

# **PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT CÁNH MŨI, TRỤ VÁCH MŨI THEO PHƯƠNG PHÁP XUSLOV**

**Th S.BS Nguyễn Huệ Chi, Khoa Ngoại BV An giang.**

## **TÓM TẮT:**

- \_ Mục đích: Khuyết cánh mũi, trụ vách mũi do nhiều nguyên nhân gây nên. Có nhiều phương pháp phẫu thuật đã được các tác giả tại nhiều nơi trên thế giới sử dụng để tạo hình tổn khuyết (cánh mũi, trụ vách mũi) nhưng kết quả thẩm mỹ còn rất hạn chế. Công trình này nhằm đánh giá kết quả tạo hình tổn khuyết theo phương pháp Xuslov.
- \_ Số liệu và phương pháp: Từ tháng 01/1990 đến 05/2004 có 31 bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp Xuslov (bao gồm 26 bệnh nhân có tổn khuyết một bên cánh mũi, 03 bệnh nhân có tổn khuyết cả 2 bên, 02 bệnh nhân có tổn khuyết trụ vách mũi) tại khoa Phẫu thuật tạo hình- Hàm mặt Bệnh viện TWQĐ 108.
- \_ Kết quả: Sau 10 ngày phẫu thuật 100% bệnh nhân có kết quả chức năng và thẩm mỹ tốt. Sau 03 tháng phẫu thuật: về chức năng 02 trường hợp có kết quả trung bình, về thẩm mỹ của nơi nhận vạt 05 trường hợp có kết quả trung bình.
- \_ Kết luận: 34 mảnh ghép được sử dụng trong nghiên cứu này đều sống tốt sau phẫu thuật. Kết quả này đối với chúng tôi có ý nghĩa rất to lớn, hy vọng trong tương lai phương pháp này sẽ ngày một hoàn thiện hơn và đem lại kết quả thẩm mỹ khả quan hơn.

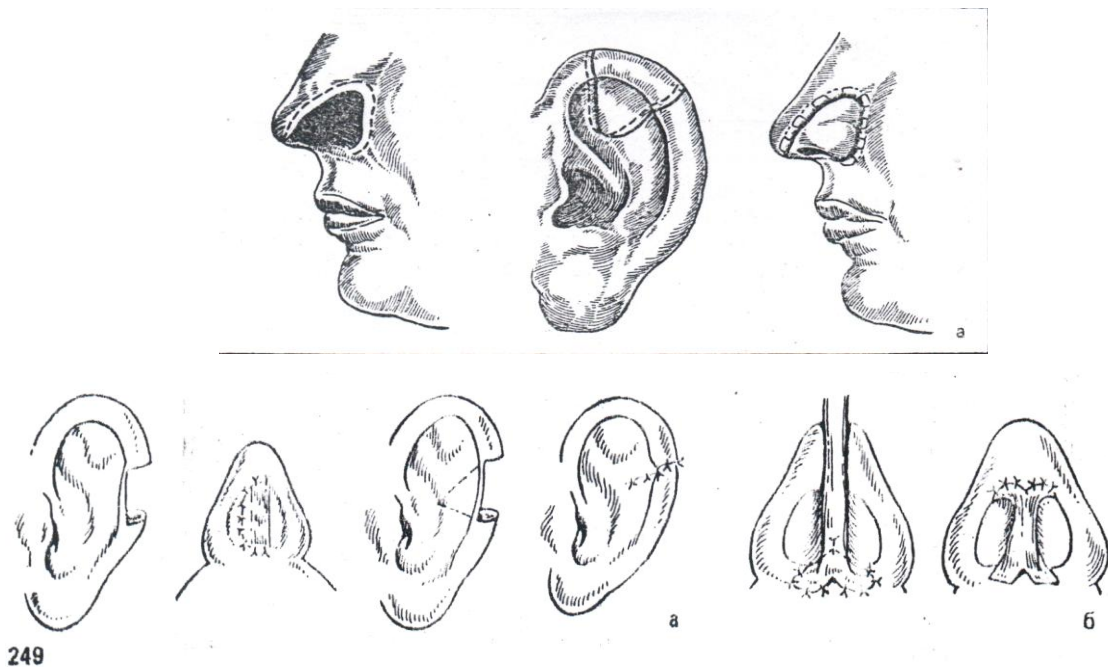
## **I. Đặt vấn đề:**

Mũi là một trong những thành phần quan trọng nhất của khuôn mặt. Cánh mũi trụ vách mũi bị khuyết dẫn đến biến dạng hình thể mũi làm ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh. Vì thế việc tạo hình tổn khuyết góp phần quan trọng trong việc phục hồi chức năng thẩm mỹ và tâm lý cho người bệnh. Đã có nhiều phương pháp phẫu thuật đã được các tác giả tại nhiều nơi trên thế giới sử dụng để tạo hình tổn khuyết cánh mũi, trụ vách mũi, đó là phương pháp sử dụng các vạt da có chân nuôi 1 lớp như: vạt trán, vạt rãnh mũi má, vạt sau tai, vạt da đầu và các vạt từ xa tới như: vạt cánh tay ...

Năm 1898 K.P Xuslov lần đầu tiên mô tả phương pháp cắt rời một mảnh vành tai gắn vào tổn khuyết cánh mũi, trụ vách mũi. Do cấu trúc vành tai rất giống cấu trúc cánh mũi, trụ vách mũi về màu sắc và hình dáng nên mảnh ghép vành tai trở thành sự lựa chọn ưu tiên cho phẫu thuật tạo hình tổn khuyết. Tuy nhiên đây là một mảnh ghép phức hợp gồm da và sụn, sống được nhờ dịch thẩm thấu qua các bờ mép của mảnh ghép vốn rất hẹp, cho nên còn gặp biến chứng như hoại tử một phần hoặc toàn bộ mảnh ghép. Nhưng do tính ưu việt của loại chất liệu này mà nó vẫn được một số tác giả ưa dùng, do vậy những điều kiện cần thiết để phẫu thuật thành công vẫn còn là sự quan tâm và nghiên cứu của nhiều phẫu thuật viên. Mục đích của báo cáo này nhằm đánh giá kết quả tạo hình tổn khuyết cánh mũi, trụ vách mũi theo phương pháp Xuslov.

## **II. Tổng quan:**

Từ lâu người ta đã biết tới khả năng có thể sử dụng một mảnh ghép phức hợp gồm da và sụn lấy ở vùng sau tai để tạo hình cánh mũi, xong việc cắt rời một mảnh vành tai di chuyển tự do gắn vào một tổn khuyết cánh mũi, trụ vách mũi thì mãi tới năm 1898 K.P Xuslov (người Nga) mới mô tả lần đầu tiên [3Chỉ với một lần phẫu thuật đã có ngay cánh mũi, trụ vách mũi hoàn chỉnh với 2 lớp da và một phiến sụn ở giữa có hình khum lý tưởng giống như cánh mũi bình thường.



Hình 1.6 Phương pháp Xuslov (minh họa của Alexandre H.M [3])

Tiếp theo tác giả Koenig (người Đức) cũng mô tả một phương pháp tương tự vào năm 1902. Mảnh ghép vành tai cắt rời là một loại mảnh ghép phức hợp gồm 2 mặt da và một phiến sụn ở giữa, diện tiếp xúc giữa mảnh ghép và bờ tổn khuyết rất nhỏ nên khả năng sống của loại mảnh ghép này hết sức khó khăn, phụ thuộc vào nhiều yếu tố như diện mặt cắt, kích thước mảnh ghép, tình trạng nuôi dưỡng của nền nhận, cũng chính vì thế mà mảnh ghép gặp nhiều biến chứng như hoại tử một phần hay hoại tử toàn bộ. Trước những năm 50 nhiều tác giả người Nga đã báo cáo tỉ lệ thành công chỉ đạt 50% (Alexandre HM [3]).

Ở châu Âu hơn nửa thế kỷ qua đã có nhiều công trình nghiên cứu về việc dùng mảnh ghép da và sụn để sửa chữa những tổn khuyết mũi. Đáng chú ý nhất là những nghiên cứu của Makara (1908), Haberer (1917) và Limberg A.A (1935). Nhưng sau đó do chịu ảnh hưởng từ thất bại của Lexer và Zoseph, những phẫu thuật viên tạo hình hàng đầu thời bấy giờ, phương pháp này đã có một thời gian không được quan tâm tiếp nhận. Sau đó, trong chiến tranh thế giới lần II kỹ thuật dùng mảnh ghép phức hợp vành tai một lần nữa lại lôi cuốn sự quan tâm chú ý của các nhà phẫu thuật tạo hình [2]. Và ngày nay kỹ thuật này ngày càng hoàn thiện và phổ biến sau một loạt các công trình của tác giả Gillies (1943), Brown Z.B và Cannon B (1946), Dupertuis (1946), Limberg A.A, Mikhenson H.M ....

\_ Vị trí lấy mảnh ghép: có thể được lấy từ một trong 3 vị trí trên vành tai là đỉnh gờ luân, mép bên gờ luân và dải tai.

### III. Số liệu và phương pháp:

Từ tháng 01/1990 đến 05/2004 tại khoa Phẫu thuật tạo hình – Hàm mặt Bệnh viện TWQĐ 108 có 31 trường hợp khuyết cánh mũi, trụ vách mũi được phẫu thuật tạo hình theo phương pháp Xuslov (gồm 20 nữ và 11 nam)

Đây là một nghiên cứu lâm sàng gồm hồi cứu và cứu. Hồi cứu từ 1990 – 2002 có 22 bệnh nhân, tiến cứu từ 2003 – 05/2004 có 09 bệnh nhân.

#### Kỹ thuật:

##### 1. Bước 1: tạo nền nhận

Nhồi gạc vào lỗ mũi bên khuyết .

Dùng dao sắc cắt rời da và viền sọc quanh tổn khuyết tạo nền nhận. Cầm máu bằng máy đốt lưỡng cực với các mạch có chảy máu thành tia. Đo kích thước và hình dáng tổn khuyết.

Để xác định kích thước tổn khuyết, chúng tôi thường sử dụng thước chuyên dụng hoặc thước đã được vạch sẵn trên cán dao mổ đo chiều cao, chiều dài bờ tự do của tổn khuyết cũng như của mảnh ghép. Cũng có thể xác định chiều dài bờ tự do tổn khuyết một cách gián tiếp bằng cách đo chiều dài của vị trí đối xứng với tổn khuyết ở bên cánh mũi lành.

## 2. Bước 2: lấy mảnh ghép vành tai

Vẽ hình dạng mảnh ghép vào vị trí đã chọn trên vành tai, mảnh ghép phải to hơn tổn khuyết cần ghép. Đặt gạc dày phía sau vành tai làm “thớt”, dùng dao mổ sắc hoặc lưỡi dao cạo râu cắt thật gọn tất cả các lớp vành tai theo hình đã vẽ, mảnh ghép rời khỏi vị trí vành tai giữa các nhát cắt. Đặt gạc cầm máu.

## 3. Bước 3: cố định mảnh ghép

Đưa mảnh ghép đặt vào vị trí tổn khuyết, mặt trước úp vào trong, mặt sau ra ngoài, dùng kim chỉ không chấn thương lần lượt khâu phía trong lỗ mũi bằng mũi khâu niêm mạc– sụn cánh mũi với da–sụn mảnh ghép. Tiếp đến khâu da cánh mũi với da sau tai của mảnh ghép. Cả phía trong và phía ngoài cánh mũi đều sử dụng mũi khâu đơn. Chèn gạc trong lỗ mũi, băng phủ bên ngoài nhẹ nhàng, tưới ẩm bằng huyết thanh mặn đẳng trương 9<sup>0</sup>/<sub>00</sub> hoặc dung dịch Chloramphenicol 0,4%.

## 4. Bước 4: phục hình tổn khuyết vành tai

Sửa lại 2 mép khuyết vành tai, khâu định hướng 2 mép sụn bằng 2 hoặc 3 mũi chỉ vicryl 6/0. khâu da bằng chỉ nylon 5/0 hoặc 6/0. Sát trùng, băng phủ ngoài

Theo dõi và chăm sóc hậu phẫu:

\_ Trong thời gian hậu phẫu cần theo dõi các biến chứng gần như: chảy máu, tụ máu, nhiễm trùng. Đặc biệt, cần theo dõi vấn đề nuôi dưỡng mảnh ghép tại chỗ bằng cách quan sát màu sắc da mảnh ghép hằng ngày.

\_ Về chăm sóc hậu phẫu cũng tương tự như chăm sóc các vết mổ ngoại khoa khác.

+ Băng phủ bên ngoài nhẹ nhàng, tránh tì đè lên mảnh ghép, thay băng hàng ngày.

+ Gạc chèn trong lỗ mũi để liên tục từ 4-6 ngày.

+ Luôn luôn tưới ướt băng phủ ngoài và gạc chèn lỗ mũi bằng huyết thanh mặn đẳng trương 9<sup>0</sup>/<sub>00</sub> hoặc dung dịch Chloramphenicol 0,4%.

+ Cắt chỉ sau 10 ngày

## IV. Kết quả:

### 1. Thời gian nằm viện

Thời gian	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 10 ngày	9	29
10 ngày	9	29
> 10 ngày – 15 ngày	13	42
Tổng cộng	31	100

Ngắn nhất : 07 ngày, dài nhất 15 ngày, trung bình 10,77 ngày

### 2. Kết quả gần:( sau 10 ngày phẫu thuật)

Kết quả	Thẩm mỹ			Chức năng		
	Tốt	TR. Bình	Xấu	Tốt	TR. Bình	Xấu
Chiều Rộng MG < 1 cm	8	0	0	8	0	0
1 – 1,5 cm	22	0	0	22	0	0
> 1,5 cm	4	0	0	4	0	0
Tổng cộng	34	0	0	34	0	0
Tỷ lệ %	100	0	0	100	0	0

### 3. Kết quả xa: ( sau 3 tháng phẫu thuật)

Kết quả	Thẩm mỹ	Chức năng

<b>Chiều Rộng MG</b>	<b>Tốt</b>	<b>TR. Bình</b>	<b>Xấu</b>	<b>Tốt</b>	<b>TR. Bình</b>	<b>Xấu</b>
<b>&lt; 1 cm</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>1 – 1,5 cm</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>&gt; 1,5 cm</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Tổng cộng</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Tỷ lệ %</b>	<b>75</b>	<b>25</b>		<b>91,7</b>	<b>8,3</b>	

## V. Bàn luận:

Ngay từ những năm 50 các tác giả người Nga đã nhấn mạnh muốn cho phẫu thuật thành công thì phải dùng dao sắc hoặc lưỡi dao lam để cắt mảnh ghép [3], sự nhấn mạnh này muốn đề cập đến việc tạo được diện cắt phẳng ở nền nhận và mảnh ghép, dùng kim chỉ nhỏ không chấn thương để cố định mảnh ghép vào nền nhận.

\_ Ở thời kỳ đó dao mổ sử dụng thường chỉ là những dao liền cán, lưỡi dao khá dày, một dao sử dụng nhiều lần, khi dao cùn thì thường mài dao lại cho sắc, chính vì lẽ đó mà các phẫu thuật viên thời bấy giờ mới nghĩ đến dùng lưỡi dao lam mỏng và sắc hơn dao mổ. Còn kim chỉ thường là loại kim chỉ rời, xỏ chỉ ở đuôi kim, đuôi kim hơi to hơn đầu kim, khi khâu sẽ có những sang chấn nhất định cho mảnh ghép. Đây có lẽ cũng là một trong những lý do đưa đến sự thất bại của 50% các mảnh ghép thời bấy giờ (Barton F.E [2]).

Ngày nay cùng với sự tiến bộ của y học, các dụng cụ sử dụng trong phẫu thuật đã có những cải tiến vượt bậc: dao mổ là những lưỡi dao rời cán, chỉ sử dụng một lần, độ dày lưỡi dao cũng tương tự như dao lam đủ bảo đảm có được diện cắt phẳng khi cắt viền sẹo tồn khuyết cũng như khi cắt mảnh ghép. Kim chỉ sử dụng là loại chỉ liền kim, đuôi kim nhỏ ít gây chấn thương.

Chúng tôi cũng thử sử dụng lưỡi dao lam để cắt mảnh ghép trong vài trường hợp của mẫu nghiên cứu này, và qua đó có những nhận xét như sau:

\_ Dao lam rất sắc, khá phù hợp cho việc cắt mảnh ghép vành tai.  
\_ Dao lam yếu hơn lưỡi dao mổ cán rời, khi sử dụng thì không thể tì ấn lên dao, thiếu điểm tì vì không có cán dao, những điều này gây ra khó khăn cho phẫu thuật viên khi sử dụng.

Do vậy chúng tôi nhận thấy rằng thích hợp nhất vẫn là dùng dao mổ cán rời, lưỡi dao số 10 hoặc 15. kim chỉ khâu là Nylon, Vicryl 5/0 – 6/0

**Thao tác phẫu thuật:** Đúng như các tác giả đã khuyên “cần thận trọng trong từng thao tác nhỏ đó là bí quyết để thành công”. Sự tồn tại của mảnh ghép phụ thuộc hoàn toàn vào quá trình tái lập tuần hoàn, nếu thao tác phẫu thuật không cẩn thận làm bầm dập mảnh ghép tổn thương đến mạch máu và bạch mạch của mảnh ghép thì hoại tử mảnh ghép là kết quả rất dễ xảy ra. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi dùng dao mổ sắc để cắt lọc mép tồn khuyết và cắt mảnh ghép, tuyệt đối không dùng kéo để cắt mảnh ghép, rất hạn chế dùng nĩa cặp vào mảnh ghép khi khâu cố định mảnh ghép vào nền nhận. Đối với nền nhận sau khi cắt bỏ sẹo viền tồn khuyết chỉ đốt điện cầm máu đối với những mạch máu chảy thành tia, không nên đốt cầm máu hết tất cả những điểm rỉ máu ở mép nền nhận vì đây là một trong những điều kiện thuận lợi cho sự tái lập tuần hoàn của mảnh ghép.

**Theo dõi và chăm sóc hậu phẫu:** Diễn tiến bình thường của mảnh ghép trong giai đoạn hậu phẫu như sau: ngày đầu tiên mảnh ghép có màu nhợt nhạt, da hơi nhăn nheo, ngày thứ 2, thứ 3 sau mổ mảnh ghép hơi nề mặt da căng có những đốm màu hồng rải rác, từ ngày thứ 4 – thứ 7 sau mổ mảnh ghép có màu đỏ tím và bắt đầu nhạt màu dần, đến ngày thứ 10 hiện tượng nề cũng giảm dần; sau 3 – 4 tuần sau mổ mảnh ghép mới có màu sắc gần giống với da xung quanh. Điều này hoàn toàn phù hợp với những quan sát của M.C Laughlin C.R [2]: trong vòng 6 – 24 giờ sau phẫu thuật mảnh ghép có màu trắng nhợt; 24 giờ sau mảnh ghép bắt đầu phù nề, có màu đỏ tím do ứ trệ tĩnh mạch; màu của mảnh ghép sẽ chuyển dần sang hồng vào các ngày tiếp theo. Vấn đề dẫn lưu: chúng tôi nhận thấy vấn đề dẫn lưu trong quá trình hậu phẫu là rất cần thiết. Việc tưới ẩm liên tục trong những ngày đầu sau phẫu thuật đã góp phần khắc phục tình trạng tụ máu tại các bờ mép của tồn khuyết. Gạc chèn trong lỗ mũi được tưới ẩm hàng ngày vừa có tác dụng dẫn lưu, vừa có tác dụng bảo đảm mảnh ghép được yên tĩnh và định hình trong quá trình liền sẹo. Dung dịch Chloramphenicol 0,4% là dung dịch được chọn lựa để tưới ẩm hàng ngày gạc chèn lỗ mũi, dung dịch này ngoài vấn đề giữ ẩm còn có tác dụng như một kháng sinh tại chỗ.

**Chiều rộng mảnh ghép:** Theo Barton F.E (1990) với vạt hình tam giác có 2 cạnh tiếp xúc với nền nhận thì chiều rộng tối đa của mảnh ghép là 1 cm. theo Falecs E và Gorney M [2] giới hạn tối đa của chiều rộng mảnh ghép là 1,5cm, nếu vượt qua giới hạn này dễ đưa đến hoại tử vùng trung tâm mảnh ghép do thiếu dưỡng tuần hoàn. Trong số 34 mảnh ghép đã được sử dụng trong nghiên cứu này có 8 mảnh ghép < 1cm, 22 mảnh ghép: 1 – 1,5cm và 4 mảnh ghép > 1,5cm. Chiều rộng mảnh ghép lớn nhất là 1,8cm. Tất cả 34 mảnh ghép này đều sống được sau khi ghép vào nền nhận. Như vậy đã có 4 mảnh ghép vượt qua giới hạn cuối cùng cho phép là 1,5cm.

**Hình dạng mảnh ghép:** Trong nghiên cứu này, có 9 trường hợp tổn khuyết sau cắt bỏ viền sụn là hình thang, trong những trường hợp này chúng tôi sử dụng mảnh ghép có hình thang bằng cách cắt bỏ phần góc nhọn của hình tam giác kinh điển cho phù hợp với hình dạng tổn khuyết qua đó tạo thêm một bờ mép tiếp xúc thứ ba của mảnh ghép và kết quả là cả 9 trường hợp nêu trên mảnh ghép vẫn sống tốt như 25 mảnh ghép hình tam giác khác đã được sử dụng.

**Vị trí lấy mảnh ghép:** Mép bên gờ luân là vị trí lý tưởng cho việc lấy mảnh ghép vì nó cho phép lấy được những mảnh ghép có chiều rộng khá lớn ( $\leq 1,8\text{cm}$ ) mà với vị trí này tổn khuyết vành tai được đóng một cách dễ dàng, hình dạng vành tai không thay đổi mấy so với bên đối diện. Tuy nhiên, qua thực tế nhận thấy ở một số người có bờ vành tai ở vị trí này dày so với bờ cánh mũi, vấn đề này có thể cải thiện bằng một phẫu thuật nhỏ làm mỏng bờ mảnh ghép vào 6 tháng sau khi mảnh ghép đã sống.

## **VI. Kết luận**

Đây là một kỹ thuật đơn giản nhưng cho kết quả thẩm mỹ và chức năng khá cao, thời gian điều trị cũng ngắn hơn các phương pháp khác. Hy vọng trong tương lai phương pháp này sẽ ngày càng hoàn thiện và đem lại kết quả thẩm mỹ cao hơn.

### **Tài liệu tham khảo:**

- 1) **Nguyễn Huy Thọ, Đỗ Duy Tính (1998);** “*Tạo hình cánh mũi bằng mảnh ghép phức hợp vành tai theo phương pháp Xuslov*”. Tạp chí Y học thực hành, trang 22-24.
- 2) **Barton F.E, Byrd H.S (1990);** “*Acquired Deformities of the nose*”, Plastic Surgery, Vol. 3, part 2, pp.1924-2008.
- 3) **Александрова Н.М. (1985).** *Ринопластика сводной пересадкой части ушной раковины (операция суслова)*, Клиническая оперативная челюстнолицевая хирургия. Ленинград “медицина”, 290-293.