

# NHẬN XÉT CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM SAU CẮT BỎ KHỐI U VÙNG MẶT

Phan Ngọc Khóa<sup>1</sup>, Bùi Văn Cường<sup>2</sup>, Vũ Ngọc Lâm<sup>3</sup>,  
Dương Mạnh Chiến<sup>4</sup>, Đào Xuân Thành<sup>4</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét các phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh nhân khuyết hồng phần mềm sau cắt bỏ khối u vùng mặt tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân có tổn thương khuyết hồng phần mềm vùng mặt sau cắt bỏ khối u được tạo hình bằng vạt tại chỗ. **Kết quả:** Vạt độn đẩy được sử dụng nhiều nhất (55,88%), tiếp theo là vạt đảo (20,59%), vạt xoay (14,71%), và Vạt trục mạch (8,82%). Vạt độn đẩy được sử dụng đa số khuyết hồng phần mềm có độ khuyết sâu với vùng má vùng má (7 trường hợp và vùng mắt (8 trường hợp); Vạt trục mạch chỉ được sử dụng ở vùng mũi có nền tổn khuyết sâu xuống niêm mạc 3 trường hợp; vạt đảo có 4 trường hợp khuyết sâu diện tích trên 3cm<sup>2</sup> vùng mũi sử dụng vạt rãnh mũi má dưới dạng trục mạch cuống phía trên, 3 trường hợp còn lại sử dụng vạt rãnh mũi má dưới dạng trục mạch cuống phía dưới cho vùng môi khuyết hồng có diện tích nhỏ hơn 1cm<sup>2</sup>; Có 5 vạt xoay trong đó 3 khuyết hồng vùng má và 2 khuyết hồng vùng mắt kích thước vạt từ 1-3 cm<sup>2</sup> là 3 trường hợp, trên 3 cm<sup>2</sup> là 2 trường hợp. **Kết luận:** Vạt độn đẩy được sử dụng nhiều nhất trong phẫu thuật tạo hình cho các bệnh nhân bị khuyết hồng phần mềm vùng mặt. Sử dụng các vạt tại chỗ đem lại hiệu quả cao trong việc tạo hình che các khuyết hồng cho bệnh nhân. **Từ khóa:** Phương pháp phẫu thuật, bệnh nhân khuyết hồng phần mềm vùng mặt.

## SUMMARY

### SURGICAL METHODS FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH SOFTWARE DEFECTS AFTER FACIAL TUMOR REMOVAL

**Objective:** Review surgical methods for treating patients with soft tissue defects after facial tumor removal at Nghe An General Friendship Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study design on 34 patients with soft tissue defects in the facial area after tumor removal and reconstruction with local flaps. **Results:** Push-up flap was used the most (55.88%), followed by island flap (20.59%), rotation flap (14.71%), and axial vascular flap (8.82%). The push-up flap is used in most soft tissue defects with deep defects in the cheek area (7 cases and the eye

area (8 cases); the axial flap is only used in the nose area with a deep defect base). mucosa in 3 cases; the island flap has 4 cases of deep defects with an area of over 3cm<sup>2</sup> in the nose area using the nasolabial groove flap as the upper pedicle vascular axis, the remaining 3 cases using the nasolabial groove flap as the lateral peduncle vascular axis below for the lip defect area with an area of less than 1cm<sup>2</sup>; There are 5 rotation flaps, including 3 defects in the cheek area and 2 defects in the eye area with flap size from 1-3 cm<sup>2</sup> in 3 cases, over 3 cm<sup>2</sup> in 2 cases. **Conclusion:** Push-up flaps are the most used in plastic surgery for patients with soft tissue defects in the face. Using local flaps is highly effective in shaping and covering defects patient. **Keywords:** surgical methods, patients with facial soft tissue defects.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt thường gặp với sự đa dạng về mức độ và hình thái tổn thương. Việc tạo hình khuyết hồng phần mềm vùng mặt luôn đòi hỏi sự phục hồi cao nhất về hình thái chức năng cũng như thẩm mỹ<sup>1,2,3</sup>.

Phẫu thuật tạo hình hàm mặt là phẫu thuật sớm nhất được ghi lại vào khoảng 2000 năm trước Công nguyên<sup>4</sup>. Theo thời gian nhiều kỹ thuật đã được sử dụng và cải tiến. Việc sử dụng vạt từ xa hay vạt tự do đòi hỏi các phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm kiến thức trong sử dụng bóc và chuyển vạt, màu sắc vạt không tương đồng với da vùng mặt, đòi hỏi bệnh viện phải có trang thiết bị hiện đại, thời gian điều trị kéo dài... Những phát hiện mới về tiểu đơn vị giải phẫu thẩm mỹ vùng hàm mặt, cùng với sự tiến bộ trong nghiên cứu về cấp máu cho da đã phát hiện và sử dụng vạt da tại chỗ và kế cận, vạt trục mạch, vạt mạch xuyên, vạt giãn tổ chức và vạt lân cận đã mang lại nhiều sự lựa chọn cho các phẫu thuật viên tạo hình<sup>4,5,6</sup>. Các vạt này được sử dụng phù hợp với điều kiện những bệnh viện tuyến tỉnh chưa có trang thiết bị hiện đại, để áp dụng và hiệu quả.

Việc mô tả đầy đủ các phương pháp sử dụng vạt tại chỗ để che phủ tổn khuyết vùng mặt là hết sức cần thiết và giúp gợi ý cho các bác sĩ tạo hình sử dụng các vạt thích hợp trong thực hành lâm sàng. Chính vì lý do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu mô tả các phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh nhân khuyết hồng phần mềm sau cắt bỏ khối u vùng mặt tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa An Việt

<sup>3</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Cường

Email: buicuong25583@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Chúng tôi tiến hành thu thập số liệu trên 34 bệnh nhân có tổn thương khuyết hồng phần mềm vùng mặt sau cắt bỏ khối u được tạo hình bằng vật tại chỗ tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Số liệu được thu thập từ tháng 01/2017 đến tháng 11/2022.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Quy trình nghiên cứu:**

- + Thiết kế bệnh án nghiên cứu.
- + Khai thác thông tin qua bệnh án lưu trữ.

**2.3. Các biến số nghiên cứu**

**2.3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** Tuổi; giới; Tiền sử bệnh nhân...

**2.3.2. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật**

a. Số lần phẫu thuật: Số lần phẫu thuật trong một đợt điều trị như chuyển vạt.

b. Thời gian điều trị: Là tổng thời gian bệnh nhân từ lúc nhập viện điều trị đến lúc xuất viện, tính bằng ngày.

c. Kích thước vạt: Kích thước vạt được xác định bằng kích thước khuyết hồng phần mềm.

d. Thời gian phẫu thuật: Bắt đầu từ lúc rạch da đến khi kết thúc mũi khâu cuối cùng, tính bằng phút.

e. Phương pháp phẫu thuật

+ Vị trí lấy vạt dựa vào các tiểu đơn vị giải phẫu vùng mặt như: Vùng trán, vùng má, vùng rãnh mũi má, vùng môi...

+ Loại vạt áp dụng được chia làm 2 loại là vạt ngẫu nhiên và vạt trực mạch

+ Vạt ngẫu nhiên: Các vạt ngẫu nhiên vùng mặt gồm vạt độn đẩy, vạt xoay

+ Vạt dạng trực: Vạt trực mạch, Vạt đảo

**2.4. Xử lý số liệu:** Số liệu được kiểm tra làm sạch trước khi nhập. Nhập số liệu, xử lý số liệu theo chương trình thống kê y học Stata 15. Cả thống kê mô tả và phân tích được sử dụng.

**2.5. Đạo đức trong nghiên cứu**

+ Nghiên cứu được lãnh đạo bệnh viện và bộ môn cho phép thực hiện đề tài.

+ Nghiên cứu tuân thủ các yêu cầu về mặt đạo đức trong nghiên cứu y học

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi đã thu thập được 34 bệnh nhân, kết quả như sau: tỷ lệ nữ nhiều hơn nam, nữ chiếm 58,82% (20 trường hợp), nam chiếm 41,18% (14 trường hợp). Độ tuổi trên 55 chiếm cao nhất 85,29 %. Độ tuổi dưới 18 không gặp trường hợp nào. Độ tuổi trung bình là 66,94±12,61

**3.1. Phương pháp phẫu thuật**

**Bảng 3.1: Phân loại theo các hình thức tạo hình (n=34)**

Phương pháp	n	Tỷ lệ
Vạt độn đẩy	19	55,88
Vạt xoay	5	14,71
Vạt đảo	7	20,59
Vạt trực mạch	3	8,82
<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Phương pháp tạo hình được sử dụng nhiều nhất là vạt độn đẩy với 19 bệnh nhân với tỉ lệ 55,58%, tỷ lệ vạt đảo và vạt xoay lần lượt là 20,49% và 14,71%. Chỉ có 3 bệnh nhân được lựa chọn Vạt trực mạch (8,82%)

**3.2. Môi liên quan giữa phương pháp phẫu thuật và một số đặc điểm**

**Bảng 3.2 Phân bố giữa thời gian phẫu thuật và các phương pháp tạo hình**

Vật	Vật đảo	Vật độn đẩy	Vật xoay	Vật trực mạch	p
≤30 phút	6 (85,71)	15 (78,95)	2 (40,00)	1 (33,33)	> 0,05
>30 phút	1 (14,29)	4 (21,05)	3 (60,00)	2 (66,67)	
Tổng	7(100)	19(100)	5(100)	3(100)	

**Nhận xét:** Nhóm sử dụng vạt độn đẩy, vạt xoay (Vạt ngẫu nhiên) có tỉ lệ thời gian phẫu thuật ≤ 30 phút 78,95% so với nhóm sử dụng Vạt trực mạch, vạt đảo (Vạt trực mạch) dao động từ 33,33 đến 40%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

**Bảng 3.3. Môi liên quan giữa phương pháp phẫu thuật với các khuyết tổn thương (n=34)**

Các phương pháp phẫu thuật	Khuyết nông	Khuyết sâu	Khuyết xuyên tổ chức	p
Vạt đảo	0(0,00)	7(25,93)	0(0,00)	>0,05
Vạt độn đẩy	3(75,00)	13(48,15)	3(100)	
Vạt xoay	1(25,00)	4(14,81)	0(0,00)	
Vạt trực mạch	0(0,00)	3(11,11)	0(0,00)	
Tổng	4(100)	27(100)	3(100)	

**Nhận xét:** Bảng trên mô tả mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật với các khuyết tổn thương. Với 4 bệnh nhân khuyết nông thì sử dụng 2 phương pháp khác nhau là vạt độn đẩy và vạt xoay (1 bệnh nhân). Đối với bệnh nhân khuyết sâu phương pháp phẫu thuật vạt độn đẩy chiếm tỷ lệ cao nhất (48,15%), tiếp đến là vạt đảo (25,93%).

**Bảng 3.4: Phân bố theo kích thước tổn thương và phương pháp tạo hình (n=34)**

Kích thước Phương pháp	< 1cm <sup>2</sup>	1- 3 cm <sup>2</sup>	>3cm <sup>2</sup>	p
------------------------	--------------------	----------------------	-------------------	---

Vạt đảo	3(42,86)	1(9,09)	3(18,75)	>0,05
Vạt dồn đẩy	4(57,14)	7(63,64)	8(50,00)	
Vạt xoay	0(0,00)	3(27,27)	2(12,50)	
Vạt trực mạch	0(0,00)	0(0,00)	3(18,75)	
Tổng	7(100)	11(100)	16(100)	

**Nhận xét:** Đối với các vết thương dưới 1cm<sup>2</sup> chủ yếu sử dụng phương pháp chuyển vạt dồn đẩy (57,14%), tiếp đến là vạt đảo (42,86%). Đối với vết thương từ 1-3 cm<sup>2</sup>, sử dụng nhiều phương pháp phẫu thuật. Trong đó phương pháp chuyển dồn đẩy được sử dụng nhiều nhất với 7 trường hợp chiếm 63,64% tiếp theo là phương pháp chuyển vạt đảo với tỷ lệ 9,09%. Đối với các khuyết hồng lớn hơn 3 cm<sup>2</sup>, phương pháp điều trị chủ yếu là chuyển vạt da dồn đẩy 8 trường hợp chiếm 50%, tiếp đó chuyển vạt đảo và Vạt trực mạch 5 trường hợp chiếm 18,75% Có 2 trường hợp chuyển vạt xoay chiếm 12,5%

**Bảng 3.5: Mối liên quan giữa các phương pháp tạo hình và thời gian nằm viện (n=34)**

Phương pháp tạo hình	Thời gian nằm viện TB (ngày)
Vạt đảo	6
Vạt dồn đẩy	5
Vạt xoay	5
Vạt trực mạch	12
Thời gian nằm viện TB (ngày) của nhóm điều trị	5,82±2,05

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện dài nhất là của phương pháp Vạt trực mạch 12 ngày, phương pháp có thời gian nằm viện trung bình ít nhất 5 ngày là vạt xoay và vạt dồn đẩy. Thời gian nằm viện trung bình 5,82±2,05 (ngày).

#### IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi các khuyết hồng phần mềm kích thước nhỏ nhất là 0,3x0,3cm nằm vị trí góc mắt trong, vạt có kích thước lớn nhất là 10x4cm, hai tổn khuyết có kích thước rất nhỏ và rất lớn đều phải sử dụng vạt lân cận do vùng vị trí góc mắt trong tuy nhỏ nếu không sử dụng vạt để đóng tổn khuyết sẽ dẫn đến tình trạng co kéo gây trể mí dưới, còn kích thước ở vị trí môi dưới và cằm có kích thước lớn sử dụng được vạt tại chỗ nhờ huy động lượng lớn da thừa vùng má trên bệnh nhân lớn tuổi bằng cách sử dụng vạt dồn đẩy để đóng tổn khuyết. Tuy nhiên đối với những trường hợp bệnh nhân có tổn khuyết quá lớn cũng cần cân nhắc sử dụng vạt tự do để đảm bảo che phủ và chức năng. Phần lớn các khuyết hồng phần mềm có diện tích nằm trong khoảng 5cm<sup>2</sup> - 10cm<sup>2</sup> do đó khi thiết kế và sử dụng vạt có thể

linh động sử dụng vạt ngẫu nhiên hay vạt có trục mạch hằng định, cũng như sự cấp máu phong phú của da vùng mặt và khoảng cách từ vạt đến tổn khuyết.

Kết quả này tương đồng với kết quả của Nguyễn Quang Rực vạt chuyển được sử dụng nhiều nhất 14 trường hợp, chiếm (29.8%), rồi đến vạt dồn đẩy 11 trường hợp, chiếm (23.4%), vạt xoay 10 trường hợp chiếm (21.3%), đóng trực tiếp 6 trường hợp (12.8%), vạt trực mạch 3 trường hợp, (6.4%), và 3 trường hợp phối hợp nhiều vạt tạo hình.<sup>7</sup> Ngoài ra, de Freitas nghiên cứu 102 bệnh nhân UTD không hắc tố vùng mặt UTDTBĐ chiếm (90.19%) được cắt bỏ tổn thương và tạo hình che phủ một thì cho kết quả kỹ thuật tạo hình được sử dụng nhiều nhất là vạt dồn đẩy với 31 bệnh nhân (30.39%), bao gồm 17 vạt đảo và 6 vạt Rintala, vạt chuyển được sử dụng ở 28 bệnh nhân (27.45%), vạt xoay được sử dụng ở 15 bệnh nhân (14.70%), và ghép da được sử dụng ở 11 bệnh nhân (10.78%)<sup>8</sup>.

Xác định vị trí lấy vạt: Có hai yếu tố quan trọng để chọn một chất liệu tạo hình phù hợp đó là sự tương đồng về đặc điểm cấu trúc giữa nơi cho và nơi nhận và sự cân bằng giữa lợi ích mang lại cho nơi nhận vạt và ảnh hưởng đến nơi cho vạt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 32/34 vạt được lấy tại chỗ là vạt ngẫu nhiên, có thể là vạt dồn đẩy, vạt xoay, vạt đảo điều này đảm bảo được sự tương đồng giữa nơi nhận và nơi cho, còn lại 2 vạt được sử dụng Vạt trực mạch có trục mạch để tạo hình đầu cánh mũi.

Khả năng di chuyển và cách sử dụng vạt: Qua hồ sơ nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận được đầy đủ các thông tin về sự di chuyển vạt từ nơi cho đến nơi nhận. Tuy nhiên Vạt trực mạch có trục mạch có khoảng cách di chuyển trên 12cm, vạt di chuyển ngắn nhất 0,3cm. Qua đó cũng cho thấy vạt có trục mạch có khả năng di chuyển tốt hơn vạt sử dụng dưới dạng ngẫu nhiên. Khả năng di chuyển vạt ngẫu nhiên phụ thuộc vào vị trí lấy vạt, vùng cho vạt khâu đóng trực tiếp được.

Cách lựa chọn loại vạt để tạo hình khuyết hồng phần mềm. Mỗi loại vạt đều có ưu và nhược điểm riêng nên không có vạt nào là hoàn hảo, phẫu thuật viên cần dựa vào đặc điểm của các khuyết hồng phần mềm, vị trí khuyết hồng để quyết định lựa chọn loại vạt phù hợp. Hình thái tổn thương là yếu tố quan trọng để quyết định loại vạt tại chỗ áp dụng, các khuyết hồng phần mềm vùng má, mắt thường áp dụng vạt dồn đẩy, vùng đầu mũi, cánh mũi và khuyết sâu xuống niêm mạc thường dùng trục mạch (Vạt

trục mạch).

**4.1. Vạt đôn đẩy.** Vạt đôn đẩy được tạo nên bằng các đường rạch da cho phép đẩy da và tổ chức bên dưới về phía khuyết hồng, do đó phù hợp nhất cho những vùng da có độ đàn hồi lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 19 vạt đôn đẩy (55,88%) cho các khuyết hồng có kích thước khác nhau đây cũng là vạt che phủ khuyết hồng phần mềm có chiều sâu đến lớp sụn, tổn khuyết sau cắt bỏ khối u ác tính. Chủ yếu dùng cho tổn thương vùng má (20,59%) và vùng mắt (23,53%), còn lại là 2 trường hợp dùng cho khuyết hồng vùng mũi, 1 trường hợp cho môi trên, và 1 trường hợp cho vùng thái dương.

Theo Shan R. Baker, vùng má là nơi có thể dùng vạt đôn đẩy hiệu quả nhất do khả năng di động và tính chun giãn của da và tổ chức dưới da ở vùng này cao hơn các vùng khác. Hơn nữa, hầu hết bệnh nhân trong đề tài của chúng tôi là trên 60 tuổi, với da vùng má khá lỏng lẻo, nên việc sử dụng vạt đôn đẩy cũng dễ dàng hơn. Khi dùng vạt này cho các trường hợp bao gồm nếp mũi, rãnh mũi má, hoặc nếp gò má thì ít tạo ra tổ chức sẹo hơn so với vạt chuyển thông thường<sup>8</sup>

**4.2. Vạt xoay.** Tác giả Quinn đã cho rằng da vùng trước tai chính là vị trí mà vạt xoay có thể đạt được kết quả tốt nhất nhờ vào khả năng huy động da của vùng cổ trên để xoay lên theo hướng trên-trong<sup>1</sup>. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng 5 vạt xoay (14,71%) trong đó 3 khuyết hồng vùng má và 2 khuyết hồng vùng mắt kích thước tổn khuyết từ 1-3 cm<sup>2</sup> là 3 trường hợp, khuyết hồng trên 3 cm<sup>2</sup> 2 trường hợp. Kết quả thu được sau mổ rất tốt, phần lớn các đường sẹo trùng hoặc song song với các đường căng da tự nhiên nên có tính thẩm mỹ cao.

Vạt xoay thường được sử dụng cho các khuyết phần mềm vùng má, đặc biệt là vùng má trong vì phẫu thuật viên có thể kéo một lượng da đủ lớn từ phía má ngoài vào. Các kết quả tạo hình bằng vạt xoay được biết đến là rất tốt, nhưng chúng có nhược điểm là phẫu thuật viên cần thiết kế một đường rạch tương đối dài để di chuyển vạt và sức căng quá mức có thể để lại đường sẹo rõ ràng trên mặt, đặc biệt ở những bệnh nhân trẻ tuổi<sup>9</sup>.

**4.3. Vạt đảo.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7 trường hợp khuyết hồng được che phủ bằng vạt đảo trong đó 4 trường hợp khuyết sâu diện tích trên 3cm<sup>2</sup> vùng mũi sử dụng vạt rãnh mũi má dưới dạng trục mạch cuống phía trên. Trường hợp còn lại sử dụng vạt rãnh mũi má dưới dạng trục mạch cuống phía dưới cho vùng môi khuyết hồng có diện tích nhỏ hơn 1cm<sup>2</sup>. Kết quả tạo hình khá tốt, trong đó có 1 trường hợp vạt

che phủ khuyết vùng cánh mũi bị hoại tử 1 phần đầu xa.

**4.4. Vạt trục mạch (Vạt trục mạch).** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân sử dụng Vạt trục mạch giữa được thiết kế xung quanh bó mạch bên rờng rọc nên cuống của vạt có thể lấy nhỏ hơn nhiều để tạo hình khuyết hồng đầu mũi, cánh mũi, đây là những khuyết hồng có độ sâu xuyên xuống niêm mạc, nhiều tiểu đơn vị giải phẫu của mũi bị tổn thương. Vạt da được lấy phía trên bó mạch trên rờng rọc, sẹo của vạt là đường thẳng dọc bờ trong trán đến chân tóc, có thể nghiêng vạt theo hình Vạt trục mạch chéo. Đây cũng là 2 trường hợp xảy ra biến chứng chảy máu cần xử lý khi tác giả chưa có nhiều kinh nghiệm trong bóc và chuyển vạt, sau xử lý vạt ổn định vào ngày thứ 3 và sống tốt. Vạt có thể cho một khối lượng da có kích thước, khả năng sống tốt, chất lượng da phù hợp nhất với cấu trúc da đầu mũi, cánh mũi điều quan trọng hơn cả là tính thẩm mỹ cao, sẹo được giấu trong đường chân tóc nên không để lại sẹo giữa trán rất thích hợp cho giới nữ giới, vạt này cũng có thể sử dụng cuống mạch thái dương vì vạt này cuống mạch hằng định theo nghiên cứu của Lê Minh Tuấn năm 2012<sup>10</sup>.

**4.5. Thời gian phẫu thuật.** Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy các bệnh nhân sử dụng vạt đôn đẩy, vạt xoay có thời gian phẫu thuật ngắn hơn các bệnh nhân phẫu thuật Vạt trục mạch, vạt đảo. Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa vạt đôn đẩy, vạt xoay với Vạt trục mạch, vạt đảo do liên quan đến việc bóc tách các Vạt trục mạch, vạt đảo khó hơn đòi hỏi sự tỉ mỉ, tinh tế hơn so với cả vạt đôn đẩy, vạt xoay.

## V. KẾT LUẬN

+ Phương pháp tạo hình được sử dụng nhiều nhất là vạt đôn đẩy với 19 bệnh nhân với tỉ lệ 55,58%, tỷ lệ vạt đảo và vạt xoay lần lượt là 20,49% và 14,71%. Chỉ có 3 bệnh nhân được lựa chọn Vạt trục mạch (8,82%)

+ Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật giữa các phương pháp sử dụng vạt ngẫu nhiên và vạt trục mạch

+ Vạt đôn đẩy và vạt đảo được sử dụng chủ yếu cho các vết thương dưới 1cm<sup>2</sup> (57,14% và 42,86%). Đối với vết thương từ 1-3 cm<sup>2</sup>, sử dụng nhiều phương pháp phẫu thuật.

+ Thời gian nằm viện trung bình 5,82±2,05 (ngày).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Thái Duy Quang** (2013), Luận văn thạc sỹ y học, Đánh giá kết quả tạo hình che phủ khuyết tổ chức sau phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào đáy vùng

- mặt bằng vật tại chỗ, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Bạch Minh Tiến** (2002), Luận văn thạc sỹ y học, "Đánh giá kết quả sử dụng Vật trực mạch và vật rãnh mũi má trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng mũi", Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
  - Glanz K., Schoenfeld E.R., và Steffen A.** (2010). A randomized trial of tailored skin cancer prevention messages for adults: Project SCAPE. *Am J Public Health*, 100(4), 735–741.
  - Bùi Văn Cường** (2016), Luận văn thạc sỹ y học, "Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi", Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
  - Kwon K.H., Lee D.G., Koo S.H. và cộng sự.** (2012). Usefulness of V-Y Advancement Flap for Defects after Skin Tumor Excision. *Arch Plast Surg*, 39(6), 619–625.
  - Dinehart S.M. và Pollack S.V.** (1989). Mohs micrographic surgery for skin cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 16(4), 257–265.
  - Nguyễn Quang Rực** (2019), Luận văn thạc sỹ y học, "Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết phần mềm kích thước vừa và nhỏ sau cắt bỏ ung thư da tế bào đáy vùng mặt", Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
  - Kalus R. và Zamora S.** (1996). Aesthetic considerations in facial reconstructive surgery: the V-Y flap revisited. *Aesthetic Plast Surg*, 20(1), 83–86.
  - Lee K.S., Kim J.O., Kim N.G. và cộng sự.** (2017). A Comparison of the Local Flap and Skin Graft by Location of Face in Reconstruction after Resection of Facial Skin Cancer. *Arch Craniofac Surg*, 18(4), 255–260
  - Lê Minh Tuấn** (2012), Luận văn thạc sỹ y học "Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu và ứng dụng của nhánh trán động mạch thái dương nông tạo hình đầu mặt cổ", Đại Học Y Hà Nội.

## NẠO VẾT HẠCH VÙNG TRONG PHẪU THUẬT CẮT GAN PHẢI THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Phạm Thế Anh<sup>1</sup>, Trương Mạnh Cường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu có nạo vét hạch vùng và đánh giá mối liên quan giữa nạo vét hạch vùng và kết quả phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2023. Kết quả: Phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu đã được thực hiện cho 110 bệnh nhân (BN), trong đó có 31 BN được nạo vét hạch vùng (hạch cuống gan, sậu đầu tụy, dọc động mạch gan chung), kết quả: tuổi trung bình: 50,5 ± 14,6 tuổi; 93,5% BN là nam giới; tỷ lệ mắc viêm gan B: 38,7%. Chỉ số AFP trung bình: 2560,1 ± 6074,9 ng/ml. Huyết khối tĩnh mạch cửa phải gặp ở 2 BN (6,5%). Kích thước khối u trung bình trên cắt lớp vi tính: 8,3 ± 3,9 cm. Đa số các trường hợp được kiểm soát cường theo phương pháp Takasaki (80,6%). Thời gian phẫu thuật trung bình: 164,5 ± 41,7 phút; không có BN nào truyền máu trong mổ. Biến chứng gặp ở 14 BN (45,2%), bao gồm: cổ trướng (45,2%), tràn dịch màng phổi (3,2%). Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien–Dindo: I (78,6%), II (14,3%), IIIa (7,1%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình: 14,9 ± 9,9 ngày. Tổng số hạch vét được: 128 hạch. Tỷ lệ di căn hạch: 0,78%. Nạo vét hạch làm tăng thời gian mổ (p=0,04), tăng cổ trướng sau mổ (p=0,002), nhưng không làm

tăng biến chứng nặng (p=0,3), không làm tăng thời gian nằm viện (p=0,06). **Kết luận:** Nạo vét hạch vùng trong phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả.

**Từ khóa:** cắt gan phải theo giải phẫu, nạo vét hạch vùng, ung thư biểu mô tế bào gan

### SUMMARY

#### THE REGIONAL LYMPHADENECTOMY IN ANATOMICAL RIGHT HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

**Objective:** To describe the patient characteristics underwent anatomical right hepatectomy with local lymph node resection for hepatocellular carcinoma (HCC) and evaluate the impact of local lymphadenectomy to postoperative outcomes.

**Subjects and methods:** This was a retrospective descriptive study of the cases who underwent anatomical right hepatectomy for hepatocellular carcinoma at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, K Hospital, from January 2022 to July 2023. **Results:** Anatomical right hepatectomy was performed for 110 patients, in which 31 patients underwent local lymphadenectomy, including lymph nodes at hepatoduodenal ligament, along common hepatic artery and retro-pancreatic space. The average age was 50,5 ± 14,6 years; 93,5% of patients were male; hepatitis B related: 38,7%. The mean AFP was 2560,1 ± 6074,9 ng/ml. Right portal vein thrombosis was seen in 2 patients (6,5%). The mean tumor size in the CT scan was 8,3 ± 3,9 cm. Takasaki's method was the majority of extrahepatic Glissonean pedicle isolation (80,6%). The mean operation time was 164,5 ± 41,7 min. There was no intraoperative blood transfusion. Postoperative complications occurred in 14 patients, including ascites (45,2%) and pleural effusion (3,2%). The classification of complications according to Clavien–

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biên khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 20.3.2024