

sạch răng sẽ giúp làm giảm đáng kể mức độ mảng bám và viêm lợi cho bệnh nhân chỉnh nha.

Bảng 5 cho thấy có mối liên quan giữa mức độ viêm lợi và khoảng thời gian lấy cao răng định kỳ gần nhất. Kết quả này cũng tương đồng với báo cáo của Mahindra RK và cs, tỉ lệ viêm lợi tăng lên đáng kể ở nhóm BN chỉnh nha mà không đến khám vệ sinh răng miệng trong quá trình điều trị<sup>2</sup>. Còn mảng bám răng được hình thành và tích lũy hàng ngày, phụ thuộc vào thói quen, tần suất, cách thức vệ sinh răng miệng chứ không phụ thuộc vào việc lấy cao răng trước đó.

Kết quả ở bảng 6 cho thấy thời gian đeo mắc cài không ảnh hưởng đến mức độ viêm lợi của BN. Có thể nói, mức độ mảng bám răng và viêm lợi phụ thuộc vào ý thức, cách thức, tần suất vệ sinh răng miệng của BN mà không phụ thuộc vào thời gian chỉnh nha của BN. Ở những BN có thời gian chỉnh nha kéo dài, nếu BN vẫn duy trì được việc vệ sinh răng miệng hàng ngày và định kỳ thì sẽ có thể duy trì được chỉ số lợi và mảng bám ở mức tốt.

## V. KẾT LUẬN

- Không có sự khác biệt về tình trạng viêm lợi giữa nam và nữ trong nhóm nghiên cứu.
- Mức độ viêm lợi ở lứa tuổi dưới 18 nặng hơn so với lứa tuổi trên 18.
- Ở bệnh nhân đeo mắc cài chỉnh nha, tình trạng viêm lợi có liên quan đến số lần chải răng

trong ngày, thói quen dùng các biện pháp hỗ trợ làm sạch răng, khoảng thời gian lấy cao răng định kỳ gần nhất, nhưng không liên quan đến thời gian đeo mắc cài.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Contaldo M, Lucchese A, Lajolo C, et al.** The Oral Microbiota Changes in Orthodontic Patients and Effects on Oral Health: An Overview. *Journal of Clinical Medicine.* 2021;10(4):780. doi:10.3390/jcm10040780
2. **Mahindra RK, Suryawanshi GR, Doshi UH.** Effects of fixed orthodontic treatment on gingival health: An observational study. *International Journal of Applied Dental Sciences.*:6.
3. **Nha Khoa Cộng Đồng. Vol 1.** Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2016.
4. **Rakhshan H, Rakhshan V.** Effects of the initial stage of active fixed orthodontic treatment and sex on dental plaque accumulation: A preliminary prospective cohort study. *The Saudi Journal for Dental Research.* 2015;6(2):86-90. doi:10.1016/j.sjdr.2014.09.001
5. **Akkaya M.** Are the Effects of Fixed Orthodontic Treatment on Gingival Health Similar in Adolescents and Young Adults? *Journal of Biomedical Sciences.* 2016;6(1):5.
6. **Tevatia S.** Puberty Induced Gingival Enlargement. *BJSTR.* 2017;1(1). doi:10.26717/BJSTR.2017.01.000126
7. **R MD la R, Guerra JZ, Johnston DA,** Radike AW. Plaque Growth and Removal With Daily Toothbrushing. *Journal of Periodontology.* 1979;50(12):661-664. doi:10.1902/jop.1979.50.12.661

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NƠ VI HẮC TỔ BẨM SINH VÙNG MẶT CỔ

**Chanthavy Souksavarn\*, Trần Thiết Sơn\*,  
Tạ Thị Hồng Thúy\*, Dương Đại Hà\***

### TÓM TẮT

Bài báo nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nơ vi hắc tổ bẩm sinh vùng mặt cổ. Nghiên cứu trên 36 bệnh nhân (16 nam và 20 nữ) với 45 lần phẫu thuật từ 1/2015 đến 5/2020 tại khoa Phẫu thuật tạo hình - Bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội. Kết quả cho thấy đặc điểm nơ vi hắc tổ bẩm sinh vùng mặt cổ rất đa dạng về kích thước, vị trí. Nơ vi kích thước nhỏ hay gặp nhất (76,2%), trung bình (14,3%), kích thước lớn (9,5%). 26/36 bệnh nhân (72,2%) đã được lấy bỏ

hoàn toàn thường bằng kỹ thuật giãn da tự nhiên đối với nơ vi kích thước nhỏ và trung bình, nơ vi kích thước lớn phải phẫu thuật nhiều lần. Bệnh nhân phẫu thuật 1 lần 29/36 nơ vi (80,5%), 2 lần 5/36 nơ vi (13,8%), 3 lần 2/36 nơ vi (5,7%). Phương pháp tạo hình giãn da tự nhiên 40/54 lần phẫu thuật (70%), các vật tại chỗ 7/54 (12,9%), ghép da dày 5/54 (9,8%), vật lân cận và vật tổ chức giãn chiếm tỉ lệ ít hơn. Kết quả gần tốt (86,7%), trung bình (13,3%). Sau phẫu thuật 3-6 tháng, kết quả tốt 86,1%, trung bình 13,9% và không có trường hợp nào kết quả kém. Biến chứng chủ yếu sẹo lồi 6/36 (5,5%), co kéo vùng mặt với mức độ nhẹ 6/36 (5,5%). Như vậy, giãn da tự nhiên là một trong những kỹ thuật đơn giản, hiệu quả áp dụng nhiều vùng mặt cổ. Kỹ thuật vật hay giãn da ít được sử dụng hơn và thường dùng với những tổn thương lớn và nhiều đơn vị. **Từ khóa:** Nơ vi hắc tổ bẩm sinh, cắt u, giãn da tự nhiên, vật tại chỗ.

\*Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Chanthavy Souksavarn.

Email: c.souksavarn@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/7/2021

Ngày phản biện khoa học: 7/8/2021

Ngày duyệt bài: 25/8/2021

**SUMMARY****OUTCOMES OF SURGICAL MANAGEMENT IN PATIENTS WITH CONGENITAL MELANOCYSTIC NEVI ON FACE AND NECK**

This article aims to evaluate the results out come of congenital melanocystic nevi surgery in the face and neck area, Thirty-six patients were reviewed (16 males and 20 females) with 45 surgeries between Juanry 2015 to May 2020 at the Department of Plastic Surgery – Saint Paul Hospital Hanoi. The results showed that the characteristics of melanocystic nevi in the face and neck were very diverse in size and position. Small size was most common (76.2%), medium (14.3%), largesize (9.5%). In 26/36 patients (72.2%) small and medium size nevi were completely removed with natural skin dilation technique, large sized nevi required multiple surgeries. 29/36 nevi (80.5%) were removed in single reconstructive stage, 5/36 nevi (13,8%) were removed in 2 reconstructive stages, only 2/36 nevi (5.7%) were removed in 3 reconstructive stages. Serial excision was used 40/54 times (70%), also local flap was used 7/45 times (12.9%), and 5/54 of full thickness skin graft was used, the neighboring flap and tissue expansion had a smaller ratio of usage. The results were close to be good in (86.7%) of cases, average in (13.3%) of cases, After lesions were completely removed for 3-6 months, the results were good in 86.1% of cases, average in 13.9% of cases and no cases of poor results. The main complications result in keloid scars for 6/36 (5.5%), while mild facial retraction occurred in 6/36 (5.5%). Thus, Serial excision is one of the most simple and effective techniques that can be applied to many area of face and neck, while flap and tissue expansion are less commonly used with large lesions and multiple units.

**Keywords:** Congenital melanocytic nevi, mass removal, serial excision, local flap.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nơ vi hắc tố bẩm sinh trong tiếng Anh là Congenital melanocytic nevi (CMN) là nơ vi hắc tố xuất hiện lúc sinh hoặc trong vòng hai đến ba năm đầu đời, kết quả của sự tăng sinh lành tính của tế bào nơ vi-một loại tế bào có cùng nguồn gốc từ đỉnh thần kinh giống như tế bào hắc tố (melanocyte). Nơ vi hắc tố bẩm sinh là một tổn thương khá phổ biến, gặp ở khoảng từ 1-6% trẻ mới sinh<sup>1</sup>. Tất cả các nơ vi hắc tố bẩm sinh đều có nguy cơ chuyển dạng thành ung thư hắc tố, tỷ lệ này cao hơn ở nơ vi kích thước lớn. Hơn nữa nơ vi ở các vị trí da hở, gây mất thẩm mỹ như vùng mặt. Ngoài ra, còn gây ảnh hưởng tới tâm lý bệnh nhân và gia đình. Trong đó mặt cổ là vùng được quan tâm nhất, với tỉ lệ bệnh nhân đến khám nhiều nhất<sup>2</sup>. Hai vấn đề chính đó đưa ra các chỉ định điều trị CNM vùng mặt cổ là nguy cơ ung thư hóa và ảnh hưởng thẩm mỹ. Phương pháp phẫu thuật điều trị là giải pháp tối ưu nhất

có thể quyết định cả hai vấn đề này. Có nhiều phương pháp điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh bao gồm các phương pháp không phẫu thuật và phẫu thuật. Các phương pháp không phẫu thuật gồm có nạo da (curettage), mài da (dermabrasion), lột da bằng hóa chất (chemical peel), đốt điện (electrosurgery), đốt Laser... Nhưng nhược điểm của các phương pháp này chỉ loại bỏ một phần tế bào của nơ vi nên ít làm thay đổi nguy cơ ung thư hóa. Vì vậy, Phương pháp phẫu thuật có thể cắt bỏ hết tế bào nơ vi được. Phẫu thuật với mục đích cắt bỏ thương tổn (cắt một thì hoặc nhiều thì) và xử lý che phủ khuyết da (đóng trực tiếp, phẫu thuật cắt thu nhiều lần, sử dụng vạt kế cận, ghép da, vạt tổ chức giãn hoặc các vạt từ xa). Trên thế giới này có nhiều nghiên cứu về nơ vi hắc tố bẩm sinh. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về nơ vi hắc tố bẩm sinh. Đỗ Đình Thuận<sup>3</sup> (1998) nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và phương pháp điều trị nơ vi sắc tố lành tính vùng hàm mặt bao gồm cả nơ vi bẩm sinh và mắc phải, Nguyễn Hồng Sơn<sup>4</sup> (2010) nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nơ vi sắc tố bẩm sinh khổng lồ. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào nói riêng về vùng mặt cổ. Khi nào thì điều trị bằng các phương pháp phẫu thuật tạo hình nào cho thích hợp? Kết quả điều trị của các phương pháp đó như thế nào? Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt cổ.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 36 bệnh nhân gồm 16 nam và 22 nữ được chẩn đoán nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt cổ được thực hiện phẫu thuật tại khoa Phẫu Thuật Tạo Hình-Thẩm Mỹ Bệnh Viện Đa Khoa Xanh pôn - Hà Nội. Thời gian từ tháng 01/2015 đến 05/2020.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Phương pháp nghiên cứu** là hồi cứu mô tả lâm sàng không đối chứng.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt cổ được can thiệp phẫu thuật, đầy đủ hồ sơ bệnh án, đầy đủ hình ảnh trước, trong và sau mổ.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ:** Mất hồ sơ bệnh án, không đủ thông tin dữ liệu.

**Quy trình nghiên cứu** dựa vào hồ sơ ghi chép tỉ mỉ với nguyên tắc cắt nơ vi sắc tố sử dụng phương pháp tạo hình và được lưu trữ bằng hình ảnh chi tiết qua từng giai đoạn.

**2.3. Các bước thực hành phẫu thuật**

**2.3.1. Lập kế hoạch phẫu thuật.** Dựa trên tổn thương theo phân tích và lựa chọn phương pháp phẫu thuật, thiết kế và lựa chọn kỹ thuật trước mổ.



**Hình 1. Thiết kế trước phẫu thuật. A. Cắt đóng trực tiếp. B. vạt tại chỗ. C. Vị trí đặt túi giãn da.**

**2.3.2. Các bước phẫu thuật.** Tiến hành gây mê nội khí quản hoặc gây tê tại chỗ đối với nơ vi nhỏ và bệnh nhân hợp tác.

- Kỹ thuật giãn da tự nhiên: Cắt bỏ tổn thương theo thiết kế, khâu đóng tổn thương trực tiếp nhờ đặc tính chun giãn của da.

- Kỹ thuật vạt tại chỗ, vạt lân cận: Rạch da theo thiết kế vạt, bóc tách vạt, cắt bỏ thương tổn, sử dụng dưới dạng vạt chuyển, xoay hoặc đặt chẻ phủ tổn khuyết.

- Kỹ thuật ghép da dày: Lấy da dày toàn bộ ghép vào tổn thương như mi mắt, một số trường hợp vùng trán, mũi.

- Kỹ thuật đặt hệ thống giãn da: Gồm phẫu thuật lần một đặt túi giãn da ngay vị trí tổn thương vùng má, cổ hoặc trán, bơm túi giãn sau 2-3 tháng, phẫu thuật lần 2 tháo túi, tạo hình che phủ thương tổn.

- Một số trường hợp phải phối hợp nhiều kỹ thuật.

**2.3.3. Theo dõi sau mổ và đánh giá kết quả sau mổ:**

- Sau mổ đánh giá kết quả: tình trạng vết mổ, khả năng liền thương, sức sống của vạt, biến chứng sớm (tụ máu, nhiễm trùng, thiếu dưỡng vạt, hoại tử vạt).

- Kết quả xa (3-6 tháng sau mổ): đánh giá tình trạng sẹo, co kéo cơ quan, mức độ còn khối nơ vi, mức độ hài lòng.

**Bảng 1. Thang điểm đánh giá kết quả điều trị xa (sau 3-6 tháng)**

	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Tình trạng sẹo	Lồi, quá phát	Giãn > 2mm	Mảnh < 2mm
Co kéo hốc tự nhiên	Nhiều	Ít	Không co kéo
Nơ vi sau cắt bỏ	Còn nhiều	Còn ít	Hết hoàn toàn
Mức độ hài	Kém hài	Trung	Nhiều

lòng	lòng	bình	
------	------	------	--

Xếp loại kết quả xa: tốt (7-8 điểm), trung bình (4-6 điểm), kém (0-3 điểm).

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong 36 bệnh nhân nghiên cứu có 16 nam (44,4%) và 20 nữ (55,6%). Độ tuổi trung bình là 8,97 tuổi. 24/36 bệnh nhân (66,6%) chỉ có CMN nằm trên một đơn vị giải phẫu vùng mặt cổ, 12/36 bệnh nhân có CMN nằm trên 2 đơn vị giải phẫu vùng mặt cổ (33,4%). Trong 36 bệnh nhân, có nơ vi xuất hiện gồm 61 đơn vị giải phẫu vùng mặt cổ.

**Bảng 2. Các đặc điểm của CMN vùng mặt cổ**

Đặc điểm	Số CMN	Tỉ lệ (%)	
Kích thước (cm) (N=42)	≤ 3cm	32	76,2
	3 - 12cm	06	14,3
	≥ 12cm	04	9,5
Vị trí nơ vi (N=61)	Trán	08	13,1
	Mũi	05	8,1
	Mắt	08	13,1
	Má	24	39,3
	Môi trên	05	8,1
	Môi dưới	04	6,5
	Cằm	03	4,9
	Tai	02	3,2
	Cổ	02	3,2
Chiếm số đơn vị giải phẫu vùng mặt (n=36)	1 đơn vị	24	66,6
	≥ 2 đơn vị	12	33,4

Trong 36 bệnh nhân có nơ vi xuất hiện trên những các đơn vị giải phẫu thẩm mỹ vùng mặt cổ tất cả 61 đơn vị. Trong 26 bệnh nhân nơ vi được cắt bỏ hết hoàn toàn chiếm 72,2% còn lại là lấy bỏ được phần lớn của nơ vi, đặc biệt là những nơ vi có kích thước lớn hay ở vị trí khó lấy hết được.

**Bảng 3. Số lần phẫu thuật để loại bỏ thương tổn (n=36).**

Số lần phẫu thuật	Số bệnh nhân nơ vi	Tỉ lệ (%)
1 lần	29	80,5
2 lần	5	13,8
3 lần	2	5,7

Gur and Zuger<sup>8</sup>, đã đề xuất phân loại để tính số lần phẫu thuật dựa vào kích thước và đơn vị giải phẫu thẩm mỹ cùng mặt cổ theo Bảng 4. Trong nghiên cứu này nơ vi kích thước nhỏ thường chỉ cần trải qua một lần phẫu nhưng đối với kích thước vừa và lớn thường phẫu thuật ít nhất 2 lần.

**Bảng 4. Phân chia nhóm nơ vi vùng mặt cổ**

Kích thước	Kích thước	Kích thước
------------	------------	------------

nhỏ	vừa	lớn
1-3cm đường kính 1 đơn vị thẩm mỹ 1-2 lần phẫu thuật	3-12cm đường kính 1-2 đơn vị thẩm mỹ 1-2 lần phẫu thuật	>12cm đường kính >2 đơn vị thẩm mỹ >2 lần phẫu thuật

Trong 36 bệnh nhân với 45 lần phẫu thuật và sử dụng phối hợp nhiều kỹ thuật trong 11 ca phẫu thuật (54 kỹ thuật/36 bệnh nhân), phương pháp được sử dụng nhiều nhất là giãn da tự nhiên 40/54 (70%), vạt tại chỗ 7/54 (12,9%) với dạng vạt chủ yếu là dạng đẩy, xoay. Vạt lân cận 2/54 (3,7%) cho bệnh nhân có nơ vi vùng lông mày từ vạt động mạch thái dương nông và một bệnh nhân dùng vạt Mustarder từ da vùng cổ đẩy sang che phủ vùng má phải, vạt tổ chức giãn được sử dụng 1 lần cho bệnh nhân có nơ vi không lồ nửa mặt bên trái bằng đặt 2 túi chất liệu giãn da ở trán và má bên trái, sau đó chuyển vạt giãn tổ chức sang tạo hình che phủ khuyết tổn sau khi cắt nơ vi. Trong đó có 10 bệnh nhân phải sử dụng nhiều phương pháp khác nhau phối hợp chủ yếu là nơ vi nằm trên nhiều đơn vị giải phẫu thẩm mỹ.

**Bảng 5.** Phân bố phương pháp tạo hình che phủ (n=54)

Phương pháp tạo hình	Số lần sử dụng mỗi PP	Tỉ lệ
Giãn da tự nhiên	40	70%
Vạt tại chỗ	7	12,9%
Vạt lân cận	1	1,8%
Ghép da	5	9,3%
Vạt tổ chức giãn	1	1,8%
<b>Tổng</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

Kết quả gần được theo dõi, đánh giá trong 45 lần phẫu thuật trên 36 bệnh nhân. Không trường hợp nào có biến chứng chảy máu, nhiễm trùng, hoặc hoại tử. Có 13,3% trường hợp chậm liền vết mổ, về tình trạng biến dạng gần ngay sau mổ, có 13,3% trường hợp biến dạng mức độ ít. Kết quả gần đạt tốt với 39/45 (86,7%), đạt trung bình với 6/45 (13,3%) trường hợp, không có trường hợp đạt kết quả kém.

**Bảng 6.** Kết quả gần (n=45).

Kết quả gần		Số lần phẫu thuật	Tỉ lệ (%)
Tình trạng liền thương	Liên tốt	39	86,7
	Chậm liền	6	13,3
Tình trạng hoại tử	Không có	39	86,7
	Thiếu dưỡng mềp	6	13,3
	Hoại tử	0	0

Tình trạng biến dạng gần	Nhiều	0	0
	Ít	6	13,3
Xếp loại kết quả	Không biến dạng	39	86,7
	Tốt	39	86,7
	Trung bình	6	13,3

Kết quả xa (3-6 tháng) một số biến chứng xa như sẹo giãn >2mm (16,7%), co kéo hốc tự nhiên mức độ ít (5,6%) được theo dõi, đánh giá trong 27/36 nơ vi đã được loại bỏ hoàn toàn thương tổn. 91,6% trường hợp bệnh nhân và/hoặc bố mẹ bệnh nhân cảm thấy hài lòng nhiều, 8,4% trường hợp hài lòng mức độ trung bình. Xếp loại kết quả đạt tốt với 31/36 (86,1%) trường hợp, trung bình với 5/36 (13,9%) trường hợp, không có trường hợp đạt kết quả kém.

#### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi đã phân chia nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt cổ thành 3 nhóm, theo kích thước, đơn vị giải phẫu thẩm mỹ của mặt và số lần phẫu thuật yêu cầu, theo kết quả nghiên cứu của Gur và Zyker<sup>8</sup>: với nhóm kích thước ≤ 3cm thường cần phẫu thuật 1 lần, 3-12cm thường cần 1-2 lần phẫu thuật, ≥ 12cm thường cần từ trên 3 lần phẫu thuật. Chúng tôi nhận thấy phân loại này là hữu ích trong việc phân tích các vấn đề và thiết lập ra một kế hoạch phẫu thuật cho cắt bỏ. Đó là cơ sở cho thuật toán của chúng tôi và giảm thiểu số lượng can thiệp cần thiết.

Trong nghiên cứu, nhóm 1 là nơ vi kích thước nhỏ 25/36 bệnh nhân hoàn toàn chỉ 1 lần phẫu thuật và phần lớn loại bỏ hết hoàn toàn nơ vi, phương pháp hay dùng nhiều nhất là giãn da tự nhiên và vạt tại chỗ vì kết quả về màu sắc rất phù hợp so với ghép da. Chú ý về các kỹ thuật này là nên đưa đường sẹo về nếp nhăn tự nhiên hoặc những vùng rìa của đơn vị thẩm mỹ, có thể phối hợp Z-plasty khi có sự co kéo đặc biệt là ở môi và mí mắt, vạt O-Z được sử dụng trên một bệnh nhân có nơ vi ở mí trên để tránh tình trạng có kéo của mí và lông mày. Một số phương pháp như cắt theo hình chêm, khi các đầu tận của đường cắt vượt sang 1 đơn vị thẩm mỹ khác của vùng mặt thì có thể tạo hình chữ M để rút ngắn chiều dài đường khâu để giảm thiểu sẹo vượt quá ranh giới của các đơn vị thẩm mỹ. Đóng trực tiếp theo các đường căng da kèm theo cắt tại chỏ cần thận thường có thể được dùng ở vùng má, môi, và trán; độ đàn hồi của da những vùng này giúp ngăn ngừa tình trạng co kéo môi, mí mắt, và lông mày<sup>7</sup>, kỹ thuật đơn giản và chi phí thấp.

Nhóm 2 cho thấy kết quả tạo hình phù hợp với giãn da tự nhiên cắt dần, vạt tại chỗ, vạt kế

cận. 4/36 bệnh nhân phẫu thuật 1 lần và 3/36 phải trải qua 2 lần, nơi vi nhóm này thường nằm  $\geq 2$  đơn vị thẩm mỹ và tạo sự khó khăn khi đóng lại thương tổn sau cắt bỏ vì sẽ gây biến dạng co kéo nhiều. Vạt đẩy, vạt xoay, vạt chuyển được sử dụng để tránh sự biến dạng của mặt. Vạt kế cận sử dụng trên một bệnh nhân có nơi vi ở lông mày với kỹ thuật vạt da tóc lấy từ thái dương cuống mạch liên nhánh động mạch thái dương nông.

Nhóm 3 là nhóm khó khăn và phức tạp nhất, nơi vi kích thước lớn hoặc khổng lồ, thường có một hình dáng đặc biệt là chiếm một nửa mặt thường gồm chung đơn vị thẩm mỹ như trán, thái dương, quanh mắt, mũi và má. Đối hỏi kỹ nghiệm và lập kế hoạch chặt chẽ trước khi phẫu thuật. Chúng tôi có 4 bệnh nhân nằm trong nhóm này. Ghép da dày và vạt tổ chức giãn thường đặt ra trong một số ca, ghép da dày là phương pháp thuận lợi cho việc tái tạo lại khuyết tổn lớn, sử dụng da dày vùng sau tai làm mảnh ghép rất phù hợp về màu sắc với đơn vị mũi và vùng quanh mắt, lưu ý nếu phải ghép da dày nên ghép vào đúng đơn vị thẩm mỹ. Một số trường hợp tổn thương rộng có thể lấy da dày từ bẹn bụng. Trong nghiên cứu này chỉ một bệnh nhân sử dụng phương pháp vạt tổ chức giãn, phẫu thuật lần 1 đặt chất liệu giãn da, tiến hành bơm túi giãn 3 tháng phẫu thuật thì 2 tháo túi tạo hình vùng má và trán bằng vạt chuyển và đẩy. Kết quả sau phẫu thuật rất tốt vì màu sắc của vạt giãn tương đồng da xung quanh, nhưng ngược điểm nhiều thì phẫu thuật, kéo dài thời gian điều trị và chi phí của chất liệu vẫn rất cao so với phương pháp tạo hình khác.

Trong 45 lần phẫu thuật cho kết quả tốt trong 39 lần (86,7%), 6 lần (13,3%) cho kết quả trung bình và không có trường hợp nào có kết quả kém. 6 trường hợp thiếu dưỡng mep và chậm liền vết mổ xảy ra trong những khối nơi vi có kích thước lớn, mỗi lần phẫu thuật đều lấy bỏ một lượng tổn thương lớn. Do đó vết mổ sau khi khâu đóng có tình trạng bị căng. Tình trạng co kéo hốc tự nhiên xảy ra ở các khối nơi vi nằm trên nhiều đơn vị giải phẫu của mặt và gần các hốc tự nhiên như mắt, mũi, miệng. Có thể thấy, kết quả phẫu thuật gần hầu hết là liền thương tổn, không có các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng hay hoại tử vết mổ, tỉ lệ co kéo tổ chức không lớn. Như vậy các phương pháp tạo hình chúng ta lựa chọn cho từng bệnh nhân rất có hiệu quả và ít biến chứng.

Kết quả xa được đánh giá trên 36 bệnh nhân, 27 khối nơi vi đã được loại bỏ hoàn toàn tổn

thương: kết quả tốt trong 31 trường hợp (86,1%), kết quả trung bình trong 5 trường hợp (13,9%), không có trường hợp nào cho kết quả kém khi theo dõi xa. Hầu hết đều có tình trạng sẹo vết mổ đẹp, 6 trường hợp sẹo giãn  $>2$ mm cũng chính là 6 trường hợp chậm liền vết mổ do căng khi khâu đóng, 2 trường hợp có sẹo lõm vùng sau tai gặp bệnh nhân lớn tuổi và nơi có cuốn vạt căng kéo ban đầu. 2 trường hợp mất lông mày do cắt bỏ cùng nơi vi và 2 trường hợp da vùng da ghép có màu đậm hơn da thường. Tình trạng co kéo các cơ quan cũng giảm từ nhiều thành ít, hoặc từ ít thành không co kéo. Điều này chứng tỏ tính chum giãn của da rất tốt và có thể phục hồi theo thời gian.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị nơi vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt cổ đặc biệt những khối nằm trên nhiều đơn vị và kích thước lớn luôn là thách thức với phẫu thuật viên tạo hình. Kỹ thuật đơn giản và dễ được áp dụng nhất dựa trên đặc tính da giãn tự nhiên áp dụng hiệu quả đối với những khối nhỏ. Ngoài ra, các kỹ thuật vạt tại chỗ, lân cận và vạt da giãn cũng nhiều ưu điểm và thường thích hợp với tổn thương trung bình hoặc lớn. Điều trị cho nơi vi vùng mặt cổ khổng lồ rất cần sự kiên trì của cả bệnh nhân cũng như phẫu thuật viên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lyon VB.** Congenital melanocytic nevi. *Pediatric clinics of North America*. Oct 2010. 57(5):1155-1176. doi:10.1016/j.pcl.2010.07.005.
2. **Krengel S; Scope A; Dusza S.W et al. (2013).** New recommendations for the categorization of cutaneous features of congenital melanocytic nevi. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 68(3), 441-451.
3. **Thuận ĐĐ.** Kỹ thuật giãn da tự nhiên trong phẫu thuật tạo hình những tổn thương vùng mặt ở trẻ em. *Y học Việt Nam*. 2007.
4. **Nguyễn Hồng Sơn (2010).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nơi vi sắc tố bẩm sinh khổng lồ, *Phẫu thuật tạo hình*, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Linh TTD.** Khảo sát đặc điểm Nơi-vi hắc tố bẩm sinh. 2018. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **David Leshem, MD, Eyal Gur, MD,** Benjamin Meilik, MD, Ronald M. MD. (2019). Treatment of congenital facial nevi. *Journal of Craniofacial Surgery*: [September 2005 - Volume 16 - Issue 5 - p 897-903](#)
7. **Nguyễn Bắc Hùng,** *Phẫu thuật tạo hình*. Hà Nội: Nhà xuất bản y học, 2006.
8. **Gur E, Zuker RM.** Complex facial nevi: a surgical algorithm. *Plastic and reconstructive surgery*. Jul 2000. 106(1):25-35. doi:10.1097/00006534-200007000-00005.