

## V. KẾT LUẬN

HXTĐT với Capecitabine trước phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau điều trị đạt 83,4%, tỷ lệ BN được PT triệt căn là 100% trong đó có 85,4% BN được PT bảo tồn cơ thắt hậu môn. Điều trị HXTĐT tiền phẫu cho bệnh nhân UTTT giai đoạn II, III là phương pháp điều trị an toàn và ít độc tính.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer** (2020), Globocan 2020: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2020.
2. **NCCN** (2019), Rectal Cancer, Clinical Practice Guidelines in Oncology.
3. **Kinjal Parikh, Albert S. DeNittis, Gerald Marks et al.,** (2019), "Neoadjuvant chemotherapy and high-dose radiation using intensity-modulated radiotherapy followed by rectal sparing TEM for distal rectal cancer", Journal of Radiation Oncology, 8(2), pp. 217-224.
4. **William Chapman, Hyun Kim, Philip Bauer et al.,** (2019), "Total neoadjuvant therapy with short course radiation compared to concurrent chemoradiation in rectal cancer", Journal of Clinical Oncology, 37(4\_suppl), pp. 468-486.
5. **Phạm Cẩm Phương** (2013), Đánh giá hiệu quả hoá xạ trị kết hợp Capecitabine trước mổ trong ung thư trực tràng thấp tiến triển tại chỗ, Luận văn Tiến sĩ y học, Chuyên ngành ung thư, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Hiếu, Lê Văn Quang, Bùi Công Toàn et al.,** (2018), "Đánh giá kết quả hóa xạ trị tiền phẫu trong ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn", Tạp chí khoa học công nghệ Việt Nam, 60(2), pp. 1-4.
7. **de Bruin AF, Nuyttens JJ, Ferenschild FT et al.,** (2008), "Preoperative chemoradiation with capecitabine in locally advanced rectal cancer", Neth J Med, 66(2), pp. 71-76.
8. **Nguyễn Xuân Kiên, Nguyễn Đình Châu, Nguyễn Thị Hà et al.,** (2017), "Đánh giá kết quả điều trị hóa xạ trị tiền phẫu với capecitabine ở bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển còn khả năng phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 12(9), pp. 135-140.

## ỨNG DỤNG VẬT DA CÂN THƯƠNG ĐÒN CÓ NỐI MẠCH VI PHẪU TẠI ĐẦU XA TRONG TẠO HÌNH SẸO DI CHỨNG BỎNG VÙNG CỔ

Tổng Thanh Hải\*, Vũ Quang Vinh\*, Trần Vân Anh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Che phủ khuyết rộng toàn bộ vùng cằm cổ, sử dụng nhánh xuyên tại đầu xa của vật da cân thương đòn nhằm tăng kích thước của vật là phương pháp hiệu quả, có tính ứng dụng cao. **Đối tượng và phương pháp:** 30 bệnh nhân có sẹo co kéo nặng vùng cổ được phẫu thuật sử dụng vật da cân thương đòn có nối vi phẫu tại đầu xa từ năm 2014 đến 2020. Vật được nối vi phẫu tại đầu xa sử dụng nhánh xuyên của động mạch cùng vai ngực sau khi phẫu tích vật nâng vật. **Kết quả:** Toàn bộ 30 vật da sống hoàn toàn, chiều dài vật đạt tối đa 28cm và chiều rộng tối đa 25cm. Theo dõi ở thời điểm 3 tháng sau mổ có 29/30 bệnh nhân (96,67%) hài lòng với kết quả sau mổ. Đánh giá ở thời điểm sau mổ 6 tháng, tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật. **Kết luận:** Vật da cân thương đòn có nối mạch vi phẫu tại đầu xa là lựa chọn tối ưu trong tạo hình các tổn khuyết rộng vùng cổ, đặc biệt là tạo hình sẹo di chứng bỏng.

**Từ khóa:** Vật da cân thương đòn, vật có nối mạch vi phẫu tại đầu xa

### SUMMARY

\**Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác*  
 Chịu trách nhiệm chính: Tổng Thanh Hải  
 Email: drtonghai@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 25/2/2021  
 Ngày phản biện khoa học: 12/3/2021  
 Ngày duyệt bài: 1/4/2021

### EXPANDING THE DIMENSIONS OF FLAP, SUPERCHARGING AT DISTAL PART OF FLAP WAS THE NEW POWERFUL PROCEDURE

**Purpose:** To expand the dimension of flap, supercharging at distal part of flap was the new powerful procedure. **Subjects and methods:** 30 patients suffered from severe contracture scar in neck region were operated by using supercharged supraclavicular flap between 2014 and 2020. The thoracoacromial vessel was choiced to anastomosis at distal part after flap elevation. **Results:** All of flaps were survived completely, the maximum dimension of flap was 28cm in length and 25cm in width. Following up at 3 months postoperation, twenty-nine of the 30 patients were satisfied with both the functional and aesthetic results. All patients were satisfied at 6 months after surgery. **Conclusion:** The supercharged supraclavicular flap was the optimized choice to reconstruct of neck region, especially for severe defects after burn.

**Keyword:** supraclavicular flap, supercharged supraclavicular flap

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vùng cổ là vùng có biên độ vận động rất lớn theo nhiều hướng khác nhau. Chính vì vậy, sau phẫu thuật chỉnh sửa sẹo, nguy cơ co kéo dễ có xu hướng tái phát. Thêm nữa, vùng cổ không chỉ là một vùng cần đảm bảo về chức năng mà còn rất quan trọng về mặt thẩm mỹ. Các vật da lân cận vùng cổ luôn là lựa chọn được ưu tiên hàng

đầu do sự lân cận về vị trí. Tuy vậy, hạn chế của các loại vật này kích thước của vật da còn hạn chế do phụ thuộc vào vùng cấp máu của vật nên chưa thể đáp ứng được những tổn khuyết rộng hết cả 1 đơn vị thẩm mỹ vùng cằm cổ[1].

Vật da cân thương đòn dạng trục của Lamberty (1979) mặc dù được nghiên cứu từ lâu nhưng phải đến những năm gần đây mới thực sự được ứng dụng trên lâm sàng. Dạng vật này đã góp phần giải quyết được nhiều hạn chế của nhiều phương pháp tạo hình khác, phần nào đáp ứng được yêu cầu tạo hình vùng cằm cổ đặc biệt là yêu cầu thẩm mỹ bởi nó mang lại chất liệu mỏng, hòa đồng với da lành lân cận vùng cằm cổ[2], [3]. Để đáp ứng yêu cầu che phủ khuyết rộng toàn bộ vùng cằm cổ, sử dụng nhánh xuyên tại đầu xa của vật da cân thương đòn nhằm tăng kích thước của vật là phương pháp hiệu quả, có tính ứng dụng cao.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 30 bệnh nhân bị sẹo co kéo vùng cổ được phẫu thuật sử dụng vật da cân thương đòn có nối mạch vi phẫu tại đầu xa từ tháng 9/2014 đến tháng 7/2020 tại trung tâm phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ và tái tạo, bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác.

**Cắt sẹo, giải phóng co kéo vùng cằm cổ, xác định nguồn mạch nhận.** Tiến hành cắt bỏ tổ chức sẹo vùng cằm cổ đến mô lành, cầm máu kỹ bằng đốt điện, bóc tách giải phóng các mép da để giúp giải phóng co kéo vùng cổ và các cơ quan. Xác định bố mạch mặt nằm dưới lớp cơ bám da cổ, bóc tách cuống mạch và đánh dấu để tránh nhầm lẫn động mạch và tĩnh mạch.

**Thiết kế vật da cân thương đòn có nối vi phẫu tại đầu xa.** Sau khi cắt bỏ tổ chức sẹo vùng cằm cổ và giải phóng tối đa để khôi phục lại biên độ vận động của cổ, giải phóng co kéo các cơ quan. Chúng tôi tiến hành xác định lại hình dạng và kích thước của tổn khuyết bằng cách sử dụng một miếng gạc vô trùng, cắt theo hình dáng của tổn khuyết, đánh dấu vị trí mạch nhận bằng bút màu.

Sử dụng siêu âm Doppler cầm tay xác định vị trí của cuống mạch thương đòn và động mạch vùng vai ngực, vẽ thiết kế vật căn cứ vào hình dạng tổn khuyết đã được xác định trước đó.

**Kỹ thuật phẫu tích vật và cuống mạch.** Rạch da theo đường vẽ bờ trước của vật tại vị trí nhánh xuyên của động mạch cùng vai. Bóc tách vật da theo đến lớp cân, phẫu tích tìm nhánh xuyên theo định hướng của Doppler. Phẫu tích nhánh xuyên theo đường đi chếch xuống dưới,

vào trong đến nguyên ủy là động mạch cùng vai. Đánh dấu mạch tìm được bằng dây cao su mềm.

Rạch da từ đầu mút vật, bờ trước, bờ sau của vật theo đường vẽ. Tiếp tục bóc tách vật đến đúng lớp cân sâu, rồi nâng vật lên cùng với lớp cân sâu. Chú ý bảo toàn nhánh xuyên vừa tìm được. Khi bóc vật đến gần điểm gốc mạch nuôi vật đã được đánh dấu thì dừng lại.

Dùng dao rạch đứt nốt phần da còn lại ở phần đầu gần, bóc tách cân, da để kéo dài cuống vật, làm tăng thêm độ di động của cuống, tránh căng và quá xoắn vặn khi xoay vật che phủ tổn khuyết. Tốt nhất nên giữ lại lớp cân, mỡ quanh cuống mạch để bảo vệ nó được tốt hơn. Vùng cho vật được ghép da mỏng hoặc khâu kín nếu có thể.

Tiến hành chuyển vật che phủ tổn khuyết, việc khâu nối mạch máu được tiến hành dưới kính hiển vi.

**Đánh giá kết quả.** Kết quả sau mổ được đánh giá dựa trên tình trạng sống của vật, tình trạng vùng cho vật, tình trạng liền vết thương cũng như khả năng hồi phục về chức năng và thẩm mỹ. Kết quả được chia thành các mức độ: tốt, trung bình, kém và đánh giá trong 2 giai đoạn là 3 tháng sau mổ (kết quả gần) và sau 6 tháng (kết quả xa).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

30 bệnh nhân (21 nữ và 9 nam) với sẹo co kéo nặng vùng cổ được phẫu thuật sử dụng vật da cân thương đòn có nối mạch vi phẫu tại đầu xa. Nguyên nhân gây sẹo là do bỏng nhiệt khô (90%), điện (6,67%) và hóa chất (3,33%). Vật thu được có thể có chiều dài tối đa là 28cm, chiều rộng tối đa là 25cm (chiều dài trung bình là 20,67cm, chiều rộng trung bình của vật là 17,5cm). Tất cả các bệnh nhân đều phải tiến hành ghép da mỏng tự thân tại vùng cho vật.

30 vật sau mổ sống hoàn toàn, vết mổ liền kỳ đầu có 29/30 bệnh nhân hài lòng với kết quả sau mổ ở thời điểm 3 tháng sau mổ. Theo dõi các thời điểm 6 tháng và 1 năm sau mổ, các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật. Vùng cho vật không xảy ra tình trạng hạn chế chức năng và các bệnh nhân đều hài lòng với tình trạng sẹo tại vùng cho vật.

**Bảng 1:** Các thông số vật da cân thương đòn có nối mạch vi phẫu tại đầu xa

Các thông số nghiên cứu	Trị giá		
	Trung bình	Tối thiểu	Tối đa
Chiều dài vật (cm)	20,67	13	28
Chiều rộng vật (cm)	17,5	14	25

**Bảng 2.** Tình trạng vạt sau phẫu thuật

Tình trạng vạt	Số lượng	Tỉ lệ %
Vạt sống hoàn toàn, vết mổ liền kỳ đầu	30	100
Vạt bị thiếu dưỡng, hoại tử mép vạt, hoại tử <1/3 diện tích vạt	0	0
Vạt hoại tử > 1/3 diện tích đến toàn bộ vạt	0	0
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Bảng 3.** Tình trạng vùng cho vạt

Đặc điểm	Khâu đóng trực tiếp	Kết hợp ghép da mỏng tự thân	Tổng
Liên kì đầu	0	30	30
Phẫu thuật thì hai	0	0	0
<b>Tổng</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>30</b>

**Bảng 4.** Đánh giá kết quả sau mổ

Kết quả	Kết quả gần (n=30)			Kết quả xa (n=30)		
	Tốt	Trung bình	Kém	Tốt	Trung bình	Kém
Số lượng	29	1	0	30	0	0
Tỉ lệ %	96,67%	3,33%	0%	100%	0%	0%

**Bảng 5.** Nhận định chủ quan của bệnh nhân về mặt chức năng và thẩm mỹ

Nhận định của bệnh nhân	Kết quả gần		Kết quả xa	
	Chức năng	Thẩm mỹ	Chức năng	Thẩm mỹ
Hài lòng	30	29	30	30
Tạm chấp nhận	0	1	0	0
Không hài lòng	0	0	0	0
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Cơ sở giải phẫu vạt da cân thượng đòn.** Năm 1979, Lamberty lần đầu tiên mô tả mẫu vạt trực tại vùng vai dựa trên động mạch trên đòn[2]. Một nghiên cứu rõ ràng hơn về giải phẫu đã được chính tác giả công bố năm 1982, theo tác giả, vạt này có một sơ đồ mạch máu nuôi dưỡng khác với các vạt khác ở vùng vai và vùng cổ sau[4]. Sau đó, có nhiều tranh cãi giữa các nhà giải phẫu và các nhà lâm sàng về sự tồn tại và cách đặt tên cho động mạch này, do nó chưa được mô tả trong sách giáo khoa giải phẫu chung (Willam 1995). Tuy nhiên, dựa trên những mô tả trước đó của Toldt's trong "Anatomy Atlas" (1903), tác giả đã chỉ ra có một nhánh nông xuất phát từ động mạch cổ ngang vượt ra phía ngoài hố trên đòn hướng về phía mỏm cùng đòn và tận hết ở vai thì những công bố của Lamberty hoàn toàn có cơ sở khoa học và đáng tin cậy

hơn nhiều khi vạt này được áp dụng thành công trên lâm sàng. Pallua và cộng sự năm 1997 đã sử dụng thành công vạt da cân thượng đòn trên 8 bệnh nhân tạo hình cơ kéo vùng nách[3]. Từ đó, đã có rất nhiều các tác giả khác nhau đi sâu vào nghiên cứu vạt da cân thượng đòn và sử dụng rộng rãi trên lâm sàng.

Về cuống mạch thượng đòn: Động mạch trên đòn là nhánh nông có dạng trực cấp máu cho da, thường có nguồn gốc từ động mạch cổ ngang, trong đó, khoảng 95% động mạch cổ ngang tách ra từ thân giáp cổ, 5% từ động mạch dưới đòn[5]. Về vị trí xuất phát, 90% động mạch dưới đòn xuất phát từ 1/3 giữa xương đòn, 10% có thể xuất phát từ 1/3 ngoài xương đòn[5]. Từ điểm xuất phát, nó chui lên cân, chạy trong hố trên đòn ra phía ngoài về phía khớp cùng đòn, tại đây nó phân nhánh, các nhánh này vượt ra đến phần trên ngoài của cánh tay. Theo Pallua và cộng sự (2000), động mạch này xuất phát cách 3-4 cm gốc động mạch cổ ngang, ở tất cả các trường hợp, nó được tìm thấy trong tam giác giữa bờ sau trong của cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh ngoài và 1/3 trong của xương đòn[6]. Động mạch này có đường kính 1,0-1,5mm và hầu như không thay đổi trên hành trình của nó. Vũ Quang Vinh và cộng sự năm 2016 trong một nghiên cứu giải phẫu trên xác nhận thấy: động mạch trên đòn có nguyên ủy từ động mạch cổ ngang, điểm xuất phát chủ yếu nằm trong khoảng 1/3 giữa xương đòn (95%), cách đầu trong xương đòn trung bình 7,56 cm, chiều dài của động mạch trên đòn khoảng 3,5-4,5 cm, đường kính trung bình 1,19mm [7].

#### **Về giới hạn và vùng cấp máu của vạt.**

Trong một nghiên cứu giải phẫu năm 2016, tác giả Vũ Quang Vinh và cộng sự cũng xác định các giới hạn về cấp máu của vạt da cân thượng đòn như sau: giới hạn trước cách bờ dưới xương đòn khoảng 3-4 cm, giới hạn sau là bờ trên xương bả vai, và giới hạn ngoài là cách mỏm cùng vai 2-3 cm. Vùng cấp máu của động mạch trên đòn đạt được chiều dài trung bình: 20,2cm, chiều rộng trung bình: 10,5cm [7].

#### **4.2. Mở rộng kích thước vạt da cân thượng đòn bằng kỹ thuật nối mạch vi phẫu tại đầu xa**

**Cơ sở lý luận.** Dựa vào các khái niệm về vùng giải phẫu, vùng động lực, vùng tiềm tàng mà các tác giả đã nghiên cứu, từ đó các vạt da được thiết kế đa dạng hơn và có cơ sở khoa học để đảm bảo độ an toàn cho vạt.

Vùng giải phẫu của mạch máu được dựa trên quan sát về cấu trúc và được phác họa bằng độ

rộng nơi mà nhánh của các mạch chia thành những nhánh nhỏ hơn trước khi nối thông với nhánh mạch của khu vực lân cận. Vùng giải phẫu đã được Carl Manchot mô tả vào năm 1889. Mô tả của Carl Manchot dựa trên nghiên cứu phẫu tích trên xác và kết quả đã chứng minh được vùng cấp máu cho da của các mạch chính trên cơ thể. Các nghiên cứu của Salmon sau này đã chỉ ra được sự nối thông của các mạch máu trong cơ và làm sáng tỏ chi tiết sự cấp máu cho da từ các mạch này [7].

**Vùng động lực:** là vùng giao thoa giữa hai vùng cấp máu lân cận nhau, khi tiến hành nâng vạt da, bóc tách tại khu vực này sẽ dẫn đến sự thay đổi áp lực trong lòng mạch và sự cân bằng động lực sẽ tạo ra sự hiệu chỉnh áp suất dòng chảy mạch máu, và thay đổi kích thước khu vực được tưới máu [8].

**Vùng tiềm tàng:** Được hiểu như một vùng cạnh vùng động lực và được cấp máu bởi động mạch khác và nó liên hệ với vùng giải phẫu thông qua vùng động lực này. Để mở rộng kích thước vạt da, nói một cách khác, để dòng máu từ vùng giải phẫu qua vùng động lực đến được vùng tiềm tàng thì cần có quá trình trì hoãn (delay) vạt da hoặc vạt da cần được nối mạch tại đầu xa (Super charge).

Đối với vạt da cần thượng đòn, khi coi vùng cấp máu của cuống mạch thượng đòn là một vùng giải phẫu thì để mở rộng kích thước của vạt, cần phải kết nối vùng giải phẫu này với các vùng tiềm tàng được cấp máu bằng các động mạch lân cận như động mạch cùng vai ngực, động mạch ngực ngoài, động mạch mũ cánh tay trước (sau)...

**Hiệu quả.** Nghiên cứu này sử dụng nhánh xuyên động mạch cùng vai ngực để tăng cường cấp máu cho đầu xa của vạt da cần thượng đòn mang lại kết quả khả quan cả về kích thước cũng như tính an toàn của vạt.

Về kích thước vạt: năm 1979, Lamberty đã áp dụng vạt da cần thượng đòn cho hai trường hợp sẹo co kéo cằm cổ thành công, với kích thước vạt khiêm tốn 16 x 6cm và 16 x 7cm. Năm 1997, Pallua thông báo sử dụng vạt thượng đòn trong điều trị 8 bệnh nhân sẹo co kéo cằm cổ với kích thước lớn nhất đạt được là 26 x 7,5 cm. Trần Văn Anh (2005) đã nghiên cứu ứng dụng vạt DCTĐ điều trị sẹo co kéo cằm cổ với 35 trường hợp, với kích thước vạt đạt tới 26 x 15 cm [8]. Vạt da cần thượng đòn có nối mạch vi phẫu tại đầu xa trong nghiên cứu của chúng tôi đạt được chiều dài tối đa tới 28cm, chiều rộng tối đa tới 25cm. Kích thước vạt này vượt trội hơn hẳn khi so sánh với

vạt da cần thượng đòn đơn thuần.

Về tính an toàn của vạt: Pallua (2000) thông báo có 7,14% hoại tử đầu xa của vạt da cần thượng đòn, tuy nhiên tác giả không nêu rõ diện tích hoại tử đầu xa của vạt là bao nhiêu. Trần Thiết Sơn (2004), trên 24 bệnh nhân được điều trị bằng vạt da cần thượng đòn có 3 trường hợp hoại tử toàn bộ vạt, 2 trường hợp hoại tử đầu xa [9]. Trần Văn Anh (2005) thông báo với 35 trường hợp có 1/35 vạt bị hoại tử toàn bộ do yếu tố kỹ thuật khi phẫu tích, 1/35 vạt bị hoại tử đầu xa [8]. Nghiên cứu này cho thấy 100% các trường hợp vạt sống hoàn toàn, vết mổ liền kỳ đầu. Điều này thể hiện sự ưu việt của kỹ thuật nối mạch vi phẫu tại đầu xa trong đảm bảo sự an toàn khi mở rộng kích thước của vạt da cần thượng đòn.

Về hiệu quả điều trị: Khi đánh giá kết quả điều trị ở các thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau mổ, 100% các trường hợp đều đảm bảo các yêu cầu về chức năng, đặc biệt là khôi phục lại biên độ vận động vùng cổ. Vạt đảm bảo độ mỏng cũng như sự hòa đồng về màu sắc, cấu trúc với da lành xung quanh.

### **4.3. Ưu và nhược điểm của vạt da cần thượng đòn có nối mạch vi phẫu tại đầu xa**

#### **Ưu điểm**

- Vạt có kích thước lớn, cung cấp được diện tích đủ che phủ được những khuyết da có kích thước lớn toàn bộ vùng cằm cổ, đặc biệt là tái tạo theo chiều cao của vùng cổ, đảm bảo chức năng vận động vùng cổ,

- Vạt da có màu sắc tương đồng với vùng da lành vùng cổ do là da vùng vai kề cận vùng cổ nên tương đồng về độ mềm mỏng, màu sắc, tính chất da (đặc biệt là độ mỏng của vạt DCTĐ là ưu điểm lớn trong tái tạo vùng cằm cổ). Tạo được góc cằm ngay sau phẫu thuật.

- Vạt sử dụng là vạt dạng đảo, linh hoạt đồng thời tăng cường nối mạch vi phẫu đầu xa có độ an toàn cao do có hai nguồn cấp máu từ hai đầu của vạt. Các mạch máu nuôi dưỡng chính cho vạt hằng định.

**Nhược điểm.** Vạt có kích thước lớn nên phải ghép da nơi lấy vạt. Thẩm mỹ hạn chế để lại nơi lấy vạt. Thông thường, để có được diện tích da mới gần tương đồng với da vùng cằm cổ để thay thế cả khối sẹo, nhiều bệnh nhân có sẹo bồng co kéo cằm cổ ở mức độ trung bình, nặng sẵn sàng chấp nhận với sẹo để lại vùng vai nơi cho vạt. Nhưng với những trường hợp có nhu cầu cao về mặt thẩm mỹ, đặc biệt với phụ nữ, việc chỉ định sử dụng vạt này cần cân nhắc kỹ.

**V. KẾT LUẬN**

Vạt da cân thượng đòn có nối mạch vi phẫu tại đầu xa là lựa chọn tối ưu trong tạo hình các tổn khuyết rộng vùng cổ, đặc biệt là tạo hình sẹo di chứng bỏng. Vạt có cuống mạch được cấp máu ổn định, bóc tách an toàn; có kích thước lớn có thể che phủ được toàn bộ đơn vị thẩm mỹ vùng cổ, đảm bảo yêu cầu thẩm mỹ về độ mỏng, màu sắc hòa đồng với da lành vùng cổ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Vinh V. Q., Ogawa R., Van Anh T. et al (2007)** Reconstruction of neck scar contractures using supraclavicular flaps: Retrospective study of 30 cases. *Plastic and reconstructive surgery*.119(1): 130-135.
- Lamberty B. (1979)** The supra-clavicular axial patterned flap. *British journal of plastic surgery*.32(3): 207-212.
- Pallua N., Machens H.-G., Rennekampff O. et al (1997)** The fasciocutaneous supraclavicular artery island flap for releasing postburn mentosternal contractures. *Plastic and reconstructive surgery*.99(7): 1878-1884; discussion 1885.
- Lamberty B. (1982)** The cutaneous arterial supply of cervical skin in relation to axial skin flaps. *Anatomia Clinica*.3(4): 317-324.
- Vinh V. Q., Van Anh T., Ogawa R. et al (2009)** Anatomical and clinical studies of the supraclavicular flap: analysis of 103 flaps used to reconstruct neck scar contractures. *Plastic and reconstructive surgery*.123(5): 1471-1480.
- Pallua N. and Noah E. M. (2000)** The tunneled supraclavicular island flap: an optimized technique for head and neck reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*.105(3): 842-851.
- Vũ Quang Vinh (2016)**, Nghiên cứu ứng dụng vạt da cân thượng đòn nối mạch vi phẫu tại đầu xa điều trị sẹo di chứng bỏng vùng cằm cổ, Đề tài cấp bộ Y tế.
- Trần Văn Anh (2005)**, Nghiên cứu lâm sàng và điều trị sẹo di chứng bỏng vùng cằm- cổ, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
- Trần thiết Sơn (2004)**, "Một số nhận xét về vạt da cân thượng đòn áp dụng trong phẫu thuật tạo hình", *TCNCYH* 28 (2), tr.60-64

## THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG QUA KHÁM LÂM SÀNG VÀ ẢNH CHỤP BẰNG SMARTPHONE TRÊN SINH VIÊN NĂM THỨ NHẤT NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG, TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ ĐÔNG, NĂM HỌC 2019-2020

Mai Thị Giang Thanh<sup>1</sup>, Lê Thành Chung<sup>1</sup>,  
Lê Thị Hương Giang<sup>2</sup>, Hoàng Bảo Duy<sup>3</sup>, Nguyễn Đức Thăng<sup>3</sup>

**TÓM TẮT**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mô tả tỷ lệ sâu răng hàm lớn vĩnh viễn trên khám lâm sàng và ảnh chụp bằng smartphone, từ đó xác định độ nhạy và độ đặc hiệu qua ảnh chụp trên sinh viên năm thứ nhất ngành điều dưỡng, trường Cao đẳng Y tế Hà Đông, năm học 2019-2020. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ sâu răng hàm lớn vĩnh viễn là 93,2% qua phương pháp khám lâm sàng và 72,8% qua phương pháp ảnh chụp. Độ nhạy, độ đặc hiệu chung cho tất cả các mặt răng lần lượt là 88,2% và 90,6%. Tại mặt ngoài độ nhạy và độ đặc hiệu là 67,3% và 81,5%. Mặt nhai có độ nhạy và độ đặc hiệu là 83,3% và 84,5%. Độ chính xác lớn hơn 80% ở cả mặt nhai, mặt ngoài và chung cho tất cả các mặt răng.

**Từ khoá:** Sâu răng, khám lâm sàng, ảnh chụp smartphone, sinh viên năm thứ nhất.

**SUMMARY**

### DENTAL CARIES DIAGNOSED THROUGH CLINICAL EXAMINATION AND PHOTOS TAKEN BY SMARTPHONES IN FIRST-YEAR NURSING STUDENTS, HA DONG MEDICAL COLLEGE, SCHOOL YEAR 2019-2020

The cross-sectional descriptive study aims to describe the rate of permanent molar caries on clinical examination and photos taken with smartphones. Thereby determining the sensitivity and specificity through photos taken on first-year nursing students, Ha Dong Medical College, academic year 2019-2020. The results show that: The rate of permanent molar caries is 93.2% by clinical examination method and 72.8% by imaging method. The general sensitivity and specificity for all tooth surfaces were 88.2% and 90.6%, respectively. On the facial surface, these numbers were 67.3% and 81.5%. The sensitivity and specificity of the chewing surface were 83.3% and 84.5%. 80% greater accuracy in both occlusal surface, facial surface and common to all tooth surfaces.

**Key words:** Dental caries, clinical examination, photos taken with smartphone, first-year student.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh sâu răng là một trong hai bệnh răng miệng phổ biến với tỷ lệ người mắc bệnh cao

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông

<sup>2</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Giang Thanh

Email: maithigiangthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/2/2021

Ngày phản biện khoa học: 16/3/2021

ngày duyệt bài: 5/4/2021