

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



NGUYỄN HỒNG SƠN

**ĐIỀU TRỊ NƠ VI TẾ BÀO HẮC TỔ
BẨM SINH KHÔNG LỖ
BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIẤN DA**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



NGUYỄN HỒNG SƠN

**ĐIỀU TRỊ NƠI VI TẾ BÀO HẮC TỔ
BẨM SINH KHÔNG LỖ
BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIẤN DA**

Chuyên ngành : Chấn thương chỉnh hình và tạo hình

Ngành : Ngoại khoa

Mã số : 9720104

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:
PGS. TS. NGUYỄN BẮC HÙNG

HÀ NỘI - 2023

LỜI CẢM ƠN

Với tất cả sự kính trọng và lòng biết ơn sâu sắc, em xin gửi đến:

PGS.TS. NGUYỄN BẮC HÙNG

Người thầy tận tình giúp đỡ và cho em những ý kiến đóng góp quý báu để em hoàn thành bản luận án này.

GS. TS. TRẦN THIẾT SƠN

Người thầy đã dìu dắt, định hướng, tạo mọi điều kiện thuận lợi nhất cho em trong quá trình học tập cũng như trong quá trình viết luận án.

Em xin chân thành cảm ơn các Thầy, anh chị em đồng nghiệp, bạn bè:

Bộ môn Phẫu thuật tạo hình, Trường Đại học Y Hà Nội.

Khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ và Phục hồi chức năng,

Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Xin kính tặng:

Bố mẹ, người đã sinh thành và nuôi dưỡng.

Người vợ hiền, người bạn đời, luôn đồng hành và chia sẻ.

Con trai Nguyễn Tú Nam và Nguyễn Khang Duy yêu quý.

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Hồng Sơn, nghiên cứu sinh khóa 33 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Chấn thương chỉnh hình và tạo hình, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy **PGS. TS. Nguyễn Bắc Hùng**.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày 10 tháng 03 năm 2023

Người viết cam đoan

Nguyễn Hồng Sơn

MỤC LỤC

LỜI CẢM ƠN	i
LỜI CAM ĐOAN	ii
MỤC LỤC	iii
DANH MỤC VIẾT TẮT	vi
DANH MỤC BẢNG	vii
DANH MỤC HÌNH	ix
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU, SINH LÝ DA	3
1.1.1. Đặc điểm giải phẫu da.....	3
1.1.2. Đặc điểm sinh lý da.....	5
1.2. NƠ VI TẾ BÀO HẮC TỔ BẨM SINH KHÔNG LỖ	8
1.2.1. Đặc điểm lâm sàng	8
1.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng	11
1.2.3. Chẩn đoán.....	14
1.3. ĐIỀU TRỊ NƠ VI TẾ BÀO HẮC TỔ BẨM SINH KHÔNG LỖ.....	16
1.3.1. Không điều trị	16
1.3.2. Thủ thuật điều trị nơ vi tế bào hắc tổ bẩm sinh không lỗ	16
1.3.3. Phẫu thuật điều trị nơ vi tế bào hắc tổ bẩm sinh không lỗ.....	17
1.4. ĐIỀU TRỊ NHBK BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIÃN DA.....	19
1.4.1. Giãn da tự nhiên	19
1.4.2. Giãn da bằng túi	21
1.4.3. Phẫu thuật bổ sung, kết hợp điều trị NHBK	23
1.5. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ NHBK BẰNG GIÃN DA	25
1.5.1. Giãn da tự nhiên ở Việt Nam điều trị NHBK	25
1.5.2. Giãn da tự nhiên trên thế giới điều trị NHBK.....	27
1.5.3. Giãn da bằng túi ở Việt Nam điều trị NHBK	29
1.5.4. Giãn da bằng túi trên thế giới điều trị NHBK.....	31

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	33
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	33
2.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán NHBK	33
2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh.....	33
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ	33
2.2. VẬT LIỆU NGHIÊN CỨU	34
2.2.1. Vật liệu phục vụ cho khám bệnh, tư vấn.....	34
2.2.2. Vật liệu phục vụ cho chẩn đoán bệnh	34
2.2.3. Vật liệu phục vụ cho phẫu thuật.....	34
2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	35
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	35
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu	35
2.3.3. Các bước tiến hành.....	35
2.3.4. Các chỉ số, biến số sử dụng trong nghiên cứu	44
2.3.5. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu	48
2.3.6. Cách đánh giá kết quả phẫu thuật	48
2.3.7. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học	49
2.4. ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU	50
2.4.1. Địa điểm nghiên cứu	50
2.4.2. Thời gian nghiên cứu	50
2.5. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU	50
2.5.1. Đánh giá lợi ích và nguy cơ	50
2.5.2. Sự thỏa thuận giữa người bệnh và người nghiên cứu	50
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	51
3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NHBK	51
3.1.1. Một số đặc điểm chung NHBK.....	51
3.1.2. Đặc điểm lâm sàng NHBK.....	53
3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng NHBK	61

3.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NHBK BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIÃN DA...	63
3.2.1. Đặc điểm đối tượng.....	63
3.2.2. Kết quả phẫu thuật	66
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	76
4.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NHBK	76
4.1.1. Một số đặc điểm chung NHBK.....	76
4.1.2. Đặc điểm lâm sàng NHBK.....	78
4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng NHBK	85
4.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NHBK BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIÃN DA...	88
4.2.1. Đặc điểm đối tượng.....	88
4.2.2. Kết quả phẫu thuật	94
4.2.3. Đề xuất chỉ định phẫu thuật	116
KẾT LUẬN	120
KIẾN NGHỊ	121
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ	
DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC VIẾT TẮT

NB	Người bệnh
DTBS	Dị tật bẩm sinh
ĐVGP	Đơn vị giải phẫu
GDBT	Giãn da bằng túi
GDTN	Giãn da tự nhiên
HE	Hematoxylin và eosin
HHTD	Hội chứng hắc tố thần kinh da
HMB-45	Human Melanoma Black 45
NHB	Nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh
NHBK	Nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh không lò
UTHT	Ung thư tế bào hắc tố

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1.	Phân bố dị tật bẩm sinh và hội chứng hắc tố thần kinh da.....	52
Bảng 3.2.	Phân bố các đặc điểm nhận dạng NHBK	53
Bảng 3.3.	Phân bố đặc điểm nhận dạng NHBK ít gặp.....	54
Bảng 3.4.	Phân bố đặc điểm độ lớn của NHBK.....	55
Bảng 3.5.	Phân bố đặc điểm vị trí của NHBK trên cơ thể	56
Bảng 3.6.	Phân bố đặc điểm vị trí của NHBK trên mặt.....	57
Bảng 3.7.	Phân bố đặc điểm đơn vị giải phẫu của NHBK trên mặt	58
Bảng 3.8.	Phân bố các yếu tố nguy cơ ác tính.	59
Bảng 3.9.	Phân bố đặc điểm xuất hiện các yếu tố nguy cơ ác tính.....	60
Bảng 3.10.	Phân bố đặc điểm mô bệnh học	61
Bảng 3.11.	Phân bố hóa mô miễn dịch.....	62
Bảng 3.12.	Phân bố chỉ định điều trị NHBK.....	63
Bảng 3.13.	Phân bố đặc điểm thương tổn	70
Bảng 3.14.	Phân bố đặc điểm da lành xung quanh thương tổn.....	65
Bảng 3.15.	Phân bố cách thức phẫu thuật	66
Bảng 3.16.	Phân bố kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da.....	67
Bảng 3.17.	Phân bố kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da.....	70
Bảng 3.18.	Phân bố kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da tự nhiên.....	68
Bảng 3.19.	Phân bố kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da bằng túi	69
Bảng 3.20.	Bảng điểm kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da	71
Bảng 3.21.	Phân bố kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên	72
Bảng 3.22.	Phân bố kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da bằng túi.....	73
Bảng 3.23.	Phân bố kết quả theo lứa tuổi phẫu thuật.....	74
Bảng 3.24.	Phân bố kết quả theo vị trí phẫu thuật	74
Bảng 3.25.	Phân bố kết quả theo khả năng cắt bỏ thương tổn.	75
Bảng 3.26.	Phân bố kết quả theo số lần phẫu thuật	75

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1.1. Kích thước thương tổn NHBK ở đầu mặt cổ sẽ đạt 20cm khi trẻ trưởng thành.....	15
Biểu đồ 3.1. Phân bố theo tuổi người bệnh.....	51
Biểu đồ 3.2. Phân bố theo giới tính.....	51

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Đặc điểm cấu trúc mô học da	3
Hình 1.2.	Đơn vị giải phẫu da vùng mặt.....	4
Hình 1.3.	Tế bào hắc tố.....	5
Hình 1.4.	Các giai đoạn đáp ứng theo thời gian của da với lực tác động.....	6
Hình 1.5.	Hình ảnh bao xơ tại vật giãn	7
Hình 1.6.	Đặc điểm nhận dạng NHBK	8
Hình 1.7.	Dị tật bẩm sinh kèm NHBK.....	9
Hình 1.8.	NHBK có trên 100 vết tinh	10
Hình 1.9.	Sự di chuyển của các tế bào nơ vi hắc tố.....	11
Hình 1.10.	Nơ vi tế bào hắc tố thể tiếp giáp, trung bì, hỗn hợp	12
Hình 1.11.	Tế bào nơ vi hắc tố dương tính với S100 và HMB-45	13
Hình 1.12.	Các vật từ xa điều trị NHBK	24
Hình 1.13.	Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng đầu.....	27
Hình 1.14.	Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng thân mình	28
Hình 1.15.	Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng chi thể.....	28
Hình 1.16.	Giãn da bằng túi điều trị NHBK vùng đầu mặt cổ	31
Hình 1.17.	Giãn da bằng túi điều trị NHBK ở vùng thân mình.....	32
Hình 1.18.	Giãn da bằng túi điều trị NHBK ở vùng chi thể.....	32
Hình 2.1.	Quy trình phẫu thuật giãn da bằng túi.	40
Hình 3.1.	NHBK kèm dị tật bẩm sinh u mỡ trên nền thương tổn.	52
Hình 3.2.	NHBK thường gặp: màu đen, bề mặt xù xì, ranh giới rõ ràng, lông đen cứng.....	53
Hình 3.3.	NHBK ít gặp: màu nâu, bề mặt phẳng nhẵn, ranh giới không rõ....	54
Hình 3.4.	NHBK có đường kính lớn nhất trên 20cm, diện tích trên 2%, lớn hơn 120cm ² , chiếm toàn bộ 1 ĐVGPs vùng bụng.	55
Hình 3.5.	NHBK có vị trí trên cẳng tay.....	56
Hình 3.6.	NHBK có vị trí ít gặp nhất tại vùng tai.....	57
Hình 3.7.	NHBK trên mặt với nhiều đơn vị giải phẫu khác nhau.....	58
Hình 3.8.	NHBK có trên 100 vết tinh, nguy cơ ác tính cao.	59

Hình 3.9.	NHBK thể trung bì.....	62
Hình 3.10.	NHBK thể tiếp giáp	61
Hình 3.11.	Hóa mô miễn dịch NHBK dương tính với S100 và HMB-45....	62
Hình 3.12.	NHBK không có khả năng phẫu thuật.....	63
Hình 3.13.	NHBK có vị trí gần mắt, mũi, miệng, cơ quan dễ bị co kéo.	64
Hình 3.14.	Diện tích da lành còn 45%, đủ để giãn da bằng túi.	65
Hình 3.15.	Giãn da bằng túi điều trị NHBK, bổ sung ghép da tự do vùng mi mắt.	66
Hình 3.16.	Kết quả ngay sau phẫu thuật giãn da tự nhiên.....	68
Hình 3.17.	Kết quả ngay sau phẫu thuật giãn da bằng túi.	69
Hình 3.18.	Kết quả sau khi hoàn thành giãn da tự nhiên.....	72
Hình 3.19.	Kết quả sau khi hoàn thành giãn da bằng túi.....	73
Hình 4.1.	NHBK thể lâm sàng ít gặp.....	79
Hình 4.2.	Cách xác định diện tích nơ vi bằng giấy kính ô vuông 1cm ²	80
Hình 4.3.	NB Lê Thị Ngọc M.	81
Hình 4.4.	NHBK có vị trí ở gan chân, nguy cơ ác tính cao.....	84
Hình 4.5.	Mô bệnh học NHBK thể hỗn hợp.....	86
Hình 4.6.	Hình ảnh người bệnh NHBK điển hình.....	87
Hình 4.7.	NHBK không có chỉ định phẫu thuật giãn da.....	89
Hình 4.8.	Đặc điểm da lành xung quanh thương tổn.....	92
Hình 4.9.	Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da tự nhiên.....	101
Hình 4.10.	Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da bằng túi.....	102
Hình 4.11.	Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên.....	108
Hình 4.12.	NHBK thất lung, mông được điều trị bằng giãn da tự nhiên.	109
Hình 4.13.	NHBK vùng cánh cẳng tay phải điều trị bằng phẫu thuật giãn da tự nhiên.....	110
Hình 4.14.	Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da bằng túi.	111
Hình 4.15.	NHBK vùng trán trái điều trị bằng giãn da bằng túi	112
Hình 4.16.	NHBK cẳng, cánh tay phải điều trị bằng giãn da bằng túi	113

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ (NHBK) có tên bằng tiếng Anh là Giant congenital melanocytic nevus. Chúng còn có hai cụm từ đồng nghĩa là Giant hairy nevus và Bathing trunk nevus.^{1,2} Bệnh có tỉ lệ mắc là 1/200.000 trẻ sơ sinh sống.¹

NHBK là một loạn sản có giới hạn, có nguồn gốc phôi thai, với sự hiện diện của tế bào nơ vi hắc tố tập trung thành đám hoặc thành dải, ở trung bì và phần phụ của da.³ Tế bào này được biệt hóa từ nguyên bào nơ vi hắc tố, có nguồn gốc từ mào thần kinh. Hóa mô miễn dịch với kháng thể kháng S100 và HMB-45 giúp ta khẳng định nguồn gốc của tế bào nơ vi.^{4,5,6}

NHBK có đặc điểm lâm sàng là một mảng da lớn màu đen hoặc nâu đen hoặc nâu, ranh giới rõ, bề mặt xù xì hay phẳng nhẵn và thường có nhiều lông đen cứng.¹ Chúng thường xuất hiện ngay sau sinh với kích thước, diện tích rất lớn, chiếm toàn bộ một hay nhiều đơn vị giải phẫu da (ĐVGPD). Người bệnh (NB) NHBK có thể mắc các dị tật khác như u xơ thần kinh, hội chứng hắc tố thần kinh da (HHTD). Đây là hội chứng tiên lượng rất nặng.^{1,7,8,9}

Khái niệm “khổng lồ” dùng cho nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh là do Arneja,^{10,11} Pearson,¹² Ferguson¹³ đưa ra dựa trên đường kính lớn nhất của nơ vi là từ 20cm trở lên ở người trưởng thành. Với trẻ sơ sinh thì 9cm ở trên đầu hoặc 6cm ở chi thể, thân mình cũng sẽ đạt kích thước trên 20cm khi trưởng thành.^{14,15} Ngoài ra, còn có thể tính theo diện tích da hoặc đơn vị giải phẫu.

NHBK tuy hiếm gặp, nhưng nguy cơ ung thư tế bào hắc tố (UTHT) rất cao, trên 5% các trường hợp.^{16,17} Bên cạnh đó, chúng gây mất thẩm mỹ khi xuất hiện ở vùng hở như mặt, cổ,... khiến trẻ mặc cảm, hạn chế giao tiếp.^{18,19,20,21}

Điều trị nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh nhỏ thường dễ dàng và thuận lợi. Trong khi đó, NHBK có kích thước, diện tích rất lớn, có trường hợp chiếm hơn 80% diện tích cơ thể, nên việc điều trị gặp rất nhiều khó khăn.^{22,23}

Trên thế giới, NHBK được nghiên cứu từ rất sớm với hàng loạt các công trình nghiên cứu của các tác giả như Domonkos,²⁴ Arneja,¹⁰ Thomas B Fitzpatrick,²⁰ về lâm sàng, mô bệnh học và phương pháp điều trị.

Lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như tuổi người bệnh, kích thước, vị trí, nguy cơ và tiến triển ác tính của nơ vi. Điều trị NHBK cần xem xét đến sự suy yếu chức năng của tổ chức hoặc vết sẹo.^{10,25,26,27}

Phẫu thuật điều trị NHBK bao gồm hai việc chính là cắt bỏ thương tổn và tạo hình che phủ khuyết da sau cắt bỏ thương tổn. Cắt khâu trực tiếp, vạt tại chỗ, vạt từ vùng lân cận có cuống mạch liền, vạt vi phẫu khó có thể độc lập giải quyết được do kích thước thương tổn là “khổng lồ” nhưng chúng góp phần hỗ trợ đắc lực cho các phương pháp phẫu thuật khác. Ghép da tự do có thể che phủ được khuyết sau cắt bỏ thương tổn nhưng mảnh da ghép thường sẫm màu, kém thẩm mỹ. Hơn nữa, chức năng của mảnh da ghép không hoàn chỉnh.^{25,28,29}

Phương pháp giãn da bao gồm giãn da tự nhiên (GDTN) và giãn da bằng túi (GDBT) là hai phương pháp phẫu thuật chính cho NHBK. Giãn da có thể giải quyết tốt được đồng thời cả 2 vấn đề lớn trong điều trị NHBK là phòng ngừa ung thư và cải thiện thẩm mỹ tốt nhất cho người bệnh.^{25,10,28}

Ở Việt Nam, Vũ Thế Duyên (1986)³⁰ và Đỗ Đình Thuận (1998)³¹ đã có nghiên cứu và báo cáo về nơ vi tế bào hắc tố lành tính vùng hàm mặt. Các nghiên cứu và báo cáo về NHBK mới chỉ dừng lại ở các ca lâm sàng, chưa có nghiên cứu đầy đủ và qui mô lớn về NHBK.

Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Điều trị nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ bằng phương pháp giãn da”** với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ.*
2. *Đánh giá kết quả và đề xuất chỉ định phẫu thuật tạo hình nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ bằng phương pháp giãn da.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU, SINH LÝ DA

1.1.1. Đặc điểm giải phẫu da

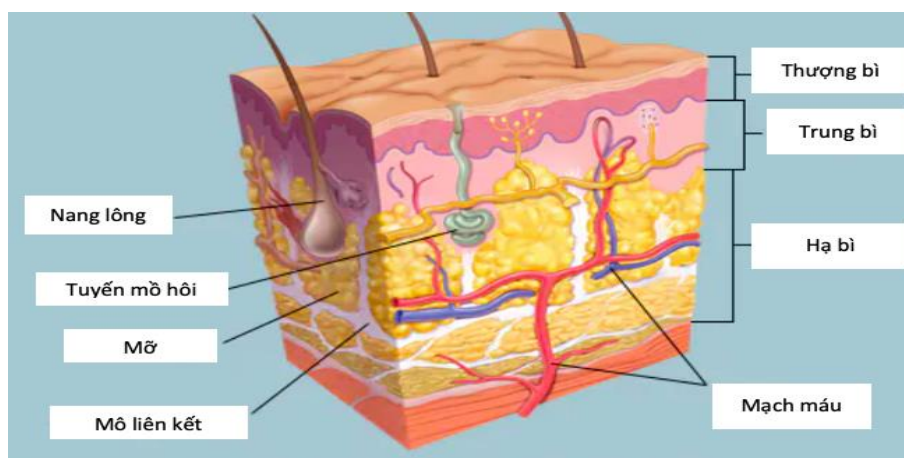
1.1.1.1. Đặc điểm cấu trúc mô học da

Mô học da người cấu tạo gồm 3 lớp: thượng bì, trung bì, hạ bì.^{24,32}

Thượng bì (epidermis) có nguồn gốc từ lá thai ngoài, được cấu tạo chủ yếu từ tế bào sừng. Thượng bì dày 75 - 150 μ m, có cấu trúc biểu mô lát tầng sừng hóa gồm 4 đến 5 lớp: lớp đáy, lớp gai, lớp hạt, lớp sáng và lớp sừng.

Trung bì (dermis) có nguồn gốc từ lá thai giữa gồm trung bì nông và sâu. Trung bì nông được cấu tạo bởi tổ chức liên kết non chứa nhiều mao mạch. Trung bì sâu ranh giới không rõ, được cấu tạo bởi các sợi, chất nền và tế bào.

Hạ bì (subcutaneous layer) là mô mỡ, mô liên kết lỏng lẻo, nằm ngay dưới trung bì tập trung các phần phụ của da như: lông, tóc, móng; tuyến bã, tuyến mồ hôi, hệ thống mạch máu, thần kinh... Hệ thống cấp máu cho da bao gồm hệ thống động mạch trực tiếp hoặc động mạch gián tiếp: cơ da, cân da và thần kinh da. Chúng cho các nhánh nối với nhau tạo thành 3 mạng lưới mạch. Có 40 vùng da có giới hạn rõ ràng về sự cấp máu của động mạch da được gọi là vùng giải phẫu của động mạch da. Giới hạn này bị phá vỡ khi mất nguồn nuôi chính.³³



Hình 1.1. Đặc điểm cấu trúc mô học da.³⁴

1.1.1.2. Diện tích da

Có nhiều cách tính diện tích da: theo tuổi, cân nặng, chiều cao...³⁵

Công thức tính diện tích da (S) của Costell: $S (m^2) = (4P + 7) / (P + 90)$.

Công thức tính diện tích da (S) của Mosteller: $S (m^2) = \sqrt{(P.H)/60}$.

Trong đó P là cân nặng (kg), H là chiều cao (m).

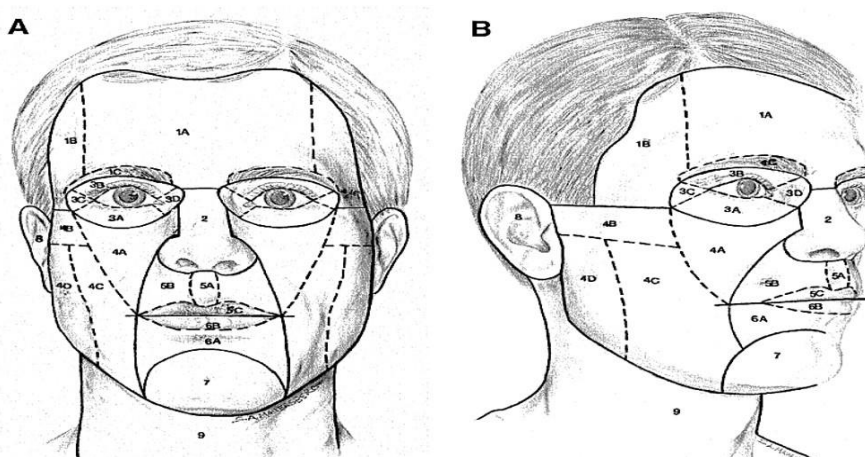
Phương pháp Blokhin: Gan tay người bệnh tương ứng 1% diện tích cơ thể.

Phương pháp 1 - 3 - 6 - 9 của Lê Thế Trung (1965): Vùng da có diện tích 1% gồm gan và mu tay, cổ, gáy, tầng sinh môn; 3% gồm mặt, đầu, cẳng tay, cánh tay, mông và bàn chân; 6% gồm cẳng chân; 9% gồm đầu mặt cổ, tay, đùi, ngực, bụng, lưng, thắt lưng và mông.

1.1.1.3. Đơn vị giải phẫu da

Da được chia thành ba vùng giải phẫu riêng biệt: đầu mặt cổ, thân mình và chi thể. Mỗi vùng bao gồm nhiều đơn vị và tiểu đơn vị giải phẫu khác nhau.

Vùng đầu mặt cổ gồm: đầu (đỉnh, chẩm, thái dương và trán), mặt (mắt, mũi, miệng, cằm, má, tai) và cổ. Vùng thân mình gồm ngực, bụng, lưng, thắt lưng. Vùng chi thể gồm tay (nách, cánh tay, khuỷu tay, cẳng tay, bàn tay) và chân (mông, đùi, khoeo, cẳng chân, bàn chân).^{18,35}



Hình 1.2. Đơn vị giải phẫu da vùng mặt.³⁶

A. Các đơn vị giải phẫu vùng mặt nhìn thẳng.

B. Các đơn vị giải phẫu vùng mặt nhìn nghiêng.

1.1.2. Đặc điểm sinh lí da

1.1.2.1. Sinh lí tạo melanin

Nguồn gốc tế bào hắc tố

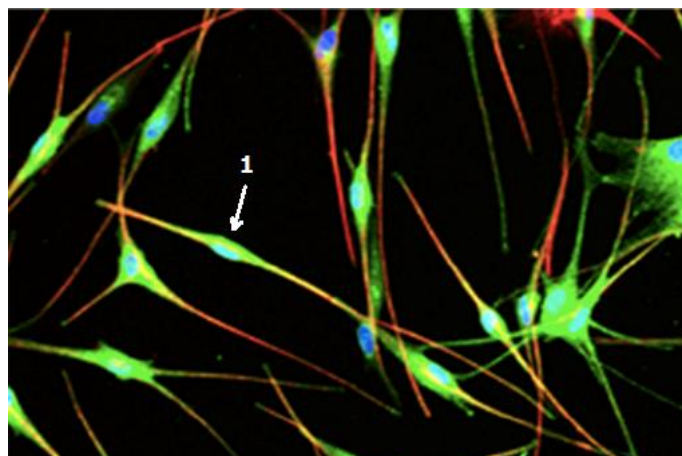
Nguồn gốc của tế bào hắc tố là từ mào thần kinh.^{37,38} Nguyên bào hắc tố (Melanoblaste) là tế bào phôi có khả năng tạo hắc tố. Tế bào hắc tố (Melanocyte) là tế bào sản xuất và chứa hắc tố. Tế bào chứa hắc tố (Melanophore) là tổ chức bào có chức năng thực bào và chứa hắc tố.^{39,40}

Hình thái tế bào hắc tố

Tế bào hắc tố nằm xen giữa các tế bào đáy với tỉ lệ từ 1/36 đến 1/50. Nhuộm HE, chúng sáng màu. Thân tiếp xúc với màng đáy nhưng không có liên kết. Nhánh bào tương nhiều, kéo dài và xen vào giữa các tế bào sừng. Nhân tế bào lớn, hình trứng, màu sẫm. Bào tương kiềm, chứa các hạt hắc tố.^{24,41,42}

Các loại sắc tố da

Có 3 loại hạt tạo nên sắc tố da: melanin, caroten và hemoglobin. Trong 3 loại trên thì melanin giữ vai trò quyết định màu sắc của da. Hạt melanin là một protein phức hợp, do tế bào hắc tố tổng hợp nên từ tyrosin. Hạt melanin chứa pheomelanin có màu vàng, eumelanin có màu đen.^{35,43}



Hình 1.3. Tế bào hắc tố.⁴⁴

1. Hình ảnh tế bào hắc tố dưới kính hiển vi điện tử.

1.1.2.2. Đặc tính cơ sinh học của da

Cơ sinh học là một trong những đặc tính sinh học của da trước một lực tác động lên da trong một khoảng thời gian nhất định, ảnh hưởng tới kết quả kỹ thuật tạo hình da, đặc biệt là phương pháp giãn da.⁴⁵

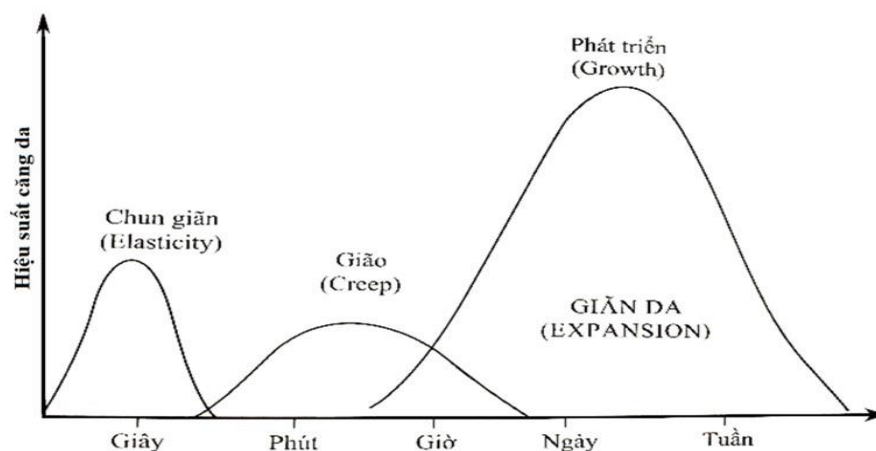
Đặc tính kéo căng là khả năng chịu được một lực kéo nhất định của da. Lực kéo tác động tới da dù đơn hay đa hướng đều dẫn tới hiện tượng da bị kéo căng. Hiện tượng này chỉ xảy ra khi lực tác động ngắn trong vài giây.⁴⁶

Đặc tính chun giãn (elasticity) là đặc tính da co lại như ban đầu sau khi loại bỏ lực tác động. Da thể hiện đặc tính của một màng chất dẻo đơn thuần. Các bó sợi chun có vai trò đưa hệ thống sợi tạo keo trở về cấu trúc ban đầu.

Đặc tính chun quán (viscoelasticity) là đặc tính da giữ lại cấu trúc ban đầu sau khi bị căng giãn. Đặc tính này do hệ thống sợi chun quyết định. Nếu lực tác động trong thời gian dài, mạch máu bị co thắt, da sẽ bị hoại tử.^{45,47}

Đặc tính nhão (residuary extension) là hiện tượng da không thể trở về nguyên trạng ban đầu sau khi lực tác động đã loại bỏ. Dưới tác động của lực lớn, thời gian vài giờ, da bị biến đổi cùng với đặc tính chun quán của nó.

Đặc tính giãn (expansion) chính là nguyên lí của kỹ thuật giãn da. Nếu duy trì lực kéo trong vài ngày, mặc dù lực giảm nhưng vẫn duy trì hiệu suất căng da và đặc tính kéo căng, giãn được thể hiện xen kẽ, nối tiếp nhau.^{45,48}



Hình 1.4. Các giai đoạn đáp ứng theo thời gian của da với lực tác động.⁴⁹

1.1.2.3. Những biến đổi hình thái mô học của da giãn

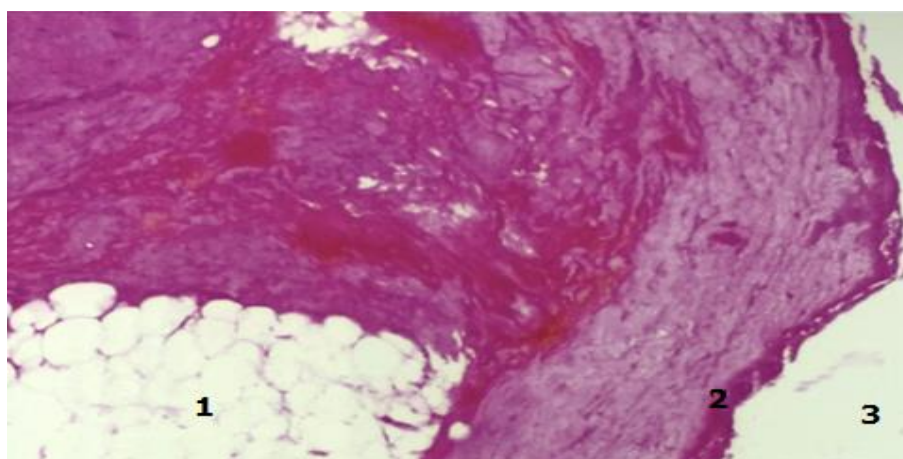
Về mặt đại thể, khó có thể phân biệt sự khác nhau của da giãn và da bình thường, nhưng khi nghiên cứu dưới kính hiển vi quang học và điện tử, các cấu trúc của da thay đổi theo thời gian ngay sau khi đặt hệ thống giãn.⁴⁵

Ở thượng bì, dưới kính hiển vi quang học, chiều dày da giãn không khác biệt so với da bình thường. Có một số hiện tượng khác biệt với da thường như tăng số lượng và tăng hoạt động phân bào của tế bào đáy và tế bào sợi.

Trung bì mỏng dần ngay từ tuần thứ hai và kéo dài đến tận tháng thứ 18. Những biến đổi hình thái ở trung bì xảy ra rõ ràng ở lớp lưới hơn là ở lớp nhú. Lớp lưới mỏng hơn, hồi phục sau 1 đến 4 năm. Ngược lại, lớp nhú ít biến đổi.

Ở hạ bì, mô mỡ biến đổi rõ rệt, tế bào mỡ giảm làm cho hạ bì mỏng đi từ 30% đến 50%. Mặc dù vậy, không có hiện tượng hoại tử mỡ trong quá trình bơm giãn. Mô mỡ phục hồi từ 1 - 4 năm sau phẫu thuật.⁴⁵

Thay đổi lớn nhất ở hạ bì là sự hình thành bao xơ. Bao xơ gồm 2 lớp, lớp trong là một màng mỏng, lớp ngoài dày hơn. Bao xơ dày từ 300 đến 1500 μ m, dày hơn khi có đọng dịch sau mổ. Bao xơ sẽ mất hoàn toàn sau khi loại bỏ túi giãn khoảng 18 - 24 tháng. Tổ chức học da giãn, tổ chức xung quanh cũng sẽ trở về bình thường.⁴⁵



Hình 1.5. Hình ảnh bao xơ tại vật giãn.⁵⁰

1. Mô mỡ; 2. Bao xơ; 3. Vùng túi giãn.

1.2. NƠ VI TẾ BÀO HẮC TỔ BẨM SINH KHÔNG LỖ

1.2.1. Đặc điểm lâm sàng

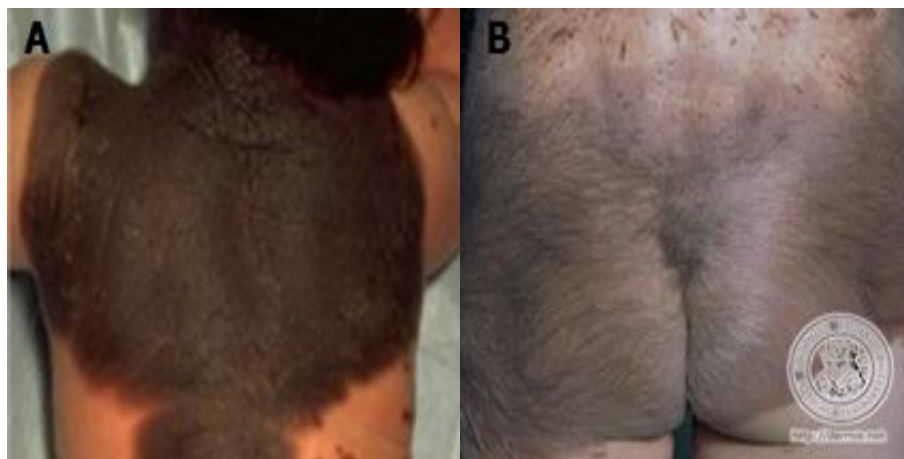
1.2.1.1. Đặc điểm nhận dạng

Nơ vi tế bào hắc tố là nơ vi có sự hiện diện của tế bào nơ vi hắc tố.^{42,51,52}
 Nơ vi bẩm sinh là nơ vi xuất hiện ngay sau sinh hoặc trước 2 tuổi.^{20,53,54,55}
 Không lỗ là thuật ngữ để chỉ kích thước của nơ vi.^{56,57,58}

Dựa vào đường kính lớn nhất của nơ vi ở người trưởng thành để phân loại nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh là cách phân loại được công nhận rộng rãi nhất. Đường kính của nơ vi từ 20cm trở lên được gọi là NHB không lỗ.^{10,12,59,60,61}

Nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh không lỗ có bốn đặc điểm nhận dạng chính là màu sắc, bề mặt, ranh giới và lông trên nơ vi. Chúng giúp ta có thể nhận dạng nhanh thương tổn là một nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh không lỗ.^{62,63}

Đa số các NHBK có biểu hiện lâm sàng là một mảng da sẫm màu, có lông xuất hiện ngay sau sinh, từ 20cm trở lên. Thẻ thường gặp có màu đen, ranh giới rõ, bề mặt xù xì, nhiều lông đen cứng.^{64,65} Thẻ ít gặp có đặc điểm đối lập nhưng cũng đặc hiệu cho một NHBK. Thương tổn có màu nâu, ranh giới không rõ, bề mặt phẳng, lông nâu mềm.⁶⁶



Hình 1.6. Đặc điểm nhận dạng NHBK⁶⁷

A: NHBK thường gặp: màu đen, ranh giới rõ, bề mặt xù xì, lông đen cứng.

B: NHBK ít gặp: màu nâu, ranh giới không rõ, bề mặt phẳng, lông nâu mềm.

1.2.1.2. Đặc điểm lâm sàng khác

NHBK trong đa số các trường hợp xuất hiện từ ngay sau sinh và có xu hướng ổn định. Một số ít các trường hợp xuất hiện ngay sau sinh nhưng vẫn tiếp tục phát triển. Hiếm khi xuất hiện muộn và cũng xuất hiện trong vòng 2 năm đầu.^{20,68}

Tỉ lệ mắc nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh không lờ giữa nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tương tự như những nơ vi tế bào hắc tố mắc phải, lớn nhỏ hay không lờ.^{20,68}

NHBK là một khuyết tật trong quá trình hình thành, phát triển của thai nhi. Bệnh mang tính chất cá thể, hiếm khi có yếu tố gia đình. Không tìm thấy bằng chứng về yếu tố gene di truyền.⁵¹

NHBK có thể đi kèm theo với các dị tật bẩm sinh khác. Những dị tật bẩm sinh này có thể nằm bên ngoài, cũng có thể nằm ngay trên nền thương tổn như: dị tật nứt đốt sống, u mỡ, u xơ thần kinh...^{25,69}

NHBK có thể kèm theo với thương tổn thần kinh trung ương như liệt dây thần kinh sọ não, hẹp ống sống, dị tật nứt đốt sống... HHTD hiếm gặp và nếu có, thường gặp trong trường hợp nơ vi xuất hiện ở vùng thần kinh trung ương như vùng chẩm, cột sống cổ, lưng, thắt lưng.^{10,70}



Hình 1.7. Dị tật bẩm sinh kèm NHBK²⁸

1. Hình ảnh u xơ thần kinh trên nền NHBK.

1.2.1.3. Nguy cơ ác tính

Các tế bào nơ vi hắc tố dễ bị hư biến, ác tính hóa nên NHBK có nguy cơ ác tính cao. Nguy cơ ác tính là khác nhau,^{71,72} tùy từng nghiên cứu,^{19,26,73} từ 5% đến 15% và phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau.

Tiến triển nơ vi: NHBK lớn tương ứng với tốc độ phát triển của cơ thể. Những nơ vi lớn nhanh bất thường, tốc độ phát triển nhanh, vượt quá ranh giới tương đối ban đầu của chúng so với cơ thể sẽ có nguy cơ ác tính cao.^{10,20}

Dấu hiệu ác tính hóa: Khi NHBK ung thư hóa, chúng thường có những dấu hiệu báo trước và đều có chung trong một chữ "thay đổi" bao gồm: những thay đổi về màu sắc, bề mặt, ranh giới.^{8,20}

Các dấu hiệu, triệu chứng bất thường như đau, ngứa, loét, chảy máu, đổ da, bong vảy... khi nơ vi thoái triển, trở nên ác tính hóa chúng sẽ xuất hiện.^{8,9}

Người bệnh càng nhỏ tuổi, nguy cơ ung thư tế bào hắc tố càng cao.⁷⁴ 50% các trường hợp, gặp ở lứa tuổi từ 3 đến 5, 50% gặp ở trẻ trên 6 tuổi.²⁰

Số lượng vệ tinh càng nhiều, đặc biệt là những trường hợp trên 100 vệ tinh thì nguy cơ ác tính càng cao.^{26,59,75}

Vị trí của NHBK có nguy cơ cao hơn các vùng khác như vùng đỉnh, chằm, gáy, lưng, thắt lưng, mông, bụng, hay gan bàn tay, gan bàn chân.^{25,76,77}



Hình 1.8. NHBK có trên 100 vệ tinh.⁶⁷

1. Các thương tổn vệ tinh.

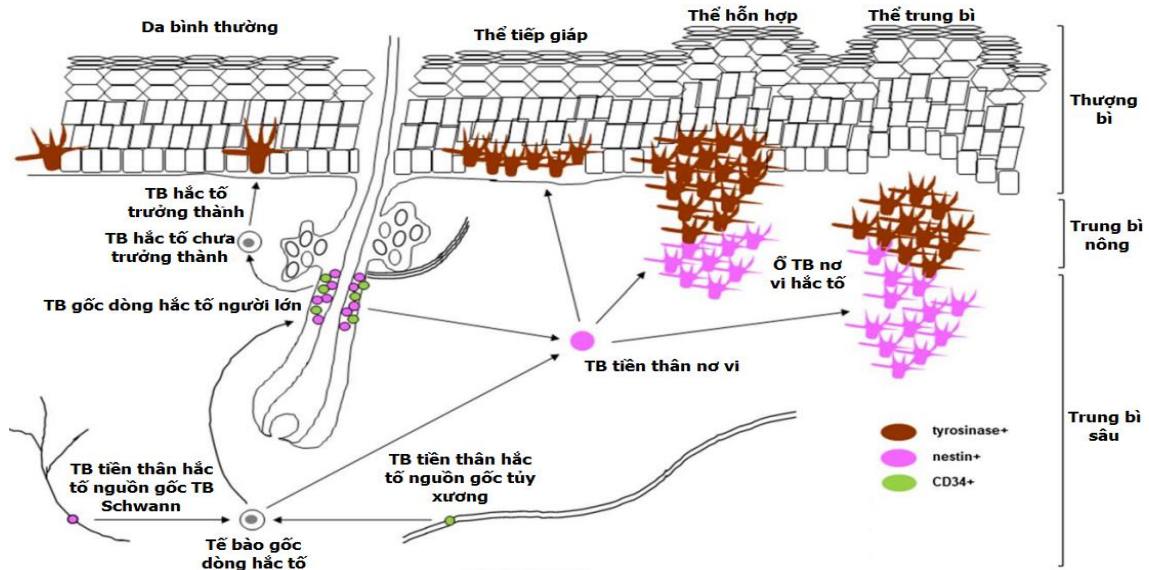
1.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

1.2.2.1. Nguồn gốc, hình thái và sự di chuyển của tế bào nơ vi hắc tố

Nguồn gốc tế bào nơ vi hắc tố là từ mào thần kinh hoặc từ tủy xương. Năm 1893, Unna là người đầu tiên phân biệt tế bào nơ vi hắc tố với tế bào hắc tố. Theo Mishima, các tế bào dòng hắc tố bị đột biến (hai đột biến cao nhất là NRAS và BRAF) sinh ra nguyên bào nơ vi (nevoblaste), rồi biệt hóa thành nguyên bào nơ vi hắc tố (melanoblastic nevoblaste) và tế bào nơ vi hắc tố.^{78,79}

Về hình thái, tế bào nơ vi hắc tố và tế bào hắc tố có nhiều sự khác biệt.⁸⁰ Về kích thước, tế bào nơ vi hắc tố có nhân lớn hơn, nguyên sinh chất nhiều hơn. Về hình dáng, chúng có hình cầu, hình thoi hay đa diện. Về hình thái, chúng không có đuôi gai, không gián phân. Về phân bố, chúng không nằm rải rác ở lớp đáy mà tập trung thành đám ở vùng tiếp giáp hoặc trung bì sâu.^{5,56,81,82}

Bình thường, các tế bào gốc dòng hắc tố (Melanocyte stem cells) ở trung bì khi được hoạt hóa, không bị đột biến, chúng di chuyển về phía lớp đáy và biệt hóa thành tế bào hắc tố. Nếu bị đột biến, chúng trở thành tế bào nơ vi hắc tố và di chuyển bất thường xuống trung bì nông (vẫn mang dấu ấn tyrosinase) và trung bì sâu (mang dấu ấn nestin) tạo nên các thể mô bệnh học khác nhau.



Hình 1.9. Sự di chuyển của các tế bào nơ vi hắc tố.⁸³

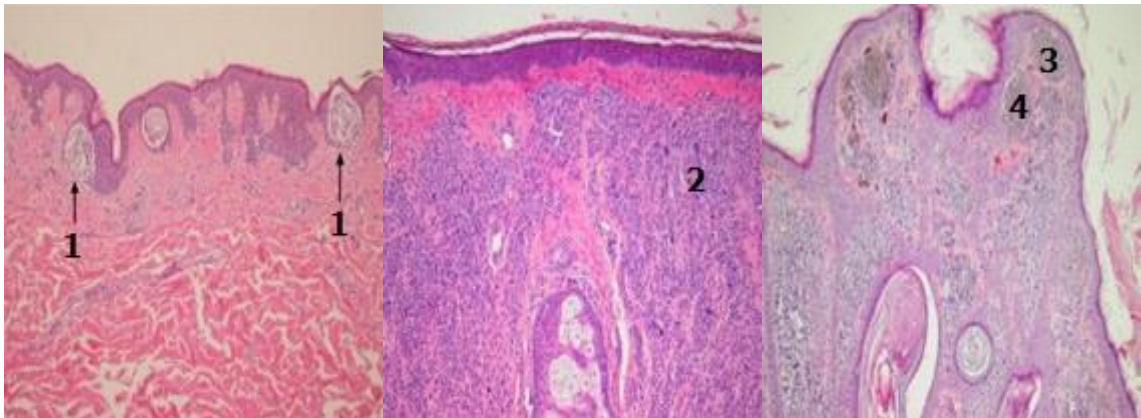
1.2.2.2. Mô bệnh học

Mô bệnh học nhuộm HE giúp chẩn đoán xác định là nơ vi tế bào hắc tố. Dựa trên hình thái tế bào nơ vi và cấu trúc mô, nơ vi được chia thành ba thể.^{5,56,84} Mô bệnh học còn có giá trị chẩn đoán sớm ung thư hóa.

Thể tiếp giáp (Junctional nevi): Tế bào nơ vi có hình cầu hay đa diện, bào tương chứa nhiều hắc tố. Về vị trí, chúng nằm tại vùng tiếp giáp giữa thượng bì và trung bì. Phân bố tập trung thành đám. Ranh giới rõ ràng.

Thể trung bì (Intradermal nevi): Tế bào nơ vi hình thoi, bào tương chứa ít hắc tố. Về vị trí, chúng nằm biệt lập ở trung bì, có thể nằm quanh các phần phụ của da. Phân bố tập trung thành lớp dạng bó thần kinh. Ranh giới không rõ.

Thể hỗn hợp (Compound nevi): Mô bệnh học mang dấu ấn đặc trưng của cả hai thể là tiếp giáp và trung bì. Tế bào nơ vi ở phía trên hình cầu, chứa nhiều hắc tố, ở phía dưới hình thoi, ít hắc tố. Về vị trí, tế bào nơ vi hắc tố nằm ở cả vùng tiếp giáp và cả ở lớp sâu của trung bì. Ở phía trên, chúng tập trung thành đám, ranh giới rõ; ở dưới phân bố thành dải, ranh giới không rõ.



Hình 1.10. Nơ vi tế bào hắc tố thể tiếp giáp, trung bì, hỗn hợp.⁸⁵

1. Đám tế bào nơ vi hắc tố ở vùng tiếp giáp trong thể tiếp giáp.
2. Đám tế bào nơ vi hắc tố ở trung bì trong thể trung bì.
3. Đám tế bào nơ vi hắc tố ở vùng tiếp giáp trong thể hỗn hợp.
4. Đám tế bào nơ vi hắc tố ở vùng trung bì trong thể hỗn hợp.

1.2.2.3. Hóa mô miễn dịch

Hóa mô miễn dịch

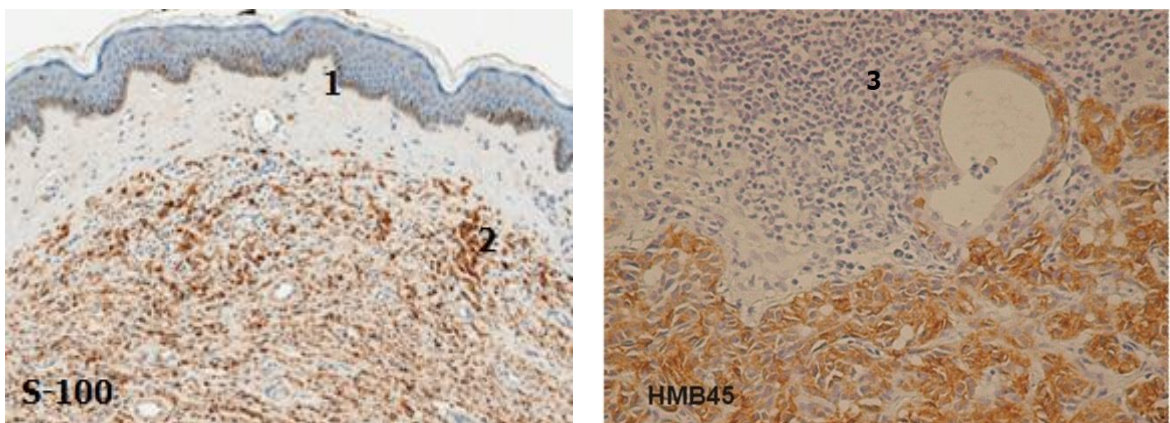
Hóa mô miễn dịch là sự kết hợp giữa phản ứng miễn dịch với chất nhuộm, làm hiện rõ kháng nguyên trong tế bào. Mỗi loại tế bào có kháng nguyên đặc hiệu riêng. Phát hiện kháng nguyên đặc hiệu sẽ khẳng định nguồn gốc tế bào.

Kháng thể S100 sẽ giúp khu trú những nơi vi có nguồn gốc mô bào hoặc thần kinh còn kháng thể HMB-45 sẽ khẳng định tế bào nơi vi đó có nguồn gốc từ tế bào nơi vi hắc tố.^{86,87}

Hình ảnh siêu cấu trúc

Trong một số trường hợp, mô bệnh học là nơi vi tế bào hắc tố điển hình, hóa mô miễn dịch S100 dương tính, nhưng HMB-45 nghi ngờ hoặc âm tính. Hình ảnh siêu cấu trúc sẽ giúp chẩn đoán xác định là tế bào nơi vi hắc tố.⁴

Các đặc điểm siêu cấu trúc của tế bào nơi vi hắc tố trên kính hiển vi điện tử tương tự như tế bào hắc tố. Điểm khác biệt là chúng thiếu đuôi gai, thay vào đó, chúng có các vi nhung mao. Tế bào nơi vi hắc tố chứa nhiều bào quan, tế bào chất hơn; nhân tế bào lớn hơn, có các vết lõm; melanosome trong tế bào chất sản xuất melanin.



Hình 1.11. Tế bào nơi vi hắc tố dương tính với S100 và HMB-45.^{88,89}

1 và 2. Hình ảnh tế bào nơi vi hắc tố bắt màu S100.

3. Hình ảnh tế bào nơi vi hắc tố bắt màu HMB-45.

1.2.3. Chẩn đoán

1.2.3.1. Chẩn đoán xác định NHBK

Chẩn đoán xác định NHBK dựa trên đặc điểm lâm sàng, thời gian xuất hiện, kích thước, diện tích hoặc đơn vị giải phẫu của nơ vi. Nếu lâm sàng không rõ, chẩn đoán xác định dựa trên mô bệnh học, hóa mô miễn dịch.

Lâm sàng

Lâm sàng giúp định hướng và xác định chẩn đoán.

Có 4 đặc điểm lâm sàng chính là màu sắc, bề mặt, ranh giới, tình trạng lông trên bề mặt nơ vi.

Thể điển hình (thường gặp): mảng da màu đen sẫm, ranh giới rõ ràng, bề mặt xù xì, nhiều lông đen cứng.

Thể không điển hình (ít gặp): mảng da màu nâu nhạt, ranh giới không rõ, bề mặt phẳng nhẵn, có ít lông nâu, mềm.^{25,62,64,90}

Cận lâm sàng

Mô bệnh học giữ vai trò khẳng định chẩn đoán là nơ vi tế bào hắc tố. Mô bệnh học còn xác định thể bệnh của nơ vi là tiếp giáp, trung bì hay hỗn hợp. Ngoài ra, mô bệnh học giúp ta xác định nơ vi lành tính hay ác tính.

Hóa mô miễn dịch S100 và HMB-45 dương tính giúp khẳng định nguồn gốc tế bào của nơ vi là tế bào nơ vi hắc tố. Nếu S100 dương tính, HMB-45 âm tính sẽ cần đến hình ảnh siêu cấu trúc để khẳng định.^{4,20,81,91,92,93}

Thời gian xuất hiện nơ vi

Thời gian xuất hiện của nơ vi giúp chúng ta chẩn đoán xác định là nơ vi bẩm sinh hay nơ vi mắc phải.

Nơ vi bẩm sinh: Những nơ vi xuất hiện từ ngay sau sinh, muộn nhất cũng là trước 2 tuổi mới được gọi là nơ vi bẩm sinh.^{12,59}

Nơ vi mắc phải: Những nơ vi xuất hiện muộn hơn, xuất hiện sau 2 tuổi, là những nơ vi mắc phải.

1.2.3.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định nơ vi khổng lồ

Đường kính lớn nhất của nơ vi là tiêu chuẩn chẩn đoán thông dụng nhất. Ngoài ra, diện tích và đơn vị giải phẫu là 1 trong 3 yếu tố chẩn đoán xác định. Nơ vi được gọi là khổng lồ khi nó thỏa mãn một trong các tiêu chuẩn sau:

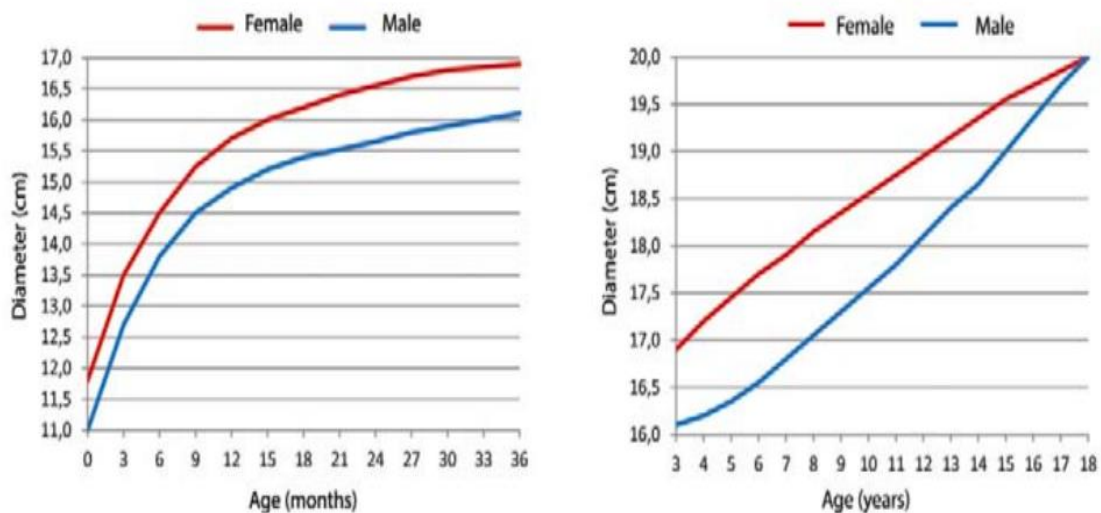
- Nơ vi có kích thước tính theo đường kính lớn nhất từ 20cm trở lên ở người lớn; hoặc đạt 20cm khi trưởng thành ở trẻ nhỏ; hoặc từ 9cm trở lên ở trên đầu, hoặc từ 6cm trở lên ở chi thể với trẻ sơ sinh.

- Nơ vi có diện tích từ 120cm² trở lên hoặc từ 2% trở lên diện tích cơ thể khi nơ vi ở bất kì vị trí nào hoặc từ 1% trở lên diện tích cơ thể khi nơ vi ở đầu mặt cổ, bàn tay, bàn chân.

- Nơ vi nằm trọn trong một đơn vị giải phẫu.^{10,12}

1.2.3.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán NHBK dựa trên đường kính nơ vi ở trẻ

Với trẻ nhỏ, có thể áp dụng công thức ước tính của Ana Carolina Leite Viana (2012). Biểu đồ này áp dụng cho cả trẻ nam và trẻ nữ ở vị trí đầu mặt cổ, trên thân mình, hoặc chi thể.¹



Biểu đồ 1.1. Kích thước thương tổn NHBK ở đầu mặt cổ sẽ đạt 20cm khi trẻ trưởng thành.¹

1.3. ĐIỀU TRỊ NƠ VI TẾ BÀO HẮC TỔ BẨM SINH KHÔNG LỒ

1.3.1. Không điều trị

Một số tác giả chủ trương không can thiệp điều trị bởi theo họ nguy cơ ung thư thấp, bệnh không gây ra các rối loạn chức năng, người bệnh không phải chịu chi phí và những rủi ro, bất tiện, tai biến do thủ thuật, phẫu thuật gây ra. Tuy nhiên, về khía cạnh thẩm mỹ và phòng ngừa ung thư không được giải quyết.

1.3.2. Thủ thuật điều trị nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh không lồ

Các thủ thuật như cắt bỏ tiếp tuyến (dermatome shaving),⁹⁴ nạo da (curettage),^{95,96,97} mài da (dermabrasion),⁹⁸ lột bằng hóa chất (chemical peels),¹²² đốt lạnh (cryotherapy),²² đốt điện (electrosurgery),³⁹ xạ trị (radiotherapy)²² và laser... mặc dù không thể loại bỏ hoàn toàn các tế bào nơ vi nhưng có thể loại bỏ một phần các tế bào trên bề mặt của nơ vi nên cũng giảm nguy cơ ung thư hóa. Đồng thời nó cũng đem lại hình ảnh thẩm mỹ tốt hơn cho người bệnh. Màu sắc thương tổn trở nên nhạt màu hơn.⁹⁹

Thiết bị laser CO₂ phá huỷ một phần tổ chức nơ vi trên bề mặt và từ đó giúp cho thương tổn nhạt màu hơn, cải thiện hơn về mặt thẩm mỹ.^{13,100} Tuy nhiên, việc loại bỏ không hoàn toàn các tế bào nơ vi còn gây tranh cãi về khả năng ác tính hóa, do các tế bào này bị kích thích, hoặc là do tạo sẹo nên đã che đậy các dấu hiệu sớm để phát hiện khối u ác tính. Ngoài ra, người bệnh còn phải đối mặt với các nguy cơ từ các thủ thuật như vấn đề về sẹo, nhiễm khuẩn, tăng sắc tố sau viêm... và cả các vấn đề về gây mê khác.^{1,22,101,102,103,104}

Các loại laser phá huỷ chọn lọc các tế bào nơ vi hắc tố và từ đó loại bỏ thương tổn mà rất ít ảnh hưởng tới mô lành xung quanh.^{105,106} Một số thiết bị laser được sử dụng như laser Ruby, laser Diod, laser Alexander, laser Nd: YAG với các độ rộng xung từ xung dài cho đến pico giây với các công nghệ khác nhau.^{107,108,109} Cũng như laser CO₂, việc loại bỏ không hoàn toàn các tế bào nơ vi còn gây tranh cãi về khả năng ác tính hóa.^{1,22,101,102,103,104}

1.3.3. Phẫu thuật điều trị nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ

1.3.3.1. Lí do và thời điểm cắt bỏ nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ

Lí do cắt bỏ NHBK

Phẫu thuật có khả năng loại bỏ hoàn toàn các tế bào nơ vi tế bào hắc tố trong phạm vi thương tổn được cắt bỏ nên có thể phòng ngừa được ung thư.

Mahajan²⁸ đã gợi ý năm lí do liên quan tới nguy cơ ác tính và thẩm mỹ:

- Dấu hiệu ác tính hóa: bờ không đều, mất đối xứng, màu không đều.
- Tiến triển bất thường: lớn nhanh bất thường.
- Vị trí “ác tính”: gan bàn tay, gan bàn chân hoặc thắt lưng, bụng.
- Người bệnh quá lo lắng về nguy cơ ung thư.
- Lo lắng thẩm mỹ.¹¹⁰

Thời điểm cắt bỏ NHBK

Lựa chọn thời điểm phẫu thuật là một vấn đề lớn cần quan tâm đặc biệt,¹¹¹ liên quan đến vấn đề loại bỏ nguy cơ ác tính, đến vấn đề thẩm mỹ, cả gây mê và phẫu thuật.

- Để tránh nguy cơ ác tính, Fitzpatrick đề nghị phẫu thuật nên được bắt đầu khi trẻ trên 6 tháng tuổi.²⁰ Phải tiến hành phẫu thuật ngay khi NHBK có dấu hiệu nghi ngờ hoặc đã thoái triển thành ung thư tế bào hắc tố.
- Liên quan đến thẩm mỹ, Andrew khuyên nên hoàn thành phẫu thuật cho trẻ càng sớm càng tốt và tốt nhất là trước 6 tuổi, tức là trước thời điểm trẻ đi học sẽ giúp trẻ hòa nhập cộng đồng tốt hơn.²⁴
- Liên quan đến gây mê hồi sức: Trẻ dưới 2 tuổi, cân nặng dưới 10kg sẽ rất khó khăn để gây mê, nhiều tai biến trong gây mê và hồi sức sau phẫu thuật. Trẻ lớn sẽ thuận lợi hơn trong quá trình gây mê, hồi sức.
- Liên quan đến cách thức phẫu thuật: Da trẻ từ 6 tháng đến 2 tuổi có sự chun giãn đàn hồi tốt nhất, đây là thời điểm phù hợp nhất để tiến hành phẫu thuật giãn da tự nhiên.^{9,112}

1.3.3.2. *Phẫu thuật cắt bỏ NHBK*

Có nhiều cách thức cắt bỏ thương tổn NHBK.

Thương tổn được cắt bỏ toàn bộ. Chiều rộng cách bờ thương tổn 1 - 3mm. Chiều sâu đến hạ bì, cân nông.¹¹³ Đây là cách giải quyết triệt để. Tuy nhiên, khó che phủ khuyết da mà không ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.¹¹⁴

Thương tổn có thể chỉ được cắt bỏ một phần. Phần cắt bỏ thường liên quan đến thẩm mỹ, vùng hờ. Đây là phương pháp không triệt để, chỉ giải quyết được 1 phần thẩm mỹ, không loại bỏ được nguy cơ ung thư.¹¹⁵

Thương tổn được cắt bỏ toàn bộ trong 1 lần phẫu thuật.¹¹³ có ưu điểm là số lần can thiệp tối thiểu, nguy cơ ung thư được loại bỏ sớm nhưng nhược điểm là mức độ hoàn thiện về mặt chức năng lẫn thẩm mỹ thường thấp.

Thương tổn được cắt bỏ nhiều lần có ưu điểm là dễ che phủ, áp dụng được nhiều biện pháp tạo hình, tận dụng khả năng giãn da tự nhiên nhưng nhược điểm là cần nhiều lần can thiệp, nguy cơ ung thư không được loại bỏ sớm.¹¹⁶

1.3.3.3. *Phẫu thuật che phủ sau cắt bỏ NHBK*

Giãn da tự nhiên dựa trên khả năng căng giãn tự nhiên của da. Tuỳ thuộc vào vị trí, diện tích thương tổn, tuổi người bệnh... mà số lần thực hiện cũng như khoảng cách giữa các lần phẫu thuật khác nhau.

Giãn da bằng túi là một trong những kỹ thuật chính dùng để che phủ khuyết da sau cắt bỏ NHBK. Vật giãn được tạo ra nhờ sử dụng các túi giãn đặt dưới da, được bơm căng bởi nước muối sinh lý.^{117,118}

Ghép da tự do là một kỹ thuật được ứng dụng rộng rãi để che phủ các khuyết da lớn nói chung và trong NHBK nói riêng. Da ghép có thể là mảnh da dày toàn bộ hoặc một phần chiều dày của da.¹¹⁹

Các vật tổ chức như vật tại chỗ, vật từ xa là những phẫu thuật bổ sung cho kỹ thuật giãn da dùng để che phủ một phần thiếu hụt, hoặc những vị trí đặc biệt mà kỹ thuật giãn da chưa đáp ứng đầy đủ để che phủ khuyết da.¹²⁰

1.4. ĐIỀU TRỊ NHBK BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIÃN DA

1.4.1. Giãn da tự nhiên

1.4.1.1. Khái niệm giãn da tự nhiên

M. Marquet là người làm mới lại khái niệm giãn da tự nhiên sau mổ. Sử dụng sức căng bề mặt da sau phẫu thuật làm động lực để giãn da. Đây là một phẫu thuật có thể cung cấp một chất liệu da có cùng cấu trúc, độ dày, màu sắc giống da xung quanh thương tổn. Đây cũng là kỹ thuật rất phù hợp cho tạo hình những thương tổn lớn ở trẻ nhỏ.¹²¹

Nguyên tắc của kỹ thuật là sự đáp ứng của da đối với sức căng trải qua ba giai đoạn: căng giãn, giao da và tăng sinh. Giãn da tự nhiên nằm trong loại căng giãn tức thời. Giãn da tự nhiên trì hoãn bản chất là tạo ra sức căng da sau phẫu thuật nhờ việc đóng kín khuyết tổn bằng cách kéo căng tối đa vùng da được lựa chọn, phẫu thuật viên đã tạo ra một sức căng cần thiết để giãn da.¹²¹

1.4.1.2. Chỉ định và lựa chọn người bệnh

Chỉ định:

- Thương tổn NHBK hoàn toàn lành tính, không hư biến ác tính hóa.
- Thương tổn NHBK, không thể cắt bỏ hoàn toàn trong một lần phẫu thuật.
- Vùng da lành xung quanh còn đủ lớn để có thể che phủ thương tổn.
- Vùng da lành xung quanh chun giãn tốt, có thể huy động được.

Lựa chọn người bệnh:

- Về tuổi, kỹ thuật này phù hợp nhất với trẻ em.
- Về vị trí: vùng cổ, mặt, thân mình được ưu tiên, sau đó đến cánh tay, cẳng tay.
- Cần dưới 5 lần phẫu thuật để cắt bỏ hoàn toàn thương tổn.
- Cấu trúc da lành huy động phù hợp với da ngay sát thương tổn.
- Da lành xung quanh có thể huy động được theo nhiều hướng.
- Người bệnh hợp tác tốt.
- Người bệnh không có cơ địa sẹo lồi.

1.4.1.3. Các biến chứng

Biến chứng trong và ngay sau mỗi lần phẫu thuật:

Chảy máu, tụ máu: Các phẫu thuật giãn da tự nhiên do đặc điểm kỹ thuật không bóc tách, khâu căng nên hiếm khi chảy máu và tụ máu nghiêm trọng. Những phẫu thuật cần bóc tách rộng, nền lỏng lẻo nên đặt dẫn lưu để theo dõi.

Nhiễm khuẩn vết mổ: Thời gian phẫu thuật kéo dài, mép da căng gây thiếu dưỡng, tụ máu là những nguyên nhân chính dẫn đến nhiễm khuẩn vết mổ. Ngoài ra còn có nguyên nhân thao tác phẫu thuật không đảm bảo vô trùng...

Thiếu dưỡng, hoại tử: Nguyên lí của kỹ thuật giãn da tự nhiên là khâu các mép da căng vừa, nhưng nếu căng quá mức dễ dẫn đến thiếu dưỡng, hoại tử. Thiếu dưỡng hoại tử còn có nguyên nhân do tụ máu, do nhiễm khuẩn.

Toác vết mổ, không liền sẹo: Mép da quá căng, xử lí khâu da lớp trong không vững, khâu chông mép, cắt chỉ sớm dễ dẫn đến toác vết mổ sau cắt chỉ. Nhiễm trùng, hoại tử mép da cũng gây nên toác vết mổ, chậm liền sẹo.

Biến chứng xa khi khám lại:

Sẹo xấu, sẹo bệnh lí: Cùng với sự tăng trưởng nhanh ở trẻ nhỏ, khâu căng là yếu tố thuận lợi để hình thành các sẹo kém thẩm mỹ, sẹo giãn, thậm chí là sẹo bệnh lí như sẹo quá phát, sẹo lồi.

Vạt kém thẩm mỹ: Thương tổn được cắt bỏ, được thay thế bởi vạt tổ chức. Các vạt này kém tương đồng chủ yếu là do tình trạng rối loạn sắc tố sau viêm, thiếu dưỡng gây kém thẩm mỹ.

Thương tổn tái phát: Tình trạng tái phát liên quan đến việc cắt bỏ thương tổn không đủ cả chiều rộng lẫn chiều sâu. Nhiều trường hợp nơ vi xâm lấn sâu xuống đến hạ bì, lớp mỡ, thậm chí là cả cân, cơ, xương.

Co kéo, biến dạng: Một số vùng cần lưu ý khi phẫu thuật nhiều lần liên tiếp vì rất dễ bị co kéo, biến dạng cơ quan lân cận, đặc biệt là các nơ vi có vị trí ở vùng mặt, vùng khớp.

1.4.2. Giãn da bằng túi

1.4.2.1. Khái niệm giãn da bằng túi

Giãn da bằng túi được phát triển từ năm 1956 khi Charles Neumann công bố trường hợp đầu tiên giãn da bằng túi latex để tạo hình vành tai. Tiếp theo Radovan đã thiết kế một hệ thống giãn da gồm túi silicone và ống nối hai van, đây là hệ thống bơm giãn kín được đặt hoàn toàn dưới da và sử dụng dung dịch huyết thanh để bơm giãn.⁴⁸

Để thực hiện kỹ thuật giãn da, một hệ thống giãn được đặt dưới da, dung dịch nước muối sinh lý vô trùng được bơm vào túi giãn thông qua hệ thống van, túi giãn tăng dần thể tích sẽ làm giãn phần da phía trên túi giãn. Kết quả của quá trình sinh học này được biểu hiện bằng sự tăng sinh của da. Da mới tăng sinh có chất lượng bình thường và được dùng cho mục đích che phủ.⁴⁸

1.4.2.2. Chỉ định và lựa chọn người bệnh

Chỉ định:

- Thương tổn NHBK hoàn toàn lành tính, không hư biến ác tính hóa.
- Sử dụng làm vật tại chỗ để che phủ khuyết tổ chức sau cắt bỏ NHBK.
- Sử dụng làm vật từ xa che phủ khuyết da sau cắt bỏ NHBK.
- Ghép da tự do che phủ khuyết sau cắt bỏ NHBK.

Lựa chọn người bệnh:

- Người bệnh cần hợp tác tốt với bác sĩ trong thời gian thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh cần có thời gian dài, vài tháng liên tục để thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh chấp nhận những biến đổi chức năng, thẩm mỹ tạm thời.
- Thương tổn gần sát với các cơ quan dễ bị co kéo, đặc biệt là vùng mặt.
- Da lành xung quanh thương tổn không đủ diện tích để thực hiện giãn da.
- Vùng da lành tại chỗ, gần chỗ đặt túi giãn không bị nhiễm trùng, u máu...
- Về vị trí: vùng đầu mang tóc phù hợp nhất, tiếp theo là vùng mặt, chi thể.
- Cần trên 4 lần giãn da tự nhiên để cắt bỏ toàn bộ thương tổn.^{33,45,118}

1.4.2.3. Các biến chứng

Các biến chứng có thể xảy ra trong tất cả các giai đoạn. Biến chứng nặng như nhiễm khuẩn, hoại tử, thủng túi giãn... đều dẫn tới thất bại của kỹ thuật. Biến chứng nhẹ: tách vết mổ, tụ máu... làm chậm tiến độ kỹ thuật.^{33,118}

Biến chứng trong và ngay sau mỗi lần phẫu thuật:

Trong thời kỳ đặt túi giãn: Ngoài biến chứng do vô cảm, tổn thương da ở vùng đặt túi giãn, các biến cố bất thường về chất liệu: túi quá to, ống nối bị gập, các sự cố về thao tác như thủng túi, biểu hiện chậm nhịp tim thường gặp.

Thời kỳ hậu phẫu đặt túi giãn: Chảy máu và tụ máu trong khoang đặt túi giãn, nhiễm khuẩn sớm, đau sau phẫu thuật, chậm liền vết thương, tăng dịch tiết ngoài túi giãn cũng thường gặp ở thời kỳ này.

Thời kỳ bơm giãn: Có thể gặp các biến chứng như tách đường rạch da, nhiễm khuẩn, tổn thương da giãn, lộ túi giãn hay trống bơm, thủng túi giãn hay trống bơm là các biến chứng thường gặp.

Thời kỳ tạo hình che phủ: Vạt da giãn không đủ kích thước, thiếu dưỡng vạt da dẫn đến hoại tử một phần vạt da giãn là biến chứng thường gặp. Đây là biến chứng nặng nề đối với phẫu thuật viên và người bệnh.

Biến chứng xa khi khám lại:

Bao gồm các biến chứng về sẹo, các biến chứng rối loạn cảm giác, phù nề dai dẳng tại chỗ của vạt giãn được đề cập tới trong giai đoạn xa sau phẫu thuật giãn da bằng túi.

Sẹo lồi hay sẹo quá phát; sẹo giãn, sẹo kém thẩm mỹ xung quanh vạt da giãn cũng như sẹo nơi cho vạt là những biến chứng về sẹo và là những biến chứng thường gặp nhất.

Ngoài ra, còn có một số các biến chứng ít gặp hơn như biến chứng tái phát, tiến triển ác tính, ung thư hóa hay các biến chứng về sẹo gây co kéo, biến dạng tổ chức, cơ quan xung quanh...

1.4.3. Phẫu thuật bổ sung, kết hợp điều trị NHBK

1.4.3.1. Ghép da tự do

T. T. H. Thuy đã báo cáo ca lâm sàng ghép da tự do điều trị NHBK ở vùng mặt cho người bệnh nữ 31 tháng tuổi. Khối u chiếm gần toàn bộ nửa mặt trái, có kích thước 6 x 9cm.¹³⁴

Người bệnh được cắt bỏ toàn bộ khối u nửa mặt trái và ghép da tự do, mảnh ghép da dày toàn bộ được lấy từ vùng bụng dưới của người bệnh. Vùng cho da được đóng trực tiếp. Sau 2 tháng, người bệnh được phẫu thuật lần 2, cắt bỏ toàn bộ khối u vùng trán, được ghép da tự do, da dày toàn bộ cũng lấy da từ vùng bụng dưới. Vùng cho da được khâu trực tiếp.

Kết quả sau 28 tháng, mảnh da ghép vùng trán không thay đổi màu sắc, không mọc lông, đường sẹo mềm mại, không giãn. Mảnh ghép da vùng mặt có tình trạng tăng sắc tố, sẫm màu hơn. Các đường sẹo đạt tính thẩm mỹ cao.

1.4.3.2. Các vật tổ chức

Các vật tại chỗ bổ sung cho điều trị NHBK:

T. T. Son đã sử dụng giãn da bằng túi để điều trị cho một NHBK có diện tích chiếm toàn bộ chu vi cánh tay, khuỷu tay phải. Chiều dài lớn nhất của khối u lên đến 26cm, chỗ rộng nhất tương đương chu vi cánh tay là 17cm.¹³⁴

Người bệnh được đặt túi giãn vùng sườn lưng cùng bên với cánh tay phải có khối u. Khi vật giãn được tạo ra đầy đủ, phẫu thuật tạo hình vật giãn được tiến hành sau khi cắt bỏ thương tổn. Tuy nhiên vẫn còn một phần nhỏ của khối u mà vật không đủ diện tích để che phủ ngay, phải để lại phẫu thuật lần sau. Phần nhỏ còn lại này tác giả đã cắt bỏ toàn bộ sau khoảng 1 năm tháo túi giãn bằng cách cắt khâu đóng trực tiếp.

Như vậy với vật giãn được tạo ra từ 1 túi giãn được thiết kế rất chi tiết đã có thể che phủ cho thương tổn gần như toàn bộ cánh tay, khuỷu tay. Tuy nhiên vẫn cần đến phẫu thuật bổ sung vật tại chỗ để có thể hoàn thiện phẫu thuật.

Các vật từ xa điều trị NHBK

T. T. Son đã công bố sử dụng vật từ xa có cuống mạch liền để điều trị thành công cho một người bệnh nam, 45 tuổi có NHBK chiếm gần toàn bộ vùng cánh tay.¹³⁴



Hình 1.12. Các vật từ xa điều trị NHBK.¹³⁴

1. Trước phẫu thuật.
2. Trong phẫu thuật.

1.4.3.3. Các phẫu thuật kết hợp

Trên thực tế, nhiều người bệnh NHBK có kích thước và diện tích rất lớn. Rất khó khăn cho việc che phủ khuyết da sau khi cắt bỏ toàn bộ thương tổn. Mặc dù giãn da tự nhiên hay giãn da bằng túi có thể tạo ra một khối lượng da lớn, chất lượng tương đồng dùng để che phủ khuyết da sau cắt bỏ thương tổn, nhưng với thương tổn quá lớn, vị trí phức tạp thì việc kết hợp các phương pháp giãn da hoặc kết hợp với ghép da tự do vẫn là một giải pháp phù hợp.

Thì tạo hình vật giãn cũng gặp rất nhiều những biến cố đặc biệt là sự thiếu hụt về diện tích vật để che phủ khuyết da. Sau khi cắt bỏ thương tổn, các mép vết mổ có xu hướng toác rộng hơn. Vật da giãn sau khi cắt tạo hình có xu hướng co lại khiến cho sự che phủ đôi khi bị thiếu hụt. Sự tính toán góc xoay của vật, sự vưon xa của vật đôi lúc không thực sự chính xác. Ghép da tự do để bổ sung cho những thiếu hụt này là cần thiết.

1.5. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ NHBK BẰNG GIÃN DA

1.5.1. Giãn da tự nhiên ở Việt Nam điều trị NHBK

Các tác giả và các công trình nghiên cứu

Các đơn vị, khoa phẫu thuật tạo hình tại một số bệnh viện như Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Da liễu Trung ương, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108... đều đã triển khai kỹ thuật giãn da tự nhiên điều trị thành công cho nhiều người bệnh NHBK ở các vị trí như đầu mặt, thân mình, chi thể.

Nhiều tác giả trong nước đã công bố các ca lâm sàng riêng lẻ hoặc chùm ca bệnh NHBK được điều trị bằng kỹ thuật giãn da tự nhiên như tác giả T. T. Son, P. T. V. Dung, T. T. H. Thuy... trong các tài liệu Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ da đầu,¹³⁵ Atlas phương pháp giãn da trong phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ...¹³⁴ Tuy nhiên, cho đến nay chưa có một công trình nghiên cứu đầy đủ, toàn diện về phương pháp giãn da tự nhiên để điều trị cho bệnh NHBK.

Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng đầu mặt cổ

P. T. V. Dung đã công bố kết quả phẫu thuật giãn da tự nhiên cho bệnh nhi 3 tuổi có NHBK ở vùng trán phải. Nơ vi có màu đen sẫm, nổi gờ cao có mọc lông, kích thước thương tổn là 6 x 9cm, ranh giới rõ, không cân đối.

Khối u được loại bỏ hoàn toàn sau 4 lần phẫu thuật, khoảng cách giữa các lần phẫu thuật từ 4 tháng đến 12 tháng. Đóng khuyết da sau mỗi lần phẫu thuật bằng giãn da tự nhiên, sử dụng da lành xung quanh khối u và không bóc tách mép đường rạch da để tránh hoại tử mép da lành. Các đường rạch da được thiết kế theo định hướng đường sẹo cuối cùng, song song với nếp nhăn tự nhiên ở vùng trán.

Sau phẫu thuật, toàn bộ khối NHBK đã được cắt bỏ. Sẹo vùng trán đảm bảo tính thẩm mỹ cao, không gây biến dạng đường chân tóc vùng trán và cung mày bên phải, sẹo mảnh, mềm mại.¹³⁴

Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng thân mình

T. T. Son đã công bố ca phẫu thuật giãn da tự nhiên thành công cho một bệnh nhi nữ 6 tuổi có NHBK vùng lưng, thành sau ngực bụng bên trái. Kích thước khối u gần toàn bộ chiều ngang lưng, 2/3 chiều dài từ gáy tới eo hông.

Người bệnh được phẫu thuật giãn da tự nhiên 3 lần, cắt từ ngoại vi vào. Phẫu thuật lần 1 cắt được từ 4 đến 6cm theo chiều rộng thương tổn tùy vị trí. Liên sẹo tốt, cắt chỉ sau 14 ngày. Thương tổn còn lại hoàn toàn ở vùng lưng. Lần phẫu thuật thứ hai sau phẫu thuật lần thứ nhất 8 tháng, cách thức tương tự, Lần 3, phẫu thuật sau lần 2 là 6 tháng theo nguyên tắc của lần thứ 1 và thứ 2. Đường sẹo cuối là chữ T ngược. Sẹo liền tốt, không co kéo.

Kết quả cuối cùng, sau 3 lần phẫu thuật, toàn bộ khối u đã được cắt bỏ, sẹo chữ T ngang thắt lưng và dọc sống lưng, hướng sẹo sinh lí, sẹo giãn nhưng không gây co kéo vùng lưng.¹³⁴

Cũng trong loạt ca lâm sàng, NHBK vùng thân mình, T. T. Son đã thành công trong điều trị giãn da tự nhiên 7 lần liên tiếp điều trị cho trường hợp trẻ nữ 7 tuổi, xuất hiện nốt vi tại vùng lưng, ngực, hạ sườn trái.¹³⁴

Người bệnh được cắt dần từ ngoại vi vào trung tâm có định hướng đường sẹo cuối. Mỗi lần phẫu thuật, thu nhỏ được 3 - 4cm chiều rộng, có nơi là 6cm. Không bóc tách mép vết mổ. Sau phẫu thuật, sẹo liền tốt, không toác vết mổ hay nhiễm trùng. Khoảng cách giữa các lần phẫu thuật là 6 tháng.

Kết quả cuối cùng, sau 7 lần phẫu thuật, toàn bộ thương tổn được cắt bỏ. Sẹo hình chữ T dọc sống lưng và ngang thắt lưng. Co kéo nhẹ vùng bụng gây lệch rốn lên trên và sang trái. Tuy nhiên, không ảnh hưởng đến vận động.

Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng chi thể

Hiện chúng tôi không tìm được công trình nghiên cứu được công bố nào hay bất cứ báo cáo ca lâm sàng nào về giãn da tự nhiên điều trị cho NHBK vùng chi thể, cẳng tay, cẳng chân.

1.5.2. Giãn da tự nhiên trên thể giới điều trị NHBK

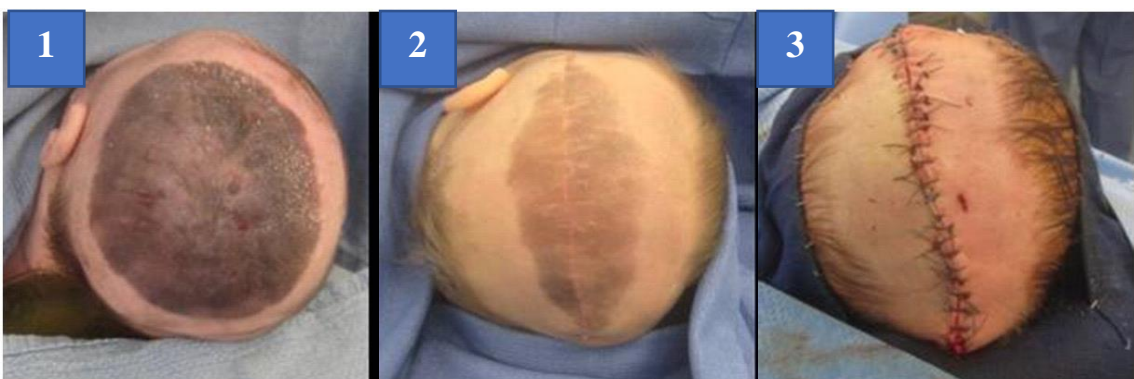
Các tác giả và các công trình nghiên cứu

Trên thể giới, có nhiều công bố về điều trị NHBK bằng phương pháp giãn da tự nhiên như nghiên cứu của Hassanein AH và cộng sự năm 2014. Nghiên cứu trên 21 trường hợp. Tổn thương nằm ở chi dưới (38,1%), đầu cổ (33,3%), chi trên (14,3%) hoặc thân mình (14,3%). Diện tích của thương tổn là $2,2\% \pm 1,2\%$ tổng diện tích bề mặt cơ thể. Độ tuổi trong lần phẫu thuật đầu tiên là 4,3 tuổi (từ 3 tháng đến 15 tuổi). Số lần cắt là $3,5 \pm 0,7$ lần, cách nhau $8,2 \pm 4,3$ tháng. Biến chứng toác vết mổ tác giả gặp phải là 2/72 lượt phẫu thuật và tụ dịch xảy ra 1/72 lượt phẫu thuật, không có nhiễm trùng.¹²²

Tác giả đã đưa ra kết luận rằng NHBK có thể thực hiện bằng kỹ thuật giãn da tự nhiên một cách hiệu quả và an toàn. Trẻ em thường để lại vết sẹo tuyến tính thuận lợi, không có biến chứng nghiêm trọng trong khi thực hiện kỹ thuật này, người bệnh không phải chịu các biến chứng của việc giãn da bằng túi.

Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng đầu mặt cổ

Hassanein AH công bố trường hợp phẫu thuật giãn da tự nhiên điều trị cho NHBK vùng da đầu. Giãn da tự nhiên được thực hiện liên tiếp 4 lần từ khi trẻ được 3 tháng tuổi cho đến khi nơ vi được cắt bỏ hoàn toàn lúc trẻ 16 tháng tuổi.¹²²

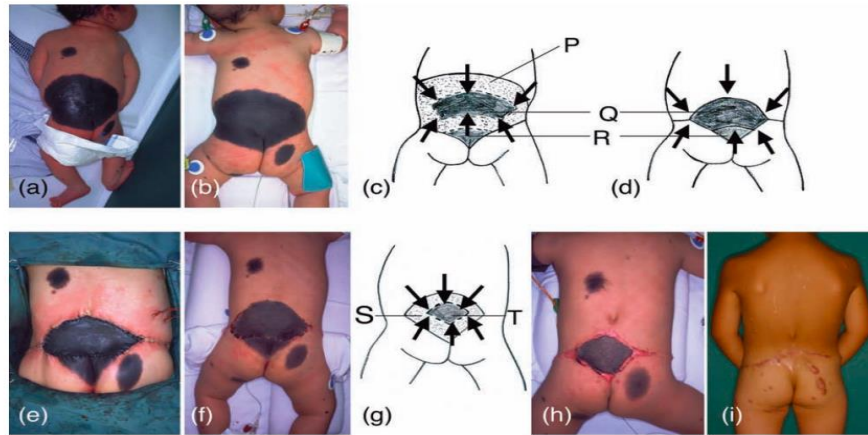


Hình 1.13. Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng đầu.¹²²

1. Trước phẫu thuật. 2. Sau phẫu thuật lần hai. 3. Sau phẫu thuật lần bốn.

Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng thân mình:

Fujiwara M. và cộng sự, năm 2008 đã báo cáo trường hợp phẫu thuật giãn da tự nhiên dùng để điều trị NHBK theo kiểu cắt thu dần từ ngoại vi vào trung tâm cho một trẻ nhỏ dưới 1 tuổi với sự thành công cao. Thương tổn được cắt bỏ hoàn toàn, sẹo không gây co kéo, không biến dạng tổ chức.¹⁴⁶



Hình 1.14. Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng thân mình.¹⁴⁶

a và b. Trước phẫu thuật. e và f. Sau phẫu thuật. h và i Sau phẫu thuật lần cuối

Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng chi thể

Fujiwara M. và cộng sự,¹⁴⁶ năm 2008 đã báo cáo trường hợp khác có NHBK ở vùng mặt trước và bên cẳng chân. Phẫu thuật giãn da tự nhiên được thực hiện 3 lần liên tiếp từ lúc trẻ 5 tháng tuổi. Lần phẫu thuật cuối cùng, thương tổn được cắt bỏ hoàn toàn, sẹo tuyến tính, mềm mại, không co kéo biến dạng cẳng chân.



Hình 1.15. Giãn da tự nhiên điều trị NHBK ở vùng chi thể.¹⁴⁶

1. Trước phẫu thuật. 2. Sau phẫu thuật lần thứ 2. 3. Sau phẫu thuật lần cuối.

1.5.3. Giãn da bằng túi ở Việt Nam điều trị NHBK

Các tác giả và các công trình nghiên cứu

Tại Việt Nam, cùng với sự phát triển của chuyên ngành phẫu thuật tạo hình, giãn da bằng túi được các phẫu thuật viên biết đến từ những năm 1990. Năm 1991, Giáo sư, tiến sĩ khoa học Nguyễn Huy Phan đã thực hiện kỹ thuật giãn da bằng túi cho người bệnh đầu tiên tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Từ năm 2001 đến nay, Viện Bỏng quốc gia, Bệnh viện Chợ Rẫy đã công bố áp dụng thành công kỹ thuật giãn da trong phẫu thuật tạo hình.¹³⁴

Nhiều tác giả trong nước đã công bố các ca lâm sàng NHBK được điều trị bằng kỹ thuật giãn da bằng túi. Năm 2001, Đỗ Văn Hùng và cộng sự đã thông báo một trường hợp NHBK vùng mặt được điều trị thành công bằng kỹ thuật giãn da bằng túi kết hợp với ghép da tại Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng. Giáo sư T. T. Sơn, P. T. V. Dung... cũng công bố nhiều ca lâm sàng thành công trong điều trị NHBK bằng giãn da.¹³⁴

Giãn da bằng túi điều trị NHBK ở vùng đầu mặt cổ

T. T. Sơn báo cáo ca lâm sàng điều trị giãn da bằng túi cho người bệnh nữ, 6 tuổi mắc NHBK gần toàn bộ da đầu. Nơ vi có diện tích khoảng 340cm², kích thước 27 x 18cm. Da lành còn lại ở vùng cằm trái và thái dương trái.¹³⁴

Phẫu thuật được thực hiện qua 3 giai đoạn. Giai đoạn thứ nhất, túi lãg trụ 350ml được đặt tại thái dương trái, bơm giãn 31 ngày, thể tích gấp 1,2 lần. Vạt giãn dạng đẫy che phủ 6cm vùng đỉnh, vạt xoay đẫy cho vùng trán. Giai đoạn thứ hai sau 6 tháng, túi lãg trụ 380ml đặt ở vùng đỉnh cằm. Bơm giãn 6 tuần, gấp 1,9 lần. Vạt giãn dạng đẫy che phủ toàn bộ đỉnh cằm. Giai đoạn thứ ba sau đó 13 tháng. Túi lãg trụ tứ giác 350ml đặt tại đỉnh cằm. Bơm giãn 30 ngày, thể tích gấp 2 lần. Vạt giãn đủ che phủ toàn bộ khuyết da.

Toàn bộ khối u được cắt bỏ sau 3 lần phẫu thuật, đường chân tóc ở trán và gáy bình thường, hướng tóc ở đỉnh, cằm phù hợp. Sẹo mảnh. Mật độ tóc thưa.

Giãn da bằng túi điều trị NHBK ở vùng chi thể dưới dạng vật từ xa

N. V. Hoang và T. T. Son đã báo cáo thành công kỹ thuật giãn da bằng túi điều trị cho người bệnh nữ, 6 tuổi bị NHBK ở vùng cánh tay phải. Khối u chiếm gần toàn bộ 2/3 dưới cánh tay và khuỷu tay.¹³⁴

Người bệnh được đặt 1 túi giãn da lăng trụ tứ giác 380ml tại da lành vùng mạng sườn phải, khoang đặt dưới cân, bảo tồn các nhánh mạch xuyên liên sườn. Bơm giãn được tiến hành ngày thứ 9, xảy ra biến chứng toác vết mổ phải thay túi giãn 280ml. Bơm giãn sau đó 15 ngày, kéo dài 6 tuần với 16 lần bơm giãn, tổng thể tích dịch 826ml. Dừng bơm giãn 9 ngày. Cắt bỏ toàn bộ khối u. Thiết kế vật da cân giãn dưới dạng vật có cuống nuôi hẹp phía sau từ thành ngực bên, cuốn vòng quanh chu vi cánh tay. Cắt cuống sau 2 tuần.

Kết quả sau mổ hoại tử nhỏ ở đầu xa vật, phần còn lại sẹo liền tốt, sẹo mềm mại, vật tương đồng tốt, chức năng vận động của tay bình thường. Nơi cho vật sẹo giãn, không bị co kéo, không ảnh hưởng chức năng.

Giãn da bằng túi điều trị NHBK ở vùng chi thể dưới dạng ghép da tự do

U. T. Tung và T. T. Son đã báo cáo ca lâm sàng điều trị giãn da bằng túi cho người bệnh nữ 9 tuổi mắc NHBK ở vùng chi thể. Khối u chiếm toàn bộ chu vi cẳng chân trái ảnh hưởng lớn tới thẩm mỹ và tâm lý người bệnh.¹³⁴

Người bệnh được giãn da 2 lần. Lần thứ 1, một túi lăng trụ tứ giác 380ml được đặt ở bẹn bụng trái. Bơm giãn từ ngày thứ 10, kéo dài 54 ngày với 19 lần bơm giãn tổng thể tích dịch 1005ml, gấp 2,6 lần thể tích túi. Vật da giãn thu được dùng để ghép da một phần mặt trước cẳng chân. Lần thứ 2 sau 1 năm, một túi lăng trụ tứ giác 280ml được đặt ở bẹn bụng trái. Bơm giãn vào ngày thứ 10, bơm 1135ml. Vật giãn thu được dùng ghép da cho phần còn lại.

Kết quả cuối cùng, toàn bộ khối u được cắt bỏ, mảnh da ghép có màu sắc tương đồng, chức năng cẳng chân bình thường. Sẹo nơi cho mảnh ghép phát triển bình thường.

1.5.4. Giãn da bằng túi trên thể giới điều trị NHBK

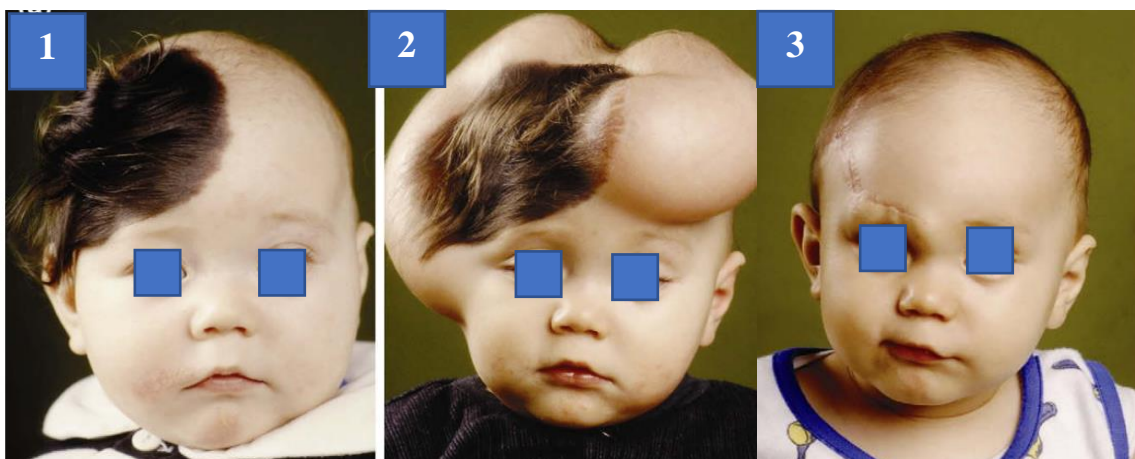
Các tác giả và các công trình nghiên cứu

Moon Ki Lee và cộng sự nghiên cứu trên 77 người bệnh nhi tuổi từ 1 - 15, phẫu thuật giãn da bằng túi điều trị cho các bệnh nhi NHBK từ 2009 - 2015. Tổng cộng 83 lượt giãn da đã được thực hiện, có 25 lượt phẫu thuật tái giãn da. Tỷ lệ tái giãn da ở thân mình cao hơn so với các vùng khác của cơ thể ($p < 0,01$). Tác giả cũng nhận thấy tỷ lệ tái giãn da thấp hơn khi sử dụng túi giãn có thể tích lớn hơn ($p = 0,03$).¹²³

Min Ji Kim và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 88 trường hợp NHBK có tuổi trung bình 6.59 ± 7.76 , phẫu thuật bằng phương pháp giãn da bằng túi. Trong đó có 31 trường hợp cần phải phẫu thuật tái giãn da nhiều lần. Kết quả vùng lưng là vùng giải phẫu có thể phẫu thuật giãn da một lần với tỷ lệ cao nhất là 39,1%. Ngược lại, chi dưới là vùng chiếm tỷ lệ cao nhất về tái giãn da, với tỷ lệ 48,4%.¹²⁴

Giãn da bằng túi điều trị NHBK ở vùng đầu mặt cổ

Laura H. Zaal và cộng sự thực hiện kỹ thuật giãn da bằng túi để điều trị cho một trẻ trai 8 tháng tuổi có NHBK ở vùng trán và thái dương bên phải với hai túi giãn 16 x 10cm và 8 x 6cm đã cắt bỏ toàn bộ khối u cho trẻ.¹²⁵



Hình 1.16. Giãn da bằng túi điều trị NHBK vùng đầu mặt cổ.¹²⁵

1. Trước phẫu thuật. 2. Bơm giãn túi. 3. Sau phẫu thuật.

Giãn da bằng túi điều trị NHBK ở vùng thân mình

Mĩn Ji Kim báo cáo 1 trẻ nam 6 tháng tuổi có NHBK vùng thắt lưng và 2 bên hông với diện tích 300cm^2 . Túi giãn 400ml được sử dụng. Bơm giãn 490ml trong 56 ngày. Một phần tổn thương được cắt bỏ. Không có biến chứng.

Giãn da lần thứ hai với túi 400ml, bơm 500ml trong 70 ngày và lần thứ ba là 450ml trong 73 ngày. Nơ vi được cắt bỏ hoàn toàn. Không có biến chứng.¹²⁴



Hình 1.17. Giãn da bằng túi điều trị NHBK ở vùng thân mình.¹²⁴

A: Trước phẫu thuật. B: Bơm giãn. C: Sau phẫu thuật lần 1. D: Kết quả cuối

Giãn da bằng túi điều trị NHBK ở vùng chi thể

Mĩn Ji Kim báo cáo trẻ 15 tháng có NHBK cẳng chân trái, diện tích 230cm^2 . Túi giãn 400ml được đặt dọc giữa lưng, bơm giãn 600ml trong 110 ngày. Lần 2, giãn da sau 2 năm với túi 550ml, bơm giãn 600ml. Vạt giãn được ghép da dày cả 2 lần. Không có biến chứng.¹²⁴



Hình 1.18. Giãn da bằng túi điều trị NHBK ở vùng chi thể.¹²⁴

A: Trước phẫu thuật. B: Bơm giãn. C: Ghép da tự do. D: Kết quả cuối cùng.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 49 người bệnh được chẩn đoán xác định là NHBK cho mục tiêu 1 và 16 người bệnh NHBK được điều trị bằng phẫu thuật giãn da cho mục tiêu 2.

2.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán NHBK

Lâm sàng chẩn đoán xác định chẩn đoán là nốt vi tế bào hắc tố với 4 đặc điểm nhận dạng chính là màu sắc, bề mặt, ranh giới và lông trên nốt vi.

Mô bệnh học nhuộm HE và hóa mô miễn dịch nhuộm S100, HMB-45 khẳng định chẩn đoán.

Thời gian xuất hiện thương tổn: xuất hiện ngay sau sinh hoặc trước 2 tuổi.

Kích thước để xác định nốt vi là không lồ cần đáp ứng 1 trong 3 điều kiện: đường kính lớn nhất (từ 20cm trở lên, hoặc đạt 20cm trở lên khi trưởng thành, hoặc từ 6cm trở lên ở thân mình, hoặc từ 9cm trở lên ở đầu đối với trẻ em); đơn vị giải phẫu (chiếm toàn bộ một ĐVGP); hoặc diện tích (từ 120cm² trở lên).¹³⁰

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

Mục tiêu 1

Bệnh nhân đến khám bệnh tại Bệnh viện Da liễu Trung ương hoặc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn được chẩn đoán xác định là NHBK.

Mục tiêu 2

Bệnh nhân NHBK đến khám bệnh tại Bệnh viện Da liễu Trung ương hoặc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, được điều trị bằng phẫu thuật giãn da.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Mục tiêu 1

Bệnh nhân hoặc người giám hộ (đối với trẻ nhỏ) không đồng ý tham gia nghiên cứu từ đầu hoặc từ chối trong quá trình nghiên cứu.

Mục tiêu 2

Người bệnh mắc một trong các bệnh toàn thể nặng hoặc chống chỉ định phẫu thuật như: lao, đái tháo đường, basedow, rối loạn đông máu...

Thương tổn hư biến ác tính, ung thư hóa, hoặc vùng điều trị bị chiếu xạ, nhiễm trùng tại chỗ...

Người bệnh dễ bị tổn thương, người bệnh nhiễm HIV, người bệnh tâm thần hay phụ nữ có thai...

2.2. VẬT LIỆU NGHIÊN CỨU

2.2.1. Vật liệu phục vụ cho khám bệnh, tư vấn

Bệnh án, phiếu nghiên cứu theo mẫu.

Máy ảnh chụp ảnh người bệnh, thương tổn trước, trong và sau phẫu thuật.

Dụng cụ khám: thước có vạch từng cm, giấy bóng kính chia ô 1cm².

Máy tính.

Vật liệu khác: bút vẽ không xóa...

2.2.2. Vật liệu phục vụ cho chẩn đoán bệnh

Bộ dụng cụ sinh thiết da: punch, kẹp kim, phẫu tích....

Vật liệu làm mô bệnh học: bộ bảo quản bệnh phẩm, hóa chất nhuộm HE...

Hóa chất nhuộm hóa mô miễn dịch: S100, HMB-45

2.2.3. Vật liệu phục vụ cho phẫu thuật

Phòng phẫu thuật tiêu chuẩn.

Trang thiết bị thông thường: bàn phẫu thuật, đèn mổ, dao mổ điện...

Thiết bị bơm giãn túi: bơm tiêm điện, bơm tiêm nhựa, kim bướm 27G...

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường: dao, kéo, kẹp kim, phẫu tích....

Dụng cụ đặc biệt: dụng cụ bóc tách khoang đặt túi...

Vật tư tiêu hao thông thường: gạc, kim chỉ phẫu thuật, dẫn lưu....

Thuốc, hóa chất: thuốc tê, mê, nước muối sinh lý 0,9%, povidone 10%...

Túi giãn da lăng trụ tứ giác với các thể tích khác nhau, trống bơm, dây nối.

2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Mục tiêu 1: Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Mục tiêu 2: Can thiệp tự so sánh trước sau phẫu thuật.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi là mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Mục tiêu 1: Mẫu thuận tiện

Có 49 NB tham gia nghiên cứu, khảo sát các đặc điểm lâm sàng.

Có 31 NB (trong số 49 NB trên) khảo sát các đặc điểm cận lâm sàng.

Mục tiêu 2: Mẫu thuận tiện

Có 8 NB hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên với 30 lượt phẫu thuật.

Có 8 NB hoàn thành phẫu thuật giãn da bằng túi với 22 lượt phẫu thuật.

2.3.3. Các bước tiến hành

2.3.3.1. Khám và lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

Khám bệnh

Hỏi bệnh: thông tin hành chính, tiền sử, diễn biến bệnh, yếu tố dịch tễ.

Khám lâm sàng toàn thân, tại chỗ đánh giá thương tổn, da lành kế cận.

Xét nghiệm

Mô bệnh học: để khẳng định chẩn đoán, loại trừ trường hợp ác tính, ung thư.

Hóa mô miễn dịch: khẳng định nguồn gốc tế bào.

Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định là nốt vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ.

Chẩn đoán phân biệt với ung thư tế bào hắc tố.

Cam kết

Người bệnh đồng ý phẫu thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Điều trị

Xác định thương tổn

- Thương tổn hoàn toàn lành tính: Có thể sử dụng kỹ thuật giãn da.
- Khả năng cắt bỏ thương tổn:
 - + Loại bỏ toàn bộ thương tổn là tốt nhất nếu không ảnh hưởng chức năng.
 - + Nếu không thì loại bỏ phần nào: Ưu tiên vùng hư biến, vùng hở.
- Dự kiến số lần để có thể phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ thương tổn:
 - + Nếu từ 2 đến 4 lần ưu tiên giãn da tự nhiên.
 - + Nếu cần trên 4 lần ưu tiên giãn da bằng túi .
- Vị trí thương tổn gần hay xa cơ quan dễ bị co kéo:
 - + Nếu xa cơ quan dễ bị co kéo ưu tiên giãn da tự nhiên.
 - + Nếu gần cơ quan dễ bị co kéo ưu tiên lựa chọn giãn da bằng túi.

Xác định tình trạng da lành xung quanh thương tổn

- Xác định diện tích da lành xung quanh thương tổn.
 - + Nếu đủ diện tích nên ưu tiên lựa chọn giãn da tự nhiên.
 - + Nếu không đủ diện tích sẽ lựa chọn giãn da bằng túi từ xa.
- Xác định chất lượng da lành xung quanh: Nếu tốt sẽ sử dụng.
- Xác định cấu trúc da lành xung quanh: Nếu phù hợp sẽ ưu tiên sử dụng.
- Xác định khả năng huy động da lành xung quanh.
 - + Nếu huy động được tốt, nhiều phía ưu tiên lựa chọn giãn da tự nhiên.
 - + Nếu huy động kém, chỉ 1 phía nên ưu tiên giãn da bằng túi.

Lựa chọn người bệnh

- Xét tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ.
- Đủ điều kiện phẫu thuật, gây tê, gây mê, hồi sức

Lựa chọn phương pháp và cách thức phẫu thuật

- Giãn da tự nhiên: đơn thuần hay kết hợp.
- Giãn da bằng túi: đơn thuần hay kết hợp.

2.3.3.2. Quy trình kỹ thuật

Phẫu thuật giãn da tự nhiên

Lập kế hoạch điều trị

- Đánh giá thương tổn: khả năng cắt bỏ, kích thước, diện tích, vị trí.
- Đặc điểm nơi giãn da: diện tích, chất lượng, cấu trúc và khả năng huy động.
- Thời gian phẫu thuật: dự kiến số lần, khoảng cách giữa các lần phẫu thuật.
- Lựa chọn cách cắt bỏ thương tổn: cắt bỏ từ trung tâm hay ngoại vi.
- Dự kiến đường sẹo cuối: dự kiến chiều dài, vị trí, hướng đường sẹo cuối.

Phẫu thuật giãn da tự nhiên lần đầu

- Thiết kế hai đường rạch da bằng nhau, song song với đường căng da.
- Vô cảm mê hay tê.
- Kết hợp lidocain 1% với adrenalin 1/100.000 tiêm dưới thương tổn.
- Rạch da đến lớp dưới da hoặc cân nông, bóc tách đến mép da đối diện.
- Cắt bỏ thương tổn đảm bảo khi khâu trực tiếp phải có sức căng nhất định.
- Bảo tồn tối đa mô dưới mép da, không bóc tách mép vạt da.
- Xử lý nền thương tổn, cầm máu kỹ bằng dao điện. Đặt dẫn lưu nếu cần.
- Đóng khuyết da có sức căng. Khâu da trên nền nơ vi bằng chỉ không tiêu.

Phẫu thuật giãn da tự nhiên những lần sau

- Thời gian giữa 2 lần phẫu thuật cần đủ dài, thường là sau 3 - 6 tháng.
- Cách thức phẫu thuật những lần tiếp theo tương tự lần đầu.
- Số lần phẫu thuật không hạn chế.
- Số lần phẫu thuật nếu cần trên 4 lần thì nên xem xét giãn da bằng túi.

Phẫu thuật giãn da tự nhiên lần cuối

Phẫu thuật lần cuối tương tự những lần kế tiếp. Tuy nhiên cần lưu ý:

- Đường rạch da luôn thiết kế ở vùng da lành xung quanh thương tổn.
- Tránh sang chấn mép da. Bóc tách mép da, để giảm căng cho vạt.
- Đóng khuyết da 2 lớp. Lớp trong bằng chỉ tiêu chậm, không căng.

Chăm sóc sau phẫu thuật

- Theo dõi sát người bệnh, phát hiện các biến chứng để kịp thời xử lý.
- Rút dẫn lưu sau 24h hoặc sau khi hết dịch.
- Thay băng hàng ngày bằng nước muối, mỡ kháng sinh, không băng ép.
- Kháng sinh toàn thân đường tiêm hoặc đường uống 7 đến 10 ngày.
- Điều trị các triệu chứng khác nếu có.
- Cắt chỉ sau 7 đến 14 ngày.
- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án, chụp ảnh, hẹn khám lại.

Phẫu thuật giãn da bằng túi

Lập kế hoạch điều trị

Đánh giá thương tổn: kích thước, diện tích, bệnh lý xung quanh, vị trí.

Đặc điểm nơi đặt túi giãn: kích thước, vị trí, hướng túi, trống bơm và ống nối.

Lựa chọn hệ thống giãn: số lượng, hình dáng, kích thước túi giãn, van bơm.

Lựa chọn đường rạch da: vị trí, hướng, kích thước đường rạch da.

Dự kiến vật giãn: hình thức sử dụng vật: tại chỗ, từ xa hay ghép da.

Phẫu thuật đặt hệ thống giãn

- Chuẩn bị và vô cảm: Thiết kế vùng đặt túi, trống bơm, đường rạch da.

Gây mê hay gây tê tùy thuộc vào mức độ thương tổn, tuổi người bệnh.

- Rạch da và bóc tách khoang đặt túi giãn theo 1 bình diện phù hợp.
- Khoang đặt van nằm dưới da, không quá sâu, gần khoang đặt túi.
- Đặt hệ thống giãn: kiểm tra và đảm bảo hệ thống giãn không bị thủng.

Cuộn tròn túi theo trục lớn, đặt túi vào khoang, trải phẳng túi xuống nền.

- Đóng vết mổ: Khâu da 2 lớp. Bơm nước muối sinh lý 10% thể tích túi.

Băng vết mổ, để hở da trên túi để theo dõi.

Bơm giãn túi

- Bơm giãn theo lịch: Bơm giãn bắt đầu sau 14 - 21 ngày. Mỗi lần bơm 8 - 14% thể tích túi. Tuần bơm 1 - 2 lần. Nghỉ 1 tuần trước tạo hình.

- Bơm giãn liên tục bằng bơm điện có hay không nối với máy đo áp lực bên trong túi. Bơm hàng ngày hoặc bơm liên tục, giúp rút ngắn thời gian.

Phẫu thuật tạo hình vật da giãn

- Chuẩn bị và vô cảm: Vô cảm theo yêu cầu cụ thể. Kháng sinh dự phòng.
- Bơm giãn bổ sung 5 - 10% thể tích túi, duy trì 10 phút trước phẫu thuật.
- Lấy bỏ hệ thống giãn: thiết kế vật, rạch da theo thiết kế, lấy bỏ túi giãn.
- Tạo vật tổ chức: tại chỗ (vật đẩy, xoay, chuyên...), vật từ xa hay ghép da.
- Tạo hình che phủ: Đặt vật lên tổn thương. Cắt thương tổn. Khâu da.

Chăm sóc sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật đặt hệ thống giãn da

- Theo dõi sát người bệnh, phát hiện các biến chứng để kịp thời xử lý.
- Rút dẫn lưu khoang túi giãn sau 24h, tối đa 48h để tránh nhiễm khuẩn.
- Thay băng hàng ngày bằng nước muối, mỡ kháng sinh, không băng ép.
- Kháng sinh toàn thân đường tiêm hoặc đường uống 7 đến 10 ngày.
- Chườm lạnh, điều trị các triệu chứng khác nếu có.
- Cắt chỉ sau 7 đến 10 ngày.
- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án, chụp ảnh.
- Khám lại: Sau 3 tháng, 6 tháng hoặc khi cần thiết.

Sau phẫu thuật tạo hình vật da giãn

- Theo dõi sát người bệnh, phát hiện các biến chứng để kịp thời xử lý.
- Rút dẫn lưu sau 24h hoặc sau khi hết dịch.
- Thay băng hàng ngày bằng nước muối, mỡ kháng sinh, băng ép nhẹ.
- Kháng sinh toàn thân đường tiêm hoặc đường uống 7 đến 10 ngày.
- Giảm đau theo bậc thang nếu đau, điều trị các triệu chứng khác nếu có.
- Cắt chỉ sau 7 đến 10 ngày. Băng ép, băng chun liên tục 2 tháng.
- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án, chụp ảnh.
- Khám lại: Sau 3 tháng, 6 tháng hoặc khi cần thiết.

Hình ảnh minh họa qui trình phẫu thuật giãn da bằng túi



Hình 2.1. NB Lò Việt T.

Qui trình phẫu thuật giãn da bằng túi.

1. Trước phẫu thuật: thương tổn ở thái dương, đỉnh, chằm phải 20 x 30cm.
2. Lập kế hoạch điều trị: thiết kế đặt hệ thống giãn đặt vùng đỉnh, chằm.
3. Phẫu thuật đặt hệ thống giãn: đặt 1 túi giãn lằng trụ tứ giác 320ml.
4. Bơm giãn túi: bơm giãn theo định kì: bơm giãn 480ml.
5. Phẫu thuật tạo hình vạt giãn: vạt nhỏ hơn 5% diện tích, ghép da bổ sung.
6. Sau phẫu thuật 1 tháng: sẹo mảnh, hướng tóc sinh lí.

Phẫu thuật bổ sung kết hợp

Ghép da tự do

- Chuẩn bị nơi cho: đo, vẽ theo hình dáng, kích thước khuyết da.
- Chuẩn bị nền nhận: nền nhận cần phẳng, sạch, ẩm, không chảy máu.
- Lấy mảnh da ghép:
 - + Ghép da dày toàn bộ: lấy bằng dao mổ thông thường.
 - + Ghép da xẻ đôi: lấy bằng dao lấy da, lấy bằng máy.
- Xử lý mảnh da ghép: nếu da dày có thể được làm mỏng, tạo mắt lưới...
- Ghép da lên nền nhận: trải đều mảnh ghép lên nền nhận, khâu cố định.
- Xử lý nơi cho da: khâu đóng kín trực tiếp hoặc đắp gạc ẩm để tự lành.

Vạt tại chỗ

- Thiết kế: thiết kế kiểu vạt theo tổn khuyết.
- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê tại chỗ với adrenalin 1/200.000.
- Bóc tách vạt: rạch da, bóc vạt theo thiết kế, bóc đúng lớp.
- Xử lý nền thương tổn: cầm máu kỹ.
- Chuyển vạt đến nơi nhận: đặt vạt đã bóc tách lên nền nhận.
- Đặt dẫn lưu, đặt lam nếu có nguy cơ chảy máu.
- Khâu da: khâu các mép vạt với nhau, khâu da 2 lớp.

Vạt từ xa

- Thiết kế: thiết kế theo kiểu vạt trực mạch, vạt tự do.
- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê tại chỗ với adrenalin 1/200.000.
- Bóc tách vạt: rạch da, bóc vạt theo thiết kế, bảo tồn trực mạch.
- Xử lý nơi cho vạt: cầm máu kỹ, đóng khuyết nơi cho.
- Chuyển vạt đến nơi nhận: đặt vạt đã bóc tách lên nền nhận.
- Khâu da: khâu nối vi phẫu (vạt tự do). Khâu các mép vạt với nhau.
- Kiểm tra tình trạng nuôi dưỡng vạt.
- Cắt cuống vạt sau 2 - 3 tuần.

2.3.3.3. *Đánh giá kết quả*

Đánh giá kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật

Các tiêu chí đánh giá

- Sức sống vật da.
- Liên sẹo kì đầu.
- Biến chứng.
- Diện tích cắt bỏ.
- Phẫu thuật bổ sung.

Đánh giá kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật

Các tiêu chí đánh giá

- Tình trạng vết sẹo.
- Tình trạng vật da.
- Co kéo.
- Tái phát.
- Khả năng cắt bỏ.

Đánh giá kết quả

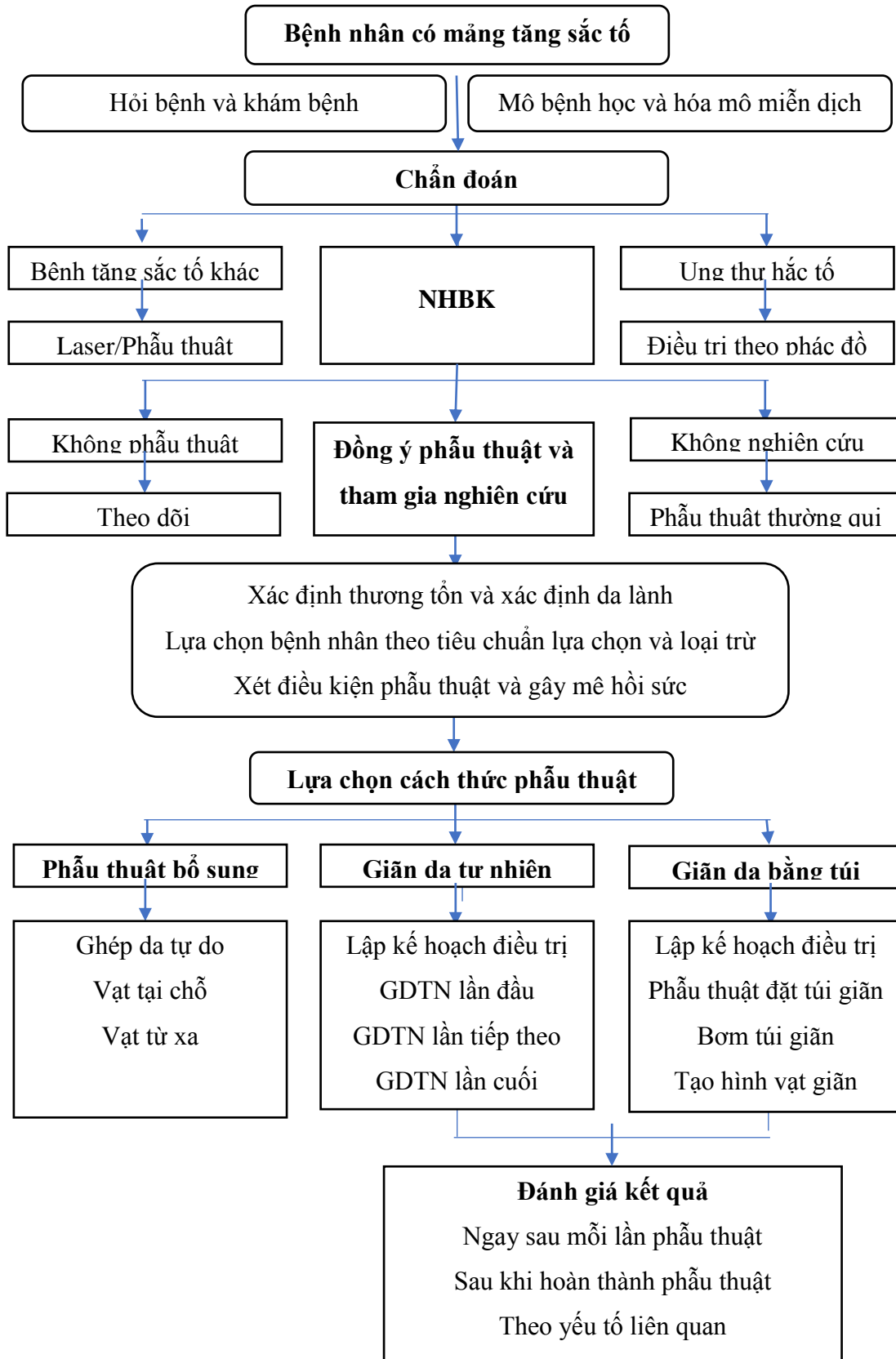
Đánh giá theo 5 mức độ

- Rất tốt.
- Tốt.
- Trung bình.
- Kém.
- Rất kém.

Đánh giá kết quả theo một số yếu tố liên quan

- Theo lứa tuổi.
- Theo vị trí.
- Theo diện tích cắt bỏ.
- Theo số lần cắt bỏ.

2.3.3.4. Sơ đồ nghiên cứu



2.3.4. Các chỉ số, biên số sử dụng trong nghiên cứu

2.3.4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng NHBK

Một số đặc điểm chung

- Tuổi người bệnh: xác định là mấy tuổi.
- Giới tính: xác định là nam hay nữ.
- Dị tật bẩm sinh và hội chứng hắc tố thần kinh da: xác định có hay không.

Đặc điểm lâm sàng NHBK

Đặc điểm nhận dạng

- Màu sắc: xác định là màu nâu hay màu đen.
- Bề mặt: xác định là phẳng nhẵn hay xù xì.
- Ranh giới: xác định là không rõ hay rõ ràng.
- Lông trên nơ vi: xác định là đen, cứng hay nâu, mềm.

Độ lớn của nơ vi:

- Đường kính lớn nhất: xác định là trên hay dưới 20cm.
- Diện tích nơ vi: xác định là trên hay dưới 120cm².
- Đơn vị giải phẫu: xác định là nằm trọn trong 1 ĐVGP hay không.

Vị trí của nơ vi:

- Vị trí trên cơ thể: xác định là đầu mặt cổ, thân mình hay chi thể.
- Vị trí trên mặt: xác định ĐVGP là trán, mắt, mũi, miệng, cằm, má, tai.

Đặc điểm nguy cơ ác tính

- Tiến triển: xác định là bình thường hay bất thường.
- Dấu hiệu, triệu chứng: xác định là bình thường hay bất thường.
- Số lượng vệ tinh: xác định là trên hay dưới 100 vệ tinh.
- Vị trí nguy cơ: xác định là vị trí nguy cơ cao hay thấp.

Đặc điểm cận lâm sàng NHBK

Mô bệnh học: xác định thể bệnh là tiếp giáp, trung bì hay hỗn hợp.

Hóa mô miễn dịch: xác định là dương tính hay âm tính với S100, HMB-45.

STT	Biến số nghiên cứu	Phân loại	Cách thu thập
Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng NHBK			
1	Tuổi	Rời rạc	Phỏng vấn người bệnh
2	Giới tính	Nhị phân	Bệnh án nghiên cứu
3	Dị tật bẩm sinh	Nhị phân	Phỏng vấn bệnh nhân
4	Hội chứng hắc tố thần kinh da	Nhị phân	Phỏng vấn bệnh nhân
5	Màu sắc nơ vi	Danh mục	Khám lâm sàng
6	Bề mặt nơ vi	Danh mục	Khám lâm sàng
7	Ranh giới nơ vi	Danh mục	Khám lâm sàng
8	Lông trên nơ vi	Danh mục	Khám lâm sàng
9	Kích thước nơ vi	Danh mục	Khám lâm sàng
10	Diện tích nơ vi	Danh mục	Khám lâm sàng
11	Đơn vị giải phẫu	Danh mục	Khám lâm sàng
12	Vị trí nơ vi	Danh mục	Khám lâm sàng
13	Yếu tố nguy cơ ác tính	Danh mục	Khám lâm sàng
14	Đặc điểm mô bệnh học	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
15	Hóa mô miễn dịch	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình NHBK bằng phương pháp giãn da			
16	Lý do khám bệnh	Liên tục	Phỏng vấn bệnh nhân
17	Tình trạng hư biến	Danh mục	Phỏng vấn bệnh nhân
18	Tình trạng phẫu thuật	Danh mục	Phỏng vấn người bệnh
19	Khả năng cắt bỏ tổn thương	Danh mục	Khám lâm sàng
20	Số lần cắt bỏ tổn thương	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
21	Vị trí so với cơ quan co kéo	Danh mục	Khám người bệnh
22	Đặc điểm da lành	Danh mục	Khám lâm sàng
23	Cách thức phẫu thuật	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu

24	Phẫu thuật bổ sung kết hợp	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
25	Cách thức cắt bỏ tổn thương	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
26	Cách thức sử dụng vật giãn	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
27	Sức sống vật da	Danh mục	Khám lâm sàng
28	Liên sẹo thì đầu	Danh mục	Khám lâm sàng
29	Các biến chứng	Danh mục	Khám lâm sàng
30	Cắt bỏ thương tổn	Danh mục	Khám lâm sàng
31	Phẫu thuật che phủ	Danh mục	Khám lâm sàng
32	Tình trạng vết sẹo	Danh mục	Khám lâm sàng
33	Tình trạng vật da	Danh mục	Khám lâm sàng
34	Tình trạng co kéo	Danh mục	Khám lâm sàng
35	Tình trạng tái phát	Danh mục	Khám lâm sàng
36	Khả năng cắt bỏ	Danh mục	Khám lâm sàng

2.3.4.2. Kết quả điều trị NHBK bằng phương pháp giãn da

Đặc điểm đối tượng

Chỉ định điều trị NHBK: xác định

- Lí do khám bệnh là lo sợ ác tính hay yếu tố thẩm mỹ.
- Tình trạng hư biến là lành tính hay ung thư
- Tình trạng phẫu thuật là giãn da tự nhiên hay giãn da bằng túi.

Đặc điểm thương tổn NHBK: xác định thương tổn là

- Tình trạng hư biến: thương tổn lành tính hay ung thư hóa.
- Khả năng cắt bỏ: có thể cắt bỏ hoàn toàn hay chỉ có thể cắt bỏ 1 phần.
- Số lần cắt bỏ là 1 - 2 lần, 3 - 4 lần hay từ 5 lần trở lên.
- Vị trí thương tổn là gần hay xa các cơ quan dễ bị co kéo.

Đặc điểm da lành xung quanh thương tổn NHBK: xác định

- Diện tích da lành là đủ hay không đủ để thực hiện giãn da.

- Chất lượng da lành là có thể hay không thể thực hiện giãn da.
- Cấu trúc da lành là cần cấu trúc da bình thường hay đặc biệt.
- Khả năng huy động là có thể hay không thể huy động da từ nhiều phía.

Đặc điểm cách thức phẫu thuật NHBK: xác định

- Cách thức phẫu thuật là giãn da đơn thuần hay giãn da kết hợp.
- Cách thức phẫu thuật bổ sung là ghép da, vạt tại chỗ hay vạt từ xa.
- Cắt bỏ thương tổn là cắt bỏ từ trung tâm hay từ ngoại vi.
- Sử dụng vạt da là vạt tại chỗ, vạt từ xa hay ghép da tự do.

Kết quả điều trị

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật NHBK: xác định là

- Sức sống vạt da: vạt da sống tốt, thiếu dưỡng hay hoại tử.
- Liên sẹo kì đầu: liền sẹo tốt, chậm liền hay không liền sẹo.
- Biến chứng: không có, biến chứng nhẹ hay biến chứng nặng.
- + Nhẹ: chảy máu tự cầm; tụ máu ít, tụ tiêu; nhiễm khuẩn tại chỗ, nhẹ.
- + Nặng: chảy máu, tụ máu cần can thiệp; nhiễm khuẩn nặng, toàn thân.
- Cắt bỏ thương tổn: cắt bỏ toàn bộ, theo thiết kế hay ít hơn thiết kế.
- Che phủ khuyết da: che kín, thiếu hụt dưới hay trên 10% diện tích.

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật NHBK: xác định là

- Tình trạng vết sẹo: đạt 4 - 5 tiêu chí, 2 - 3 tiêu chí hay 0 - 2 tiêu chí.
- Tình trạng vạt da: đạt 4 - 5 tiêu chí, 2 - 3 tiêu chí hay 0 - 2 tiêu chí.
- Tình trạng co kéo: không co kéo, co kéo nhẹ, co kéo nhiều.
- Tình trạng tái phát: không tái phát, tái phát lành tính, ung thư hóa.
- Khả năng cắt bỏ: cắt bỏ toàn bộ, trên 75% hoặc dưới 75% thương tổn.

Tiêu chí vết sẹo: sẹo mảnh hay giãn, sẹo phẳng hay lồi lõm, sẹo mềm hay cứng, sẹo cùng màu hay khác màu, sẹo không co kéo hay co kéo.

Tiêu chí vạt da: tương đồng hay không tương đồng về 5 tiêu chí: mật độ, màu sắc, độ dày, bề mặt, lông tóc.

2.3.5. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

Các kỹ thuật cắt bỏ thương tổn

Cắt bỏ hoàn toàn thương tổn:	trong 1 lần phẫu thuật trong nhiều lần phẫu thuật
Cắt bỏ một phần thương tổn:	trong 1 lần phẫu thuật trong nhiều lần phẫu thuật

Các kỹ thuật che phủ khuyết da

Các kỹ thuật giãn da:	giãn da tự nhiên giãn da bằng túi
Các kỹ thuật bổ sung, hỗ trợ:	ghép da tự do vạt da tại chỗ, từ xa..

2.3.6. Cách đánh giá kết quả phẫu thuật

Có nhiều tác giả đánh giá kết quả phẫu thuật giãn da bao gồm giãn da tự nhiên và giãn da bằng túi nhưng người bệnh bao gồm các bệnh lí khác nhau như sẹo bỏng, sẹo lồi, nơ vi hắc tố gồm cả nơ vi lớn và khổng lồ...

Một số nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật cho NHBK bao gồm các phương pháp khác nhau như giãn da, ghép da tự do... Nghiên cứu về điều trị NHBK bằng phương pháp giãn da còn hạn chế về số lượng người bệnh.

Các đánh giá kết quả phẫu thuật xoay quanh các vấn đề chính như lứa tuổi, vị trí thương tổn, các biến chứng như hoại tử vạt, nhiễm trùng, sẹo quá phát, sẹo lồi hay sự co kéo biến dạng các cơ quan lân cận...

Theo thực tế nghiên cứu, điều trị NHBK cần nhiều lần phẫu thuật và nhiều phương pháp tạo hình khác nhau, cần có chiến lược điều trị xuyên suốt, lâu dài. Để đánh giá kết quả chúng tôi đánh giá kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật theo 5 tiêu chí chính như sức sống của vạt, sự liền sẹo, các biến chứng, khả năng cắt bỏ thương tổn và che phủ khuyết da. Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật chúng tôi dựa trên 5 tiêu chí chính như tình trạng vết sẹo, tình trạng vạt da, sự tái phát, khả năng cắt bỏ thương tổn và tình trạng co kéo cơ quan xung quanh.

2.3.6.1. Đánh giá kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật

Thời điểm đánh giá: ngày thứ 1, thứ 7, thứ 10, thứ 14 và khi cắt chỉ

Các tiêu chí đánh giá: gồm 5 tiêu chí chính.

- Sức sống vạt da: tốt: sống tốt, trung bình: thiếu dưỡng, kém: hoại tử.
- Liên sẹo kì đầu: tốt: sẹo liền, trung bình: chậm liền, kém: không liền.
- Biến chứng: tốt: không có, trung bình: nhẹ, kém: nặng.
- Diện tích cắt bỏ: tốt: toàn bộ, trung bình: theo dự kiến, kém: cắt ít hơn.
- Phẫu thuật bổ sung: tốt: không, trung bình: dưới 10%, kém: trên 10%

2.3.6.2. Đánh giá kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật

Thời điểm đánh giá: tháng thứ 3, thứ 6, thứ 12 và khi khám lại.

Các tiêu chí đánh giá: gồm 5 tiêu chí chính.

- Vết sẹo: tốt: đạt 4 - 5, trung bình: đạt 2 - 3, kém: đạt 0 - 1 tiêu chí.
- Vạt da: tốt: đạt 4 - 5, trung bình: đạt 2 - 3, kém: đạt 0 - 1 tiêu chí.
- Co kéo: tốt: không co kéo, trung bình: co kéo nhẹ, kém: co kéo mạnh.
- Tái phát: tốt: không, trung bình: tái phát lành tính, kém: ung thư hóa.
- Khả năng cắt bỏ: tốt: toàn bộ, trung bình: trên 75%, kém: dưới 75%

diện tích.

2.3.6.3. Đánh giá kết quả theo một số yếu tố liên quan

- Theo lứa tuổi: từ 2 đến 6 tuổi, từ 6 đến 18 tuổi, trên 18 tuổi.
- Theo vị trí: đầu mặt cổ, thân mình, chi thể.
- Theo diện tích cắt bỏ: toàn bộ thương tổn, trên 75%, dưới 75% diện tích.
- Theo số lần cắt bỏ: từ 1 đến 2 lần, từ 3 đến 4 lần, trên 4 lần.

2.3.7. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học

Thu thập, làm sạch, mã hóa, nhập liệu, xử lý thông tin.

Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

Biến số được thể hiện dưới dạng giá trị lớn nhất, nhỏ nhất, tỉ lệ phần trăm...

Các thuật toán thống kê được sử dụng: test X^2 , tính trung bình, tỉ lệ...¹²⁶

2.4. ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

2.4.1. Địa điểm nghiên cứu

- Khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ và Phục hồi chức năng - Bệnh viện Da liễu Trung ương.

- Khoa Phẫu thuật tạo hình - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2.4.2. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 10 năm 2022.

2.5. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu viên đảm bảo tuyên ngôn Helsinki về đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Da liễu Trung ương theo quyết định số 243/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 28/11/2014.

2.5.1. Đánh giá lợi ích và nguy cơ

Lợi ích: Người bệnh được điều trị theo qui trình, có thông tin phản hồi, các tai biến nếu có sẽ sớm có biện pháp khắc phục. Phẫu thuật viên có thông tin đầy đủ nên lựa chọn phương pháp phù hợp, xử lý tai biến nhanh chóng.

Nguy cơ: Đó là những nguy cơ của bản thân loại hình phẫu thuật này, đã được Bộ Y tế chấp nhận và thông qua. Nếu tai biến xảy ra, người bệnh được khắc phục bằng các phương pháp phẫu thuật thường qui.

Đánh giá: Trong nghiên cứu này, nhìn chung, chúng tôi nhận thấy và đánh giá những lợi ích đem lại cho người bệnh sẽ lớn hơn những nguy cơ xấu có thể xảy ra với người bệnh.

2.5.2. Sự thỏa thuận giữa người bệnh và người nghiên cứu

Người bệnh tự nguyện và có quyền từ chối tham gia bất cứ lúc nào, có sự liên lạc thường xuyên với người nghiên cứu, được thông báo chi tiết phương pháp điều trị. Người bệnh nghiên cứu được mã hóa, giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu chỉ công bố chung, không cụ thể. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã loại trừ các đối tượng dễ bị tổn thương: phụ nữ có thai, tâm thần.

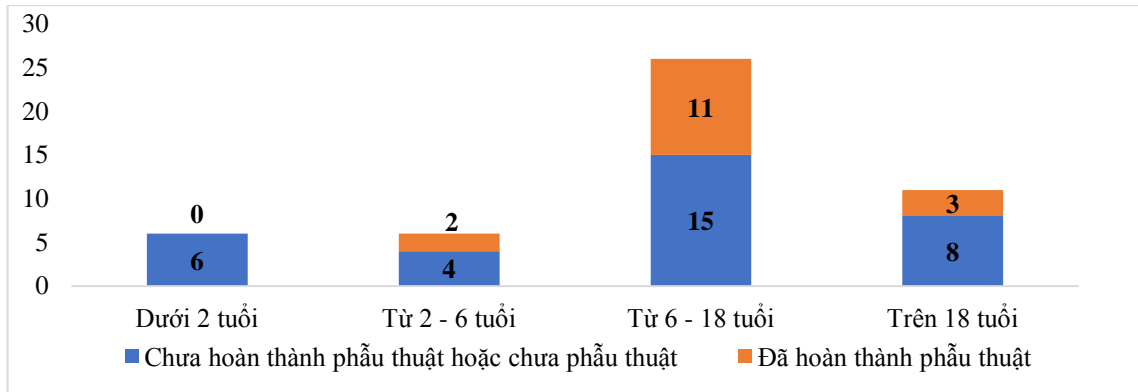
CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NHBK

3.1.1. Một số đặc điểm chung NHBK

3.1.1.1. Tuổi người bệnh

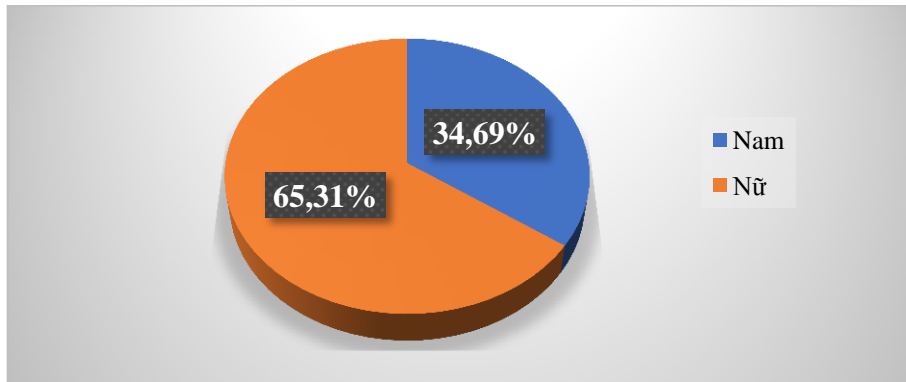


Biểu đồ 3.1. Phân bố theo tuổi người bệnh (n = 49).

Nhận xét: Trong tổng số 49 trường hợp NHBK (n = 49):

Có 6 NB dưới 2 tuổi, 6 NB 2 - 6 tuổi, 26 NB 6 - 18 tuổi, 11 NB trên 18 tuổi.

3.1.1.2. Giới tính



Biểu đồ 3.2: Phân bố theo giới tính (n = 49).

Nhận xét: Trong tổng số 49 trường hợp NHBK (n = 49).

Có 17 NB là nam, chiếm tỉ lệ 34,69%.

Có 32 NB là nữ, chiếm tỉ lệ 65,31%.

3.1.1.3. Dị tật bẩm sinh và hội chứng hắc tố thần kinh da

Bảng 3.1: Phân bố dị tật bẩm sinh và hội chứng hắc tố thần kinh da (n = 49).

Dị tật bẩm sinh và hội chứng hắc tố thần kinh da		Số lượng	%
Dị tật bẩm sinh	Không	45	91,84
	Kèm theo	4	8,16
Hội chứng hắc tố thần kinh da	Không	49	100
	Kèm theo	0	0

Nhận xét: Trong tổng số 49 trường hợp NHBK (n = 49):

45/49 trường hợp NHBK không có dị tật bẩm sinh kèm theo.

4/49 trường hợp NHBK kèm theo dị tật bẩm sinh:

1 u mỡ,

2 u xơ thần kinh,

1 nơ vi Spitz.

Không có trường hợp nào kèm theo HHTD.



Hình 3.1. NB Trần Thị N.

NHBK kèm dị tật bẩm sinh u mỡ trên nền thương tổn.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng NHBK

3.1.2.1. Đặc điểm nhận dạng của NHBK

Các đặc điểm nhận dạng của NHBK

Bảng 3.2: Phân bố các đặc điểm nhận dạng của NHBK (n = 49).

Các đặc điểm nhận dạng của NHBK		Số lượng	%
Màu sắc nơ vi	Màu nâu	3	6,12
	Màu đen	46	93,88
Bề mặt nơ vi	Phẳng nhẵn	4	8,16
	Xù xì	45	91,84
Ranh giới nơ vi	Không rõ	4	8,16
	Rõ ràng	45	91,84
Lông trên nơ vi	Nâu mềm	5	10,20
	Đen cứng	44	89,80

Nhận xét: Trong tổng số 49 trường hợp NHBK (n = 49):

Các đặc điểm nhận dạng của NHBK thường gặp là: màu đen (93,88%), bề mặt xù xì (91,84%), ranh giới rõ ràng (91,84%), lông đen cứng (89,80 %).

Các đặc điểm nhận dạng của NHBK ít gặp là: màu nâu (6,12%), bề mặt phẳng nhẵn (8,16%), ranh giới không rõ (8,16%), lông nâu mềm (10,20%).



Hình 3.2. NB Vũ Bùi Minh K.

NHBK thường gặp: màu đen, bề mặt xù xì, ranh giới rõ ràng, lông đen cứng.

Các đặc điểm nhận dạng ít gặp của NHBK

Bảng 3.3: Phân bố các đặc điểm nhận dạng ít gặp của NHBK (n = 7).

Đặc điểm nhận dạng ít gặp	Màu sắc nâu nhạt	Bề mặt phẳng nhẵn	Ranh giới không rõ	Lông nâu mềm	Số lượng
1 đặc điểm	(+)				1
			(+)		1
2 đặc điểm		(+)		(+)	2
3 đặc điểm	(+)		(+)	(+)	1
		(+)	(+)	(+)	1
4 đặc điểm	(+)	(+)	(+)	(+)	1
Tổng số					7

Nhận xét: Trong 49 NHBK, 7 trường hợp có đặc điểm nhận dạng ít gặp (n = 7)

2/7 trường hợp có 1 đặc điểm ít gặp.

2/7 trường hợp có 2 đặc điểm ít gặp: bề mặt phẳng, lông nâu mềm.

2/7 trường hợp có 3 đặc điểm ít gặp: màu nâu, ranh giới không rõ, lông nâu mềm và bề mặt phẳng nhẵn, ranh giới không rõ, lông nâu mềm.

1/7 trường hợp có 4 đặc điểm ít gặp.



Hình 3.3. NB Trần Thị N.

NHBK ít gặp: màu nâu, bề mặt phẳng nhẵn, ranh giới không rõ.

3.1.2.2. Đặc điểm độ lớn của NHBK

Bảng 3.4: Phân bố đặc điểm độ lớn của NHBK (n = 49).

	Đặc điểm độ lớn của NHBK	Số lượng	%
Kích thước	Từ 20cm trở lên	35	71,42
	Đạt 20cm khi trưởng thành	7	14,29
	Dưới 20cm khi trưởng thành	7	14,29
Diện tích	Từ 120cm ² trở lên	49	100
	Dưới 120cm ²	0	0
Đơn vị giải phẫu	Nằm trọn trong 1 đơn vị giải phẫu	23	46,94
	Không nằm trọn trong 1 đơn vị giải phẫu	26	53,06

Nhận xét: Trong tổng số 49 trường hợp NHBK (n = 49):

Về kích thước của nơ vi: Có 35/49 trường hợp từ 20cm trở lên; 7/49 trường hợp sẽ đạt 20cm khi trưởng thành; 7/49 trường hợp dưới 20cm khi trưởng thành.

Về diện tích nơ vi: Có 49/49 trường hợp diện tích nơ vi từ 120cm² trở lên.

Về đơn vị giải phẫu: Có 23/49 trường hợp nơ vi nằm trọn trong 1 đơn vị giải phẫu, có 26/49 trường hợp nơ vi không nằm trọn trong 1 đơn vị giải phẫu.



Hình 3.4. NB. Nguyễn Ngọc H.

NHBK có đường kính lớn nhất trên 20cm, diện tích trên 2%, lớn hơn 120cm², chiếm toàn bộ 1 ĐVGP vùng bụng.

3.1.2.3. Đặc điểm vị trí của NHBK

Đặc điểm vị trí của NHBK trên cơ thể

Bảng 3.5: Phân bố đặc điểm vị trí của NHBK trên cơ thể (n = 49).

Đặc điểm vị trí của NHBK trên cơ thể	Số lượng	%
Đầu mặt cổ	17	34,69
Đầu mặt cổ + thân mình	2	4,08
Thân mình	8	16,33
Thân mình + chi thể	8	16,33
Chi thể	14	28,57
Tổng số	49	100

Nhận xét:

Trong 49 trường hợp NHBK (n = 49):

Có 17/49 trường hợp nơ vi xuất hiện trên đầu mặt cổ.

Có 2/49 trường hợp nơ vi xuất hiện trên đầu mặt cổ và thân mình.

Có 8/49 trường hợp nơ vi xuất hiện trên thân mình.

Có 8/49 trường hợp nơ vi xuất hiện trên thân mình và chi thể.

Có 14/49 trường hợp nơ vi xuất hiện trên chi thể.



Hình 3.5. NB Nguyễn Khánh L.

NHBK có vị trí trên cẳng tay.

Đặc điểm vị trí của NHBK trên mặt

Bảng 3.6: Phân bố đặc điểm vị trí của NHBK trên mặt (n = 31).

Đặc điểm vị trí của NHBK trên mặt	Số lượng	%
Trán	9	21,43
Mắt	7	16,67
Mũi	4	9,52
Miệng	0	0
Cằm	0	0
Má	9	21,43
Tai	2	4,76
Tổng số	31	100

Nhận xét: Trong 13 NHBK vùng mặt, nơi vi xuất hiện trên 31 ĐVG (n = 31):

Có 9/31 trường hợp nơi vi xuất hiện vùng trán, chiếm tỉ lệ 21,43%.

Có 9/31 trường hợp nơi vi xuất hiện vùng má, chiếm tỉ lệ 21,43%.

Có 7/31 trường hợp nơi vi xuất hiện vùng mắt, chiếm tỉ lệ 16,67%.

Có 4/31 trường hợp nơi vi xuất hiện vùng mũi.

và 2/31 trường hợp xuất hiện vùng tai.



Hình 3.6. NB Hoàng Thị Q.

NHBK có vị trí ít gặp nhất tại vùng tai.

Đặc điểm đơn vị giải phẫu của NHBK trên mặt

Bảng 3.7: Phân bố đặc điểm đơn vị giải phẫu của NHBK trên mặt (n = 13).

Đặc điểm đơn vị giải phẫu của NHBK trên mặt	Số lượng	%
1 đơn vị giải phẫu	1	7,69
2 đơn vị giải phẫu	3	23,08
3 đơn vị giải phẫu	4	30,77
4 đơn vị giải phẫu	2	15,38
5 đơn vị giải phẫu	3	23,08
Tổng số	13	100

Nhận xét: Trong 13 trường hợp NHBK ở vùng mặt (n = 13):

Có 1/13 trường hợp nơ vi xuất hiện trên 1 đơn vị giải phẫu.

Có 3/13 trường hợp nơ vi xuất hiện trên 2 đơn vị giải phẫu.

Có 4/13 trường hợp nơ vi xuất hiện trên 3 đơn vị giải phẫu.

Có 2/13 trường hợp nơ vi xuất hiện trên 4 đơn vị giải phẫu.

Có 3/13 trường hợp nơ vi xuất hiện trên 5 đơn vị giải phẫu.



Hình 3.7. NB Phạm Thảo N.

NHBK trên mặt với nhiều đơn vị giải phẫu khác nhau.

3.1.2.4. Đặc điểm nguy cơ ác tính của NHBK

Các yếu tố nguy cơ ác tính của NHBK

Bảng 3.8: Phân bố các yếu tố nguy cơ ác tính của NHBK (n = 49).

Các yếu tố nguy cơ ác tính của NHBK		Số lượng	%
Tiền triển bất thường	Không có	45	91,84%
	Có	4	8,16%
Dấu hiệu triệu chứng	Bình thường	47	95,92%
	Bất thường	2	4,08%
Số lượng vệ tinh	Dưới 100	41	83,67%
	Trên 100	8	16,33%
Vị trí ác tính cao	Không có	29	59,18%
	Có	20	40,82%

Nhận xét: Trong tổng số 49 trường hợp NHBK (n = 49):

4/49 trường hợp tiền triển bất thường, 2/49 có triệu chứng bất thường.

8/49 có trên 100 vệ tinh, 20/49 có vị trí nguy cơ ác tính cao.

Tiền triển bất thường: thay đổi kích thước, màu sắc, bề mặt, ranh giới...

Dấu hiệu, triệu chứng bất thường: ngứa, khô da, đỏ da, chảy máu, loét...

Vị trí ác tính cao: đỉnh, cằm, cột sống, mông, bụng, bàn tay, bàn chân..



Hình 3.8. NB Đình Chân P.

NHBK có trên 100 vệ tinh, nguy cơ ác tính cao.

Đặc điểm xuất hiện các yếu tố nguy cơ ác tính của NHBK

Bảng 3.9: Phân bố đặc điểm xuất hiện các yếu tố nguy cơ ác tính của NHBK (n = 23).

Đặc điểm xuất hiện	Tiến triển bất thường	Dấu hiệu bất thường	Trên 100 vệ tinh	Vị trí nguy cơ cao	Số lượng
1 đặc điểm	(+)				1
		(+)			1
			(+)		0
				(+)	10
2 đặc điểm	(+)	(+)			1
	(+)		(+)		0
	(+)			(+)	2
		(+)	(+)		0
		(+)		(+)	0
			(+)	(+)	8
3 đặc điểm	(+)	(+)	(+)		0
	(+)	(+)		(+)	0
	(+)		(+)	(+)	0
		(+)	(+)	(+)	0
4 đặc điểm	(+)	(+)	(+)	(+)	0
Tổng số	4	2	8	20	23

Nhận xét: Trong 49 NHBK, 23 trường hợp có yếu tố nguy cơ ác tính (n = 23):

Có 12/23 trường hợp có 1 yếu tố nguy cơ ác tính cao. Trong đó, 1 trường hợp có tiến triển bất thường, 1 trường hợp có dấu hiệu bất thường, 10 trường hợp có vị trí nguy cơ cao.

Có 11/23 trường hợp có 2 yếu tố nguy cơ ác tính.

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng NHBK

3.1.3.1. Đặc điểm mô bệnh học của NHBK

Bảng 3.10: Phân bố đặc điểm mô bệnh học của NHBK (n = 31).

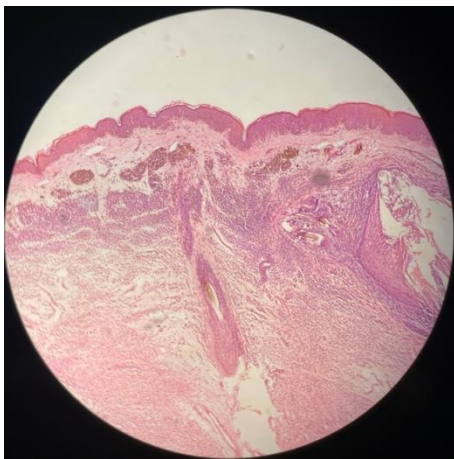
Đặc điểm mô bệnh học của NHBK	Đặc điểm lâm sàng thường gặp (n ₁ = 25)		Đặc điểm lâm sàng ít gặp (n ₂ = 6)	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Thể tiếp giáp	1	4,00	0	0
Thể trung bì	23	92,00	5	83,33
Thể hỗn hợp	1	4,00	1	16,67
Tổng số	25	100	6	100

Nhận xét: Trong 49 NHBK có 31 người bệnh làm mô bệnh học (n = 31):

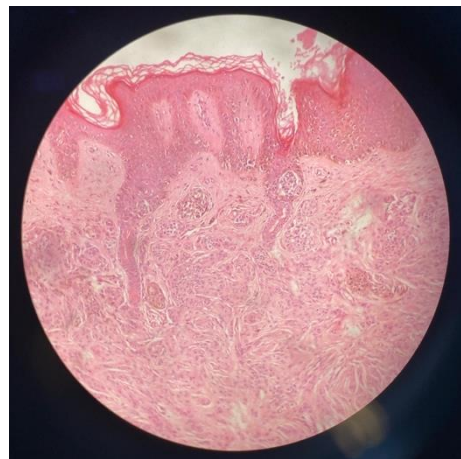
Thể trung bì chiếm đa số với 28/31 trường hợp. Trong đó, 23 trường hợp có thể lâm sàng điển hình, 05 trường hợp có thể lâm sàng không điển hình.

Có 2/31 trường hợp thể hỗn hợp. Trong đó, 1 trường hợp có thể lâm sàng điển hình, 1 trường hợp có thể lâm sàng không điển hình.

Có 1/31 trường hợp thể tiếp giáp, có thể lâm sàng điển hình.



Hình 3.9. NB Nguyễn Ngọc H.
NHBK thể trung bì.



Hình 3.10. NB Nguyễn Phương L.
NHBK thể tiếp giáp.

3.1.3.2. Đặc điểm hóa mô miễn dịch của NHBK

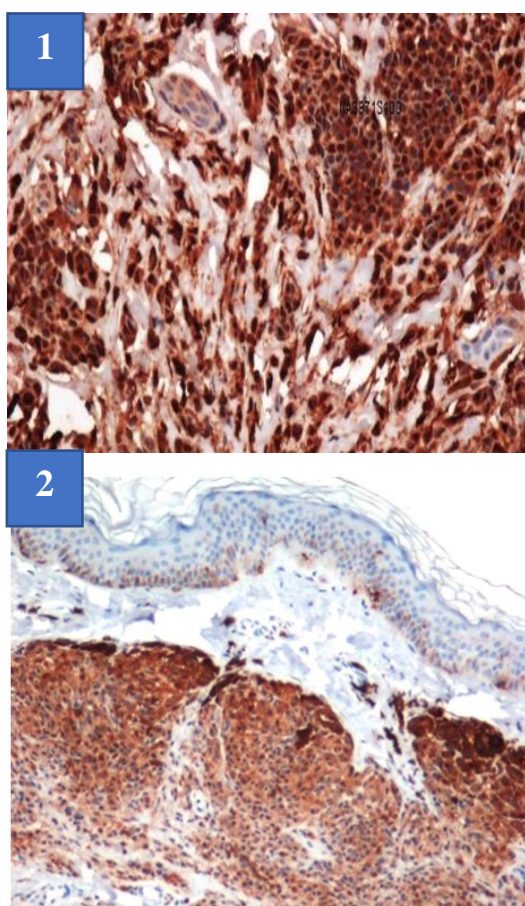
Bảng 3.11: Phân bố đặc điểm hóa mô miễn dịch của NHBK (n = 31).

Đặc điểm hóa mô miễn dịch của NHBK	S100	HMB-45
Dương tính	31	31
Âm tính	0	0
Tổng số	31	31

Nhận xét:

Trong 49 NHBK có 31 trường hợp làm hóa mô miễn dịch (n = 31):

Có 31/31 trường hợp dương tính với S100 và HMB-45, chiếm tỉ lệ 100%.



Hình 3.11. NB Nguyễn Trọng L.

Hóa mô miễn dịch NHBK dương tính với S100 và HMB-45.

1. Nhuộm S100. 2. Nhuộm HMB-45.

3.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NHBK BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIÃN DA

3.2.1. Đặc điểm đối tượng

3.2.1.1. Chỉ định điều trị

Bảng 3.12: Phân bố chỉ định điều trị (n = 16).

Chỉ định điều trị		Số lượng	%
Lí do	Thâm mĩ	13	81,25
khám bệnh	Lo lắng ác tính	3	18,75
Tình trạng	Lành tính	48	97,96
hư biến	Ung thư hóa	1	2,04
Tình trạng	Giãn da tự nhiên	8	50,00
phẫu thuật	Giãn da bằng túi	8	50,00

Nhận xét: Có 16 trường hợp NHBK đã hoàn thành phẫu thuật giãn da (n = 16):

13/16 trường hợp có lí do thâm mĩ, 3/16 trường hợp lo lắng ác tính.

48/49 trường hợp nơ vi còn lành tính, 1/49 trường hợp đã ung thư hóa.

8/16 trường hợp giãn da tự nhiên, 8/16 trường hợp giãn da bằng túi.



Hình 3.12. NB Phạm Thị L.

NHBK không có khả năng phẫu thuật.

3.2.1.2. Đặc điểm thương tổn

Bảng 3.13. Phân bố đặc điểm thương tổn (n = 16).

Đặc điểm thương tổn		Giãn da tự nhiên (n ₁ = 8)	Giãn da bằng túi (n ₂ = 8)
Tình trạng	Lành tính	8	8
hur biến	Ác tính	0	0
Khả năng cắt bỏ thương tổn	Toàn bộ thương tổn	7	5
	Một phần thương tổn	1	3
Số lần cắt bỏ thương tổn	Từ 1 đến 4 lần	7	8
	Trên 4 lần	1	0
Vị trí thương tổn	Xa cơ quan co kéo	4	6
	Gần cơ quan co kéo	4	2

Nhận xét: Có 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật giãn da (n = 16)

8 trường hợp giãn da tự nhiên: 7 trường hợp có thể cắt toàn bộ thương tổn, 1 trường hợp cần trên 4 lần phẫu thuật, 4 trường hợp gần cơ quan dễ bị co kéo.

8 trường hợp giãn da bằng túi: 5 trường hợp có thể cắt toàn bộ nơ vi, 8 trường hợp cần từ 2 - 4 lần phẫu thuật, 2 trường hợp gần cơ quan dễ bị co kéo.

**Hình 3.13. NB Vũ Bùi Minh K.**

NHBK có vị trí gần mắt, mũi, miệng, cơ quan dễ bị co kéo.

3.2.1.3. Đặc điểm da lành xung quanh thương tổn

Bảng 3.14. Phân bố đặc điểm da lành xung quanh thương tổn (n = 16).

Đặc điểm da lành xung quanh thương tổn		Giãn da tự nhiên (n ₁ = 8)	Giãn da bằng túi (n ₂ = 8)
Diện tích da lành	Đủ để giãn da	8	5
	Không đủ để giãn da	0	3
Khả năng sử dụng	Sử dụng được	8	5
	Không sử dụng được	0	3
Cấu trúc da lành	Bình thường	8	5
	Đặc biệt	0	3
Khả năng huy động	Từ nhiều phía	8	0
	Từ 1 phía	0	8

Nhận xét: Có 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật giãn da (n = 16)

8/8 trường hợp giãn da tự nhiên: da lành xung quanh còn đủ để giãn da, sử dụng được, cấu trúc da bình thường, huy động được từ nhiều phía.

5/8 trường hợp giãn da bằng túi da lành xung quanh đủ để giãn da, da sử dụng được, cấu trúc bình thường. Cả 8 trường hợp huy động da được từ 1 phía.



Hình 3.14. NB Nguyễn Bích N.

Diện tích da lành còn 45%, đủ để giãn da bằng túi.

3.2.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.2.1. Cách thức phẫu thuật

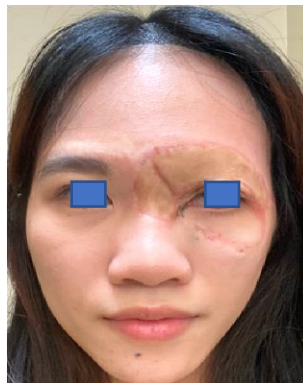
Bảng 3.15. Phân bố cách thức phẫu thuật (n = 16).

Cách thức phẫu thuật		Giãn da tự nhiên (n ₁ = 8)	Giãn da bằng túi (n ₂ = 8)
Cách thức phẫu thuật	Giãn da đơn thuần	6	3
	Giãn da kết hợp	2	5
Phẫu thuật bổ sung kết hợp	Ghép da	2	2
	Vạt tại chỗ	0	1
	Vạt tại chỗ + ghép da	0	2
Cách thức cắt bỏ thương tổn	Từ trung tâm, cổ điển	1	
	Từ trung tâm, cải tiến	1	
	Từ ngoại vi	6	
Cách thức sử dụng vạt giãn	Vạt tại chỗ		5
	Vạt từ xa		2
	Ghép da tự do		1

Nhận xét: Có 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật giãn da (n = 16).

7/8 trường hợp giãn da tự nhiên đơn thuần, 3/8 giãn da bằng túi đơn thuần.

Cần phẫu thuật bổ sung cho 1/8 giãn da tự nhiên và 5/8 giãn da bằng túi.



Hình 3.15. NB Nguyễn Bích N.

Giãn da bằng túi điều trị NHBK, bổ sung ghép da tự do vùng mi mắt.

3.2.2.2. Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da**Bảng 3.16: Phân bố kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da****($n_1 = 30, n_2 = 22$)**

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da		Giãn da tự nhiên ($n_1 = 30$)	Giãn da bằng túi ($n_2 = 22$)
Sức sống vạt da	Vạt sống tốt	25	20
	Thiếu dưỡng vạt	4	1
	Hoại tử vạt	1	1
Liên sẹo kì đầu	Sẹo liền tốt	26	22
	Liên sẹo kém	4	0
	Không liền sẹo	0	0
Các biến chứng	Không biến chứng	30	18
	Biến chứng nhẹ	0	2
	Biến chứng nặng	0	2
Cắt bỏ thương tổn	Toàn bộ, 1 lần phẫu thuật	0	1
	Theo dự kiến	30	20
	Ít hơn dự kiến	0	1
Phẫu thuật che phủ	Giãn da che phủ được 100%	30	20
	Giãn da che phủ trên 90%	0	2
	Giãn da che phủ dưới 90%	0	0

Nhận xét: Có 30 lượt giãn da tự nhiên và 22 lượt giãn da bằng túi:

Trong 30 lượt phẫu thuật giãn da tự nhiên: 5/30 lượt thiếu dưỡng và hoại tử vạt, 4/30 lượt liên sẹo kém.

Trong 22 lượt phẫu thuật giãn da bằng túi: 2/22 lượt thiếu dưỡng, hoại tử vạt, 4/22 lượt có biến chứng nhẹ hoặc nặng, 1/22 lượt cắt bỏ thương tổn ít hơn dự kiến, 2/22 lượt cần phẫu thuật bổ sung để đóng kín khuyết da kì đầu.

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da tự nhiên

**Bảng 3.17: Phân bố kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật GDTN
($n_1 = 30$).**

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da tự nhiên	Số lượng	%
Rất tốt	25	83,33
Tốt	4	13,33
Trung bình	1	3,34
Kém	0	0
Rất kém	0	0
Tổng số	30	100

Nhận xét: Có 30 lượt phẫu thuật giãn da tự nhiên:

25/30 lượt (83,33%), đạt điểm từ 9 đến 10, được đánh giá là rất tốt.

4/30 lượt (13,33%), đạt điểm từ 7 đến 8, được đánh giá là tốt.

1/30 lượt (3,34%), đạt điểm từ 5 đến 6, được đánh giá là trung bình.



Hình 3.16. NB Nông Khánh L.

Kết quả ngay sau phẫu thuật giãn da tự nhiên được đánh giá là rất tốt.

Sau phẫu thuật ngày thứ 10, vạt da sống tốt, liền sẹo tốt, không biến chứng, cắt bỏ thương tổn theo dự kiến, đóng da trực tiếp toàn bộ, vết mổ căng nhẹ.

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da bằng túi

Bảng 3.18: Phân bố kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da bằng túi (n₂ = 22).

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da bằng túi	Số lượng	%
Rất tốt	16	72,73
Tốt	6	27,27
Trung bình	0	0
Kém	0	0
Rất kém	0	0
Tổng số	22	100

Nhận xét: Có 22 lượt phẫu thuật giãn da bằng túi:

16/22 lượt (72,73%), đạt điểm từ 9 đến 10, được đánh giá là rất tốt.

6/22 lượt (27,27%), đạt điểm từ 7 đến 8, được đánh giá là tốt.

Không có lượt nào đạt điểm dưới 7.



Hình 3.17. NB Phạm Thảo N.

Kết quả ngay sau phẫu thuật giãn da bằng túi được đánh giá là rất tốt.

Sau phẫu thuật ngày thứ 10, vạt da sống tốt, liền sẹo tốt, không biến chứng, cắt bỏ thương tổn theo dự kiến, đóng da trực tiếp toàn bộ, vết mổ không căng.

3.2.2.3. Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da

Bảng 3.19: Phân bố kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da

(n=16; n₁ = 8; n₂ = 8)

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da		Giãn da tự nhiên (n₁ = 8)	Giãn da bằng túi (n₂ = 8)
Tình trạng vết sẹo	Đạt 4 - 5/5 tiêu chí	1	4
	Đạt 2 - 3/5 tiêu chí	7	4
	Đạt 0 - 1/5 tiêu chí	0	0
Tình trạng vạt da	Đạt 4 - 5/5 tiêu chí	6	5
	Đạt 2 - 3/5 tiêu chí	2	3
	Đạt 0 - 1/5 tiêu chí	0	0
Tình trạng co kéo	Không co kéo	6	8
	Co kéo nhẹ, tự hồi phục	2	0
	Co kéo nặng, không hồi phục	0	0
Tình trạng tái phát	Không tái phát	8	8
	Tái phát, lành tính	0	0
	Tái phát, ác tính hóa	0	0
Khả năng cắt bỏ	Cắt bỏ toàn bộ thương tổn	7	5
	Cắt bỏ trên 75% thương tổn	1	3
	Cắt bỏ dưới 75% thương tổn	0	0

Nhận xét: Có 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật giãn da

Có 8 trường hợp giãn da tự nhiên: 1/8 trường hợp sẹo đạt 4 - 5 tiêu chí, 6/8 trường hợp vạt da đạt 4 - 5 tiêu chí, 6/8 trường hợp không co kéo, 8/8 trường hợp không tái phát, 7/8 trường hợp cắt bỏ được toàn bộ thương tổn.

Có 8 trường hợp giãn da bằng túi: 4/8 trường hợp sẹo đạt 4 - 5 tiêu chí, 5/8 vạt da đạt 4 - 5 tiêu chí, 5/8 trường hợp cắt bỏ được toàn bộ thương tổn.

**Bảng 3.20: Bảng điểm kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da
(n = 16, n₁ = 8; n₂ = 8)**

	TT vết sẹo	TT vạt da	TT co kéo	TT tái phát	TT cắt bỏ	Tổng điểm	Đánh giá
Trần Cẩm Y.	2	2	2	2	2	10	Rất tốt
Đỗ Thị Thùy D.	1	2	1	2	2	8	Tốt
Ngô Thu U.	1	2	2	2	2	9	Rất tốt
Vũ Thị Minh T.	1	1	1	2	2	7	Tốt
Nông Khánh L.	1	2	2	2	2	9	Rất tốt
Nguyễn Thị H.	1	2	2	2	1	8	Tốt
Nguyễn Thị T.	1	1	2	2	2	8	Tốt
Trần Thị N.	1	2	2	2	2	9	Rất tốt
Lò Việt T.	2	1	2	2	2	9	Rất tốt
Phạm Thảo N.	2	2	2	2	1	9	Rất tốt
Nguyễn Khánh L.	2	1	2	2	2	9	Rất tốt
Nguyễn Bích N.	2	2	2	2	1	9	Rất tốt
Nguyễn Thuỳ L.	1	1	2	2	2	8	Tốt
Trần Diệu L.	1	2	2	2	2	9	Rất tốt
Trương Vũ Thanh T.	1	2	2	2	1	8	Tốt
Lê Anh Q.	1	2	2	2	2	9	Rất tốt

Ghi chú: Có 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật:

10/16 trường hợp được đánh giá là rất tốt.

6/16 trường hợp được đánh giá là tốt.

Không có kết quả trung bình, kém hay rất kém.

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên

Bảng 3.21: Phân bố kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên (n = 8).

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên	Số lượng	%
Rất tốt	4	50,00
Tốt	4	50,00
Trung bình	0	0
Kém	0	0
Rất kém	0	0
Tổng số	8	100

Nhận xét: Có 8 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên:

4/8 trường hợp (50,00%), đạt điểm từ 9 đến 10, được đánh giá là rất tốt.

4/8 trường hợp (50,00%), đạt điểm từ 7 đến 8, được đánh giá là tốt.

Không có trường hợp nào được đánh giá là trung bình, kém, rất kém.



Hình 3.18. NB Nông Khánh L.

Kết quả sau khi hoàn thành giãn da tự nhiên được đánh giá là rất tốt.

Sau phẫu thuật tháng thứ 3, sẹo giãn 1 phần, vạt tương đồng, không co kéo, không tái phát, cắt bỏ được toàn bộ thương tổn.

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da bằng túi

Bảng 3.22: Phân bố kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da bằng túi (n = 8).

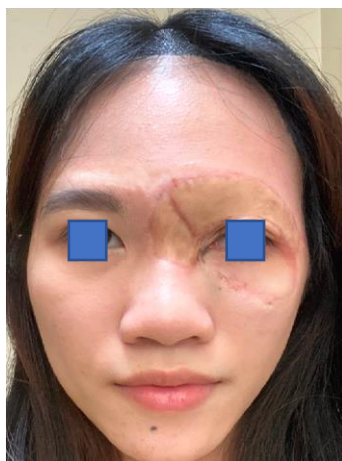
Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da bằng túi	Số lượng	%
Rất tốt	6	75,00
Tốt	2	25,00
Trung bình	0	0
Kém	0	0
Rất kém	0	0
Tổng số	8	100

Nhận xét: Có 8 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật giãn da bằng túi:

6/8 trường hợp (75,00%), đạt điểm từ 9 đến 10, được đánh giá là rất tốt;

2/8 trường hợp (25,00%), đạt điểm từ 7 đến 8, được đánh giá là tốt;

Không có trường hợp nào được đánh giá là trung bình, kém, rất kém.



Hình 3.19. NB Nguyễn Bích N.

Kết quả sau khi hoàn thành giãn da bằng túi được đánh giá là rất tốt.

Sau phẫu thuật tháng thứ 3, sẹo mảnh, vạt tương đồng, không co kéo, không tái phát, cắt bỏ được trên 75% thương tổn (toàn bộ vùng hở).

3.2.2.4. Mối liên quan giữa kết quả phẫu thuật giãn da với một số yếu tố

Kết quả theo lứa tuổi phẫu thuật

Bảng 3.23: Phân bố kết quả theo lứa tuổi phẫu thuật (n = 16).

Đánh giá kết quả	Giãn da tự nhiên (n ₁ = 8)			Giãn da bằng túi (n ₂ = 8)		
	2 - 6	6 - 18	Trên	2 - 6	6 - 18	Trên
	tuổi	tuổi	18 tuổi	tuổi	tuổi	18 tuổi
Rất tốt	0	3	1	1	4	1
Tốt	1	3	0	0	1	1
Trung bình	0	0	0	0	0	0
Tổng số	1	6	1	1	5	2

Nhận xét: Có 16 trường hợp chia làm 3 lứa tuổi: từ 2 đến 6, từ 6 đến 18 và trên 18 tuổi đã hoàn thành phẫu thuật giãn da (n=16).

Kết quả điều trị bằng phương pháp giãn da và lứa tuổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=1.00; độ tin cậy 95%.

Kết quả theo vị trí phẫu thuật

Bảng 3.24: Phân bố kết quả theo vị trí phẫu thuật (n = 16).

Đánh giá kết quả	Giãn da tự nhiên (n ₁ = 8)			Giãn da bằng túi (n ₂ = 8)		
	Đầu	Thân	Chi	Đầu	Thân	Chi
	mặt cổ	mình	thể	mặt cổ	mình	thể
Rất tốt	0	3	1	4	0	2
Tốt	2	1	1	1	0	1
Trung bình	0	0	0	0	0	0
Tổng số	2	4	2	5	0	3

Nhận xét: Có 16 trường hợp, được chia làm 3 vùng vị trí phẫu thuật: đầu mặt cổ, thân mình và chi thể đã hoàn thành phẫu thuật giãn da (n=16).

Kết quả điều trị bằng phương pháp giãn da và vị trí phẫu thuật khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=1.00; độ tin cậy 95%.

Kết quả theo khả năng cắt bỏ thương tổn

Bảng 3.25: Phân bố kết quả theo khả năng cắt bỏ thương tổn (n = 16).

Đánh giá kết quả	Giãn da tự nhiên (n ₁ = 8)			Giãn da bằng túi (n ₂ = 8)		
	Toàn bộ	75% trở lên	Dưới 75%	Toàn bộ	75% trở lên	Dưới 75%
Rất tốt	4	0	0	4	2	0
Tốt	3	1	0	1	1	0
Trung bình	0	0	0	0	0	0
Tổng số	7	1	0	5	3	0

Nhận xét: Có 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật giãn da với khả năng cắt bỏ thương tổn chia làm 3 nhóm: toàn bộ, trên 75%, dưới 75% diện tích (n=16).

Kết quả điều trị bằng phương pháp giãn da và khả năng cắt bỏ thương tổn khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0.60$; độ tin cậy 95%.

Kết quả theo số lần cắt bỏ thương tổn

Bảng 3.26: Phân bố kết quả theo số lần phẫu thuật (n = 16).

Đánh giá kết quả	Giãn da tự nhiên n ₁ = 8			Giãn da bằng túi n ₂ = 8		
	1 - 2 lần	3 - 4 lần	> 4 lần	1 - 2 lần	3 - 4 lần	> 4 lần
Rất tốt	0	4	0	3	3	0
Tốt	0	3	1	1	1	0
Trung bình	0	0	0	0	0	0
Tổng số	0	7	1	4	4	0

Nhận xét: Có 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật giãn da chia làm 3 nhóm: 1 - 2 lần, 3 - 4 lần và trên 4 lần phẫu thuật (n=16).

Kết quả điều trị bằng phương pháp giãn da và số lần phẫu thuật khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0.52$; độ tin cậy 95%.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NHBK

4.1.1. Một số đặc điểm chung NHBK

Chúng tôi nghiên cứu bệnh lí NHBK tại Bệnh viện Da liễu Trung ương và Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 2014 đến 2022. Có 49 trường hợp được chẩn đoán lâm sàng là NHBK. Trong đó, có 31 trường hợp được khẳng định bằng mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. Có 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật, gồm 8 trường hợp giãn da tự nhiên và 8 trường hợp giãn da bằng túi.

4.1.1.1. Tuổi người bệnh

Trong số 49 người bệnh NHBK, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất chúng tôi gặp là 1 tháng tuổi, lớn tuổi nhất là 45 tuổi, tuổi trung bình là $11,43 \pm 8,87$. Có 6 trường hợp dưới 2 tuổi, có 6 trường hợp từ 2 đến dưới 6 tuổi, có 26 trường hợp từ 6 đến dưới 18 tuổi và có 11 trường hợp trên 18 tuổi chiếm tỉ lệ tương ứng lần lượt là 12,25%; 12,25%; 53,06% và 22,44%. Liên quan đến tuổi, chúng tôi nhận thấy:

- Trẻ dưới 2 tuổi đều không hợp tác. Phẫu thuật giãn da rất thuận lợi. Khó khăn chính đến từ gây mê, đặc biệt là trẻ dưới 1 tuổi, nặng dưới 10kg.¹²⁷ Trẻ dưới 2 tuổi, chúng tôi đều trì hoãn phẫu thuật, chờ đến khi trẻ lớn.

- Trẻ từ 2 đến 6 tuổi bắt đầu có nhận thức về thẩm mỹ cần điều trị sớm. Giãn da trong giai đoạn này thuận lợi, da chun giãn tốt, gây mê cũng thuận lợi. Tuy nhiên, hầu hết trẻ không hợp tác đặc biệt trong quá trình bơm giãn túi.¹²⁷

- Từ 6 đến 18 tuổi, trẻ trong độ tuổi đi học. Gây mê thuận lợi, ít tai biến. Trẻ nhỏ dưới 10 tuổi, da vẫn còn chun giãn tốt, tuy nhiên trẻ hợp tác không tốt. Trên 10 tuổi, trẻ hợp tác tốt hơn, nhưng da cũng kém chun giãn hơn.¹²⁸

- Trên 18 tuổi, người bệnh hợp tác tốt, có thể tự chăm sóc, sẹo ít bị giãn. Tuy nhiên, phẫu thuật gặp nhiều khó khăn vì da chun giãn kém, cơ quan xung quanh dễ bị co kéo, đặc biệt là vấn đề thu xếp thời gian dài để phẫu thuật.¹²⁹

4.1.1.2. Giới tính

Về giới tính, theo Robert A Schwartz⁵⁹ thì NHBK không có sự khác biệt về giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh nữ là 32 và nam là 17. Như vậy, khi thống kê về giới tính thì chúng tôi thấy nữ nhiều hơn nam một cách đáng kể ($p < 0,01$). Có thể trong điều kiện kinh tế, văn hóa ở Việt Nam, bệnh nhân nữ NHBK có nhu cầu điều trị cao hơn do yếu tố thẩm mỹ nên tỉ lệ cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả khác. Muốn có kết luận chính xác, đầy đủ hơn cần đến một điều tra xã hội với qui mô lớn hơn.

4.1.1.3. Dị tật bẩm sinh và hội chứng hắc tố thần kinh da

Theo Robert A Schwartz⁵⁹ thì NHBK là loạn sản có nguồn gốc phôi thai, không có yếu tố gia đình và không di truyền. Hiện cũng chưa có bằng chứng cụ thể về gen hay yếu tố di truyền trong NHBK. Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng ghi nhận với kết quả tương tự các tác giả. Toàn bộ 49 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều không có yếu tố gia đình và di truyền.

NHBK là một dị tật bẩm sinh nhưng Michael Lehrer,⁷⁴ Bhagwat⁶ nhận thấy chúng có thể kèm theo các dị tật bẩm sinh khác như u mỡ, u xơ thần kinh, tật nứt đốt sống hay các nơ vi khác. Với 49 trường hợp nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 4 trường hợp đi kèm dị tật bẩm sinh như 1 trường hợp là u mỡ, 2 trường hợp là u xơ thần kinh, 1 trường hợp là nơ vi Spitz.

Trong 4 trường hợp NHBK kèm theo dị tật bẩm sinh khác thì có 3 trường hợp xuất hiện trên thể lâm sàng thường gặp và 1 trường hợp xuất hiện trên thể lâm sàng ít gặp. Chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt trong các thể lâm sàng. Cũng theo Michael Lehrer,⁷⁴ Bhagwat,⁶ NHBK kèm theo nhiều vết tinh hoặc có vị trí ngay trên vòm sọ, vùng chẩm gáy hoặc ngang qua cột sống lưng, thắt lưng hay xuất hiện HHTD. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không có điều kiện kiểm tra hệ thống thần kinh trung ương cho người bệnh bằng phim cộng hưởng từ (MRI) nhưng chúng tôi chưa ghi nhận bệnh nhân nào mắc HHTD.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng NHBK

4.1.2.1. Đặc điểm nhận dạng của NHBK

Các đặc điểm nhận dạng của NHBK

Chỉ cần 4 đặc điểm chính về màu sắc, ranh giới, bề mặt, tình trạng lông trên bề mặt cũng đủ để chúng ta nhận dạng, hướng tới chẩn đoán xác định là NHBK.

Trong nghiên cứu của Michael W Simon⁷, 95% NHBK có màu đen, bề mặt xù xì, lông đen cứng; chỉ 5% các trường hợp có màu nâu, bề mặt phẳng, lông nâu, mềm. Domonkos²⁴ và Michael Lehrer⁶⁵ cũng cho nhận xét tương tự.

Nghiên cứu của chúng tôi, NHBK có đặc điểm nhận dạng màu đen, ranh giới rõ, bề mặt xù xì, lông đen cứng gặp với tỉ lệ cao, từ 89,80% đến 93,88%. NHBK có màu nâu, ranh giới không rõ, bề mặt phẳng, lông nâu mềm ít gặp hơn, xuất hiện với tỉ lệ thấp, từ 6,12% đến 10,20%.

Về màu sắc, chúng tôi chỉ ghi nhận màu nâu đến đen, các màu khác như xanh đen, xanh lơ chúng tôi không ghi nhận. Màu sắc của nơ vi thường ổn định, từ khi trẻ sinh ra, một số ít trở nên sẫm màu hơn ở tuổi trưởng thành.

Về bề mặt, NHBK thường có bề mặt xù xì, nhẹ thì chỉ gợn lên đôi chút, nhiều thì nổi cao như hạt com thông thường. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp hiếm gặp là NHBK thể cuộn não có bề mặt nổi gồ hần lên như cuộn não.

Đa số các trường hợp, NHBK có ranh giới rõ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 45 trường hợp ranh giới rõ, 4 trường hợp ranh giới không rõ 1 phần. Những trường hợp này cần theo dõi, phát hiện sớm ung thư hóa.

Lông trên nơ vi thường dài, đen cứng, mật độ dày và trông giống sợi tóc. Có đến 44/49 trường hợp lông đen, cứng và 5/49 trường hợp lông nâu, mềm. Chúng phân bố đều trên toàn bộ thương tổn, 1 số ít tập trung ở phần trung tâm.

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi về đặc điểm lâm sàng, nhận dạng NHBK không có sự khác biệt so với một số tác giả trên thế giới. Đặc điểm lâm sàng NHBK trên người Việt Nam tương tự người châu Âu, Mỹ.

Các đặc điểm nhận dạng ít gặp của NHBK

Trong số 49 trường hợp nghiên cứu, có 7 trường hợp nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ chúng tôi gặp cả 4 đặc điểm ít gặp như màu nâu nhạt, bề mặt phẳng nhẵn, ranh giới không rõ, lông trên nơ vi nâu mềm với tần suất từ 3 đến 5 lần. Chúng có thể xuất hiện đơn độc trong 2 trường hợp hoặc phối hợp với nhau trong 5 trường hợp.

Chúng tôi nhận thấy đặc điểm bề mặt phẳng nhẵn thường đi kèm với lông nâu mềm trong cả 4 trường hợp, có 1 trường hợp lông nâu mềm nhưng bề mặt lại xù xì. Có 1 trường hợp NHBK mang đầy đủ cả 4 đặc điểm trên. Trường hợp này không được làm mô bệnh học cũng như hóa mô miễn dịch nên không thể xác định thể bệnh trên mô bệnh học.

Chúng tôi không tìm thấy tài liệu, bài báo nào công bố về sự kết hợp các đặc điểm lâm sàng ít gặp hoặc sự kết hợp các đặc điểm lâm sàng ít gặp với các đặc điểm khác như thể mô bệnh học, yếu tố nguy cơ ác tính... Do vậy, chúng tôi không thể đưa ra các mối liên quan giữa các yếu tố ít gặp về lâm sàng cũng như mô bệnh học.



Hình 4.1. NB Doãn Hoàng M.

NHBK thể lâm sàng ít gặp.

Đặc điểm ít gặp: ranh giới không rõ, bề mặt phẳng nhẵn.

4.1.2.2. Đặc điểm độ lớn của NHBK

Hiện vẫn chưa có sự thống nhất về tiêu chuẩn chẩn đoán NHBK. Rhodes (1981); Arons & Hurwitz (1983) và Kaplan (1974) cho rằng thương tổn không thể cắt bỏ toàn bộ và đóng da ngay trong 1 lần phẫu thuật là NHBK.¹

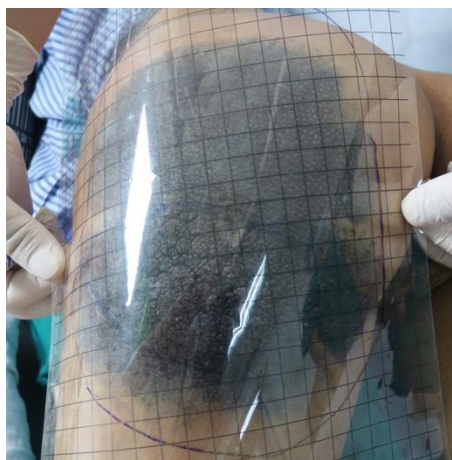
Theo Zitelli,¹³⁰ NHBK phải có 1 trong các điều kiện như đường kính từ 20cm trở lên, hoặc đạt 20cm khi trưởng thành; chiếm hết 1 ĐVGP; hoặc diện tích từ 120cm² trở lên, hoặc từ 2% ở thân mình, hoặc từ 1% trở lên ở đầu.

Kadonaga & Frieden (1991) đã phân loại nơ vi ở trẻ sơ sinh là khổng lồ khi chúng có kích thước theo vị trí là từ 6cm ở thân mình, từ 9cm trở lên ở đầu.¹³¹ Ở trẻ em, Anna có biểu đồ ước tính kích thước của nơ vi khi trẻ trưởng thành¹.

Deepak⁶¹ gặp trường hợp trẻ trai có NHBK lớn hơn 80% diện tích cơ thể bao gồm toàn bộ vùng lưng, thắt lưng, ngực, bụng và gần như toàn bộ các chi. Mahajan²⁸ cũng ghi nhận một trẻ có NHBK toàn bộ cổ, nách, lưng, 2 mông.

Kích thước nhỏ nhất chúng tôi gặp là 12cm ở mặt, lớn nhất là 80cm ở thân mình. 100% các trường hợp đều có diện tích trên 120cm². Diện tích nhỏ nhất chúng tôi gặp là 1% ở mặt, lớn nhất là trên 50% diện tích cơ thể.

Người bệnh chẩn đoán là NHBK dựa trên kích thước từ 20cm trở lên hoặc đạt 20cm khi trưởng thành. Nếu dưới 20cm thì diện tích trên 120cm².



Hình 4.2. NB Đinh Thị Thu T.

Cách xác định diện tích nơ vi bằng giấy kính ô vuông 1cm².

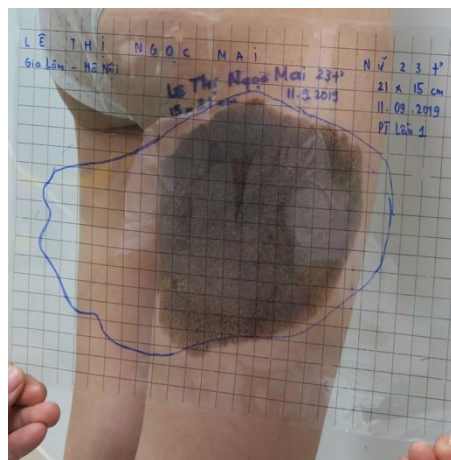
4.1.2.3. Đặc điểm vị trí của NHBK

Với 49 trường hợp NHBK, 19/49 trường hợp xuất hiện trên đầu mặt cổ, 18/49 trường hợp ở thân mình và 22/49 trường hợp ở chi thể. Chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt trong phân bố của nơ vi trên các vị trí của cơ thể.

Vùng đầu mặt cổ, mặc dù tần suất xuất hiện các NHBK không cao hơn các vùng khác nhưng đây là vùng hở, vùng có yêu cầu thẩm mỹ đặc biệt cao. Trên 49 trường hợp NHBK, 13 trường hợp nơ vi xuất hiện ở vùng mặt. Trong đó chỉ có 1/13 trường hợp xuất hiện trên 1 ĐVGP, đa số là xuất hiện trên nhiều ĐVGP, thậm chí có tới 3/13 trường hợp NHBK xuất hiện trên 5 ĐVGP.

Trong số 13 trường hợp NHBK xuất hiện ở vùng mặt, chúng xuất hiện trên 31 đơn vị giải phẫu khác nhau. Vùng trán, vùng má và vùng mắt, chúng tôi ghi nhận nơ vi xuất hiện với tần suất cao nhất, từ 7 đến 9 trường hợp. Vùng mũi, vùng tai xuất hiện với tần suất ít hơn, từ 2 đến 4 trường hợp. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện ở vùng miệng, vùng cằm.

Chúng tôi đưa ra số liệu thống kê cho các vị trí thương tổn ở vùng mặt. Tuy nhiên, chúng tôi chưa thể giải thích được tại sao vùng cằm, miệng ít xuất hiện thương tổn hơn các vùng khác. Chúng tôi cũng không tìm được tài liệu thống kê về tần suất xuất hiện nơ vi trên các đơn vị giải phẫu vùng mặt.



Hình 4.3. NB Lê Thị Ngọc M.

Thương tổn nằm hoàn toàn trong 1 đơn vị giải phẫu.

4.1.2.4. Đặc điểm nguy cơ ác tính của NHBK

Nguy cơ ác tính đối với NHBK là tương đối cao. Theo Gregory D Pearson,¹² nguy cơ này dao động từ 6,4% đến 14,1%. Trong số đó, 50% xuất hiện trước 3 tuổi, 60% trong thời kì thiếu niên, 70% trước tuổi trưởng thành. Còn Fitzpatrick²⁰ nhận thấy nguy cơ ung thư tế bào hắc tố trên những NHBK ít nhất là 6,3% và 50% xuất hiện ở lứa tuổi từ 3 đến 5 tuổi.

Trên thực tế, chúng tôi gặp duy nhất 1 trường hợp ung thư hóa, chiếm tỉ lệ 2,04%. Người bệnh Trương Vũ Thanh T. sinh năm 1979 với NHBK nửa đầu trái. Người bệnh được cắt bỏ nốt vì sau khi đặt túi giãn ở da đầu còn lại. Bệnh phẩm sau khi cắt bỏ được làm mô bệnh học thì mới phát hiện nốt vi đã ác tính, melanoma malin tại chỗ. Người bệnh được theo dõi không tái phát.

Sự khác biệt về tỉ lệ ung thư hóa NHBK của chúng tôi với các tác giả khác có thể liên quan đến yếu tố chủng tộc, môi trường, thói quen tắm nắng... Thực tế, ung thư hắc tố phổ biến ở châu Âu nhưng ít gặp trên người châu Á.

Tiến triển bất thường

Theo Arneja,¹⁰ nốt vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ thường lớn dần theo tuổi theo tỉ lệ tương ứng nhưng không lan rộng, trong 2 năm đầu màu có thể sẫm hơn, lông đen hơn, sau đó ổn định. Một số ít trường hợp, đến khoảng 10 tuổi thì bề mặt nốt vi trở nên xù xì hơn, lông đen và cứng hơn. Những thay đổi khác và nhanh chóng của nốt vi được xem là bất thường.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 45/49 trường hợp nốt vi lớn dần theo tuổi, ổn định sau tuổi trưởng thành. Chúng tôi ghi nhận 4/49 trường hợp nốt vi lớn nhanh bất thường, 2 trường hợp có u xơ thần kinh, 1 trường hợp có u mỡ trên nền nốt vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ và 1 trường hợp nốt vi lớn nhanh bất thường, vượt quá sự phát triển bình thường của cơ thể. Những người bệnh này đều được cắt bỏ u xơ, u mỡ hay thương tổn ngay. Người bệnh được khám định kỳ mỗi 6 tháng để theo dõi, đánh giá.

Dấu hiệu, triệu chứng bất thường

Nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ có nguy cơ ác tính cao. Schwartz⁵⁹ cho rằng, một số dấu hiệu, triệu chứng bất thường như loét, chảy máu có thể báo trước sự hư biến, ác tính hóa của nơ vi. Đau và ngứa cũng là một trong các dấu hiệu, triệu chứng cảnh báo nguy cơ hư biến, ác tính hóa. Tuy nhiên chúng ít quan trọng hơn các dấu hiệu, triệu chứng loét và chảy máu nên thường bị xem nhẹ và bỏ qua.

Trong số 49 trường hợp chúng tôi nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 2/49 trường hợp có dấu hiệu, triệu chứng bất thường: 1 trường hợp viêm loét kéo dài, 1 trường hợp da khô ngứa. Người bệnh được điều trị tích cực và kịp thời bằng kháng sinh tại chỗ, giữ ẩm, kháng histamin chống ngứa, chống dị ứng. Người bệnh nhanh chóng ổn định, hết triệu chứng. Theo dõi không thấy tái phát. Có lẽ cũng vì thế mà chúng tôi không phát hiện được trường hợp nào khác ung thư hóa ngoài 1 trường hợp lấy mẫu bệnh phẩm sau cắt bỏ để làm xét nghiệm.

Số lượng vệ tinh

NHBK thường có các vệ tinh đi kèm nhưng đa số là chỉ có ít vệ tinh. Schwartz⁵⁹ cho rằng ngoài thương tổn nơ vi chính thì cũng cần xem xét đến thương tổn vệ tinh. Số lượng vệ tinh càng nhiều thì nguy cơ ung thư càng cao, đặc biệt là những trường hợp có số lượng vệ tinh lớn hơn 100.

Chúng tôi có 49 trường hợp nghiên cứu. Trong số đó, có 8 trường hợp có hơn 100 thương tổn vệ tinh phân bố rải rác khắp cơ thể, chiếm tỉ lệ 16,33%, có 41 trường hợp thương tổn vệ tinh ít hơn 100, chiếm tỉ lệ 83,67%.

Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả khác về phân bố và tần suất xuất hiện các thương tổn vệ tinh. Tuy nhiên, chúng tôi chưa thể đánh giá mối tương quan giữa nguy cơ ung thư hóa với số lượng thương tổn vệ tinh trên 100 do số liệu nghiên cứu còn ít, thời gian nghiên cứu bị giới hạn.

Vị trí nguy cơ ác tính cao

Theo Michael Lehrer,⁶⁵ nguy cơ ung thư tế bào hắc tố có thể lên đến 15% cho những nốt vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ, nguy cơ này còn cao hơn cho những nốt vi có vị trí ở gần thần kinh trung ương, tuỷ sống như cằm, gáy, lưng, thắt lưng, hoặc những vùng khác như bụng, lòng bàn tay, lòng bàn chân. Những vị trí này được coi là vị trí nguy cơ ác tính cao trong NHBK.

Với 49 trường hợp nốt vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ chúng tôi nghiên cứu, vị trí của nốt vi phân bố đều khắp trên các vùng giải phẫu khác nhau của cơ thể. Có 20 trường hợp có vị trí nốt vi phân bố trên vị trí nguy cơ ác tính cao, chiếm tỉ lệ 40,82% và 29 trường hợp còn lại phân bố ở vị trí ít nguy cơ ác tính hơn, chiếm tỉ lệ 59,18%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, gần một nửa trường hợp có vị trí nguy cơ ác tính cao, phân bố ở các vị trí khác nhau. Tuy nhiên chúng tôi chưa đủ dữ liệu để đánh giá về một số vị trí đặc biệt của nốt vi liệu xem có thực sự là vị trí ác tính hay không. Cần có một nghiên cứu trên phạm vi rộng hơn, thời gian dài hơn để có thể đánh giá nguy cơ.



Hình 4.4. NB Đỉnh Chân P.

NHBK có vị trí ở gan chân, nguy cơ ác tính cao.

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng NHBK

4.1.3.1. Đặc điểm mô bệnh học của NHBK

Đặc điểm mô bệnh học

Deepak⁶¹ và Fitzpatrick²⁰ cho rằng NHBK thường là thể trung bì và không có sự khác biệt lớn về mô bệnh học giữa các nơ vi tế bào hắc tố nhỏ hay khổng lồ nhưng với NHBK thì các tế bào nơ vi hắc tố có thể xâm lấn sâu xuống trung bì lưới, hạ bì, thậm chí là cả cơ, xương sọ, màng não cứng.

Có 31 mẫu bệnh phẩm được làm mô bệnh học đều là nơ vi tế bào hắc tố. Trong đó, có 28 trường hợp là nơ vi thể trung bì, 1 thể tiếp giáp, 2 thể hỗn hợp.

Trên tiêu bản, các tế bào nơ vi tế bào hắc tố tập trung thành đám, thành ổ xâm lấn xuống dưới trung bì nông, cả trung bì sâu, thậm chí tới hạ bì, lớp mỡ. Trên lâm sàng, nhiều trường hợp khi cắt bỏ thương tổn chúng tôi nhận thấy thương tổn màu đen sẫm xâm lấn xuống hạ bì, thậm chí xuống dưới cân Galia.

Như vậy, về mô bệnh học giữa nghiên cứu của chúng tôi và một số tác giả trên không có sự khác biệt về thể mô bệnh học cũng như sự xâm lấn của tế bào.

Đặc điểm mô bệnh học thể ít gặp

Mặc dù chúng tôi không tìm thấy tài liệu nói về mối liên quan giữa các thể mô bệnh học ít gặp với các thể lâm sàng ít gặp nhưng chúng tôi vẫn khảo sát để tìm hiểu mối liên quan. Trong số 31 trường hợp được làm mô bệnh học, về thể lâm sàng: có 25 trường hợp với thể lâm sàng thường gặp, 6 trường hợp với thể lâm sàng ít gặp; về thể mô bệnh học: có 1 trường hợp thể tiếp giáp, 2 trường hợp thể hỗn hợp và 28 trường hợp thể trung bì.

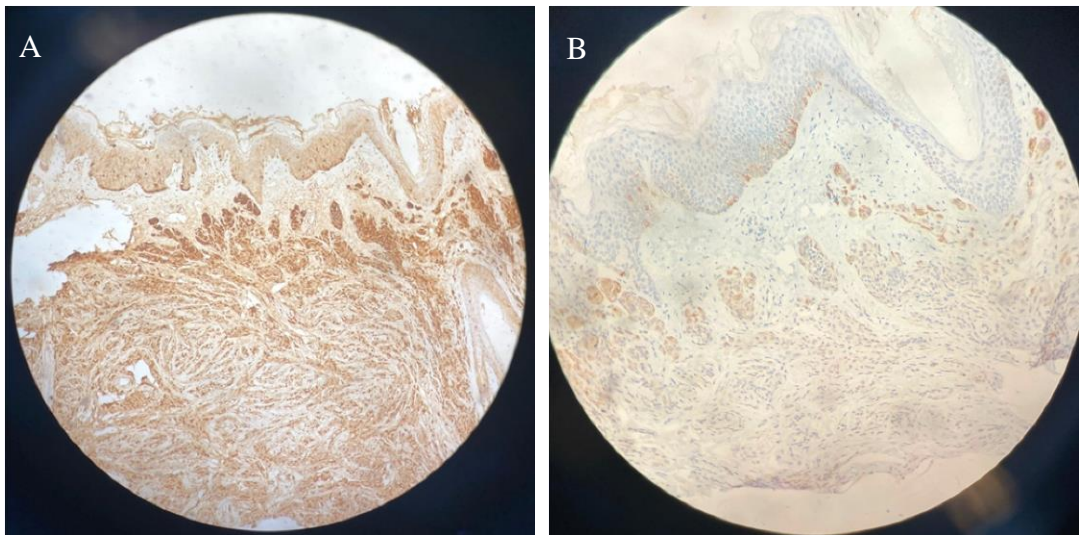
Trong 6 trường hợp thể lâm sàng ít gặp, chúng tôi gặp 1 trường hợp thể hỗn hợp, 5 trường hợp thể trung bì. Có 3 thể mô bệnh học ít gặp, chúng tôi gặp 2 trường hợp ở thể lâm sàng thường gặp, 1 trường hợp ở thể lâm sàng ít gặp. Như vậy, chúng tôi không nhận thấy có mối liên quan trực tiếp giữa thể lâm sàng ít gặp với thể mô bệnh học ít gặp (thể tiếp giáp hay thể hỗn hợp).

4.1.3.2. Đặc điểm hóa mô miễn dịch của NHBK

Theo Nguyễn Hương Giang,⁴ hóa mô miễn dịch đủ để xác định nguồn gốc tế bào. Rất hiếm có trường hợp S100 dương tính mà HMB-45 âm tính. Lúc này sẽ cần đến kính hiển vi điện tử để xác định. Mặc dù đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học rất có giá trị để chẩn đoán nơ vi hắc tố, song hóa mô miễn dịch là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định nguồn gốc tế bào.

Cả 31 tiêu bản của chúng tôi nhuộm hóa mô miễn dịch thì cả 31 tiêu bản đều dương tính với cả S100 và HMB-45. S100 dương tính, khẳng định tế bào có nguồn gốc từ mô bào, mô thần kinh hoặc tế bào hắc tố hoặc tế bào nơ vi hắc tố. HMB-45 dương tính, khẳng định tế bào có nguồn gốc là từ nguyên bào hắc tố hoặc nguyên bào nơ vi hắc tố.⁸⁶

Như vậy, chỉ cần dựa trên các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch, không cần đến hình ảnh siêu cấu trúc cũng đủ để chúng tôi chẩn đoán xác định là NHBK.



Hình 4.5. NB Nguyễn Phương L.

Mô bệnh học NHBK thể hỗn hợp.

- A. Hình ảnh đám tế bào nơ vi tế bào hắc tố bắt màu S100.
- B. Hình ảnh đám tế bào nơ vi tế bào hắc tố bắt màu HMB-45.

Chúng tôi xin trình bày bệnh án minh họa trường hợp NHBK điển hình:

Họ tên bệnh nhân: LÒ VIỆT T. Năm sinh: 2010. Giới tính: Nam.

Lý do khám bệnh: Mảng da màu đen, xù xì trên đầu gây mất thẩm mỹ.

Thương tổn trước phẫu thuật là một mảng da màu đen, bề mặt xù xì, ranh giới rõ, trên bề mặt có nhiều lông dài, màu đen cứng.

Kích thước của nơ vi là 20 x 30cm, diện tích khoảng 500cm², chiếm gần toàn bộ 3 tiểu vùng đơn vị giải phẫu là thái dương, đỉnh, chẩm bên phải.

Nơ vi lớn dần theo sự phát triển của cơ thể, không có dấu hiệu triệu chứng bất thường khác như loét, chảy máu, ngứa đau. Các vùng da lành còn lại không có vệ tinh, vị trí vùng chẩm có nguy cơ ác tính cao.

Người bệnh khoẻ mạnh, bệnh xuất hiện ngay sau sinh, không có dị tật bẩm sinh, không có hội chứng hắc tố thần kinh da, không có yếu tố gia đình.

Người bệnh được làm mô bệnh học là NHBK thể trung bì. Nhuộm hóa mô miễn dịch với S100 và HMB-45 đều dương tính.



Hình 4.6. NB Lò Việt T.

Hình ảnh người bệnh NHBK điển hình.

Đặc điểm nhận dạng: Màu đen, xù xì, ranh giới rõ, lông đen cứng.

Xuất hiện ngay sau sinh, kích thước: 20 x 30cm vùng đỉnh chẩm thái dương.

Mô bệnh học thể trung bì, hóa mô miễn dịch S100, HMB-45 dương tính.

4.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NHBK BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIÃN DA

4.2.1. Đặc điểm đối tượng

4.2.1.1. Chỉ định điều trị

Lí do khám bệnh

Theo thống kê của chúng tôi, người bệnh đến khám chủ yếu liên quan đến thẩm mỹ (81,25%), ít quan tâm đến nguy cơ ác tính (18,75%). Như vậy, cần tuyên truyền, giáo dục y tế để nâng cao kiến thức cho người dân về phòng ngừa ung thư.

B B Mahajan²⁸ gợi ý năm lý do chính để phẫu thuật cắt bỏ NHBK là:

- Sự xuất hiện nơ vi với dáng vẻ bên ngoài gây mất thẩm mỹ.
- Lo lắng về nguy cơ ung thư tế bào sắc tố.
- Khó khăn trong việc theo dõi: trên đầu, lưng, gan chân.
- Tiến triển bất thường: lớn nhanh hơn sự phát triển của cơ thể...
- Xuất hiện dấu hiệu ác tính: hình dáng không đều, màu loang lổ.

Tình trạng hư biến

Chúng tôi có 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật giãn da. Trong đó, 15 trường hợp hoàn toàn lành tính, 1 trường hợp hư biến, ung thư tế bào hắc tố.

15 trường hợp sau phẫu thuật giãn da chúng tôi cũng chỉ theo dõi được từ 1 đến 5 năm. Những người bệnh trên cần theo dõi ít nhất 5 năm để đánh giá sự tái phát và ác tính hóa.

Có 1 trường hợp ung thư tế bào hắc tố. Người bệnh có NHBK chiếm 2/3 diện tích da đầu. Người bệnh có thể lâm sàng điển hình, không có các dấu hiệu hay triệu chứng bất thường nên không làm mô bệnh học trước khi phẫu thuật. Sau phẫu thuật, thương tổn cắt bỏ được làm mô bệnh học thì phát hiện ung thư tế bào hắc tố ở vùng trung tâm. Người bệnh đã được cắt bỏ rộng thương tổn nên không có can thiệp gì thêm. Người bệnh được theo dõi mỗi 6 tháng, đến nay không tái phát.

Tình trạng phẫu thuật.

Trong tổng số 49 trường hợp đến khám, có 18 trường hợp chưa hoặc không phẫu thuật, có 15 trường hợp phẫu thuật theo phương pháp khác hoặc chưa hoàn thành phẫu thuật, có 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật giãn da bao gồm 8 trường hợp giãn da tự nhiên và 8 trường hợp giãn da bằng túi.

Người bệnh NHBK không phẫu thuật được do diện tích thương tổn quá lớn, chiếm toàn bộ 1 chi thể hoặc gần toàn bộ lưng, ngực, bụng... Phần da lành còn lại có rất nhiều vết tinh nằm rải rác, không còn vùng da lành hoàn toàn nào đủ lớn nên không có khả năng phẫu thuật giãn da

Một số trường hợp nhỏ tuổi, dưới 2 tuổi, thể trạng người bệnh yếu, điều kiện gây mê hồi sức chưa tốt nên trì hoãn phẫu thuật. Một số trường hợp do điều kiện kinh tế và thời gian không cho phép nên chuyển sang ghép da mỏng. 1 số trường hợp lo ngại về chi phí, tai biến nên không phẫu thuật.



Hình 4.7. NB Nguyễn Ngọc H.

NHBK không có chỉ định phẫu thuật giãn da.

Thương tổn NHBK chiếm hơn 50% diện tích cơ thể. Vùng da lành có rất nhiều các thương tổn vết tinh rải rác. Không có vùng da lành hoàn toàn đủ lớn.

4.2.1.2. Đặc điểm thương tổn

Tình trạng hư biến

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả người bệnh đều được theo dõi tình trạng hư biến trên lâm sàng và hoặc mô bệnh học. Nếu nơ vi có hư biến ác tính cần phẫu thuật cắt bỏ thương tổn ngay và che phủ khuyết da bằng mọi cách.

Tuy có sự khác nhau về tỉ lệ hư biến nhưng sự hư biến này là có thật và ít nhất là 6,3%.²⁰ Hơn nữa các dấu hiệu của sự hư biến thường mờ nhạt, bệnh nhân rất khó được chẩn đoán sớm. Khi đã hư biến thì lại rất ác tính, tiến triển rất nhanh, đe dọa tới tính mạng của người bệnh. Do vậy một số tác giả^{10,20} đều nhất trí với quan điểm cắt bỏ nơ vi sớm và triệt để để phòng ung thư.

Những bệnh nhân vì lý do nào đó không thể hoặc chưa thể cắt bỏ NHBK ngay, cần được theo dõi cứ 6 tháng một lần bởi một hồ sơ chi tiết. Dấu hiệu cần được quan tâm nhiều nhất là sự thay đổi bất thường của nơ vi.

Khả năng cắt bỏ thương tổn

Trong số 8 trường hợp giãn da tự nhiên, có 7 trường hợp có khả năng cắt bỏ toàn bộ thương tổn, 1 trường hợp cắt bỏ trên 75% diện tích thương tổn.

8 trường hợp phẫu thuật giãn da bằng túi thì có 5 trường hợp có thể cắt bỏ toàn bộ thương tổn, 3 trường hợp còn lại cắt bỏ được 75% diện tích thương tổn.

1 trường hợp giãn da tự nhiên, thương tổn xuất hiện trên vành tai, sau cắt bỏ thương tổn cần ghép da tự do để che phủ. Người bệnh lo ngại về tính thẩm mỹ ít cải thiện nên không thực hiện ghép da.

Trong 3 trường hợp giãn da bằng túi, có 1 trường hợp thương tổn chiếm 2/3 diện tích da đầu, cần tái giãn da mới có thể cắt bỏ toàn bộ thương tổn nhưng người bệnh rất hài lòng với kết quả lần đầu, không muốn tiếp tục phẫu thuật. Hai trường hợp còn lại, thương tổn ở vùng đầu và mặt. Người bệnh chỉ muốn cắt bỏ thương tổn vùng mặt để cải thiện thẩm mỹ. Vùng da đầu có tóc che phủ, không ảnh hưởng đến thẩm mỹ nên người bệnh không muốn phẫu thuật.

Số lần cắt bỏ thương tổn

Có 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật chia đều cho 2 nhóm. 8 trường hợp thực hiện giãn da tự nhiên, 8 trường hợp giãn da bằng túi.

Với giãn da tự nhiên, có 7/8 trường hợp thực hiện 3 đến 4 lần phẫu thuật, 1/8 trường hợp thực hiện trên 4 lần phẫu thuật. Trường hợp giãn da bằng túi: có 4/8 trường hợp thực hiện phẫu thuật 2 lần: đặt túi và tạo hình vạt giãn; có 2 trường hợp cần cắt cuống vạt da nên thực hiện phẫu thuật 3 lần; có 2/8 trường hợp tái giãn da, sử dụng 2 túi giãn 2 lần khác nhau nên cần đến 4 lần phẫu thuật.

Khi lựa chọn cách thức phẫu thuật chúng tôi sẽ ước lượng số lần phẫu thuật. Người bệnh cần trên 4 lần phẫu thuật, chúng tôi sẽ lựa chọn giãn da bằng túi. Người bệnh cần trên 4 lần phẫu thuật, người bệnh có chỉ định giãn da bằng túi nhưng khi thảo luận với người bệnh và người nhà thì họ lựa chọn giãn da tự nhiên người bệnh có lí do khách quan, bố mẹ và người bệnh không thể nghỉ dài ngày để phẫu thuật giãn da bằng túi được.

Vị trí thương tổn

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 8 NB thực hiện giãn da tự nhiên thì có 4 trường hợp gần các cơ quan dễ bị co kéo; có 8 trường hợp phẫu thuật giãn da bằng túi thì có 2 trường hợp có vị trí gần các cơ quan dễ bị co kéo.

Các cơ quan dễ bị co kéo là các hốc tự nhiên tập trung nhiều ở vùng mặt như mắt, mũi, miệng, các khớp ở chi thể, hậu môn, sinh dục, núm vú cũng là các cơ quan dễ bị co kéo cần lưu ý khi thực hiện kĩ thuật giãn da.

2 trường hợp có vị trí ở trán dễ co kéo lông mày, mi mắt, chúng tôi thực hiện kĩ thuật giãn da bằng túi phần da lành còn lại bên trán đối diện. 1 trường hợp gần tai, 1 gần miệng, chúng tôi thực hiện giãn da tự nhiên nhưng thiết kế huy động da xung quanh tai kéo đều vào, từ cổ đẩy lên mặt. 1 trường hợp ở khớp vai, chúng tôi thiết kế huy động da vùng lưng, thắt lưng, ngực, tránh khớp. 1 trường hợp ở khuỷu, nách trong quá trình thiết kế đều được lưu ý.

4.2.1.3. Đặc điểm da lành xung quanh thương tổn

Diện tích da lành

Trong số 8 NB thực hiện kỹ thuật giãn da bằng túi thì 5 NB có da lành xung quanh nơi vi còn đủ lớn để đặt túi giãn, 2 NB không đủ lớn, phải giãn da ở bụng, ngực sử dụng dưới hình thức vật trụ, 1 NB giãn da ở bụng để lấy da ghép tự do.

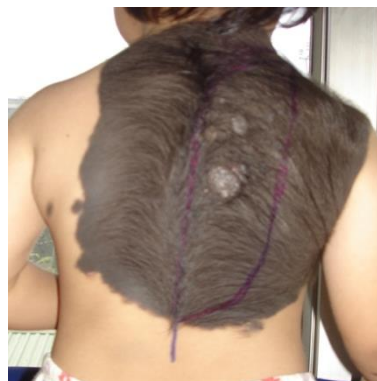
Một trong những điều kiện để thực hiện kỹ thuật giãn da là cần phải có một diện tích da lành đủ lớn, để có thể tạo ra một lượng da, tổ chức dư thừa, đủ để che phủ khuyết da sau cắt bỏ thương tổn.

Nếu diện tích da lành xung quanh thương tổn đủ lớn có thể thực hiện được cả hai kỹ thuật là giãn da là giãn da tự nhiên và giãn da bằng túi. Vật da giãn được tạo ra được sử dụng dưới hình thức vật tại chỗ che phủ cho khuyết da.

Nếu diện tích da lành xung quanh không đủ, cần phải huy động da lành từ xa thì chỉ có thể thực hiện kỹ thuật giãn da bằng túi. Vật da giãn được sử dụng dưới hình thức vật có cuống, vật vi phẫu, vật di chuyển hoặc ghép da tự do.

Khả năng sử dụng da lành

Da lành xung quanh thương tổn không những cần diện tích đủ lớn mà còn cần chất lượng tốt, có khả năng sử dụng được, không có sẹo, không có thương tổn, không bị chiếu xạ...



Hình 4.8. NB Vũ Thị Minh T.

Đặc điểm da lành xung quanh thương tổn: diện tích đủ lớn, chất lượng da tốt, cấu trúc phù hợp, huy động được từ nhiều phía.

Cấu trúc da lành

Da giãn dù là giãn tự nhiên hay giãn bằng túi đều có đầy đủ các đặc điểm, cấu trúc như da bình thường, có tuyến mồ hôi, tuyến bã, nang lông và đặc biệt là cảm giác. Da giãn có cùng bản chất với da lân cận xét trên 5 tiêu chí.

Về mật độ, sau khi quá trình căng giãn kết thúc, các sợi chun, sợi collagen sẽ được hồi phục. Về màu sắc, da giãn đặc biệt là da giãn bằng túi, có sức sống tốt, ít bị tăng sắc tố sau viêm nên màu sắc tương đồng. Về độ dày, da giãn có lớp thượng bì và trung bì mỏng hơn nhưng sẽ hồi phục nhanh chóng. Về bề mặt, bề mặt vạt da giãn được tạo ra bằng phẳng, tương đồng với da trước khi thực hiện kỹ thuật này. Về lông tóc, giãn da có thể tăng diện tích da lên nhiều nhưng ít làm giảm mật độ của nang tóc.

3 NB có thương tổn vùng đầu, chỉ có kỹ thuật giãn da bằng túi mới có thể đáp ứng được yêu cầu về nang tóc. 8 NB giãn da tự nhiên, da giãn được thực hiện ngay sát thương tổn nên có cấu trúc da tương đồng cao.

Khả năng huy động da

8 NB thực hiện giãn da tự nhiên, do có thể huy động da từ 3 đến 4 phía, kỹ thuật triển khai thuận lợi; 8 NB phẫu thuật giãn da bằng túi do chỉ có thể huy động da từ 1 phía của thương tổn, rất khó khăn nếu thực hiện GDTN.

Trong giãn da tự nhiên, việc có thể huy động da lành từ 3 hay 4 phía xung quanh thương tổn sẽ hiệu quả hơn hẳn so với việc chỉ có thể huy động được da từ 1 hay 2 phía của thương tổn. Sự chun giãn của da xung quanh cũng rất quan trọng. Người bệnh càng trẻ tuổi, da chun giãn càng tốt, sự huy động da từ xung quanh càng tốt. Thương tổn càng xa các cơ quan dễ bị co kéo càng huy động được tối đa da lành xung quanh.

Trong giãn da bằng túi, lượng da giãn thu được nằm ngay trên chính vùng đặt túi giãn. Do đó việc huy động da lành từ cả 4 phía sẽ không còn ý nghĩa nhiều như giãn da tự nhiên.

4.2.2. Kết quả phẫu thuật

4.2.2.1. Cách thức phẫu thuật

Giãn da tự nhiên

Trong số 16 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật, 8 trường hợp thực hiện giãn da tự nhiên và 8 trường hợp phẫu thuật giãn da bằng túi.

Có 6/8 trường hợp chỉ cần thực hiện kĩ thuật giãn da tự nhiên đơn thuần cũng đủ để cắt bỏ và tạo hình che phủ khuyết da sau khi cắt bỏ thương tổn mà không gây ra những biến chứng về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

Có 2 trường hợp ngoài kĩ thuật giãn da tự nhiên cần bổ sung thêm kĩ thuật khác để hoàn thành phẫu thuật. Đó là trường hợp thương tổn ở vùng loa tai, góc hàm cần kết hợp ghép da tự do để hoàn thành phẫu thuật.

Giãn da bằng túi

Trong số 16 trường hợp đã phẫu thuật, có 8 trường hợp thực hiện kĩ thuật giãn da bằng túi.

Kĩ thuật giãn da bằng túi đã tạo ra một lượng da đủ lớn dùng để tạo hình che phủ cho cả 8 trường hợp. Chất lượng da khá đồng đều cho toàn bộ vạt da. Tuy nhiên, có đến 5 trường hợp cần phẫu thuật bổ sung. Lí do không phải do kĩ thuật giãn da bằng túi không thể cung cấp đủ về khối lượng da mà do tai biến trong quá trình phẫu thuật cũng như do yêu cầu đặc biệt về chất lượng da trong 1 số vùng nhất định của thương tổn như lông mày, mi mắt.

Phẫu thuật bổ sung, kết hợp

Các kĩ thuật tạo hình khác đều có thể bổ sung cho phẫu thuật giãn da.

Ghép da được sử dụng cho 2 trường hợp GDTN và 2 trường hợp GDBT.

Vạt tại chỗ được sử dụng cho 1 trường hợp giãn da bằng túi điều trị cho nơ vi ở cánh tay.

Vạt tại chỗ kết hợp với ghép da tự do được sử dụng bổ sung cho giãn da bằng túi trên 2 trường hợp nơ vi ở thái dương, trán và quanh mắt.

Cách thức cắt bỏ thương tổn

Có 8 trường hợp thực hiện phẫu thuật giãn da tự nhiên. Trong đó, có 1 trường hợp thực hiện cắt bỏ thương tổn từ trung tâm theo kiểu cổ điển. 1 trường hợp cắt bỏ thương tổn từ trung tâm nhưng theo thiết kế 3D. Còn lại 6 trường hợp được thực hiện cắt bỏ thương tổn từ ngoại vi vào trung tâm.

Việc thiết kế cắt bỏ thương tổn phải đảm bảo nguyên tắc là định hướng đường sẹo cuối và huy động tối đa tổ chức da lành xung quanh là rất quan trọng.

Chúng tôi nhận thấy cắt bỏ thương tổn từ trung tâm kiểu cổ điển, phẫu thuật thuận lợi những lần đầu, từ lần thứ 4 sẹo giãn nhiều, da xơ cứng, khó huy động da xung quanh. Cắt bỏ thương tổn từ trung tâm kiểu 3D có sẹo ngắn, dễ định hướng, tuy nhiên vẫn chưa phát huy được khả năng huy động da ở lần sau. Cắt bỏ thương tổn từ ngoại vi vào trung tâm sẽ rút ngắn số lần phẫu thuật do không làm suy yếu trung tâm, huy động da được tối đa, sẹo dễ định hướng.

Cách thức sử dụng vật giãn

Chúng tôi đã phẫu thuật cho 16 trường hợp NHBK. Có 8 NB thực hiện kỹ thuật giãn da tự nhiên và 8 trường hợp thực hiện kỹ thuật giãn da bằng túi.

5 NB giãn da bằng túi ngay sát thương tổn, được thiết kế sử dụng dưới hình thức vạt tại chỗ. 2 NB vạt da giãn da được thực hiện từ vùng bụng, vùng ngực được sử dụng dưới hình thức vạt trụ, di chuyển lên cẳng tay hoặc cánh tay. 1 NB giãn da từ bụng làm nguyên liệu để ghép da tự do.

5/8 trường hợp vạt da giãn được sử dụng dưới hình thức vạt tại chỗ cho kết quả tương đồng cao về vạt che phủ trên 5 tiêu chí như mật độ, màu sắc, bề mặt... 2/8 trường hợp sử dụng dưới hình thức vạt từ xa cho kết quả về sự tương đồng kém hơn, tiêu chí về màu sắc không tốt, vạt sẫm màu hơn. 1/8 trường hợp vạt được sử dụng làm nguyên liệu ghép da tự do, vạt che phủ tương đồng kém nhất, vạt sẫm màu hơn so với da xung quanh. Tuy nhiên, xét về tính thẩm mỹ, so với ghép da tự do, tình trạng thẩm mỹ vẫn cải thiện hơn.

4.2.2.2. Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da

Tình trạng sức sống vật da

Giãn da tự nhiên

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 25 lượt phẫu thuật cho kết quả vật có sức sống tốt, chiếm tỉ lệ 83,33%. Có 4 lượt vật thiếu dưỡng do bị căng, nhưng nhanh chóng hồi phục hồng ấm trở lại, chiếm tỉ lệ 13,33%. Có 1 lượt vật bị hoại tử một phần mép da, gây toác một phần vết mổ, chiếm tỉ lệ 3,34%.

A. H. Hassanein phẫu thuật cho 21 trường hợp NHBK với 72 lượt phẫu thuật GDTN. Hoại tử mép da gây toác vết mổ tác giả gặp là 2/72 lượt.¹²²

Hoại tử vật da thường có nguyên nhân rõ ràng. Nguyên nhân chính như tụ máu, nhiễm khuẩn, chấn thương trong lúc phẫu thuật, căng giãn quá mức. Trường hợp vật da bị hoại tử, sẽ phải cắt lọc và sau đó là để liền sẹo tự nhiên hay che phủ bằng biện pháp khác. Hoại tử khiến cho quá trình tạo sẹo không thuận lợi gây sẹo xấu, sẹo quá phát, sẹo lồi. Đây là một trong những biến chứng thường gặp trong ngoại khoa nói chung và phẫu thuật tạo hình nói riêng.

Giãn da bằng túi

Chúng tôi thực hiện 22 lượt phẫu thuật. Thì đặt túi và bơm giãn, có 9/10 vật sống tốt, 1/10 vật bị hoại tử nhỏ ở trung tâm. Thì tạo hình vật giãn, có 11/12 lượt vật sống tốt. 1/12 lượt vật da ghép tự do bị thiếu dưỡng.

Trường hợp vật giãn bị hoại tử, xảy ra ở cuối thời kì bơm giãn. Người bệnh được đặt 1 túi lạng trụ tứ giác 600ml ở hố chậu phải để tạo vật che phủ khuyết da ở cẳng tay phải. Bơm giãn 600ml dịch đầu tiên thuận lợi. Bơm giãn tiếp, bắt đầu xuất hiện thiếu dưỡng, dẫn đến hoại tử 1 điểm nhỏ ở trung tâm. Chúng tôi phải kết thúc bơm giãn, diện tích da thu được bị thiếu hụt 10%.

Kết quả công bố của T. T. Son năm 2005, trên 106 trường hợp với 156 vật giãn, tỉ lệ vật giãn bị hoại tử của tác giả ở mức 3,6%. Tác giả nhấn mạnh, hoại tử vật giãn là biến chứng nặng có thể dẫn đến thất bại của kỹ thuật.¹³²

Tình trạng liền sẹo kì đầu

Giãn da tự nhiên

Trong tổng số 30 lượt phẫu thuật, có 26/30 lượt phẫu thuật liền sẹo kỳ đầu tốt chiếm tỉ lệ 86,67%. Có 4/30 lượt phẫu thuật liền sẹo kì đầu kém cần cắt chỉ muộn, sau cắt chỉ sẹo liền không vững, có 2 trường hợp tách 1 phần mép vết mổ, chiếm tỉ lệ 13,33%.

A. H. Hassanein phẫu thuật cho 21 trường hợp NHBK với 72 lượt phẫu thuật GDTN. cũng gặp 2/72 lượt toác vết mổ, chậm liền sẹo.¹²²

Các yếu tố chậm liền thương như bệnh lí toàn thân, nhiễm khuẩn tại chỗ đã được loại trừ. Do đó nguyên nhân chính là do đóng da quá căng ở những người bệnh phẫu thuật đầu tiên hoặc người bệnh phẫu thuật quá nhiều lần, da xơ cứng. Chúng tôi gặp đến 4/30 lượt phẫu thuật chậm liền sẹo kì đầu, cao hơn so với kết quả 2/72 của A. H. Hassanein, nhưng chưa gặp một ca nào toác vết mổ toàn bộ hoặc không liền sẹo kì đầu.

Giãn da bằng túi

Chúng tôi thực hiện 22 lượt phẫu thuật, với 10 lượt phẫu thuật đặt túi giãn da, 10 lượt phẫu thuật tạo hình vạt da giãn và 2 lượt phẫu thuật di chuyển vạt da giãn từ vùng bụng đến cẳng tay và từ ngực đến cánh tay.

Kết quả thu được, 10/10 lượt phẫu thuật đặt túi giãn sẹo liền tốt. Thì tạo hình vạt giãn, 10/10 lượt phẫu thuật sẹo liền tốt. Trong thì di chuyển vạt giãn, 2/2 lượt phẫu thuật sẹo liền tốt, không gặp một biến chứng nào về sự liền sẹo.

Trong thì đặt túi giãn, chúng tôi thực hiện kĩ thuật cải tiến của T. T. Sơn về đường rạch da theo hai bình diện khác nhau, cách khâu đường rạch da theo ba lớp riêng biệt nên sẹo vững không bị tách sẹo trong thì bơm giãn. Thì tạo hình vạt giãn, nhờ đo đạc và thiết kế tỉ mỉ nên không bị thiếu hụt da. Thì di chuyển vạt giãn, chúng tôi khâu không căng, cố định tốt nên sẹo liền tốt. Nhờ những cải tiến và kĩ thuật trên chúng tôi đã không gặp tình trạng kém liền sẹo.

Các biến chứng

Giãn da tự nhiên

Chúng tôi thực hiện phẫu thuật giãn da tự nhiên với 30 lượt phẫu thuật. Cả 30/30 lượt phẫu thuật đều không gặp các biến chứng thông thường như chảy máu, tụ máu vết mổ hay nhiễm khuẩn tại chỗ vết mổ hay toàn thân.

Một số tác giả khác khi thực hiện kỹ thuật giãn da tự nhiên cũng ít gặp các biến chứng. Hassanein AH và cộng sự năm 2014, phẫu thuật cho 21 trường hợp NHBK chỉ gặp 1/72 lượt tụ dịch, không có nhiễm trùng.¹²²

Với GDTN chúng tôi đóng vết mổ căng vừa, không bóc tách các mép da, nên thương tổn được cầm máu kỹ, dẫn lưu vết mổ. Người bệnh được sàng lọc không có rối loạn đông máu, trong mổ mất máu rất ít. Chúng tôi kiểm soát nhiễm khuẩn trước phẫu thuật, kháng sinh dự phòng, vệ sinh vùng phẫu thuật. Trong phẫu thuật, chúng tôi cầm máu kỹ, dẫn lưu. Sau phẫu thuật, chăm sóc tích cực, kháng sinh. Chính vì vậy, chúng tôi không gặp biến chứng.

Giãn da bằng túi

Chúng tôi thực hiện 22 lượt phẫu thuật. Có 1 lượt chảy máu mép vết mổ phải cầm máu, 1 lượt tụ máu phải can thiệp lấy máu tụ, bơm rửa khoang đặt túi. 1 lượt nhiễm khuẩn tại chỗ và 1 lượt nhiễm khuẩn huyết nhẹ.

T. T. Son phẫu thuật giãn da bằng túi cho 106 trường hợp năm 2004 với 156 túi giãn, gặp 1,8%, biến chứng chảy máu, tụ máu, 7,5% nhiễm trùng.¹³²

Có 1 trường hợp tụ máu vết mổ dưới khoang đặt túi giãn, nguyên nhân là do dẫn lưu bị tuột. Người bệnh phải can thiệp, bơm rửa khoang đặt túi, lấy bỏ cục máu đông và sau đó quá trình bơm giãn lại được tiếp tục thực hiện. Trường hợp nhiễm khuẩn huyết, người bệnh có NHBK trên đầu thể cuộn não. Sau phẫu thuật 2 ngày, vết mổ khô, nhưng người bệnh sốt cao, rét run, xét nghiệm PCT tăng cao. Chúng tôi thay kháng sinh, người bệnh ổn định ngay. Về nhiễm trùng, chúng tôi gặp phải tương đương với tác giả T. T. Son.

Tình trạng cắt bỏ thương tổn

Giãn da tự nhiên

Cả 30/30 lượt phẫu thuật GDTN, thương tổn nơ vi được chúng tôi cắt bỏ theo đúng kế hoạch và thiết kế ban đầu.

Cắt bỏ thương tổn trong giãn da tự nhiên cần đảm bảo diện tích da cắt bỏ là tối đa trong mỗi lần phẫu thuật. Khâu da cần có sức căng. Sẹo sau phẫu thuật cần định hướng cho đường sẹo cuối, tạo thuận lợi cho phẫu thuật lần sau.

Để đạt được mục tiêu này, khi thiết kế chúng tôi làm test "véo da", da véo lên được đến đâu thiết kế cắt bỏ đến đó. Kết hợp với kỹ thuật giãn da cấp tính ngay trước phẫu thuật giúp da lành giãn tốt hơn, thuận lợi cho việc khâu phục hồi sau cắt bỏ thương tổn. Chúng tôi thực hiện nguyên tắc cắt da đến đâu khâu phục hồi đến đấy để tránh hiện tượng co kéo, toác mép vết mổ. Nhờ vậy, chúng tôi đảm bảo được việc cắt bỏ thương tổn tối đa theo đúng kế hoạch ban đầu mà vẫn có thể thực hiện dễ dàng việc đóng da.

Giãn da bằng túi

Có 22 lượt phẫu thuật với 10 lượt đặt túi giãn, 2 lượt di chuyển vạt giãn. Có 10 lượt cắt bỏ thương tổn và tạo hình vạt giãn. Trong đó, có 1 lượt thương tổn được cắt bỏ ít hơn so với dự kiến ban đầu 10%, khuyết da được đóng kín, 1 lượt cắt bỏ thương tổn theo dự kiến nhưng bị thiếu hụt 10 % diện tích vạt da để có thể đóng kín khuyết da, 8 lượt thương tổn được cắt bỏ theo dự kiến và khuyết da được đóng kín.

Trường hợp cắt bỏ thương tổn ít hơn dự kiến là do biến chứng hoại tử vạt, buộc phải kết thúc bơm giãn sớm nên lượng da được tạo ra bị thiếu hụt. Chúng tôi chủ động cắt bỏ thương tổn ít hơn nên vẫn đóng kín được khuyết da. Có 1 lượt phẫu thuật gặp biến chứng rò rỉ túi ở cuối thời kỳ bơm giãn, quá trình bơm giãn bị đình chỉ, lượng da giãn chỉ có thể che phủ 90% diện tích thương tổn, chúng tôi vẫn quyết định cắt bỏ toàn bộ thương tổn, phẫu thuật ghép da bổ sung.

Tình trạng phẫu thuật bổ sung để che phủ khuyết da

Giãn da tự nhiên

Giãn da tự nhiên được thực hiện trên 8 trường hợp, với 30 lượt phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi. Có 30/30 lượt phẫu thuật che phủ khuyết da sau cắt bỏ thương tổn đều được đóng trực tiếp mà không phải để hở hoặc ghép da tự do. Có 26/30 lượt phẫu thuật đóng da khâu kín được hoàn toàn, mép da căng nhẹ, chiếm tỉ lệ 86,67%. Có 4/30 lượt phẫu thuật đóng da khâu kín được hoàn toàn nhưng căng nhiều, chiếm tỉ lệ 13,33%.

Khi thực hiện giãn da tự nhiên, chúng tôi ước tính lượng da được cắt bỏ, khâu néo toàn bộ thương tổn tại vị trí hai mép da dự kiến sẽ được cắt bỏ. Sau đó mới cắt bỏ thương tổn từng phần, khâu đóng trực tiếp vết thương ngay. Chúng tôi đóng da với sức căng vừa mà vẫn cắt bỏ được tối đa thương tổn. Trường hợp đóng da với sức căng lớn đều gặp trên người bệnh thực hiện kỹ thuật rất nhiều lần, từ lần thứ 5 trở lên, lúc này da rất kém chun giãn.

Giãn da bằng túi

Chúng tôi có 8 trường hợp GDBT. Trong đó, 3 trường hợp GDBT đơn thuần, 5 trường hợp cần phẫu thuật bổ sung.

Có 2 trường hợp thương tổn phân bố tại nhiều ĐVGP khác nhau tại da đầu có tóc và trên mặt (trán, mắt, mũi, má). Thương tổn chiếm một nửa diện tích vùng trán được che phủ bởi da giãn tại vùng trán bên cạnh. Các thương tổn vùng mũi má được cắt dần, vùng mắt được ghép da tự do. Ngoài ra, còn có 2 trường hợp bổ sung ghép da tự do, 1 trường hợp bổ sung vạt da tại chỗ.

Với những thương tổn quá lớn hoặc phân bố tại nhiều ĐVGP khác nhau vùng mặt, phẫu thuật bổ sung là rất cần thiết để đảm bảo diện tích da che phủ cũng như tính thẩm mỹ, chất lượng da tại các ĐVGP khác nhau. T. T. Sơn khi phẫu thuật GDBT cho trường hợp NHBK toàn bộ cánh tay, khuỷu tay phải cũng cần đến phẫu thuật vạt tại chỗ bổ sung cho vạt da giãn bị thiếu hụt. ¹³⁴

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da tự nhiên

Chúng tôi đánh giá kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật trên 5 tiêu chí chính bao gồm: tình trạng sức sống vật da, tình trạng liền sẹo kì đầu, các biến chứng, phẫu thuật cắt bỏ thương tổn, phẫu thuật che phủ khuyết da.

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da tự nhiên chúng tôi ghi nhận là rất tốt chiếm tỉ lệ 83,33%, tốt là 13,33% và trung bình là 3,34%, không có trường hợp nào cho kết quả kém và rất kém.

Với kết quả trên, chúng tôi nhận thấy, kĩ thuật giãn da tự nhiên an toàn cao để phẫu thuật cho các NHBK đặc biệt là trẻ em và các vùng thương tổn. Các biến chứng chúng tôi gặp phải là vấn đề vết mổ thiếu dưỡng, hoại tử mép vết mổ dẫn đến chậm liền sẹo. Chảy máu và tụ máu cũng như nhiễm khuẩn chúng tôi không gặp. Tuy nhiên, đây chỉ là kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật, để đánh giá hiệu quả, tính thẩm mỹ cần có thời gian để theo dõi.

Hassanein AH¹²² cũng cho những nhận xét tương tự về kết quả sau mỗi lần phẫu thuật. Các biến chứng mà tác giả gặp phải chủ yếu là tách vết mổ, kém liền sẹo, chảy máu và tụ máu với tần suất thấp chỉ 1 hoặc 2 trường hợp trong 72 ca phẫu thuật giãn da tự nhiên. Tác giả không gặp trường hợp nào có biến chứng về nhiễm trùng.



Hình 4.9. NB Ngô Thu U.

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da tự nhiên.

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da bằng túi

Để đánh giá kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da bằng túi chúng tôi cho điểm trên 5 tiêu chí: sức sống vạt da, tình trạng liền sẹo kì đầu, các biến chứng, phẫu thuật cắt bỏ thương tổn, phẫu thuật che phủ khuyết da.

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da bằng túi chúng tôi ghi nhận là rất tốt chiếm tỉ lệ 72,73%, tốt là 27,27% và không có trường hợp nào cho kết quả trung bình, kém và rất kém.

Mặc dù kết quả cuối cùng trên các trường hợp đều là rất tốt và tốt, tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy, phẫu thuật giãn da bằng túi gặp nhiều biến chứng hơn. Các biến chứng gặp trong cả 3 giai đoạn của kĩ thuật là đặt túi, bơm giãn và tạo hình vạt giãn. Một số biến chứng nhẹ như tách vết mổ, lộ hệ thống van bơm... dễ dàng khắc phục, nhưng có biến chứng gây nên thất bại của phẫu thuật như hoại tử vạt giãn.

Tengxiao Ma cũng báo cáo kết quả ngay sau sau mỗi lần phẫu thuật giãn da bằng túi cho kết quả rất khả quan Tuy nhiên tác giả cũng gặp biến chứng tương tự. Trong số 11 trường hợp NHBK ở chi trên được thực hiện 13 lần phẫu thuật giãn da bằng túi, các biến chứng bao gồm 1 trường hợp tụ máu, 1 trường hợp lộ van bơm giãn và 1 trường hợp hoại tử vạt giãn ở đầu xa.¹³⁶



Hình 4.10. NB Phạm Thảo N.

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật giãn da bằng túi

4.2.2.3. Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da

Tình trạng vết sẹo

Giãn da tự nhiên

Vết sẹo sau phẫu thuật giãn da được đánh giá dựa trên 5 tiêu chí chính là độ mảnh, độ phẳng, mật độ, màu sắc, sự co kéo hoặc sẹo bệnh lí, sẹo lồi.

Có 8 trường hợp hoàn thành phẫu thuật thì chỉ có 1 trường hợp đạt 4/5 tiêu chí tốt về sẹo, 7 trường hợp còn lại chỉ đạt 2/5 đến 3/5 tiêu chí tốt về sẹo. Tuy nhiên, chúng tôi không gặp trường hợp nào sẹo lồi hoặc co kéo gây biến dạng nặng tổ chức xung quanh.

Hassanein AH. nghiên cứu trên 21 NHBK đã có nhận xét về tình trạng sẹo sau phẫu thuật giãn da tự nhiên, trẻ em thường để lại sẹo tuyến tính, thuận lợi.

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy sẹo sau phẫu thuật giãn da tự nhiên thường giãn và quá phát, cần thêm phẫu thuật sửa sẹo. Tuy nhiên, sau lần phẫu thuật cuối cùng, sẹo dần dần ổn định, xếp dần, bằng phẳng trở lại. Sự khác biệt về tình trạng sẹo phải chăng có liên quan đến chủng tộc Á và Âu Mỹ khác biệt.

Giãn da bằng túi

Chúng tôi đã hoàn thành phẫu thuật GDBT cho 8 trường hợp NHBK. Có 4/8 trường hợp đạt 4 - 5/5 tiêu chí tốt về sẹo, những trường hợp này đều sử dụng vật giãn dưới hình thức vạt tại chỗ. Có 1 trường hợp sử dụng vật giãn dưới hình thức tại chỗ ở da đầu nhưng khâu căng nên sẹo cuối cùng bị giãn nhiều. Tuy nhiên sẹo được tóc che phủ nên cũng không gây mất thẩm mỹ. Có 1 trường hợp vạt giãn được sử dụng dưới hình thức ghép da ở cẳng chân, vết sẹo phẫu thuật cũng chỉ đạt 2 - 3/5 tiêu chí. Còn 2 trường hợp sử dụng vật giãn dưới hình thức vạt từ xa, sẹo kém thẩm mỹ hơn, cũng chỉ đạt 2 - 3/5 tiêu chí.

Mặc dù dữ liệu không đủ để chúng tôi có thể so sánh vết sẹo phẫu thuật sau GDTN và GDBT, nhưng chúng tôi cũng dễ dàng nhận thấy sự khác biệt về vết sẹo. Sẹo sau giãn da bằng túi có xu hướng thanh mảnh, mềm mại hơn.

Tình trạng vật da

Giãn da tự nhiên

Trong số 8 trường hợp thực hiện phẫu thuật GDTN, có 6 trường hợp có vật da che phủ đạt 5/5 tiêu chí về sự tương đồng với da xung quanh, cho kết quả rất tốt. Có 1 trường hợp kết hợp ghép da tự do nên mảnh da ghép sẫm màu hơn xung quanh. Có 1 trường hợp vật xơ cứng kém mềm mại, kém tương đồng.

Vật da giãn dùng che phủ cho khuyết da sau cắt bỏ thương tổn nơi vì được huy động từ da lành xung quanh thương tổn nên có sự tương đồng rất cao về cả chất lượng lẫn hình thức của vật da như mật độ, độ dày, màu sắc, bề mặt, lông tóc trên vật...

Hơn nữa, trong phẫu thuật nếu không khâu quá căng gây ra tình trạng thiếu dưỡng, hoại tử vật, thì vật da giãn tự nhiên mang đầy đủ các đặc điểm tính chất của vùng da lành xung quanh thương tổn, rất phù hợp về cả tính thẩm mỹ và chức năng dùng để che phủ khuyết da sau cắt bỏ thương tổn.

Giãn da bằng túi

Chúng tôi thực hiện phẫu thuật giãn da bằng túi cho 8 trường hợp NHBK. Có 5/8 trường hợp sử dụng vật giãn để che phủ dưới hình thức vật tại chỗ, 2/8 trường hợp sử dụng vật giãn để che phủ dưới hình thức vật từ xa, có 1/8 trường hợp sử dụng vật giãn làm nguyên liệu để ghép da tự do.

Có 5/8 trường hợp sử dụng vật giãn dưới hình thức vật tại chỗ nên chất lượng tương đồng về cả mật độ, độ dày, bề mặt, màu sắc, lông tóc. Có 2/8 trường hợp sử dụng vật giãn dưới hình thức vật từ xa, màu kém tương đồng. Có 1/8 trường hợp sử dụng vật giãn ghép da tự do, mảnh ghép sẫm màu hơn.

T. T. Sơn thực hiện ca giãn da cho 1 bệnh nhi nữ 4 tuổi mắc NHBK toàn bộ nửa mặt trái Sau 5 năm và sau 3 lần tái giãn da, vật da vẫn mềm mại, cảm giác bình thường, màu sắc không thay đổi, các đường sẹo xung quanh mềm mại, không qua phát, không co kéo các tổ chức xung quanh.¹²³

Tình trạng co kéo

Giãn da tự nhiên

Chúng tôi thực hiện 6/8 trường hợp GDTN không gây co kéo cơ quan xung quanh: 1 trường hợp ở mặt, cổ; 1 trường hợp ở đầu, mặt; 1 trường hợp ở giữa lưng; 2 trường hợp ở thắt lưng, bụng, 1 trường hợp cánh cẳng tay.

1 trường hợp nơ vi chiếm gần toàn bộ lưng, một phần thắt lưng, vai, thượng đòn, cổ gáy. Thiết kế huy động da từ thắt lưng lên, từ thượng đòn ra sau. Cuối cùng, nơ vi được cắt bỏ hoàn. Khớp vai bị co kéo nhẹ, tự phục hồi.

Chúng tôi có 1 trường hợp ở thắt lưng, mông 2 bên, ngay sát hậu môn. Thiết kế huy động da từ 3 phía, thắt lưng kéo xuống, từ 2 bên mông vào trong. Đường sẹo cuối có hình chữ T được giấu kín, co kéo nhẹ và tự phục hồi.

T. T. Son đã thành công xuất sắc khi thực hiện GDTN cho NHBK ở bụng, lưng, 1 phần ngực, hạ sườn với 7 lần. Sẹo cuối cùng là chữ T ngược, tuyến tính, hạn chế co kéo. Một khiếm khuyết nhỏ là rôn bị co kéo nhẹ.¹³⁴

Giãn da bằng túi

Chúng tôi có 8 trường hợp đã hoàn thành phẫu thuật giãn da bằng túi. Trong số này, có 3 trường hợp ngay sát các cơ quan dễ bị co kéo là khớp khuỷu, cung mày và quanh mắt nhưng cả 3 trường hợp đều không bị co kéo, biến dạng.

Giãn da bằng túi sẽ giãn vùng da ngay trên bề mặt túi giãn, ít ảnh hưởng tới các cơ quan xung quanh. Sẹo sau phẫu thuật mảnh, mềm mại, không co kéo nên đây là một phương pháp ít ảnh hưởng tới chức năng cơ quan xung quanh.

Trường hợp gần khớp khuỷu, da giãn ở bụng di chuyển đến cẳng tay. Lượng da giãn đủ che phủ khuyết da và vùng lấy da nên không gây ra co kéo. Có 2 trường hợp ở vùng trán, diện tích da lành vùng trán đối diện còn lại là 45% đến 55% diện tích vùng trán, đủ giãn hơn gấp đôi để che phủ hoàn toàn cho toàn bộ vùng trán. Thì tạo hình vạt giãn, chúng tôi thiết kế vạt dòn đầy theo đường viền trán và đường viền cung mày, cung mày và mắt không bị co kéo.

Tình trạng tái phát

Giãn da tự nhiên

Chúng tôi đã hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên cho 8 trường hợp và theo dõi trong thời gian ít nhất hơn 1 năm, có trường hợp đã theo dõi hơn 5 năm. Chúng tôi khám lại để theo dõi đánh giá tái phát và tình trạng ung thư hóa ở những trường hợp không loại bỏ hoàn toàn thương tổn trong năm đầu là 6 tháng/lần. Từ năm thứ 2 trở đi là 1 năm/lần. Không có trường hợp nào tái phát trên nền thương tổn cũ và cả đường viền sẹo cũng như tình trạng ung thư hóa. Đặc biệt, có 1 trường hợp thương tổn ung thư hóa nhưng theo dõi trên 5 năm không tái phát.

Nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ là một dị tật bẩm sinh, lành tính. Chúng tôi cắt thương tổn theo tiêu chuẩn của J. Arpey là cách bờ 2mm.¹¹³ Tuy nhiên, chúng tôi vẫn cần theo dõi tiếp tục, ít nhất trong vòng 5 năm cho tất cả các trường hợp phẫu thuật.

Giãn da bằng túi

Cũng như phẫu thuật giãn da tự nhiên, chúng tôi cũng đã hoàn thành phẫu thuật giãn da cho 8 trường hợp. Người bệnh hoàn thành phẫu thuật được theo dõi trong thời gian ít nhất từ 1 đến 5 năm, không có trường hợp nào tái phát cũng như ung thư hóa.

Laura H. Zaal¹²⁵ và cộng sự tiến hành phẫu thuật trên 17 bệnh NHBK với 38 túi giãn đã được sử dụng. Tất cả các tổn thương NHBK đã được loại bỏ hoàn toàn. Với thời gian theo dõi trung bình là 8,7 năm, chỉ có 3 trường hợp tái phát nhẹ và không có trường hợp nào phát triển thành u ác tính.

Do thời gian theo dõi sau phẫu thuật bị hạn chế, nhiều trường hợp không theo dõi đủ 5 năm nên chúng tôi chưa thể đánh giá sự tái phát của khối u sau cắt bỏ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu trước đây của chúng tôi, các trường hợp hoàn thành phẫu thuật, theo dõi trên 5 năm đều không tái phát.

Tình trạng cắt bỏ thương tổn

Giãn da tự nhiên

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 trường hợp NHBK đã hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên. Trong số đó, có 7 trường hợp đã được cắt bỏ hoàn toàn thương tổn nơ vi. Theo đó, nguy cơ ung thư cũng được loại bỏ hoàn toàn. Có 1 trường hợp loại bỏ được trên 75% thương tổn, còn lại một phần thương tổn ở vùng loa tai, được chỉ định phẫu thuật bổ sung là ghép da tự do. Tuy nhiên, người bệnh đang cân nhắc việc ghép da tự do để hoàn thiện phẫu thuật.

Cắt bỏ một phần thương tổn NHBK có làm giảm nguy cơ ung thư tế bào hắc tố hay không đang còn tranh luận. Cũng chưa có bằng chứng về việc loại bỏ không hoàn toàn nơ vi sẽ gây kích thích, ung thư hóa. Lí tưởng nhất trong phòng ngừa ung thư là cắt bỏ hoàn toàn thương tổn. Tuy nhiên không phải lúc nào chúng ta cũng có thể thực hiện được điều này. Sẽ ưu tiên những vùng mang tính thẩm mỹ, những vùng có thể dễ dàng tạo hình che phủ.

Giãn da bằng túi

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật cho 8 trường hợp NHBK theo phương pháp giãn da bằng túi. Trong đó, 5/8 trường hợp đạt được tiêu chí cắt bỏ 100% diện tích thương tổn. 3/8 trường hợp còn lại đạt được tiêu chí cắt bỏ được trên 75% diện tích thương tổn ban đầu.

Có 1 trường hợp có thương tổn ở vùng trán, vùng đỉnh, mắt, má phải và 1 trường hợp tương tự nhưng ở bên trái. Nguyên vọng của cả 2 trường hợp này là chỉ cắt bỏ thương tổn ở vùng hở như trán, mắt, má, thương tổn vùng da đầu có tóc che phủ kín đáo nên người bệnh không phẫu thuật cắt bỏ phần này. Có 1 trường hợp NHBK chiếm đến 2/3 diện tích da đầu, giãn da lần thứ nhất chỉ đủ che phủ để cắt bỏ 3/4 diện tích thương tổn, phần xù xì ở trung tâm. Sau đó người bệnh không tiếp tục điều trị. Như vậy, cả 3 trường hợp cắt 1 phần thương tổn là do nhu cầu người bệnh, không xuất phát từ yếu tố kĩ thuật.

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên

Chúng tôi đánh giá kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật trên năm tiêu chí chính bao gồm: tình trạng vết sẹo, tình trạng vật da, tình trạng co kéo, tình trạng tái phát và tình trạng cắt bỏ thương tổn. Kết quả ngay sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên chúng tôi ghi nhận là rất tốt chiếm tỉ lệ 50%, tốt chiếm tỉ lệ 50%, không có trường hợp nào cho kết quả trung bình, kém hoặc rất kém.

Giãn da tự nhiên là kĩ thuật an toàn, hiệu quả. Kĩ thuật GDTN để lại vết sẹo là tối thiểu, sẹo có thể định hướng được theo hướng và vị trí. Nhược điểm lớn nhất của kĩ thuật này là đòi hỏi phẫu thuật nhiều lần, mất nhiều thời gian. Khoảng cách giữa các lần phẫu thuật kéo dài và sẹo thường bị giãn hoặc quá phát yêu cầu cần thêm lần sửa chữa sẹo.

Kết quả phẫu thuật của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của Hassanein AH.¹²² Tác giả này đã có nhận xét rằng: giãn da tự nhiên là kĩ thuật hiệu quả, an toàn và đơn giản, tuy nhiên chúng lại đòi hỏi rất nhiều kiên nhẫn. Kết quả điều trị cuối cùng thường để lại một vết sẹo tuyến tính ngắn, duy nhất, không tạo thêm những thương tổn hay sẹo tại các vị trí khác và không chịu các biến chứng, tránh được các biến dạng thẩm mỹ của việc giãn da bằng túi.



Hình 4.11. NB Đỗ Thị Thùy D.

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da tự nhiên.

Ca lâm sàng NHBK thất lưng, mông điều trị bằng phẫu thuật GDTN

Đặc điểm lâm sàng

Người bệnh nữ, 8 tuổi với NHBK vùng thất lưng và mông 2 bên, ngay trên vùng cụt với kích thước 20cm x 10cm, diện tích tổn thương là 140cm². Da xung quanh có thể huy động từ trên xuống và 2 bên vào. Mục đích của phẫu thuật là cắt bỏ toàn bộ tổn thương và định hướng đường sẹo cuối hình chữ T.

Phẫu thuật và kết quả

Người bệnh được phẫu thuật bằng phương pháp giãn da tự nhiên 4 lần, mỗi lần cách nhau 1 năm. Thiết kế vùng thương tổn được cắt bỏ trong mỗi lần có diện tích tối đa nhưng vẫn đảm bảo có thể khâu đóng được vết mổ.

Khối u được cắt bỏ sâu đến hết lớp mỡ dưới da. Sau phẫu thuật, không tụ máu, không nhiễm khuẩn, mép vết mổ căng nhẹ, vùng da xung quanh vết mổ sống tốt. Giữa các lần phẫu thuật sẹo giãn nhiều. Kết quả sau hơn 3 năm, sẹo cuối cùng có hình chữ T, được dấu hoàn toàn bởi quần bikini, sẹo mềm mại, giãn vừa, màu sẹo tương đồng với da xung quanh, sẹo không co kéo, và đạt được kết quả thẩm mỹ cao.



Hình 4.12. NB Đỗ Thị Thùy D.

NHBK thất lưng, mông được điều trị bằng giãn da tự nhiên.

1. Thiết kế phẫu thuật giãn da tự nhiên lần 4. 2. Kết quả sau phẫu thuật lần 4.

Ca lâm sàng NHBK cánh cẳng tay phải điều trị bằng phẫu thuật GDTN

Đặc điểm lâm sàng

Người bệnh nữ, 24 tuổi với NHBK tại nhiều đơn vị giải phẫu: nách, cánh tay và cẳng tay phải có kích thước mặt trước 30cm x 10cm và mặt sau là 25cm x 10cm, tổng diện tích tổn thương là 350cm². Mục đích phẫu thuật là cắt bỏ toàn bộ thương tổn, sẹo dọc cánh tay, không ảnh hưởng chức năng của tay.

Phẫu thuật và kết quả

Người bệnh được phẫu thuật giãn da tự nhiên với 4 lần phẫu thuật, mỗi lần phẫu thuật cách nhau 6 tháng. Thiết kế vùng cắt tổn thương trong mỗi lần phẫu thuật có diện tích tối đa nhưng vẫn đảm bảo có thể khâu đóng được vết mổ. Định hướng đường sẹo cuối dọc hoặc chéo theo trục của tay.

Khối u được cắt bỏ sâu đến hết lớp mỡ dưới da. Sau phẫu thuật, không tụ máu, không nhiễm khuẩn, mép vết mổ căng nhẹ, vùng da quanh vết mổ sống tốt. Kết quả sau 2 năm, tổn thương được cắt bỏ toàn bộ, sẹo dọc hoặc chéo nhưng theo trục cánh tay. Sẹo quá phát nhẹ ở cánh tay và cẳng tay, xẹp hoàn toàn sau 1 năm và không hạn chế chức năng vận động. Sẹo giãn nhẹ tại vùng nách, không ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.



Hình 4.13. NB Nông Khánh L.

NHBK vùng cánh cẳng tay phải điều trị bằng phẫu thuật giãn da tự nhiên.

1. Trước phẫu thuật. 2. Sau phẫu thuật lần 1. 3. Sau phẫu thuật lần 2.

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da bằng túi

Để đánh giá kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật chúng tôi cho điểm trên 5 tiêu chí chính bao gồm: tình trạng vết sẹo, tình trạng vật da, tình trạng co kéo, tình trạng tái phát, tình trạng cắt bỏ thương tổn.

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật chúng tôi đánh giá 75% trường hợp đạt kết quả rất tốt, 25% trường hợp đạt kết quả tốt, không có trường hợp nào được đánh giá là trung bình, kém hay rất kém.

Kết quả cho thấy, sẹo sau phẫu thuật giãn da bằng túi cho chất lượng tốt, sẹo mảnh, cùng màu da, mềm mại. Vật da có độ tương đồng cao nếu sử dụng vật giãn làm nguyên liệu cho tạo hình bằng vật tại chỗ. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tái phát hay ác tính hóa.

Nghiên cứu của Tengxiao Ma¹³⁶ và cộng sự trên 11 trường hợp NHBK với 13 lần phẫu thuật giãn da bằng túi cho kết quả cuối cùng không trường hợp melanoma nào được ghi nhận và tất cả các trường hợp đều đạt kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ. Nghiên cứu của Laura H. Zaal¹³⁷ trên 17 trường hợp NHBK với 38 túi giãn đã giải quyết được 100% các trường hợp thương tổn NHBK được loại bỏ hoàn toàn, theo dõi 8,7 năm có 3 trường hợp tái phát nhẹ nhưng không có trường hợp nào phát triển thành u ác tính.



Hình 4.14. NB Nguyễn Khánh L.

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật giãn da bằng túi.

Ca lâm sàng NHBK vùng trán trái điều trị bằng giãn da bằng túi

Đặc điểm lâm sàng

Người bệnh nữ, 19 tuổi với NHBK vùng thái dương, đỉnh, trán, góc mũi, toàn bộ mi trên, một phần mi dưới, một phần má bên trái. Vùng da trán lành còn lại chiếm 45% diện tích. Mục đích của phẫu thuật là cắt bỏ toàn bộ thương tổn vùng trán, mũi, mắt, và má, để lại phần thái dương, đỉnh.

Phẫu thuật và kết quả

Lần 1, túi hình lăng trụ tứ giác thể tích 200ml, (đáy 5cm x 6cm nhô 7cm) được đặt tại vùng trán bên phải. Bơm giãn từ ngày thứ 14, thể tích 240ml. Khối u vùng trán được cắt bỏ 1 phần, vạt giãn được thiết kế là vạt đòn dầy.

Lần 2, tái giãn da sau 8 tháng tại vị trí cũ, túi giãn có thông số như lần 1. Khối u vùng trán được cắt bỏ hoàn toàn, vạt giãn được thiết kế là vạt đòn dầy. Thương tổn ở má, mi dưới được cắt dần. Toàn bộ mi trên, mũi ghép da tự do dày.

Kết quả sau 1 năm, vạt da vùng trán tương đồng với da mặt, sẹo mảnh, không tái phát. Da ghép ở mũi, mi mắt chất lượng tốt nhưng sẫm màu. Sẹo ở mi dưới và má mảnh, không giãn, mềm mại, không co kéo.



Hình 4.15. NB Nguyễn Bích N.

NHBK vùng trán trái điều trị bằng giãn da bằng túi.

1. Trước phẫu thuật. 2. Quá trình bơm giãn túi. 3. Sau phẫu thuật.

Ca lâm sàng NHBK nặng, cánh tay phải điều trị bằng giãn da bằng túi

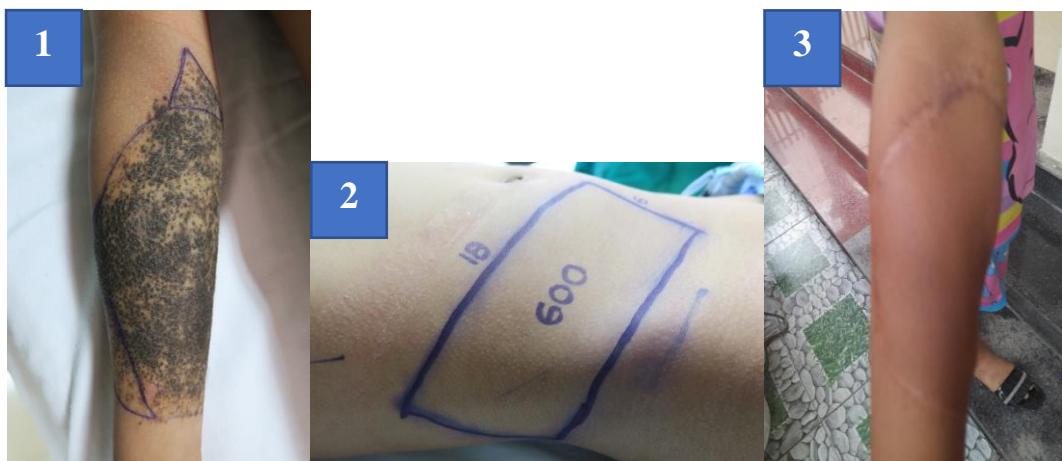
Đặc điểm lâm sàng

Người bệnh nữ, 6 tuổi với NHBK toàn bộ chu vi nửa trên cánh tay và một phần cánh tay phải, kích thước 14cm x 16cm, diện tích khoảng 220cm². Vùng da lành cánh tay còn lại khó huy động. Mục đích của phẫu thuật là cắt bỏ toàn bộ thương tổn, da che phủ cần tính thẩm mỹ cao.

Phẫu thuật và kết quả

Người bệnh được đặt 1 túi giãn hình lăng trụ tứ giác thể tích 600ml, (đáy 6 x 18cm, nhô 5,5cm) vùng hố chậu phải. Bơm giãn từ ngày thứ 14, khi đạt 600ml, tại trung tâm vạt xuất hiện bong nước, sau đó vỡ gây trật, hồi lưu mao mạch kém. Quá trình bơm giãn kết thúc, chuyển sang tạo hình vạt giãn.

Trong thì tạo hình vạt giãn, thương tổn được cắt bỏ 90%, vạt da giãn vùng bụng được thiết kế dưới hình thức vạt từ xa có cuống mạch ngẫu nhiên. Đặt tay vào thành bụng, khâu cố định mép vạt da với mép thương tổn sau cắt bỏ. Cắt cuống sau 3 tuần. 10% thương tổn còn lại được cắt bỏ sau đó. Kết quả sau 1 năm, vạt da giãn chất lượng tương đồng tốt, sẹo mảnh, không co kéo, không tái phát. Vạt da sẫm màu hơn xung quanh.



Hình 4.16. NB Nguyễn Khánh L.

NHBK nặng, cánh tay phải điều trị bằng giãn da bằng túi

1. Trước phẫu thuật. 2. Thiết kế vạt giãn vùng bụng. 3. Sau phẫu thuật.

4.2.2.4. *Mối liên quan giữa kết quả phẫu thuật giãn da với một số yếu tố*

Kết quả theo lứa tuổi phẫu thuật

Do điều kiện về gây mê hồi sức, chúng tôi chỉ đảm bảo an toàn gây mê và phẫu thuật giãn da cho người bệnh NHBK từ 2 tuổi trở lên. Từ 2 đến 6 tuổi, có 1 trường hợp GDTN đạt kết quả tốt, 1 trường hợp GDBT túi đạt kết quả rất tốt. Lứa tuổi từ 6 đến 18, GDTN 6 trường hợp đều đạt kết quả rất tốt và tốt, 5 trường hợp GDBT cho kết quả rất tốt và tốt.

Kết quả điều trị NHBK bằng phương pháp giãn da theo lứa tuổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 1.0$, độ tin cậy 95%. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy, tuổi càng nhỏ, da giãn càng tốt, giãn da tự nhiên thuận lợi. Người bệnh nhanh phục hồi, khoảng cách giữa các lần giãn da tự nhiên ngắn hơn trường hợp lớn tuổi. Tuy nhiên, người bệnh hợp tác rất kém.

Laura H. Zaal¹²⁵ đã tiến hành phẫu thuật giãn da để điều trị NHBK cho 17 trẻ nhỏ từ 4 tháng đến 2 tuổi an toàn. Min Ji Kim¹²⁴ cũng đã giãn da cho 88 trẻ có độ tuổi 6.59 ± 7.76 an toàn trong đó 31 trường hợp giãn da nhiều lần.

Kết quả theo vị trí phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi, có 8 trường hợp GDTN thì 4 trường hợp thực hiện ở thân mình (50%), 8 trường hợp GDBT thì 5 trường hợp (62,5%) thực hiện ở đầu mặt cổ. GDTN ở thân mình 4 trường hợp có kết quả 3 rất tốt, 1 tốt. GDBT trên đầu mặt cổ 5 trường hợp cho kết quả 4 rất tốt và 1 tốt.

Kết quả điều trị NHBK bằng phương pháp giãn da theo vị trí tổn thương khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 1.0$, độ tin cậy 95%. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy, giãn da tự nhiên có ưu thế khi thực hiện ở thân mình, giãn da bằng túi ưu thế khi thực hiện ở mặt cổ, đặc biệt là da đầu mang tóc.

Một nghiên cứu khác trên 88 trường hợp NHBK của Min Ji Kim¹²⁴ cho thấy: lưng là vùng có thể phẫu thuật một lần với tỷ lệ cao nhất (39,1%). Ngược lại, phẫu thuật nhiều lần thì chi dưới là vùng có tỷ lệ cao nhất (48,4%).

Kết quả theo khả năng cắt bỏ thương tổn và số lần phẫu thuật

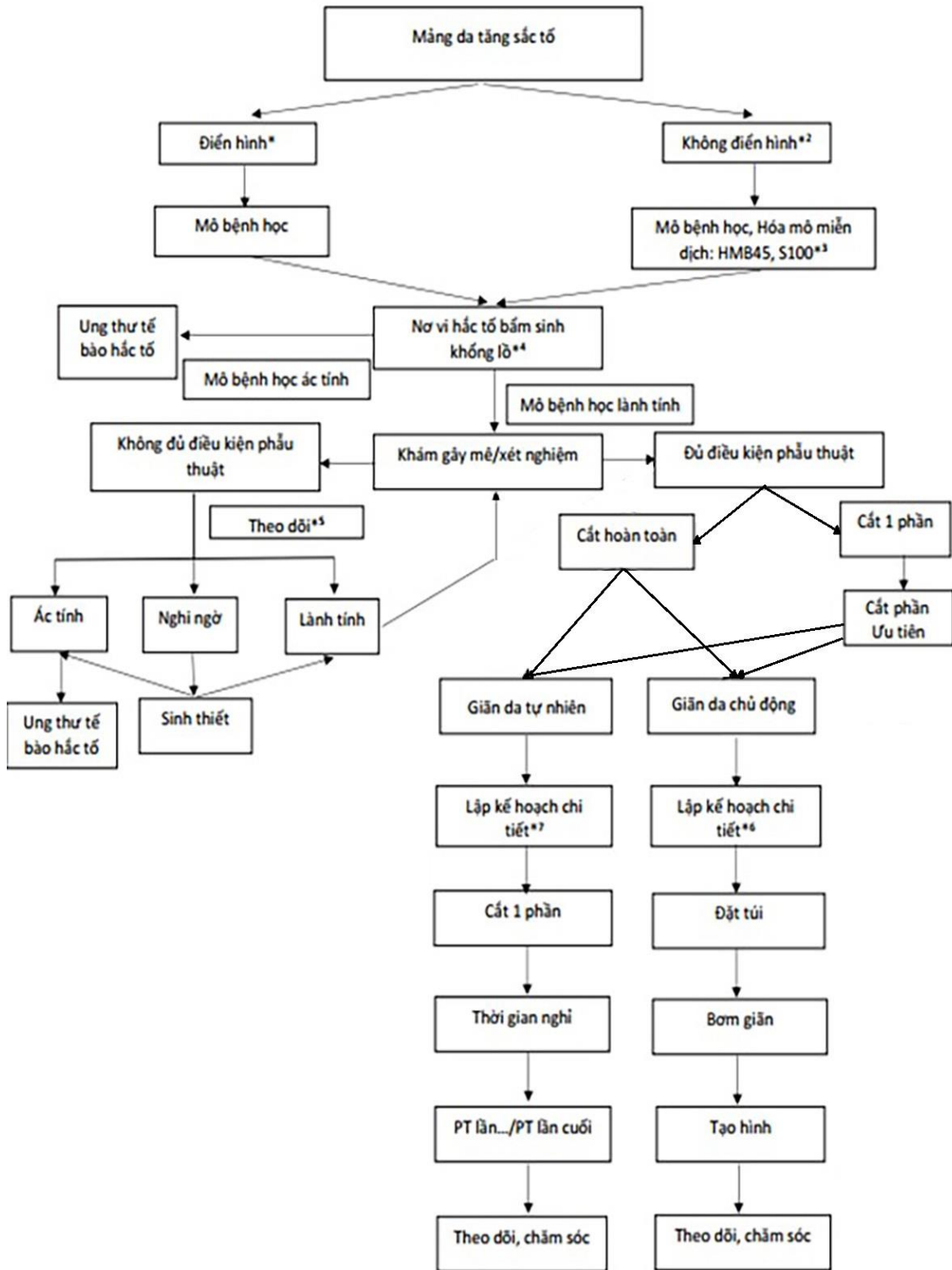
Về khả năng cắt bỏ toàn bộ thương tổn, trong số 8 trường hợp GDTN chúng tôi đã thực hiện cho 7 trường hợp, 1 trường hợp chỉ cắt bỏ được trên 75% diện tích. Trong số 8 trường hợp GDBT, chúng tôi cắt bỏ toàn bộ cho 5 trường hợp, trên 75% diện tích cho 3 trường hợp. Cả 3 trường hợp này vẫn có khả năng cắt bỏ toàn bộ thương tổn. Phần thương tổn còn lại này có bề mặt phẳng lại được tóc che phủ kín nên ngay từ đầu mặc dù người bệnh đã được tư vấn rất kĩ nhưng không muốn thực hiện phẫu thuật.

Kĩ thuật giãn da tự nhiên cần ít nhất 2 lần phẫu thuật và nên thực hiện từ 3 đến 4 lần, nếu cần trên 4 lần phẫu thuật cần xem xét sử dụng giãn da bằng túi. Chúng tôi có 8 trường hợp GDBT, không có trường hợp nào thực hiện dưới 3 lần, 1 trường hợp thực hiện trên 4 lần, 7 trường hợp thực hiện từ 3 đến 4 lần. Số lần phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $3,75 \pm 1,04$. Hassanein AH và cộng sự¹²² năm 2014 thực hiện giãn da tự nhiên trên 21 trường hợp với số lần phẫu thuật trung bình là $3,50 \pm 0,70$. Như vậy, số lần phẫu thuật trung bình cho mỗi người bệnh của chúng tôi cũng tương tự như Hassanein AH.

Với giãn da bằng túi, để hoàn thành kĩ thuật, cần ít nhất hai lần phẫu thuật: lần 1 phẫu thuật đặt túi giãn và lần 2 phẫu thuật tạo hình vạt giãn thu được. Trường hợp vạt giãn được thiết kế ở xa thương tổn, cần thêm ít nhất 1 lần phẫu thuật nữa để di chuyển vạt da giãn tới khuyết tổ chức sau khi cắt bỏ thương tổn. Trong số 8 trường hợp GDBT đã hoàn thành phẫu thuật, có 2 trường hợp cần thêm 1 lần phẫu thuật để di chuyển vạt giãn từ bụng đến cẳng tay, từ ngực đến cánh tay và 2 trường hợp cần tới 4 lần phẫu thuật do thực hiện tái giãn da. Min Ji Kim¹²⁴ nghiên cứu 88 trường hợp NHBK có tuổi trung bình $6,59 \pm 7,76$, phẫu thuật bằng phương GDBT cũng có 31 trường hợp cần giãn da nhiều lần. Moon Ki Lee¹²³ nghiên cứu trên 77 trẻ phẫu thuật giãn da bằng túi với 83 lượt giãn da được thực hiện thì có 25 lượt tái giãn da.

4.2.3. Đề xuất chỉ định phẫu thuật

4.2.3.1. Tiếp cận chẩn đoán và điều trị NHBK



Sơ đồ 4.1: Quy trình tiếp cận chẩn đoán và điều trị NHBK.

Chú thích

- *1: Điện hình: - Mảng da sẫm màu, xù xì, ranh giới rõ, lông dày đen cứng.
- Xuất hiện ngay sau sinh.
- Đường kính trên 20cm.
- *2: Không điện hình: - Mảng da nâu, phẳng, ranh giới không rõ, lông nâu, mềm.
- Xuất hiện muộn, trước 2 tuổi.
- Đường kính sẽ đạt 20cm khi trưởng thành.
- Diện tích $\geq 120\text{cm}^2$; $\geq 1\%$ (đầu); $\geq 2\%$ (thân).
- Chiếm trọn 1 ĐVGP.
- *3: Hóa mô miễn dịch: - S100 (+), HMB-45 (+): Chân đoán xác định.
- S100 (+), HMB-45 (-): Kính hiển vi điện tử.
- *4: NHBK: Lâm sàng xác định + mô bệnh học, hóa mô miễn dịch: khẳng định.
- *5: Theo dõi: Sự thay đổi bất thường: kích thước, màu sắc, bề mặt, ranh giới.
- *6: Lập kế hoạch tạo hình: Giãn da tự nhiên.
- Đánh giá tổn thương cần tạo hình: kích thước, diện tích, vị trí.
 - Đánh giá đặc điểm nơi giãn da: diện tích, cấu trúc, khả năng huy động.
 - Lựa chọn thời gian, thời điểm phẫu thuật: dự kiến số lần, khoảng cách.
 - Lựa chọn cách cắt bỏ thương tổn: trung tâm hay ngoại vi.
 - Dự kiến đường sẹo cuối: chiều dài, vị trí, hướng.
- *7: Lập kế hoạch tạo hình: Giãn da bằng túi.
- Đánh giá tổn thương cần tạo hình: kích thước, diện tích, bệnh lí, vị trí.
 - Đánh giá da nơi đặt túi giãn: kích thước, diện tích, vị trí.
 - Lựa chọn hệ thống giãn: túi giãn (hình dáng, số lượng, kích thước), van.
 - Lựa chọn đường rạch da: vị trí, hướng, kích thước.
 - Hình thức sử dụng vật giãn: tại chỗ, lân cận, ghép da.

4.2.3.2. Lựa chọn phẫu thuật điều trị NHBK

NHBK mặc dù không gây ra những rối loạn về chức năng, tuy nhiên đây là một bệnh lí bẩm sinh có nguy cơ ung thư cao đồng thời ảnh hưởng nghiêm trọng tới hình ảnh thẩm mỹ của người bệnh. Một phương pháp điều trị NHBK được xem là tốt nhất phải giải quyết tốt cả 2 vấn đề phòng ngừa ung thư và thẩm mỹ nhưng đồng thời không gây ra những rối loạn về mặt chức năng cho người bệnh.

Một số tác giả chủ trương không can thiệp bởi họ cho rằng bệnh lí này không ảnh hưởng đến chức năng, nguy cơ ung thư thấp, người bệnh không phải trả chi phí, mất nhiều thời gian đồng thời không phải chịu những tai biến, bất tiện do phẫu thuật, thủ thuật gây nên. Tuy nhiên về mặt thẩm mỹ và phòng ngừa ung thư hoàn toàn không được giải quyết.

Các thủ thuật như nạo da, laser... loại bỏ một phần khối u có tác dụng giảm nguy cơ ung thư đồng thời cải thiện tốt hình ảnh thẩm mỹ cho người bệnh. Tuy nhiên việc loại bỏ không hoàn toàn các tế bào nơ vi còn gây tranh cãi về khả năng ác tính hóa. Người bệnh còn phải đối mặt với các nguy cơ từ các thủ thuật như vấn đề về sẹo, nhiễm khuẩn... và cả các vấn đề về gây mê.

Nhiều phương pháp phẫu thuật, thủ thuật khác nhau để điều trị NHBK đã được báo cáo, nhưng phương pháp nào là tốt nhất là vẫn còn gây tranh cãi vì vẫn còn khó khăn để đạt được cả hai mục tiêu là cắt bỏ hoàn toàn thương tổn để phòng ngừa nguy cơ ung thư và kết quả thẩm mỹ tốt nhất mà không gây ra các rối loạn về chức năng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, phẫu thuật giãn da điều trị NHBK an toàn và hiệu quả. Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật với GDTN là 50% rất tốt, 50% tốt, với GDBT là 75% rất tốt, 25% tốt. Biến chứng thấp. Các biến chứng gần, với GDTN là 0%, với GDBT là 9% biến chứng nhẹ và 9% biến chứng nặng nhưng không nguy hiểm tới tính mạng. Chính vì vậy, lựa chọn phẫu thuật giãn da điều trị NHBK là hợp lý.

4.2.3.3. Đề xuất chỉ định phẫu thuật giãn da cho NHBK

Chỉ định phẫu thuật giãn da tự nhiên

Dựa trên đặc điểm đối tượng:

- Người bệnh không có cơ địa sẹo quá phát, sẹo lồi.
- Không đáp ứng với yêu cầu thời gian dài liên tục để thực hiện giãn da.
- Người bệnh nhỏ tuổi, kém hợp tác

Dựa trên đặc điểm thương tổn:

- Vị trí thương tổn ở thân mình, mặt, hông, đùi, cánh tay
- Vị trí thương tổn cần xa các cơ quan dễ bị co kéo.
- Thương tổn cần cắt bỏ dự kiến có thể thực hiện từ 3 đến 4 lần.

Dựa trên đặc điểm da lành xung quanh:

- Cần có một diện tích da lành xung quanh thương tổn đủ lớn.
- Da lành xung quanh thương tổn cần chun giãn tốt và có thể sử dụng được.
- Cấu trúc da lành nơi giãn da phù hợp với cấu trúc tổn khuyết nơi nhận.

Chỉ định phẫu thuật giãn da bằng túi

Dựa trên đặc điểm đối tượng:

- Người bệnh có cơ địa sẹo quá phát, sẹo lồi.
- Đáp ứng được yêu cầu thời gian dài liên tục để thực hiện giãn da.
- Người bệnh lớn tuổi, trẻ lớn, hợp tác tốt

Dựa trên đặc điểm thương tổn:

- Vị trí thương tổn ở đầu mặt cổ, cẳng tay, cẳng chân, thân mình
- Vị trí thương tổn gần các cơ quan dễ bị co kéo.
- Thương tổn cần cắt bỏ dự kiến phải thực hiện trên 4 lần.

Dựa trên đặc điểm da lành xung quanh:

- Diện tích da lành xung quanh thương tổn không đủ lớn.
- Da lành xung quanh thương tổn kém chun giãn, khó huy động
- Cấu trúc da lành nơi giãn da không phù hợp với cấu trúc nơi nhận.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nơi vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ.

Đặc điểm nhận dạng thường gặp NHBK: mảng da màu đen (93,88%), bề mặt xù xì (91,84%), ranh giới rõ (91,84%), nhiều lông đen cứng (89,80%).

NHBK có đường kính lớn nhất từ 20cm trở lên chiếm tỉ lệ 71,42%, đạt 20cm khi trưởng thành chiếm tỉ lệ 14,29%, dưới 20cm là 14,29%.

Đặc điểm nguy cơ ác tính NHBK: tiến triển bất thường (8,16%), dấu hiệu bất thường (4,08%), trên 100 vệ tinh (16,33%), vị trí ác tính (40,82%).

Mô bệnh học 90,32% thể trung bì, 6,45% thể hỗn hợp, 3,23% thể tiếp giáp

Hóa mô miễn dịch: 100% dương tính với S100 và HMB-45.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật NHBK bằng phương pháp giãn da

Kết quả ngay sau mỗi lần phẫu thuật được đánh giá trên 30 lượt giãn da tự nhiên: 83,33% rất tốt, 13,33% tốt, 3,34% trung bình; trên 22 lượt giãn da bằng túi: 72,73% rất tốt, 27,27% tốt.

Kết quả sau khi hoàn thành phẫu thuật được đánh giá trên 8 trường hợp giãn da tự nhiên: 50,00% rất tốt, 50,00% tốt; trên 8 trường hợp giãn da bằng túi: 75,00% rất tốt, 25,00% tốt.

Dựa trên kết quả nghiên cứu chúng tôi đề xuất chỉ định phẫu thuật tạo hình NHBK bằng phương pháp giãn da:

Phẫu thuật giãn da bao gồm giãn da tự nhiên và giãn da bằng túi an toàn, hiệu quả cao trong điều trị NHBK.

Giãn da đơn thuần có thể độc lập điều trị NHBK. Kết hợp các biện pháp giãn da, các phẫu thuật bổ sung như ghép da, vạt tại chỗ... khi cần.

Giãn da tự nhiên phù hợp với trẻ nhỏ, kém hợp tác; vùng mặt, thân mình, móng đùi, cánh tay, xa cơ quan dễ bị co kéo; số lần cắt bỏ thương tổn dưới 5.

Giãn da bằng túi được chỉ định cho trẻ lớn; vùng đầu, mặt, chi thể, thân mình, gần cơ quan dễ bị co kéo; số lần phẫu thuật nếu giãn da tự nhiên trên 4.

KIẾN NGHỊ

Dựa vào những kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi có một vài kiến nghị về điều trị nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ như sau:

Điều trị nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ bằng phương pháp giãn da an toàn và hiệu quả, có thể áp dụng rộng rãi với các cơ sở y tế có đủ điều kiện.

Phẫu thuật nên được bắt đầu sớm và hoàn thành sớm, trước khi trẻ đi học sẽ giúp trẻ lấy lại tự tin trong giao tiếp, hòa nhập với cộng đồng tốt.

Giãn da tự nhiên hoặc giãn da bằng túi có thể độc lập trong phẫu thuật tạo hình che phủ cho NHBK. Tuy nhiên, trong một số trường hợp cụ thể, thương tổn quá lớn, liên quan tới nhiều đơn vị giải phẫu, hoặc những đơn vị giải phẫu đặc biệt cần phối hợp các phương pháp giãn da hoặc một số phương pháp tạo hình khác bổ sung khác như ghép da, vạt tại chỗ, vạt từ xa..

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ

1. Nguyễn Hồng Sơn, Nguyễn Bắc Hùng, Trần Thiết Sơn. (2020). “*Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt dần điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh không lồ*”. Tạp chí Nghiên cứu Y học, số 132, tập 8, tháng 11, năm 2020, tr. 112 - 119.
2. Nguyễn Hồng Sơn, Nguyễn Bắc Hùng, Trần Thiết Sơn. (2020). “*Kết quả bước đầu sử dụng vật giãn tổ chức điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh không lồ*”. Tạp chí Nghiên cứu Y học, số 132, tập 8, tháng 11, năm 2020, tr. 103 - 111.
3. Nguyễn Hồng Sơn, Nguyễn Bắc Hùng, Trần Thiết Sơn, Phạm Thị Việt Dung. (2022). “*Điều trị nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh không lồ bằng phương pháp giãn da*”. Tạp chí Y học Việt Nam, số tháng 9 - số chuyên đề năm 2022, tập 518, tr. 524 - 530.

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viana ACL, Gontijo B, Bittencourt FV. Giant congenital melanocytic nevus. *A Bras Dermatol*. 2013;88(6):863-878. doi:10.1590/abd1806-4841.20132233.
2. Venugopal PR. Giant Congenital Melonocytic Nevi of Face-Primary Excision with Reconstruction Using Self-Filling Osmotic Expanders. *Indian J Surg*. 2015;77(Suppl 3):1201-1204. doi:10.1007/s12262-015-1246-3.
3. Escandón-Pérez S, Landeta-Sa AP, González-Jasso Y, Arenas-Guzmán R. Giant congenital melanocytic nevi. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2019;76(6):251-258. doi:10.24875/BMHIM.18000103.
4. Nguyễn Gia Khánh, Nguyễn Hương Giang. Chẩn đoán tế bào học bằng kim nhỏ các khối u hắc tố vô sắc di căn: giá trị hỗ trợ của hóa mô miễn dịch và kính hiển vi điện tử. *Tạp chí Thông tin Y dược*. 2005; 133-135.
5. Lê Đình Roanh. (2001). *Bệnh học các khối u*. Nhà xuất bản Y học.
6. Green MC, Mitchum MD, Marquart JD, Bingham JL. Management considerations for giant congenital melanocytic nevi in adults. *Mil Med*. 2014;179(4): e463-465. doi:10.7205/MILMED-D-13-00492.
7. Simon MW, Simon NP, Tunnessen WW. Picture of the month. Congenital pigmented (nevocellular) nevi. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152(8):825-826. doi:10.1001/archpedi.152.8.825.
8. Bhagwat PV, Tophakhane RS, Shashikumar BM, Noronha TM, Naidu V. Giant congenital melanocytic nevus (bathing trunk nevus) associated with lipoma and neurofibroma: report of two cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009;75(5):495-498. doi:10.4103/0378-6323.55394.

9. Sawicka E, Szczygielski O, Żak K, Pęczkowski P, Michalak E, Bekiesińska-Figatowska M. Giant congenital melanocytic nevi: selected aspects of diagnostics and treatment. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 2015; 21:123-132. doi:10.12659/MSM.891279.
10. Arneja JS, Gosain AK. Giant congenital melanocytic nevi of the trunk and an algorithm for treatment. *J Craniofac Surg.* 2005;16(5):886-893. doi: 10.1097/01.scs.0000183356.41637.f5.
11. Arneja JS, Gosain AK. Giant congenital melanocytic nevi. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(2):26e-40e. doi: 10.1097/01.prs.0000267583.63342.0a.
12. Gregory D Pearson, Patrica K Gomuwka. (2008). "Skin, Congenital Hairy nevi". *Emedicine plastic surgery.*
13. Ferguson REHJ, Vasconez HC. Laser Treatment of Congenital Nevi. *J Craniofac Surg.* 2005;16(5):908-914. doi: 10.1097/01.scs.0000180486.27666.a7.
14. Ioannidis EN, Aroni K, Kavantzias N. Assessment of vascularity in common blue nevi, small/medium congenital nevocellular, common and dysplastic acquired melanocytic nevi and melanomas: a comparative study. *Am J Dermatopathol.* 2014;36(3):217-222. doi:10.1097/DAD.0b013e3182946865.
15. Krenzel S, Scope A, Dusza SW, Vonthein R, Marghoob AA. New recommendations for the categorization of cutaneous features of congenital melanocytic nevi. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(3):441-451. doi: 10.1016/j.jaad.2012.05.043.
16. Nikfarjam J, Chambers E. Congenital Melanocytic Nevi, and the Risk of Malignant Melanoma: Establishing a Guideline for Primary-Care Physicians. *Einstein J Biol Med.* 2016;27(2):59. doi:10.23861/EJBM20112745.

17. Vourc'h-Jourdain M, Martin L, Barbarot S. Large congenital melanocytic nevi: Therapeutic management and melanoma risk. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(3):493-498.e14.
doi: 10.1016/j.jaad.2012.09.039.
18. Nguyễn Sỹ Hóa. Dựa vào phân vùng thâm mỹ sử dụng kỹ thuật ghép da dày toàn bộ tự thân trong điều trị bớt sắc tố bẩm sinh ở vùng mặt, cổ. *Tạp chí Y học Việt Nam Tháng 10. 2007; Số 2/2007:61-64.*
19. Graham B Colver. (2002). "Primary Malignant Melanoma". *Skin Cancer: A Practical Guide to Management.* 64.
20. Thomas B Fitzpatrick, Richard A Johnson, Klans Wolff, Dick Suurmond. (2001). "Congenital Nevomelanocytic Nevus". *Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology.* 278-281.
21. Chen ACC, McRae MY, Wargon O. Clinical characteristics and risks of large congenital melanocytic naevi: a review of 31 patients at the Sydney Children's Hospital. *Australas J Dermatol.* 2012;53(3):219-223.
doi:10.1111/j.1440-0960.2012.00897. x.
22. Alikhan A, Ibrahim OA, Eisen DB. Congenital melanocytic nevi: Where are we now? *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(4): 495.e1-495.e17.
doi: 10.1016/j.jaad.2012.06.023.
23. Meshram GG, Kaur N, Hura KS. Giant Congenital Melanocytic Nevi: An Update and Emerging Therapies. *Case Rep Dermatol.* 2018;10(1):24-28. doi:10.1159/000487002.
24. Anthony N Domonkos, Harry L Arnold, Richard B Odom. (1982). "The Skin: Basic Pathophysiology", "Congenital Nevocytic Nevus". *Andrew's Diseases of the Skin Clinical Dermatology.* 1-13, 875-877.
25. Elika Hoss, David Zieve. Giant congenital nevus. *MedlinePlus Medical Encyclopedia.* 2021.

26. Kovalyshyn I, Braun R, Marghoob A. Congenital melanocytic naevi. *Australas J Dermatol*. 2009;50(4):231-240; quiz 241-242. doi:10.1111/j.1440-0960.2009.00553_1. x.
27. Tromberg J, Bauer B, Benvenuto-Andrade C, Marghoob AA. Congenital melanocytic nevi needing treatment. *Dermatol Ther*. 2005;18(2):136-150. doi:10.1111/j.1529-8019.2005.05012. x.
28. B B Mahajan, Neerja Puri. (2005). "Giant bathing trunk naevus with multiple congenital melanocytic naevi in a 2-day old infant". *Dermatologia pediatrica*.
29. Gosain AK. Giant Congenital Nevi: A 20-Year Experience and an Algorithm for Their Management. *Plast Reconstr Surg*. 2001;108(3):10.
30. Vũ Thế Duyên. (1980). "Một số nhận xét về lâm sàng và phương pháp điều trị phẫu thuật u hắc tố lành vùng hàm mặt". Luận văn chuyên khoa 2. Trường Đại học Y Hà Nội. 1-42.
31. Đỗ Đình Thuận. (1998). "Lâm sàng và điều trị phẫu thuật các u sắc tố lành tính vùng hàm mặt". Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 1-89.
32. Phạm Văn Hiến. (2009). "Mô học da thường". *Da liễu học*. 7-15.
33. Bộ môn Phẫu thuật tạo hình, Trường Đại học Y Hà Nội (2013). "Các vấn đề cơ bản trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ". Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
34. The Skin (Human Anatomy): Picture, Definition, Function, and Skin Conditions. Accessed July 1, 2021. <https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/picture-of-the-skin>.
35. Lê Thế Trung (1997). "Chương I: Đại cương bỏng". *Bỏng: Những kiến thức chuyên ngành*. 17-140.
36. An overview of facial aesthetic units - *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Accessed July 1, 2021. [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(03\)00684-0/abstract](https://www.joms.org/article/S0278-2391(03)00684-0/abstract).

37. Mort RL, Jackson IJ, Patton EE. The melanocyte lineage in development and disease. *Dev Camb Engl*. 2015;142(7):1387. doi:10.1242/dev.123729.
38. Cichorek M, Wachulska M, Stasiewicz A, Tymińska A. Skin melanocytes: biology and development. *Adv Dermatol Allergol*. 2013; 1:30-41. doi:10.5114/pdia.2013.33376.
39. Nguyễn Cảnh Cầu, Nguyễn Khắc Viện. (2001). “Sắc tố da người”, “Vật lý trị liệu trong bệnh ngoài da”. *Giáo trình bệnh da và hoa liễu*. 51, 73-79.
40. Mayor R, Theveneau E. The neural crest. *Dev Camb Engl*. 2013;140(11): 2247-2251. doi:10.1242/dev.091751.
41. Bùi Khánh Duy. (2008). “Mô học da”. *Bệnh da và hoa liễu*. 15.
42. Việt Hà, Phan Hoa, Bích Thủy, Hải Yến. (2008). “Các rối loạn tế bào sắc tố da”. *Các bệnh da liễu thường gặp*. 162-163.
43. Solano F. Melanins: Skin Pigments and Much More—Types, Structural Models, Biological Functions, and Formation Routes. *New J Sci*. 2014; 2014:1-28. doi:10.1155/2014/498276.
44. Polisetti N, Gießl A, Li S, Sorokin L, Kruse FE, Schlötzer-Schrehardt U. Laminin-511-E8 promotes efficient in vitro expansion of human limbal melanocytes. *Sci Rep*. 2020;10(1):11074. doi:10.1038/s41598-020-68120-0.
45. Trần Thiết Sơn, Nguyễn Bắc Hùng. (2005). “Kỹ thuật cắt nhiều lần”, “Kỹ thuật cơ bản”. *Phương pháp giãn da trong phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ*. 47-52, 81-105.
46. Tepole AB, Gosain AK, Kuhl E. Stretching skin: The physiological limit and beyond. *Int J Non-Linear Mech*. 2012;47(8):938-949. doi: 10.1016/j.ijnonlinmec.2011.07.006.

47. Everett JS, Sommers MS. Skin Viscoelasticity: Physiologic Mechanisms, Measurement Issues, and Application to Nursing Science. *Biol Res Nurs*. 2013;15(3):338-346. doi:10.1177/1099800411434151.
48. Wagh M, Dixit V. Tissue expansion: Concepts, techniques, and unfavourable results. *Indian J Plast Surg*. 2013;46(2):333. doi:10.4103/0970-0358.118612.
49. Trần Thiết Sơn, (2018). Các đặc tính cơ sinh học của da. In: Atlas phương pháp giãn da trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ; 10-15.
50. Trần Thiết Sơn, (2018). Những biến đổi về mô học của da. In: Atlas phương pháp giãn da trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ; 15-19.
51. Tim Mc Calmont. (2009). “Nevi, Melanocytic”. *Emedicine dermatology*.
52. Stefanaki C, Soura E, Stergiopoulou A, et al. Clinical and dermoscopic characteristics of congenital melanocytic naevi. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2018;32(10):1674-1680. doi:10.1111/jdv.14988.
53. Lyon VB. Congenital Melanocytic Nevi. *Pediatr Clin North Am*. 2010;57(5):1155-1176. doi: 10.1016/j.pcl.2010.07.005.
54. Warner PM, Yakuboff KP, Kagan RJ, Boyce S, Warden GD. An 18-year experience in the management of congenital nevomelanocytic nevi. *Ann Plast Surg*. 2008;60(3):283-287. doi:10.1097/SAP.0b013e318095a784.
55. Rayala BZ, Morrell DS. Common Skin Conditions in Children: Congenital Melanocytic Nevi and Infantile Hemangiomas. *FP Essent*. 2017; 453:33-37.
56. Nguyễn Vượng. (2000). “U hắc tố”. *Giải phẫu bệnh học*. 597-598.
57. Garcias-Ladaria J, Cuadrado Rosón M, Pascual-López M. Epidermal Nevi and Related Syndromes -- Part 1: Keratinocytic Nevi. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109(8):677-686. doi:10.1016/j.ad.2018.05.005.

58. Garcias-Ladaria J, Cuadrado Rosón M, Pascual-López M. Epidermal Nevi and Related Syndromes - Part 2: Nevi Derived from Adnexal Structures. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(8):687-698.
doi:10.1016/j.ad.2018.05.004.
59. Robert A Schwartz, Congenital Nevi: Background, Pathophysiology, Etiology. *Emedicine Medscape* Accessed June 23, 2021.
<https://emedicine.medscape.com/article/1118659-overview>.
60. Macneal P, Patel BC. Congenital Melanocytic Nevi. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2021. Accessed June 27, 2021.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563168/>
61. Chung C, Forte AJV, Narayan D, Persing J. Giant nevi: a review. *J Craniofac Surg.* 2006;17(6):1210-1215.
doi: 10.1097/01.scs.0000231619.95263.a2.
62. Boente M del C, Asial RA. Desmoplastic hairless hypopigmented nevus (DHHN). A distinct variant of giant melanocytic nevus. *Eur J Dermatol EJD.* 2005;15(6):451-453.
63. Wu JJ, Markus RF, Orengo IF. Nonpigmented nodule on the shoulder: amelanotic congenital nevus. *Int J Dermatol.* 2004;43(4):312.
doi:10.1111/j.1365-4632.2004.02009.x.
64. Nguyễn Hồng Sơn, Vũ Huy Lượng, Trần Thiết Sơn. (2014). “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nốt vi sắc tố bẩm sinh không lồ tại Bệnh viện Da liễu Trung ương và Bệnh viện Đa khoa Saint Paul”. *Tạp chí y học Việt Nam.* (Tập 419, Số 2, tháng 6, năm 2014). 20-23.
65. David Zieve, Erika Hoss. Giant congenital nevus. *MedlinePlus Medical Encyclopedia.* 2021.
66. Polubothu S, Kinsler VA. Final congenital melanocytic naevi colour is determined by normal skin colour and unaltered by superficial removal techniques: a longitudinal study. *Br J Dermatol.* 2020;182(3):721-728.
doi:10.1111/bjd.18149.

67. Thomas L. Diepgen. Giant Melanocytic Nevus. Dermatology Information System. Accessed July 1, 2021.
68. Viana ACL, Gulart EMA, Gontijo B, Bittencourt FV. A prospective study of patients with large congenital melanocytic nevi and the risk of melanoma. *A Bras Dermatol.* 2017;92(2):200-205. doi:10.1590/abd1806-4841.20175176.
69. Kim SJ, Kim JH, Son B, Yoo C. A giant congenital melanocytic nevus associated with neurocutaneous melanosis. *Clin Neuroradiol.* 2014;24(2):177-184. doi:10.1007/s00062-013-0217-y.
70. John N. Jensen, Arun K. Gosain. (2007). "Congenital melanocytic nevi". *Grabb and smith's plastic surgery.* 120-123.
71. Manganoni AM, Belloni Fortina A, Pavoni L, et al. The controversial management of giant congenital melanocytic nevi. When would it be better "to wait and see"? *G Ital Dermatol E Venereol Organo Uff Soc Ital Dermatol E Sifilogr.* 2013;148(2):203-207.
72. Coughlin CC, Council ML, Gru AA, Fields RC, Bayliss SJ. Malignant melanoma arising at the site of a previously excised giant congenital melanocytic nevus. *JAMA Dermatol.* 2014;150(1):100-101. doi:10.1001/jamadermatol.2013.5775.
73. Bologna JL, ed. *Dermatology: ExpertConsult.* 3rd edition ff. Elsevier; 2012.
74. Han JS, Won CH, Chang SE, Lee MW, Choi JH, Moon KC. Giant Congenital Melanocytic Nevus with Proliferative Nodules Mimicking a Congenital Malignant Melanoma. *Ann Dermatol.* 2014;26(4):554-556. doi:10.5021/ad.2014.26.4.554.
75. Kumari M, Singh M, Punhani P. Malignant melanoma in a child with giant congenital melanocytic nevus and satellite fleckers: A rare entity. *Diagn Cytopathol.* 2020;48(6):564-566. doi:10.1002/dc.24408.

76. Sun Y, Zou Y, Wang L, et al. Giant congenital melanocytic nevus of the scalp: from clinical-histological to molecular diagnosis. *Hereditas*. 2020;157(1):21. doi:10.1186/s41065-020-00133-1.
77. Margileth AM. Spontaneous Regression of Large Congenital Melanocytic Nevi, With a Halo Rim in 17 Children With Large Scalp and Trunk Nevi During 45 Years: A Review of the Literature. *Clin Pediatr (Phila)*. 2019;58(3):313-319. doi:10.1177/0009922818816421.
78. Mishima Y. (1967). "Melanocytic Tumor". *Ultrastructure of Normal and Skin*. 388-424.
79. Recio Linares A, Sánchez Moya AI, Félix V, Campos Y. Congenital Melanocytic Nevus Syndrome: A Case Series. *Actas Dermo-Sifiliográficas Engl Ed*. 2017;108(9): e57-e62. doi: 10.1016/j.adengl.2017.08.018.
80. Moustafa D, Blundell AR, Hawryluk EB. Congenital melanocytic nevi. *Curr Opin Pediatr*. 2020;32(4):491-497. doi:10.1097/MOP.0000000000000924.
81. Zayour M, Lazova R. Congenital melanocytic nevi. *Clin Lab Med*. 2011;31(2):267-280. doi: 10.1016/j.cll.2011.03.004.
82. Su JJ, Chang DK, Mailey B, Gosman A. Treatment of a giant congenital melanocytic nevus in the adult: review of the current management of giant congenital melanocytic nevus. *Ann Plast Surg*. 2015;74 Suppl 1:S57-61. doi:10.1097/SAP.0000000000000433.
83. Christopher S. Hale. Skin melanocytic tumor. *Pathology Outlines*. Accessed July 1, 2021.
84. Tannous ZS, Mihm MC, Sober AJ, Duncan LM. Congenital melanocytic nevi: clinical and histopathologic features, risk of melanoma, and clinical management. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52(2):197-203. doi: 10.1016/j.jaad.2004.07.020.

85. Patrick Emanuel. Melanocytic naevus pathology. DermNet NZ. Accessed July 1, 2021.
86. Nguyễn Ngọc Hùng (2010). “Vai trò của hóa mô miễn dịch và sinh học phân tử trong chẩn đoán giải phẫu bệnh”. Giải phẫu bệnh. Bộ quốc phòng, Cục quân y, Bệnh viện Trung ương quân đội 108. 18-30.
87. Stark MS. Large-Giant Congenital Melanocytic Nevi: Moving Beyond NRAS Mutations. *J Invest Dermatol.* 2019;139(4):756-759. doi: 10.1016/j.jid.2018.10.003.
88. Chen Y, Klonowski PW, Lind AC, Lu D. Differentiating neurotized melanocytic nevi from neurofibromas using Melan-A (MART-1) immunohistochemical stain. *Arch Pathol Lab Med.* 2012;136(7):810-815. doi:10.5858/arpa.2011-0335-OA.
89. Baderca F, Solovan C, Boghian L. Epidemiological and morphological data of ocular melanocytic lesions. *Romanian J Morphol Embryol.* 2013;54(1):77-83.
90. Sathyanarayana BD, Basavaraj HB, Nischal KC, Swaroop MR, Lavanya MS, Okram S. Insight into evolution of a giant congenital nevomelanocytic nevus over 14 years. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2014;80(3):243-246. doi:10.4103/0378-6323.132252.
91. Deepak M. Kamat. Photoclinic: Giant Congenital Melanocytic Nevus. *Contemporary Pediatrics.* Accessed June 18, 2021.
92. Mark GJ, Mihm MC, Liteplo MG, Reed RJ, Clark WH. Congenital melanocytic nevi of the small and garment type. Clinical, histologic, and ultrastructural studies. *Hum Pathol.* 1973;4(3):395-418. doi:10.1016/s0046-8177(73)80101-7.
93. Rayala BZ, Morrell DS. Common Skin Conditions in Children: Congenital Melanocytic Nevi and Infantile Hemangiomas. *FP Essent.* 2017; 453:33-37.

94. Kang HG, Park MC, Park DH. A new modality for treating congenital melanocytic nevus: “cogwheel pattern” serial excision method. *Arch Plast Surg*. 2014;41(4):418-420. doi:10.5999/aps.2014.41.4.418.
95. Tang L, MacKenzie Ross AD, Nduka C. The Cake Flap: A new technique for serial excision of benign cutaneous lesions. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011;64(9):1194-1196. doi: 10.1016/j.bjps.2011.03.008.
96. L.E. De Raeve, A. Claes. Distinct phenotypic changes between the superficial and deep component of giant congenital melanocytic naevi: a rationale for curettage. *British Journal of Dermatology*. 2005. doi:10.1111/j.1365-2133.2005.07055. x.
97. Rasmussen BS, Henriksen TF, Kølle SFT, Schmidt G. Giant congenital melanocytic nevus: report from 30 years of experience in a single department. *Ann Plast Surg*. 2015;74(2):223-229. doi: 10.1097/SAP.0b013e3182920c3d.
98. Robert Baran, Howard I Maibach. (2005). “Dermabrasion”. *Textbook of Cosmetic Dermatology*. 649-653.
99. Amanda Oakley. Congenital melanocytic naevus. *DermNet NZ*. 2014. <https://dermnetnz.org/topics/congenital-melanocytic-naevi/>
100. Chong SJ, Jeong E, Park HJ, Lee JY, Cho BK. Treatment of congenital nevocmelanocytic nevi with the CO2 and Q-switched alexandrite lasers. *Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al*. 2005;31(5):518-521. doi:10.1111/j.1524-4725.2005.31153.
101. Trần Hậu Khang (2017). “Bệnh học da liễu”, Tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
102. Carlos Roberto Antonio. Giant pigmented hairy nevus: clinical and histopathological 3-year follow-up after removal with 1,064 nm Q-Switched Nd: YAG Laser. *Surgical And Cosmetic Dermatology*. 2012.

103. De Raeve LE, Roseeuw DI. Curettage of Giant Congenital Melanocytic Nevi in Neonates: A Decade Later. *Arch Dermatol.* 2002;138(7). doi:10.1001/archderm.138.7.943.
104. O'Neill TB, Rawlins J, Rea S, Wood F. Treatment of a large congenital melanocytic nevus with dermabrasion and autologous cell suspension (ReCELL®): A case report. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64(12): 1672-1676. doi: 10.1016/j.bjps.2011.05.016.
105. Kilmer SL, Garden JM. Laser treatment of pigmented lesions and tattoos. *Semin Cutan Med Surg.* 2000;19(4):232-244. doi:10.1053/sder.2000.18363.
106. Amiry SA, Fitzpatrick RE, Goldman MP, Detwiler S. Treatment of Congenital Nevi with Ruby, and Alexandrite Lasers. *The American Journal of Cosmetic Surgery.* 2003;20(1):27-34. doi:10.1177/074880680302000106.
107. Michel JL. Laser therapy of giant congenital melanocytic nevi. *Eur J Dermatol EJD.* 2003;13(1):57-64.
108. Lapière K, Ostertag J, Van De Kar T, Krekels G. A neonate with a giant congenital naevus: new treatment option with the erbium: YAG laser. *Br J Plast Surg.* 2002;55(5):440-442. doi:10.1054/bjps.2002.3879.
109. Kim YJ, Whang KU, Choi WB, et al. Efficacy and safety of 1,064 nm Q-switched Nd: YAG laser treatment for removing melanocytic nevi. *Ann Dermatol.* 2012;24(2):162-167. doi:10.5021/ad.2012.24.2.162.
110. Arad E, Zuker RM. The shifting paradigm in the management of giant congenital melanocytic nevi: review and clinical applications. *Plast Reconstr Surg.* 2014;133(2):367-376. doi: 10.1097/01.prs.0000436852.32527.8a.

111. Bellier-Waast F, Perrot P, Duteille F, Stalder JF, Barbarot S, Pannier M. [Surgical treatment for giant congenital nevi: what are the psychosocial consequences for the child and family?]. *Ann Chir Plast Esthet.* 2008;53(5):408-414. doi: 10.1016/j.anplas.2007.10.002.
112. López Gutiérrez JC, García Palacios M, Díaz M, Soto C, Ros Z. [Indication for early excision of the giant congenital nevus]. *Cirugia Pediatr Organo of Soc Espanola Cirugia Pediatr.* 2010;23(3):165-169.
113. Christopher J Arpey, D C Whitaker, M J O'Donnell. (1997). "Excisional Surgery". *Cutaneous Surgery Illustrated and Practical Approach.* 15-23.
114. Gu C, Wang X xia, Luo X, et al. An alternative strategy treated giant congenital melanocytic nevi with epidermis and superficial dermis of the lesions. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(4): e9725. doi:10.1097/MD.0000000000009725.
115. Ott H, Krenzel S, Beck O, et al. Multidisciplinary long-term care, and modern surgical treatment of congenital melanocytic nevi – recommendations by the CMN surgery network. *JDDG J Dtsch Dermatol Ges.* 2019;17(10):1005-1016. doi:10.1111/ddg.13951.
116. Mutti L de A, Mascarenhas MRM, de Paiva JMG, Golcman R, Enokihara MY, Golcman B. Giant congenital melanocytic nevi: 40 years of experience with the serial excision technique. *A Bras Dermatol.* 2017;92(2):256-259. doi:10.1590/abd1806-4841.20174885.
117. Trần Thiết Sơn. (2003). Nghiên cứu ứng dụng phương pháp giãn tổ chức trong điều trị phẫu thuật sẹo di chứng bỏng. Luận án Tiến sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 1-123.
118. Steven E Greer, P Benhaim, H Peter Lorenz, J Chang, Marc H Hedrick. (2004). "Tissue Expansion". *Handbook of Plastic Surgery.* 67-71.

119. Kopp J, Magnus Noah E, Rübber A, Merk HF, Pallua N. Radical resection of giant congenital melanocytic nevus and reconstruction with meek graft covered integra dermal template. *Dermatol Surg.* 2003;29(6): 653-657. doi:10.1046/j.1524-4725.2003.29157. x.
120. Nguyễn Bắc Hùng. (2006). “Phần 1 Đại cương”. *Phẫu thuật tạo hình.* 8- 104.
121. Chrétien-Marquet B. L'expansion naturelle différée [Deferred natural expansion]. *Ann Chir Plast Esthet.* 1996;41(5):551-561.
122. Hassanein AH, Rogers GF, Greene AK. Management of challenging congenital melanocytic nevi: outcomes study of serial excision. *J Pediatr Surg.* 2015;50(4):613-616. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2014.08.020.
123. Lee MK, Park SO, Choi TH. Serial Tissue Expansion at the Same Site in Pediatric Patients: Is the Subsequent Expansion Faster? *Arch Plast Surg.* 2017;44(6):523-529. doi:10.5999/aps.2017.00885.
124. Kim MJ, Lee DH, Park DH. Multifactorial analysis of the surgical outcomes of giant congenital melanocytic nevi: Single versus serial tissue expansion. *Arch Plast Surg.* 2020;47(6):551-558. doi:10.5999/aps.2020.01494.
125. Zaal LH, van der Horst CM. Results of the early use of tissue expansion for giant congenital melanocytic naevi on the scalp and face. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009;62(2):216-220. doi: 10.1016/j.bjps.2007.10.045.
126. Đào Ngọc Phong, Tôn Thất Bách, Nguyễn Trần Hiền, Lưu Ngọc Hoạt. (2006). “Tổng quan về các thiết kế nghiên cứu”. *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y học và sức khỏe cộng đồng.* 7-19.
127. Feng YP, Yang TS, Chung CH, Chien WC, Wong CS. Early childhood general anesthesia exposure associated with later developmental delay: A national population-based cohort study. *PLoS ONE.* 2020;15(9): e0238289. doi: 10.1371/journal.pone.0238289.

128. Bartels DD, McCann ME, Davidson AJ, Polaner DM, Whitlock EL, Bateman BT. Estimating Pediatric General Anesthesia Exposure: Quantifying Duration and Risk. *Paediatr Anaesth*. 2018;28(6):520-527. doi:10.1111/pan.13391.
129. Levakov A, Vucković N, Dolai M, Kačanski MM, Božanić S. Age-related skin changes. *Med Pregl*. 2012;65(5-6):191-195.
130. Zitelli JA, Grant MG, Abell E, Boyd JB. Histologic patterns of congenital nevocytic nevi and implications for treatment. *J Am Acad Dermatol*. 1984;11(3):402-409. doi:10.1016/s0190-9622(84)70181-2.
131. Kadonaga JN, Frieden IJ. Neurocutaneous melanosis: definition and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 1991;24(5 Pt 1):747-755. doi:10.1016/0190-9622(91)70115-i.
132. Trần Thiết Sơn, Nguyễn Bắc Hùng. Biến chứng của kỹ thuật giãn da. In: *phương pháp giãn da trong phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ*. 2005:119-130.
133. Nguyễn Hồng Sơn (2010). “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đặc điểm điều trị phẫu thuật nơ vi sắc tố bẩm sinh khổng lồ”. Luận văn Thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội.
134. Trần Thiết Sơn, Sekido Mitsuru (2018), *Atlas phương pháp giãn da trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ*. Nhà xuất bản Y học.
135. Trần Thiết Sơn (2022), *Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ da đầu*, Nhà xuất bản Y học.
136. Ma T, Fan K, Li L, et al. Tissue expansion in the treatment of giant congenital melanocytic nevi of the upper extremity. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(13): e6358. doi:10.1097/MD.0000000000006358.
137. Zaal, L.H., Mooi, W.J. & Smitt, H.J.S. Results of early curettage of giant congenital melanocytic nevi; a report of eight cases and review of the literature. *Eur J Plast Surg* 30, 257–262 (2008).
<https://doi.org/10.1007/s00238-007-0192-0>.

PHỤ LỤC : MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

MẪU BỆNH ÁN NHBK														
Mã BA						Mã BN								
Họ tên						Ngày sinh								
Địa chỉ						X/P			Q/H			T/P		
Bố/mẹ						Điện thoại:								
Đặc điểm Lâm sàng, Cận lâm sàng														
1	Tuổi	<6	6=>18	>18	2	Giới	Nữ	Nam						
3	Yếu tố GD	Không	Có		4	DTBS- HHTD	Không	Có						
5	Màu sắc	Đen	Nâu		6	Bề mặt	Xù xì	Phẳng						
7	Ranh giới	Rõ	Không rõ		8	Lông	Đen, cứng	Nâu, mềm						
9	Tế bào	Lành tính	Có tế bào lạ	Ác tính	10	MBH	Trung bì	Hỗn hợp	Tiếp giáp					
11	S100 HMB45	Dương tính	Âm tính	Không làm	12	Tuổi XH	Ngay sau sinh	<2 tuổi						
13	Đường kính	>20cm	Khi tt: 20cm	<20cm	14	Diện tích	>2%	>1% đmc, bt	120 cm2					
15	Đơn vị GP	1 đv	Trộn 1 đv	Nhiều đv	16 Ghi chú:									
17	Tiến triển	BT	Bất thường		18	TC, DH	BT	Bất thường						
19	Vệ tinh	>100	<100		20	Vị trí nguy cơ	Cao	Thấp						
Đặc điểm Phẫu thuật														
21	Lý do PT	Thẩm mỹ	Ác tính	Khác	27	Đặc điểm thương tổn	Thoái biến	Không rõ	Có					
22	Khả năng PT	Có, đã PT	Có, chờ PT	Không			Vị trí	Gần cqck	Xa cqck					
23	Thời điểm PT	2=>6	6=>18	>18	28	Đặc điểm da xq	Diện tích	Đủ che phủ	Không đủ					
24	Cách thức PT	GDTN	Đơn thuần	Kết hợp			KN huy động da	1 phía	Nhiều phía					
		GDCĐ	Đơn thuần	Kết hợp			Cấu trúc da	Bình thường	Đặc biệt					
25	PT kết hợp	Vật TC	Ghép da	Vật trụ	29	Kỹ thuật giã da	Cách PT	GDTN	GDCĐ					
26	Đầu mặt cổ	Đầu	Mặt	Cổ			Số lần	1=>4	>4					
	Thân mình	Ngực	Bụng	Lưng, TL			Cách che phủ	Vật tại chỗ	Vật từ xa					
	Tay	Nách	Cánh, cẳng	Bàn tay										
	Chân	Mông	Đùi, bắp	Bàn chân										

TT	Ngày vào	Ngày ra	Ngày PT	Số HS	TT	Ngày vào	Ngày ra	Ngày PT	Số HS				
1					4								
2					5								
3					6								
Kết quả gần		1	2	3	4	5	Kết quả gần		1	2	3	4	5
Cắt bỏ	>110 %						Nhiễm khuẩn	Không					
	>100%							Tại chỗ nhẹ					
	Theo dự kiến							Tại chỗ nặng					
	< 100%							Toàn thân nhẹ					
	<90%							Toàn thân nặng					
Che phủ	Không căng						Sức sống	Sống tốt					
	Căng nhẹ							Thiếu dưỡng					
	Rất căng							Bong thương bì					
	Đề hờ, < 10%							Hoại tử mép					
	Đề hờ, > 10%							Hoại tử vạt					
Tụ máu	Không						Liên sẹo	Tốt, cắt chỉ đúng					
	Siêu âm							Chậm, cắt chỉ muộn					
	Lâm sàng							Chậm, toác <10%					
	Can thiệp							Chậm, toác >10%					
	Phẫu thuật							Kém, toác toàn bộ					
Kết quả khi hoàn thành PT													
Sẹo	5/5 tiêu chí						Vạt	5/5 tiêu chí					
	4/5 tiêu chí							4/5 tiêu chí					
	3/5 tiêu chí							3/5 tiêu chí					
	2/5 tiêu chí							2/5 tiêu chí					
	0-1/5 tiêu chí							0-1/5 tiêu chí					
Phòng ác tính	Loại 100%						Tái phát	Không					
	Loại 75-100%							Viền, <10%					
	Loại 50-75%							Viền, >10%					
	Loại 25-50%							Nền, lành					
	Loại <25%							Ác tính					
Co kéo	Không						Mục tiêu	Đạt					
	Nhẹ, hồi phục							Đạt, bổ sung					
	Vừa, chậm hp							Đạt, tăng số lần					
	Can thiệp, hp							Đạt >75%					
	Ko hồi phục							Đạt <75%					

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn xác nhận:

Bác sĩ: Nguyễn Hồng Sơn, sinh năm 1973, Trưởng khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ và Phục hồi chức năng, Bệnh viện Da liễu Trung ương, là nghiên cứu sinh khóa 33, chuyên ngành: Chấn thương chỉnh hình và Tạo hình tại Trường Đại học Y Hà Nội đã tiến hành thu thập số liệu trên các bệnh nhân nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh không lồ tại khoa Phẫu thuật Tạo hình, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Số lượng: 17 bệnh nhân.

DANH SÁCH BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

TT	Họ và tên	Giới tính	Năm sinh	Mã bệnh án /bệnh nhân	Ngày vào viện	Ngày ra viện
1	Trương Vũ Thanh T	Nữ	1979	06-2353	19/04/2006	12/05/2006
2	Nguyễn Thị H	Nữ	1983	Ngoại trú	05/07/2006	05/07/2006
3	Trần Thị N	Nữ	1980	06-26785	15/11/2006	27/11/2006
4	Ngô Ngọc T	Nam	1996	07-12310 08-058593	11/06/2007 31/05/2010	10/07/2007 15/06/2010
5	Trần Xuân T	Nữ	1993	07-12932	13/06/2007	18/06/2007
6	Lương Văn B	Nam	1962	07-115234	12/07/2007	18/07/2007
7	Chu Trọng K	Nam	1997	07-16133 08-059264	19/07/2007 23/06/2008	08/08/2007 15/07/2008
8	Lê Hữu T	Nam	1997	07-16643 08-686 08-059292 08-059292	23/07/2007 10/01/2008 02/07/2008 10/06/2009	07/08/2007 25/01/2008 15/07/2008 17/06/2009

9	Trần Thị N	Nữ	1998	07-16617	26/07/2007	10/08/2007
10	Phạm Tiến D	Nam	1992	08-048465	05/06/2008	19/06/2008
				08-048465	18/08/2010	06/09/2010
11	Tạ Thị L	Nữ	1998	08-059327	16/06/2008	04/09/2008
				08-059327	02/06/2009	16/06/2009
12	Trần Diệu L	Nữ	2004	08-095172	19/09/2008	31/12/2008
				08-095172	10/06/2009	19/06/2009
				08-095172	08/06/2010	22/06/2010
13	Lê Anh Q	Nam	1996	09-099686	02/06/2009	15/06/2009
				09-099686	13/08/2009	21/08/2009
14	Nguyễn Thuỳ L	Nữ	2000	09-079552	11/06/2009	22/06/2009
				09-079552	26/08/2009	07/09/2009
				09-079552	01/06/2010	11/06/2010
				09-079552	12/08/2010	27/08/2010
15	Nguyễn Thị Thuý V	Nữ	1986	09-119243	29/07/2009	18/08/2009
16	Lê Nguyễn Thu H	Nữ	2006	06-8163	24/04/2006	03/05/2006
17	Lê Thị T	Nữ	2004	Ngoại trú	30/06/2009	30/06/2009

Hà Nội, ngày 3 tháng 10 năm 2022

Thầy hướng dẫn

Trưởng khoa Phẫu thuật tạo hình



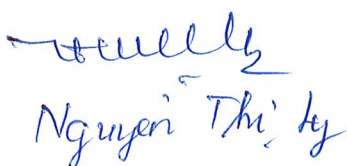

PGS. TS. Nguyễn Bắc Hùng

TS. Ưông Thanh Tùng

TL Giám đốc

TRƯỞNG PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

LTHS


Nguyễn Thị Kỳ




BS Lương Đức Dũng

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN

Bệnh viện Da liễu Trung ương xác nhận:

Bác sĩ: Nguyễn Hồng Sơn, sinh năm 1973, Trưởng khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ và Phục hồi chức năng, Bệnh viện Da liễu Trung ương, là nghiên cứu sinh khóa 33, chuyên ngành: Chấn thương chỉnh hình và Tạo hình tại Trường Đại học Y Hà Nội đã tiến hành thu thập số liệu trên các bệnh nhân nơ vi tế bào hắc tố bẩm sinh khổng lồ tại khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ và Phục hồi chức năng, bệnh viện Da liễu Trung ương.

Số lượng: 32 bệnh nhân.

DANH SÁCH BỆNH NHÂN BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

TT	Họ và tên	Giới tính	Năm sinh	Mã bệnh án /bệnh nhân	Ngày vào viện	Ngày ra viện
1	Mạch Thanh S	Nam	1990	05-12-0222 06-12-0333	15/03/2005 21/03/2006	12/07/2005 17/04/2006
2	Nguyễn Thị T	Nữ	1988	Ngoại trú Ngoại trú	18/07/2005 11/01/2006	31/08/2005 24/01/2006
3	Ngô Thuỳ L	Nữ	1993	07-117400 07-125176 08-841030	31/07/2007 20/08/2007 27/07/2008	14/08/2007 31/08/2007 10/07/2008
4	Lê Thu H	Nữ	2002	08-868361 08-868361 03-820778	13/10/2008 07/04/2009 16/08/2010	30/10/2008 20/04/2009 25/08/2010
5	Võ Thị H	Nữ	1990	08-044787	24/03/2008	24/03/2008
6	Nguyễn Trọng L	Nam	2001	10-555389	01/03/2010	01/03/2010
7	Phạm Thị L	Nữ	2004	10-547360	18/05/2010	18/05/2010
8	Nguyễn Việt B	Nam	1990	01-221752	25/06/2010	25/06/2010
9	Nguyễn Thanh Q	Nam	2007	10-321431	26/06/2010	26/06/2010
10	Lê Thị Khánh L	Nữ	2001	10-663211	01/07/2010	01/07/2010
11	Doãn Hoàng M	Nữ	2006	10-194891	28/09/2010	28/09/2010
12	Lê Cẩm T	Nữ	2006	10-322004	08/10/2010	08/10/2010
13	Nguyễn Phương L	Nam	2015	17395986	Ngoại trú	
14	Đình Chân P	Nam	2018	19118730	Ngoại trú	
15	Nguyễn Ngọc H	Nữ	2017	17270438	Ngoại trú	
16	Hoàng Thị Q	Nữ	2008	19250576	Ngoại trú	
17	Phạm Hải B	Nam	2016	17178547	Ngoại trú	
18	Đào Thanh B	Nam	2011	00002882	Ngoại trú	
19	Vũ Bùi Minh K	Nam	2020	20250221	Ngoại trú	
20	Đỗ Bảo K	Nam	2014	20188795	Ngoại trú	

21	Lò Việt T	Nam	2010	20200961	25/05/2020	21/08/2020
22	Phạm Thảo N	Nữ	2014	20200894 20210153	21/09/2020 05/01/2021	06/10/2020 15/01/2021
23	Nguyễn Khánh L	Nữ	2013	20194561 20194598 20193018	15/07/2019 19/08/2019 16/09/2019	12/08/2019 30/08/2019 29/11/2019
24	Nguyễn Bích N	Nữ	2000	20193030 20200976 20200650 20200727	24/09/2019 19/05/2020 18/06/2020 15/07/2020	03/01/2020 11/06/2020 10/07/2020 24/07/2020
25	Trần Cẩm Y	Nữ	2008	20160440 20160587 20178259	22/08/2016 09/01/2017 28/06/2017	30/08/2016 16/01/2017 04/07/2017
26	Đỗ Thị Thùy D	Nữ	2009	20160461 20179310 20188724 20194497	25/07/2016 14/06/2017 12/06/2018 04/06/2019	04/08/2016 23/06/2017 22/06/2018 21/06/2019
27	Ngô Thu U	Nữ	2008 20150910 20160370 20179394	03/06/2014 02/06/2015 25/05/2016 12/07/2017	23/06/2014 19/06/2015 15/06/2016 31/07/2017
28	Vũ Thị Minh T	Nữ	2007	20150965 20160362 20179347	01/06/2015 06/06/2016 29/06/2017	15/06/2015 17/06/2016 18/07/2017
29	Lê Thị Ngọc M	Nữ	1996	20194653	09/09/2019	16/09/2019
30	Đinh Thị Thu T	Nữ	1993	20200904 20200455	28/05/2020 15/09/2020	05/06/2020 21/09/2020
31	Nông Khánh L	Nữ	1996	20134999 20200383 20200313 20210141	20/11/2019 03/03/2020 06/10/2020 26/04/2021	06/12/2019 18/03/2020 16/10/2020 04/05/2021
32	Nguyễn Thị H	Nữ	2004	20150997 20160422 20178250 20188744 20191571 20194499	22/07/2015 15/06/2016 14/06/2017 19/06/2018 12/02/2019 07/06/2019	07/08/2015 27/06/2016 23/06/2017 28/06/2018 18/02/2019 17/06/2019

XÁC NHẬN CỦA
THẦY HƯỚNG DẪN



PGS.TS. NGUYỄN BẮC HÙNG

XÁC NHẬN CỦA
P. PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP



TS. NGUYỄN THỊ HÀ VINH