

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ
ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HỒ CHÍ MINH**



NGUYỄN THỊ KIỀU THƠ

**SỬ DỤNG VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI
TRONG TẠO HÌNH VÙNG MŨI MẶT**

**Chuyên ngành: TAI - MŨI - HỌNG
Mã số: 62720155**

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP.HỒ CHÍ MINH – NĂM 2015

Công trình được hoàn thành tại:

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. GS.TS. TRẦN THIẾT SON**
- 2. PGS.TS. TRẦN MINH TRƯỜNG**

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Trường tại: Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Vào hồi.....giờ ngày tháng.....năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP.HCM
- Thư viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Do cơ chế gây bệnh đa dạng nên tổn thương ở vùng mũi mặt có thể xảy ra ở nhiều mức độ khác nhau như mất phần mềm, mất một phần khung nâng đỡ hay toàn bộ chiều dày vùng mũi mặt. Chính vì thế phẫu thuật viên cần phải đánh giá tình trạng bệnh nhân và cân nhắc thật cẩn trọng để đưa ra quyết định thích hợp không chỉ đáp ứng được yêu cầu chức năng mà còn đảm bảo tính thẩm mỹ nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Các phương pháp như khâu trực tiếp, ghép da dày toàn bộ, vạt da kế cận để điều trị cho các tổn thương mất chất tương đối đơn giản ở vùng mũi mặt, không thể thực hiện trong các trường hợp tổn thương mất chất rộng vì vạt không đủ lớn. Ứng dụng vạt từ xa hay vạt tự do được xem là một bước tiến lớn trong lĩnh vực tạo hình.

Khả năng tạo vạt có kích thước lớn, có thể xẻ vạt, độ dày linh hoạt là những ưu điểm thuyết phục các nhà tạo hình thể giới sử dụng vạt ALT như lựa chọn đầu tay trong tạo hình các tổn thương phức tạp.

Tại Việt Nam, vạt ALT chỉ mới dừng lại ở việc tái tạo các vùng tổn thương giản đơn, có cấu trúc hai chiều. Với mong muốn đánh giá hiệu quả của vạt ALT trong phẫu thuật tạo hình các chi tiết có cấu trúc ba chiều ở vùng mũi mặt đồng thời tìm ra giải pháp khắc phục những tồn tại của vạt ALT chúng tôi tiến hành đề tài **“Sử dụng vạt đùi trước ngoài trong tạo hình vùng mũi mặt”** với các mục tiêu như sau:

1. Đánh giá đặc điểm tổn thương và chỉ định phương pháp tạo hình mất chất mô mềm rộng vùng mũi mặt.
2. Đánh giá tính chất của vạt đùi trước ngoài trong tạo hình tổn thương mất chất mô mềm rộng vùng mũi mặt.

3. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tổn thương phức tạp vùng mũi mặt bằng vật đùn trước ngoài có làm mỏng bằng kỹ thuật vi phẫu tích.

2. TÍNH CẤP THIẾT CỦA ĐỀ TÀI:

Khuôn mặt là sự kết hợp hài hoà giữa các cơ quan có tính hai chiều và ba chiều trong không gian nên chỉ một thay đổi nhỏ cũng có thể ảnh hưởng đến đường nét và tính thẩm mỹ của khuôn mặt. Hơn nữa do tính chất da đặc trưng khác hẳn so với các vùng khác trên cơ thể nên việc lựa chọn kỹ thuật và vật liệu để tái tạo vùng mũi mặt luôn là một thách thức lớn đối với các nhà tạo hình. Trước đây, phẫu thuật viên thường sử dụng các loại vật tự do để tái tạo những tổn khuyết có diện tích rộng ở vùng mũi mặt, nhưng vì không thể điều chỉnh được độ dày mỏng theo yêu cầu thiết kế, nên để đạt được mục đích điều trị, bệnh nhân phải trải qua rất nhiều cuộc phẫu thuật. Điều này không chỉ kéo dài thời gian và chi phí điều trị mà còn ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe và tâm lý của người bệnh. Do điều kiện kinh tế khó khăn, mặc dù rất mong muốn được tạo hình để khôi phục thẩm mỹ và chức năng nhưng đa số bệnh nhân khó đeo đuổi điều trị đến cùng vì không có khả năng chi trả viện phí cho nhiều lần phẫu thuật. Khi sử dụng vật đùn trước ngoài với kỹ thuật làm mỏng vi phẫu tích để tạo hình các tổn khuyết phức tạp ở vùng mũi mặt, nhóm nghiên cứu đã thành công khi hầu hết bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị chỉ sau một lần phẫu thuật duy nhất.

3. NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN:

Chúng tôi sử dụng vật đùn trước ngoài để tạo hình các cấu trúc vùng mũi mặt và đặc biệt có sử dụng kỹ thuật làm mỏng vật bằng vi phẫu tích. Với kỹ thuật này, vật giúp dựng các cấu trúc 3 chiều vùng giữa mặt, độ dày tương ứng với da vùng lân cận, tạo đường viền hài hoà

với vùng da lành xung quanh, giúp phẫu thuật viên rút ngắn thời gian phẫu thuật và bệnh nhân chỉ cần trải qua một lần phẫu thuật duy nhất.

4. BỐ CỤC CỦA LUẬN ÁN:

Luận án gồm 112 trang, đặt vấn đề 3 trang, tổng quan tài liệu 33 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 19 trang, kết quả 30 trang, bàn luận 22 trang, kết luận 4 trang. Có 15 bảng, 16 biểu đồ, 66 hình, 116 tài liệu tham khảo

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU - NHÂN TRẮC VÙNG MŨI MẶT

1.1.1. Đặc điểm giải phẫu

1.1.2. Đặc điểm nhân trắc học

Hình thái ngoài của vùng mũi mặt thay đổi khác nhau tùy theo chủng tộc. Do đó khi tạo hình cần phải quan tâm đến tính hài hòa đối xứng giữa các thành phần trên khuôn mặt thông qua việc phân tích các góc cơ bản và trục của mặt trong không gian ba chiều như góc mũi-trán, góc mũi-mặt, góc mũi-cằm...

1.1.3. Đặc điểm mô học

Da vùng mặt rất mỏng, di động và tập trung nhiều tuyến bã. Từ năm 1956, Gonzalez Ulloa đã dựa trên độ dày của da để phân chia mặt ra thành các đơn vị thẩm mỹ. Má, cánh mũi, môi trên và cằm là vùng da dày có độ dày khoảng 2000-3000 μ m. Mặt lưng mũi, môi dưới, cổ, trán là vùng da có độ dày trung bình khoảng 1000-2000 μ m. Vùng da trên và dưới mi mắt là vùng da mỏng, độ dày chỉ 500-1000 μ m.

1.2. TỔN THƯƠNG VÙNG MŨI MẶT: Nguyên Tắc – Phương Pháp Tạo Hình

Khi tạo hình, cần cân nhắc từng chi tiết như lớp phủ, lót, khung nâng đỡ, mô mềm cũng như các đường nét, độ cong khuôn mặt.

Trong tạo hình mũi, sụn vách ngăn, sụn tai và sụn sườn là nguyên liệu thường được sử dụng nhất để tạo khung nâng đỡ mũi.

Sử dụng mô tự thân để làm nguyên liệu tạo hình vẫn là phương pháp được phẫu thuật viên lựa chọn nhiều nhất. Những tổn thương nhỏ có thể được phục hồi bằng cách sử dụng vật tại chỗ, vật lân cận phối hợp. Trong những trường hợp tổn thương rộng, vật tự do phải được sử dụng.

Khi tạo hình lớp niêm mạc lót trong, yêu cầu của vật là mỏng và mềm mại. Các vật liệu có thể được sử dụng như da ghép, vật niêm mạc, vật tại chỗ, vật tự do.

1.3.VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI:

Kể từ khi Song và cộng sự mô tả kỹ thuật sử dụng vật đùi trước ngoài (ALT) trong tạo hình các tổn thương sẹo bỏng vùng đầu mặt cổ, vật ALT đã nhanh chóng phổ biến trong chuyên ngành tạo hình [97]. Bên cạnh khả năng cho vật có kích thước lớn thì khả năng sống của vật cao và sự linh hoạt trong thiết kế vật da có độ dày mỏng tương thích nhờ kỹ thuật vi phẫu tích của Kimura là những ưu điểm thuyết phục các nhà tạo hình sử dụng vật ALT như một lựa chọn đầu tay trong các phẫu thuật tạo hình phức tạp vùng mũi mặt [36], [38], [46], [62], [78], [95], cho phép phẫu thuật viên khôi phục chức năng, tạo hình tổn thương mất chất sâu rộng ở vùng đầu mặt với số lần phẫu thuật đã giảm đáng kể.

1.3.1. Giải phẫu vật đùi trước ngoài

1.3.2. Ứng dụng của vật đùi trước ngoài trong tạo hình

1.3.2.1. Vật đùi trước ngoài trong phẫu thuật tạo hình toàn thân

Năm 2003, Allen và Guerre [53] đã sử dụng vật ALT để tạo hình vú cho các bệnh nhân sau phẫu thuật cắt bỏ khối u ở ngực.

Năm 2006, Mehmet Mutaf [77] đã thành công khi sử dụng vật ALT để tái tạo dương vật một thì.

1.3.2.2. Ứng dụng của vật ALT trong tạo hình mắt chất rộng vùng mũi mắt

Với khả năng kết hợp những ưu điểm và khắc phục nhược điểm của vật Trung Quốc, vật da cơ thẳng bụng, vật cơ lưng to đồng thời cho phép tạo vật da mỏng; có thể sử dụng sử dụng dưới dạng vật da cơ trong những trường hợp tổn thương sâu, hiện nay vật ALT được sử dụng rộng rãi trong lĩnh vực tạo hình vùng đầu mặt cổ. Vật là lựa chọn đầu tiên trong hầu hết các trường hợp tổn thương rộng và phức tạp ở đầu mặt cổ do bỏng, chấn thương, ung thư, dị tật sọ mặt... [4], [10], [11], [31], [65], [95].

1.3.3. Kỹ thuật chuẩn bị vật đùi trước ngoài

Vật đùi trước ngoài có lớp mỡ dưới da dày trong khi đó da ở mặt có lớp mỡ dưới da mỏng. Để đạt được độ dày mỏng tương thích, cần áp dụng kỹ thuật làm mỏng vật da đùi trước ngoài dưới kính hiển vi.

Trước khi tiến hành phẫu thuật, một thiết kế mẫu theo hình dạng, kích thước của tổn thương được làm sẵn dựa trên lâm sàng và hình ảnh học thương tổn. Mục tiêu của vật được dựng hình trước là tạo vật phức hợp nhiều lớp để dựng hình các cấu trúc phức tạp vùng giữa mặt như mũi, môi, khẩu cái. Những cấu trúc này có nhiều lớp như da, sụn và niêm mạc cần được tái tạo.

Trong quá trình phẫu thuật, vật có thể được làm mỏng hoặc dày tùy từng vị trí theo thiết kế trước; sau khi phẫu thuật viên đã cắt xong khối u, khuôn mẫu có thể được xem xét và chỉnh sửa lại, thường là nằm trong phạm vi vật đã được thiết kế sẵn.

Vật ALT thường đủ mỏng trên bệnh nhân gầy. Nếu bệnh nhân mập, vật có thể được làm mỏng sơ cấp ngay khi bóc vật. Tuy nhiên, yêu

cầu của vật liệu phải mỏng, có khả năng gấp nếp được nên cần được làm mỏng hơn dưới kính hiển vi phẫu thuật ngay sau khi bóc vạt.

Theo Kimura [57] lớp mỡ dưới da hầu như không có mạch máu trừ vùng xung quanh nhánh xuyên. Đa số nhánh xuyên thuộc loại 1 và 2 (85%), khi đó, bóc bỏ lớp mỡ để lại vòng tròn chu vi 2cm quanh nhánh xuyên là khá an toàn [22].

Tình hình tại Việt Nam:

Tại Việt Nam, vạt đùi trước ngoài đã được các chuyên gia Hoa Kỳ áp dụng tạo hình đầu tiên năm 2001. Tuy nhiên, ứng dụng vạt ALT trong tạo hình ở nước ta đến nay chỉ dừng lại ở việc tái tạo các vùng tổn thương giản đơn, có cấu trúc hai chiều, chưa có báo cáo chính thức nào công bố ứng dụng của vạt ALT trong tạo hình những tổn thương phức tạp có cấu trúc ba chiều ở vùng mũi mặt.

CHƯƠNG 2.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tổn thương khuyết phần mềm lớn vùng mũi mặt bao gồm khuyết phần mềm vùng mũi, má hoặc tổn thương da gồm khuyết da, khuyết phần mềm dưới da, khuyết xương hàm trên và xương sụn mũi hoặc tổn thương chiếm nhiều đơn vị thẩm mỹ của mặt.

Và tổn thương khó tái tạo bằng các vạt tại chỗ qui ước.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và tái khám định kỳ đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Có bệnh lý tổn thương mạch máu mạn tính.

- Bị các bệnh cấp hoặc mãn tính, không có khả năng trải qua cuộc phẫu thuật.

- Tiểu đường không kiểm soát được đường huyết tốt
- Có bệnh lý rối loạn đông máu.
- Có tổn thương vùng đùi trước ngoài 2 bên.
- Sau phẫu thuật không tái khám định kỳ đầy đủ.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

- Năm 2007, chúng tôi có tiến hành thực hiện trước một ca và chúng tôi có nhận được sự đồng thuận của bệnh nhân vào nghiên cứu.
- Nghiên cứu từ năm 2010 đến năm 2014

2.1.4. Nơi thực hiện nghiên cứu:

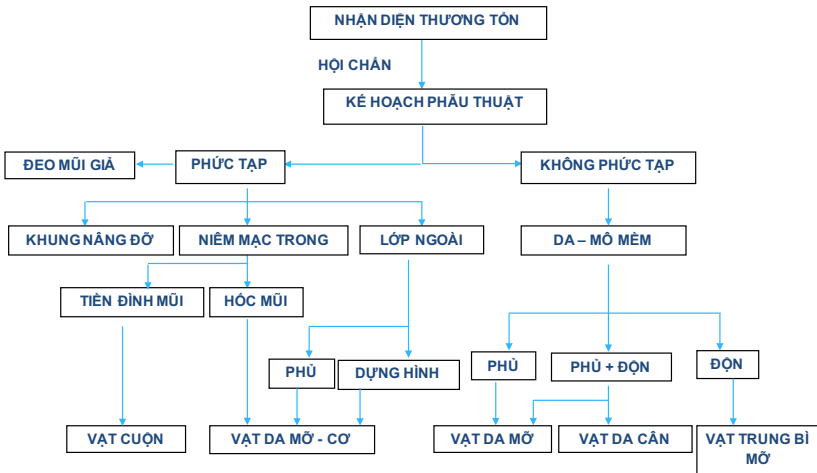
Bv Nhân Dân Gia Định (TP. HCM), Bv Xanh Pôn (Hà Nội)

2.1.5. Cỡ mẫu:

Tất cả trường hợp đúng tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian trên.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Nghiên cứu tiến cứu mô tả lâm sàng quy trình nghiên cứu được tiến hành qua các bước sau:



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ lập kế hoạch phẫu thuật

2.2.1. Đánh giá bệnh nhân

2.2.2. Lập kế hoạch phẫu thuật

2.2.3. Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật

2.2.4. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

2.2.5. Quy trình phẫu thuật

2.2.5.1. Chuẩn bị nơi nhận vật

2.2.5.2. Bóc vật:

Phẫu tích vật đùi trước ngoài: vật ĐTN được thiết kế dựa theo một trục nối gai chậu trước trên đến điểm giữa bờ ngoài xương bánh chè. Rạch da phía trước đường trục trên đến tận cân sâu cho phép bộc lộ bờ trước của vật. Tìm vách liên cơ thẳng đùi và rộng ngoài từ mặt sau cân sâu, và xác định đường đi của nhánh xuống từ động mạch đùi ngoài. Tìm các mạch xuyên vách hay xuyên cơ cho vật đùi trước ngoài tách ra từ nhánh xuống.

Sau khi tìm thấy động mạch xuyên chi phối cho da vùng ĐTN, phẫu tích và giải phóng mạch xuyên cùng nhánh xuống của động mạch đùi ngoài.

Phẫu tích vật da ĐTN khỏi cân sâu ở mặt dưới vật, để lại đảo cân bán kính 2cm quanh thân mạch xuyên, nếu sử dụng cân thì không cắt. Tiếp tục rạch các bờ còn lại của vật da.

Nếu lấy vật cơ da, khâu cố định vật da vào cơ rộng ngoài – nơi định lấy kèm theo vật. Bóc tách đảo cơ quanh nhánh xuyên cơ da. Dùng dao điện lưỡng cực cắt cơ để tránh chảy máu diện cắt.

Có thể xẻ vật lớn thành các đơn vị vật nhỏ theo hình dáng của tổn thương đảm bảo mỗi đơn vị sẽ chứa nhánh mạch xuyên.

Giữ nguyên cuống mạch cùng vật da.

2.2.5.3. Làm mỏng vạt:

- Tiến hành làm mỏng vạt sơ cấp bằng kéo Mayo: lấy bỏ toàn bộ lớp mỡ dưới cân nông, để lại một đảo cân mỡ xung quanh cuống mạch xuyên.
- Kỹ thuật vi phẫu tích:

Quan sát hướng vào da của mạch xuyên để quyết định có thực hiện kỹ thuật vi phẫu tích hay không. Nếu mạch xuyên vào da có xu hướng song song thì không thực hiện kỹ thuật này. Cuống mạch xuyên không được cắt rời để kiểm soát sự chảy máu của vạt.

Dưới kính hiển vi, phẫu tích lớp mỡ dưới trung bì và bảo tồn các mạch máu nhỏ dưới trung bì. Cách phẫu tích như của Kimura, còn gọi là kỹ thuật “sâu ăn lá”, phẫu tích dần từ bờ ngoài vạt vào phía trung tâm, loại bỏ các thùy mỡ, bảo tồn tối đa các nhánh mạch nhỏ. Sau khi làm mỏng đến vòng tròn bán kính 2cm, xung quanh nơi vào da của mạch xuyên, phẫu tích các phân nhánh nhỏ của mạch xuyên, loại bỏ lớp mỡ xung quanh cuống mạch. Cũng có thể phẫu tích cuống mạch trước để xác định số lượng và hướng đi trong da của các nhánh mạch nhỏ, sau đó phẫu tích lấy bỏ mỡ vùng ngoài của vạt. Cách này chỉ áp dụng khi cần xẻ vạt thành nhiều phần khác nhau hay làm mỏng toàn bộ vạt. Đối với những vạt cần có độ mỏng khác nhau tại nhiều vùng trên cùng một vạt, tiến hành kỹ thuật này ở những vùng nhất định, tại những vùng cần độ dày khác nhau, lớp mỡ của vạt sẽ được lấy bỏ hay không tùy theo ý định của phẫu thuật viên. Kết thúc thì làm mỏng vạt dưới kính hiển vi. Cắt rời cuống mạch tại nhánh xuống.

2.2.5.4. Chuyển vạt đến nơi nhận.

2.2.5.5. Nối mạch

2.2.5.6. Tạo hình khuyết phần mềm và mô liên quan:

Dựng hình không gian ba chiều của vật trong tạo hình mũi: Vật da bao phủ bên ngoài; lớp lót bên trong là vật da hoặc lớp phủ bên ngoài còn lại được cuộn vào trong (lớp phủ còn lại này có thể là da hoặc seo).

Đặt, cố định vật vào khoang nhận trong các trường hợp tạo hình độn [32].

Trong trường hợp mất cả niêm mạc mũi và mất luôn vách mũi xoang, chúng tôi sử dụng vật da được cân cơ sâu của vật đùi trước ngoài tạo lớp lót bên trong, vật cân được đính vào phần niêm mạc mũi phía sau hoặc thành bên trong hốc mũi bằng chỉ Vicryl 3.0.

Đặt dẫn lưu dưới vật.

2.2.5.7. Đóng vết mổ nơi cho vật

2.2.6. Theo dõi sau phẫu thuật

2.2.7. Điều trị sau phẫu thuật

2.2.8. Đánh giá kết quả:

2.2.8.1 Cơ sở đánh giá kết quả

- Tình trạng sống của vật da và tình trạng liền sẹo nơi lấy vật
- Sự liền sẹo vết mổ, biến chứng sau mổ
- Khả năng phục hồi chức năng và thẩm mỹ của vùng được tái tạo.

2.2.8.2. Đánh giá kết quả gần sau phẫu thuật

- Sức sống của vật, mức độ che phủ, liền thương vết mổ, liền thương nơi cho vật.

Từ đó, chúng tôi chia kết quả gần làm 4 mức độ: **Rất tốt - Tốt - Trung bình - Kém**

2.2.8.3. Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật (trên 3 tháng)

- Sẹo nơi cho vật.
- Tại nơi nhận vật: Tính chất da, hình thức cơ quan tạo hình, mức độ hài lòng của bệnh nhân.

Từ đó, chúng tôi chia kết quả xa làm 4 mức độ: **Rất tốt - Tốt -**

Trung bình - Kém.

- Những trường hợp tạo hình tiền đình mũi và trong hốc mũi

- Tiền đình mũi: tình trạng sẹo cửa mũi.
- Trong hốc mũi: Nội soi hốc mũi, đo khí áp mũi.

2.3. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU: Phần mềm SPSS 20.

2.4. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU**CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****3.1. ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VÀ CHỈ ĐỊNH TẠO HÌNH**

3.1.1. Đặc điểm: Tuổi trung bình: 28.3 (19- 50). Nữ : Nam = 7:3

3.1.2. Đặc điểm tổn thương:

3.1.2.1. Nguyên nhân tổn thương mắt mô mềm rộng vùng mũi mặt:

Bảng 3.1. Phân loại các nguyên nhân tổn thương

Nguyên nhân	Hình thái	Số BN	Tổng
Nguyên phát	Khe hở mặt bẩm sinh	1	3
	Teo lõm 1 bên mặt bẩm sinh	1	
	Tai nạn mắt chất rộng ở vùng mũi mặt	1	
Thứ phát	Sau cắt bỏ tổ chức sẹo bông	4	7
	Khuyết sau khi cắt bỏ ung thư	1	
	Sau xạ trị	2	

3.1.2.2. Vị trí: Tổn thương vùng má: 4 trường hợp. Tổn thương mũi và các cấu trúc lân cận : 6 trường hợp

3.1.2.3. Độ rộng : Hầu hết tổn thương trên 2 đơn vị mặt, có 3 trường hợp tổn thương toàn bộ mặt.

3.1.2.4. Thành phần tổn thương theo vị trí:

Bảng 3.2. Thành phần tổn thương theo vị trí

Vị trí tổn thương	Thành phần tổn thương	Số BN	Tổng
Vùng lân cận mũi	Mất tổ chức dưới da	1	9
	Mất tổ chức da có thể kèm tổ chức dưới da	8	
Vùng mũi	Mất lớp che phủ	1	6
	Mất chất xuyên thấu phần di động của mũi	3	
	Mất chất xuyên thấu toàn bộ 1 - 2 bên mũi	2	

3.1.2.5. Mối liên quan giữa nguyên nhân, độ rộng của tổn thương và thành phần tổn thương vùng mũi mặt:

Bảng 3.3. Liên quan nguyên nhân - độ rộng - thành phần tổn thương

Nguyên nhân	Hình thái	Số BN	Độ rộng (đơn vị)	Thành phần tổn thương
Nguyên phát	Tai nạn mất chất rộng ở mũi mặt	1	3	Mũi, môi: tổn khuyết phức tạp Má: da + tổ chức dưới da
	Khe hở mặt bẩm sinh	1	2	Má: da + tổ chức dưới da
	Teo lõm 1 bên mặt bẩm sinh	1	1	Má: tổ chức dưới da
Thứ phát	Khuyết sau khi cắt bỏ ung thư	1	5	Mũi: tổn khuyết phức tạp Mí trên, mí dưới, má: da
	Sau xạ trị u hạt độc	1	2	Mũi: tổn khuyết phức tạp Má: da + tổ chức dưới da + xương hàm trên
	Sau xạ trị u máu	1	1	Má: da + tổ chức dưới da
	Sau cắt bỏ tổ chức sẹo bông	3	Toàn bộ mặt	Toàn bộ mặt: da + tổ chức dưới da
		1	2	Má: da

3.1.3. Chỉ định các phương pháp tạo hình:

3.3.3.1. Tạo hình chính bằng vật ALT

a. Phương pháp tạo hình được lựa chọn theo nguyên nhân tổn thương

Đa số các bệnh nhân đều có tổn thương mất chất phức tạp và rộng do đó cần phải chỉ định phối hợp các mục đích tạo hình (7 trường hợp).

Vì có tổn thương thuộc những chi tiết có tính ba chiều trên khuôn mặt nên 5 trường hợp cần phải tiến hành dựng hình. Bên cạnh đó, để đạt sự hài hòa trên khuôn mặt, chúng tôi đã quyết định phối hợp phủ và độn cho 8 bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, có duy nhất một trường hợp teo lõm mắt bẩm sinh chỉ cần độn đơn thuần.

b. Phương pháp tạo hình được lựa chọn theo vị trí thương tổn là các đơn vị thẩm mỹ mặt:

Dựa theo vị trí tổn thương trên các đơn vị mặt, chúng tôi đã chỉ định dựng hình cho 4 trường hợp, tạo vật lót niêm mạc cho 2 trường hợp. Đối với tổn thương ở vùng lân cận mũi, chỉ định phủ có thể kèm độn được đặt ra cho 8 bệnh nhân và 1 bệnh nhân còn lại chỉ cần tạo hình độn đơn thuần.

3.1.3.2. Kỹ thuật tạo hình kết hợp:

a. Tại nơi nhận

Bảng 3.6. Kỹ thuật tạo hình kết hợp tại nơi nhận.

Kỹ thuật tạo hình kết hợp	Ghép da	Vật lân cận	Ghép xương	Ghép sụn	Chất liệu nhân tạo
Số bệnh nhân	1	3	2	1	2

b. Tại nơi cho: Có 1 trường hợp đã dùng túi giãn da trước để tăng diện tích và làm mỏng vật, nhưng sau đó phải ghép da tiếp thì 2.

1 trường hợp sử dụng vật có cuống mạch xoay để đóng kín da, trường hợp này lành ngay thì đầu.

3.1.3.4. Số lần phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số đều đạt được kết quả mong muốn chỉ sau một lần phẫu thuật. Tuy vậy có hai bệnh nhân cần được phẫu thuật lần thứ hai và duy nhất một bệnh nhân phải trải qua năm lần phẫu thuật.

3.2. ĐẶC ĐIỂM VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI:

3.2.1. Đặc điểm vật đùi trước ngoài đơn thuần:

* Đặc điểm cuống mạch: tất cả các trường hợp đều tìm thấy nhánh xuyên của vật ALT xuất phát từ nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài.

* Vị trí nhánh xuyên của vật: 9/10 trường hợp nhánh xuyên tập trung ở phân đoạn 9. 1 trường hợp thuộc phân đoạn 8. 7/10 trường hợp tìm được 2 nhánh xuyên, có 2 trường hợp chỉ tìm được 1 nhánh xuyên, có 1 trường hợp tìm được 3 nhánh xuyên.

* Kích thước vật: Chiều dài vật trung bình là 20.72cm, chiều rộng trung bình là 9.7 cm. Diện tích vật trung bình là $205.78 \pm 81.83 \text{ cm}^2$.

* Chiều dài cuống vật: Chiều dài cuống vật trung bình là $9.55 \pm 2.89 \text{ cm}$ (4 - 14 cm)

3.2.2. Thành phần vật và mục đích tạo hình:

Bảng 3.9. Thành phần vật và mục đích tạo hình

Thành phần vật	Mục đích tạo hình					Số ca sử dụng vật
	Phủ	Dựng hình	Độn	Phủ+ Độn	Lót	
Da mỡ	6	4	0	1	1	6
Da cân	0	0	0	2	1	2
Da cơ	1	1	0	1	0	1
Trung bì mỡ	0	0	1	0	0	1

3.2.3. Số lượng vật được xẻ:

- Vật được xẻ hoàn toàn thành 2 vật: 5 trường hợp.
- Vật được xẻ không hoàn toàn: 1 trường hợp.

3.2.4. Đặc điểm của vật ĐTN được làm mỏng trong tạo hình mũi:

5/6 trường hợp sử dụng vật mỏng. Độ dày trước khi làm mỏng là $1.87 \pm 0.223\text{cm}$ (1.5 – 2.3cm), độ dày sau khi làm mỏng là $0.48 \pm 0.035\text{cm}$ (0.3 – 1.0cm). Diện tích vật được làm mỏng: 90 - 330 cm^2 .

3.3. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

3.3.1. Đánh giá kết quả gần:

3.3.1.1. Nơi cho vật: 9 ca liền thương tốt. 1 ca phải ghép da – lành thứ phát.

3.3.1.2. Nơi nhận vật: đa số các trường hợp vật sống tốt, chỉ duy nhất một trường hợp vật bị hoại tử da một phần.

3.3.1.3. Phân loại kết quả gần: 9 ca đạt kết quả rất tốt và 1 ca đạt kết quả tốt. Ca đạt kết quả tốt do vật bị hoại tử một phần, phải sử dụng ghép da liền thì 2.

3.3.2. Đánh giá kết quả xa:

3.3.2.1. Nơi cho vật: Hầu hết các trường hợp đều lành sẹo đẹp và không bị hạn chế cử động tại vùng cho vật sau 6 tháng. Chỉ duy nhất một bệnh nhân có sẹo hơi sẫm màu do phải ghép da.

3.3.2.2. Đánh giá và phân loại kết quả xa nơi cho và nhận vật:

Kết quả: 7/10 trường hợp: rất tốt - tốt, 3/10 trường hợp: trung bình.

4 trường hợp cho màu sắc của vật khá tương đồng với da xung quanh và 6 trường hợp màu sắc của vật không phù hợp với da xung quanh.

8 bệnh nhân có sẹo lành thương nơi nhận đẹp. Hầu hết các trường hợp cho kết quả liền sẹo tốt và đẹp, không có sẹo kéo mô xung quanh.

2 BN có đường viền chưa hài hoà và gồ lên so với mô xung quanh, 2 trường hợp này đều không được làm mỏng vật.

Hình dáng của các cấu trúc được tạo hình với góc nhìn thẳng và nghiêng có kết quả đẹp trong 3 bệnh nhân, và có thể chấp nhận được trong 7 bệnh nhân. Những trường hợp tạo hình mũi, góc mũi môi đạt được trung bình sau mổ là $147,95^{\circ}$, góc mũi cằm là 109° , khá tương đồng về tiêu chuẩn nhân trắc học ở người Việt Nam trưởng thành.

Đa số các vật sau khi ghép vào nơi nhận đều sống tốt chỉ có một trường hợp vật bị hoại tử da một phần và cần phải ghép da thì hai.

3.3.3. Kết quả tạo hình tiền đình mũi và trong hốc mũi:

- Tiền đình mũi: kết quả tốt, 1 trường hợp bị sẹo hẹp cửa mũi.
- Hốc mũi: Kết quả khí áp mũi thể hiện thông khí thấp hơn trị số bình thường của người Việt Nam [8], tuy nhiên khi đánh giá qua nội soi chúng tôi nhận thấy hốc mũi đều thông thoáng.

3.4. BIẾN CHỨNG VÀ THẤT BẠI

1 trường hợp vật bị hoại tử một phần bề mặt nông cần phải ghép da, 1 trường hợp bị hẹp cửa mũi và 1 BN phải phẫu thuật năm lần.

1 trường hợp vết thương nơi cho vật chặm liền cần phải ghép da và liền thương thì 2.

CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG:

4.1.1. Tính đa dạng của tổn thương: Các trường hợp tổn thương mũi trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tổn thương phức tạp, tổn thương ở vùng lân cận mũi chủ yếu là da và các tổ chức dưới da. Nguyên nhân gây tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu thuộc nhóm thứ phát.

4.1.2. Mối liên quan giữa các nguyên nhân và đặc điểm, mức độ, vị trí, hình thái tổn thương

4.1.2.1. Nhóm nguyên phát:

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp là nữ với đặc điểm điển hình của tật nhỏ nửa mặt. Bệnh nhân này có thể điều trị khuyết phần mềm bằng cách ghép trung bì mỡ hay ghép tự thân cho phần mềm bị loét hoặc độn bằng các vật mỡ trung bì tự do. Ghép mỡ tự thân Coleman là phương pháp đơn giản ứng dụng trong những trường hợp teo lõm nhẹ vùng mặt. Tuy nhiên, phương pháp này phải thực hiện nhiều lần do khó có thể tiên đoán chính xác lượng mỡ sẽ được hấp thu [75]. Vật liệu tổng hợp có thể khắc phục được nhược điểm hấp thu của phương pháp sử dụng mỡ tự thân nhưng lại có nguy cơ đào thải cao và có khả năng gây biến chứng nghiêm trọng sau này [88]. Tương tự kỹ thuật bơm mỡ tự thân, phương pháp ghép sụn, xương hay bì có khả năng bị hấp thu mạnh. Vật tại chỗ dành cho những trường hợp teo lõm nhẹ. Hurwitz đã sử dụng vật cơ bám da cổ có cuống để tạo đường viền mặt [48]. Hiện nay, sự phát triển của vi phẫu thuật cho phép thiết kết vật tự do có độ dày mỏng rất linh hoạt nên vật tự do đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong tạo hình teo lõm mặt [103].

Trường hợp bẩm sinh còn lại là khe hở mặt bẩm sinh số 5 theo phân loại Tessier, bệnh nhân bị khe hở phần mềm 2 bên, gây co kéo mí dưới và môi trên [14], [21]. Thường khe hở chỉ đóng lại dạng Z hoặc xoay vật. Tuy nhiên trong trường hợp bệnh nhân bị thiếu mô mềm

dưới da vùng má hai bên nhiều cần phải có thêm chất liệu độn thì vật cân da tự do là lựa chọn tối ưu.

Trong trường hợp tai nạn gây tổn thương nặng nề vùng mặt bên phải, vật lại được thiết kế dưới dạng cơ da với mục đích che phủ các khuyết hổng lớn, tổn thương sâu rộng đồng thời phối hợp tạo hình cơ vòng miệng đã cho kết quả tốt.

4.1.2. Nhóm thứ phát:

Tổn thương mất chất ở ba bệnh nhân sau cắt bỏ khối ung thư da, sau xạ trị u hạt độc và u máu rất phức tạp, thâm nhiễm nhiều thành phần và xuyên thấu toàn bộ chiều dày nếu ở mũi. Vì vậy, thiết kế vật được đặt ra cần phải đáp ứng nhu cầu tạo hình không chỉ bên ngoài da mà cả lớp lót bên trong hốc mũi.

Trong trường hợp ung thư biểu mô tế bào đáy, bệnh nhân bị tổn thương rộng nhiều đơn vị gồm toàn bộ đơn vị mũi, mí trên 2 bên và má 2 bên. Yêu cầu tạo hình trong trường hợp này là dựng hình mũi, che phủ tổn thương da ở mí mắt - má và cần có cả lớp lót trong hốc mũi mỏng rộng. Để tạo hình mũi thành công, cần phải có một lượng lớn da cho những mục đích che phủ và dựng hình mũi kèm theo lớp lót bên trong.

Trong nhóm tổn thương do bỏng, chúng tôi thu thập được bốn trường hợp trong đó có ba bệnh nhân tổn thương mũi bị bỏng toàn bộ mặt bao gồm cả trán. Đặc điểm của những tổn thương vùng mũi mặt do bỏng trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với mô tả của tác giả Jincai Fan. Với tổn thương nặng nề như vậy, yêu cầu đặt ra khi tạo hình ở những bệnh nhân này không chỉ đơn thuần là bao phủ mà còn

phải dựng hình để tạo sự hài hòa của khuôn mặt trong không gian ba chiều. Trong tất cả trường hợp tổn thương mũi, vật tự do được thiết kế với mục đích phủ và dựng hình lớp ngoài. Trong khi đó, đối với tổn thương vùng lân cận mũi, vật tự do lại được tạo ra với mục đích phủ và độn. Về lý thuyết, sau khi cắt bỏ sẹo co kéo bệnh nhân này có thể ghép da hoặc sử dụng vật tại chỗ. Tuy nhiên, ghép da theo phương pháp này không tạo được độ cong cho má và đường viền đẹp cho khuôn mặt. Nhược điểm của vật da tại chỗ là hạn chế kích thước và trục xoay. Nếu có dùng túi giãn da sẽ phải làm nhiều thì. Chính vì thế, trong trường hợp này, vật tự do là lựa chọn thích hợp. Đồng quan điểm của chúng tôi, tác giả Jui-Tien Lee [59] làm mỏng vật đùi trước ngoài tự do để che phủ cho những tổn thương rộng ở vùng má nhằm tạo độ cong và đường viền đẹp cho khuôn mặt.

4.2. ĐẶC ĐIỂM CỦA VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI VÀ KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT LỚN VÙNG MŨI MẶT:

Vị trí nhánh xuyên của vật: tương tự với các tác giả khác.

Kích thước vật: Vật được tạo ra trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước tương đối lớn với chiều dài vật trung bình là 20.72cm, chiều rộng trung bình là 9.7 cm, diện tích vật trung bình là $205.78 \pm 81.83 \text{ cm}^2$ (lớn nhất là 330 cm^2). Chiều dài cuống vật $9.55 \pm 2.89 \text{ cm}$ (ngắn nhất là 4 cm, dài nhất là 14 cm), giúp thuận tiện cho nối mạch. Diện tích trung bình của vật là 205 cm^2 , lớn nhất là 330 cm^2 : tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác. Trong nghiên cứu của V.N.Lâm, kích thước vật dao động có thể lên tới $16 \times 25 \text{ cm}$ (400 cm^2).

Tại nơi lấy vạt, chiều ngang khi lấy vạt có thể lên tới 10 cm. Sau khi cho vạt, 9 trường hợp đã được đóng trực tiếp. Vạt căng tay quay có ưu điểm mỏng, có thể lấy rộng nhưng để lại sẹo xấu nơi căng tay do không đóng vết thương mà phải ghép da.

7/10 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều đạt được mục đích tạo hình chỉ trong một lần phẫu thuật duy nhất. Trong nghiên cứu này, chỉ có hai trường hợp phải phẫu thuật lần hai do bị hoại tử vạt một phần hoặc lộ silastic và một trường hợp phải phẫu thuật năm lần. Kết quả nghiên cứu góp phần làm nổi bật của vạt đùi trước ngoài so với các loại vạt tự do khác trong tạo hình vùng mũi mặt.

4.3. TÍNH LINH HOẠT TRONG THIẾT KẾ VẠT VÀ SỬ DỤNG TRONG TÁI TẠO CÁC CHI TIẾT CÓ TÍNH BA CHIỀU VÙNG MŨI MẶT:

Chúng tôi đã sử dụng vạt ĐTN với nhiều thành phần tùy theo mục đích. Trung bì mỡ sử dụng trong 1 trường hợp nhằm mục đích độn. Vạt da cân được sử dụng trong 2 trường hợp, nhằm mục đích phủ phối hợp với độn và mục đích lót. Vạt da cơ được sử dụng trong trường hợp cần dựng hình môi. Vạt da mỡ là vạt được sử dụng với nhiều mục đích khác nhau. Vạt da mỡ có thể được làm mỏng hoặc dựng hình dày mỏng theo hình dạng tổn khuyết và đây cũng là loại vạt được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu góp phần khẳng định đặc tính linh hoạt của vạt đùi trước ngoài đối với sự đa dạng trong thiết kế và mục đích sử dụng [18].

Trong các trường hợp tạo hình mũi, chúng tôi đã thiết kế khung nâng đỡ bằng silastic, xương mào chậu hoặc xương vách ngăn và sử

dụng vật tự do làm lớp lót hay lớp che phủ tạo nên giường mạch máu bên dưới giúp nuôi dưỡng khung nâng đỡ là xương ghép hoặc che phủ vật liệu tổng hợp, tránh được biến dạng do xạ trị hoặc sau phẫu thuật. Vật đùi trước ngoài được làm mỏng bằng kỹ thuật vi phẫu để tạo lớp lót trong hốc mũi. Sau phẫu thuật 3 tháng, nội soi kiểm tra thấy hốc mũi thông thoáng, bề mặt vật trong hốc mũi hồng và ướt. Kết quả khả quan trong nghiên cứu là minh chứng cho ưu điểm nổi trội của vật đùi trước ngoài trong tạo hình tổn khuyết phức tạp vùng mũi mặt.

Bàn về kỹ thuật làm mỏng trong nghiên cứu này

Độ tuổi, giới tính, vị trí lấy vật và độ dày của lớp mỡ dưới da đóng vai trò quan trọng trong quyết định độ dày của vật. Do vậy khi lấy vật và tiến hành làm mỏng, cần cân nhắc đến những yếu tố này để đạt được hiệu quả điều trị. Làm mỏng vật là một yêu cầu được đặt ra với các tạo hình che phủ nhằm đảm bảo tính thẩm mỹ và chức năng tại nơi sử dụng vật tổ chức, nhất là trong tạo hình cấu trúc ba chiều.

Trong tạo hình qui ước, có hai cách lấy bỏ lớp mỡ của vật mà vẫn bảo tồn hệ thống mạch trong vật. Kỹ thuật thực hiện không phức tạp tuy nhiên chỉ thích hợp với những tổn thương tương đối đơn giản hoặc phải tiến hành trong nhiều thì.

Kỹ thuật vi phẫu tích làm mỏng các vật da cân mạch xuyên đến mức tối đa của Kimura [56] là một bước tiến quan trọng trong phẫu thuật tạo hình cho phép loại bỏ mô mỡ thừa quanh nhánh xuyên trong khi vẫn đảm bảo cấp máu tới mạng mạch dưới da. Tạo ra được vật da mỏng như vậy cho phép phẫu thuật viên có thể tái tạo thành công

những tổn thương mất chất có tính ba chiều. Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy rằng sự thông nổi sớm và dễ dàng của mạng mạch vật với nền nhận là một trong những yếu tố quan trọng góp phần vào sự thành công của cuộc phẫu thuật. Mặt khác, nhờ bảo tồn hệ thống mạch máu trong da, các vật da có thể xẻ thành nhiều phần khác nhau theo hướng chảy của mạch máu tùy theo mục đích tạo hình. Việc bảo tồn được hệ thống mạch máu trong da cùng với việc loại bỏ lớp mỡ thừa dưới kính hiển vi giúp chủ động kiểm soát chiều dày của vật. Đối với những trường hợp cần một vật da có độ mỏng đồng nhất, kỹ thuật vi phẫu tích được thực hiện ở mọi nơi trên vật.

Nhờ nắm rõ giải phẫu mạch xuyên và hướng đi của mạch, chúng tôi đã tiến hành làm dày hoặc mỏng vật theo thiết kế sẵn bằng kỹ thuật vi phẫu tích giúp khôi phục chức năng, tái tạo các cấu trúc ba chiều ở bệnh nhân có tổn thương mất chất sâu rộng ở vùng mũi mặt với số lần phẫu thuật ít hơn trước và kết quả có thể chấp nhận được.

KẾT LUẬN

Tái tạo tổn thương phức tạp vùng mũi mặt luôn là mối quan tâm hàng đầu của các nhà phẫu thuật tạo hình. Nguyên nhân gây tổn thương vùng mặt rất đa dạng, do đó mức độ tổn thương cũng khác nhau. Trên thực tế, đa số các trường hợp cần tạo hình vùng mặt thường trầm trọng, tổn thương lan rộng đến nhiều đơn vị mặt. Hơn nữa, da mặt có tính chất rất khác biệt so với các vùng da khác trên cơ thể nên việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật và chất liệu để tái tạo

thích hợp cho những tổn thương vùng mặt là vấn đề khiến các phẫu thuật viên phải cân nhắc cẩn thận và không ngừng nghiên cứu.

Sau quá trình nghiên cứu, chúng tôi đã rút ra một số kết luận sau:

Vạt tự do là vật liệu rất tốt trong tạo hình vùng đầu mặt cổ nói chung và vùng giữa mặt nói riêng. Vạt tự do có thể được tạo ra từ một loại mô đơn thuần hay phức hợp. Vạt tự do được thiết kế và lắp vào khuyết mô vẫn có thể duy trì được chức năng đồng thời vạt tự do có thể kết hợp với vạt tại chỗ hoặc mảnh ghép để cho hiệu quả điều trị tối ưu nhất. Tuy nhiên sử dụng vạt tự do đòi hỏi kỹ thuật đặc biệt và thời gian phẫu thuật kéo dài. Hơn nữa vạt tự do được lấy từ cẳng tay quay, trụ, cánh tay ngoài, vùng cơ delta ngược.. thường có kích thước nhỏ nên không thể dùng được trong trường hợp tổn thương mất chất ở vùng mũi mặt quá rộng. Nếu cố gắng tạo vạt có kích thước lớn từ những vị trí này thì nguy cơ hoại tử vạt sẽ rất cao. Trong khi đó nếu tiến hành tạo vạt ở vùng đùi trước ngoài có thể thiết kế được vạt có kích thước lớn (20.72 cm x 9.7cm), có thành phần (da mỡ, da cân, da cơ, trung bì mỡ), độ dày mỏng linh hoạt (chỉ từ 3-10mm), khả năng sống của vạt cao và có khả năng phối hợp với các vạt lân cận tốt da có cuốn mạch dài (9.5 ± 2.89 cm) và mạng lưới mạch máu phong phú. Những ưu điểm này là yếu tố khiến vạt ALT thay thế dần chỉ định của các loại vạt khác và trở thành một trong những lựa chọn hàng đầu khi tái tạo những tổn thương mất chất vùng mũi mặt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là cơ sở để khẳng định tính ưu việt của vạt đùi trước ngoài trong tạo hình các tổn khuyết phức tạp có

tính ba chiều vùng mũi mặt. Khi sử dụng vật đùn trước ngoài với kỹ thuật làm mỏng vật vi phẫu tích, phẫu thuật viên có thể rút ngắn được thời gian thực hiện, giảm thiểu chi phí điều trị và đạt mục đích tạo hình chỉ sau một lần phẫu thuật duy nhất. Tuy nhiên phương pháp này vẫn còn một vài hạn chế nhất định như màu sắc của vật chưa tương đồng với vùng da xung quanh. Đây chính là điểm mà các nhà tạo hình quan tâm và cần nghiên cứu tiếp tục để kỹ thuật ngày càng phổ biến và hoàn thiện hơn.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

1. Nguyễn Thị Kiều Thơ (2015), “Tạo hình khuyết phần mềm ba chiều vùng mũi bằng vật đúc trước ngoài tự do có chuẩn bị”, *Tạp chí Y học thực hành*, (954), tr.16-19.
2. Nguyễn Thị Kiều Thơ (2015), “Đánh giá kết quả sử dụng vật da cân đúc trước ngoài tạo hình các khuyết lớn vùng mũi – mặt”, *Tạp chí Y học thực hành*, (954), tr.91-94.