

- carcinoma. Surg Oncol. 2016;25:24-29.
- Bruix J, Sherman M.** Management of hepatocellular carcinoma: an update. Hepatology. 2011;53(3):1020-1022.
 - Xing H, Zhang WG, Cescon M, et al.** Defining and predicting early recurrence after liver resection of hepatocellular carcinoma: a multi-institutional study. HPB. 2020;22(5):677-689. doi: 10.1016/j.hpb.2019.09.006
 - Phan Văn Thái,** Đặc Điểm Ung Thư Tế Bào Gan Tái Phát Sau Phẫu Thuật. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh; 2014.
 - Shimoda M, Tago K, Shiraki T, et al.** Risk factors for early recurrence of single lesion hepatocellular carcinoma after curative resection. World J Surg. 2016;40(10):2466-2471
 - Nguyễn Đình Song Huy, Bành Trung Hiếu.** Các yếu tố tiên lượng tái phát sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Tạp Chí Dược Lâm Sàng 108. 2022;17(7):184-192.
 - Kwon SK, Yun SS, Kim HJ, Lee DS.** The risk factors of early recurrence after hepatectomy in hepatocellular carcinoma. Ann Surg Treat Res. 2014;86(6):283-288.
 - Nguyễn Thành Tiên Dũng.** Giá Trị Tiên Của PIVKA II Trong Tiên Đoán Tái Phát Sớm Ung Thư Tế Bào Gan Sau Cắt Gan. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2019.

BẢO TỒN GIẢI PHẪU MẠCH MÁU THÀNH BỤNG TRONG TẠO HÌNH THÀNH BỤNG BẰNG KỸ THUẬT SALDANHA

Hoàng Mạnh Ninh¹, Trần Hồng Quân¹

TÓM TẮT

Tạo hình thành bụng (THTB) kèm hút mỡ bụng ngày càng phát triển và có nhiều cải tiến quan trọng tránh giảm các biến chứng sau phẫu thuật. Năm 2001, kỹ thuật Saldanha ra đời dựa trên nguyên tắc bảo tồn giải phẫu mạch máu thành bụng thông qua bảo tồn các mạch xuyên, giúp giải quyết những vấn đề của phương pháp THTB cổ điển như giảm tối thiểu các biến chứng sau phẫu thuật như hoại tử, tụ dịch, tụ máu... Kỹ thuật này đã được ứng dụng rộng rãi tại Việt Nam tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo thực hành. Chúng tôi báo cáo 2 ca bệnh thực hiện THTB bằng kỹ thuật Saldanha tại Bệnh viện Bưu Điện đồng thời phân tích nguyên tắc của kỹ thuật này dựa trên giải phẫu mạch máu thành bụng. **Từ khóa:** Tạo hình thành bụng kèm hút mỡ bụng, Tạo hình thành bụng, Kỹ thuật Saldanha, Giải phẫu mạch máu thành bụng

SUMMARY

PRESERVER ABDOMINAL WALL VASCULAR ANATOMY IN ABDOMINOPLASTY USING SALDANHA'S TECHNIQUE

Abdominoplasty with liposuction (Lipoabdominoplasty) is increasingly developing and has many important improvements to avoid reducing post-operative complications. In 2001, Saldanha published the Saldanha technique based on the principle of preserver abdominal wall vascular anatomy through the preservation of the perforating vessels, helping to solve the problems of the classic abdominoplasty such as minimizing post-operative complications such as necrosis, seroma, hematoma... This technique has been widely applied in Vietnam but

there are not many practice reports. We reported 2 cases of abdominoplasty using the Saldanha technique at Hospital of Post and Telecommunications and analyze the principles of this technique based on abdominal wall vascular anatomy. **Keywords:** Lipoabdominoplasty, Abdominoplasty, Saldanha's Technique, abdominal wall vascular anatomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở phụ nữ, có nhiều nguyên nhân gây tích mỡ bụng như: làm việc văn phòng ngồi nhiều, ít vận động, hoặc sau sinh khiến vùng bụng trở nên chảy xệ, lỏng lẻo. Vấn đề này khiến cho họ trầm cảm, tự ti và tìm đến các phương pháp loại bỏ lượng mỡ thừa này, giúp cơ thể trở nên thon gọn hơn.

Từ cuối những năm 1960, phẫu thuật THTB cổ điển đã ra đời nhằm giải quyết những vấn đề trên. Phương pháp này thực hiện bóc tách lượng lớn mô mỡ dưới da và một phần mô da, giúp giảm lượng mỡ thừa một cách đáng kể. Tuy nhiên, khi thực hiện phẫu thuật này, hệ mạch nuôi mô da và tổ chức dưới da thành bụng trước bị phá hủy gây ra nhiều biến chứng mà nặng nề nhất là hoại tử thành bụng¹. Trải qua nhiều năm, THTB kết hợp hút mỡ bụng ra đời và càng được cải tiến. Năm 2001 Saldanha và cộng sự đã lần đầu tiên công bố phương pháp THTB bằng kỹ thuật Saldanha dựa trên định nghĩa giải phẫu mạch xuyên tại thành bụng. Phương pháp này bảo tồn được khoảng 80% lượng máu cung cấp cho thành bụng so với phương pháp THTB cổ điển, đồng thời bảo tồn được hệ thần kinh và bạch huyết của vùng này. Nhờ đó, các biến chứng trong THTB có hút mỡ đã được cải thiện và hạn chế đáng kể^{2,3}.

Ở Việt Nam, nhiều bệnh viện đã áp dụng kỹ thuật này, tuy nhiên chưa có nhiều bài báo về kỹ

¹Bệnh Viện Bưu Điện

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Ninh

Email: drhoangmanhninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.4.2024

thuật thực hiện và hiệu quả của nó. Do đó, nhân 2 trường hợp thực hiện THTB bằng kỹ thuật Saldanha, chúng tôi viết báo cáo nhằm phân tích nguyên tắc của các bước thực hiện dựa trên giải phẫu của hệ mạch máu thành bụng kèm theo đánh giá sơ bộ hiệu quả của kỹ thuật này.

II. CA BỆNH

Chúng tôi báo cáo hai trường hợp bệnh nhân nữ, phân độ da mỡ thừa bụng độ 3 theo Matarasso và được chỉ định THTB toàn thể theo phương pháp Saldanha.

Quy trình thực hiện như sau:

Thiết kế đường mổ (bệnh nhân ở tư thế đứng): Vẽ một đường ngang trên xương mu dài 12-14cm (tùy vào chiều rộng xương mu của bệnh nhân), cách mép âm hộ 5-7cm. Vẽ hai đường chéo từ 7-8cm, hướng về phía gai chậu (độ dài phụ thuộc chỉ số BMI và mức độ lỏng lẻo của da). Phác họa cơ thẳng bụng bằng cách yêu cầu bệnh nhân co cơ bụng. Đánh dấu các đường viền của cơ thẳng bụng. Đánh dấu các vị trí hút mỡ. Đánh dấu vùng trên rốn trong khoảng 8-10cm (vùng này tương ứng với vùng dưới rốn của vạt bụng, tránh hút mỡ mạnh).

Tiêm thâm: chích dung dịch NaCl 0.9%, adrenalin pha loãng với nồng độ 1/500.000, khoảng 1 lít đến 2 lít ở vùng bụng, ưu tiên những vùng sẽ thực hiện hút mỡ cường độ cao.

Hút mỡ: Hút mỡ bụng trên: hút mỡ vùng trên rốn, vùng hạ sườn lớp mỡ nông rồi đến lớp mỡ sâu bằng ống có đường kính 3 và 4 mm sau đó tiến đến hút mỡ vùng eo, hông, vùng nếp dưới vú, vùng cơ thẳng bụng. Sau khi hút mỡ, vạt da vùng trên rốn có độ dày khoảng 2.5-3cm để tránh chấn thương quá mức ở vùng da này. Độ dày mỡ ở vùng eo, hông, nếp dưới vú có thể từ 1.5-2cm (tùy thuộc BMI và chất lượng da, cơ của bệnh nhân).

Phẫu thuật: Rạch da, bảo tồn cân Scarpa: Rạch da theo đường đã vẽ, cắt mảnh da mỡ vùng bụng dưới rốn có chứa lại mạc Scarpa.

Tạo đường hầm: Tạo đường rạch hình oval xung quanh rốn (bảo quản cuống rốn). Bóc tách vùng trên rốn: bóc tách khoảng giữa bờ trong 2 cân cơ thẳng bụng và không vượt quá 1/3 cơ thẳng bụng. Đường hầm bóc tách có thể đến mũi kiếm xương ức. Chiều rộng đường hầm có thể thay đổi phụ thuộc vào vị trí các mạch xuyên.

Loại bỏ phần da thừa dưới rốn: Chính bệnh nhân ngồi nghiêng (gập thân trên) 30-40 độ, đánh dấu phần da thừa ở vạt bụng dưới rốn, cắt bỏ da kèm phần mỡ thừa

Khâu cân cơ vùng trên rốn và dưới rốn: khâu

cân cơ với những mũi rời như mũi đơn, mũi chữ X hoặc mũi khâu 3 vòng bằng chỉ không tiêu Prolene 0/0 hoặc Ethibond 1/0, có thể khâu thêm lớp ngoài bằng mũi liên tục. Bệnh nhân được để ở tư thế gập vùng thân trên khoảng 30 độ. Kéo vạt da xuống vùng bụng dưới để đóng vết mổ.

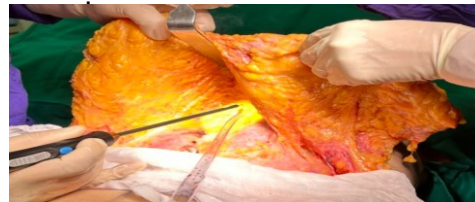
Tạo hình rốn: rạch da ở vị trí cách vết mổ 8-10 cm hình U ngược hoặc hình chữ thập. Đóng vết mổ: khâu mạc Scarpa ở bờ của vạt da bụng với cân cơ thành bụng và mạc Scarpa ở bờ vết mổ; khâu lớp dưới da, khâu da, Đặt 3 ống dẫn lưu kín.



Các mạch xuyên của thành bụng (mũi tên)



Ca bệnh 1: Nữ, 36 tuổi, BMI 27. Trước mổ, vòng bụng ngang rốn 95cm, khoảng cách rốn - mép trước âm hộ 20,5cm. Sau mổ 6 tháng, vòng bụng ngang rốn 86cm, khoảng cách rốn - mép trước âm hộ 18cm



Ca bệnh 2: Nữ, 38 tuổi, BMI 29. Trước mổ, vòng bụng ngang rốn 105cm, khoảng cách rốn - mép trước âm hộ 22cm. Sau mổ 6 tháng, vòng bụng ngang rốn 89cm, khoảng cách rốn - mép trước âm hộ 20cm

Sau mổ, cả hai trường hợp đều không có tụ máu, tụ dịch. Trong quá trình theo dõi đến 6 tháng sau mổ, không xảy ra hiện tượng hoại tử mỡ, da vùng bụng

III. BÀN LUẬN

Phương pháp THTB truyền thống mặc dù

giảm được lượng mỡ đáng kể cho bệnh nhân nhưng gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như: hoại tử da, tụ dịch, tụ máu, viêm mô tế bào... với tỷ lệ mắc phải cao, lên tới 20%.⁴ Kỹ thuật Saldanha ra đời, dựa trên bảo tồn giải phẫu của mạch máu thành bụng thông qua bảo tồn hệ mạch xuyên đã giúp đạt được những kết quả đáng mong đợi trong tạo hình thành bụng. Các biến chứng sau mổ như tụ dịch, tụ máu, hoại tử da gặp tỷ lệ rất thấp <1%. So sánh với phương pháp THTB truyền thống, phương pháp THTB áp dụng kỹ thuật Saldanha có ít biến chứng hơn có ý nghĩa thống kê⁵.

Để áp dụng có hiệu quả phương pháp này, các nhà phẫu thuật cần nắm rõ giải phẫu hệ mạch máu thành bụng và khu vực phân chia nhánh xuyên. Thành bụng trước bên được cấp máu bởi các động mạch thượng vị trên và dưới. Động mạch thượng vị trên là nhánh tận cổ động mạch ngực trong từ thành ngực chạy xuống bụng phân nhánh tận ở vùng thượng vị phía trên rốn. Động mạch thượng vị dưới nhánh của động mạch chậu ngoài, chạy lên tới rốn và chia nhánh tại tiếp nối với nhánh của động mạch thượng vị trên. Động mạch thượng vị dưới chia các nhánh mạch xuyên cấp máu cho thành bụng ngang mức cơ thẳng bụng. Đi kèm với hệ thống mạch máu là hệ thống dây thần kinh và mạch bạch huyết phụ trách thành bụng trước^{6,7}. Nhận định vị trí lỗ xuyên của các động mạch này giúp bảo tồn tối đa các mạch máu và thần kinh đi kèm là yếu tố tiên quyết và là nguyên tắc chính trong phẫu thuật tạo hình thành bụng bằng kỹ thuật Saldanha.

Các điểm cần lưu ý khi thực hiện kỹ thuật này bao gồm: hút mỡ theo trình tự các vùng, hút mỡ chọn lọc, có kiểm soát và tạo đường hầm có giới hạn. Cần xác định vùng hút mỡ cẩn thận, hút mỡ nông sâu tùy khu vực dựa trên giải phẫu các mạch xuyên để tránh gây tổn thương đến các mạch này (gọi là hút mỡ chọn lọc). Các vùng đánh dấu sát mạch xuyên như vùng trên cơ thẳng bụng, vùng trên rốn cần được hút mỡ từ từ, không quá mạnh mẽ. Hút mỡ theo trình tự này cũng giúp các phẫu thuật viên phát hiện đường đường cong tự nhiên của cơ thể, từ đó tránh được sự phì đại của các cơ thành bụng⁸. Bước tạo đường hầm là bước quan trọng nhất trong kỹ thuật Saldanha, do bước này tác động trực tiếp và dễ phá hủy các mạch xuyên thành bụng. Tạo đường hầm tránh đào sâu quá 1/3 cơ thẳng bụng vì đây là vị trí các mạch xuyên qua cơ. Sau khi xác định được các mạch xuyên, điều chỉnh độ rộng của đường hầm, từ đó giúp bảo tồn các mạch này. Nhờ bảo tồn được hệ thống

mạch này tối đa, nguồn tưới máu cho thành bụng giữ được lên tới 80%, giúp cho các mô da, mô liên kết được cấp máu đầy đủ từ đó giảm hẳn tỷ lệ biến chứng sau THTB^{3,8}...

Hai ca bệnh của chúng tôi sau khi được THTB bằng kỹ thuật Saldanha, bên cạnh kết quả giảm kích thước vòng bụng ngang rốn, khoảng cách rốn – mép trước âm hộ, chúng tôi không gặp trường hợp nào có các biến chứng như hoại tử da, tụ máu tụ dịch... sau 6 tháng theo dõi bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Tạo hình thành bụng sử dụng kỹ thuật Saldanha không những giúp bệnh nhân giải quyết vấn đề cốt lõi là giảm được lượng mỡ thừa, cắt bỏ tổ chức mô da lỏng lẻo, giúp vóc dáng thon gọn mà còn hạn chế được nhiều biến chứng sau mổ so với phương pháp THTB cổ điển. Nguyên tắc cơ bản của kỹ thuật này là nắm được giải phẫu mạch máu thành bụng, đặc biệt là vị trí các mạch xuyên qua cơ thẳng bụng, từ đó thao tác hút mỡ, tạo đường hầm cẩn thận nhằm bảo tồn hệ mạch này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **O'Connor CM.** [Abdominal dermolipectomy. A modified technic]. *Prensa Med Argent.* 1968; 55(21):969-972.
2. **Saldanha OR, Pinto EB, Matos WN, Lucon RL, Magalhães F, Bello EM.** Lipoabdominoplasty without undermining. *Aesthet Surg J.* 2001;21(6):518-526. doi:10.1067/maj.2001.121243
3. **Saldanha OR, Azevedo SFD, Delboni PSF, Saldanha Filho OR, Saldanha CB, Uribe LH.** Lipoabdominoplasty: the Saldanha technique. *Clin Plast Surg.* 2010;37(3):469-481. doi:10.1016/j.cps.2010.03.002
4. **Matarasso A, Matarasso DM, Matarasso EJ.** Abdominoplasty: classic principles and technique. *Clin Plast Surg.* 2014;41(4):655-672. doi:10.1016/j.cps.2014.07.005
5. **Xia Y, Zhao J, Cao DS.** Safety of Lipoabdominoplasty Versus Abdominoplasty: A Systematic Review and Meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg.* 2019;43(1): 167-174. doi:10.1007/s00266-018-1270-3
6. **Munhoz AM, Ishida LH, Sturtz GP, et al.** Importance of lateral row perforator vessels in deep inferior epigastric perforator flap harvesting. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(2):517-524. doi:10.1097/01.PRS.0000100812.37842.A8
7. **Rozen WM, Ashton MW, Taylor GI.** Reviewing the vascular supply of the anterior abdominal wall: redefining anatomy for increasingly refined surgery. *Clin Anat.* 2008;21(2):89-98. doi:10.1002/ca.20585
8. **Saldanha O, Ordenes AI, Goyeneche C, et al.** Lipoabdominoplasty with Anatomical Definition. *Plast Reconstr Surg.* 2020;146(4):766-777. doi: 10.1097/PRS.00000000000007184