cắt lọc sâu bó mạch đến mô mạch máu lành nên khoảng cách từ mạch nhận đến vật sẽ tăng lên và ưu thế cuống mạch dài có thể lên tới 92 mm là ưu điểm lớn của vật dài trước ngoài.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật với 12 vật dài trước ngoài với 100% vật sống hoàn toàn, liền sẹo tốt ngay thì đầu (chiếm 100%). So với các tác giả khác (thống kê với những nghiên cứu trên 20 vật), tỷ lệ này dao động từ 90.9% đến 97% [7][8]. Theo dõi kết quả sau 3 tháng, 100% vật sống hoàn toàn, đảm bảo chức năng che phủ vùng tổn khuyết, đường viền sẹo nhỏ mảnh, không ghi nhận trường hợp nào viêm rò vết mổ do còn hoại tử xương thứ phát. Vùng cho vật được ghép da mảnh liền kỳ đầu, không có biến chứng, không ảnh hưởng chức năng vùng đùi, chân lấy vật. Tuy nhiên theo dõi xa sau 6 tháng ghi nhận 3/12 trường hợp xuất hiện hoại tử

xương thứ phát, gây viêm rò vết mổ với 1 trường hợp viêm rò tái lại hai lần, cần xử trí làm sạch ổ viêm, lấy mảnh xương chết. Còn lại 9/12 vật đạt kết quả tốt.

## V. KẾT LUẬN

Vật đùi trước ngoài tự do là một trong những lựa chọn tối ưu với sức sống rất cao, cuống mạch dài hằng định, ít hi sinh nơi cho vật thích hợp để tạo hình che phủ các tổn khuyết phức tạp vùng đầu mặt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Song Y.-g., Chen G.-z. and Song Y.-I. (1984)** The free thigh flap: a new free flap concept based on the septocutaneous artery. *British journal of plastic surgery*.37 (2): 149-159.
2. **Beasley N. J., Gilbert R. W., Gullane P. J. et al (2004)** Scalp and forehead reconstruction using free revascularized tissue transfer. *Archives of facial plastic surgery*.
3. **Nguyễn Hồng Hà (2010)** Nghiên cứu ứng dụng

tạo hình sớm vết thương phần mềm phức tạp đầu mặt. Luận án Tiến sỹ Y học, Viện nghiên cứu Y Dược Lâm sàng 108.

4. **Trần Thiết Sơn (2007)** Nhận xét các kết quả tạo hình khuyết lớn da đầu. *Tạp chí y học Việt Nam*. Tập 339: 137-141.
5. **Lutz B., Wei F., Chen H. et al (1998)** Reconstruction of scalp defects with free flaps in 30 cases. *British journal of plastic surgery*.51 (3): 186-190.
6. **Dalay C., Kesiktas E., Yavuz M. et al (2006)** Coverage of scalp defects following contact electrical burns to the head: a clinical series. *Burns*.32 (2): 201-207.
7. **Yildirim S., Gideroğlu K. and Aköz T. (2003)** Anterolateral thigh flap: ideal free flap choice for lower extremity soft-tissue reconstruction. *Journal of reconstructive microsurgery*.19 (04): 225-234.
8. **Lee J. C., St-Hilaire H., Christy M. R. et al (2010)** Anterolateral thigh flap for trauma reconstruction. *Annals of plastic surgery*.64 (2): 164-168.

# KẾT QUẢ GHÉP TẾ BÀO GỐC ĐỒNG LOẠI ĐIỀU TRỊ SUY TỦY XƯƠNG VÀ PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ GHÉP TẠI VIỆN HUYẾT HỌC TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG NĂM 2017 - 2022

Cao Hà My<sup>1,2</sup>, Võ Thị Thanh Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Bá Khanh<sup>1,2</sup>,  
Bạch Quốc Khánh<sup>1</sup>, Nguyễn Hà Thanh<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh về kết quả điều trị ghép tế bào gốc đồng loài trên 26 bệnh nhân suy tủy xương tại Viện Huyết học Truyền máu Trung Ương giai đoạn 2017-2022. Kết quả nghiên cứu về xác suất sống toàn bộ 3 năm là 83,3%, tất cả bệnh nhân đều có hồi phục tế bào máu, có 3/26 bệnh nhân tử vong. Biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng (96,2%), tiếp theo là bệnh ghép chống chủ mạn (38,5%) và cấp (23,1%). Phân tích một số yếu tố trước ghép với tình trạng sống sót không tìm thấy mối liên quan có nghĩa thống kê. Chúng tôi kết luận ghép tế bào gốc đồng loài hòa hợp HLA hoàn toàn điều trị suy tủy xương mắc phải là phương pháp điều trị có hiệu quả cao, cần được ứng dụng rộng rãi hơn với bệnh nhân >40 tuổi hoặc kém đáp ứng liệu pháp ức chế miễn dịch.

## SUMMARY

<sup>1</sup>Viện Huyết học Truyền máu Trung Ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cao Hà My

Email: md.mycao@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023

## RESULT OF ALLOGENEIC TRANSPLANT FOR TREATMENT OF APLASTIC ANEMIA AND ANALYSIS OF FACTORS RELATED TO TRANSPLANT EFFECTIVENESS AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION DURING PERIOD 2017-2022

The study illustrated the outcome of allogeneic stem cell transplantation in 26 patients with severe aplastic anemia at National Institute of Hematology and Blood Transfusion from 2017 to 2022. We found that 3-year overall survival was 83,3%, all patients had hematopoietic recovery in which 3/ 26 patients died. The most common complication was infection (96,2%), followed by chronic (38,5%) and acute graft-versus-host disease (23,1%). Various factors were employed on the univariate Cox analysis of survival, in which we found no statistically significant correlation. We conclude that allogeneic stem cell transplantation from a matched related donor with peripheral blood as stem cell source is a highly effective treatment for severe aplastic anemia and should be applied more widely in patients >40 years of age or with poor response to immunosuppressive therapies.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ