

công việc. Trường đại học Y Hà Nội – ngôi trường y lâu đời nhất cả nước và BV đa khoa YHCT Hà Nội – BV chuyên khoa đầu ngành của Thành phố là 2 CSĐT nhận được sự tin cậy nhất của các BS với lần lượt 78,9% và 80% số BS có mong muốn được học tập.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi 30 – dưới 40 chiếm tỷ lệ cao nhất (45,83%). Tỷ lệ nam và nữ là gần như tương đương nhau với 48,96% và 51,04%. Trình độ chuyên môn cao nhất hiện nay của các bác sĩ chủ yếu là trình độ đại học (60,42%). Phần lớn có mức thu nhập hàng tháng từ chuyên môn là 5 đến 10 triệu đồng (67,71%).

2. Thực tế 26% số bác sĩ chưa từng tham gia các khóa ĐTLT. Chủ yếu đã tham gia từ 01 – 02 khóa đào tạo (32,3%). Nội dung được tham gia nhiều nhất là các khóa Điều trị không dùng thuốc YHCT với 35,19%. Từ 02 – 04 ngày là thời gian khóa đào tạo được lựa chọn tham gia nhiều (31,71%). Đa số các khóa đào tạo được tham gia trực tiếp tại cơ sở đào tạo (58,2%) và cơ sở đào tạo cung cấp nhiều khóa học nhất cho các đối tượng nghiên cứu là BV đa khoa YHCT Hà Nội chiếm 47,73%.

3. Nhu cầu ĐTLT về YHCT có ở 93,75% đối tượng nghiên cứu, trong đó nội dung mà các BS có nhu cầu nhất là kiến thức điều trị kết hợp YHHĐ và YHCT (77,8%). Thời gian khóa học mong muốn của 46,67% BS là từ 02 – 04 ngày. Các khóa đào tạo trực tuyến có nhu cầu lớn (57,8%) và cơ sở đào tạo mà các BS mong muốn được học tập nhiều nhất là Trường đại học Y Hà Nội (78,9%) và BV đa khoa YHCT Hà Nội (80%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2013). Thông tư 22/2013/TT-BYT về Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.
2. **Bộ Y tế** (2020). Thông tư 26/2020/TT-BYT về Sửa đổi, bổ sung một số điều của thông tư 22/2013/TT-BYT hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.
3. **Bộ Y tế** (2022). Quyết định 3159/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu "Chuẩn năng lực cơ bản của bác sĩ Y học cổ truyền Việt Nam".
4. **Bộ Y tế** (2012). Quyết định số 492/QĐ-BYT về việc cấp mã chứng nhận đào tạo liên tục cho các đơn vị tham gia công tác đào tạo cán bộ y tế.
5. **Nguyễn Thành Trung** (2015). Nhu cầu và khả năng cung cấp các loại hình đào tạo liên tục về y học cổ truyền cho nhân viên y tế tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa. Luận văn Thạc sĩ y học Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Hiền Minh** (2022). Lý do hơn 9300 nhân viên y tế thôi việc, nghỉ việc. <https://baochinhphu.vn/ly-do-hon-9300-nhan-vien-y-te-thoi-viec-nghi-viec-102220720181405906.htm>

ÁP DỤNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG VIỆC LỰA CHỌN CUỐNG MẠCH CẤP MÁU MANG PHỨC HỢP QUẩNG NÚM VÚ TRONG PHẪU THUẬT THU GỌN VÚ

Tạ Thị Hồng Thuý^{1,2}, Trần Thiết Sơn^{1,2}, Phạm Thị Việt Dung^{1,2},
Luu Hồng Nhung¹, Lại Thu Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm mục đích xác định các nguồn động mạch cấp máu chính cho phức hợp quầng núm vú (QNV), áp dụng cho phẫu thuật thu gọn vú phì đại rất lớn để giảm thiểu nguy cơ hoại tử phức hợp QNV. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca lâm sàng không nhóm chứng cắt ngang đánh giá nguồn cấp máu cho QNV chính xác nhất dựa trên chụp mạch cho tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán phì đại vú thể tích rất lớn có chỉ định phẫu thuật. Kết quả: 28 bệnh

nhân với mức độ sa trễ độ 3 được thực hiện chụp cắt lớp vi tính đa dây (MSCT) ở cả hai vú để xác định nguồn cấp máu ưu thế cho quầng núm vú. **Kết quả:** cấp máu cho vú với động mạch vú trong ưu thế 56/56 vú (100%), động mạch ngực ngoài ưu thế 19/56 vú (33,93%), động mạch liên sườn 8/56 vú (14,3%). MSCT đo thể tích vú thấp nhất là 1000ml và lớn nhất 2412ml. Dựa trên kết quả chụp MSCT thiết kế vạt trực mạch mang phức hợp QNV mang nhánh mạch ưu thế hoàn toàn từ động mạch vú trong: cuống trên trong 43/56 (76,79%), cuống trên 9/56 vú (16,07%) và cuống trong 4/56 vú (7,14%). Không có vú nào bị hoại tử quầng núm vú sau phẫu thuật, chỉ có 2 QNV thiếu dưỡng nhẹ. **Kết luận:** Chụp MSCT vùng vú trước phẫu thuật giúp cho việc lựa chọn dạng cuống mạch cấp máu cho QNV và giảm thiểu nguy cơ hoại tử QNV trong phẫu thuật thu gọn vú đối với mức độ phì đại lớn và sa trễ nhiều. **Từ khóa:** Thu gọn vú, phức hợp quầng núm vú, cắt lớp vi tính đa dây.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hồng Thuý

Email: tahongthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

SUMMARY**APPLICATION MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN SELECTING THE PEDICLE BLOOD SUPPLY FOR THE NIPPLE -AREOLA COMPLEX IN BREAST REDUCTION**

Objective: Aims to identify the main arterial sources of blood supply to the nipple-areola complex (NAC), which is applicable to very large hypertrophic breast reduction surgery, in order to minimize the risk of NAC complex necrosis. **Methods:** Describe a cross-sectional, uncontrolled clinical case series to evaluate the most accurate blood supply to the NAC based on angiography for all patients diagnosed with excessive breast enlargement requiring surgery. **Results:** 28 patients with grade 3 ptosis underwent multi-slice computerized tomography (MSCT) scan of both breasts to determine the dominant blood supply to the nipple areola. Of the blood supplies to the breast, the internal mammary artery predominates in 56/56 breasts (100%), the external thoracic artery predominates in 19/56 breasts (33,93%), and the intercostal artery in 8/56 breasts (14,3%). MSCT measures a minimum breast volume of 1000ml and the maximum of 2412ml. Based on the MSCT scan results, the axial flap design carrying the QNV complex has a dominant branch entirely from the internal mammary artery: superior medial pedicle in 43/56 (76,79%), superior pedicle in 9/56 breasts (16,07%) and medial pedicle in 4/56 breasts (7,14%). None of the breasts showed signs of nipple-areola necrosis after surgery, and only 2 NAC had mild hypotrophy. **Conclusion:** Preoperative breast MSCT imaging is helpful in selecting the type of pedicle that supplies blood to the NAC, and minimizes the risk of NAC necrosis during breast reduction surgery in cases of significant hypertrophy and severe grades of ptosis.

Keywords: Breast reduction, nipple-areola complex, Multi-Slice Computerized Tomography.

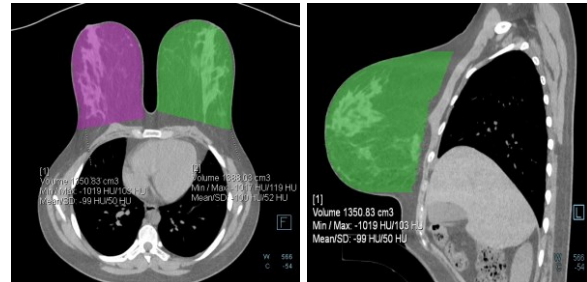
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phì đại tuyến vú là là trình trạng tăng thể tích tuyến vú, gặp ở các độ tuổi khác nhau, gây ra nhiều vấn đề về tâm sinh lý như đau lưng, viêm loét nếp lằn vú, căng thẳng tâm lý. Đặc biệt hơn đối với những bệnh nhân có mức độ phì đại quá lớn kèm sa trễ nhiều thì vấn đề ảnh hưởng này càng nghiêm trọng hơn. Với mức độ vú phì đại quá lớn, sử dụng nhiều dạng vật cuống ngẫu nhiên mang QNV có nguy cơ cao hoại tử QNV do tỷ lệ dài/rộng vật > 2/1 không đảm bảo cấp máu QNV. Vì vậy, các tác giả trên thế giới vẫn dùng kỹ thuật thu gọn ngực và ghép tự do QNV (kỹ thuật Thorek). Việc sử dụng các vật mang QNV có trục mạch trong phẫu thuật thu gọn phì đại vú lớn nhằm giảm thiểu biến chứng hoại tử QNV, bảo tồn được chức năng tiết sữa, giữ được cảm giác QNV vẫn còn là thách thức với các phẫu thuật viên tạo hình^{1,2}. Việc lập bản đồ chính xác trước phẫu thuật về nguồn động mạch cấp máu

chính cho QNV có ý nghĩa để lựa chọn mạch máu nào được đặt trong cuống vật nuôi QNV, giúp tránh hoại tử QNV. Việc sử dụng MSCT có thể cải thiện những nhược điểm của các kỹ thuật siêu âm⁴. Chụp mạch sử dụng MSCT có thể tạo dựng hình ảnh 3D để có hình ảnh các mạch cần quan tâm⁵. Trên y văn có một số ít nghiên cứu sử dụng MSCT để xác định nguồn cấp máu QNV cho phẫu thuật thu gọn vú trung bình. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng MSCT trên nhóm phẫu thuật thu gọn ngực có thể tích lớn. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm mục đích mô tả các nguồn cung cấp máu cho QNV bằng MSCT và lựa chọn cuống mạch thích hợp tùy theo đặc điểm cấu trúc của từng cá thể nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 28 bệnh nhân chẩn đoán phì đại tuyến vú tại Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện Bạch mai từ tháng 01/2021 tới tháng 09/2023. Các bệnh nhân được lựa chọn trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ sa trễ độ 3 (độ dài từ mũi ức xương đòn tới núm vú trên 25cm) và đo thể tích vú trên MSCT lớn hơn 1000ml.



Hình 1: Đo thể tích mỗi bên vú ở tư thế nằm sấp

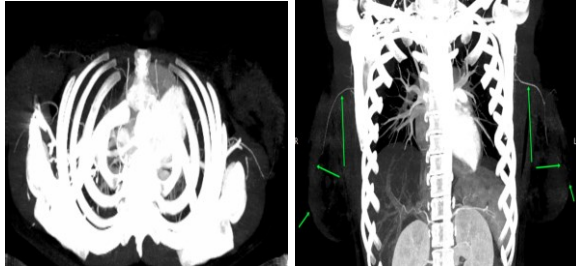
Kỹ thuật chụp MSCT vùng ngực đánh giá nguồn mạch chính và đường đi cấp máu cho quầng núm vú:

- Bệnh nhân được chụp MSCT vùng ngực bằng máy chụp CT đa lớp 320 có tiêm thuốc cản quang. Trước chụp tất cả các bệnh nhân có chức năng thận bình thường, không có tiền sử dị ứng thuốc. Bệnh nhân được chụp ở hai tư thế sấp bụng thẳng hai vú và ngửa.

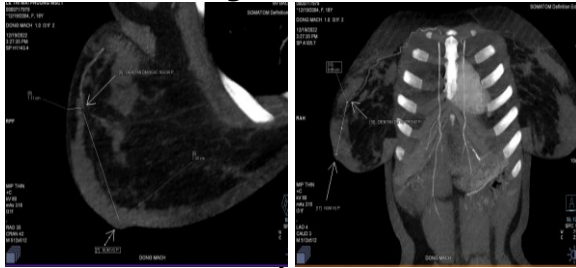
- Kỹ thuật chụp: 120-180mAs, 120 kVp, Pitch 1.2, Recon 0.75mm, 512x512 matrix. Tiêm 90 ml thuốc cản quang (350-370mg/ml), đường tĩnh mạch 5ml/s, 40ml Bolus NaCl 0.9%, Bolus tracking ROI vào động mạch chủ ngực với ngưỡng 100HU.

Hình ảnh mạch máu được tái tạo để phân tích nguồn cấp máu cho phức hợp quầng núm vú, loại bỏ xương được thực hiện tự động trước

tiên, sau đó loại bỏ hình ảnh tim. Vị trí QNV được xác định trên hình ảnh 3D bằng cách điều chỉnh cài đặt cửa sổ để thu được hình ảnh bề mặt. Nhóm bác sĩ chẩn đoán hình ảnh xác định và ghi lại hình ảnh các nhánh mạch xuyên cấp máu cho QNV mỗi vú từ nguồn cấp máu động mạch chủ yếu cho QNV từ động mạch vú trong, động mạch ngực ngoài, động mạch liên sườn.

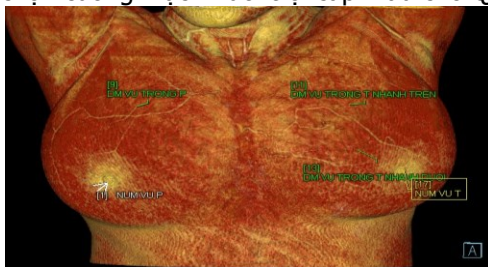


Hình 2: Xác định các nhánh động mạch vùng QNV (ghi nhận đường kính >1mm): số lượng nguồn gốc nhánh mạch chính có đường kính lớn nhất



Hình 3: Xác định điểm tận của nhánh mạch xuyên cấp máu cho QNV

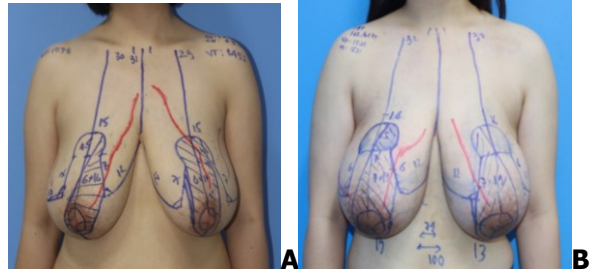
Từ động mạch vú trong xác định các nhánh mạch đi ra từ các khoang liên sườn và điểm tận cách QNV bao nhiêu cm. Động mạch ngực ngoài tách ra các nhánh mạch xuyên cấp máu cho QNV và khoảng cách với QNV. Động mạch liên sườn từ khe gian sườn 4-5 và 5-6. Ngoài ra đo đường kính của các nhánh mạch. Đây là cơ sở cho việc lựa chọn cuống mạch nuôi trội cấp máu cho QNV.



Hình 4: Hình ảnh các nhánh mạch xuyên cấp máu cho QNV tư thế nằm ngửa trên MSCT

Lựa chọn loại cuống mạch cấp máu cho quầng núm vú vẫn dựa vào hai nguồn cấp máu là động mạch ngực ngoài hoặc động mạch vú trong tương đồng với các dạng cuống trên trong,

cuống trên, cuống trong, cuống ngoài hoặc cuống trên ngoài.



Hình 5: Các dạng cuống mạch nuôi từ nguồn mạch xuyên của động mạch vú trong

A. Cuống trên trong Phải, cuống trên trái. B. Cuống trên trong cả hai bên

Tất cả các bệnh nhân đều được thực hiện phẫu thuật sau khi chụp MSCT và xác định dạng cuống mạch sẽ sử dụng. Phẫu thuật được thực hiện theo cùng một nguyên tắc của nhóm tác giả, đường rạch da với kết quả là đường khâu quanh quầng và đường khâu chữ T ngực.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 28 bệnh nhân nữ thực hiện phẫu thuật thu gọn vú tuổi từ 14 đến 55, tuổi trung bình là 28,43. Tất cả các bệnh nhân đều có sa trễ độ 3, khoảng cách từ mũi ức tới núm vú từ 27 cm tới 39 cm, khoảng cách trung bình là 31,94 cm. Chụp MSCT ở cả hai vú được thực hiện trước phẫu thuật để xác định thể tích tuyến vú và nguồn cấp máu cho quầng núm vú từ động mạch chiếm ưu thế nhằm quyết định việc lựa chọn cuống mạch trong quá trình phẫu thuật. Tổng số 56 vú được đo thể tích trên MSCT ít nhất 1000ml, lớn nhất 2412ml, trong đó thể tích khổng lồ 14/56 vú (25%). Động mạch vú trong là động mạch có các nhánh mạch xuyên cấp máu cho QNV ưu thế 100% vú. Nguồn trội từ động mạch ngực ngoài có nhánh mạch xuyên cấp máu cho QNV 19/56 vú (33,93%), động mạch liên sườn 8/56 vú (14,3%). Như vậy là tỉ lệ 27/56 vú đồng thời có các nhánh cấp máu cho QNV trội từ hai nguồn mạch trong đó luôn có nguồn chính là động mạch vú trong. Sự cấp máu của hai bên vú trên cùng bệnh nhân khác nhau hoàn toàn 12/28 bệnh nhân.

Bảng 1: Nguồn động mạch cấp máu cho phức hợp QNV

Động mạch cấp máu	Vú phải		Vú trái		Tổng hai vú	
	N=	%	N=	%	N=	%
ĐM vú trong	28	50%	28	50%	56	100%

ĐM ngực ngoài	10	17,86%	9	16,07%	19	33,93%
ĐM liên sườn	6	10,7%	2	3,6%	8	14,3%

Động mạch vú trong tách ra các nhánh mạch xuyên cấp máu cho QNV tương ứng ở khoang liên sườn (KLS) 2-3 chiếm tỉ lệ cao nhất 27/56 vú, còn lại từ KLS 1-2 chiếm 18/56 vú, KLS 3-4 chiếm 13/56 vú. Như vậy, tổng số nhánh mạch cấp máu cho QNV từ động mạch vú trong là 62 nhánh mạch, có thể nhiều hơn một nhánh cấp máu cho QNV ở một số vú.

Bảng 2: Đặc điểm mạch xuyên tách ra từ động mạch vú trong

ĐM vú trong ưu thế	Vú phải		Vú trái		Tổng mạch
	N=28	%	N=28	%	
Xương sườn 1-2	7	25%	11	39,28%	18
Xương sườn 2-3	15	53,57%	12	42,86%	27
Xương sườn 3-4	9	32,14%	6	21,43%	13
Tổng mạch	31		29		62

Phân bố điểm tận hướng vào phức hợp QNV của trục mạch chính: ở các vú có nhiều nhánh mạch cấp máu, nhánh có khẩu kính lớn nhất được ghi nhận là nhánh mạch chính. Trong nhóm nghiên cứu phi đại lớn này của chúng tôi, 100% có các nhánh mạch xuyên tách ra từ động mạch vú trong đi vào sát quầng núm vú. Khoảng cách điểm tận tới núm vú chúng tôi đo được trên MSCT trung bình 5,78 cm. Trong đó, 27/62 nhánh mạch xuyên đi sát tới QNV, 100% điểm tận mạch xuyên sát ngay dưới da. Mặc dù có một số vú đồng thời có các nhánh mạch cấp máu chính cho QNV từ động mạch vú trong và ngực ngoài nhưng dựa trên đường đi của nhánh mạch và điểm tận cách QNV mà sẽ có những lựa chọn thích hợp. Khi xác nhận cuống vạt chứa mạch nuôi chính cho phức hợp QNV và mức độ nhánh tận cấp máu sát phức hợp QNV, chúng tôi sẽ lựa chọn dạng cuống mạch tương ứng với đặc điểm này. Vì vậy, 100% các bệnh nhân của chúng tôi đều là vạt mang phức hợp QNV với nhánh mạch xuyên tách ra từ động mạch vú trong.

Bảng 3: Dạng cuống mạch cấp máu cho phức hợp QNV từ đường đi của nhánh mạch xuyên của động mạch vú trong dựa trên kết quả MSCT

Dạng cuống vạt	Số vú (n=56)	Tỉ lệ (%)
Cuống trên	9	16,07%
Cuống trên trong	43	76,79%

Cuống trong	4	7,14%
Tổng	56	100%

Dựa trên kết quả chụp MSCT để xác định cấp máu ưu thế cho phức hợp QNV, chúng tôi sử dụng cuống vạt với cuống trên trong ở 43 vú (76,79%) chiếm tỉ lệ nhiều nhất có thể là nhánh mạch xuyên tách ra từ KLS1-2, 2-3 và 3-4, cuống trên 9 vú (16,07%) tương ứng nhánh mạch xuyên KLS 1-2 động mạch vú trong, chiếm tỉ lệ nhỏ là cuống trong.

Mô hình cấp máu cho phức hợp QNV giữa hai vú có thể không đối xứng. Đây chính là lý do cùng một bệnh nhân nhưng lựa chọn các dạng cuống mạch nuôi khác nhau cho phức hợp QNV.

Kết quả sau mổ và theo dõi hậu phẫu không có trường hợp nào hoại tử QNV, không có bệnh nhân nào bị mất hoàn toàn cảm giác. Chỉ có 2 trường hợp thiếu dưỡng nhẹ QNV nằm trong 2 bệnh nhân có mức độ phì đại khổng lồ và sa trễ lớn nhất, 4 trường hợp giảm cảm giác QNV và được phục hồi hoàn toàn sau 3 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Trong những thập kỉ qua, các kỹ thuật thu gọn tuyến vú rất đa dạng và mỗi kỹ thuật thu đó đều có những ưu nhược điểm, trong đó hoại tử phức hợp QNV là biến chứng không mong muốn nhất. Tình trạng vú phì đại luôn kéo theo sa trễ QNV ở các mức độ khác nhau, là thách thức trong việc bảo tồn QNV. Tình trạng sa trễ càng nhiều và phì đại lớn hoặc khổng lồ, khoảng cách của QNV càng tăng và nguy cơ hoại tử càng cao nếu áp dụng các kỹ thuật kinh điển. Để tránh hoại tử QNV trong vú phì đại khổng lồ, ghép tự do phức hợp QNV là sự lựa chọn và nhược điểm của kỹ thuật này là mất chức năng và thẩm mỹ QNV. Với các kỹ thuật thu gọn vú cổ điển bằng vạt mang phức hợp QNV dạng ngẫu nhiên, chỉ thích hợp với các trường hợp phì đại vú trung bình hoặc vừa phải⁶. Do vậy, áp dụng chụp MSCT xác định nguồn động mạch cấp máu chính cho phức hợp QNV là điều cần thiết và quan trọng trong việc lựa chọn cuống mạch và giảm thiểu hoại tử QNV.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh MSCT trong mặt phẳng trục rất hữu ích để mô tả toàn bộ nguồn động mạch cấp máu cho phức hợp QNV chiếm ưu thế từ điểm gốc đến QNV (Hình 2,3). Nghiên cứu cho thấy nhánh mạch xuyên của động mạch vú trong là nguồn cấp máu phức hợp QNV chủ yếu ở 56 vú (100%), tiếp theo là đồng cấp máu chính vùng động mạch ngực ngoài 19/56 vú (33,93%) và động mạch liên sườn 8/56 vú (14,3%). Trong đó, sự

đối xứng hai bên vú trên cùng cơ thể chiếm 16/28 bệnh nhân (57,14%), còn lại là có sự khác biệt giữa hai bên. Trong một nghiên cứu giải phẫu của Van Deventer cũng chỉ ra đặc điểm cấp máu cho QNV không đối xứng giữa bên phải và trái, nghiên cứu trên 27 vú tử thi và kết luận tương tự với nghiên cứu của chúng tôi động mạch vú trong là nguồn cấp máu chính và nguồn tưới máu QNV đánh tin cậy nhất 27/27 vú, động mạch liên sườn 20/27, động mạch ngực ngoài 19/27 vú⁷. Gần đây, nghiên cứu của Gadolinium dựa trên chụp MSCT 52 vú của phụ nữ, mạch xuyên trên trong (động mạch vú trong) chiếm ưu thế tưới máu QNV 50/52 mạch, mạch xuyên trên từ động mạch vú trong 21/52 vú, mạch xuyên trên ngoài (động mạch ngực ngoài) 3/52 vú⁸. Như vậy, đa số các nghiên cứu của các tác giả đều gần như tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Dựa trên kết quả chụp MSCT đánh giá nguồn cấp máu chính cho phức hợp QNV đã giúp chúng tôi dễ dàng lựa chọn loại cuống mạch cấp máu cho QNV. 28 bệnh nhân đều có tình trạng sa trễ nặng và phì đại rất lớn nên việc sử dụng loại cuống mạch vẫn cần thiết kể vừa có nguồn mạch chính, cuống mạch lại vừa có khả năng di chuyển dễ dàng. Nên 100% các bệnh nhân được sử dụng là nguồn cấp máu từ động mạch vú trong, trong đó dựa theo sự phân nhánh mạch xuyên cấp máu cho phức hợp QNV từ các khoang liên sườn 1-2, 2-3 và 3-4 và đường đi của các mạch này mà loại cuống mạch được sử dụng khác nhau, tương ứng cuống trên trong ở 43 vú (76,79%), cuống trên 9 vú (16,07%), chiếm tỉ lệ nhỏ là cuống trong. Trong ba loại cuống mạch này thì cuống trên trong là loại cuống chiếm tỉ lệ nhiều nhất, cũng tương đồng từ nhánh mạch từ KLS 2-3 và 1-2 chiếm tỉ lệ cao nhất. Đây cũng là loại cuống nuôi dễ di chuyển lên vị trí QNV mới nhất. Trong khi đó cuống nuôi trên và trong sẽ khó di chuyển hơn, nguy cơ bị gập cuống cao đối với cuống nuôi trên và nguy cơ căng cuống đối với cuống nuôi trong.

Kết quả áp dụng chụp MSCT trước phẫu thuật để lựa chọn cuống mạch nuôi phức hợp QNV thích hợp nhất đã giúp kết quả phẫu thuật với tỉ lệ thành công cao. 100% phức hợp QNV không hoại tử, chỉ có hai trường hợp vú duy nhất thiếu dưỡng nhẹ, bong thương bì sau vài tuần. Đây là hai vú tương ứng trên bệnh nhân có thể tích hơn 2000ml và sa trễ 35cm, tỉ lệ chiều dài /chiều rộng vạt >4/1. Đây là những trường hợp khó, đa phần hiện nay các tác giả khác vẫn áp

dụng kỹ thuật Thorek.

Một trong những ưu điểm nữa của chụp MSCT là còn đánh giá được thể tích của từng vú một cách chính xác. Trước kia, phương pháp đo thể tích vú trước mổ chính là dựa vào bình tràn nước, tuy nhiên đảm bảo độ chính xác rất khó vì khó có thể cho toàn bộ vú vào bình, đặc biệt với trường hợp vú khổng lồ. Trong các nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi chưa thấy có bài báo cáo nào về việc đồng thời áp dụng chụp MSCT cho việc đo thể tích tuyến vú. Đây cũng là hướng nghiên cứu mới của chúng tôi dựa trên kinh nghiệm làm sàng của nhóm nghiên cứu chẩn đoán hình ảnh.

V. KẾT LUẬN

Lập bản đồ mạch cấp máu cho vùng quầng núm vú bằng chụp MSCT trước khi thực hiện phẫu thuật thu gọn vú phì đại khổng lồ là điều cần thiết cho các phẫu thuật viên tạo hình. Chụp MSCT có thể xác định nguồn cung cấp máu ưu thế cho QNV và tạo điều kiện thuận lợi cho việc lựa chọn cuống mạch mang phức hợp QNV nhằm giảm tỉ lệ hoại tử QNV và cải thiện được kết quả sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lewin R, Goransson M, Elander A et al** (2014) Risk factors for complications after breast reduction surgery. *J Plast Surg Hand Surg* 48(1):10–14.
2. **Chetty V, Ndobe E** (2016) Macromastia and gigantomastia: efficacy of the superomedial pedicle pattern for breast reduction surgery. *S Afr J Surg* 54(4):46–50.
3. **Seitz IA, Nixon AT, Friedewald SM et al** (2015) "NACsomes": A new classification system of the blood supply to the nipple areola complex (NAC) based on diagnostic breast MRI exams. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 68(6):792–799.
4. **Horta R, Silva P, Filipe R et al** (2010) Use of Doppler in breast reduction with superomedial or superolateral pedicles. *Aesthetic Plast Surg* 34(5):680–681.
5. **Kumamaru KK, Hoppel BE, Mather RT et al** (2010) CT angiography: current technology and clinical use. *Radiol Clin North Am* 48(2):213–vii.
6. **McGregor I.A. và Morgan G.** (1973). Axial and random pattern flaps. *Br J Plast Surg*, 26(3), 202–213.
7. **Van Deventer PV** (2004) The blood supply to the nipple-areola complex of the human mammary gland. *Aesthetic Plast Surg* 28(6):393–8.
8. **Ding N, Yu N, Dong R, Kong L, Xue H, Lona X, Li Y, Wang Y, Huang X, Jin Z.** Blood supply of the male breast nipple-areola complex evaluated by CTA. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2021 Oct;74(10):2588-2595.