

Cerebrovasc Dis Extra. 2014 Mar 7;4(1):52-60.  
doi: 10.1159/000360075.

8. **Kniep H, Meyer L, Broocks G, Bechstein M, Guerreiro H, Winkelmeier L, Brekenfeld C, Flottmann F, Deb-Chatterji M, Alegiani A, Hanning U, Thomalla G, Fiehler J, Gellißen**

**S;** German Stroke Registry – Endovascular Treatment (GSR – ET). Predictors of functional outcome after thrombectomy for M2 occlusions: a large scale experience from clinical practice. Sci Rep. 2023 Oct 31;13(1):18740.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SẸO LỖI VÀNH TAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

Lê Thị Thu Hải<sup>1</sup>, Lê Diệp Linh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị sẹo lồi vành tai bằng phương pháp phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên gồm 45 bệnh nhân có sẹo lồi vành tai được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ 06/2020 – 06/2023. **Đối tượng nghiên cứu:** 45 bệnh nhân với 79 sẹo lồi vành tai được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật. **Kết quả:** 96,2% sẹo lồi được cắt bỏ hoàn toàn, 55,7% tạo hình che phủ bằng đóng trực tiếp, 44,3% tạo vạt tại chỗ và ghép da, 75,94% sẹo lồi vành tai không tái phát sau điều trị. **Kết luận:** sẹo lồi vành tai được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp cắt khâu trực tiếp hay tạo vạt tại chỗ đạt kết quả tốt, tỷ lệ tái phát thấp, giảm chi phí và thời gian điều trị cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** sẹo lồi, sẹo vành tai, phẫu thuật sẹo lồi

### SUMMARY

#### EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT OUTCOMES FOR EARLOBE KELOIDS

**Objectives:** To evaluate surgical treatment outcomes for earlobe keloids. **Research subjects and methods:** The cross-sectional study mentioned above comprised 45 patients with keloids on the earlobe who underwent surgical intervention at 108 Central Military Hospital between June 2020 and June 2023. **Research subjects:** 45 patients with keloids on the earlobe who underwent surgical intervention. **Results:** 96.2% of keloids were completely excised, 55.7% underwent direct closure for coverage, 44.3% underwent local flap and skin grafting, and 75.94% of earlobe keloids did not recur after treatment. **Conclusion:** Surgical treatment of earlobe keloids using direct closure or local flap reconstruction achieves good outcomes, with low recurrence rates, reduced costs, and shorter treatment times for patients.

**Keywords:** Keloids, earlobe scars, keloid surgery

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo lồi vành tai là bệnh lý hay tái phát,

thường phải áp dụng nhiều phương pháp điều trị kết hợp. Xu hướng hiện nay là kết hợp điều trị đa mô thức kết hợp với phẫu thuật đóng vai trò cơ bản. Tuy vậy, khi áp dụng nhiều phương pháp điều trị cũng đồng nghĩa với việc tốn kém về chi phí, kéo dài về thời gian điều trị, kèm theo các tác dụng phụ của hoá chất tía xạ. Vì vậy khi điều trị sẹo lồi vành tai triệt để và dứt điểm bằng một lần phẫu thuật luôn là lựa chọn ưu tiên hàng đầu của cả bệnh nhân và phẫu thuật viên. Việc lựa chọn bệnh nhân và chỉ định phẫu thuật đúng cách để đạt hiệu quả, tránh tái phát là một thách thức cho các phẫu thuật viên.

Tại Bệnh viện 108 đã có nhiều bệnh nhân điều trị sẹo lồi vành tai bằng 1 lần phẫu thuật và không có hiện tượng tái phát sẹo, kết quả phẫu thuật đạt yêu cầu thẩm mỹ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu góp phần đưa ra đặc điểm lâm sàng sẹo lồi vành tai có thể điều trị phẫu thuật và các giải pháp cho các hình thái sẹo lồi được phẫu thuật ở một bệnh viện trung ương tuyến cuối làm nguồn làm tư liệu tham khảo cho các đồng nghiệp.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** gồm 45 bệnh nhân có sẹo lồi vành tai được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ 6/2020 – 6/2023

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang không có nhóm chứng, mẫu nghiên cứu bao gồm 2 nhóm:

Nhóm hồi cứu: gồm 32 bệnh nhân, thu thập số liệu dựa trên bệnh án lưu trữ tại phòng lưu trữ hồ sơ, lựa chọn các hồ sơ theo tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân từ tháng 6/2020- 1/2023

Nhóm tiến cứu: gồm 13 bệnh nhân, bệnh nhân được phẫu thuật điều trị, theo dõi theo mẫu bệnh án nghiên cứu từ tháng 1/2023- 6/2023

#### 2.3. Các bước tiến hành

Nhóm hồi cứu: thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án, lấy các biến số nghiên cứu theo hồ sơ

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108  
Chịu trách nhiệm chính: Lê Diệp Linh  
Email: ledieplinh270274@gmail.com  
Ngày nhận bài: 12.3.2024  
Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024  
Ngày duyệt bài: 24.5.2024

bệnh án

Nhóm tiến cứu: bệnh nhân được thăm khám, chẩn đoán, phân loại, đánh giá tổn thương, lựa chọn kế hoạch điều trị, ghi lại hình ảnh trước, trong và sau phẫu thuật

Đánh giá tại thời điểm sau phẫu thuật đến 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng, 15 tháng theo thang điểm JSW Scar 2015 (JSS) (1)

Gồm 6 tiêu chí: mức độ đỏ của sẹo, mật độ, độ lồi, độ da quanh sẹo, đau, ngứa

Mỗi tiêu chí gồm có 4 mức độ: không xuất hiện, mức độ yếu (dấu hiệu xuất hiện dưới 1/3 diện tích sẹo hoặc xuất hiện gián đoạn), mức độ mạnh (dấu hiệu xuất hiện trong toàn bộ sẹo hoặc xuất hiện liên tục), mức độ vừa (nằm giữa hai mức độ yếu và mạnh)

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1: Cách thức phẫu thuật (n=79)**

	Phương pháp mổ	Số lượng sẹo	Tỷ lệ
Phương pháp cắt sẹo	Cắt hoàn toàn	76	96,2%
	Cắt lồi xơ	3	3,8%
Phương pháp che phủ tổn khuyết	Đóng trực tiếp	44	55,7%
	Tạo hình bằng vật tại chỗ	34	43,03%
	Ghép da	1	1,27%

**Bảng 4: Vị trí sẹo lồi vành tai theo phân loại theo mức độ tái phát và phương pháp phẫu thuật**

	Vị trí	Nhóm chung			Đóng trực tiếp		Tạo vật-ghép da	
		Số lượng sẹo	Tỷ lệ	Tỷ lệ tái phát (trong từng vị trí)	Số lượng sẹo	Tỷ lệ	Số lượng sẹo	Tỷ lệ
Tái phát (n=19)	Dái tai	7	41,18%	24,14%	2	50%	5	38,46%
	Gờ luân	6	29,41%	17,24%	0	0%	6	38,46%
	Hố thuyền	0	0%	0%	0	0%	0	0%
	Hố tam giác	0	0%	0%	0	0%	0	0%
	Mặt sau vành tai	6	29,41%	55,56%	3	50%	3	23,08%
Không tái phát (n=60)	Dái tai	24	42,31%		15	40,00%	9	47,06%
	Gờ luân	26	46,15%		20	54,29%	6	29,41%
	Hố thuyền	2	1,92%		2	2,86%	0	0,00%
	Hố tam giác	2	1,92%		0	0,00%	2	5,88%
	Mặt sau vành tai	6	7,69%		2	2,86%	4	17,65%

**Bảng 5: Số điểm theo dõi theo JSW scar 2015 của nhóm tái phát và không tái phát tại thời điểm có tổng điểm cao**

Số điểm JSW scar 2015	Số lượng sẹo	Tỷ lệ
0	19	31,66%
1	22	36,66%
2	13	21,66%
3	6	10,02%
<b>Tổng số</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Bảng 2: Mức độ kích thước sẹo (phân loại Michael Tirgan) của hai nhóm phẫu thuật**

Cách thức phẫu thuật	Mức độ kích thước sẹo (phân loại Michael Tirgan)	Số lượng sẹo	Tỷ lệ	Kích thước sẹo TB (cm <sup>2</sup> )	Tỷ lệ chung
Đóng trực tiếp (n=44)	4	38	86,36%	2,31 ±2,34	55,7%
	3	6	13,64%		
Tạo vật - ghép da (n=35)	4	12	34,3%	6,43 ±3,68	44,3%
	3	23	65,7%		

**Tương quan giữa phương pháp phẫu thuật và sự tái phát**

**Bảng 3: Tương quan giữa phương pháp phẫu thuật và sự tái phát (n=79)**

	Tái phát	Tỷ lệ % từng loại	Không tái phát	Tỷ lệ % từng loại	Tổng chung
Đóng trực tiếp	5	11,36%	39	88,64%	44
Tạo vật tại chỗ-ghép da	14	40%	21	60%	35
Tổng chung	19		60		79
Tỷ lệ % chung	24,06%		75,94%		100%

**Bảng 6: Nhóm không tái phát**

Số điểm JSW scar 2015	Số lượng sẹo	Tỷ lệ
4	6	31,57%
5	5	26,35%
6	1	5,26%
8	2	10,52%
9	2	10,52%
10	1	5,26%
11	2	10,52%
<b>Tổng số</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Phương pháp cắt bỏ sẹo

**Phương pháp cắt bỏ toàn bộ sẹo lồi vành tai.** Phương pháp cắt bỏ toàn bộ sẹo lồi vành tai đưa đến các khuyết phần mềm tương đối lớn sau khi loại bỏ sẹo lồi. Tuy nhiên, da và các mô dưới da dễ dàng được lóc tách trên bề mặt sụn và vết mổ có thể được đóng lại chủ yếu bằng chỉ khâu 4-0 hoặc 5-0 polydioxanone và 6-0 nylon hoặc polypropylen. Tuy nhiên, trong những trường hợp như vậy, sức căng của vết mổ bị tăng lên. Trong những năm gần đây, người ta đã gợi ý rằng quá nhiều sức căng trên lớp hạ bì thúc đẩy tạo sẹo lồi và sẹo phì đại, làm cho tình trạng này nặng hơn nhiều bằng một cơ chế liên quan đến các con đường cơ học. Do đó, dường như phương pháp cắt bỏ toàn bộ nên được giới hạn ở các sẹo lồi hẹp để lại vết mổ có thể đóng lại mà không bị căng. Ngay sau khi khâu, độ căng da tương đối cao và khiến vành tai hơi cong. Tuy nhiên, sau 6 tháng, hình dạng của vành tai là tự nhiên (2). Còn trong trường hợp sẹo lồi hẹp, thật dễ dàng để đóng vết thương chủ yếu sau khi cắt bỏ hoàn toàn. Nhưng trong một nghiên cứu của các tác giả Hyun Wuk Cha lại chỉ ra việc loại bỏ lỗ xuyên tai làm giảm đáng kể tỷ lệ tái phát sẹo lồi, tương đương với kết quả phương thức điều trị phẫu thuật kết hợp biện pháp hỗ trợ (3).

**Phương pháp cắt bỏ lõi xơ.** Trong phương pháp cắt bỏ lõi xơ, diện tích da được giữ lại bao phủ vết thương được ước tính và một đường rạch được thiết kế trên sẹo lồi. Một phần lớn lõi xơ đã được loại bỏ, sau đó phần da còn lại được sử dụng làm vạt để đóng vết thương. Chúng tôi tin rằng sẹo lồi có thể được loại bỏ gần như hoàn toàn bằng phương pháp cắt bỏ trong tổn thương (tức là phương pháp cắt bỏ lõi), mặc dù điều này cần được đánh giá chính xác hơn bằng phân tích mô học của các mẫu vật được cắt bỏ. Trong trường hợp sẹo lồi ảnh hưởng đến cả hai phía trước và sau của vành tai, một vạt được tạo ra ở phía trước của vành tai và được quặt trở lại phía sau mà không có sức căng nào tại vết mổ.

**So sánh hai phương pháp.** Nghiên cứu của Rei Ogawa so sánh hai nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt sẹo lồi hoàn toàn và phẫu thuật cắt lõi xơ sẹo lồi vành tai, cả 2 nhóm đều được sử dụng biện pháp xạ trị hỗ trợ kết hợp dán ép sẹo sau cắt ít nhất 6 tháng<sup>(2)</sup>. Qua theo dõi 18 tháng thấy rằng tỉ lệ tái phát ở cả 2 nhóm đều ở mức thấp lần lượt là 8,1% và 0%<sup>(2,5)</sup>. Mặc dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng ta cũng dễ thấy được phương pháp cắt lõi

xơ có tỷ lệ tái phát tốt hơn. Mặc dù các nghiên cứu đều cho thấy kết quả tái phát tốt khi sử dụng kỹ thuật cắt lõi nhân xơ, tuy nhiên đó chỉ là một phần của quy trình điều trị trong toàn quá trình, vì vậy chỉ có thể kết luận rằng kỹ thuật này khi được áp dụng cùng các biện pháp hỗ trợ khác đem lại kết quả tốt cho bệnh nhân sẹo lồi vành tai. Nhưng cũng thể phủ nhận vai trò của phương pháp cắt bỏ hoàn toàn sẹo lồi, vì thực tế phương pháp này cũng đưa lại tỷ lệ tái phát thấp và trên lý thuyết việc loại bỏ hoàn toàn tổ chức xơ sẹo là cần thiết để hạn chế tái phát.

Trong toàn bộ nghiên cứu cũng chỉ có duy nhất 1 trường hợp được tạo hình tổn khuyết sau cắt hoàn toàn sẹo lồi vành tai bằng ghép da. Trường hợp này sẹo lồi nguyên phát có kích thước 2x2cm (4cm<sup>2</sup>), thuộc loại II theo phân loại Chang-Park, nằm trên vị trí khá đặc biệt là hốc tam giác, đây là vị trí không bằng phẳng tạo nên cấu trúc ba chiều của vành tai, vì vậy rất khó tạo hình. Phẫu thuật viên đã quyết định ghép da dày lấy sau tai đối diện. Trong khoảng 3 tháng đầu bệnh nhân có triệu chứng ngứa mức độ nhẹ, tuy nhiên sau đó hầu như không xuất hiện bất kỳ dấu hiệu tái phát nào. Sau khoảng 13 tháng vị trí vết mổ ổn định, không có sự tái phát, đảm bảo về tính thẩm mỹ<sup>(6)</sup>.

**4.2. Phương pháp tạo hình sau cắt sẹo lồi vành tai và tái phát sau điều trị.** Sẹo lồi vành tai trong nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện cắt sẹo lồi và đóng tổn khuyết sau cắt theo 3 cách với số lượng và tỷ lệ lần lượt là: Đóng trực tiếp có 44 sẹo lồi vành tai chiếm 55,7%, tạo vạt tại chỗ có 34 sẹo lồi vành tai chiếm 43,03%, ghép da chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân chiếm 1,27%. Trong 79 sẹo lồi vành tai chỉ có 3 trường hợp sử dụng phương pháp cắt lõi sẹo lồi, bảo tồn vạt da phía ngoài hay còn gọi là "fillet flap" che phủ tổn khuyết sau cắt, 2 trong 3 trường hợp này xuất hiện tái phát tuy nhiên trên bệnh này có những yếu tố khác như tiền sử sẹo lồi gia đình, sẹo có kích thước 6,75 cm<sup>2</sup>.

Mohammed Fawzy El-Kamel một tác giả người Ai Cập đã đưa ra 6 yếu tố sau: đảm bảo vô trùng, hạn chế chấn thương mô, sự chính xác khi khâu 2 mép vết thương, hạn chế tối đa lộ tổ chức dưới da-sụn vành tai, tránh căng vết mổ, và cuối cùng là kiểm soát việc chảy máu<sup>(7)</sup>. Có thể thấy được các lưu ý trên đều hướng tới việc đảm bảo quá trình liền thương diễn ra bình thường nhất có thể. Các yếu tố như nhiễm trùng, chong mép vết mổ, hở vết mổ (lộ tổ chức dưới da hay sụn vành tai), áp lực lớn 2 bên mép vết mổ, tụ máu dưới da đều gây chậm liền thương, rối loạn

quá trình này, dẫn đến hình thành sẹo lồi.

Các biện pháp hỗ trợ không được chú trọng nhưng tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn giữ ở mức dưới ¼ số bệnh nhân, có thể lý giải rằng phẫu thuật đã đạt được 6 yếu tố mà Mohammed Fawzy El-Kamel đã nêu ở trên cùng với việc loại bỏ được tối đa tổ chức xơ sẹo (7). Hyun Wuk Cha đã chỉ ra trong nghiên cứu của ông rằng việc phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn tổ chức sẹo lồi vành tai đem đến tỷ lệ tái phát thấp tương đồng với việc phẫu thuật kết hợp các biện pháp hỗ trợ khác, trong đó việc loại bỏ hoàn toàn tổ chức xơ sẹo, lỏng xo khuyên, cùng với hạn chế tối đa sức căng vết mổ là những yếu tố chính (3,8). Chúng tôi thấy rằng khi đánh giá đúng tổn thương và chỉ định hợp lý thì chỉ phẫu thuật với kỹ thuật đảm bảo vẫn đưa đến kết quả tái phát thấp trong điều trị sẹo lồi vành tai.

Khi chia thành 2 nhóm bệnh nhân theo kỹ thuật che phủ tổn khuyết sau cắt, ta thấy nhóm tạo vạt-ghép da có kích thước trung bình lớn hơn đáng kể (Nhóm tạo vạt-ghép da:  $6,43 \pm 3,68$  cm<sup>2</sup>; nhóm đóng trực tiếp:  $2,31 \pm 2,34$  cm<sup>2</sup>). Tuy nhiên về mặt vị trí sẹo sự phân bố sẹo lại không có khác biệt nhiều. Có thể thấy, phẫu thuật viên khi lựa chọn kỹ thuật đã có sự tính toán dựa trên đặc điểm chính là kích thước sẹo lồi vành tai. Tỷ lệ tái phát của nhóm đóng trực tiếp cũng thấp hơn rõ rệt 11,36% so với 40% của nhóm tạo vạt-ghép da, ta thấy đặc điểm sẹo có ý nghĩa tiên lượng đến kết quả điều trị.

- Nhóm sẹo sử dụng kỹ thuật đóng trực tiếp che phủ tổn khuyết sau cắt sẹo

Nhóm sẹo không tái phát, đóng trực tiếp có kích thước trung bình nhỏ hơn so với nhóm không tái phát nói chung  $2,02 \pm 1,67$  cm<sup>2</sup> so với  $3,28 \pm 3,09$  cm<sup>2</sup>. Khoảng kích thước nằm trong khoảng từ 0.15 cm<sup>2</sup>- 6 cm<sup>2</sup>, trong toàn bộ mẫu có thể đóng trực tiếp với sẹo có kích thước đến 6 cm<sup>2</sup> cho kết quả có 92.1 % sẹo không tái phát. Sẹo chủ yếu thuộc nhóm I, IV chiếm gần ¾ (nhóm I: 60%; nhóm IV: 14,29%). Vị trí nằm chủ yếu ở dải và gờ luân (chiếm tỷ lệ >95%). Và cũng giống như nhóm chung không tái phát, các triệu chứng cơ năng và "ban đỏ quanh sẹo" cũng không hoặc ít xuất hiện.

- Nhóm sẹo sử dụng kỹ thuật tạo vạt, ghép da sau cắt sẹo

Nhóm sẹo tạo vạt, ghép da không tái phát có kích thước trung bình  $5,87 \pm 4,76$  cm<sup>2</sup>. Khoảng kích thước khá rộng nằm trong khoảng từ 0.8 cm<sup>2</sup>- 12.25 cm<sup>2</sup>, gần 85% sẹo có kích thước lớn hơn 4 cm<sup>2</sup>. Các sẹo trong nhóm tạo vạt ghép da không tái phát tuy chủ yếu ít xuất hiện các triệu

chứng cơ năng, nhưng lại xuất hiện "ban đỏ quanh sẹo" với tần suất cao chiếm tỷ lệ lớn. Còn nhóm tạo vạt, ghép da tái phát đều chủ yếu xuất hiện triệu chứng cơ năng, "ban đỏ quanh sẹo" với tần suất cao.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện theo dõi trên 45 bệnh nhân, trên 85% các bệnh nhân có thời gian theo dõi trên 12 tháng. Để đánh giá sẹo lồi tái phát hay không, với những bệnh nhân tiến cứu sẽ được đánh giá qua thăm khám lâm sàng trong những lần tái khám, với những bệnh nhân hồi cứu chúng tôi ghi nhận lại các triệu chứng, thông tin trong hồ sơ, sổ khám, qua hỏi bệnh để xác định khoảng thời gian xuất hiện tái phát, cũng như các triệu chứng tại các khoảng thời gian khác nhau.

Bệnh nhân tái phát trong nghiên cứu có số điểm từ 4 trở lên, cao nhất là 11 điểm, bệnh nhân không tái phát có số điểm từ 0-3, có thể thất 3-4 điểm là khoảng cut-off xác định tái phát hay không theo sự nhận định của chúng tôi (theo JSW scar 2015) (1). Trong nhóm không tái phát có những bệnh nhân 3 điểm nhưng triệu chứng đặc hiệu như "lồi sẹo" không xuất hiện hoặc chỉ xuất hiện ở mức độ nhẹ nhất không đủ tiêu chuẩn để đánh giá là sẹo lồi tái phát. Đa phần các bệnh nhân trong nhóm không tái phát có số điểm 0-1, triệu chứng xuất hiện nhiều nhất trong thời gian đầu là "đỏ sẹo", sau 6 tháng là "tăng mật độ". Mặc dù 31,66% bệnh nhân trong nhóm không tái phát có 0 điểm nghĩa là không xuất hiện triệu chứng nào khác, tuy nhiên phần còn lại đến trên 2/3 số sẹo lại có ít nhất 1 triệu chứng. Trong nhóm tái phát các bệnh nhân rải rác từ 4-11 điểm, thể hiện tái phát ở nhiều mức độ khác nhau, những bệnh nhân này luôn xuất hiện ít nhất 1 triệu chứng từ ngày sau điều trị, "đỏ sẹo" là triệu chứng xuất hiện nhiều nhất trong thời gian đầu, sau đó các bệnh nhân bắt đầu có dấu hiệu "lồi sẹo" từ nhẹ đến nặng qua thời gian, hầu như từ thời điểm triệu chứng này xuất hiện các bệnh nhân thường được xác định tái phát sẹo lồi vành tai, cho thấy mức độ đặc hiệu của triệu chứng trong chẩn đoán tái phát.

Trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu sử dụng thang điểm JSW scar 2015 của các tác giả Nhật Bản, do vậy chúng tôi chưa có sự so sánh tương quan với những nghiên cứu khác trên thế giới.

## V. KẾT LUẬN

- Sẹo lồi vành tai trong nghiên cứu được cắt bỏ hoàn toàn tới 96,2%

- Tạo hình che phủ bằng đóng trực tiếp là 55,7%, tạo vạt tại chỗ chiếm 44,3%

- Tỷ lệ tái phát của nhóm đóng trực tiếp là 11,36%, kích thước trung bình của nhóm đóng trực tiếp  $2,31 \pm 2,34$  cm<sup>2</sup>

- Tỷ lệ tái phát của nhóm tạo vạt- ghép da là 40%, kích thước trung bình của nhóm tạo vạt ghép da là  $6,43 \pm 3,68$  cm<sup>2</sup>

- Nghiên cứu sử dụng thang điểm của JSW scar 2015 để đánh giá mức độ tái phát, từ 4 điểm trở lên theo JSW scar 2015 được đánh giá là tái phát sẹo lồi vành tai. Theo thang điểm này, trong nghiên cứu có 75,94% sẹo lồi vành tai không tái phát sau điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ogawa R. Japan Scar Workshop (JSW) Scar Scale (JSS) for Assessing Keloids and Hypertrophic Scars.** In: Tóot L, Mustoe TA, Middelkoop E, Gauglitz GG, eds. Textbook on Scar Management: State of the Art Management and Emerging Technologies. Springer International Publishing; 2020:133-140. doi:10.1007/978-3-030-44766-3\_15
2. **Analysis of the surgical treatments of 63 keloids on the cartilaginous part of the auricle: effectiveness of the core excision**

- method - PubMed.** Accessed October 14, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25719703>
3. **Cha HW, Jung HJ, Lim HJ, Lee SJ, Kim DW, Lee WJ.** The Efficacy of Complete Surgical Excision of Keloid and Piercing Sinus Tract on Earlobe Keloid. *Ann Dermatol.* 2013;25(3):370-373. doi:10.5021/ad.2013.25.3.370
  4. **Shilpashree P, Jaiswal AK, Kharge PM:** Keloids: an unwanted spontaneity in Rubinstein-Taybi syndrome. *Indian J Dermatol* 2015;60:214.
  5. **Hung YT, Lin SM, Tzeng IS, Ng CY.** Optimizing surgical outcome of auricular keloid with a novel multimodal approach. *Sci Rep.* 2022;12(1):3533. doi:10.1038/s41598-022-07255-8
  6. **Saha SS, Kumar V, Khazanchi RK, Aggarwal A, Garg S.** Primary skin grafting in ear lobule keloid. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(5):1204-1207. doi:10.1097/01.prs.0000135889.48745.e4
  7. **El-Kamel MF, Selim MK, Alghobary MF.** Keloidectomy with core fillet flap and intralesional verapamil injection for recurrent earlobe keloids. *IJDVL.*2016;82:659. doi:10.4103/0378-6323.187084
  8. **Chipev CC, Simon M.** Phenotypic differences between dermal fibroblasts from different body sites determine their responses to tension and TGFβ1. *BMC Dermatol.* 2002; 2:13. doi:10.1186/1471-5945-2-13

## ĐIỀU TRỊ TÁI THÔNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH THÂN NỀN Ở CỬA SỐ SỚM VÀ CỬA SỐ MỞ RỘNG

Nguyễn Thị Bích Hương<sup>1,2</sup>, Nguyễn Bá Thắng<sup>2</sup>, Nguyễn Huy Thắng<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhồi máu não cấp do tắc động mạch nền (ĐMTN) là bệnh có tỷ lệ tử vong cao và tàn phế nặng nề. Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết cục lâm sàng ở những bệnh nhân tắc ĐMTN được điều trị tái thông trong cửa sổ sớm 0 – 6 giờ và cửa sổ muộn 6 – 24 giờ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ 8/2021 đến 6/2023. Những bệnh nhân nhồi máu não do tắc ĐMTN cấp được điều trị tái thông trong vòng 24 giờ kể từ khi khởi phát được đưa vào nghiên cứu. Các đặc điểm nền và kết cục lâm sàng được so sánh giữa 2 nhóm được điều trị ở cửa sổ sớm và muộn. Kết cục lâm sàng chính được định nghĩa là điểm mRS 0-3 ở thời điểm 90 ngày. **Kết quả:** 210 bệnh nhân nhồi máu não do tắc ĐMTN (với độ tuổi trung bình  $64.8 \pm 12.8$ , trong đó 30% là nữ) được điều trị trong cửa sổ 24 giờ. Trong đó, 57 bệnh nhân

được điều trị trong cửa sổ trong khi 153 bệnh nhân được điều trị trong cửa sổ muộn. Tổng cộng có 28 (49.1%) và 67 (43.8%) bệnh nhân đạt được kết cục lâm sàng chức năng tốt sau 90 ngày ( $p = 0.49$ ) lần lượt ở cửa sổ thời gian sớm và muộn. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về kết cục lâm sàng mRS 0-2 (33.3% so với 34.6%,  $p = 0.86$ ) hoặc tỷ lệ tử vong (40.4% so với 47.7%,  $p = 0.34$ ). Tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng lần lượt là 3.5% ở cửa sổ sớm và 7.2% ở cửa sổ muộn ( $p = 0.33$ ). **Kết luận:** Điều trị tái thông là chiến lược điều trị hiệu quả và an toàn ở những bệnh nhân tắc ĐMTN trong 24 giờ. Điều trị ở cửa sổ mở rộng có thể đạt được kết cục lâm sàng tương tự so với điều trị trong cửa sổ sớm.

**Từ khóa:** tắc động mạch thân nền, nhồi máu não cấp, điều trị tái thông

### SUMMARY

#### EARLY VERSUS LATE TREATMENT WINDOWS FOR BASILAR ARTERY OCCLUSION

**Objective:** Acute ischemic stroke caused by basilar artery occlusion (BAO) has devastating effects on patients. The time from stroke onset to recanalization is a predictor of outcomes in patients of anterior circulation large-vessel occlusion (LVO). The study aimed to evaluate functional outcomes in early (0 - 6 hours) vs late (6 - 24 hours) time windows for recanalization treated basilar artery occlusions.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân dân 115

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Hương

Email: bichhuong.medic@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024