

khác biệt này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới, trẻ bị BVMTĐN được điều trị bằng Bevacizumab có tỷ lệ bị lác, lệch khúc xạ và nhược thị thấp hơn khi điều trị bằng laser<sup>3,4</sup>.

## V. KẾT LUẬN

79% mắt bệnh thoái triển hoàn toàn sau điều trị.

82,6% mắt sau chỉnh kính có thị lực bình thường.

29,3% mắt bị nhược thị, không có mắt bị nhược thị nặng.

25,2% bệnh nhân bị lác.

6,7% mắt bị co kéo mạch máu, di lệch hoàng điểm – gai thị

1,3% mắt bị bong võng mạc

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alon T, Hemo I, Itin A, Pe'er J, Stone J, Keshet E. Vascular endothelial growth factor acts as a survival factor for newly formed retinal vessels and has implications for retinopathy of prematurity. *Nat Med*. 1995;1(10):1024-1028.
2. Hakeem A, Mohamed G, Othman M. Retinopathy of prematurity: a study of prevalence and risk factors. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2012;19(3):289-294.
3. Mintz-Hittner H, Kennedy K, Chuang A, BEAT-ROP Cooperative Group. Efficacy of intravitreal bevacizumab for stage 3+ retinopathy of prematurity. *N Engl J Med*. 2011;364(7):603-615.
4. Wu WC, Yeh PT, Chen SN, Yang CM, Lai CC, Kuo HK. Effects and complications of bevacizumab use in patients with retinopathy of prematurity: a multicenter study in Taiwan. *Ophthalmology*. 2011;118(1):176-183.
5. Nguyễn Xuân Tịnh (2012), Điều trị bệnh võng mạc trẻ đẻ non hình thái nặng bằng tiêm thuốc Bevacizumab (Avastin) nội nhãn - kết quả sau hơn một năm theo dõi. *Tạp chí Nhãn khoa Việt Nam*. 2012(28).
6. Phan Đình Toàn (2012), Đặc điểm lâm sàng bệnh võng mạc trẻ đẻ non hình thái nặng và kết quả ban đầu điều trị bằng Avastin nội nhãn. Luận văn thạc sỹ nhãn khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Murakami T, Sugiura Y, Okamoto F, et al. Comparison of 5-year safety and efficacy of laser photocoagulation and intravitreal bevacizumab injection in retinopathy of prematurity. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2021;259(9):2849-2855.
8. Chen YH, Chen SN, Lien RI, et al. Refractive errors after the use of bevacizumab for the treatment of retinopathy of prematurity: 2-year outcomes. *Eye*. 2014;28(9):1080-1087.
9. Isaac M, Mireskandari K, Fallaha N, et al. Long-term outcomes of type 1 retinopathy of prematurity following monotherapy with bevacizumab: a Canadian experience. *Can J Ophthalmol*. 2023;58(6):553-558.
10. Geloneck MM, Chuang AZ, Clark WL, et al. Refractive outcomes following bevacizumab monotherapy compared with conventional laser treatment: a randomized clinical trial. *JAMA Ophthalmol*. 2014;132(11):1327-1333.

## PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THÀNH BỤNG KẾT HỢP HÚT MỠ - BẢO TỒN MẠCH XUYÊN

Lê Diệp Linh<sup>1</sup>, Vũ Ngọc Lâm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Trình bày kỹ thuật, kết quả của phẫu thuật tạo hình thành bụng kết hợp hút mỡ có bảo tồn mạch xuyên cấp máu cho vật da thành bụng, những tai biến biến chứng và cách xử lý. **Đối tượng - Phương pháp:** Từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2024 có 46 bệnh nhân nữ tuổi từ 32 đến 55 có tình trạng tích mỡ dày thành bụng, thừa da, nhão cân cơ thành bụng sau sinh ở các mức độ khác nhau được can thiệp bằng phẫu thuật tạo hình thành bụng toàn bộ kết hợp với hút mỡ có bảo tồn mạch xuyên. Phương pháp tiên cứu can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc. **Kết quả:** Kết quả gần đạt tốt cao 93,4%, kết quả xa đạt tốt 81,4%. Có 4 ca tai biến biến chứng nhẹ (8,7%). **Kết luận:**

Tạo hình thành bụng có thể kết hợp hút mỡ an toàn với kỹ thuật bảo tồn ít nhất một nhánh mạch xuyên cấp máu cho vật da trên rốn. Kỹ thuật hút mỡ triệt để giúp cho vật da di trượt dễ dàng hơn, cần chú ý tránh để căng kéo, đứt củng mạch xuyên khi di chuyển vật da. **Từ khóa:** Tạo hình thành bụng, hút mỡ bụng

### SUMMARY

#### ABDOMINO PLASTY IN COMBINATION WITH LIPOSUCTION – PERFORATOR RESERVATION

**Objective:** To present the technique and results of abdominoplasty combined with liposuction with preservation of perforators, complications and how to handle them. **Subjects - Methods:** From January 2022 to January 2024, there were 46 female patients aged 32 to 55 with thick fat accumulation in the abdominal wall, excess skin, and loose fascia of the abdominal wall after giving birth with different degrees. All of them under gone total abdominoplasty combined with liposuction with preservation of perforating vessels. Prospective method of clinical

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Diệp Linh

Email: ledieplinh270274@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

intervention, longitudinal follow-up. **Results:** Short term results were good at 93.4%, long term results were good at 81.4%. There were 4 cases of minor complications (8.7%). **Conclusion:** Abdominoplasty can be safely combined with liposuction with a technique that preserves at least one perforating vessel branch supplying blood to the skin flap. Thorough liposuction technique helps the skin flap move and slide more easily. Care should be taken to avoid stretching or breaking the perforator pedicle when moving the skin flap. **Keywords:** Abdominoplasty, abdominal liposuction

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tình trạng tích mỡ thành bụng, chùng chày – rạn da, giãn cân cơ thành bụng sau sinh và do tuổi tác đối với nữ giới gần như là quy luật khó tránh khỏi. Những thay đổi đó mặc dù ít ảnh hưởng đến chức năng nhưng lại gây mặc cảm rất lớn với phụ nữ, gây thiếu tự tin trong giao tiếp xã hội và cuộc sống gia đình. Chính vì thế, nhu cầu phục hồi lại hình thể bụng với giới nữ là rất cao, và cho đến nay đã có rất nhiều phương pháp được sử dụng. Những nghiên cứu để nâng cao hiệu quả, giảm thiểu những tai biến biến chứng trong tạo hình thành bụng đã được nhiều tác giả quan tâm, báo cáo. Về nguyên tắc, để cải thiện tình trạng dày mỡ, chùng chày da, giãn cân cơ thành bụng thì sẽ cần can thiệp để thay đổi tất cả các tình trạng đó, bao gồm: hút mỡ giảm độ dày thành bụng, cắt bỏ da thừa, phục hồi lại cân cơ thành bụng. Tuy nhiên, còn có những quan điểm không đồng thuận về kết hợp giữa tạo hình thành bụng kết hợp với hút mỡ, có hút mỡ kết hợp hay không, mức độ can thiệp hút mỡ nhiều hay ít vì liên quan đến sự an toàn cấp máu của vạt da. Chúng tôi trình bày kỹ thuật tạo hình thành bụng kết hợp hút mỡ có bảo tồn các mạch xuyên cấp máu vạt da, những ưu nhược điểm, tai biến biến chứng và cách xử lý.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2024 có 46 bệnh nhân nữ tuổi từ 32 đến 55 có tình trạng tích mỡ dày thành bụng, thừa da, nhão cân cơ thành bụng sau sinh ở các mức độ khác nhau được can thiệp bằng phẫu thuật tạo hình thành bụng toàn bộ kết hợp với hút mỡ có bảo tồn mạch xuyên.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân có tình trạng dày mỡ thành bụng, chùng chày da, giãn cân cơ thành bụng ảnh hưởng thẩm mỹ, đủ điều kiện cho gây mê (có thể mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản)

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân béo phì, BMI trên 40, nếu BMI 30-40, có các bệnh lý tiểu

đường, suy giảm miễn dịch, bệnh lý tim mạch có sử dụng các thuốc chống đông, có cơ địa sẹo lồi, sẹo phì đại qua các sẹo mổ cũ cả trên và dưới rốn, bệnh nhân có vấn đề tâm lý hoặc kỳ vọng quá cao vào phẫu thuật

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc. Lấy mẫu thuận tiện.



**Ảnh 1,2,3,4:** Một số hình thái thừa da, mỡ bụng

+ Kỹ thuật:

- Mê Nội khí quản
- Bơm dung dịch tê chuyên dùng.
- Hút mỡ tối đa lớp mỡ nông và sâu vùng trên rốn, hai bên eo, hút bờ sườn, mũi ức.

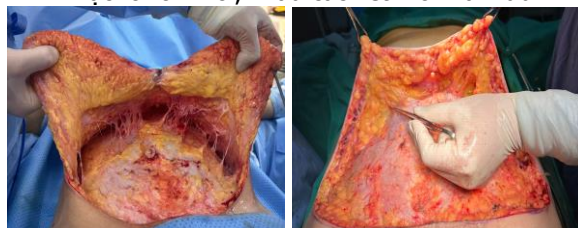


**Ảnh 5,6:** Mỡ bụng sau hút

- Cắt da như phẫu thuật tạo hình thành bụng, các nhánh mạch xuyên đi từ mạch thượng vị sâu dưới vùng thấp sẽ bị cắt bỏ cùng với vạt da mỡ, bảo tồn các nhánh mạch xuyên từ ngang rốn trở lên.

- Cắt da quanh rốn, để lại rốn có chân nuôi (trong trường hợp vị trí rốn quá cao, khoảng cách mũi ức - rốn ngắn và không thể cắt bỏ toàn bộ phần da dưới rốn thì sẽ cắt rời chân rốn để di chuyển rốn xuống vị trí thấp hơn mà không cần đục lỗ trên vạt da để tạo lỗ rốn mới)

- Tạo lỗ rốn mới, khâu các vết mổ. Dẫn lưu kín.



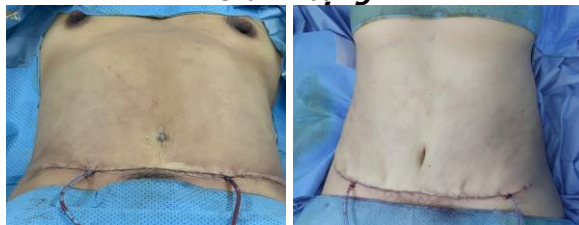
**Ảnh 7,8: Vạt da sau hút mỡ và nhánh mạch xuyên được bảo tồn**



**Ảnh 9,10,11: Phần da mỡ thừa cắt bỏ, độ dày lớp mỡ, khối lượng vạt da mỡ**



**Hình 12,13: Khâu phục hồi lại lớp cân cơ thành bụng**



**Ảnh 14,15: Tạo lỗ rốn mới và di chuyển rốn**

- Đánh giá kết quả
  - + Kết quả gần: khi cắt chỉ, theo 3 mức tốt – khá - kém
  - + Kết quả xa: Sau 6 tháng

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Tuổi và giới:** có 46 bệnh nhân trong đó 13 bệnh nhân (28%) dưới 40 tuổi, 22 bệnh nhân từ 40 – 50 (48%), 11 bệnh nhân từ 51 – 60 (24%).

**3.2. Tình trạng sẹo mỡ cũ trước phẫu thuật tạo hình thành bụng**

**Bảng 3.2. Tình trạng sẹo mỡ cũ vùng bụng (n=46)**

Tình trạng sẹo cũ	Số lượng	Tỷ lệ %
Không có sẹo mỡ cũ	32	70
Sẹo mỡ để ngang	9	19
Sẹo mỡ dọc dưới rốn	3	6,5
Sẹo mỡ ruột thừa	2	4,5
Sẹo dọc trên – dưới rốn	0	0

**3.3. Thể tích mỡ hút ra tại các vùng và vị trí các vùng hút mỡ**

**Bảng 3.3. Thể tích mỡ hút ra (n=46)**

Thể tích mỡ	Số lượng	Tỷ lệ %	Vị trí hút mỡ	Số lượng	Tỷ lệ %
Dưới 500ml	0	0	thượng vị - sườn 2 bên	46	100%
500-1000 ml	18	39	Vùng eo 2 bên	46	100%
1000-2000 ml	26	56,5	Vùng hông lưng	15	32%
2000-3000 ml	2	4,5	Vùng khác	26	56%
Trên 3000ml	0	0			

**3.4. Mức độ cắt da thừa – hình dạng sẹo sau mổ**

**Bảng 3.4. Mức độ cắt da – hình dạng sẹo (n=46)**

Mức độ cắt da – hình dạng sẹo	Số lượng	Tỷ lệ %
Cắt toàn bộ da từ dưới rốn đến trên mu – sẹo ngang đơn thuần	41	89
Cắt toàn bộ da từ dưới rốn đến trên mu – sẹo ngang kết hợp sẹo dọc giữa	1	2
Cắt gần toàn bộ da từ dưới rốn đến trên mu – sẹo ngang đơn thuần	2	4
Cắt toàn bộ da từ trên rốn 1-2cm đến trên mu – sẹo ngang đơn thuần	3	5

**3.5. Tai biến biến chứng sau phẫu thuật:** chỉ có 2 bệnh nhân chậm liền vết mổ (4,3%) và 1 bệnh nhân bị rò chỉ (2,2%)

**3.6. Kết quả phẫu thuật:**

**Bảng 3.6. Kết quả phẫu thuật gần (n=46)**

Kết quả	Kết quả gần		Kết quả xa	
	Số bệnh nhân	Số bệnh nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %

Tốt	43	37	37	93,4
Khá	2	7	7	4,4
Kém	1	2	2	2,2

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1.** Về tuổi-giới và chỉ định phẫu thuật hút mỡ kết hợp tạo hình thành bụng. Toàn bộ 46 bệnh nhân là nữ. Thực tế nam giới cũng có nhu cầu thẩm mỹ giải quyết tình trạng thừa mỡ, chùng chả da bụng. Chúng tôi cũng gặp một số trường hợp nam giới đến tư vấn, tuy nhiên sự khác biệt về cấu trúc mỡ, da và nguyên nhân gây tích mỡ thừa da ở nam giới khác nữ giới khiến chỉ định đối với nam giới rất hạn chế. Nhiều tác giả đồng thuận cao về hạn chế chỉ định tạo hình thành bụng ở nam giới, trừ những trường hợp ảnh hưởng quá lớn đến sinh hoạt, giao tiếp xã hội. Tác giả van Uchelen JH, Werker PM, Kon M. đã báo cáo tỷ lệ tai biến biến chứng khá cao trong nhóm 86 ca tạo hình thành bụng với 14 nam, có đến 9 ca gặp biến chứng với vết mổ (63%) [2], mặc dù tuổi trung bình khá trẻ 34,3tuổi. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đều dưới 60 tuổi, có thể do việc thận trọng khi chỉ định kỹ thuật với nhóm bệnh nhân cao tuổi vốn hay có nhiều bệnh lý nền như đái đường, cao huyết áp... sẽ không an toàn, nhất là với kỹ thuật hút mỡ.

Sự khác biệt giữa tạo hình thành bụng toàn bộ và tạo hình thành bụng mini đã được rất nhiều tác giả nghiên cứu và có đồng thuận cao về chỉ định, kỹ thuật, hiệu quả. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi đều được tạo hình thành bụng toàn bộ do tình trạng thừa da mỡ nhiều. Chỉ định hút mỡ được áp dụng trong hầu hết các phẫu thuật tạo hình thành bụng, mang lại giá trị cao để tạo ra được hình thể bụng tốt hơn, vị trí- mức độ hút mỡ tùy từng trường hợp. Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được hút mỡ nhiều hơn một vùng trên cơ thể trong quá trình thực hiện phẫu thuật.

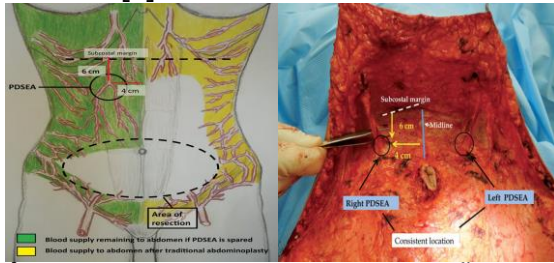
**4.2.** Tình trạng lâm sàng toàn thân và tại chỗ. Theo Bảng 3.2, hầu hết bệnh nhân đến tư vấn và phẫu thuật không có sẹo mổ cũ vùng bụng với 32 bệnh nhân chiếm 70%, đây cũng là một vấn đề cần tư vấn thật kỹ trước khi phẫu thuật, việc đánh đổi hình thể của bụng thon gọn hơn nhưng sẽ có sẹo dài vùng bụng dưới và quanh rốn không dễ chấp nhận với nhiều bệnh nhân, đặc biệt với những bệnh nhân chưa có bất kỳ một can thiệp phẫu thuật nào trước đó nên việc đánh giá cơ địa sẹo là xấu hay đẹp rất khó khăn. Chúng tôi có 30% bệnh nhân có sẹo mổ cũ, việc tư vấn và giải thích về chất lượng sẹo

sau mổ tạo hình bụng khá thuận lợi.

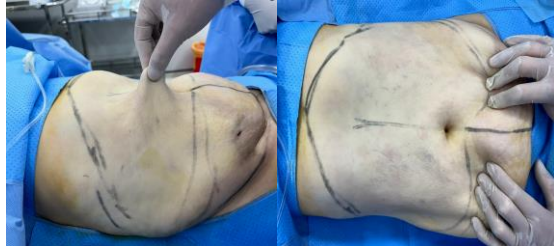
**4.3. Vị trí các vùng hút mỡ và thể tích mỡ hút ra.** Theo Bảng 3.3, bệnh nhân đến tư vấn không đơn thuần chỉ vì tình trạng dày mỡ vùng bụng trên – dưới rốn, vùng eo mà còn có cả các vị trí khác, đặc biệt vùng trên hông – lưng, đùi, tay... Chính vì vậy việc khám và phân tích các vùng tích mỡ để hút kết hợp là rất quan trọng để đưa ra được giải pháp xử lý có hiệu quả. Chúng tôi thấy 100% đều cần hút mỡ ở vùng thượng vị, bờ sườn và vùng eo hai bên. Ở vị trí thượng vị và bờ sườn, da bụng khá dày, đàn hồi tốt, lớp mỡ chắc. Giống như kinh nghiệm của nhiều tác giả khác trong hút mỡ bụng [3],[4] chúng tôi luôn vẽ và đánh dấu vị trí hút vùng này ở tư thế đứng. Có 15 trường hợp tích mỡ vùng hông – lưng và 26 trường hợp tích mỡ đùi cánh tay có hút kết hợp. Bảng 3.3 cho thấy thể tích mỡ hút ra của các vùng chủ yếu từ 1000-2000ml. Chúng tôi đồng quan điểm với nhiều tác giả về thể tích mỡ hút ra an toàn với mỗi bệnh nhân nên dưới 5% khối lượng cơ thể [5],[6], mặc dù còn rất nhiều sự khác biệt giữa các tác giả nhất là giữa châu Âu và châu Á. Chúng tôi chỉ có 2 trường hợp hút trên 2000 ml nhưng dưới 3000 ml, tuy nhiên trong nghiên cứu này không tính thể tích mỡ của phần da bụng cắt bỏ toàn bộ. Việc tư vấn với bệnh nhân về các vị trí nên hút mỡ, về mức độ can thiệp trong một lần phẫu thuật rất quan trọng vì tâm lý thông thường bệnh nhân muốn thực hiện tối đa các can thiệp trong một lần mổ và bác sỹ cần xác định giới hạn an toàn cho người bệnh.

**4.4. Về kỹ thuật hút mỡ bảo tồn các nhánh mạch xuyên nuôi dưỡng vật da.** Có nhiều quan điểm khác nhau về mức độ, vị trí hút mỡ trong tạo hình thành bụng. Một số tác giả cho rằng không nên hút mỡ hoặc chỉ hút rất ít vì sợ làm tổn thương hệ thống mạch nuôi dưỡng vật da do thực tế đã có không ít trường hợp hoại tử vật da ngay khi chỉ hút mỡ đơn thuần, không có bóc tách và cắt da thừa. Chúng tôi cho rằng vật da thành bụng có thể được nuôi dưỡng tốt thậm chí chỉ bằng một cuống mạch xuyên, qua minh chứng với những vật DIEP chỉ cần một nhánh mạch xuyên có thể cấp máu cho hầu hết vật da lớn. Chính vì thế chúng tôi chủ trương hút triệt để mỡ nhưng bảo tồn các nhánh mạch xuyên ở các vị trí từ ngang hoặc trên rốn. Các nhánh mạch này xuất phát từ động mạch vú trong (ngực trong) và kết nối với các nhánh xuyên từ động mạch thượng vị sâu dưới để cấp máu hầu hết da vùng bụng. Khi phẫu thuật tạo hình thành bụng, bắt buộc phải đốt hoặc thắt-

cắt các nhánh mạch xuyên từ động mạch thượng vị sâu dưới cùng với phần da mỡ thừa dưới rốn. Tuy nhiên các nhánh mạch xuyên từ động mạch vú trong có thể bảo tồn, khi hút mỡ làm giảm độ dày của vật thì chính là một hình thức làm dài cuống của các mạch xuyên này, giúp cho vật da có thể được di chuyển kéo xuống dưới mà không bị đứt hay căng kéo cuống mạch. Năm 2015, tác giả Lane F. Smith đã báo cáo tổng kết 300 ca phẫu thuật tạo hình thành bụng kết hợp hút mỡ triệt để (agreesive liposuction) có bảo tồn các mạch xuyên này, kết luận việc bảo tồn mạch xuyên cho phép hút mỡ an toàn, không có khác biệt về tỉ lệ biến chứng so với tạo hình thành bụng đơn thuần. Trong nghiên cứu của tác giả này thì vị trí mạch xuyên trong vòng tròn bán kính 2 cm, cách đường giữa 4cm và cách bờ sườn 6cm. [4]



Ảnh 16,17: Vị trí mạch xuyên (trích dẫn từ [4])



Ảnh 18,19: Độ mỏng và di động của vật da sau hút mỡ

**4.5. Mức độ cắt da thừa và các hình thái sẹo.** Kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ cắt được phần da thừa từ dưới rốn đến trên mu (như các tạo hình thành bụng thông thường) chiếm 70% với 41 ca. Đây cũng là loại hình sẹo phổ biến nhất của tạo hình thành bụng toàn bộ. Thông thường sẹo được đưa xuống thấp nhất có thể để đảm bảo che được khi mặc đồ bikini, tuy nhiên có một số trường hợp vật da trên rốn ngắn, mức độ đàn hồi và di chuyển kém nên sẽ phải chấp nhận sẹo cao hơn. Chúng tôi không có trường hợp nào sẹo vòng quanh chu vi bụng. Có 1 trường hợp phải có sẹo ngang kết hợp sẹo dọc giữa dưới rốn, do việc di chuyển vật da khó khăn. Hai bệnh nhân có khoảng cách mũi ức- rốn ngắn (rốn cao), vật da trên rốn không thể đủ để

kéo xuống thấp đến vùng trên mu nên chúng tôi chỉ cắt 2/3 da dưới rốn, cắt chân rốn để di chuyển rốn xuống thấp và tạo vết mổ ngang bình thường.



Ảnh 20,21: Trường hợp rốn cao, cắt da thừa dưới rốn, di chuyển rốn

**4.5. Về tai biến – biến chứng.** Chúng tôi không gặp trường hợp nạo chảy máu sau mổ hoặc tụ dịch. Việc đặt 2 dẫn lưu hút liên tục ở 2 bên, duy trì áp lực đồng thời trong kỹ thuật bóc tách vật da chúng tôi luôn tôn trọng để lại lớp mỡ mỏng ngay trên cân cơ thành bụng giúp việc dẫn lưu bạch huyết, thanh dịch tốt hơn, tránh hình thành seroma. Có 2 trường hợp vết mổ chậm liền nhưng chỉ cần chăm sóc thay băng chứ không cần khâu lại, 1 trường hợp rò chỉ chậm tiêu do khâu quá sát mép da.

**4.6. Về kết quả phẫu thuật.** Theo Bảng 3.6, kết quả gần được đánh giá khi cắt chỉ và có 43 trường hợp (93,4%) vết mổ liền tốt, vật da màu sắc bình thường, cân đối 2 bên, lõ rốn tự nhiên và được xếp vào nhóm kết quả tốt. Có 2 trường hợp vết mổ chậm liền, mặc dù chỉ cần thay băng là vết mổ liền mà không cần khâu lại, tuy nhiên sẹo không được đẹp nên chúng tôi xếp vào kết quả khá, trường hợp bị biến đổi sắc tố da vùng eo 2 bên như đã nói lý do ở mục tai biến biến chứng, sau hút da vùng đó bầm tím nhiều, ngày thứ 2 xuất hiện phỏng nước như bồng độ 2-3, sau khi lành da thì để lại mảng da sẫm màu kích thước khoảng 7x8 cm. Chúng tôi phải điều trị tích cực bằng laser, lý liệu pháp kết hợp, sau 6 tháng sắc tố da phục hồi và trường hợp này xếp vào kết quả kém.

Theo Pitanguy I [8], Jackson IT [9] kết quả gần đạt tốt sau phẫu thuật hút mỡ- tạo hình thành bụng không thể hiện chất lượng cũng như tính ổn định của phẫu thuật mà chỉ đánh giá được độ an toàn của phẫu thuật, chúng tôi vật da được cấp máu tốt cũng như không có những vấn đề toàn thân như tắc mạch mỡ, viêm phổi, seroma. Chúng tôi chọn đánh giá sau 6 tháng, vì kết quả phẫu thuật mới ổn định và để xác định hiệu quả độ bền của phẫu thuật cần thời gian dài hơn. Kết quả xa của chúng tôi số đạt tốt giảm

khá nhiều, chỉ còn lại 81,3%, lý do vì trong số bệnh nhân đạt kết quả gần tốt nhưng sau 6 tháng sẹo giãn, phì đại hoặc rỗ bị co nhỏ do sẹo thô. Số kết quả khá tăng lên do chuyển từ loại tốt xuống loại khá.

**V. KẾT LUẬN**

Tạo hình thành bụng có thể kết hợp hút mỡ an toàn với kỹ thuật bảo tồn ít nhất một nhánh mạch xuyên cấp máu cho vạt da trên rốn. Kỹ thuật hút mỡ triệt để giúp cho vạt da di trượt dễ dàng hơn, cần chú ý tránh để căng kéo, đứt cuống mạch xuyên khi di chuyển vạt da.

**Hình ảnh minh họa:**



Sau cắt chỉ và sau 6 tháng

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Ugochukwu Uzodimma Nnadozie.** Abdominoplasty for male truncal obesity: case

report. *Plast Reconstr Surg.* Published online 2020 Jun 1. doi: 10.11604/pamj.2020.36.52.19905

2. **J H van Uchelen<sup>1</sup>, P M Werker, M Kon.** Complications of abdominoplasty in 86 patients. *Pubmed.* 2001. Jun; 107(7): 1869-73. doi: 10.1097/00006534-200106000-00037.

3. **Ramirez, Alejandro E. MD<sup>a</sup>; Hsieh, Tung-Ying MD<sup>b</sup>; Cardenas, Juan P. MD<sup>c</sup>; Lao, William W. MD<sup>d</sup>.** Abdominoplasty. My Preferred Technique. *Annals of Plastic Surgery* 86(3S):p S229-S234, March 2021. | DOI: 10.1097/SAP.0000000000002639

4. **Lane F. Smith,** Safely Combining Abdominoplasty with Aggressive Abdominal Liposuction Based on Perforator Vessels: Technique and a Review of 300 Consecutive Cases. *Plast Reconstr Surg.* 2015 May; 135(5): 1357-1366. Published online 2015 Apr 19. doi: 10.1097/PRS.0000000000001200

5. **Matarasso A.** Abdominoplasty: a system of classification and treatment for combined abdominoplasty and suction-assisted lipectomy. *Aesthetic Plast Surg.* 1991;15:111-121.

6. **Matarasso A. Abdominoplasty.** In: Achaner BM, Eriksson E, Guyuron B, et al, eds. *Plastic Surgery. Indications, Operations and Outcomes.* Aesthetic Surgery vol.5. St Louis, MO: Mosby; 2000:2783-2821.

7. **Grazer FM, Goldwyn RM.** Abdominoplasty assessed by survey, with emphasis on complications. *Plast Reconstr Surg.* 1977;59:513-517.

8. **Pitanguy I, Ceravolo MP.** Our experience with combined procedures in aesthetic plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1983;71:56-65

9. **Jackson IT, Downie PA.** Abdominoplasty—the waistline stitch and other refinements. *Plast Reconstr Surg.* 1978;61:180-183.

10. **Matarasso A Jackson IT.** The male abdominoplasty. *Clinical Plastic Surgery.* 2004;31(4):555-569. [PubMed] [Google Scholar]

**KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC CỦA POLYP MŨI TÁI PHÁT SAU PHẪU THUẬT**

Nguyễn Thị Khánh Vân<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Phân loại mô bệnh học của polyp mũi tái phát sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 92 bệnh nhân trên 15 tuổi, viêm mũi xoang có polyp tái phát được khám, chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện Tai - Mũi - Họng Trung ương từ tháng 12/2008 đến tháng 04/2011, được chụp phim cắt lớp vi tính các xoang. **Kết quả:** số lượng polyp thể viêm gấp nhiều nhất là 151 chiếm

63,4%, tiếp theo là polyp phù nề gấp là 44 chiếm 18,5%, sau đó là polyp tuyến gấp 43 chiếm 18,1%. Loại polyp phù nề hay bạch cầu ái toan này có tỷ lệ tái phát cao nhất và sớm sau phẫu thuật trong 3 loại polyp, và thường gặp trên những trường hợp có viêm mũi xoang dị ứng, hen phế quản. Dị sản vảy gấp là 49 mẫu chiếm 20,6%, và loạn sản không gấp trường hợp nào. **Kết luận:** Về kết quả mô bệnh học polyp viêm gấp nhiều nhất với 151/238 chiếm 63,4%. Loại polyp phù nề hay bạch cầu ái toan này có tỷ lệ tái phát cao nhất và sớm sau phẫu thuật trong 3 loại polyp, và thường gặp trên những trường hợp có viêm mũi xoang dị ứng, hen phế quản. Sự thay đổi biểu mô với 20,6% là dị sản. **Từ khóa:** Mô bệnh học, polyp mũi.

<sup>1</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân  
 Email: khanhvantmhtw@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 12.3.2024  
 Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024  
 Ngày duyệt bài: 24.5.2024

**SUMMARY**  
**RESULT HISTOPATHOLOGY OF RECURRENT NASAL POLYP AFTER SURGERY**