

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ XẠ TRỊ BỀ MẶT KẾT HỢP PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ SẸO LOÉT UNG THƯ HÓA SAU BỎNG

Nguyễn Lê Hùng<sup>1</sup>, Vũ Quang Vinh<sup>2</sup>, Hồ Xuân Lệ<sup>3</sup>, Lê Đức Phúc<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Học viện Quân y

<sup>2</sup>Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác

<sup>3</sup>Phòng Quân y, Cục Hậu Cần/Quân khu IV

<sup>4</sup>Bệnh viện Quân y 109

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá bước đầu hiệu quả xạ trị bề mặt kết hợp phẫu thuật trong điều trị sẹo loét ung thư hóa sau bỏng.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 10 Bệnh nhân được chẩn đoán sẹo loét ung thư hóa, có chỉ định điều trị và đồng ý phẫu thuật kết hợp xạ trị bề mặt từ tháng 10/2020 đến tháng 9/2022 tại Trung tâm PTTH TM & TT - Bệnh viện Bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác.

**Kết quả:** Bước đầu điều trị với phương pháp xạ trị bề mặt kết hợp phẫu thuật ghép da mỏng trên 9 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy và chuyển vạt đối với 1 bệnh nhân ung thư tế bào đáy. Da ghép và vạt da sống hoàn toàn.

**Kết luận:** Phương pháp xạ trị bề mặt kết hợp phẫu thuật cho thấy kết quả bước đầu khả quan, tất cả các bệnh nhân đều không còn phát hiện dấu hiệu xâm lấn của tế bào ung thư sau tối đa 2 liệu trình xạ trị, đặc biệt tổn thương loét ung thư hóa chưa xâm lấn sâu.

**Từ khoá:** Sẹo loét ung thư, xạ trị bề mặt

### ABSTRACT

**Aim:** To evaluate initially the effectiveness of superficial radiation therapy combined with surgery in treating post-burn ulcer scars.

**Patients and methods:** 10 patients were diagnosed with Marjolin's ulcer post-burn, with treatment by surgery in combination with superficial radiation therapy from October 2020 to September 2022 at the Plastic Surgery Department - of Le Huu Trac National Burn Hospital.

---

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Lê Hùng, Bộ môn Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ & tái tạo, Học viện Quân y  
Email: drlehungnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/11/2022; Ngày phản biện: 17/1/2023, Ngày duyệt bài: 20/1/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.5.2022.173>

**Results:** Initially treated with superficial radiation therapy combined with skin graft surgery in 9 patients with squamous cell carcinoma and flap transfer for 1 patient with basal cell carcinoma. Skin graft and flap survived completely.

**Conclusion:** Superficial radiation therapy combined with surgery showed positive initial results; all patients no longer detected signs of cancer cell invasion after up to 2 radiotherapy procedures, especially deeply non-invasive Marjolin ulcer lesions.

**Keywords:** Marjolin ulcer, superficial radiation therapy

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u ác tính phát sinh trong vết sẹo bỏng được Celsus mô tả vào thế kỷ thứ nhất sau Công nguyên. Năm 1828, Marjolin đã mô tả vết loét mãn tính bắt nguồn từ các mô sẹo. Vào năm 1903, Da Costa đã đưa ra thuật ngữ “loét Marjolin” để mô tả sự thay đổi ác tính của các vết sẹo trên da, đặc biệt là vết sẹo bỏng. Tỷ lệ ác tính hóa của các vết sẹo là 0,77 - 2% [1], [2]. Tuy tỉ lệ sẹo tiến triển thành loét Marjolin hay ung thư hóa không cao, nhưng nếu không có phương pháp phòng ngừa và điều trị thích hợp thì có tỉ lệ di căn và tử vong tương đối cao.

Máy xạ trị SRT-100 của hãng Sensus Healthcare đã được FDA chấp thuận sử dụng an toàn và hiệu quả cho người bệnh trong điều trị sẹo lồi và ung thư da. Máy có tác dụng cung cấp một lượng phóng xạ để tiêu diệt khối u, hạn chế tối đa ung thư da tái phát và ít gây tổn thương mô lành xung quanh ở mức thấp nhất [3].

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: Đánh giá bước đầu hiệu quả xạ trị bề mặt kết hợp phẫu thuật trong điều trị sẹo loét ung thư hóa sau bỏng.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

10 Bệnh nhân được chẩn đoán sẹo loét ung thư hóa, có chỉ định điều trị và

đồng ý phẫu thuật kết hợp xạ trị bề mặt từ tháng 10/2020 đến tháng 9/2022 tại Trung tâm PTTH TM & TT - Bệnh viện Bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu thăm khám xác định tuổi, giới, nghề nghiệp, các bệnh lý toàn thân kết hợp. Các phương pháp đã điều trị. Sinh thiết, phẫu thuật, xạ trị và theo dõi đánh giá kết quả.

#### \* Quy trình kỹ thuật

Bước 1: Thăm khám lâm sàng tại chỗ ổ loét, dự kiến thiết kế vùng phẫu thuật

Bước 2: Sinh thiết chẩn đoán xác định mô bệnh học ổ loét



Hình 2.1. Sẹo loét được điều trị bằng xạ trị bề mặt

Hình 2.1. Thiết kế vùng phẫu thuật

\*Nguồn: bệnh nhân Nguyễn Thị H., 60T, SBA: 22003034

Bước 3: Phẫu thuật thì 1 (cắt bỏ tổn thương rộng rãi và che phủ tạm thời)

- Tiến hành phẫu thuật cắt rộng tổn thương, cắt ngoài các bờ tổn thương từ 2 - 3cm.

- Che phủ tổn thương tạm thời bằng ghép da mỏng tự thân hoặc đồng loại.



**Hình 2.2. Phẫu thuật cắt rộng, ghép da che phủ tạm thời**

\* Nguồn: bệnh nhân Nguyễn Thị H., 60T, SBA: 22003034

- Làm giải phẫu bệnh các vùng tổn thương.

- Làm giải phẫu bệnh 3 vị trí của tổn thương sẹo loét được cắt bỏ (vùng trung tâm, vùng ngoại vi, vùng bờ rìa).



**Hình 2.3. Giải phẫu bệnh ba vị trí**

\* Nguồn: bệnh nhân Nguyễn Thị H., 60T, SBA: 22003034

Bước 4: Xạ trị chu trình thứ nhất

- Tiến hành chiếu xạ sau phẫu thuật 3 ngày.

- Sử dụng bảng phân đoạn TDF chuẩn trong khoảng từ 90 - 110, tối ưu 100.

- Sơ đồ phân đoạn chung:

380cGy mỗi phần / 3 lần một tuần / 12 tổng số phân đoạn / tổng liều 4560 cGy / TDF = 98.

380 cGy mỗi phần / 2 lần một tuần / 13 tổng số phân đoạn / tổng liều 4940 cGy / TDF = 100.

320cGy mỗi phần / 3 lần một tuần / 16 tổng số phân đoạn / tổng liều 5120cGy / TDF = 100.

- Ưu tiên sử dụng liều chiếu: 380cGy mỗi phần/ 3 lần một tuần / 12 tổng số phân đoạn / tổng liều 4560 cGy / TDF = 98.

- Chiếu vào ngày thứ 2, 4, 6 hàng tuần và thay băng vết thương hàng ngày.

\* Đánh giá mô bệnh học sau xạ trị chu trình thứ nhất.

Sinh thiết tại 3 vị trí (trung tâm, ngoại vi, bờ rìa), để 3 mẫu bệnh phẩm vào 3 lọ đựng bệnh phẩm riêng biệt và làm giải phẫu bệnh để đánh giá kết quả sau xạ trị lần thứ nhất.

Nếu kết quả giải phẫu bệnh âm tính, chúng tôi đánh giá là không còn dấu hiệu xâm lấn và kết thúc qua trình xạ trị.

Nếu còn dấu hiệu xâm lấn của tế bào ung thư thì tiến hành xạ trị lần hai với các bước tương xạ trị tương tự như lần thứ nhất.

Bước 5: Xạ trị chu trình thứ hai

Áp dụng bổ sung cho những bệnh nhân đã kết thúc chu trình xạ trị thứ nhất nhưng kết quả giải phẫu bệnh vẫn còn tế bào ung thư.

Ưu tiên tăng liều chiếu xạ ở chu trình xạ thứ hai nhưng vẫn trong ngưỡng TDF từ 90 - 110 theo hướng dẫn

Sử dụng liều chiếu: 480cGy mỗi phân / 3 lần một tuần / 8 tổng số phân đoạn / tổng liều 3840cGy / TDF = 93

Mức năng lượng: 50kV

\* Đánh giá mô bệnh học sau xạ trị lần thứ hai

Sinh thiết tại 3 vị trí (trung tâm, ngoại vi, bờ rìa), để 3 mẫu bệnh phẩm vào 3 lọ đựng bệnh phẩm riêng biệt và làm giải phẫu bệnh để đánh giá kết quả sau xạ trị lần thứ hai.

- GPB âm tính

Sau khi xác định không còn tế bào ung thư trên diện cắt thì tiến hành che phủ tổn thương bằng các phương pháp: Ghép da dày toàn lớp, ghép da mỏng hoặc chuyển

vật che phủ tùy thuộc vào vị trí, tình trạng của tổn thương.

- GPB dương tính

Nếu còn dấu hiệu xâm lấn của tế bào ung thư thì hội chẩn và chuyển phương pháp điều trị cho bệnh nhân.

Bước 5.1: Phẫu thuật thi 2 (Phẫu thuật cắt lọc hoại tử và che phủ lành vết thương)

- Sau khi có kết quả giải phẫu bệnh âm tính sau xạ trị bề mặt

- Tiến hành phẫu thuật cắt lọc tổ chức hoại tử sau xạ trị bề mặt

- Ghép da mảnh tự thân hoặc chuyển vật da che phủ tổn khuyết



**Hình 2.5. Phẫu thuật cắt lọc hoại tử và che phủ lành vết thương**

\* Nguồn: Bệnh nhân Nguyễn Thị H., 60T, SBA: 22003034

\* Đánh giá kết quả dựa trên các tiêu chí sau:

- Kết quả giải phẫu bệnh sau khi kết thúc liệu trình chiếu xạ.

Kết quả giải phẫu bệnh ở 3 vị trí (Trung tâm, Ngoại vi, Bờ rìa).

- Tình trạng của mảnh da ghép hoặc vạt da: Sống hoàn toàn, hoại tử 1 phần, hoại tử toàn bộ.

- Tình trạng vết thương: Liên tốt kì đầu, chậm liền cần ghép da bổ sung.

- Thời gian điều trị nội trú: Thống kê thời gian điều trị nội trú của các bệnh nhân.

- Đánh giá kết quả gần 3 tháng: Tình trạng loét tái phát, thay đổi của vùng da ghép.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Tác nhân gây sẹo và nhóm tuổi bệnh nhân**

Tác nhân gây sẹo	Độ tuổi				Tổng
	< 18	18 - 45	46 - 60	> 60	
Bỏng nhiệt	0	2	1	3	6
Bỏng hóa chất	0	0	2	0	2
Tai nạn	0	0	0	1	1
Bệnh lý khác	0	0	0	1	1
Tổng	0	2	3	5	10

*Nhận xét:* Đánh giá sự liên quan giữa tác nhân gây sẹo và độ tuổi sử dụng kiểm định Fisher's Exact,  $p = 0,476 > 0,05$ . Như vậy không có mối liên quan giữa tác nhân gây sẹo và độ tuổi của bệnh nhân.

**Bảng 3.2. Thời gian xuất hiện loét trên nền sẹo**

Tác nhân gây sẹo	Thời gian xuất hiện loét (năm)
Bỏng nhiệt	35,8 ± 22,7
Bỏng hóa chất	24 ± 22,6
Tai nạn	6
Bệnh lý khác	0,25
Tổng	26,9 ± 22,9

*Nhận xét:* Thời gian hình thành vết loét trên nền sẹo trung bình là 26,9 ± 22,9 năm. Thời gian ngắn nhất là 03 tháng. Thời gian dài nhất là 60 năm.

**Bảng 3.3. Vị trí và kích thước ổ loét**

Vị trí vết loét	Số lượng BN	Kích thước trung bình (cm <sup>2</sup> )
Chi dưới	8	59 ± 64,4
Đầu mặt cổ	1	20
Ngực bụng lưng	1	70

*Nhận xét:* Vị trí ổ loét chủ yếu ở chi dưới chiếm tỷ lệ 80%, sau đó là vị trí đầu mặt cổ và ngực bụng lưng với cùng tỉ lệ là 10%. Kích thước ổ loét trung bình là 56,2 ± 58,3 cm<sup>2</sup>. Nhỏ nhất là 8cm<sup>2</sup>, lớn nhất là 200cm<sup>2</sup>

**Bảng 3.4. Thời gian từ khi xuất hiện loét đến khi vào viện**

Thời gian từ khi xuất hiện loét đến khi vào viện (tháng)	< 6	6 - 12	> 12
Số lượng bệnh nhân	8	2	0
%	80	20	0
Trung bình	4,1 ± 3,4		

*Nhận xét:* Thời gian trung bình từ khi phát hiện vết loét đến khi vào viện là 4,1 ± 3,4 tháng. Nhanh nhất là 01 tháng, chậm nhất là 12 tháng. Có 80% bệnh nhân vào viện trong vòng 6 tháng kể từ khi xuất hiện loét. Có 90% bệnh nhân vào viện sau khi phát hiện loét trên 1 tháng.

**Bảng 3.5. Tác nhân gây sẹo và mô bệnh học**

Tác nhân gây sẹo		Mô bệnh học		Tổng
		SCC	BCC	
Bỏng	Bỏng nhiệt	6	0	8
	Bỏng hóa chất	2	0	
Khác	Tai nạn	1	0	2
	Bệnh lý khác	0	1	
Tổng		9	1	

SCC: Ung thư biểu mô tế bào vảy

BCC: Ung thư biểu mô tế bào đáy

*Nhận xét:* Trong nhóm bệnh nhân có tác nhân gây sẹo là bỏng tất cả đều có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy. Trong nhóm các bệnh nhân có tác nhân gây sẹo khác có 1 trường hợp ung thư biểu mô tế bào vảy và 1 trường hợp ung thư biểu mô tế bào đáy.

**Bảng 3.6. Phương pháp che phủ sau phẫu thuật thì hai**

Phương pháp che phủ	Ghép da	Chuyển vạt
Chi dưới	8	0
Đầu mặt cổ	0	1
Ngực bụng lưng	1	0
Tổng	9	1

*Nhận xét:* Có 9 bệnh nhân ghép da mỏng tự thân và 1 bệnh nhân chuyển vạt tại chỗ sau xạ trị (phẫu thuật vùng đầu mặt cổ).

**Bảng 3.7. Tình trạng vạt da ghép**

Phương pháp che phủ	Ghép da		Chuyển vạt	
	Sống	Hoại tử một phần	Sống	Hoại tử một phần
Chi dưới	5	3	0	0
Đầu mặt cổ	0	0	1	0
Ngực bụng lưng	0	1	0	0
Tổng	5	4	1	0

*Nhận xét:* Kết quả vạt da ghép của 6 bệnh nhân sống hoàn toàn chiếm 60%, vạt da ghép của 4 bệnh nhân có tình trạng hoại tử một phần chiếm 40%.

**Bảng 3.8. Kết quả tái phát**

Kết quả gần	Đã tái phát	Chưa tái phát
Chi dưới	3	5
Đầu mặt cổ	0	1
Ngực bụng lưng	1	0
Tổng	4	6

*Nhận xét:* Kết quả có 6 bệnh nhân chưa phát hiện tái phát sau 03 tháng chiếm tỉ lệ 60%, 4 bệnh nhân đã tái phát chiếm tỉ lệ 40%.

**Bảng 3.9. Mối liên quan giữa mức độ xâm lấn và sự tái phát**

	Đã tái phát	Chưa tái phát	Tổng
Không xâm lấn sâu	1	6	7
Xâm lấn sâu	3	0	3
Tổng	4	6	10

*Nhận xét:* Kết quả có 7 bệnh nhân có ổ loét không xâm lấn sâu, trong đó có 06 bệnh nhân chưa phát hiện loét tái phát sau 03 tháng chiếm tỉ lệ 85,7%, 1 bệnh nhân đã tái phát chiếm tỉ lệ 14,3%. Có 3 bệnh nhân xâm lấn sâu đều tái phát trong vòng 03 tháng.

## 4. BÀN LUẬN

### 3.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng

Trong nghiên cứu của tôi, tuổi trung bình của các bệnh nhân là 61,1, nhỏ nhất là 36, lớn nhất là 91. Tại Việt Nam, trong nghiên cứu của Lê Thế Trung năm 1989 đã tách các bệnh nhân thành hai nhóm là

nhóm di chứng bỏng thời bình và bỏng chiến tranh với độ tuổi trung bình lần lượt là 56,3 và 47,7 [4].

Về tác nhân gây sẹo, trong nghiên cứu của tôi tác nhân gây sẹo chính là do bỏng với tỉ lệ 80%. Trong đó bỏng lửa chiếm 60%, bỏng hóa chất chiếm 20%. Điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới về tác nhân sẹo bỏng lửa chiếm phần lớn trong số các bệnh nhân loét Marjolin. Khan K. đưa ra tỉ lệ 75% [1].

Thời gian hình thành vết loét trên nền sẹo hay thời gian tiềm tàng trong nghiên cứu này trung bình là 26,9 năm, ngắn nhất là 03 tháng, dài nhất là 60 năm. Theo Abdi M.A. tổng hợp các báo cáo trên 599 bệnh nhân thì thời gian này trung bình là 28 năm [5].

Vị trí ổ loét chủ yếu ở chi dưới chiếm tỷ lệ 80%, sau đó là vị trí đầu mặt cổ và thân mình với cùng tỉ lệ là 10%. Tỉ lệ này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Trong nghiên cứu của tác giả Lê Thế Trung vị trí thường gặp nhất là vị trí khoeo [4]; Khan K. thì tổng hợp rằng vị trí thường xảy ra nhất ở chi dưới (53,3%, và trong một trường hợp là 81,5%), đặc biệt là bàn chân [1]; Saaiq M. và Ashraf B. cũng cho rằng vị trí thường gặp nhất là chi dưới [2]. Kích thước ổ loét trung bình là  $56,2 \pm 58,3 \text{ cm}^2$ . Nhỏ nhất là  $8 \text{ cm}^2$ , lớn nhất là  $200 \text{ cm}^2$ . Có 90% ổ loét có kích thước  $< 100 \text{ cm}^2$

Trong nghiên cứu này, thời gian trung bình từ khi phát hiện vết loét đến khi vào

viện là  $4,1 \pm 3,4$  tháng. Nhanh nhất là 01 tháng, chậm nhất là 12 tháng. Trong nghiên cứu của Chalya P.L. tại Tanzania trên 56 bệnh nhân, thời gian từ khi phát hiện loét đến khi bệnh nhân vào viện điều trị trung bình là 4 năm, tác giả cho biết nguyên nhân chính kéo dài thời gian này tại đó là vì vấn đề tài chính [6].

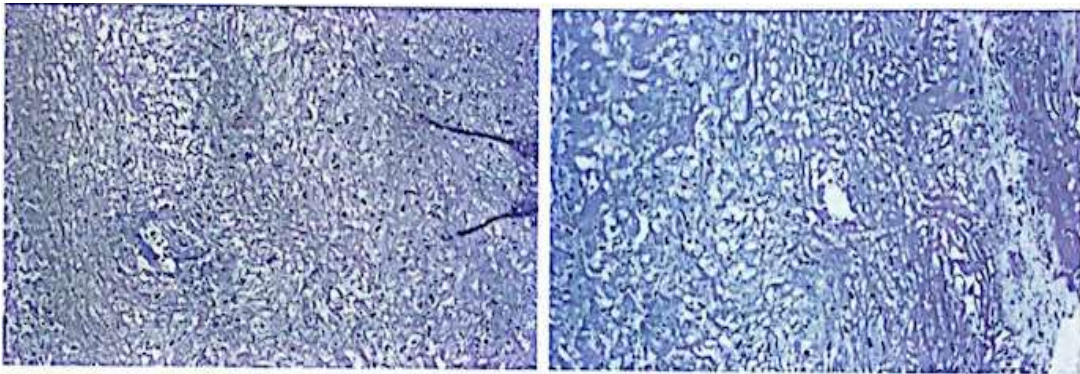
Trong nghiên cứu này kết quả mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm 90%, ung thư biểu mô tế bào đáy chiếm 10%. So sánh với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác: Trong nghiên cứu của tác giả Lê Thế Trung 100% các bệnh nhân là ung thư biểu mô tế bào gai (ung thư biểu mô tế bào vảy - SCC) [4]; Trong báo cáo tổng hợp của Abdi M.A. trên 599 bệnh nhân thấy rằng ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm tới 92% [5].

#### 4.2. Kết quả sử dụng xạ trị bề mặt kết hợp phẫu thuật điều trị

Trong số 10 bệnh nhân thì có 9 bệnh nhân không phát hiện tế bào ung thư trong kết quả mô bệnh học sau chu trình xạ thứ nhất, chiếm tỷ lệ 90%. Có 1 bệnh nhân phát hiện còn tế bào ung thư sau xạ trị lần thứ nhất chiếm tỉ lệ 10%.

Có thể thấy với liều chiếu xạ cơ bản 380 cGy mỗi phần / 3 lần một tuần / 12 tổng số phân đoạn / tổng liều 4560 cGy / TDF =98, năng lượng 50kV như hướng dẫn dành cho ung thư da tế bào đáy và ung thư da tế bào vảy, kết quả sinh thiết sau xạ trị là khả quan.





**Hình 4.2. Tổ chức hoại tử sau ung thư sau xạ trị chu trình**

\*Nguồn: bệnh nhân Nguyễn Thị C. 82T, SBA: 22005224

**\* Phương pháp che phủ tổn khuyết tạm thời ở phẫu thuật thì 1**

Với phẫu thuật thì 1 (cắt rộng tổn thương và che phủ tạm thời), có 5 bệnh nhân được sử dụng mảnh da mỏng tự thân để che phủ tạm thời, tuy nhiên sau khi tiến hành chiếu xạ nông nhóm nghiên cứu thấy rằng dưới tác dụng của xạ trị bề mặt tất cả các mảnh da ghép đều hoại tử. Để tiết kiệm da ghép cho bệnh nhân cũng như giảm cảm giác đau khó chịu khi cần phải lấy da hai lần, nhóm nghiên cứu đã chuyển sang dùng mảnh da mỏng đồng loại để che phủ tạm thời với 5 bệnh nhân còn lại.

Nhóm nghiên cứu nhận thấy dùng mảnh da mỏng đồng loại để che phủ tạm thời có nhiều ưu điểm cho bệnh nhân: Rút ngắn thời gian phẫu thuật thì 1, giảm đau đớn cho bệnh nhân, tiết kiệm da ghép, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật thì 2 khi có vùng lấy da rộng và thoải mái hơn

**\* Phương pháp che phủ vết thương ở phẫu thuật thì 2**

Các bệnh nhân sau điều trị đều được che phủ tổn khuyết bằng phương pháp ghép da tự thân hoặc chuyển vạt tại chỗ, trong số 10 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 9 bệnh nhân được ghép da tự thân

và 1 bệnh nhân được che phủ tổn khuyết bằng chuyển vạt tại chỗ.

Với tổn khuyết vùng đầu mặt cổ nhóm nghiên cứu ưu tiên dùng vạt đòn dầy tại chỗ để che phủ để đảm bảo thẩm mỹ và chức năng, giúp vết thương nhanh hồi phục, khắc phục tình trạng co kéo sau này của ghép da mảnh.

Với các tổn khuyết cần diện tích che phủ lớn nhóm nghiên cứu ưu tiên sử dụng mảnh da mỏng tự thân để che phủ vì có thể dễ lấy da diện tích lớn, che phủ được diện tích lớn, dễ thay băng chăm sóc hàng ngày và có thể ghép da bổ sung nếu cần.

**4.3. Đánh giá kết quả điều trị**

Đánh giá tình trạng 9 bệnh nhân sử dụng mảnh da ghép sau điều trị có 6 bệnh nhân mảnh da ghép da sống hoàn toàn chiếm tỉ lệ 66,7%, có 3 bệnh nhân mảnh da ghép bị hoại tử một phần chiếm tỉ lệ 33,3%. Có 1 bệnh nhân có tổn khuyết vùng đầu mặt cổ được sử dụng vạt da đòn dầy tại chỗ thì không có hiện tượng hoại tử vạt da. Trong nghiên cứu của Vũ Thái Hà ở nhóm phẫu thuật cắt rộng (60 bệnh nhân) thì có 1 bệnh nhân có biến chứng hoại tử đầu xa vạt [7]; tỉ lệ này thấp hơn



nhieu so với tỉ lệ sống của mảnh da ghép trong nghiên cứu của tôi, điều này có thể do sau khi xạ trị bề mặt, vùng tổn thương dày và bề mặt tổn thương trơ, đây cũng là khó khăn cho việc ghép da nên vật da ghép khó bám sống hơn.

Các bệnh nhân có mảnh da ghép hoại tử 1 phần đều được cắt lọc hoại tử, ghép da bổ sung và thay băng chăm sóc hàng ngày và đều có kết quả tốt.

*\* Kết quả sau 3 tháng*

Trong thời gian 3 tháng sau khi ra viện có 4 bệnh nhân trên tổng số 10 bệnh nhân loét tái phát chiếm 40%. Trong 4 bệnh

nhân loét tái phát có 3 bệnh nhân có tình trạng ổ loét xâm lấn sâu vào cơ. Sự tái phát này có thể là do xạ trị bề mặt chỉ tập trung năng lượng ở nông trên bề mặt vùng chiếu xạ nên không thể xử lý hết được tế bào ung thư đã thâm nhiễm sâu ở phía dưới. Tình trạng loét tái phát cũng chủ yếu xuất hiện ở những bệnh nhân có diện tích ổ loét lớn, có thể thấy ổ loét lớn gây khó khăn trong việc điều trị hơn đáng kể so với những bệnh nhân có ổ loét nhỏ, khu trú nên việc phát hiện tình trạng loét ở giai đoạn sớm có ý nghĩa tích cực trong việc sơ loét ung thư hóa.



**Hình 4.5. Vạt da hồng, mềm mại**

*\*Nguồn: Bệnh nhân Lưu Thị N., 91T, SBA: 22002747*



**Hình 4.4. Da ghép bám sống tốt**

*\*Nguồn: Bệnh nhân Nguyễn Văn T., 58T, SBA: 22007071*

Với các bệnh nhân có ổ loét xâm lấn, thâm nhiễm sâu vào cơ rất khó khăn trong việc điều trị nên hội chẩn để tìm phương pháp khác để điều trị cho bệnh nhân. Chỉ định cắt cụt cũng là một phương án điều trị cân nhắc với những bệnh nhân có ổ loét xâm lấn sâu, dễ tái phát

## 5. KẾT LUẬN

Phương pháp xạ trị bề mặt kết hợp phẫu thuật cho thấy kết quả bước đầu là khả quan, tất cả các bệnh nhân đều không còn phát hiện dấu hiệu xâm lấn của tế bào ung thư sau tối đa 2 liệu trình xạ trị.

Phương pháp kết hợp xạ trị bề mặt và phẫu thuật trong điều trị sẹo loét ung thư hóa bước đầu cho thấy kết quả khả quan với những tổn thương loét ung thư hóa chưa xâm lấn sâu.

Tuy nhiên, nhược điểm của phương pháp là thời gian điều trị nội trú kéo dài, bệnh nhân phải phẫu thuật 2 lần và có khó khăn trong quá trình ghép da che phủ tổn khuyết.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khan K., Schafer C., Wood J., et al. (2020)**, Marjolin Ulcer: A Comprehensive Review. *Adv Skin Wound Care*, 33(12):629-634.
2. **Saaq M., Ashraf B. (2014)**, Marjolin's ulcers in the post-burned lesions and scars. *World J Clin Cases*, 2(10):507-514.
3. **Nestor M.S., Berman B., Goldberg D., et al. (2019)**, Consensus Guidelines on the Use of Superficial Radiation Therapy for Treating Nonmelanoma Skin Cancers and Keloids. *J Clin Aesthet Dermatol*. 12(2):12-18.
4. **Lê Thế Trung (1989)**, "Ung thư da trên nền sẹo bỏng", *Tạp chí Y học thực hành*, 6(283):14+6.
5. **Abdi M.A., Yan M., Hanna T.P. (2020)**, Systematic Review of Modern Case Series of Squamous Cell Cancer Arising in a Chronic Ulcer (Marjolin's Ulcer) of the Skin. *JCO Glob Oncol*, 6:809-818.
6. **Chalya P.L., Mabula J.B., Rambau P., et al. (2012)**, Marjolin's ulcers at a university teaching hospital in Northwestern Tanzania: a retrospective review of 56 cases. *World J Surg Oncol*, 10(38):1-8.
7. **Vũ Thái Hà (2018)**, *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố liên quan và kết quả điều trị ung thư da tế bào vảy bằng phẫu thuật*, Luận văn Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.