

Đặc điểm lâm sàng tổn khuyết lớn vùng ngực do một số nguyên nhân thường gặp

Clinical characteristics of extensive chest wall defects from common etiologies

Hoàng Thanh Tuấn^{1*}, Đỗ Trung Quyết²,
Vũ Quang Vinh², Trần Văn Anh²,
Nguyễn Văn Phú¹, Nguyễn Thu Phương¹
và Hoàng Tuấn Hoàng³

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
²Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác
³Thẩm mỹ Hoàng Tuấn

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng các tổn khuyết lớn vùng ngực do các nguyên nhân như bỏng, xạ trị, loét ung thư hóa ở 30 bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng 30 bệnh nhân có tổn khuyết vùng ngực sau bỏng, loét ung thư hóa, xạ trị được điều trị tại Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác và bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 12 năm 2025. **Kết quả:** 30 bệnh nhân với tỷ lệ nam/nữ = 7/23, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $55,83 \pm 15,186$, nguyên nhân thường gặp là sau điều trị ung thư, sẹo loét ung thư hóa hoặc tổn thương sau bỏng. Tất cả bệnh nhân có tổn thương thành ngực trước với diện tích trung bình $50,17 \pm 41,78\text{cm}^2$, tổn thương sâu hầu hết tới các tổ chức thành ngực, 2/30 ca có tổn thương tạng trong lồng ngực với thời gian từ khi tổn thương đến phẫu thuật trung bình là $8,8 \pm 6,9$ tháng. **Kết luận:** Tổn khuyết rộng thành ngực do nhiều nguyên nhân khác nhau cắt bỏ khối u, nhiễm trùng, bỏng, hoặc chấn thương nhưng hay gặp nhất là di chứng của xạ trị điều trị các bệnh lý ác tính đặc biệt là ung thư vú ở phụ nữ. Mô tả đặc điểm này cung cấp nền tảng cho lập kế hoạch tái tạo chuẩn hóa và nhấn mạnh nhu cầu đánh giá đa chuyên khoa, can thiệp sớm để giảm biến chứng.

Từ khóa: Tổn khuyết lớn vùng ngực, xạ trị ung thư vú, bỏng vùng ngực.

Summary

Objective: To characterize the clinical features of large anterior chest-wall defects arising from causes such as burns, radiotherapy, and malignant ulceration in a cohort of 30 patients. **Subject and method:** Descriptive study of 30 patients presenting with anterior chest-wall defects secondary to burns, malignant transformation of chronic ulcer or post-radiotherapy changes, managed at the National Burn Hospital Le Huu Trac and the 108 Military Central Hospital from September 2020 to December 2025. **Result:** Thirty patients (male/female ratio 7/23) with a mean age of 55.83 ± 15.186 years were included. The most common etiologies were post-cancer treatment sequelae, malignant ulceration of scars, and burn-related injuries. All patients (100%) had anterior chest-wall defects with a mean area of $50.17 \pm 41.78\text{cm}^2$; the depth typically involved chest-wall structures. Two of 30 cases had intrathoracic visceral involvement. The mean interval from the onset of tissue loss to reconstruction was 8.8 ± 6.9 months. **Conclusions:** Extensive chest-wall defects stem from diverse etiologies tumor extirpation, infection,

Ngày nhận bài: 10/11/2025, ngày chấp nhận đăng: 19/12/2025

* Tác giả liên hệ: tuanh.t.vb@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

burns, or trauma but are. Most frequently encountered as sequelae of radiotherapy for malignant disease, particularly breast cancer in women. Defining these characteristics provides a foundation for standardized reconstructive planning and underscores the need for multidisciplinary evaluation and timely intervention to mitigate complications.

Keywords: Large anterior chest-wall defect, Radiatio-induced breast cancer, Thoracic burns.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn thương lớn thành ngực thường là kết quả của việc cắt bỏ khối u, nhiễm trùng, bỏng hoặc chấn thương nhưng hay gặp nhất là di chứng của xạ trị điều trị các bệnh lý ác tính, đáng chú ý là ung thư vú ở phụ nữ^{1,2}. Tổn thương loét thành ngực không những gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khoẻ, khả năng lao động, sinh hoạt mà còn gây ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ, tâm lý cho bệnh nhân^{3,4}.

Tổn thương loét thành ngực có nhiều mức độ khác nhau, từ hoại tử da, cơ đơn thuần đến hoại tử các thành phần sâu hơn như xương, sụn, thậm chí phế mạc^{5,6}. Độ rộng của tổn thương cũng đa dạng, có thể nhỏ, vừa hoặc rất rộng tùy trường hợp, tuy nhiên phần lớn tiến triển chung là hoại tử lan rộng dẫn tạo thành các ổ viêm rò mạn tính không tự hồi phục, giải pháp duy nhất là phẫu thuật để khôi phục sự ổn định của thành ngực, để bảo vệ và bao phủ các cơ quan quan trọng tiếp xúc và cho phép hồi phục sớm⁷.

Sự thiếu thống nhất về định nghĩa và đặc điểm mô tả của tổn khuyết lớn vùng ngực dẫn đến khác biệt đáng kể trong xử trí và nguy cơ can thiệp chưa phù hợp. Xác định rõ các đặc trưng lâm sàng-hình ảnh học-giải phẫu của tổn thương sẽ giúp chuẩn hoá quy trình đánh giá, tối ưu hoá chăm sóc vết thương và lựa chọn phương án phẫu thuật/tái tạo thích hợp theo thời điểm và mức độ tổn thương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu lâm sàng trên 30 bệnh nhân tổn khuyết rộng thành ngực do nhiều nguyên nhân khác nhau được điều trị tại Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 9/2020 đến tháng 12/2025.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu kết hợp hồi cứu.

Bệnh nhân được thăm khám đánh giá các dấu hiệu lâm sàng: Tuổi, giới, vị trí tổn thương, thời gian xuất hiện tổn thương, độ sâu, kích thước tổn thương, tình trạng vi sinh, mô bệnh học tại chỗ.

III. KẾT QUẢ

Tuổi: Trong nghiên cứu của nhóm nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là $55,83 \pm 15,186$ tuổi, các bệnh nhân nhóm loét sau điều trị ung thư là 21/30 bệnh nhân, có tuổi trung bình là $61,52 \pm 10,15$, nhóm bệnh nhân tổn thương do bỏng 8/30 với độ tuổi trung bình là $39,63 \pm 15,79$; 30 bệnh nhân với tỷ lệ nam/nữ = 7/23.

Bảng 1. Đặc điểm giải phẫu vùng khuyết tổn

Đặc điểm giải phẫu		n	%
Bên tổn thương	Trái	14	46,67
	Phải	16	53,33
Vị trí	Thành ngực trước	30	100,0
	Thành ngực bên	0	0,0
	Thành ngực sau	0	0,0

Nhận xét: Vị trí giải phẫu khuyết tổn phân bố 100% chủ yếu ở thành ngực trước, bên trái 46,67%, bên phải 53,33%.

Bảng 2. Nguyên nhân gây tổn thương thành ngực

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương thành ngực sau xạ trị điều trị ung thư	21	70,0
Sẹo loét ung thư hóa	1	3,3
Tổn thương thành ngực rộng do bỏng	8	26,7
Tổng	30	100

Nhận xét: 21/30 nguyên nhân xạ trị chủ yếu trong nhóm nghiên cứu là xạ trị ung thư (70,0%), 1 trường hợp ung thư khác là 1 bệnh nhân sẹo loét ung thư (3,3%) và 7 bệnh nhân loét thành ngực do bỏng điện cao thế (26,7%).

Bảng 3. Thời gian từ khi xuất hiện tổn thương đến khi phẫu thuật

Nguyên nhân	Thời gian		
	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Sau điều trị ung thư (n = 21)	1	20	11,45 ± 6,24
Loét sẹo ung thư hóa (n = 1)	12	12	12 ± 0
Sau bỏng (n = 8)	1	4	1,563 ± 1,05
Tổng số (n = 30)	1	20	8,8 ± 6,9

Nhận xét: Thời gian trung bình từ khi xuất hiện loét, tổn thương đến khi vào viện tiến hành phẫu thuật là 8,8 ± 6,9 tháng.

Bảng 4. Độ sâu tổn thương thành ngực

Độ sâu tổn thương	Số lượng (n=30)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương da và mô dưới da	30	100
Tổn thương tới cơ thành ngực	30	100
Tổn thương tới xương sườn, sụn sườn, xương ức, cơ liên sườn	28	93,3
Tổn thương sâu tới các tạng trong lồng ngực	2	6,67
Tổng	30	100

Bảng 5. Mức độ tổn thương theo phân loại CRUCW (đối với tổn thương loét do xạ trị)

Mức độ tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ I	0	
Độ II	0	
Độ III	21	100
Tổng (n = 21)	21	100

Nhận xét: Qua bảng cho thấy 93,3% bệnh nhân có tổn thương sâu: Tổn thương toàn bộ da, tổ chức dưới da; cơ thành ngực và tổn thương tới tận xương sườn, sụn sườn, xương ức...; nghiên cứu ghi nhận 2 bệnh nhân có tổn thương tới các tạng trong lồng ngực (lộ màng ngoài tim).

Bảng 6. Kích thước tổn thương, loét thành ngực

Kích thước tổn thương thành ngực	Giá trị		
	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Chiều dài (cm)	3	17	8,1 ± 3,4
Chiều rộng (cm)	2	11	5,37 ± 2,39
Diện tích (cm ²)	6	187	50,17 ± 41,78

Nhận xét: Diện tích tổn thương, loét thành ngực của bệnh nhân ghi nhận vào thời điểm vào viện trung bình là 50,17 ± 41,78cm², trong đó diện tích lớn nhất là 187cm² và nhỏ nhất là 6cm².

Bảng 7. Đặc điểm nhiễm khuẩn tại chỗ

Đặc điểm	n	%
Có dấu hiệu nhiễm trùng hoạt động	24	80,00
Cấy dương tính	22	73,33
Cấy âm tính	2	6,67
Nhiễm đơn khuẩn	21	70
Nhiễm đa khuẩn	1	3,33

Tỷ lệ có dấu hiệu nhiễm trùng hoạt động cao (80%) cho thấy đa số bệnh nhân đến trong tình trạng nền vết thương đã nhiễm khuẩn. Cấy dương tính 22/24 mẫu đạt 91,67%, chứng tỏ phương pháp lấy mẫu và nuôi cấy hiệu quả. Đa phần bệnh nhân nhiễm đơn khuẩn 21/22 (95,45%), chỉ một số ít đa khuẩn, tuy nhiên các trường hợp đa khuẩn thường khó kiểm soát hơn.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi - giới: Kết quả nhóm nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 55,83 ± 15,186 tuổi, các bệnh nhân nhóm loét sau điều trị ung thư là 21/30 bệnh nhân có tuổi trung bình là 61,52 ± 10,15 cao hơn so với các báo cáo trong nước của Phan Ngọc Khóa (2011)⁸. So sánh với y văn quốc tế, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu tương đồng loạt ca của Raymond R Chang⁷ (58 tuổi) nhưng thấp hơn nhẹ so với Delanian S (59 tuổi), nhìn chung vẫn nằm trong nhóm tuổi trung niên giai đoạn có nguy cơ ung thư cao phù hợp với xu hướng dịch tễ cho thấy phần lớn ca ung thư mới được phát hiện ở các quốc gia phát triển. Ngoài ra nhóm bệnh nhân tổn thương do bỏng 8/30 với độ tuổi trung bình là 39,63 ± 15,79 đây là nhóm tuổi có hoạt động xã hội, độ

tuổi lao động tỷ lệ xuất hiện các di chứng sau bỏng vùng ngực tương đối cao, để lại nhiều di chứng và cần phục hồi về chức năng và thẩm mỹ.

Trong nghiên cứu có 30 bệnh nhân trong đó có đa số bệnh nhân là nữ giới (23/30) Điều này dễ lý giải vì đa số bệnh nhân có tổn thương loét thành ngực sau xạ trị điều trị ung thư vú là bệnh ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân tử vong thứ hai sau ung thư phổi tại các nước trên thế giới.

Thời gian và nguyên nhân tổn thương: Tỷ lệ loét/thành ngực do xạ trị chiếm đa số (21/30; 70,0%) phản ánh gánh nặng biến chứng muộn sau điều trị ung thư tại vùng ngực và tính dai dẳng của tổn thương mô đã bị tia hóa. Bẫy trường hợp bỏng điện cao thế cho thấy yếu tố chấn thương nhiệt-điện vẫn là căn nguyên đáng kể của khuyết hổng sâu, trong khi 1 ca loét ung thư hóa nhấn mạnh nguy cơ ác tính thứ phát trên nền sẹo mạn. Đáng chú ý, thời gian trung bình trì hoãn từ khi xuất hiện tổn thương đến khi phẫu thuật là 8,8 ± 6,9 tháng phản ánh diễn biến âm ỉ, dai dẳng, tác động lên nhiều thành phần tổ chức cơ thể khác nhau

Mức độ và độ sâu tổn thương: Đánh giá độ sâu của ổ loét cho thấy 28/30 bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tổn thương xâm lấn tới xương, 2/30 ca có

tổn thương tới các tạng (lộ tim, màng ngoài tim). Điều này chứng tỏ tổn thương không chỉ lan theo bề mặt mà còn tiến triển đáng kể theo chiều sâu. Ở nhóm loét sau xạ trị, theo Wei KC và cộng sự (2016), tia xạ có thể tác động đến khoảng 2cm dưới bề mặt da. Do đó, tổn thương không chỉ khu trú ở lớp thượng bì mà còn ảnh hưởng các cấu trúc dưới da, cân, cơ, xương và thậm chí cả cơ quan lân cận⁹, nhóm bệnh nhân tổn thương sau xạ trị theo phân loại CRUCW đều ở độ III². Đối với bỏng điện cao thế, sự chuyển đổi năng lượng điện thành nhiệt kết hợp hiệu ứng “đục lỗ” gây hoại tử mô sâu tới cơ, xương và có thể lan tới tạng¹⁰.

Vị trí và kích thước tổn thương: Phân bố 100% tại thành ngực trước với lệch phải 53,33% - trái 46,67%, phản ánh đúng “vùng nguy cơ” của các tổn thương phần mềm sau xạ trị vú/thành ngực và bỏng điện cao thế. Ở nhóm không xâm phạm tạng, dù nhiều trường hợp lộ xương hoặc tổn thương sát màng xương, ổn định lồng ngực về mặt cơ học thường vẫn được bảo tồn; do đó chiến lược tái tạo ưu tiên che phủ phần mềm có tưới máu mạnh thay vì gia cường cứng. Điều này phù hợp với chiến lược lâm sàng: Chỉ định đặt vật liệu cố định khung thành ngực chủ yếu đặt ra khi có cắt toàn bề dày, mất vững (cắt ≥ 3 xương sườn liên tiếp, khuyết > 5cm vùng trước - bên) hoặc mở thông khoang màng phổi những tiêu chí không hiện diện trong nhóm nghiên cứu hiện nay.

Về kích thước, diện tích trung bình $50,17 \pm 41,78\text{cm}^2$ (6 - 187cm^2) nằm trong khoảng mà đa số tác giả lựa chọn các vật phần mềm “workhorse”¹¹.

So với y văn, phổ kích thước của nhóm nghiên cứu: (i) Lớn hơn các loét bề mặt giai đoạn sớm (thường nhỏ nhưng sẽ tăng đáng kể sau cắt lọc triệt để); (ii) Nhỏ hơn hoặc tương đương các khuyết rất lớn sau cắt u toàn bề dày vốn hay đòi hỏi lồng ghép vật liệu cứng. Việc không có tổn thương tạng giúp giảm nhu cầu can thiệp lồng ngực, rút ngắn thời gian hồi sức, và tập trung vào mục tiêu “mềm-kín-sạch”: Cắt lọc đến mô lành, kiểm soát nhiễm khuẩn, phủ mô sống dày, và phục hồi lớp đệm trượt để giảm đau - cải thiện hô hấp - bảo vệ xương ức/sườn.

Nhiễm khuẩn tại chỗ trong 24 mẫu cấy, tỷ lệ nhiễm khuẩn tại chỗ sau xạ trị, bỏng cao với kết quả

dương tính 22/24 đạt 91,67%; dù bệnh nhân đã được dùng kháng sinh và chăm sóc vết thương, nhiễm. khuẩn vẫn dai dẳng do tổn thương mạch máu do tia xạ, tổn thương bỏng điện giảm tăng sinh tế bào, chuyển sang viêm mạn tính-xơ hóa, làm giảm tưới máu và cản trở bạch cầu/kháng sinh tiếp cận ổ loét¹². Nghiên cứu của nhóm nghiên cứu bổ sung bằng chứng qua mô bệnh học và hóa mô miễn dịch về tình trạng tổn thương-bít tắc vi mạch tại vùng loét, giúp lý giải hiện tượng kém đáp ứng kháng sinh này.

V. KẾT LUẬN

Khuyết tổn phần mềm thành ngực - chủ yếu sau xạ trị và một phần do bỏng điện - thường tiến triển sâu tới xương, kèm tỷ lệ nhiễm khuẩn cao. Chiến lược tối ưu là cắt lọc triệt để và che phủ bằng vật mô sống tưới máu tốt, chỉ bổ sung gia cường cứng khi mất vững khung xương. Cần nhận diện sớm và chiến lược xử trí kịp thời để giảm biến chứng và tối ưu hóa kết quả tái tạo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Breidung D, Delavari S, Grimme S et al (2024) *Postoperative Complications of Flap Procedures in Chest Wall Defect Reconstruction: A Two-Center Experience*. Medicina 60 (5): 834.
2. Ma X, Jin Z, Li G et al (2017) *Classification of chronic radiation-induced ulcers in the chest wall after surgery in breast cancers*. Radiation oncology 12 (1): 135.
3. Nguyễn Văn Định (2004) *Điều trị ung thư vú bằng phẫu thuật trong bệnh ung thư vú*. Nhà xuất bản Y học, xuất bản lần thứ 1. tr. 261-292.
4. Lê Thế Trung (2003) *Bảng những kiến thức chuyên ngành*. Nhà xuất bản Y học, tr. 594-598..
5. Clemens MW, Evans KK, Mardini S et al (2011) *Introduction to chest wall reconstruction: anatomy and physiology of the chest and indications for chest wall reconstruction*. Seminars in plastic surgery 25 (01): 005-015.
6. Sun Y and Wang X (2018) *Full thickness chest wall defection and lung injury by electrical burn: A 5-years-old child reconstruction case*. Asian journal of surgery 42(2): 474-476.

7. Chang RR, Mehrara BJ, Hu QY et al (2004) *Reconstruction of complex oncologic chest wall defects: A 10-year experience*. Annals of plastic surgery 52(5): 471-479.
8. Phan Ngọc Khóa (2011) *Bước đầu đánh giá kết quả điều trị loét thành ngực do xạ trị bằng vật da cỡ lưng to cuống liền*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
9. Wei KC, Yang KC, Chen LW et al (2016) *Management of fluoroscopy-induced radiation ulcer: one-stage radical excision and immediate reconstruction*. Scientific reports 6 (1): 35875.
10. Học viện Quân y (2018) *Giáo trình Bỏng*. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân. 160.
11. Bakri K, Mardini S, Evans KK et al (2011) *Workhorse flaps in chest wall reconstruction: The pectoralis major, latissimus dorsi, and rectus abdominis flaps*. Semin Plast Surg 25: 43-54.
12. Zhou Y. and Zhang Y (2019) *Single-versus 2-stage reconstruction for chronic post-radiation chest wall ulcer: A 10-year retrospective study of chronic radiation-induced ulcers*. Medicine 98 (8): 14567.