Đánh giá kết quả điều trị khuyết hổng phần mềm vùng mặt do chấn thương bằng vạt tại chỗ

Nguyễn Hồng Lợi, Nguyễn Văn Khánh

Bệnh viện Trung ương Huế

Địa chỉ liên hệ:
Nguyễn Hồng Lợi,
Bệnh viện Trung ương Huế
16 Lê Lợi, TP. Huế, Thừa Thiên Huế
Điện thoại: 0913 498 549
Email: drloivietnam@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 20/02/2022
Ngày chấp nhận đăng: 23/05/2022
Ngày xuất bản: 15/06/2022

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Khuyết hổng phần mềm ở vùng mặt do chấn thương luôn chiếm tỉ lệ cao nhất trong các nguyên nhân gây ra khuyết hổng. Điều trị các khuyết hổng phần mềm ở vùng mặt do chấn thương có nhiều cách như: khâu đóng trực tiếp, ghép da dày toàn bộ, ghép phức hợp, sử dụng các vạt da tại chỗ và kế cận, các vạt da từ xa và các vạt tự do... Việc lựa chọn giải pháp phụ thuộc vào vị trí, kích thước và tính chất của khuyết hổng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Gồm 32 người bệnh có khuyết hổng phần mềm vùng mặt mặt do chấn thương đến khám và điều trị tại Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung ương Huế trong khoảng thời gian từ 03/2021 đến 10/2021. Nghiên cứu trên lâm sàng theo phương pháp mô tả, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng.

Kết quả: Kết quả cho thấy, vạt trượt đẩy có 25 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 78,1%; kế đến là vạt xoay có 4 trường hợp (chiếm 12,5%). Theo dõi hậu phẫu và biến chứng sau phẫu thuật ghi nhận 6 trường hợp biến chứng tụ máu vết mổ, biến chứng chảy máu vết mổ, bục chỉ, hoại tử vạt, nhiễm trùng vết mổ chiếm 3,1%. Kết quả khi ra viện người bệnh đạt kết quả điều trị tốt 27 trường hợp chiếm tỷ lệ 84,4%. Kết quả chức năng sau ra viện 3 tháng đạt kết quả tốt có 29 trường hợp chiếm tỷ lệ 90,6%. Thẩm mỹ sau khi ra viện 3 tháng đạt kết quả tốt có 27 trường hợp chiếm tỷ lệ 84,4%.

Kết luận: Kết quả điều trị khuyết hổng phần mềm vùng mặt do chấn thương bằng vạt tại mang lại hiệu quả cao. Lựa chọn loại vạt tại chỗ thích hợp cho từng vị trí giải phẫu vùng mặt giúp mang lại tính thẩm mỹ cao.

Từ khóa: Vạt tại chỗ, tạo hình vùng mặt, vết thương khuyết hổng vùng mặt.

Đặt vấn đề

Khuyết hổng phần mềm ở vùng mặt nguyên nhân do chấn thương luôn chiếm tỉ lệ cao nhất trong các nguyên nhân gây ra khuyết hổng phần mềm vùng mặt [1];[2]. Điều trị các khuyết hổng phần mềm ở vùng mặt do chấn thương có nhiều cách. Các khuyết hổng phần mềm ở vùng mặt có kích thước 1-3cm khá phổ biến vì vậy phương pháp phẫu thuật tạo hình bằng vạt da tại chỗ đã góp phần quan trọng vào việc phục hồi chức năng, cấu trúc giải phẫu, thẩm mỹ và tâm lý của người bệnh [3].

Dinesh Chaudhar (2020) sử dụng nhiều loại vạt tại chỗ để che phủ khuyết hổng vùng mặt trên 92 người bệnh kết luận vạt tại chỗ luôn được ưu tiên hơn so với ghép da vì nó tạo ra sự phù hợp vượt trội về màu sắc và kết cấu vạt đồng nhất với tổ chức

xung quanh[4]. Nhằm góp phần tìm hiểu sâu hơn các chỉ định sử dụng kiểu vạt tại chỗ ở mỗi hình thái lâm sàng các khuyết hổng do chấn thương, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm phân bố dạng vạt tại chỗ và xác định kết quả ngắn hạn điều trị các khuyết hổng phần mềm vùng mặt do chấn thương bằng vạt tại chỗ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng

Gồm 32 người bệnh có khuyết hổng phần mềm vùng mặt do chấn thương đến khám và điều trị tại Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung Ương Huế trong khoảng thời gian từ 03/2021 đến 10/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả các người bệnh có khuyết hổng phần mềm vùng mặt do nguyên nhân chấn thương có chỉ định tạo hình che phủ bằng vạt tại chỗ . Không phân biệt tuổi và giới tính. Có đủ điều kiện gây mê hoặc gây tê

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh có bệnh toàn thân mà chống chỉ định phẫu thuật tạo hình hoặc ảnh hưởng đến sự lành thương. Những người bệnh không đến tái khám theo hẹn.

Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: 32 người bệnh, theo mẫu thuận tiện, chọn những người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

Dụng cụ phẫu thuật: Dao mổ; Kẹp phẫu tích; Móc; Kéo; Dụng cụ cầm máu; Kim, chỉ: Thường dùng loại kim ít chấn thương, kim liền chỉ.

Tóm tắt các bước nghiên cứu:

Tiếp nhận người bệnh, ghi nhận dấu hiệu lâm sàng về toàn thân và tại chỗ. Phân loại khuyết hổng theo vị trí, hình dạng, kích thước. Sơ cứu vết thương và tiến hành thiết kế vạt tại chỗ dự kiến. Đóng kín tổn thuyết bằng vạt tại chỗ. Chăm sóc và theo dõi hậu phẫu.

Đánh giá kết quả phẫu thuật về chức năng và thẩm mỹ qua các thời điểm: khi ra viện; sau 3 tháng: Theo ba tiêu chí tốt, khá, kém.

Chúng tôi sử dụng tiêu chí giá của tác giả Nguyễn Thanh Hải (2003) khi người bệnh ra viện (7-10 ngày) và sau 3 tháng [5].

Bảng 1: Tiêu chí đánh giá sau khi ra viện (7-10 ngày)

Tiêu chí	Đặc điểm
Tốt	Vạt hồng ấm, 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
Khá	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 vật có nguy cơ hoại tử, nơi cho vạt toác vết mổ do đóng quá căng, có nhiễm trùng.

Tiêu chí đánh giá sau 3 tháng về chức năng và thẩm mỹ:

Bảng 2: Tiêu chí đánh giá sau 3 tháng

Tiêu chí	Chức năng	Thẩm mỹ
Tốt	Mắt nhắm kín hoàn toàn. Môi mím môi kín. Mũi hít thở bình thường Cổ vận động gấp, ngửa, xoay sang bên bình thường	Sẹo nơi được tạo hình và nơi lấy chất liệu tạo hình nhỏ, đẹp (< 3mm). Màu sắc vẹo, da vạt tạo hình giống màu da xung quanh. Nơi được tạo hình mềm mại, di động dễ, không sa trễ co kéo.
Khá	Mắt nhắm còn hở một phần kết mạc. Môi mím môi bị co kéo ít. Mũi hít thở hạn chế ít. Cổ vận động gấp, ngửa, xoay sang bên hạn chế	Mắt nhắm còn hở một phần kết 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 hở đến giác mạc. Môi mím môi bị co kéo nhiều. Mũi hít thở khó. Có biến dạng, co kéo, vận động khó khăn	Mắt nhắm hở đến giác mạc. Môi mím môi bị co kéo nhiều. Mũi hít thở khó. Có biến dạng, co kéo, vận động khó khăn.

Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được mã hóa, nhập phân tích và xử lý bằng các thuật toán thống kê y học, sử dụng chương trình toán thống kê SPSS.

Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi hội đồng khoa học và hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh học của bệnh viện Trung ương Huế thông qua.

Kết quả

Phân bố vạt

(Bảng 3)

Vạt trượt đẩy (75%) được sử dụng ở hầu hết các vị trí khuyết hổng. Vạt xoay (15,6%) được dùng chủ yếu ở vùng má (2/5 trường hợp). Khâu đóng trực tiếp được dùng chủ yếu ở vùng má và trán. Phương pháp tạo hình chữ Z (3,1%) được dùng ở vùng má. Vạt trượt đẩy chiếm tỷ lệ 78,1%; vạt xoay tỷ lệ 12,5%. Khâu đóng trực tiếp chiếm 6,3%. Tạo hình chữ Z chiếm tỷ lệ 3,1% (p<0,01). (Bảng 4)

Phương pháp khâu đóng trực tiếp chiếm 9,4% được sử dụng chủ yếu cho khuyết hổng có chiều rộng ≤ 0,5cm, 6,3% cho chiều dài ≤ 2cm. Vạt trượt đẩy và vạt xoay được sử dụng cho các kích thước khuyết hổng. Vạt chữ Z (3,1%) được dùng để đóng khuyết hổng có chiều rộng 1 – 1,5cm và chiều dài 4,5 – 6 cm.

Bảng 3: Dạng vạt sử dụng theo vị trí khuyết hổng (n=32)

Kiểu vạt / Vùng khuyết hổng	Khâu đóng trực tiếp	Vạt trượt đẩy	Vạt xoay	Tạo hình chữ Z	Tổng	p
Vùng trán	1	5	0	0	6	
Vùng lông mày	0	1	0	0	1	
Vùng mũi	0	1	0	0	1	
Vùng má	1	3	2	1	9	
Vùng môi trên	0	5	1	0	6	
Vùng môi dưới	0	1	0	0	1	< 0,01
Vùng cằm	0	4	0	0	4	
Vùng trán – lông mày	0	2	1	0	3	
Vùng mi dưới – má	0	1	0	0	1	
Vùng môi – má	0	2	1	0	3	
Tổng	2	25	4	1	32	
Tỷ lệ	6,3	78,1	12,5	3,1	100	

Bảng 4: Dạng vạt sử dụng theo chiều rộng và chiều dài của khuyết hổng (n=32)

Kích thước / Kiểu vạt	Chiều rộng (cm)					Chiều dài (cm)				
	≤ 0,5	1 – 1,5	2 – 2,5	≥ 3	Tỷ lệ (%)	≤ 2	2,5 – 4	4,5 – 6	≥ 6	Tỷ lệ (%)
Khâu đóng trực tiếp	2	1	0	0	9,4	1	1	0	0	6,3
Vạt trượt đẩy	1	16	6	1	75	6	12	4	1	71,9
Vạt xoay	0	1	2	1	12,5	2	1	3	0	18,7
Tạo hình chữ Z	0	1	0	0	3,1	0	0	1	0	3,1
Tổng	3	19	2	2	100	9	14	8	1	100

Kết quả điều trị cua các thời điểm

Bảng 5: Kết quả khi ra viện, sau 3 tháng (n=32)

Tiêu chí / Kết quả	Ra viện		Sau 3 tháng				P
			Chức năng		Thẩm mỹ		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%	
Tốt	27	84,4	29	90,6	27	84,4	
Khá	4	12,5	3	9,4	4	12,5	< 0,01
Kém	1	3,1	0	0	1	3,1	
Tổng	32	100	32	100	32	100	-

Người bệnh ra viện đạt kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao 84,4%; Khá là 12,5%; 1 trường hợp đạt kết quả kém (chiếm 3,1%). Chức năng sau khi ra viện 3 tháng đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 90,6%; Khá chiếm 9,4%. Thẩm mỹ sau khi ra viện 3 tháng đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 84,4%; Khá là 12,5%; 1 trường hợp đạt kết quả kém (chiếm tỷ lệ 3,1%) (p<0.01). Biến chứng tụ máu, chảy máu, bục chỉ, hoại tử vạt, nhiễm trùng, biến dạng môi vết mổ chiếm tỷ lệ 3,1%.



Hình A: Vết thương khuyết hổng



Hình B: Sau tạo hình vạt xoay



Hình C: Sau cắt chỉ 7 ngày



Hình D: Tái khám sau 3 tháng

Bàn luận

Phân bố các dạng vạt

Kết quả cho thấy, vạt trượt đẩy chiếm tỷ lệ cao nhất 78,1%; kế đến là vạt xoay chiếm 12,5%. Khâu đóng trực tiếp chiếm 6,3%. Tạo hình chữ Z chỉ gặp 1 trường hợp, chiếm tỷ lệ 3,1 %.

Vùng má: Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp khâu đóng trực tiếp được sử dụng nhiều nhất ở vùng má (4/6 trường hợp). Đối với các khuyết hổng nhỏ ở vùng má, phương pháp khâu đóng trực tiếp sau khi bóc tách mép vết thương là tối ưu. Tuy nhiên nên tránh làm biến dạng cấu trúc giải phẫu như vùng mi mắt dưới, phẫu thuật viên cũng cần cân nhắc việc đặt các đường cắt dọc theo đường căng da mặt để giảm bớt sẹo sau phẫu thuật [6].

Vùng trán và lông mày: Trong nghiên cứu của chúng tôi, khuyết hổng vùng trán đa phần được đóng kín bằng vạt đẩy dạng chữ H hoặc A – T. Việc dùng vạt đẩy dạng A – T để đóng kín khuyết hổng ở vùng trán có ưu điểm là đường sẹo chữ T được ngụy trang ở đường chân tóc và một đường sẹo ở nếp nhăn giữa hai cung mày lên trán.

Vùng môi: Các khuyết hổng ở vùng môi trong nghiên cứu của chúng tôi được đóng kín bằng vạt trượt đẩy nhiều nhất 18 trường hợp, có 2 trường hợp sử dụng vạt xoay và 1 trường hợp khâu đóng trực tiếp. Lương Thị Thúy Phương (2005) nghiên cứu trên 40 người bệnh có khuyết hổng vùng mặt, ghi nhận có 17 trường hợp khuyết hổng môi được đóng kín bằng vạt rãnh mũi má, chiếm tỷ lệ cao nhất 42,5% [7].

Vùng mũi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp khuyết hổng ở vùng bên mũi, được sử dụng vạt trượt đẩy từ vùng má để đóng kín.Theo Dinesh Chaudhary (2020), việc tạo hình vùng mũi là vô cùng phức tạp, tốt nhất sẹo cần được đặt theo đường căng da [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết vạt có chiều dài 2,5 – 3cm và chiều rộng vạt 1,5 – 2cm. Chúng tôi tuân theo các nguyên tắc về tỷ lệ kích thước các vạt để tránh tình trạng co kéo vạt sau tạo hình, hay dự kiến thiếu hụt kích thước của vạt, không gây biến dạng các mốc giải phẫu quan trọng của các cơ quan trên khuôn mặt, hạn chế cắt thừa tổ chức, tránh tạo các đường sẹo kéo dài không đáng có do dự kiến thừa kích thước của vạt so với kích thước khuyết hổng. Khi thiết kế vạt da tại chỗ vùng mặt, tỷ lệ chiều dài và chiều rộng vạt đạt tỷ lệ 1:1 và 2:1 là lý tưởng, việc tăng kích thước chiều dài vạt là không cần thiết. Với vạt xoay được thiết kế với nguyên tắc chung chiều dài đường rạch gấp 4 lần độ rộng của khuyết hổng thì việc loại bỏ tam giác Burrow một cách dễ dàng [9].

Kết quả điều trị qua các thời điểm

Kết quả cho thấy tỷ lệ biến chứng chiếm tỷ lệ 18,7%. Trong đó, biến chứng tụ máu vết mổ, chảy máu, bục chỉ, hoại tử vạt, nhiễm trùng, biến dạng môi vết mổ chiếm 3,1%

Nghiên cứu của Nguyễn Sĩ Hóa, Phạm Cao Kiêm (2012) nghiên cứu trên 42 người bệnh có khuyết hổng da đầu và mặt cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ là 14,53%, gồm các biến dạng môi, hoại tử đầu xa vạt và thiếu hụt chất liệu tạo hình [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh ra viện đạt kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao 84,4%; Khá là 12,5%; 2 trường hợp đạt kết quả kém chiếm 2,1%, đó là người bệnh có khuyết hổng vùng môi bị nhiễm trùng vết mổ xảy ra ở ngày thứ 5 sau mổ và liền thương tốt vào ngày thứ 14 và một người bệnh có khuyết hổng lớn vùng môi má gây biến dạng môi.

Tác giả Nguyễn Văn Dân, Đỗ Văn Tú (2020), đánh giá kết quả sau mổ đến 10 ngày của vạt tại chỗ cho kết quả: vạt đạt kết quả tốt, không biến chứng chiếm tỷ lệ 93,8%; vạt bị co kéo sau mổ, kết quả Khá chiếm tỷ lệ 6,2%; không có trường hợp nào hoại tử, nhiễm trùng vạt [11].

Trong nghiên cứu chúng tôi, chức năng sau khi ra viện 3 tháng đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 90,6%; Khá chiếm 9,4%. Tác giả Nguyễn Hồng Hà (2010) nghiên cứu trên 113 người bệnh đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 95,6%; khá chiếm 4,4%; không có trường hợp đạt kết quả kém ở thời điểm 1 năm sau phẫu thuật [12]. Kết quả của tác giả đạt tỷ lệ tốt cao hơn, có thể do thời gian theo dõi dài hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Thẩm mỹ sau khi ra viện 3 tháng đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 84,4%; Khá là 12,5%; 1 trường hợp đạt kết quả kém (chiếm tỷ lệ 3,1%). Nguyễn Hồng Hà (2010) ghi nhận kết quả thẩm mỹ đánh giá ở thời điểm 6 – 54 tháng đạt tốt, khá chiếm 92%; kém chiếm 8% [12]. Nghiên cứu của Trần Xuân Phú (2012) cho thấy kết quả đánh giá thẩm mỹ ở thời điểm 3 tháng: tốt 82,8%; Khá 14% và kém 3,2% so với thời điểm 6 tháng: tốt 90,5%; Khá 6,3%; kém 3,2% [3]

Kết luận

Vạt trượt đẩy chiếm tỷ lệ cao nhất 78,1%, kế tiếp vạt xoay chiếm tỷ lệ 12,5%. Vạt trượt đẩy được sử dụng ở hầu hết các vị trí khuyết hổng. Khâu đóng trực tiếp được dùng chủ yếu ở vùng má và trán, sử dụng chủ yếu cho khuyết hổng có chiều rộng ≤0,5cm. Vạt trượt đẩy được sử dụng cho hầu hết các khuyết hổng có chiều dài và chiều rộng khác nhau.

Biến chứng sau phẫu thuật ghi nhận biến chứng tụ máu vết mổ, biến chứng chảy máu vết mổ, bục chỉ, hoại tử vạt, nhiễm trùng vết mổ chiếm 3,1%. Kết quả khi người bệnh ra viện đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ là 84,4%; Khá là 12,5%; 1 trường hợp đạt kết quả kém chiếm 3,1%.

Kết quả chức năng sau ra viện 3 tháng đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 90,6%; Khá chiếm 9,4 %. Thẩm mỹ sau khi ra viện 3 tháng kết quả tốt chiếm tỷ lệ 84,4%; Khá là 12,5%; kết quả kém chiếm tỷ lệ 3,1%.

Tài liệu tham khảo

1. Vũ Thị Dự và Nguyễn Hồng Hà, Kết quả ứng dụng phân loại vết thương phần mềm phức tạp hàm mặt theo MOXAIC tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 2009 - 2016. Tạp chí Y - Dược học quân sự, 2017. 8: tr. 115 - 120.
2. Tara B and Renata M. Soft tissue management in facial trauma. in Seminars in plastic surgery. 2017. Thieme Medical Publishers.
3. Trần Xuân Phú, Nghiên cứu hình thái lâm sàng và kết quả phẫu thuật tạo hình các tổn khuyết phần mềm vùng mặt bằng vạt tại chỗ , Luận án chuyên khoa cấp II. 2012, Trường Đại học Y dược Huế.
4. Dinesh C, et al., A retrospective study to analyze local flaps for coverage of facial defects. International Surgery Journal, 2020. 7(12): p. 4052-4058.
5. Nguyễn Thanh Hải, Sử dụng vạt tổ chức tại trong tạo hình sẹo bỏng vùng cổ mặt, Luận văn Thạc sỹ. 2003, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Lior H, Patrick C, and Yoav K, Cheek reconstruction: current concepts in managing facial soft tissue loss. Semin Plast Surg, 2008. 22(4): p. 294-305.
7. Lương Thị Thúy Phương, Đánh giá kết quả sử dụng vạt rãnh mũi má trong điều trị tổn khuyết phần mềm tầng giữa và dưới mặt, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú. 2005, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Lê Văn Sơn, Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt. Tập 1. 2014, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
9. Shan B, Local Flaps in Facial Reconstruction, ed. 3. 2014: Elsevier.
10. Nguyễn Sĩ Hóa và Phạm Cao Kiêm, Kết quả tạo hình khuyết da trên mặt và đầu bằng vạt đẩy. Y học thực hành, 2012. 3(813): tr. 64-67.
11. Nguyễn Văn Dân và Đỗ Văn Tú, Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tổn khuyết phần mềm vùng mặt bằng vạt tại chỗ và vạt lân cận tại bệnh viện Quân y 175. Tạp chí Y Dược thực hành 175, 2020. 21: tr. 71 - 78.
12. Nguyễn Hồng Hà, Nghiên cứu ứng dụng tạo hình sớm vết thương phần mềm phức tạp đầu mặt, Luận án Tiến sĩ Y học. 2010, Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108, Hà Nội.