

NGHIÊN CỨU SỬ DỤNG VẬT NHÁNH XUYÊN MŨ CHẬU NÔNG TỰ DO CHE PHỦ KHUYẾT HỔNG MÔ MỀM CHI TRÊN

Nguyễn Tấn Bảo Ân¹, Mai Trọng Tường², Tống Xuân Vũ²,
Văn Tiến Chương², Huỳnh Quang Tuyển²,
Trần Phan Vinh Hiền², Đoàn Nguyễn Nhật Tín²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các khuyết hồng mô mềm vùng cổ, bàn tay thường để lộ các cấu trúc quý, nên cần phải che phủ sớm bằng vật liệu tốt. Các vật da cần vùng cẳng tay cuống ngoại vi thường được sử dụng rộng rãi để che phủ vùng này. Tuy nhiên việc dùng vật vùng cẳng tay có hai bất lợi là phải hi sinh động mạch chính ở cẳng tay và để lại sẹo rất xấu ở nơi cho vật. Một lựa chọn khác để che phủ vùng cổ, bàn tay là vật nhánh xuyên mũ chậu nông sử dụng dưới dạng tự do (VNXMCN) với ưu điểm như: chất liệu che phủ tốt, tin cậy, mỏng, không cần lọc mỡ, và có thể che phủ diện tích lớn, sẹo nơi lấy vật có tính thẩm mỹ cao... Nhưng các dữ liệu lâm sàng của VNXMCN chưa nhiều. Do vậy, đòi hỏi cần phải có một nghiên cứu để đánh giá kết quả của VNXMCN trong che phủ các khuyết hồng mô mềm ở cổ tay, bàn tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu: báo cáo hàng loạt ca, tiến cứu. 8 bệnh nhân với 8 VNXMCN tự do được thiết để che phủ các khuyết hồng mô mềm vùng cổ bàn tay lộ gân, xương, tại Khoa Vi phẫu – Tạo hình, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2019 đến tháng 9/2020. Bệnh nhân được theo dõi ít nhất là 2 tháng, để đánh giá tình trạng vật da. **Kết quả:** Tất cả các vật da đều sống. Tuy nhiên có 1 trường hợp hoại tử mép da và 1 trường hợp bị ứ máu tĩnh mạch dẫn đến hoại tử lớp nông đầu xa của vật da, tuy vậy vết thương lành hoàn toàn sau 20 ngày chăm sóc. Nơi cho vật: 5 bệnh nhân được đóng da trực tiếp, 3 bệnh nhân còn lại phải ghép da mỏng. Kích thước vật lớn 8 x12 cm. Vật da có thể che phủ nhiều vị trí vùng cổ bàn tay, cổ tay (1 trường hợp), mặt mu tay bàn (2 trường hợp), lòng bàn tay (2 trường hợp), móm cụt bàn tay 2 trường hợp, ngón tay (1 trường hợp). **Bàn luận:** VNXMCN sử dụng trong che phủ các khuyết hồng mô mềm vùng cổ bàn tay có độ tin cậy cao. Vật có thể thiết kế với kích thước lớn, đáng cậy và linh động, vật mỏng, sẹo nơi cho vật có thể đóng kín ngay thì đầu, sẹo thẩm mỹ.

Từ khóa: vật nhánh xuyên mũ chậu nông tự do, vật bện tự do

SUMMARY

SUPERFICIAL CIRCUMFLEX ILIAC PERFORATOR FREE FLAP FOR SOFT TISSUE COVERAGE OF WRIST AND HAND DEFECTS

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Tp.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Bảo Ân

Email: nguyenan196@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 18.3.2024

Background: The soft tissue defect of the wrist and the hand often exposed important structure easily, so it need to be covered early by good materials. In the past, the fasciocutaneous flaps of forearm are widely used to cover this area. However, these flaps have two disadvantages, to sacrifice main artery of forearm and/or to have a bad scars in flap donor site. Superficial circumflex iliac perforator free flap (SCIP flap) is an other choice for soft tissue coverage of wrist and hand defects with some advantages such a s: thin flap, good material, reliable, no need debulking surgery, and it can cover the large areas with an aesthetic improvement scars in flap donor site. But clinical data of SCIP flap has not much. Therefore, a clinical study is required to assess the results of using of SCIP flap for soft tissue coverage of wrist and hand defects. **Materials and method:** A case series, prospective study design was used. From september, 2019 to september 2020, in the Departement of Microsurgery and Reconstruction at HTO Ho Chi Minh City, 8 patients with 8 SCIP flaps were raised for covering soft tissue of wrists and hands defects, exposing of tendons, bone. Patients have been monitored at least 2 months for evaluating the condition of flaps. **Results:** All flaps survived. However, marginal necrosis was observed in one case and one flap suffered from venous congestion followed by distal superficial necrosis; nevertheless, it completely healed after 20 days. All patients had the donor site directly closed. The flaps dimension were as large as 8 x 12 cm. This flap can cover many sides of wrist and hand: wrist (1 cases), dorsal of hand (2 cases), volar of hand (2 cases), stump hand (2 cases), and finger 5th (1 case). No patient complained of any sensory deficit. **Discussion:** The SCIP flap provided reliable coverage of soft tissue defects of the hand and wrist. The flap can be raised with large dimensions. SCIP flaps are thin, reliable and versatile. All of cases, the donor site may be closed primarily with aesthetic scars. **Keywords:** superficial circumflex iliac perforator free flap, groin free flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khuyết hồng mô mềm vùng cổ, bàn tay thường để lộ các cấu trúc quý, nên cần phải che phủ sớm bằng vật liệu tốt. Các vật da cần vùng cẳng tay cuống ngoại vi thường được sử dụng rộng rãi để che phủ vùng này. Tuy nhiên việc dùng vật vùng cẳng tay có hai bất lợi là phải hi sinh động mạch chính ở cẳng tay và để lại sẹo rất xấu ở nơi cho vật.

Vật bện kinh điển dựa trên động mạch mũ chậu nông được mô tả lần đầu bởi McGregor và Jackson vào năm 1972 để che phủ các khuyết

hồng chi trên. Vạt da này dễ thực hiện nhưng có bất lợi là tay phải dính vào vùng bẹn trong vòng 3 tuần, và cần thêm một cuộc phẫu thuật để tách ra. Vào năm 1973 Daniel và Taylor lần đầu sử dụng vạt bẹn dưới dạng tự do với ưu điểm là không bị bất động tay vào bẹn, vạt da này ít phổ biến hơn các vạt khác do có nhiều biến thể giải phẫu. Dựa trên sự đi ra da của các nhánh xuyên để thiết kế các vạt da lớn dựa trên một động mạch xuyên, Koshima và cộng sự đã lần đầu mô tả VNXMCN được dùng dưới dạng tự do để tái tạo các khuyết hồng ở chi. VNXMCN là một lựa chọn tốt trong che phủ các khuyết hồng ở chi trên với nhiều ưu điểm như: vạt da mỏng, vật liệu tin cậy, khả năng sống cao, không cần phẫu thuật lọc mỡ, diện tích che phủ rộng, sẹo nơi cho vạt có tính thẩm mỹ cao.^(1,2)

Nhưng các dữ liệu lâm sàng của VNXMCN chưa nhiều. Do vậy, đòi hỏi cần phải có một nghiên cứu để đánh giá kết quả của VNXMCN trong che phủ các khuyết hồng mô mềm ở chi trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu, báo cáo hàng loạt ca, tiền cứu. 8 bệnh nhân với 8 VNXMCN tự do được thiết kế để che phủ các khuyết hồng mô mềm vùng cổ bàn tay lộ gân, xương, tại Khoa Vi phẫu – Tạo hình, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2019 đến tháng 9/2020. Bệnh nhân được theo dõi ít nhất là 6 tháng, để đánh giá tình trạng vạt da.

Vạt da được sử dụng che phủ 7 trường hợp khuyết hồng mô mềm sau chấn thương, một trường hợp khuyết hồng sau cắt sẹo co rút bàn tay do bỏng.

Kỹ thuật mổ: Chúng tôi sử dụng siêu âm màu doppler và chụp mạch (CTA hoặc DSA) để khảo sát tình trạng mạch máu trước mổ ở các chi, đồng thời đánh giá nhánh xuyên ở vùng bẹn để lên kế hoạch mổ. Thiết kế VNXMCN trước mổ được thực hiện theo các mô tả đánh dấu giải phẫu của Giáo sư JP Hong và cộng sự. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng sử dụng Doppler cầm tay trước

và trong lúc mổ để định vị các nhánh xuyên chính xác hơn, tiếp cận một cách linh hoạt hơn.

Sau khi cắt lọc vết thương, thiết kế và đo đạc vạt da dựa trên khuyết hồng, bộc lộ mạch nơi nhận, và ước lượng chiều dài cuống mạch nơi cho. Sử dụng tét véo da để đảm bảo nơi cho vạt ở vùng bẹn được đóng kín trực tiếp. Nâng vạt da dưới kính lúp, bắt đầu bóc tách từ góc ngoài hoặc góc trong của vạt da.^(3,4,5,6)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tại Khoa Vi phẫu – Tạo hình, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2019 đến tháng 9/2020, có 8 bệnh nhân được thực hiện VNXMCN để che phủ khuyết hồng chi trên trong đó có 5 bệnh nhân nam và 3 bệnh nhân nữ, tuổi trung bình là 35,8 tuổi (18-60 tuổi). BMI trung bình của các bệnh nhân là 23,5 kg/m² (18.91–30.57 kg/m²). Toàn bộ các vạt da trong khi bóc tách nâng vạt đều quan sát thấy ít nhất một nhánh xuyên nuôi vạt. Các kết quả nghiên cứu được tóm tắt trong bảng 1.

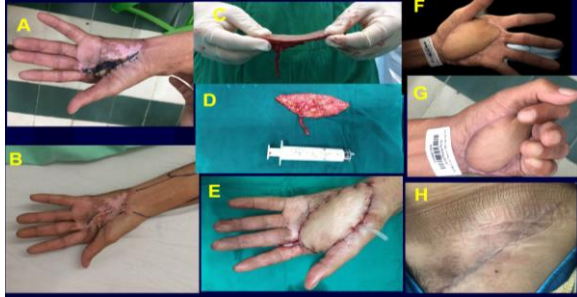
Tất cả các vạt da đều sống. Tuy nhiên có 1 trường hợp hoại tử mép da và 1 trường hợp bị ứ máu tĩnh mạch dẫn đến hoại tử lớp nông đầu xa của vạt da, tuy vậy vết thương lành hoàn toàn sau 20 ngày chăm sóc. Vạt da có thể che phủ nhiều vị trí vùng cổ bàn tay, ngón tay và cẳng tay, mặt mu tay bàn 1 trường hợp, lòng bàn tay 3 trường hợp, móm cụt bàn tay 2 trường hợp, ngón tay 1 trường hợp, cẳng tay 1 trường hợp. Tất cả các trường hợp vạt da đều thực hiện bóc tách trên cân. Vạt da có diện tích lớn nhất được thiết kế 7 x 25 cm², diện tích trung bình của vạt da là 90,25 cm² (5 x 3 cm²–25 x 7 cm²). Chiều dài trung bình của cuống vạt là 4,5cm (2,5-7cm). Đường kính trung bình của cuống mạch là 0,8mm (0,5-1,3mm). Ở tất cả các trường hợp đều chỉ sử dụng 1 tĩnh mạch khi nối, bề dày của vạt da là 7,34 mm (5–12 mm).

Tất cả nơi cho vạt da đều đóng kín. Bệnh nhân được theo dõi ít nhất là 6 tháng, để đánh giá tình trạng vạt da

Bảng 1. Tóm tắt kết quả nghiên cứu

STT	Vị trí tổn thương	Tuổi	Giới	Nguyên nhân	Bề dày vạt	BMI (kg/m ²)	Biến chứng	Kích thước vạt da (cm ²)	Theo dõi (tháng)
1	Mu tay	18	Nam	Chấn thương	12	18,91	-	20x6	2
2	Lòng bàn tay	45	Nam	Chấn thương	7	20,25	Hoại tử vạt da một phần	14x6	5
3	Lòng bàn tay	34	Nữ	Chấn thương	6	26,6	-	15x6	6
4	Lòng bàn tay	25	Nam	Sẹo co rút sau bỏng	6	22,3	-	10x7	8
5	Ngón tay	27	Nữ	Chấn thương	5	18,56	-	5x3	6

6	Cẳng tay	36	Nam	Chấn thương	10	30,57	-	25x7	7
7	Mỏm cụt bàn tay	41	Nữ	Chấn thương	6	25,65	-	14x5	12
8	Mỏm cụt bàn tay	60	Nam	Chấn thương	7	25,15	-	18x6	6
TB		35,8			7.35	23,5		90.25	6,5



Hình 1. Bệnh nhân nam 54 tuổi nhập với sẹo co rút lòng bàn tay

Sẹo co rút được điều trị với ghép da bị thất bại (A). Cắt lọc da ghép hoại tử (B) Vạt nhánh xuyên mũ chậu nông tự do 10x7 cm² được thiết kế che phủ khuyết hồng bàn tay, vạt dựa trên nhánh trong của ĐM mũ chậu nông (C,D,E). Kết quả sau mổ 8 tháng, sẹo co rút không tái phát, vạt da bao phủ tốt, chức năng cầm nắm bàn tay tốt (F,G). Sẹo nơi cho vạt có tính thẩm mỹ cao sau 8 tháng sau mổ (H).



Hình 2. Bệnh nhân nam 36 tuổi, vết thương lệt gãy lộ gân cơ cẳng tay do cửa máy cắt

(A) VNMCN được thiết kế 25x7cm² dựa trên nhánh ngoài lẫn nhánh trong của ĐMMC. Vạt sao khi nâng vạt, và vết thương cẳng tay đã được cắt lọc (B,C). Vết thương cẳng tay được che phủ với VNMCN (D), kết quả sớm vạt da sau 1 tuần (E).



Hình 3. Bệnh nhân nam 45 tuổi nhập viện với vết thương lệt gãy lòng bàn tay, vết

thương sau các lọc cho thấy tổn thương các gân gấp ngón I, II,III

(A) Vết thương được che phủ với vạt da 14x6cm Ngày thA 45-year-old man sustained a degloving injury of the left volar hand, the wound after debridement showed injury flexor tendon I,II,III (A) that wound was covered with SCIP flap 14x6 cm² (B). Vạt da bị ú máu tĩnh mạch vào ngày thứ 2 sau phẫu thuật (C). Vạt da bị hoại tử một phần sau 1 tuần (D), sau đó vạt da được cắt lọc và lành thương thì 2.

IV. BÀN LUẬN

Các tổn thương khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn tay, cẳng tay cần được tạo hình vẫn luôn là thách thức đối với các phẫu thuật viên. Có thể sử dụng ghép da cho các vết thương nhỏ, đối với vết thương trung bình, lớn cần phải có vạt da che phủ để bảo vệ cho gân, tối đa vận động của khớp. Hạn chế tình trạng nhiễm trùng gân, nhiễm trùng khớp ảnh hưởng chức năng về sau, chúng ta cần tiến hành che phủ sớm ngay khi vết thương được cắt lọc sạch, giảm thời gian^(1,2).

Vạt bẹn có khả năng che phủ lớn đối với các khuyết hồng mô mềm ở chi trên. Với vi phẫu thuật chuyển ghép vạt tự do giúp cho bệnh nhân có thể hoạt động sớm. Thời gian nằm viện ngắn, trung bình là 4-5 ngày. Bất lợi của việc sử dụng vạt nhánh xuyên mũ chậu nông là thời gian mổ kéo dài, phải có mạch máu nơi nhận thuận lợi, đánh giá trước mổ kỹ lưỡng, sử dụng kỹ thuật vi phẫu thành thạo. Từ lúc được mô tả lần đầu vào năm 1972 bởi McGregor và Jackson đến nay vạt bẹn, vạt nhánh xuyên mũ chậu nông ngày càng có nhiều nghiên cứu, đánh giá cũng như cải tiến các phương pháp nâng vạt^(3,4,7,8)

Vạt bẹn truyền thống có lớp mô mỡ dày, không thể dễ dàng để làm mỏng vạt da bằng cách lấy bỏ mỡ từ vạt da trong cùng một thì nâng vạt, bởi vì cuống mạch là hệ thống mạch mũ chậu nông chạy ngay bên dưới lớp cân hoặc dưới lớp mỡ sâu, và kết quả là phần xa của vạt da có thể bị thiếu máu dẫn đến hoại tử nếu mình lọc mỡ quá mức⁽¹⁰⁾

Vạt nhánh xuyên mũ chậu nông được phát triển lên từ vạt bẹn, vạt bẹn là một trong những vạt tự do sử dụng sớm nhất. Năm 2002, Giáo sư Koshima lần đầu giới thiệu vạt nhánh xuyên mũ chậu nông dưới dạng tự do để che phủ các khuyết hồng ở chi. VNMCN ngày càng trở nên phổ biến và được sử dụng rộng rãi trên thế giới

trong những năm gần đây. Để phát huy được các ưu điểm của VNXMCN cần phải nắm rõ giải phẫu, vật da được cấp máu bởi 2 nhánh xuyên nhánh trong và nhánh ngoài của động mạch mũ chậu nông. Trong tạo hình khuyết hồng chi trên vật nhánh xuyên mũ chậu nông tự do có một số ưu điểm như sau: vật da mỏng, có thể sử dụng như vật phúc hợp, có thể thiết kế vật da lớn với đường dẫn sẹo tại nơi ch vật. Bên cạnh những thuận lợi thì nhược của vật da ngắn luôn la thách thức của phẫu thuật viên tạo hình. Một trong những tiêu chí lựa chọn vật da là dựa trên tình trạng khuyết hồng nơi tổn thương bên cạnh đó là kinh nghiệm, kiến thức và trải nghiệm^(5,6).

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng 8 VNXMCN dạng tự do che phủ thành công các trường hợp khuyết hồng mô mềm chi trên. Tất cả các vật da đều sống. Tuy nhiên có 1 trường hợp hoại tử mép da và 1 trường hợp bị ứ máu tĩnh mạch dẫn đến hoại tử lớp nông đầu xa của vật da, tuy vậy vết thương lành hoàn toàn sau 20 ngày chăm sóc. Vật da có thể che phủ nhiều vị trí vùng cổ bàn tay, ngón tay và cẳng tay, mặt mu tay bàn 1 trường hợp, lòng bàn tay 3 trường hợp, móm cụt bàn tay 2 trường hợp, ngón tay 1 trường hợp, cẳng tay 1 trường hợp.

V. KẾT LUẬN

VNXMCN sử dụng trong che phủ các khuyết hồng mô mềm vùng cổ bàn tay có độ tin cậy cao. Vật có thể thiết kế với kích thước lớn, đáng cậy và linh động, vật mỏng, sẹo nơi cho vật có

thể đóng kín ngay thì đầu, sẹo thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hong JP, Sun SH, Ben-Nakhi M.** Modified superficial circumflex iliac artery perforator flap and supermicrosurgery technique for lower extremity reconstruction: a new approach for moderate-sized defects. *Ann Plast Surg* 2013;71:380-3.
2. **Hong JP.** The use of supermicrosurgery in lower extremity reconstruction: the next step in evolution. *Plast Reconstr Surg* 2009;123:230-5.
3. **McGregor IA, Jackson IT.** The groin flap. *Br J Plast Surg* 1972;25:3-16.
4. **Daniel RK, Taylor GI.** Distant transfer of an island flap by microvascular anastomoses. A clinical technique. *Plast Reconstr Surg* 1973;52:111
5. **Koshima I, Nanba Y, Tsutsui T, et al.** Superficial circumflex iliac artery perforator flap for reconstruction of limb defects. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:233-40.
6. **Suh YC, Hong JP, Suh HP.** Elevation technique for medial branch based superficial circumflex iliac artery perforator flap. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2018;50:256-8.
7. **Yoshimatsu H, Steinbacher J, Meng S, et al.** Superficial circumflex iliac artery perforator flap: an anatomical study of the correlation of the superficial and the deep branches of the artery and evaluation of perfusion from the deep branch to the sartorius muscle and the iliac bone. *Plast Reconstr Surg* 2019;143:589-602.
8. **Suh HS, Jeong HH, Choi DH, et al.** Study of the medial superficial perforator of the superficial circumflex iliac artery perforator flap using computed tomographic angiography and surgical anatomy in 142 patients. *Plast Reconstr Surg* 2017;139:738-48.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ HÓA XẠ ĐỒNG THỜI UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN KHU TRÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Long¹, Trịnh Lê Huy², Nguyễn Công Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá đánh giá hiệu quả điều trị hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú tại bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, có theo dõi dọc. Từ 01/2015 đến tháng 01/2019 có 45 bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú được điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời; bệnh nhân được đánh giá mức độ đáp ứng theo "Tiêu chuẩn Đánh giá Đáp ứng cho U đặc" (RECIST),

và độc tính của phác đồ theo tiêu chuẩn NCI 2.0 – WHO. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 46,1± 6,2. Tỷ lệ nam/nữ là 8/1. Đau ngực là triệu chứng hay gặp nhất với 37,8%. Kích thước u trung bình là 2,6 ± 0,7 cm; tỷ lệ di căn hạch là 68,9%. UTBM tế bào nhỏ là thể mô bệnh học hay gặp nhất với 95,6%. 91,2% bệnh nhân được dùng liều hóa chất 85-100% liều chuẩn. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 97,8%, đáp ứng hoàn toàn đạt được 97,8%. Phác đồ chỉ gặp độc tính độ I và II, độc tính nặng độ III và IV ít gặp. Các độc tính kéo dài suy tim, xơ phổi gặp 2,2% và chỉ gặp ở mức độ I. **Kết luận:** Điều trị ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú bằng hóa xạ trị đồng thời có tính khả thi, tỷ lệ đáp ứng cao và độc tính chấp nhận được. **Từ khóa:** Ung thư phổi tế bào nhỏ, giai đoạn khu trú

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Long

Email: nguyenvanlong7290@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024

SUMMARY

RESULTS OF CONCURRENT CHEMORADIATION FOR LIMITED-STAGE SMALL CELL LUNG