

ảnh hưởng đến khối lượng công việc của điều dưỡng viên.

- Tổ chức những lớp bồi dưỡng kiến thức, huấn luyện về an toàn lao động theo từng vị trí chuyên môn để ĐDV có thêm kiến thức, hạn chế sai sót trong công việc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phùng Thanh Hùng** và "Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới khối lượng công việc của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2016", Tạp chí trường ĐHY tế Công cộng, tập 03, số 02-2019, mã bài báo SKPT\_19\_006, xuất bản 30/8/2019, trang 54-65.
2. **Trần Thị Ngọc Mai (2014)**, "Thực trạng stress nghề nghiệp của điều dưỡng lâm sàng đang học hệ cử nhân vừa làm vừa học tại Trường Đại học Thăng Long và Đại học Thành Tây", Tạp chí Y học

thực hành, số 4, 110-115.

3. **Đặng Thị Nguyệt (2016)**, "Khảo sát một số yếu tố liên quan đến stress nghề nghiệp của điều dưỡng quận 2 thành phố Hồ Chí Minh", Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Hồ Chí Minh.
4. **Mai Hòa Nhung (2014)**, "Tình trạng stress và một số yếu tố liên quan ở điều dưỡng viên lâm sàng tại Bệnh viện Giao thông vận tải Trung ương năm 2014", Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Trường đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. **Nghiên cứu của Lê Hoàng Yến** "Quá tải và sự hài lòng công việc của điều dưỡng ở bệnh viện mắt trung ương", Tạp chí Y học thực hành (816)-Số 4/2012.
6. **Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review** BMJ Glob Health. 2020; 5(12)
7. **Karimi A., Adel-Mehraban M. and Moeini M. (2018)**, "Occupational Stressors in Nurses and Nursing Adverse Events", Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 23(3), 230-234.

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ SỬ DỤNG TỔ CHỨC TẠI CHỖ TRONG TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU SAU CẮT UNG THƯ

Lê Diệp Linh\*, Vũ Ngọc Lâm\*,  
Nguyễn Trọng Nghĩa\*, Nguyễn Thu Phương\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng - phân loại khuyết da đầu sau cắt ung thư và đánh giá kết quả sử dụng tổ chức tại chỗ tạo hình che phủ khuyết da đầu sau cắt ung thư. **Đối tượng và phương pháp:** 25 bệnh nhân khuyết da đầu sau cắt ung thư được điều trị bằng phẫu thuật tạo hình với tổ chức tại chỗ; nghiên cứu hồi cứu cận thiệp lâm sàng không nhóm chứng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 66,33; nguyên nhân chủ yếu là K biểu mô tế bào vảy và tế bào đáy; phẫu thuật cắt rộng tổn thương tạo nên khuyết da lớn >20cm<sup>2</sup> và tạo hình bằng vạt có cuống mạch kết hợp ghép da nơi lấy vạt chiếm 52%. Kết quả gần loại tốt 68%; kết quả xa loại tốt đạt 80%. **Kết luận:** Vùng da đầu có tổn thương hay gặp là vùng đỉnh, đỉnh -chẩm và thái dương, tỷ lệ tổn khuyết vừa và lớn chiếm 72%, có 28% thâm nhiễm sâu (cốt mạc, xương, màng não). Chỉ định đóng trực tiếp với các tổn khuyết nhỏ (<5 cm<sup>2</sup>) và sử dụng vạt da cân ngẫu nhiên với các tổn khuyết trung bình (5 -20cm<sup>2</sup>) là hoàn toàn phù hợp, trong khi kết hợp vạt cuống động mạch thái dương nông hoặc động mạch chẩm kết hợp ghép da xẻ đối che phủ phần cho vạt để che phủ các tổn khuyết lớn (>20cm<sup>2</sup>) là phương án hữu dụng, an toàn, hiệu quả cao đặc biệt đối với nhóm bệnh nhân lớn tuổi có nhiều yếu tố bệnh lý nền, thể trạng sức khoẻ không đảm bảo cho các phương pháp

khác như giãn da, vi phẫu.

**Từ khóa:** Ung thư da đầu, khuyết hồng da đầu, vạt cuống mạch thái dương nông, vạt cuống mạch chẩm

### SUMMARY

#### EVALUATION OF LOCAL TISSUE USED IN SCALP DEFECT RECONSTRUCTION FOLLOWING CANCER TUMOR RESECTION

**Objectives:** This study will describe the clinical features and introduce a classification of the scalp defect after cancer resection; evaluation of the surgical effectiveness of scalp defect treatment by local tissue. **Subjects and methods:** 25 patients with scalp defects following cancer tumor resection are treated by reconstructive surgery with local flaps; Non-controlled clinical intervention, prospective study. **Results:** The main cause is squamous and basal cell epithelial cancer; type scalp defects more than 20 cm<sup>2</sup> following cancer tumor resection has been covered by using local flap combined with skin grafting accounts for 52%. The good short-term results were 68%; the good far results were 80%. **Conclusion:** The most common scalp lesions are the apex, apex - occipital and temporal regions, with moderate and large defects accounting for 72%, with 28% of deep infiltrates (sclera, bone, meninges). Direct closure with small defects (<5 cm<sup>2</sup>) and the use of random skin flaps with medium defects (5-20 cm<sup>2</sup>) are completely appropriate. Superficial temporal artery or occipital artery pedicle combined with split skin graft to cover the flap for large defects (>20cm<sup>2</sup>) is a useful and safe option, giving the best results especially for the group of elderly patients has many underlying pathological factors, their health status is not guaranteed for other methods such as skin

\*Bệnh viện TWQĐ 108.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Diệp Linh

Email: ledieplinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13/5/2021

Ngày phản biện khoa học: 8/6/2021

Ngày duyệt bài: 10/7/2021

expanding, microsurgery.

**Key words:** Scalp defect, scalp cancer, superficial temporal pedicle flap, occipital pedicle flap.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Da đầu có cấu trúc giải phẫu riêng biệt với chức năng đặc biệt là che phủ hộp sọ, chính vì vậy khi đã có tổn khuyết lớn da đầu thì bắt buộc phải có giải pháp tạo hình che phủ. Tỷ lệ khuyết da đầu sau cắt bỏ ung thư (K) da đầu trên bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều bệnh lý kèm theo có xu hướng tăng cao với kích thước lớn, tổn thương phức tạp kết hợp bệnh lý nền nhiều đặt ra yêu cầu lựa chọn phương pháp tạo hình hiệu quả và an toàn với thời gian phẫu thuật ngắn.

Đã có nhiều phương pháp cũng như chất liệu tạo hình che phủ tổn khuyết lớn da đầu với những ưu nhược điểm riêng. Giãn da là một phương pháp có nhiều ưu điểm tuy nhiên cần nhiều lần phẫu thuật, chi phí tốn kém. Vạt da tự do với kỹ thuật vi phẫu là phương pháp rất hiệu quả với khối lượng chất liệu lớn, tuy nhiên tiền hành phức tạp, nguy cơ tắc mạch cao với những bệnh nhân già, bệnh lý đái tháo đường, cao huyết áp, xơ vữa mạch...

Vạt da đầu tại chỗ với ưu điểm vượt trội về chất lượng da, kỹ thuật đơn giản, an toàn, dễ thực hiện, thời gian phẫu thuật và phục hồi nhanh là giải pháp rất hiệu quả cho những trường hợp bệnh nhân trên. Trong thời gian gần đây chúng tôi đã điều trị cho nhiều trường hợp khuyết da đầu sau cắt ung thư có kết quả tốt, tuy nhiên cần một đánh giá khoa học về chỉ định, kỹ thuật, tai biến biến chứng... của phương pháp này, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "Nhận xét kết quả sử dụng tổ chức tại chỗ trong tạo hình khuyết da đầu sau cắt ung thư" với hai mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng và phân loại tổn thương khuyết da đầu do ung thư.*

- *Đánh giá kết quả sử dụng tổ chức tại chỗ tạo hình che phủ khuyết da đầu sau cắt ung thư*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân có tổn khuyết da đầu bởi nguyên nhân sau cắt rộng K vùng da đầu và được điều trị phẫu thuật tạo hình che phủ tổn khuyết bằng các phương pháp: đóng vết mổ trực tiếp, vạt ngẫu nhiên tại chỗ và sử dụng vạt có cuống mạch như vạt da cân cơ thái dương nông hoặc vạt chẩm, điều trị tại Khoa phẫu thuật hàm mặt và tạo hình - Bệnh viện TỰ QĐ 108 trong khoảng thời gian từ tháng 01/2015 đến tháng 08/2020.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả lâm sàng cắt ngang không có nhóm chứng, số liệu sử dụng làm mẫu nghiên cứu lấy từ bệnh án lưu trữ tại phòng lưu trữ hồ sơ bệnh án của Bệnh viện TỰ QĐ 108.

Mẫu nghiên cứu thuận tiện là các bệnh nhân khám và điều trị tại Khoa phẫu thuật hàm mặt và tạo hình - Bệnh viện TỰ QĐ 108 trong khoảng thời gian từ tháng 01/2015 đến 08/2020 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** các bệnh nhân có tổn khuyết da đầu do ung thư được phẫu thuật tại Khoa phẫu thuật hàm mặt và tạo hình - Bệnh viện TỰ QĐ 108 và có theo dõi đánh giá kết quả ít nhất sau 06 tháng phẫu thuật.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các bệnh nhân có tổn khuyết da đầu không do ung thư và bệnh nhân có tổn khuyết da đầu do ung thư sử dụng các phương pháp tạo hình che phủ khác, hoặc không theo dõi không được đánh giá kết quả sau phẫu thuật.

**2.2.3. Kỹ thuật tiến hành:** Bệnh nhân được thăm khám, phân loại, đánh giá tổn thương, lên kế hoạch điều trị, lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp để che phủ kín tổn khuyết da đầu sau cắt bỏ vùng bệnh lý.

• **Phân loại tổn thương.** Trong nghiên cứu, diện tích tổn khuyết được đo trên hình vẽ kiểu đối chiếu tỷ lệ 1:1 lên tấm nylon kẻ ô vuông bàn cờ với kích thước 1 cm<sup>2</sup> mỗi ô (tracing overlays method) và sử dụng phương pháp chia mức độ tổn khuyết của tác giả Cherubino M.(2013)[5], chia diện tích tổn khuyết da đầu thành ba nhóm:

- Tổn khuyết nhỏ: diện tích < 5cm<sup>2</sup>.

- Tổn khuyết trung bình: diện tích từ 5cm<sup>2</sup> đến 20 cm<sup>2</sup>.

- Tổn khuyết lớn: diện tích > 20cm<sup>2</sup>.

• **Các phương pháp che phủ khuyết da đầu được sử dụng**

(1) Đóng trực tiếp vết mổ.

(2) Sử dụng vạt ngẫu nhiên: vạt xoay, vạt đẩy, vạt chuyển

(3) Vạt có cuống mạch: cuống động mạch thái dương nông hoặc cuống động mạch chẩm.

Khi sử dụng vạt tại vị trí lấy vạt nếu cần ghép da thì chúng tôi sử dụng da xẻ đôi lấy từ vùng da đầu lành lân cận.

### 2.2.4. Đánh giá kết quả:

- **Đánh giá kết quả gần:** Khi bệnh nhân ra viện. Dựa trên hai tiêu chí: sức sống của vạt cũng như diện tích che phủ.

+ **Tốt:** vạt có màu hồng, bờ không viêm, không chảy dịch, không có dấu hiệu nhiễm khuẩn; diện tích che phủ: từ 70% -100% tổn khuyết.

+ Khá: Vạt có nốt phỏng hay hoại tử nhỏ, bờ viêm, bục vết mổ một phần; diện tích che phủ: từ 50% -70% tổn khuyết.

+ Kém: Vạt có nguy cơ hoại tử cao, chảy dịch vàng, vết thương nhiễm khuẩn; diện tích che phủ: dưới 50% tổn khuyết.

- Đánh giá kết quả xa: Được thực hiện sau khi bệnh nhân ra viện ít nhất 6 tháng. Bệnh nhân trả lời câu hỏi theo mẫu có sẵn. Dựa trên hai tiêu chí: tình trạng da đầu vùng tổn khuyết và tình trạng mọc tóc của vùng da đầu mang tóc.

+ Tốt: độ đàn hồi, màu sắc da tương tự vùng da đầu xung quanh, sẹo nhỏ, không lồi, không tạo ra ranh giới với vùng da liền kề; tình trạng mọc tóc của vùng da đầu mang tóc: tương tự vùng da xung quanh.

+ Khá: độ đàn hồi, màu sắc da không giống da đầu xung quanh, sẹo gây biến dạng nhẹ vùng lân cận; tình trạng mọc tóc của vùng da đầu mang tóc: tóc mọc thưa hơn vùng da xung quanh.

+ Kém: độ đàn hồi, màu sắc không giống da xung quanh, tăng cảm giác đau, sẹo gây co kéo, biến dạng tổ chức; tình trạng mọc tóc của vùng da đầu mang tóc: không mọc tóc.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Tuổi – giới:** 25 bệnh nhân đủ điều kiện theo yêu cầu của đối tượng nghiên cứu được chọn với độ tuổi trung bình là 63,33 (+/- 17,85; trẻ tuổi nhất là 31 tuổi, lớn tuổi nhất là 72) với tỷ lệ nam 15/25 (60%), nữ 10/25 (40%).

**3.2. Nguyên nhân – thời gian từ khi mắc bệnh đến khi được phẫu thuật**

**Bảng 1.** Nguyên nhân – thời gian mắc bệnh

	<1 năm	1- 5 năm	> 5 năm	Tổng
K tế bào vảy	8	3		11/25 (44%)
K tế bào đáy	5	5		10/25 (40%)
Sarcom	2			02/25 (08%)
K màng não		1		01/25 (04%)
K tuyến bã	1			01/25 (04%)
Tổng	16/25 (64%)	09/25 (36%)	0	

**Bảng 5.** Các phương pháp đóng tổn khuyết.

Loại phẫu thuật/ Loại K	K tế bào vảy	K tế bào đáy	Sarcom	K màng não	K tuyến bã	Tổng
Đóng trực tiếp	1	3	1			5
Vạt có cuống mạch	2	4				6
Vạt có cuống mạch+Ghép da	7	3	1		1	12

**Nhận xét:** Nguyên nhân chủ yếu gây tổn khuyết da đầu là K tế bào vảy và K tế bào đáy với khoảng thời gian bệnh tiến triển dưới 1 năm là 16/25 (64%).

### 3.3. Triệu chứng lâm sàng chính

**Bảng 2.** Triệu chứng lâm sàng chính.

Triệu chứng	Khôi u	Loét	Đau	Abccess
K tế bào vảy	6	5		
K tế bào đáy	5	5		
Sarcom			2	
K màng não			1	
K tuyến bã				1
<b>Tổng</b>	<b>11/25</b>	<b>10/25</b>	<b>03/25</b>	<b>01/25</b>

**Nhận xét:** Chủ yếu bệnh nhân đến khám và điều trị bởi biểu hiện có khối bất thường và các u sùi loét vùng da đầu.

### 3.4. Vị trí – kích thước tổn khuyết sau cắt tổn thương

**Bảng 3.** Vị trí – kích thước tổn khuyết.

Vị trí/Kích thước	< 5cm <sup>2</sup>	5-20cm <sup>2</sup>	>20cm <sup>2</sup>
Trần	2	1	1
Đỉnh		2	3
Đỉnh - chẩm			5
Chẩm	1	1	1
Thái dương	4	1	2
Thái dương-đỉnh			1
<b>Tổng</b>	<b>7/25 (28%)</b>	<b>5/25 (20%)</b>	<b>13/25 (52%)</b>

**Nhận xét:** Vùng da đầu có tổn thương hay gặp là vùng đỉnh, đỉnh - chẩm và thái dương với tỷ lệ tổn khuyết lớn >20 cm<sup>2</sup> chiếm 52%.

### 3.5. Thành phần xâm nhiễm của tổn thương

**Bảng 4.** Thành phần xâm nhiễm của tổn thương

Loại K/Thành phần tổn thương	Da	Cột mạch	Xương	Màng não
K tế bào vảy	11	3	3	
K tế bào đáy	10	1	1	
Sarcom	2	2		
K màng não	1	1	1	1
K tuyến bã	1			
<b>Tổng</b>	<b>25/25</b>	<b>07/25</b>	<b>05/25</b>	<b>1</b>

**Nhận xét:** Nguyên nhân chính thường do K tế bào vảy và tế bào đáy; với chiều sâu tổn thương thường xâm nhiễm hết toàn bộ các lớp sinh lý của da là chủ yếu.

### 3.6. Loại phẫu thuật

Vật có cuống mạch+Lưới titan+Ghép da		1		1		2
Vật tự do						0

**Nhận xét:** Phương pháp phẫu thuật sử dụng vật có cuống mạch hoặc vật có cuống mạch kết hợp ghép da là phương pháp được sử dụng chính.

### 3.7. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 6.** Kết quả sau mổ.

Kết quả	Gần	Xa
Tốt	17/25 (68%)	20/25 (80%)
Khá	08/25 (32%)	05/25 (20%)
Kém	0/25 (0%)	0/25 (0%)

**Nhận xét:** Tất cả các ca phẫu thuật đều có kết quả tốt và khá, trong đó có 03 trường hợp tiến triển tốt lên khi đánh giá kết quả xa.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Về tuổi, giới, nguyên nhân, đặc điểm tổn thương.** 25 bệnh nhân được chọn có độ tuổi trung bình là 66,33 (+/- 17,85; trẻ tuổi nhất là 31 tuổi, lớn tuổi nhất là 72). Trong một số nghiên cứu trước đây đã chỉ ra tỷ lệ K da đầu thường gặp hơn nữ và trong nghiên cứu này tỷ lệ mắc giữa nam và nữ cũng có kết quả tương tự (Nam: 15/25 - 60%; Nữ: 10/25 - 40%).

Trong nhóm đối tượng này, nguyên nhân chính dẫn đến tổn khuyết da đầu là do hai thể K tế bào chính (tế bào đáy và tế bào vảy) trong các ung thư da không phải melanom gây nên (21/25 - 84%). Kết quả này tương đồng với các kết quả đã được báo cáo trong nghiên cứu trước đây.

**4.2. Về triệu chứng lâm sàng chính khiến bệnh nhân đi điều trị:** Triệu chứng lâm sàng khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị chính là do các khối u sùi loét (21/25 - 84%) do K tế bào vảy hoặc K tế bào đáy da đầu gây nên. Triệu chứng đau chỉ xuất hiện trên bệnh nhân sracom và K màng não (03/25 - 12%) và do khối abscess do K tuyến bã chỉ có một bệnh nhân (01/25 - 4%).

**4.3. Về vị trí và kích thước tổn thương-tổn khuyết:** Archontaki M. và cộng sự đã có báo cáo về vị trí thường xuất hiện của nhóm K tế bào đáy kích thước lớn da đầu tại vùng chẩm phía sau trên 51 đối tượng [4]. Trên nhóm 25 đối tượng của nghiên cứu, diện tổn khuyết lớn (>20 cm<sup>2</sup>) chiếm đa số (13/25 - 52%) với kích thước lớn nhất là 380 cm<sup>2</sup>. Vị trí các tổn thương tập trung chủ yếu tại vùng đỉnh và chẩm (13/25 - 52%) và tỷ lệ giữa nam và nữ không có sự khác biệt lớn (Nam: 07/25 - 28%; Nữ: 06/25 - 24%).

**4.4. Về thành phần tổn thương.** Trong nhóm nghiên cứu có 07/25 bệnh nhân (28%) với diện tổn thương rộng và thâm nhiễm sâu (cốt mạc, xương, màng não) với bốn bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học với K tế bào vảy và một chẩn đoán K tế bào đáy xâm nhiễm đến cốt mạc.

Nguyên nhân dẫn đến tình trạng thâm nhiễm của bốn bệnh nhân này, mà không phải do các thể hay gặp (K tế bào đáy, K tuyến,...) như đã được nhắc đến ở nghiên cứu trước [4], đều do đến điều trị muộn hoặc bị bỏ sót tổn thương khi điều trị ở tuyến dưới tương tự như nguyên nhân được nêu đến trong nghiên cứu của Uwe Wollina (2019).

**4.5. Về phương pháp phẫu thuật.** Chỉ định phương pháp phẫu thuật (PPPT) dựa trên diện tích tổn khuyết da đầu sau cắt bỏ khối K:

- Tổn khuyết nhỏ (< 5cm<sup>2</sup>): đóng trực tiếp vết mổ.

- Tổn khuyết trung bình (5 - 20cm<sup>2</sup>): sử dụng vật tại chỗ ngẫu nhiên hoặc vật đảo, vật có cuống nếu cần và đóng trực tiếp nơi cho vật

- Tổn khuyết lớn (>20cm<sup>2</sup>): sử dụng vật cuống động mạch thái dương nông hoặc động mạch chẩm kết hợp ghép da xẻ đôi che phủ phần cho vật.

Trong nghiên cứu này, đối với các tổn khuyết nhỏ và trung bình, chỉ định PPPT được dùng tương tự như trong các nghiên cứu trước và đối với nhóm tổn khuyết lớn, một số tác giả đưa ra chỉ định PPPT như: khoan bản sọ biểu mô chờ ghép da, ghép da nhân tạo (Integra) hoặc sử dụng vật tự do vi phẫu thuật với các tổn khuyết lớn [5,6]. Điểm khác biệt trong nghiên cứu này đó là chúng tôi áp dụng PPPT tạo hình sử dụng vật cuống động mạch thái dương nông hoặc động mạch chẩm kết hợp ghép da xẻ đôi che phủ phần cho vật.

**4.5. Về kết quả phẫu thuật.** Các tác giả Nguyễn Bắc Hùng (2017) và Trần Thiết Sơn (2007) đã tổng kết và đưa ra các tiêu chí lượng giá nhằm đánh giá kết quả tạo hình dựa trên sức sống của vật, diện tích che phủ, tình trạng da đầu vùng tổn khuyết và tình trạng mọc tóc của vùng da đầu mang tóc [1,3], chúng tôi cũng dựa trên các tiêu chí đó để đánh giá như sau: Trong kết quả gần, 17/25 bệnh nhân (68%) có kết quả tốt. Trong đó, 07/25 bệnh nhân (28%) là các tổn khuyết nhỏ được đóng vết mổ trực tiếp và 05/25 bệnh nhân (20%) là các tổn khuyết trung bình sử dụng PPPT tạo hình bằng vật ngẫu nhiên và có 05/25 bệnh nhân (20%) của nhóm có tổn khuyết lớn sử dụng vật cuống động mạch thái dương nông hoặc động mạch chẩm kết hợp ghép da xẻ đôi.

Sau khi đánh giá kết quả xa, số lượng kết quả tốt tăng thêm ba bệnh nhân từ nhóm sử dụng vật

cuống mạch – ghép da (20/25-80%) và không có kết quả xấu nào trong cả hai thời điểm đánh giá. Kết quả này cho thấy, chỉ định PPPT đóng trực tiếp và vạt ngẫu nhiên với các tổn khuyết nhỏ (<5 cm<sup>2</sup>) - trung bình (5-20 cm<sup>2</sup>) cho kết quả tốt và tương tự với kết quả của các tác giả Cherubino. M(2013), Cleyton.D. Souza (2012) [5,6].

Bên cạnh đó, kết quả trên gợi ý rằng, với các tổn khuyết lớn (> 20 cm<sup>2</sup>), việc sử dụng PPPT kết hợp vạt cuống động mạch thái dương nông hoặc động mạch chẩm và ghép da mang lại kết quả sau phẫu thuật rất khả quan với tỷ lệ vạt sống cao và kết quả xa tốt lên, cũng như đảm bảo các yêu cầu thẩm mỹ về vùng da có tóc. Bên cạnh đó, kết hợp kết quả này với độ tuổi trung bình tương đối lớn của nhóm đối tượng trong nghiên cứu (66,33; +/- 17,85; trẻ tuổi nhất là 31 tuổi, lớn tuổi nhất là 72) đã gợi ý rằng việc áp dụng PPPT kết hợp vạt cuống động mạch thái dương nông hoặc động mạch chẩm và ghép da sẽ phù hợp và giúp đạt kết quả phẫu thuật tốt nhất với tình trạng lâm sàng của nhóm bệnh nhân cao tuổi.

## V. KẾT LUẬN

Vùng da đầu có tổn thương hay gặp là vùng đỉnh, đỉnh - chẩm và thái dương, tỷ lệ tổn khuyết vừa và lớn chiếm 72%, có 28% thâm nhiễm sâu (cốt mạc, xương, màng não).

Kết quả phẫu thuật cho thấy nhóm bệnh nhân chỉ định PPPT đóng trực tiếp với các tổn khuyết nhỏ (<5 cm<sup>2</sup>) và sử dụng vạt da cân ngẫu nhiên

với các tổn khuyết trung bình (5 -20 cm<sup>2</sup>) là hoàn toàn phù hợp, đồng thời chỉ định PPPT kết hợp vạt cuống động mạch thái dương nông hoặc động mạch chẩm kết hợp ghép da xẻ đôi che phủ phần cho vạt để che phủ các tổn khuyết lớn (>20 cm<sup>2</sup>) là phương án hữu dụng, an toàn, cho kết quả tốt nhất là đối với nhóm bệnh nhân lớn tuổi có nhiều yếu tố bệnh lý nền, thể trạng sức khỏe không đảm bảo cho các phương pháp khác như giãn da, vi phẫu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bắc Hùng (2017)**, Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ.
2. **Nguyễn Huy Phan (1999)**, Lịch sử phát triển kỹ thuật vi phẫu thần kinh trên thế giới và ở Việt Nam.
3. **Trần Thiết Sơn (2007)**, Nhận xét các kết quả tạo hình khuyết lớn da đầu.
4. **Archontaki M., et al (2009)**. Giant Basal Cell Carcinoma: Clinicopathological Analysis of 51 Cases and Review of the Literature. *Anticancer Research* 29: 2655-2664.
5. **Cherubino M., et al. (2013)**. A New Algorithm for The Surgical Management of Defects of the Scalp. *ISRN Plast Surg*, 2013, 1-5.
6. **Cleyton .D. Souza (2012)**. Reconstruction of large scalp and forehead defects following tumor resection: personal strategy and experience – analysis of 25 cases. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(2):227-37.
7. **Keck M, et al (2012)**. Primary cutaneous adenoid carcinoma of the scalp. *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW.* 2012;1:Doc04
8. **Onishi K., et al. (2005)**. Repair of scalp defect using a superficial temporal fascia pedicle VY advancement scalp flap. *Br J Plast Surg*, 58 (5), 676-680.

## KHẢO SÁT MỨC ĐỘ HOÀN THIỆN CỦA HỆ THỐNG TỔ CHỨC Y TẾ TRONG QUẢN LÝ MỸ PHẨM TẠI VIỆT NAM

Hoàng Thy Nhac Vũ\*, Trần Thị Ngọc Vân\*, Lê Thị Kiều Oanh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm khảo sát mức độ hoàn thiện của hệ thống tổ chức y tế trong quản lý mỹ phẩm tại Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện thông qua việc tổng hợp và phân tích nội dung các quy định về quản lý mỹ phẩm tại Việt Nam, do cấp trung ương ban hành, có phạm vi áp dụng toàn quốc, và còn hiệu lực tính đến ngày 01/06/2021. **Kết quả:** Thông qua khung pháp lý hiện hành về quản lý mỹ phẩm tại Việt Nam, với 36 văn bản liên quan đã được ban hành và còn hiệu lực

(2 Điều ước quốc tế, 5 văn bản Luật, 10 Nghị định, 2 văn bản hợp nhất, 10 Thông tư, và 7 Quyết định), có thể thấy cơ quan y tế đã thực hiện vai trò quản lý trong năm lĩnh vực chính, với 12 văn bản về xuất khẩu, nhập khẩu mỹ phẩm; 8 văn bản về kiểm nghiệm, kiểm tra đảm bảo chất lượng mỹ phẩm; 7 văn bản về công bố sản phẩm mỹ phẩm; 6 văn bản về quảng cáo mỹ phẩm; và 6 văn bản về sản xuất mỹ phẩm. Văn bản hợp nhất số 07/VBHN-BYT năm 2021 và Quyết định số 7866/QĐ-BYT năm 2018 là những văn bản quan trọng vì liên quan đến nhiều lĩnh vực trong quản lý mỹ phẩm. **Kết luận:** Thông tin thu được đã cung cấp một bức tranh toàn cảnh về vai trò của cơ quan y tế và mức độ hoàn thiện của hệ thống y tế trong quản lý mỹ phẩm tại Việt Nam trong việc thực hiện các giải pháp của chiến lược quốc gia về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

**Từ khóa:** Chiến lược quốc gia, hệ thống tổ chức y tế, quản lý mỹ phẩm, khung pháp lý, Việt Nam.

\*Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: Hoàng Thy Nhac Vũ,

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14/5/2021

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2021

Ngày duyệt bài: 9/7/2021