

- phẫu thuật tạo hình tại Viện Bỏng Quốc Gia (1/1991 đến 12/1995). Thông tin bỏng. 1996:9-14.
- Nguyễn Vũ Hoàng, Trần Thiết Sơn, Nguyễn Bắc Hùng, Nguyễn Tiến Bình.** Tạo hình che phủ khuyết phần mềm trong vết thương ngón tay qua nhân xét 78 trường hợp lâm sàng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2004; 10:67-75.
 - Phạm Văn Phúc.** Các biến chứng của bỏng. Nhà xuất bản Y học; 1990.
 - Lister G.** The theory of the transposition flap and its practical application in the hand. Clin Plast Surg. 1981;8(1);115-127.

- McCauley RL.** Reconstruction of the pediatric burned hand. Hand Clin.2000;16(2):249-259.
- Vũ Thế Hùng.** Đánh giá kết quả sử dụng vật bên ngón IV trong điều trị sẹo co kéo ngón tay. Luận văn Thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội 2014.
- Danniel M.F.** The methods of repair. In: Plastic Surgery for Skin Defects. Vol 1.; 1972:1350-1307.
- Salam GA, Amin JP.** The basic Z-plasty. Am Fam Physician.2003;67(11):2329-2332.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TỔN KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MŨI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BẰNG CÁC VẬT DA VÙNG TRÁN

Ngô Thế Mạnh*, Vũ Ngọc Lâm**, Lê Đức Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng tổn khuyết phần mũi được điều trị phẫu thuật bằng các vật da vùng trán. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 48 bệnh nhân có tổn thương khuyết mũi mức độ vừa và lớn được phẫu thuật tạo hình tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện TWQĐ 108 từ năm 2014 – 2020. **Kết quả:** Trong nhóm NC nam chiếm tỷ lệ 54,20%, nhóm tuổi hay gặp nhất là >55 tuổi, chiếm tỷ lệ 50%. Hầu hết nguyên nhân tổn thương là sau cắt các tổn thương ác tính (58,3%). Hay gặp nhất là cánh mũi (54,2%), tổn thương lớn $\geq 2\text{cm}^2$ chiếm tỷ lệ 81,2%, tổn thương khuyết xuyên tổ chức chiếm tỷ lệ lớn nhất, với 25/48 BN. Hầu hết BN tổn thương 1 đơn vị giải phẫu vùng mũi, với 32/48 BN chiếm tỷ lệ 66,7%, mà là vị trí tổn thương kết hợp hay gặp nhất với 12/48 BN. **Kết luận:** Nguyên nhân tổn khuyết phần mềm mũi hiện nay thường gặp sau cắt bỏ khối ung thư, tổn thương rộng và xâm lấn sâu.

Từ khóa: Khuyết phần mềm vùng mũi

SUMMARY

EVALUATING THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF NASAL SOFT TISSUE DEFECTS WHICH WERE TREATED BY FOREHEAD FLAPS

Objective: To access the clinical characteristics of nasal soft tissue defects which were treated by forehead flaps. **Subjects and methods:** 48 patients with nasal soft tissue defects were hospitalized in the Departments of Maxillofacial and Plastic Surgery (in both two Military hospitals 108 and 103) within 2014-2020. **Results:** of these patients (54.20% male), the most common age group was > 55 y.o (50%). And

almost defects were the consequent of malignant maxillectomy (58.3%), and at nasal alar (54,2%). Large defects ($\geq 2\text{cm}^2$) were met in 81,2% patients, and full-thickness nasal defects were met in 25 of total 48 patients. Most patients (32/48,66.7%) were injured at one anatomical nasal unit and cheek area defects were the most combine injuries. **Conclusions:** Cause of nasal soft tissue defects often followed with malignant maxillectomy and the defect was large and deep.

Keywords: Nasal soft tissue defect

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi nằm ở tầng giữa mặt đóng vai trò quan trọng cả về chức năng cũng như thẩm mỹ. Về thẩm mỹ, mũi là bộ phận không thể thiếu tạo đường nét hài hòa của khuôn mặt. Tổn khuyết phần mềm mũi thường gặp do nhiều nguyên nhân như: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, sau phẫu thuật cắt bỏ khối u lành tính (u huyết quản, dị dạng mạch máu, u sắc tố...), u ác tính (ung thư tế bào đáy, ung thư tế bào gai, ung thư hắc tố...), di chứng xạ trị hoặc do bẩm sinh. Những tổn khuyết này gây ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ, chức năng và tâm lý. Vì vậy, việc phục hồi hình thể của mũi góp phần quan trọng vào việc nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

Có nhiều phương pháp tạo hình khuyết phần mềm mũi như: khâu đóng trực tiếp, liền thương định hướng, ghép da, ghép phức hợp sụn vành tai, sử dụng các vật tại chỗ, sử dụng các vật lân cận, sử dụng các vật lân cận kết hợp với vật giải tổ chức và sử dụng các vật từ xa. Việc lựa chọn phương pháp kỹ thuật tạo hình nào cho phù hợp phụ thuộc vào vị trí, kích thước và tính chất của tổn khuyết. Nghiên cứu rõ đặc điểm lâm sàng tổn khuyết mũi giúp đưa ra kế hoạch điều trị đem lại kết quả tốt nhất cho người bệnh.

*Bệnh viện Quân y 103

**Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thế Mạnh

Email: ntmanhdoctor@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 25/12/2021

Ngày duyệt bài: 10/2/2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 48 bệnh nhân (BN) có tổn thương khuyết mũi mức độ vừa và lớn được phẫu thuật tạo hình tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện TWQĐ 108 từ năm 2014 – 2020 chia làm 2 nhóm hồi cứu và tiến cứu:

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Nhóm hồi cứu: 9 BN có đầy đủ bệnh án lưu trữ trong đó thông tin thu thập được theo mẫu nghiên cứu

+Nhóm tiến cứu: 39 BN có tổn thương khuyết mũi đơn thuần, hoặc tổn thương phối hợp khuyết mũi với các tổn thương lân cận như mí dưới, má, môi trên được phẫu thuật tạo hình và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu kết hợp hồi cứu, mô tả lâm sàng

*Các BN được khám xét lâm sàng, cận lâm sàng đầy đủ, chuẩn bị cho gây mê NKQ

*Đánh giá tổn thương, dự kiến kích thước khuyết phần mềm sau cắt lọc làm sạch tổn thương. Với BN nghi ngờ K da cho làm sinh thiết trước mổ để chẩn đoán xác định và sinh thiết tức thì trong mổ để đảm bảo cắt hết tổn thương sau đó đánh giá lại tổn thương về vị trí, kích thước và tính chất.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm chung

Phân bố đối tượng theo nguyên nhân tổn thương (n=48)

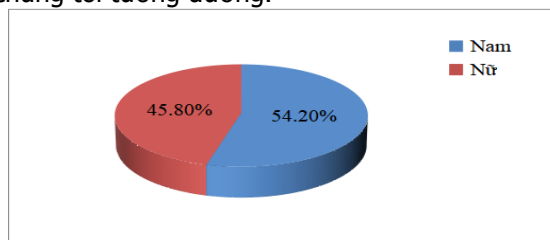
Bảng 2.1 Nguyên nhân tổn thương (n=48)

Nguyên nhân tổn thương	n	%
Tai nạn giao thông	1	2,1
Tai nạn lao động	3	6,3
Tai nạn sinh hoạt	3	6,3
Sau cắt u lành	4	8,3
Sau cắt u ác	28	58,3
Di chứng chấn thương	4	8,3
Di chứng xạ trị	2	4,2
Bẩm sinh	3	6,3
Tổng	48	100

Nhận xét: Hầu hết nguyên nhân tổn thương là sau cắt các tổn thương ác tính, với 28/48 BN chiếm tỷ lệ 58,3%. tổn thương do chấn thương chỉ gặp ở 7/48 BN chiếm tỷ lệ 14,7%. Theo Bạch Minh Tiến (2002), tỷ lệ tổn thương thứ phát gặp ở 63,64% tổng số BN [4].

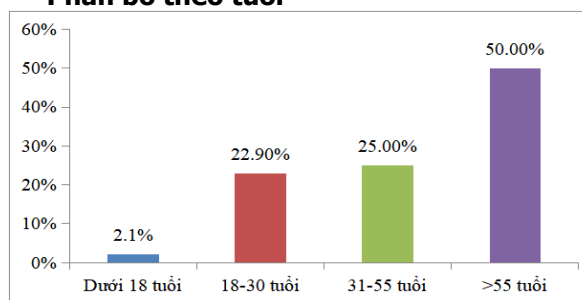
Phân bố theo giới. Đa số BN trong nhóm NC là nam, chiếm tỷ lệ 54,20%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,18/1. Bùi Văn Cường (2015) nghiên cứu trên 83 BN, tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 50,4% và 49,6% [1]. Konofaos (2015) nghiên cứu trên 419 BN tổn thương khuyết tổ chức phần mềm mũi thì có

44,5% nam và 55,5% nữ [2]. Kết quả này của chúng tôi tương đương.



Biểu đồ 2.1 Phân bố tổn thương theo giới (n=48)

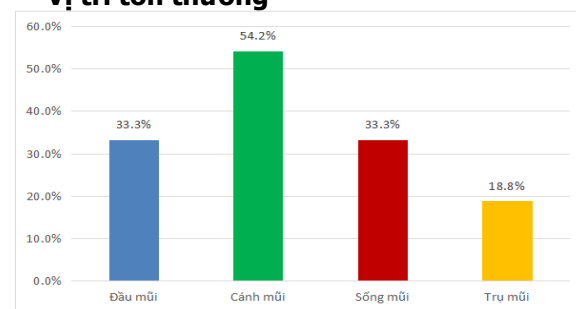
Phân bố theo tuổi



Biểu đồ 2.2 Phân bố tổn thương theo tuổi (n=48)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $54,17 \pm 23,9$ tuổi, BN cao tuổi nhất là 93 tuổi, BN nhỏ tuổi nhất là 6 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất trong NC là >55 tuổi, chiếm tỷ lệ 50%. Theo Nguyễn Huệ Chi (2004), nhóm tuổi hay gặp nhất là nhóm tuổi 18 – 30 tuổi với tỷ lệ 54,8% [3], Bùi Văn Cường (2015) với tỷ lệ nhóm tuổi 18 – 30 là 36,05% [1]. Sự khác nhau về độ tuổi có lẽ do nguyên nhân tổn thương ở nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là ung thư.

3.2 Phân bố theo tính chất tổn thương Vị trí tổn thương



Biểu đồ 3.3. Phân bố vị trí tổn thương mũi (n=48)

Vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi, với 26/48 BN chiếm tỷ lệ 54,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Văn Cường (2014), tỷ lệ tổn thương cánh mũi là 63,86% [1]. Theo Jenica (2014), vị trí tổn thương hay gặp

nhất là cánh mũi [5].

Kích thước tổn thương

Bảng 2.2 Phân loại theo kích thước tổn thương (n=48)

Kích thước tổn thương	n	%
Dưới 2 cm ²	9	18,8
2 –4 cm ²	19	39,6
≥ 4 cm ²	20	41,6
Tổng	48	100

Nhận xét: Trong nhóm NC, hầu hết BN có kích thước tổn thương lớn ≥ 2cm², với 39/48 BN chiếm tỷ lệ 81,2%. Kết quả này cao hơn kết quả NC của Bùi Văn Cường (2015), tỷ lệ kích thước tổn thương trên 2cm² chiếm 65,06%. Bạch Minh Tiên (2002) kích thước tổn thương về mũi ≥1,5cm² chiếm trên 80% [2]. Như vậy, đa số BN có tổn thương rộng. Điều này giải thích do nguyên nhân chủ yếu gây tổn khuyết mũi trong NC của chúng tôi là sau phẫu thuật u ác tính

Theo chiều dày tổn thương

Bảng 2.3 Phân loại theo chiều dày tổn thương (n=48)

Chiều dày tổn thương đầu mũi, cánh mũi	n	%
Khuyết nông	3	6,3
Khuyết sâu (da, tổ chức dưới da, sụn)	20	41,7
Khuyết xuyên tổ chức da, sụn niêm mạc	25	52,1
Tổng	48	100

Nhận xét: Hầu hết các BN đều có tổn thương khuyết sâu, chỉ có 3/48 BN có khuyết nông, chiếm tỷ lệ 6,3%. Nhóm BN có tổn thương khuyết xuyên tổ chức da, sụn, niêm mạc chiếm tỷ lệ lớn nhất, với 25/48 BN, chiếm tỷ lệ 52,1%. Các kết quả này tương đương kết quả NC của Bhatt (2006) tại Ấn Độ trên 44 trường hợp, khuyết xuyên tổ chức chiếm 45,45% [6], Bùi Văn Cường (2014) khuyết xuyên tổ chức (42,17%) và khuyết sâu (36,14%) [1]. Điều này được giải thích do đa số BN có tổn khuyết mũi sau phẫu thuật u ác tính, cần loại bỏ sâu rộng các tổ chức ung thư.

Số lượng đơn vị tổn thương

Bảng 2.4 Số lượng đơn vị tổn thương (n=48)

Số lượng đơn vị tổn thương	n	%
1 đơn vị	32	66,7
2 đơn vị	13	27,1
3 đơn vị	3	6,2
Tổng	48	100

Nhận xét: Trong nhóm NC, hầu hết BN tổn thương 1 đơn vị giải phẫu vùng mũi, với 32/48 BN chiếm tỷ lệ 66,7%. Chỉ có 4/48 BN có tổn thương 3 đơn vị giải phẫu, chiếm tỷ lệ 8,3%. Jenica (2014) rút ra kết luận: 199/315 BN có tổn

thương 1 đơn vị giải phẫu vùng mũi, chiếm tỷ lệ 63,2%, 116/315 BN có tổn thương nhiều đơn vị giải phẫu chiếm tỷ lệ 37,8% [5].

Tổn thương kết hợp

Bảng 2.5 Tổn thương kết hợp (n=48)

Tổn thương	n	%
Góc mắt	2	4,2
Mi dưới	7	14,6
Má	12	25,0
Môi trên	2	4,2
Tổng	23	48,0

Nhận xét: Má là vị trí tổn thương kết hợp hay gặp nhất với 12/48 BN, chiếm tỷ lệ 25,0%. Nguyên nhân chủ yếu trong nhóm NC của chúng tôi lại là sau phẫu thuật u ác tính. Các tổn thương u ác tính thường yêu cầu cắt sâu và rộng, do đó để lại các tổn khuyết lớn ở vùng mũi và các vùng lân cận.

V. KẾT LUẬN

- Đa số BN trong nhóm NC là nam, chiếm tỷ lệ 54,20%. Nhóm tuổi hay gặp nhất trong NC là >55 tuổi, chiếm tỷ lệ 50%. Hầu hết nguyên nhân tổn thương là sau cắt các tổn thương ác tính, với 28/48 BN chiếm tỷ lệ 58,3%

- Vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi, với 26/48 BN chiếm tỷ lệ 54,2%. Tổn thương lớn ≥ 2cm² gặp với 39/48 BN chiếm tỷ lệ 81,2%, tổn thương khuyết xuyên tổ chức chiếm tỷ lệ lớn nhất, với 25/48 BN. hầu hết BN tổn thương 1 đơn vị giải phẫu vùng mũi, với 32/48 BN chiếm tỷ lệ 66,7%. Trong nhóm NC, má là vị trí tổn thương kết hợp hay gặp nhất với 12/48 BN, chiếm tỷ lệ 25,0%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bùi Văn Cường** (2014). Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi. Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
- P. Konofaos, S. Alvarez, J. E. McKinnie. et al.** (2015), "Nasal Reconstruction: A Simplified Approach Based on 419 Operated Cases". Aesthetic Plast Surg, 39(1), pp. 91-9.
- Nguyễn Huệ Chi, Nguyễn Huy Thọ** (2004). Đánh giá kết quả điều trị khuyết cánh mũi, trụ vách mũi bằng ghép tự do mảnh ghép phức hợp sụn vành tai. Đại Học Y Hà Nội.
- Bạch Minh Tiên** (2002). Đánh giá kết quả sử dụng vạt trán và vạt rãnh mũi má trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng mũi. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
- J. S. Yong, J. J. Christophel, S. S. Park** (2014), "Repair of intermediate-size nasal defects: a working algorithm". JAMA Otolaryngol Head Neck Surg, 140(11), pp. 1027-33.
- Y. Bhatt, K. Vyas, D. Nakade. et al.** (2006), "Reconstruction of nasal defects our three years experience". Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 58(1), pp. 51-6.