

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG VẬT CƠ LUNG RỘNG TRONG PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ LOÉT MẠN TÍNH RỘNG THÀNH NGỰC

Tô Ngọc Hiếu¹, Vũ Quang Vinh², Nguyễn Minh Tâm²,
Hoàng Thanh Tuấn², Hoàng Tuấn Hoàng²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

²Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn khuyết rộng thành ngực thường là kết quả của việc cắt bỏ khối u, nhiễm trùng, bỏng, hoặc chấn thương nhưng hay gặp nhất là di chứng của xạ trị điều trị các bệnh lý ác tính đặc biệt là ung thư vú ở phụ nữ. Có rất nhiều phương pháp tạo hình khác nhau đã được nghiên cứu ứng dụng trong tạo hình các tổn khuyết thành ngực song đối với các tổn khuyết rộng và phức tạp trên thành ngực, đặc biệt là các tổn khuyết sâu, nhiều hoại tử, mạn tính thì vật cơ lung rộng là dạng vật thông dụng, có thể lấy rộng đáp ứng được nhu cầu của phẫu thuật tái tạo thành ngực.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 8 bệnh nhân có tổn khuyết rộng thành ngực mức độ nặng được điều trị che phủ bằng vật cơ lung rộng tại Trung tâm Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ (PTTH-TM) và Tái tạo, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 12/2020 đến tháng 07/2022. Nghiên cứu thực nghiệm theo phương pháp tiến cứu mô tả lâm sàng.

Kết quả: 87,5% (7/8) bệnh nhân có kết quả tốt sau phẫu thuật, vật sống hoàn toàn, cơ bám sống vào bờ mép, có 12,5% (1/8) bệnh nhân bị hoại tử một phần vật gây loét vết mổ và lộ nền tổn thương. 100% các bệnh nhân có tình trạng da ghép bám tốt, vùng cho vật và vùng lấy da liền kỳ đầu, biểu mô tốt.

Kết quả sau 3 tháng đánh giá trên 8 bệnh nhân: Không có bệnh nhân nào loét tái phát, vùng nhận vật đạt mức độ tốt chiếm 87,5%, trung bình chiếm 12,5%. Đối với vùng lấy da và vùng lấy vật đều ghi nhận kết quả tốt 100%.

Kết quả sau 6 tháng đánh giá trên 6 bệnh nhân: Không có bệnh nhân nào loét tái phát, 100% các bệnh nhân ghi nhận kết quả tốt ở cả vùng nhận vật, cho vật và vùng lấy da.

Kết luận: Vật cơ lung rộng luôn là chất liệu tốt trong tạo hình tổn khuyết thành ngực, phục hồi sớm giải phẫu và chức năng các cơ quan.

Từ khóa: Tổn khuyết rộng thành ngực, vật cơ lung rộng

Chịu trách nhiệm: Tô Ngọc Hiếu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá

Email: hieuiipsen@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/10/2022; Ngày phản biện: 10/10/2022; Ngày duyệt bài: 31/10/2022

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2022.160>

ABSTRACT

Introduction: Chest wall defects are usually the result of tumor resection, infection, burn, or trauma, and the most common is radiation therapy for malignant pathologies, especially breast cancer in women. Many different methods have been studied in chest wall reconstruction, but for wide and complex defects on the chest wall, especially multiple necrotic, chronic lesions, the latissimus dorsi muscle flap can be taken widely suitable for breast wall reconstruction surgery.

Patients and methods: 87.5% (7/8) of patients had good results after surgery, the flap completely, and 12.5% (1/8) of patients had partial necrosis of the flap. The rate of skin graft healing completely was 100%, and the donor site was 100% epithelialized.

The results after 3 months were evaluated in 8 patients: No patients had recurrent ulcers, the flap area was good at 87.5%, and the average was 12.5%. For the donor site of skin graft and flap, 100% good results were recorded.

The results after three months were evaluated in 6 patients: no patients had recurrent ulcers; the flap, the donor site of skin graft, and the flap were good at 100%

Results after six months of evaluation on six patients: none of the patients had recurrent ulcers, and 100% of the patients recorded good results in both flap areas, for the donor site of skin graft and flap.

Conclusion: Latissimus dorsi muscle flap is always good at covering chest wall defects, and early recovery of anatomy and function.

Keywords: Lager posterior chest wall defect, latissimus dorsi muscle flap

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn thương rộng thành ngực thường là kết quả của việc cắt bỏ khối u, nhiễm trùng, bỏng hoặc chấn thương nhưng hay gặp nhất là di chứng của xạ trị điều trị các bệnh lý ác tính, đặc biệt là ung thư vú ở phụ nữ. Tổn thương loét thành ngực không những gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, khả năng lao động, sinh hoạt mà còn gây ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ, tâm lý cho bệnh nhân [1].

Có rất nhiều phương pháp tạo hình khác nhau đã được nghiên cứu ứng dụng trong tạo hình các tổn khuyết thành ngực, song đối với các tổn khuyết rộng và phức tạp trên thành ngực, đặc biệt là các tổn khuyết sâu, nhiều hoại tử, mạn tính thì vạt cơ lưng rộng là dạng vạt thông dụng, có

thể lấy rộng đáp ứng được nhu cầu của phẫu thuật tái tạo thành ngực. Vạt cơ lưng rộng có nhiều ưu điểm trong phẫu thuật tái tạo một thì đối với các tổn khuyết phức tạp và sử dụng linh hoạt mở rộng chỉ định trong tạo hình khắp các vùng của cơ thể với chức năng che phủ, điều này giúp giảm số lần phẫu thuật, phục hồi sớm giải phẫu và chức năng các cơ quan. Tuy vậy, việc sử dụng cơ lưng rộng trong che phủ tổn thương vùng ngực chủ yếu sử dụng dạng vạt da cơ, gây nên nhiều tổn thương vùng cho vạt.

Xuất phát từ yêu cầu thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu "Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật sử dụng vạt cơ lưng rộng trong điều trị tổn thương rộng do loét mạn tính thành ngực trước".

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 8 bệnh nhân bệnh nhân có tổn khuyết rộng thành ngực mức độ nặng được điều trị che phủ bằng vật cơ lưng rộng tại Trung tâm PTTH-TM và Tái tạo, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 12/2020 đến tháng 07/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Đánh giá tổn thương

Tiền sử: Tuổi, giới, nguyên nhân tổn thương, bệnh lý kết hợp

Khám lâm sàng: Đánh giá đặc điểm tổn thương thành ngực: Mức độ, kích thước, thời gian tổn thương, phương pháp đã điều trị. Đánh giá vùng dự kiến lấy vạt.

Phân loại mức độ tổn thương theo CRUCW [1]:

Diện tích tổn khuyết (cm ²)	Nhẹ	Vừa	Nặng
≤ 10	Có	>10cm ²	Không
>100	Không	Không	Có
Độ sâu			
Dưới da	Có	Không	Không
Tới lớp cơ	Không	Có	Không
Tới màng phổi hoặc sâu hơn	Không	Không	Có
Hoại tử xương đòn và/ hoặc xương sườn	Không	Có thể có	Có
Bệnh thần kinh đám rối cánh tay/Rối loạn vận động	Không	Có thể có	Có

* Nguồn: Xiao Ma và cộng sự (2017) [1]

2.2.2. Phương pháp phẫu thuật

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản.
- Cắt lọc triệt để tổn thương và đo kích thước tổn khuyết sau xử trí.
- Thiết kế vạt cơ lưng rộng theo kích thước tổn khuyết đã cắt lọc, đo vẽ kích thước vạt. Bóc tách phẫu tích vạt tránh gây tổn thương cuống mạch.
- Chuyển vạt cơ che phủ tổn khuyết. Luồn cơ lưng rộng từ sau ra trước qua đường hầm dưới da vùng nách. Khâu cơ vào bờ mép của tổn thương.
- Ghép da mảnh mỏng che phủ vạt cơ lưng rộng. Khâu đóng vùng lấy vạt.

2.2.3. Chỉ tiêu đánh giá

- Đánh giá đặc điểm lâm sàng tổn thương thành ngực.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật và kết quả theo dõi sau 3 tháng, 6 tháng:

Tình trạng vùng nhận vạt: Tình trạng sống của vạt cơ, tình trạng bám sống của da ghép, tình trạng liền vết thương, tình trạng phát triển sẹo sau khi liền vết thương, tình trạng phát triển loét hoặc ung thư tái phát (nếu có).

Tình trạng vùng cho vạt: Đánh giá dựa trên tình trạng sẹo vết mổ, chức năng của vùng vai, cánh tay.

Tình trạng vùng cho da ghép: Vùng lấy da ghép được đánh giá dựa trên tình trạng phát triển sẹo sau liền vết thương.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng tổn thương thành ngực

- Đặc điểm tuổi, giới, nguyên nhân tổn thương

Tuổi trung bình $56,13 \pm 12,426$ tuổi, loét sau điều trị ung thư 5/8 bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ: 2/6

- Nguyên nhân gây nên tổn thương: Có 5/8 bệnh nhân loét sau điều trị ung thư vú, 2 bệnh nhân tổn khuyết sau bỏng điện cao thế và 1 bệnh nhân loét ung thư hóa.

3.2. Kết quả phẫu thuật

- Kích thước vạt cơ lưng rộng: Tùy theo tổn thương, tổn khuyết sau cắt lọc mà thiết kế vạt khác nhau. Kết quả phẫu thuật thu được kích thước vạt tương đối lớn. Vạt có kích thước chiều dài trung bình là $25,5 \pm 2,204$ cm và có chiều rộng trung bình là $12,63 \pm 1,923$ cm.

Bảng 3.1. Kích thước vạt cơ lưng rộng

Các thông số nghiên cứu	Trị giá		
	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Chiều dài vạt (cm)	$25,5 \pm 2,204$	29	22
Chiều rộng vạt (cm)	$12,63 \pm 1,923$	16	11

- Tình trạng sống của vạt cơ: Theo dõi ngay sau phẫu thuật và đến ngày cắt chỉ, trong số 8 bệnh nhân sử dụng vạt cơ cuống liền, có 7/8 bệnh nhân có kết quả tốt

sau phẫu thuật vạt sống hoàn toàn cơ bám sống vào bờ méo, có duy nhất 1 bệnh nhân bị hoại tử một phần vạt gây loét vết mổ và lộ nền tổn thương.

Bảng 3.2. Tình trạng vạt cơ lưng rộng sau phẫu thuật

Tình trạng vạt cơ lưng rộng	Số lượng	Tỉ lệ %
Vạt sống hoàn toàn, cơ bám sống tốt vào bờ mép	7	87,5
Vạt bị hoại tử 1 phần gây loét vết mổ, lộ nền tổn thương	1	12,5
Vạt hoại tử > 1/3 diện tích đến toàn bộ vạt	0	0
Tổng	8	100

- Tình trạng da ghép, vùng lấy vạt: Da ghép bám sống trên vạt cơ đạt 100% số ca bệnh, mặc dù có một ca loét vết mổ mép cơ không bám được vào bờ mép tuy nhiên mảnh da mỏng vẫn bám sống tốt trên toàn bộ vạt cơ. Các bệnh nhân sử dụng vạt cơ lưng rộng được khâu kín nơi cho vạt. Kết quả 100% vết mổ liền kỳ đầu.

- Thời gian liền thương: Thời gian liền vết thương trung bình của vùng nhận vạt là 26 ngày; trong số 8 vạt có 1 vạt hoại tử một phần do đó phải phẫu thuật kỳ 2 che phủ nên có thời gian liền vùng cho vạt lớn nhất là 68 ngày; thời gian liền vạt trung bình của vùng cho vạt là 12,5 ngày và của vùng lấy da là 12,63.

Bảng 3.3. Thời gian liền vết thương sau mổ

Thời gian liền vết thương sau mổ	Thời gian (ngày)		
	Tối đa	Tối thiểu	Trung bình
Vùng chuyển vạt	68	16	26 ± 17,345
Vùng lấy vạt	18	10	12,5 ± 2,619
Vùng lấy da	14	11	12,63 ± 1,302

- Thời gian giữ dẫn lưu sau mổ, thời gian nằm viện: Thời gian giữ dẫn lưu của bệnh nhân trung bình là 5,75 ngày, nhiều nhất là 8 ngày, ít nhất là chỉ trong vòng 4 ngày.

Bảng 3.4. Thời gian dẫn lưu sau mổ, thời gian nằm viện

	Lớn nhất	Nhỏ nhất	Trung bình
Giữ dẫn lưu (ngày)	8	4	5,75 ± 1,282
Nằm viện (ngày)	26	74	46,88 ± 21,344

3.3. Đánh giá kết quả

- Tính chất sẹo vùng chuyển vạt, vùng lấy vạt:

Kết quả sau 3 tháng cho thấy tại vị trí lấy vạt: 100% bệnh nhân để lại sẹo phẳng; đối với vùng chuyển vạt che phủ thì cũng gặp sẹo phẳng ở hầu hết các bệnh nhân, chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân liền kỳ 2 không nằm trong đánh giá.

Kết quả sau 6 tháng đánh giá trên 6 bệnh nhân đủ điều kiện và thời gian theo dõi :100% bệnh nhân để lại sẹo phẳng.

- Đánh giá kết quả điều trị sau 3, 6 tháng:

Đánh giá kết quả sau 3 tháng: Vùng nhận vạt đạt mức độ tốt ở 7/8 bệnh nhân, 1 bệnh nhân toác vết mổ phải phẫu thuật lần 2 đạt mức độ trung bình. Đối với vùng

lấy da và vùng lấy vạt đều ghi nhận kết quả tốt 100%.

Đánh giá kết quả sau 6 tháng: Tất cả các bệnh nhân ghi nhận kết quả tốt đạt 100%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng tổn thương lớn thành ngực

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,13 ± 12,426 tuổi kết quả cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Phan Ngọc Khóa (2011), Hoàng Thanh Tuấn (2020) [2], [3], và cũng cao hơn tuổi trong các nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới như Kurul S. và cộng sự (1997) là 55 tuổi; của Delanian S. và cộng sự là 59 tuổi. Điều này cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu cũng như nhóm sau điều trị ung thư đều thuộc lứa tuổi trung niên, đây là nhóm có nguy cơ mắc ung thư cao, có sức đề kháng yếu. Tuổi là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của ung thư nói chung, tỷ lệ phát hiện ung thư mới ở các nước phát triển đa số từ 45 - 75 tuổi.

- Nguyên nhân gây nên tổn thương

Trong nghiên cứu ghi nhận 5/8 bệnh nhân loét sau điều trị ung thư vú, 2 bệnh nhân tổn thương sau bỏng điện cao thế và 1 bệnh nhân loét ung thư hóa. Đây đều là

những nguyên nhân thường gặp gây ra các tổn khuyết thành ngực lớn yêu cầu phải tạo hình phục hồi lại hình thể, chức năng cũng như thẩm mỹ [1].

- Mức độ và độ sâu tổn thương

Khi đánh giá độ sâu của ổ loét, chúng tôi thu được kết quả: Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đã tổn thương sâu tới xương. Điều này cho thấy, tổn thương không chỉ phát triển về chiều rộng mà còn phát triển sâu xuống dưới. Lý giải điều này, đối với các bệnh nhân loét sau xạ trị: Trong nghiên cứu của mình năm 2016, Wei K. C. và cộng sự [5] cho rằng, chiều sâu của tia xạ tác động tới 2cm dưới bề mặt da, do đó tổn thương do xạ trị không chỉ ở lớp da mà còn ở dưới lớp da như cân, cơ, xương và các cơ quan bên dưới.

Ngoài ra nguyên nhân bỏng điện cao thế với điện năng lớn chuyển thành nhiệt năng và hiệu ứng đục lỗ sẽ gây nên những tổn thương sâu tới cơ, xương; thậm chí tổn thương tới cả các tạng [6]. Tổn thương dù do nguyên nhân nào đều có xu hướng tiến triển ngày càng sâu hơn theo thời gian, nếu không được phẫu thuật kịp thời.

4.2. Ứng dụng vật cơ lưng rộng che phủ điều trị tổn khuyết lớn thành ngực

4.2.1. Cơ sở lựa chọn vật cơ lưng rộng

Cơ lưng rộng là một trong những cơ lớn nhất nhất trên cơ thể, được cấp máu theo phân loại của Mathes và Nahai với một nguồn cấp máu chủ yếu là từ động mạch ngực lưng và các nguồn cấp máu thứ yếu từ các nhánh của các động mạch liên sườn sau. Chúng tôi ưu tiên sử dụng vật cơ lưng rộng trong tái tạo các tổn khuyết lớn vùng ngực bởi các lý do sau:

- Về đặc điểm tổn thương:

Các tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là các tổn thương di chứng sau xạ trị điều trị ung thư vú, một số trường hợp do bỏng điện cao thế. Đặc điểm của loại tổn thương:

+ Tổn thương nhiều lớp giải phẫu, nhiều hoại tử rải rác, tổn thương sâu rộng, có thể xử trí không hết được tổn thương. Đòi hỏi phải có một chất liệu tạo hình có kích thước lớn, đồng thời được tưới máu mạnh mẽ nhằm giúp tái tạo khả năng tưới máu tại chỗ, phối hợp với điều trị kháng sinh toàn thân nhằm đề kháng lại tình trạng nhiễm trùng tại chỗ. Chính vì vậy, các vật cơ luôn được ưu tiên sử dụng do khả năng tưới máu mạnh mẽ trong cấu trúc giải phẫu mạch máu của cơ.

+ Tổn thương sau xử trí có kích thước lớn, có sự khác biệt đáng kể giữa kích thước tổn thương trước và sau xử trí. Để che phủ một tổn thương có kích thước rộng và hình dạng tổn thương không đồng nhất như vậy, yêu cầu một vật cơ có kích thước lớn, đồng thời cơ giãn linh hoạt để đảm bảo che phủ các tổn khuyết kể trên. Vật cơ lưng rộng là ưu tiên hàng đầu khi lựa chọn chất liệu tạo hình che phủ các tổn khuyết này.

- Kích thước cơ lưng rộng:

Cơ lưng rộng là một trong những cơ có kích thước lớn nhất cơ thể, bao phủ một diện tích lớn vùng lưng, có cuống mạch nuôi hằng định. Có thể sử dụng cơ dạng tự do hoặc dạng cuống liền. Tác giả Lê Văn Đoàn [7] trong luận án của mình đã sử dụng vật cơ lưng rộng với kích thước tối đa tới 20 x 30cm để che phủ khuyết hồng phần mềm chi dưới. Với kích thước lớn như vậy, thậm chí, vật cơ lưng rộng còn đủ che phủ cả một nửa thành ngực tính về chiều rộng của cơ thể.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy vật có chiều dài lớn nhất 29cm, chiều rộng lớn nhất 26cm. Đây là một kích thước rất lớn mà hầu như chỉ có cơ lưng rộng mới đủ khả năng để che phủ.

- Về đặc điểm giải phẫu cấp máu của cơ lưng rộng:

Cuống mạch luôn có 1 ĐM và 1 TM hằng định. Khi nghiên cứu về giải phẫu cuống mạch ngực lưng cơ lưng rộng ở người Việt Nam trưởng thành. Tác giả Nguyễn Doãn Tuất năm 2002 [8] nhận thấy: Cuống mạch chính của vật cơ lưng rộng là bó mạch thần kinh ngực lưng. Bó mạch này gồm các thành phần: một động mạch ngực lưng, một tĩnh mạch ngực lưng và có một thần kinh ngực lưng đi kèm. Vật cơ lưng rộng cũng là vật có cuống mạch dài (chiều dài trung bình của cuống mạch là 8,08cm) thích hợp khi xoay để che phủ tổn thương vùng ngực cùng bên. Như vậy có thể khẳng định hệ thống mạch máu cấp máu cho cơ lưng rộng rất hoàn chỉnh và hằng định, đây là cơ sở giúp thiết kế vật thuận lợi và an toàn.

- Về tương quan vị trí cơ lưng rộng với thành ngực trước:

Cơ lưng rộng có vị trí lân cận với vùng ngực, có thể xoay dễ dàng để che phủ hầu hết các tổn khuyết trên thành ngực trước. Do có cuống mạch hằng định và kích thước lớn, việc xoay cơ dễ dàng và không gây nên tình trạng “cộm” ở vùng nách cùng bên.

- Vật có độ dày vừa phải:

Độ dày trung bình là 0,8cm [4], mạng lưới mạch máu trong cơ phong phú, do đó có sức sống tốt, thích hợp để điều trị tổn khuyết còn nhiễm khuẩn, nuôi dưỡng kém.

- Chức năng cơ lưng rộng:

Cơ lưng rộng đảm nhiệm chức năng khép và xoay cánh tay ra ngoài, tuy nhiên,

theo Lamberty B.G.H và Cormark G.C mất chức năng cơ sau khi lấy vật là không đáng kể. Trừ những người có nghề nghiệp liên quan đến leo trèo hoặc các vận động viên leo núi, bơi lội, cử tạ... với những người còn lại việc lấy vật cơ lưng to ảnh hưởng không đáng kể tới chức năng của khớp vai.

- Sử dụng dạng vật cơ:

Việc sử dụng vật cơ mà không lấy da trên vật giúp vùng cho vật nhanh liền do được khâu kín kỹ đầu, tránh gây nên tình trạng chậm liền vết thương hay thiếu hụt thể tích mô vùng cho vật như khi sử dụng cả da và cơ. Nơi lấy vật được khâu da trực tiếp, không cần phải ghép da, sẹo để lại ở vị trí không lộ của cơ thể nên dễ được chấp nhận. Qua kiểm tra 8 bệnh nhân sau mổ lấy cơ lưng to, chúng tôi không thấy trường hợp nào giảm chức năng vận động của khớp vai một cách rõ rệt, tất cả các bệnh nhân này đều trở lại công việc cũ tương tự kết quả nghiên cứu của Brumback R.J [10].

- Thời gian hồi phục:

Thời gian liền vết thương trung bình của vùng nhận vật là 26 ngày; trong số 8 vật có 1 vật hoại tử một phần do đó phải phẫu thuật kỳ 2 che phủ nên có thời gian liền vùng cho vật lớn nhất là 68 ngày; thời gian liền vật trung bình của vùng cho vật là 12,5 ngày và của vùng lấy da là 12,63 ngày.

Do vật cơ rộng, không bị căng kéo, khả năng bám dính của cơ xuống nền tổn thương tốt do đó dịch qua dẫn lưu ngâm dưới vật đến 2/3 chu vi của vật, dẫn lưu có nhiều lỗ nhỏ ở nhiều hướng khác nhau giúp cho việc dẫn lưu vết mổ tốt hơn. Thời gian dẫn lưu được tính đến khi còn < 5ml/24h. Thời gian dẫn lưu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,75 \pm 1,282$ ngày, lâu nhất trong 8 ngày ngắn

hơn rất nhiều so với khi dùng vật da cơ trong nghiên cứu của Hoàng Thanh Tuấn (2020) thời gian dẫn lưu kéo dài $11,7 \pm 6,2$ ngày [3].

4.2.2. Hiệu quả sử dụng vật cơ lưng rộng trong điều trị tổn khuyết thành ngực

*** Đánh giá vùng nhận vật:**

Trong nghiên cứu này, sau phẫu thuật 3 tháng chúng tôi theo dõi được trên 7 bệnh nhân và sau 6 tháng trên 6 bệnh nhân đều không có trường hợp nào loét tái phát. Vẫn cần tiếp tục theo dõi và hướng dẫn bệnh nhân các biện pháp dự phòng loét tái phát. Khác với các nghiên cứu khác sử dụng vật da - cơ để che phủ hoặc tái tạo thể tích vùng ngực, nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá về tình trạng liền vết thương, kết quả che phủ mà không đánh giá quá sâu về khả năng di động của vật.

Tình trạng sẹo sau mổ thời điểm 3 và 6 tháng sau phẫu thuật với đa số các vết mổ thường là giai đoạn sẹo phát triển phì đại hơn, sẹo nổi gồ lên bề mặt da, ngứa và kích thích nhiều. Tuy nhiên, trong nghiên cứu, sau 3 và 6 tháng không ghi nhận trường hợp nào có sẹo phì đại, sẹo lồi. Tất cả các bệnh nhân đều có sẹo phẳng. Điều này cho thấy các tổ chức xung quanh tổn thương do xạ trị hay do bỏng điện khả năng tái tạo và tăng sinh tổ chức chưa phục hồi hoàn toàn, khả năng tăng sinh tân mạch kém nên không có tình trạng sẹo bị quá phát sau phẫu thuật.

*** Đánh giá vùng cho vật:**

Tại vùng cho vật là tỷ lệ xảy ra các biến chứng tại chỗ, đây là tiêu chí quan trọng nhằm thể hiện tính ưu việt của dạng vật cơ khi so sánh với dạng vật da - cơ. Trong nghiên cứu, vùng cho vật không xảy ra các biến chứng như toác vết mổ, tụ dịch, tụ

máu, chậm liền thương. Điều này khác biệt hoàn toàn khi so sánh với vùng cho vật ở dạng vật da- cơ lưng rộng.

*** Đánh giá vùng lấy da:**

Đây là vị trí đánh giá khác biệt khi so sánh với dạng vật da - cơ. Để đảm bảo yêu cầu điều trị, vùng lấy da cần phải được biểu mô hóa tốt, tổn thương tương đương với bỏng độ II, III nông, có thể tự biểu mô và liền hoàn toàn trong 2 tuần.

5. KẾT LUẬN

Vật cơ lưng rộng với nhiều ưu điểm về diện tích lớn, cuống mạch ngực lưng và cung quay lớn do có cuống mạch dài và tương đối ổn định, vùng lấy vật khâu kín kỹ đầu đảm bảo thẩm mỹ và chức năng. Vật cơ lưng rộng luôn chất liệu tốt trong tạo hình tổn khuyết thành ngực, phục hồi sớm giải phẫu và chức năng các cơ quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ma X., Jin Z., Li G.. et al (2017).** Classification of chronic radiation-induced ulcers in the chest wall after surgery in breast cancers. *Radiation oncology*.12 (1): 1-6.
2. **Phan Ngọc Khóa (2011).** Bước đầu đánh giá kết quả điều trị loét thành ngực do xạ trị bằng vật da cơ lưng to cuống liền. *Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.*
3. **Hoàng Thanh Tuấn (2020).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và phẫu thuật điều trị tổn thương da do xạ trị, *Luận án Tiến sỹ Y học, Học Viện Quân Y.*
4. **Wei K.-C., Yang K.-C., Chen L.-W.. et al (2016).** Management of fluoroscopy-induced radiation ulcer: One-stage radical excision and immediate reconstruction. *Scientific reports*.6 (1): 1-6.
5. **Học Viện Quân Y (2018)** Giáo trình Bỏng. *Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.*

6. **Đoàn L. V. (2002).** *Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng lâm sàng vật cơ, da - cơ lưng to trong điều trị khuyết hồng lớn ở chi dưới*, Học Viện Quân Y.
7. **Nguyễn Roãn Tuất. (2011).** *Nghiên cứu giải phẫu cuống mạch ngực lưng và ứng dụng vật da cơ lưng to cuống liền trong tạo hình khuyết phần mềm thành ngực*.
8. **Nguyễn Huy Phan (1999).** *Kỹ thuật vi phẫu mạch máu - thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng. Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội.*
9. **Brumback R. J., McBride M. and Ortolani N. (1992).** Functional evaluation of the shoulder after transfer of the vascularized latissimus dorsi muscle. *J.BJS.74 (3): 377-382.*

HÌNH ẢNH MINH HỌA

1. Bệnh nhân: Phạm Thị L., 57t. SBA: 0708



Hình 1. Trước phẫu thuật



Hình 2. Tổn khuyết sau cắt lọc ổ loét



Hình 3. Thiết kế vết cơ lưng rộng



Hình 4. Sau PT che phủ bằng vật cơ và ghép da che phủ cơ



Hình 5. Vùng lấy vạt khâu kín kỹ đầu



Hình 6. Sau phẫu thuật 6 tháng vùng nhận vạt