

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN KHUYẾT HỒNG PHẦN MỀM SAU CẮT BỎ KHỐI U VÙNG MẶT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Bùi Văn Cường¹, Phan Ngọc Khóa²,
Vũ Ngọc Lâm³, Dương Mạnh Chiến⁴, Đào Xuân Thành⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân khuyết hồng phần mềm sau cắt bỏ khối u vùng mặt tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu gồm 34 bệnh nhân có tổn thương khuyết hồng phần mềm vùng mặt sau cắt bỏ khối u được tạo hình bằng vạt tại chỗ tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2017 đến tháng 11/ 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ Nam và Nữ gần như tương đương (41,18% và 58,82%). Nhóm tuổi trên 55 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 29 trường hợp. Nhóm nguyên nhân khuyết hồng phần mềm sau cắt bỏ khối u kết quả giải phẫu bệnh chủ yếu là các khối ác tính 70,59 %, u lành tính 23,53% và u sắc tố bẩm sinh là 5,88%. Vị trí tổn thương nhiều nhất là vùng má với mắt với 29,41%, tiếp đó là vùng mũi 26,47% và vùng thái dương là 2,94%. Kích thước tổn thương chủ yếu > 3 cm² với tỉ lệ 47,06%. **Kết luận:** Nguyên nhân chủ yếu gây khuyết hồng vùng mặt là cắt bỏ các khối u. Phẫu thuật chuyên vạt nên được áp dụng để che các vùng khuyết hồng này.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh nhân khuyết hồng phần mềm vùng mặt.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SOFT PART DEFECTS AFTER FACIAL TUMOR REMOVAL AT NGHE AN GENERAL HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with soft tissue defects after facial tumor removal at Nghe An General Hospital. **Methods:** The study included 34 patients with soft tissue defects in the facial area after tumor resection and reconstructed with local flaps at Nghe An General Hospital from January 2017 to November 2022. **Results:** The proportion of Men and Women is almost the same (41.18% and 58.82%). The age group over 55 years old accounts for the highest rate with 29 cases. In the group of causes of soft tissue defects after tumor removal, the main pathological results are malignant tumors 70.59%, benign tumors

23.53% and congenital melanoma 5.88%. The most damaged location is the cheeks and eyes with 29.41%, followed by the nose area with 26.47% and the temple area with 2.94%. The lesion size is mainly > 3 cm² with a rate of 47.06%. **Conclusion:** The main cause of facial defects is tumor removal. Flap surgery should be used to cover these vulnerable areas. **Keywords:** Clinical and paraclinical characteristics, patients with facial soft tissue defects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuôn mặt đóng vai trò rất lớn trong giao tiếp giữa cá nhân với cộng đồng và ngược lại, là đặc điểm riêng có của mỗi cá thể. Khuôn mặt còn nhiều bộ phận có chức năng quan trọng như hít thở, ăn uống, đối thoại,... vai trò thẩm mỹ và chức năng này sẽ bị ảnh hưởng nếu tồn tại các tổn khuyết vùng mặt sau phẫu thuật cắt bỏ các khối u lành tính, ác tính,...^{1,2}

Tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt rất thường gặp với sự đa dạng về mức độ và hình thái tổn thương mà không thể khâu đóng trực tiếp được, việc khâu đóng trực tiếp có thể gây co kéo, biến dạng ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ vùng mặt. Nên tạo hình khuyết hồng phần mềm vùng mặt luôn đòi hỏi sự phục hồi cao nhất về hình thái chức năng cũng như thẩm mỹ, góp phần quan trọng trong việc nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân và gia đình. Một trong những yếu tố gây phức tạp trong điều trị khuyết hồng phần mềm vùng mặt là trên một diện tích nhỏ nhưng lại có nhiều bộ phận quan trọng như mi mắt, cung mày, mũi, môi, má... Các cấu trúc tinh tế này rất dễ bị biến dạng khi chỉ thiếu một phần nhỏ tổ chức, do đó việc tạo hình các khuyết hồng vùng mặt luôn là một thách thức với các bác sĩ tạo hình.^{1,2,3}

Việc đánh giá đúng các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bị khuyết hồng vùng mặt sẽ giúp ích rất nhiều cho các nhà lâm sàng tiến hành tạo hình sau này. Chính vì lý do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân khuyết hồng phần mềm sau cắt bỏ khối u vùng mặt tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 34 bệnh nhân có tổn thương

¹Bệnh viện Đa khoa An Việt

²Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Cường

Email: buicuong25583@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024

khuyết hồng phần mềm vùng mặt sau cắt bỏ khối u được tạo hình bằng vạt tại chỗ tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2017 đến tháng 11/ 2022.

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân có tổn thương khuyết phần mềm vùng mặt sau cắt bỏ u được phẫu thuật tạo hình bằng vạt tại chỗ, có kết quả giải phẫu bệnh và đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh: Bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm được điều trị bằng phương pháp khác như ghép da, chuyển vạt vi phẫu; Bệnh nhân có tổn khuyết nhưng không đủ điều kiện phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2.2. Các bước tiến hành:

+ Kiểm tra thông tin bệnh nhân thông qua sổ theo dõi ra vào viện

+ Khai thác thông tin qua bệnh án lưu trữ: Phân tích tổn thương, chẩn đoán, cách thức phẫu thuật, kết quả khi ra viện, khám lại theo hẹn. Ghi lại thông tin địa chỉ liên lạc của bệnh nhân.

+ Gọi điện hoặc gửi thư cho bệnh nhân đến khám lại, trường hợp ở xa không đến khám lại được thì gửi ảnh qua mail, qua viber hoặc zalo của điện thoại.

2.3. Các biến số nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- + Tuổi: Tính theo năm dương lịch
- + Giới: Phân theo 2 giới nam và nữ
- + Kết quả giải phẫu bệnh:
 - o U sắc tố bẩm sinh
 - o U lành tính
 - o U ác tính

+ Tiền sử bệnh nhân: Bệnh nhân có mắc các bệnh nền phối hợp

2.3.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu đặc điểm lâm sàng

+ Vị trí khuyết hồng phần mềm: vùng trán; Vùng mũi; Vùng má; Vùng mắt; Vùng môi; Vùng cằm; Vùng thái dương

+ Đặc điểm khuyết hồng phần mềm: Khuyết nông: Tổ chức da; Khuyết sâu: Da, tổ chức dưới da, sụn; Khuyết xuyên: Khuyết tổ chức da, cơ, sụn, niêm mạc

+ Kích thước khuyết hồng phần mềm: chiều dài tổn khuyết; Chiều rộng tổn khuyết.

+ Diện tích khuyết hồng phần mềm theo công thức tính diện tích hình elip $S = \pi.a.b$ (a là chiều dài, b là chiều rộng khuyết hồng phần mềm).

+ Phân loại khuyết hồng phần mềm: Dựa vào nghiên cứu năm 2015, Y. J. Kim đã phân tích 221 trường hợp ung thư da tế bào đáy vùng

mũi và đưa ra phác đồ tạo hình cho khuyết da vùng này: lựa chọn đầu tiên cho các khuyết hồng nhỏ (< 10 mm) là đóng trực tiếp, cho các khuyết hồng trung bình (10-20 mm) là vạt đảo cuống liền, và cho các khuyết hồng lớn (> 20 mm) là vạt chuyển cho phần trên và vạt lân cận (Vạt trục mạch bên và vạt rãnh mũi má) cho phần dưới mũi chúng tôi phân làm 3 loại⁴:

o Loại 1: Các khuyết hồng phần mềm có diện tích nhỏ hơn 1 cm²

o Loại 2: Các khuyết hồng phần mềm có diện tích từ 1 - 3 cm²

o Loại 3: Các khuyết hồng phần mềm có diện tích lớn hơn 3 cm²

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được kiểm tra làm sạch trước khi nhập. Nhập số liệu, xử lý số liệu theo chương trình thống kê y học Stata 15. Cả thống kê mô tả và phân tích được sử dụng.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

+ Nghiên cứu được lãnh đạo bệnh viện và bộ môn cho phép thực hiện đề tài.

+ Nghiên cứu tuân thủ các yêu cầu về mặt đạo đức trong nghiên cứu y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm khuyết hồng phần mềm sau cắt bỏ khối u vùng mặt tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

3.1.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi - giới (n=34)

Tuổi	Giới (n=34)	
	Nam (14)	Nữ (20)
31-55 tuổi	2 (14,29%)	3(15%)
>55 tuổi	12(85,71%)	17(85%)
Tổng	14(100)	20(100)

Nhận xét: Qua biểu đồ ta thấy tỷ lệ nữ nhiều hơn nam, nữ chiếm 58,82% (20 trường hợp), nam chiếm 41,18% (14 trường hợp)

Từ biểu đồ ta có thể thấy độ tuổi trên 55 chiếm cao nhất 85,29 %. Độ tuổi dưới 18 không gặp trường hợp nào. Độ tuổi trung bình là 66,94±12,61

Bảng 3.1 cho thấy phân bố bệnh nhân theo tuổi. Ở nam giới tỷ lệ đối tượng trên 55 là 85,71% trong khi đó tỷ này ở nữ giới là 85%.

Bảng 3.2. Bảng tiền sử bệnh nhân

Tiền sử bệnh nhân	N (34)	Tỷ lệ (%)
Tim mạch	1	2,94
Tiểu đường	3	8,82
Tiểu đường + THA	3	8,82
Bệnh lý khác	2	5,88
Khỏe mạnh	25	73,53
Tổng	34	100%

Bảng 3.2 cho thấy tiền sử của bệnh nhân. Phần lớn bệnh nhân không có bệnh nền, có 8,82% bệnh nhân bị tiểu đường và tăng huyết áp. 2,94% bệnh nhân có bệnh tim mạch

3.2. Đặc điểm lâm sàng khuyết hồng phần mềm

Bảng 3.3. Phân bố theo kết quả giải phẫu bệnh (n=34)

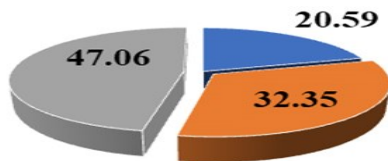
Nguyên nhân tổn thương	N (34)	100%
Sau cắt u lành tính	8	23,53
Sau cắt u ác tính	24	70,59
Sau cắt u sắc tố bẩm sinh	2	5,88
Tổng	34	100%

Nhận xét: Ta có thể thấy nguyên nhân hàng đầu của các khuyết hồng phần mềm vùng mặt là sau cắt bỏ khối u ác tính với 28 trường hợp, các khối u lành tính là 8 trường hợp, nguyên nhân do u sắc tố là 2 bệnh nhân

Bảng 3.4. Phân loại theo vị trí tổn thương (n=34)

Vị trí tổn thương	n	%
Vùng môi	4	11,76
Vùng má	10	29,41
Vùng mũi	9	26,47
Vùng mắt	10	29,41
Vùng thái dương	1	2,94
Vùng trán	0	0
Vùng cằm	0	0
Tổng	34	100

Nhận xét: Trong 34 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu, vùng tổn thương thường gặp nhất là vùng má và mắt chiếm 29,41% tiếp đó là vùng mũi 26,47%. Vùng môi là 11,76%, ở vùng thái dương với 1 bệnh nhân 2,94%. Vùng trán và vùng cằm không gặp bệnh nhân nào.



Biểu đồ 3.1: Phân loại theo diện tích tổn thương (n=34)

Nhận xét: Các tổn thương phần lớn phân bố diện tích > 3cm² với 16 trường hợp chiếm 47,06%. Các tổn thương kích thước 1- 3cm² chiếm 32,35% với 11 trường hợp. Các tổn thương khuyết hồng phần mềm nhỏ < 1cm² chỉ chiếm khoảng 20,59% với 7 trường hợp

Bảng 3.5 Chiều dày tổn thương

Chiều dày tổn thương	n	Tỷ lệ (%)
Khuyết nông	4	11,76
Khuyết sâu (da, tổ chức dưới)	27	79,42

da, sụn)		
Khuyết xuyên tổ chức da, sụn, niêm mạc	3	8,82
Tổng	34	100

Nhận xét: Bảng 3.5 cho thấy, chiều dày tổn thương ở dạng khuyết sâu chiếm tỷ lệ cao nhất (79,42%), tiếp đó là khuyết nông (11,76%) với 4 trường hợp và có 3 trường hợp là khuyết xuyên tổ chức da, sụn, niêm mạc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 66,94 ± 12.61 (n = 34) với tuổi thấp nhất là 39, và cao nhất là 87 tuổi. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các kết quả tuổi trung bình của Thái Duy Quang là 65.06¹, Arash Beiraghi Toosi là 65.4⁵, và Arielle N. B. Kauvar là 68⁶, Nguyễn Quang Rực là 67,03⁷ và Phạm Cao Kiên (69.5%)⁸.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 34 bệnh nhân điều trị phẫu thuật khuyết hồng phần mềm vùng mặt sau cắt bỏ khối u bằng vật tại chỗ, tỷ lệ phân bố giữa 2 giới nam chiếm 41,18% thấp hơn nữ giới chiếm 58,82%. Tỷ lệ nam/nữ là khoảng 0.7, tỷ lệ này phù hợp với kết quả của Thái Duy Quang là 0.94¹. Theo chúng tôi, số bệnh nhân nam và nữ trong nghiên cứu này là không quá khác biệt bởi vì phần lớn bệnh nhân đều là những người cao tuổi, họ đến khám không phải chỉ vì lí do thẩm mỹ mà còn bởi các triệu chứng khó chịu mà khối u gây ra làm ảnh hưởng đến sinh hoạt bình thường nên không có sự khác biệt nhiều về giới tính.

Tuy nhiên, các kết quả này khác với nhiều kết quả của các tác giả phương Tây với nam nhiều hơn nữ, các tác giả này cho rằng sự khác nhau này là do nam giới hay làm việc ngoài trời hơn và ít mặc quần áo chống nắng hơn so với nữ giới^{7,8}. Trong khi đó, tại Việt Nam, phụ nữ cũng tham gia các công việc ngoài trời như nam giới dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng khuyết hồng phần mềm

Vị trí tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí của tổn thương được xác định tại đơn vị giải phẫu mà phần lớn khối ung thư xuất hiện. Các đơn vị giải phẫu chính được đưa ra để phân loại là: vùng trán, vùng mắt, vùng má, vùng mũi, mũi môi, vùng cằm. Về vị trí tổn thương thường gặp nhất là các tổn thương vùng má và mắt có 10 trường hợp chiếm 29,41% vùng mũi 9 trường hợp chiếm 26,47%. Tiếp đến là các tổn thương vùng môi chiếm 11,76%, tỷ lệ thấp nhất là vùng thái dương 2,94%. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Nguyễn

Quang Rực⁷ với tổn thương vùng mũi chiếm tỉ lệ cao nhất là 31.8%, tiếp theo là đến vùng má (21.2%) và vùng ranh giới giữa mũi và má và vùng mắt (cùng bằng 13.6%), Thái Duy Quang¹ với vùng má chiếm 31.4% và vùng mũi chiếm 28.6% các tổn thương (tổng cộng cả 2 vùng là 60%).

Về kích thước tổn thương. Về kích thước tổn thương nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp kích thước lớn trên 3 cm² chiếm tới 47,06%, kích thước nhỏ < 1 cm² chỉ chiếm 20,59%. Trường hợp tổn thương có kích thước lớn nhất là ở một bệnh nhân nữ 78 tuổi, vào viện vì khối u sùi vùng rãnh mũi má trái phát triển nhanh trong vòng 8 năm, lan rộng xâm lấn rộng sang các vùng má, mũi và môi trên, kèm theo chảy máu tái diễn nhiều lần. Ngoài ra bệnh nhân còn 1 khối u khác ở vùng rãnh mũi má phải có kích thước khoảng 12x12 mm xuất hiện trước mắt khoảng 3 năm và to dần từ một nốt rất nhỏ, cả hai khối u đều có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tế bào đáy.

Tổn thương ung thư có kích thước càng lớn thì khả năng xâm lấn sâu càng cao, dẫn đến khó khăn hơn trong việc loại bỏ hoàn toàn tổ chức ung thư và để lại khuyết hổng lớn hơn sau cắt bỏ tổn thương, khiến phẫu thuật tạo hình che phủ trở nên phức tạp hơn và nguy cơ tái phát ung thư sau điều trị cũng cao hơn. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Rực⁷ phần lớn tổn thương có kích thước nhỏ hơn 2 cm (72.7%), kích thước lớn hơn 2 cm và nhỏ hơn 5 cm (25.8%), Thái Duy Quang¹ tổn thương nhỏ hơn 2cm (68.6%), tổn thương lớn hơn 2 cm và nhỏ hơn 5 cm (28.6%), và Phạm Cao Kiêm (63.9% tổn thương nhỏ hơn 2 cm, tổn thương lớn hơn 2 cm và nhỏ hơn 5 cm (36.1%))⁸. Tuy nhiên, nghiên cứu của Abbas và Borman trên 518 tổn thương UTDTBĐ lại cho kết quả 94.5% tổn thương có kích thước lớn hơn 2 cm và chỉ có 5.4% có kích thước lớn hơn 2 cm⁹. Theo chúng tôi, nguyên nhân của sự khác nhau này là do bệnh nhân ở nước ta thường chủ quan với những thay đổi sớm ở trên da, phát hiện muộn hoặc phát hiện nhưng không được tư vấn điều trị, bệnh nhân ở vùng sâu vùng xa đến khi thật sự ảnh hưởng tới chức năng cũng như chất lượng cuộc sống, kích thước tổn thương lớn mới đi khám và điều trị đặc biệt là khi chưa ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt bình thường và thẩm mỹ.

Về nền tổn khuyết. Qua bảng 3.4 và bảng 3.6 ta thấy tổn khuyết sâu chiếm tỉ lệ cao nhất với 27 trường hợp chiếm tỉ lệ 79,42%. Tổn khuyết nông và xuyên xuống niêm mạc chiếm tỉ lệ thấp lần lượt 11,76 và 8,82% tuy nhiên tổn khuyết xuyên niêm mạc gặp ở các trường hợp

tổn thương đầu cánh mũi và cũng là tổn thương đòi hỏi tạo hình khó khăn nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả Bùi Văn Cường trong số 83 bệnh nhân có tổn thương khuyết đầu mũi và cánh mũi thì phần lớn các bệnh nhân là khuyết xuyên tổ chức (42,17%) và khuyết sâu (36,14%) điều này cũng phù hợp với nguyên nhân gây ra những tổn thương chủ yếu là sau cắt bỏ khối u lành tính và khối u ác tính⁴.

Kết quả trên cũng đưa ra hướng điều trị, kế hoạch tạo hình làm sao chuyển vật đến nền tổn khuyết có kích thước, độ dày mô đệm tương ứng và đảm bảo chức năng và tính thẩm mỹ.

V. KẾT LUẬN

+ Nhóm nguyên nhân khuyết hổng phần mềm sau cắt bỏ khối u kết quả giải phẫu bệnh chủ yếu là các khối ác tính 70,59 %, u lành tính 23,53% và u sắc tố bẩm sinh là 5,88%.

+ Vị trí tổn thương nhiều nhất là vùng má với mắt với 29,41%, tiếp đó là vùng mũi 26,47% và vùng thái dương là 2,94%.

+ Kích thước tổn thương chủ yếu >3 cm² với tỉ lệ 47,06%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Duy Quang** (2013), Luận văn thạc sỹ y học, Đánh giá kết quả tạo hình che phủ khuyết tổ chức sau phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mặt bằng vật tại chỗ, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Bách Minh Tiên** (2002), Luận văn thạc sỹ y học, "đánh giá kết quả sử dụng Vật trực mạch và vật rãnh mũi má trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng mũi", Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Glanz K., Schoenfeld E.R., và Steffen A.** (2010). A randomized trial of tailored skin cancer prevention messages for adults: Project SCAPE. *Am J Public Health*, 100(4), 735–741.
4. **Kim Y.J., Cho H.H., Kim S.O. và cộng sự.** (2015). Reconstruction algorithm for nasal basal cell carcinoma with skin involvement only: analysis of 221 cases repaired by minor surgery. *Clinical and Experimental Dermatology*, 40(7), 728–734.
5. **Abbas O.L. và Borman H.** (2012). Basal Cell Carcinoma: A Single-Center Experience. *ISRN Dermatol*, 1–6.
6. **Kauvar A.N.B., Cronin T., Roenigk R. và cộng sự.** (2015). Consensus for nonmelanoma skin cancer treatment: basal cell carcinoma, including a cost analysis of treatment methods. *Dermatol Surg*, 41(5), 550–571
7. **Nguyễn Quang Rực** (2019), Luận văn thạc sỹ y học, "Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết phần mềm kích thước vừa và nhỏ sau cắt bỏ ung thư da tế bào đáy vùng mặt", Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Phạm Cao Kiêm** (2006). Đánh giá các phương pháp tạo hình bằng tổ chức tại chỗ trong điều trị ung thư thể bào đáy ở đầu mặt cổ theo phẫu thuật Mohs.