

mức kém giảm xuống, sau 6 tháng tỷ lệ kiểm soát tốt gần gấp đôi mức ban đầu (32,88% - 73,29%), mức chấp nhận được giảm đi, và mức kiểm soát kém giảm (41,09% và 10,27%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khác với nghiên cứu của Vũ Văn Linh 2015 với tỷ lệ kiểm soát HbA1c ở tháng thứ 3 mức tốt - chấp nhận - kém là 34,7% - 40,1% - 25,1% so với T0 là 7,8% - 46,1% - 46,1%, sự cải thiện giá trị đường máu là rõ rệt qua 3 tháng điều trị [8].

V. KẾT LUẬN

Danh mục thuốc hạ glucose máu còn hạn chế, có 03 nhóm thuốc là biguanid, sulfonylure và insulin. Sử dụng nhiều nhất là metformin, sau đó là sulfonylure và cuối cùng là insulin. Sulfonylure bao gồm: Gliclazid, glimepirid, glibenclamid. Insulin chỉ có duy nhất 01 loại là insulin trộn 30-70. Phác đồ 2 thuốc được sử dụng nhiều nhất (52,05%), trong đó đa số là metformin + sulfonylure (45,20% - 50,68%). Các phác đồ được thay đổi nhiều trong thời gian điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân thêm thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (26,03%). Ở những bệnh nhân suy giảm chức năng thận việc sử dụng liều lượng thuốc phù hợp với khuyến cáo, tuy nhiên vẫn còn 5 trường hợp GFR < 30 ml/ph/1,73 m² chống chỉ định với metformin nhưng vẫn có chỉ định sử dụng metformin. Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng insulin tương đối ít. Danh mục thuốc hạ huyết áp rất phong phú và đa dạng với 4 nhóm thuốc: Chẹn kênh Ca, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin, chẹn β adrenergic. Bệnh nhân chủ yếu điều trị bằng phác đồ 01 thuốc, trong đó

ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin và chẹn kênh canxi được dùng nhiều nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Diabetes Association** (2022). Standards of Medical Care in Diabetes—2022. Diabetes Care volume 45, Supplement 1-2, January 2022.
2. **International Diabetes Federation, WDD** (2017). Resource: <https://idf.org/our-activities/world-diabetes-day/resources/122-wdd17-infographic-3-omen-and-girls-are-key-agents-in-the-adoption-of-healthy-lifestyles.html>.
3. **Phạm Hữu Tiến và cộng sự** (2021). Nghiên cứu tình hình tiền đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp và các yếu tố liên quan. Bệnh viện quận Bình Thạnh, Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Hà Thanh Liêm** (2013). Khảo sát sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường típ 2 trên bệnh nhân ngoại trú tại phòng khám bệnh viện đa khoa khu vực Tháp Mười. Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Dược Hà Nội.
5. **Tôn Thất Thanh và cộng sự** (2019). Thực trạng đái tháo đường típ 2 ở người trưởng thành 30 - 69 tuổi và một số yếu tố nguy cơ liên quan tại thành phố Đà Nẵng năm 2018.
6. **Lê Thị Thúy Quỳnh** (2022). Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường típ 2 tại khoa khám bệnh - trung tâm y tế huyện Lâm Thao, tỉnh Phú Thọ. Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Dược Hà Nội.
7. **Tạ Lan Anh** (2022). Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường típ 2 tại Khoa khám bệnh trung tâm y tế huyện Phù Ninh. Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp 1, Trường Đại học Dược Hà Nội.
8. **Vũ Văn Linh** (2015). "Đánh giá tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường típ 2 trên bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam". Luận văn thạc sĩ dược học, Trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ VẤY MÔI

Nguyễn Quốc Dũng¹, Lê Văn Quảng¹, Ma Chính Lâm¹

TÓM TẮT

Ung thư môi (UTM), là vị trí thường gặp nhất trong ung thư biểu mô khoang miệng. Ung thư biểu mô khoang miệng chiếm 30 - 40% các ung thư ở vùng đầu cổ và được xếp ở vị trí thứ 11 trong các ung thư thường gặp. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đánh giá kết quả phẫu thuật của ung thư biểu

mô vẩy môi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, can thiệp hồi cứu và tiến cứu trên 110 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư môi điều trị tại bệnh viện K. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,17 tuổi. Tuổi trẻ nhất là 23, già nhất 93, gặp nhiều từ 41- 80 (78,3%). Tỷ lệ nữ/ nam = 1,4. Nông dân chiếm 70%. Hút thuốc + uống rượu tỷ lệ cao nhất 33,6%. Môi dưới gặp nhiều nhất chiếm 60%. Thể sùi gặp nhiều nhất 69,1%. Hạch cổ 15,5%. BN điều trị phẫu thuật đơn thuần (81,9%), Đa phần BN phải sử dụng phương pháp tạo hình bằng vật xoay để che phủ khuyết hồng chiếm 72,8%, BN phải vét hạch chiếm 25%. BN được phẫu thuật cắt rộng u, đảm bảo diện cắt 98,2%. Đánh giá về mặt phẫu thuật tốt, chiếm 74,5%. Biến chứng sau PT 7 -

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Dũng

Email: drdungda71@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

10 ngày chiếm 6,3%.

Từ khóa: ung thư môi, môi.

SUMMARY

STUDYING FOR CLINICAL CHARACTER, ESTIMATED THE RESULT OF LIP SQUAMOUS CELL CARCINOMA CANCEROUS OPERATION

Lip cancer has the highest rate in oral cavity cancer. The oral cavity cancer is 30 – 40% in the head and neck cancer and the eleventh in the most common cancer. **Purpose:** Describe the clinical and histologic feature of the lip cancer with squamous cell carcinoma. **Materials and method:** Cross study with retrospective and prospective from 110 patients are diagnosed, treated of the lip cancer in National cancer hospital. **Results and discussion:** average age of patient is 65,17 years, youngest is 23, oldest is 93. Male/female is 1,4. In job, Farmer is 70%. Smoking and drinking has related closely cancer 33,6%. Upper lips tumor is highest 60%. Node metastasis is 15,5%. 81,9% patients were treated by surgery only. 72,8% cases were used the local removable flape. Neck dissection is 25%. The margin safe for tumorectomy is 98,2%, 74,5% good surgical result. The side-effect surgical result after 5 – 10 days is 6,3%.

Keywords: lip, lip cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư môi (UTM), là vị trí thường gặp nhất trong UTBMKM. Ung thư biểu mô khoang miệng (UTBMKM) là bệnh phát sinh do sự biến đổi ác tính niêm mạc phủ toàn bộ khoang miệng bao gồm: Ung thư môi, lợi hàm trên, lợi hàm dưới, khe liên hàm, khẩu cái cứng, lưỡi (phần di động), niêm mạc má và sàn miệng.

Môi là thành trước di động của miệng gồm: Môi trên, môi dưới, mép. UTBMKM chiếm 30 - 40% các ung thư ở vùng đầu cổ và được xếp ở vị trí thứ 11 trong các ung thư thường gặp. Ở Hoa Kỳ, ung thư vùng đầu cổ chiếm 15% tổng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới

Bảng 1. Tuổi và giới của bệnh nhân

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
≤ 30	1	0,9	1	0,9	2	1,8
31 - 40	2	1,8	0	0	2	1,8
41 - 50	5	4,5	3	2,7	8	7,2
51 - 60	12	10,8	11	9,9	23	20,7
61 - 70	14	12,6	25	22,5	39	35,1
71 - 80	9	8,1	16	14,4	25	22,5
>80	3	2,7	8	7,2	11	9,9
Tổng	46	41,8	64	58,2	110	100

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,17 tuổi. Tuổi trẻ nhất là 23, nhiều nhất 93. Tuổi gặp nhiều từ 41- 80 (78,3%). Tỷ lệ nữ/nam = 1,4

3.2. Lý do vào viện

số ung thư các loại với tỷ lệ mắc là 9,5 ca/ 100.000 dân.

Mỗi năm, ở Mỹ có khoảng 4.300 ca UTM được chẩn đoán, trong đó có khoảng 100-150 trường hợp tử vong. Tỷ lệ mắc UTM ở Mỹ là 1,8/100.000 dân. Tại Việt Nam, Thống kê của Trần Thanh Phương và CS (2003) thấy UTKM chiếm khoảng 6-15% tổng số các loại ung thư; trong đó UTM là loại gặp phổ biến nhất, chiếm 21,2%.

Bệnh nhân ung thư môi thường đến viện muộn, nhiều khi có di căn hạch và thường liên quan tới yếu tố phơi nhiễm, gặp nhiều ở nữ, vị trí hay gặp là môi dưới, biểu hiện của bệnh trên lâm sàng. có nhiều hình thái và mô bệnh học khác nhau. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính với các bệnh nhân ung thư môi. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật của ung thư môi, đặc biệt là giải quyết được bệnh tích và đảm bảo chức năng thẩm mỹ cho người bệnh.

Đề tài nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đánh giá kết quả phẫu thuật của ung thư biểu mô vẩy môi.

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đánh giá kết quả phẫu thuật của ung thư biểu mô vẩy môi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

110 BN UTM đã được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K, từ tháng 06/2009 đến tháng 05/2019.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, có can thiệp hồi cứu và tiến cứu. Sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Xử lý và phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học.

Thông số nghiên cứu: Thăm khám LS, mô tả đặc điểm LS, kết quả phẫu thuật.

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số BN	Tỷ lệ %
U ở môi	80	72,7
Loét bờ môi	18	16,4

Màng cứng ở môi	4	3,6
Hạch cổ	8	7,3
Tổng số	110	100

Có 80/110 BN vào viện vì u ở môi, chiếm 72,7%. Vào viện vì lý do khác: Loét bờ môi 16,4%, hạch cổ 7,3% và màng cứng ở môi 3,6%.

3.3. Thời gian vào viện

Bảng 3. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

Thời gian (tháng)	Số BN	Tỷ lệ %
< 3	3	2,7
3 - 6	27	24,5
6 - 12	49	44,5
>12	31	28,2
Tổng	110	100

Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện của bệnh nhân khi đến viện khám và điều trị gặp nhiều nhất trong khoảng thời gian từ 6 – 12 tháng chiếm 44,5%, tiếp đến > 12 tháng chiếm 28,2%. Có 24,5% BN đến khám trong khoảng thời gian từ 3 – 6 tháng, số BN đến khám từ khi có triệu chứng đầu tiên < 3 tháng là ít nhất có 3 BN chiếm 2,7%.

3.4. Đặc điểm u và hạch

Bảng 4. Phân bố vị trí tổn thương của u nguyên phát

	Số BN	Tỷ lệ %
* Vị trí U (n=110)		
Môi trên	29	26,4
Môi dưới	66	60,0
Mép	15	13,6
* Hình thái u (n=110)		
Sùi	76	69,1
Loét	12	10,9
Thâm nhiễm	7	6,4
Sùi + loét	15	13,6
* Hạch cổ (n=110)		
Có hạch cổ	17	15,5
Không có hạch cổ	93	84,5

Vị trí u môi dưới gặp nhiều nhất chiếm 60% trong UTM, tiếp đến là môi trên 26,4%. Mép là vị trí gặp ít nhất 13,6%. Về hình thái u, thể sùi gặp nhiều nhất 69,1%, thể sùi + loét 13,6% và thể loét 10,9%. Thể thâm nhiễm ít gặp nhất 6,4%. Tỷ lệ bệnh nhân UTM có hạch cổ là 17/110 chiếm 15,5%.

3.5. Các phương pháp điều trị u và hạch

Bảng 5. Các phương pháp điều trị u và hạch

	BN	Tỷ lệ %
Các phương pháp điều trị U		
Phẫu thuật đơn thuần	91	81,9
Phẫu thuật + Xạ trị	19	17,1

Các phương pháp tạo hình khuyết hồng

May khếp	30	27,3
Tạo hình bằng vật da xoay	80	72,8
Vật tự do	0	0

Các phương pháp điều trị hạch

- Vết hạch	17	15,3
Không vết hạch	93	83,7

Có 91 BN điều trị phẫu thuật đơn thuần 91/110 (81,9%), 17 BN có phối hợp xạ trị sau mổ chiếm 17,1%. Đa phần BN phải sử dụng phương pháp tạo hình bằng vật xoay để che phủ khuyết hồng chiếm 72,8%, số còn lại sử dụng phương pháp tạo hình may khếp tại chỗ chiếm 27,3%. Không có BN nào phải sử dụng vật tự do. Có 17 BN phải vết hạch chiếm 25%.

3.6. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt u

Bảng 6. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt u

	Số BN	Tỷ lệ %
Kết quả PT u		
Cắt rộng u	108	98,2
Điện cắt tiếp cận	2	1,8
Tai biến		
Không	103	93,6
Chảy máu	3	2,7
Nhiễm trùng	2	1,8
Hoại tử vật	2	1,8
Đánh giá kết quả		
Tốt	82	74,5
Trung bình	26	23,6
Xấu	2	1,8

Hầu hết BN được phẫu thuật cắt rộng u, đảm bảo diện cắt 98,2%. Chỉ có 2 BN là cắt tiếp cận. Có 7 BN có các tai biến sau phẫu thuật 3 BN chảy máu sau mổ chiếm 2,7%, 2 BN nhiễm trùng sau mổ chiếm 1,8%, 2 BN hoại tử vật chiếm 1,8%. Phẫu thuật đạt kết quả tốt chiếm 74,5%, trung bình 23,6%, xấu 1,8%.

3.7. Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình sớm sau 7 – 10 ngày

Bảng 7. Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình sớm sau 7 – 10 ngày

Tiêu chí đánh giá	Số vật	Tỷ lệ %
Mức độ nhận máu của vật		
Tốt	91	82,7
Trung bình	17	15,5
Xấu	2	1,8
Tình trạng sống của vật		
Tốt	89	80,9
Trung bình	19	17,3
Xấu	2	1,8
Chức năng che phủ của vật		
Tốt	101	91,8
Trung bình	7	6,4

Xấu	2	1,8
Tình trạng chồ liền sẹo		
Tốt	82	74,6
Trung bình	26	23,6
Xấu	2	1,8
Tình trạng nơi cho vật		
Tốt	96	87,3
Trung bình	14	12,7
Xấu	0	0
Đánh giá về mặt phẫu thuật		
Tốt	82	74,6
Trung bình	26	23,6
Xấu	2	1,8

Mức độ nhận máu của vật, tình trạng sống của vật, chức năng che phủ, tình trạng liền sẹo, tình trạng nơi cho vật có kết quả tốt từ 74,5% - 91,8%. Đánh giá về mặt phẫu thuật kết quả tốt 74,5%, TB chiếm 23,6%, xấu 1,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới. Ung thư gặp ở mọi lứa tuổi. Tuổi trẻ nhất là 23, nhiều nhất 93. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,17 tuổi. Tuổi gặp nhiều từ 41- 80 (78,3%). Tỷ lệ nữ/nam = 1,4. Bùi Xuân Trường và CS (2002) tuổi mắc bệnh trung bình là 67, trẻ nhất là bệnh nhân 26 tuổi, già nhất là 71 tuổi. Kết quả nghiên cứu của Boddie cho thấy: tỷ lệ UTM dưới 40 tuổi chỉ có 7%. Chỉ có 1,8% số BN dưới 40 tuổi. Các kết quả này cũng tương tự như nhận xét của hầu hết các tác giả khác, cả trong và ngoài nước.

4.2. Về lý do vào viện và thời gian phát hiện bệnh. BN vào viện vì u ở môi, chiếm 72,7%. Vào viện vì lý do khác: Loét bờ môi.

Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện của bệnh nhân khi đến viện khám và điều trị gặp nhiều nhất trong khoảng thời gian từ 6 – 12 tháng chiếm 44,5%, tiếp đến > 12 tháng chiếm 28,2%. Có 24,5% BN đến khám trong khoảng thời gian từ 3 – 6 tháng, số BN đến khám từ khi có triệu chứng đầu tiên < 3 tháng là ít nhất có 3 BN chiếm 2,7%. 6,4%, hạch cổ 7,3% và màng cứng ở môi 3,6%.

Như vậy số bệnh nhân đến viện muộn vẫn nhiều hơn tương đối so với những bệnh nhân đến viện sớm, Trong điều trị bệnh ung thư nói chung điều quan trọng là phát hiện sớm.

4.3. Về đặc điểm u nguyên phát và hạch cổ. Vị trí u môi dưới gặp nhiều nhất chiếm 60% trong UTM, tiếp đến là môi trên 26,4%. Mép là vị trí gặp ít nhất 13,6%. Về hình thái u, thể sùi gặp nhiều nhất 69,1%, thể sùi + loét 13,6% và thể loét 10,9%. Thể thâm nhiễm ít gặp nhất 6,4%. Tỷ lệ bệnh nhân UTM có hạch cổ là 17/110

chiếm 15,5%.

Nghiên cứu của Abreu, Ben cho thấy tỷ lệ ung thư môi dưới lần lượt là 81% và 91,3%, nghiên cứu của Bùi Xuân Trường (2002) tỷ lệ này là 93,2%.

Nghiên cứu của Võ Duy Phi vũ (2005): ung thư dạng sùi chiếm tỷ lệ 64,15%; u dạng loét là 30,18%; không gặp những tổn thương dạng thâm nhiễm hay sùi - loét kết hợp.

Nhìn chung, tỷ lệ di căn hạch cổ có khác nhau giữa các báo cáo. Số liệu thu được từ các nghiên cứu của Sack, Bansberg, Nutinen cho thấy tỷ lệ di căn hạch trong UTM là không thường xuyên chỉ dao động từ 5 – 10%, chủ yếu là nhóm hạch dưới cằm, dưới hàm. Nghiên cứu của Baker có tỷ lệ di căn hạch cổ là 5 -15%, Võ Duy Phi Vũ (2005) có tới 16,9% sờ thấy hạch tại thời điểm chẩn đoán, trong đó hạch nhóm I hay gặp nhất.

4.4. Về các phương pháp điều trị. BN điều trị phẫu thuật đơn thuần chiếm 81,9%, 17 BN có phối hợp xạ trị sau mổ chiếm 17,1% các BN này có di căn hạch và ở giai đoạn T4. Đa phần BN phải sử dụng phương pháp tạo hình bằng vật xoay để che phủ khuyết hồng chiếm 72,8% (80/110), số còn lại sử dụng phương pháp tạo hình may khép tại chỗ chiếm 27,3% (30/110). Không có BN nào phải sử dụng vật tự do.

Có 17 BN phải vét hạch chiếm 25%, còn lại chưa có chỉ định vét hạch chiếm 74,5% (82/110). Hiện nay trên thế giới cũng như trong nước phẫu thuật vẫn là vũ khí được lựa chọn đầu tiên để điều trị UTM dù ở bất kỳ giai đoạn nào.

Phương pháp tạo hình khuyết hồng sau khi lấy bỏ tổ chức ung thư có các phương pháp tạo hình chính đó là may khép, tạo hình bằng vật da xoay, vật tự do. Những khối u có kích thước ≤ 2 cm thì tiến hành may khép, còn những u kích thước lớn hơn 2 cm được tạo hình bằng vật da xoay có củng mạc.

Vấn đề vét hạch trong UTM cũng là vấn đề còn nhiều tranh luận đặc biệt là vét hạch phòng ngừa đối với trường hợp N0. Thông thường các tác giả đồng ý tiến hành nạo vét hạch khi sờ thấy hạch trên lâm sàng. Yilmaz (2009) tỷ lệ di căn hạch của UTM là 19%

Qua nhiều nghiên cứu, Fitzpatric cũng như nhiều tác giả khác cho rằng: Kết quả phẫu thuật và xạ trị cơ bản là như nhau. Heller và Sharh (1979) thấy rằng bằng phẫu thuật đơn thuần có thể kiểm soát tại chỗ khoảng 90% các thương tổn T1, T2 và T3.

4.5. Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình sớm sau 7 – 10 ngày. Về mức độ nhận

máu của vật, tình trạng sống của vật, Chức năng che phủ, Tình trạng liền sẹo, Tình trạng nơi cho vật đều đạt kết quả tốt từ 74,5 – 91,8%.

Đánh giá về mặt phẫu thuật có 82/110 trường hợp cho kết quả tốt, chiếm 74,5%. TB chiếm 23,6%, chỉ có 2 trường hợp cho kết quả xấu chiếm 1,8%.

Vùng mặt các vật da được cung cấp máu phong phú, khả năng co giãn bù trừ da vùng mặt cũng rất tốt, đó là lý do để cho kết quả tạo hình khuyết không vùng môi cho kết quả tốt. Các vật có mức độ nhận máu của vật, tình trạng sống của vật, chức năng che phủ, tình trạng liền sẹo, tình trạng nơi cho vật có kết quả tốt thì được coi là kết quả sau PT tốt.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,17 tuổi. Tuổi gặp nhiều từ 41- 80 (78,3%). Tỷ lệ nữ/nam = 1,4. Nông dân gặp nhiều nhất tỷ lệ 70%. Hút thuốc, uống rượu, nhai trầu là các yếu tố nguy cơ. Hầu hết bệnh nhân vào viện vì u ở môi chiếm 72,7%. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện của bệnh nhân khi đến viện khám và điều trị đa phần trong khoảng từ 6 – 12 tháng chiếm 44,5%.

Vị trí u môi dưới gặp nhiều nhất chiếm 60% trong UTM. Về hình thái u, thể sùi gặp nhiều nhất 69,1%. Tỷ lệ bệnh nhân UTM có hạch cổ chiếm 15,5%.

Có 91 BN điều trị phẫu thuật đơn thuần 81,9%, 17 BN có phối hợp xạ trị sau mổ chiếm 17,1%.

Đa phần BN phải sử dụng phương pháp tạo hình bằng vật xoay để che phủ khuyết hồng chiếm 72,8%, số còn lại sử dụng phương pháp tạo hình may khít tại chỗ chiếm 27,3%, Không có BN nào phải sử dụng vật tự do.

Kết quả phẫu thuật đạt kết quả tốt chiếm 74,5%. Tình trạng sống của vật, chức năng che phủ, tình trạng liền sẹo, tình trạng nơi cho vật đa phần cho kết quả tốt từ 74,5 – 91,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phẫu thuật một số bệnh ung thư đầu mặt cổ** (2014), ung thư biểu mô khoang miệng, NXB Y học, 106 – 149.
2. **Cerezo L., Liu F. F., Tsang R., Payne D.** (1993), Squamous cell carcinoma of the lip: analysis of the Princess Margaret Hospital experience, Radiotherapy and Oncology Volume 28, Issue 2, August, 142-147.
3. **Trần Thanh Phương và CS** (2003), Điều trị phẫu thuật ung thư hốc miệng, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 7 (4), 1-11.
4. **Babak J.D.** (2007), Lip and perioral region anatomy, Otolaryngology and facial plastic surgery, Emedicine, 58-63.
5. **Hàn Thị Vân Thanh** (2012), Nghiên cứu điều trị ung thư biểu mô khoang miệng có sử dụng kỹ thuật tạo hình bằng vật rãnh mũi má, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Veness M.J., Ong C., Cakir B., Morgan G.** (2001), Squamous cell carcinoma of the lip. Pattern of relapse and outcome: Reporting the Westmead Hospital experience 1980-1997, Australia Radiation Oncology Journal, 195-199.
7. **Babak J.D.** (2007), Lip and perioral region anatomy, Otolaryngology and facial plastic surgery, Emedicine, 58-63.

BẤT SẢN BẨM SINH ĐỘNG MẠCH MŨ TRÁI: BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Đình Minh¹, Trịnh Anh Tuấn¹

động mạch vành phải trên CLVT 256 dãy. Thông qua đó, chúng tôi xin điểm lại y văn về biểu hiện lâm sàng và phương pháp chẩn đoán cũng như chiến lược theo dõi bệnh này được trình bày trong bài báo.

Từ khóa: LCX, bất sản động mạch mũ trái, CT 256 dãy.

SUMMARY

CONGENITAL ABSENCE OF LEFT CIRCUMFLEX ARTERY: A CASE REPORT

Congenital absence of left circumflex artery is a rare coronary malformation with few reported cases in the literature. The risk of stroke can occur when the patient on exertion. Most cases are discovered incidentally during coronary percutaneous angiography or computed tomography angiography. We report 2 cases incidentally discovered congenital absence of left

TÓM TẮT

Bất sản bẩm sinh của động mạch mũ trái là một dị tật mạch vành hiếm gặp với ít trường hợp được báo cáo trong y văn. Nguy cơ đột quỵ do thiếu máu cơ tim có thể xảy ra khi bệnh nhân gắng sức. Phần lớn các trường hợp được tình cờ phát hiện khi chụp động mạch vành qua da hoặc chụp cắt lớp vi tính mạch vành. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp phát hiện tình cờ bất sản bẩm sinh động mạch mũ trái và tăng sinh

¹Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdr24@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 8.3.2023