

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

CÁC VẤN ĐỀ CƠ BẢN TRONG
PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ

(PHẦN II: DA VÀ DỊ TẬT BẨM SINH)

Chủ biên: GS.TS. Trần Thiết Sơn

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2019

**HANOI MEDICAL UNIVERSITY
DEPARTMENT OF PLASTIC SURGERY**

**HANDBOOK OF PLASTIC
RECONSTRUCTIVE AESTHETIC SURGERY
(PART TWO – SKIN AND CONGENITAL MALFORMATION)**

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

**MEDICAL PUBLISHING HOUSE
HANOI - 2019**

Chủ biên: GS. TS. Trần Thiết Sơn

Các tác giả: GS. TS. Lê Gia Vinh
PGS. TS. Nguyễn Bắc Hùng
GS. TS. Trần Thiết Sơn
PGS. TS. Nguyễn Ngọc Hưng
PGS. TS. Trần Đức Phần
TS. Phạm Hữu Nghị
TS. Đỗ Đình Thuận
ThS. Dương Mạnh Chiến
ThS. Nguyễn Vũ Hoàng
ThS. Thái Duy Quang
ThS. Phạm Thị Việt Dung
ThS. Phạm Cao Kiên

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

LỜI GIỚI THIỆU

Phẫu thuật Tạo hình và Thẩm mỹ là một chuyên ngành được hình thành và phát triển trong vài thập kỷ gần đây ở nước ta. Mặc dù vẫn được coi là một ngành non trẻ trong nền y học Việt Nam, nhưng sự tiến bộ cả về chất lượng chuyên môn và số lượng bác sĩ chuyên ngành Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ cho thấy sự lớn mạnh của chuyên khoa này. Bên cạnh các Phẫu thuật viên thuộc các chuyên ngành Ngoại khoa có làm về Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, số lượng các bác sĩ chuyên ngành Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ được đào tạo một cách có hệ thống ngày càng nhiều và đây cũng là hạt nhân cho chuyên ngành này.

Bộ môn Phẫu thuật Tạo hình của Trường Đại học Y Hà Nội được thành lập từ năm 1991 và trở thành nơi đào tạo chủ yếu cho nhiều đối tượng thuộc chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ. Để đáp ứng nhu cầu ngày càng cấp thiết của các cán bộ ngành Y về kiến thức Phẫu thuật Tạo hình và Thẩm mỹ, năm tập sách "***Các vấn đề cơ bản trong Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ***" được Bộ môn Phẫu thuật Tạo hình biên soạn và đây cũng là sách giáo khoa chính thức được sử dụng để giảng dạy cho các đối tượng như Chuyên khoa định hướng, Bác sĩ nội trú, Thạc sĩ, Tiến sĩ, Bác sĩ Chuyên khoa cấp 1 và cấp 2 thuộc chuyên ngành Phẫu thuật Tạo hình.

Chúng tôi xin trân trọng giới thiệu với độc giả và bạn đồng nghiệp tập sách này. Chắc chắn không tránh khỏi những thiếu sót, khiếm khuyết, chúng tôi mong nhận được sự góp ý của quý độc giả để ngày càng hoàn thiện hơn.

Hà Nội, ngày 27 tháng 2 năm 2013

Hiệu trưởng Trường Đại học Y Hà Nội

PGS.TS. Nguyễn Đức Hình

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

LỜI NÓI ĐẦU

Tập một Đại cương *Các vấn đề cơ bản trong Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ* được xuất bản trong thời gian vừa qua đã được bạn đọc đón nhận và có nhiều phản hồi đóng góp tích cực nhằm nâng cao chất lượng của cuốn sách. Với mục đích cung cấp những khái niệm cơ bản nhất cho các Bác sỹ Phẫu thuật Tạo hình hoặc các Bác sỹ chuyên ngành Ngoại khoa thực hành Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, cuốn sách này chỉ giới hạn các kiến thức chung và không đi sâu vào các kỹ thuật chi tiết, điều này phù hợp với trình độ và nhu cầu của các Bác sỹ bước đầu làm quen với chuyên ngành Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ. Cuốn sách này cũng chứa đựng một phần lớn chương trình học tập của lớp Định hướng chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình của Bộ môn. Từ cuốn sách tập 2 đến tập 5 trong bộ sách *Các vấn đề cơ bản trong Phẫu thuật tạo hình Thẩm mỹ*, nội dung của mỗi tập sẽ được tập trung vào bệnh lý của từng vùng của cơ thể, đây là chương trình học tập của các bác sỹ ở trình độ cao hơn như Chuyên khoa I, Cao học, Nội trú và một phần chương trình của Bác sỹ Chuyên khoa II và Nghiên cứu sinh Phẫu thuật Tạo hình.

Tập hai có chủ đề “Da và các dị tật bẩm sinh”, trong đó phần đầu cuốn sách giới thiệu các bệnh lý liên quan đến da, một cơ quan lớn nhất của cơ thể, một hệ thống chức năng phức tạp với nhiệm vụ che phủ và duy trì tính toàn vẹn của cơ thể con người. Các bệnh lý ở da do các nguyên nhân như chấn thương, ung thư, bẩm sinh... đã là đối tượng nghiên cứu từ lâu của các Bác sỹ Phẫu thuật Tạo hình và Thẩm mỹ. Hơn một nửa công việc hàng ngày của các Bác sỹ Tạo hình Thẩm mỹ liên quan đến bệnh lý của cơ quan này. Tính đặc thù của Phẫu thuật Tạo hình Da được khái quát trong tập này và sẽ được tiếp tục đề cập một cách chi tiết ở những tập sau.

Phần tiếp theo của cuốn sách này giới thiệu một số bệnh lý dị tật bẩm sinh cần đến sự can thiệp của Phẫu thuật Tạo hình. Những bệnh lý này bao gồm những bất thường về hình thể từ sọ mặt, thân và chi thể. Đây là những bất thường có tính di truyền hay bẩm sinh, thường dẫn tới những rối loạn nhất định về hình thể và chức năng, ảnh hưởng đến đời sống tâm lý, sinh lý và xã hội của bệnh nhân. Những bệnh lý này thực sự là vấn đề thách thức với các Bác sỹ Ngoại khoa nói chung và các Bác sỹ Tạo hình nói riêng vì tính phức tạp của bệnh lý, kỹ năng phẫu thuật và sự hợp tác của nhiều chuyên khoa khác nhau...

Chúng tôi không có ý định giới hạn phạm vi của Phẫu thuật tạo hình liên quan tới bệnh lý da và dị tật bẩm sinh với các nội dung được nêu trong tập sách này. Và chắc chắn với từng chủ đề cụ thể sẽ có những vấn đề cần được chỉnh sửa và bổ sung. Những người tham gia biên soạn tập sách này rất mong nhận được nhiều đóng góp của bạn đọc cả về hình thức của cuốn sách, chất lượng nội dung các bài viết, các thiếu sót trong quá trình in ấn...

Trưởng Bộ môn Phẫu thuật Tạo hình

GS.TS. TRẦN THIẾT SƠN

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

MỤC LỤC

1.	Vết thương phần mềm (Trần Thiết Sơn)	13
2.	Bỏng và di chứng bỏng (Trần Thiết Sơn)	17
3.	Sẹo da, sẹo quá phát và sẹo lồi (Lê Gia Vinh)	21
4.	Tổn thương da và mô mềm do tia xạ (Trần Thiết Sơn)	28
5.	Các u da lành tính (Nguyễn Bắc Hùng)	33
6.	Nơ vi hắc tố bẩm sinh (Trần Thiết Sơn)	41
7.	U thần kinh sợi (Trần Thiết Sơn)	44
8.	Các u da ác tính (Nguyễn Bắc Hùng)	48
9.	Ung thư biểu mô tế bào đáy (Thái Duy Quang)	54
10.	Ung thư biểu mô tế bào gai (Trần Thiết Sơn)	60
11.	U hắc tố ác tính (Trần Thiết Sơn)	63
12.	Phẫu thuật Mohs (Phạm Cao Kiên)	68
13.	Laser trong phẫu thuật tạo hình và da (Phạm Hữu Nghị)	72
14.	Phân loại các bất thường mạch máu (Đỗ Đình Thuận)	78
15.	Các u mạch máu (Đỗ Đình Thuận)	81
16.	Dị dạng mao mạch (Đỗ Đình Thuận)	86
17.	Dị dạng bạch mạch (Đỗ Đình Thuận)	88
18.	Dị dạng tĩnh mạch (Đỗ Đình Thuận)	91
19.	Dị dạng động tĩnh mạch (Đỗ Đình Thuận)	94
20.	Các dị tật bẩm sinh sọ mặt (Trần Thiết Sơn)	97
21.	Các khe hở sọ mặt (Trần Thiết Sơn)	104
22.	Dính khớp sọ sớm (Trần Thiết Sơn)	114
23.	Khe hở môi và vòm miệng bẩm sinh (Trần Thiết Sơn)	120
24.	Khe hở môi một bên bẩm sinh (Phạm Thị Việt Dung)	124
25.	Biến dạng thứ phát của khe hở môi một bên bẩm sinh (Trần Thiết Sơn)	132
26.	Khe hở môi hai bên bẩm sinh (Trần Thiết Sơn)	136
27.	Biến dạng thứ phát của khe hở môi hai bên bẩm sinh (Trần Thiết Sơn)	141
28.	Khe hở vòm miệng bẩm sinh (Nguyễn Vũ Hoàng)	144
29.	Thông mũi miệng (Trần Thiết Sơn)	149

30.	Thiếu năng vom hầu (Trần Thiết Sơn)	151
31.	Tật nhỏ nửa mặt bẩm sinh (Trần Thiết Sơn)	156
32.	Hội chứng lép nửa mặt Parry - Rhomberg (Phạm Thị Việt Dung)	161
33.	Phân loại dị tật bẩm sinh vành tai (Trần Thiết Sơn)	165
34.	Dị tật tai nhỏ (Trần Thiết Sơn)	169
35.	Các dị tật vùng mi mắt (Trần Thiết Sơn)	172
36.	Các dị dạng lồng ngực (Trần Thiết Sơn)	176
37.	Hội chứng Poland (Trần Thiết Sơn)	181
38.	Các dị tật bẩm sinh vú (Đỗ Đình Thuận)	184
39.	Các dị tật bẩm sinh cơ quan sinh dục (Trần Đức Phần)	190
40.	Dị tật lỗ đái thấp (Trần Thiết Sơn)	195
41.	Các dị tật bẩm sinh chi trên (Dương Mạnh Chiến)	199
42.	Khe hở bàn tay (Dương Mạnh Chiến)	205
43.	Dị tật thừa ngón tay (Dương Mạnh Chiến)	211
44.	Dị tật thừa ngón tay cái (Dương Mạnh Chiến)	217
45.	Dị tật dính ngón tay (Dương Mạnh Chiến)	222
46.	Dị tật ngón tay ngắn (Dương Mạnh Chiến)	228
47.	Dị tật ngón tay to (Dương Mạnh Chiến)	230
48.	Dị tật ngón tay cái nhỏ (Dương Mạnh Chiến)	238
49.	Hội chứng ngắn ối (Dương Mạnh Chiến)	240
50.	Các dị tật bẩm sinh vùng bàn chân (Nguyễn Ngọc Hưng)	247

CONTENTS

1. Skin wounds
2. Burns sequels
3. Keloids and hypertrophic scarring
4. Radiation wounds
5. Benign cutaneous tumours
6. Congenital melanocytic nevi
7. Neurofibromatosis
8. Malignant cutaneous neoplasms
9. Basal cell carcinoma
10. Squamous cell carcinomas
11. Malignant melanoma
12. Mohs micrographic surgery
13. Laser in skin plastic surgery
14. Vascular anomalies
15. Hemangiomas
16. Capillary malformations
17. Venous malformations
18. Lymphatic malformations
19. Arteriovenous malformations
20. Craniofacial deformities
21. Craniofacial clefts
22. Craniosynostosis
23. Clefts lip and palate
24. Unilateral cleft lip
25. Secondary deformities of unilateral cleft lip
26. Bilateral cleft lip
27. Secondary deformities of bilateral cleft lip
28. Cleft palate
29. Palatal fistula
30. Velopharyngeal incompetence
31. Hemifacial microsomia
32. Parry Romberg's disease
33. Classification of congenital auricular deformities
34. Microtia
35. Congenital eyelid deformities
36. Chest wall deformities

37. Poland's Syndrome
38. Congenital breast malformations
39. Congenital genital malformations
40. Hypospadias
41. Congenital upper limb anomalies
42. Cleft hand
43. Polydactyly
44. Thumb duplication
45. Syndactyly
46. Brachydactyly
47. Macrodactyly
48. Thumb hypoplasia
49. Amniotic band syndrome
50. Congenital foot anomalies

VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

I. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

- Định nghĩa: vết thương phần mềm là một tổn thương trong đó da hoặc mô mềm dưới da bị xé rách bởi các tác nhân đập dập hay xuyên thấu.
- Vết thương phần mềm có thể được chia thành nhiều dạng khác nhau tùy theo nguyên nhân: dạng cắt đơn giản, dạng chéo vát, dạng dập nát, dạng hình sao, dạng trật hay dạng lóc.
- Vết thương phần mềm là loại tổn thương thường gặp trong chấn thương, mức độ tổn thương có thể chỉ ở phần lớp da nông, cũng có thể kèm theo mô dưới da hoặc các thành phần khác như gân, cơ, mạch máu thần kinh.
- Việc đánh giá các tổn thương toàn thân có ý nghĩa quan trọng khi có những tổn thương ảnh hưởng trực tiếp tới mạng sống của bệnh nhân. Việc này cũng cần được thực hiện trước khi đánh giá và xử trí các vết thương phần mềm.

2. CÁC HÌNH THÁI CỦA VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

- Vết thương cắt sắc gọn do dao hay hung khí thường sạch và nguy cơ nhiễm khuẩn thấp.
- Vết thương trầy lớp da nông do va chạm hay lực tì đè lên một vùng mô có nền cứng của cơ thể.
- Vết thương dập nát do chấn thương hay đập dập thường có hoại tử mô và kèm các tổn thương lớn hơn của tổ chức bên dưới. Vết thương có nhiều mảnh mô dập nát càng tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Mọi vết thương có thể chứa dị vật đều cần được đánh giá và loại bỏ dị vật.
- Vết thương lóc da hay lớp mô dưới da do chấn thương hay lực kéo lên một vùng của cơ thể.
- Vết cắn của động vật hay của người, thường tổn thương thâm nhập sâu hơn xuống dưới so với các biểu hiện trên bề mặt da. Các vết cắn có thể bị nhiễm khuẩn nặng do các vi khuẩn trong nước bọt của động vật hay người.
- Vết thương phần mềm do hoá khí với tính đặc thù tổn thương xuyên thấu, tổn thương ở đường vào và đường ra cũng như tồn tại các mảnh hoá khí xung quang đường của tổn thương.
- Vết thương bỏng với các hình thái từ tổn thương lớp da nông đến hoại tử các tổ chức phía dưới tùy theo mức độ bỏng cũng như tùy thuộc các tác nhân gây bỏng khác nhau.

3. NGUYÊN TẮC XỬ LÝ CÁC VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

3.1. Đánh giá vết thương phần mềm

– Làm sạch vết thương: là bước đầu tiên để có thể đánh giá chính xác mức độ tổn thương. Gây tê vùng bị tổn thương là không bắt buộc. Vết thương được rửa sạch bằng nước muối sinh lý vô trùng để loại bỏ dị vật và giảm hàm lượng vi khuẩn. Ở bệnh nhân với vết thương sâu, đôi khi phải mở rộng miệng vết thương 1-2 cm để đánh giá toàn bộ độ sâu vết đâm xuyên và rửa thật sạch tổn thương ở sâu.

– Lấy bỏ dị vật: vật thể lạ như bụi bẩn, đất cát, các mảnh gỗ hay cỏ, các mảnh áo quần phải được loại bỏ vì chúng là nguồn gây nhiễm trùng tiềm ẩn. Một số dị vật như kim, đạn hay mảnh kính nằm sâu trong mô không nhất thiết phải lấy ngay nếu không có tổn thương nặng nề phần mô xung quanh.

– Lấy bỏ mô hoại tử xung quanh vết thương hay máu cục: loại bỏ phần mỡ đã bị tách rời hoàn toàn khỏi mép vết thương, da tím sẫm hay đen, các mảnh mô bầm dập đi kèm dị vật. Các cục máu đông cũng cần loại bỏ.

– Cầm máu: là bước quan trọng với các vết thương có tổn thương mạch máu, tạo điều kiện cho việc thăm sát và đánh giá đúng mức độ tổn thương của vết thương phần mềm.

– Đánh giá tổn thương: bắt đầu từ tổn thương da với các hình thái khác nhau, độ rộng và vị trí của tổn thương, các tổn thương phía dưới kèm theo nếu có. Cần đánh giá mức độ khuyết da và mô mềm để lập kế hoạch tạo hình che phủ ngay trong thì xử trí ban đầu.

3.2. Đánh giá các tổn thương khác kèm theo

– Tổn thương mạch máu: các vết thương đục dập nằm trên đường mạch máu kèm theo mạch yếu ở đoạn mạch ngoại vi hay sưng nề nhanh chóng tại chỗ cần nghĩ tới tổn thương mạch máu. Ngoài ra các dấu hiệu thay đổi hồi lưu mao mạch được phát hiện ở móng tay hay móng chân cũng cho biết hình thái tổn thương mạch. Dấu hiệu hồi lưu mao mạch trở lại bình thường bị kéo dài là biểu hiện của tổn thương động mạch. Thời gian này ngắn hơn có thể đồng nghĩa với tổn thương tuần hoàn tĩnh mạch. Với các vết thương hở kèm theo chảy máu đỏ tươi theo nhịp đập hay rỉ máu đỏ sẫm đều là dấu hiệu tương ứng của tổn thương động mạch hay tĩnh mạch kèm theo.

– Tổn thương thần kinh: tổn thương xuất hiện dọc theo đường đi của một dây thần kinh quan trọng cùng với các dấu hiệu rối loạn cảm giác hay vận động ở vùng cơ thể tương ứng, cần tiến hành thăm dò vết thương kỹ càng để phát hiện các tổn thương thần kinh kèm theo. Có thể tiến hành phục hồi thần kinh ngay trong hoặc sau khi cấp cứu.

– Tổn thương gân: tổn thương phần mềm tại đường đi của gân cùng với những rối loạn vận động phân chi thể tương ứng.

– Gãy xương hay trật khớp: các tổn thương gãy xương hay trật khớp dễ dàng phát hiện với các vết thương hở, đối với vết thương kín các loại tổn thương này được phát hiện bằng các dấu hiệu lâm sàng hoặc X-quang.

3.3. Kháng sinh trị liệu và phòng uốn ván

- Bệnh nhân có vết thương phần mềm hở cần được tiêm phòng huyết thanh chống uốn ván.
- Trong hầu hết các vết rách sạch, sử dụng kháng sinh phổ vi khuẩn Gram dương là đủ.
- Một vết thương bẩn hoặc không rõ nguyên nhân nên được điều trị bằng kháng sinh hiệu quả đối với cả vi khuẩn Gram dương và Gram âm. Thuốc kháng sinh là một phương pháp hỗ trợ và không thể thay thế việc chăm sóc và làm sạch vết thương.

3.4. Đóng vết thương

- Nguyên tắc chung: phương pháp đóng vết thương thường phụ thuộc các đặc điểm của vết thương. Việc lựa chọn các kỹ thuật đóng vết thương theo một trình tự từ đơn giản đến phức tạp nhất, được gọi là “bậc thang tạo hình”. “Bậc thang tạo hình” là cách lập kế hoạch logic cho việc đóng một khuyết phần mềm dù đó là một vết thương phần mềm hay là khuyết sau khi cắt một khối u hay một tổn thương da bất kỳ. Việc lựa chọn các kỹ thuật đơn giản để đóng vết thương là hợp lý hơn các kỹ thuật phức tạp trong lúc sử lý cấp cứu.

- Lành thương thì hai: đây là cách để vết thương tự lành mà không cần đóng ngay thì đầu, kỹ thuật này được chỉ định khi thiếu hụt quá nhiều da và mô dưới da, nguy cơ nhiễm trùng cao hay việc khâu đóng gây căng và nguy hiểm đến phần chi thể liên quan. Thay băng và chăm sóc vết thương cũng cho phép vết thương lên tổ chức hạt và tự lành. Kỹ thuật này không thích hợp cho một số trường hợp sau:

+ Vết thương phần mềm có lộ các thành phần quan trọng như xương, gân, hay dây thần kinh.

+ Vết thương phần mềm nằm tại các nếp gấp, ví dụ mặt trước của khuỷu tay, phía sau đầu gối hay nách. Sự co seo sau đó có thể hạn chế nghiêm trọng vận động của chi thể.

- Đóng vết thương (lành thương thì đầu): mép da xung quanh vết thương được khâu ráp với nhau sau khi vết thương được làm sạch, lấy bỏ mô hoại tử và di vật. Sức căng ở mép vết thương phải là tối thiểu nhờ khả năng chun giãn và bóc tách các mép da của vết thương. Đóng trực tiếp vết thương thì đầu tốt nhất là thực hiện trong vòng 4-6 giờ sau chấn thương, đối với vết thương vùng đầu mặt cổ thời gian này có thể kéo dài tới 12-18 giờ. Việc đóng vết thương càng muộn thì nguy cơ nhiễm trùng càng cao, kể cả khi vết thương được làm sạch tốt.

- Ghép da: khi vết thương bị thiếu hụt da nhiều và không thể khâu đóng trực tiếp ngay thì đầu, cần sử dụng kỹ thuật ghép da. Da được lấy từ một vùng cơ thể như mảnh ghép tự do và đặt lên trên vết thương. Có hai loại ghép da chính: ghép da xẻ đôi và ghép da dày toàn bộ. Trong điều kiện nền tổn thương là mô vô mạch như gân, sụn, xương ... ghép da không được chỉ định và cần tới các vật tổ chức khác.

– Vạt tại chỗ: cũng giống như mảnh ghép, các vạt tại chỗ được sử dụng khi vết thương không thể đóng thì đầu. Cần dùng vạt cho vết thương lộ các phần quan trọng hay nên tồn thương không đủ điều kiện nhận mảnh ghép da. Vạt tại chỗ được tạo bởi việc di chuyển một phần mô (da, da cân...).

– Vạt lân cận: các mô (da, da cân, da cơ...) được huy động tại một vùng gần với tổn thương để đóng vết thương khi các vạt tại chỗ không đủ để che phủ một vết thương có diện tích lớn.

– Vạt từ xa: khi các vạt lân cận hay tại chỗ không đủ để che phủ vết thương lớn và phức tạp, có thể lấy mô từ vùng xa dưới dạng vạt có cuống liên hay vạt tự do. Kỹ thuật này ít khi được chỉ định cho các vết thương phần mềm thông thường vì tính phức tạp của kỹ thuật.

4. CHĂM SÓC SAU MỔ

4.1. Chăm sóc vết thương da

– Vết thương phải được giữ sạch sẽ. Vết thương được thay băng và làm sạch hàng ngày bằng nước muối sinh lý và dung dịch betadin. Thuốc mỡ kháng khuẩn và băng vô khuẩn tại chỗ tránh tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ.

– Những vết thương xuất hiện tấy đỏ hay có dịch mủ cần được cắt bỏ chỉ khâu da và dẫn lưu mủ dưới vết thương.

– Chỉ khâu da không tiêu được cắt bỏ vào ngày thứ 5-7 đối với vùng mặt, ngày thứ 7-10 với vùng thân, ngày thứ 10-14 hoặc nhiều hơn với vùng chi thể.

4.2. Chăm sóc sẹo sau mổ

– Không để sẹo tiếp xúc với ánh nắng mặt trời trong vòng 6 tháng sau lành thương nhằm tránh hiện tượng tăng sắc tố và đỏ của sẹo. Có thể dùng kem chống nắng tại vùng sẹo trong trường hợp không thể tránh được ánh nắng mặt trời.

– Vết sẹo được coi là bình thường sau 6 tháng đến một năm hoặc hơn với các triệu chứng như sẹo trắng dần, mềm mại và bằng phẳng so với mặt da.

– Sửa sẹo được đặt ra khi sẹo xấu, nổi gò trên bề mặt da hay hướng sẹo nằm bất ngang nếp nhăn tự nhiên.

BÔNG VÀ DI CHỨNG BÔNG

1. BÔNG CẤP TÍNH

Bông là loại tổn thương hoại tử do các nguyên nhân gây ra như nhiệt, điện, hóa chất... Tùy vào mức độ tổn thương nhiều hay ít, mà có hay không các biểu hiện rối loạn điện giải hay chuyển hóa của cơ thể. Các phương pháp điều trị tại chỗ, điều trị nội khoa thường được kết hợp với các phương pháp phẫu thuật nhằm giảm đến mức tối đa các di chứng của bông để lại.

1.1. Các tác nhân gây bông

- Bông do sinh hoạt chiếm 65% số người bị bông, trong khi đó bông do tai nạn lao động chiếm khoảng 10%, còn lại là bông do tai nạn giao thông, do điều trị cũng như do thiên tai gây ra.
- Các tác nhân gây bông chủ yếu như sau
 - + Nhiệt ướt: nước sôi, thức ăn nóng (nhiệt độ từ 50-100 độ), dầu mỡ sôi nóng (180 độ), hơi nóng nồi cao áp...
 - + Nhiệt khô: bông lửa, bông xăng, cồn, bông do kim loại nóng...
 - + Điện: có thể do tia lửa điện hay luồng điện cao thế, sét...
 - + Hóa chất: các chất ôxy hóa, chất khử ôxy, chất ăn mòn, chất kiềm...
 - + Bức xạ: tia hồng ngoại, tử ngoại, tia Ronghen, tia phóng xạ...

1.2. Tổn thương bông

Có thể chia tổn thương bông thành các mức độ như sau

- Độ 1: tổn thương chủ yếu lớp biểu bì da, biểu hiện viêm cấp, đỏ da và tụ khối sau vài ngày và không để lại di chứng.
- Độ 2 nông: bông lớp trung bì nông, còn lớp đáy không bị tổn thương. Biểu hiện bằng các mụn nước, nền đỏ và đau rát, khỏi sau 2-3 tuần.
- Độ 2 sâu: tổn thương trung bì, có tổn thương gốc lông và tuyến mồ hôi, tụ khối sau nhiều tuần và để lại sẹo di chứng.
- Độ 3: bông toàn bộ da, có hay không có tổn thương tới các lớp dưới da: cân, cơ xương... Biểu hiện chủ yếu bằng hoại tử ướt hay khô. Tổn thương chỉ có thể khỏi nhờ can thiệp ngoại khoa.

1.3. Các yếu tố tiên lượng

1.3.1. Diện tích bông

- Cách tính diện tích bông theo qui tắc số 9 của Wallace

- + Đầu mặt cổ: 9%
 - + Một chi trên: 9%
 - + Một chi dưới: 18%
 - + Lưng mông hay ngực bụng: 18%
 - + Bộ phận sinh dục và tầng sinh môn: 1%
- Diện tích bỏng trên 20% (ở người lớn) và trên 10% (ở trẻ em) được coi là bỏng nặng và cần được điều trị tích cực tại bệnh viện.

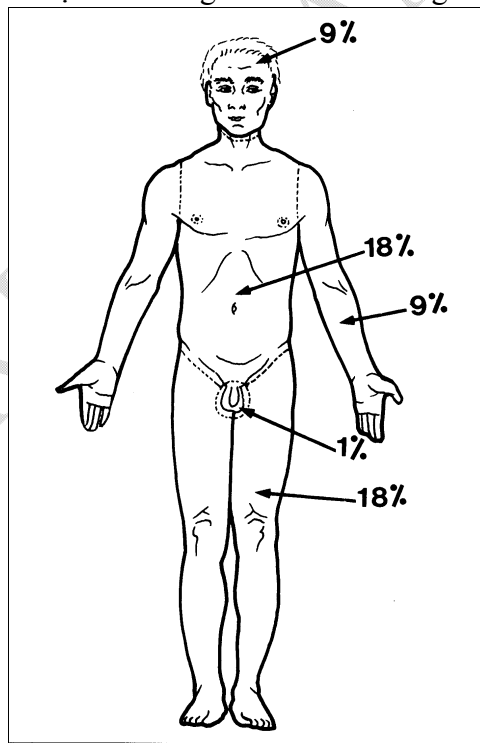
1.3.2. Độ sâu của bỏng

Khả năng phục hồi, liền sẹo, khả năng nhiễm trùng... liên quan chặt chẽ với mức độ sâu của bỏng.

1.3.3. Tuổi bệnh

Công thức Baux:

- Tuổi bệnh nhân và diện tích bỏng dưới 50: khả năng sống 100%
- Tuổi bệnh nhân và diện tích bỏng trên 75: khả năng sống 10%



Hình 2.1. Phân bố diện tích bề mặt trên từng bộ phận cơ thể

2. DI CHỨNG BỎNG

Các tổn thương bỏng sẽ trở thành sẹo nhanh hay chậm, tùy thuộc vào độ sâu của tổn thương bỏng cũng như các biện pháp điều trị ngoại khoa kết hợp. Có thể không

thành sẹo nếu tổn thương nông, hay sẹo quá phát, sẹo lồi trong trường hợp tổn thương sâu. Các tổn thương nông có kèm nhiễm khuẩn, không được điều trị bằng ghép da hay các phương pháp ngoại khoa khác sẽ tự liền sẹo chậm, khi khỏi thường để lại những di chứng về chức năng và vận động, hay xuất hiện tổn thương loét lâu liền (có thể ác tính hóa) trên nền sẹo.

2.1. Các biểu hiện lâm sàng

Có thể phân loại các di chứng sẹo theo tính chất lâm sàng của tổn thương. Những tổn thương tối thiểu như ngứa và thay đổi bề mặt của da không coi là di chứng sẹo vì có thể tự khỏi sau một thời gian. Có 6 nhóm di chứng sẹo chủ yếu như sau:

- Sẹo đơn thuần: bao gồm sẹo xơ, sẹo quá phát và sẹo lồi:
 - + Sẹo xơ: diện sẹo thường bằng phẳng, nền có thể chắc, thay đổi màu sắc tại chỗ của sẹo.
 - + Sẹo quá phát: sẹo do sự quá phát của tổ chức xơ, giai đoạn đầu sẹo có thể đỏ, nhiều mạch tân tạo, sẹo gồ trên mặt da, lớp biểu bì mỏng và sẹo phẳng có xu hướng phát triển. Dần dần sẹo lõm và không đỏ, điều trị có kết quả và ít tái phát.
 - + Sẹo lồi: sẹo căng chắc, màu đỏ hay hồng, ngứa và đau. Sẹo lồi có tính chất tiến triển và lan rộng sang tổ chức lành, hay tái phát sau phẫu thuật.
- Sẹo co kéo: là loại tổn thương hay gặp khi sẹo nông khu trú ở các vùng khớp vận động. Mức độ co kéo phụ thuộc vào tổn thương sâu của sẹo, vị trí sẹo co kéo, tính chất co kéo, thời gian và khả năng phục hồi của cơ quan phía dưới.
- Sẹo dính: di chứng xuất hiện trong quá trình điều trị, các tổ chức hạt của các bộ phận kề cận không được tách rời (vùng bàn tay, chân, nách, bẹn...) và sẽ dính với nhau trong quá trình liền sẹo.
- Các di chứng của cơ quan: như mất nhãn cầu, biến dạng mi, tổn thương mũi, tai, mất lông mày, mất tóc, co kéo miệng.
- Các rối loạn dinh dưỡng tại chỗ: thay đổi sắc tố của vùng sẹo (bạch biến hay nhiễm sắc tố), loét loạn dưỡng...
- Ung thư hóa trên nền sẹo nông: thường gặp ở vùng loét lâu liền hay những vùng sẹo co kéo ở cơ quan vận động, thời gian ác tính hóa có thể kéo dài trong nhiều năm. Thông thường là loại ung thư tế bào gai (Spinocellulaire), ít gặp thể tế bào đáy (Basocellulaire).

2.2. Điều trị

2.2.1. Nội khoa

Điều trị dự phòng ngay giai đoạn đầu nhằm tránh sẹo xấu cũng như di chứng hạn chế vận động và chức năng.

- Thuốc nhóm corticoid (mỡ, tiêm...).
- Vật lý trị liệu.
- Băng ép.

2.2.2. Ngoại khoa

Có thể chia phẫu thuật di chứng bỏng thành ba nhóm chính:

- Phẫu thuật không thể trì hoãn: như tổn thương vùng mi mắt, mũi, miệng vì có liên quan trực tiếp đến sự sống của bệnh nhân.
- Phẫu thuật trì hoãn: khi có liên quan đến việc giải quyết các rối loạn chức năng.
- Phẫu thuật cần cân nhắc: khi vấn đề thẩm mỹ được đặt lên trên yêu cầu giải quyết chức năng.

2.2.3. Các chỉ định của phẫu thuật tạo hình sẹo di chứng bỏng

- Vùng đầu mặt cổ:
 - + Da đầu: vạt tại chỗ được chuẩn bị bằng phương pháp giãn da.
 - + Trán: ghép da xẻ đôi hoặc da dày toàn bộ.
 - + Lông mày: vạt đảo có phần da mang tóc theo một nhánh của cuống mạch thái dương nông hay ghép da đầu.
 - + Mi trên: ghép da xẻ đôi.
 - + Mi dưới: ghép da dày toàn bộ.
 - + Vùng môi và cằm: vạt da tại chỗ hoặc ghép da dày toàn bộ.
 - + Mũi: vạt trán hay vạt da kế cận vùng nếp mũi má.
 - + Tai: tạo hình tai hai thì hay tai giả.
 - + Cổ: các tạo hình chữ Z, ghép da dày toàn bộ, vạt da cân tại chỗ, vạt da vi phẫu, vạt giãn tổ chức...
- Bàn ngón tay:
 - + Sẹo da đơn thuần: cắt bỏ sẹo hay tạo hình chữ Z.
 - + Sẹo dính: gỡ dính và dùng vạt ngón bên cạnh hay ghép da dày toàn bộ.
 - + Sẹo co kéo: thường có tổn thương tổ chức phía dưới, phẫu thuật bao gồm việc phục hồi tổ chức sâu (cân, gân, ổ khớp, xương...) và giải quyết khuyết tổ chức che phủ.
- *Vùng khớp vận động*: sẹo bỏng một số vùng như nách, khuỷu, khoeo, bẹn, cổ chân có thể để lại di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân. Các mức độ từ hạn chế vận động, bán sai khớp, sai khớp, cứng khớp, co kéo gân và mạch máu thần kinh... Phẫu thuật phải được tiến hành từng bước tránh những thay đổi đột ngột tại vùng tổn thương. Các phương pháp bao gồm cắt sẹo, tạo hình khuyết da sau cắt sẹo bằng vạt tại chỗ, vạt chéo chân hay vạt vi phẫu.

2.2.4. Liệu pháp đa trị liệu điều trị sẹo lồi, sẹo quá phát

- Liệu pháp corticoid: tiêm trong sẹo.
- Cắt bỏ tổ chức sẹo.
- Liệu pháp tia xạ (X nông) với liều 500-700 rad cho một đợt điều trị.
- Băng ép tại chỗ.
- Vật lý trị liệu: xoa tại chỗ có sử dụng crem chống sẹo lồi.