

lên, 1 trường hợp viêm phổi và 1 trường hợp viêm thực quản. Các tác dụng không mong muốn khác đều ở độ 1-2, phục hồi hoàn toàn sau khi xử trí tích cực trong thời gian ngắn và không ảnh hưởng đến điều trị. Nghiên cứu của Yoichi Naito và cộng sự báo cáo 52% trường hợp hạ bạch cầu độ 3-4.⁸ Khi so sánh với phác đồ khác, cũng cho thấy tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp hơn. Nghiên cứu RENO ghi nhận, chỉ 1 trường hợp viêm thực quản độ 3-4 ở nhánh oVP so với 12 trường hợp ở nhánh EP; 19,7% bệnh nhân có tác dụng không mong muốn huyết học ở nhánh oVP so với 62,6% ở nhánh EP.⁴ Từ đó có thể thấy khả năng dung nạp rất tốt của phác đồ Cisplatin-Vinorelbine uống.

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị đồng thời UTPKTBN giai đoạn III sử dụng phác đồ Cisplatin – Vinorelbine uống đem lại tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) 58,3%. Trung vị PFS của nhóm bệnh nhân không điều trị củng cố Durvalumab là 8,2 tháng; với thời gian theo dõi trung vị ở nhóm censored là 9,38 tháng. Thời gian kéo dài xạ trị > 14 ngày là yếu tố tiên lượng xấu đối với PFS của nhóm bệnh nhân trên. Tác dụng không mong muốn độ 3-4 ghi nhận ở 7 bệnh nhân chiếm 14,6%, trong đó hạ bạch cầu chiếm 10,4%; viêm phổi chiếm 2,1% và viêm thực quản chiếm 2,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. May 2021;71(3):209-249.
2. **Fukuoka K, Arioka H, Iwamoto Y, et al.** Mechanism of the radiosensitization induced by

- vinorelbine in human non-small cell lung cancer cells. Lung Cancer Amst Neth. 2001;34(3):451-460. doi:10.1016/s0169-5002(01)00265-3.
3. **Yang Y, Chang J, Huang C, et al.** A randomised, multicentre open-label phase II study to evaluate the efficacy, tolerability and pharmacokinetics of oral vinorelbine plus cisplatin versus intravenous vinorelbine plus cisplatin in Chinese patients with chemotherapy-naive unresectable or metastatic non-small cell lung cancer. J Thorac Dis. 2019;11(8):3347-3359. doi:10.21037/jtd.2019.08.22.
4. **Isla D, De Las Peñas R, Insa A, et al.** Oral vinorelbine versus etoposide with cisplatin and chemo-radiation as treatment in patients with stage III non-small cell lung cancer: A randomized phase II (RENO study). Lung cancer (Amsterdam, Netherlands). Sep 2019;135:161-168.
5. **Senan S, Brade A, Wang LH, et al.** PROCLAIM: Randomized Phase III Trial of Pemetrexed-Cisplatin or Etoposide-Cisplatin Plus Thoracic Radiation Therapy Followed by Consolidation Chemotherapy in Locally Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. Mar 20 2016;34(9):953-962.
6. **Lesueur P, Martel-Laffay I, Escande A, et al.** Oral vinorelbine-based concomitant chemoradiotherapy in unresectable stage III non-small cell lung cancer: a systematic review. Expert Review of Anticancer Therapy. 2018/11/02 2018;18(11):1159-1165.
7. **McMillan MT, Ojerholm E, Verma V, et al.** Radiation Treatment Time and Overall Survival in Locally Advanced Non-small Cell Lung Cancer. International journal of radiation oncology, biology, physics. Aug 1 2017;98(5):1142-1152.
8. **Naito Y, Kubota K, Nihei K, et al.** Concurrent chemoradiotherapy with cisplatin and vinorelbine for stage III non-small cell lung cancer. J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer. 2008;3(6):617-622. doi:10.1097/JTO.0b013e3181753b38.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NƠI VI HẮC TỔ BẨM SINH VÙNG MẶT BẰNG PHƯƠNG PHÁP GHEP DA DÀY TOÀN BỘ

Trương Quốc Sơn¹, Vũ Ngọc Lâm²,
Dương Mạnh Chiến^{1,3}, Phạm Thị Việt Dung^{1,4}

TÓM TẮT

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

³Bệnh viện K

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trương Quốc Sơn

Email: truongquocsonsss@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023

Nơi vi hắc tố bẩm sinh là một trong các tổn thương da hay gặp ở trẻ sơ sinh, tổn thương có thể gây mất thẩm mỹ và chuyển thành ung thư hắc tố. Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp những thông tin về đặc điểm lâm sàng và những bằng chứng về kết quả điều trị nơi vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt bằng phương pháp ghép da dày toàn bộ. Kết quả cho thấy đặc điểm lâm sàng nơi vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt trên 46 khối nơi vi hình bầu dục hay gặp nhất (43,4%), màu đen (76,1%), gồ lên mặt da (58,7%), gặp nhiều nhất ở vùng má (29,9%), kích thước nhỏ (≤ 3 cm) hay gặp nhất (41,3%). Thực hiện phẫu thuật cho 25 bệnh

nhân với 25 khối nơ vi sử dụng phương pháp ghép da dày, 25/25 khối nơ vi đã được lấy bỏ hoàn toàn: phương pháp phẫu thuật được phối hợp chủ yếu là giãn da tự nhiên (chiếm 56%), vị trí lấy mảnh ghép chủ yếu là sau tai (67,4%), đơn vị giải phẫu nơ vi thường ghép da là mi mắt (100%), mũi (93,3%), số đơn vị được ghép da nhiều nhất là 1 đơn vị (48%), ít nhất là 5 đơn vị (4%). Kết quả điều trị gần: tốt là 42 mảnh ghép (97,7%), trung bình là 1 mảnh ghép (2,3%), không có mảnh ghép nào cho kết quả kém. Kết quả điều trị xa: tốt là 41 mảnh ghép (95,3%), trung bình là 2 mảnh ghép (4,7%). Hầu hết các mảnh ghép có màu sắc tương đồng với tổ chức xung quanh, tỉ lệ co kéo tổ chức không lớn, sẹo nơi cho và nhận ở mức tối thiểu, không có trường hợp nào tái phát khi theo dõi xa, các phụ huynh đều hài lòng với kết quả điều trị. Như vậy, phương pháp ghép da dày toàn bộ là kỹ thuật đơn giản, an toàn, hiệu quả đối với điều trị nơ vi hắc tố vùng mặt. **Từ khóa:** Nơ vi hắc tố bẩm sinh, ghép da dày toàn bộ.

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT OF FACIAL CONGENITAL MELANOCYTIC NEVI WITH FULL THICKNESS SKIN GRAFTS

Congenital melanocytic nevi are one of the newborns' most common skin lesions, which can cause loss of aesthetics and turn into melanoma. Our study provides information on the clinical features and evidence on the results of treating congenital facial nevus utilizing skin grafting. The results showed that the clinical features of congenital nevus in the upper face are 46 most common oval-shaped masses (43.4%), black color (76.1%), most common in the cheek area (29.9%), with small size ($\leq 3\text{cm}$) most common (41.3%). All 25 patients were completely cleared of the nevus by using skin grafts and combined with serial excision in most cases (accounting for 56%). The donor site for skin graft is mainly post-auricular (67.4%), and the most common surgical unit for skin grafting is the eyelid (100%) and the nose (93.3%). The incidence of anatomical units for skin grafts is mostly 1 unit (48%) and leastly for 5 units (only 4%). Treatment results were good in 42 grafts (97.7%), average in 1 graft (2.3%), and nografts got poor results in the short term. The long-term result was good in 41 grafts (95.3%) and average in 2 grafts (4.7%). Most of the grafts have the matching color with as the surrounding tissue, minor contracture of tissue around the graft, and the scars at the donor and recipient sites are minimal; there are no cases of recurrence at distant follow-up and the parents. All were satisfied with the results of the treatment. In conclusion, thickness skin graft is a simple, safe, and effective technique for treating congenital facial nevus.

Keywords: Congenital melanocytic nevi, full-thickness skin graft.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nơ vi hắc tố bẩm sinh (Congenital Melanocytic Nevi: CMN) là một trong các tổn

thương da hay gặp ở trẻ sơ sinh. CMN xuất hiện khi sinh hoặc trong vài tuần đầu sau sinh, một số ít trường hợp xuất hiện trong 2 năm đầu sau sinh, tỷ lệ xuất hiện ở trẻ sơ sinh khá phổ biến, từ 1-6%, hầu hết trong số đó được phân loại là có kích thước nhỏ hoặc vừa, trong đó CMN lớn và khổng lồ (Giant Congenital Melanocytic Nevi: GCMN) hiếm hơn, với tỷ lệ ước tính ở trẻ sơ sinh là 1/500 000-1/20 000.¹ Ngoài việc có thể chuyển thành ung thư hắc tố, CMN còn gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng tới tâm lý người bệnh và gia đình, đặc biệt là nơ vi hắc tố vùng mặt, do đó CMN vùng mặt rất được quan tâm.² Phương pháp điều trị CMN được chia thành 2 nhóm chính là phẫu thuật và không phẫu thuật. Các phương pháp không phẫu thuật gồm mài da, nạo da, laser, đốt điện, các phương pháp này chỉ loại bỏ được một phần các tế bào trên bề mặt nông của nơ vi nên ít làm thay đổi nguy cơ ung thư hóa. Phẫu thuật giúp loại bỏ được hoàn toàn các tế bào nơ vi. Ghép da là kỹ thuật chuyển một mảnh da ghép từ nơi cho đến nơi nhận mảnh ghép và mảnh ghép đó sẽ tồn tại trên bề mặt của nơi nhận. Phương pháp này có ưu điểm là cơ thể có thể cung cấp một lượng lớn da ghép từ nhiều vùng khác nhau giúp che phủ các tổn khuyết lớn mà các phương pháp khác (đóng trực tiếp, vạt tại chỗ, vạt lân cận) không thể che phủ hết, mảnh da ghép có sức sống cao giúp tăng hiệu quả điều trị, kĩ thuật tương đối đơn giản, số đường sẹo và số lần phẫu thuật ít. Do đó đây là phương pháp tốt điều trị các CMN lớn vùng mặt. Trên thế giới và Việt Nam có nhiều tác giả nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh nhưng rất ít nghiên cứu tập trung điều trị nơ vi bẩm sinh vùng mặt bằng phương pháp ghép da dày toàn bộ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt*

2. *Đánh giá kết quả điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt bằng phương pháp ghép da dày.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trên 45 bệnh nhân và thực hiện phẫu thuật cho 25/45 bệnh nhân bằng phương pháp ghép da dày nhằm đánh giá kết quả điều trị. Nghiên cứu được tiến hành tại khoa phẫu thuật Tạo Hình Thẩm Mỹ bệnh viện Bạch Mai, đơn vị phẫu thuật Tạo Hình Thẩm Mỹ Công Nghệ Cao bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, trong khoảng thời gian từ tháng 8/2022 đến tháng 4/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả người bệnh được chẩn đoán nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt từ tháng 1/2017-4/2023 (theo mục tiêu 1)

- Các bệnh nhân sau cắt nơ vi hắc tố vùng mặt được điều trị bằng phương pháp ghép da dày toàn bộ (theo mục tiêu 2)

- Có bệnh án, hồ sơ lưu trữ, thông tin ghi chép đầy đủ về hành chính, ảnh chụp tổn thương trước và sau phẫu thuật.

- Người bệnh và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không có đủ thông tin trong bệnh án, hồ sơ lưu trữ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại khoa phẫu thuật Tạo Hình Thẩm Mỹ bệnh viện Bạch Mai, đơn vị phẫu thuật Tạo Hình Thẩm Mỹ Công Nghệ Cao bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2022 đến tháng 4/2023

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Phương pháp chọn mẫu. Lấy mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn ở trên (mục 1.1) từ tháng 1/2017- 4/2023.

2.4. Thu thập số liệu và các chỉ số nghiên cứu. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được khám, lấy số liệu theo một bệnh án nghiên cứu mẫu gồm:

- Hỏi bệnh, khám lâm sàng: tuổi, giới, tuổi phát hiện bệnh, tiền sử gia đình, số lượng, vị trí, màu sắc, kích thước, hình dạng, độ rậm lông của nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt.

- Tiến hành phẫu thuật: bệnh nhân được vô cảm, cắt bỏ khối nơ vi, chuẩn bị nền nhận, lấy mảnh ghép, đặt mảnh ghép vào nền nhận, cố định mảnh ghép, đóng nơi cho mảnh ghép



Case 1: Bệnh nhân nam, 4 tuổi. Hình A: nơ vi hắc tố đầu mũi. Hình B: tổn khuyết sau cắt bỏ nơ vi. Hình C: hình ảnh sau ghép da dày toàn bộ

- Theo dõi kết quả phẫu thuật:

+ Kết quả gần (trong 14 ngày sau mổ)

Bảng 2.1. Thang điểm đánh giá kết quả điều trị gần

| | 1 điểm | 2 điểm | 3 điểm |
|--|-----------------|--------------|-------------------|
| Tình trạng chảy máu nơi cho | Nhiều | Ít | Không chảy |
| Ảnh hưởng tình trạng nhiễm trùng nơi cho | Toàn thân | Tại chỗ | Không nhiễm trùng |
| Tình trạng liền sẹo nơi cho | Không liền | Chậm liền | Liền tốt |
| Tỷ lệ sống của mảnh da ghép (%) | <50 | 50-<90 | ≥90 |
| Màu sắc mảnh da ghép | Khác biệt nhiều | Khác biệt ít | Tương đồng |
| Tình trạng liền sẹo nơi nhận | Không liền | Chậm liền | Liền tốt |

Xếp loại kết quả gần: Tốt (15-18 điểm), Trung bình: (13-14 điểm), Kém: (<13 điểm)

+ Kết quả xa (3-6 tháng sau mổ)

Bảng 2.2. Thang điểm đánh giá kết quả điều trị xa

| | 1 điểm | 2 điểm | 3 điểm |
|---|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| Tính chất sẹo nơi cho mảnh ghép | Sẹo quá phát nhiều, sẹo lồi | Sẹo quá phát nhẹ, vừa | Sẹo phẳng |
| Tính chất sẹo nơi nhận mảnh ghép | Sẹo quá phát nhiều, sẹo lồi | Sẹo quá phát nhẹ, vừa | Sẹo phẳng |
| Màu sắc mảnh da ghép | Khác biệt nhiều | Khác biệt ít | Tương đồng |
| Tình trạng biến dạng tổ chức xung quanh | Nhiều | Ít | Không biến dạng |
| Phục hồi cảm giác vùng da ghép | Không có cảm giác | Dị cảm hoặc giảm cảm giác vùng ghép da | Cảm giác vùng da ghép bình thường |
| Mức độ hài lòng của người bệnh | Không hài lòng | Hài lòng ít hoặc vừa | Rất hài lòng |

Xếp loại kết quả gần: Tốt (15-18 điểm), Trung bình: (13-14 điểm), Kém: (<13 điểm)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 45 bệnh nhân nghiên cứu có 18 Nam (40%) và 27 Nữ (60%). Độ tuổi chủ yếu là dưới 6 tuổi (62,2 %), trên 15 tuổi chiếm tỷ lệ ít nhất (8,9%), không có yếu tố gia đình, các bệnh nhân đều được phát hiện ngay sau sinh. 44 bệnh nhân (97,8%) chỉ có một khối nơ vi vùng mặt, 1 bệnh nhân có 2 khối nơ vi vùng mặt, tổng cộng có 46 khối nơ vi.

CMN thường có đặc điểm: hình bầu dục (43,4%), màu đen (76,1%), gồ lên mặt da (58,7%), rậm lông (82,6 %), gặp nhiều ở má (29,9%), kích thước ≤3cm (41,3%).

Không phát hiện dấu hiệu bất thường, biến đổi ác tính của nơ vi.

25 Bệnh nhân với 25 khối nơ vi được điều trị bằng phương pháp ghép da dày: 88% bệnh nhân muốn điều trị với lý do thẩm mỹ, 12% bệnh nhân điều trị với lý do kết hợp là lo ngại nguy cơ ác tính và thẩm mỹ. Bệnh nhân bắt đầu được phẫu thuật trước 6 tuổi chiếm 64%, trước 15 tuổi chiếm 88%. Khoảng thời gian giữa 2 lần phẫu thuật liên tiếp khoảng 7,5 tháng. Tổng cộng 43 mảnh da ghép/ 25 bệnh nhân được ghép da. Vị trí lấy mảnh ghép chủ yếu là sau tai (67,4%), số lượng mảnh ghép được lấy chủ yếu là 1 mảnh (26,7%). Đơn vị giải phẫu nơ vi thường ghép da là mi mắt (100%), mũi (93,3%), số đơn vị giải phẫu của nơ vi chủ yếu từ 2 đơn vị trở lên (72%); số đơn vị được ghép da nhiều nhất là 1 đơn vị (48%), ít nhất là 5 đơn vị (4%). 15 nơ vi cần hơn 1 lần phẫu thuật, chủ yếu là các nơ vi có kích thước trên 3 cm, các nơ vi kích thước dưới 3 cm 100% đều được phẫu thuật 1 lần. Phương pháp được phẫu thuật phối hợp chủ yếu là giãn da tự nhiên (chiếm 56%).



Case 2: Bệnh nhân nữ, 8 tuổi. Hình A: nơ vi hắc tố mi trên và cung mày trái. Hình B: kết quả sau ghép da 1 năm

Theo dõi kết quả gần: không có các biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng, chậm liền vết

mổ nơi cho da. Tỷ lệ sống da ghép cao (97,7%), số lượng da ghép có màu sắc tương đồng với tổ chức xung quanh là 81,4%, màu sắc khác biệt ít với tổ chức xung quanh là 18,6%, 96% số bệnh nhân không bị tình trạng co kéo tổ chức xung quanh và 4% bị tình trạng co kéo ít.

Theo dõi kết quả xa: tính chất sẹo tại nơi cho mảnh ghép gồm sẹo phẳng 81,4%, quá phát nhẹ 14% chủ yếu gặp ở vùng ben. Nơi nhận da ghép 40 mảnh ghép có sẹo phẳng, 4 mảnh ghép có sẹo quá phát nhẹ ở viền da ghép, số lượng da ghép có màu sắc tương đồng với tổ chức xung quanh là 83,7%, 96% số bệnh nhân không bị tình trạng co kéo tổ chức xung quanh, không có trường hợp nào tái phát nơ vi trên da ghép, số bệnh nhân có cảm giác bình thường vùng ghép da là 19 (76%), 6 (24%) bệnh nhân có giảm cảm giác vùng da ghép.

Bảng 3.1. Kết quả điều trị gần

| Kết quả | Số lượng mảnh ghép | Tỷ lệ (%) |
|-------------|--------------------|------------|
| Tốt | 42 | 97,7 |
| Trung bình | 1 | 2,3 |
| Kém | 0 | 0 |
| Tổng | 43 | 100 |

Bảng 3.2. kết quả điều trị xa

| Kết quả | Số lượng mảnh ghép | Tỷ lệ (%) |
|-------------|--------------------|------------|
| Tốt | 41 | 95,3 |
| Trung bình | 2 | 4,7 |
| Kém | 0 | 0 |
| Tổng | 43 | 100 |

IV. BÀN LUẬN

Hơn nửa bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến khám là nữ (60%), phần lớn số bệnh nhân được phẫu thuật lần đầu là trước 6 tuổi (64%), trước khi trẻ đi học. Điều này có thể giải thích do khối nơ vi vùng mặt gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng nhiều đến tâm lý bệnh nhân, đặc biệt là trẻ nữ và gia đình. Đã có các nghiên cứu chỉ ra rằng trẻ mắc nơ vi hắc tố bẩm sinh cảm thấy bị kỳ thị, các bà mẹ cũng cảm thấy tội tệ khi sinh ra một đứa trẻ có nơ vi hắc tố bẩm sinh khổng lồ.^{3 4}

Các bệnh nhân đều được phát hiện nơ vi hắc tố bẩm sinh ngay sau sinh (100%), các nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra CMN thường xuất hiện từ lúc mới sinh hoặc trong vài tuần đầu sau sinh, một số ít trường hợp xuất hiện trong 2 năm đầu sau sinh.¹

Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết bệnh nhân (97,8%) chỉ có một khối nơ vi và không có yếu tố gia đình liên quan. Trên thế giới đã có một số báo cáo chỉ ra rằng nơ vi hắc tố bẩm sinh có liên quan đến tiền sử gia đình

nhưng chủ yếu gặp ở những trẻ mắc nhiều khối nơ vi,⁵ và một số báo cáo khác chỉ dừng lại ở các ca lâm sàng riêng lẻ: Voigtlander (1974), Hecht (1981), Robert (2009).

Hình dạng nơ vi chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi có hình bầu dục (43,4%), điều này cũng tương tự các nghiên cứu của Lyon (2010).

Tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi về các dấu hiệu bất thường như: loét, chảy máu, đau, rụng lông... nhưng chúng tôi không phát hiện dấu hiệu bất thường nào. Các báo cáo cũng cho thấy nguy cơ ung thư hắc tố của CMN chủ yếu xảy ra ở vùng thân, hiếm khi được tìm thấy ở vùng mặt và tỷ lệ ác tính của GCMN dao động từ 2-4,9%.^{1,6}

25 bệnh nhân với 25 khối nơ vi đã được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn, 43 mảnh da ghép đã được sử dụng, trong đó các khối $\leq 3\text{cm}$ được phẫu thuật 1 lần và chỉ sử dụng phương pháp ghép da dày đơn thuần, các khối 3-12cm chủ yếu cần 1-2 lần phẫu thuật và sử dụng phương pháp ghép da dày đơn thuần hoặc kết hợp giãn da tự nhiên, các khối $\geq 12\text{cm}$ cần ít nhất 2 lần phẫu thuật trở lên, thường sử dụng kết hợp phương pháp ghép da dày và giãn da tự nhiên. Các khối nơ vi $> 3\text{cm}$ thường cần hơn 1 lần phẫu thuật vì các bệnh nhân được sử dụng phương pháp giãn da tự nhiên (cắt thu dẫn) để làm giảm kích thước nơ vi sau đó ghép da phần nơ vi còn lại để làm giảm diện tích cần ghép da và số lượng da ghép, ngoài ra bố mẹ bệnh nhân không muốn cắt nhiều tổn thương trong một lần phẫu thuật sẽ gây kéo dài thời gian gây mê cho các bệnh nhân nhi. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu của Gur và Zyker:⁷ với nhóm kích thước $\leq 3\text{cm}$ thường cần 1 lần phẫu thuật, nhóm 3-12cm thường cần 1-2 lần phẫu thuật, nhóm $> 12\text{cm}$ thường cần trên 2 lần phẫu thuật.

Các khối nơ vi thường áp dụng phương pháp ghép da dày toàn bộ là các khối nằm ở vị trí từ 2 đơn vị giải phẫu trở lên (72%) hoặc nằm ở các đơn vị giải phẫu như mi mắt, mũi, vành tai điều này có thể giải thích do các khối nơ vi chỉ chiếm 1 đơn vị giải phẫu thường có thể khâu đóng trực tiếp trong 1 lần phẫu thuật, trừ một số vị trí giải phẫu như mi mắt, mũi, vành tai do đặc điểm giải phẫu tổ chức dưới da mỏng, việc lựa chọn mảnh ghép da dày toàn bộ có sự phù hợp về độ dày hơn vật tại chỗ, vật lân cận và sự huy động tổ chức xung quanh của các vị trí này cũng hạn chế để gây co kéo tổ chức xung quanh nên phương pháp giãn da tự nhiên không phù hợp. Ngoài ra phương pháp ghép da dày có thể cung cấp 1 lượng da lớn và hạn chế số đường rạch da, số

lần phẫu thuật cho các khối nơ vi kích thước lớn, chiếm nhiều đơn vị giải phẫu. Báo cáo khác cũng có kết quả tương tự, Kim và cộng sự đã sử dụng mảnh ghép phức hợp da-mỡ để tái tạo tổn khuyết sau cắt nơ vi ở vùng mặt và chủ yếu là mi mắt, mũi.²

Vị trí cho mảnh da ghép trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là sau tai (67,4%) điều này có thể do một số lí do như sẹo nơi cho da được giấu kín, màu sắc và độ dày da phù hợp với da vùng mặt, chăm sóc nơi cho da dễ dàng hơn vì đa phần là bệnh nhân nhi. Kết quả này cũng tương tự các báo cáo của Leshem vị trí cho mảnh da ghép chủ yếu là sau tai,⁸ trong báo cáo của Kim nơi cho phức hợp da-mỡ được lấy từ mặt trước tai.²

Khoảng thời gian trung bình giữa 2 lần phẫu thuật liên tiếp trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,5 tháng. Đối với các khối nơ vi trên 2 đơn vị giải phẫu thường được phối hợp với phương pháp giãn da tự nhiên, phương pháp này cần khoảng cách giữa 2 lần phẫu thuật khoảng 3-6 tháng để da giãn được ổn định và có thể thực hiện được lần phẫu thuật tiếp theo. Cũng có trường hợp 12 tháng sau mới phẫu thuật lần kế tiếp, những trường hợp này do bệnh nhân không thu xếp được thời gian. Đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều trẻ trong độ tuổi đi học, vì vậy bệnh nhân thường đến vào các dịp nghỉ hè. Có thể đây là lí do làm cho khoảng thời gian trung bình giữa 2 lần phẫu thuật liên tiếp bị kéo dài (7,5 tháng).

Số lượng mảnh ghép được lấy trong nghiên cứu của chúng tôi là 43 trong đó chủ yếu là 1-2 mảnh/ mỗi nơ vi (84%) do bệnh nhân được phối hợp với phương pháp cắt thu (giãn da tự nhiên) để làm giảm diện tích nơ vi cần ghép da.

Kết quả điều trị gần: tốt là 42 mảnh ghép (97,7%), trung bình là 1 mảnh ghép (2,3%), không có mảnh ghép nào cho kết quả kém. 1 trường hợp có mảnh ghép hoại tử một phần vì đây là khối nơ vi kích thước lớn chiếm nhiều đơn vị giải phẫu mỗi lần phẫu thuật cần lấy bỏ tổn thương lớn, cần cắt thu nhiều lần và mảnh ghép da lấy có kích thước lớn. Có thể thấy kết quả phẫu thuật gần hầu hết là liền thương tốt, không có các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng, tỉ lệ co kéo tổ chức không lớn. Có thể nói đây là phương pháp hiệu quả cao, ít biến chứng, chi phí thấp, kĩ thuật đơn giản.

Kết quả điều trị xa: tốt là 41 mảnh ghép (95,3%), trung bình 2 mảnh ghép (4,7%). Hầu hết các mảnh ghép có màu sắc tương đồng với tổ chức xung quanh, tỉ lệ co kéo tổ chức không

lớn, sẹo nơi cho và nhận ở mức tối thiểu, không có trường hợp nào tái phát khi theo dõi xa, các phụ huynh đều hài lòng với kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt thường xuất hiện ngay sau sinh, không có tính chất gia đình, đặc điểm nhận dạng thường gặp: màu đen, hình bầu dục, có lông trên bề mặt, gồ lên mặt da. Phương pháp ghép da dày toàn bộ là phương pháp kỹ thuật đơn giản, chi phí thấp, kết quả điều trị gần cũng như theo dõi xa cho thấy đây là kỹ thuật hiệu quả cao, ít biến chứng, là một lựa chọn tốt cho các phẫu thuật viên khi điều trị các khối nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vourc'h-Jourdain M, Martin L, Barbarot S, aRED.** Large congenital melanocytic nevi: therapeutic management and melanoma risk: a systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(3):493-498.e1-14. doi:10.1016/j.jaad.2012.09.039
2. **Kim DH, Byun IH, Lew DH, Lee WJ.** Skin-Fat Composite Grafts after Excisions of Medium Sized Congenital Melanocytic Nevi in Children. *Arch Aesthetic Plast Surg.* 2015;21(2):59-64. doi:10.14730/aaps.2015.21.2.59
3. **Koot HM, de Waard-van der Spek F, Peer CD, Mulder PG, Oranje AP.** Psychosocial sequelae in 29 children with giant congenital melanocytic naevi. *Clin Exp Dermatol.* 2000;25(8):589-593. doi:10.1046/j.1365-2230.2000.00712.x
4. **Masnari O, Landolt MA, Roessler J, et al.** Self- and parent-perceived stigmatisation in children and adolescents with congenital or acquired facial differences. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.* 2012;65(12):1664-1670. doi:10.1016/j.bjps.2012.06.004
5. **Stefanaki C, Soura E, Stergiopoulou A, et al.** Clinical and dermoscopic characteristics of congenital melanocytic naevi. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(10):1674-1680. doi:10.1111/jdv.14988
6. **Hale EK, Stein J, Ben-Porat L, et al.** Association of melanoma and neurocutaneous melanocytosis with large congenital melanocytic naevi--results from the NYU-LCMN registry. *Br J Dermatol.* 2005;152(3):512-517. doi:10.1111/j.1365-2133.2005.06316.x
7. **Gur E, Zuker RM.** Complex facial nevi: a surgical algorithm. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(1):25-35. doi:10.1097/00006534-200007000-00005
8. **Leshem D, Gur E, Meilik B, Zuker RM.** Treatment of congenital facial nevi. *J Craniofac Surg.* 2005;16(5):897-903. doi:10.1097/01.scs.0000179756.59778.9b

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG ĐINH PFNA KHÔNG DÙNG BÀN CHỈNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Võ Thành Toàn¹, Phan Ngọc Tuấn¹,
Nguyễn Bảo Lục¹, Võ Toàn Phúc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh PFNA không sử dụng bàn chỉnh hình tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng 28 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh PFNA. **Kết quả:** đa số bệnh nhân là nữ ở độ tuổi trên 60, thường do tai nạn sinh hoạt, thời gian theo dõi ít nhất 3 tháng dài nhất là 6 tháng, đánh giá bằng thang điểm Harris khả quan: tốt và rất tốt đạt 90,4 ± 4,3, lượng máu mất trung bình 324,4 ± 145,7, BN có thể tập đi lại có sử dụng khung hỗ trợ sau 5 - 10 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị gãy LMCXĐ bằng đinh PFNA tư thế nằm nghiêng không

dùng bàn chỉnh hình cũng có nhiều ưu điểm tương đương so với tư thế nằm ngửa dùng bàn chỉnh hình.

Từ khóa: gãy liên mấu chuyển xương đùi, đinh PFNA, bàn chỉnh hình

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF PROXIMAL FEMORAL NAIL ANTIROTATION IN INTERTROCHANTERIC FRACTURE WITHOUT AN ORTHOPEDIC SURGICAL TABLE AT THONG NHAT HOSPITAL

Objective: to evaluate the results of treatment of proximal femoral nail anti-rotation (PFNA) in intertrochanteric fracture without an orthopedic surgical table at Thong Nhat Hospital. **Subjects and methods:** a retrospective, descriptive, non-randomized study was conducted on 28 patients who has intertrochanteric fracture treatment with PFNA. **Results:** the majority of patients are females aged above 60 years old, often due to a life-related accident, the follow-up period is at least 3 months, and the longest is 6 months, assessed by the Harris scale as positive: good and very good, reaching 90.4.

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Trường St Mark, MA

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Lục
Email: baoluc2210@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023