

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO                      BỘ QUỐC PHÒNG**  
**VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108**

**ĐÀO VĂN GIANG**

**NGHIÊN CỨU TRỒNG LẠI BỘ PHẬN ĐÚT RỜI**  
**VÙNG ĐẦU MẶT BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU**

Chuyên ngành: Răng Hàm Mặt

Mã số: 62.72.06.01

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Hà Nội - Năm 2017**

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH  
TẠI VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Nguyễn Tài Sơn

Phản biện 1: PGS.TS. Phạm Dương Châu

Phản biện 2: PGS.TS. Nguyễn Văn Huy

Phản biện 3: PGS.TS. Lê Văn Đoàn

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Viện  
*vào hồi: giờ ngày tháng năm 2017*

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc Gia
2. Thư viện Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương đứt rời các bộ phận vùng đầu mặt là những tổn thương hiếm gặp. Thông báo trên y văn thế giới và trong nước mới chỉ có khoảng 160 ca trong vòng 40 năm trở lại đây. Nguyên nhân chủ yếu của những tổn thương này thường do tai nạn lao động, tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt...

Các bộ phận đứt rời nếu được trồng lại sẽ giữ được cấu trúc giải phẫu vốn có, phục hồi nhiều chức năng quan trọng và tính thẩm mỹ rất cao, tâm lý bệnh nhân sẽ ít bị ảnh hưởng. Da đầu nếu được trồng lại, phục hồi được cấu trúc 5 lớp đặc biệt, tóc sẽ mọc trở lại. Phức hợp môi mũi được trồng lại sẽ giữ được chức năng hô hấp, phát âm, giữ được những cấu trúc giải phẫu quan trọng và tính tế như nhân trung, đường viền môi...Ngoài ra, bệnh nhân không phải chịu những biến chứng, di chứng nặng nề hay phải phẫu thuật nhiều lần.

Ở Việt Nam, đã có một số trung tâm triển khai kỹ thuật vi phẫu trồng lại các bộ phận đứt rời như Viện nghiên cứu y dược lâm sàng 108, trung tâm chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh...Tuy nhiên qua tìm hiểu y văn cho đến nay chúng tôi chưa thấy có báo cáo một cách có hệ thống nào về trồng lại các bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu.

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức hàng năm phải tiếp nhận rất nhiều bệnh nhân chấn thương nặng vùng đầu mặt, trong số đó có không ít các bệnh nhân bị tổn thương đứt rời da đầu, đứt rời bộ phận, đứt TK, các ống nhỏ vùng đầu mặt cần phải can thiệp bằng vi phẫu thuật. Từ năm 2004 chúng tôi đã triển khai vi phẫu thuật trong cấp cứu và đã thực hiện một số ca trồng lại các bộ phận đứt rời của vùng đầu mặt như da đầu, môi, mũi, tai...Tuy nhiên việc triển khai kỹ

thuật vẫn còn gặp rất nhiều khó khăn, kỹ thuật còn mới, chưa có quy trình kỹ thuật đầy đủ cụ thể, thái độ xử trí do đó còn chưa được xác định rõ ràng, thống nhất.

Chính vì những lí do trên cũng như nhu cầu cấp thiết của việc cấp cứu các bệnh nhân chấn thương có tổn thương đứt rời các bộ phận vùng đầu mặt ngày càng tăng, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, phân loại tổn thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.
2. Đánh giá kết quả và phân tích một số yếu tố liên quan trong trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu.

### **Ý nghĩa thực tiễn và đóng góp của đề tài**

Đây là công trình nghiên cứu đầu tiên của nước ta về trồng lại các bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu

Luận án đã mô tả đầy đủ các đặc điểm lâm sàng, phân loại tổn thương đứt rời các bộ phận vùng đầu mặt

Thấy được các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phẫu thuật trồng lại

Trình bày được các bước kỹ thuật trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu

### **Cấu trúc của luận án**

Luận án trình bày trong 133 trang : đặt vấn đề (3 trang), tổng quan (35 trang), đối tượng và phương pháp nghiên cứu (19 trang), kết quả nghiên cứu (33 trang), bản luận (40 trang), kết luận (2 trang) và kiến nghị (1 trang).

## Chương 1: TỔNG QUAN

### 1.1. Giải phẫu vùng đầu mặt ứng dụng trong trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt

#### 1.1.1. Phân vùng đầu mặt

Theo tác giả Trịnh Văn Minh và tác giả Artner vùng đầu mặt bao gồm:

##### 1.1.1.1. Các vùng của đầu

Các vùng của đầu thường được gọi tên theo vị trí của các xương sọ: vùng trán, vùng thái dương, vùng đỉnh, vùng chẩm

##### 1.1.1.2. Các vùng của mặt

Ở mặt, việc phân chia vùng thường được dựa theo vị trí cấu tạo tự nhiên bên ngoài, cũng như theo các cơ quan chức năng đặc biệt của mặt: vùng ổ mắt, vùng mũi, vùng dưới ổ mắt, vùng miệng, vùng cằm, vùng má, vùng gò má.

#### 1.1.2. Giải phẫu da đầu và ứng dụng

Theo tác giả Ellis H(2013), da đầu là phần da mang tóc đi từ chỗ cao nhất của trán ở trước đến đường gáy trên ở sau, về phía bên nó xuống dưới cung gò má, đường chân tóc thái dương.

##### 1.1.2.1. Các lớp của da đầu:

Da đầu (SCALP) bao gồm 5 lớp: da, mô liên kết, cân, mô liên kết lỏng lẻo và ngoại cốt mạc sọ.

##### 1.1.2.2. Mạch máu da đầu

Mỗi bên của da đầu được cấp máu bởi 5 nhánh ĐM xuất phát từ ĐM cảnh ngoài và ĐM cảnh trong.

Các ĐM xuất phát từ ĐM cảnh ngoài: ĐM thái dương nông, ĐM tai sau, ĐM chẩm.

Các ĐM xuất phát từ ĐM cảnh trong: ĐM trên ổ mắt, ĐM trên ròngrọc

### *1.1.2.3. Thần kinh cảm giác cho da đầu*

Cảm giác cho da đầu là các nhánh TK sinh ba, nhánh cổ 2 và cổ 3, nhánh của TK trên ổ mắt và trên rờng rọc. Tuy nhiên kích thước của TK là rất nhỏ, rất khó tìm thấy.

### **1.1.3. Giải phẫu phần mềm vùng mặt**

#### *1.1.3.1. Các cơ vùng mặt:*

Các cơ vùng mặt bao gồm các cơ nhai và các cơ bám da. Các cơ nhai như cơ cắn, cơ thái dương tham gia vào động tác nhai. Các cơ bám da có chức năng diễn đạt, biểu lộ tình cảm và đóng mở các lỗ tự nhiên của cơ thể.

#### *1.1.3.2. Mạch máu vùng mặt*

- *Động mạch mặt*
- *Tĩnh mạch mặt*

### **1.1.4. Giải phẫu môi, mũi và ứng dụng**

#### *1.1.4.1. Cấu tạo môi, mũi*

Môi là một nếp da cơ và niêm mạc, nằm xung quanh khe miệng và giới hạn thành trước di động của miệng. Có 2 môi: môi trên và môi dưới.

#### *1.1.4.2. Mạch máu môi, mũi*

Môi được cấp máu bởi 2 nguồn ĐM chính là ĐM môi dưới và ĐM môi trên.

### **1.1.5. Giải phẫu tai và ứng dụng**

#### **Hình thễ ngoài**

Loa tai có hình một vành loa với những chỗ lõm giúp ta thu nhận âm thanh từ mọi phía mà không cần cử động tai hoặc xoay đầu về phía tiếng động như động vật.

#### **Mạch máu tai**

- *Động mạch.*

Loa tai được cấp máu bởi ĐM tai sau và các nhánh trước tai của ĐM thái dương nông

## **1.2. Những vấn đề cơ bản trong phẫu thuật trồng lại các bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu**

### **1.2.1. Cơ chế tổn thương**

Theo tác giả Medling B.D (2007), Biemer (2008) các dạng cơ chế tổn thương đứt rời bao gồm sắc gọn, bầm dập và giằng giật.

### **1.2.2. Thời gian thiếu máu**

Theo Nguyễn Huy Phan (1999), thời gian thiếu máu còn được gọi là thời gian thiếu oxy và thời gian này được tính từ lúc xảy ra tai nạn đến khi việc cung cấp máu ĐM qua vòng nối mạch được thực hiện xong. Thời gian thiếu máu bao gồm thời gian thiếu máu hỗn hợp, thời gian thiếu máu nóng và thời gian thiếu máu lạnh

### **1.2.3. Sơ cấp cứu, bảo quản bộ phận đứt rời**

Sơ cứu, cấp cứu bệnh nhân có tổn thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt bao gồm: chống suy hô hấp, chống mất máu, chống sốc và kiểm soát chấn thương khác.

#### **Bảo quản bộ phận đứt rời:**

Phần đứt rời được nhặt lại, không nên cố gắng loại bỏ những dị vật nhỏ, sau đó bọc lại bằng gạc sạch, phần này được cho vào một túi nylon sạch rồi buộc kín lại. Túi này được đựng trong 1 túi khác chứa nước và toàn bộ được đặt vào trong thùng đựng nước đá tan nhằm đảm bảo nhiệt độ phần cơ thể đứt rời vào khoảng 0 đến 4 độ C và không tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh.

## **1.3. Quy trình kỹ thuật trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt**

### **1.3.1. Chỉ định, chống chỉ định**

Do đặc điểm cấu trúc, tầm quan trọng của các bộ phận vùng đầu mặt vì vậy các bộ phận vùng đầu mặt bị đứt rời nên được chỉ định phẫu thuật trồng lại.

chống chỉ định khi: Tổn thương giằng giật có tổn thương mạch máu bị mất hoặc bị phá hủy trong phần da đầu đứt rời mà không có khả năng tìm thấy. Thời gian thiếu máu nóng kéo dài (trên 30 giờ) và không bảo quản đúng cách.

### **1.3.2. Các bước kỹ thuật**

#### *1.3.2.1. Trồng lại da đầu bằng kỹ thuật vi phẫu*

Chia kíp phẫu thuật: Có tác giả chia thành 2 kíp phẫu thuật trong đó 1 kíp thực hiện trên phần da đầu đứt rời, 1 kíp thực hiện trên cơ thể. Có tác giả chia thành 3 kíp trong đó 2 kíp tiến hành như trên và kíp thứ 3 tiến hành lấy TM để ghép

Các bước kỹ thuật: trong y văn mới có tác giả Sabapathy (2006) mô tả bao gồm các bước: Cạo tóc, cắt lọc làm sạch. Bộc lộ đánh dấu mạch máu. Đặt lại bộ phận, khâu cố định. Khâu nối mạch máu.

#### *1.3.2.2. Trồng lại môi, mũi, tai đứt rời*

Y văn chưa thấy báo cáo nào về việc chia thành kíp và thực hiện các bước phẫu thuật trong trồng lại môi, mũi, tai đứt rời.

### **Chăm sóc, điều trị sau phẫu thuật**

Sau mổ trồng lại da đầu BN được bắt động tránh ảnh hưởng tới miệng nối mạch máu, tư thế nằm đầu cao tránh ứ máu, đồng thời tránh loét tỉ đè.

Tư thế BN không được nhắc đến trong các báo cáo trồng lại môi, mũi hay tai đứt rời.

Thuốc sau mổ bao gồm kháng sinh chống nhiễm khuẩn và đặc biệt là thuốc chống đông.

Biến chứng và cách xử trí

Chảy máu

Nhiễm khuẩn,

Tắc mạch

Tắc TM, không nối được TM gây hiện tượng ứ máu, hay gặp trong phẫu thuật trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt. Các biện pháp chống ứ máu được mô tả bao gồm: Đẻ hở TM. Nối thông động - tĩnh mạch. Gây vết thương làm cho chảy máu bằng các biện pháp như: (1) dùng kim nhọn gây vết thương cho vạt cho chảy máu rồi dùng gạc tẩm Heparin lau cho tiếp tục chảy máu, (2) mài thượng bì kết hợp dùng gạc tẩm Heparin, (3) dùng đĩa y tế, (4) dùng đĩa hóa học (tiêm trực tiếp Heparin vào vạt) và phối hợp các phương pháp trên.



## **1.4. Tình hình nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam**

### **1.4.1. Tình hình trồng lại các bộ phận đứt rời trên thế giới**

#### **1.4.1.1. Đứt rời da đầu**

##### **Ghép da, ghép phức hợp:**

Khi chưa có sự phát triển của vi phẫu thuật, da đầu đứt rời được đặt lại cơ thể dưới dạng mảnh ghép tự do. Da đầu được khâu lại hoặc lạng mỏng và đặt lại dưới dạng mảnh ghép da dày hoặc ghép phức hợp.

##### **Trồng lại da đầu đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu:**

Năm 1976, Miller và cộng sự báo cáo trường hợp trồng lại da đầu thành công đầu tiên bằng kỹ thuật vi phẫu. Từ đó đến nay đã có nhiều báo cáo tổng hợp và các trường hợp lâm sàng nâng tổng số ca trồng lại da đầu bằng vi phẫu khoảng 70 ca trên y

#### **1.4.1.2. Đứt rời môi, mũi**

Mũi là bộ phận lòi ra của cơ thể ở vùng mặt nên dễ bị chấn thương và có thể đứt rời hoàn toàn hoặc 1 phần. Phẫu thuật tạo hình mũi là một trong những phẫu thuật sớm nhất của ngoại khoa.

Phẫu thuật trồng lại có thể sử dụng dạng ghép phức hợp hoặc trồng lại bằng vi phẫu thuật.

##### **Ghép phức hợp**

Ghép phức hợp được mô tả từ lâu nhưng tỉ lệ thành công không cao và chỉ định hạn chế

##### **Trồng lại môi, mũi đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu**

Năm 1976 James và Cs thực hiện thành công ca trồng lại phức hợp môi mũi đầu tiên trên một bệnh nhân nữ 3 tuổi do bị chó cắn. Theo tác giả Wei C.Y. tổng kết cho đến năm 2012 có khoảng 25 ca trồng lại môi thành công trên y văn. Tác giả Marsden thống kê đến năm 2015 có 19 ca trồng lại mũi thành công trên thế giới.

### *1.4.1.3. Đút rời tai*

Ghép phức hợp được chỉ định dựa trên thời gian thiếu máu, vị trí và kích thước phần đút rời, thông thường là dưới 1,5 cm

Trồng lại tai bằng vi phẫu được thực hiện đầu tiên bởi Pennington và cộng sự năm 1980. Từ đó đến nay đã có nhiều báo cáo trồng lại thành công trong đó có báo cáo tổng kết y văn của tác giả Jung S.W với 52 BN được phẫu thuật trồng lại tai cho đến năm 2013

### ***1.4.2. Tình hình nghiên cứu trồng lại bộ phận đút rời vùng đầu mặt tại Việt Nam***

Năm 1965, tác giả Nguyễn Thường Xuân tại Bệnh viện Việt Đức đã công bố 18 trường hợp da đầu đút rời hoàn toàn, được ghép lại dưới dạng mảnh ghép da dày toàn bộ. Toàn bộ tổ chức dưới da được lấy bỏ, chỉ để lại phần da phía trên sau đó được ghép trở lại cho bệnh nhân. Tuy phần da ghép sống được nhưng không mọc được tóc

Năm 2005 ca phẫu thuật trồng lại da đầu đút rời toàn bộ bằng kỹ thuật vi phẫu đã được thực hiện thành công.

Năm 2012 ca trồng lại tai đút rời bằng kỹ thuật vi phẫu. Năm 2014 ca trồng lại đầu mũi đút rời bằng kỹ thuật vi phẫu đã được thực hiện thành công.

## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **Đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện trên 32 BN có tổn thương đút rời các bộ phận vùng đầu mặt được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội.

Trong số đối tượng 32 BN, được phân thành 2 nhóm

- Nhóm hồi cứu: 13 BN là những BN được điều trị trong thời gian từ năm 2005 đến năm 2012
- Nhóm tiến cứu: 19 BN là những BN được điều trị trong thời gian từ năm 2012 đến năm 2016.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân bị tổn thương đứt rời các bộ phận vùng đầu mặt.
  - Bệnh nhân được phẫu thuật trồng lại bộ phận đứt rời bằng vi phẫu.
  - Bệnh nhân được theo dõi điều trị  $\geq 3$  tháng.
- (Đối với nhóm hồi cứu, có đủ hồ sơ theo tiêu chuẩn trên)

### **Thiết kế nghiên cứu**

**Phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng, kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

**Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

Chúng tôi lựa chọn được 32 BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu từ năm 2005 đến năm 2016.

### **Quy trình phẫu thuật trồng lại các bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu tại Bệnh viện Việt Đức**

Dựa trên quy trình kỹ thuật của một số tác giả trên thế giới và quy trình đang được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi xây dựng quy trình trồng lại các bộ phận đứt rời vùng đầu mặt như sau:

#### *Chỉ định phẫu thuật*

- Đứt rời các bộ phận vùng đầu mặt.
- Bộ phận đứt rời tổn thương không quá dập nát, nhiều mảnh, nhiều tầng.
- Thời gian thiếu máu hỗn hợp không quá dài (dưới 30 giờ).
- Kích thước bộ phận đứt rời trên 1,5 cm đường kính với môi, mũi, phức hợp môi mũi hay vành tai.
- BN không có các bệnh toàn thân nặng phối hợp như cao huyết áp, già yếu, suy kiệt, đa chấn thương nặng ảnh hưởng đến tính mạng.

## *Phương tiện, dụng cụ phẫu thuật*

### *Các bước phẫu thuật*

Bao gồm các bước: 1. Cắt lọc làm sạch, tìm và đánh dấu mạch máu. 2. Cố định bộ phận đứt rời. 3. Khâu nối mạch máu. 4. Dẫn lưu, đóng vết thương.

Bước 1 chúng tôi chia làm 2 kíp phẫu thuật. Kíp 1 thực hiện trên phần đứt rời, kíp 2 thực hiện trên phần cơ thể.

#### **Bước 1: Cắt lọc, làm sạch, tìm và đánh dấu mạch máu**

Bước này luôn được thực hiện đầu tiên. Cả 2 kíp thực hiện song song hoặc trong trường hợp bệnh nhân chưa được đưa vào phòng mổ, bộ phận đứt rời có thể được đưa vào phòng mổ thực hiện trước.

Với da đầu đứt rời, cạo tóc, làm sạch.

Tương tự với các bộ phận đứt rời khác như tai, môi, mũi, phức hợp môi mũi... Bộ phận đứt rời được làm sạch, lấy hết dị vật, sát trùng, cắt lọc tiết kiệm và khâu lại vết thương nếu có.

Với trồng lại da đầu đứt rời, các mạch máu thường tìm là bó mạch thái dương nông ở cả 2 phía thái dương của miếng da đầu đứt rời, ĐM cằm, ĐM trên ổ mắt, ĐM tai sau, ĐM trên rãnh rọc. Đánh dấu mạch tìm được bằng chỉ nylon 6/0 ngay cạnh mạch máu và 3/0 ở mép vết thương ngay vị trí mạch máu.

Với môi, mũi, tai đứt rời thì tùy theo vị trí tổn thương tìm ĐM vòng môi, ĐM lưng mũi, ĐM góc, ĐM tai sau, nhánh ĐM thái dương nông. Sau khi tìm được mạch máu cũng đánh dấu bằng các mũi chỉ nylon 6/0.

#### **Bước 2: Cố định bộ phận đứt rời**

Đây là bước đưa bộ phận đứt rời trở lại cơ thể, đặt lại theo đúng các mốc giải phẫu. Khâu cố định phần đứt rời, nhằm tránh bị xô dịch vật, tổn thương miệng nối mạch máu sau khi phục hồi.

Trong trồng lại da đầu, phần da đầu đứt rời sẽ được khâu cố định chắc chắn vào cơ thể theo chiều từ sau ra trước. Ngay vị trí nối

mạch vùng thái dương được khâu cố định xung quanh miệng nổi, cách miệng nổi khoảng 3cm nhằm tránh xê dịch miếng da đầu ảnh hưởng đến miệng nổi.

Với trồng lại môi, mũi, tai dứt rời, bờ ngoài cánh mũi hoặc mặt sau tai sẽ được khâu cố định trước khi nối mạch bằng các mũi chỉ nylon 4/0 khâu da 1 lớp. Để khoảng trống xung quanh mạch máu đủ để thao tác nối mạch.

### **Bước 3: Khâu nối mạch máu**

Mạch máu được khâu lại dưới kính hiển vi phẫu thuật bằng kỹ thuật vi phẫu. Chúng tôi áp dụng phương pháp khâu nối tận - tận mũi rời, chỉ Nylon 9/0 đến 11/0. ĐM được khâu nối trước, TM khâu nối sau.

### **Phương pháp khâu nối mạch máu được áp dụng:**

Chúng tôi sử dụng phương pháp khâu nối tận-tận mũi rời của Cheng Zong Wei

### **Bước 4: Dẫn lưu, đóng vết thương**

Với trồng lại da đầu, chúng tôi sử dụng 2 dẫn lưu kín ở cả 2 bên của da đầu. Với trồng lại môi, mũi, tai,... sử dụng lam dẫn lưu.

Đóng vết thương theo các lớp giải phẫu.

### **Theo dõi, chăm sóc sau mổ**

*Ngay trong mổ*

- Làm các test thông mạch đánh giá hiện tượng tắc mạch.
- Dùng thuốc chống đông Heparin ngay sau khi phục hồi ĐM. Liều lượng 50mg/kg cân nặng, đường tĩnh mạch.

*Sau mổ:*

Bệnh nhân được theo dõi trong phòng hồi tỉnh sau mổ. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn như mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub>.

Tránh các tác động cơ học làm ảnh hưởng tới miệng nối như BN bị kích thích, giãy giụa, vận chuyển bệnh nhân, nằm đè lên vạt.

Theo dõi sát hiện tượng tắc mạch trong 24 giờ đầu bằng việc theo dõi màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, Doppler mạch, mỗi 2 giờ.

Tắc ĐM.

Tắc TM.

Ứ máu TM: trong trường hợp không nối được TM do không tìm thấy hoặc kích thước quá nhỏ, có nối TM nhưng số lượng không đủ hồi lưu máu về.

Các biện pháp chống ứ máu:

- Để hở TM
- Châm kim lên vạt gây chảy máu, dùng gạc tẩm Heparin thấm cho chảy máu.
- Dùng Heparin liều cao tiêm trực tiếp lên vạt rồi dùng gạc thấm máu.
- Dùng đĩa hút máu. Do chưa có điều kiện sử dụng đĩa y tế nên chúng tôi sử dụng đĩa tự nhiên. Đĩa được bắt và lưu giữ trong lọ kín. Mỗi lần chỉ sử dụng 1 con và giải thích kỹ cho bệnh nhân và gia đình.

*Thuốc saumỏ:*


Kháng sinh chống nhiễm khuẩn được dùng trước, trong và sau mổ:


Thuốc chống đông dự phòng tắc mạch.

### **Phương pháp thu thập số liệu.**

#### **Đo lường các biến số/chỉ số**

#### **Đánh giá kết quả**

 Kết quả gần: được đánh giá 3 tuần sau phẫu thuật trồng lại. Bộ phận trồng lại sống, sống 1 phần, hoại tử toàn bộ.

 Kết quả xa: được đánh giá sau 3 tháng đến 10 năm dựa trên các tiêu chí đánh giá về mặt giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ và mức độ hài lòng của bệnh nhân.

**Bảng 2.1. Tiêu chí đánh giá kết quả xạ sau mổ**

Kết quả xạ	Tốt	Trung bình	Kém
Giải phẫu	Bộ phận liền tốt, không biến dạng.	Bộ phận liền tốt, biến dạng ít,	Bộ phận không liền, biến dạng
Chức năng	Da đầu: tóc mọc trở lại, che phủ hoàn toàn.  Môi mồm: Ăn nhai tốt, ngửi tốt, nói bình thường  Tai: nghe tốt  Không đau  Cảm giác đạt S3, S4	Da đầu: tóc mọc không che phủ hoàn toàn.  Môi mồm: Ăn nhai kém hơn, ngửi kém hơn, nói ngọng  Tai: nghe kém hơn.  Không đau  Cảm giác đạt S2	Da đầu: tóc không mọc trở lại  Môi mồm: Ăn nhai khó, ngửi kém, nói ngọng, khó  Tai: nghe kém.  Có đau  Cảm giác đạt S1, S0
Thẩm mỹ	Mặt cân đối, không biến dạng co kéo, sẹo mổ bình thường       Hài lòng	Mặt biến dạng vừa, sẹo mổ biến dạng vừa ít co kéo       Chấp nhận	Mặt mất cân đối, biến dạng nhiều, sẹo xấu gây biến dạng các cấu trúc lân cận       Than phiền

Kết quả chung:

- Tốt: khi cả 3 tiêu chí đều tốt.
- Trung bình: khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chí trung bình và không có tiêu chí nào kém
- Kém: khi có ít nhất 1 tiêu chí kém.

### **Các thuật toán thống kê trong xử lý số liệu**

- Số liệu sau khi được thu thập sẽ được xử lý bằng phần mềm Epidata 3.1 và phần mềm thống kê SPSS 11.

### **Sai số và cách khắc phục**

#### **Đạo đức nghiên cứu**

### Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tuổi: Độ tuổi nhiều nhất là những người trong độ tuổi lao động từ 29 đến 39 tuổi chiếm tỷ lệ 40,7%. Độ tuổi trung bình là  $31,9 \pm 13,3$  tuổi.

Giới: Nữ chiếm đa số với tỷ lệ 75% (24/32).

Nghề nghiệp: Đối tượng bị tai nạn phần lớn là nông dân (31,3%) và công nhân (28,1%).

Nguyên nhân gây ra đứt rời bộ phận đầu mặt chủ yếu do tai nạn lao động chiếm 62,5%, tiếp đó là tai nạn giao thông chiếm 25%, tai nạn sinh hoạt chiếm 12,5%.

#### 3.2. Các dạng chấn thương trong chấn thương đứt rời các bộ phận vùng đầu mặt.

##### 3.2.1. Phân bố các bộ phận đứt rời vùng đầu mặt

Đứt rời da đầu 21 BN, đứt rời môi-mũi 6 BN và đứt rời tai 5 BN

##### 3.2.2. Chấn thương phối hợp

Chấn thương đứt rời các bộ phận vùng đầu mặt chủ yếu là đơn thuần chiếm tỷ lệ 75,0%, chấn thương phối hợp bao gồm chấn thương xương chi, sọ não, ngực... chi chiếm tỷ lệ 25,0%.

##### 3.2.3. Cơ chế tổn thương đứt rời các bộ phận vùng đầu mặt

Cơ chế tổn thương chủ yếu là giằng giạt chiếm 68,7%, cơ chế bầm dập chiếm 21,9 % và cơ chế sắc gọn chiếm tỷ lệ 9,4%.

##### 3.2.4. Đặc điểm từng bộ phận đứt rời

Đứt rời da đầu bao gồm đứt dưới đường chân tóc (61,9%), ngang đường chân tóc (33,3%) và đứt rời trên đường chân tóc (4,8%)

Đứt rời môi mũi chủ yếu là đứt rời phức hợp môi-mũi, chiếm tỷ lệ 83,3%. Chỉ có 1 trường hợp đứt rời mũi đơn thuần do bị chém.

Đứt rời tai chủ yếu là đứt rời toàn bộ tai chiếm tỷ lệ 80%, chỉ có 1 BN đứt rời một phần tai chiếm tỷ lệ 20%.



### 3.3. Đặc điểm kỹ thuật trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt

#### 3.3.1. Cách bảo quản

Bảo quản đúng cách chiếm tỷ lệ 53,2%, không đúng cách như cho bộ phận đứt rời trực tiếp vào đá lạnh hoặc không bảo quản chiếm tỷ lệ cao (46,8%)

#### 3.3.2. Thời gian thiếu máu

**Bảng 3.14: Thời gian thiếu máu trung bình (n=32)**

Thời gian thiếu máu (n=32)	Trung bình	Tối thiểu	Tối đa
Thời gian thiếu máu nóng	1,5±1,4	0,5	6
Thời gian thiếu máu lạnh	11,3±3,8	6	21,5
Thời gian thiếu máu hỗn hợp	12,8±4,6	7	25

#### 3.3.4. Kỹ thuật khâu nối

Có tới 17/32 BN được khâu nối 1 ĐM và 1 TM trong đó có 9 BN trồng lại da đầu, tất cả các BN trồng lại tai đều được nối 1 ĐM và 1 TM.

Chủ yếu BN được nối ĐM trước khi nối lại TM, chỉ có 1 BN được nối TM trước ĐM

Trong trồng lại da đầu, bó mạch được sử dụng là bó mạch thái dương nông, không có BN nào sử dụng bó mạch chằm. Trong trồng lại môi mũi, ĐM được sử dụng chủ yếu là ĐM môi trên, nhưng TM thì nối lại cả TM môi trên, TM lưng mũi, TM mũi ngoài, TM góc. Trong trồng lại tai, bó mạch được sử dụng là ĐMtai sau và nhánh trước tai của ĐM thái dương nông. Số lượng ĐM và TM tìm thấy nhiều nhưng tổn thương cũng gặp nhiều nên mỗi BN chỉ được nối 1 ĐM và 1 TM.

Kích thước ĐM trung bình trong trồng lại da đầu là 0,98mm, môi mũi là 0,83 mm và tai là 0,48mm. Kích thước TM trung bình trong trồng lại da đầu là 1,1mm, môi mũi là 0,66 mm và tai là 0,50 mm.

### **3.4. Kết quả điều trị trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt**

#### **3.4.1. Kết quả gần sau mổ**

Bộ phận đứt rời trồng lại cho kết quả sống chiếm tỷ lệ cao (87,5%) trong đó có 50% là sống hoàn toàn và 37,5 % sống 1 phần.

Hoại tử toàn bộ có 2 vạt da đầu trồng lại, 1 BN được trồng lại môi mũi và 1 BN trồng lại tai đứt rời.

Biên chứng chủ yếu là tắc mạch trong đó có 5 BN bị tắc TM

#### **3.4.2. Kết quả xa sau mổ**

Kết quả xa được đánh giá trên 3 tiêu chí: giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. BN có kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (59,3%), trung bình chiếm 25,9% và kém chiếm 14,8%.

#### **3.4.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt**

##### **3.4.3.1. Một số yếu tố liên quan đến kết quả gần**

Tỷ lệ sống trong nhóm bảo quản đúng cách cao.

3/3 BN bị đứt rời do cơ chế sắc gọn có kết quả sống hoàn toàn sau trồng lại. Tỷ lệ sống hoàn toàn trong nhóm bầm dập là 57,1%, trong nhóm giằng giật là 40,9%. Tồn thương do cơ chế giằng giật có kết quả hoại tử toàn bộ không cao,

Không nhận thấy liên quan có tính quy luật giữa thời gian thiếu máu và kết quả gần.

8/32 BN có chấn thương phối hợp như CTSN, ngực kín, bụng kín, gãy xương chi trong đó 1 BN hoại tử toàn bộ. 75% BN không có chấn thương phối hợp trong đó 9,4% bị hoại tử toàn bộ.

Đa số BN được nối 1 ĐM và 1 TM trong đó sống hoàn toàn chiếm 25%. Sống một phần chiếm tỷ lệ 18,8% và hoại tử toàn bộ chiếm 9,4%. BN được nối 2 ĐM 2 TM chiếm tỷ lệ 18,7% trong đó có 3,1% hoại tử toàn bộ.

Có 9 BN được trồng lại da đầu chỉ nối 1 ĐM và 1 TM trong đó chỉ có 1 trường hợp bị hoại tử toàn bộ.

3/27 BN bị tai nạn đứt rời bộ phận vùng đầu mặt do cơ chế sắc gọn đều có kết quả xa tốt. 6 BN bị tai nạn do cơ chế bầm dập thì 4 BN có kết quả xa tốt (14,8%). 18 BN bị tai nạn do cơ chế giằng giật thì 9 BN có kết quả xa tốt (33,4%).

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu**

##### **4.1.1. Tần suất xuất hiện của chấn thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt**

Dạng chấn thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt là dạng chấn thương rất hiếm gặp trong thực tế ở Việt Nam. Trong 11 năm nghiên cứu chúng tôi có 32 BN bị tổn thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt được trồng lại

Trên thế giới, từ khi ca trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt đầu tiên được thực hiện năm 1976 cho đến nay có khoảng 150 ca trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt được báo cáo.

##### **4.1.2. Đặc điểm về tuổi, giới và nguyên nhân gây ra chấn thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt**

Nguyên nhân có 62,5% số bệnh nhân do tai nạn lao động, 25% do tai nạn giao thông và 12,5% do tai nạn sinh hoạt, trong đó tai nạn lao động chủ yếu ở BN đứt rời da đầu, bộ phận mang tóc rất dễ cuốn vào máy, trục quay giằng giật làm đứt rời

Về nghề nghiệp, nông dân và công nhân chiếm tỷ lệ lớn lần lượt là 31,3% và 28,1%. Đây là nhóm có đặc điểm là lao động trực tiếp, con người còn tham gia vào nhiều khâu lao động nặng nhọc, nguy hiểm, nhưng lại không sử dụng đúng, đủ công cụ bảo hộ lao động nên nguy cơ bị tai nạn và thương tật rất cao.

#### **4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân**

##### **4.2.1. Sơ cấp cứu, thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng**

Vấn đề sơ cứu trong chấn thương đứt rời bộ phận đầu mặt là rất quan trọng. Các vết thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt thường kèm theo tổn thương mạch máu dẫn đến mất máu đặc biệt là da đầu với rất nhiều mạch máu. Tuy nhiên những mạch máu này thường có kích thước nhỏ nên trong sơ cứu chỉ cần băng ép là đủ. Trong nghiên cứu này, có 2 bệnh nhân được sơ cứu cầm máu bằng cách dùng panh kẹp mạch máu và khâu thắt mạch máu bằng chỉ. Việc này gây khó khăn cho

phẫu thuật trồng lại do khi đó phải cắt ngắn mạch máu không thể nối trực tiếp mà phải ghép tĩnh mạch, tăng nguy cơ tắc mạch sau nối.

Về cách bảo quản: tỷ lệ bảo quản đúng cách chỉ chiếm 53,2% (bảng 3.12). Tuy nhiên với da đầu đứt rời, tai nạn thường xảy ra ở phụ nữ tóc dài nên trong nhiều trường hợp mặc dù cho trực tiếp vào đá lạnh nhưng phần tóc dày giúp ngăn phần da đầu không tiếp xúc trực tiếp với đá nên không bị bỏng lạnh.

#### **4.2.2. Thời gian thiếu máu**

Thời gian thiếu máu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian thiếu máu nóng trung bình là  $1,5 \pm 1,4$  giờ, thiếu máu lạnh trung bình là  $11,3 \pm 3,8$  giờ, thiếu máu trung bình là  $12,8 \pm 4,6$  giờ. Đây là khoảng thời gian rất dài (Bảng 3.15). Thời gian thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới.

#### **4.2.3. Cơ chế tổn thương gây đứt rời bộ phận vùng đầu mặt**

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả 21 BN bị đứt rời da đầu đều do cơ chế giằng giật (bảng 3.7). Theo nghiên cứu của tác giả Yin, trong 8 ca thì có 5 ca đứt rời theo cơ chế giằng giật và 3 ca đứt rời theo cơ chế sắc gọn. Có 1 BN đứt rời tai theo cơ chế giằng giật và kết quả hoại tử hoàn toàn. Trong đứt rời da đầu do cơ chế giằng giật, lực tác động không trực tiếp lên da đầu và thông qua tóc của da đầu, mảnh da đầu đứt rời đôi khi còn nguyên vẹn hoặc có thể bị rách, chia làm nhiều mảnh khác nhau. Qua đường rách, mạch máu bị tổn thương nên thường gây ra hoại tử một phần.

#### **4.2.4. Tổn thương phối hợp**

Kết quả nghiên cứu cho thấy 25% BN có chấn thương phối hợp trong đó chủ yếu là chấn thương sọ não, chấn thương cột sống cổ chấn thương ngực kín và gãy xương chi, 75% BN không có chấn thương phối hợp (biểu đồ 3.3).

#### **4.2.5. Đặc điểm của bộ phận đứt rời**

Đối với đứt rời da đầu, chúng tôi gặp 3 dạng chính là đứt rời trên đường chân tóc, ngang đường chân tóc và dưới đường chân tóc (bảng 3.8). Tổn thương trên đường chân tóc thường là vùng đỉnh nên

mạch máu đã thu nhỏ dần, khả năng tìm thấy các mạch khác như ĐM trên rông rọc, ĐM trên ổ mắt, ĐM tai sau, ĐM cằm là khó khăn.

Đút dưới đường chân tóc có 13 BN với tỷ lệ trung bình vùng đứt rời là 96,2%. Có 5 BN được nối 2 ĐM và 2 TM, 3 BN được nối 1 ĐM và 2 TM. Kích thước ĐM trung bình là 1,05 mm và TM là 1,18 mm. Vùng này thường kèm theo da vùng trán, cung mày hoặc tai. Có nhiều lựa chọn để nối mạch máu hơn như bó mạch thái dương nông, bó mạch tai sau, bó mạch cằm, bó mạch trên rông rọc, bó mạch trên ổ mắt.

Đối với môi-mũi chúng tôi gặp 2 dạng (bảng 3.10):

- Đút đơn thuần môi hoặc mũi: có 1 BN đứt rời một phần mũi. Phần đứt rời có kích thước nhỏ 2x3 cm bao gồm đầu mũi và một phần cánh mũi (bao gồm cả sụn), số lượng mạch máu ít, kích thước mạch máu rất nhỏ.

- Đút phức hợp cả môi và mũi: có 5 BN, dạng đứt rời bao gồm phức hợp môi trên + một phần mũi.

Đối với tai chúng tôi gặp 2 dạng (bảng 3.11):

- Đút một phần: có 1 BN. BN đứt rời 1/2 tai do tai nạn lao động. Phần đứt rời bầm dập, vết thương nhăm nhở.

- Đút toàn bộ: có 4 BN đứt rời toàn bộ ngang gốc. So sánh với thống kê của tác giả Jung, trong 52 trường hợp chỉ có 24 BN là đứt rời toàn bộ, 18 BN đứt rời một phần, 10 BN đứt gần toàn bộ

#### **4.2.6. Thời gian phẫu thuật**

Đối với da đầu đứt rời: thời gian phẫu thuật trung bình là  $9,3 \pm 2,7$  giờ (bảng 3.33). Việc trồng lại da đầu bao gồm nhiều bước phẫu thuật. Thời gian nghiên cứu của chúng tôi tương ứng với các nghiên cứu của các tác giả khác như tác giả Cheng từ 8-9 giờ, tác giả Zhou trung bình là 9,4 giờ. Đối với môi mũi đứt rời: thời gian phẫu thuật trung bình là  $8,4 \pm 3,0$  giờ cao hơn nghiên cứu đa trung tâm của Walton, thời gian phẫu thuật nối lại mũi trung bình là 5,7 giờ.

Đối với tai đứt rời: thời gian phẫu thuật trung bình là  $6,4 \pm 2,8$  giờ. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới

#### 4.2.8. Số lượng và thứ tự mạch máu được nối

#### 4.2.9. Kích thước mạch máu

Đối với da đầu, trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước ĐM trung bình là 0,98 mm, với kích thước này thì nối mạch phải sử dụng kỹ thuật vi phẫu.

**Bảng 4.1. Kích thước mạch máu trong trồng lại mũi**

STT	Nghiên cứu	Kích thước ĐM	Kích thước TM
1	James	1 mm	0,3 mm
2	Tajima	0,7 mm	-
3	Jeng	0,4-0,5 mm	-
4	Sanchez-Olaso	0,5 mm	-
5	Yao	0,4 mm	0,3 mm
6	Akyurek	0,5 mm	-
7	Kim	0,7 mm	0,6 mm

Với môi mũi đứt rời, kích thước ĐM trung bình là 0,83 mm, TM là 0,66 mm. So với tác giả James (1976) thì kích thước mạch máu này cũng tương đương.

Với trồng lại tai, trong nghiên cứu này kích thước ĐM trung bình là 0,48 mm và TM là 0,50 mm. Theo tác giả Koshima, với việc nối những mạch máu có đường kính từ 0,5-0,8 mm thì được coi là siêu vi phẫu (2000).

#### 4.2.10. Lượng máu truyền

Lượng máu truyền phản ánh gián tiếp lượng máu mất khi đứt rời các bộ phận vùng đầu mặt.

#### 4.2.11. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện ngắn nếu kết quả phẫu thuật thành công. Khi phẫu thuật thất bại thời gian nằm viện kéo dài. BN phải chịu nhiều phẫu thuật khác.

### **4.3. Kết quả trồng lại các bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu**

#### **4.3.1. Kết quả gân**

Trong nghiên cứu của chúng tôi chia thành 3 mức: Sống hoàn toàn, sống một phần và hoại tử toàn bộ. Kết quả trồng lại bộ phận đứt rời sống bao gồm sống hoàn toàn và sống một phần chiếm tỷ lệ 87,5%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của tác giả Cheng với 20 ca trồng lại da đầu thì sống hoàn toàn là 16 trường hợp chiếm tỷ lệ 80% (16/20

Kết quả sống một phần là 12/32 ca chiếm tỷ lệ 37,5%. Hoại tử toàn bộ là 4/32 ca (12,5%) (bảng 3.28). Các trường hợp hoại tử trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao so với nhiều tác giả khác trên thế giới. Theo nghiên cứu của tác giả Cheng, chỉ có 4/20 ca hoại tử một phần và hoại tử toàn bộ. Tác giả Walton báo cáo 1 ca hoại tử một phần trong 13 ca vi phẫu trồng lại phức hợp môi-mũi

#### **4.3.2. Kết quả xa**

Chúng tôi đánh giá trên 27 BN, thời gian theo dõi BN lâu nhất là 11 năm và ngắn nhất là 6 tháng. Kết quả tốt là 16/27 ca (59,3%), trung bình là 7/27 (25,9%) và kém là 4/27 (14,8%) (bảng 3.32). Tỷ lệ kết quả xa tốt trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Hà (70,8%) do trong nghiên cứu của tác giả ngoài những vết thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt còn có cả những vết thương phần mềm phức tạp khác. Điều này cho thấy rằng đứt rời bộ phận vùng đầu mặt là những chấn thương nặng, phức tạp.

### **4.4. Bàn luận về các yếu tố liên quan đến kết quả trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu**

Có 10/16 BN bảo quản đúng cho kết quả sống hoàn toàn (bảng 3.35). 14/32 BN bảo quản không đúng cách sau tai nạn nhưng vẫn có tới 11/14 BN cho kết quả sống. Trong trường hợp bộ phận đứt rời không được bảo quản mà thời gian thiếu máu kéo dài, cơ chế tổn thương bầm dập hoặc giằng giật thì việc chỉ định có thể phải cân nhắc.

Về thời gian thiếu máu, chỉ định trồng lại có thể được đặt ra nếu thời gian thiếu máu dưới 30 giờ.

Về số lượng mạch máu, với 1 TM cũng có thể dẫn lưu máu cho toàn bộ da đầu. Tất cả những trường hợp trồng lại tai đều được nối 1 ĐM-1TM trong đó có 1 trường hợp bị hoại tử toàn bộ. Tương tự với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi, tác giả Jung báo cáo 5 trường hợp trồng lại tai cũng chỉ nối được 1 ĐM-1 TM.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu trên 32 BN tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 12 năm 2016 chúng tôi xin rút ra một số kết luận như sau:

### 1. Đặc điểm lâm sàng, phân loại tổn thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

- Đặc điểm chung
  - Tuổi từ 2 đến 64 tuổi, độ tuổi thường gặp là 29-39 tuổi chiếm 40,7%.
  - Tỷ lệ nữ chiếm 75%.
  - Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn lao động chiếm 62,5%.
- Đặc điểm tổn thương
  - Cơ chế tổn thương chủ yếu là giằng giật chiếm 68,7%.
  - Bảo quản không đúng cách chiếm tỷ lệ 46,8%.
  - Chấn thương phối hợp chiếm tỷ lệ 25,0%.
  - Thời gian thiếu máu hỗn hợp trung bình là  $12,6 \pm 4,6$  giờ, thời gian thiếu máu nóng trung bình là  $1,5 \pm 1,4$  giờ, thời gian thiếu máu lạnh trung bình là  $11,3 \pm 3,8$  giờ
  - Thời gian từ lúc tai nạn đến lúc nhập viện trung bình là  $4,4 \pm 2,7$  giờ, thời gian từ lúc nhập viện đến lúc mổ trung bình là  $4,8 \pm 3,1$  giờ.
  - Thời gian phẫu thuật trung bình với da đầu là  $9,3 \pm 2,7$  giờ, môi mũi là  $8,4 \pm 3,0$  giờ, tai là  $6,4 \pm 2,8$  giờ.
  - Thời gian nằm viện trung bình với da đầu là  $26,2 \pm 17,6$  ngày,



môi mũi là  $23,0 \pm 9,8$  ngày, với tai là  $16,6 \pm 7,8$  ngày.

- Số lượng mạch máu được khâu nối chủ yếu là 1 ĐM và 1 TM 53,1%.

- Lượng máu truyền trung bình của BN bị đứt rời da đầu trong mổ là  $1597,2 \pm 843,0$  ml, sau mổ là  $1519,2 \pm 1106,2$  ml, của BN bị đứt rời môi mũi trong mổ là  $1820,1 \pm 2427,1$  ml, sau mổ là  $3625,0 \pm 883,9$  ml.

- Phân loại tổn thương

- Bệnh nhân bị đứt rời da đầu: 21, đứt rời môi mũi: 6, đứt rời tai: 5.

- Da đầu đứt rời có 3 dạng chính là đứt trên đường chân tóc, đứt ngang đường chân tóc và đứt dưới đường chân tóc trong đó chủ yếu là dạng đứt dưới đường chân tóc chiếm 61,9%

- Đứt rời môi, mũi có 2 dạng là đứt rời mũi đơn thuần và đứt rời phức hợp môi - mũi, trong đó dạng đứt rời phức hợp môi - mũi chiếm 83,3%

- Đứt rời tai có 2 dạng là đứt rời 1 phần tai và đứt rời toàn bộ tai, dạng đứt rời toàn bộ, trong đó dạng đứt rời toàn bộ chiếm 80%

## **2. Đánh giá kết quả và một số yếu tố liên quan đến kết quả trông lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu.**

- Kết quả gần: tỷ lệ bộ phận đứt rời sống hoàn toàn là 50%, bộ phận đứt rời sống 1 phần là 37,5%, bộ phận đứt rời hoại tử toàn bộ là 12,5%.

- Biến chứng hay gặp là tắc TM (71,4%).

- Phẫu thuật thì 2 chủ yếu là ghép da chiếm 76,5%.

- Kết quả xa: tỷ lệ tốt là 59,3%, trung bình là 25,9%, kém là 14,8%.

- Bộ phận đứt rời sống hoàn toàn hoặc sống một phần gặp chủ yếu ở lứa tuổi từ 19-39 tuổi.

- Bộ phận đứt rời được bảo quản đúng cách có tỷ lệ sống cao (53,1%)

- Tỷ lệ vật sống hoàn toàn liên quan đến cơ chế tổn thương: cơ chế sắc gọn cao nhất (100%), cơ chế bầm dập (57,1%), cơ chế giằng giật (40,9%)

- Không thấy mối liên quan thuận giữa thời gian thiếu máu hỗn hợp và kết quả gân.

- Về số lượng mạch máu được khâu nối, nối 1 ĐM -1 TM cũng đủ để nuôi sống toàn bộ da đầu.

### **KIẾN NGHỊ**

Để thu được kết quả điều trị trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt tốt nhất, chúng tôi xin có một số kiến nghị sau:

- Sắp xếp bàn mổ cấp cứu càng sớm càng tốt để trồng lại các bộ phận đứt rời vùng đầu mặt.
- Tăng cường tuyên truyền về an toàn lao động, an toàn giao thông. Tổ chức đào tạo mạng lưới y tế về kiến thức, kỹ năng sơ cấp cứu.
- Tăng cường đào tạo đội ngũ phẫu thuật viên nắm vững kiến thức về vi phẫu thuật và phát triển cấp cứu vi phẫu ra nhiều trung tâm trong cả nước.
- Cần có nhiều nghiên cứu trên quy mô lớn hơn cũng như xin ý kiến của các chuyên gia để hoàn thiện kỹ thuật, quy trình.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU  
ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Đào Văn Giang, Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Tài Sơn (2017),  
“Kết quả trồng lại bộ phận dứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ  
thuật vi phẫu tại Bệnh viện Việt Đức”, *Tạp chí Y học Việt  
Nam*, tháng 5, 454 (2), tr. 4-8.
2. Đào Văn Giang, Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Tài Sơn (2017),  
“Kết quả trồng lại da đầu bằng kỹ thuật vi phẫu tại Bệnh  
viện Việt Đức từ năm 2005 đến năm 2016”, *Tạp chí Y học  
Việt Nam*, tháng 5, 454 (2), tr. 28-31.