

ĐÁNH GIÁ HÌNH THÁI LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ TẠO HÌNH CÁC TỔN KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MẶT BẰNG VẬT TẠI CHỖ

Nguyễn Hồng Lợi¹, Hoàng Lê Trọng Châu¹, Trần Xuân Phú¹

TÓM TẮT

Các tổn khuyết phần mềm vùng mặt có kích thước 1-3cm khá phổ biến, có thể dùng các kỹ thuật tạo hình tại chỗ để khâu đóng trực tiếp mà vẫn đảm bảo tính thẩm mỹ.

Mục tiêu: Nghiên cứu hình thái lâm sàng của các tổn khuyết phần mềm vùng mặt. Đánh giá kết quả điều trị các tổn khuyết phần mềm vùng mặt bằng vật tại chỗ.

Đối tượng, phương pháp: 164 bệnh nhân tổn khuyết vùng mặt được tạo hình bằng các vật tổ chức tại chỗ bao gồm các hình thức: khâu đóng trực tiếp, vật xê dịch, vật dồn-đẩy, vật đảo, tạo hình chữ Z hoặc phối hợp các phương pháp trên.

Kết quả: Nguyên nhân tổn khuyết sau cắt u tế bào đáy chiếm tỷ lệ khá cao và hình dạng chủ yếu là hình tròn, tiếp đến tổn khuyết do chấn thương mới, sau phẫu thuật 3 tháng kết quả về mặt chức năng đều tốt, không có trường hợp kém. Kết quả về mặt chức năng và thẩm mỹ sau 6 tháng đều tốt và không có trường hợp sẹo xấu nào được ghi nhận, vật dồn đẩy được sử dụng nhiều nhất cho tổn khuyết rãnh mũi má và có chiều dài cuống vật lớn nhất. **Kết luận:** Sử dụng vật tại chỗ là chất liệu tốt để tạo hình các tổn khuyết phần mềm vùng mặt có kích thước dưới 3cm do tương đồng màu sắc và cấu trúc với tổn khuyết, mang lại kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ.

Từ khóa: tổn khuyết phần mềm, tạo hình, vật tại chỗ.

ABSTRACT

CLINICAL FEATURES AND RECONSTRUCTION RESULTS OF DEFECT SOFT TISSUE AT FACIAL AREA BY USING LOCAL FLAPS

Nguyen Hong Loi¹, Hoang Le Trong Chau¹, Tran Xuan Phu¹

Faced soft tissue defects with size 1-3cm are common. It can be formed using the local reconstruction for directly cover with good aesthetics.

Objective: To study the clinical patterns of facial soft tissue defects. Evaluating the results of treatment of facial soft tissue defects by local flap.

Subjects and methods: 164 patients with facial soft tissue defects which is formed by local flaps. They are direct cover, advancement flap, island flap, Z flap or rotation flaps.

Results: Defects caused by post tumor operation get high rate and the shape mostly is round, followed by defects caused by trauma, 3-month postoperation. The results were good in terms of function, no bad cases. The results in terms of function and aesthetics after 6 months were good and no cases of scarring was recorded, advancement flaps filler is used most to damage cheek and nose defect slot length stem biggest flap.

Conclusion: Using the flap in place is a good material to model the costs of software defects of the face below 3 cm in size due to similar color and texture with damage defects, providing good results on the function and aesthetics.

Keywords: soft tissue defects, reconstruction, local flap.

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 3/11/2015 ; Ngày phản biện (revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Nguyễn Văn Hỷ
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Xuân Phú
- Email: drphu_vietnam@yahoo.com ; ĐT: 0914019019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vùng mặt đóng vai trò rất quan trọng không chỉ liên quan nhiều đến chức năng sinh lý như nuốt, thở, nói... mà đặc biệt là vấn đề thẩm mỹ. Nhiều tổn khuyết phần mềm ở mặt do chấn thương hoặc sau cắt bỏ các khối u, sau viêm nhiễm, sau phẫu thuật, các loại sẹo để lại chuyên khoa răng hàm mặt cần phải giải quyết vì những tổn khuyết này gây ảnh hưởng xấu về thẩm mỹ cũng như chức năng, là gánh nặng tâm lý đối với bệnh nhân, gia đình và thầy thuốc.

Các tổn khuyết phần mềm vùng mặt có kích thước 1-3cm khá phổ biến, có thể dùng các kỹ thuật tạo hình tại chỗ để khâu đóng trực tiếp mà vẫn đảm bảo tính thẩm mỹ: các vật xê dịch, vật dồn đẩy, vật xoay hay tạo hình chữ Z. Mỗi một vị trí có những đặc điểm chức năng khác nhau, có vị trí việc tạo hình thật giản đơn nhưng có vị trí dù tổn khuyết nhỏ nhưng xử trí lại vô cùng phức tạp. Nhằm góp phần tìm hiểu sâu hơn các chỉ định sử dụng kiểu vật ở mỗi hình thái lâm sàng các tổn khuyết khác nhau cho từng đơn vị thẩm mỹ của mặt, các nguyên nhân gây tổn khuyết và đánh giá kết quả tạo hình các tổn khuyết tổ chức phần mềm vùng mặt khi sử dụng các loại vật tại chỗ nhằm nâng cao chất lượng điều trị các tổn khuyết vùng mặt. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm:

1. Đánh giá hình thái lâm sàng các tổn khuyết phần mềm vùng mặt.
2. Đánh giá kết quả điều trị các tổn khuyết phần mềm vùng mặt bằng vật tại chỗ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

164 bệnh nhân chẩn đoán tổn khuyết phần mềm vùng mặt được điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ 01/2010-01/2015.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Kích thước tổn khuyết dưới 3cm, gồm: Vết thương mới. Sẹo di chứng bỏng, sẹo xấu vết thương cũ, sẹo xấu tạo hình cũ. Khối u lành và ác tính vùng mặt.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có bệnh toàn thân chống chỉ định phẫu thuật tạo hình hoặc ảnh hưởng đến lành thương. Trường hợp chấn thương phối hợp nguy cơ đe dọa tính mạng bệnh nhân như chấn thương sọ não, chấn thương ngực bụng. Bệnh nhân gãy xương vùng mặt có chỉ định phẫu thuật. Bệnh nhân có trạng thái tâm lý không bình thường hoặc không đồng ý phẫu thuật, phối hợp không tốt từ phía gia đình hay bệnh nhân không đến tái khám theo quy định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu trên lâm sàng theo phương pháp mô tả, tiến cứu có can thiệp.

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Khám và chẩn đoán

- Khám toàn thân: Tinh thần tri giác, khai thác cẩn thận quá trình bệnh lý và tiền sử bệnh.

- Khám tại chỗ:

+ Đối với chấn thương: Chụp phim loại trừ chấn thương phối hợp không nằm trong tiêu chuẩn chọn bệnh: C.T.Scanner, phim Blondeau, phim Hirtz, phim phổi, siêu âm...

+ Khối u: đo kích thước u, ranh giới u liên quan với các vị trí giải phẫu lân cận, khám đánh giá phân loại TNM và giai đoạn bệnh, làm giải phẫu bệnh lý để chẩn đoán bản chất khối u và chọn đúng bệnh theo tiêu chuẩn chọn bệnh đưa ra.

+ Xác định vị trí, kích thước, hình dạng, nguyên nhân tổn khuyết, dự đoán kích thước tổn khuyết do vết thương mới sau cắt lọc, sau cắt bỏ khối u, sau giải phóng cắt bỏ sẹo cũ và xây dựng ý tưởng thiết kế loại vật sử dụng phù hợp nhất cho mỗi loại hình thái tổn khuyết so với các vị trí giải phẫu lân cận liên quan.

+ Đánh giá tổn khuyết theo ba chiều không gian và độ co kéo của tổ chức phần mềm.

- Xét nghiệm: làm đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu gồm công thức máu, nước tiểu, Xquang tim phổi, HIV...

- Thiết kế loại vật cần sử dụng tránh tổn thương thần kinh, mạch máu.

- Chụp hình vị trí phẫu thuật mục đích đánh giá tổn khuyết theo chức năng và thẩm mỹ.

Đánh giá hình thái lâm sàng và kết quả tạo hình...

Bước 2: Phương pháp vô cảm

Sử dụng phương pháp gây tê tại chỗ hay tiền mê tê hoặc gây mê nội khí quản

Bước 3: Tiến trình phẫu thuật

Thì 1: Chuẩn bị nơi tổn khuyết

- Vết thương mới: Làm sạch vết thương, loại bỏ dị vật, cắt lọc tiết kiệm, lấy bỏ tổ chức dập nát, cầm máu kỹ, chuẩn bị tổn khuyết theo đơn vị thẩm mỹ của mặt tránh tổn thương thần kinh và mạch máu.

- Ung thư da vùng mặt: cắt cách u từ 0.5-1cm cho ung thư tế bào đáy và dưới 2cm cho ung thư tế bào gai.

- Di chứng sẹo bỏng, sẹo vết thương cũ, tạo hình cũ, đòi hỏi phải cắt bỏ sẹo xấu và giải phóng hoàn toàn cơ kéo tại nền sẹo, trả các cơ quan, tổ chức lân cận về vị trí giải phẫu của nó.

Thì 2: Thiết kế vạt

Tuỳ theo vị trí, kích thước, hình dạng của tổn khuyết mà áp dụng các loại vạt sau: (1) Khâu đóng trực tiếp; (2) Các vạt xô dịch; (3) Các vạt dồn đẩy; (4) Các vạt xoay; (5) Tạo hình chữ Z hoặc có thể phối hợp các loại vạt khác nhau trên cùng một tổn khuyết.

Thì 3: Bóc tách vạt

- Bóc tách vạt theo kích thước đã thiết kế ban đầu
- Đường rạch vuông góc với mặt da, sắc, gọn.
- Trong khi bóc tách vạt phải chú ý đến thần kinh và mạch máu bên dưới tổ chức, cầm máu kỹ khi có chảy máu.

Thì 4: Đóng vết mổ

- Đóng vết mổ bắt đầu từ nơi nhận vạt
- Quan sát sự hồi lưu của mạch máu
- Đóng vết mổ từng lớp giải phẫu

Thì 5: Điều trị và chăm sóc vết mổ

- Dùng kháng sinh toàn thân 7 ngày
- Thuốc kháng viêm, thuốc giảm đau, tăng tuần hoàn mao mạch, vitamin

- Thay băng rửa vết mổ vào ngày thứ 2 sau phẫu thuật

- Cắt chỉ sớm, cắt cách mũi vào ngày thứ 5. Cắt hết chỉ sau 7-10 ngày và băng cố định vết mổ tăng cường.

- Vết khâu phần mềm vùng mặt thường phù nề nhanh, lớn, đến ngày thứ 3 là cực điểm sau đó giảm dần.

- Theo dõi diễn tiến vết mổ tạo hình quan trọng đề phòng chảy máu, tụ máu thứ phát, đe dọa hoại tử vạt, nhiễm trùng vết mổ... Tuỳ mỗi trường hợp mà có cách giải quyết khác nhau: khâu cầm máu hay cắt bớt một vài mũi chỉ khâu, tháo dịch hoặc máu đọng, mũ kịp thời kèm phối hợp hay tăng liều kháng sinh... Tiến hành theo dõi và phát hiện sớm các dấu chứng sau: Màu sắc của vạt; Phát hiện chảy máu; Phát hiện tụ máu; Hoại tử vạt; Bục chỉ; Nhiễm trùng vết mổ.

2.2.3. Đánh giá kết quả điều trị

2.2.3.1. Giai đoạn hậu phẫu 24- 48 giờ

Màu sắc của vạt: vạt màu hồng, vạt tím một phần, vạt tím toàn bộ.

2.2.3.2. Đánh giá kết quả sau mổ 07 - 10 ngày

Sử dụng tiêu chí đánh giá của Lê Diệp Linh (2002) và Đỗ Đình Thuận (2008).

+ **Tốt:** Vạt hồng ảm, vết mổ quanh vạt không chảy máu, không nhiễm trùng hoặc bục chỉ, nơi cho vạt da liền tốt, không co kéo và không tổn thương thần kinh.

+ **Trung bình:** Vạt có những tổn thương nốt tím hoặc phỏng nước, rỉ máu quanh vạt, vết mổ quanh vạt liền không tốt. Nơi cho vạt bị co kéo do đóng quá căng, vết mổ không tốt nhưng không nhiễm trùng.

+ **Kém:** Vạt tím nhiều, thiếu dưỡng vạt rõ và vạt có nguy cơ hoại tử, nơi cho vạt toác vết mổ do đóng quá căng, có nhiễm trùng.

2.2.3.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 03 tháng, 06 tháng

- Kết quả đánh giá dựa vào hai yếu tố chức năng và thẩm mỹ của vùng nhận và cho.

- Để đánh giá kết quả chúng tôi sử dụng tiêu chí giá của hai tác giả Nguyễn Thanh Hải (2003) và tiêu chí đánh giá của Williams cải tiến (1986) như sau:

+ **Chức năng:** Dựa vào sự phục hồi chức năng ban đầu gồm chức năng nơi cho và nơi nhận vạt. Có ba mức độ đánh giá đó là:

Tốt: Mắt: Nhắm kín hoàn toàn. Môi: Mím môi kín. Mũi: Hít thở bình thường. Cổ: Vận động gập, ngửa, xoay sang bên bình thường

Trung bình: Mắt: Nhắm còn hở một phần kết

Bệnh viện Trung ương Huế

mạc. Môi: Mím môi bị co kéo ít. Mũi: Hít thở hạn chế ít. Cổ: Vận động gấp, ngửa, xoay sang bên hạn chế.

Kém: Mắt: Nhắm hờ đến giác mạc. Môi: Mím môi bị co kéo nhiều. Mũi: Hít thở khó. Cổ: Biến dạng, co kéo, vận động khó khăn

+ Thăm mỹ: Dựa vào quan sát hình thể, màu sắc, sự đàn hồi, sự co kéo biến dạng gồm nơi cho và nơi nhận vật. Nơi cho vật phải đầu được sẹo, nơi nhận vật thì màu sắc vật so với xung quanh, sẹo quanh vật, tính chất vật như thế nào.

Tốt: Sẹo nơi được tạo hình và nơi lấy chất liệu tạo hình nhỏ, đẹp (<3mm). Sẹo mờ, mềm mại, khó nhận ra khi đứng cách xa 2m (Williams). Màu sắc

sẹo, da vật tạo hình giống màu da xung quanh. Nơi được tạo hình mềm mại, di động dễ, không sa trễ co kéo.

Trung bình: Sẹo vừa, hơi chắc hơn so với tổ chức xung quanh. Sẹo mờ, mềm mại, khó nhận ra khi đứng cách xa 3m (Williams). Màu sắc sẹo, da vật tạo hình thay đổi (màu nâu nhạt). Có sẹo nếp gấp nhỏ.

Kém: Sẹo phì đại, sẹo lồi cứng, dính tổ chức, di động kém. Sẹo lồi, lõm, dễ nhận thấy (Williams). Màu sắc sẹo và da thay đổi nhiều (màu xám). Nhiều sẹo nếp gấp, co kéo tổ chức xung quanh.

2.2.4. Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung và hình thái lâm sàng các dạng tổn khuyết

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	n	%
≤ 20	29	17.7
21 – 40	85	51.8
41 – 60	35	21.3
>60	15	9.2
Giới		
Nam	109	66.5
Nữ	55	33.5

Nhận xét: Lứa tuổi hay gặp tổn khuyết từ 21-40 tuổi chiếm tỷ lệ 51,8%. Chiếm tỷ lệ tổn khuyết cao nhất là nam giới: 66.5%.

Bảng 3.2. Phân bố tổn khuyết theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Nông dân	54	32,9
Lao động phổ thông	38	23,2
Công nhân	23	14,0
Học sinh sinh viên	18	11,0
Cán bộ	15	9,1
Buôn bán	10	6,1
Không nghề nghiệp	6	3,7
Tổng	164	100

Tổn khuyết phần mềm vùng mặt cao nhất ở tầng lớp nông dân chiếm 32,9% kể đến lao động phổ thông 23,2% và thấp nhất ở tầng lớp không nghề nghiệp 3,7%.

Đánh giá hình thái lâm sàng và kết quả tạo hình...

Bảng 3.3. Phân bố tổn khuyết theo địa dư

Địa dư	n	%	p
Thành phố	36	21,9	<0,05
Nông thôn	79	48,2	
Thị trấn-thị xã	49	29,9	
Tổng cộng	164	100	

Nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất (48,2%), thị trấn thị xã chiếm 29,9% và thành phố chiếm 21,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Phân bố nguyên nhân tổn khuyết

Nguyên nhân		n	%	p
Vết thương mới	Tai nạn giao thông	54	32,9	>0,05
	Tai nạn lao động	21	12,8	
	Tai nạn sinh hoạt	8	4,9	
Sẹo	Sẹo tạo hình cũ	10	6,1	
	Sẹo vết thương cũ	6	3,7	
Khối u	Ung thư tế bào đáy	41	25	
	U sắc tố	17	10,4	
	U máu	5	3,0	
	U nhú	2	1,2	
Tổng		164	100	

Tổn khuyết ở vết thương mới do tai nạn giao thông 32,9% cao nhất, tiếp đến tổn khuyết sau cắt bỏ ung thư tế bào đáy 25%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Phân bố hình dạng tổn dạng các tổn khuyết

Hình dạng tổn khuyết	n	%	p
Hình elip	84	51,2	<0,01
Hình tròn	49	29,9	
Hình chữ nhật	15	9,1	
Hình tam giác	10	6,1	
Hình vuông	6	3,7	
Tổng	164	100	

Tổn khuyết hình elip chiếm tỷ lệ cao nhất 51,2% kế tiếp hình tròn 29,9% và thấp nhất dạng hình vuông 3,7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.6. Vị trí tổn khuyết theo đơn vị giải phẫu

Đơn vị giải phẫu		n	%
Một đơn vị giải phẫu	Vùng trán	20	12,2
	Vùng lông mày	3	1,8
	Vùng mi dưới	8	4,9
	Vùng mũi	3	1,8
	Vùng má	31	18,9
	Vùng môi	13	7,9
	Vùng cằm	5	3,0
Hai đơn vị giải phẫu	Vùng trán-lông mày	6	3,7
	Vùng mi dưới-má	36	21,9
	Vùng mũi-má	23	14,0
	Vùng môi-má	13	7,9
	Vùng cằm-má	3	2,0
Tổng		164	100

Vùng má chiếm tỷ lệ cao nhất cho tổn khuyết một đơn vị giải phẫu chiếm 18,9% và tổn khuyết ở vùng mi dưới-má chiếm tỷ lệ 21,9% cao nhất cho 2 đơn vị giải phẫu.

Bảng 3.7. Vị trí tổn khuyết với cấu trúc ba tầng mặt

Các tầng mặt	n	%	p
Tầng trên	28	17,1	<0,01
Tầng giữa	110	67,1	
Tầng dưới	26	15,8	
Tổng	164	100	

Tổn khuyết tầng mặt giữa chiếm tỷ lệ cao nhất 67,1% trong cấu trúc ba tầng của mặt, tầng mặt trên chiếm 17,1% và tầng dưới chiếm 15,8%.

Bảng 3.8. Kích thước của tổn khuyết

Chiều rộng tổn khuyết (cm) \ Chiều dài tổn khuyết (cm)	Chiều rộng tổn khuyết (cm)						Tổng
	≤0,5	>0,5-1	>1-1,5	>1,5-2	>2-2,5	>2,5-<3	
>1-1,5	3	10	13	0	0	0	26
>1,5-2	5	10	11	16	0	0	42
>2-2,5	7	18	14	5	13	0	57
>2,5-<3	0	11	13	5	0	10	39
Tổng	15	49	51	26	13	10	164

Chiều dài của tổn khuyết có kích thước từ 2-2,5cm gồm 57 bệnh nhân, chiều rộng tổn khuyết từ 1-1,5 cm gồm 51 bệnh nhân. Kích thước tổn khuyết chiều rộng và dài từ 2,5 đến dưới 3cm có 10 bệnh nhân.

Đánh giá hình thái lâm sàng và kết quả tạo hình...

3.2. Kết quả điều trị các tổn khuyết phần mềm vùng mặt bằng vật tại chỗ

3.2.1. Phân bố các dạng vật

Bảng 3.9. Dạng vật sử dụng

Vật sử dụng	n	%	p
Khâu đóng trực tiếp	41	25	>0,05
Vật dòn đẩy	38	23,2	
Vật xô dịch	33	20,1	
Vật xoay	41	25	
Tạo hình chữ Z	11	6,7	
Tổng cộng	164	100	

Khâu đóng trực tiếp cùng vật xoay chiếm tỷ lệ cao nhất 25% kế tiếp vật dòn đẩy chiếm tỷ lệ 23,2% và tạo hình chữ Z chiếm tỷ lệ 6,7% thấp nhất. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.10. Dạng vật theo hình dạng tổn khuyết

Dạng vật Hình dạng tổn khuyết (cm)	Khâu đóng trực tiếp	Xoay	Dòn đẩy	Xê dịch	Tạo hình chữ Z	Tổng
Elip	41	10	18	15	0	84
Tròn	0	31	13	5	0	49
Chữ nhật	0	0	0	5	11	16
Tam giác	0	0	3	8	0	11
Vuông	0	0	4	0	0	4
Tổng	41	41	38	33	11	164

Có 41 tổn khuyết hình elip sử dụng phương pháp khâu đóng trực tiếp, 18 trường hợp tổn khuyết hình elip sử dụng vật dòn đẩy, 31 trường hợp tổn khuyết hình tròn và 10 tổn khuyết hình elip sử dụng vật xoay.

Bảng 3.11. Kích thước chiều rộng của vật theo dạng vật sử dụng

Dạng vật Chiều rộng vật (cm)	Khâu đóng trực tiếp	Xoay	Dòn đẩy	Xê dịch	Tạo hình chữ Z	Tổng
≤1	28	0	0	10	11	49
>1-2	13	8	8	18	0	47
>2-3	0	23	15	5	0	43
>3-4	0	10	5	0	0	15
>4-5	0	0	7	0	0	7
>5	0	0	3	0	0	3
Tổng	41	41	38	33	11	164

Chiều rộng vật từ 4-5cm có 7 trường hợp áp dụng cho vật dòn đẩy và 28 bệnh nhân có chiều rộng vật dưới 1cm áp dụng khâu đóng trực tiếp và 3 trường hợp có chiều rộng vật trên 5cm khi tạo hình tổn khuyết vùng má-mi mắt được áp dụng vật dòn đẩy.

Bảng 3.12. Chiều dài của vạt theo dạng vạt sử dụng

Chiều dài vạt (cm) \ Dạng vạt	Khâu đóng trực tiếp	Xoay	Đồn đẩy	Xê dịch	Tạo hình chữ Z	Tổng
>1-2	3	0	0	0	0	3
>2-3	18	0	0	13	11	42
>3-4	20	10	0	15	0	45
>4-5	0	23	8	5	0	36
>5	0	8	30	0	0	38
Tổng	41	41	38	33	11	164

Có 30 trường hợp có chiều dài vạt trên 5cm được sử dụng cho vạt đồn đẩy và 23 trường hợp vạt xoay có chiều dài vạt 4-5cm.

3.2.2. Kết quả điều trị qua các thời điểm

Bảng 3.13. Kết quả các biến chứng giai đoạn hậu phẫu

Biến chứng	n	%
Tụ máu	8	4,9
Chảy máu	5	3,1
Bục chỉ	5	3,1
Hoại tử vạt	3	1,8
Nhiễm trùng	0	0
Tổn thương dây VII	0	0
Dò tuyến nước bọt	0	0
Tổng	21/164	

Tụ máu vết mổ chiếm 4,9%, chảy máu vết mổ chiếm 3,1% và 3 trường hợp hoại tử nông đầu vạt chiếm 1,8%.

Bảng 3.14. Kết quả khi bệnh nhân ra viện

Kết quả ra viện	n	%	p
Tốt	138	84,1	<0,01
Trung bình	23	14	
Kém	3	1,9	
Tổng	164	100	

Bệnh nhân ra viện tốt 84,1%, trung bình 14% và kém 1,9%.

Bảng 3.15. Kết quả chức năng sau ra viện 3 tháng, 6 tháng

Kết quả	3 tháng		6 tháng	
	n	%	n	%
Tốt	144	87,8	151	92,1
Trung bình	20	12,2	13	7,9
Kém	0	0	0	0
Tổng	164	100	164	100

Đánh giá hình thái lâm sàng và kết quả tạo hình...

Tạo hình bằng vật tại chỗ cho tổn khuyết vùng mặt đều có cải thiện nhiều về mặt chức năng và kết quả xa tốt hơn so với kết quả gần (3 tháng) trong nghiên cứu này cũng như một số tác giả khác.

Bảng 3.16. Kết quả thẩm mỹ sau ra viện 3 tháng, 6 tháng

Kết quả	3 tháng		6 tháng	
	n	%	n	Tỷ lệ %
Tốt	136	82,9	148	90,2
Trung bình	23	14	10	6,1
Kém	5	3,1	6	3,7
Tổng	164	100	164	100

Thẩm mỹ sau ra viện 6 tháng: có sự thay đổi so với thời điểm 3 tháng kết quả tốt tăng lên chiếm 90,2%, kết quả trung bình giảm xuống chiếm 6,1%. Màu sắc, cấu trúc vật tại chỗ ngày càng tương đồng với tổ chức xung quanh, sẹo mờ, không làm lõm vùng tạo hình như ghép da, đường mổ gần như được nguỵ trang che dấu theo các nếp nhăn trán, đường đuôi mắt, đường viền lông mày, rãnh mũi má, rãnh môi má...

IV. KẾT LUẬN

- Nguyên nhân tổn khuyết: chấn thương do TNGT, ung thư da mặt (hay gặp ung thư tế bào đáy). Nam giới gặp 3 lần nữ giới. Tuổi 21-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao

- Tổn khuyết cho một đơn vị giải phẫu ở vùng má chiếm tỷ lệ cao nhất và tổn khuyết 2 đơn vị cao nhất vùng mi dưới-má.

- Tổn khuyết ở tầng mặt giữa chiếm tỷ lệ cao nhất. Vị trí tổn khuyết hay gặp nhất theo thứ tự là vùng má, mũi, mi dưới.

- Sức sống vật tại chỗ rất cao so với các loại vật khác.

- Các nếp nhăn da sinh lý hay các rãnh gấp tự nhiên của cơ thể: nếp lằn mi dưới, nếp nhăn da đuôi mắt, rãnh mũi má, rãnh môi má... là nơi che dấu sẹo thẩm mỹ nhất cần chú ý khi tạo hình.

- Da tại vị trí tổn khuyết có màu sắc tương đương da lành.

- Vật tại chỗ với các tổn khuyết nhỏ vùng hàm mặt không gây ảnh hưởng nhiều đến chức năng và thẩm mỹ.

- Vùng má: thường được sử dụng nhiều dạng vật sau: vật dồn đẩy, vật xoay, vật xô dịch, vật hoán vị, khâu đóng trực tiếp....

- Trong điều kiện trang thiết bị, kháng sinh thế hệ mới, con người cho phép, chúng ta có thể áp dụng các kỹ thuật tạo hình tại chỗ sớm cho các tổn khuyết với vết thương tổn khuyết phức tạp có kích thước < 3cm sẽ mang lại kết quả chức năng và thẩm mỹ cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hải (2003), *Sử dụng vật tổ chức tại chỗ trong tạo hình sẹo bỏng vùng cổ mặt*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Bắc Hùng (2006), *Phẫu thuật tạo hình*, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản y học, Tái bản lần thứ 1.
3. Tô Quang Huy và cs (2011), *Ung thư biểu mô da - Một số đặc điểm lâm sàng giải phẫu bệnh và điều trị phẫu thuật. Tạp chí y học thực hành*, 746, 5/2011.
4. Nguyễn Văn Hùng (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh ung thư da tế bào đáy, Y học thực hành*, 774, 7/2011.
5. Nguyễn Hồng Hà (2010), *Nghiên cứu ứng dụng tạo hình sớm vết thương phần mềm phức tạp đầu mặt*, Luận án Tiến sĩ y học, Bộ giáo dục đào tạo - Bộ quốc phòng, Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108 Hà Nội.
6. Lê Diệp Linh (2002), *Nghiên cứu sử dụng vật dưới cằm trong tạo hình phần mềm tầng giữa*

Bệnh viện Trung ương Huế

- và dưới mắt, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Hồng Lợi và cs (2012), “Nhận xét một số trường hợp ung thư da mặt điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 2005-2010, *Tạp chí Y học lâm sàng*, Số 10, tr. 7-60.
 8. Nguyễn Văn Minh (2009), *Đánh giá vai trò tạo hình chữ Z ở trên đường viền da - môi đỏ trong phương pháp Millard mổ khe hở môi một bên toàn bộ*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 9. Lâm Hoài Phương (2010), *Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản vùng mặt*, Nhà xuất bản y học.
 10. Lương Thị Thuý Phương (2005), *Đánh giá kết quả sử dụng vật rãnh mũi má trong điều trị tổn khuyết phần mềm tầng giữa và dưới mắt*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
 11. Võ Thế Quang (1982), *Phẫu thuật tạo hình và tái tạo mặt*, tài liệu dịch, Nhà xuất bản Y học.
 12. Đỗ Đình Thuận (2008), *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 khoa Hà Nội.
 13. Bạch Minh Tiến (2002), *Sử dụng vật trán và rãnh mũi má trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng mũi*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.